



ÖSTERREICHISCHER KREBSREPORT

Eine Initiative der Österreichischen Krebshilfe
und der Österreichischen Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie

2024

© DigitalGenetics – stock.adobe.com



ÖSTERREICHISCHE
KREBSHILFE

OeGHO

Osterreichische Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie



Impressum

Herausgeber:

Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie, Österreichische Krebshilfe

Chefredaktion:

Ewald Wöll und Paul Sevelda

Wissenschaftliche Leitung:

Kathrin Strasser-Weippl

Scientific Board & Redaktionsteam:

Karin Eglau, Monika Hackl, Wolfgang Hilbe, Gerhard Kahlhammer, Doris Kiefhaber, Michael Micksche, Florian Trauner, Walter Voitl-Bliem, Ansgar Weltermann

Mitwirkende Fachgesellschaften:

Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO)

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)

Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie – Austria (AGO Austria der OEGGG)

Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie (AGPHO)

Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV)

Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH)

Österreichische Gesellschaft für Nuklearmedizin und Theranostik (OGNT)

Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)

Österreichische Gesellschaft für Klinische Pathologie und Molekularpathologie (ÖGPath/IAP Austria)

Österreichische Gesellschaft für Radioonkologie (ÖGRO)

Österreichische Gesellschaft für Senologie (ÖGS)

Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)

Besonderer Dank geht an die Gesundheit Österreich GmbH und Statistik Austria.



Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikrodatenverarbeitung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Allgemeine Hinweise: Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche und/oder wissenschaftliche Meinung der jeweiligen Autor:innen wieder und fallen in den persönlichen Verantwortungsbereich des Verfassers bzw. der Verfasserin. Trotz sorgfältiger Prüfung übernehmen Medieninhaber und Herausgeber keinerlei Haftung für drucktechnische oder inhaltliche Fehler.

© 2025 MedMedia Verlag und Mediaservice Ges.m.b.H., Seidengasse 9/Top 1.1,
A-1070 Wien, Tel.: +43/1/407 31 11-0, E-Mail: office@medmedia.at, www.medmedia.at

Produktion: Claudia Lumpi

Layout: creativedirector.cc lachmair gmbh, www.creativedirector.cc

Lektorat: Mag.^a Andrea Crevato

Druck: Print Alliance HAV Produktions GmbH, 2540 Bad Vöslau

ISBN: 978-3-9505304-7-6

www.krebsreport.at



Johannes Rauch
Bundesminister für Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz

Grußwort

Eine Krebserkrankung betrifft nicht nur den eigenen Körper und die eigene Psyche, sie greift auch tief in das soziale Gefüge eines Menschen ein. An diesem Punkt seines Lebens ist man als Betroffener mehr denn je auf Stärke, Stabilität und Unterstützung

angewiesen. Doch die Diagnose verändert nicht nur einen selbst, sondern auch das persönliche Umfeld.

Als ich mit Mitte 40 selbst völlig unerwartet eine Krebsdiagnose erhielt, habe ich erlebt: Freundschaften und Beziehungen wandeln sich, manchmal auf schmerzhaft Weise. Menschen, die einem nahestehen, wissen nicht, wie sie mit der Krankheit umgehen sollen. Aus Angst, das Falsche zu sagen, oder weil sie mit ihrer eigenen Ohnmacht konfrontiert werden, ziehen sich manche zurück. Gleichzeitig entstehen jedoch neue Bindungen – mit Menschen, die dasselbe Schicksal teilen, die einfüh-

sam zuhören oder einfach da sind, ohne viele Worte zu verlieren.

Für mich war es damals schwer, die Balance zu finden: Ich wollte nicht ständig bemitleidet und ausschließlich auf meine Krebserkrankung reduziert werden. Ich sehnte mich danach, weiterhin als der Mensch wahrgenommen zu werden, der ich vor der Diagnose war. Als Vater, Bruder, Freund, Arbeitskollege, auch als politischer Mensch. Gleichzeitig kreisten meine Gedanken ständig um die reale Gefahr, bald zu sterben. Viel zu früh zu sterben.

Fast kindlich naiv habe ich versucht, mit dem Schicksal zu verhandeln. Ich habe mich selbst dafür verflucht, dass ich die Anzeichen der Krankheit zu lange ignoriert habe. Dass ich die Vorsorgeuntersuchungen vernachlässigt habe. Immer schienen die vielen beruflichen und familiären Verpflichtungen wichtiger.

Auch aufgrund dieser persönlichen Erfahrung habe ich mich als Minister für den Ausbau von Vorsorgeprogrammen, für Gesundheitsförderung und für kostenlose Impfungen eingesetzt. Mit der Gesundheitsreform stehen dafür in den nächsten fünf Jahren weit über 1 Mrd. Euro zur Verfügung.

Die kostenlose HPV-Impfung für alle Menschen bis zum 30. Geburtstag wird jedes Jahr Leben retten. Hunderten bleibt die Diagnose Gebärmutterhalskrebs erspart. Dasselbe gilt für das bewährte Brustkrebs-Früherkennungsprogramm. Aktuell arbeiten wir an der Einführung eines Darmkrebs-Screeningprogrammes. Bis das Programm bundesweit verfügbar ist, gibt es Angebote im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung. Aus eigener Erfahrung möchte ich an Sie, liebe Leser:innen, appellieren: Nutzen Sie diese Möglichkeit!

Ist die Krankheit aber ausgebrochen, kommt für die meisten Betroffenen irgendwann der Moment, an dem die eigenen Kräfte nicht mehr ausreichen und man tatsächlich auf die Unterstützung anderer angewiesen ist. Hilfe anzunehmen fällt anfangs schwer, da es ein Eingeständnis der eigenen Verletzlichkeit und der momentanen Grenzen bedeutet.

Vor meiner Krankheit hat mir mein Beruf nicht nur finanzielle Stabilität, sondern auch Selbstverwirklichung und viele soziale Kontakte ermöglicht. Die Vorstellung, meinen Beruf aufgeben oder einschränken zu müssen, hat mich verunsichert. Als Politiker musste ich zudem meine Diagnose auch irgendwann öffentlich machen – um das Gesundwerden zur Hauptsache machen zu können.

Lange Krankenstände, drohende Arbeitslosigkeit, Kosten für Medikamente und (Wahl-)Ärzt:innen – Unterstützung bei einer Krebserkrankung kann nicht allein aus dem persönlichen Umfeld kommen. Auch der Staat hat für gute Rahmenbedingungen zu sorgen: Es braucht finanzielle Absicherung, beste

Gesundheitsversorgung als Kassenleistung, mobile Pflege, psychologische und psychotherapeutische Unterstützung und vieles mehr.

Österreich hat einen gut ausgebauten Sozialstaat, eine Gesundheitsversorgung in (immer noch) hoher Qualität. Beides zu erhalten braucht massive Anstrengungen in Zeiten knapper Budgets. Tatsächlich bedarf es in vielen Bereichen sogar eines weiteren Ausbaus.

Ein wichtiger Bereich, gerade für Krebspatient:innen, ist die psychosoziale Versorgung. Hier sind in den letzten Jahren große Schritte gelungen. Die Kassen finanzieren mittlerweile eine Million Psychotherapiestunden pro Jahr. Seit Anfang dieses Jahres gibt es auch für die psychologische Behandlung einen Kostenzuschuss von den Krankenkassen. Ein Kassenvertrag für klinisch-psychologische Behandlungen mit voll finanzierten Therapieplätzen wird gerade verhandelt.

In unserer Leistungsgesellschaft, die Schwäche oder Krankheit oft als Makel betrachtet, erfordert es eine bemerkenswerte Stärke, die eigene Verletzlichkeit offen zu zeigen. Als ehemaliger Krebspatient möchte ich allen Betroffenen Mut zusprechen, sich Unterstützung zu holen. Vor allem möchte ich sie darin bestärken, in dieser lebensverändernden Situation psychoonkologische Begleitung in Anspruch zu nehmen.

Jede Krebserkrankung hat auch eine enorme soziale Tragweite. Persönliche Unterstützung durch Familie, Freunde, Arbeitskollegen und Arbeitgeber muss ergänzt werden durch Sozialleistungen, Pflege und Gesundheitsversorgung. Als Politiker:innen haben wir eine besondere Verantwortung, hier die nötigen Angebote zu schaffen.

Inhalt

Grußwort <i>J. Rauch</i>	4
Vorwort der Herausgeber <i>W. Hilbe, E. Wöll, P. Sevelda</i>	8

Epidemiologie von Krebserkrankungen

Die Auswirkungen einer Krebsdiagnose auf die Erwerbstätigkeit in Österreich <i>M. Hackl, A. Weltermann, F. Trauner, K. Strasser-Weippl</i>	12
--	----

Fokus Soziale Dimension

Die soziale Dimension von Krebs <i>D. Kiefhaber</i>	22
Herausforderungen aus arbeitsmedizinischer Sicht <i>E. Hörtl</i>	27
Die psychische Belastung als ständiger Begleiter von Krebspatient:innen <i>K. Isak</i>	28
Wenn die Lust an der Lust verloren geht <i>D. Kiefhaber, N. Siller</i>	31

Vorsorge und Früherkennung

Aktueller Stand des Zervixkarzinom-Screenings in Österreich <i>Ch. Grimm, P. Sevelda</i>	34
Das österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „früh erkennen“ <i>K. Schütze mit einem Kommentar von P. Sevelda</i>	37
10 Jahre „Don't Smoke“ <i>M. Löwe</i>	40

Versorgung von Menschen mit Krebserkrankungen

10 Jahre Krebsrahmenprogramm <i>F. Trauner, K. Eglau, W. Seebacher, L. Markovic, C. Dietscher</i>	44
Behandlung von Krebspatient:innen in zertifizierten Organkrebszentren <i>A. Weltermann, K. Strasser-Weippl</i>	47
Zertifizierung nach OnkoZert – ein Erfahrungsbericht <i>W. Eisterer</i>	52
Onkologische Rehabilitation <i>R. Crevenna</i>	54

Onkologische Forschung

Highlights der Hämatologie & Onkologie 2023/2024 <i>K. Strasser-Weippl, G. Kahlhammer</i>	60
Gründung des Austrian Comprehensive Cancer Network (ACCN) und EU-Perspektive der CCC- und CCCN-Vernetzung <i>S. Horcicka, K. Friedrich, M. Janjic, B. Fröschl</i>	68

Themenmonitor

Onkologika im Kontext von europäischer Health-Technology-Assessment(HTA)-Verordnung und österreichischem Bewertungsboard <i>I. Zechmeister-Koss, C. Wild</i>	70
Ausbau Palliative Care und Hospizversorgung <i>E. K. Masel</i>	73
Etablierung des Berufsbildes „Cancer Nurse“ in der hämato-onkologischen Pflege – was bisher erreicht wurde <i>E. Potzmann, H. Titzer</i>	76
Gute Gespräche bringen allen was: Patientenzentrierte Gesprächsführung in der Onkologie trainieren <i>M. Sator, B. Kölldorfer</i>	77

Fachgesellschaften

<i>Berichtsjahr 2024 onkologisch spezialisierter Fachgesellschaften – Personal, Spezialisierung, Versorgungsqualität</i>	80
--	----

Impressum.....	3
Autorenverzeichnis.....	86

Vorwort der Herausgeber

Vor Ihnen liegt die vierte Ausgabe des Österreichischen Krebsreports. Seit seinem erstmaligen Erscheinen im Jahr 2021 ist der Krebsreport zu einer wichtigen Publikation geworden, die österreichischen Bürger:innen, Betroffenen und Entscheidungsträger:innen maßgebliche Fakten zum Thema Krebs in Österreich liefert. Auch in der aktuellen Ausgabe greifen wir wieder wichtige Themen auf und beleuchten diese von unterschiedlichen Seiten, präsentieren aber auch neue Fakten, die für die Krebsversorgung in Österreich relevant sind.

In den ersten drei Ausgaben des Krebsreports haben wir darauf aufmerksam gemacht, dass die Zahl der Krebsneuerkrankungen (Inzidenz) und noch viel mehr jene der Krebskranken (Prävalenz) in Österreich über die nächsten Jahre und Jahrzehnte aufgrund der Demografie und medizinischer Fortschritte dramatisch steigen wird. Wir haben zuletzt auch darauf hingewiesen, dass es neue Strategien brauchen wird, um eine hochqualitative Versorgung von Krebspatient:innen in Österreich auch in Zukunft gewährleisten zu können, und haben als Beispiele die Etablierung von Cancer Nurses und die Digitalisierung genannt.

In der vorliegenden Ausgabe des Krebsreports haben wir nun zunächst den **Schwerpunkt auf die psychosozialen Folgen von Krebs in Österreich** gelegt, mit einem Fokus auf Betroffene im erwerbstätigen Alter. Gemeinsam mit der Statistik Austria präsentieren wir Ihnen im Beitrag ab *Seite 12* bislang noch nicht veröffentlichte Daten über die Anzahl an **Erwerbstätigen, die in Österreich an Krebs erkranken**, und liefern erstmals Daten über den **Erwerbsverlauf** dieser Menschen. Im Beitrag „Die soziale Dimension von Krebs“ (ab *Seite 22*) legen wir klar dar,

dass die Diagnose Krebs trotz des vermeintlich „lückenlosen“ Sozialsystems in Österreich für Betroffene oft eine schwerwiegende **finanzielle Belastung** darstellt. Gleichzeitig werden auch die **Schwierigkeiten der Berufstätigkeit** während einer Krebserkrankung und die **Herausforderungen des beruflichen Wiedereinstiegs** beleuchtet. Diesbezüglich scheinen die Rahmenbedingungen im internationalen Vergleich aus arbeitsmedizinischer Sicht dennoch relativ gut.

Eine weitere schwerwiegende, aber oft nicht sichtbare Folge von Krebs, auf die wir in dieser Ausgabe neuerlich hinweisen möchten, sind **psychische Belastungen**, die selbst bei Geheilten als Rezidivangst oft jahrelang anhalten. Das häufige, aber oft diagnostisch und therapeutisch vernachlässigte Problem einer **beeinträchtigten Sexualität** kann zur Belastungsprobe oder sogar Zerstörung von Partnerschaften und damit ebenfalls zu einer enormen psychosozialen Belastung bei Krebspatient:innen werden. Im Beitrag ab *Seite 28* weisen wir darauf hin, dass die Versorgungsstrukturen in Österreich dieses Problem aktuell nicht ausreichend berücksichtigen.

Ein weiterer Teil des heurigen Krebsreports widmet sich gleich **drei 10-jährigen Jubiläen**: Vor genau 10 Jahren wurde das äußerst erfolgreiche **„Don't Smoke“-Volksbegehren** initiiert, vor 10 Jahren wurde das innovative österreichische **Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „früh erkennen“** gestartet, und vor genau 10 Jahren wurde das **Österreichische Krebsrahmenprogramm** im Auftrag des Gesundheitsministeriums erstellt. Zeit also, auf diese drei Initiativen zurückzublicken. Die OeGHO wird sich in den kommenden Jahren in einer besonderen Veranstaltungsreihe, dem **Österreichischen Onkologie Forum**, einzelnen Aspekten des Krebsrahmen-



Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe
Past President der Österreichischen
Gesellschaft für Hämatologie &
Medizinische Onkologie



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



© Krebshilfe/Marina Probst-Eiffe

Univ.-Prof. Dr. Paul Sevelda
Präsident der
Österreichischen Krebshilfe

programms aus Sicht der klinisch tätigen Onkolog:innen widmen.

Nicht zuletzt möchten wir auf eine **wichtige Premiere im heurigen Krebsreport** hinweisen, die auch richtungweisend für unsere weiteren Publikationen ist: So haben wir heuer erstmals die **Zahlen des Österreichischen Krebsregisters mit anderen Datenquellen verknüpft**. Wir konnten damit eine **neue Datengrundlage** schaffen, die jene Analysen erst ermöglicht hat, die wir im Kapitel „Epidemiologie“ präsentieren. Die Zahlen, die wir in diesem Krebsreport zu Krebs und Erwerbsarbeit publizieren, **waren zuvor für Österreich nicht bekannt**, sind aber hochrelevant und angesichts der steigenden Zahlen Erkrankter in Zukunft noch wichtiger.

Auch im Rahmen der Beiträge zum Thema Screening präsentieren wir bislang nicht veröffentlichte Daten zum sogenannten „Stage Shift“ dieser Erkrankungen, also der Veränderung der Erkrankungsstadien zum Diagnosezeitpunkt in Österreich. Dies soll nur ein Anfang sein – zahlreiche weitere Analysen und neue Datenverknüpfungen sind notwendig und möglich, um genauer darzustellen, wie Krebserkrankungen in Österreich verteilt sind, wie Krebs den Lebenslauf von Menschen beeinflusst, welche psychosozialen Faktoren in Österreich dazu beitragen, das Krebsrisiko zu erhöhen, und welche etwaigen Ungleichheiten selbst in einem Land wie Österreich hinsichtlich des Risikos, Krebs zu be-

kommen und daran zu versterben, bestehen. Diese Art der Datenauswertung ist in anderen Ländern zum Teil bereits Standard, **sodass Österreich hiermit beginnt, eine wichtige Informationslücke zu schließen**.

Als Herausgeber des Krebsreports freuen wir uns, dass Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl als neue medizinische Leiterin der OeGHO bestellt wurde und in dieser Position auch als wissenschaftliche Koordinatorin des Österreichischen Krebsreports fungiert. Wir danken Univ.-Prof. Armin Gerger für sein Engagement um den Österreichischen Krebsreport in den vergangenen Jahren und wünschen ihm alles Gute für seine neue Aufgabe.

Die enge Kooperation der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie und der Österreichischen Krebshilfe mit der Statistik Austria und der Gesundheit Österreich GmbH im Rahmen des Krebsreports bildet die Grundlage für alle diese Fragestellungen und Analysen. Wir freuen uns, damit einen Beitrag zur optimalen Versorgung von Menschen mit Krebs in Österreich leisten zu können.

Mit besten Grüßen

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe

Univ.-Prof. Dr. Ewald Wöll

Univ.-Prof. Dr. Paul Sevelda



Epidemiologie von Krebserkrankungen



ÖSTERREICHISCHER
KREBSREPORT

Eine Initiative der Österreichischen Krebshilfe
und der Österreichischen Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie

Die Auswirkungen einer Krebsdiagnose auf die Erwerbstätigkeit in Österreich

Die psychosozialen Auswirkungen der Diagnose Krebs haben wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen. Sie umfassen die vielfältigen emotionalen, sozialen und psychologischen Folgen, die oftmals weit über die körperlichen Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung hinausgehen. Die Fortführung bzw. Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit während oder nach erfolgter Krebsbehandlung spielt bei vielen Betroffenen eine wichtige positive Rolle. Auch wenn die Bedeutung dieses Themas seit Langem klar ist, gibt es in Österreich keine Daten zum Erwerbsverlauf von Krebserkrankten.

Für den Krebsreport 2024 wurde nun erstmals der Effekt einer Krebsdiagnose auf die Erwerbstätigkeit von Betroffenen auf nationaler Ebene untersucht. Für die Analyse wurden Daten des Österreichischen Nationalen Krebsregisters mit Daten zum Arbeitsmarkt zusammengeführt. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse sind nicht nur im Hinblick auf die Erwerbstätigkeit von Krebspatient:innen interessant, sondern zeigen auch, welches Potenzial die Vernetzung verschiedener Register für gesundheitspolitisch relevante Fragestellungen haben kann.

Datengrundlage

Datenbasis der vorliegenden Analyse ist das seit 1969 bestehende Österreichische Nationale Krebsregister von Statistik Austria. Die Anzahl der Krebsneudiagnosen, der Überlebenswahrscheinlichkeiten nach einer Krebsdiagnose und die Zahl der aktuell von einer Krebserkrankung betroffenen Personen lassen sich in der Krebsstatistik in einer Zeitreihe darstellen und nach tumorspezifischen, demografischen und regionalen Merkmalen gliedern.

Zusätzlich zu den Daten aus dem Krebsregister wurden für die vorliegenden

Analysen noch weitere Daten verwendet und datenschutzkonform mit jenen des Krebsregisters verknüpft.

Die Analysen basieren auf folgenden Datenquellen:*

- Österreichisches Nationales Krebsregister
- Zentrales Melderegister
- Statistik der Standesfälle/ Todesursachenstatistik
- Registerbasierte Erwerbsverläufe
- Bildungsstandregister

Studienpopulation und Fragestellungen zu Krebs und Erwerbstätigkeit

Um eine belastbare Datenbasis zu haben, wurden die Daten von Personen mit einer Krebsdiagnose im Alter von 15–64 Jahren über einen Zeitraum von 8 Jahren, nämlich 2011–2018, verwendet. Insgesamt wurden 120.675 Personen mit einer Krebsdiagnose in die Analyse eingeschlossen. Die (weiter unten diskutierte) notwendige Nachbeobachtungszeit von mindestens 5 Jahren machte es nicht möglich, rezentere Zahlen zu inkludieren.

Um die Auswirkung einer Krebserkrankung auf die Erwerbstätigkeit** zu analysieren, wurden folgende Fragen gestellt:

1. Wie viele Menschen in Österreich erkranken in der Lebensphase von Ausbildung und Erwerbsleben (15–64 Jahre) an Krebs?
2. Wie viele dieser Menschen im Alter von 15–64 Jahren sind zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose erwerbstätig?
3. Wie viele Menschen, die nach ihrer Krebsdiagnose mindestens fünf Jahre leben, schaffen es, zwei Jahre nach der Diagnose (noch oder wieder) erwerbstätig zu sein?
4. Unterscheiden sich die Erwerbsverläufe dieser Krebserkrankten zwei Jahre nach ihrer Diagnose von der österreichischen Gesamtbevölkerung?

5. In welcher Form verändert sich die Erwerbstätigkeit von Krebserkrankten ein bzw. zwei Jahre nach der Diagnose?
6. Welche Faktoren beeinflussen, ob Menschen nach einer Krebsdiagnose erwerbstätig sind?

Da sich die Anzahl der zu untersuchenden Personen je nach Fragestellung unterscheidet, werden die Fragen in einzelnen Abschnitten abgehandelt. Es wird dabei jeweils kurz erläutert, auf welche Patient:innen sich die Analyse bezieht. Die Daten sind als Mittelwerte über den Beobachtungszeitraum angegeben und wurden zur besseren Lesbarkeit teilweise gerundet.

1. Wie viele Menschen in Österreich erkranken in der Lebensphase von Ausbildung und Erwerbsleben (15–64 Jahre) an Krebs?

In den Jahren 2011–2018 wurden in der österreichischen Wohnbevölkerung durchschnittlich etwa 41.500 Krebsneuerkrankungen pro Jahr diagnostiziert. Rund 36.400 Personen waren pro Jahr in diesem Zeitraum zum ersten Mal mit einer Krebsdiagnose konfrontiert. Da das Risiko, an Krebs zu erkranken, mit dem Alter deutlich ansteigt, betrifft der überwiegende Teil der Neuerkrankungen Menschen in höherem Alter. Dennoch zeigt unsere Analyse, dass durchschnittlich **rund 15.100 Personen, die in einem Kalenderjahr eine Krebsdiagnose erhalten, zwischen 15 und 64 Jahre alt sind**. Damit stehen knapp über 40% der jährlich Neuerkrankten in der Lebensphase von Ausbildung bzw. Erwerbsleben. Von den 15.100 Betroffenen sind **rund 1.600 zwischen 15 und 39 Jahre und rund 13.500 zwischen 40 und 64 Jahre**

alt. Die häufigsten Krebsneuerkrankungen zwischen dem 15. und 64. Lebensjahr sind in absteigender Reihenfolge Brustkrebs, Magen-Darm-Krebs, Lungenkrebs, Prostatakrebs, Blutkrebskrankungen und Melanome.

Zu Beginn 2023 lebten **2,3% der österreichischen Wohnbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren mit oder nach einer Krebsdiagnose (Prävalenz)**, dies sind insgesamt rund 140.000 Personen (59.448 Männer und 77.960 Frauen).

2. Wie viele dieser Menschen im Alter von 15–64 Jahren sind zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose erwerbstätig?

Aus unterschiedlichen Gründen sind nicht alle Personen zwischen 15 und 64 Jahren erwerbstätig. Da wir uns der Frage annähern wollen, welche Effekte eine Krebsdiagnose auf das Erwerbsleben hat, werden im Folgenden nur jene Personen näher betrachtet, die tatsächlich während aufrechter Erwerbstätigkeit von einer Krebsdiagnose betroffen sind.

Es zeigt sich, dass **jährlich durchschnittlich 8.500 Personen zwischen 15 und 64 Jahren eine Krebsdiagnose erhalten, während sie im Erwerbsleben stehen**. Das entspricht 56% aller in diesem Alter erkrankten Menschen.

In die weitere Analyse wurden daher über den Zeitraum von 2011 bis 2018 insgesamt 67.794 Personen eingeschlossen.

3. Wie viele Menschen, die nach ihrer Krebsdiagnose mindestens fünf Jahre leben, schaffen es, zwei Jahre nach der Diagnose (noch oder wieder) erwerbstätig zu sein?

Die Basis für die folgende Analyse bilden, wie in Punkt 2 beschrieben, nur jene Personen, die tatsächlich während ihrer

* Beschreibung der Datenquellen:

Die epidemiologischen Daten der Krebsstatistik eines Landes bzw. einer Region beziehen sich auf die jeweilige Wohnbevölkerung. Für Österreich bedeutet das, dass entsprechend den Angaben im Zentralen Melderegister entschieden wird, ob es sich bei der erkrankten Person zum Zeitpunkt der Diagnosestellung um eine Person der österreichischen Wohnbevölkerung handelt. Aus dem Zentralen Melderegister und der Statistik der Standesfälle/Todesursachenstatistik stehen das Sterbedatum und die amtliche Todesursache – unabhängig vom Sterbeort und von der Todesursache – für weitere Analysen zum Verlauf einer Krebserkrankung zur Verfügung. Die registerbasierten Erwerbsverläufe liefern Daten zum „Erwerbsstatus“ (erwerbstätig inkl. Krankenstand, Karenz etc., arbeitslos, Pensionsbezug, in Ausbildung etc.). Informationen zum Bildungsgrad (Pflichtschule, AHS, Hochschulabschluss etc.) stehen aus dem Bildungsstandregister zur Verfügung.

** Erwerbstätigkeit umfasst hier und im Folgenden (ILO-Konzept, International Labour Organisation):

- unselbstständig, selbstständig und geringfügig erwerbstätig
- aufrechtes Dienstverhältnis bei z.B. Krankengeld, Krankenstand, Reha-Zeit, Mutterschutz, Eltern- oder sonstiger Karenz
- Grundwehrdienst, Ausbildungsdienst und Zivildienst

Erwerbstätigkeit an Krebs erkranken. Bei der Analyse des Erwerbsverlaufs muss zusätzlich berücksichtigt werden, dass manche Menschen so schwer an Krebs erkranken, dass eine Rückkehr ins Erwerbsleben aus gesundheitlichen Gründen sehr erschwert oder sogar ausgeschlossen ist. Dazu zählen insbesondere jene Patient:innen, die innerhalb weniger Jahre nach ihrer Krebserkrankung versterben. Für die weitere Analyse wurden daher nur Patient:innen herangezogen, die fünf Jahre nach ihrer Krebsdiagnose nicht als verstorben gemeldet waren. Damit wird der Fokus der Betrachtung auf jene Personen beschränkt, deren Erwerbskarriere durch die Krebserkrankung idealerweise nur vorübergehend beeinträchtigt wird.

Es darf an dieser Stelle allerdings keinesfalls vergessen werden, dass auch für Menschen mit kürzerem Überleben die Fortsetzung ihrer Berufstätigkeit oder Ausbildung oft einen wesentlichen positiven Faktor darstellen kann. Diese Tatsache wird im Kapitel „Die soziale Dimension von Krebs“ (ab Seite 22) entsprechend dargestellt.

Die für die folgenden Analysen nun resultierende Gruppe sind Personen,

- die im Alter zwischen 15 und 64 Jahren an Krebs erkranken *und*
- zum Zeitpunkt der Diagnose erwerbstätig sind *und*
- fünf Jahre nach ihrer Diagnose am Leben sind.

Daraus ergibt sich eine Ausgangsbasis von 52.543 Personen (Diagnose 2011–2018). Dies sind 78% jener 67.794 Personen, die im Alter von 15–64 Jahren und während laufender Erwerbstätigkeit mit einer Krebsdiagnose konfrontiert sind.

Um den Erwerbsverlauf dieser Menschen zu untersuchen, wurde die Erwerbstätigkeit zwei Jahre nach der Krebsdiagnose betrachtet. Dieser Zeitpunkt wurde gewählt, weil die Krebsbehandlung bei vielen Patient:innen innerhalb eines Jahres abgeschlossen werden kann und somit theoretisch eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit spätestens nach zwei Jahren möglich ist. Daten aus Deutschland zeigen außerdem, dass der berufli-

che Wiedereinstieg von Krebserkrankten in 90% aller Fälle (in denen es jemals zur Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit kommt) innerhalb der ersten zwei Jahre nach der Diagnose gelingt.¹

Von der definierten Personengruppe (15–64 Jahre; erwerbstätig zum Zeitpunkt der Diagnose; mindestens fünf Jahre nach Diagnose am Leben) sind **77,3% nach zwei Jahren wieder bzw. weiterhin erwerbstätig**. Dieses Ergebnis kann auf zweierlei Art interpretiert werden: Positiv ist, dass die große Mehrheit der Betroffenen in der Lage ist, zwei Jahre nach der Diagnose wieder bzw. weiterhin erwerbstätig zu sein. Andererseits **verändert sich für mehr als 20% aller Betroffenen der Erwerbsverlauf nach einer Krebsdiagnose erheblich**, da sie zwei Jahre nach der Diagnose in keinem aufrechten Dienstverhältnis stehen.

4. Unterscheiden sich die Erwerbsverläufe dieser Krebserkrankten zwei Jahre nach ihrer Diagnose von der österreichischen Gesamtbevölkerung?

Im Erwerbsverlauf von Menschen gibt es normale Fluktuationen. Es ist daher die Frage zu stellen, ob die oben beschriebenen Zahlen der natürlichen Schwankung des Erwerbsstatus in der Gesamtbevölkerung entsprechen oder ob die Zahlen bei Menschen mit vorangegangener Krebsdiagnose tatsächlich anders sind.

Zu diesem Zweck wurde die Gruppe der Krebserkrankten, die im letzten Absatz betrachtet wurde, nun **mit der Gesamtbevölkerung ohne Krebs*** verglichen**. Dabei wurden die gleichen Bedingungen (Alter 15–64 Jahre; erwerbstätig zum Stichtag; mindestens fünf Jahre nach Stichtag am Leben) herangezogen. Es zeigt sich, dass der „natürliche“ Verlauf des Erwerbsstatus ein anderer ist als bei Krebserkrankten: In der Gesamtbevölkerung sind nach zwei Jahren **89,4%** aller Menschen weiterhin oder wieder erwerbstätig, verglichen mit **77,3%** aller von Krebs betroffenen Personen. Es besteht somit ein **Unterschied von etwas mehr als 12 Prozentpunkten**. Bei der Interpretation dieses Unterschieds ist al-

lerdings Vorsicht geboten: In der Altersgruppe 15–64 Jahre ist das mittlere Alter von Menschen, die an Krebs erkranken, deutlich höher als das der Gesamtbevölkerung. Dies wäre eine Erklärung dafür, dass Krebspatient:innen häufiger aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Tatsächlich ist das **durchschnittliche Alter von Krebspatient:innen mit 49,4 Jahren um ca. 10 Jahre höher** als das der Gesamtbevölkerung (40,3 Jahre). Eine Teilung in Altersgruppen (**Tabelle und Abbildung 1**) zeigt allerdings, dass **auch innerhalb der verschiedenen Altersgruppen ein deutlicher Unterschied** im Erwerbsverlauf zwischen den beiden Personengruppen bestehen bleibt.

Die **Tabelle** sowie **Abbildung 1** zeigen die Anteile der Erwerbstätigkeit von Krebskranken im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, jeweils zwei Jahre nach Krebsdiagnose (im Fall der Krebskranken) bzw. nach Stichtag (im Fall der Gesamtbevölkerung). **Insbesondere bei den 55- bis 64-Jährigen ist die Erwerbstätigkeit** nach zwei Jahren bei Krebskranken **deutlich geringer** als in der Gesamtbevölkerung (15,5 Prozentpunkte Unterschied bei Männern und 17,3 Prozentpunkte Unterschied bei Frauen; siehe **Tabelle**). Während in der Gesamtbevölkerung zwischen 60 und 64 Jahren (siehe **Abbildung 1**) nach zwei Jahren noch mehr als 50% (Männer: 63,2%,

Frauen: 55,0%) erwerbstätig sind, sind es bei Personen, die an Krebs erkrankt sind, insgesamt unter 40% (Männer: 43,7%; Frauen 35,6%). Interessanterweise bestehen auch bei Personen, die jünger als 30 Jahre sind, größere Unterschiede (in der Erwerbstätigkeit nach zwei Jahren zwischen Krebskranken und anderen) als im mittleren erwerbstätigen Alter, was möglicherweise daran liegt, dass eine Krebserkrankung stärkeren Einfluss auf die weniger stabile berufliche Situation in jüngeren Berufsjahren hat.

In allen Altersgruppen sind die beobachteten Unterschiede zwischen Krebskranken und der Gesamtbevölkerung bei Frauen größer als bei Männern. Auch nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht haben Krebskranke eine deutlich geringere Chance als die Gesamtbevölkerung, zwei Jahre nach Diagnose erwerbstätig zu sein. Im Zeitverlauf von 2011 bis 2018 zeigt sich dabei keine Veränderung.

5. In welcher Form verändert sich die Erwerbstätigkeit von Krebskranken ein bzw. zwei Jahre nach der Diagnose?

Die zeitliche Änderung im Erwerbsverlauf von Menschen nach Krebsdiagnose verdient eine nähere Betrachtung. In **Abbildung 2** ist daher der Erwerbsstatus ein und zwei Jahre nach Krebsdiagnose von jenen Personen dargestellt, die zum

Geschlecht	Jahr	Erwerbstätig nach 2 Jahren		Unterschied
		ohne Krebs	mit Krebs	
Männer	15–29	89,9%	80,2%	Δ 9,6
	30–54	95,1%	89,9%	Δ 5,2
	55–64	79,8%	64,3%	Δ 15,5
Frauen	15–29	87,0%	75,3%	Δ 11,7
	30–54	93,6%	87,0%	Δ 6,6
	55–64	74,7%	57,5%	Δ 17,3
Alle		89,4%	77,3%	Δ 12,2

Tab.: Erwerbstätigkeit zwei Jahre nach einer Krebsdiagnose in Prozent, nach Geschlecht und Alter, in Abhängigkeit einer Krebsdiagnose

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 09.01.2024), Todesursachenstatistik und registerbasierte Erwerbsverläufe

*** Im Folgenden umfasst der Begriff Gesamtbevölkerung jenen Anteil der Bevölkerung, der im Beobachtungszeitraum keine Krebsdiagnose erhalten hat.

Erwerbstätigkeit 2 Jahre nach Krebsdiagnose

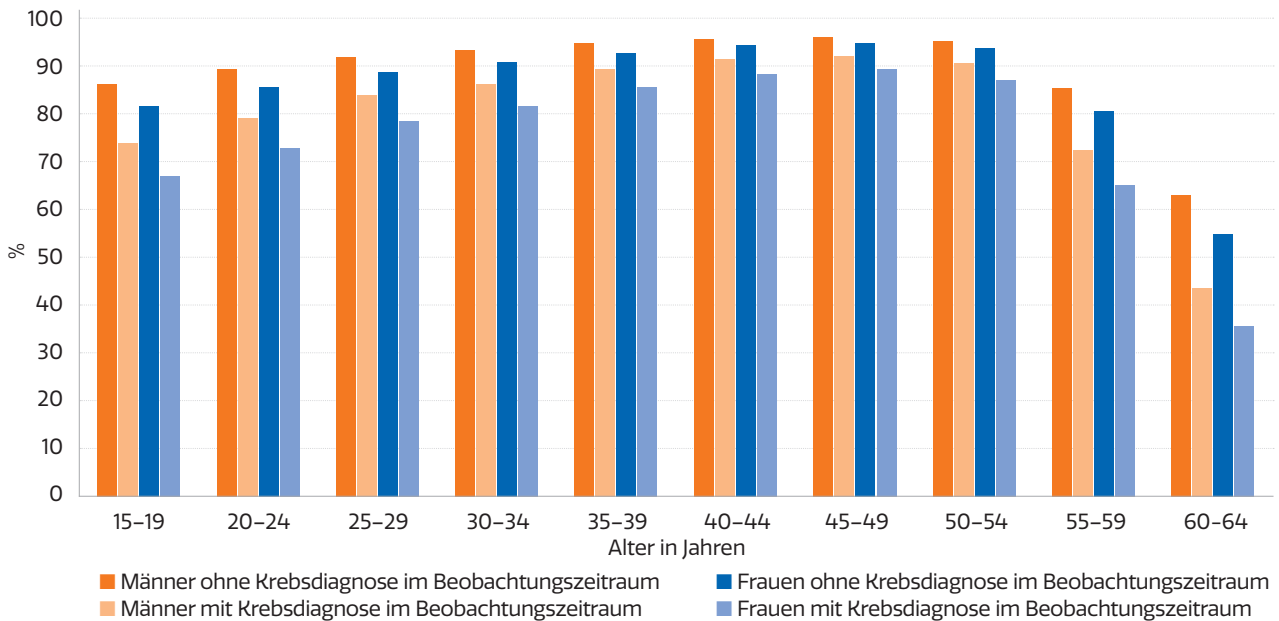


Abb. 1: Vergleich der Erwerbstätigkeit von Krebserkrankten mit der Gesamtbevölkerung zwei Jahre nach Krebsdiagnose bzw. nach Stichtag für Männer und Frauen nach Altersgruppen

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 09.01.2024), Todesursachenstatistik und registerbasierte Erwerbsverläufe

Zeitpunkt der Krebsdiagnose erwerbstätig waren und nach einer Krebsdiagnose zumindest fünf Jahre lebten.

Aus **Abbildung 2** (und den zugehörigen Zahlen) lassen sich folgende Punkte ableiten:

Ein Jahr nach Krebsdiagnose sind 4 von 5 Betroffenen (80,1%), die zum Zeitpunkt der Diagnose erwerbstätig und fünf Jahre nach Diagnosestellung noch am Leben waren, **noch oder wieder erwerbstätig** (orange in **Abbildung 2**). Davon befindet sich zu diesem Zeitpunkt ein sehr kleiner Teil, nämlich insgesamt 1,7%, bei aufrechtem Dienstverhältnis in Krankenstand/Karenz/Rehabilitation (in **Abbildung 2** nicht gesondert dargestellt).

Rund jeder Fünfte (19,9%) steht zu diesem Zeitpunkt allerdings nicht mehr im Erwerbsleben.

Der größte Teil Letzterer, nämlich insgesamt **11,0%** (blau in **Abbildung 2**), steht nach einem Jahr **nicht mehr in einem Dienstverhältnis, bezieht aber auch keine Pension** (sog. „nicht erwerbstätiger“ Zustand). Von diesen Personen ist etwa die Hälfte in Krankenstand/Rehabilitation und etwa jeder Sechste arbeitslos/-suchend.

Hingegen beziehen **9,0%** (grau in **Abbildung 2**) **der Betroffenen nach einem**

Jahr bereits eine Pension. Dies erklärt sich auch aus der Tatsache, dass ca. 9% aller Betroffenen zum Diagnosezeitpunkt bereits zwischen 60 und 64 Jahre alt sind.

Im zweiten Jahr nach Diagnosestellung geht nochmals ein Teil der Betroffenen in Pension (insgesamt 6,7% der Betroffenen), weitere 2,9% wechseln aus der Erwerbstätigkeit in den „nicht erwerbstätigen“ Zustand. Im Gegenzug kommen viele Krebserkrankte (4,9% der Grundgesamtheit) aus Krankenstand, Rehabilitation oder Pension im zweiten Jahr zurück in eine Beschäftigung. In Summe ergibt sich, dass der **Anteil Erwerbstätiger im zweiten Jahr nach Diagnose nochmals gering auf 77,3% abnimmt.**

Insgesamt beziehen **14,8% aller Betroffenen zwei Jahre nach Diagnosestellung eine Pension.** Auffallend ist bei jenen, die im zweiten Jahr nach Diagnose in Pension gehen, dass die große Mehrheit von ihnen (4,8% der Grundgesamtheit) aus einer weiterhin oder wieder bestehenden Erwerbstätigkeit kommt. Hingegen sind es deutlich weniger Betroffene, die im zweiten Jahr nach Diagnosestellung direkt aus einem nicht erwerbstätigen Zustand in Pension gehen (1,9% der Grundgesamtheit).

Erwerbsverläufe von Krebspatient:innen

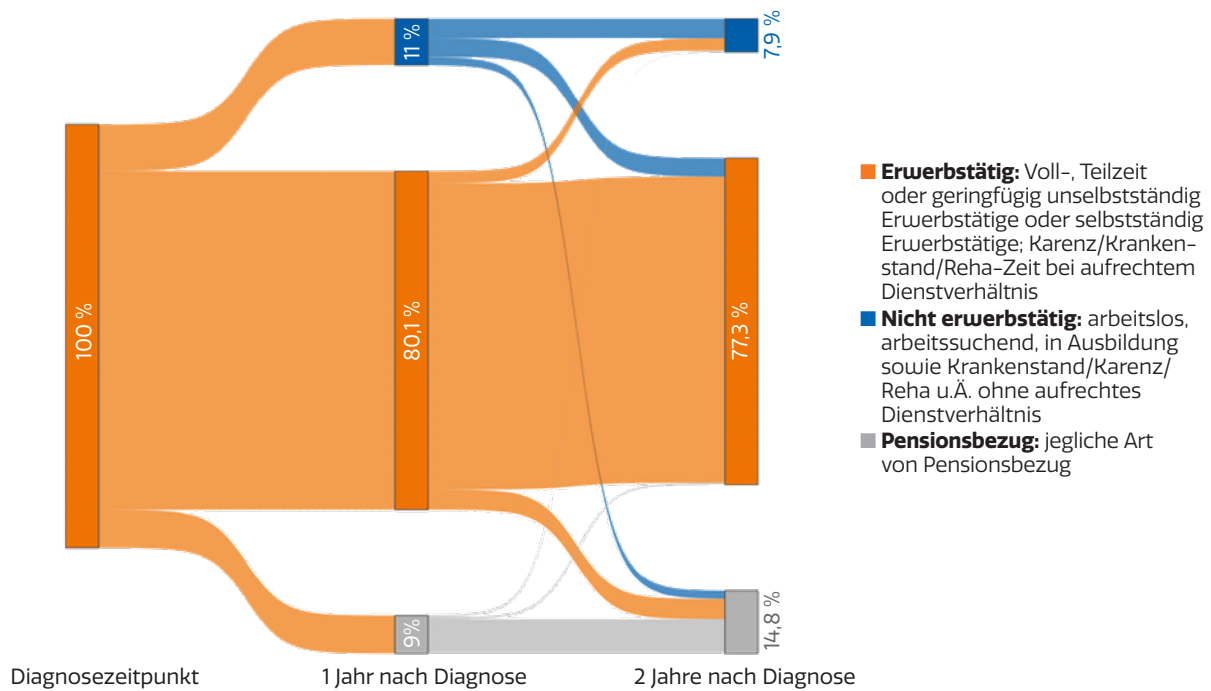


Abb. 2: Verlauf des Erwerbsstatus von Krebskranken über zwei Jahre (Sankey-Diagramm). Inkludiert wurden zum Zeitpunkt der Diagnose erwerbstätige Patient:innen zwischen 15 und 64 Jahren, die fünf Jahre nach Diagnosestellung noch am Leben waren.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 09.01.2024), Todesursachenstatistik und registerbasierte Erwerbsverläufe

Interessant ist auch, dass der Anteil geringfügig Beschäftigter im Vergleich zu anderen Erwerbstätigen im Verlauf der Zeit in etwa gleich bleibt (in **Abbildung 2** nicht dargestellt). Anzumerken ist hierbei, dass Teilzeitbeschäftigung (inkl. Wiedereingliederungsteilzeit) in den vorliegenden Ergebnissen nicht separat ausgewiesen ist, sodass eine Steigerung der Quote an Teilzeitbeschäftigung (bzw. Reduktion der Vollzeitbeschäftigung) unter den Erwerbstätigen hier nicht sichtbar wäre.

6. Welche Faktoren beeinflussen, ob Menschen nach einer Krebsdiagnose erwerbstätig sind?

Um jene **Faktoren** zu identifizieren, die bei Krebspatient:innen ein besonders hohes Risiko darstellen, nach zwei Jahren nicht mehr erwerbstätig zu sein, wurde die Gruppe der Krebskranken noch genauer analysiert. Weiterhin handelt es sich bei den folgenden Analysen ausschließlich um jene Menschen zwischen 15 und 64 Jahren, die während aufrechter Erwerbstätigkeit von Krebs betroffen waren und mindestens fünf Jahre nach der Krebsdiagnose noch lebten.

Es wurden mehrere mögliche und gleichzeitig verfügbare Faktoren, die Einfluss auf den Erwerbsverlauf von Krebskranken haben könnten, identifiziert:

- Alter
- Geschlecht
- Höchster Bildungsabschluss
- Haushaltsform
- Art der Tumorerkrankung
- Tumorstadium

Von diesen Faktoren haben Alter, Geschlecht und Bildungsabschluss auch bei Nicht-Krebskranken großen Einfluss auf den Erwerbsverlauf, die Haushaltsform einen deutlich geringeren. Der Einfluss dieser Faktoren auf die Erwerbstätigkeit besteht auch bei Krebskranken. Bei diesen zeigt sich allerdings zusätzlich ein deutlicher Einfluss der Art der Tumorerkrankung (**Abbildung 3**) und des Tumorstadiums bei Diagnosestellung (**Abbildung 4**) auf die Erwerbstätigkeit.

Abbildung 3 zeigt, dass der weitere Erwerbsverlauf von Betroffenen je nach Tumorart unterschiedlich ist. Manche Tumorerkrankungen beeinträchtigen die weitere Erwerbstätigkeit vergleichsweise

Erwerbstätigkeit 2 Jahre nach Krebsdiagnose – Unterschiede nach Diagnose

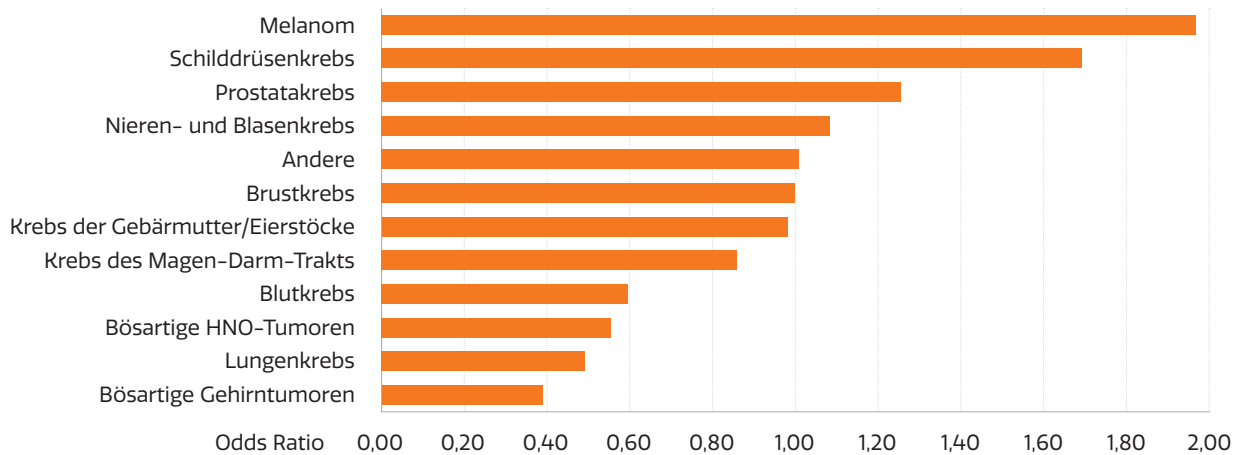


Abb. 3: Einfluss der Art der Tumorerkrankung auf die Erwerbstätigkeit nach zwei Jahren (adjustiert nach Alter, Geschlecht, Haushaltsstatus, Bildung und Tumorstadium; Referenzgruppe: Patient:innen mit Brustkrebs – Odds Ratio: 1)

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 09.01.2024), Todesursachenstatistik und registerbasierte Erwerbsverläufe

weniger: Dazu gehören das Melanom, Schilddrüsenkrebs und Prostatakrebs. Andere Tumorerkrankungen wie Nieren-/Blasenkrebs, Brustkrebs, Krebs des Magen-Darm-Trakts sowie Krebs der Gebärmutter und der Eierstöcke gehen im Vergleich dazu mit einem erhöhten Risiko einher, nach der Krebsdiagnose aus der Erwerbstätigkeit auszuschneiden. Die Diagnose eines bösartigen Gehirntumors, von Lungenkrebs, eines HNO-Tumors oder von Blutkrebs geht hingegen vergleichsweise mit dem höchsten Risiko einher, zwei Jahre nach Diagnosestellung nicht mehr erwerbstätig zu sein. Zu bedenken ist, dass dieser Befund besteht, obwohl nach Alter, Bildungsgrad, Geschlecht und Tumorstadium der Betroffenen adjustiert wurde und nur Patient:innen inkludiert wurden, die fünf Jahre nach Krebsdiagnose noch lebten.

Wenig überraschend beeinflusst das Stadium der Tumorerkrankung den Verlauf der Erwerbstätigkeit (**Abbildung 4**), wobei Patient:innen mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen nach zwei Jahren vergleichsweise deutlich seltener erwerbstätig sind. Hämatologische Erkrankungen („Blutkrebs“, inkludiert auch Lymphdrüsenkrebs) haben insgesamt eine ähnlich starke Auswirkung auf die Erwerbstätigkeit von Betroffenen wie regionalisierte Tumoren.

Daraus lassen sich folgende Aussagen ableiten:

- 1. Frauen sind nach einer Krebserkrankung etwas seltener als Männer wieder oder weiterhin erwerbstätig.** Der Einfluss des Geschlechts auf die weitere Erwerbstätigkeit ist allerdings bei Krebserkrankten geringer als bei der Gesamtbevölkerung ohne Krebs.
- 2. Auch das Alter von Krebserkrankten beeinflusst den weiteren Erwerbsverlauf: Ab dem 50. Lebensjahr sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen nach einer Krebserkrankung erwerbstätig bleiben oder wieder ins Erwerbsleben zurückkehren.** Die Rückkehr ins Erwerbsleben ist bei Krebserkrankten nach dem 55. Lebensjahr noch kleiner und ab dem 60. Lebensjahr gering. Zusätzlich ist das **Risiko bei besonders jungen Menschen (< 25 Jahre)**, die an Krebs erkranken, hoch, (für zumindest zwei Jahre) **aus dem Erwerbsleben auszuschneiden.** Auch in der nicht an Krebs erkrankten Bevölkerung hat das Alter großen Einfluss auf die weitere Erwerbstätigkeit.
- 3. Je höher der Bildungsabschluss, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, nach einer Krebserkrankung weiterhin oder wieder erwerbstätig**

zu sein. Ein Zusammenhang zwischen Bildungsabschluss und Erwerbstätigkeit besteht auch in der Gesamtbevölkerung.

4. Die **Art der Erkrankung hat großen Einfluss** darauf, ob Krebserkrankte wieder ins Erwerbsleben zurückkehren oder erwerbstätig bleiben. Patient:innen mit bösartigen Hirntumoren oder Lungenkrebs, gefolgt von jenen mit bösartigen HNO-Tumoren, haben die höchste Wahrscheinlichkeit, aus ihrer Erwerbstätigkeit auszuschneiden. Die Diagnose Brust- und Eierstockkrebs sowie Krebs des Magen-Darm-Trakts geht mit einem weniger hohen Risiko einher. Im Vergleich dazu besteht bei Patient:innen mit Haut-, Schilddrüsen- oder Prostatakrebs eine erhöhte Chance, weiterhin oder wieder erwerbstätig zu sein.
5. Das **Tumorstadium hat großen Einfluss auf die weitere Erwerbstätigkeit** von Krebspatient:innen, auch wenn diese ihre Diagnose mindestens fünf Jahre überleben: Je fortgeschrittener das Tumorstadium, desto größer ist das Risiko, aus dem Erwerbsleben auszuschneiden.
6. Die Haushaltsform hat nur geringen Einfluss auf die weitere Erwerbstätigkeit von Krebserkrankten.

Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag wurde die Frage behandelt, ob und inwiefern eine Krebsdiagnose den Erwerbsverlauf von Betroffenen in Österreich beeinflusst. Mit der vorliegenden Analyse wollen wir eine erste Datengrundlage für die Fragestellung liefern, ob Rehabilitations- und Reintegrationsmaßnahmen in Österreich in ausreichendem Ausmaß zur Verfügung stehen, um eine weitere Erwerbstätigkeit nach abgeschlossener Krebsbehandlung zu unterstützen. Die im Artikel beschriebene Einschränkung der betrachteten Patientenkohorten auf jene Personen, die zwischen 15 und 64 Jahre sind, während aufrechter Erwerbstätigkeit an Krebs erkranken und die Erkrankung mindestens fünf Jahre überleben, ist die auf Basis der verfügbaren Daten bestmögliche Annäherung an die beschriebene Fragestellung.

Erwerbstätigkeit 2 Jahre nach Krebsdiagnose – Unterschiede nach Tumorstadium

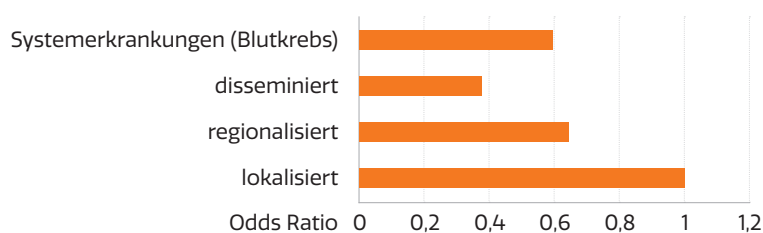


Abb. 4: Einfluss des Tumorstadiums auf die Erwerbstätigkeit nach zwei Jahren (adjustiert nach Alter, Geschlecht, Haushaltsstatus, Bildung und Art der Tumorerkrankung; Systemerkrankung: umfasst Blutkrebs und Lymphdrüsenkrebs; disseminiert: Tumorerkrankung mit Fernmetastasen; regionalisiert: Tumorerkrankung mit regionalen Lymphknotenmetastasen; lokalisiert: Tumorerkrankung ohne Metastasen)

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 09.01.2024), Todesursachenstatistik und registerbasierte Erwerbsverläufe

Wir zeigen, dass ca. 8.500 Personen pro Jahr in Österreich während ihrer Erwerbstätigkeit an Krebs erkranken.

Das entspricht ca. 23% aller Menschen, die pro Jahr von einer Krebsdiagnose betroffen sind. Aufgrund der zunehmenden Prävalenz von Krebserkrankungen leben mittlerweile ca. 140.000 Menschen der österreichischen Wohnbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren (ca. 2,3%) mit oder nach einer Krebsdiagnose. Allein diese Zahlen machen deutlich, dass die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit nach einer Krebsdiagnose ein volkswirtschaftlich relevantes Thema ist.

Ein Jahr nach Diagnosestellung ist jede:r Fünfte der zuvor erwerbstätigen Betroffenen nicht mehr erwerbstätig. Unabhängig davon, in welchem „nicht erwerbstätigen Zustand“ sich diese Personen befinden (Krankenstand/Rehabilitation ohne aufrechtes Dienstverhältnis, Pension etc.), ist davon auszugehen, dass das Einkommen dieser Personen deutlich niedriger ist als ein Jahr zuvor. Zusätzlich ist bei unserer Analyse der Anteil derjenigen, die nur in geringerem Ausmaß als zuvor wieder berufstätig sein können (Teilzeitbeschäftigung), nicht berücksichtigt. Gleichzeitig mit der im Beitrag „**Die soziale Dimension von Krebs**“ dargestellten finanziellen Belastung aufgrund einer Krebserkrankung untermauern

unsere Zahlen die Tatsache, dass eine Krebserkrankung für viele Betroffene eine große finanzielle Herausforderung darstellt.

Erfreulicherweise steht von jenen Betroffenen, die fünf Jahre nach Krebsdiagnose noch leben, ein Großteil, nämlich **77,3%, nach zwei Jahren noch bzw. wieder im Erwerbsleben**. Diese Zahlen sind für Österreich neu und im Vergleich zu publizierten Daten aus Deutschland plausibel.¹

Insgesamt gelingt es allerdings 22,7% der (zum Diagnosezeitpunkt erwerbstätigen) Betroffenen nicht, innerhalb von zwei Jahren wieder ins Erwerbsleben zurückzukehren. Ein großer Teil davon betrifft Pensionierungen: Ein Jahr nach Diagnosestellung sind bereits 9,0% der Betroffenen in Pension, zwei Jahre nach Diagnosestellung sind es 14,8%. Hier besteht natürlich ein starker Zusammenhang mit dem Alter der Betroffenen. Die Wahrscheinlichkeit, nach Krebs erwerbstätig zu sein, hängt aber auch mit dem Bildungsgrad und dem Geschlecht sowie mit der Art und dem Stadium der Tumorerkrankung zusammen.

Die Erwerbsverläufe von Menschen nach einer Krebsdiagnose sind anders als jene der Gesamtbevölkerung. Insbesondere bei Erkrankten im jüngeren erwerbstätigen Alter sowie bei Menschen über 55 Jahren führt eine Krebsdiagnose zu einem Einschnitt im Erwerbsleben. Ein beträchtlicher Anteil älterer Betroffener geht innerhalb von zwei Jahren nach einer Krebsdiagnose in Pension, nämlich 24,7% der über 50-Jährigen (vs. 9,9% in der Gesamtbevölkerung) und 34,7% der über 55-Jährigen (vs. 18,7% in der Gesamtbevölkerung). Die Unterschiede zur Gesamtpopulation sind bei Frauen größer als bei Männern. Ein niedriger Bildungsabschluss erhöht das Risiko nochmals, nicht erwerbstätig zu bleiben. Der Einfluss des Geschlechts auf den Erwerbsverlauf von Krebserkrankten ist in Österreich zwar gering, aber – anders als in Deutschland – nachweisbar.¹

Um aus den gezeigten Daten Handlungskonsequenzen abzuleiten, sind genauere Analysen einzelner Gruppen von Betroffenen (Kombinationen aus z.B. Alter, Erkrankung, Stadium und Bildungsgrad) notwendig. Starke Korrelationen zwischen mehreren Faktoren (z.B. Alter, Art der Erkrankung und Geschlecht etc.) sind nicht nur möglich, sondern auch sehr wahrscheinlich und verdienen eine genauere Betrachtung. Ebenso wäre die Identifikation der jeweils relevantesten und bislang nicht berücksichtigten Risikofaktoren (Art der Behandlung, Wohnort, andere psychosoziale Faktoren etc.) pro Gruppe wesentlich, um zielgerichtete Reintegrationsmaßnahmen zu entwickeln. Solche weiteren Analysen würden allerdings den Rahmen dieses Beitrags sprengen und werden, soweit möglich, separat publiziert.

Wir hoffen, mit der nun vorliegenden erstmaligen Verknüpfung von Daten der Krebsstatistik mit weiteren (Register-)Daten zu zeigen, dass aus solchen und weiteren Analysen versorgungsrelevante Erkenntnisse gewonnen werden können. Um die Therapie und die Nachsorge der zunehmenden Zahl an Krebserkrankten in Österreich bewältigen zu können, werden tiefer gehende Auswertungen dieser Daten, aber auch weitere Analysen, beispielsweise unter Hinzuziehung psychosozialer Risikofaktoren für Krebs, notwendig sein. Die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen und Ressourcen, um einen zielgerichteten Bedarf zu erheben und Maßnahmenpakete für Betroffene abzuleiten, ist **essenziell, um eine hochqualitative und umfassende Versorgung in Österreich zu sichern**.

*Monika Hackl, Ansgar Weltermann,
Florian Trauner, Kathrin Strasser-Weippl*

*Wir danken Johanna Einfalt-Schneider,
Ernst Leser, Petra Ihle und Alexander Kowarik
für ihre Unterstützung bei der Bereitstellung
und Auswertung der Daten.*

¹Volker A et al., Acta Oncol 2019; 58:811–18

Fokus

Soziale Dimension



ÖSTERREICHISCHER
KREBSREPORT

Eine Initiative der Österreichischen Krebshilfe
und der Österreichischen Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie

Oft unterschätzt:

Die soziale Dimension von Krebs

„Seit meiner Krebsdiagnose habe ich buchstäblich alles verloren, was mir wichtig war – meine Gesundheit, meinen Partner, meinen Job. Manchmal frage ich mich, wozu ich eigentlich noch kämpfen soll.“ – **Eva T., Unterleibskrebs**

Die soziale Dimension von Krebs umfasst eine Vielzahl von Aspekten, die das soziale Leben von Betroffenen beeinflussen können. Dazu gehören soziale Isolation und Stigmatisierung, Auswirkungen auf das Familien- und Beziehungsleben,

krankheitsbedingte finanzielle Belastungen bis zum Verlust des Arbeitsplatzes und finanzielle Not.

Aus internationalen Studien ist bekannt, dass Krebspatient:innen durch die Kosten von Medikamenten und den Verlust des Einkommens

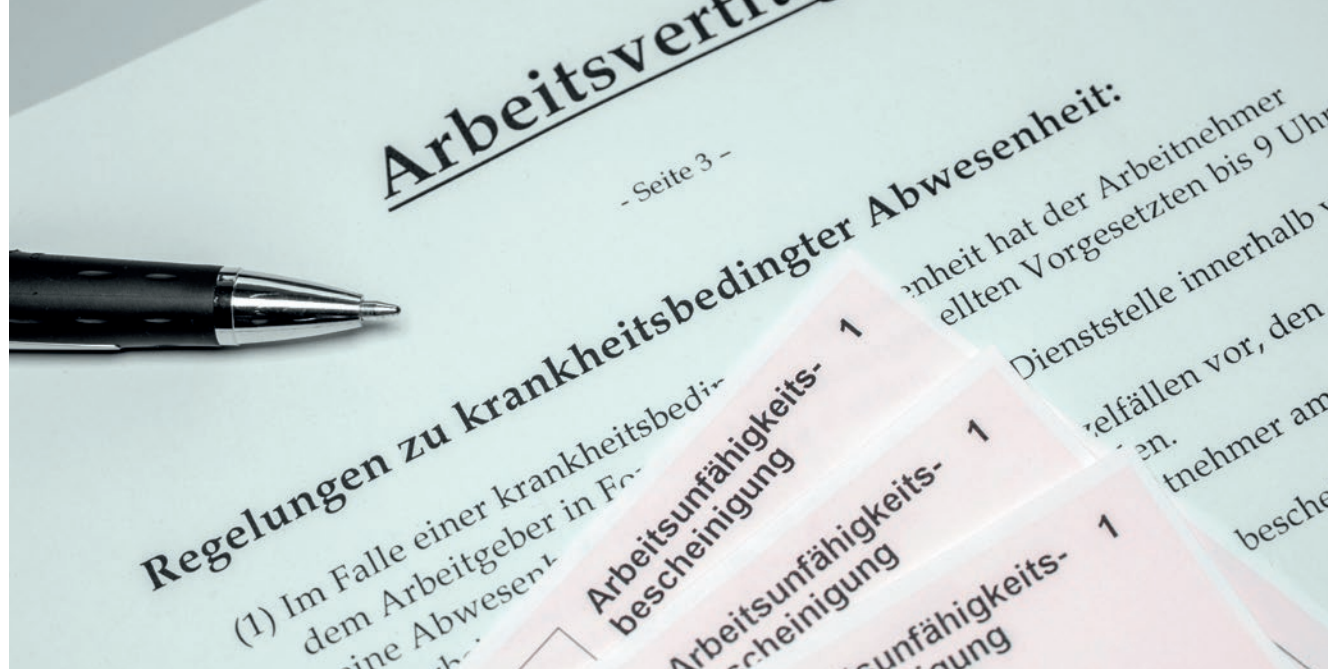
finanziell stark belastet sind, sodass zum Teil ganze Familien nach der Krebsdiagnose eines Familienmitglieds von sogenannten „catastrophic health expenditures“ (katastrophalen Gesundheitsausgaben) betroffen sind.¹ Diese Daten stammen hauptsächlich aus den USA und aus Ländern mit einem weniger guten sozialen Netz als Österreich. Hierzulande stellen die Verfügbarkeit und der Umfang der österreichischen Gesundheitsversorgung und die Sozialversicherung sicher, dass ein großer Teil der Kosten für Krebspatient:innen abgedeckt wird. Der Eindruck, das lückenlose österreichische Sozialsystem sei in der Lage, Krebspatient:innen vor allen finanziellen und sozialen Risiken infolge einer Krebserkrankung zu schützen, ist aber falsch. Für unser Nachbarland Deutschland, das über ein ähnliches Sozialsystem wie Österreich verfügt, wur-

de kürzlich gezeigt, dass das Arbeits-einkommen von Krebspatient:innen nach der Diagnosestellung um knapp 30% sinkt, was auf Arbeitslosigkeit und verringertes Arbeitsausmaß zurückzuführen ist.² Zusätzlich müssen Krebspatient:innen eine Vielzahl von Selbstbehalten für Medikamente, medizinische Verordnungen, Transporte und Ähnliches aufbringen. Zahlreiche Studien aus Deutschland belegen mittlerweile, dass diese Kosten mehrere Hundert Euro im Monat betragen können und zu einer hohen finanziellen und psychischen Belastung von Krebspatient:innen führen.³ Wenn auch weniger gut durch publizierte Daten belegt, ist die Situation hierzulande eine ähnliche. Allein die zunehmende Anzahl Betroffener, die sich aus finanziellen Gründen an die Österreichische Krebshilfe wenden, zeigt die prekäre Situation, in die viele Krebspatient:innen auch in Österreich nach Diagnosestellung geraten.

Arbeiten oder Krankenstand?

Ein ganz wesentlicher Bestandteil im Leben vieler Krebspatient:innen ist ihr Beruf. Berufstätig zu sein ist die Grundlage für finanzielle Sicherheit, bietet den Rahmen für gesellschaftliche und soziale Identität und verleiht dem Leben Sinn und Struktur. Ein Teil der Patient:innen ist dennoch gezwungen, für die Dauer der Therapie in den Krankenstand zu gehen, da ihre Berufstätigkeit körperlich zu beanspruchend ist. Andere nehmen sich zunächst vor weiterzuarbeiten (nicht zuletzt auch aus Angst vor einer Kündigung) und laufen damit Gefahr, sich zu überfordern. Es ist gut belegt, dass die Prävalenz von Fatigue, also unüberwindbarer Müdigkeit, während oder kurz nach einer Chemotherapie bei fast 90% liegt.⁴ Die Betroffenen sind kaum in der Lage, ihren Alltag alleine zu meistern, geschweige denn, ihrer Berufstä-

Obwohl das österreichische Gesundheitssystem und die Sozialversicherung viele Kosten abdecken, schützen sie Krebspatient:innen nicht vollständig vor finanziellen und sozialen Risiken.



tigkeit in gleichem Ausmaß wie vor der Diagnosestellung nachzugehen. Die allermeisten Patient:innen kommen daher bald zu der – oft bitteren – Einsicht, dass sie ihre volle Leistung im Moment, vorübergehend oder auch dauerhaft nicht (mehr) in dem Ausmaß erbringen können wie vor der Erkrankung, und gehen daher in den Krankenstand.

Einkommenseinbußen durch Krankenstand und krankheitsbedingte Mehrausgaben

Wer in Österreich im Krankenstand ist, realisiert spätestens nach der zeitlich befristeten (in der Regel sechswöchigen) Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber, dass das Krankengeld um ca. 50% niedriger ist als das Gehalt. Für die Mehrheit der Patient:innen und ihre Angehörigen haben diese finanziellen Einbußen große Auswirkungen auf ihre Existenz und das ganze Leben, da alle Fixkosten wie Miete oder auch die Unterstützung von Angehörigen wie Kindern ja weiterlaufen. Wie oben erwähnt, entstehen gleichzeitig zusätzliche Kosten: Auch wenn die medizinischen Behandlungen für Krebspatient:innen in der Regel kostenfrei sind, fallen Selbstbehalte, Rezeptgebühren, Fahrtkosten u.v.m. an. Die Differenz zwischen verfügbarem Einkommen und Fixkosten gerät dadurch selbst bei Patient:innen, die in vermeintlich stabilen finanziellen Verhältnissen gelebt haben, rasch in Schieflage.

Kündigung im Krankenstand

Bereits im Krankenstand gilt es, einiges zu beachten – von der Dauer des Krankenstandes bis zur Möglichkeit, den Krankenstand bei Bedarf verlängern zu können. Ist die Arbeitsfähigkeit am Ende des Krankenstandes dennoch nicht gegeben, ist eine

Reihe von Fragen zu klären, um sich während der physisch wie psychisch anstrengenden Zeit der medizinischen Behandlung nicht zusätzlich – berechnete – Sorgen um den Arbeitsplatz machen zu müssen. Denn noch drastischer als der vorübergehende Einkommensverlust durch einen Krankenstand ist eine Kündigung während der Krebsbehandlung. Was viele Krebspatient:innen nicht wissen: Die derzeitige Gesetzeslage in Österreich erlaubt eine Kündigung durch den Dienstgeber im Krankenstand. Laut einer aktuellen Umfrage der Arbeiterkammer wurde jede:r 12. Befragte schon einmal im Krankenstand gekündigt. Auf diesen für schwer kranke Menschen besonders belastenden Umstand hat die Österreichische Krebshilfe wiederholt öffentlich aufmerksam gemacht – zuletzt im Mai 2024, nachdem die Wirtschaftskammer Österreich (WKO) eine Anleitung veröffentlicht hatte, wie Dienstnehmer im Krankenstand während ihres Spitalsaufenthalts rechtskonform gekündigt werden können:

Die Gesetzeslage in Österreich erlaubt eine Kündigung im Krankenstand durch den Dienstgeber.

„Befindet sich ein Arbeitnehmer im Krankenhaus, ist eine schriftliche Kündigung ins Krankenhaus zu übersenden. Eine durch die Post zugestellte Kündigung gilt dann als wirksam zugestellt, wenn der Kündigungsbrief auf dem Nachtkästchen deponiert bzw. in einem für den Patienten bestimmten Postfach abgegeben wird.“

Diese „Anleitung“ zur Kündigung fand sich auf der Website der WKO und sorgte bei Krebspatient:innen, An- und Zugehörigen sowie der Österreichischen Krebshilfe für Entrüstung. Noch am Abend der erstmaligen Ausstrahlung dieses Aufschreis in der ZIB 1 (17. 5. 2024) und Berichten der Kronen Zeitung entfernte die WKO diese „Rechtsauskunft“. Die Berichte führten zu einer öffentlichen Diskussion über den fehlenden effektiven Kündigungsschutz für schwer kranke Menschen.

Bedingter Schutz gegen Kündigung im Krankenstand

Krebspatient:innen haben zwar das Recht, einen Antrag auf einen „begünstigten Behindertenstatus“ zu stellen, welcher vermeintlich vor einer Kündigung schützt. In der Realität ist dieser Schutz allerdings nur bedingt gegeben: Sollte eine Kündigung trotz „begünstig-

tem Behindertenstatus“ erfolgen, muss diese vor einem Schiedsgericht beim Sozialministerium mit dem Arbeitgeber verhandelt werden. Laut Krebshilfe kommt es dabei in den meisten Fällen nicht zu einer Rücknahme der Kündigung, sondern lediglich zu Abschlagszahlungen bei gleichzeitigem Verlust des Arbeitsplatzes. Somit besteht für Krebspatient:innen in Österreich aktuell kein effektiver Kündigungsschutz.

Krankenstand zu Ende, aber noch nicht zu 100% leistungsfähig

Für all jene Krebspatient:innen, die das Glück haben, dass der Arbeitgeber nicht von seinem Recht Gebrauch macht, eine Kündigung auszusprechen, bedeutet das Ende der Therapie auch in der Regel das Ende der offiziellen Arbeitsunfähigkeit (Ende des Krankenstandes). Auch wenn die Zeit der kräfteaubenden Therapien vorbei ist oder sich Patient:innen an eine dauerhafte Therapie „gewöhnt“ haben und sich zu einem gewissen Teil arbeitsfähig fühlen, spüren sie dennoch, dass sie ihre volle Leistung – verständlicherweise – (noch) nicht erbringen können. Eine zum Teil jahrelang anhaltende deutliche Leistungsminderung nach einer Chemotherapie ist durch Daten sehr gut belegt und betrifft ein Viertel bis zu einem

WIETZ-Bezieher mit Krebsdiagnose nach Jahren und Altersdekade

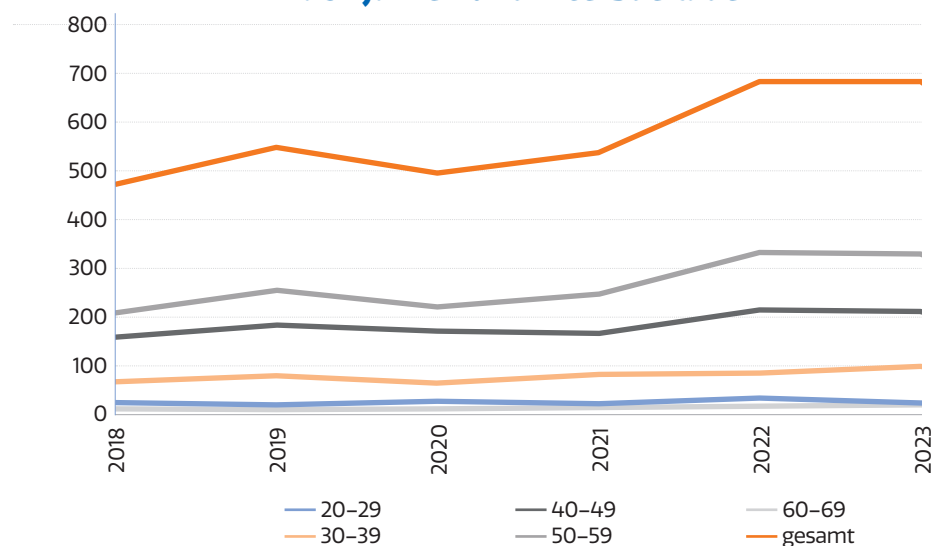


Abb. 1: Inanspruchnahme von Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ) durch Krebspatient:innen

Quelle: Österreichische Gesundheitskasse

Anzahl der Soforthilfe-Anträge pro Jahr

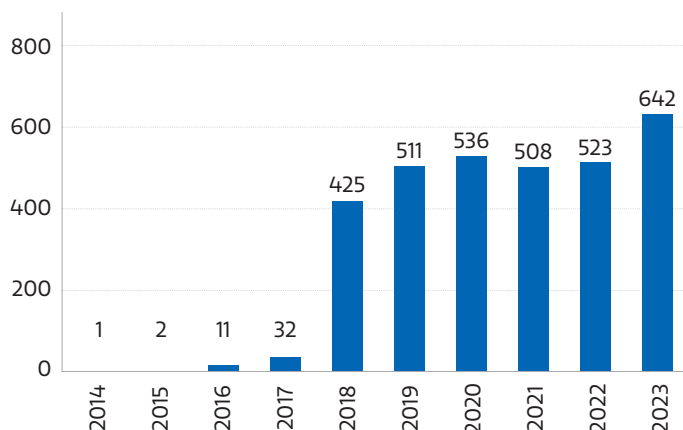


Abb. 2: Soforthilfe-Anträge bei der Österreichischen Krebshilfe zur finanziellen Unterstützung von Krebspatient:innen

Quelle: Österreichische Krebshilfe

Ausbezahlte Beträge in € seit 2014 Aufteilung nach Unterstützungsart

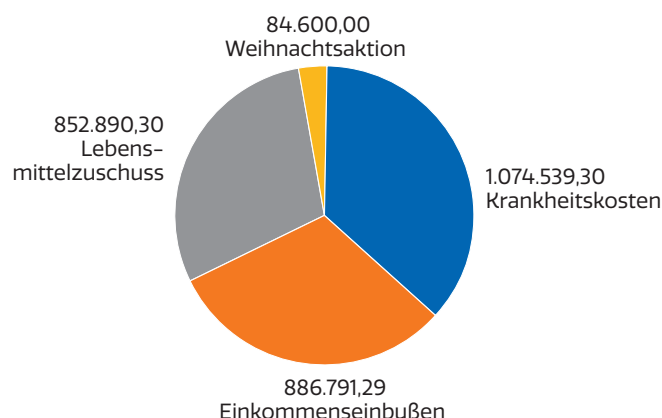


Abb. 3: Von der Österreichischen Krebshilfe seit Gründung des Soforthilfefonds ausbezahlte Beträge, gegliedert nach Art der Unterstützung

Quelle: Österreichische Krebshilfe

Drittel der Patient:innen.⁴ Bis zur Einführung der Wiedereingliederungsteilzeit in Österreich im Jahr 2017 wurden Patient:innen in dieser Situation faktisch gezwungen, sich für ein „Entweder – Oder“ zu entscheiden: entweder so lange im Krankenstand zu bleiben, bis sie zu 100% einsatzfähig waren, oder zu 100% arbeiten zu gehen, obwohl sie sich nur zum Teil einsatzfähig fühlten – eine Situation, auf die Patient:innen, Ärzt:innen und vor allem die Krebshilfe immer wieder hingewiesen hatten und die mit der Einführung der Wiedereingliederungsteilzeit zumindest in einem Teilbereich neu geregelt werden konnte.

Wiedereinstieg in den Beruf nach Krebs-Wiedereingliederungsteilzeit

Die sogenannte Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ) bietet seit Juli 2017 eine Möglichkeit, sich den Belastungen des Berufes sanft und stufenweise wieder anzunähern. Während der Wiedereingliederungsteilzeit bezieht die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer neben dem Lohn bzw. Gehalt aus der Teilzeitbeschäftigung ein Wiedereingliederungsgeld der Krankenkasse. Wichtig ist allerdings zu wissen, dass es darauf keinen Rechtsanspruch gibt. Die Wiedereingliederungsteilzeit ist von der Zustimmung des Arbeitgebers abhängig, sodass diese Möglichkeit leider nicht allen Krebspatient:innen zur Verfügung steht.

Für den vorliegenden Beitrag hat die Krebshilfe die Daten der ÖGK über die Wiedereingliederungsteilzeit von Krebspatient:innen seit 2018 eingeholt. Sie sind in **Abbildung 1** dargestellt und zeigen, dass es trotz eines Anstiegs seit ihrer Einführung weiterhin nur wenige Bezieher:innen von WIETZ gibt. Der Grund dafür dürfte in der oben erwähnten Freiwilligkeit aufseiten des Arbeitgebers liegen. Die Daten zeigen außerdem, dass mehr als ein Drittel der WIETZ-Bezieher:innen (33,5%) Frauen mit Brustkrebs sind. Fast die Hälfte aller Bezieher:innen (47,2%) ist zwischen 50 und 59 Jahre alt, was die große Bedeutung der Rückkehr ins Berufsleben auch für ältere Arbeitnehmer:innen unterstreicht. Hingegen ist die Inanspruchnahme von WIETZ durch Personen über 60 Jahren sehr gering, obwohl die Inzidenz von Krebs mit dem Alter steigt. Wie auch der Beitrag **„Die Auswirkungen einer Krebsdiagnose auf die Erwerbstätigkeit in Österreich“** (ab Seite 12) zeigt, liegt dies daran, dass Menschen, die nach dem 60. Lebensjahr von einer Krebserkrankung betroffen sind, in Österreich meist nicht mehr in den Beruf zurückkehren.

10 Jahre „Soforthilfefonds der Österreichischen Krebshilfe“

Der Krebshilfe-Soforthilfefonds wurde 2014 ins Leben gerufen, weil eine zunehmend schwierige finanzielle Situation



Die Krebshilfe-Broschüren sind kostenfrei erhältlich unter service@krebshilfe.net oder als Download auf www.krebshilfe.net.

Die Österreichische Krebshilfe bietet ein breites Spektrum an Unterstützungen, u.a. auch über direkte Beratungsgespräche.

für viele Patient:innen und Angehörige durch Jobverlust, Einkommenseinbußen und krankheitsbedingte Mehrausgaben deutlich erkennbar wurde. Die Situation hat sich in den vergangenen Jahren durch die bekannten Auswirkungen der Coronapandemie und die massiven Teuerungen verschärft. Hauptbetroffen sind alleinerziehende Krebspatient:innen, Pensionist:innen und junge Paare. Dies wird auch durch die aktuellen Zahlen der Armutskonferenz deutlich: 17,7% der österreichischen Bevölkerung (1.555.000 Menschen) sind armuts- oder ausgrenzungsgefährdet,⁵ besonders betroffen sind Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Krebs. Die Zunahme der Anträge für finanzielle Soforthilfe in den letzten zehn Jahren (**Abbildung 2**) zeigt den enormen und steigenden Bedarf von Krebspatient:innen an finanzieller Unterstützung. Die Tatsache, dass ein großer Teil der Beträge Lebensmittelzuschüsse sind (**Abbildung 3**), belegt, dass selbst Bedürfnisse des täglichen Lebens von vielen Krebspatient:innen nicht mehr ausreichend finanziert werden können. Der hohe Anteil der „Krankheitskosten“ (**Abbildung 3**) wiederum spiegelt die Lücken des österreichischen Sozialsystems in der Abdeckung krankheitsspezifischer Ausgaben von Krebspatient:innen wider.

Aufklärung, Hilfs- und Unterstützungsangebote

Die soziale Unterstützung und das soziale Umfeld spielen eine wichtige Rolle bei der Bewältigung von Krebs und können großen Einfluss auf die Lebensqualität von Patient:innen haben. Es ist daher wichtig, dass Betroffene und ihre Angehörigen Unterstützung erhalten, sei es durch professionelle Hilfe, Selbsthilfegruppen oder durch ein unterstützendes soziales Netzwerk. Die Österreichische Krebshilfe bietet ein breites Informationsspektrum unter www.meinekrebshilfe.net, den YouTube-Kanal der Österreichischen Krebshilfe oder durch direkte Beratungsgespräche. Die Kontaktinformation zu den 63 österreichweiten Krebshilfe-Beratungsstellen finden Sie auf www.krebshilfe.net.

Doris Kiefhaber

¹ Altice CK, Banegas MP, Tucker-Seeley RD, Yabroff KR. Financial hardships experienced by cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst* 2016 Oct 20; 109(2):djw205. DOI: 10.1093/jnci/djw205; PMID: 27754926; PMCID: PMC6075571

² Hernandez D, Schlender M. Income loss after a cancer diagnosis in Germany: an analysis based on the socio-economic panel survey. *Cancer Med* 2021 Jun; 10(11):3726–40. DOI: 10.1002/cam4.3913; EPUB: 2021 May 10; PMID: 33973391; PMCID: PMC8178494

³ Leuteritz K, Friedrich M, Sender A, Nowe E, Stoebel-Richter Y, Geue K. Life satisfaction in young adults with cancer and the role of sociodemographic, medical, and psychosocial factors: results of a longitudinal study. *Cancer* 2018 Nov 15; 124(22):4374–82. DOI: 10.1002/cncr.31659; EPUB: 2018 Sep 10; PMID: 30198085

⁴ Bower JE. Cancer-related fatigue – mechanisms, risk factors, and treatments. *Nat Rev Clin Oncol* 2014 Oct; 11(10):597–609. DOI: 10.1038/nrclinonc.2014.127; EPUB: 2014 Aug 12; PMID: 25113839; PMCID: PMC4664449

⁵ Statistik Austria. EU-SILC 2018–2023, April 2024

Zurück in den Beruf nach einer Krebserkrankung: Herausforderungen aus arbeitsmedizinischer Sicht

Rund 40% aller Krebspatient:innen erkranken zwischen dem 15. und 65. Lebensjahr, also in einem Alter, in dem Erwerbsarbeit einen wesentlichen Aspekt eines inklusiven Lebens darstellt – bedeutet doch der Beruf für viele Betroffene finanzielle Sicherheit und die Aufrechterhaltung des Gefühls persönlicher Identität und Normalität sowie das Sicherstellen sozialer Beziehungen.

In der arbeitsmedizinischen Praxis sehen wir, dass die Reintegration ins Berufsleben für diese Patient:innen oft von besonders großer Bedeutung ist. Auch die Motivation, die Arbeit während der Behandlung weiterzuführen oder wiederaufzunehmen oder rasch nach Beendigung der Therapie wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren, ist hoch.

Deutlich mehr als die Hälfte der Krebspatient:innen ist zwölf Monate nach Diagnosestellung wieder zurück an ihrem Arbeitsplatz. Viele von ihnen erkennen aber, dass sie aufgrund einer eingeschränkten körperlichen, kognitiven und/oder psychischen Funktionsfähigkeit den Leistungsanforderungen im Beruf nicht mehr gerecht werden können. So berichten bis zu 32% der Patient:innen über krebs- und behandlungsbedingte Einschränkungen und eine verringerte Lebensqualität.¹ Für einige Betroffene bleibt damit nur mehr der Weg in eine krankheitsbedingte Frühpension (Berufsunfähigkeitspension bzw. Invaliditätspension). Im Jahr 2022 waren insgesamt 5.969 Personen aufgrund einer Krebsdiagnose in Frühpension, 1.772 bezogen Rehabilitationsgeld (Jahresbericht 2022 der Pensionsversicherungsanstalt).

Flexibilisierung der Arbeitszeit

Die Flexibilisierung von Arbeitszeit und -ort, die ja seit der Coronapandemie eine enorme Reichweite erfahren hat – Stichwort „Homeoffice“ –, ist für viele Betroffene eine große Erleichterung. So können Erholungspausen in den Berufsalltag integriert werden. Einschränkend muss aber erwähnt werden, dass es weniger als die Hälfte der in Österreich Beschäftigten sind, die teilweise oder regelmäßig Homeoffice in Anspruch nehmen können. Besonders in Branchen mit hohem Frauenanteil, wie etwa Handel oder Pflege, aber auch in Branchen wie der Bauwirtschaft ist dies nicht möglich.

Grad der Behinderung

Erwerbstätige onkologisch erkrankte Personen können beim Sozialministeriumservice einen Antrag auf Feststellung als begünstigte Behinderte stellen. Alle Unternehmen, die im Bundesgebiet 25 oder mehr Personen beschäftigen, sind verpflichtet, auf je 25 Dienstnehmerinnen bzw. Dienstnehmer einen begünstigten

Behinderten einzustellen (Behinderteneinstellungsgesetz § 1 Abs. 1). In Österreich hatten mit Dezember 2022 insgesamt 121.617 Personen den Status „begünstigter Behinderter“, davon waren 64.177 Personen in Beschäftigung.

Bei einer onkologischen Erkrankung wird üblicherweise ein Grad der Behinderung von mindestens 50% gewährt, meist auf fünf Jahre begrenzt. Neben zahlreichen Unterstützungsangeboten ist hier besonders der erhöhte Kündigungsschutz zu erwähnen. 2022 gab es lediglich 238 Anträge auf Zustimmung bzw. nachträgliche Zustimmung zu einer Kündigung (Sozialministeriumservice, Geschäftsbericht 2022) betreffend Personen mit diesem Behindertenstatus.

Stufenweise Wiedereingliederung

Eine zentrale Maßnahme, um den beruflichen Wiedereinstieg nach schwerer Erkrankung zu ermöglichen, ist auch die „Wiedereingliederung nach langem Krankenstand“ (WIETZ – Wiedereingliederungsteilzeit), die 2017 in Kraft getreten ist. Krebserkrankungen sind nach psychiatrischen Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats mit 11,86% der dritthäufigste Grund für die Inanspruchnahme der WIETZ. Knapp 4.000 Personen haben bisher von dieser Maßnahme nach einer Krebserkrankung profitiert. Erfreulicherweise nimmt die Akzeptanz zu: 2018 waren es 472 Personen, 2023 bereits 680 Personen, die nach einer Krebserkrankung stufenweise in den Arbeitsprozess zurückgekehrt sind.² Bei der Anzahl der hier beschriebenen Fälle wird allerdings sichtbar, dass es noch deutlich Spielraum nach oben gibt. Dies liegt vermutlich daran, dass sowohl Unternehmen als auch behandelnde Ärzt:innen mit der Maßnahme und deren Abwicklung oft nicht vertraut sind. Da es keinen Rechtsanspruch auf Wiedereingliederungsteilzeit gibt und sowohl Arbeitgeber:in als auch Arbeitnehmer:in zustimmen müssen, sieht man, dass die Wiedereingliederungsteilzeit ganz überwiegend in großen Unternehmen umgesetzt wird, die entsprechende Ressourcen und Prozesse dafür haben. Hier auch kleinere und mittelständische Unternehmen ins Boot zu holen, wäre eine ganz wesentliche Maßnahme, um sicherzustellen, dass Menschen nach einer Krebserkrankung in angemessenem Umfang und ohne Überforderung den Beitrag leisten, den sie leisten können – und auch wollen.

Eva Höltl

¹ Mehnert-Theuerkauf, Anja: Rückkehr zur Arbeit bei Patienten mit einer Krebserkrankung; Forum 2011, 26:23–26

² ÖGK – Martin Schrempf: TFL-STV-TF Leistungsrecht und Information im FB Leistung, 04.04.2024

Die psychische Belastung als ständiger Begleiter von Krebspatient:innen

Angst, Verzweiflung, Wut und Hilflosigkeit sind häufige Reaktionen auf schwerwiegende und traumatisierende Ereignisse, wie es beispielsweise bei einer Krebserkrankung der Fall ist. Diese Reaktionen führen oftmals zu massiven Symptomen wie Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Schlafstörungen, Erschöpfung und Angst bis hin zu Depressionen, die die Lebensqualität negativ beeinflussen. Starke psychosoziale Belastungen können auch das Mortalitätsrisiko bei Krebs erhöhen (siehe unten).

Das Ausmaß des Problems

Eine:r von zwei Krebspatient:innen ist im Laufe der Erkrankung psychisch signifikant belastet.¹⁻⁴ Die **Erschöpfung (Fatigue)** ist eines der häufigsten und belastendsten Folgeprobleme einer Tumorerkrankung bzw. -behandlung. Patient:innen leiden unter atypischer Müdigkeit und Schwäche auf körperlicher Ebene (Energielosigkeit), in emotionaler

Hinsicht (Antriebslosigkeit, Selbstwertverlust), aber auch im kognitiven Bereich (Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen). Mögliche Ursachen dieser Symptome können die Krebserkrankung selbst, Folgen der Therapien, Hormonmangel,

Schmerzen, Angst, depressive Verstimmungen, Schlafstörungen, Infekte oder Mangelernährung sein.

Mehr als 50% aller Patient:innen² leiden zusätzlich unter sogenannter **Progredienz- oder Rezidivangst**, die oft auch nach positivem Abschluss der Behandlung als **Angst vor einem Rückfall**⁵ bestehen bleibt. Die Progredienz- und Rezidivangst unterscheidet sich gravierend von neurotischen Angst- und Depressionssymptomen im psychiatrischen

Kontext und muss daher – anders als mit herkömmlichen psychotherapeutischen Methoden – von ausgebildeten Psychoonkolog:innen behandelt werden. Erst mit zunehmendem Abstand vom Ende der Behandlung verbessert sich das emotionale Befinden.⁶

Wesentlich ist zudem, dass auch nach Bewältigung der Erkrankung **psychische Langzeitfolgen**^{7, 8} bestehen bleiben können. Diese treten mit unterschiedlicher Häufigkeit auf:

Angst	3–43%
Depression	5–66%
Allgemeine psychische Belastung	4–12%
Neuropsychische Defizite	15–40%
Fatigue	20–50%

Zu den häufigsten psychischen Störungen bei Krebserkrankungen zählen affektive Störungen, hier vor allem die Depression. Unter Depressivität und Niedergeschlagenheit leiden bis zu 58% der Krebspatient:innen, besonders häufig Palliativpatient:innen.⁹⁻¹²

Erhöhtes Mortalitätsrisiko durch starke psychische Belastung

Zahlreiche Studien¹³⁻¹⁵ belegen einen signifikanten Zusammenhang zwischen psychosozialer Belastung – vorwiegend Angst und Depression – und Krebsmortalität. Je nach Krebserkrankung ist das Krebsmortalitätsrisiko bei Personen mit hoher psychischer Belastung um das 1,3- bis 2-Fache höher als bei Personen mit geringer psychischer Belastung. Einflüsse durch ethnische Zugehörigkeit und Armut können das Risiko weiter erhöhen.

Psychoonkologie als wichtiger Pfeiler in der Versorgung

Die Häufigkeit psychischer Belastungen und deren schwerwiegende Folgen verdeutlichen die Notwendigkeit

Jede:r zweite Krebspatient:in leidet unter psychischer Belastung – von Angst und Depression bis hin zu langanhaltender Fatigue. Psychosoziale Unterstützung ist ein Schlüssel zur Lebensqualität.



psychoonkologischer Betreuung von Krebspatient:innen. Das Ziel psychoonkologischer Interventionen ist die Krebsbewältigung durch Entwicklung adäquater Bewältigungsstrategien, die Stärkung von Ressourcen, der Erhalt bzw. die Verbesserung der Lebensqualität sowie das Erkennen und Behandeln psychischer Belastungsreaktionen der Patient:innen wie auch ihrer Angehörigen. Die Wirksamkeit von psychotherapeutischen und psychologischen Interventionen bezüglich Depressivität wurde in Metaanalysen und Reviews belegt,^{16, 17} ebenso der positive Effekt von spezifischen psychoonkologischen Interventionen in der Palliativphase hinsichtlich der globalen Lebensqualität.^{18, 19} Psychoonkologische Beratung soll daher Krebspatient:innen und ihren Angehörigen in allen Phasen der Erkrankung bedarfsgerecht und möglichst frühzeitig angeboten werden.²⁰

Psychoonkologie in Österreich

Gemäß **Nationalem Krebsrahmenprogramm** ist für alle in Österreich lebenden Menschen mit einer Krebserkrankung und für deren Angehörige sowie

auch für Personen mit einem erhöhten Krebsrisiko (familiär, genetisch) ein psychoonkologisches Betreuungsangebot sicherzustellen (BMG 2014a). Auch der **Österreichische Strukturplan Gesundheit** (ÖSG; BMGF 201 7b) sieht vor, dass die Psychoonkologie als integraler Bestandteil der multiprofessionellen Zusammenarbeit verankert ist. Der **Ergebnisbericht „Psychoonkologie in Österreich – Band 1“** des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz aus dem Jahr 2018 weist allerdings darauf hin, dass Psychoonkologie in Österreich zwar prinzipiell fachlich-wissenschaftlich implementiert ist, es allerdings hinsichtlich Personalausstattung und Niederschwelligkeit der Angebote sowie Vernetzung zwischen den Versorgungsträgern noch massiven Handlungsbedarf gibt.

Nicht zuletzt ist durch die zunehmende ambulante Behandlung von Krebspatient:innen der Bedarf einer ambulanten psychoonkologischen Betreuung von

Psychoonkologische Beratung stärkt nicht nur Krebspatient:innen, sondern auch ihre Angehörigen.

Patient:innen deutlich gestiegen. Die Lücken psychoonkologischer Versorgung im (ambulanten und stationären) Spitalsbereich können allerdings außerhalb der Spitäler nicht abgedeckt werden, da es im niedergelassenen Bereich nur eine geringe Anzahl versorgungsrelevanter Berufsgruppen (wie Psychotherapeut:innen, Ärzt:innen mit psychoonkologischer Qualifizierung) gibt. Im Bereich der ambulanten psychoonkologischen Versorgung von Krebspatient:innen und deren Angehörigen bietet daher die Österreichische Krebshilfe (durch die 9 regionalen Krebshilfe-Landesorganisationen mit rund 60 angeschlossenen Beratungsstellen) Patient:innen und Angehörigen kostenlose psychoonkologische Betreuung an. Dieses Angebot wird überwiegend durch Spenden finanziert.

Kostenlose psychoonkologische Betreuung – ein entscheidender Schritt für die Unterstützung von Krebspatient:innen und Angehörigen in Österreich.

Finanzierung

Seit 1. Jänner 2024 ist – nach jahrelanger Forderung des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen (BÖP) und der Österreichischen Krebshilfe – die klinisch-psychologische Behandlung in Österreich eine Kassenleistung. Das bedeutet, dass alle Versicherten erstmals von ihrer Sozialversicherung einen Kostenzuschuss für die klinisch-psychologische Behandlung im niedergelassenen Bereich erhalten können. Je nach Sozialversicherung variiert die Höhe des Kostenzuschusses. Bei der ÖGK (Österreichische Gesundheitskasse) liegt er für eine 60-minütige Einzeltherapie aktuell beispielsweise bei 33,70 Euro, bei der SVS (Sozialversicherung der Selbstständigen) für eine Einzeltherapie (ab 50 Minuten) bei 45,00 Euro, bei der BVAEB (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau) für eine Einzeltherapie (ab 50 Minuten) bei 46,60 Euro. Nähere Informationen unter: www.boep.or.at

Karin Isak

¹ Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M et al., One in two cancer patients is significantly distressed: prevalence and indicators of distress. *Psychooncology* 2018; 27:75–82

² S3-Leitlinie „Psychoonkologie 2023“, Langversion

³ Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B et al., The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10:19–28

⁴ Burgess C, Cornelius V, Love S et al., Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* 2005; DOI: 10.1136/bmj.38343.670868.D3

⁵ Brandenburg D, Maass SWMC, Geerse OP et al., A systematic review on the prevalence of symptoms of depression, anxiety and distress in long-term cancer survivors: implications for primary care. *Eur J Cancer Care* 2019; 28:e13086; DOI: 10.1111/ecc.13086

⁶ Burgess C, Cornelius V, Love S et al., Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* 2005; DOI: 10.1136/bmj.38343.670868.D3

⁷ Weis J: Psychische Langzeitfolgen von Krebserkrankungen. Springer Verlag, Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2022; 65(4):431–38

⁸ Mehnert A, Scherwarth A, Schirmer L et al., The association between neuropsychological impairment, self-perceived cognitive deficits, fatigue and health related quality of life in breast cancer survivors following standard adjuvant versus high dose chemotherapy. *Patient Educ Couns* 2007; 66:108–18; DOI: 10.1016/j.pec.2006.11.005

⁹ Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 2004; 57–71

¹⁰ Miller K, Massie MJ. Depressive disorders. *Psychooncology* 2010; 311–17

¹¹ Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 2004; 32–39

¹² Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG et al., Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of Pain and Symptom Management* 2007; 33:118–29

¹³ Batty et al. (Studie 2017): Psychological distress in relation to site specific cancer mortality: pooling of unpublished data from 16 prospective cohort studies

¹⁴ Wang et al. (Studie 2020): Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies

¹⁵ Lee & Singh (Studie 2021): The association between psychological distress and cancer mortality in the USA: Results from 1997–2014 NHIS-NDI Record Linkage Study

¹⁶ Tang M, Liu X, Wu Q, Shi Y. The effects of cognitive-behavioral stress management for breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cancer Nursing* 2020; 43:222–37

¹⁷ Li Y, Li X, Hou L et al., Effectiveness of dignity therapy for patients with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis of 10 randomized controlled trials. *Depression and Anxiety* 2020; 37:234–46

¹⁸ Fulton JJ, Newins AR, Porter LS, Ramos K. Psychotherapy targeting depression and anxiety for use in palliative care: a meta-analysis. *Journal of Palliative Medicine* 2018; 21:1024–37

¹⁹ Wang C, Chow AY, Chan CL. The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Palliative Medicine* 2017; 31:883–94

²⁰ Goerling U, Tagmat D, Muffler E et al., Practice and effectiveness of outpatient psycho-oncological counseling for cancer patients. *Journal of Cancer* 2010; 1:112–19

Wenn die Lust an der Lust verloren geht

Werden Anblick, Verkehr und Umgang miteinander genommen, so löst sich die erotische Leidenschaft auf. – *Epikur von Samos (341–270 v. Chr.), griechischer Philosoph*

Ein oft übersehener unerwünschter Effekt einer Krebserkrankung und -behandlung ist die Beeinträchtigung der Sexualität. Dieses Problem ist auch deshalb zentral, weil es häufig nicht berücksichtigt wird, sich aber auf die Lebensqualität und damit die psychosoziale Situation von Krebspatient:innen stark auswirken kann. Es ist bekannt, dass eine Mehrheit der Krebspatient:innen unter Beeinträchtigungen der Sexualität leidet, aber nur eine Minderheit jemals nach ihrer sexuellen Gesundheit gefragt wird. Dies ist bei Frauen noch seltener der Fall als bei Männern, bei denen zumindest im Fall einer Prostatakrebsbehandlung häufig über sexuelle Funktionsstörungen aufgeklärt wird.¹

Wenn der Körper zu einem „Ort der Krankheit“ wird

Oft kommt es durch operative Eingriffe nach der Diagnose Krebs zu einer veränderten Körperwahrnehmung. Das betrifft nicht nur Patient:innen mit Operationen an der Brust, gynäkologischen oder urologischen Organen, sondern wird auch von vielen Patient:innen mit anderen Krebserkrankungen wie Darmkrebs, Hautkrebs oder Blutkrebs berichtet.¹ Gynäkologische und urologische Eingriffe können zudem oft körperliche Probleme wie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder Impotenz zur Folge haben. Auch durch Medikamente wird der Körper unangenehm, aber therapeutisch notwendigen Belastungen ausgesetzt, die bewältigt werden müssen. Sowohl Chemo- als auch Hormontherapien können Symptome wie Hitzewallungen, Stimmungsschwankungen, Schlaflosigkeit und Müdigkeit hervorrufen und zu urogenitalen Beschwerden wie vaginaler Trockenheit führen.

Auch die Psyche ist betroffen

Neben den körperlichen Faktoren spielen psychische und soziale Faktoren für die beeinträchtigte Sexualität eine wichtige Rolle. Viele, vor allem weibliche Patient:innen leiden unter dem veränderten Körperbild (Operationsnarben, Haarverlust etc.), männliche Patienten mehr unter dem Verlust von Kraft und Körperenergie. Dazu kommt die ständig präsente Angst vor einem Wiederauftreten oder Fortschreiten der Erkrankung und dem möglichen Tod. Oft macht auch eine krankheitsbedingte und unbehandelte depressive Reaktion das sexuelle Erleben unmöglich. Zusätzliche existenzielle Sorgen (Mehrkosten oder Jobverlust durch die Erkrankung) verstärken das Problem.

Die Erkrankung schleicht sich als Dritter in die Partnerschaft

Das soziale Umfeld, insbesondere eine gute Partnerschaft, kann für Patient:innen eine enorm wichtige Quelle der Kraft während der Krebserkrankung darstellen. Berührungen, Zärtlichkeit, Begehren und Sexualität sind ein integraler Bestandteil der meisten Partnerschaften. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen intakten Beziehungen, Sexualität, dem eigenen Körperbild und der Lebensqualität.² Gerade deshalb ist es wichtig, die Folgen einer beeinträchtigten Sexualität nicht zu übersehen. Für manche Menschen mit Erkrankungen ist es ein essenzielles Bedürfnis, sich selbst und einander durch Sexualität gut und lebendig spüren zu können. Hingegen können der nicht ausgesprochene Wunsch nach gelebter Sexualität, Angst vor dem möglichen Verlust, aber auch Druck, für den/die Partner:in wieder sexuell ansprechbar sein zu müssen, eine enorme Belastung darstellen.

Nicht nur im Arztgespräch, auch in der Partnerschaft fällt es den meisten Krebspatient:innen jedoch nicht leicht, sich damit auseinanderzusetzen. „Darf ich noch lustvolle Freude am (erkrankten)

Körper haben?“ Versucht man jedoch, den Wunsch nach Sexualität zu ignorieren, zu tabuisieren und die Auseinandersetzung damit zu vermeiden, kann die Partnerschaft belastet werden. Die Krebserkrankung dringt, vor allem bei jüngeren Patient:innen, über den Weg der Sexualität häufig in die Partnerschaft ein.² Es entsteht ein Schweigen aufseiten der Patient:innen und eine vermeintliche „Schonung“ aufseiten der Partner:innen – die Folge können Einsamkeit und Stillstand in der Partnerschaft sein, denn Sprachlosigkeit trennt. Im schlimmsten Fall verlieren die Patient:innen dadurch den wichtigsten Teil ihres sozialen Umfelds und eine wesentliche Stütze bei der Krankheitsbewältigung.

Keine Zeit und keine Sprache für sexuelle Gesundheit

Die zunehmende Ressourcenknappheit im klinischen Alltag führt dazu, dass sich selten im ärztlichen Behandlungsteam jemand findet, der das Thema Sexualität bei Patient:innen aktiv anspricht. Dazu kommt das mangelnde Bewusstsein vieler Ärzt:innen um das Ausmaß dieses Problems, aber auch die Tatsache, dass

viele Ärzt:innen schlicht nicht wissen, wie sexuelle Funktionsstörungen am besten erfragt oder diskutiert werden. Die Patient:innen selbst finden meist nicht den Mut, „zwischen Tür und Angel“ über diese vermeintlichen „Luxusprobleme“ zu sprechen. Bei Patient:innen mit Sprachbarrieren kommt noch die Hürde hinzu, ein so „schwieriges“ Thema via Dolmetsch anzusprechen.

Aufklärung, Ausbildung, Ressourcen

Die Behandlung sexueller Funktionsstörungen setzt voraus, dass diese angesprochen werden. Mangelndes Wissen über dieses Thema gehört zu den häufigsten Ursachen, warum es von Behandler:innen nicht angesprochen wird.³ Kurze Trainingsprogramme sind effektiv, die Verwendung spezifischer Fragebögen kann bei der Kommunikation helfen.³ Die engmaschige Mitbetreuung durch Psychoonkolog:innen ist ein wesentlicher Faktor. Auch speziell ausgebildetes Pflegepersonal wie Cancer Nurses kann einen Beitrag leisten. Idealerweise sollten Patient:innen auch die Möglichkeit haben, sich an Spezialambulanzen für sexuelle Gesundheit zu wenden.

Der Erhalt der psychosozialen Gesundheit von Krebspatient:innen muss ein gesellschaftliches Anliegen sein, da eine erfolgreiche physische *und* psychische Krankheitsbewältigung notwendig ist, bevor Krebspatient:innen wieder ihre beruflichen und/oder sozialen Engagements übernehmen können. Dazu braucht es ausreichende Ressourcen – seien es spezifische Ausbildung, Zeitressourcen im klinischen Alltag, psychoonkologische Unterstützung, Dolmetscher:innen, Cancer Nurses oder Spezialambulanzen.

Doris Kiefhaber, Nicole Siller



Informationen zum Thema finden Sie in der kostenfreien Krebshilfe-Broschüre „Sexualität und Krebs“. Bestellungen unter: service@krebshilfe.net, Download unter: www.krebshilfe.net



In dem Podcast "Sexualität und Krebs" sprechen die Sexualtherapeutin Nicole Siller und Krebshilfe-GF Doris Kiefhaber über das Tabu, das keines sein sollte.

Hier geht's zum Podcast:



¹ Katz A, Agrawal LS, Sirohi B. Sexuality after cancer as an unmet need: addressing disparities, achieving equality. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2022 Apr; 42:1–7. DOI: 10.1200/EDBK.100032; PMID: 35658499

² Miaja M, Platas A, Martinez-Cannon BA. Psychological impact of alterations in sexuality, fertility, and body image in young breast cancer patients and their partners. *Rev Invest Clin* 2017 Jul-Aug; 69(4):204–09. DOI: 10.24875/ric.17002279; PMID: 28776605

³ Williams M, Addis G. Addressing patient sexuality issues in cancer and palliative care. *Br J Nurs* 2021 May 27; 30(10):S24–S28. DOI: 10.12968/bjon.2021.30.10.S24; PMID: 34037445

Vorsorge und Früherkennung



ÖSTERREICHISCHER
KREBSREPORT

Eine Initiative der Österreichischen Krebshilfe
und der Österreichischen Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie



Aktueller Stand des Zervixkarzinom-Screenings in Österreich

In Österreich wurde bisher die PAP-Untersuchung als Methode zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs ab dem 20. Lebensjahr oder ab Beginn der sexuellen Aktivität jährlich empfohlen.

Der PAP-Abstrich als Screeningtest für die Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses wurde erstmals 1928 von George N. Papanicolaou publiziert. In Österreich wird diese Früherkennungsmethode seit Mitte der 50er-Jahre des vorigen Jahrhunderts – zunächst finanziert durch die Österreichische Krebsgesellschaft/Krebshilfe – angeboten. In weiterer Folge wurden die Kosten dafür von den österreichischen Krankenversicherungen übernommen. Über die letzten 50 Jahre kam es durch Inanspruchnahme des Screenings zu einem deutlichen Rückgang sowohl der Inzidenz des Zervixkarzinoms, insbesondere aber auch zu einer deutlichen Reduktion der Mortalität (**Tabelle**).

In Österreich wurde die PAP-Untersuchung bisher ab dem 20. Lebensjahr oder ab Beginn der sexuellen Aktivität in jährlichem Abstand empfohlen. Grund für die Empfehlung des jährlichen Intervalls war die eingeschränkte Sensitivität der Untersuchung von nur etwa 50–80%. Das bedeutet, dass durch eine isolierte Testung ca. jede 2.–5. Krebsvorstufe (Präkanzerose) durch den PAP-Abstrich übersehen wird. Durch eine jährliche Testung einerseits und die relative lange Latenzzeit des Zervixkarzinoms von 2–10 Jahren ergibt sich durch die seriellen Testungen in weiterer Folge eine sehr hohe Detektionsrate der Präkanzerosen. Die zeitgerechte Detektion von Präkanzerosen ermöglicht sodann in weiterer Folge eine adäquate Therapie und dementsprechende Prävention einer Krebserkrankung.

Tab.: Krebsstatistik: Zervixkarzinom in Österreich

Gebärmutterhalskrebs	Jahr	Absolutzahl	Fälle pro 100.000
Inzidenz	1983	955	26,4
	2022	439	9,2
Mortalität	1983	265	7,3
	2022	129	2,5

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 09.01.2024)

Ende des vorigen Jahrtausends konnte der starke Zusammenhang zwischen humanen Papillomaviren und der Entstehung des Zervixkarzinoms sowie dessen Vorstufen eindeutig nachgewiesen werden. Diese Erkenntnis führte schließlich zur Entwicklung einer höchst wirksamen Impfung, mit der die Entstehung eines Zervixkarzinoms zu mehr als 95% sowie dessen Vorstufen zu mehr als 90% verhindert werden können. Basierend auf dieser neuen Möglichkeit wurde im Jahr 2021 von der WHO das ambitionierte Ziel ausgegeben, Gebärmutterhalskrebs bis zum Jahr 2030 weltweit zu eliminieren. Um dieses Ziel zu erreichen, fordert die WHO eine 90%ige geschlechtsneutrale Durchimpfungsrate aller Buben und Mädchen unter 15 Jahren. Als Sekundärprävention empfiehlt die WHO den HPV-Test als ideales Screeninginstrument für Frauen ab dem 30. Lebensjahr und den PAP-Test als zusätzliche Untersuchung bei HPV-positivem Ergebnis.

Der HPV-Test hat gegenüber dem PAP-Abstrich eine wesentlich höhere Sen-

sitivität von über 95%, bezogen auf die Früherkennung von Präkanzerosen (**Abbildung 1**). Allerdings ist auch der Anteil an HPV-positiven Befunden bei Frauen ohne Krebsvorstufen deutlich höher (falsch positiver Befund). Aus diesem Grund ist bei HPV-positivem Befund eine ergänzende Untersuchung bzw. bei abklärungswürdigen Befunden eine Gewebeprobe der Zervix durchzuführen.

Aufgrund der besseren Sensitivität des HPV-Tests werden international immer mehr Screeningprogramme auf ein HPV-basiertes bzw. den HPV-Test integrierendes Screeningmodell umgestellt bzw. adaptiert. In Deutschland wird der jährliche Krebsabstrich zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr als Screeninguntersuchung empfohlen, ab dem 35. Lebensjahr eine HPV-Testung, die auch mit der Zytologie kombiniert werden kann. Diese Testung sollte alle drei Jahre wiederholt werden. In den Niederlanden werden Frauen zwischen 30 und 60 Jahren mittels HPV-

Die HPV-Impfung senkt das Krebsrisiko um über 95%. Die WHO-Zielvorgabe zur weltweiten Eliminierung von Gebärmutterhalskrebs soll mit einer 90%igen Durchimpfungsrate bei Jugendlichen unter 15 Jahren sowie dem HPV-Test als Screeninginstrument für Frauen ab 30 Jahren erreicht werden.

Kumulative Inzidenzrate für CIN3+ je nach Baseline-Testergebnis bei HPV-basiertem Screening

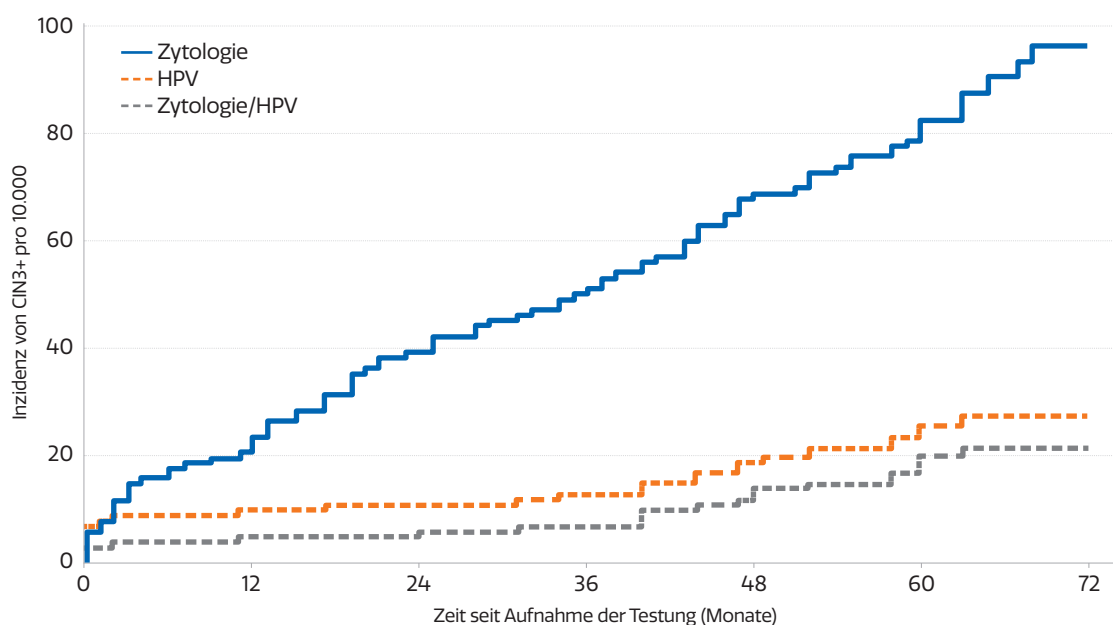


Abb. 1: Kaplan-Meier-Diagramme der kumulativen Inzidenzrate für CIN3+ bei Frauen entsprechend den Baseline-Testergebnissen in den ersten 72 Monaten der Nachbeobachtung. Frauen mit negativem HPV- und Zytologie(PAP)-Screening haben über einen langen Zeitraum (z.B. 36 Monate) das geringste Risiko für die Entwicklung einer zervikalen intraepithelialen Neoplasie Grad 3 oder von Krebs (CIN3+).

Test gescreent. Ist der Test negativ, erfolgt eine Kontrolle nach fünf Jahren.

Die Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) und die Österreichische Krebshilfe empfehlen ab dem 20. Lebensjahr einen jährlichen Krebsabstrich und ab dem 30. Lebensjahr einen validierten HPV-Test, der bei negativem HPV-Nachweis alle drei Jahre wiederholt werden sollte. Dies gilt sowohl für HPV-geimpfte als auch nicht HPV-geimpfte Frauen. Jüngste Daten zeigen, dass dieses Intervall auf zumindest fünf Jahre ausgedehnt werden könnte. Dabei sollte tendenziell eine routinemäßige Co-Testung (eine Kombination aus Zytologie und HPV-Test) vermieden werden, wobei die beiden Verfahren durchaus alternierend eingesetzt werden können.

Die Durchführung des Zervixkarzinom-Screenings in Österreich ist mit zwei Problemen behaftet:

Zum einen wird in Österreich der HPV-Test, obwohl die wissenschaftliche Datenlage (siehe **Abbildung 2**) und internationale

Empfehlungen dessen wesentliche Rolle unterstreichen, von den Krankenkassen nur unter bestimmten Voraussetzungen bezahlt. Eine Ausnahme bildet das Bundesland Salzburg, wo aktuell ein Pilotprojekt zur HPV-Screeninguntersuchung läuft.

Zum anderen gibt es in Österreich derzeit immer noch kein organisiertes Screening zur Früherkennung des Zervixkarzinoms, also ein Programm, bei dem Frauen persönlich zum Screening eingeladen werden. In Österreich wird daher nach wie vor ein opportunistisches Screening durchgeführt. Das bedeutet, dass die Initiative zum Screening von den Frauen selbst ausgehen muss. Die Teilnahmeraten liegen bei geschätzten 50–60% der weiblichen Bevölkerung, exakte Daten dazu gibt es jedoch nicht.

Es ist zu erwarten, dass durch die Etablierung eines organisierten Screenings, das, wie international empfohlen, eine HPV-Testung integriert, deutlich mehr Fälle von Zervixkarzinomen verhindert werden könnten.

Christoph Grimm, Paul Sevelda

Entwicklung der Stadienverteilung zum Diagnosezeitpunkt von Gebärmutterhalskrebs seit 1983

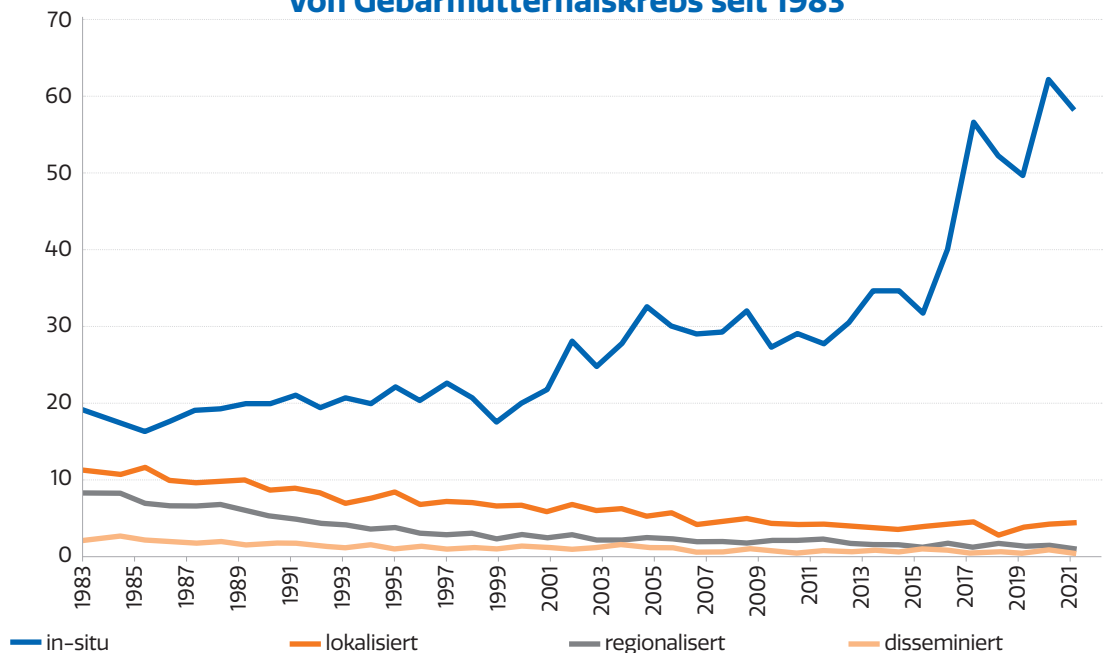


Abb. 2: Die Grafik zeigt eine deutliche Zunahme der Diagnosen von absoluten Frühstadien (In-situ-Karzinome), die auf Screeningmaßnahmen zurückgehen. Gleichzeitig werden immer weniger Frauen mit bereits fortgeschrittener Erkrankung diagnostiziert, wodurch wir dem WHO-Ziel von weniger als 4 von 100.000 Frauen mit diesem Stadium nahekommen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 09.01.2024) und Todesursachenstatistik. Maligne in-situ und invasive Tumoren, altersstandardisierte Raten (ASR) jeweils auf 100.000 Frauen; europäische Standardbevölkerung 2013



© Coradenkoff - stock.adobe.com

Das österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „früh erkennen“

Vor gut zehn Jahren, im Jänner 2014, startete in Österreich das erste Screeningprogramm „früh erkennen“. Damit können Frauen ab 40 Jahren einfach und unkompliziert alle zwei Jahre eine Früherkennungsmammografie durchführen lassen.

Ziel des Brustkrebs-Screenings

Das Hauptziel der Brustkrebs-Früherkennung ist klar: Je früher Brustkrebs erkannt wird, desto eher und schonender kann er behandelt und damit die Mortalitätsrate verringert werden.

Ein weiteres wesentliches Ziel des Programms ist die flächendeckende Sicherstellung der Einhaltung höchster Qualitätsstandards an den Untersuchungsstellen – und zwar sowohl, was die Aus- und Weiterbildung der Radiologietechnolog:innen und der Ärzt:innen betrifft, als auch die technische Ausstattung.

Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen, Vorträge und Kampagnen helfen Frauen, sich selbst ein Bild ihres persönlichen Risikos, an Brustkrebs zu erkranken, zu machen. Sie sollen dazu ermächtigt werden, informiert zu entscheiden, ob sie am Programm teilnehmen und regelmäßig zur Mammografie gehen bzw. sich mit den Ärzt:innen ihres Vertrauens über alle offenen Fragen zum Thema Brustkrebs-Früherkennung austauschen möchten.

Erfolge

Konkret bietet „früh erkennen“ Frauen in Österreich Folgendes:

- Persönliche Einladungs- und Erinnerungsschreiben, gepaart mit Beratung durch die Vertrauensärztinnen und -ärzte
- ein gut ausgebautes Netz an qualitätsgeprüften Radiologie-Instituten in Wohnortnähe

- eine hohe Untersuchungsqualität (flächendeckender Einsatz volldigitaler Mammographiesysteme inkl. Tomosynthese mit bestem Dosis-Bildgüte-Verhältnis; Doppelbefundung aller Bilder; bei Bedarf unmittelbare weitere Abklärung durch Ultraschalluntersuchung)

Die Ergebnisse des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (BKFP) übertreffen in den meisten Parametern die EU-Vorgaben und sind hinsichtlich Brustkrebsdetektion und Tumorcharakteristika (Größe, Stadium, Metastasierung) der Karzinome äußerst erfolgreich. Drei Viertel aller invasiven Karzinome werden im

Rahmen der Früherkennung in einem prognostisch günstigen Stadium diagnostiziert und können somit mit besten Heilungschancen behandelt werden.

Fakten und Zahlen¹

Seit Programmstart nahmen rund drei Millionen Frauen der Kernzielgruppe (45–69 Jahre) am BKFP teil. Der Anteil der Frauen mit einer Früherkennungsuntersuchung oder einer diagnostischen Mammografie beträgt 53%. Dazu ist anzumerken, dass der COVID-19-bedingte Rückgang an Untersuchungen im Jahr 2020 durch eine erhöhte Teilnehmerate im Jahr 2021 fast gänzlich wettgemacht werden konnte. Die Wiederteilnahme-

KOMMENTAR

Das österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm (BKFP) ist mittlerweile ein etablierter Bestandteil österreichischer Früherkennungsuntersuchungen und bislang das einzige organisierte Früherkennungsprogramm in Österreich. Im internationalen Vergleich war es zum Zeitpunkt der Implementierung insofern ein außergewöhnlich großzügiges Programm, da es einerseits die ergänzende Ultraschalluntersuchung bei dichtem Brustdrüsengewebe (ACR 3 und 4)* inkludierte und andererseits auch die Teilnahme bereits ab dem 40. Lebensjahr als „Opt-in“-Möglichkeit vorsah, ebenso die „Opt-in“-Möglichkeit, auch nach dem 69. und in weiterer Folge nach dem 74. Lebensjahr teilzunehmen.

Die Möglichkeit der Teilnahme bereits ab dem 40. Lebensjahr war durchaus visionär und, wie jüngste Daten zeigen, richtig. Viele internationale Früherkennungsprogramme haben mittlerweile die Altersgrenze von 50 Jahren ebenfalls auf 40 Jahre gesenkt. Um die zusätzliche Möglichkeit der Ultraschalluntersuchung werden wir von anderen Ländern sehr beneidet, denn diese Untersuchung hat sich auch aus den Daten des österreichischen Programms als sehr wertvoll herausgestellt. Sie hat – anders als befürchtet – zu keiner Erhöhung der abklärungsbedürftigen oder falsch positiven Befunde

geführt, sondern im Gegenteil zu einer Verbesserung der Diagnostik vor allem bei dichtem Brustdrüsengewebe.

Die **Abbildung** zeigt die Verteilung der Stadien von Brustkrebs zum Zeitpunkt der Diagnose in Österreich seit 1983. Im Verlauf der Zeit nehmen lokalisierte Stadien zu, der Anteil an Patientinnen mit metastasierter Erkrankung zum Diagnosezeitpunkt nimmt hingegen ab.

Der Schwachpunkt unseres Screeningprogramms liegt in der immer noch viel zu geringen Teilnehmerate von etwas mehr als 40% der Zielbevölkerung. Zuletzt erfolgten verstärkte Bemühungen, den niedergelassenen Ärzt:innen die Information ihrer Patientinnen über das Früherkennungsprogramm finanziell abzugelten. Das ist zu begrüßen, wird allerdings nicht ausreichen, den Anteil der Teilnahme wesentlich zu erhöhen. Eine wichtige Zielgruppe sind sicherlich die Bevölkerungsteile mit Migrationshintergrund, die speziell auch muttersprachlich beworben werden müssen. Ein weiterer Schwachpunkt des BKFP ist die Dokumentation der Operation in den Spitälern als wichtige Voraussetzung für die Qualitätssicherung. Diese Dokumentation

rate am Programm im vorgesehenen Intervall von zwei Jahren beträgt österreichweit rund 59%, wobei dies je nach Wohnbezirk der Frauen stark variiert (37–72%).

Von den Teilnehmerinnen wurden knapp 2% nach der Screeningmammografie zu einer Abklärungsuntersuchung (etwa die Hälfte davon zu einer Biopsie) wiederbestellt. In weiterer Folge wurden 2.584 invasive Karzinome entdeckt, was einem Anteil von 421 Karzinomen je 100.000 Untersuchungen bzw. dem Zweifachen der Hintergrundinzidenz (der Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen vor Einführung des Früherken-

nungsprogramms) entspricht.

78% der entdeckten invasiven Karzinome hatten einen Durchmesser von 15 mm oder weniger, etwa 43% der Karzinome waren zum Zeitpunkt der Entdeckung kleiner als 10 mm. Bei 79% der invasiven Karzinome wurde im Rahmen der Früherkennung ein prognostisch günstiges Tumorstadium von 0 oder 1 festgestellt.

Kerstin Schütze

¹ Quelle: GÖG, 4. Evaluationsbericht zum österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm, 2023

„früh erkennen“ wurde als erstes und derzeit einziges österreichweites Screeningprogramm im Jahr 2014 eingeführt und bietet Frauen ab 40 Jahren alle zwei Jahre eine qualitätsgesicherte Früherkennungsmammografie.

Entwicklung der Stadienverteilung zum Diagnosezeitpunkt von Brustkrebs seit 1983

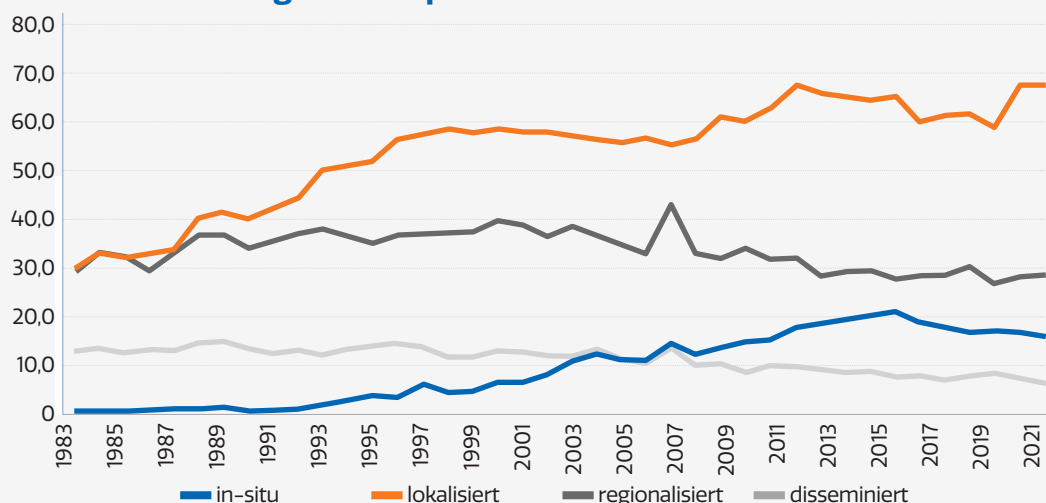


Abb.: Die Grafik zeigt einen stetigen Trend zur Diagnose von Brustkrebs im Frühstadium in Österreich, während die Diagnose im metastasierten Stadium kontinuierlich zurückgeht.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 09.01.2024) und Todesursachenstatistik. Maligne in-situ und invasive Tumoren, altersstandardisierte Raten (ASR) jeweils auf 100.000 Frauen; europäische Standardbevölkerung 2013.

ist leider lückenhaft, wäre aber so wichtig – auch für einen Qualitätsvergleich der Brustgesundheitszentren untereinander. Eine entsprechende Rückmeldung an die Brustgesundheitszentren wäre eine Motivation für diese, die Dokumentation der Ergebnisse besser durchzuführen. Und schließlich muss auch die relativ geringe Wiederteilnahmerate von unter 60% verbessert werden.

Insgesamt haben wir in Österreich das großzügigste Brustkrebs-Früherkennungsprogramm im interna-

tionalen Vergleich, müssen jedoch auch weiterhin alles versuchen, die Teilnahmerate auf die angestrebten 80% anzuheben.

Paul Sevelda

* Die Kategorien ACR 3 und ACR 4 beziehen sich auf die Dichte des Brustgewebes gemäß der Klassifikation des American College of Radiology (ACR). Frauen mit ACR 3 und insbesondere ACR 4 mit sehr dichtem Brustgewebe haben ein höheres Risiko, dass kleine Tumoren in einer Mammografie übersehen werden, und es kann zusätzliche Untersuchungen wie Ultraschall oder MRT erforderlich machen, um Brustkrebs auszuschließen oder zu bestätigen.

Vom Schlusslicht zum Vorreiter: 10 Jahre „Don't Smoke“

In den ersten Jahren des neuen Jahrtausends war Österreich hinsichtlich Tabakkontrolle nicht nur Schlusslicht im gesamten europäischen Raum. Auch der Zigarettenkonsum war überdurchschnittlich hoch und das Einstiegsalter bei Jugendlichen besonders niedrig. Grund genug für führende Fachärzte, 2014 die Initiative DON'T SMOKE ins Leben zu rufen. Ursprünglich als Awareness-Aktion konzipiert, wurde die Initiative sehr bald zur politischen Plattform, die mit breiter öffentlicher Unterstützung im November 2019 das Rauchverbot in der Gastronomie erwirkte.

Unter dem Schirm und durch Startfinanzierung der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO) unter der Präsidentschaft von Hellmut Samonigg gründeten 2014 drei führende Fachärzte die Experten:innen-Initiative **DON'T SMOKE***, um ein stärkeres Bewusstsein für die verheerenden Konsequenzen des Tabakkonsums zu schaffen. Die Initiative wurde von medizinischen Fachgesellschaften, der Ärzte- und Apothekerkammer sowie der Österreichischen Krebshilfe von Anfang an mitgetragen. Prominentes Testimonial war der Journalist Kurt Kuch, der seine Lungenkrebserkrankung öffentlich machte, sein Leiden in den sozialen Medien zeigte, Raucher:innen zum Rauchausstieg ermutigte und für einen besseren Nichtraucherchutz eintrat. Er verschaffte der damals noch immer unpopulären Forderung zum Rauchausstieg und Nichtraucherchutz von An-

fang an bei Medienvertreter:innen verstärktes Gehör.

„Rauchen tötet. Es war die schlechteste Entscheidung meines Lebens, mit dem Rauchen zu beginnen. Heute kann ich nur versuchen mitzuhelfen, dass Österreich zumindest europäisches Niveau erreicht, wenn es darum geht, die fatalen Folgen des Rauchens gering zu halten“, so Kuch bei der Gründung der Initiative. Er selbst verlor im Jänner 2015 seinen Kampf gegen den Krebs.

Die wichtigsten Forderungen der Initiative:

- **Umfassender Nichtraucherchutz** durch ein Rauchverbot in allen Innenräumen, die auch von Nichtraucher:innen genutzt werden;
- **besserer Jugendschutz** durch Erhöhung der Altersgrenze auf 18 Jahre für den Kauf und den Konsum von Zigaretten und Tabakwaren, Beschränkung der Abgabe von Nikotinprodukten auf konzessionierte Verkaufsstellen und Etablierung von Präventionsprogrammen;
- **besserer Raucherschutz** durch Erhöhung der Tabaksteuer mit Finanzierung von Information und Beratung;
- **Unterstützung der Betriebe**, die von den umfassenden Nichtraucher- und Raucherschutzmaßnahmen betroffen sind, und
- **Umsetzung** des bereits 2005 unterzeichneten **WHO-Rahmenabkommens** zur Tabakkontrolle, damit Österreich seinen Rückstand auf internationale Standards aufholt.



2018 übergaben Daniela Jahn-Kuch, Hellmut Samonigg, Thomas Szekeres und Paul Sevelda (v.l.n.r.) den Einleitungsantrag mit 591.146 Unterstützungserklärungen.

Die Initiatoren:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres

Damaliger Präsident der Österreichischen und der Wiener Ärztekammer sowie Oberarzt am Klinischen Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik der Medizinischen Universität Wien

„Es ist eine Schande, dass es eines solchen Kraftakts überhaupt bedarf. Schon derzeit gehört Österreich zu den Schlusslichtern Europas. Wir müssen der Vernunft in Österreich zum Durchbruch verhelfen. Das sind wir unseren Patient:innen einfach schuldig.“

Univ.-Prof. Dr. Paul Sevelda

Präsident der Österreichischen Krebshilfe und damaliger Vorstand der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe im Krankenhaus Hietzing

„Die Belastung durch Tabakrauch beschneidet die fundamentalen Rechte und Freiheiten des Menschen auf eine gesunde Umgebung (reine Luft und sauberes Wasser). Es ist höchst an der Zeit, dass die neue Regierung erkennt, dass die Gesundheit der Bevölkerung nicht verhandelbar ist.“

Univ.-Prof. Dr. Hellmut Samonigg

Damaliger Rektor der Medizinischen Universität Graz und Past President der OeGHO

„In Österreich ist der Zigarettenkonsum überdurchschnittlich hoch und das Einstiegsalter bei Jugendlichen besonders niedrig. Als Mediziner kann man dem nicht länger zusehen.“

Erfolge der Initiative

Die **Anhebung des Schutzalters für Jugendliche auf 18 Jahre**, die auch aufgrund der DON'T SMOKE-Aktivitäten auf der Landesjugendreferent:innen-Konferenz Ende März 2017 beschlossen wurde, trat Mitte 2018 in Kraft. Der größte Erfolg der Initiative war der Anstoß der Novellierung des Tabakgesetzes: Das 2015 beschlossene **generelle Rauchverbot in der Gastronomie** sollte endlich mit **Mai 2018** in Kraft treten.

Dies blieb allerdings nur ein kurzer Erfolg: Als Anfang Dezember 2017 die Verhandler:innen der neuen ÖVP/FPÖ-Regierung ankündigten, das bereits beschlossene Gesetz kippen zu wollen, startete die Krebshilfe am 11. Dezember 2017 die Online-Petition „DON'T SMOKE“ zur Beibehaltung des Rauchverbots in der Gastronomie auf www.openpetition.de. Noch über Nacht wurden dazu **100.000 Online-Unterstützungen** abgegeben.

Anfang Februar 2018 hatten bereits 468.222 Personen die Petition unterstützt. Am 13. Februar 2018 wurde den Nationalratsabgeordneten Pamela Rendi-Wagner (SPÖ), Peter Kolba (Liste Jetzt) und Matthias Strolz (NEOS) die Petition zur Einbringung in den Nationalrat übergeben. Trotz Expert:innen-Hearing sowie eindeutigen Fakten und Zahlen stimmten die Nationalratsabgeordneten von ÖVP und FPÖ jedoch gegen das Rauchverbot.

Von der Petition zum Volksbegehren

Auch die Ärztekammer für Wien wollte dem Kippen des so wichtigen Gesetzes nicht tatenlos zusehen. Sie startete daher Vorbereitungen für ein Volksbegehren zum Nichtraucherschutz und lud Krebshilfe und OeGHO ein, partnerschaftlich das Volksbegehren durchzuführen. Die Finanzierung sämtlicher Aktivitäten wurde von der Ärztekammer übernommen.

Am 15. Februar 2018 reichten Ärztekammer und Krebshilfe mit dem DON'T SMOKE-Initiator Hellmut Samonigg das nachstehende Volksbegehren ein:

„DON'T SMOKE – Wir fordern aus Gründen eines optimalen Gesundheitsschutzes für alle Österreicherinnen und Österreicher eine bundesverfassungsgesetzliche Regelung für die Beibehaltung der 2015 beschlossenen Novelle zum Nichtraucherschutzgesetz (Tabakgesetz).“

Für die formale Einleitung des Volksbegehrens waren 8.401 Unterstützungserklärungen notwendig. Diese Zahl wurde schon während der Start-Pressekonferenz überschritten. Auch die für eine gesetzlich verpflichtende Debatte im Nationalrat notwendige 100.000er-Marke wurde innerhalb nur weniger Tage erreicht – und das trotz mehrfacher IT-Probleme im Innenministerium, die damit die Online-Unterstützungserklärungen massiv erschwerten.

Am 4. April 2018 stellten Krebshilfe und Ärztekammer mit 591.146 Unterschriften offiziell den Einleitungsantrag zum DON'T SMOKE-Volksbegehren.

Hohe Unterstützungszahl ohne Wirkung

Eintragungszeitraum für das **Volksbegehren** war vom **1.–8. Oktober 2018**. Die Regierung legte eine Latte für das Endergebnis: Im Falle von 900.000 Unterstützer:innen wurde zugesagt, bindend und zeitnah eine Volksabstimmung durchzuführen. Diese Vorgabe wurde nur knapp nicht erreicht. Mit **insgesamt 881.569 Unterschriften** wurde DON'T SMOKE jedoch das sechsterfolgreichste Volksbegehren in der Geschichte Österreichs.

Nichtraucherschutz und Rauchverbot in der Gastronomie wurden daraufhin im Frühjahr 2019 in mehreren **Gesundheitsausschüssen** behandelt. Trotz namhafter Expert:innen brachten die Anhörungen in den Ausschüssen nichts. **Das Rauchverbot in der Gastronomie wurde nicht wieder eingeführt.**

Die „Ibiza-Affäre“ und die Folgen für den Nichtraucherschutz

Die innenpolitische „Ibiza-Affäre“ im Mai 2019 führte zur entscheidenden Wende: Nach dem Ende der ÖVP/FPÖ-Regierung ergab sich für die Initiator:innen erneut die Gelegenheit, auf politischer Ebene für die Wiederherstellung des Rauchverbots in der Gastronomie verstärkt aktiv zu werden.

Am 12. Juni brachten SPÖ, NEOS und JETZT einen entsprechenden gemeinsamen Antrag ein, der nun auch von der ÖVP mitgetragen wurde: **Am 2. Juli beschloss der Nationalrat die Einführung des absoluten Rauchverbots in der Gastronomie mit 1. November 2019.**

Die lange Geschichte zum absoluten Rauchverbot in der Gastronomie in Österreich hat damit – 60 Jahre nach ersten wissenschaftlichen Publikationen über den Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungenkrebs – ihr Ende gefunden.

Martina Löwe

* Die Initiatoren übergaben im Mai 2017 die Marke DON'T SMOKE der Österreichischen Krebshilfe.

Versorgung von Menschen mit Krebserkrankungen



**ÖSTERREICHISCHER
KREBSREPORT**

Eine Initiative der Österreichischen Krebshilfe
und der Österreichischen Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie



Was wurde umgesetzt? 10 Jahre Krebsrahmenprogramm Österreich

Der Onkologiebeirat wurde 2009 zur Beratung in Angelegenheiten der Krebsversorgung in Österreich als Kommission gemäß § 8 Bundesministeriengesetz gegründet. Hauptaufgabe des ehrenamtlich tätigen, multiprofessionell und interdisziplinär zusammengesetzten Expertengremiums ist es, konsensuale Empfehlungen insbesondere zur Krebsprävention, zur Versorgungsplanung für Krebspatient:innen sowie zur strategischen Weiterentwicklung evidenzbasierter Patientenversorgung zu erarbeiten.

Um gemäß internationalen Standards sämtliche Aspekte – beginnend mit der Prävention von Krebserkrankungen bis hin zur Hospizversorgung von Krebskranken – weiter zu verbessern, wurde 2014 das erste „Krebsrahmenprogramm Österreich“ veröffentlicht. Es versteht sich als strategisches Expertenpapier mit Empfehlungscharakter und soll der Gesundheitspolitik einen Überblick über die wichtigsten Handlungsfelder in der Onkologie liefern.

Das Krebsrahmenprogramm thematisiert in seinen strategischen Zielen wesentliche Bereiche der Onkologie, nämlich Prävention, Diagnose mit Behandlung inkl. Forschung, Psychoonkologie, Palliativ- und Hospizversorgung, onkologische Rehabilitation und Epidemiologie mit Krebsstatistik. Außerdem wurde auf spezifische Aspekte für Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen eingegangen.

Strategische Ziele des Krebsrahmenprogramms Österreich

- 1 Verringerte Inzidenz bei Krebserkrankungen in der Bevölkerung durch Prävention/Gesundheitsförderung
- 2 Verringerte Mortalität bei Krebserkrankungen und längeres Überleben der Patientinnen und Patienten durch evidenzbasierte und zeitgerechte Früherkennung, Diagnostik und Behandlung
- 3 Verbesserung der bzw. Erhalt von hoher Lebensqualität der an Krebs Erkrankten in allen Phasen der Erkrankung sowie auch für Angehörige und Bezugspersonen
- 4 Gleicher Zugang zu allen Versorgungsstrukturen sowie zu Innovation und Fortschritt für die Bevölkerung – unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft und sozioökonomischem Hintergrund
- 5 Hochwertige Daten und verbesserte evidenzbasierte Information zur Entscheidungsfindung von Gesunden, Patientinnen und Patienten, Leistungserbringern und politischen Entscheidungsträgern
- 6 Förderung der Krebsforschung in allen Bereichen

In einem partizipativen Prozess wurden operative Ziele gesetzt, deren Maßnahmen nach erfolgter Priorisierung durch den Onkologiebeirat sowie unter Einbeziehung der relevanten Stakeholder:innen schrittweise umgesetzt werden. Die Umsetzung liegt nicht allein in der Verantwortung des Gesundheitswesens,

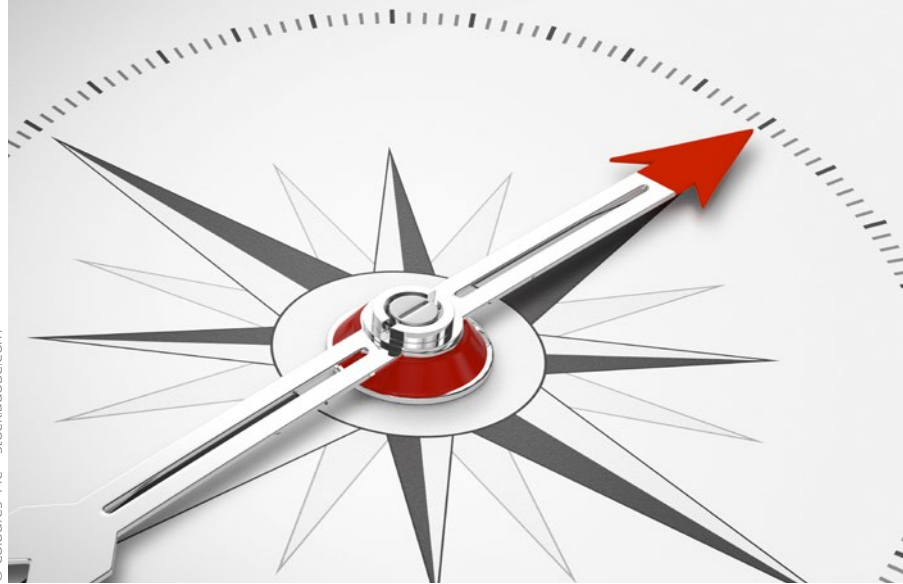
sondern schließt auch andere Politikbereiche mit ein, nachdem Krebserkrankungen multifaktoriell beeinflusst werden und fachübergreifend zahlreiche Disziplinen involviert sind. Aus diesem Grund sind unterschiedliche Ansätze im Sinne von „Health in all Policies“ zu wählen, um eine gesundheitsfördernde Politikgestaltung in allen betroffenen Bereichen sicherzustellen.

Wesentliche Erfolge

Die Fortschritte in der Umsetzung der Maßnahmen sind auf die Arbeit verschiedener Akteure zurückzuführen.

Beim Thema **Prävention** ist das 2019 eingeführte **absolute Rauchverbot** in der Gastronomie mittlerweile nicht mehr wegzudenken. Nach Empfehlung des Rates der Europäischen Union wurde das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm 2014 eingeführt. Das 2021 gegründete Nationale Screening-Komitee auf Krebserkrankungen (NSK) bewertet die wissenschaftliche Evidenz für die Effektivität und den Nutzen von Krebs-Screeningprogrammen und gibt darauf basierend Empfehlungen zur Einführung **organisierter populationsbezogener Screeningprogramme**. So wurde im April 2022 die Empfehlung für ein qualitätsgesichertes Dickdarmkrebs-Screeningprogramm ausgesprochen. Seit 2024 beschäftigt sich das Komitee mit Screening auf Gebärmutterhalskrebs. Außerdem wurde auf Empfehlung des Nationalen Impfgremiums das kostenlose Impfprogramm gegen HPV-assoziierte Krebserkrankungen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum 30. Geburtstag erweitert.

Zur **Stärkung der Gesundheitskompetenz** wurde das Factsheet „Wie informiere ich Patientinnen und Patienten über Krebs?“ veröffentlicht, in dem am Beispiel von vier häufigen Tumorarten (Brust-, Prostata-, Darm- und Lungenkrebs) individuell unterschiedliche Informationsbedürfnisse von Krebspatient:innen dargestellt werden. Über die Art des Tumors hinaus unterscheidet sich der Informationsbedarf Krebs-Betroffener (d.h. von Patient:innen und Angehörigen) auch je nach Behand-



lungsphase, Alter, sozioökonomischem und kulturellem Hintergrund, weshalb entsprechend zielgerichtete und angepasste Informationen betont werden.

Als großer Erfolg des Krebsrahmenprogramms kann die Entwicklung des Standard-Curriculums **Kommunikationstraining für Gesundheitsberufe in der Onkologie** gewertet werden. Es wurde seit 2022 in insgesamt zehn Kommunikationstrainings pilotiert und evaluiert. Die Teilnehmer:innen bewerteten die Lernerfolge durchwegs positiv und schätzten ihre Kompetenzen für herausfordernde Gesprächssituationen wie das Überbringen schlechter Nachrichten, den Umgang mit Emotionen und das Führen von effektiven Gesprächen unter Zeitdruck nach dem Training signifikant höher ein als davor. Insgesamt wurden mittlerweile 13 Kommunikationstrainings, zum Teil gefördert aus Mitteln des Krebsrahmenprogramms, der ÖPGK (Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz) und der Agenda Gesundheitsförderung des Gesundheitsministeriums, durchgeführt.

Im Bereich **Diagnostik und Behandlung** ist die Erstellung und Veröffentlichung einer Muster-Geschäftsordnung für Tumorboards im Jahr 2015 hervorzuheben, die als Leitfaden für die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Tumorboards intendiert ist. Ein Ziel der Geschäftsordnung ist, eine einheitliche Struktur und hohe Behandlungsqualität für Krebspatient:innen in Österreich zu gewährleisten. Um den gleichberechtigten Zugang aller Krebspatient:innen zu evidenzbasierter Innovation zu überprüfen, wurde 2019 die Inanspruchnahme innovativer onkologi-

scher Pharmakotherapie analysiert. Für diese Medikamente werden nach ihrer Zulassung durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (European Medicines Agency) rasch via LKF die Kosten übernommen: Die Analyse zeigt eine stark gestiegene Inanspruchnahme (mit einer Verdreifachung von 2007 auf 2018).

2017 wurde eine nationale Auskunftsstelle zu klinischen Krebsstudien bei **gesundheit.gv.at** eingerichtet. Diese betreibt seit 2018 eine Onlineplattform mit Informationen u.a. zu Datenbanken und Forschungsnetzwerken. Pro Jahr können durchschnittlich mehr als 8.000 Seitenansichten verzeichnet werden.

Zum Thema **Psychoonkologie** wurden erstmalig zwei Erhebungen (2018, 2019) zur psychoonkologischen Versorgung von Erwachsenen und von Kindern/Jugendlichen durchgeführt. Es zeigte sich, dass Psychoonkologie in Österreich strukturell gut verankert ist, aber noch einige Problemfelder bestehen, speziell im ambulanten Bereich und bei Personen mit Sprachbarrieren.

Die **aktuelle Krebsstatistikverordnung** trat 2019 in Kraft und regelt den elektronischen Meldeweg zur Übermittlung der Krebsdaten aus dem stationären Bereich. Dadurch soll eine hohe Qualität der nationalen Krebsstatistik gewährleistet werden. In einem nächsten Schritt soll auch der niedergelassene Bereich erfasst werden.

Im Laufe des Jahres 2023 fanden ausführliche Rechercharbeiten zum österreichischen und zu internationalen **Krebsregistern** statt. In einer Arbeitsgruppe wurden Weiterentwicklungsmöglichkeiten der onkologischen Dokumentation in Österreich diskutiert. Neben dem nationalen epidemiologischen Krebsregister existieren bereits gut etablierte (klinische) Krebsregister, teils auf Bundesländer begrenzt, teils bundesländerübergreifend oder auf verschiedene Krebsentitäten bezogen. Die Erhebungsaufwände unterscheiden sich nach Einsatzzweck. Ein Nutzen für die Versorgung und Forschung ist klar feststellbar.

Der Onkologiebeirat befasst sich seit Jahren mit der Implementierung des **Survivorship Passports (SUPA)** unter Einbeziehung von ELGA. SUPA wurde für Kinder und Jugendliche konzipiert, die Krebs überstanden haben, um ihre langfristige Gesundheitsversorgung zu verbessern und die Koordination zwischen verschiedenen Gesundheitseinrichtungen zu erleichtern. Die europaweite Implementierung des Survivorship Passports wird im EU-geförderten Projekt **PanCareSurPass** vorangetrieben. Der Survivorship Passport wird in sechs Ländern, darunter auch in Österreich (St. Anna Kinderspital), zum Einsatz kommen.

Was bleibt offen?

Einige immer noch aktuelle Maßnahmen aus dem Krebsrahmenprogramm wurden noch nicht umgesetzt. In Zeiten des Personalmangels wäre das Monitoring der Anzahl und Verteilung der in der Onkologie tätigen Personen je Berufsgruppe und Fachrichtung wichtig und eine einheitliche standardisierte Verlaufsdokumentation für immer komplexere Datenwelten entscheidend, ebenso wie die Analyse von sozialen Determinanten und deren Einfluss auf onkologische Erkrankungen zur Beseitigung von Ungleichheiten. Auch die Finanzierung und Verbesserung unabhängiger Krebsforschung, der Ausbau psychoonkologischer Versorgung und die Optimierung der Lebensqualität von Krebspatient:innen und Überlebenden in jedem Alter sind noch nicht abgeschlossen.

Diese Herausforderungen bedürfen einer Anpassung des Krebsrahmenprogramms an neue wissenschaftliche Erkenntnisse und an die sich ändernden Bedürfnisse der Gesellschaft. Damit das Krebsrahmenprogramm auch weiterhin einen Beitrag zur Verbesserung der Prävention, Früherkennung und Versorgung leisten kann, wird derzeit an einer Aktualisierung gearbeitet, die 2025 abgeschlossen werden soll.

*Florian Trauner, Karin Eglau,
Wolfgang Seebacher,
Lovro Markovic, Christina Dietscher*

Behandlung von Krebspatient:innen in zertifizierten Organkrebszentren

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern wird der Messung der onkologischen Versorgungsqualität in Österreich seit Jahren nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Ein nationales Programm zur Messung der Behandlungsqualität fehlt und Struktur- und Prozesskriterien aus dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) wie beispielsweise die konkrete Umsetzung der Anforderungen an Tumorboards werden in den Spitälern nicht überprüft. Hauptgrund für die fehlende nationale Qualitätsmessung ist, dass die Behandlung von Krebspatient:innen vorzugsweise intramural stattfindet und hier die Bundesländer in der Organisations- und Prozessverantwortung stehen.

Mit dem Krebsrahmenprogramm gibt es zwar ein gesundheitspolitisches Bekenntnis, Qualitätskriterien wie definierte Behandlungsstandards, Fallzahlen und Netzwerkbehandlung zu erstellen. Solange jedoch eine verpflichtende Vorgabe fehlt, ist es nicht einfach, die Geschäftsführungen und Behandler:innen in den Spitälern davon zu überzeugen, dass sich der Aufwand für Qualitätsmessung, z.B. im Rahmen einer Zertifizierung, lohnt. Eine Ausnahme bildet die in Österreich gut etablierte Versorgung von Patient:innen mit Brustkrebs in zertifizierten Zentren.

Zertifizierungsprogramme in der Onkologie

Grundlegend ist daher zunächst die Beantwortung der Frage, ob eine spitalsbezogene Qualitätsmessung anhand objektiver Kriterien die Behandlung von Krebspatient:innen verbessern kann. Es gibt verschiedene Zertifizierungsprogramme in der Onkologie. Die in Österreich am häufigsten verwendeten Zertifizierungssysteme **OnkoZert**, **Doc-Cert** und **EUSOMA** sind entitätsbezogen aufgebaut, das heißt, die Zertifizierung bezieht sich jeweils auf eine bestimmte Tumorentität. Das Zer-

tifizierungsmodell nach EUSOMA ist lediglich für Brustkrebs verfügbar, das Zertifizierungsmodell nach Doc-Cert erlaubt eine Zertifizierung für Brustkrebs und gynäkologische Tumoren. Beim Zertifizierungsmodell nach der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG; Zertifizierungsgesellschaft OnkoZert) besteht für Spitäler die Möglichkeit, eine Zertifizierung für viele verschiedene Tumorentitäten durchzuführen, u.a. Darmkrebs, Pankreaskrebs, Brustkrebs, Lungenkrebs, Hautkrebs, Prostatakrebs oder auch hämatologische Erkrankungen. Das DKG-Modell bietet somit einem Spital den Vorteil, extern validierte Qualitätssicherung und Benchmarking für viele Krebserkrankungen durchzuführen.

Deutsche Krebsgesellschaft/ OnkoZert

Im Folgenden wird das Modell der Deutschen Krebsgesellschaft näher beleuchtet, weil für dieses Zertifizierungssystem der konkrete Nutzen für verschiedenste Tumorentitäten wissenschaftlich untersucht wurde. Mit dem DKG-Modell, auch unter dem Namen OnkoZert bekannt, wurde von den onkologischen Fachgesellschaften, Berufsverbänden sowie Selbsthilfegruppen vor Jahren eines der weltweit größten onkologischen Qualitätssicherungsprogramme etabliert und kontinuierlich weiterentwickelt (<https://www.zertkomm.de/>). Spitäler in Deutschland (und im Ausland) haben die Möglichkeit, sich anhand der Kriterien freiwillig zertifizieren zu lassen. Mindestfallzahlen sowie Mindestvorgaben für die einzelnen Operateur:innen, Patholog:innen und Cancer Nurses, Outcome-Parameter wie R1-Resektionsrate und operative Komplikationsraten nach 30 Tagen, supportive Betreuungsangebote wie psychoonkologische Begleitung und niederschwellige soziale Beratung müssen nachgewiesen und

mit Fallzahlen belegt werden. Die Messung von Patient-reported Outcomes sowie auch das fünfjährige Follow-up der Patient:innen zur Berechnung des progressionsfreien und des Gesamtüberlebens sind Teil der Qualitätsprozesskette, die mit konkreten Zahlen im Rahmen eines externen Audits belegt werden müssen.

Die kontinuierliche Erhebung der vielen Facetten von Diagnostik, Behandlung und unterstützenden Maßnahmen erfordert spitalsintern eine regelmäßige Auseinandersetzung mit den eigenen

Daten in interprofessionell konstituierten Qualitätszirkeln. Anhand der „OnkoZert-Jahresberichte“ kann das einzelne Spital ablesen, wie man in Bezug auf jede einzelne Kennzahl im Vergleich zu anderen Zentren abschneidet, die ebenfalls nach OnkoZert zertifiziert sind.

Derzeit gibt es 2.152 DKG-zertifizierte Organkrebszentren. 287.590 Patient:innen mit der Erstdiagnose eines malignen Tumors wurden 2021 in einem zertifizierten Zentrum behandelt.

Studie zur Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren

Kürzlich wurden die Ergebnisse eines vom Innovationsfonds des deutschen GB-A (Gemeinsamer Bundesausschuss) geförderten Projekts zur „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ (WiZen-Studie) veröffentlicht.¹ Erstmals wurde darin untersucht, ob die Behandlung in DKG-zertifizierten Zentren mit einem Überlebensvorteil verbunden ist (im Vergleich zur Behandlung in Spitälern ohne Zertifizierung). Die Studie basiert einerseits auf Versicherungsdaten der AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse, Deutschland) und andererseits auf Daten der vier klinischen Krebsregister Regensburg, Dresden, Erfurt und Berlin-Brandenburg.

In die Studie gingen über eine Million Behandlungsfälle zwischen 2009 und 2017 ein. Untersucht wurden 11 Krebserkrankungen: Kolonkarzinom, Rektumkarzinom, Lungenkarzinom, Pankreaskarzinom, Mammakarzinom, Zervixkarzinom, Prostatakarzinom, Endometriumkarzinom, Ovarialkarzinom, Kopf-Hals-Malignome und neuroonkologische Tumoren. Primärer Endpunkt war das relative (adjustierte) Gesamtüberleben; weitere primäre Zielkriterien waren das 1- und 5-Jahres-Überleben sowie die 30-Tages-Mortalität. Die Daten wurden adjustiert nach zahlreichen Gesichtspunkten wie Alter des/der Patient:in, Geschlecht, weitere onkologische Erkrankung des/der Patient:in, Komorbiditäten, Bettenzahl des Krankenhauses, Universitätskrankenhaus, Lehrkrankenhaus, Trägerschaft, Beginn der Zertifizierung und Jahr der Erstbehandlung. Die Daten stammten aus den Leistungsbereichen Versicherten-Stammdaten, ambulante Versorgung, stationäre Versorgung und Arzneimittelverordnungen.

Das Ergebnis der WiZen-Studie zeigt einen hochgradigen Überlebensvorteil für Krebspatient:innen, die in DKG-zertifizierten Organkrebszentren behandelt wurden. Der Überlebensvorteil nach fünf Jahren durch die Behandlung in einem zertifizierten Zentrum war für 9 von 11 untersuchten Tumorerkrankungen nachweisbar. Die niedrigere Mortalität in den zertifizierten Zentren war sowohl in den gepoolten Daten der vier Krebsregister als auch in den Daten der AOK erkennbar. Nach fünf Jahren betrug der Überlebensvorteil für Patient:innen in absteigender Reihenfolge: neuroonkologische Tumoren 13,0%, Lungenkarzinom 11,1%, Ovarialkarzinom 6,9%, Mammakarzinom 6,4%, Rektumkarzinom 5,9%, Zervixkarzinom 5,8%, Pankreaskarzinom 5,0%, Prostatakarzinom 3,7%, Kolonkarzinom 2,0%, Endometriumkarzinom 1,7%, Kopf-Hals-Tumoren 1,7%. Für die beiden letzten Entitäten bestand kein signifikanter Vorteil. Die Ergebnisse zeigen, dass Patient:innen mit den

In Deutschland hat die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) in Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Selbsthilfegruppen eines der größten onkologischen Qualitätssicherungsprogramme etabliert, bei dem sich Spitäler freiwillig zertifizieren lassen können.

niedrigeren Tumorstadien I-III stärker von der Zentrumsbehandlung profitieren als Patient:innen im fortgeschrittenen Stadium IV. Für fast alle Entitäten konnte gezeigt werden, dass die Assoziation zwischen Zentrumsbehandlung und längerem Gesamtüberleben tendenziell stärker ist, je länger das Zentrum bereits zertifiziert ist. Die Größe des Zentrums ist nur in einigen Tumor-entitäten mit einem Überlebensvorteil verbunden.

Die Plausibilität der Daten ist hoch. Hinsichtlich der Patientenmerkmale wie Alter und Geschlechtsstruktur sowie Tumorstadium waren keine relevanten Unterschiede zwischen zertifizierten und nicht zertifizierten Zentren zu erkennen. Als möglicher Bias ist anzumerken, dass aufgrund fehlender Daten keine Adjustierung in Bezug auf den sozioökonomischen Status, Schweregrad der Komorbiditäten, ECOG-Performance-Status, die Histologie und das Grading vorgenommen werden konnte. Die Ergebnisse der Studie lassen keinen Rückschluss auf die Gründe des Ergebnisses zu. Aber es ist plausibel, dass der Überlebensvorteil auf den geforderten Kriterien der Zertifizierung basieren dürfte: Diese führen zu höherer Inter- und Multidisziplinarität von Behandlungsteams, einer konsequenteren Vorstellung von Patient:innen in Tumorboards (Mindesterfordernis > 95%) und einer nachweislich geforderten kontinuierlichen Auseinandersetzung mit Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität. Die Schlussfolgerung der Autor:innen der WiZen-Studie ist, dass eine Behandlung von Tumorerkrankten in zertifizierten Zentren ein hohes Potenzial hat, das Überleben von Krebspatient:innen signifikant zu verbessern, und daher gesundheitspolitisch gefördert werden sollte.

Sind die Ergebnisse der WiZen-Studie auf Österreich übertragbar?

Es stellt sich die berechtigte Frage, ob die Ergebnisse auf das österreichische Gesundheitssystem übertragbar sind. Es gibt keinen Grund anzunehmen,

dass sich die medizinische Qualität (operativ, strahlentherapeutisch und systemische Tumortherapie) sowie die supportiven Angebote hierzulande von Deutschland unterscheiden. Ein Unterschied ist die Etablierung von onkologischen Praxen in Deutschland: Anders als in Österreich werden medikamentöse Therapien auch in spezialisierten onkologischen Praxen angeboten. Dieser Gegensatz erklärt jedoch nicht den nachgewiesenen Vorteil der Zertifizierung, da auch Patient:innen, die in zertifizierten Krebszentren betreut werden, ihre medikamentöse Therapie oftmals in kooperierenden onkologischen Praxen erhalten. Zudem ist der beobachtete Unterschied in den Überlebenszeiten weitaus größer als der Effekt der systemischen Tumortherapie. Es ist daher davon auszugehen und plausibel, dass sich der Überlebensvorteil auch auf das österreichische Gesundheitssystem übertragen lässt.

Zertifizierte Zentren in Österreich

In Österreich ist der Anteil an DKG-zertifizierten Zentren niedrig. 12 Spitäler haben mindestens ein Organkrebszentrum (z.B. Prostatakrebs, Darmkrebs, Brustkrebs) nach dem DKG-Modell zertifiziert, insgesamt sind es 33 Organkrebszentren (Stand Juli 2024; siehe **Tabelle** sowie auf der OncoMap der DKG²). Zusätzlich gibt es 28 nach Doc-Cert zertifizierte Organkrebszentren in 22 Spitalern, die große Mehrheit davon Brustgesundheitszentren. In Oberösterreich gibt es ein Netzwerk aus 6 Spitalern, die für die Behandlung von Brustkrebs gemeinsam nach EU-SOMA zertifiziert sind.

Die Erfahrungen dieser Zentren in Österreich bestätigen, dass die Zertifizierung die Motivation der Teams hebt, Verbesserungspotenziale in der Behandlungsqualität zu suchen und zu

Das onkologische Qualitätssicherungsprogramm wurde von der WiZen-Studie begleitet, in der erstmals gezeigt wurde, dass die Behandlung von Krebspatient:innen in DKG-zertifizierten Zentren einen sehr oft deutlichen Überlebensvorteil gegenüber nicht zertifizierten Spitalern bietet.

Organkrebszentren

Spital	Zertifizierte Organkrebszentren (inkl. affine Zentren)	n
Klinikum Klagenfurt	Brustkrebs, endokrine Tumoren, gynäkologische Tumoren, hämatologische Neoplasien, Nierenkrebs, Hautkrebs, Kopf-Hals-Tumoren, Lungenkrebs, neuroonkologische Tumoren, Pankreaskrebs	10
Ordensklinikum Linz	Brustkrebs, Darmkrebs, gynäkologische Tumoren, hämatologische Neoplasien, Hautkrebs, Kopf-Hals-Tumoren, Lungenkrebs, Pankreaskrebs, Prostatakrebs, Speiseröhrenkrebs	10
Kepler Universitätsklinikum Linz	Brustkrebs, gynäkologische Tumoren, Lungenkrebs	3
Klinikum Wels-Grieskirchen	Brustkrebs, gynäkologische Tumoren, Prostatakrebs	3
KH Barmherzige Brüder St. Veit a.d. Glan	Brustkrebs, Darmkrebs, Pankreaskrebs	3
Universitätsklinikum Innsbruck	Brustkrebs, gynäkologische Tumoren, Hautkrebs	3
KH Barmherzige Schwestern Ried i. Innkreis	Brustkrebs, gynäkologische Tumoren	2
KH der Stadt Dornbirn	Brustkrebs (AP), gynäkologische Tumoren	2
Klinik Hietzing, Wien	Brustkrebs, gynäkologische Tumoren	2
LKH Feldkirch	Brustkrebs, gynäkologische Tumoren	2
LKH Hochsteiermark, Leoben	Brustkrebs, gynäkologische Tumoren	2
Medizinische Universität Wien	Brustkrebs, gynäkologische Tumoren	2
Universitätsklinikum Graz	Brustkrebs, Hautkrebs	2
Bezirkskrankenhaus Schwaz	Brustkrebs	1
Burgenländische Krankenanstalten	Brustkrebs	1
Franziskus Spital, Wien	Brustkrebs	1
Goldenes Kreuz Privatklinik, Wien	Brustkrebs	1
Hanusch-Krankenhaus, Wien	Brustkrebs	1
KH Barmherzige Brüder Eisenstadt	Brustkrebs	1
KH Barmherzige Schwestern Wien	Darmkrebs	1
KH Barmherzige Brüder Wien	Prostatakrebs	1
KH Feldbach-Fürstenfeld	Brustkrebs	1
KH St. Josef, Braunau	Brustkrebs	1
KH St. Josef, Wien	Brustkrebs	1
Klinik Donaustadt, Wien	Brustkrebs	1
Klinik Landstraße, Wien	Brustkrebs	1
Klinik Ottakring, Wien	Brustkrebs	1
Klinikum Schärding	Brustkrebs	1

Spital	Zertifizierte Organkrebszentren (inkl. affine Zentren)	n
Klinikum Rohrbach	Brustkrebs	1
Landeskrinikum Baden-Mödling	Brustkrebs	1
Landeskrinikum Horn-Allentsteig	Brustkrebs	1
Landeskrinikum Mistelbach-Gänserndorf	Brustkrebs	1
Landeskrinikum Wiener Neustadt	Brustkrebs	1
LKH Graz II	Brustkrebs	1
LKH Villach	Brustkrebs	1
Privatkrinikum Villach	Brustkrebs	1
Pyhrn-Eisenwurzen Krinikum	Brustkrebs	1
Salzkammergut Krinikum	Brustkrebs	1
Sanatorium Hera, Wien	Brustkrebs	1
Universitätskrinikum Krems	Lungenkrebs	1
Universitätskrinikum St. Pölten	Brustkrebs	1

Tab.: Die 41 österreichischen Spitäler mit mindestens einem zertifizierten onkologischen Organkrebszentrum nach dem Modell der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), Doc-Cert (inkl. affine Zentren) und/oder EUSOMA

nutzen. Einhellig wird berichtet, dass ohne die verpflichtend nachzuweisende Erfüllung der Zertifizierungsvorgaben viele der erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung nicht durchgeführt worden wären.

Fazit

Vielleicht überzeugen die Ergebnisse der WiZen-Studie die österreichische Gesundheitspolitik, von den Spitalern den Weg einer Verbesserung des Überlebens von Krebspatient:innen durch Zertifizierungen zu fordern. Idealerweise sollten dabei Zertifizierungen nach dem DKG-Modell erfolgen, da nur für dieses Programm ein gesicherter Überlebensvorteil vorliegt und die große Breite an möglichen DKG-Organkebszentren bis hin zur Zertifizierung als „Onkologisches Zentrum“ eine langfristige Weiterentwicklung der österreichischen Landschaft anhand einheit-

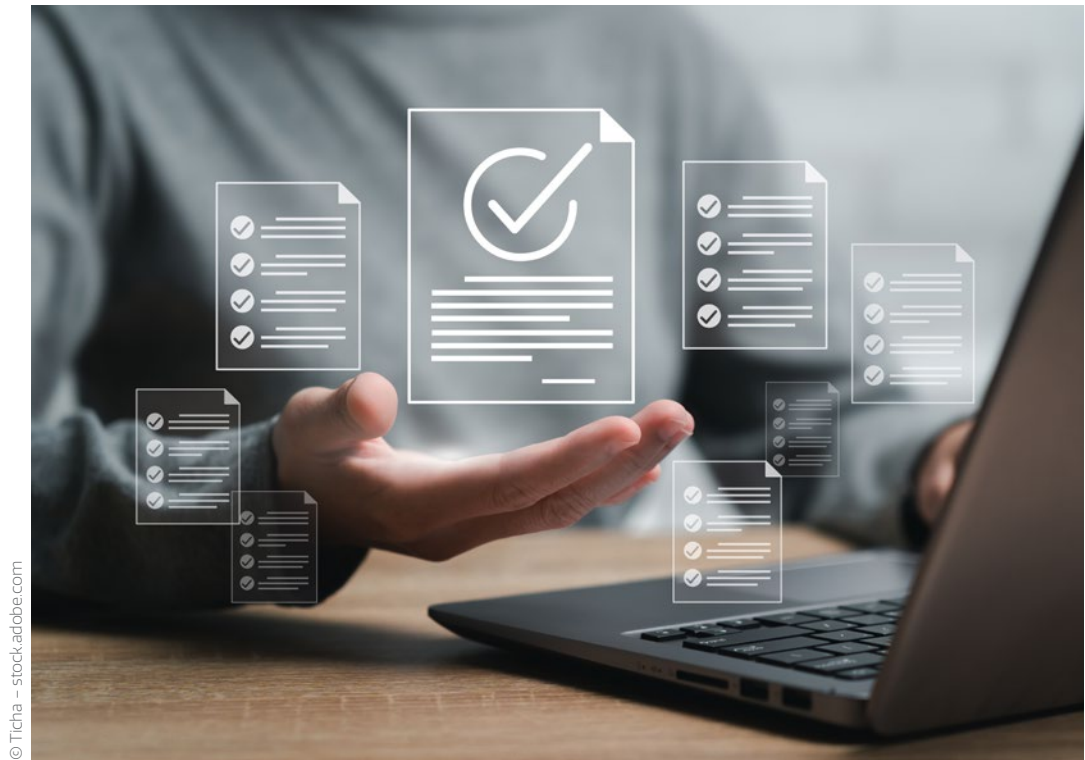
licher Kriterien analog zu Deutschland ermöglicht. Daher ist es nun als gute Entwicklung hervorzuheben, dass ...

1. sich der Bund in dem geplanten neuen Krebsrahmenprogramm dezidiert mit dem Thema der Zertifizierung auseinandersetzt,
2. die Krebshilfe Österreich jene Spitäler, die sich einer externen Qualitätsmessung unterziehen, in ihren Informationsmaterialien darstellt und
3. sich einzelne Spitäler in Österreich freiwillig und ohne zusätzliche finanzielle Unterstützung oder öffentlichen Mehrwert einer extern validierten fachlichen Zertifizierung (OnkoZert, Doc-Cert, EUSOMA) unterziehen.

*Ansgar Weltermann,
Kathrin Strasser-Weippl*

¹ https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschlussdokumente/268/2022-10-17_WiZen_Ergebnisbericht.pdf

² [https://www.oncomap.de/centers?selectedCountries=\[%C3%96sterreich\]&showMap=1](https://www.oncomap.de/centers?selectedCountries=[%C3%96sterreich]&showMap=1)



© Tichia - stock.adobe.com

Zertifizierung nach OnkoZert* – ein Erfahrungsbericht

2016 gab es im deutschsprachigen Raum nur eine einzige etablierte Möglichkeit, als interdisziplinäres „Krebszentrum“ zu zertifizieren: Diese Zertifizierung nach OnkoZert lief über die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG). Zum damaligen Zeitpunkt gab es in Deutschland 78 „Onkologische Zentren“ nach DKG, in Österreich wären somit insgesamt 8 solche Zentren notwendig und sinnvoll.

Herausforderungen im Prozess der onkologischen Zertifizierung liegen im bürokratischen Aufwand, in der Anpassung der Arbeitsweisen sowie im Widerstand gegen Veränderungen, die durch externes Change Management bewältigbar sind.

Der Beginn unserer Vorbereitungen datiert auf das Jahr 2018, die erste erfolgreiche Zertifizierung für mehrere Organkrebszentren inklusive eines „Onkologischen Zentrums“ nach DKG konnten wir im Jahr 2019 durchführen. Bis dorthin war es allerdings ein langer Weg, der umfangreiche Vorbereitungen notwendig machte.

Letztlich ist eine Zertifizierung ein Prozess der Konformitätsbewertung. Es werden Anforderungen, deren Umsetzung in einem System definiert sind, durch die Zertifizierungsstelle nachge-

wiesen. Die Zertifizierungsstelle nimmt dabei eine Kontrollfunktion wahr und bestätigt, dass relevante Qualitätskriterien für die Durchführung von Tumorboards, eine leitliniengerechte Behandlung, qualitätssichernde Maßnahmen, die Erreichung von geforderten Mindestfallzahlen pro Behandler:in und pro Zentrum sowie ein Benchmarking eingehalten werden. Die Qualitätsanforderungen und fachlichen Anforderungen, die zertifizierte Zentren erfüllen müssen, sind in Erhebungs- und Kennzahlenbögen zusammengefasst. Sie dienen als Grundlage für die Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft.

Aufgrund der mannigfachen Anforderungen und der Notwendigkeit der Umwandlung der bisherigen Arbeitsgepflogenheiten in das Raster der Deutschen Krebsgesellschaft war für uns klar, dass wir hier eine externe Beratung benötigen, die uns in diesen komplexen Arbeitsprozess einführt und anweist. Diese externe Beratungsleistung umfasste den Zeitraum eines Jahres, innerhalb dessen der Veränderungsprozess gelang.

Welche waren die größten Hürden auf diesem Weg?

Es benötigte die umfangreiche Ausarbeitung zahlreicher neuer Formulare, was einen großen bürokratischen Aufwand darstellte. Dieser Aufwand war allerdings nur einmalig notwendig. Der Dokumentationsaufwand insgesamt hat sich durch die Zertifizierung deutlich erhöht und musste auch entsprechend personell abgedeckt werden. Die Koordination eines Zentrums erfolgt überwiegend ärztlicherseits, letztlich war es aber notwendig, „Change Management“ in allen Berufsgruppen zu etablieren, da sich zahlreiche Widerstände bildeten, die an den bisherigen Strukturen und Gewohnheiten der onkologischen Arbeit festhalten wollten. Ein häufig vorgebrachtes Argument lautete: Warum etwas ändern, wenn das Altbewährte doch ohnehin gut funktioniert? Die daraus resultierenden Investitions-, Personal- und Lizenzkosten erforderten natürlich die ernsthafte Absicht des Krankenanstaltenträgers, dieses Projekt umzusetzen.

Trotz dieser Aufwände gibt es viele Pro-Argumente, die den Nutzen des Zertifizierungsprozesses unterstützen. Dazu zählt vor allem die Vereinheitlichung der Abläufe über alle Abteilungen hinweg, was die interdisziplinäre Zusammenarbeit deutlich verbessert. Besonders sichtbar wurde dies in einer einheitlichen elektronischen Anmeldemaske zum Tumorboard, die die Befüllung bestimmter Pflichtfelder erfordert. Sind diese Felder nicht befüllt, lehnt das System die Anmeldung ab, wodurch die Qualität der Anmeldung höher wird und im Tumorboard alle notwendigen Informationen sofort verfügbar sind. Die Beschlüsse der jeweiligen Tumorkonferenz sind nun nach Freigabe durch den Tumorboard-Leiter unmittelbar im Krankenhausinformationssystem (KIS) verfügbar und für alle Beteiligten einsehbar. Nach erfolgreicher Implementierung zahlreicher weiterer Prozesse ist ein höherer

Organisations- und Strukturierungsgrad erreicht.

Parallel dazu wurde ein klinisches Register ins Leben gerufen, welches mit ausreichend Dokumentarstellen besetzt ist, die die Dokumentation aller im Zentrum behandelten Patient:innen tragen. Mithilfe dieses klinischen Registers werden Benchmarking und Studierendurchführung wesentlich erleichtert. Durch die Nominierung von ärztlichen Koordinator:innen des Zentrums haben die Mitarbeiter:innen an Verantwortung und Profil gewonnen. Die Vorgaben von OnkoZert sehen regelmäßig die Durchführung von Qualitätszirkeln und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen vor, die in Selbstreflexion und dem Anspruch münden, sich ständig zu verbessern. Für die Krankenanstalt bedeutet die erfolgreiche Zertifizierung eine deutliche Erhöhung ihrer Reputation, aber auch ein Alleinstellungsmerkmal.

Aus meiner Sicht ist die erfolgreiche Zertifizierung ein Beweis für die Qualität eines Zentrums. Sie gibt eine schnelle und konkrete Antwort darauf, ob ein Zentrum wirklich so arbeitet, wie es in den Vorgaben steht und wie es sich die Patient:innen wünschen. Patient:innen, Zuweiser:innen und Betreiber:innen nutzen das Zertifikat als Indikator für exzellente Diagnostik und Therapie. Das Zertifikat sichert die Vorgabe der Politik an Mindestfallzahlen und damit auch die Behandlungsqualität.

Wolfgang Eisterer

* OnkoZert ist ein unabhängiges Institut, das im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft das Zertifizierungssystem zur Überprüfung von Organkrebszentren und onkologischen Zentren gemäß den entsprechenden fachlichen Anforderungen betreut. Siehe voriger Beitrag „Behandlung von Krebspatient:innen in zertifizierten Organkrebszentren“ ab Seite 47

Die Vorteile der Zertifizierung zeigen sich in einer verbesserten interdisziplinären Zusammenarbeit, vereinheitlichten Abläufen und besserer Betreuungsqualität, was sowohl die Reputation des Zentrums als auch das Vertrauen von Patient:innen und Zuweiser:innen stärkt.

Onkologische Rehabilitation

Die Zahl der mit oder nach einer Krebsdiagnose lebenden Menschen wird sich in Österreich von etwa 400.000 im Jahr 2022 auf etwa 460.000 im Jahr 2030 erhöhen. Diese Menschen sehen sich häufig – aufgrund der Erkrankung oder der Therapien – mit das tägliche Leben beeinträchtigenden Defiziten konfrontiert. Die onkologische Rehabilitation ist daher mittlerweile ein etablierter Bestandteil und besonders wichtiges Nahtstellenthema im sogenannten Cancer-Care-Kontinuum geworden.

Die onkologische Rehabilitation („Wiederbefähigung“) verfolgt das Ziel, krebs- und behandlungsbedingte physische, mentale und psychosoziale Funktionsdefizite zu reduzieren und somit die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben zu verbessern. Rehabilitation bedeutet wörtlich übersetzt Wiederbefähigung – ihre wesentlichen Säulen stellen die Edukation, oder genauer ausgedrückt, das Empowerment, die Psychoonkologie, die Diätologie und Ernährungstherapie sowie Aspekte der physikalischen Medizin und Rehabilitation wie vor allem die nicht-medikamentöse Symptomreduktion und die regelmäßige körperliche Aktivität sowie das Training dar.

Die onkologische Rehabilitation wird in Österreich üblicherweise auf Kosten eines Sozialversicherungsträgers und grundsätzlich auf Basis eines Antrags erbracht. Voraussetzungen sind Rehabilitationsbedürftigkeit, eine günstige Rehabilitationsprognose sowie ein adäquates Rehabilitationspotenzial. Ganz wichtig ist zusätzlich das entsprechende Commitment der Patient:innen, in der Rehabilitation aktiv mitzuwirken und danach „empowert“ die Maßnahmen der Rehabilitation ganzjährig und lebenslang umzusetzen. Dies bedingt auch die Unterstützung durch das unmittelbare private und berufliche Umfeld.

Rehabilitation ist ein interdisziplinärer Teamprozess und zielt auf Nachhaltigkeit ab.

Die onkologische Rehabilitation ist ein Teamprozess und eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Maßnahme, mit dem Patienten bzw. der Patientin und dessen/deren Umfeld im Zentrum. Sie fokussiert direkt auf die individuellen Funktionsstörungen und Defizite sowie die Ressourcen onkologischer Patient:innen. Erstere können allgemeiner Natur sein, das heißt, bei allen



Abb. 1: Am Kongress „25 Jahre Physikalische Medizin und Rehabilitation bei onkologischen Erkrankungen: Prävention, Prä-/Rehabilitation und Schmerztherapie“ wurden ein Vierteljahrhundert unserer gemeinsamen Bemühungen auf den Punkt gebracht sowie gemeinsame Ziele für die Zukunft formuliert (Beiträge von Interessierten sind unter richard.crevenna@meduniwien.ac.at erwünscht).

onkologischen Erkrankungen vorkommen (wie u.a. Fatigue oder Erschöpfungssyndrom, Einschränkungen von Muskelkraft und Ausdauer, Depression, Distress, Angst, Appetitlosigkeit). Die Defizite können aber auch für die jeweilige Krebsentität und die betroffenen Organsysteme ganz spezifisch sein (wie u.a. Inkontinenz, Sexualfunktionsstörungen, Schluckstörungen). Basierend auf den individuellen Funktionseinschränkungen und Ressourcen werden mit den Patient:innen individuelle Rehabilitationsziele definiert, die eine Verbesserung des funktionellen Status, der Lebensqualität und der Partizipation der Betroffenen zum Ziel haben. Auch für Patient:innen mit unheilbarer Krebserkrankung kann Rehabilitation sinnvoll sein. In diesem Fall geht es nicht um die „Restitutio ad optimum“ oder die Arbeitsfähigkeit, sondern um den Erhalt bzw. die Verbesserung der Lebensqualität.

Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der onkologischen Rehabilitation über zumin-

dest 6–12 Monate, insbesondere im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL; d.h. die eigene Wahrnehmung über das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden), Angst und Depression (vgl. auch **Abbildung 2**).

Rehabilitation und Arbeitsfähigkeit

Mit den Fortschritten onkologischer Diagnostik und Therapie können zunehmend mehr Betroffene während und nach einer Krebserkrankung wieder ihrem Beruf nachgehen. Dem gegenüber stehen Belastungen wie Angst, Depression und zum Teil lang anhaltende Fatigue, welche die Arbeitsfähigkeit Krebsüberlebender erschweren und häufigere Krankenstände nach sich ziehen.

Aus einer österreichischen Studie bei insgesamt 5.912 Rehabilitand:innen geht hervor, dass eine dreiwöchige multidisziplinäre Krebsrehabilitation die eingangs genannten sowie die meisten anderen Symptome bei insgesamt 21 untersuchten Krebsarten deutlich lin-

Effekte der Rehabilitation auf Angst und Depression

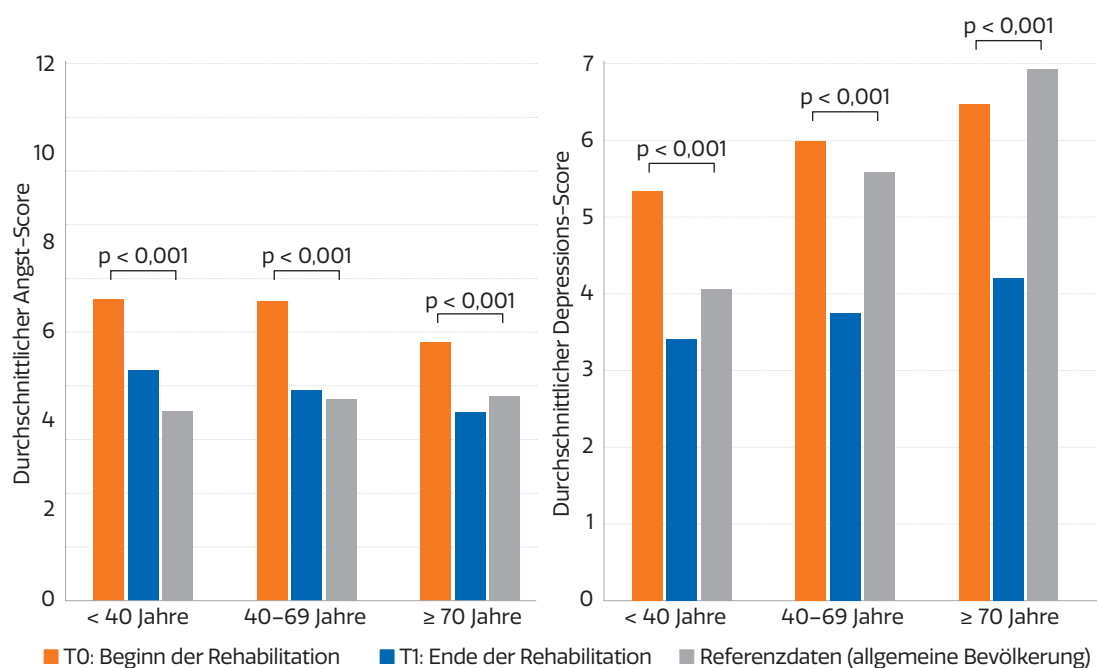


Abb. 2: Effekte der Rehabilitation auf Angst und Depression, evaluiert anhand der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS)*: Dargestellt sind durchschnittliche Angst-Scores und Depressions-Scores von Krebsüberlebenden vor (T0) und nach (T1) der Rehabilitation, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen, verglichen mit Normdaten der allgemeinen Bevölkerung.¹

Die Studie inkludiert 5.567 Patient:innen im Durchschnittsalter von 60,7 Jahren (davon 62,7% weiblich) aus einer laufenden, routinemäßigen Datenerhebung am Onkologischen Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau. Im Ergebnis zeigen sich signifikante Unterschiede in den Altersgruppen sowohl bei Angst als auch bei Depression. Angst kommt häufiger bei jüngeren Patient:innen und Frauen vor, während ältere Patient:innen tendenziell depressiver sind. Sowohl Angst als auch Depression verbesserten sich im Rehabilitationsverlauf über alle Altersgruppen hinweg signifikant. Interessanterweise waren die Depressions-Scores am Ende der Rehabilitation (T1) in allen Altersgruppen sogar niedriger als in der allgemeinen Bevölkerung.

dern kann.² In dieser Studie des Onkologischen Rehabilitationszentrums St. Veit im Pongau wurden Krebspatient:innen u.a. dazu befragt, ob sie sich selbst in der Lage fühlen, zu arbeiten. Im Ergebnis konnte die Zahl jener Rehabilitand:innen, die sich selbst zur Arbeit (Vollzeit, Teilzeit) in der Lage sahen, von unter 25% vor der Rehabilitation (T0) bis zum Ende der dreiwöchigen stationären Rehabilitation (T1) auf über 50% mehr als verdoppelt werden (**Abbildung 3a**). Nahezu identische Ergebnisse wurden erzielt, wenn nur die Gruppe der Rehabilitand:innen < 65 Jahren befragt wurde (**Abbildung 3b**). Als langfristige Implikation legen die Ergebnisse nahe, dass die Verbesserung der selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit von Krebsüberlebenden nach der Teilnahme an einem strukturierten Rehabilitationsprogramm nicht nur für ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit, sondern auch für das allgemeine psychische Wohlbefinden von eminenter Bedeutung ist. Das bessere Selbstwert-

gefühl dürfte zudem mit einer stärkeren sozialen Teilhabe verbunden sein.²

Rehabilitationsangebote in Österreich

In Österreich existiert ein passabel ausgebautes stationäres Rehabilitationsangebot. Für die ambulante onkologische Rehabilitation gibt es einige qualifizierte Anlaufstellen. Genau diese ambulante onkologische Rehabilitation ist die Basis für Themen wie „Return to Work“ – auch unter dem Gesichtspunkt des Wiedereingliederungsteilzeitgesetzes (siehe Artikel „Herausforderungen aus arbeitsmedizinischer Sicht“, Seite 27) – sowie auch für Menschen, die keinen stationären Aufenthalt wahrnehmen können oder möchten (z.B. Alleinerzieher:innen). Seit 1.1.2018 ist zusätzlich die Telerehabilitation additiv der ambulanten und stationären Rehabilitation zur Seite gestellt, und es existieren auch dafür bereits einige vielversprechende Ansätze.

Im Rahmen einer laufenden klinischen Datenerhebung am Onkologischen Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau wurden Krebspatient:innen mit zumindest 21 verschiedenen Tumor-entitäten gebeten, ihre Arbeitsfähigkeit selbst zu bewerten – nach den Kriterien sehr schlecht/schlecht, moderat, gut/sehr gut –, und zwar am Beginn der Rehabilitation (T0) sowie am Ende (T1). Gezeigt sind die prozentualen Anteile jener Patient:innen, die glaubten, sie seien in der Lage, entweder Vollzeit oder Teilzeit zu arbeiten, oder die sich selbst als arbeitsunfähig einschätzten.

Ergebnisse: Am Beginn der Rehabilitation (T0) fühlten sich weniger als 25% der Befragten fähig, an den Arbeitsplatz zurückkehren (**3a**). Bis zum Ende der Rehabilitation (T1) hat sich diese Zahl mehr als verdoppelt (**3b**). Nahezu identische Ergebnisse wurden erzielt, wenn nur die Gruppe der Rehabilitand:innen < 65 Jahren analysiert wurde.

Selbst eingeschätzte Arbeitsfähigkeit

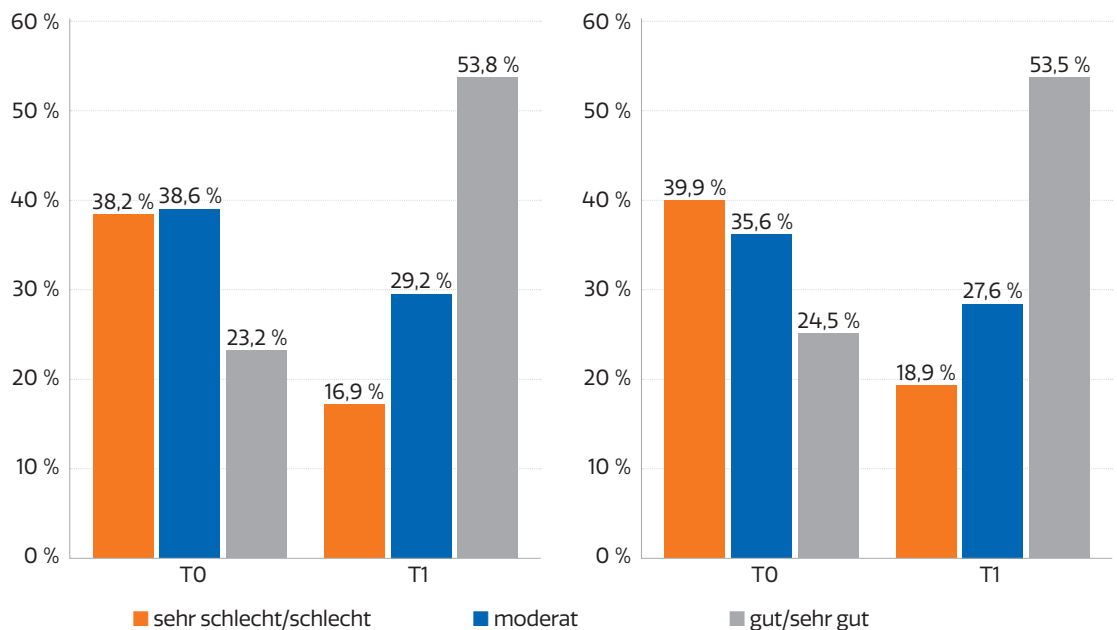


Abb. 3a: Alle Rehabilitand:innen, die eine Einschätzung zu ihrer Arbeitsfähigkeit getroffen haben (n = 1.973);

Abb. 3b: Selbsteinschätzung zur Arbeitsfähigkeit von Rehabilitand:innen < 65 Jahren, die zur Erwerbsbevölkerung zählen (n = 1.272)

Abb. 3: Nach dreiwöchiger stationärer Rehabilitation zeigt sich eine deutliche Verbesserung der selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit von Krebspatient:innen.²

Rehabilitation im universitären Setting

Universitär lebt das Thema seit einem Vierteljahrhundert von der interdisziplinären Vernetzung. An der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin der Medizinischen Universität Wien – Universitätsklinikum AKH Wien gibt es beispielsweise seit 25 Jahren eine interdisziplinäre Spezialambulanz für onkologische Rehabilitation, die seit 2010 interdisziplinär weiter ausgebaut wurde.

Aktuelle Themen in Wissenschaft und Praxis – was braucht es noch?

Nach wie vor herrscht deutlich zu wenig Awareness für das Thema onkologische Rehabilitation. Der Zugang zur Rehabilitation wird außerdem u.a. von der Bildung und vom Haushaltseinkommen sowie vom Geschlecht bestimmt. Zusätzlich gibt es bei der wissenschaftlichen Evaluierung der Wirksamkeit der einzelnen Komponenten der ambulanten und der stationären Rehabilitation sowie vor allem auch bei der Evaluierung des gesamten multimodalen Konstrukts Luft nach oben.

Aktuell wichtige Themen umfassen daher den weiteren, flächendeckenden Aufbau ambulanter, wohnortnaher Möglichkeiten zur onkologischen Rehabilitation sowie der Telerehabilitation. Weiters ist die Entwicklung von Strategien und Programmen, welche die Nachhaltigkeit der Maßnahmen sowie die Eigenverantwortung der Patient:innen erhöhen kön-

nen, ebenso relevant wie die laufende Evaluierung der Adhärenz. Die Beachtung von Einkommens-, Diversity- und Senioritätsaspekten sowie des Themas „Arbeitsfähigkeit“ und „Return to Work“, wo die onkologische Rehabilitation eine zentrale Rolle als Nahtstelle zwischen Primärbehandler:innen, Hausärzt:innen und Arbeits- bzw. Betriebsmediziner:innen spielt, sind ebenfalls relevante Themen. Zusätzlicher Forschungsbedarf besteht auch für die Prähabilitation, d.h. für die Nutzung der sogenannten prätherapeutischen Zeitperiode ab Diagnoseübermittlung für die Durchführung rehabilitativer oder besser prähabilitativer Maßnahmen, deren Effektivität belegt ist.

Die Tatsache, dass immer mehr Menschen mit und nach einer Krebsdiagnose in Österreich leben, erfordert, dass in Zukunft eine weitere Intensivierung der interdisziplinären und interprofessionellen Vernetzung sowie der Zusammenarbeit mit Patientenvertretungen und Selbsthilfegruppen anzustreben sein wird – dies, um weiter und kontinuierlich Awareness für den Nutzen und die Möglichkeiten der onkologischen Rehabilitation und Prähabilitation zu schaffen und um bestehende Angebote weiterzuentwickeln sowie neue zu schaffen. Dies alles bedingt zusätzlich eine gute und transparente Kooperation mit den Kostenträgern und der Politik.

Richard Crevenna

Interessierte sind herzlich eingeladen, sich unter richard.crevenna@meduniwien.ac.at aktiv einzubringen.

¹ Lehmann T et al. Associations of age and sex with the efficacy of inpatient cancer rehabilitation: results from a longitudinal observational study using electronic patient-reported outcomes. *Cancers* 2023; 15 (6), 1637.

² Licht T et al. Evaluation by electronic patient-reported outcomes of cancer survivor's needs and the efficacy of inpatient cancer rehabilitation in different tumor entities. *Support Care Cancer* 2021; 29, 5835–5864.

* Die **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)** ist ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung von depressiven Symptomen und Angstsymptomen. Es werden je 7 Fragen zu Angst und Depression gestellt, mit vierstufigen Antwortmöglichkeiten. Für jede Antwort gibt es Punkte von 0 bis 3, die addiert und als Skala dargestellt werden. Die Werte werden folgendermaßen interpretiert: 0–7 unauffällig; 8–10 suspekt/auffällig; 11–21 klinisch bedeutsam



Onkologische Forschung



ÖSTERREICHISCHER
KREBSREPORT

Eine Initiative der Österreichischen Krebshilfe
und der Österreichischen Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie



Highlights der Hämatologie & Onkologie 2023/2024

Die hohe Intensität der Forschung im Bereich der Hämatologie & Onkologie hat auch im letzten Jahr zu wesentlichen Fortschritten für Krebspatient:innen mit unterschiedlichen Tumorerkrankungen geführt. Die Highlights dieser Verbesserungen – allein innerhalb des letzten Jahres – werden im Folgenden kurz zusammengefasst.

Onkologische Forschung entwickelt sich rasant, gestützt auf eine weltweite Anstrengung in präklinischen und klinischen Studien, die die Überlegenheit neuer Therapien belegen. Im Jahr 2023 wurden über 2.000 klinische Studien zu innovativen Krebstherapien gestartet. Es ist entscheidend, dass Länder wie Österreich weiterhin aktiv an dieser Forschung teilnehmen, um neue Therapien frühzeitig für Krebspatient:innen verfügbar zu machen.

Die Fülle an Neuerungen veranschaulicht das hohe Tempo, mit dem die onkologische Forschung fortschreitet. Die Kürze des Berichts soll dabei keinesfalls darüber hinwegtäuschen, dass die hier dargestellten Fortschritte auf einer enormen weltweiten Forschungsanstrengung im präklinischen Bereich beruhen, auf Tausenden von Phase-I/II-Studien, die den erstmaligen Einsatz von neuen Krebsmedikamenten beim Menschen testen, und auf unzähligen großen, randomisierten Phase-III-Studien basieren, die letztlich zeigen konnten, dass eine neue Therapie einer alten überlegen ist. Al-

lein im Jahr 2023 wurden weltweit über 2.000 klinische Studien mit innovativen Krebstherapien gestartet, die nicht nur klassische Medikamente beinhalten, sondern auch Zelltherapien, die spezifische Immunzellen („Killer“-Zellen) zur Abwehr von Krebs aktivieren, Gentherapien, die genetische Defekte als Ursache der Erkrankung beheben, Antikörper-Chemotherapie-Konjugate, sog. „magic bullets“, mit denen Chemotherapie gezielt in der Krebszelle freigesetzt wird, multispezifische Antikörper, die an der Krebszelle andocken und gleichzeitig Abwehrzellen des Immunsystems aktivieren, und nicht zuletzt neuartige Radioligandentherapien, die radioaktiv markierte Antikörper zur Krebsbekämpfung einsetzen.¹ Diese Studien erfordern Zeit, einen hohen organisatorischen und administrativen Aufwand, großes Engagement der Forschenden, Investitionen der Öffentlichkeit und der Pharmaindustrie sowie die Bereitschaft von Patient:innen, sich auf klinische Forschung einzulassen und an Studien teilzunehmen. Es ist wesentlich, dass auch Österreich sich weiterhin intensiv in die präklinische und klinische Forschung einbringt, um Fortschritte zu erzielen und Medikamente möglichst früh für Patient:innen mit Krebs verfügbar zu machen.

Tumoren des Verdauungstraktes

Ösophaguskarzinom (Speiseröhrenkrebs)

Die ESOPEC-Studie konnte bei einer sehr aggressiven Tumorform, dem lokal fortgeschrittenen Adenokarzinom des Ösophagus (Speiseröhre), kürzlich sehr wichtige Ergebnisse erzielen: Wenn eine Operation zur Entfernung des Tumors der Speiseröhre geplant ist, dann verbessert eine vor und nach der Operation verabreichte Chemotherapie (perioperative Chemotherapie) das Überleben der betroffenen Patient:innen im Vergleich zur bisherigen Vorgehensweise, die darin bestand, vor der Operation eine Kombination aus Chemotherapie und Strahlentherapie zu verabreichen (neoadjuvante Chemoradiotherapie). Mit dem neuen Protokoll der perioperativen Chemotherapie betrug das mediane Überleben der Patient:innen 66 Monate gegenüber 37 Monaten mit dem bisherigen Standard. Die ESOPEC-Studie hat **große Bedeutung für die klinische Praxis**, da sie helfen kann, den besten Behandlungsansatz für Patient:innen mit dieser aggressiven Krebsart zu bestimmen. Am Weltkongress für Onkologie in Chicago (ASCO 2024) wurde diese Studie als führendes Abstract ausgewählt.²

Magenkrebs

Bei einem weiteren sehr aggressiven Tumor mit limitierten Behandlungsmöglichkeiten, dem Magenkarzinom, zeigte die MATTERHORN-Studie, dass neue Immuntherapien (Checkpoint-Inhibitoren) wie Durvalumab, wenn sie zusätzlich zur Chemotherapie verabreicht werden, die Therapieergebnisse weiter verbessern können. Immun-Checkpoints schützen den gesunden Organismus vor einer überschießenden Immunreaktion. Tumorzellen hingegen nutzen solche Checkpoints, wie z.B. PD-L1 (Programmed Death Ligand 1), um das Immunsystem zu unterdrücken. Diese Entdeckung wurde im Jahr 2018 mit dem **Nobelpreis** ausgezeichnet. In dieser weltweit geführten Studie waren

nach Verabreichung der Kombinationstherapie (Immunchemotherapie) etwa dreimal so viele Patient:innen tumorfrei wie mit alleiniger Chemotherapie. Wenn das vollständige Verschwinden des Tumors in Form einer „pathologischen Komplettremission“ bei mehr Patient:innen auch das Überleben verbessert, wofür eine längere Nachbeobachtung notwendig ist, wird sich diese Immunchemotherapie in der untersuchten Indikation als ein neuer Standard in der Klinik etablieren.³

Kolonkarzinom (Dickdarmkrebs)

Blut vom Darm wird über das Pfortadersystem direkt zur Leber transportiert, die damit oft das primäre Organ für Metastasenbildung bei Darmkrebs ist. In der viel beachteten TRANSMET-Studie wurde erstmals mit hoher wissenschaftlicher Evidenz (prospektiv, randomisiert) untersucht, ob bei **Darmkrebspatient:innen, die bereits an ausgedehnten Lebermetastasen leiden**, die chirurgisch nicht mehr entfernt werden können, eine Lebertransplantation sinnvoll sein kann. Patient:innen dieser Studie waren sehr selektiv ausgewählt – außerhalb der Leber durften keine Metastasen vorliegen und der Gesundheitszustand musste stabil sein –, um rare Spenderorgane nur dort zu verwenden, wo die Chance auf ein langfristiges Überleben besteht. Im Vergleich zu alleiniger Chemotherapie, die in solchen Fällen Standard ist, waren in der Gruppe mit zusätzlicher Transplantation nach fünf Jahren deutlich mehr Patient:innen am Leben, nämlich 57% gegenüber 13% der Patient:innen nach Standardvorgehen. Es besteht die Möglichkeit, dass mit dieser Studie als Initialzündung eine Lebertransplantation auch bei geeigneten Darmkrebspatient:innen mit Lebermetastasen in Zukunft zur Diskussion stehen wird. In Österreich wird derzeit an der Universitätsklinik Innsbruck eine ähnliche Studie durchgeführt.⁴

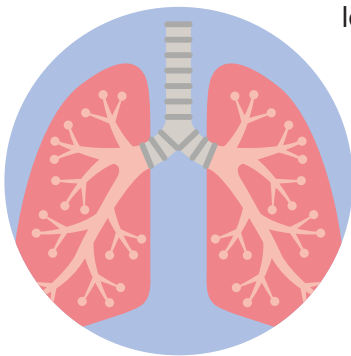


Für Patient:innen mit Darmkrebs, deren **Lebermetastasen weniger ausgedehnt, kleiner und damit prinzipiell operabel sind**, wurde hingegen in einer anderen Studie – ebenfalls mit hoher wissenschaftlicher Evidenz – gezeigt, dass eine sogenannte Thermoablation, also das Verkochen der Metastasen über eine von außen zugeführte Sonde, zu gleich guten Ergebnissen führt wie die operative Entfernung der Metastasen, aber mit deutlich weniger Komplikationen verbunden ist. Damit könnten in Zukunft auch Darmkrebspatient:innen mit kleineren Metastasen von einer Maßnahme profitieren, die ähnlich gut wirkt wie der chirurgische Eingriff, aber weniger belastend ist.⁵

Für Patient:innen mit einer besonderen Form von **Darmkrebs, der sich durch eine überproportional hohe genetische Instabilität auszeichnet** (sog. Mikrosatelliten-instabile Tumoren), ist die Gabe einer alleinigen Immuntherapie in den letzten Jahren zum

Standard geworden. Hohe genetische Instabilität führt zu neuen, durch Mutationen entstandenen Proteinen, die das Immunsystem als fremd identifiziert. So können mit Immuntherapien bessere Ergebnisse erzielt werden als mit Chemotherapie. Untermauert wurden diese rezent gewonnenen Erkenntnisse durch die Ergebnisse der CheckMate-8HW-Studie, die zeigt, dass eine duale Immuntherapie mit zwei Checkpoint-Inhibitoren, nämlich Nivolumab und Ipilimumab, im Vergleich zu einer Standard-Chemotherapie zu einer 80%igen Verbesserung des progressionsfreien Überlebens führt. Dass diese Ergebnisse bei einer zwar weniger häufigen, aber doch schwerwiegenden, auf Chemotherapie schlecht ansprechenden Tumorerkrankung durchschlagend sind, zeigt sich auch daran, dass nach zwei Jahren mehr als zwei Drittel (72%) der Patient:innen unter Immuntherapie keine Tumorprogression erlitten, während der gleiche Erfolg ohne Immuntherapie nur bei 14% der Patient:innen möglich war.⁶

Bronchialkarzinom (Lungenkrebs)



Beim Lungenkrebs wurden in den letzten Jahren durch zielgerichtete Therapien – „targeted therapies“, die sich gegen tumortreibende Eigenschaften der Krebszelle richten – bereits sehr große Fortschritte erzielt, die zuletzt noch erweitert wurden. In der LAURA-Studie wurde die Substanz Osimertinib untersucht. Es handelt sich um einen Tyrosinkinasehemmer (TKI) gegen den epidermalen Wachstumsfaktorrezeptor (EGFR), der in der Krebszelle in mutierter Form vorliegt, daher dauerhaft aktiviert ist und auf diese Weise unkontrolliertes Zellwachstum und verstärkte Zellproliferation (Metastasierung) auslöst. Osimertinib ist beim metastasierten

„EGFR-mutierten“ **Lungenkrebs** bereits in breitem klinischem Einsatz. In der aktuellen Studie wurde die Substanz bei Patient:innen mit nicht-operablen Tumoren im Stadium III mit EGFR-Mutation verabreicht, und zwar im Anschluss an eine Standardtherapie (Chemoradiotherapie). Die hohe Wirksamkeit der als Tablette verfügbaren Substanz bestätigte sich auch für diese Patientengruppe, bei der das Risiko eines Fortschreitens der Erkrankung (Progression) oder des Todes um 84% im Vergleich zu Placebo verringert werden konnte. Dies sind Ergebnisse, die in dieser Deutlichkeit mit konventionellen Therapien wie Chemotherapie oder Strahlentherapie alleine nicht hätten erzielt werden können. Sie verdeutlichen in eindrucksvoller Weise, dass

der Fortschritt durch neue molekularbiologische Erkenntnisse in der Klinik ankommt.⁷

Auch bei einer weiteren Form von Lungenkrebs, dem **kleinzelligen Bronchi-alkarzinom**, das bislang mit nur geringen Erfolgen eine immer noch schlechte Prognose hat, wurden zuletzt wesentliche Fortschritte erzielt: In der globalen Phase-III-Studie ADRIATIC etwa zeigte sich im Frühstadium der Erkrankung (beschränkt auf eine Lungenhälfte mit

angrenzenden Lymphknoten) nach Beendigung der Chemo- und Strahlentherapie, dass die anschließende Gabe einer Immuntherapie, des Checkpoint-Inhibitors Durvalumab, über die Dauer von zwei Jahren das Überleben deutlich verbessert. So betrug die mediane Gesamtüberlebenszeit für Patient:innen, die Durvalumab erhielten, etwa 56 Monate, verglichen mit 33 Monaten in der Placebo-Gruppe. Dies entspricht einer 27%igen Reduktion des Sterberisikos.⁸

Urothelkarzinom (Blasenkrebs)

Ein Highlight des letzten Jahres waren die Ergebnisse der KEYNOTE-A39-Studie bei Patient:innen mit fortgeschrittenem Blasenkrebs. Hierbei handelt es sich um eine Indikation, für die lange Zeit nur sehr belastende Chemotherapie-Protokolle verfügbar waren. In der aktuellen Studie konnte durch eine neue Therapiekombination, bestehend aus einem der „magic bullets“,

dem Antikörper-Wirkstoff-Konjugat Enfortumab Vedotin, und der Immuntherapie Pembrolizumab, ein doppelt so langes Überleben wie mit klassischer Chemotherapie erreicht werden. Der Erfolg dieses neuen Therapiekonzepts hat bereits zu einer **Anpassung der europäischen Therapieleitlinien** geführt.⁹

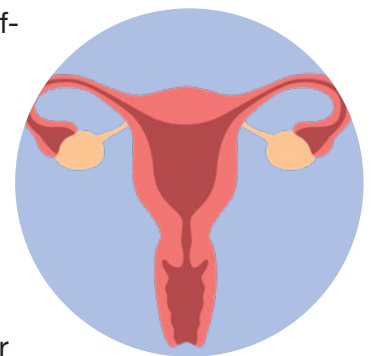


Gynäkologische Tumoren

Ovarialkarzinom (Eierstockkrebs)

Folat ist ein essenzielles Vitamin (Vitamin B9), das insbesondere für die DNA-Synthese und die Zellteilung benötigt wird. Interessanterweise ist einer der Rezeptoren für Folat (Folatrezeptor-alpha) insbesondere beim Ovarialkarzinom in hoher Konzentration auf Tumorzellen vorhanden, während gesunde Gewebe diesen nur wenig exprimieren. Damit wurde der Rezeptor als Zielstruktur für ein neues Präparat genutzt, nämlich das **Antikörper-Wirkstoff-Konjugat** Mirvetuximab Soravtansin. Nach der Bin-

dung an den Folatrezeptor wird das Konjugat in die Krebszelle aufgenommen und das Zytostatikum Soravtansin freigesetzt. Gesunde Zellen bleiben dadurch weitgehend verschont. Auf dieser Grundlage wurde eine Studie für Patientinnen mit Eierstockkrebs gestartet, bei denen eine Standard-Chemotherapie keine Wirkung mehr hatte. Die Studie kann als bahnbrechend bezeichnet werden, nachdem mit dem neuen Wirkprinzip bei besserer



Verträglichkeit als mit Chemotherapie das Überleben der Patientinnen signifikant verlängert wurde.¹⁰

Wesentlich sind für Patientinnen mit Ovarialkarzinom auch die Ergebnisse der CARACO-Studie. Die Studie erfolgte vor dem Hintergrund, dass bislang bei fortgeschrittener Tumorerkrankung während einer Operation auch prophylaktisch die umgebenden Lymphknoten entfernt wurden in der Annahme, damit zusätzlich die Ausbreitung des Tumors zu verhindern. In der aktuellen Studie wurde nunmehr berichtet, dass es bei Patientinnen mit unverdächtigen Lymphknoten in der Computertomografie nicht mehr notwendig ist, im Rahmen der **Operation** eine ausgedehnte Lymphknotenentfernung durchzuführen: Der Eingriff führte zu deutlich mehr postoperativen Komplikationen, aber zu keiner Verbesserung des Überlebens.¹¹

Endometriumkarzinom (Gebärmutterkrebs)

Beim fortgeschrittenen Endometriumkarzinom (Gebärmutterkrebs) wurde in der SIENDO-Studie über sehr vielversprechende Verbesserungen des progressionsfreien Überlebens – also jener Zeit, in der Patientinnen ohne Fortschreiten des Tumors am Leben sind – durch die Behandlung mit Selinexor berichtet. Der Wirkstoff ist als Tablette verfügbar und relativ neu, die Erstzulassung erfolgte 2019 in den USA beim multiplen Myelom. Selinexor blockiert den Export, also das Ausschleusen tumorunterdrückender Proteine (Exportin-1) aus dem Zellkern, sodass Hemmstoffe des Tumors im Zellkern weiterhin wirken können. Die Therapie ist ebenfalls ein Beispiel für die **erfolgreiche Umsetzung neuer Erkenntnisse** über Mechanismen der Tumorerkrankung auf molekularbiologischer Ebene. In der Studie wurde die

Therapie bei infrage kommenden Patientinnen im Anschluss an eine Chemotherapie verabreicht und war dabei so wirksam, dass das mediane progressionsfreie Überleben von 5,2 auf 28,4 Monate verlängert werden konnte.¹²

Zervixkarzinom (Gebärmutterhalskrebs)

Wie an anderer Stelle in diesem Krebsreport bereits berichtet, hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2021 die Zielvorgabe ausgesprochen, Gebärmutterhalskrebs, das Zervixkarzinom, **mit HPV-Impfung und Screening bis zum Jahr 2030 weltweit zu eliminieren**. Hintergrund ist, dass sich praktisch alle Zervixkarzinome im Rahmen einer HPV-Infektion entwickeln und heute vermeidbar wären. Wenn dennoch Gebärmutterhalskrebs auftritt, so ist die Prognose in frühen Stadien (I, II) noch überwiegend gut, mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von 80–95%. In höheren Tumorstadien (III, IV) wird die Prognose zunehmend schlechter. Die 5-Jahres-Überlebensrate sinkt auf etwa 15–20%.

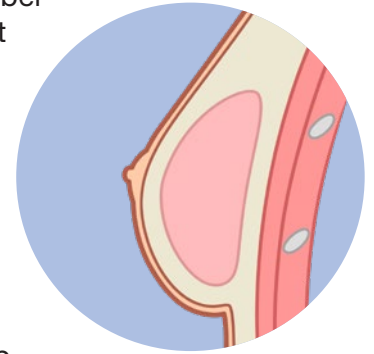
Nun sind **neue Therapien** verfügbar, insbesondere kann die Immuntherapie mit Pembrolizumab für eine bestimmte Gruppe von Patientinnen in höheren Tumorstadien (mit metastasierter Erkrankung) sehr effektiv sein. Zusätzlich zeigte nun die KEYNOTE-A18-Studie, dass eine Immuntherapie bereits im frühen Stadium, nämlich bei neu diagnostizierter Erkrankung mit hohem Risiko für ein Wiederauftreten des Tumors (Rezidiv), eingesetzt werden sollte. Nach zwei Jahren blieben dadurch 68% der Patient:innen im Vergleich zu 57% im Vergleichsarm ohne Fortschreiten des Tumors. Bei allen Bemühungen zeigt das Beispiel aber auch, dass selbst die innovativsten Therapien Vorsorge und Screening nicht ersetzen können.¹³

Mammakarzinom (Brustkrebs)

HER2 (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2) ist ein Protein auf der Oberfläche von Zellen. Bei etwa 15–20% der Brustkrebspatientinnen ist das HER2-Gen überexprimiert, wodurch in der Folge das Tumorstadium beschleunigt wird und der Tumor eine aggressivere Ausbreitung erfährt. **Bahnbrechende Entwicklungen zielgerichteter Therapien** haben mit dem HER2-Antikörper Trastuzumab Anfang der 2000er-Jahre begonnen und zeichnen sich bis heute durch eine Weiterentwicklung dieser Therapieform aus. Das derzeit innovativste Produkt ist ein Antikörper-Wirkstoff-Konjugat, nämlich Trastuzumab Deruxtecan, das neuen Daten zufolge bei einer noch größeren Gruppe von Patientinnen wirksam ist, nämlich selbst bei Brustkrebspatient:innen mit nur geringer („ultralow“) Expression des tumortreibenden Proteins HER2. Tras-

tuzumab Deruxtecan sollte bei vielen dieser Patientinnen mit fortgeschrittener Erkrankung einer Chemotherapie vorgezogen werden.¹⁴

Für zwei weitere innovative Substanzen, nämlich Daptopotamab Deruxtecan, ein Antikörper-Wirkstoff-Konjugat, das über einen speziellen Rezeptor (TROP2) **gezielt in Tumorzellen** zur Wirkung kommt, und Inavolisib, ein Tyrosinkinasehemmer, der auf die mutierte Form eines Tumorstadium-fördernden Enzyms abzielt, wurde gezeigt, dass ihr Einsatz in unterschiedlichen Therapiesituationen im Vergleich zum bisherigen Standard zu einer weiteren Verbesserung jener Zeit führt, in der Patient:innen ohne Fortschreiten der Erkrankung progressionsfrei überleben.^{15,16,17}

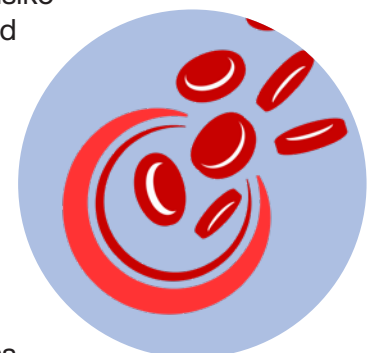


Maligne hämatologische Erkrankungen (Blut- und Lymphdrüsenkrebs)

Hodgkin-Lymphom

Das Hodgkin-Lymphom ist eine bösartige Erkrankung des lymphatischen Systems, an dem laut Österreichischem Krebsregister jährlich etwa 200–250 Personen neu erkranken. Die Deutsche Hodgkin-Studiengruppe (GHSG) ist in dieser Indikation eine der führenden Studiengruppen weltweit. Große klinische Studien werden auch in Kooperation mit österreichischen Zentren durchgeführt, insbesondere im Rahmen der **Arbeitsgemeinschaft medikamentöse Tumortherapie (AGMT)**. Bei Patient:innen mit Hodgkin-Lymphom in fortgeschrittenen Stadien hat sich Anfang der 2000er-Jahre ein Therapiekonzept, das mehrere unterschiedliche Zytostatika in zum Teil hoher Dosierung enthält, als wirksamste

Maßnahme etabliert, um das Risiko eines Rückfalls zu verringern und die Heilungschancen bei aggressiver Erkrankung zu verbessern. Das intensive Therapieregime ist allerdings auch belastend. Vor diesem Hintergrund wurde rezent eine Studie der GHSG unter Mitwirkung der AGMT hochrangig publiziert. Die Studie zeigt, dass mit der Aussparung wenig verträglicher, toxischer Substanzen und dafür der Hinzunahme eines Antikörper-Wirkstoff-Konjugats, nämlich Brentuximab Vedotin, eine Therapie möglich ist, die zumindest gleich gut wirkt und dabei deutlich besser verträglich ist als der bisherige Standard. Zusätzlich wird, wie



ganz aktuell gezeigt wurde, mit dem neuen Regime auch das progressionsfreie Überleben nach vier Jahren deutlich verbessert (von 90,9% auf nunmehr 94,3%), womit diese Therapie zum neuen Standard wird.¹⁸

Multiples Myelom

Die effektivste Maßnahme bei Patient:innen mit multiplem Myelom ist eine Hochdosis-Chemotherapie mit autologer Stammzelltransplantation, wofür Patient:innen allerdings fit genug sein müssen. Die Therapieform wurde in den 1990er-Jahren etabliert und gilt heute als Standard bei neu diagnostizierten jüngeren Patient:innen. Anfang der 2000er-Jahre wurden, beginnend mit dem Proteasomenhemmer Bortezomib, gefolgt vom Immunmodulator Lenalidomid, sukzessive neue Substanzen mit neuen Wirkmechanismen zugelassen. Diese können die Effektivität der Hochdosis-Chemotherapie mit nachfolgender Stammzelltransplantation weiter steigern bzw. insgesamt **neue Therapielinien** eröffnen und damit auch das Überleben jener Patient:innen verlängern, die für eine Hochdosis-Chemotherapie nicht fit genug sind. Abhängig vom Zeitpunkt der Behandlung und den spezifischen Therapieregimen kann heute bei bis zu einem Drittel der Myelompatient:innen eine „**funktionale Heilung**“ erzielt werden, das heißt, dass die Krankheit so weit unter Kontrolle gebracht wird, dass sie langfristig nicht mehr nachweisbar ist und auch keine Symptome verursacht. Eine dieser neuen Substanzen ist der im Jahr 2020 zugelassene Antikörper Isatuximab. Rezente wurde damit eine Studie (IMROZ) bei Myelompatient:innen durchgeführt, die für eine Stammzelltransplantation nicht fit genug waren. Die Zugabe des Antikörpers zu einer Standardtherapie führte dazu, dass nach fünf Jahren rund 63% dieser Patient:innen ohne Fortschreiten des Tumors progressionsfrei blieben, während dies nur bei rund 45% der Patient:innen im Vergleichsarm ohne Isatuximab der Fall war. In einer späteren Therapielinie wurde des Weiteren berichtet, dass der Einsatz des Antikörper-Wirkstoff-Konju-

gats Belantamab Mafodotin das Risiko für Progression und Tod im Vergleich zum bisherigen Therapiestandard fast halbierte.¹⁹

Akute myeloische Leukämie

Für Patient:innen mit akuter myeloischer Leukämie, die nicht mit einer intensiven Chemotherapie behandelt werden können, stehen alternativ Zytostatika wie Azacitidin (als Tablette) oder Decitabin (als Infusion) zur Verfügung. Wenn letztere weniger intensive Therapie als Infusion verabreicht werden muss, erfordert dies in der Regel den Weg ins Krankenhaus und zahlreiche Spitalsaufenthalte, da die Therapie wiederholt verabreicht werden muss. Decitabin konnte bislang nicht in Tablettenform verabreicht werden, da es im Gastrointestinaltrakt abgebaut wird. Dies kann durch Zugabe von Cedazuridin gehemmt werden. So wurde zuletzt in der ASCERTAIN-Studie nachgewiesen, dass die **Therapie rein in Tablettenform**, bestehend aus Cedazuridin und Decitabin, bioäquivalent zum intravenös verabreichten Decitabin ist. Die neue, für Patient:innen einfachere Verabreichungsform wurde mittlerweile auch schon zugelassen.²⁰

Aggressive Lymphome

Das Mantelzell-Lymphom ist ein zwar seltener, aber aggressiver Lymphom-Subtyp. Abseits der Stammzelltransplantation haben sich in der letzten Dekade Substanzen mit neuen Wirkmechanismen auch in dieser Indikation etablieren können, darunter sogenannte BTK-Inhibitoren. Diese Substanzklasse, die in den **B-Zell-Rezeptor-Signalweg** eingreift, hat sich mit Vertretern wie Ibrutinib (2013), Acalabrutinib (2017) oder Zanubrutinib (2019/2021) bei der Behandlung von B-Zell-Neoplasien als hochwirksam erwiesen, u.a. auch beim Mantelzell-Lymphom (MCL) oder der chronischen lymphatischen Leukämie (CLL). Dies hat bereits zu einer Adaptierung bestehender Leitlinien bei MCL und CLL geführt. Zuletzt konnte mit einem gut verträglichen BTK-Inhibitor der zweiten Generation (Acalabrutinib), der zusätzlich zu einer etablierten Chemotherapie „der ersten Stunde“

(Rituximab, Bendamustin) bei älteren Patient:innen verabreicht wurde, eine deutliche Verbesserung der Ergebnisse erzielt werden – mit bereits ersten Hinweisen auf eine Verlängerung der Überlebenszeit gegenüber alleiniger Chemotherapie.²¹

Bei aggressiven Lymphomen wurden nicht zuletzt aktuelle Daten zu einer der vielversprechendsten neuen Therapieformen in der Hämatologie und Onkologie publiziert, der **CAR-T-Zell-Therapie**. Dieser Therapie wird als Besonderheit, ähnlich wie der Stammzelltransplantation, kuratives Potenzial zugeschrieben. Das heißt, es können z.B. Patient:innen mit aggressiven Lymphomerkrankungen aus schwierigen Situationen heraus Langzeitheilung erfahren. Das Grundprinzip besteht darin, körpereigene Abwehrzellen (T-Zellen) durch genetische Modifikation gegen den Tumor scharf zu machen. Es handelt sich bislang um eine einmal verabreichte Infusion, die allerdings eine aufwendige und exakt geplante Vorbereitung und Nachbeobachtung erfordert. Zur bestmöglichen Implementierung dieser innovativen Therapieform in

Österreich wurde das **Österreichische CAR-T-Zell-Netzwerk** gegründet. Bei einer aggressiven Lymphom-Variante wie dem diffus großzelligen B-Zell-Lymphom (DLBCL) ist die CAR-T-Zell-Therapie bereits im frühen Rezidiv etabliert. Aktuell zeigt eine Phase-II-Studie bei besonders ungünstigen DLBCL-Hochrisikovarianten eine langjährige Stabilisierung der Erkrankung, wenn die CAR-T-Zell-Therapie – wie in dieser Studie erstmals – bereits von Beginn an verabreicht wird. Eine solche Studie zum frühen Einsatz der Therapie, allerdings im Format einer **Phase-III-Zulassungsstudie (ZUMA-23), läuft auch in Österreich**, und zwar an den Zentren in Innsbruck, Salzburg, St. Pölten und Wien. Auch für die Richter-Transformation, eine gefürchtete Komplikation der chronischen lymphatischen Leukämie, die mit konventionellen Therapien nicht mehr in den Griff zu bekommen ist, ebenso wie bei ZNS-Lymphomen, einer schwerwiegenden Lymphomerkrankung des Gehirns, konnte zuletzt gezeigt werden, dass CAR-T-Zell-Therapien wirksam sind.²²

Kathrin Strasser-Weippl, Gerhard Kahlhammer

¹ Iqvia Institute Report. Global Oncology Trends 2024: Outlook to 2028. Published online at: <https://www.iqvia.co/insights/the-iqvia-institute/reports-and-publications/reports/global-oncology-trends-2024>. May 28, 2024.

² Hoepfner J et al. ESOPec: prospective randomized controlled multicenter phase III trial comparing perioperative chemotherapy (FLOT protocol) to neoadjuvant chemoradiation (CROSS protocol) in patients with adenocarcinoma of the esophagus (NCT02509286). *J Clin Oncol* 2024; June 10. (ASCO Ann Meeting 11); 42 (17_suppl): LBA1.

³ Oh DY. abstract 1290: Pathological complete response (pCR) to durvalumab plus 5-fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin and docetaxel (FLOT) in resectable gastric cancer and gastroesophageal junction cancer (GC/GEJ): interim results of the global, phase III Matterhorn study. *Ann Oncol* 2023; 34 (Iss.54): S1520-S1521.

⁴ Adam R. Liver transplantation plus chemotherapy versus chemotherapy alone in patients with permanently unresectable colorectal liver metastases (TransMet): results from a multi-center, open-label, prospective, randomised controlled trial. *Lancet* 2024; 404(10458):1107-1118.

⁵ Meijerink MR et al. Surgery versus thermal ablation for small-size colorectal liver metastases (COLLISION): An international, multicenter, phase III randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2024; June 10 (ASCO Ann Meeting 11); 42 (17_suppl): LBA3501.

⁶ Andre T et al. Nivolumab plus Ipilimumab in microsatellite–instability–high metastatic colorectal cancer. *N Engl J Med* 2024; 391:2014–2026.

⁷ Lu S et al. Osimertinib after chemoradiotherapy in stage III EGFR-mutated NSCLC. *N Engl J Med* 2024 Jun; 391:585–597.

⁸ Cheng Y et al. Durvalumab after chemoradiotherapy in limited-stage small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2024 Sep; 391: 1313–1327.

⁹ Powles T et al. Enfortumab vedotin and pembrolizumab in untreated advanced urothelial cancer. *N Engl J Med* 2024 Mar; 390: 875–888.

¹⁰ Secord AA et al. The Efficacy and safety of mirvetuximab soravtansine in FRα-positive, third-line and later, recurrent platinum-sensitive ovarian cancer: The single-arm Phase 2 PICCOLO Trial. *Annals of Oncology* (2024) Nov. in press, doi: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2024.11.011>.

¹¹ Classe JM et al. Omission of lymphadenectomy in patients with advanced epithelial ovarian cancer treated with primary or interval cytoreductive surgery after neoadjuvant chemotherapy: The CARACO phase III randomized trial. *J Clin Oncol* 2024 Jun; 42 (17_suppl): LBA5505.

¹² Makker V et al. Long-term follow-up of efficacy and safety of selinexor maintenance treatment in patients with TP53wt advanced or recurrent endometrial cancer: A subgroup analysis of the ENGOT-EN5/GOG-3055/SIENDO study. *Gynecol Oncol* 2024; 185: 202–211.

¹³ Lorusso D et al. Pembrolizumab plus chemoradiotherapy for high-risk locally advanced cervical cancer: A randomized, doubleblind, phase III ENGOT-cx11/GOG-3047/KEYNOTE-A18 study. *Ann Oncol* 2023 Oct; 34 (Suppl 2): S1279–S1280.

¹⁴ Cortés J et al. Trastuzumab deruxtecan versus trastuzumab emtansine in HER2-positive metastatic breast cancer: long-term survival analysis of the DESTINY-Breast03 trial. *Nat Med* 2024 Aug; 30(8):2208–2215.

¹⁵ Bardia A et al. Datopotamab Deruxtecan in advanced or metastatic HR1/HER2- and triple-negative breast cancer: Results from the phase I TROPION-PanTumor01 study. *J Clin Oncol* 2024 Jul 1; 42(19): 2281–2294.

¹⁶ Schmid P et al. Datopotamab deruxtecan (Dato-DXd) + durvalumab (D) as first-line (1L) treatment for unresectable locally advanced/metastatic triple-negative breast cancer (a/mTNBC): Updated results from BEGONIA, a phase Ib/II study. *Ann Oncol* 2023 Oct; 34(suppl2): S337 (abstr 379MO).

¹⁷ Turner NC et al. Inavolisib-Based Therapy in PIK3CA-Mutated Advanced Breast Cancer. *N Engl J Med* 2024 Oct;391(17):1584–1596.

¹⁸ Borchmann P. Assessing the efficacy and tolerability of PET-guided BrE-CADD versus eBEACOPP in advanced-stage, classical Hodgkin lymphoma (HD21): a randomised, multicentre, parallel, open-label, phase 3 trial. *Lancet* 2024 Jul 27; 404 (10450):341–352.

¹⁹ Facon T et al. Isatuximab, bortezomib, lenalidomide, and dexamethasone for multiple myeloma. *N Engl J Med* 2024 Oct 31;391(17):1597–1609.

²⁰ Garcia-Manero G et al. Oral decitabine–cedazuridine versus intravenous decitabine for myelodysplastic syndromes and chronic myelomonocytic leukaemia (ASCERTAIN): a registrational, randomised, crossover, pharmacokinetics, phase 3 study. *Lancet Haematol* 2024 Jan; 1(1):E15–E26.

²¹ Ghia P et al. Acalabrutinib Versus Investigator's Choice in Relapsed/Refractory Chronic Lymphocytic Leukemia: Final ASCEND Trial Results. *Hemisphere* 2022 Nov 14; 6(12): e801.

²² Westin J et al. ZUMA-23: A global, phase 3, randomized controlled study of axicabtagene ciloleucel versus standard of care as first-line therapy in patients with high-risk large B-cell lymphoma. *J Clin Oncol* 2023 May (ASCO 1); 41(suppl16): abstr. TPS578.

Österreichweite Zusammenarbeit gegen Krebs

Gründung des Austrian Comprehensive Cancer Network (ACCN)

Das neue Austrian Comprehensive Cancer Network (ACCN) soll die Expertise der Comprehensive Cancer Center (CCC) der Medizinischen Universitäten Graz, Innsbruck und Wien bündeln.

„Die Mission des ACCN ist, ein gesundes, vielfältiges, innovatives und kooperatives akademisches Onkologie-Ökosystem zu schaffen. Wir setzen uns dafür ein, unsere Gemeinschaft durch patientenzentrierte, forschungsbasierte und ergebnisorientierte Spitzenversorgung nachhaltig zu stärken“, so Shahrokh Shariat, Leiter des CCC Vienna.

Die EU hat im Rahmen ihres Forschungsförderungsprogramms „Horizon Europe“ den Kampf gegen Krebs zu einer der Hauptaufgaben bis 2030 erklärt. Die sogenannte „Mission on Cancer“ hat das Ziel, durch verbessertes Verständnis von Krebserkrankungen und verbesserte Prävention, Diagnose und Therapie die Lebensqualität betroffener Menschen zu heben und den Zugang zu einer Behandlung sicherzustellen

(mehr Infos unten). Im Rahmen des ACCN sollen Aktivitäten und Arbeitsgruppen zur Datenharmonisierung, ein gemeinsames Bioregister und Proben-sampling, gemeinsame Studienprotokolle sowie gemeinsame Konzepte zur Präzisionsonkologie und zur frühen klinischen Translation entwickelt werden.

Das erste Projektmeeting des ACCN fand unter Teilnahme von 73 Krebs-expert:innen am 27. Mai 2024 in Wien statt. Es wurden erste Kollaborationsprojekte in den Bereichen Prostata-, Kolon-, Lungen- und Mammakarzinom, pädiatrische Tumoren des Zentralnervensystems sowie muskuloskeletale Tumoren/Sarkome, Gewebe- und Blut-Biobank, young ACCN und Präzisionsmedizin besprochen. Ebenso wurden Herausforderungen wie das Thema der sicheren Datenvernetzung und des Datenschutzes sowie die unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten bearbeitet.

Silke Horcicka, Konrad Friedrich

EU-Perspektive der CCC- und CCCN-Vernetzung

Die Mitglieder des oben beschriebenen Austrian Comprehensive Cancer Network (ACCN) sind Teil der Joint Action „Establishing a European Network of Comprehensive Cancer Centers“ (EUnetCCC), einer gemeinsamen europäischen Initiative, die im Rahmen des europäischen Förderprogramms „EU4Health“ von der EU gefördert wird.

EUnetCCC baut auf Aktivitäten der vorangegangenen Joint Action „CrANE“ auf und dient der Umsetzung von „Flagship 5“ aus Europe’s Beating Cancer Plan. „Flagship 5“ wiederum sieht bis 2025 die Etablierung eines EU-Netzwerks vor, das anerkannte nationale Comprehensive Cancer Center in jedem Mitgliedsstaat miteinander verbindet. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit soll den Zugang der Patientinnen

und Patienten zu hochwertigen, qualitätsgesicherten Diagnosen und Behandlungen sowie zu den neuesten innovativen Therapien auf nationaler Ebene und in der gesamten EU verbessern. Ziel der CCC-Vernetzung ist die Unterstützung der EU-Mitgliedsstaaten und assoziierten Länder in der Einrichtung, Verbesserung und Vernetzung von Comprehensive Cancer Centern (CCC) und Comprehensive Cancer Care Networks (CCCN). Es soll ein gesamteuropäisches Netzwerk nationaler CCCs und CCCNs in enger Verbindung mit weiteren relevanten Stakeholdern etabliert werden. Dadurch werden einheitliche Zertifizierungsstandards, -prozesse und -systeme für CCCs und CCCNs auf EU-Ebene ermöglicht.

Melani Janjic, Barbara Fröschl

Themenmonitor



**ÖSTERREICHISCHER
KREBSREPORT**

Eine Initiative der Österreichischen Krebshilfe
und der Österreichischen Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie



© jipgon – stock.adobe.com

Onkologika im Kontext von europäischer Health-Technology-Assessment (HTA)-Verordnung und österreichischem Bewertungsboard

Ab Jänner 2025 ist die 2022 in Kraft getretene EU-HTA-Verordnung (Health Technology Assessment Regulation – HTAR) rechtsverbindlich umzusetzen. Das bedeutet, dass zunächst alle neu zugelassenen Onkologika und Arzneimittel für neuartige Therapien (Advanced Therapy Medicinal Products – ATMP), später auch Arzneimittel für

seltene Erkrankungen (Orphan Drugs) und bestimmte Medizinprodukte einem gemeinsamen europäischen klinischen

Assessment (Joint Clinical Assessment – JCA) zu unterziehen sind. Der JCA-Prozess wird von der europäischen HTA-Koordinierungsgruppe geführt und evaluiert den therapeutischen Zusatznutzen einer neuen medikamentösen (Krebs-)Therapie im Vergleich zu in den Mitgliedsstaaten bereits vorhandenen und erstattungsfähigen Thera-

piealternativen. Der Prozess sieht die Einbindung zahlreicher Stakeholder wie Patientenvertretungen sowie von klinischen Expert:innen vor. Die konkrete Nutzenbewertung des Arzneimittels (Health Technology Assessment) wird jeweils von sogenannten Assessors zweier ausgewählter europäischer HTA-Institutionen durchgeführt.

Da die JCAs alle klinischen Einsatzszenarien, die EU-weit für ein neues Medikament möglich sind, bewerten sollen, müssen die Mitgliedsstaaten bereits am Beginn des europäischen JCA-Prozesses für jedes Produkt an die EU melden, mit welcher Therapiealternative das neue Arzneimittel jeweils national zu vergleichen ist und mit welchen Parametern der Therapieerfolg jeweils national dargestellt werden soll (z.B. Lebensqualität, Gesamtüberleben). Die Ergebnisse der JCA werden innerhalb von 30 Tagen nach EMA-Zulassung eines Medikaments publi-

Ab 2025: Harmonisierte Bewertung neuer Onkologika in der EU – ein Schritt zu mehr Vergleichbarkeit und Transparenz.

Fact-Box

Was bedeuten die Umsetzung der EU-HTAR ab Jänner 2025 und die Etablierung des nationalen Bewertungsboards ab September 2024 für die onkologische Versorgung in Österreich?

Änderungen für onkologische Neuzulassungen ab 2025

Ab Jänner 2025 erfolgt die Nutzenbewertung aller neu zugelassenen Onkologika in der EU gemeinsam auf europäischer Ebene (JCA – Joint Clinical Assessment). Nationale Unterschiede im aktuellen Therapiestandard werden berücksichtigt, indem die Mitgliedsländer während des Prozesses die jeweiligen nationalen Anwendungsszenarien für ein neues Medikament (PICO – Population, Innovation, Comparator, Outcome) einmelden. Wenn der Prozess so funktioniert wie geplant, ist zu erwarten, dass die tatsächlichen österreichischen Anwendungsszenarien neuer Onkologika in den JCAs ausreichend abgebildet sind und Österreich mit den JCAs eine objektive Nutzenbewertung als Entscheidungsgrundlage für den Einsatz und die Refundierung neuer Onkologika erhält. Die Entscheidung über die Refundierung wird weiterhin in Österreich getroffen.

Onkologika im nationalen Bewertungsboard

Das Bewertungsboard entwickelt auf Basis von HTAs bundesweite Anwendungsempfehlungen für hochpreisige und spezialisierte Arzneimittel, unabhängig davon, ob es sich um Onkologika handelt, und unabhängig davon, wie lange ein Medikament bereits in Österreich zugelassen oder verfügbar ist. Es ist weder geplant, jedes neu zugelassene onkologische Medikament in Österreich durch das Bewertungsboard zu evaluieren, noch wird das Bewertungsboard ausschließlich Neuzulassungen behandeln. Die Arbeit des Bewertungsboards ist seit Herbst 2024 im Aufbau und wird zunächst hochpreisige Medikamente für seltene Indikationen betreffen.

Nachdem viele hochpreisige Neuentwicklungen in den Bereich der Onkologika fallen und dem Board aufgrund der EU-HTAR die Erstellung eines eigenen HTA erspart wird, ist anzunehmen, dass hämato-onkologische Neuzulassungen von einer Bewertung durch das nationale Bewertungsboard oftmals erfasst sein werden. Auch die vorgesehenen Preisverhandlungen mit den Herstellern neuer Medikamente werden helfen, Transparenz und Fairness im System zu erhöhen.

Die Rolle der OeGHO

Die Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO) unterstützt eine transparente, zeitnahe und methodisch nachvollziehbare Diskussion über den Nutzen von neuen Onkologika. Genauso wie eine Verzögerung des Zugangs zu Innovation Lebenszeit kostet, führt der Einsatz von wenig wirksamen Therapien zu Nebenwirkungen bei Patient:innen und gleichzeitig zu volkswirtschaftlichem Schaden. Daneben ist klar, dass viele aktuelle Entwicklungen unsere Gesellschaft vor finanzielle Herausforderungen stellen, sodass die Allokation knapper finanzieller Mittel – sei es für Medikamente, Pflege, Kinderbetreuung, Integration etc. – immer ein Abwägungsprozess ist, den Gesellschaften möglichst transparent und offen führen sollten. Die OeGHO sieht es in diesem Prozess als ihre Aufgabe, fachlicher Ansprechpartner für Behörden und Entscheidungsträger:innen im Board zu sein, um basierend auf wissenschaftlich fundierten Daten und unter Berücksichtigung der klinischen Praxis in Österreich faktenbasierte, ausgewogene und nachvollziehbare Entscheidungen hinsichtlich des Einsatzes medikamentöser Innovationen sicherzustellen.

ziert und sind in den darauffolgenden nationalen Entscheidungsprozessen verpflichtend zu berücksichtigen. Wesentlich ist, dass das JCA lediglich den therapeutischen Zusatznutzen eines neuen Medikaments, nicht aber dessen Wirtschaftlichkeit (die basierend auf den Preisverhandlungen in den einzelnen Mitgliedsstaaten variieren kann) oder andere nicht-klinische Faktoren beschreibt.

In Österreich werden Entscheidungen über die Refundierung von Medikamenten an unterschiedlichen Stellen getroffen (für den niedergelassenen Bereich im Dachverband der Sozialversicherungen und zu Spitalsmedikamenten dezentral in den regionalen Krankenanstalten[verbänden]). Daher ergibt sich ein erheblicher Koordinierungsaufwand, um in den Gremien auf EU-Ebene (z.B. HTAR Coordination Group) mit einer Stimme zu sprechen und gleichzeitig alle Bedarfe der österreichischen Kostenträger zu berücksichtigen sowie die Verwendung der JCA in den entsprechenden österreichischen Entscheidungsprozessen sicherzustellen.

Etablierung eines nationalen Bewertungsboards

Unter anderem angestoßen durch die HTA-Verordnung, sieht die aktuelle Fassung des österreichischen Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) daher die Etablierung eines nationalen Bewertungsboards für ausgewählte hochpreisige und spezialisierte Arzneispezialitäten im intramuralen Bereich bzw. an der Nahtstelle zwischen intra- und extramuralem Bereich vor. Das inkludiert auch Onkologika. Das Bewertungs-

Nationales Bewertungsboard in Österreich: Einheitliche Entscheidungen zu Arzneimittelbewertungen als Basis für Preisverhandlungen und Patientenversorgung.

board, dessen Geschäftsstelle beim zuständigen Bundesministerium eingerichtet ist, dient der Aufbereitung von bundesweiten Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung und für die Unterstützung von Preisverhandlungen dieser Medikamente. Auch hierfür ist

entsprechend dem Gesetz auf Health Technology Assessments, die den medizinisch-therapeutischen Zusatznutzen im Vergleich zu Behandlungsalternativen, aber auch nicht-klinische Aspekte (z.B. organisatorische Begleitmaßnahmen bei der Implementierung eines neuen Arzneimittels, Kosteneffektivität, Budgetfolgen) darstellen, zurückzugreifen. Eine Geschäftsordnung wurde im Juni 2024 beschlossen. Seit Herbst 2024 werden nach einer Pilotierung ausgewählte Medikamente kontinuierlich im Rahmen des Bewertungsboards evaluiert.

Basis für Preisverhandlungen und Anwendungsempfehlungen

Es ergibt sich von selbst, dass die europäische HTA-Verordnung und die Aufgaben rund um das Bewertungsboard zu verschränken sind. Liegt zu einem Arzneimittel, das im Bewertungsboard behandelt wird, ein JCA vor, dann ist dieses – angereichert mit österreichischen Kontextinformationen etwa zur Anzahl betroffener Patient:innen oder zu notwendigen organisatorischen Vorkehrungen – die Basis für Preisverhandlungen und Anwendungsempfehlungen in Österreich. Liegt kein JCA vor, wird ein separates HTA für Österreich erstellt, das die JCA-Methoden anwendet. Die neu aufgebaute Struktur des Bewertungsboards dient zudem dazu, Informationen, die europäische Assessors aus den Mitgliedsstaaten benötigen, rasch einzuholen und zu koordinieren.

Durch die zentrale Durchführung der Nutzenbewertung auf europäischer Ebene sollen nicht nur Redundanzen in Europa bei der Nutzenbewertung neuer Medikamente der Vergangenheit angehören, sondern es soll auch ein europaweit hoher Qualitätsstandard aller Assessments gewährleistet werden. Zusätzlich sollen ein rascher Zugang sowie die Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit echter Innovationen unterstützt werden.

Ausbau Palliative Care und Hospizversorgung

Palliativmedizin und Hospizarbeit stehen für die bestmögliche Versorgung und Begleitung unheilbar kranker und sterbender Menschen. Seit mehr als zwei Jahrzehnten werden ambulante und stationäre Angebote in Österreich schrittweise auf- und ausgebaut. Im März 2022 wurde das Hospiz- und Palliativfondsgesetz (HosPalFG) von Nationalrat und Bundesrat beschlossen, um den flächendeckenden Auf- und Ausbau einer spezialisierten und qualitativ hochwertigen Hospiz- und Palliativversorgung sicherzustellen.

Der Hospiz- und Palliativfonds trat rückwirkend mit 1. Jänner 2022 in Kraft. Danach wurden zweckgebundene Fördermittel des Bundes an die Länder ausgeschüttet. Der Fonds war mit € 108 Mio. dotiert, wobei für das Jahr 2022 € 21 Mio., für das Jahr 2023 € 36 Mio. und für das Jahr 2024 € 51 Mio. an Bundesmitteln vorgesehen waren. Diese Zuschüsse sind als Drittelfinanzierung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern gedacht und dem Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung zweckgewidmet. Ab 2025 soll der Betrag jährlich nach einem festgelegten Schlüssel erhöht werden. Die Mittel sind speziell für jene Bereiche vorgesehen, die nicht bereits über die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) finanziert werden (Palliativstationen), sondern für den Einsatz in mobilen Palliativteams, Palliativkonsiliardiens-ten, Hospizteams, Tageshospizen sowie stationären Hospizen für Kinder und Erwachsene.

Anfrage der Krebshilfe an die Bundesländer

In einem Schreiben an alle Gesundheitslandesrät:innen der neun österreichischen Bundesländer bat die Österreichische Krebshilfe im April 2024 um Auskunft, wofür die spezifisch für den Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung vorgesehenen € 108 Mio. in den Bundesländern jeweils verwendet wurden. Sechs Bundesländer-Beauf-

tragte reagierten auf das Anliegen, wobei die Angaben zur Mittelverwendung teilweise nur allgemein gehalten waren. Im Folgenden werden die vorliegenden Rückmeldungen zusammengefasst.

➔ Rückmeldung Burgenland

Stationäre Versorgung:

Aufgrund der steigenden Nachfrage ist ein Ausbau des stationären Hospizes in Oberpullendorf geplant.

Ambulante Versorgung:

Seit 2022 sind in Eisenstadt und Güssing zwei mobile Palliativteams im Einsatz, zusätzlich arbeiten drei mobile Hospizteams an der Koordination mit dem Ziel, in jedem Bezirk ein Team zu etablieren. Gespräche zur Optimierung der Versorgung laufen und die Aus- und Weiterbildung wird aktiv vorangetrieben, wobei die Einrichtungen schrittweise zertifiziert werden.

Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung: Verbesserte Betreuung und spezialisierte Angebote für Menschen in ihrer letzten Lebensphase.

➔ Rückmeldung Kärnten

Stationäre Versorgung:

Die Palliativversorgung umfasst in Kärnten Palliativbetten für Erwachsene in den Kliniken Klagenfurt, Villach und Sankt Veit a.d. Glan sowie für Kinder im Klinikum Klagenfurt. Die Kapazitäten liegen über den im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) geforderten. Im Februar 2024 wird eine neue Hospizstation mit zehn Betten in einem Pflegeheim in Treffen bei Villach eröffnet, zusätzliche Hospizbetten sind in Planung.

Ambulante Versorgung:

Die mobile Palliativversorgung ist an den Standorten Klagenfurt, Villach und Sankt Veit etabliert und erfüllt die gesetzlichen Qualitätskriterien. Derzeit betreuen 29 mobile Hospizteams mit 307 ehrenamtlichen Begleiter:innen Personen im häuslichen Umfeld, unterstützt durch hauptamtliche Koordinator:innen. Für Kinder und Jugendliche werden



© AIPERA, HTGanzö – stock.adobe.com

Qualitätsgesicherter Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung; Schrittweise Verbesserung für die Betreuung schwerkranker Menschen in Österreich.

spezielle mobile Palliativteams von den Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde organisiert. Zudem werden Mitarbeitende von Pflegeheimen und mobilen

Diensten kontinuierlich in Hospiz- und Palliative Care geschult.

Die Finanzierung der Palliativstrukturen erfolgt ausschließlich

durch den Kärntner Gesundheitsfonds (*Dieser wird durch das Land, die Sozialversicherung, Bund und Gemeinden finanziert; Anm.*).

➔ **Rückmeldung Niederösterreich**
Stationäre Versorgung:

Im Erwachsenenbereich gibt es in Niederösterreich sieben Palliativstationen für Erwachsene – mit einer weiteren Station, die für 2025 geplant ist – sowie drei

pädiatrische Palliativbetten. Außerdem gibt es stationäre Hospize mit insgesamt 78 Betten sowie ein Tageshospiz mit vier Betten und einem Kinder-Hospizbett.

Ambulante Versorgung:

In Niederösterreich arbeiten 23 Palliativteams und 32 Hospizteams. Für die pädiatrische Versorgung stehen vier mobile Palliativteams bereit, ergänzt durch ein Hospizteam an zwei Standorten. Diese Angebote werden von 20 Trägern, darunter Caritas, Rotes Kreuz, Johanniter und die Niederösterreichische Landesgesundheitsagentur, bereitgestellt. Ein Ausbauplan befindet sich derzeit in Bearbeitung.

➔ **Rückmeldung Oberösterreich**

Der Ausbau der Angebote ist bereits sehr weit fortgeschritten und in den kommenden drei bis vier Jahren wird

ein Vollausbau aller Bereiche gemäß den bestehenden Planungsrichtwerten angestrebt. Die Umsetzung wird von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) überwacht, die die Einhaltung der Qualitätskriterien und Planungsrichtwerte evaluiert.

➔ **Rückmeldung Tirol**

Stationäre Versorgung:

Stationäre Hospizbetten sind derzeit in Planung. Der Bedarfsrichtwert für Tageshospizplätze in Tirol liegt bei zwölf Plätzen. Im Hospizhaus Hall wurden bereits sechs Plätze etabliert, weitere sechs Plätze sind in Planung.

Ambulante Versorgung:

Seit 2019 gibt es flächendeckende mobile Palliativteams (MPT) in jedem Bezirk Tirols. Diese Teams sind fest etabliert und arbeiten teilweise in Verbindung mit Palliativkonsiliardiensten (PKD) in allen Tiroler Akutkrankenhäusern; ein Ausbau ist geplant. Es bestehen zusätzlich 23 ehrenamtliche Hospizgruppen, die von hauptamtlichen Hospizkoordinator:innen bei der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft geführt werden. Das Projekt „Hospizkultur und Palliative Care in Pflegeheimen“ läuft seit 2015 und wird fortgesetzt, mit vielen Heimen auf der Warteliste. Im Herbst 2023 startete das Projekt „HPC Mobil“ in der mobilen Pflege, mit Beteiligung aus vier Regionen Tirols. Das Kinder-Palliativteam kidsMOBILtirol arbeitet in ganz Tirol eng mit ehrenamtlichen Teams zusammen.

➔ **Rückmeldung Vorarlberg**

Stationäre Versorgung:

Das stationäre „Hospiz am See“ in Brengenz verfügt über zehn Plätze. Der Bedarf für Tageshospize wird derzeit geprüft. Eine eigene Struktur für stationäre Kinderhospize ist momentan nicht geplant, jedoch wird eine temporäre Umwidmung von Betten auf Pädiatrieabteilungen erwogen.

Ambulante Versorgung:

Vorarlberg verfügt über ein mobiles Palliativteam für Erwachsene (unterstützt durch das LKH Hohenems) sowie ein mobiles Kinder-Palliativteam.

Zusammenfassung

Insgesamt erhielt die Krebshilfe auf ihre Anfrage nach der Verwendung der seit 2022 ausgeschütteten € 108 Mio. für den Palliativ- und Hospizausbau eine Rückmeldung aus sechs Bundesländern. Die rückgemeldeten Informationen lassen keinen Rückschluss auf die genaue Verwendung der Mittel zu.

Dennoch waren die Rückmeldungen aufschlussreich, denn sie beschreiben den Stand der Palliativ- und Hospizlandschaft über weite Teile Österreichs, machen auf zahlreiche aktuelle und geplante Initiativen aufmerksam und zeigen deutlich, dass der Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich weiter voranschreitet. Dieser kontinuierliche Ausbau zeigt das klare Bekenntnis Österreichs zu einer umfassenden und qualitativ hochwertigen Versorgung unheilbar kranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase.

Was das HosPalFG und die Verwendung der damit einhergehenden Mittel betrifft, so wurde die Gesundheit Österreich GmbH vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz mit Arbeiten zur Umsetzung und Evaluierung beauftragt. Seit 2022 umfasst dies die Erarbeitung von Qualitätskriterien, die Festlegung des Auf- und Ausbaus von spezialisierten Hospiz- und Palliativangeboten, die Definition von Parametern für Tarife, die Konzeption der Planungsunterlage sowie die Entwicklung der Hospiz- und Palliativdatenbank. Der Krebsreport wird 2025 über den aktuellen Stand dieser Arbeiten berichten.

Was bisher erreicht wurde

Etablierung des Berufsbildes „Cancer Nurse“ in der hämato-onkologischen Pflege



© Monkey Business, NDABCREACTIVITY, CArours/peoppleimages.com - stock.adobe.com

Im Jahr 2022 haben die AHOP (Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen) und die OeGHO (Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie) die Initiative „Cancer Nurse“ gestartet, um das international erfolgreich angewandte Konzept auch in Österreich umzusetzen. In einer breiten Allianz anerkannter Expert:innen aus der Pflege, der Medizin, der Österreichischen Krebshilfe und weiteren Stakeholdern wurde ein Positionspapier zur Etablierung der Cancer Nurse im Juni 2023 im Rahmen einer Pressekonferenz veröffentlicht.

Status quo

Entgegen der aktuellen gesetzlichen Grundlage für Gesundheits- und Krankenpflege und der derzeitigen Situation in der Praxis besteht unter Expert:innen Einigkeit hinsichtlich der Relevanz der Etablierung von Fachkarrieren in der Pflege.

Nach einer Grundausbildung zum/zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:in (DGKP) gilt die Praxiserfahrung als erster wichtiger Schritt, um sich später fachlich zu vertiefen. Im Bereich der Cancer Nurse bedeutet dies, in einem Setting der onkologischen oder hämatologischen Pflege tätig zu sein. Die allgemeine Empfehlung zur Dauer der praktischen Tätigkeit bezieht sich dabei auf mindestens zwei Jahre aktive berufliche Tätigkeit in einem Fachbereich, bevor eine zusätzliche Weiterbildung bzw. ein Studium als Spezialisierung zur Cancer Nurse erfolgen soll.

Die Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (Juli 2024) ermöglicht die Erweiterung der bisher bekannten Spezialisierungen um die der Cancer Nurse. Ein wichtiger Schritt in Richtung Etablierung der Cancer Nurse in Österreich ist hiermit vom Gesetzgeber getan.

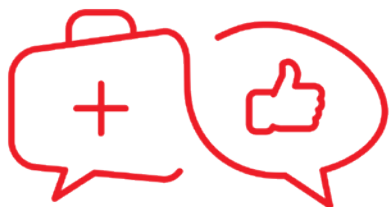
Wie geht es weiter?

AHOP & OeGHO erachten nun nachfolgende Schritte als notwendig, um die Spezialisierung „Cancer Nurse“ in Österreich zu vereinheitlichen und gleichzeitig zu etablieren:

1. Übersetzung des europäischen Rahmencurriculums (EONS Education Framework, 2022) für die Ausbildung zur Cancer Nurse auf Deutsch; dazu gehört auch die Anpassung der Inhalte an die österreichischen Gegebenheiten bzw. deren Ergänzung (bspw. Breast Care Nursing oder onkologische Kinder- und Jugendlichenpflege). Weiters muss ein Qualifikationsprofil für die Aufnahme der Cancer Nurse als Spezialisierung im § 17 GuKG erstellt werden.
2. Gespräche mit Ausbildungsinstitutionen (Fachhochschulen), um bei der Umsetzung bzw. Etablierung eines akademischen Lehrgangs zur Cancer Nurse zu unterstützen bzw. beratend zur Verfügung zu stehen.
3. Austausch und Gespräche mit Pflegedirektor:innen bzw. Krankenhausbetreibern, um die Rolle der Cancer Nurse sowie entsprechende Etablierungswege bekannt zu machen und eine Befürwortung zur Umsetzung der empfohlenen Fachkarriere einzuholen.

Internationale Daten zeigen, dass Patient:innen in unterschiedlichen Phasen ihrer Erkrankung sowie auf mehreren Ebenen von der pflegerischen Versorgung durch Cancer Nurses profitieren. Daher werden die AHOP und die OeGHO weiter intensiv daran arbeiten, dieses Konzept auch in Österreich in die klinische Praxis zu bringen.

Daniela Haselmayer, Harald Titzer



**Gute Gespräche
bringen allen was**

Patientenzentrierte Gesprächsführung in der Onkologie trainieren

Die Gesprächsführung zwischen Angehörigen der Gesundheitsberufe und Patient:innen stellt ein zentrales klinisches Werkzeug dar und ihre Qualität kann Gesundheitsoutcomes, Patientenzufriedenheit¹⁻³ sowie die Patientensicherheit⁴ verbessern. Es ist bekannt, dass klinische Erfahrung nicht zwingend zu einer Steigerung kommunikativer Kompetenzen bei Gesundheitsberufen führt. Im Gegenteil: Ohne Auffrischung gehen diese Kompetenzen im beruflichen Alltag bald wieder verloren, auch wenn sie in der Ausbildung erlernt wurden. Studien zu Kommunikationstrainings in der Onkologie zeigen, dass diese patientenzentriertes und -unterstützendes Verhalten in der Gesprächsführung von Angehörigen der Gesundheitsberufe nachhaltig verbessern^{2, 3, 5-11}, zu einer Veränderung ihrer Haltung und Einstellung führen^{3, 6, 9, 11} und die Selbstsicherheit im Umgang mit schwierigen Situationen erhöhen.^{2, 3, 5, 8, 10}

Daher wurde im Rahmen des Nationalen Krebsrahmenprogramms und in Umsetzung der bundesweiten Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung¹² ein Curriculum für ein Kommunikationstraining für Gesundheitsberufe in der Onkologie auf Basis einer Bedarfserhebung entwickelt. Das Curriculum basiert auf einem in internationaler

Kooperation entwickelten Qualitätsstandard¹³ und wird von zertifizierten Trainer:innen des bundesweiten Trainer:innen-Netzwerks der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK)* in Zusammenarbeit mit ausgebildeten Schauspielpatient:innen umgesetzt. Das Curriculum wurde pilotiert und wurde seit 2022 in insgesamt 18 Einrichtungen und mit 160 Teilnehmer:innen, teilweise gefördert aus Mitteln des Krebsrahmenprogramms und der Agenda Gesundheitsförderung, umgesetzt.

Zehn Pilottrainings wurden im Hinblick auf die Zufriedenheit der Teilnehmer:innen und die selbst eingeschätzten Lernerfolge evaluiert. Insgesamt beteiligten sich 67 Personen an der Evaluation, wovon ca. 75% Frauen und 25% Männer waren. Der größte Anteil an Befragungsteilnehmenden bestand aus Ärztinnen und Ärzten (54%), 19,4% kamen aus der Gesundheits- und Krankenpflege und weitere 11,9% aus dem Bereich der medizinisch-technischen Dienste. Die restlichen Teilnehmer:innen gaben als beruflichen Hintergrund Psychologin bzw. Psychologe (7,5%), Studierende:r (4,5%), oder sonstiges (1,5%) an bzw. machten hierzu keine Angabe (1,5%).

Patientenzentrierte Gespräche in der Onkologie: Mehr Kompetenz für bessere Gesundheitsoutcomes und Zufriedenheit.

Stimmen der Teilnehmer:innen zum Training:

„Dieses Seminar sollte allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unseres Hauses ermöglicht werden!“

„Ausgezeichnet aufgebauter Kurs, insbesondere im Hinblick auf Themengebiete/Inhalte, klinische Relevanz und Art der Ausführung/Organisation.“

„Wird definitiv weiterempfohlen!“

Weitere Stimmen zum Kommunikationstraining für Gesundheitsberufe nach ÖPGK-tEACH-Standard finden Sie unter:



Download Folder:



Weitere Infos zum Programm „Gute Gespräche bringen allen was“:



Die Zufriedenheit der Teilnehmer:innen mit den Trainings war sehr hoch: Sie bewerteten die Kommunikationstrainings insgesamt mit der Schulnote „sehr gut“ ($M^{**} = 1,1$; $SD^{***} = 0,3$). Die Befragten schätzten ihre Kompetenzen nach dem Kommunikationstraining in fast allen abgefragten Bereichen im Durchschnitt signifikant höher ein als retrospektiv vor Beginn des Trainings und es wurden durchgängig starke Lerneffekte ($|d|^{****} \geq \pm 0,8$) identifiziert.¹⁴

Marlene Sator, Benjamin Kölldorfer

* <https://oepgk.at/schwerpunkte/gute-gespraechsqualitaet-im-gesundheitssystem/oepgk-trainernetzwerk/>

** Arithmetisches Mittel

*** Standardabweichung

**** Cohen's d (Maß der Effektstärke: $|d| \geq 0,2 =$ klein, $|d| \geq 0,5 =$ mittel und $|d| \geq 0,8 =$ groß)

¹ Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology* 2012; 21:1255–64

² Back AL, Fromme EK, Meier DE. Training clinicians with communication skills needed to match medical treatments to patient values. *Journal of the American Geriatrics Society* 2019; 67(52):441

³ Bos-van den Hoek DW, Visser LN, Brown RF, Smets EM, Henselmans I. Communication skills training for healthcare professionals in oncology over the past decade: a systematic review of reviews. *Current opinion in supportive and palliative care*. 2019; 13(1):33–45

⁴ Chen AM, Garcia J, Granchi PJ, Johnson J, Eisele DW. Late recurrence from salivary gland cancer: When does „cure“ mean cure? *Cancer* 2008; 112(2):340–44

⁵ Moore PM, Rivera S, Bravo-Soto GA, Olivares C, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. DOI: 10.1002/14651858.CD003751.pub4 2018; 1465–858

⁶ Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2002; 359(9307):650–56

⁷ Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Solis-Trapala I. Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow up. *British Journal of Cancer* 2003; 89:1445–49

⁸ Kaye EC, Cannone D, Snaman JM, Baker JN, Spraker-Perlman H. The state of the science for communication training in pediatric oncology: a systematic review. *Pediatric Blood & Cancer* 2020; 67(10):e28607

⁹ Feraco AM, Brand SR, Mack JW, Kesselheim JC, Block SD, Wolfe J. Communication skills training in pediatric oncology: moving beyond role modeling. *Pediatric Blood & Cancer* 2016; 63(6):966–72

¹⁰ Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC et al. Communication skills training for oncology professionals. *Journal of Clinical Oncology* 2012; 30(11):1242

¹¹ Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology* 2011; 22(5):1030–40

¹² BMGF: Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung – Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien, 2016

¹³ ÖPGK-Trainernetzwerk und tEACH: Kommunikations-trainings für Gesundheitsberufe – Anerkennungskriterien für Trainings und Trainer:innen/Trainer nach ÖPGK-tEACH-Standard. ZSG Projektarbeiten 2019, Beilage zu Projekt 4.2.1. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK). Wien, 2019

¹⁴ Kölldorfer B, Sator M: Evaluationsbericht: Kommunikationstrainings in der Onkologie 2022/23. Kennzahlen – Zufriedenheit – Lerneffekte. Wien, 2023

Fachgesellschaften



**ÖSTERREICHISCHER
KREBSREPORT**

Eine Initiative der Österreichischen Krebshilfe
und der Österreichischen Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie



Personal, Spezialisierung, Versorgungsqualität

Berichtsjahr 2024

österreichischer Fachgesellschaften

Die fachgesellschaftliche Diskussion im Jahr 2024 verdeutlicht die zentrale Rolle einer zukunftssicheren Versorgung in der Onkologie. Drei zentrale Fragen – zur Personalsituation, zum Verhältnis von Pensionierungen zu Nachwuchs sowie zur Sicherstellung der Spezialisierung – spiegeln die gemeinsamen Herausforderungen trotz fachspezifischer Unterschiede wider.

Personalsituation und Nachwuchs: Quer durch die Fachbereiche zeigt sich ein ähnliches Bild: Der Mangel an Fach- und Assistenzärzt:innen ist weitverbreitet und wird sich durch pensionsbedingte Abgänge in den kommenden Jahren weiter verstärken. Initiativen zur Attraktivierung der Ausbildungsstätten und innovativen Nachwuchsförderung – wie etwa Young Groups oder spezifische Summer Schools – gewinnen zunehmend an Bedeutung. Es gibt fachspezifische Unterschiede, aber es besteht Konsens darüber, dass nur durch gezielte Maßnahmen in Ausbildung und Arbeitsklima dem drohenden Versorgungsengpass entgegengewirkt werden kann.

Herausforderungen der Spezialisierung: Die Bedeutung hoch qualifizierter Spezialisierungen wird betont. Während viele Fachgesellschaften die Spezialisierung als notwendiges Element zur Qualitätssicherung sehen, mahnen sie gleichzeitig eine flächendeckende Verfügbarkeit ein. Die Bündelung von Expertise in Zentren (z.B. Brustgesundheitszentren oder nuklearmedizinische Einrichtungen) gewährleistet hohe Versorgungsqualität, birgt aber das Risiko regionaler Versorgungslücken. Insbesondere die Telepathologie sowie digitale Technologien können als Chance und Herausforderung gleichermaßen betrachtet werden.

Einigkeit trotz Vielfalt: Trotz der Unterschiede in spezifischen Bereichen eint die Fachgesellschaften ein gemeinsames Ziel: die Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Versorgung durch innovative Strategien, interdisziplinäre Zusammenarbeit und gezielte Nachwuchsarbeit. Dies kann durch koordinierte Maßnahmen im Gesundheitswesen gelingen, die von Politik, Bildungsinstitutionen und Fachgesellschaften gemeinsam entwickelt werden.

	<p style="text-align: center;">Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO)</p>	<p style="text-align: center;">Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)</p>
<p style="text-align: center;">Optimale Patientenversorgung ist personalintensiv: Gibt es in Ihrem Fachbereich ausreichend Fachärzt:innen und Assistenzärzt:innen?</p>	<p>Die aktuelle Anzahl an Fach- und Assistenzärzt:innen ist für die derzeitige Versorgungssituation ausreichend und die Aufgaben sind unter dem Arbeitszeitgesetz erfüllbar. Die OeGHO hat aber bereits in der „Future-Demands-Studie“ einen Bedarf an zusätzlichen Ausbildungsstellen aufgezeigt. In den kommenden Jahren könnte eine Unterbesetzung drohen. Gegenmaßnahmen sind die verstärkte Rekrutierung junger Akademiker:innen, die Attraktivierung des Fachgebiets, Initiativen wie YHOGA (Young Hematologists and Oncologists Group Austria) sowie die Unterstützung durch spezialisierte Cancer Nurses.</p>	<p>Es muss zwischen onkologischer Chirurgie und dem Fach Viszeral- und Thoraxchirurgie unterschieden werden. Ein Facharzt / eine Fachärztin für chirurgische Onkologie konnte in Europa bisher nicht etabliert werden. Der Nachwuchsmangel in chirurgischen Disziplinen besteht seit über 20 Jahren und ist multifaktoriell, von der Studierendenauswahl bis hin zu Karrierechancen. Große Kliniken haben je nach Standort noch Zulauf, periphere Krankenanstalten kämpfen jedoch mit Personalengpässen. In Österreich wird die Versorgung außerhalb des Zentralraums zusehends schwieriger, weshalb gezielte Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung peripherer Standorte notwendig sind.</p>
<p style="text-align: center;">Können Sie abschätzen, wie das Verhältnis beruflich aktiver Ärzt:innen in Relation zu anstehenden Pensionierungen ist? Sind personelle Lücken zu erwarten bzw. wie kritisch sehen Sie die Personalentwicklung für die nächsten 10 Jahre?</p>	<p>In der „Future-Demands-Studie“ sind solche Entwicklungen bereits berücksichtigt. Dabei wird einerseits deutlich, dass sich eine Lücke ergeben könnte. Andererseits sind die Herausforderungen der Zukunft im Besonderen aber in der epidemiologischen Entwicklung und durch die Zunahme der Fallzahlen begründet.</p>	<p>Die Personalentwicklung wird vermutlich einen Rückgang an Weiterbildungsassistent:innen in der Chirurgie bringen. In Österreich gibt es derzeit ca. 2.020 Fachärzt:innen und 260 Ausbildungsassistent:innen für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Die demografische Entwicklung weist auf eine Überlastung der Versorgungsstrukturen in Kliniken hin, mit dadurch längeren OP-Wartezeiten. Nötig ist eine abgestufte Versorgung, wobei komplexe Fälle in Zentren behandelt werden. Rotationsprinzipien zwischen Kliniken sind erforderlich, um eine gesamtchirurgische Ausbildung der Assistent:innen zu gewährleisten.</p>
<p style="text-align: center;">In allen Fächern ist eine Spezialisierung der Mitarbeiter:innen notwendig: Können in Ihrem Fachbereich die notwendigen Spezialisierungen nachhaltig über ganz Österreich angeboten werden oder besteht die Gefahr, dass es – z.B. durch das Fehlen von Karriereoptionen im Krankenhaus – in manchen Spezialisierungen zu einem Versorgungsmangel kommen könnte?</p>	<p>Die Versorgungsstruktur in der Hämatologie und medizinischen Onkologie ist in einem dreistufigen Modell im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) geregelt. Durch die sehr gute Kooperation aller Versorgungsanbieter ist nicht von einem Mangel in der Versorgung auszugehen. Karriereoptionen werden mit hoher Durchlässigkeit angeboten, hier sind auch Kooperationen zwischen den einzelnen Ausbildungsstätten realisiert und bereits gelebte Praxis.</p>	<p>Spezialisierungen in den Kliniken müssen weiter gebündelt werden. Dies würde gerade auch im Bereich der onkologischen Chirurgie bedeuten, dass es für spezielle Tumorentitäten und Operationen Spezialzentren gibt. Die Anzahl dieser Spezialkliniken hängt natürlich von der Inzidenz der jeweiligen Erkrankung ab. Aus meiner Sicht wären für die Versorgung von großen onkologischen Eingriffen wenige Zentren in Österreich ausreichend. Ein Austausch der Ausbildungsassistent:innen zwischen den Häusern zur Generierung einer kompletten und komplexen Ausbildung wäre dann notwendig.</p>

	<p style="text-align: center;">Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie – Austria (AGO Austria der OEGGG)</p>	<p style="text-align: center;">Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie (AGPHO)</p>
<p style="text-align: center;">Optimale Patientenversorgung ist personalintensiv: Gibt es in Ihrem Fachbereich ausreichend Fachärzt:innen und Assistenzärzt:innen?</p>	<p>So wie in vielen anderen Fachbereichen zeigt sich auch in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe ein Mangel an Fachärzt:innen und Assistenzärzt:innen. Das Ausmaß wird sehr stark durch das Arbeitsumfeld beeinflusst: In Ballungszentren, an Standorten mit einer medizinischen Universität sowie an Standorten mit einer bekannt guten Facharztzubereitung bzw. gutem Arbeitsklima können Stellen nach wie vor ausreichend nachbesetzt werden. An Standorten, die diese Vorteile nicht aufweisen, mangelt es bereits jetzt an entsprechendem Personal.</p>	<p>In der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie gibt es in Österreich zwar einen Mangel an Fachärzt:innen, jedoch keinen an Assistenzärzt:innen, die das Modul im Rahmen der Pädiatrie-Ausbildung und die weitere Spezialisierung als Zusatzqualifikation absolvieren möchten. Dafür muss das Arbeitsumfeld attraktiv sein (gefordert: Krankenhausträger, Universitäten und Leitungspersonen), um ausgebildete Ärzt:innen für die Subspezialisierung im Spital zu halten. Zudem erfordert das komplexe Patientenmanagement ausreichend fachärztliches und nicht-ärztliches Personal (u.a. Administration, Pflege).</p>
<p style="text-align: center;">Können Sie abschätzen, wie das Verhältnis beruflich aktiver Ärzt:innen in Relation zu anstehenden Pensionie- rungen ist? Sind personelle Lücken zu erwarten bzw. wie kritisch sehen Sie die Personalentwicklung für die nächsten 10 Jahre?</p>	<p>Durch die Pensionierungen der „Baby-boomer-Generation“ in den nächsten fünf bis zehn Jahren entsteht je nach Abteilungsstruktur ein Personalmangel von 20–40%. Dies stellt uns vor die Herausforderung, Personal nachzusetzen und die Expertise an die nächsten Generationen weiterzugeben und auszubauen. Die Reduktion der Wochenarbeitszeit macht zudem eine hochwertige, effiziente Ausbildung essenziell. Dies erfordert ein Umdenken in den oft traditionellen Ausbildungsstrukturen, etwa durch Simulationstrainings für Notfälle, seltene klinische Szenarien und operative Ausbildungen als integralen Bestandteil.</p>	<p>Derzeit besteht aufgrund des Mangels an Fachärzt:innen sowie der rezent erfolgten bzw. anstehenden Pensionierungen sicher ein Missverhältnis zwischen beruflich aktiven Ärzt:innen und Pensionierungen. Dies führt zu einem kumulativen Verlust an Wissen und Expertise. Dennoch bleibt zu hoffen, dass mit der Finalisierung der Ausbildung der derzeitigen Assistenzärzt:innen die Lücke geschlossen werden kann, die momentan nur mit größtem, teils sehr persönlichem Einsatz zu kompensieren ist.</p>
<p style="text-align: center;">In allen Fächern ist eine Spezialisierung der Mit- arbeiter:innen notwendig: Können in Ihrem Fachbereich die notwen- digen Spezialisierungen nachhaltig über ganz Österreich angeboten werden oder besteht die Gefahr, dass es – z.B. durch das Fehlen von Karriereop- tionen im Krankenhaus – in manchen Spezialisierungen zu einem Versorgungs- mangel kommen könnte?</p>	<p>Spezialisierungen sind meiner Meinung nach die einzige Möglichkeit, höchste fachliche Expertise in einem bestimmten Fachbereich bei zunehmender Arbeitszeitverkürzung zu erlangen und zu gewährleisten. Das wird durch den internationalen Vergleich mit Ländern mit einer hohen Fachkompetenz vielfach belegt. Daher ist es der OEGGG und der AGO bereits seit vielen Jahren ein dringendes und nachhaltiges Anliegen, die entsprechenden Spezialisierungen so schnell wie möglich umzusetzen.</p>	<p>Die Spezialisierung in pädiatrischer Hämatologie und Onkologie erfolgt nur am St. Anna Kinderspital und an den Universitätskliniken. Karriereoptionen bestehen, jedoch beeinträchtigt der Mangel an spezialisierten Fachärzt:innen die Ausbildung. Vor allem das Engagement der Teams sichert die Versorgung. Zudem besteht berechtigte Hoffnung, dass eine neue Generation talentierter Fachärzt:innen mit den richtigen Karriereoptionen und Arbeitsbedingungen dies weiterhin auf höchstem Niveau umsetzen wird. Vernetzung ermöglicht derzeit eine exzellente Versorgung und innovative Therapien, erfordert langfristig jedoch gesundheitspolitische Unterstützung.</p>

<p>Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV)</p>	<p>Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH)</p>	<p>Österreichische Gesellschaft für Nuklearmedizin und Theranostik (OGNT)</p>
<p>Aktuell ja, allerdings ist die Situation an einzelnen Abteilungen durch Pensionierungen in den letzten Jahren schwieriger geworden.</p>	<p>Derzeit schließen etwa 25–30 Ärzt:innen pro Jahr die Ausbildung im Sonderfach Gastroenterologie und Hepatologie ab. Das IHS hat den Status quo der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung in Österreich erhoben. Das aktuelle Versorgungsangebot zeichnet sich regional durch eine große Heterogenität aus. Unterschiede zeigen sich zwischen urbanen Räumen und Peripherie, aber auch im Vergleich der Bundesländer. Hinsichtlich der Assistenzärzt:innen sehen wir insgesamt einen Rückgang der Bewerber:innen und beginnend an einzelnen Standorten einen Mangel. Urbane Regionen und universitäre Zentren sind weniger vom Mangel betroffen. Die ÖGGH versucht hier gezielt mit Nachwuchsförderung gegenzusteuern.</p>	<p>Die Nuklearmedizin wandelt sich seit zehn Jahren von einem diagnostischen zu einem diagnostisch-therapeutischen Fach, zusammengefasst als „Theranostik“. In der onkologischen PET/CT-Bildgebung steigt die Zahl der Untersuchungen jährlich um 5–10%. Fortschritte in PET/CT- und SPECT/CT-Technologien verkürzen die Aufnahmezeiten und erhöhen die Untersuchungsfrequenz. Die fachliche Erweiterung sowie die demografische Entwicklung (Alterung der Bevölkerung und Zunahme von Krebserkrankungen) schaffen trotz KI-Einsatz einen zusätzlichen Bedarf an Fach- und Assistenzärzt:innen in der Nuklearmedizin.</p>
<p>Der erste Teil der Frage ist nicht konkret zu beantworten, dazu fehlt in unserem speziellen Bereich die Datengrundlage. Das gilt auch für den zweiten Teil der Frage: Auch hier ist aufgrund fehlender Daten eine exakte Antwort nicht möglich.</p>	<p>Die IHS-Studie prognostiziert ein düsteres Bild für die Nachbesetzung pensionierter Kolleg:innen. Mit einer steigenden Nachfrage an gastroenterologischen Leistungen und der fehlenden Nachbesetzung der Pensionierungen zeigen die Modelle ein wachsendes Defizit, sowohl bei angestellten Ärzt:innen als auch im niedergelassenen Bereich. Der wachsende Frauenanteil in der Gastroenterologie ist eine positive Entwicklung, jedoch stellen Teilzeitbeschäftigungen eine zusätzliche Herausforderung dar. Die Umsetzung des KA-AZG im intramuralen Bereich und der Nachwuchsmangel verschärfen die Lage weiter, was versorgungsrelevante Lücken erwarten lässt und Gegenmaßnahmen erfordert.</p>	<p>Die Nuklearmedizin steht vor einem Generationswechsel: In 5–10 Jahren gehen 10–20% der Fachärzt:innen in Pension. Da nuklearmedizinische Leistungen extramural kaum erstatet werden, erfolgen > 95% der Diagnostik und Therapie intramural, weshalb die meisten Fachärzt:innen in Krankenhäusern tätig sind. Von 64 Ausbildungsstellen (2023) sind nur 29 besetzt, da Spitäler oft nicht angemessen dotieren. Der großteils ambulante Betrieb ohne Nachtdienste und mit freien Wochenenden macht unser Fach besonders für Ärzt:innen mit betreuungspflichtigen Kindern attraktiv. Ohne Personalaufstockung drohen jedoch Engpässe und Versorgungseinschränkungen.</p>
<p>Aktuell können die Spezialisierungen in allen großen Häusern angeboten werden und sind als Module auch in der Ausbildung entsprechend abgebildet.</p>	<p>Die Gastroenterologie und Hepatologie ist ein breites, bedeutendes Fach für Vorsorge, Diagnostik und Therapie mit rasanten Entwicklungen und zunehmender Subspezialisierung. Die ÖGGH bietet daher zahlreiche Hands-on-Kurse z.B. in der Endoskopie und Fortbildungen in allen Teilgebieten an. Aktuell besteht eine regionale Heterogenität bei spezialisierten gastroenterologischen Leistungen und das Fachgebiet ist nicht im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) abgebildet. Die ÖGGH hat daher ein integriertes abgestuftes Versorgungsmodell mit Vorsorgemaßnahmen entwickelt, um eine strukturierte Versorgung mit Spezialisierungen sicherzustellen. Die Schaffung von zusätzlichen Karriereoptionen im Krankenhaus würde der Versorgungssicherheit hinsichtlich spezialisierter Leistungen dienen.</p>	<p>Durch die rasante Entwicklung in der nuklearmedizinischen Diagnostik und onkologischen Radioligandentherapie mit Alpha- und Betastrahlern ist eine erhöhte Nachfrage nach nuklearmedizinischen Leistungen zu erwarten, die zum Teil auch ambulant angeboten werden könnten. Dies erfordert den Ausbau intramural wie auch der nuklearmedizinischen Institute im extramuralen Bereich, inklusive Verträgen zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen, wie sie etwa in Deutschland existieren. Eine Verhandlung des von der OGNT seit 2020 vorgelegten Leistungskatalogs durch Ärztekammer und Hauptverband würde regionalen Versorgungsmängeln vorbeugen.</p>

	<p style="text-align: center;">Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)</p>	<p style="text-align: center;">Österreichische Gesellschaft für Klinische Pathologie und Molekularpathologie (ÖGPath/IAP Austria)</p>
<p>Optimale Patientenversorgung ist personalintensiv: Gibt es in Ihrem Fachbereich ausreichend Fachärzt:innen und Assistenzärzt:innen?</p>	<p>Aufgrund der Änderung in der Ausbildung – Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit Pneumologie – ist die Besetzung von Ausbildungsstellen österreichweit derzeit zufriedenstellend. Es gab sicherlich eine gewisse Attraktivierung insbesondere für Ärzt:innen, die bereits eine allgemein-internistische Ausbildung haben und nun einen ergänzenden pneumologischen Schwerpunkt setzen wollen. Schwieriger scheint die Situation jedoch bezüglich pneumologischer Pflegekräfte zu sein. Immer wieder müssen aufgrund Personalmangels Betten an pneumologischen Abteilungen vorübergehend gesperrt oder reduziert werden.</p>	<p>Hier muss deutlich differenziert werden: Die Nachfrage junger Kolleg:innen nach Ausbildungsplätzen in der klinischen Pathologie und Molekularpathologie ist überraschend stark. Das Fach ist also deutlich interessanter geworden. Demgegenüber führen Teilzeitbeschäftigungen, fehlende Homeoffice-Optionen (digitale Pathologie steckt im Bereich der Krankenanstalten in Österreich im Unterschied zu Privatunternehmen noch in den Kinderschuhen), vor allem aber die Bezahlung (fehlende Nachtdienste!) dazu, dass viele nach der Grundausbildung von privaten Unternehmen abgeworben werden.</p>
<p>Können Sie abschätzen, wie das Verhältnis beruflich aktiver Ärzt:innen in Relation zu anstehenden Pensionierungen ist? Sind personelle Lücken zu erwarten bzw. wie kritisch sehen Sie die Personalentwicklung für die nächsten 10 Jahre?</p>	<p>Derzeit gibt es ausreichend pneumologischen Nachwuchs in der Klinik, wobei manche Ausbildungsstätten beliebter sind. Im Burgenland beispielsweise fehlt eine eigenständige pneumologische Fachabteilung. Auch im niedergelassenen Bereich gibt es nur wenige vakante Kassenplanstellen – gerade in Wien fand kürzlich ein „Generationenwechsel“ statt. Dennoch stellen „offene“ Kassenplanstellen eine Herausforderung dar, da sie nicht nur die Patient:innen belasten, sondern auch die Abwanderung von Fachärzt:innen aus der Klinik begünstigen. Große personelle Lücken sind in den nächsten Jahren jedoch nicht zu erwarten.</p>	<p>Wie oben ausgeführt, ist aufgrund der starken Fluktuationen eine Abschätzung der Personalsituation in zehn Jahren absolut unmöglich. Eines ist jedoch sicher: Wenn in diesem Fach nicht massiv neue Anreize (z.B. Befundung zu Hause durch digitale Pathologie, Unterstützung des Arbeitsablaufs durch neue Softwareprodukte, künstliche Intelligenz für einfache Aufgaben wie z.B. das Auszählen von angefärbten Zellen) angeboten werden können, so ist mit einer weiteren Verschärfung der personellen Situation zu rechnen.</p>
<p>In allen Fächern ist eine Spezialisierung der Mitarbeiter:innen notwendig: Können in Ihrem Fachbereich die notwendigen Spezialisierungen nachhaltig über ganz Österreich angeboten werden oder besteht die Gefahr, dass es – z.B. durch das Fehlen von Karriereoptionen im Krankenhaus – in manchen Spezialisierungen zu einem Versorgungsmangel kommen könnte?</p>	<p>Die Versorgung von Lungenkrebspatient:innen an pneumologischen Abteilungen ist österreichweit gut gegeben. So gibt es beispielsweise vier pneumologische Fachabteilungen, die als Lungenkrebszentren zertifiziert sind. Auch der Einschluss von Patient:innen in onkologische Studien ist in ganz Österreich möglich. Die Organisation von Tumorboards ist aber sehr heterogen und an regionale Gepflogenheiten angepasst (z.B. Verfügbarkeit von Radioonkologie und/oder Thoraxchirurgie). Auch virtuell abgehaltene Tumorboards erleichtern die flächendeckende interdisziplinäre Besprechung von Lungenkrebspatient:innen.</p>	<p>Die Spezialisierung in unserem Fach erfolgt überwiegend an universitären Einrichtungen und durch internationale Fortbildungen. Ein Versorgungsmangel könnte durch unzureichende Ausstattung peripherer Institute entstehen. Kritisch sind intraoperative Schnellschnittuntersuchungen. Die öfter forcierte „Telepathologie“ ist zu hinterfragen. Die Untersuchung von Operationsmaterial und die Bestimmung der Resektionsränder sind laut Ausbildungsordnung nur Fachärzt:innen der klinischen Pathologie und Molekularpathologie erlaubt. Die Kontrolle von Resektionsrändern durch Chirurg:innen selbst sehe ich kritisch und erachte eine Missachtung der Ausbildungsordnungen als kurzsichtig.</p>

<p>Österreichische Gesellschaft für Radioonkologie (ÖGRO)</p>	<p>Österreichische Gesellschaft für Senologie (ÖGS)</p>	<p>Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)</p>
<p>Ein Mangel an Fach- und Ausbildungsärzt:innen besteht seit Jahren und hat zur Anerkennung als Mangelfach durch die ÖÄK geführt. Die ÖGRO hat daher ihre Bemühungen zur Stärkung der Personalressourcen und Nachwuchsgewinnung intensiviert. Nach Abschluss eines „Corporate Identity“-Projekts mit Reputationsanalyse der Fachgesellschaft und der Berufsbilder in der Radioonkologie zeigen die daraus abgeleiteten Maßnahmen (Stärkung der Young ÖGRO, Öffentlichkeitsarbeit, mehr Präsenz in der studentischen Lehre und 2024 die „Summer School Radioonkologie“) messbare Erfolge.</p>	<p>Die Österreichische Gesellschaft für Senologie (ÖGS) ist eine interdisziplinäre Fachgesellschaft und daher mit den verschiedenen Herausforderungen der Disziplinen konfrontiert: Während lokalthérapeutische Bereiche wie Chirurgie, Gynäkologie und Strahlentherapie halbwegs abgesichert sind, zeigt sich eine Unterversorgung in der medizinischen Onkologie. Eklatant ist der Personalmangel in der Diagnostik (Radiologie, Pathologie), was oft den Therapiebeginn verzögert. Die Einführung von KI wird vorangetrieben, dürfte aber erst in einigen Jahren spürbare Verbesserungen bringen.</p>	<p>Die Palliativmedizin ist ein Querschnittsfach mit Bezug zu allen klinischen Bereichen, in denen schwer kranke und sterbende Patient:innen betreut werden. Praktisch alle klinisch tätigen Kolleg:innen sind in palliative Betreuungssituationen eingebunden. Seit der Neuordnung des Ärzteausbildungsgesetzes können sich Ärzt:innen nach der Facharztausbildung in Palliativmedizin spezialisieren (18 Monate). Zudem besteht die Möglichkeit eines Ärztekammer-Diploms oder eines Universitätslehrgangs. Der Palliativlehrgang der Österreichischen Palliativgesellschaft ist gut gebucht und für 2024/2025 bereits ausgebucht.</p>
<p>Das Verhältnis aktiver Ärzt:innen zu bevorstehenden Pensionierungen weist auf einen relativen Fachärztemangel in den kommenden Jahren hin. Um die Lücken zu schließen, müssten mehr Ausbildungsärzt:innen zugelassen werden, als es die aktuellen Stellenpläne bzw. Ausbildungsgenehmigungen erlauben. Der Bedarf an radioonkologischer Versorgung wird bis 2035 kontinuierlich steigen. Dieses Problem betrifft alle europäischen Länder, jedoch ist das Ausgangsniveau an technischen und personellen Ressourcen in der österreichischen Radioonkologie niedriger als in vielen Nachbarländern.</p>	<p>Auch im Bereich der diagnostischen und klinischen Brustkrebbsversorgung ist mit einer starken Pensionierungswelle zu rechnen, die den bereits bestehenden Personalmangel verstärken wird und eine adäquate Versorgung zusätzlich gefährdet. Onkologie und somit auch Brustkrebbsversorgung erfolgt hauptsächlich im stationären Bereich und zentrumsbasiert, weswegen die deutlich wahrnehmbare Abwanderungstendenz vor allem der jüngeren Generation in den niedergelassenen Bereich dies noch verschärfen wird. Hier ist die Politik dringend gefordert, um die bereits stattgefundenen Versorgungsqualitätsminderungen zu stoppen.</p>	<p>Im extramuralen Bereich zeigt sich bei Allgemeinmediziner:innen großes Interesse an Palliative Care, was die hohen Teilnehmerzahlen des Palliativlehrgangs der Österreichischen Palliativgesellschaft belegen. Auf Palliativstationen, in mobilen Palliativteams und Hospizen zeigt sich ein kritisches Bild: Die geburtenstarken Jahrgänge gehen in Pension, Stellenausschreibungen bleiben oft unbeantwortet. Zudem erfordert die Spezialisierung in Palliative Care hohen persönlichen Einsatz und Resilienz, bietet jedoch im Vergleich zu anderen Professionen nur begrenzte Veränderungs- und Zuverdienstmöglichkeiten.</p>
<p>Sofern der erwartbare Mangel an Fachärzt:innen in den nächsten Jahren nicht abgefangen wird, sind Einschränkungen bei der Patientenversorgung zu erwarten. Nicht nur in Form von Wartezeiten, sondern – mangels Personal- und Zeiteressourcen – dann auch von potenziell fehlenden Möglichkeiten für spezialisierte Qualifikationen. Nachhaltig und sinnvoll für die Radioonkologie in Österreich wäre eine Stärkung der Karriereoptionen im Krankenhaus, um die erreichte hohe Qualität einer onkologischen Zentrumsmedizin aufrechtzuerhalten.</p>	<p>Da im interdisziplinären Setting der ÖGS, die ja eine einzige, wenn auch die häufigste Tumorentität der Frau zum Thema hat, eine weitere Subspezialisierung nicht sinnvoll ist, trifft die Fragestellung nicht wirklich zu. Im Sinne einer nachhaltigen, qualitativ hochwertigen Versorgung aller Brustkrebbspatient:innen ist es aber auch sinnvoll und notwendig, die seit 2016 durch EU-gesetzliche Vorgaben etablierten und bestehenden Brustgesundheitszentren weiter zu stärken – mit Ressourcen, vor allem aber personell –, um die Versorgungsqualität weiter sicherzustellen bzw. wieder auf den höchsten Stand zu bringen.</p>	<p>Versorgungsmangel im spezialisierten Palliativbereich droht jedenfalls. In Deutschland (83 Mio. Einwohner) werden pro 1 Mio. Einwohner 100 Hospiz- und Palliativbetten gefordert. In Österreich (9 Mio. Einwohner) gibt es (Stand 2021) nur 351 Palliativ- und 129 Hospizbetten (Quelle: hospiz.at). Fachkräfte sollen breit ausgebildet sein, Palliative Care im Alltag anwenden und Patient:innen frühzeitig beraten. Spezialisierte Palliative Care bleibt somit gezielten Situationen vorbehalten. Dennoch besteht Bedarf an spezialisierten Palliativteams und Einrichtungen (Spezialisierungsstätten). Geweckt werden soll zudem Begeisterung für das Fach.</p>

Autorenverzeichnis

Univ.-Prof. Priv.-Doz. OA Dr. Andishe **Attarbaschi**, stellvertreter der ärztlichen Direktorin (Co-Direktor), St. Anna Kinderspital, Wien

Univ.-Prof. Dr. Richard **Crevenna**, MBA, MMSc, Vorstand der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin, MedUni Wien

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Christina **Dietscher**, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Dr.ⁱⁿ Karin **Eglau**, MPH, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Leiterin IQWiG

Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang **Eisterer**, Abteilungsvorstand für Innere Medizin und Hämatologie und internistische Onkologie, Klinikum Klagenfurt

Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus **Emmanuel**, FACS, Universitätsklinik für Chirurgie der PMU, Uniklinikum Salzburg

Konrad **Friedrich**, Comprehensive Cancer Center (CCC) Vienna

Mag.^a Barbara **Fröschl**, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Prim. Univ.-Prof. Mag. Dr. Michael **Gabriel**, Vorstand Institut für Nuklearmedizin und Endokrinologie, Kepler Universitätsklinikum GmbH, Linz

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Ute **Ganswindt**, Direktorin Universitätsklinik für Strahlentherapie-Radioonkologie, Med Uni Innsbruck

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Christoph **Grimm**, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, MedUni Wien

Mag.^a Dr.ⁱⁿ scient. med. Monika **Hackl**, Bundesanstalt Statistik Österreich

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang **Hilbe**, Past President der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie

Prim. Univ.-Prof. Dr. Harald **Hofer**, Vorstand und stv. ärztlicher Direktor, Abteilung für Innere Medizin I, Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH

Ao. Univ.-Prof. Dr. Christoph **Höller**, Universitätsklinik für Dermatologie, MedUni Wien

Dr.ⁱⁿ Eva **Hörtl**, Erste Bank der oesterreichischen Sparkassen AG, Gesundheitszentrum

Mag.^a Silke **Horcicka**, Comprehensive Cancer Center (CCC) Vienna

Mag.^a Karin **Isak**, Österreichische Krebshilfe

Melani **Janjic**, BA, MSc, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Gerhard **Kahlhammer**, Redaktion MedMedia Verlag

Doris **Kiefhaber**, Geschäftsführerin Österreichische Krebshilfe

Benjamin **Kölldorfer**, Bakk. phil., MA., Health Expert, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Mag.^a Martina **Löwe**, Geschäftsführerin Österreichische Krebshilfe

Dr. Lovro **Markovic**, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Univ.-Prof.ⁱⁿ DDR.ⁱⁿ Eva Katharina **Masel**, MSc, Klinische Abteilung für Palliativmedizin, MedUni Wien

Univ.-Prof. Dr. Michael **Micksche**, Vorstandsmitglied der Österreichischen Krebshilfe

Prim. Dr. Alexander **Nader**, MSc, Institut für Pathologie und Mikrobiologie, Hanusch-Krankenhaus, Wien

Mag.^a Elisabeth **Potzmann**, Präsidentin des ÖGKV

Johannes **Rauch**, Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Marlene **Sator**, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Kerstin **Schütze**, MBA, ÖGK, Österreichisches Brustkrebs-Früherkennungsprogramm

Dr. Wolfgang **Seebacher**, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Univ.-Prof. Dr. Paul **Sevelda**, Präsident der Österreichischen Krebshilfe

Nicole **Siller**, Beziehungcoach und Sexualtherapeutin

OA Dr. Ralph **Simanek**, MSc, Gesundheitszentrum Floridsdorf der ÖGK, Wien

Univ.-Prof. Dr. Günther **Steger**, Klinische Abteilung für Onkologie, Universitätsklinik für Innere Medizin I, MedUni Wien

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin **Strasser-Weippl**, Medizinische Leiterin, OeGHO

DGKP Harald **Titzer**, BSc, MSc, Präsident der AHOP

Dr. Florian **Trauner**, MSc, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Walter **Voitl-Bliem**, Geschäftsführer Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie

OÄ Dr.ⁱⁿ Romana **Wass**, Klinik für Lungenheilkunde/Pneumologie, Kepler Universitätsklinikum, Linz

Univ.-Doz. Dr. Ansgar **Weltermann**, Zentrum für Tumorerkrankungen, Ordensklinikum Linz

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ phil. Claudia **Wild**, Geschäftsführung HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH

Univ.-Prof. Dr. Ewald **Wöll**, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie

Dr.ⁱⁿ rer. soc. oec. Ingrid **Zechmeister-Koss**, MA, stellvertretende Institutsleitung, HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH





© DigitalCenetics – stock.adobe.com



ÖSTERREICHISCHE
KREBSHILFE

OeGHO

Oesterreichische Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie