

15.

PRAEVENIRE

Initiative

Onkologie 2030



IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber: Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung; Präsident: Dr. Hans Jörg Schelling; E-Mail: umsetzen@praevenire.at; www.praevenire.at | Projektdurchführung: PERI Change GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Tel.: 01/402 13 41-0, Fax: 01/402 13 41-18 | Projektleiter: Bernhard Hattinger, BA, b.hattinger@perichange.at | Projektteam: Damir Bilali, Kathrin Unterholzner
Redaktion: Mag. Beate Krapfenbauer (Leitung), Prof. Dr. Reinhard Riedl, Katrin Martinkovich | Gestaltung und Produktion: Welldone Werbung und PR GmbH, Grafik: Andrea Zimmer, Illustration Umschlag: Josefine Fuchs | Lektorat: Lisa Türk, BA | Fotocredit: Peter Provaznik, Flo Hanatschek | Druck: Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG, Stockerau | 1. Auflage: 500 Stück | www.praevenire.at

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Aussagen geben die Meinung der Kooperationspartner, Unterstützer und Experten wieder. Die in den Texten verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber oft nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen. Trotz sorgfältiger Manuskriptbearbeitung und Lektorat können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Es kann daher infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht, übernommen werden.

Redaktionsschluss: 15.04.2022

© 2022 PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030



SAVE THE DATE



**8. PRAEVENIRE
Gesundheitstage**

im Stift Seitenstetten

**24.—26.
MAI 2023**

15. PRAEVENIRE Initiative Onkologie 2030

» Prävention – Präzision – Pathway «

15.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✔ **Präventionsprojekte für Raucherinnen und Raucher** evaluieren und optimieren!
- ✔ **Harm Reduction** als Therapieansatz bei Nikotinentzug bzw. als Ansatz zur Substitution anerkennen und anwenden!
- ✔ **Krebserkrankten ab Diagnose eine Begleitung und Betreuung** zur Seite stellen!
- ✔ **Tumorboards** standardisieren!
- ✔ **Ein nationales Krebsregister** etablieren!
- ✔ **Psychische Probleme** bei chronischer Krebserkrankung als Krankheitsbild anerkennen!

15.2 IM FOKUS

Die Onkologie steht aufgrund des demographischen Wandels und der damit einhergehenden steigenden Inzidenzraten bei Krebserkrankungen (jährliche Steigerung von zwei Prozent) vor großen Herausforderungen – insbesondere hinsichtlich der Finanzierung innovativer Therapien und des Zugangs zur Spitzenmedizin. Beispielsweise zählt Dickdarmkrebs (Kolonkarzinom) zu den häufigsten und gefährlichsten Krebserkrankungen. Jedes Jahr verzeichnet Österreich 4.500 Neuerkrankungen, 2.700 Menschen sterben jährlich an dieser Krebsart. Besonders relevant ist zudem, dass in Österreich bei Frauen Brustkrebs (Mammakarzinom) als häufigster maligner Tumor (rund 5.570 Neuerkrankungen jährlich) und vorrangige Krebs-Todesursache gilt. Deshalb sind Präventionsmaßnahmen, Vorsorgeprogramme und frühe Diagnose in der Onkologie besonders bedeutend.

Die an der PRAEVENIRE Initiative Onkologie 2030 teilnehmenden Expertinnen und Experten haben in zahlreichen PRAEVENIRE Gipfelgesprächen ihre für die Onkologie wichtigsten und dringlichsten Standpunkte und Forderungen aus ihrer jeweiligen Fachperspektive dargelegt und diskutiert. Im Zuge der Fortsetzung der Arbeit am PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ als Teil der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 wird dem Thema ein separates Kapitel gewidmet, um Brisanz und Relevanz zu verdeutlichen.

Darüber hinaus haben sich in den Diskursen die Idee und Notwendigkeit einer Modell-Konzeption für die Anwendung respektive Finanzierung hochinnovativer Krebstherapien und für das Vorantreiben des National Cancer Plans¹ in Österreich herauskristallisiert.

¹ vgl. <http://epaac.eu/national-cancer-plans>

15.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um Österreich in der **Krebsvorsorge** und bei den **Outcomes** bzw. in der onkologischen **Präzisionsmedizin** und in der Scientific Community zu einer Spitzenposition zu führen, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **Optimierungsprogramme** mit konkreten Handlungsempfehlungen.

I. Prävention und Vorsorge

Krebs verhindern ist die kostengünstigste und effizienteste Maßnahme.

1. Besonders wichtig ist die innovative und frühe **Diagnostik** (Prostatakrebs, PSA-Test, Dünnschichtzytologie, LBC etc.). Bereits im Zuge von Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsmaßnahmen muss verstärkt ein Zugang zu frühzeitiger und modernster Diagnostik für Patientinnen und Patienten möglich sein.
2. Nicht erst die Pandemie hat gezeigt, wie wichtig **Routinekontrollen für die Krebsfrüherkennung** sind. Beispielsweise wären 90 Prozent der Todesfälle bei Darmkrebskrankung bei konsequenter Inanspruchnahme von Koloskopien vermeidbar. Bei den Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen und der Brustkrebsvorsorge war der Rückgang der Kontrollen durch die COVID-19-Pandemie besorgniserregend. Auch im Hinblick auf andere Vorsorgeuntersuchungen gestaltete sich die Situation sehr ähnlich. Es ist daher essenziell, die **bestehenden Vorsorgeprogramme zu intensivieren und zu verbessern**. Beispielgebend sind das Vorarlberger Darmvorsorgeprojekt und das Projekt der NÖ Landesgesundheitsagentur, das für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Darmkrebsvorsorgeuntersuchung (FIT-Test und Koloskopie bei positivem Ergebnis) anbietet.
3. In allen Bereichen der Vorsorge- und Früherkennungsmedizin könnte ein **Gesundheitspass mit Erinnerungssystematik** dafür sorgen, dass möglichst viele Menschen vom Nutzen der Vorsorgeprogramme profitieren.
4. Das Thema **Rauchen** steht unmittelbar mit Krebsprävention in Verbindung. Vorstellbar ist, eine Modell-

region zu definieren, in der gezielte und mit Expertinnen und Experten ausgearbeitete Maßnahmen zu Harm Reduction (auch betr. Alkohol- und Drogensucht oder lebensstilbezogener ungesunder Ernährung und Bewegungsmangel) gesetzt werden. Ist die Modellregion erfolgreich, könnte das dort gesetzte Maßnahmenbündel bundesweit ausgerollt werden.

II. Präzisionsonkologie und Pathway

Jeder Tumor ist einzigartig und daher individuell behandelbar.

1. Dank **präzisionsonkologischer Therapien** ist es möglich, Krebs zu einer beherrschbaren chronischen Erkrankung zu machen, sodass Betroffene ihren Alltag in guter Lebensqualität verbringen können. Für Patientinnen und Patienten sind sowohl **Zugang zu als auch Kosten für Therapien bundesweit höchst unterschiedlich**. „Patiententourismus“ ist häufig die Folge. Entsprechende Pilotprojekte, die unter Begleitung von Qualitätsmanagement und Kostenkontrolle für unbürokratische und verkürzte Zugangswege zu innovativer Präzisionsonkologie sorgen, sollten in einzelnen Regionen, Bundesländern oder Gebietskörperschaften gestartet werden. Ziel sollte sein, die genannten Unterschiede mittel- und langfristige zu harmonisieren.
2. Die **Patientenversorgung muss strukturiert und transparent** sein: Einerseits sind für Diagnosestellung, Therapieentscheidung sowie die Nachbehandlung Spezialzentren zu etablieren, in denen die Heterogenität und das Know-how aller für die Onkologie relevanten Disziplinen gebündelt vertreten sind. Die laufende Versorgung (z. B. Chemotherapie) könnte wohnortnahe im Spital, gegebenenfalls mit hausärztlicher Betreuung, in Primärversorgungszentren und künftig sogar „im Wohnzimmer der Patientinnen und der Patienten“ erfolgen. Für den **Patientenweg** ist ein **Cancer Case Management** ab der Diagnose bereitzustellen.
3. Es bedarf einer klaren **Aufgabendefinition für die zentrale und dezentrale Versorgung**. Dieser

Pathway (Patientenpfad) muss so gesteuert werden, dass nicht die Routineversorgung bei der Spezialistin, beim Spezialisten erfolgt oder komplexe Fälle „in der Peripherie“ auf der Strecke bleiben. Für solch hochwertige (und hochpreisige!) Gesundheitsthemen muss der Föderalismus eingeschränkt werden – im Vordergrund der Patientenversorgung soll immer die Qualität stehen.

4. Für die laufende Betreuung sollten spezialisierte Cancer Nurses (wie die bereits etablierten Breast Care Nurses) **flächendeckend** eingesetzt werden.
5. Eine kurzfristige und einfache Möglichkeit der Zugangserleichterung zu Therapien könnte im Zuge des **Abbaus oder der vorübergehenden Aussetzung der Bewilligungspflicht für präzisions-onkologische Therapien** erfolgen. Insbesondere dann, wenn Therapien leitlinienkonform über Tumorboards, Zentren oder Fachgesellschaften verschrieben werden, sollten Bewilligungen entfallen. Das bringt zwei Vorteile: Erstens wird für die Patientin, den Patienten die Zeitspanne zwischen Medikamentenverschreibung und tatsächlicher Ersteinnahme kurzgehalten. Zweitens wird der organisatorische und zeitliche Aufwand für Ärztinnen und Ärzte geringgehalten, was wiederum der Patientenbetreuung zugutekommt. Das einfachste Modell in Richtung Bürokratieabbau und Zugangserleichterung basiert darauf, die von der EMA für die Onkologie zugelassenen Therapien zur Verschreibung generell freizugeben.
6. Voraussetzung für die einheitliche Finanzierung der onkologischen Versorgung (von Prävention über Diagnostik bis hin zu Therapie und Rehabilitation) ist eine **bundesweit einheitliche Finanzierungsstrategie**. Der Behandlungspfad könnte somit unabhängig von Finanzierungsstrategien (Eintopf-, Zweiotopfstrategie) oder Krebsart durchgehend gewährleistet sein.

III. Spitzenmedizin und Exzellenzzentren

Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit basieren auf medizinischer Spezialisierung.

1. Der **Forschungsförderung** zur Entwicklung neuer, innovativer Therapien muss mehr Gewicht gegeben werden. Die Coronapandemie hat die Wertigkeit von Innovation und medizinischer Forschung gezeigt.

2. Die **Halbwertszeit des Wissens** ist insbesondere in der Onkologie extrem kurz. Dies bedingt ein spezielles **Expertentum** und spricht für den Ausbau der **Zentrumsmedizin**. Die Vorteile liegen in der konzentrierten Versorgungsmöglichkeit durch Spezialistinnen und Spezialisten, in der Möglichkeit personalisierter medizinischer Betreuung und in der Verfügbarkeit modernster Infrastruktur. In puncto Finanzierung ist zu erwarten, dass eine bundesländerübergreifende strukturierte Versorgung für das Gesundheitssystem insgesamt kostengünstiger ausfallen würde.
3. Für die onkologische Wissenschaft sind **Forschungszentren** zu schaffen, in denen Exzellenz jenen Raum für Entfaltung und interdisziplinäre Vernetzung erhält, der im Hinblick auf Innovationen notwendig ist.
4. Eine **Standardisierung von Tumorboards** (mit medizinisch-onkologischen und chirurgisch-onkologischen Spezialistinnen und Spezialisten) könnte die Grundlage für eine gezielte Begleitung (s. o. Pathway) sein. Exemplarisch kann das Landesklinikum Wiener Neustadt (NÖ LGA) genannt werden, wo jede Patientin oder jeder Patient mit Indikation, Therapie u. a. Indikatoren datentechnisch erfasst ist und die Qualität der Versorgung auch mittels Ampelsystem bewertet wird. Auf Basis der Tumorboard-Daten könnten die Patientinnen und Patienten je nach Krebsidentifikation, -verlauf etc. bei Bedarf oder zur Einholung einer Zweitmeinung an die jeweils **zuständigen Exzellenzzentren** verwiesen werden. Eine Standardisierung erlaubt letztlich den Vergleich und die Analyse im Hinblick auf die Effektivität und anschließende Evaluierung bzw. Optimierung von Therapien.

IV. Daten und Register

Digitale Transformation für Transparenz und Vereinfachung.

1. Im Hinblick auf die **Datengenerierung** für Register oder Tumorboards braucht es dringend eine **Standardisierung** der Dateneingabe und Datenpflege. Dahingehend sind entsprechende finanzielle und personelle Ressourcen zu berücksichtigen. Die notwendigen Fachkräfte sind durch den Ausbau entsprechender Ausbildungsplätze für neue Berufe (z. B. Dokumentationsassistenten) oder durch die Ergänzung bestehender Curricula mit neuen Fächern auszubilden.

1. Der **Ausbau (virtueller) Tumorboards** als Basis interdisziplinärer Therapieempfehlungen ist voranzutreiben, um die individuell bestmögliche Behandlung für Patientinnen und Patienten flächendeckend zu ermöglichen.
2. Bei der **Digitalisierung** von Abläufen für Bewilligung und Verrechnung zwischen Ärztinnen und Ärzten, Versicherungen, Trägergesellschaften etc. ist dort anzusetzen, wo sie in der Praxis tatsächlich **Vereinfachung und Transparenz** bringt. Eine persönliche Ansprechpartnerin oder ein persönlicher Ansprechpartner muss für ärztliche Rückfragen (z. B. Ablehnung, Bewilligung) zur Verfügung stehen. Ansonsten wird der Patientenzugang zu teureren, innovativen Therapien zur Behandlung seltener Erkrankungen eher erschwert als erleichtert.
3. Der in der Präzisionsonkologie hohe Wissensfortschritt bringt ein **hohes Maß an Informationsbedarf** mit sich. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner stehen oftmals gut informierten Patientinnen und Patienten gegenüber. Zusätzlich zu dem aus dem Web oder aus Sozialen Netzen stammenden Wissen über ihre Erkrankung und den Informationen ihrer behandelnden Onkologin oder ihres behandelnden Onkologen holen Betroffene gerne eine Zweitmeinung von ihrer Vertrauensärztin oder ihrem Vertrauensarzt ein. Um diesen Anfragen gerecht zu werden, wäre eine **digitale Informationsplattform** nützlich, die z. B. eine verifizierte Übersicht zu State-of-the-Art-Therapieoptionen oder neuesten Operationsmethoden gibt.

V. Pilotprojekt und Best-Practice

Finanzierbare Spitzenmedizin für alle Patientinnen und Patienten.

Die Idee des im Zuge der PRAEVENIRE Initiative Onkologie 2030 in Ausarbeitung befindlichen Pilotprojekts beruht darauf, **eine bundesweit einheitliche, zentrumsbasierte onkologische Versorgung** einer ausgewählten Beispielindikation von der Frühdiagnostik über den Therapieweg bis zur Outcome-Evaluierung, Finanzierung und der Aufstellung eines Krebsregisters **neu zu planen**. All das soll unter Einbeziehung aller Stakeholder im Zuge einer Kostenwahrheitsdarstellung geschehen. Ziel des Modellversuches ist es, den medizinischen und gesundheitsökonomischen Nutzen für Beteiligte und mögliche Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner (z. B. Pharmaindustrie) unter Berücksichtigung der Kostenwahrheit neu zu bewerten, einen innovativen Weg praxisnahe zu belegen und zur Etablierung eines Standardmodells für die Krebsversorgung beizutragen. Im Rahmen der PRAEVENIRE Gipfelgespräche in Wien, der PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten, der PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche auf der Schafalm in Alpbach und der PRAEVENIRE Talks in Gastein arbeiteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wichtige Module (Gestaltung des Patientenweges ohne Therapie-Hopping, Finanzierung von innovativer Diagnostik und Präzisionsmedizin, Real World Data für die Forschung etc.) für den Modellversuch aus. Ziel ist es, das Modell im besten Fall bundesweit als einheitlichen Standard bzw. als Guideline auszurollen.

Patientenorientierung

Aufgrund der Häufigkeit und der oftmals vordergründig nicht sichtbaren potenziellen Nebenwirkungen von Therapien, besonders von Immuntherapeutika, wäre eine Bereitstellung von **bereichsübergreifenden Informationen**, die für alle (Ärztenschaft, Apothekerschaft, Krankenpflege, Patientenvertretung und Selbsthilfegruppen, Angehörige) zugänglich sind, sinnvoll.

Die **Krankenhauspharmazeutinnen und -pharmazeuten** sind in die Zubereitung von Therapeutika und Behandlung in den onkologischen Abteilungen mit eingebunden. Im klassischen Krankenhaussetting ist es u. a. ihre Aufgabe, die Patientinnen und Patientinnen im Zuge der Therapie zu betreuen. Werden diese entlassen, sind sie meist auf sich alleine gestellt. Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz wurde ein **Pilotprojekt** gestartet, um Patientinnen und Patienten auch in der Zeit nach ihrer Entlassung zu unterstützen. Sie bekommen ein **Informationsblatt** mit, in dem kurz zusammengefasst ist, was passiert, wenn sie z. B. eine Tablette nicht einnehmen. Es wird erklärt, was im Falle von Übelkeit oder Arzneimittelwechselwirkungen zu ist und wie die Kombination oraler Onkologika mit Nahrungsergänzungsmitteln zu Hause zu handhaben ist. Dieses Projekt entstand im Kontext der krankenhauspharmazeutischen Ausbildung. Ein vergleichbares Kompendium erhält die Patientenschaft

des AKH Wien. In einfacher Sprache und handlichem Format ist es möglich, Patientinnen und Patienten auf die Zeit nach der Entlassung vorzubereiten. Das Fortbestehen derartiger erfolgreicher Initiativen ist auch künftig zu gewährleisten.

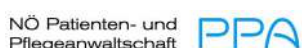
Für Krebspatientinnen und -patienten sind eine **Vermeidung bürokratischer Hürden** und eine Begleitung bei Behördenproblemen (Behindertenausweis, Anerkennung und transparente Kriterien des Behinderungsgrads, Einreichungen für Unterstützung, Beantragung Elternkarenz etc.) wichtig. In diesem Zusammenhang ist die Hilfestellung durch etwa eine **Ombudsperson** anzudenken.

Die **Lücken in puncto finanzieller Unterstützung sind zu schließen**. Aktuell erhält die Patientin bzw. der Patient beispielsweise keine finanzielle Unterstützung im Zuge der Diagnosestellung während der Elternkarenz, wenn die Bezugsdauer für das Kinderbetreuungsgeld zu Ende ist. Auch für die erhöhten Kosten, die im Zusammenhang mit der Krankheit stehen (z. B. Zahnersatz nach Kiefernekrose bei Knochenmetastasen), braucht es bei Bedarf Finanzierungsunterstützung.

Auch die **Anerkennung von psychischen Problemen** bei einer chronischen Krebserkrankung (Ängste etc.) ist dringend notwendig.

ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 15.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Onkologie 2030



15.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzung der ReTecCom

Die Onkologie wird in den kommenden Jahren – jedenfalls bis zum Jahr 2030 – zunehmend durch die Zentralisierung geprägt sein. Die modernen, hochwirksamen und individualisierten Therapien bei Krebs basieren auf komplexen Diagnoseverfahren. Die Verabreichung der Therapien und das Monitoring der Patientinnen und Patienten über lange Zeiträume hinweg benötigen auch regelmäßige Kontrollen in spezialisierten Ambulanzen und im niedergelassenen Bereich. Hier spielt insbesondere die Lufthygiene (man denke nur an SARS-CoV-2 und an andere virale auf dem Luftweg übertragbare Erkrankungen, bakterielle Infektionen und Pilzkrankungen) eine bedeutende Rolle.

Ein Großteil der medikamentösen Therapien bei Krebserkrankungen ist immunologisch wirksam. Chemotherapeutika führen (auch) zu einer **Immunsuppression**. Monoklonale Antikörper und andere Arzneimittel aus dem Bereich der Biotechnologie und Verfahren, wie die CAR-T-Zelltherapie sowie die Immuntherapien zum

Beispiel bei hämatologischen Erkrankungen, können in einer höheren Infektanfälligkeit bei gleichzeitig geringerer körpereigener Abwehrkraft resultieren.

Zur Vermeidung von Infektionen im Krankenhaus, in Ambulanzen und/oder im niedergelassenen Bereich könnten Luft-Desinfektionsanlagen (z. B. unter Anwendung von UV-C) eingesetzt werden. Von unabhängigen Organisationen durchgeführte Messungen zeigen, dass **Geräte zur Verbesserung der Lufthygiene** eine Reduktion der Konzentration von potenziellen Krankheitserregern um 99,9 Prozent erzielen können. Neben viralen Krankheitskeimen und pathogenen Pilzen können auf diese Weise auch für Immungeschwächte besonders gefährliche bakterielle Erreger (Staphylococcus aureus, Clostridium difficile, Escherichia coli, Enterococcus, Pseudomonas aeruginosa etc.) deaktiviert und beseitigt werden. Damit werden die Hygienebedingungen für alle Beteiligten – für Patientinnen und Patienten sowie für das medizinische Personal und Gesundheitsdienstleister – entscheidend verbessert.

EXPERTISE SUMMARY

15. PRAEVENIRE Initiative Onkologie 2030

Management Summaries der PRAEVENIRE Gipfelgespräche

Experteninterview

Quellenverzeichnis

Mitwirkende Expertinnen und Experten

Management Summaries der PRAEVENIRE Gipfelgespräche

115. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH

PRAEVENIRE Initiative Onkologie 2030 mit Schwerpunkt Immunonkologie



WANN

Donnerstag, 25. März 2021 |
15:00–18:00 Uhr



WO

Hybrid-Veranstaltung

VIDEOGRUSSBOTSCHAFT

- Dr. Juliane Bogner-Strauss
Landesrätin für Bildung, Gesellschaft,
Gesundheit und Pflege der Steiermärkischen
Landesregierung

KEYNOTE

„Onkologie 2030 – es gibt nur EINE Exzellenz“

- Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant
Präsident der ABCSG, MedUni Wien

DISKUSSIONSTEILNEHMENDE

(in alphabetischer Reihenfolge)

- Assoz. Prof. Dr. Marija Balic
Klinische Abteilung für Onkologie der
Universitätsklinik für Innere Medizin des LKH-
Univ. Klinikum Graz
- Mag. pharm. Gunda Gittler, aHPH
Leiterin der Anstaltsapothek der Barmherzigen
Brüder Linz
- Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant
Präsident der ABCSG, MedUni Wien
- Prim. Priv.-Doz. Dr. Birgit Grünberger
Abteilungsleiterin für Innere Medizin,
Hämatologie und internistische Onkologie
des Landesklinikums Wiener Neustadt
- OA Dr. Maximilian Hochmaier
Arbeitskreisleiter Pneumologische Onkologie der
Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie
und Klinik Floridsdorf
- Univ.-Prof. Dr. Philipp Jost
Abteilungsleiter klinische Abteilung für Onkologie
am LKH-Univ. Klinikum Graz und Professor für
Onkologie an der Medizinischen Universität Graz
- Prim. Doz. Dr. Hannes Kaufmann
Vorstand 3. Med. Abteilung Zentrum für Onkologie
und Hämatologie an der Klinik Favoriten –
Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Gerald Prager
Klinische Abteilung für Onkologie der
Universitätsklinik für Innere Medizin,
Medizinische Universität Wien
- Dr. Susanne Schöberl
Ärztin in der Niederösterreichischen Patienten-
und Pflegeanwaltschaft

Moderation:
Robert Riedl | PERI GROUP

Ausgangslage

Die Onkologie in Österreich steht aufgrund des demographischen Wandels und der damit einhergehenden steigenden Inzidenzraten bei Krebserkrankungen (jährliche Steigerung von 2 Prozent) vor großen Herausforderungen, insbesondere hinsichtlich der Finanzierung innovativer Therapien und dem Zugang zu Spitzenmedizin.

Immunonkologische Therapien bzw. Krebsimmuntherapien sind mittlerweile seit über 5 Jahren klinischer Alltag. Einerseits gibt es daher beeindruckende wissenschaftliche Daten und Erfahrungen aus der Praxis zu den Outcomes von Immuntherapien und dem Patientennutzen, andererseits ist dieses therapeutische Konzept noch immer ein Innovationsfeld der Forschung; die Hoffnungen auf eine Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten sind groß.

Bei innovativen Therapieformen ist auch die Finanzierungsfrage eine zentrale Dimension: die Rolle von objektiver Outcome-Orientierung in der Bewertung von Therapien, eine breitere gesundheitsökonomische Einordnung der Kosten und Benefits auf gesellschaftlicher Ebene, die Frage nach der Rolle von „Real-World-Data“ zur Beurteilung, die Einbeziehung von Patient Reported Outcomes (PROs) sowie die Frage nach den erwartbaren weiteren Innovationen (Horizon Scanning) sind wiederkehrende Punkte.

Die Versorgung wie auch die Therapiefinanzierung der rund 360.000 Krebspatientinnen und -patienten ist innerhalb Österreichs nicht einheitlich, weil sie von Wohnort und Spitalträgern abhängig ist. Für Patientinnen und Patienten existieren teils einschneidende regionale Unterschiede in der Bewilligung innovativer Therapien. Ziel eines solidarischen und finanzierbaren Gesundheitssystems ist jedoch die Chancengleichheit für den Zugang zur für den individuellen Fall medizinisch besten Gesundheitsversorgung.

Im Rahmen des PRAEVENIRE Gipfelgesprächs diskutierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem Blickwinkel ihres jeweiligen Fachgebiets über die wichtigsten Themen, die es weiterzuentwickeln gilt. Diskussionsleitende Fragen waren dabei:

- Was ist der Nutzen der Immunonkologika für Patienten und System und welcher Fortschritt ist für die kommenden Jahre zu erwarten?
- Wie kann sichergestellt werden, dass Patienten österreichweit, einheitlich, rasch und zuverlässig die jeweils medizinisch bestgeeignete Therapie erhalten?
- Welche praktischen Prozessoptimierungsvorschläge für das österreichische Setting am Beispiel von Immuntherapien in der Onkologie gibt es zur Erreichung dieses Ziels?
- Modell „zentrale Therapieentscheidung und dezentrale Therapieanwendung“ in Österreich: Pro und Contra Was ist die beste Lösung für die Patientinnen und Patienten?

- Welche Möglichkeiten würde ein „Nationaler Krebsplan“ – ganz im Sinne des European Cancer Plan – zur medizinischen und ökonomischen Evaluierung neuer Therapieformen leisten können?
- Wie notwendig ist eine zentrale (datenschutzgerechte aber individuell nach vollziehbare) Erfassung von Krebserkrankungen und -therapien?

In seiner Keynote stellte Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant fest, dass bereits eine hohe Interdisziplinarität innerhalb der onkologisch relevanten Bereiche vorhanden ist. Die Entwicklung sollte weiter zu einer Interprofessionalität geführt werden. Zudem ist ein stärkeres Zusammenwirken der Stakeholder aus Wissenschaft und Forschung, Medizin, Gesundheitspolitik, Industrie, der Patientenvertreter und der Österreichischen Krankenversicherungsträger in der Sicherstellung von State-of-the Art-Versorgung in der Onkologie eine Forderung. Die Bedeutung der Krebsforschung für das österreichische System sollte bewusst gemacht und nicht unterschätzt werden, denn sie ist mit ihren vielen aktuellen Forschungsergebnissen DAS Innovationsgebiet in Österreich.

Brennpunkt-Themen und Handlungsempfehlungen

- Die **Patientenversorgung muss strukturiert und transparent sein**: Einerseits sind für Diagnosestellung, Therapieentscheidung sowie zur Nachbehandlung Spezialzentren zu etablieren, in denen die Heterogenität und das Know-how aller für die Onkologie relevanten Disziplinen gebündelt vertreten ist. Die laufende Versorgung (z. B. Chemotherapie) könnte wohnortnah im Spital, gegebenenfalls mit hausärztlicher Betreuung, in Primärversorgungszentren und künftig sogar „im Wohnzimmer der Patientinnen und der Patienten“ erfolgen.
- Die **Halbwertszeit des Wissens** ist insbesondere in der Onkologie extrem kurz. Das bedingt natürlich ein spezielles **Expertentum** und spricht für den Ausbau der **Zentrumsmedizin**. Die Vorteile liegen in der konzentrierten Versorgungsmöglichkeit durch Spezialisten, in der Möglichkeit personalisierter medizinischer Betreuung und in der Verfügbarkeit modernster Infrastruktur. Finanziell gesehen wird erwartet, dass eine bundeländerübergreifende strukturierte Versorgung für das Gesundheitssystem insgesamt kostengünstiger ausfallen würde.
- Es bedarf einer **klaren Aufgabendefinition für die zentrale und dezentrale Versorgung** onkologischer Patientinnen und Patienten. Die Patientenwege müssen so gesteuert werden, dass nicht Banales zum Spezialisten getragen wird oder komplexe Fälle „in der Peripherie“ auf der Strecke bleiben. Für solch hochwertige (und hochpreisige!) Gesundheitsthemen muss der Föderalismus eingeschränkt werden – im Vordergrund der Patientenversorgung soll immer die Qualität stehen.
- Die **Kooperation der Zentren mit den Krankenhäusern in ihrem Versorgungsnetzwerk** muss für einen besseren Expertenaustausch unterstützt werden. Beispielgebend für ein Krebsregister hinsichtlich Struktur, Kommunikationskonzept und Datengenerierung sind die Krankenhäuser in Niederösterreich.
- Für die Krebs-Wissenschaft sind **Forschungszentren** zu schaffen, wo Exzellenz jenen Raum für Entfaltung und interdisziplinäre Vernetzung erhält, der für Innovationen notwendig ist.

- Der **Ausbau (virtueller) Tumorboards** als Basis interdisziplinärer Therapieempfehlungen ist voranzutreiben, um die individuell bestmögliche Behandlung von Patientinnen und Patienten flächendeckend zu ermöglichen.
- Bereits im Zuge von **Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsmaßnahmen** muss verstärkt ein Zugang zu frühzeitiger und modernster Diagnostik für Patientinnen und Patienten möglich sein.
- Der **Wohnort von Patientinnen und Patienten darf kein Unterscheidungskriterium** für die Art, Qualität oder Finanzierung einer Behandlung sein. Der Bund und die Länder sind gefordert, Rahmenbedingungen zur Förderung einer einheitlichen Erstattung von Therapien zu gewähren. Die Behandlungskonzepte der Träger dürfen für Patientinnen und Patienten in den einzelnen Bundesländern nicht unterschiedlich sein. Damit kann ein für das Gesundheitssystem kostensteigerndes und für Patientinnen und Patienten (und Träger/Krankenkassen) nachteiliges „Patienten-Hopping“ vermieden werden.
- Voraussetzung für die **einheitliche Finanzierung onkologischer Versorgung** (von Prävention über Diagnostik bis hin zu Therapie und Rehabilitation) ist **eine bundesweit einheitliche Finanzierungsstrategie**. Der Behandlungspfad könnte somit unabhängig von Finanzierungsstrategien (Eintopf-, Zweiotopfstrategie) oder Krebsart durchgehend gewährleistet sein.
- Der **Einsatz hochpreisiger Präparate möge für Österreich einheitlich** nach evidenzbasierten Guidelines und nach dem Prinzip der Kostenwahrheit (inklusive medizinischem Mehrwert, dem Patientenwohl, der Einbeziehung der gesamtgesellschaftlichen Bewertung, dem volkswirtschaftlichen Nutzen etc.) geregelt werden. Als Basis dafür sind nationale wie auch europäische Guidelines der Fachgesellschaften sowie die Zulassungsentscheidungen von EMA bzw. FDA heranzuziehen. Der Mitteleinsatz muss transparent aufgezeigt werden. Darüber hinaus müssen **Medizinische Innovationsboards** unabhängig von politischen Einfluss- und Geltungsbereichen aufgestellt werden können.
- **Zulassungen der EMA** sollten nicht angezweifelt und dem Patienten vorenthalten werden. Zulassungsverfahren in Europa sind gut und anerkannt, allerdings bedeutet eine Zulassung noch nicht, dass ein Reimbursement erfolgt. Es braucht daher definierte Richtlinien, um zu gewährleisten, dass zugelassene (innovative) Therapien auch von den Trägern bzw. den Kassen übernommen werden.
- Für den Einkauf innovativer **Arzneimittel und Medizinprodukte im intramuralen Bereich** muss Kosten- und Markttransparenz gegeben sein.
- Strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen müssen so gestaltet sein, dass eine **standardisierte Datenerhebung sowie ein Datenaustausch** (in anonymisierter Form) zwischen medizinischem Bereich und Forschung ermöglicht und vereinfacht werden.
- Ein österreichweites und flächendeckendes **Krebsregister** ist zu entwickeln, mit dem Ziel Transparenz herzustellen, als Basis für die Erstellung von Leitlinien (und Guidelines), zur Qualitätssicherung etc.
- **Medizinische Dokumentationsassistentinnen** und -assistenten sind dem ärztlichen Fachpersonal zur Seite zu stellen, um sie bei der zeitaufwändigen Eingabe, Bearbeitung und Pflege der Datenbanken zu unterstützen. Ein zentrales Datenmonitoring und die Standardisierung sowie Qualitätssicherung ist zeit- und arbeitsaufwändig. Das Ausbildungscurriculum ist inhaltlich medizinisch-fachlich auszurichten.

Modell:**Pilotprojekt zu einer ausgewählten onkologischen (Nischen-)Indikation**

Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant hat in seiner Keynote die **Notwendigkeit einer Modell-Konzeption für die Anwendung, respektive Finanzierung, hoch-innovativer Krebstherapien** und das Vorantreiben des National Cancer Plans angesprochen.

Am Ende der Diskussion im Rahmen des Gipfelgesprächs wurde daher der Vorschlag für ein „Pilotprojekt“ entwickelt. Eingedenk der Meinung der Experten in der Diskussion, dass eindimensionale (ökonomische) Entscheidungen über den Einsatz hochpreisiger innovativer Therapien nicht die besten Outcomes für den Patienten zeitigen, andererseits – trotz möglicherweise anders gelagerter rechtlicher Situation – in realiter die Mittel für Finanzierungen im Gesundheitssystem begrenzt sind, wurde übereingestimmt, dass es für die Versorgung in Österreich wichtig ist, die Entscheidungsgremien über die Finanzierung aus der politischen Ebene der Träger zu lösen und stärker medizinisch zu besetzen. Eine patientenorientierte Lösung, die von Ost bis West für alle Österreicher gleichen Zugang zu State-of-the-Art-Therapie sicherstellen kann, muss dabei notgedrungen auf einer nationalen Ebene entstehen und über die Ländergrenzen hinweg zur Anwendung kommen.

Die Überzeugung der Experten, dass Zentrumsmedizin in der Versorgung günstiger ist, sollte ebenfalls im Rahmen eines solchen Pilotprojektes belegt werden. Ausgehend von der Feststellung, dass eine national abgestimmte Versorgung für bestimmte Erkrankungen im Rahmen von länderübergreifenden Zentren auch in der Politik mittlerweile angekommen ist, ist die logische Konsequenz daraus, dieses Beispiel auch für die Onkologie zu versuchen und in der Praxis zur Anwendung zu bringen.

Dabei ist das Ziel eines solcherart gelagerten Pilotprojektes, an Hand einer Beispielindikation eine bundesweite einheitliche, zentrumsbasierte Versorgung der Indikation als funktionierendes Modell zu präsentieren, das verbesserte medizinische Outcomes bietet und dabei im Idealfall kosten-günstiger für das System ist. Daher ist eine genau Darstellung der gesundheitsökonomischen Aspekte dieser Modelllösung ein wesentlicher Teil eines solchen Pilotprojektes; die Darstellung der Kostenwahrheit ist dabei eine Facette, eine Einbindung der Industrie durch innovative Preismodelle und gegebenenfalls zur Zusammenarbeit/Unterstützung in der genauen Datenaufzeichnung des Pilotprojektes könnte dies unterstützen. Wesentlich ist in jedem Fall die strukturierte und einheitliche Datenerfassung mittels eines wissenschaftlichen onkologischen Registers, um die Darstellung medizinischer Outcomes, aber auch gesundheitsökonomische Analysen durchführen zu können. Ziel möge es sein, anhand einer exemplarisch ausgewählten Krebsart ein Modell zu entwerfen, das letztendlich als Standard für Gesamtösterreich etabliert werden könnte.

Damit soll im Sinne eines solidarischen Gesundheitssystems gezeigt werden, wie die Patientinnen und Patienten in der Modell-Indikation österreichweit den gleichen Zugang zu innovativen Diagnose- und Therapien erhalten, unabhängig von ihrem Wohnort oder sozialem Status. Ein Stück ärztliche Freiheit sollte zugunsten der Exzellenz und Spitzenmedizin aufgegeben werden, wie z. B.

in Norwegen und Schweden, wo nicht jeder Arzt jede Therapie verschreiben kann, sondern gewisse Therapien nur in spezialisierten Zentren verordnet werden können.

Der Modellversuch soll darüber hinaus zeigen, dass es möglich ist, Spitzenmedizin für das Gesundheitssystem leistbar zu gestalten; indem etwa kosten- und ressourcenraubende Faktoren vermieden werden. Dadurch entstandene Einsparungen können medizinisch nutzbringender verwendet werden. Auch die Behandlungskosten pro Patienten, die bundesweit bis zu 300 Prozent unterschiedlich ausfallen, sind zu evaluieren und zu vereinheitlichen.

Das Modell kann im besten Fall bundesweit einheitlich als Standard bzw. Guideline eingesetzt werden. Zu diskutieren sind Fragen wie die Gestaltung des Patientenweges ohne Therapie-Hopping zwischen den Bundesländern, wie die Finanzierung einer individuellen innovativen Diagnostik und Therapie aussehen kann und wie Patientendaten (im besten Fall Real World Data) der Forschung und relevanten Institutionen (unter Einhaltung jeglicher Datenschutzverordnungen) zur Verfügung gestellt werden können.

Das Modell einer beispielhaften Diagnose, Behandlung und Nachbetreuung soll umfassend, aus mehreren Perspektiven, entwickelt werden mit den Zielen:

- für die Patientinnen und Patienten den Versorgungsweg im Spannungsfeld der Diagnosestellung und medizinischer Therapieentscheidung in Exzellenzzentren einerseits und der wohnortnahen Therapiedurchführung und Nebenwirkungsmanagement andererseits vorzuzeigen;
- Patientinnen und Patienten in Studien (Phase 3 Studien mit Level of Evidence) auch außerhalb von Wien einzubinden und Krebspatienten für das System kostengünstige Therapien zu ermöglichen;
- die Finanzierung innovativer Therapien bundesweit zu vereinheitlichen und zu sichern;
- im Gesundheitswesen die Vernetzung von Einrichtungen innerhalb der intramuralen Bereiche zu vertiefen sowie Schnittstellen zum extramuralen Bereich zu verbessern;
- die Infrastruktur (Exzellenzzentren, Register etc.) für unabhängige Wissenschaft und Forschung bereitzustellen und zu fördern mit Fokus auf spitzemedizinische Forschung.

Die Idee des Pilotprojekts ist, unter Einbeziehung aller Stakeholder und einer Kostenwahrheitsdarstellung eine bundesweit einheitliche, zentrumsbasierte onkologische Versorgung einer aus-gewählten Beispielindikation von der Frühdiagnostik über den Therapieweg bis zu Outcome-Evaluierung, Finanzierung und der Aufstellung eines Krebsregisters neu zu planen. Ziel des Modellversuches ist es, den medizinischen und gesundheitsökonomischen Nutzen für alle Beteiligten und für mögliche Kooperationspartner (z. B. Pharmaindustrie) unter Berücksichtigung der Kostenwahrheit neu zu bewerten und einen innovativen Weg praxisnahe zu belegen und zur Etablierung als Standardmodell für die Krebsversorgung zu bieten.

PRAEVENIRE TALK IN GASTEIN

Initiative Onkologie 2030

Ausgangslage

Bei onkologischen Erkrankungen ist eine frühzeitige Diagnose ebenso essenziell wie eine kontinuierliche, niederschwellige und wohnortnahe Versorgung der Betroffenen mit innovativen Behandlungsformen. Ziel des hybrid organisierten PRAEVENIRE Talks in Gastein zum Thema Onkologie 2030 ist es, konkrete Handlungsempfehlungen für das Kapitel Onkologie 2030 im vorliegende PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ (Version 2021/2022) auszuarbeiten.

Status quo – Mangel an Einheitlichkeit

In der Onkologie bestehen in Österreich zwischen den einzelnen Regionen aktuell bis zu 250-prozentige therapeutische Kostenunterschiede. Es herrscht ein Mangel an standardisierten Prozessen und einheitlichen Zugangswegen zu innovativen Behandlungsformen vor, der in „Patiententourismus“ zwischen den einzelnen Bundesländern resultiert. Noch immer erhalten zu wenige Patientinnen und Patienten zum richtigen (ehestmöglichen) Zeitpunkt die für sie geeignete Therapie. Auch bürokratische Hürden spielen hierbei eine wesentliche Rolle. Häufig konsultieren Patientinnen und Patienten die (Zweit-) Meinung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, die jedoch nicht über die entsprechende onkologische Expertise verfügen – es mangelt an einem adäquaten Zweitmeinungsmanagement. In den mittlerweile vollständig digitalisierten Freigabeprozessen von Medikamenten über die Krankenkasse fehlen Ansprechpersonen. Werden Anträge auf onkologische Therapeutika abgelehnt, sind die Gründe häufig schwer bis kaum zu eruieren. Zwischen der Verschreibung eines Medikaments in der Ambulanz und der tatsächlichen Einnahme durch die Patientin, den Patienten liegt ein beträchtlicher zeitlicher Gap – Stichwort schleppende Bewilligungen durch Chefärztinnen und -ärzte.

Zudem besteht in Österreich ein Mangel an Gesundheits- und Krankenpflegekräften, die für eine Arbeit im Bereich der Onkologie qualifiziert sind. Hochspezialisierte onkologische Versorgung findet derzeit lediglich an einzelnen spezialisierten Tumorzentren statt. Der Einsatz von Tumorboards, die Eingabe der Patientendaten in entsprechende Register und somit auch der einheitliche Zugang zu Daten und Informationsmaterialien für Ärztinnen und Ärzte folgen in Österreich aktuell keinem standardisierten Prozess. Im intramuralen Bereich fehlt die klare Zielsetzung, Prävention zu betreiben.

Bisherige Vorgehensweisen zur Optimierung des Patientenzugangs

Um den in der Onkologie bestehenden uneinheitlichen Gegebenheiten entgegenzuwirken, hat man bis dato bereits in einzelnen Bundesländern diverse Projekte/Modelle erfolgreich umgesetzt, deren Ausweitung auf weitere Regionen anzudenken ist.

Im Bereich der **Präzisionsonkologie** gilt **Oberösterreich als Modellregion** mit Vorreiterrolle. Hier wird im trägerübergreifend organisierten Spitalsbereich auf Basis von etwa 50 bestehenden Leitlinien gearbeitet, die raschere Prozesse und eine Minimierung bürokratischer Hürden ermöglichen.

Zudem wurde im Rahmen von Pilotprojekten die Chefarztpflicht im Zuge der Bewilligung oraler Onkologika erleichtert. Ist ein Medikament von einer Fachgesellschaft freigegeben, besteht gleichzeitig die Autorisation, es seitens Abteilungen – ohne Regulative – zu verschreiben.

Sowohl in Oberösterreich als auch **Niederösterreich** werden **Patientendaten**

 **WANN**

Mittwoch, 29. September 2021 |
18:00–20:00 Uhr

 **WO**

Bad Hofgastein, Hybrid-Veranstaltung

VIDEOGRUSSBOTSCHAFT

- Dr. Juliane Bogner-Strauss
Landesrätin für Bildung, Gesellschaft, Gesundheit und Pflege der Steiermärkischen Landesregierung

KEYNOTE

„Onkologie 2030 – es gibt nur EINE Exzellenz“

- Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant
Präsident der ABCSG, MedUni Wien

DISKUSSIONSTEILNEHMENDE VOR ORT

(in alphabetischer Reihenfolge)

- Mag. pharm. Gunda Gittler, a.H.P.h.
Leiterin der Anstaltsapotheke im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz und Salzburg
- Univ.-Prof. Dr. Susanne Kaser
Stellvertretende Direktorin der Universitätsklinik für Innere Medizin I (Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechsel) der Medizinischen Universität Innsbruck
- Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA
Mitglied des Verwaltungsrates der ÖGK
- Prim. Priv.-Doz. Dr. Birgit Grünberger
Abteilungsleiterin für Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie des Landesklinikums Wiener Neustadt

DISKUSSIONSTEILNEHMENDE DIGITAL

(in alphabetischer Reihenfolge)

- Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Marija Balic
Klinische Abteilung für Onkologie der Universitätsklinik für Innere Medizin des LKH-Univ. Klinikum Graz
- Dr. Reinhold Glehr
Arzt für Allgemeinmedizin in Hartberg
- Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant
Medizinische Universität Wien
- Prim. Priv.-Doz. Dr. Birgit Grünberger
Abteilungsleitung für Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie des LKH Wiener Neustadt
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Thomas Grünberger
Vorstand der Abteilung für Chirurgie des Wiener Gesundheitsverbunds der Klinik Favoriten
- Prim. Doz. Dr. Hannes Kaufmann
Vorstand der 3. Medizinischen Abteilung am Zentrum für Onkologie und Hämatologie Klinik Favoriten
- Mag. Karl Lehner, MBA
Geschäftsführer der Oberösterreichischen Gesundheitsholding

DISKUSSIONSTEILNEHMENDE ONLINE

(in alphabetischer Reihenfolge, Fortsetzung)

- Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Popp
Lungenfacharzt in der Privatklinik Döbling
- Harald Titzer, BSc, MSc
Präsident der Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich

Moderation:
Robert Riedl | PERI GROUP

in Registern festgehalten, um Ärztinnen und Ärzten relevante Informationen über einzelne Tumorerkrankungen, Ansprechraten auf Therapien und Komorbiditäten zur Verfügung zu stellen.

Im Bereich der **Prävention** gilt das **Vorarlberger Darmkrebsvorsorgeprojekt** als exemplarisches Modell. Ein Konsensus unter der Gesprächsteilnehmenden bestand im Hinblick auf die Investition in Prävention als kostengünstige, effizienteste und patientenfreundlichste Maßnahme.

Auch in Niederösterreich wird in der Darmkrebsvorsorge im Zuge des standardisierten FIT-Tests bereits ein Projekt umgesetzt.

Herausforderungen

- Ermöglichung eines landesweit einheitlichen chancengleichen Zugangs zu innovativen Behandlungsformen
- Vermeidung von Patiententourismus
- Implementierung von Standards und Leitlinien
- Minimierung bürokratischer Hürden
- Implementierung eines adäquaten Zweitmeinungsmanagements
- Fokussierung auf spezialisierte Ausbildung im Bereich onkologischer Pflege
- Ausbau geeigneter Digitalisierungsprozesse
- Fokussierung auf Prävention

Lösungsvorschläge

In den einzelnen Regionen, Bundesländern und Gebietskörperschaften müssen die Zugangswege zur Präzisionsonkologie verkürzt und erleichtert werden. Es gilt, ein **niederschwelliges und wohnortnahes Behandlungsangebot** für die Patientinnen und Patienten zu schaffen, um einerseits dem Patiententourismus entgegenzuwirken und andererseits den Betroffenen die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten. **Bürokratische Hürden** sind zu minimieren.

Im Rahmen von **Tumorboards** sollen Expertise und Kompetenzen gebündelt werden. Es gilt auf Basis gemeinsamer und interdisziplinärer Anstrengungen **einheitliche Standards und Leitlinien** zu erarbeiten und zu implementieren, um in ganz Österreich höchste onkologische Leistungsqualität für alle Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Zugunsten kostengünstiger und effektiver Behandlungen ist der Fokus insbesondere auf den Bereich der **Prävention** zu richten. Hier wird eine realistische und vernünftige Zielsetzung gefordert.

Der **hochspezialisierten Pflege** und insbesondere langfristigen Versorgung in der Onkologie muss mehr Bedeutung zugemessen werden – Stichwort Entlastung von Ärztinnen und Ärzten sowie Ärztemangel. Dahingehend ist die aktuell generalistisch konzipierte **Ausbildung** von Pflegekräften zu präzisieren. Entscheidungsträgerinnen und -träger werden dazu angehalten, die Rolle der onkologischen Pflege neu zu denken. Die aktuell an den qualifizierten Zentren angesiedelte hochspezialisierte Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten ist auszubauen und zugunsten einer flächendeckenden und wohnortnahen Vorsorge, Versorgung und Nachsorge **auf den niedergelassenen Bereich auszuweiten**.

Es besteht die Forderung, die Zulassung eines Medikaments durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) nicht nur im intramuralen, sondern auch im extramuralen Bereich mit einer Autorisation zur Freigabe zu verknüpfen.

Die Ressourcen einzelner Regionen, die über Best-Practice-Modelle zur **Da-
tenerhebung** verfügen, gilt es, zu nutzen, um landesweit vergleichbare Daten zu generieren. Es besteht die einstimmige Forderung, Datenbanken generell kompatibel zu gestalten, das Konzept der Register zu präzisieren und flächen- deckend auszurollen. Zunächst ist dahingehend als Pilotversuch eine Fusion der Daten der beiden Modellregionen Oberösterreich und Niederösterreich an- zuvisieren.

Es gilt, **Politik und Management ins Boot zu holen**, um die Umsetzung weite- rer Pilotprojekte und Modelle voranzutreiben.

Fazit

In der Präzisionsonkologie braucht es flächendeckende und niederschwellige Vorsorge-, Behandlungs- und Nachsorgeangebote, um allen betroffenen Patientinnen und Patienten zum ehestmöglichen Zeitpunkt ihrer Erkrankung die passende Therapie zukommen zu lassen und sie bestmöglich zu begleiten. Um dieses Ziel zu erreichen, gilt es seitens Entscheidungsträgerinnen und -trägern proaktiv in einem gemeinsamen Diskurs für Österreich einheitliche sowie standardisierte Leitlinien und Finanzierungsmodelle zu erarbeiten und umzusetzen. Bestehende erfolgreiche Pilotprojekte sind auf weitere Regionen und Bundesländer auszurollen.

Experteninterview

UNIV.-PROF. DR. HANNES KAUFMANN

VORSTAND 3. MED. ABTEILUNG ZENTRUM FÜR ONKOLOGIE UND HÄMATOLOGIE
AN DER KLINIK FAVORITEN

Immunonkologie 2030 | Expertentum

„Mein Thema betrifft die Fragestellung: Komplexe Therapie-Entscheidungen können nicht von Generalisten getroffen werden. Brauchen wir Expertentum? Eigentlich geht es darum, dass der **exponentielle Anstieg von Wissen** in der Onkologie und der **Anspruch von Diagnostik und Therapie basierend auf dem aktuellen Wissensstand** Expertentum in der Behandlung **erfordert**, durchgeführt von Spezialistinnen und Spezialisten in sogenannten onkologischen Zentren.

Das betrifft nicht nur die Therapie, sondern auch alle diagnostischen Fächer, die therapeutischen Fächer, wie die Chirurgie, die Pathologie, die Radiologie, die Radio-Onkologie und alle anderen in der Tumorthherapie beteiligten Institutionen. Das Vorhalten von **Expertisen in Zentren führt zum raschen Stellen einer präzisen Diagnose, mit einem maßgeblichen Einfluss auch auf den Therapiestart und damit dem Behandlungserfolg**. Das heißt, der Zeitfaktor von immer komplexeren diagnostischen wie genetischen Untersuchungen des Tumorgewebes und komplexe bildgebende Verfahren spielen eine immer wichtigere Rolle.

Das alles sind wichtige Faktoren, die neben einer optimalen Therapie eine Schlüsselrolle in der Behandlung der Krebstherapie einnehmen. Suboptimale Therapieentscheidungen verursachen neben der mangelnden Effizienz auch eine schlechtere Lebensqualität und machen Therapien auch noch teurer und das alles zum Nachteil unserer Patientinnen und Patienten.

Das heißt zusammenfassend: **Wir brauchen bei der Behandlung von Krebs Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit.**

- Die Qualität brauchen wir im Sinn einer individuellen, auf den Patienten abgestimmten Therapie.
- Die Sicherheit, damit die Patientin bzw. der Patient auch ohne „Schäden“ das Ziel erreicht.
- Und die Wirtschaftlichkeit, um diese Formen der innovativen Behandlungen auch allen Menschen in Österreich zugänglich zu machen. ”

1. PRAEVENIRE INNOVATIONSPREIS

GESUNDHEITSPROJEKTE
JETZT EINREICHEN!



PRAEVENIRE – Gesellschaft zur Optimierung
der solidarischen Gesundheitsversorgung VERGIBT DEN

1. PRAEVENIRE INNOVATIONSPREIS FÜR KREATIVE IDEEN UND VISIONÄRE NEUE WEGE!

Reichen Sie Ihr zukunftsorientiertes, evaluiertes Projekt zu einem der folgenden Themen ein:

- Steigerung der Gesundheitskompetenz
- Intensivierung von Präventionsmaßnahmen
- Fortschritt in der frühen Diagnose
- Verbesserung der Compliance/Adhärenz

Ihre Beiträge sollen der PRAEVENIRE Philosophie und den Kriterien von Wissenschaft und Forschung entsprechen: „Der Mensch im Mittelpunkt“ und „Zukunft einer solidarischen, finanzierbaren und einfach zugänglichen Gesundheitsversorgung“

Dotierung: je Kategorie 10.000 Euro

Form der Beiträge: Ihre Ideen und Lösungsansätze können Sie so kreativ gestalten, wie Ihr Gesundheits- oder Forschungsprojekt ist. Einreichung in Form einer PDF-Datei oder bei multimedialen Beiträgen in den gängigen Dateiformaten.

Nähere Informationen zur Teilnahme bzw. bei Rückfragen:

E-Mail: b.krapfenbauer@praevenire.at | **Tel.:** +43/1/402 13 41-13 | **Web:** www.praevenire.at

Jury: Mitglieder des PRAEVENIRE National MEDICAL + EXPERT Boards

Einreichfrist: 31. März 2023

Die **Preisverleihung** findet im Rahmen der 8. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten 2023 statt.

SAVE THE DATE

Quellenverzeichnis

Presseaussendungen

- **Angerer, Johannes:** Gebärmutterkrebs: Molekulares Tumorprofil könnte Chemo- und Strahlentherapie um ein Fünftel reduzieren, Presseaussendung der Medizinischen Universität Wien vom 11.05.2021.
- **APA:** Praevenire Gesundheitstage - mRNA-Impfstoff in großen Krebsstudien. BioNTech-Co-Gründer Christoph Huber: Konzept der Herstellung von individueller Krebs-Vakzine schon bei 1.000 Patienten erprobt, APA Presseaussendung vom 25.05.2021.
- **APAMED:** Gesundheitsgespräche – Österreichs Onkologie muss sich verändern, Presse-aussendung des PRAEVENIRE Gesundheitsforums vom 22.8.2021.
- **Egyed, Marie-Theres:** Österreichische Gesundheitskasse zum Weltkrebstag: Wichtige Untersuchungen retten Leben. Früherkennung sichert gute Behandlungschancen, Presse-aussendung der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) vom 02.02.2022.
- **Eipeldauer, Michael:** Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG) setzt mit Kardio-Onkologie, Digital Health und Herzmedizin im Alter auf kardiologische Zukunftsthemen. ÖKG-Jahrestagung findet unter dem Motto "Alte Herzen – Neue Perspektiven" statt, Presseaussendung der ÖKG vom 25.05.2021.
- **Lonneville, Lina; Spagnolo, Oriana; Van der Veeken:** Breast International Group's new Executive Board, Presseaussendung der Breast International Group Brüssel vom 16.06.2021.
- **Sonnbichler, Gaby:** Höchste Zeit zu handeln! Die Finanzierung von massiv erhöhtem Bedarf an psychologischer Hilfe für Krebspatient:innen kann nicht nur von der Krebshilfe getragen werden! Presseaussendung der Krebshilfe Wien vom 26.01.2022.

Veranstaltung

- **118. Gesundheitspolitisches Forum:** Von Selbsthilfe zu Patient Advocacy. Für ein Miteinander auf Augenhöhe in der Onkologie. Veranstaltung der Karl Landsteiner Gesellschaft vom 15.06.2021.

Studien und Reports

- **APA/sda:** Neuer Test entwickelt: Immunzellen beim Gefecht gegen Krebs zuschauen, APAMED vom 28.09.2021.
- **Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (Hg.), Österreichische Krebshilfe (Hg.):** Österreichischer Krebsreport MedMedia Verlag und Mediaservice, Wien 2022.

Webseiten

- **Austrian Breast & Colorectal Cancer Study Group (ABCSCG):** <https://www.abccsg.org/>
- **Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA):** <https://www.ema.europa.eu/en>
- **Europe's Beating Cancer Plan:** https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_en
- **European Society for Medical Oncology (ESMO):** www.esmo.org
- **Finanzierung – Vereinbarung gemäß Art. 15a BVG** über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Fassung vom 06.04.2021: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrVbg&Gesetzesnummer=20001137>
- **NÖ Landesgesundheitsagentur, NÖ Landeskliniken:** www.lknoe.at
- **Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO):** <https://www.oegho.at/>
- **Tumorboard des Comprehensive Cancer Center Vienna:** <https://www.ccc.ac.at/>
- **Statistik Austria, Prognose der Krebsinzidenz und Krebsmortalität:** https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/prognose_krebsinzidenz_krebsmortalitaet/index.html
- **Vienna Cancer Center (VCC):** <https://vienna-cancer-center.at/>

Zeitungs- und Zeitschriftenartikel

- **Elezi, Dren:** Österreich definiert neuen Standard in der Brustkrebstherapie. In: PERISKOP 100, August 2021, Seite 36.
- **Kain, Renate; Klimpfner, Martin:** Klinische Pathologie und Molekularpathologie in Österreich. In: Universum Innere Medizin 07/2021, Seite 26.
- **Krapfenbauer, Beate:** Am Puls der Zeit: Krebsversorgung neu denken. In: PERISKOP 99, Juni 2021, Seite 46.
- **PRAEVENIRE Gesundheitsforum:** Nationales Tumorregister muss her. Wenn es ums Überleben geht, ist Datenschutz zweitrangig, PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach 2021, Sonderbeilage in der Tiroler Tageszeitung vom 10. September 2021.
- **PRAEVENIRE:** 144. PRAEVENIRE Gipfelgespräch: Immunonkologie und ihre Chancen. In: Vorarlberger Nachrichten vom 02.12.2021.
- **PRAEVENIRE:** Infektiöse Ursachen für Krebserkrankungen. In: DiePresse vom 05.06.2021.
- **PRAEVENIRE:** Innovationen in der Krebsforschung. In: Die Presse vom 02.12.2021, S. 17.
- **PRAEVENIRE:** Krebs rechtzeitig bekämpfen. In: Kurier vom 15.07.2021.
- **Türk, Lisa:** Über Optimierungen in der Prostatakrebs-Vorsorge. In: PERISKOP 100, August 2021, Seite 40.
- **Türk, Lisa:** CAR-T über Herausforderungen in der Umsetzung innovativer Therapien. In: PERISKOP 101, Oktober 2021, Seite 36.
- **Türk, Lisa:** Über Ursachenverständnis zur Krebsprävention. In: PERISKOP 100, August 2021, Seite 22.
- **Wagner, Wolfgang:** Kurs auf Onkologie 2030. In: PERISKOP 102, Dezember 2021, Seite 24.
- **Wagner, Wolfgang:** Luftthygiene mit Aufholbedarf. In: PERISKOP 102, Dezember 2021, Seite 22.

Mitwirkende Expertinnen und Experten

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Marija Balic**
Klinische Abteilung für Onkologie der Universitätsklinik für Innere Medizin des LKH-Univ. Klinikum Graz
- **Dr. Juliane Bogner-Strauss**
Landesrätin für Bildung, Gesellschaft, Gesundheit und Pflege der Steiermärkischen Landesregierung
- **Mag. pharm. Gunda Gittler, aHPH**
Leiterin der Anstaltsapotheke der Barmherzigen Brüder Linz
- **Dr. Reinhold Glehr**
Arzt für Allgemeinmedizin in Hartberg
- **Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant**
Präsident der ABCSG, MedUni Wien
- **Prim. Priv.-Doz. Dr. Birgit Grünberger**
Abteilungsleiterin für Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie des Landeskrankenhauses Wiener Neustadt
- **Prim. Univ.-Prof. Dr. Thomas Grünberger**
Vorstand der Abteilung für Chirurgie des Wiener Gesundheitsverbands der Klinik Favoriten
- **OA Dr. Maximilian Hochmair**
Arbeitskreisleiter Pneumologische Onkologie der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie und Klinik Floridsdorf
- **Univ.-Prof. Dr. Philipp Jost**
Abteilungsleiter klinische Abteilung für Onkologie am LKH-Univ.-Klinikum Graz und Professor für Onkologie an der Medizinischen Universität Graz
- **Univ.-Prof. Dr. Susanne Kaser**
Stellvertretende Direktorin der Universitätsklinik für Innere Medizin I (Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechsel) der Medizinischen Universität Innsbruck und Präsidentin der Österreichischen Diabetesgesundheitsgesellschaft
- **Prim. Doz. Dr. Hannes Kaufmann**
Vorstand der 3. Medizinischen Abteilung am Zentrum für Onkologie und Hämatologie Klinik Favoriten
- **Mag. Karl Lehner**
MBA | Geschäftsführer der Oberösterreichischen Gesundheitsholding
- **Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Popp**
Lungenfacharzt in der Privatklinik Döbling
- **Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Gerald Prager**
Klinische Abteilung für Onkologie der Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Wien
- **Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA**
Mitglied des Verwaltungsrates der ÖGK
- **Dr. Susanne Schöberl**
Ärztin in der Niederösterreichischen Patienten- und Pflegeanwaltschaft
- **Harald Titzer, BSc, MSc**
Präsident der Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich

Handlungsempfehlungen für die Politik



PRAEVENIRE Weißbuch
GESUNDHEITSSTRATEGIE 2030

Version 2021/22