



ÖSTERREICHISCHER KREBSREPORT

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

2025



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 Kiehhaber, 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 hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich (AHOP)

Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV)

Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGHH)

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 Palliativgesellschaft (OPG)

Österreichische Gesellschaft für Urologie und Andrologie (ÖGU)

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.

© 2026 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, Karin Kaan

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

Lektorat: Mag. a Andrea Crevato

Druck: Print Alliance HAV Produktions GmbH, 2540 Bad Vöslau

ISBN: 978-3-9505733-0-5

www.krebsreport.at

Grußwort

Birgit Gerstorfer, MBA
Präsidentin Österreichischer Seniorenrat und
Pensionistenverband Österreichs



Krebs in all seinen unterschiedlichen und zahlreichen Formen zählt zu den größten gesundheitlichen Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft. In Österreich erkranken jährlich rund 46.000 Menschen neu, etwa 440.000 leben aktuell mit einer Krebsdiagnose. Die Zahl der Erkrankungen ist in den letzten Jahren stetig angestiegen – und ältere Menschen sind besonders häufig betroffen. In der Altersgruppe der über 75-Jährigen liegt die Krebswahrscheinlichkeit bereits bei rund 34%. Somit erhält statistisch gesehen jede:r Dritte über 75-Jährige die Diagnose Krebs.

Diese Entwicklung verlangt nach einer vorausschauenden Gesundheitspolitik, die Prävention und Früherkennung als zentrale Säulen versteht. Denn: Je früher eine Krebserkrankung diagnostiziert wird, desto besser sind die Heilungschancen. Und desto geringer ist die Belastung für die Patient:innen und das Gesundheitssystem.

Für die ältere Generation ist der Zugang zur Vorsorge leider häufig mit Hürden verbunden: Mobilitätseinschränkungen, fehlende Informationen oder Unsicherheiten im Umgang mit digitalen Gesundheitsdiensten erschweren die Teilnahme. Umso wichtiger ist es, dass Präventions- und Informationsmaßnahmen niederschwellig, altersgerecht und verständlich gestaltet werden. Information und Anmeldung müssen auch ohne digitale Hürden kostenlos möglich sein. Untersuchungen zur Prävention oder im Verdachtsfall müssen flächendeckend in ganz Österreich angeboten werden – und zwar zeitnah und unab-

hängig von der Art der Versicherung oder der Stärke der Geldbörse.

Österreich verfügt über ein Brustkrebs-Früherkennungsprogramm, das Frauen ab dem 40. Lebensjahr alle zwei Jahre eine kostenlose Untersuchung ermöglicht. Dies wird derzeit aber nur von rund 40% der Frauen in Anspruch genommen. Hier zeigt sich, dass noch viel Aufklärungs- und Informationsbedarf besteht – gerade bei älteren Frauen, Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen aus niedrigen Einkommensschichten.

Ebenso entscheidend wie Früherkennung und Prävention ist die onkologische Therapie selbst. Gerade im höheren Lebensalter erfordert sie ein sorgfältiges Abwägen zwischen Wirksamkeit und Verträglichkeit. Ziel muss eine evidenzbasierte, individuell angepasste Behandlung sein, die Lebensqualität und Selbstständigkeit erhält.

Der österreichische Krebsreport liefert eine bedeutende und fundierte Grundlage für Medizin, Politik und Forschung. Auf seiner Basis kann eine vorausschauende Gesundheitspolitik gestaltet werden, die den aktuellen und künftigen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Krankheit Krebs effizient, aber auch menschlich begegnet. Denn Vorsorge ist mehr als eine medizinische Maßnahme – sie ist Ausdruck von Fürsorge, Respekt und einer solidarischen Zukunftsgestaltung. Sie verhindert menschliches Leid und entlastet auf längere Sicht auch unser Gesundheitssystem.



Inhalt

Grußwort	
<i>B. Gerstorfer</i>	3
Vorwort der Herausgeber	
<i>W. Hilbe, E. Wöll, P. Sevelda</i>	6

Epidemiologie von Krebserkrankungen

Krebserkrankungen bei älteren Menschen	
<i>M. Hackl, F. Trauner, A. Weltermann, K. Strasser-Weippl</i>	10

Fokus Krebs bei älteren und alten Menschen

Herausforderungen und Perspektiven in der Onkologie	
<i>Christoph Wiltschke, Reinhard Stauder</i>	20
Krebstherapie bei Patient:innen mit Vorerkrankungen	
<i>Christoph Wiltschke, Reinhard Stauder</i>	23
Polypharmazie bei Krebspatient:innen in Österreich: Relevanz, Evidenzlage und Lösungsansätze	
<i>Irene Strassl, Ansgar Weltermann</i>	27
Kommunikation bei älteren Menschen mit Krebserkrankung	
<i>Ansgar Weltermann</i>	31

Vorsorge und Früherkennung

Überlegungen zum Screening bei älteren und alten Menschen	
<i>Kathrin Strasser-Weippl, Paul Sevelda</i>	36
Krebshilfe-Spectra-Studie 2025: Vorsorgeverhalten von Älteren – Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei 60+ bzw. 70+	
<i>Michael Micksche, Doris Kieffhaber</i>	39
Zervixkarzinom-Früherkennung 2025	
<i>Paul Sevelda</i>	41
Aktuelle epidemiologische Situation des Prostatakarzinoms in Österreich sowie wesentliche Aspekte zur Früherkennung	
<i>Anton Ponholzer</i>	42



Onkologische Versorgung

Mut zum Gespräch – und zur Investition in Palliative Care

Paul Sevelda, Ewald Wöll, Eva Masel 46

Kommentar Palliativmedizin: Stand der Versorgung, Florian Trauner 49

Ergebnisse des Österreichischen Onkologie Forums

Wolfgang Hilbe, Kathrin Strasser-Weippl, Ewald Wöll 52

Onkologische Forschung

Highlight-Bericht klinische Forschung

Kathrin Strasser-Weippl, Gerhard Kahlhammer 58

Themenmonitor

Berufsbild Cancer Nurse:

Zahlen & Perspektiven in der österreichischen Onkologiepflege

Harald Titzer, Daniela Haselmayer 64

Health Technology Assessment (HTA):

Onkologika im Kontext von europäischer HTA-Verordnung und österreichischem Bewertungsboard

Sabine Geiger-Gritsch 65

Update:

Erwerbsverläufe von Krebspatient:innen – Datenauswertung

Monika Hackl 66

Fachgesellschaften

Berichtsjahr 2025 onkologisch spezialisierter Fachgesellschaften –

Personal, Spezialisierung, Versorgungsqualität 68

Impressum 2

Autorenverzeichnis 74

Vorwort der Herausgeber

Vor Ihnen liegt die 5. Ausgabe des Österreichischen Krebsreports. Seit seinem erstmaligen Erscheinen im Jahr 2021 ist der Krebsreport zu einer wichtigen Publikation geworden, die der österreichischen Bevölkerung, Betroffenen und Entscheidungsträger:innen maßgebliche Fakten zum Thema Krebs in Österreich liefert.

In der aktuellen Ausgabe greifen wir das Thema „Krebserkrankungen bei älteren Menschen“ auf. In der Gruppe der über 65-jährigen sehen wir im Jahresdurchschnitt ca. 30.000 Neuerkrankungen. 257.000 Menschen in dieser Altersgruppe leben nach einer Krebs-erkrankung (Prävalenz). Diese Zahl ist in den letzten Jahren gestiegen, da die Lebenserwartung in Österreich kontinuierlich steigt. Die medizinischen Herausforderungen im Management älterer Patient:innen sind komplex. Mit zunehmendem Alter nehmen die Komorbiditäten zu, die mit unterschiedlichen Begleitmedikamenten behandelt werden (Polypharmazie). Von der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie wurde 2019 eine Studie durchgeführt, in der die Prävalenz der Komorbiditäten bei Krebspatient:innen in Österreich erhoben wurde: 86% der Patient:innen waren zumindest von einer Begleiterkrankung betroffen. Mit der Anzahl der Komorbiditäten stieg auch die Anzahl der verordneten Arzneimittel. Eine medikamentöse Therapie erfordert daher in vielen Fällen eine hohe klinisch-pharmazeutische Kompetenz, um das Risiko von unerwünschten Wirkungen möglichst gering zu halten. Die onkologische Therapie ist somit besonders bei älteren Patient:innen ein höchst individueller Entscheidungsprozess, der nur unter Einbindung der physischen, im Besonderen aber auch der psychischen und sozialen Dimension stattfinden kann.

Gute Kommunikation, die Verwendung von geriatrischen Screening-instrumenten und ein strukturiertes geriatrisches Assessment können hier hilfreich sein, auch wenn viele der verfügbaren Instrumente für die Onkologie noch nicht validiert sind. Eine weitere Herausforderung stellt die Extrapolation von Evidenz aus klinischen Studien auf die Gruppe älterer Krebspatient:innen dar: Wenn gleich sich die Situation verbessert, so sind ältere Menschen weiterhin in klinischen Studien insgesamt deutlich unterrepräsentiert, sodass es schwierig ist, klare Aussagen zur Wirksamkeit von Therapien bei Älteren und Alten zu treffen. Die Behandlung älterer Patient:innen ist damit oft eine Herausforderung für das interdisziplinäre Management. Im aktuellen Krebsreport können wir mit Zahlen belegen, dass ältere Patient:innen trotz dieser Herausforderungen in Österreich mit sehr innovativen Medikamenten behandelt werden und dass diese Menschen damit auch einen Nutzen im Sinne eines Überlebensgewinns erfahren.

Um den gesundheitlichen Herausforderungen einer immer älter werdenden Gesellschaft wirksam zu begegnen, muss die **Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung gezielt und nachhaltig gestärkt werden. Die Bedeutung eines dauerhaft gesunden Lebensstils – einschließlich regelmäßiger Bewegung, Nichtrauchens und der Vermeidung von Übergewicht – sollte durch verständliche Aufklärung, alltagsnahe Unterstützung und motivierende Angebote noch deutlicher vermittelt werden. Nur so können die Chancen auf ein gesundes und selbstbestimmtes Altern verbessert werden. Gerade für ältere Menschen sollte beim Thema **Krebsfrüherkennung** ein besonderer Fokus darauf liegen, welche Untersuchungen individuell sinnvoll sind, um Lebensqualität und Mobilität zu erhalten und



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



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

© Krebshilfe/Marina Probst-Eiffe

das Risiko von Komorbiditäten zu reduzieren. Ziel muss es sein, informierte Entscheidungen zu ermöglichen und gleichzeitig die Inanspruchnahme evidenzbasierter Vorsorgeangebote zu stärken.

Wie gelingt die onkologische Versorgung in Österreich? 2024 wurde dazu das Österreichische Onkologie Forum (ÖOF) gegründet. In dieser interdisziplinären Plattform sollen basierend auf Daten und Fakten die Stärken und auch die Defizite der Versorgungslandschaft analysiert werden. In Österreich haben die Patient:innen grundsätzlich einen sehr guten Zugang zu allen therapeutischen Verfahren und zu innovativen Therapien. Wie zu erwarten, gibt es allerdings regionale Unterschiede. Sehr positiv ist, dass die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit strukturell, beispielsweise in Tumorboards, gut verankert ist. Basierend auf der im Onkologie Forum verwendeten Versorgungsmatrix sehen wir auch, dass in einigen Bereichen Defizite bestehen. Neben anderen Punkten wurde im Österreichischen Onkologie Forum auf die noch bestehenden Defizite beim Angebot für das Screening von Tumorerkrankungen hingewiesen. Die notwendigen Ressourcen dafür werden aufgebaut.

Insgesamt kann durch das Österreichische Onkologie Forum jedoch auch

ein „Praxischeck“ erreicht werden, und bereits nach den ersten vier Sitzungen und einem Jahr ÖOF kann sich die Bilanz sehen lassen. Einige Defizite konnten bereits verbessert werden und die positive Resonanz und auch die gute interdisziplinäre Diskussion haben zur Etablierung dieses Projektes geführt. Im heurigen Krebsreport finden Sie eine Checkliste der im ÖOF aufgebrachten Diskussionspunkte und auch eine Zusammenfassung der bisherigen Tätigkeiten.

Als Herausgeber des Krebsreports danken wir Frau Priv.-Doz. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl für ihr Engagement um den Österreichischen Krebsreport. 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 hier präsentierten 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

Krebserkrankungen bei älteren Menschen

Im Krebsreport des vergangenen Jahres haben wir den Fokus auf Menschen gelegt, die im klassischen sogenannten „erwerbsfähigen Alter“ (15–64 Jahre) mit einer Krebsdiagnose konfrontiert sind. Dies darf jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass die Mehrheit aller Krebspatient:innen 65 Jahre und älter ist. Die Tatsache, dass Krebs eine Erkrankung des Alters ist, und die damit einhergehenden Herausforderungen betrachten wir daher im Krebsreport 2025.

Im ersten Teil des folgenden Beitrags beleuchten wir die Epidemiologie von Krebs bei älteren Menschen in Österreich. Der zweite Teil widmet sich der Therapie älterer Krebspatient:innen: Zunächst wurde auf Basis österreichweiter Abrechnungsdaten der Spitäler für den Krebsreport 2025 erstmals ausgewertet, ob ältere Menschen in Österreich gleichermaßen Zugang zu innovativen medikamentösen onkologischen Therapien haben wie jüngere. Danach wurde für die Gruppe der älteren und alten Krebspatient:innen in Österreich untersucht, ob es in den letzten 15–20 Jahren zu einer Verbesserung des Überlebens – analog wie bei jüngeren Menschen

– gekommen ist. Neben den weiteren Beiträgen des Krebsreports 2025, welche die Besonderheiten in der onkologischen Therapie bei Älteren darstellen, liefert diese Analyse somit die Grundlage einer datenbasierten Diskussion über die Versorgungssituation älterer Krebspatient:innen in Österreich.

Epidemiologie

Was ist „alt“?

In der Literatur gibt es keine strikte Altersgrenze für die Definition eines/einer „älteren“ oder „alten“ Krebspatient:in, da das biologische Alter (siehe Wiltschke, Stauder: „Krebs und Alter“; Seite 20) für Therapieentscheidungen wesentlich wichtiger ist als das kalendarische. Zum Zweck der Präsentation österreichischer Daten war es aber notwendig, Altersgrenzen zu verwenden, um Kohorten nach dem Alter zu unterscheiden. Im folgenden Beitrag wurde daher – in Anlehnung an zahlreiche einschlägige Publikationen und als Abgrenzung der im Krebsreport 2024 betrachteten Gruppe der 15- bis unter 65-Jährigen – die Grenze von 65 Jahren verwendet. Jenseits dieses Alters wurden die Betroffenen in 5-jährige Altersgruppen unterteilt.

Altersgruppen	Männer und Frauen		Männer		Frauen	
	Gesamt	(100%)	24.611	(100%)	21.380	(100%)
40–64	15.625	(34,0%)	7.907	(32,1%)	7.718	(36,1%)
65+	28.429	(61,8%)	15.860	(64,4%)	12.569	(58,8%)
75+	15.306	(33,3%)	8.058	(32,7%)	7.248	(33,9%)
80+	9.156	(19,9%)	4.562	(18,5%)	4.594	(21,5%)
85+	3.624	(7,9%)	1.609	(6,5%)	2.015	(9,4%)

Tab. 1: Krebsneuerkrankungen nach Alter und Geschlecht (Jahresdurchschnitt 2021–2023)

Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister (Stand 10.01.2025) und Todesursachenstatistik.

Risiko einer Krebserkrankung nach Alter

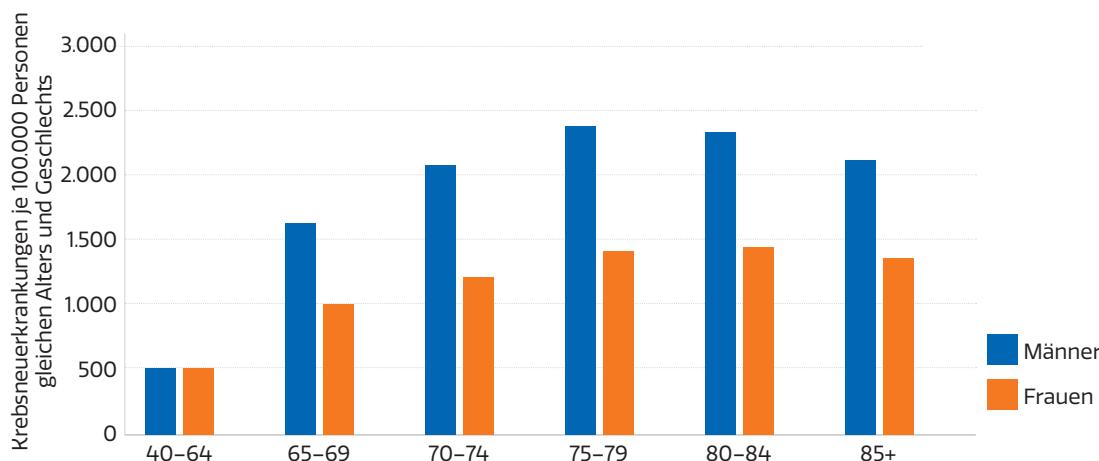


Abb. 1: Krebsneuerkrankungsrisiko unterschiedlicher Altersgruppen. Altersspezifische Raten jeweils auf 100.000 Männer bzw. Frauen, Jahresdurchschnitt 2021–2023

Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister (Stand 10.01.2025) und Todesursachenstatistik.

Häufigkeit von Krebserkrankungen im Alter

Dass Krebs eine Erkrankung des Alters ist, zeigen die Daten des Österreichischen Nationalen Krebsregisters der Statistik Austria: Mehr als 60% aller Österreicher:innen, die eine Krebsdiagnose erhalten, sind zum Diagnosezeitpunkt zumindest 65 Jahre alt, etwa ein Drittel der Krebsneudiagnosen betrifft Menschen ab dem 75. Lebensjahr und immerhin ein Fünftel Menschen ab 80 Jahren (Jahresdurchschnitt 2021–2023; Stand 10.01.2025).

In absoluten Zahlen erkranken mehr Männer als Frauen im Alter ab 65 Jahren an Krebs. Dies liegt unter anderem daran, dass sich das Erkrankungsalter der häufigsten Krebserkrankungen geschlechtsabhängig unterscheidet: Brustkrebs, die häufigste Krebserkrankung bei Frauen, trifft bereits viele Frauen unter 65 Jahren. Das Risiko für Prostatakrebs, der häufigsten Krebserkrankung bei Männern, steigt hingegen stark mit dem Alter. Ab 65 Jahren erkranken nahezu doppelt so viele Männer an Prostatakrebs wie Frauen an Brustkrebs (rund 5.100 : 3.200). Darüber hinaus ist das Erkrankungsrisiko im Allgemeinen bei vielen Tumorarten bei Männern höher als bei Frauen.

Um das Erkrankungsrisiko zu beurteilen, sind die absoluten Erkrankungszahlen auf die zugrunde liegende Bevölkerung

zu beziehen. Beispielhaft erklärt: Obwohl im Alter ab 80 Jahren etwa gleich viele Männer wie Frauen an Krebs erkranken (**Tabelle 1**), ist das Erkrankungsrisiko für Frauen in dieser Altersgruppe deutlich geringer (**Abbildung 1**). Die rund 4.500 erkrankten Männer sind 4.500 von rund 200.000 Männern, die im Alter von mindestens 80 Jahren in Österreich leben, wohingegen die 4.500 Frauen einem kleineren Anteil der 300.000 Frauen ab 80 in Österreich entsprechen. Daher sind in den **Abbildungen 1 und 3** die erkrankten Personen immer auf eine Grundgesamtheit von 100.000 Personen gleichen Alters und Geschlechts bezogen. Durch diese Normierung ist das Risiko unabhängig von der tatsächlichen Bevölkerungsgröße vergleichbar.

Der Anteil älterer Menschen unter den Krebsneuerkrankungen steigt über die Zeit, vor allem, weil auch der Anteil der Personen ab 65 Jahren in der Bevölkerung ansteigt (2010: 18%; 2025: 21%; 2040: 27%). Aufgrund dieser demografischen Veränderung ist auch mit einer weiteren Zunahme des Anteils der 65-jährigen und älteren Menschen an jenen mit Krebsneuerkrankungen zu rechnen (2010: 62%; 2025: 66%; 2040: 76%).

In Österreich leben rund 257.000 Menschen im Alter ab 65 Jahren nach einer Krebsdiagnose (Prävalenz). Davon er-

Krebsprävalenz (2002–2023) und Prognose der Krebsprävalenz (2024–2045)

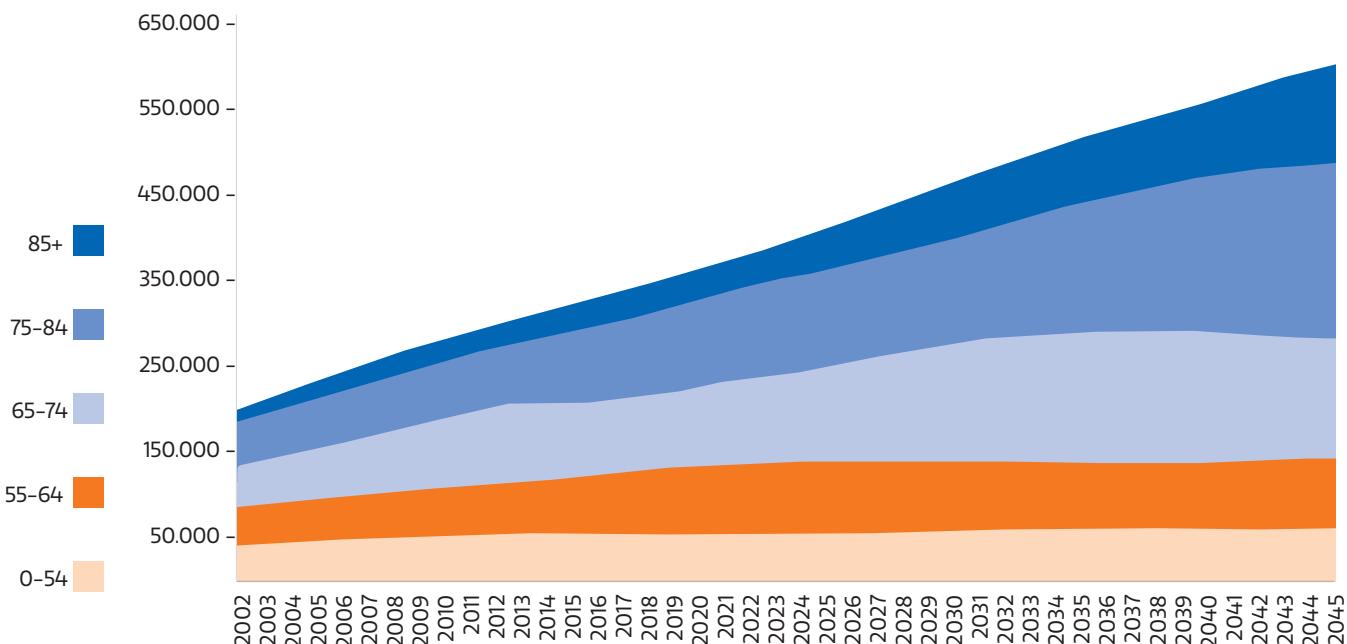


Abb. 2: Personen, die zum jeweiligen Jahresende nach einer Krebsdiagnose in Österreich leben (Krebsprävalenz, Zählung exkl. Mehrfachtumoren)

Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister (Stand 10.01.2025, Prävalenz nach ZMR-Abgleich jeweils am 31.12.) und Todesursachenstatistik sowie Statistik Austria, Prognose der Krebsinzidenz, Krebsprävalenz und Krebsmortalität bis 2045, Trendvariante

hielten etwa 76.000 Personen (30%) die Diagnose in den Jahren 2019–2023 (5-Jahres-Prävalenz) und sind somit besonders relevant für die aktuelle Versorgung. Die Zahl älterer Menschen mit Krebs ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen: Ende 2013 waren es rund 194.000, davon etwa 60.000 mit einer Diagnose innerhalb der letzten fünf Jahre. Somit besteht zwischen 2013 und 2023 eine Steigerung der 5-Jahres-Krebsprävalenz bei Menschen ab 65 Jahren von > 26%. Dieser Trend wird sich fortsetzen: Für das Jahr 2040 wird ein Anstieg auf rund 429.000 Personen ab 65 Jahren, die im Laufe ihres Lebens eine Krebsdiagnose erhalten haben, prognostiziert (**Abbildung 2**). Geht man davon aus, dass weiterhin etwa 30% davon die Diagnose in den letzten fünf Jahren erhalten haben, betrifft dies 2040 rund 129.000 Menschen ab 65 Jahren, die für die Versorgung besonders relevant sind (im Vergleich zu 2013 mehr als eine Verdoppelung). Angesichts der Komplexität der Versorgung älterer Krebspatient:innen (siehe Beitrag Seite 20, 23) stellt dies eine große und zuneh-

mende Herausforderung für das österreichische Gesundheitssystem dar.

Individuelles Krebsrisiko im Alter

Verglichen mit Personen unter 65 Jahren ist das Risiko einer Krebsdiagnose – bezogen auf die zugrunde liegende Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppe – bei Menschen ab 65 Jahren ungefähr verdreifacht (**Abbildung 3**).

In **Abbildung 3** ist auch zu erkennen, dass das Risiko einer Krebsdiagnose im Alter von 75–84 Jahren bei beiden Geschlechtern am höchsten ist und in sehr hohem Lebensalter wieder sinkt. Dieser Verlauf wird auch international so beobachtet.*

Tumorarten bei älteren Menschen

Abbildung 3 zeigt darüber hinaus, dass die im jüngeren Alter häufigsten Krebserkrankungen auch bei älteren Menschen häufig vorkommen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass bei manchen Krebsarten, vor allem im Bereich des Verdauungstrakts (Magen, Darm, Bauchspeicheldrüse), das Erkrankungsrisiko kontinuierlich mit dem Alter ansteigt, während bei

* https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_node.html

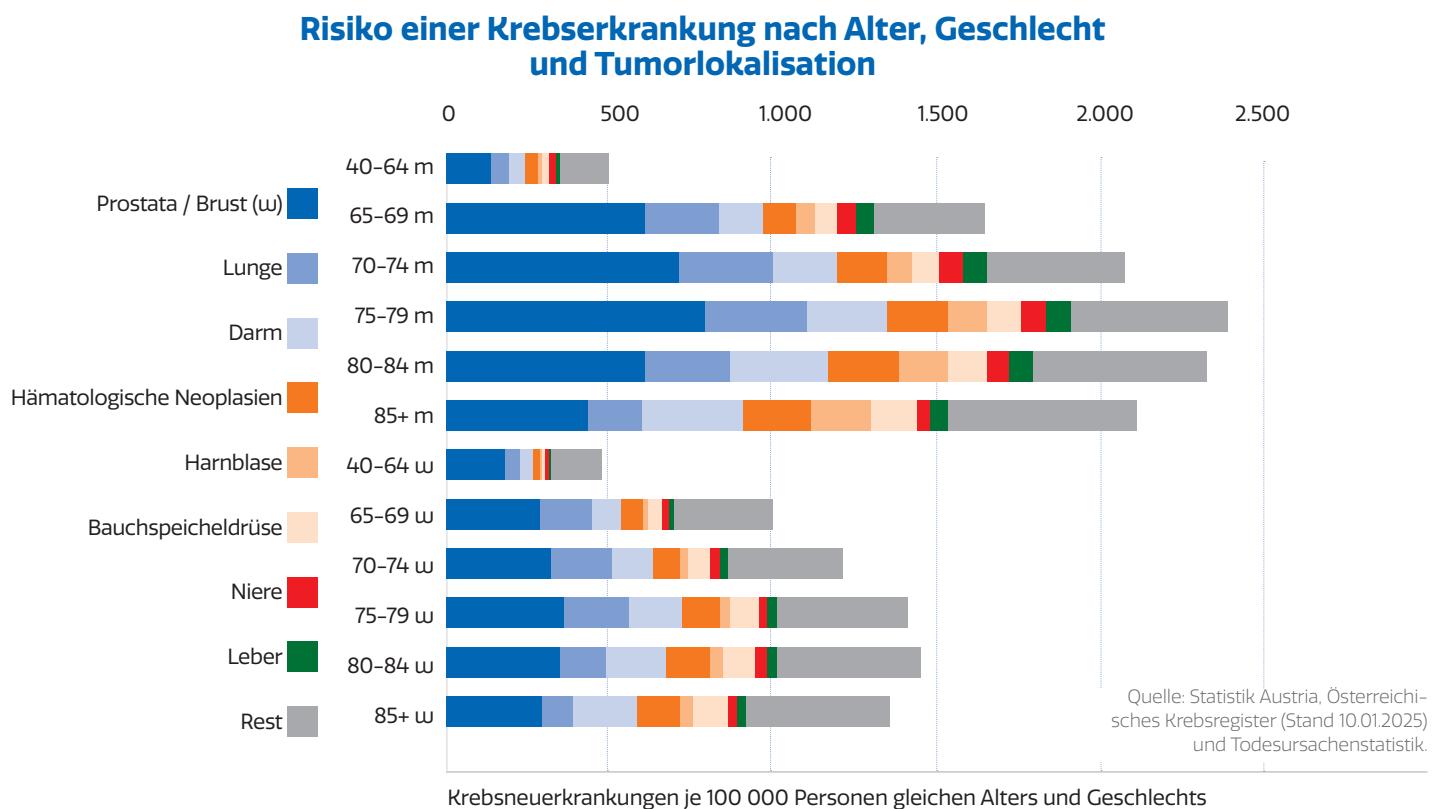


Abb. 3: Krebsneuerkrankungsrisiko unterschiedlicher Altersgruppen, nach Geschlecht und Tumorlokalisation

anderen häufigen Erkrankungen wie Lungen- oder Prostatakrebs das Risiko einer Krebsdiagnose in sehr hohem Alter abnimmt (**Abbildung 4**). Neben der Abnahme des Erkrankungsrisikos ist eine mögliche weitere Erklärung für den Rückgang der Zahlen auch eine Abnahme der Wahrscheinlichkeit, dass eine vorliegende Krebserkrankung diagnostiziert wird. Dies kann im Vorliegen anderer vorrangiger gesundheitlicher Probleme und in der Verringerung der Screeningbemühungen begründet sein. **Abbildung 4** stellt die Risikoverläufe der häufigsten Erkrankungen gegenüber.

Therapie älterer Krebspatient:innen in Österreich

Herausforderungen bei der Behandlung älterer Krebspatient:innen

An anderer Stelle dieses Krebsreports (siehe Wiltschke, Stauder, Seite 20, 23; Strassl, Weltermann, Seite 27) wird ausgeführt, dass die Therapie älterer Krebspatient:innen aufgrund zusätzlicher gesundheitlicher Probleme, der Einnahme anderer Medikamente oder aufgrund von Gebrechlichkeit herausfordernd sein kann, weil Therapien, die im jün-

geren Alter gut vertragen werden, bei älteren Menschen erhebliche und zum Teil gefährliche Nebenwirkungen haben können. Diese Risiken dürfen nicht unterschätzt werden, um Patient:innen nicht zu schaden. Wie im Beitrag von Wiltschke und Stauder (Seite 20, 23) diskutiert, besteht gleichzeitig das Problem, dass ältere Personen oft nicht in klinische Studien eingeschlossen werden und der medizinische Wissensstand darüber, wie effektiv und sicher die Medikamente für ältere Menschen sind, daher im Vergleich zu jüngeren limitiert ist. Ärzt:innen stehen also oft vor der Frage, ob sie Krebstherapien, die bei älteren Patient:innen nicht getestet wurden, bei diesen Patient:innen einsetzen können bzw. sollen.

Andererseits ist in der Abwägung möglicher Therapienebenwirkungen gegenüber einem möglichen Therapienutzen einer Untertherapie oder gar therapeutischer Nihilismus wegen höheren oder hohen Alters unbedingt zu vermeiden, da viele ältere Menschen noch fit genug sind, um von einer Krebstherapie profitieren zu können. Wie im Beitrag

Risiko einer Krebserkrankung nach ausgewählten Altersgruppen und ausgewählten Erkrankungen

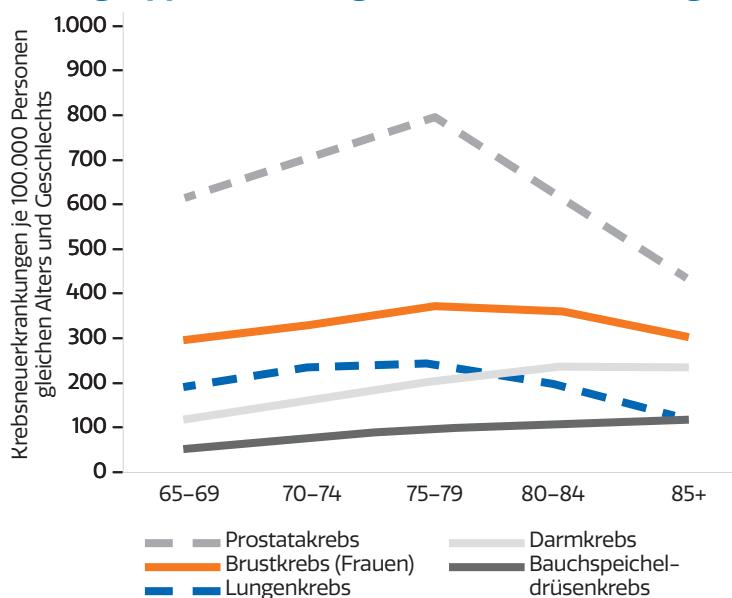


Abb. 4: Risiko der Diagnose ausgewählter Krebserkrankungen bei Menschen ab 65 Jahren

Quelle: Österreichisches Krebsregister (Stand 10.01.2025) und Todesursachenstatistik.

von Stauder und Wiltschke „Krebs und Alter“ dargestellt, spielt das kalendari- sche Alter dabei eine geringere Rolle als das sogenannte „biologische“ Alter. Im klinischen Alltag erlebt man oft, dass Krebstherapien von älteren Menschen ähnlich gut vertragen werden wie von jüngeren Patient:innen.

Neue Daten zur Anwendung innovativer Krebstherapien bei Älteren

Bislang gibt es keine publizierten Daten zur Therapie älterer Krebspatient:innen auf nationaler Basis in Österreich. Im Folgenden haben wir uns der Frage an- genähert, ob ältere Krebspatient:innen in Österreich genauso wie jüngere von den Fortschritten in der Onkologie pro- fitieren, indem sie mit modernen Krebs- medikamenten behandelt werden. Im Fall eines klaren „Alterslimits“ wäre zu erwarten, dass neue Therapien nur bis zu einer bestimmten Altersgrenze (z.B. 65 oder 70 Jahre) gegeben werden. Im wünschenswerten Fall der Berücksichti- gung des **biologischen Alters** und der Tatsache, dass auch ältere Menschen von Therapien profitieren können, wür- de man eine allmähliche Abnahme der Gabe moderner Therapien bis ins hohe

(kalendariische) Alter sehen.

Auf Basis von Daten der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurden im Fol- genden für den Krebsreport 2025 die Daten von 2015 bis 2023 der intramura- len Diagnosen- und Leistungsdokumen- tation im Hinblick auf die beschriebene Fragestellung analysiert. Dabei handelt es sich um anonymisierte Patienten- daten der Krankenanstalten, die primär zum Zweck der Abrechnung nach dem System der leistungsorientierten Kran- kenanstaltenfinanzierung (LKF) erhoben werden.¹ Für die Analyse wurden – stell- vertretend für zahlreiche innovative The- rapien – einige innovative onkologische Medikamente ausgewählt (alphabeti- sche Auflistung):

- Amivantamab (Lungenkrebs)
- Belantamab-Mafodotin (Multiples Myelom)
- Enfortumab Vedotin (Blasenkrebs)
- Ipilimumab (Melanom, Nierenkrebs, Lungenkrebs, Pleurakrebs, Darm- krebs)
- Isatuximab (Multiples Myelom)
- Polatuzumab Vedotin (Lymphdrüsenkrebs)
- Sacituzumab Govitecan (Brustkrebs)
- Tafasitamab (Lymphdrüsenkrebs)
- Trastuzumab Deruxtecan (Brustkrebs)

Gabe innovativer Onkologika

bis ins hohe Alter

In **Abbildung 5** ist ersichtlich, dass alle genannten Therapien in Österreich bis ins hohe Alter eingesetzt werden. Aus- nahmslos alle Substanzen wurden auch bei Patient:innen im Alter ≥ 85 Jahren angewendet. Die Verteilung über die Altersgruppen zeigt, dass keine harte Altersgrenze für die Therapieentschei- dung verwendet wird.

Abbildung 6 zeigt den Anteil der Patient:innen in den jeweiligen Altersgrup- pen, die eines der ausgewählten Me- dikamente erhielten – bezogen auf alle Patient:innen mit der entsprechenden Diagnose. Die insgesamt niedrigen An- teile lassen sich vor allem dadurch erklä-

¹Alle Zahlen beziehen sich auf stationäre Aufenthalte bzw. ambulante Besuche in österreichischen Fondskrankenanstalten (FKA). Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation, BMASGPK (2025)

ren, dass es sich um zielgerichtete Therapien handelt, die nur bei Vorliegen spezifischer molekularer Merkmale eingesetzt werden können, die nicht bei allen Patient:innen mit der jeweiligen Diagnose vorhanden sind. Zudem sind viele der betrachteten Wirkstoffe erst seit 2022 bzw. 2023 in Österreich verfügbar. Die Verteilung über die Altersgruppen hinweg zeigt meist nur geringe Unterschiede. Dies deutet darauf hin, dass auch ältere Krebspatient:innen eine vergleichbare Chance haben, Zugang zu diesen innovativen Therapien zu erhalten, sofern sie aus körperlicher Sicht für die Therapie geeignet sind.

Therapiedauer bei älteren Krebspatient:innen

Alle genannten Therapien werden wiederholt intravenös oder subkutan im Abstand von einer bis mehreren Wochen verabreicht. In einer weiteren Analyse wurde nun die Frage gestellt, ob ältere Patient:innen ähnlich viele Einzeldosen der jeweiligen Therapie (pro Patient:in) erhalten wie jüngere Menschen. Hierzu wurden die Patient:innen in 3 Altersgruppen eingeteilt (< 65; 65–79; 80+). Eine geringere Anzahl an Einzeldosen bei älteren Menschen könnte darauf hindeuten, dass die jeweilige Therapie nicht wirksam oder zu toxisch war. Für keines der untersuchten Onkologika zeigte die ANOVA (Analyse der Varianz) einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen jüngeren, mittelalten und älteren Patient:innen. Es ist daher davon auszu-

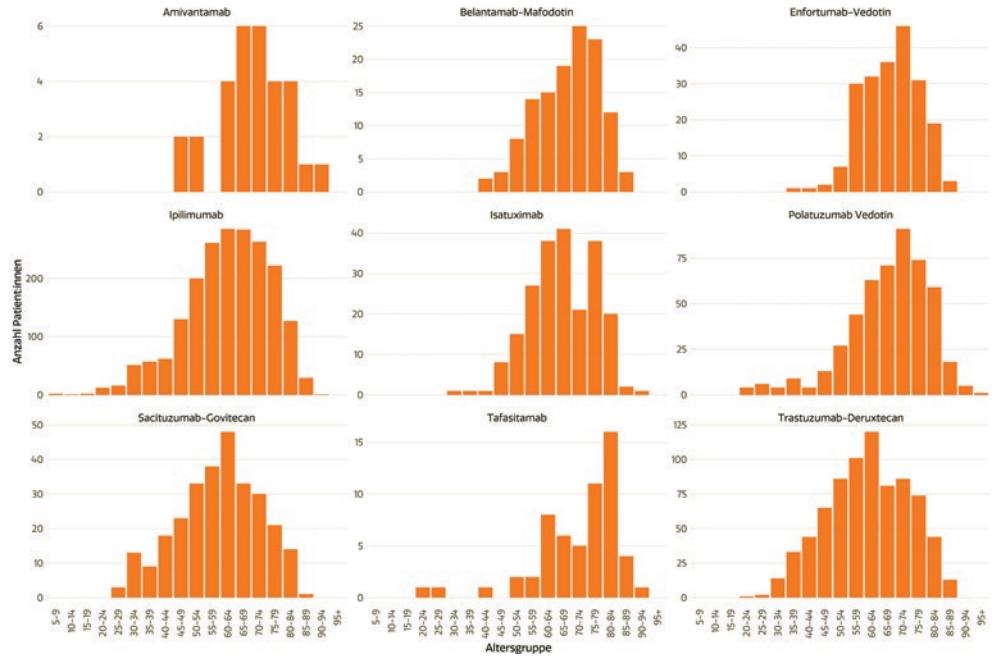


Abb. 5: Gabe von hochpreisigen, innovativen Onkologika über unterschiedliche Altersgruppen in Österreich 2015–2023

Quelle: BMASGPK (2025); Diagnosen- und Leistungsdokumentation. Berechnung und Darstellung: Gesundheit Österreich GmbH

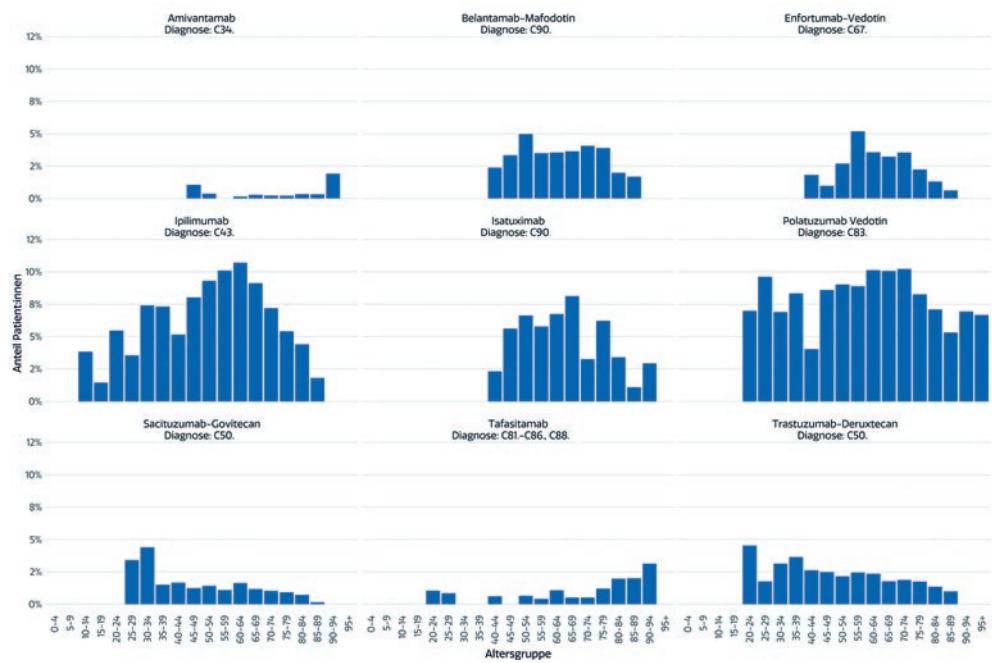


Abb. 6: Anteil der Patient:innen mit entsprechender Diagnose, die eines der ausgewählten Onkologika erhielten, im Vergleich zu allen Patient:innen mit der gleichen Diagnose

Quelle: BMASGPK (2025); Diagnosen- und Leistungsdokumentation. Berechnung und Darstellung: Gesundheit Österreich GmbH

gehen, dass die onkologischen Behandler:innen die Verträglichkeit und Wirksamkeit der jeweiligen Therapien auch bei älteren Patient:innen gut einschätzen konnten.

Verbesserung des Überlebens älterer Krebspatient:innen

Wenn ältere Krebspatient:innen im

Falle ausreichender körperlicher Fitness in Österreich genauso mit innovativen Krebsmedikamenten behandelt werden wie jüngere, dann wäre zu erwarten, dass Verbesserungen im Überleben nach einer Krebsdiagnose auch älteren Menschen zugutekommen. Um diese Frage zu analysieren, wurden Daten

5-Jahres-Überleben von Patient:innen nach einer Krebsdiagnose verglichen zur Gesamtbevölkerung

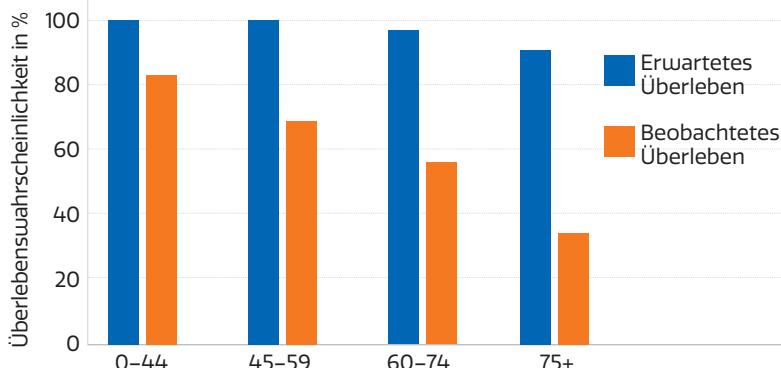


Abb. 7: 5-Jahres-Überleben nach Altersgruppen von Patient:innen mit einer Krebserkrankung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (alters- und geschlechtsgemacht)

Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister (Stand 10.01.2025) und Todesursachenstatistik (Ende der Nachverfolgung 31.12.2024)

zum Überleben nach unterschiedlichen Krebserkrankungen von der Statistik Austria für den Krebsreport 2025 nach Alter analysiert.

Messung von „Überlebensgewinnen“

Beim Vergleich des Überlebens jüngerer mit älteren Patient:innen muss man berücksichtigen, dass ältere Patient:innen schon allein aufgrund ihres Alters und damit verbundener anderer Erkrankungen kürzer leben als jüngere. Deshalb wurde das Überleben nach einer Krebsdiagnose jeweils in Relation zum erwarteten Überleben der gleichen Alterskohorte gesetzt („relatives Überleben“). Die Berechnung von Überlebenswahrscheinlichkeiten nach einer Krebsdiagnose sowie das Konzept des relativen Überlebens wurden bereits im Krebsreport 2022 beschrieben.*

Ältere Menschen haben nach einer Krebsdiagnose aber auch ein schlechteres relatives Überleben als jüngere Patient:innen, weil (wie beschrieben) die Therapie von Krebserkrankungen im Alter erschwert oder unmöglich sein kann (**Abbildung 7**). Krebs hat also bei älteren Menschen einen stärkeren negativen Einfluss auf die Lebenserwartung als bei jüngeren. Daher ist es wichtig, Verbesserungen in der Prognose immer separat pro Altersgruppe zu betrachten. Das relative Überleben fünf Jahre nach einer Krebsdiagnose von Patient:innen

wurde anschließend pro Altersgruppe zwischen den Diagnosejahren 2005–2009 und den Diagnosejahren 2015–2019 verglichen, um festzustellen, ob sich das Überleben nach einer Krebsdiagnose in diesem Zeitraum für die unterschiedlichen Altersgruppen verbessert hat. Diese Verbesserung der Prognose bezeichnet man als „Überlebensgewinn“ („survival gain“). Vor Diskussion der Ergebnisse dieser Analyse ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund von Verzerrungseffekten in den österreichischen Krebsstatistik-Daten durch Nachmeldungen von Krebserkrankungen aus früheren Jahren bei nunmehr verstorbenen Patient:innen keine genaue Analyse von Überlebensgewinnen von Krebspatient:innen möglich ist. Konkret ist zu erwarten, dass sowohl das Überleben onkologischer Patient:innen in Österreich als auch deren Überlebensgewinne über die Zeit unterschätzt werden und dass Verzerrungen der Überlebensgewinne zugunsten älterer Patient:innen entstehen.² Aufgrund dieser Verzerrungseffekte wurden die vorliegenden Daten nur sehr vorsichtig interpretiert. Ergebnisse aus Subgruppen mit Fallzahlen von < 100 Patient:innen wurden aus der Betrachtung ausgeschlossen.

Ältere Menschen profitieren von Fortschritten der Krebsmedizin

Die vorliegenden Daten lassen – vorsichtig interpretiert – den Schluss zu, dass es in den letzten Jahren zu klaren Überlebensgewinnen bei zahlreichen Tumorerkrankungen über alle Altersgruppen gekommen ist. Beim Multiplen Myelom und beim Melanom im regionalisierten Stadium waren die größten Überlebensgewinne über alle Altersgruppen hinweg zu beobachten.

Bei Patient:innen zwischen 65 und 74 Jahren kam es zu deutlichen Überlebensgewinnen (> 5 Prozentpunkte) bei den in **Tabelle 2a** aufgelisteten Erkrankungen.

Große Überlebensgewinne (> 5 Prozentpunkte) bei Patient:innen ab 75 Jahren lagen bei den in **Tabelle 2b** dargestellten Erkrankungen vor.

* Hackl M, Eglau K, Gerger A et al., Epidemiologie von Krebserkrankungen. Österreichischer Krebsreport 2022, S. 16 ff

² Da in Österreich sog. DCN-Fälle („death certificate notified“; also dem Krebsregister ursprünglich nur vom Totenschein bekannte Krebsfälle) nicht als solche im Krebsregister gekennzeichnet werden, können diese Fälle bei Auswertungen nicht ausgeschlossen werden und führen zu den beschriebenen Verzerrungseffekten. Je höher der Anteil an DCN-Fällen (in Österreich unbekannt), desto stärker sind diese Effekte.

Krebsart	Überlebensgewinn in Prozentpunkten (absolut)
Multiples Myelom	14,1
Blasenkrebs im regionalisierten Stadium	11,6
Nierenkrebs im regionalisierten Stadium	9,5
Lungenkrebs im lokalisierten Stadium	8,8
Kopf-Hals-Tumoren im regionalisierten Stadium	8,5
Lungenkrebs im regionalisierten Stadium	7,7
Schwarzer Hautkrebs im regionalisierten Stadium	6,3
Eierstockkrebs im regionalisierten Stadium	5,6
Schilddrüsengekrebs im regionalisierten Stadium	5,0

Tab. 2a: Überlebensgewinn (relatives 5-Jahres-Überleben) 2015–2019 im Vergleich zu 2005–2009 bei Patient:innen zwischen 65 und 74 Jahren in Österreich

Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister (Stand 10.01.2025) und Todesursachenstatistik.

Krebsart	Überlebensgewinn in Prozentpunkten (absolut)
Prostatakrebs im regionalisierten Stadium	21,9
Magenkrebs im regionalisierten Stadium	11,2
Multiples Myelom	9,3
Schwarzer Hautkrebs im regionalisierten Stadium	8,8
Lungenkrebs im lokalisierten Stadium	7,2
Non-Hodgkin-Lymphom	5,8
Prostatakrebs im lokalisierten Stadium	5,2

Tab. 2b: Überlebensgewinn (relatives 5-Jahres-Überleben) 2015–2019 im Vergleich zu 2005–2009 bei Patient:innen ab 75 Jahren in Österreich

Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister (Stand 10.01.2025) und Todesursachenstatistik.

Bei vielen anderen Krebsarten wurden kleinere Überlebensgewinne verzeichnet. Bei der Interpretation der präsentierten Daten ist neben der wahrscheinlichen Unterschätzung von Überlebensgewinnen auch zu berücksichtigen, dass der Zugewinn ausgehend von sehr unterschiedlichen Werten stattfand. Insgesamt zeigt sich, dass Überlebensgewinne auch in zahlreichen Therapiesituationen älterer und alter Patient:innen beobachtet werden können.

Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigen die vorliegenden Daten, dass das Krebsrisiko mit dem Alter ansteigt und die Mehrheit aller Krebspatient:innen 65 Jahre und älter ist. Auch bei älteren und alten Menschen führt eine Krebserkrankung zu einer erhöhten Sterblichkeit, wobei die Auswirkung einer Krebserkrankung auf die Lebenserwartung erheblich mit der Art der Erkrankung zusammenhängt.

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Anzahl älterer Menschen, die an Krebs erkranken (Inzidenz), und noch mehr die Anzahl jener Älterer, die in den letzten fünf Jahren eine Krebsdiagno-

se erhielten (5-Jahres-Prävalenz), in den nächsten Jahren ansteigen. Dies wird für das österreichische Gesundheitssystem eine große Herausforderung darstellen, nicht zuletzt auch, weil die Betreuung älterer Menschen mit Krebs oft komplex ist (siehe Wiltschke, Stauder; Seite 20 und 23).

Trotz dieser Herausforderungen zeigen unsere erstmals für Österreich analysierten Daten, dass auch ältere Personen in Österreich mit sehr innovativen (und hochpreisigen) Medikamenten behandelt werden. Dies geschieht, wie unsere Daten eindrucksvoll dokumentieren, bis ins hohe Alter und belegt, dass bei der Behandlung Älterer in Österreich keine Altersgrenzen existieren.

Die Analyse der Überlebensgewinne älterer im Vergleich zu jüngeren Menschen mit Krebserkrankungen zeigt – unter Berücksichtigung methodischer Schwächen –, dass in Österreich bei älteren und alten Menschen neue Krebsmedikamente eingesetzt werden und ältere und alte Patient:innen auch einen Nutzen durch onkologische Innovationen erfahren.

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



Fokus Krebs bei älteren und alten Menschen



**ÖSTERREICHISCHER
KREBSREPORT**

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

Krebs und Alter

Herausforderungen und Perspektiven in der Onkologie

Die Entwicklungen der modernen Onkologie in Diagnostik und Therapie haben einerseits zu einer Verbesserung der Lebenserwartung von Krebspatient:innen geführt, andererseits hat damit die Zahl der in Behandlung stehenden Patient:innen deutlich zugenommen. Es können auch Patientengruppen wie ältere und alte Menschen behandelt werden, die bisher weitgehend von einer onkologischen Behandlung ausgeschlossen waren. Das hat zur Entwicklung einer Spezialdisziplin, der geriatrischen Onkologie, geführt, die sich speziell diesem Thema widmet.

Demografische Entwicklung der Altersverteilung in Europa

Die europäische Bevölkerung altert rapide. Nach Angaben von Eurostat wird der Anteil der über 65-Jährigen bis 2050 auf nahezu 30% steigen. Bereits heute sind etwa 60% aller Krebserkrankungen in Europa bei Personen über 65 Jahren zu verzeichnen. Der demografische Wandel führt somit zu einer signifikanten Zunahme an onkologischen Erkrankungen im Alter (**Abbildung**).

„Alter“ aus medizinischer und biologischer Sicht

Alter ist kein einheitliches Konzept. Mediziner:innen unterscheiden zwischen „kalendarischem Alter“ (das tatsächliche Lebensalter), „biologischem Alter“ (das funktionelle Alter eines Organismus, abhängig von körperlicher und geistiger Verfassung) und „psychosozialem Alter“ (das empfundene Alter in Bezug auf soziale Rolle und Lebensumfeld). In der Onkologie ist insbesondere das biologische Alter entscheidend, da es die Therapiefähigkeit und die Prognose beeinflusst.

Wer ist alt? Kalendarisches vs. biologisches Alter

Traditionell werden Patient:innen ab 65 Jahren als „alt“ und ab 75 Jahren als „hochbetagt“ definiert. Diese Schwellenwerte sind jedoch eher historisch zu sehen und umstritten. In der Onkologie sind funktionelle Parameter (z.B. Gebrüchlichkeit, Komorbiditäten, kognitive Leistungsfähigkeit, funktionelle Aktivitäten) entscheidender als das kalendarische Alter. Beispielsweise kann ein biologisch junger 75-Jähriger eine Therapie besser tolerieren als ein gebrüchlicher 65-Jähriger.

Warum brauchen ältere Patient:innen ein angepasstes Management?

Altersbezogene Lebenserwartung

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Diagnosestellung verändert sich stark mit dem Alter und dem Gesundheitsstatus. Ältere Patient:innen haben eine kürzere verbleibende Lebenserwartung, was Einfluss auf Therapieentscheidungen hat. Das spielt bei der Bewertung von möglichem Nutzen (längeres Überleben und bessere Lebensqualität) im Verhältnis zu möglichem Schaden (Nebenwirkungen, Komplikationen) eine entscheidende Rolle.

Mehr Begleiterkrankungen

Multimorbidität ist im Alter die Regel. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronische Lungenerkrankungen oder Demenz können den Verlauf und die Therapieoptionen einer Krebserkrankung erheblich beeinflussen. Damit zusammenhängend ist auch von einer höheren Komplikationsrate der onkologischen Therapien auszugehen, was sich in häufigeren Hospitalisierungen und Therapieabbrüchen widerspiegelt.

Oncological Patient:innen in Europa nach Altersgruppen

Ein differenzierteres Therapiemanagement bei älteren Patient:innen ist daher essenziell.

Fehlende Evidenz für die Behandlung älterer Patient:innen

Der größte Teil der Evidenz sowie die Leitlinien unserer heute angewandten onkologischen Therapien basieren auf Ergebnissen von klinischen Studien, die in den wissenschaftlichen Gremien bewertet werden. Viele klinische Studien haben aber bisher ältere oder gebrechliche Patient:innen ausgeschlossen. Dadurch fehlt eine gesicherte Datenlage zur Wirksamkeit und Sicherheit von Therapien bei dieser wichtigen Patientengruppe. Dies erschwert evidenzbasierte Entscheidungen in der klinischen Praxis.

Deshalb haben sich Fachgesellschaften wie die EORTC, SIOG oder DGHO und ÖGHO zum Ziel gesetzt, auf Basis der derzeit vorliegenden Informationen Leitlinien zur Betreuung älterer Krebspatient:innen zu erstellen und zu publizieren. Man muss aber zugeben, dass für die dabei gegebenen Empfehlungen relativ oft nur persönliche Erfahrungen, aber keine studienmäßige Evidenz zur Verfügung stehen.

Geriatrische Assessments

Die Einschätzung der Therapiefähigkeit von älteren Patient:innen beruht in vielen onkologischen Institutionen nach wie vor auf einer eher oberflächlichen Schnellbeurteilung. Ein strukturiertes geriatrisches Assessment hilft besser, funktionelle Defizite zu identifizieren und Prognose, Lebenserwartung sowie Therapieziele realistisch einzuschätzen. Das wurde bereits in mehreren

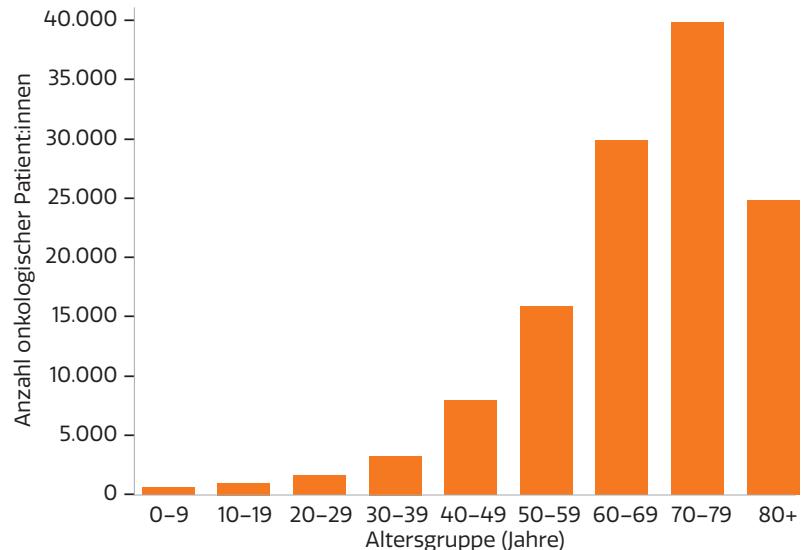


Abb.: Altersverteilung onkologischer Patient:innen in Europa (nach Dekaden)

Quelle: Beispielhafte Daten basierend auf Eurostat und ECIS (European Cancer Information System), 2024

klinischen Studien festgestellt. Zu den etablierten Instrumenten gehören:

- **Screening:** G8-Score
- **Chronische Komorbiditäten:** CIRS-G, Charlson Comorbidity Index (CCI)
- **Ernährung:** Mini Nutritional Assessment (MNA)
- **Kognition:** Mini Mental Status Examination (MMSE)
- **Alltagskompetenz:** Barthel-Index, Instrumental Activities of Daily Living (IADL), TUG (Timed Up & Go)

Diese Scores ermöglichen eine angepasste Therapiewahl und helfen, Über- oder Untertherapie zu vermeiden. Derzeit wird u.a. diskutiert, ob alle über 70-Jährigen verpflichtend einem geriatrischen Screening vor einem Tumorboardbeschluss unterzogen werden sollten. Die dazu notwendigen standardisierten Assessmentverfahren sind in der Geriatrie validiert, jedoch in der Onkologie nach wie vor in Diskussion, und ein klarer Konsens besteht noch nicht. Die Wirksamkeit des geriatrischen Assessments in der Betreuung älterer Krebspatient:innen wurde aber mittlerweile in Phase-III-Studien gezeigt. Das sogenannte pragmatische geriatrische Assessment (PGA) hat das Ziel, das Assessment zu vereinfachen und zu stan-

dardisieren. Eine Version in deutscher Sprache ist in Ausarbeitung.

Besondere Herausforderungen bei der onkologischen Therapie älterer Patient:innen

Generell sind die möglichen onkologischen Behandlungsmethoden bei älteren Patient:innen nicht anders als bei jüngeren. Die geriatrische Onkologie versucht aber festzustellen, bei welchen Therapieschritten eventuell doch ein angepassteres Vorgehen notwendig ist.

Operative Therapien:

Ältere Patient:innen tragen ein erhöhtes Risiko für postoperative Komplikationen. Minimalinvasive Verfahren und Prähabilitationsprogramme können helfen, Risiken zu reduzieren.

Strahlentherapie:

Eine gleichwertige Wirksamkeit ist meist gegeben, aber die Strahlenempfindlichkeit kann im Alter zunehmen. Hypofraktionierte Schemata werden zunehmend bevorzugt.

Chemotherapie:

Toxizität und Verträglichkeit sind aufgrund fehlender Erfahrung schwer vorhersagbar, aber es ist doch von einer

höheren Komplikationsrate auszugehen. Dosisreduktionen oder orale Regime können eine Option darstellen.

Zielgerichtete Therapien:

Diese werden oft besser vertragen, sind aber auch bei älteren Patient:innen bislang unzureichend untersucht. Auch hier fehlen oft Daten für gebrechliche Subgruppen.

Mögliche Verbesserungen

Die derzeit bei uns gängige Praxis der Versorgung von älteren Krebspatient:innen ist noch in einigen Bereichen nicht befriedigend gelöst. Als mögliche Ansätze für eine Verbesserung wären anzuführen:

1. Breitere Einbeziehung älterer Patient:innen in klinische Studien
2. Interdisziplinäre onkologische und geriatrische Teams
3. Ausbau geriatrisch-onkologischer Versorgungsstrukturen
4. Etablierung standardisierter geriatrischer Assessmentpfade
5. Schulung des medizinischen Personals in Altersmedizin

Christoph Wiltschke, Reinhard Stauder

Ausgewählte Literatur:

- Cabrera Chien L et al., Geriatric assessment-driven interventions among hospitalized older adults with cancer (GAIN-HOSP) – a prospective pilot study. *J Geriatr Oncol* 2025; 16(1):102063
- Dale W et al., Geriatric oncology comes of age: advancing the science of caring for older adults with cancer. *J Clin Oncol* 2021; 39(19):2055
- Diaz FC et al., Geriatric oncology: a 5-year strategic plan. *American Society of Clinical Oncology Educational Book* 2024; 44(3):e100044
- Goede V et al., Multidisciplinary care in the hematology clinic: implementation of geriatric oncology. *J Geriatr Oncol* 2018; 10(3):497–503
- Hamaker ME et al., Clinical judgement and geriatric assessment for predicting prognosis and chemotherapy completion in older patients with a haematological malignancy. *Leuk Lymphoma* 2016; 57(11):2560–67
- Klepin HD et al., Predictors of unplanned hospitalizations among older adults receiving cancer chemotherapy. *JCO Oncol Pract* 2021; 7(6):e740–e752
- Lichtman SM et al., From assessment to implementation and beyond in cancer and aging research. *Journal of Clinical Oncology* 2021; 39(19):2217–25
- Mohile SG et al., Evaluation of geriatric assessment and management on the toxic effects of cancer treatment (GAP70+): a cluster-randomised study. *Lancet* 2021; 398(10314):1894–904
- Pinker I et al., Representation of geriatric oncology in cancer care guidelines in Europe: a scoping review by the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *ESMO Open* 2025; 10(5):105052

Fazit

Ältere Krebspatient:innen stellen eine wachsende und heterogene Patientengruppe dar. Ihr Management erfordert individualisierte interdisziplinäre Konzepte unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Die Kombination aus onkologischer und geriatrischer Expertise ist für eine qualitativ hochwertige, lebensqualitätsorientierte Versorgung notwendig. Ein entscheidender Ansatzpunkt ist die konsequente Anwendung standardisierter geriatrischer Assessments – auch durch Onkolog:innen selbst. Diese ermöglichen eine strukturierte Erfassung funktioneller Einschränkungen, Komorbiditäten und Therapieziele. Ihr Einsatz verbessert nachweislich die Therapieplanung und die Lebensqualität älterer Patient:innen.

Krebstherapie bei Patient:innen mit Vorerkrankungen

Die Behandlung einer Krebserkrankung wird bei den meisten Patient:innen die höchste Priorität unter den für sie notwendigen medizinischen Therapien haben. Man muss allerdings davon ausgehen, dass bei einer Mehrheit der Patient:innen auch andere Vor- oder Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) vorliegen, die eventuell die onkologische Therapie beeinflussen können. Das wird insbesondere bei älteren Krebspatient:innen zu einem wichtigen Faktor des onkologischen Managements.

Häufigkeit von Krebstherapie-limitierenden Komorbiditäten bei älteren Patient:innen

Komorbiditäten sind bei onkologischen Patient:innen häufig und können die Diagnose sowie die Therapieentscheidung und -durchführung erheblich beeinflussen. Studien zeigen, dass rund 60–70% der Krebspatient:innen zum Zeitpunkt der Diagnose mindestens eine relevante Begleiterkrankung aufweisen. Am häufigsten sind kardiovaskuläre Erkrankungen, chronische Niereninsuffizienz, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Diabetes mellitus und Leberfunktionsstörungen.

Mit steigendem Alter nehmen Zahl und Schwere von Komorbiditäten deutlich zu. Bei Patient:innen über 70 Jahren liegt die Prävalenz von zumindest zwei oder mehr Komorbiditäten bei über 50%. Dies wirkt sich auf die Therapietoleranz, den Medikamentenstoffwechsel und die Prognose aus. Zudem ist die Wechselwirkung zwischen Tumorthерапie und Komorbidität ein zentraler Aspekt individualisierter Behandlungsplanung.

Dabei wird gezielt darauf geachtet: Welche Therapien verträgt der oder die Betroffene überhaupt? Wie müssen Dosis, Medikamente oder Behandlungsabläufe angepasst werden? Welche Risiken bestehen durch Wechselwirkungen?

Einschluss von Patient:innen mit Vorerkrankungen in klinische Studien

Patient:innen mit signifikanter Komorbidität werden häufig aus klinischen Studien ausgeschlossen, weil Komorbiditäten als „Störfaktoren“ wirken, welche die Effektivität einer neuen Therapie negativ beeinflussen können. Dadurch fehlt es an gesicherter Evidenz zur Sicherheit und Wirksamkeit onkologischer Therapien für diese Patientengruppe. Besonders betroffen sind Dialysepatient:innen, Personen mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz (NYHA III/IV) oder Leberzirrhose.

Komorbiditäten als prägender Faktor in der Onkologie älterer Menschen: Hohe Prävalenz altersassoziiierter Begleiterkrankungen bei Krebspatient:innen

Aktuelle Leitlinien

Die derzeitigen Leitlinien zur onkologischen Behandlung verschiedener Tumorentitäten empfehlen eine individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung bei Komorbiditäten. Die international führende Gesellschaft für Klinische Onkologie (ASCO) spricht sich für ein strukturiertes Vorgehen aus, wobei die Einschätzung der „funktionellen Reserve“ – d.h. der Fähigkeit des Körpers, gesundheitliche Belastungen auszuhalten und sich davon zu erholen – sowie von Komorbiditäten wird.

Häufigkeit von Komorbiditäten bei onkologischen Patient:innen in Europa, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen

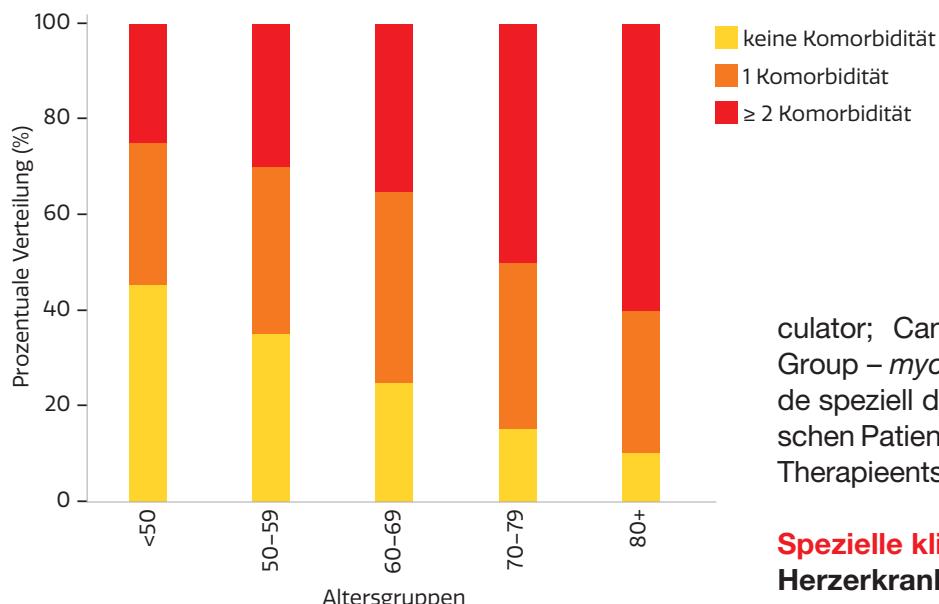


Abb.: Onlinerecherche: Die in der Grafik verwendeten Daten sind synthetisch. Sie basieren nicht auf einer konkreten Einzelstudie, sondern spiegeln typische epidemiologische Trends wider, wie sie in der Literatur beschrieben sind.

täten und Lebenserwartung zentral ist. Ein breit angewandtes geriatrisch-onkologisches Assessment, also eine systematische Untersuchung älterer Menschen mit Krebs, wird zunehmend gefordert.

Ziel ist es, zu erkennen:

- Wie fit oder gebrechlich ist der Patient bzw. die Patientin?
- Welche körperlichen, geistigen oder sozialen Einschränkungen gibt es?
- Welche Ressourcen und Risiken bestehen im Hinblick auf die Krebstherapie?

Empfehlung zum strukturierten geriatrisch-onkologischen Assessment: Individualisierte Risiko-Nutzen-Abwägung im Fokus aktueller Leitlinien

Als EDV-gestütztes Verfahren wurde der CARG-Score (Cancer and Aging Research Group Score)* entwickelt, um die Risiken schwerer Chemotherapie-Toxizitäten (Grad 3-5; z.B. Fieber, Blutbildveränderungen, Durchfall, Herzrhythmusstörungen, Leberversagen, Nierenschaden) vorherzusagen und somit zu reduzieren (siehe Chemo-Toxicity Cal-

culator; Cancer and Aging Research Group – mycarg.org). Dieser Score wurde speziell dafür entwickelt, bei geriatrischen Patient:innen eine individualisierte Therapieentscheidung zu unterstützen.

Spezielle klinische Situationen

Herzerkrankungen

Patient:innen mit koronarer Herzkrankheit (einer chronischen Erkrankung der Herzkranzgefäße), Herzschwäche oder Herzrhythmusstörungen sind besonders vulnerabel gegenüber herzschädigenden Substanzen. Dazu gehören manche Chemotherapeutika oder Antikörper, die z.B. bei Brustkrebstherapien Standard sind. Eine enge Abstimmung mit Herzspezialist:innen („Cardio-Oncology“) ist notwendig, um die Belastbarkeit des Herzens fachgerecht einzuschätzen und mögliche Risiken frühzeitig zu erkennen.

Nierenerkrankungen

Eine eingeschränkte Nierenfunktion beeinflusst den Stoffwechsel vieler Zytostatika und zielgerichteter Therapien, so z.B. die Effizienz, mit der ein Krebsmedikament im Körper ausgeschieden wird. Einige Standardchemotherapeutika, u.a. bei Brust- oder Lungenkrebs, schädigen das Nierengewebe und führen zu einer Anreicherung toxischer Wirkstoffe im Blut. Bei einer stark eingeschränkten Nierenfunktion ($GFR < 30 \text{ ml/min}$) ist eine Dosisanpassung oder Therapieumstellung erforderlich.

Spezialfall: Dialysepatient:innen

Für diese Gruppe von Patient:innen mit mechanischer Nierenersatztherapie gibt es kaum Studiendaten zur Krebstherapie. Viele der eingesetzten Wirkstoffe

sind dialysierbar – das heißt, sie werden während der Dialyse entfernt – oder kumulieren zwischen den Dialysezyklen und erreichen damit zu hohe Dosierungen im Körper. Praktisch gesehen sind daher die meisten onkologischen Therapien bei Dialysepatient:innen kaum anwendbar.

Eine Ausnahme ist die Immuntherapie, die (selbst ohne Evidenz aus Studien) auch bei hochgradiger Nierenschädigung einsetzbar sein dürfte. Entscheidend sind eine enge Abstimmung mit Nierenspezialist:innen sowie eine genaue Berechnung zur Vorhersage, wie ein Medikament im Körper aufgenommen, verteilt, abgebaut und ausgeschieden wird.

Lungenerkrankungen

Bei chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) oder Lungenfibrose besteht ein erhöhtes Risiko für Komplikationen unter Strahlentherapie oder bestimmten zielgerichteten onkologischen Medikamenten. Ein Lungenfunktionstest vor Therapieeinleitung ist daher obligat. Eine gar nicht seltene Schwierigkeit ist, dass bei fehlender Operationstauglichkeit selbst bereits die Diagnose der Tumorerkrankung erschwert ist, wenn dafür Gewebe aus der Lunge entnommen werden müsste.

Lebererkrankungen

Die Leber ist das zentrale Stoffwechselorgan. Lebererkrankungen beeinflussen die Verstoffwechslung und die Nebenwirkungen vieler Medikamente. Bei deutlich eingeschränkter Leberfunktion (Leberinsuffizienz, Stadium Child-Pugh B/C) ist daher große Vorsicht geboten. Besonders immuntherapeutische Substanzen können sich schädlich auf die Leber auswirken.

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes mellitus oder Schilddrüsenerkrankungen erfordern besondere Aufmerksamkeit bei Therapien, die metabolisch wirken, d.h. den Stoffwechsel (Blutzucker, Hormone) beeinflussen (z.B. Steroide, mTOR-Inhibitoren, Checkpoint-Inhibitoren). Eine engmaschige Kontrolle des Blutzuckers und eine Mitbetreuung durch Stoffwechselspezialist:innen sind empfehlenswert.

Patient:innen unter immunschwächender Therapie

Patient:innen nach Organtransplantation oder Patient:innen mit Autoimmunerkrankungen, die Therapien erhalten, die das Immunsystem stark unterdrücken, stellen eine besondere Herausforderung dar.

Die Unterdrückung des Immunsystems nach Organtransplantation bzw. bei Autoimmunerkrankungen hat das Ziel, eine Abstoßung des Fremdorgans bzw. den Angriff des Immunsystems auf körpereigene Zellen zu verhindern.

Manche onkologische Therapien, im Speziellen die Immuncheckpoint-Inhibitoren, können in diesen Situationen gefährlich sein, da sie genau den gegenteiligen Effekt haben, nämlich die Immunaktivität im Körper zu verstärken. Dies ist für Tumorerkrankungen erwünscht, kann sich aber negativ auf transplantierte Organe oder die erwähnten Vorerkrankungen auswirken. Die meisten Chemotherapien

sind hingegen – abgesehen von einer kumulativen Myelotoxizität (d.h. einer dosisabhängigen Schädigung des Knochenmarks) – bei diesen Patient:innen weniger problematisch zu sehen. Aller-

Therapieanpassung anhand funktioneller, nicht alterschronologischer Kriterien

dings können Chemotherapien durch Knochenmarkschädigung das Risiko für Infektionen erhöhen, daher ist eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung unerlässlich.

Geriatische Patient:innen

Multimorbidität, Gebrechlichkeit und eingeschränkte Reservekapazitäten (sprich, Widerstandskraft gegenüber gesundheitlichen Belastungen) erfordern eine umfassende geriatrische Abklärung („Comprehensive Geriatric Assessment“ – CGA)**. Die Therapie muss nicht automatisch reduziert werden, sondern sollte an den funktionellen Status der Betroffenen angepasst werden. Zentrale Fragen in diesem Zusammenhang sind beispielsweise, wie selbstständig, körperlich leistungsfähig und alltagsfit eine Person ist.

Optimierungspotenziale

Um eine optimale Versorgung der immer größer werdenden Zahl onkologischer Patient:innen mit Vorerkrankungen zu gewährleisten, wären folgende Punkte in Zukunft wünschenswert:

- Systematische Integration von Vorerkrankungen in Studiendesigns
- Interdisziplinäre Fallkonferenzen mit Fachspezialist:innen (Nephrologie, Kardiologie, Geriatrie) während der onkologischen Therapie
- Entwicklung adaptierter Leitlinien für Patient:innen mit Vorerkrankungen
- Digitale Tools zur Risikostratifizierung und Pharmakokinetik (z.B. CARG-Score*)

■ Bessere Schulung des medizinischen Personals im Umgang mit Komorbiditäten

Christoph Wiltschke, Reinhard Stauder

Fazit

Komorbiditäten sind bei onkologischen Patient:innen die Regel, nicht die Ausnahme. Ihre Berücksichtigung ist für eine sichere und wirksame Krebstherapie essenziell. Eine strukturierte, interdisziplinäre und evidenzbasierte Herangehensweise verbessert die Versorgung dieser wachsenden Patientengruppe.

* Der CARG-Score (Cancer and Aging Research Group Score) ist ein validiertes Instrument zur Einschätzung des Risikos schwerwiegender Chemotherapie-Nebenwirkungen bei älteren Patient:innen. Er ermöglicht eine individualisierte Risikoabschätzung und unterstützt klinische Entscheidungen zur Anpassung der Krebstherapie bei multimorbidien oder gebrechlichen Personen. Er hilft dabei, Übertherapie bei gebrechlichen Patient:innen zu vermeiden, Therapieabbrüche zu reduzieren und Lebensqualität zu erhalten.

** Das Umfassende „Geriatrische Assessment (CGA)“ ist ein multidimensionaler, interprofessioneller Prozess zur ganzheitlichen Beurteilung älterer Menschen, der medizinische, psychosoziale, kognitive und funktionelle Defizite sowie Ressourcen erfasst, um einen individuellen Therapie- und Pflegeplan zu erstellen, der die Lebensqualität verbessert und eine optimale Genesung ermöglicht.

Ausgewählte Literatur:

- Balic M et al., Prevalence of comorbidity in cancer patients scheduled for systemic anticancer treatment in Austria: a cross-sectional multicenter observational study. *MEMO – Magazine of European Medical Oncology* 2019; 12:290–96
- Cabrera Chien L et al., Geriatric assessment-driven interventions among hospitalized older adults with cancer (GAIN-HOSP) – a prospective pilot study. *J Geriatr Oncol* 2025; 16(1):102063
- Dale W et al., Practical assessment and management of vulnerabilities in older patients receiving systemic cancer therapy – ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol* 2023; 41(26):4293
- Flannery MA et al., Understanding treatment tolerability in older adults with cancer. *J Clin Oncol* 2021; 39(19):2150–63
- Goede V et al., Multidisciplinary care in the hematology clinic: implementation of geriatric oncology. *J Geriatr Oncol* 2019; 10(3):497–503
- Hamaker ME, Augschoell J, Stauder R. Clinical judgement and geriatric assessment for predicting prognosis and chemotherapy completion in older patients with a haematological malignancy. *Leuk Lymphoma* 2016 Nov; 57(11):2560–67
- Hurria A et al., Improving the evidence base for treating older adults with cancer: American Society of Clinical Oncology Statement. *J Clin Oncol* 2015; 33(32):3826–33
- Hurria A et al., Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. *J Clin Oncology* 2011; 29(25):3457–65
- Nagl L, Koiring K, Hofer F, Stauder R. Comorbidities cluster with impairments in functional capacities, performance status and in mood and are associated with an unfavourable clinical outcome in elderly patients with a haematological malignancy. *Leuk Lymphoma* 2020 Apr; 13:1–11
- Rodin MB, Mohile SG. A practical approach to geriatric assessment in oncology. *J Clin Oncol* 2007; 25(14):1936–44
- Sarfati D et al., The impact of comorbidity on cancer and its treatment. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2016; 66(4):337–50

Polypharmazie bei Krebspatient:innen in Österreich

Relevanz, Evidenzlage und Lösungsansätze

Bedeutung von Polypharmazie bei Krebspatient:innen

Polypharmazie – meist definiert als die gleichzeitige Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten – ist bei Krebspatient:innen weitverbreitet und stellt ein bedeutendes Risiko für Medikamenteninteraktionen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Adhärenzprobleme dar.¹⁻³ In weiterer Folge können daraus funktionelle Einschränkungen, eine verminderte Lebensqualität, häufige Krankenhausaufenthalte und eine erhöhte Gesamt mortalität resultieren.⁴⁻⁷ Diese Problematik gewinnt zunehmend an Bedeutung, da viele Krebserkrankungen mittlerweile zu chronischen Erkrankungen mit längerfristigem Überleben geworden sind und komplexe Therapiekonzepte erfordern. Die Krebstherapie in Kombination mit der notwendigen Behandlung von Komorbiditäten führt so zu einer immer weiter ansteigenden Medikamentenzahl.^{8, 9}

Gerade in palliativen Situationen oder wenn die Lebenserwartung auf wenige Jahre begrenzt ist, sollte der klinische Nutzen bestimmter Medikamente kritisch hinterfragt werden, da Langzeiteffekte womöglich irrelevant sind, während Arzneimittelnebenwirkungen und -interaktionen akute Beschwerden verursachen können.^{10, 11}

Datenlage und Erkenntnisse

Die Studienlage zu Polypharmazie bei Krebspatient:innen in Österreich ist begrenzt, wobei die vorhandenen Arbeiten die internationalen Daten widerspiegeln und die Relevanz der Thematik auch in Österreich zeigen.

Eine multizentrische, prospektive Beobachtungsstudie an 12 onkologischen Zentren in Österreich untersuchte die Häufigkeit von Komorbiditäten bei Krebspatient:innen zu Beginn einer systemischen Antitumortherapie.¹² 86% der Patient:innen waren von zumindest einer Begleiterkrankung betroffen, mit zunehmendem Alter zeigte sich eine signifikante Zunahme von Komorbiditäten. Die Anzahl von Komorbiditäten wiederum korrelierte mit der Medikamentenzahl: Je mehr Begleiterkrankungen vorlagen, desto mehr Medikamente wurden eingenommen (**Abbildung 1**). Damit weist diese Untersuchung auf eine schon zu Therapiebeginn bestehende relevante Medikamentenlast hin, die durch die onkologische Therapie weiter zunimmt. Diese Zahlen unterstreichen die Notwendigkeit eines strukturierten Medikationsmanagements

Mehr als ein Drittel der Patient:innen mit unheilbarer Krebs-erkrankung ist bereits zu Therapiebeginn von Polypharmazie betroffen; im Krankheitsverlauf verdop-pelt sich dieser Anteil.

Polypharmazie bei onkologischen Patient:innen

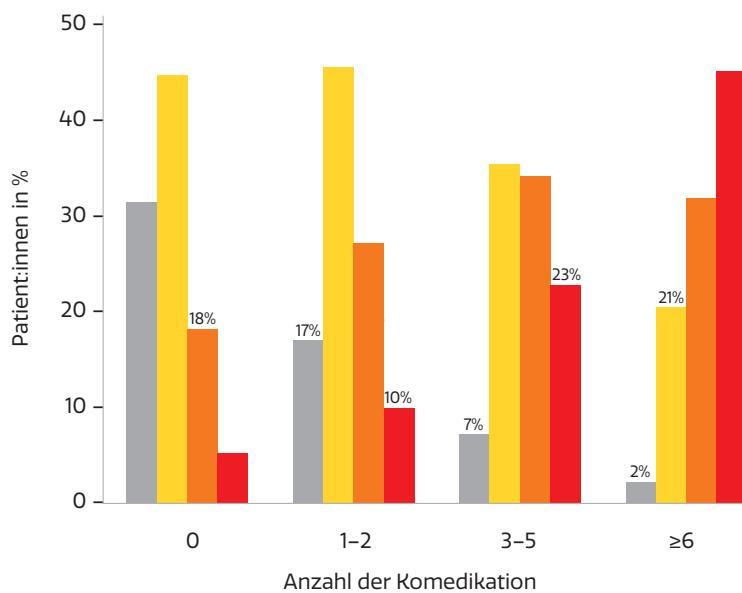


Abb. 1: Anzahl der Medikamente in Relation zur Anzahl der Begleiterkrankungen ($p < 0,001$; ■ grau = keine Komorbiditäten, ■ gelb = 1-3 Komorbiditäten, ■ orange = 4-6 Komorbiditäten, ■ rot = ≥ 7 Komorbiditäten)¹²

bereits vor Beginn einer systemischen Krebstherapie.

Ein ähnliches Ergebnis fand sich bei einer retrospektiven Auswertung im Ordensklinikum Linz, in der die Häufigkeit von Polypharmazie bei Patient:innen mit inkurabler Krebserkrankung untersucht wurde.¹³ Dabei zeigte sich, dass bereits

zu Beginn einer palliativen Systemtherapie 37,5% der Patient:innen von Polypharmazie betroffen waren. Während des Beobachtungszeitraums von drei Jahren nahm sowohl die Anzahl der Komorbiditäten als auch der Medikamente signifikant zu. Beim

Tools wie TOP-PIC oder verpflichtende klinisch-pharmazeutische Visiten können die Medikamentenanzahl signifikant reduzieren und die Entscheidungssicherheit der Ärzt:innen erhöhen.

letzten Beobachtungszeitpunkt vor dem Tod konnte eine Verdoppelung des Anteils an Patient:innen mit Polypharmazie im Vergleich zum ersten Beobachtungszeitpunkt bei Diagnosestellung der metastasierten Krebserkrankung beobachtet werden (68,8% vs. 34,4%). Ein erheblicher Teil der Patient:innen, die zu Beginn weniger als fünf Medikamente eingenommen hatten, war im Verlauf

der inkurablen Krebserkrankung von Polypharmazie betroffen (66,7%).

Die Ergebnisse der beiden Studien belegen eindrücklich, dass Polypharmazie bei onkologischen Patient:innen in Österreich nicht nur ein theoretisches Problem ist, sondern klinische Realität. Das Problem der Polypharmazie nimmt über den Krankheitsverlauf zu. Ursache sind nicht nur die Medikamente zur Tumorbehandlung, sondern auch die Behandlung von Begleitkomplikationen der Therapie.

Aktuelle Maßnahmen gegen Polypharmazie in Österreich

Trotz wachsender Aufmerksamkeit für das Thema Polypharmazie existieren in Österreich keine flächendeckend implementierten Strategien zur strukturierten Reduktion von Polypharmazie in der Onkologie. Die Integration klinisch-pharmazeutischer Expertise in den Stationsalltag ist – anders als in anglo-amerikanischen oder skandinavischen Ländern – allenfalls punktuell gegeben. Ein erster Schritt in Richtung strukturierte und regelmäßige Überprüfung der Medikationsliste von Krebspatient:innen wurde im Tumorzentrum Oberösterreich gesetzt, indem die wiederholte Anwendung eines strukturierten Tools zur Medikamentenoptimierung in der Leitlinie „Palliative Care“ (<https://www.tumorzentrum.at/>) dezidiert empfohlen wird (TOP-PIC; nähere Beschreibung weiter unten).



Abb. 2: Illustration der 5 Schritte von TOP-PIC (Tool to Optimize Pharmacotherapy in Patients with Incurable Cancer) zur Medikamentenoptimierung¹⁷

Strukturelle Lösungsansätze

Wenn man Polypharmazie in Österreich gezielt reduzieren will, sind verpflichtende Strukturmaßnahmen erforderlich. Das Ziel „Reduktion von Polypharmazie“ ist messbar, zusätzliche Effekte wie Therapieadhärenz und Kosteneffizienz können parallel erzielt werden.

Im Folgenden sind einige strukturelle Lösungsansätze beschrieben, die – je nach regionalen Ressourcen – in unterschiedlichem Tempo etabliert werden können. Die verschiedenen Maßnahmen sind regional oder auf Spitals Ebene zu einem sinnvollen und praktikablen Gesamtkonzept zusammenzufügen und inkludieren natürlich nicht nur die onkologischen Patient:innen.

Klinisch-pharmazeutische Visiten verpflichtend integrieren

Die regelmäßige Einbindung von klinischen Pharmazeut:innen in die Visitenstrukturen onkologischer Stationen ermöglicht die frühzeitige Identifikation problematischer Medikamente und Medikamentenkombinationen. Internationale Studien belegen, dass pharmazeutische Interventionen zu einer signifikanten Reduktion potenziell inadäquater Medikation und unerwünschter Arzneimittelwirkungen führen.¹⁴⁻¹⁶ Entlassungsgespräche für Patient:innen mit Polypharmazie durch klinische Pharmazeut:innen sind eine Erweiterung, die Einnahmefehler reduziert und die Therapieadhärenz nachweislich verbessert.

Anwendung eines strukturierten Tools zur Medikamentenoptimierung

Ein innovativer österreichischer Lösungsansatz ist ein eigens für Patient:innen mit unheilbarer Krebserkrankung entwickeltes Tool zur Medikamentenoptimierung.¹⁷ **TOP-PIC (Tool to Optimize Pharmacotherapy in Patients with Incurable Cancer)** besteht aus 5 aufeinanderfolgenden Schritten (**Abbildung 2**). Im Rahmen eines Pilottests konnte gezeigt werden, dass in 17,4% der Fälle mithilfe dieses Tools andere, evidenzbasiertere Entscheidungen getroffen wurden als ohne zusätzliche Hilfsmittel und dass zugleich die Entscheidungssicherheit der Ärzt:innen signifikant verbessert werden konnte. Bei Anwendung von TOP-PIC in einer retrospektiven Patienten Kohorte konnte die Medikamentenanzahl signifikant reduziert und optimiert werden.¹³

Nur durch klare Vorgaben von oben kann die Reduktion von Polypharmazie verbindlich eingefordert und flächendeckend umgesetzt werden.

Regelmäßiges Monitoring und regelmäßige Interventionen zur Reduktion von Polypharmazie

Eine zentrale Maßnahme ist das Monitoring von Polypharmazie – sowohl auf Patientenebene (z.B. bei Aufnahme und Entlassung) als auch auf institutioneller Ebene durch Erhebung strukturierter Qualitätsindikatoren (z.B. Medikamen-

Fazit

Polypharmazie bei Krebspatient:innen ist ein klinisch relevantes und bislang unzureichend adressiertes Problem in Österreich.

Zur Verbesserung der Patientenbetreuung und Versorgungsqualität ist eine regelmäßige strukturierte Überprüfung und Optimierung der eingenommenen Medikation durch ein interdisziplinäres Team unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wie Gesamtanzahl der Medikamente, Medikamenteninteraktionen und Lebenserwartung notwendig. Gezielte Fortbildungsmaßnahmen sollten in der Lage sein, die Aufmerksamkeit für die Thematik zu erhöhen und den Umgang mit der zunehmenden Medikamentenlast der Patient:innen zu verbessern. Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, beispielsweise im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG), sollten Standards für die nachweisliche Reduktion von Polypharmazie festlegen und einfordern.

Nur durch Kombination einer nationalen Strategie und eines koordinierten, interprofessionellen Vorgehens lässt sich Polypharmazie bei Krebspatient:innen wirksam und nachhaltig reduzieren.

tenanzahl, Interaktionen mit hohem Risikopotenzial). Zusätzlich ist eine Implementierung eines strukturierten Tools wie TOP-PIC zu bestimmten Zeitpunkten im Verlauf einer Krebserkrankung essenziell, um Polypharmazie nicht nur zu erkennen, sondern auch in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und zu bekämpfen.¹⁷

Fortbildungen für Ärzt:innen und interprofessionelle Teams

Ein interprofessionelles Bewusstsein für die Risiken von Polypharmazie bei Krebspatient:innen kann durch gezielte, praxisnahe Fortbildungen gestärkt werden. Diese sollten sowohl ärztliches Personal in Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich als auch Pflegekräfte und Pharmazeut:innen adressieren. Inhalte sollten vermitteln, wie Medikamente evidenzbasiert angepasst oder abgesetzt werden können, ohne die Patient:innen in Gefahr zu bringen und ohne viele zeitliche Ressourcen in Anspruch zu nehmen.

Irene Strassl, Ansgar Weltermann

¹ Mohamed MR, Ramsdale E, Loh KP et al., Associations of polypharmacy and inappropriate medications with adverse outcomes in older adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *The Oncologist* 2020 Jan; 25(1):e94–e108; DOI: 10.1634/theoncologist.2019-0406

² Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics* 2017 Oct 10; 17(1):230; DOI: 10.1186/s12877-017-0621-2

³ Yadesa TM, Kitutu FE, Deyno S et al., Prevalence, characteristics and predicting risk factors of adverse drug reactions among hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *SAGE Open Med* 2021; 9:2050312121039099; DOI: 10.1177/2050312121039099

⁴ Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *Eur Geriatr Med* 2021 Jun; 12(3):443–52; DOI: 10.1007/s41999-021-00479-3

⁵ Khezrian M, McNeil CJ, Murray AD, Myint PK. An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. *Ther Adv Drug Saf* 2020; 11:2042098620933741; DOI: 10.1177/2042098620933741

⁶ Suh Y, Ah YM, Lee E, Lee JY. Association of inappropriate polypharmacy with emergency department visits in older patients receiving anti-neoplastic therapy: a population-based study. *Supportive Care in Cancer – Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2021 Jun; 29(6):3025–34; DOI: 10.1007/s00520-020-05759-5

⁷ Chen L, Traires K, Laetsch DC et al., Systematic review and meta-analysis on the associations of polypharmacy and potentially inappropriate medication with adverse outcomes in older cancer patients. *The Journals of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 2020 May 27; DOI: 10.1093/gerona/glaa128

⁸ Sharma M, Loh KP, Nightingale G et al., Polypharmacy and potentially inappropriate medication use in geriatric oncology. *Journal of Geriatric Oncology* 2016 Sep; 7(5):346–53; DOI: 10.1016/j.jgo.2016.07.010

⁹ Hong S, Lee JH, Chun EK et al., Polypharmacy, inappropriate medication use, and drug interactions in older Korean patients with cancer receiving first-line palliative chemotherapy. *The Oncologist* 2020 Mar; 25(3):e502–e511; DOI: 10.1634/theoncologist.2019-0085

¹⁰ Scott IA, Hilmer SN, Reeve E et al., Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Internal Medicine* 2015 May; 175(5):827–34; DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.0324

¹¹ Turner JP, Kantilal K, Kantilal K et al., Optimising medications for patients with cancer and multimorbidity: the case for deprescribing. *Clinical Oncology – Royal College of Radiologists (Great Britain)* 2020 Sep; 32(9):609–17; DOI: 10.1016/j.clon.2020.05.015

¹² Balic M, Hilbe W, Gusel S et al., Prevalence of comorbidity in cancer patients scheduled for systemic anticancer treatment in Austria. *Memo – Magazine of European Medical Oncology* 2019/12/01; 12(4):290–96; DOI: 10.1007/s12254-019-00542-7

¹³ Strassl I. Development and feasibility analysis of a new tool to optimize pharmacotherapy and reduce polypharmacy in patients with incurable cancer. *Medical University of Vienna* 2024; urn:nbn:at:at-ubmuuu:1-70350

¹⁴ Brokaar Ej, van den Bos F, Visser LE, Portielje JEA. Deprescribing in older adults with cancer and limited life expectancy: an integrative review. *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 2021 Mar 19; 1049909121003078; DOI: 10.1177/1049909121003078

¹⁵ Barlow A, Prusak ES, Barlow B, Nightingale G. Interventions to reduce polypharmacy and optimize medication use in older adults with cancer. *Journal of Geriatric Oncology* 2021 Jul; 12(6):863–71; DOI: 10.1016/j.jgo.2020.12.007

¹⁶ Vrijkorte E, de Vries J, Schaafsma R et al., Optimising pharmacotherapy in older cancer patients with polypharmacy. *European Journal of Cancer Care* 2020 Jan; 29(1):e13185; DOI: 10.1111/ecc.13185

¹⁷ Strassl I, Windhager A, Machherndl-Spandl S et al., TOP-PIC: a new tool to optimize pharmacotherapy and reduce polypharmacy in patients with incurable cancer. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology* 2023 Mar 6; DOI: 10.1007/s00432-023-04671-9

Kommunikation bei älteren Menschen mit Krebserkrankung

Die Kommunikation zwischen Behandlerteams und Krebspatient:innen ist komplex. Dabei ist nicht nur die Unterschiedlichkeit der Betroffenen und ihrer Lebensumstände zu berücksichtigen, sondern es sind auch sehr unterschiedliche Gesprächssituationen, die es zu meistern gilt. Neben „Breaking Bad News“, z.B. der Übermittlung der Diagnose Krebs, kommen zahlreiche „Routinegespräche“ hinzu, wie Therapieplanungsgespräche, Verlaufskontrollen und Gespräche bei Therapienebenwirkungen, in denen relevante Informationen ausgetauscht werden.

Die Herausforderungen für gelungene Kommunikation sind bei Gesprächen mit älteren Krebspatient:innen besonders groß. Nicht selten ist das Gespräch durch Gebrechen wie Schwerhörigkeit oder eine reduzierte Aufmerksamkeitsspanne erschwert. Das Schaffen einer entsprechenden Umgebung für das Gespräch ohne Unterbrechungen sowie das Erfragen und zugleich Erweitern des Kenntnisstandes sind bei älteren Menschen besonders wichtig, werden jedoch im klinischen Alltag oftmals nicht ausreichend berücksichtigt. Dadurch ist auch die Befähigung älterer Menschen, sich aktiv in ihre Behandlung einzubringen („Empowerment for Shared Decision“), oftmals nicht gegeben. Bei älteren Krebspatient:innen wird nachgewiesenermaßen mehr Zeit benötigt, damit sie ihre Bedürfnisse, Vorstellungen und Wünsche äußern können und nicht die der Angehörigen oder des Behandlerteams zu ihren „Wünschen“ werden.

Der vorliegende Beitrag beleuchtet im Kontext der genannten Herausforde-

rungen Maßnahmen einerseits auf Ebene der Gesundheitseinrichtungen und andererseits der Gesundheitspolitik zur Verbesserung einer altersgerechten Kommunikation.

Maßnahmen in Gesundheitseinrichtungen

Eine nachhaltige Verbesserung der Kommunikation mit älteren Patient:innen braucht neben einem echten Be-kenntnis der Führungsebene eine qualitätsgesicherte Umsetzung im klinischen Alltag. Die Maßnahmen können gegliedert werden in a) optimale Rahmenbedingungen für Gespräche und b) Patientenzentrierung im Gespräch.

Optimale Rahmenbedingungen für Gespräche

Bei den Rahmenbedingungen sollte man auf Empfehlungen onkologischer oder geriatrischer Fachgesellschaften zurückgreifen, wie z.B. die praxisorientierten Empfehlungen (Guidelines) des National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Beispielsweise sollte vor Gesprächsstart darauf geachtet werden, ob der Patient bzw. die Patientin auf einem Ohr besser hört als auf dem anderen, und eine entsprechende Sitzposition eingenommen werden. Der Stuhl des Patienten bzw. der Patientin sollte sich für eine bessere Akustik direkt vor einer Wand befinden. Schriftliche oder bildliche Unterlagen unterstützen das Gesagte

Hör- und Aufmerksamkeitsdefizite, komplexere Therapieentscheidungen und das Risiko, von Angehörigen „übertönt“ zu werden, machen eine klare, altersgerechte Kommunikation unverzichtbar.



© peopleimages.com – stock.adobe.com

und sollen eine entsprechend große und lesbare Schriftgröße haben. Standards der Geriatrie wie das Sprechen „Face to Face“ oder das Wählen einer adäquaten Stimmlautstärke sollten auch in der

Onkologie Standard werden. Aus der Geriatrie ist bekannt, dass gerade bei älteren Patient:innen das Hinzuziehen eines/einer definierten Angehörigen („Care Giver“) sinnvoll ist.

Altersgerechte Kommunikation ist trainierbar. Kurze, klare Sätze, visuelle Hilfen und eine störungsfreie Umgebung verbessern nachweislich Verständnis, Zufriedenheit und Sicherheit älterer Krebspatient:innen.

Ältere Patient:innen sind in der Kommunikation verunsichert, wenn durch den Wechsel der Zuständigkeiten wichtige Informationen verloren gehen oder es keinen dezierten ärztlichen Hauptansprechpartner:in gibt. Im Behandlerteam werden Informationen zur Lebenssituation und zu den Wünschen der Patient:innen oftmals unvollständig dokumentiert bzw. weitergegeben. Ältere Patient:innen verstehen nur schwer die Bedeutung supportiver Therapieangebote wie Cancer Nurse, Psychoonkologie, Ernährungs-

medizin oder Sozialarbeit. Es fehlt hier oftmals an einem klar definierten Patientenpfad, der die Zusammenstellung eines individuellen Angebots für die Betroffenen vorgibt. Auch beim Ausfüllen von Screeningbögen zur Erfassung von Patient-reported Out-comes tun sich ältere Menschen schwer. Bei älteren Personen kann die Dauer bis zur Therapieentscheidung länger sein. Das wird im schnell ablaufenden Klinikalltag nur selten berücksichtigt. In allen angeführten Punkten können durch Prozessänderungen nachhaltige Verbesserungen erzielt werden.

Patientenzentrierung im Gespräch

Wie im Krebsreport 2024 berichtet, ist Kommunikation trainierbar.¹ Eine gute Gesprächsqualität kann nachweislich Gesundheitsoutcomes, die Patientenzufriedenheit sowie die Patientensicherheit verbessern. Seit 2022 wird im Rahmen einer nationalen Strategie an einer Verbesserung der Gesprächsqualität im österreichischen Gesundheitswesen gearbeitet und immer mehr Spitäler

bieten ihren Mitarbeiter:innen ein Kommunikationstraining gemäß der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK) an. Dieses Training enthält zahlreiche Kommunikationsfähigkeiten, die gerade für Gespräche mit älteren Menschen sinnvoll sind, wie z.B. den Einsatz kurzer, gut verständlicher Sätze und das gezielte Prüfen des Verständnisses.

Gesundheitspolitische Maßnahmen

Viele der zuvor genannten Maßnahmen in Gesundheitseinrichtungen können durch gesundheitspolitische Maßnahmen positiv verstärkt werden. Daher sollten bereits bestehende Initiativen maximal unterstützt und weiterentwickelt werden.

Ausbau von Kommunikationstrainings

Alle gesundheitspolitischen Stakeholder sollten sich der Wichtigkeit einer guten Kommunikation im Gesundheitswesen bewusst sein und die Spitäler unterstützen, Kommunikationstrainings als selbstverständlichen Teil ihrer Personalentwicklung zu implementieren. Dies ist umso wichtiger, als gute Kommunikationsqualität die Behandlerzufriedenheit steigert und Fachkräfte so vermutlich auch besser im Beruf gehalten werden können. Kommunikationstrainings sollten daher im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) eingefordert werden.

Als eine weitere wichtige Maßnahme sollten Bund und Länder Kommunikationstrainings gemäß der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK) weiterhin großzügig finanziell unterstützen. Die verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften sollten im Curriculum der postgraduellen Ausbildung den Nachweis eines

Kommunikationstrainings verankern. Dies gilt auch für andere Berufsgruppen.

Trainings für die Kommunikation mit älteren (Krebs-)Patient:innen

Basierend auf der oben genannten nationalen Initiative für eine bessere Kommunikation im Gesundheitswesen gemäß ÖPGK sollten Trainingsmodule für die Kommunikation mit älteren Menschen erarbeitet werden. Diese umfassen das Training von Fertigkeiten für eine optimierte partizipative Entscheidungsfindung bei älteren Menschen wie auch den Einsatz von altersgerechten Kommunikationsmitteln.

Verpflichtende Kommunikationstrainings, Standards und Qualitätsindikatoren sollten fix im Österreichischen Strukturplan Gesundheit verankert werden.

Entwicklung nationaler Standards und Qualitätsindikatoren für gute Kommunikation

Als Zielorientierung für Gesundheitseinrichtungen sollten nationale Standards wie auch Qualitätsindikatoren für Patientengespräche mit älteren Menschen erstellt werden. Beispielsweise könnten Aufklärungsgespräche vertieft dokumentiert werden (schriftlich oder durch Video-/Tonaufzeichnung). Im Gesprächsprotokoll (Qualitätsindikator) sollten die Umsetzung des Spikes-Modells, die Gesprächsinhalte inkl. Patientenbedürfnisse sowie die zeitliche Dauer des Gesprächs festgehalten werden. Für die Verlaufsdokumentation des Patientenbefindens sollten Patient-reported Outcomes verpflichtend erhoben werden (digital oder analog). Spitäler, in denen die Vorgaben nachweislich erfüllt werden, könnten ein „Gütesiegel“ erhalten (analog zu „Selbsthilfefreundliches Spital“).

Ansgar Weltermann

¹Sator M, Kölldorfer B: Gute Gespräche bringen allen was: Patientenzentrierte Gesprächsführung in der Onkologie trainieren. Krebsreport 2024, 77ff



Vorsorge und Früherkennung



**ÖSTERREICHISCHER
KREBSREPORT**

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

Überlegungen zum Screening bei älteren und alten Menschen

Die Begriffe „Screening“, „Vorsorge“ und „Früherkennung“ werden oft synonym verwendet, haben aber unterschiedliche Bedeutungen:

VORSORGE

(Prävention) zielt darauf ab, Krankheiten zu verhindern, bevor sie entstehen. Dazu gehören z.B. Programme zur Raucherentwöhnung, die HPV-Impfung, aber auch die Darmspiegelung, da gutartige Polypen Vorstufen von Darmkrebs sein können und im Rahmen dieser Untersuchung entfernt werden können.

FRÜHERKENNUNG

(Sekundärprävention) bezieht sich auf die Diagnose einer Erkrankung in einem möglichst frühen, gut behandelbaren Stadium. Die Mammografie oder der fäkale immunochemische Test (FIT; Test auf Blut im Stuhl) sind beispielsweise Früherkennungsuntersuchungen. Die Darmspiegelung ist ebenfalls nicht nur eine Vorsorgeuntersuchung, sondern ermöglicht im Sinne der Früherkennung auch, Darmkrebs in einem möglichst frühen Stadium zu entdecken.

SCREENING

ist eine speziell organisierte Form der Früherkennung, bei der große Bevölkerungsgruppen, die keine Symptome haben, auf eine Krankheit oder Risikofaktoren untersucht werden.

OPPORTUNISTISCHES SCREENING

bedeutet, dass diese Personen ohne spezielle Einladung (bzw. Erinnerung) an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen können, z.B. weil sie im Rahmen eines Arztbesuchs auf die Möglichkeit der Früherkennung aufmerksam gemacht werden.

ORGANISIERTES SCREENING

(sog. „Programmscreening“) basiert auf der systematischen Einladung (und ggf. Erinnerung) definierter Bevölkerungsgruppen, an Früherkennungsuntersuchungen teilzunehmen. Das einzige organisierte Screeningprogramm in Österreich ist das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm (BKFP).

Bei Menschen über 75 Jahren sind Entscheidungen zur Krebsvorsorge und -früherkennung oft komplex. Dies liegt einerseits daran, dass ältere Menschen kaum in Screening-Studien eingeschlossen wurden und es daher oft unklar ist, ob eine Screeninguntersuchung auch bei ihnen in gleichem Ausmaß von Nutzen ist wie bei Jüngeren.¹ Gleichzeitig kann das Risiko von Screeninguntersuchungen gerade bei älteren Menschen erhöht sein. Beispielsweise treten Komplikationen nach notwendigen Folgeuntersuchungen öfter bei älteren Personen mit Begleiterkrankungen auf. Überdiagnosen – also die Diagnose (und Behandlung) einer Krebskrankung, die während des restlichen Lebens keine Symptome verursacht hätte – kommen ebenfalls häufiger bei Älteren vor. Bei Menschen mit einer Lebenserwartung von weniger als 10 Jahren ist dies ein besonders großes Problem. Überdiagnosen können zu (zum Teil schweren) Nebenwirkungen von Tests und Behandlungen (Operationen, Chemotherapie, Bestrahlung etc.) führen, die nicht notwendig gewesen wären.²

Um den potenziellen Nutzen und Schaden einer Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchung bei Älteren abzuwägen, darf nicht nur das Alter eines Menschen berücksichtigt werden. Es müssen vielmehr folgende 3 Bereiche beachtet werden:

1. der Gesundheitszustand und die geschätzte Lebenserwartung
2. individuelle Wünsche des/der Betroffenen
3. der individuelle potenzielle Nutzen oder Schaden eines Screeningtests

Gesundheitszustand und geschätzte Lebenserwartung

Im Rahmen einer Screeningberatung von Personen über 70 Jahren sollten

Ärzt:innen den Gesundheitszustand beurteilen und versuchen abzuschätzen, ob mit einer hohen Wahrscheinlichkeit eine Lebenserwartung von mindestens 10 Jahren zu erwarten ist. Dies kann deshalb hilfreich sein, weil bei zahlreichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen die Nachteile bei Menschen mit einer Lebenserwartung von weniger als 10 Jahren den Nutzen übersteigen. Dies findet sich auch in internationalen Leitlinien wieder. So ist beispielsweise bekannt, dass Frauen, die im Alter von 80 Jahren eine Lebenserwartung von über 10 Jahren haben, oft von Krebsvorsorgeuntersuchungen profitieren.³ Hingegen haben Menschen mit mittelschwerer oder schwerer Demenz mit einer Lebenserwartung von weniger als 10 Jahren ein besonders hohes Risiko, durch invasive Folgeinterventionen nach einer Vorsorgeuntersuchung Schaden zu nehmen.

Für die Abschätzung der Lebenserwartung gibt es unterschiedliche Ansätze: Neben der klinischen Beurteilung, die z.B. Begleiterkrankungen, die Gehgeschwindigkeit und das Gesundheitsverhalten inkludieren sollte, können auch Online-Prognosetools, die zahlreiche weitere Faktoren berücksichtigen, verwendet werden.⁴ Wesentlich ist die gemeinsame Diskussion mit dem/der Patient:in über die Ungenauigkeit, aber auch die Relevanz dieses Faktors in der Entscheidungsfindung.

Individuelle Wünsche

Bei der Berücksichtigung individueller Wünsche älterer Menschen geht es darum nachzufragen, ob eher mehr medizinische Informationen und Tests gewünscht werden oder ob man eher auf medizinische Tests verzichten möchte. Wenn andere dringende gesundheitliche Probleme vorliegen, könnte die Behandlung dieser Erkrankungen für ältere Menschen verständlicherweise

Priorität haben. Ein wesentlicher Faktor ist auch die Bereitschaft, sich nachträglichen invasiven Diagnoseverfahren zu unterziehen und dabei mögliche Risiken und Vorteile realistisch einzuschätzen. Ältere Menschen, die nach einem positiven Screeningtest definitiv keine weiteren Untersuchungen oder Behandlungen wünschen oder tolerieren, sollten nicht gescreent werden. Auch die allgemeine Bereitschaft, sich notwendigen Behandlungen wie Operationen oder einer Chemotherapie zu unterziehen, sollte vorab zumindest angesprochen werden.

Individueller potenzieller Nutzen oder Schaden eines Screeningtests

Der sehr individuelle potenzielle Nutzen oder Schaden von Screeningtests ist auch abhängig von der Art der Vorsorgeuntersuchung und der jeweiligen Erkrankung. Dies soll am Beispiel der Brustkrebs-, der Darmkrebs- und der Prostatakrebsfrüherkennung näher beleuchtet werden:

Brustkrebs-Screening

Die Beweislage für den Nutzen der Brustkrebsfrüherkennung bei Frauen über 75 Jahren ist sehr dünn. Basierend auf den vorhandenen Daten kann man aber annehmen, dass ein gewisser Nutzen auch bei älteren Frauen gegeben ist, wenn die Lebenserwartung mehr als 10 Jahre beträgt. Dem steht das Risiko einer Überdiagnose gegenüber, das mit dem Alter ansteigt und bei Frauen, die bis zum 90. Lebensjahr gescreent werden, bei bis zu 50% liegt.⁵ Die Nebenwirkungen einer Behandlung von Brustkrebs steigen ebenfalls mit dem Alter an.

In internationalen Leitlinien wird eine Fortführung des Mammografie-Screenings über das 74. Lebensjahr hinaus daher nur dann empfohlen, wenn eine Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren vorliegt.

Darmkrebs-Screening

Der Nutzen der Darmkrebsvorsorge mittels Bluttest im Stuhl und/oder Darmspiegelung ist auch bei älteren Menschen gut belegt.⁶ Dies betrifft insbesondere auch Personen, die älter als 75 Jahre sind. Dem gegenüber steht das Risiko von Nebenwirkungen einer Darmspiegelung, das mit zunehmendem Alter ansteigt und bei älteren Menschen nicht nur gas-trointestinale Nebenwirkungen wie Blutungen, sondern auch schwere allgemeine Nebenwirkungen am Herz-Kreislauf-System inkludiert. Das Risiko einer Überdiagnose ist hingegen bei der Darmkrebsvorsorge gering. In internationalen Leitlinien wird eine Darmkrebsvorsorge bis zum 85. Lebensjahr dann empfohlen, wenn eine Lebenserwartung von mindes-

tens 10 Jahren vorliegt. Jenseits des 85. Lebensjahres werden Darmspiegelungen zur Vorsorge nicht empfohlen.

Prostatakrebsvorsorge

Die Beweislage aus großen internationalen Studien legt nahe, dass eine Prostatakrebsvorsorge nach dem 70. Lebensjahr einen geringen Nutzen bringt.⁶ Dem stehen das geringe Risiko von lokalen Komplikationen einer Prostatabiopsie und das hohe, mit dem Alter zunehmende Risiko einer Überdiagnose gegenüber. Bei entsprechender Behandlung kann Letzteres eine beträchtliche Einschränkung der Lebensqualität, z.B. durch Inkontinenz und Erektionsstörungen, zur Folge haben. Der Anteil an Überdiagnosen in den großen Screening-Studien wird auf ca. 50% geschätzt (diese Zahl kann allerdings durch moderne Screening-strategien deutlich gesenkt werden). In internationalen Leitlinien wird die Prostatakrebsfrüherkennung bei Männern über 70 Jahren nur in Einzelfällen, bei einer Lebenserwartung von mindestens 10–15 Jahren und nach ausführlicher Abwägung, insbesondere im Hinblick auf die Gefahr einer Überdiagnose, empfohlen.

Fazit

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Entscheidung zur Krebsvorsorge und -früherkennung mittels Screeninguntersuchungen bei älteren Menschen immer individuell ist und neben dem Alter und dem Gesundheitszustand des/der Betroffenen auch persönliche Wünsche und Erwartungen berücksichtigen muss.

Das österreichische Gesundheitssystem ermöglicht diese individuelle Abwägung, da keine expliziten generellen Empfehlungen für ältere Menschen ausgesprochen werden, bei individueller Entscheidung für ein Screening die Untersuchungen aber von der Krankenkasse finanziert werden.

Abschließend ist es wichtig festzuhalten, dass es bei Maßnahmen zur Vorsorge und Früherkennung um die Untersuchung beschwerdefreier Menschen geht. Die Abklärung von Symptomen oder Beschwerden bei älteren Menschen bleibt davon unbenommen und ist in jedem Alter unter Berücksichtigung der Begleitumstände und Patientenwünsche sinnvoll.

Kathrin Strasser-Weippl, Paul Sevelda

¹Walter LC, Lewis CL, Barton MB. Screening for colorectal, breast, and cervical cancer in the elderly: a review of the evidence. *The American Journal of Medicine* 2005; 118(10):1078–86

²Carter JL, Coletti RJ, Harris RP. Quantifying and monitoring overdiagnosis in cancer screening: a systematic review of methods. *BMJ* 2015; 350:g7773

³Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA* 2001; 285(21):2750–56

⁴ePrognosis: Lee Schonberg Index: <http://epronosis.ucsf.edu/leeschonberg.php>

⁵Van Ravesteyn NT, Stout NK, Schechter CB et al. Benefits and harms of mammography screening after age 74 years: model estimates of overdiagnosis. *Journal of the National Cancer Institute* 2015; 107(7):djv103

⁶Kotwal AA, Walter LC. Cancer screening in older adults: individualized decision-making and communication strategies. *Med Clin North Am* 2020 Nov; 104(6):989–1006

Krebshilfe-Spectra-Studie 2025:

Vorsorgeverhalten von Älteren – Krebsfrüh- erkennungsuntersuchungen bei 60+ bzw. 70+

Eine Befragung der Österreichischen Krebshilfe unter der österreichischen Bevölkerung mit dem Ziel, das Meinungsbild über das Wissen zu Krebs-erkrankungen und das Verhalten in der Krebsvorsorge zu erfassen, fand nun zum dritten Mal innerhalb von 20 Jahren statt (2005, 2015, 2025). Die Ergebnisse für die Gruppe der Befragten ab 60 Jahren (60+) bzw. ab 70 Jahren (70+) zeigen, dass ein hoher Prozentsatz (über 95%) der Befragten konkretes Wissen über Vorsorgemaßnahmen aufweist und bis zu 70% der Befragten schon einmal eine Untersuchung in Anspruch genommen haben.

Die Erhebung richtete sich 2025 an insgesamt 2.000 im Austrian Onlinepool (AOP) registrierte Personen. Die Stichprobe wurde disproportional über die Bundesländer gelegt, sodass jedes Bundesland mit einer Teilstichprobe von mindestens 200 Interviews enthalten ist (einzig Vorarlberg ist nur mit 171 Interviews vertreten). Die Gesamtstichprobe wurde für die Auswertungen wieder proportional gewichtet.

Es wurden 973 Männer und 1.027 Frauen einbezogen. Die Stichprobenauswahl erfolgte repräsentativ für die österreichische Bevölkerung ab 15 Jahren durch das Quotaverfahren unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter und Bundesland. Die Befragungen erfolgten online mittels AOP und fanden vom 7. bis

20. Juli 2025 statt. Das Vorsorgeverhalten der Gruppen von 60+ bzw. 70+, die aus 705 bzw. 341 befragten Personen bestanden, ist Gegenstand dieser Präsentation.

Heilungschancen für Krebserkrankungen

Die Diagnose der Krebserkrankung im Frühstadium hat – zusammen mit der Art der Tu-

morentität – aus Sicht der Befragten den größten Einfluss auf die Heilungschancen. Die körperliche Verfassung der Krebserkrankten hat nach Ansicht der Befragten einen stärkeren Einfluss als deren psychische Verfassung.

Wissen über Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung in der österreichischen Bevölkerung

Das Wissen um Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung bei Frauen und Männern, wie Mammografie, PAP-Abstrich (Untersuchung Gebärmutterhals), Inspektion der Haut (Muttermal-Check) Dickdarmkrebs-Früherkennung (Stuhltest, Darmspiegelung) und Prostatauntersuchung ist in der Stichprobe sehr hoch und liegt bei Frauen bei 98% zu Brust (Mammografie), 90% zu Dickdarm und 96% zu Krebsabstrich, bei Männern bei 89% zu Prostata und 86% zu Dickdarm (Wissen über Krebsfrüherkennungsmaßnahmen; *vgl. Tabelle 1*).

In der Gruppe der Befragten ab 60 Jahren betrug dieses Wissen 100% bei Mammografie und Zervixabstrich bzw. 98% für Dickdarmkrebs-Früherkennung.

Das Wissen um die Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung ist bei den befragten Männern für Prostatakrebs (97%) und Dickdarmuntersuchungen (98%)

Maßnahme	Frauen (gesamt)	Männer (gesamt)	Frauen 60+	Männer 60+
Brust (Mammografie)	98%	–	100%	–
Gebärmutterhals (PAP-Abstrich)	96%	–	100%	–
Dickdarm (Stuhltest/ Darmspiegelung)	90%	86%	98%	98%
Prostata	–	89%	–	97%
Haut (Muttermal-Check)	96%	93%	98%	96%

Tab. 1: Übersicht: Wissen über Krebsfrüherkennungsmaßnahmen (nach Geschlecht und Alter)

Quelle: Spectra, Krebsstudie Österreich, Juli 2025

ebenfalls sehr hoch. Somit ist festzuhalten, dass in der Stichprobe 60+ Maßnahmen zur Früherkennung bei Frauen und Männern flächendeckend bekannt sind.

Zumindest einmalige Nutzung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

63% der Befragten haben zumindest einmal eine der abgefragten Krebsfrüherkennungsmaßnahmen in Anspruch genommen, während 37% der Befragten bislang keine Untersuchungen vornehmen ließen. Generell nutzten Frauen (73%) die Maßnahmen intensiver als Männer (53%), was vermutlich mit der höheren Gesundheitskompetenz von Frauen zusammenhängt. Je älter die Befragten waren, desto größer war naturgemäß die Wahrscheinlichkeit, dass eine konkrete Maßnahme einmal in Anspruch genommen wurde. In der Gruppe 59–70 Jahre waren es 72%, in der Gruppe 70+ 76% der Befragten, die eine Untersuchung zumindest einmal durchführen ließen. (Wie viele der Befragten in der Gruppe 60+ welche Früherkennungsmaßnahme zumindest einmal in Anspruch genommen haben; *vgl. Tabelle 2*).

Brustkrebs-Früherkennung

Die einmalige Nutzung der Mammografie als Vorsorgeuntersuchung bei Frauen im Alter ab 60 Jahren betrug 72%.

Zervixkarzinom-Früherkennung (Abstrich und HPV)

66% der Befragten ab 60 Jahren hatten bereits zumindest einen PAP-Test als

Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen, nur 11% auch einen HPV-Test.

Prostatakrebs-Früherkennung

Knapp die Hälfte aller befragten Männer hat schon einmal von einem Arzt / einer Ärztin die Empfehlung zur Prostatakrebs-Früherkennung erhalten. In der Altersgruppe 40+ sind es 64%, bei den 50- bis 69-Jährigen 71% und bei den über 70-Jährigen 75%.

Allerdings haben nach eigenen Angaben bislang nur 35% dieser Gesamtgruppe eine Prostatakrebs-Früherkennungsuntersuchung durchführen lassen. In der Zielgruppe der Männer 60+ steigt die Nutzung auf 63%. Bei diesen Prostatakrebs-Früherkennungsuntersuchungen wurde zumeist sowohl eine Tastuntersuchung (81%) durchgeführt als auch der PSA-Wert (79%) ermittelt. Bei 58% wurde auch Ultraschall angewendet.

Dickdarmkrebs-Früherkennung

90% der befragten Frauen und 86% der befragten Männer war die Möglichkeit einer Dickdarmkrebs-Früherkennung bekannt. Jeweils 34% der Frauen und Männer (ab 15 Jahren) haben schon einmal eine derartige Früherkennungsuntersuchung durchführen lassen, was in den letzten zehn Jahren einer Steigerung um 6 Prozentpunkte bei Frauen und um 9 Prozentpunkte bei Männern entspricht (2015 haben 28% der Frauen und 25% der Männer schon einmal eine derartige Früherkennungsuntersuchung durchführen lassen). In der Gruppe der Personen ab 60 Jahren steigt die Nutzungsrate auf 56% bei Männern bzw. 63% bei Frauen. Zumeist wurde im Zuge der Dickdarmkrebs-Früherkennungsuntersuchung eine Darmspiegelung (84%) in Anspruch genommen; 63% gaben an, einen Okkult-Test gemacht zu haben.

Hautkrebs-Früherkennung

96% der Frauen und 93% der Männer ist die Hautkrebs-Früherkennung (Muttermal-Check) ein Begriff. Die Nutzung dieser Untersuchungsmöglichkeit (zumindest einmalige Durchführung) liegt in der Gruppe der über 60-Jährigen bei Frauen bei 49% und bei Männern bei 50%.

Maßnahme	Frauen 60+	Männer 60+
Brustkrebs (Mammografie)	72%	–
Zervixkarzinom (PAP)	66%	–
Dickdarm	56%	63%
Haut	49%	50%
HPV-Test	11%	–
Prostata	–	63%

Tab. 2: Zumindest einmalige Nutzung einer Früherkennungsuntersuchung (nach Geschlecht und Maßnahme, Altersgruppe 60+)

Quelle: Spectra, Krebsstudie Österreich, Juli 2025

Michael Micksche, Doris Kiehhaber

Zervixkarzinom-Früherkennung 2025

Die Krebsabstrichuntersuchung nach Papanicolaou (PAP) beim Zervixkarzinom war die erste Früherkennungsuntersuchung überhaupt und hat zu einer drastischen Reduktion der Zervixkarzinom-Inzidenz geführt. Derzeit erkranken etwas mehr als 400 Frauen jährlich in Österreich an einem invasiven Zervixkarzinom. Durch den Krebsabstrich (PAP-Test) werden jedoch pro Jahr etwa 5.000 Krebsvorstufen diagnostiziert und mit einer kleinen Operation (LLETZ-Konisation) meist erfolgreich behandelt.

International setzt sich aufgrund der überzeugenden Datenlage immer mehr der HPV-Test ab dem 30. Lebensjahr als die bessere Früherkennungsuntersuchung im Vergleich zum PAP-Test durch. Dieser bietet 2 essenzielle Vorteile:

1. Der HPV-Test ist im Vergleich zum PAP-Test wesentlich empfindlicher, Krebsvorstufen zu detektieren.
2. Bei negativem (unauffälligem) HPV-Test ist nach neuester Datenlage eine Wiederholung erst nach 5 Jahren notwendig, sodass jährliche Besuche beim/bei der Gynäkolog:in nicht mehr notwendig sind.

Sollte der HPV-Test aus der Scheide eine Besiedelung mit einem high-risk HPV-Virusstamm ergeben, ist weiterhin ein zusätzlicher Krebsabstrich (PAP-Test) erforderlich. Zeigt dieser ebenfalls einen auffälligen Befund, sollte durch eine Kolposkopie (Lupenbetrachtung des Gebärmutterhalses) nach verdächtigen Veränderungen gesucht werden und, falls vorhanden, dann auch eine Gewebeprobe zur histologischen Untersuchung daraus entnommen werden. Die offiziellen Screeningempfehlungen der Europäischen Kommission beinhalten daher den HPV-Test alle 5 Jahre bei Frauen > 30 Jahren.

In Österreich (das keine eigenen offiziellen Früherkennungsempfehlungen erstellt) empfiehlt die Österreichische

Krebshilfe in Abstimmung mit der gynäkologischen Fachgesellschaft (AGO) einen jährlichen Krebsabstrich ab 20 und den HPV-Test ab 30 Jahren alle 3 Jahre, wobei eine Doppeltestung (gleichzeitiger PAP-Abstrich und HPV-Test) vermieden werden soll. Diese Empfehlung gilt sowohl für HPV-geimpfte als auch nicht HPV-geimpfte Frauen. Eine Aktualisierung der Empfehlungen im Sinne eines 5-jährigen Intervalls ist offen.

Offiziell wird der HPV-Test als reine Vorsorgeuntersuchung in Österreich nicht von den Krankenkassen finanziert, in der Praxis werden die Kosten dennoch aufgrund der überzeugenden Daten übernommen.

Bei allem Erfolg des HPV-Screenings ist es wichtig zu erwähnen, dass die wirkungsvollste Prävention des Zervixkarzinoms jedoch die HPV-Impfung im Kindes- und Jugendalter ist. Damit könnte das Zervixkarzinom überhaupt weitestgehend verhindert werden.

Die Österreichische Krebshilfe empfiehlt in Abstimmung mit der gynäkologischen Fachgesellschaft (AGO) einen jährlichen Krebsabstrich ab 20 und den HPV-Test ab 30 Jahren alle 3 Jahre.

Zu fordern sind in Österreich daher die folgenden Punkte:

- Die offizielle Kostenübernahme des HPV-Tests durch die Krankenkassen – diesbezügliche Verhandlungen für die Kostenübernahme sollten möglichst bald erfolgreich abgeschlossen werden
- Eine Angleichung der Empfehlungen der österreichischen gynäkologischen Fachgesellschaft mit jenen der Europäischen Kommission hinsichtlich des 5-jährigen HPV-Testintervalls
- Ein flächendeckendes, organisiertes Screeningprogramm des Zervixkarzinoms mittels HPV-Test alle 5 Jahre, zumindest ab dem 30. Lebensjahr (wie auch von der Europäischen Kommission empfohlen)

Aktuelle epidemiologische Situation des Prostatakarzinoms in Österreich sowie wesentliche Aspekte zur Früherkennung

Die Inzidenz des Prostatakarzinoms in Europa sowie in westlichen Industrielanden wie z.B. den USA oder Australien ist sehr hoch und stellt hier derzeit den häufigsten dokumentierten Tumor insgesamt dar. In Europa besteht ein Nord-Süd-Gefälle, wobei die Inzidenz in den skandinavischen Ländern oder auch in Deutschland und Österreich am höchsten ist. Der wichtigste Risikofaktor für das Vorliegen eines Prostatakarzinoms ist nach wie vor das Alter. Zusätzlich spielen eine positive Familienanamnese und eine Reihe nachgewiesener genetischer Mutationen eine Rolle. Beispielsweise haben Männer mit einer BRCA2-Mutation gegenüber der Normalbevölkerung ein 3,5-fach erhöhtes Risiko, früh an einem Prostatakarzinom zu erkranken.

Bei rund 30–50% der 80-jährigen Männer findet sich histologisch ein Prostatakarzinom, aber nicht jedes ist behandlungsbedürftig. Ziel bleibt die Vermeidung von Überdiagnose und Übertherapie.

Sonstige Ursachen werden im Wesentlichen kontroversiell diskutiert. Grundsätzlich wissen wir aus prospektiven Screening-Studien, dass die Mortalität am Prostatakarzinom durch

Früherkennung deutlich verringert werden kann. In der „European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer“ war die Reduktion der prostataspezifischen Mortalität nach 21 Jahren mit 27% ausgewiesen (Reduktion um 0,71 Todesfälle pro 1.000 Teilnehmer), in der Göteborg-Studie nach 22 Jahren sogar mit 41% (Reduktion des Sterberisikos an Prostatakrebs um 0,59% von 2,13% auf 1,55%). Die Teilnehmer dieser Früherkennungsstudien waren im Wesentlichen zwischen 50 und 70 Jahre alt, der Nutzen eines Prostata-Screenings jenseits von 70 Jahren ist daher mit Unsicherheit behaftet.

Darüber hinaus besteht bei der Früherkennung des Prostatakarzinoms – insbesondere in höherem Alter – das Risiko, klinisch nicht relevante Fälle zu diagnostizieren (sog. Überdiagnosen): Bei etwa 30–50% aller 80-jährigen Männer ist ein Karzinom in der Prostata nachweisbar, bei Weitem nicht alle diese Karzinome sind jedoch behandlungsbedürftig. Ziel der Früherkennung ist es daher, möglichst genau jene Fälle zu diagnostizieren, die auch behandlungsbedürftig sind, da Überdiagnosen zu unnötigen Behandlungen (sog. Überbehandlung) führen.

Inzidenz und Mortalität des Prostatakarzinoms (1983–2023)

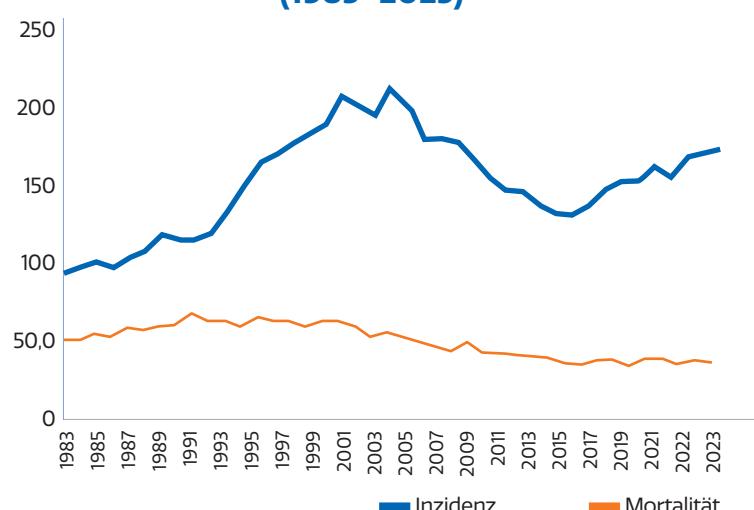


Abb. 1: Zeitlicher Verlauf der altersstandardisierten Inzidenz (blaue Linie) und Mortalität (rote Linie) des Prostatakarzinoms in Österreich (Fälle pro 100.000 Männer, Krebsregister 2025)

Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister (Stand 10.01.2025) und Todesursachenstatistik

In Österreich: PSA-Screening auf individueller Basis

Bezüglich Früherkennung findet in Österreich heutzutage ein sogenanntes opportunistisches PSA-Screening statt. Das bedeutet, dass auf individueller Basis (Patientenwunsch oder Initiative eines Arztes bzw. einer Ärztin) ohne zentrale Koordination und in nicht vorgegebenen Intervallen der PSA-Wert gemessen wird und daraus weitere Maßnahmen abgeleitet werden. Seit 2022 fordert die Europäische Kommission daher die Entwicklung organisierter risikoadaptierter

Prostatektomien nach Altersgruppen (2015–2023)

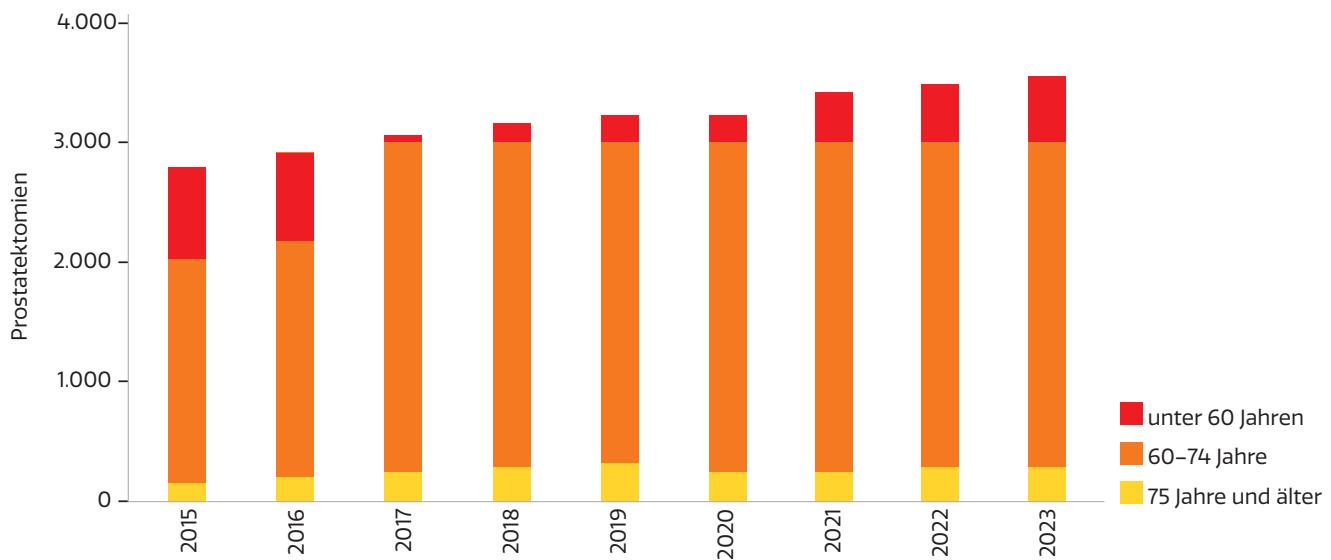


Abb. 2: Zahl radikaler Prostatektomien in Österreich nach Altersgruppen (< 60 Jahre, 60–74 Jahre, ≥ 75 Jahre) im Zeitraum 2015–2023

Quelle: BMASGPK (2025): Diagnosen- und Leistungsdokumentation; Berechnung und Darstellung: Gesundheit Österreich GmbH

Zahlen zum Prostatakrebs in Österreich

Prostatakrebs ist mit 7.485 neu diagnostizierten Fällen pro Jahr in Österreich die häufigste bösartige Tumorerkrankung.* Die altersstandardisierte Rate des Prostatakarzinoms betrug im Jahr 2023 172,8 Fälle pro 100.000 Männer und ist seit den 1980er-Jahren deutlich ansteigend.** Dies ist auf die Einführung des PSA-Tests zurückzuführen: Durch den breiten Einsatz des PSA-Tests kam es zunächst zu einem starken Anstieg von Prostatakrebs-Fällen. Der Höhepunkt dieser Entwicklung wurde im Jahr 2003 erreicht (Abbildung 1).

Zu den genauen Gründen des Inzidenzverlaufs der letzten 20 Jahre gibt es unterschiedliche Überlegungen, jedoch keine gesicherten Erkenntnisse. Das durchschnittliche Erkrankungsalter bei Diagnosestellung ist seit Einführung des PSA-Tests in den 1980er-Jahren gesunken und in den letzten Jahren wieder

gering angestiegen; es liegt heute in Österreich bei 70 Jahren. Das durchschnittliche Alter eines Mannes, der an einem Prostatakarzinom verstirbt, liegt bei knapp über 80 Jahren. Seit Einführung des PSA-Tests kam es zu einer rückläufigen Mortalität am Prostatakarzinom, die heute bei ca. 40/100.000 liegt (Abbildung 1).* Die Anzahl der radikalen Prostatektomien in Österreich hat in den letzten 10 Jahren um knapp 30% zugenommen (von 2.800 im Jahr 2015 auf 3.600 im Jahr 2023) (Abbildung 2), was exakt der Steigerung der Inzidenz entspricht. Die Anzahl an Prostatektomien im Verhältnis zur Anzahl der Neudiagnosen ist insbesondere bei Männern bis zum 75. Lebensjahr hoch und liegt bei 90%.

* <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/krebsregister>

** Krebsregister (Stand 10.01.2025) und Todesursachenstatistik „Sonderauswertung auf Anfrage“

Screeningstrategien, die den PSA-Test mit einer Magnetresonanztomografie kombinieren.

Die Integration der MRT verbessert die Erkennung klinisch relevanter Prostatakarzinome und verringert die Überdiagnose von Niedrigrisiko-Karzinomen. Durch ihren Einsatz kann die Rate klinisch nicht relevanter Prostatakarzinome sowie durchzuführender Biopsien um 50–70% gesenkt werden.

In Österreich erfolgt das PSA-Screening derzeit opportunistisch – ohne zentrale Steuerung, auf Initiative von Arzt/Ärztin oder Patient. Expert:innen fordern ein organisiertes, risikoadaptiertes Programm nach EU-Empfehlungen.

Künftig sollte ein Algorithmus für die Früherkennung von Prostatakrebs entwickelt werden, bei dem in einem organisierten und personalisierten Screening der PSA-Test mit der MRT der Prostata kombiniert wird. Dies ist jedenfalls eine Forderung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie. Derzeit ist die einzige Organisation, die eine Früherkennung propagiert, die Österreichische Krebshilfe, mit einem PSA-Test ab dem 45. Lebensjahr.

Um neben Überdiagnostik auch Übertherapie zu vermeiden, existieren heute differenzierte Leitlinien für die Behandlung des Prostatakarzinoms. So wird beispielsweise Patienten mit einem Niedrigrisiko-Prostatakarzinom (entsprechend einem Gleason-Score 6) primär keine aktive Therapie mehr empfohlen. Diese Patienten sollen lediglich überwacht werden („Active Surveillance“). Diese wichtige Strategie, um Übertherapie zu vermeiden, wurde mittlerweile in prospektiven Studien über einen Zeitraum von bis zu 20 Jahren untersucht und als sicher eingestuft.

Zusammenfassung

Das Prostatakarzinom ist der häufigste Tumor westlicher Industrienationen, die Mortalität ist abnehmend. Das derzeit vorliegende opportunistische Screening gilt als ineffizient, weshalb gemäß den Empfehlungen der Europäischen Kommission risikoadaptierte Screeningstrategien entwickelt werden sollten. Hierbei kann das individuelle Risiko des

einzelnen Mannes erhoben und ein entsprechendes Intervall der Folgeuntersuchungen nach einem initialen PSA-Test maßgeschneidert werden. Je nach Familienanamnese und initialem PSA-Test könnte unter zusätzlicher Verwendung eines Risikokalkulators, ergänzt durch ein MRT und gezielte Biopsietechniken, die Rate an Überdiagnosen und Übertherapien reduziert werden. Eine deutliche und nachweisliche Senkung der Mortalität wäre dann beim häufigsten Malignom in einem adäquaten Verhältnis zum Aufwand erreichbar und sinnvoll – dies wird auch von der Österreichischen Gesellschaft für Urologie vertreten und gefordert.

Anton Ponholzer

Literatur:

- Auvinen A, Rannikko A, Lehti M et al., Prostate cancer screening with PSA, Kallikrein Panel, and MRI: The Pro-Screen Randomized Trial. *JAMA* 2024; 331:1452–59
- Beyer K et al., Health policy for prostate cancer early detection in the European Union: a systematic review (PRAISE-U). *Journal of Personalized Medicine* 2024; 14:84
- De Vos II, Meertens A, Hogenhout R et al., A detailed evaluation of the effect of prostate-specific antigen-based screening on morbidity and mortality of prostate cancer: 21-year follow-up results of the Rotterdam section of the ERSPC. *European Urology* 2023; 84(4):410–19; DOI: 10.1016/j.euro.2023.05.021
- Fazekas T, Shim SR, Basile G et al., Magnetic resonance imaging in prostate cancer screening: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Oncology* 2024; 10(5):633–41; DOI: 10.1001/jamaoncol.2023.7894
- Feng X, Zahed H, Onwuka J et al., Cancer stage compared with mortality as end points in randomized clinical trials of cancer screening: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2024; 331(24):1975–87; DOI: 10.1001/jama.2024.5814
- Fränklund M, Månnsson M, Arnsrud-Godtman R et al., Results from 22 years of follow-up in the Göteborg randomized population-based prostate cancer screening trial. *Journal of Urology* 2022; 208(2):292–300
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG): Gesundheitsberichte (Übersicht/Archiv)
- Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA et al., Fifteen-year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for prostate cancer (ProtecT Trial). *New England Journal of Medicine* 2023; 388(7):718–29; DOI: 10.1056/NEJMoa2214122
- Hugosson J, Roobol MJ, Månnsson M et al., A 16-year follow-up of the European randomized study of screening for prostate cancer. *European Urology* 2019; 76(1):43–51; DOI: 10.1016/j.eururo.2019.02.009
- Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2023. Statistik Austria 2024 (Berichtsjahr 2023)
- Mottet N, Cornford P, van den Bergh RCN et al., EAU–EANM–ESTRO–ESUR–ISUP–SIOP Guidelines on prostate cancer 2025. European Association of Urology (full Guideline 2025)
- S3-Leitlinie Prostatakarzinom – Langversion (Version 8.1, August 2025). Leitlinienprogramm Onkologie (DKG, DGU, AWMF) 2024
- Vickers A, O'Brien F, Montorsi F et al., Current policies on early detection of prostate cancer create overdiagnosis and inequity with minimal benefit. *BMJ* 2023; 381:e071082

Onkologische Versorgung



**ÖSTERREICHISCHER
KREBSREPORT**

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



Mut zum Gespräch – und zur Investition in Palliative Care

Aktuell erkranken jedes Jahr etwa 45.000 Menschen in Österreich an Krebs, rund 400.000 leben mit einer Krebsdiagnose (Statistik Austria). Es wird erwartet, dass in den kommenden Jahren die Zahl der Krebsfälle (Inzidenz) und die Zahl jener Menschen, die mit der Diagnose Krebs leben (Prävalenz), weiter zunehmen wird, unter anderem wegen der steigenden Lebenserwartung und des damit einhergehenden steigenden Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung (Statistik Austria:

„Bevölkerungsprognose, Krebsstatistik und Todesursachenstatistik“). Angesichts dieser Prognosen wächst nicht nur die Herausforderung in der kurativen Versorgung, sondern speziell auch in der Versorgung von Menschen mit einer fortgeschrittenen, unheilbaren Krebserkrankung. Um diese Herausforderungen bewältigen zu können, braucht es den dringenden Ausbau von Palliativ- und Hospizangeboten, verstärkte und zeitgerechte Implementierung von Palliative Care in die onko-

logische Versorgung, aber auch mehr Mut zum Gespräch mit den betroffenen Menschen.

Das Gespräch mit dem erkrankten Menschen

Unabhängig davon, ob es sich um eine unheilbare Krebserkrankung handelt oder die kurative Versorgung als Therapieziel im Vordergrund steht, empfiehlt es sich, während des gesamten Verlaufs der Erkrankung über die Wünsche, Werte und Ziele der Patient:innen zu sprechen, um einerseits ein Therapieziel zu planen und andererseits das Therapieziel auch ändern zu können. Unter dem Aspekt „It takes two to tango“ steht daher die Kommunikation zwischen medizinischen Teams und Betroffenen im Vordergrund.

Patient:innen werden dabei als Expert:innen für ihre eigenen Werte und Bedürfnisse anerkannt und befähigt, Entscheidungen zu treffen, die ihren Interessen entsprechen. Der Begriff „Advance Care Planning“ bezeichnet diese vorausschauende Planung der gesundheitlichen Versorgung, bei der die Selbstbestimmung der Patient:innen im Vordergrund steht und die es auch ermöglicht, Präferenzen für medizinische Entscheidungen im Falle einer künftigen Entscheidungsunfähigkeit festzulegen (**siehe dazu Kasten „Rechtliche Instrumente der Selbstbestimmung“, Seite 51.**

Gemeinsame Definition des Therapieziels

Die Therapiezielfindung ist ein zentraler Bestandteil der medizinischen Entscheidungsfindung, insbesondere bei Menschen mit onkologischen und hä-

matologischen Erkrankungen. Sie umfasst den Prozess, bei dem in enger Zusammenarbeit von Patient:innen und behandelnden Ärzt:innen ein realistisches und individuell angepasstes Therapieziel festgelegt wird. Dabei werden die Erwartungen der Patient:innen, der Verlauf der Erkrankung sowie die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten berücksichtigt. In manchen Situationen kann das Ziel der Behandlung die Heilung oder zumindest eine anhaltende Remission sein. In Situationen, in denen eine Heilung nicht mehr möglich ist, kann das Therapieziel hingegen auf Symptomlinderung und Lebensqualität ausgerichtet sein.

Der Grundsatz „Therapieziel vor Therapieplan“, insbesondere bei fortschreitender Erkrankung, ermöglicht es, auf Veränderungen der gesundheitlichen Situation zu reagieren und die Therapie kontinuierlich an die aktuellen Bedürfnisse der Patient:innen anzupassen. Insgesamt ist eine enge Kommunikation zwischen dem behandelnden Team und den Patient:innen sowie deren An- und Zugehörigen notwendig, um sicherzustellen, dass das Therapieziel mit den Wünschen und der Lebenssituation der Patient:innen übereinstimmt („Shared Decision-Making“).

Gerade bei der palliativmedizinischen Planung ist es entscheidend, dass das Ziel nicht nur auf die medizinische Behandlung fokussiert ist, sondern auch auf die Unterstützung der Patient:innen

Die Therapiezielfindung ist kein starres Konstrukt. Es darf und soll sich ändern, wenn sich die Situation verändert.

Surprise Question/
Prognosegespräche:
Zwei Fragen genügen oft, um den richtigen Moment für ein Gespräch über die verbleibende Zeit zu erkennen – bevor Entscheidungen eilen müssen.

Tipps

- Auch für Gesunde ist „Advance Care Planning“ empfehlenswert: Wer frühzeitig über seine Werte und Wünsche nachdenkt, kann Entscheidungen bewusst und in Ruhe treffen – bevor eine Krise dies unmöglich macht. Der richtige Zeitpunkt ist nicht erst dann, wenn der Tod bereits vor Augen steht.
- Der Zeitpunkt für Gespräche über die verbleibende Lebenszeit ist medizinisch wie menschlich bedeutsam, doch selten eindeutig. In der klinischen Praxis haben sich daher strukturierte Fragen bewährt, um eine Einschätzung zur Prognose zu ermöglichen, z.B. die „Surprise Question“.
- Dabei zählen nicht nur formelle Dokumente; auch frühere mündliche Aussagen, handschriftliche Notizen oder Berichte von nahestehenden Personen können Hinweise auf den mutmaßlichen Willen liefern. Entscheidend ist, was die betroffene Person unter den gegebenen Umständen vermutlich selbst entschieden hätte.

und ihres Umfelds in ihrer gesamten Lebenssituation. Dabei spielt die Integration von psychosozialer Unterstützung, Schmerztherapie und Symptomlinderung eine zentrale Rolle.

Wann ist der richtige Zeitpunkt für „Palliative Care“?

Nicht immer funktioniert die Überleitung von der onkologischen Versorgung hin zu Palliative Care zu einem frühen Zeitpunkt. Aber wann ist der richtige Zeitpunkt für das medizinische Team, um eine Diskussion über die verbleibende Lebenszeit anzustoßen? Als Anhaltspunkt dafür kann eine hohe Symptomlast unabhängig von der Prognose einer Erkrankung dienen oder, wenn die „Surprise Question“ – „Wäre ich überrascht, wenn diese:r Patient:in im nächsten Jahr sterben würde?“ – mit „nein“ und die „Double Surprise Question“ – „Wäre ich überrascht, wenn diese:r Patient:in in einem Jahr noch leben würde?“ mit „ja“ beantwortet wird. Dies kann hilfreich sein, um Patient:innen frühzeitig in Entscheidungen einzubeziehen. Diese beiden

Niemand muss alles voraussehen. Aber wer festhält, was er ablehnt oder wünscht, gibt Behandelnden klare Orientierung.

Fragen sind zwar keine Diagnoseinstrumente, aber Kommunikationsöffner, die helfen, medizinische Einschätzungen in konkrete, empathische Gespräche zu überführen – etwa über Wünsche, Werte und Therapiezieländerungen. Wünschenswert ist eine nicht erst im Rahmen einer Krise stattfindende Auseinandersetzung mit diesen wesentlichen und existenziellen Themen.

Die (unbegründete) Angst vor dem Wort „Palliative Care“

Obgleich von unterschiedlichster Seite unermüdlich Bemühungen unternommen werden, den Begriff „Palliative Care“ zu enttabuisieren, versetzt er die Mehrheit unheilbar kranker Menschen und ihre An- und Zugehörigen immer noch in Panik. Eine Eierstockkrebspatientin formulierte dies im Rahmen des Krebshilfe-Kongresses am 1.10.2025 als Frage an die Expert:innen folgendermaßen: „Wieso muss in den Befunden überhaupt ‚palliativ‘ stehen? Für wen ist diese Information wichtig? Ich wünsche mir einfach nur in jeder Phase der Erkrankung die richtige Therapie und Betreuung.“ – Eine gute Frage, die dazu überleitet, was wir als Gesellschaft eigentlich unter „Palliativversorgung“ und „Hospizbetreuung“ verstehen. Noch immer verbinden viele damit ausschließlich die letzte Lebensphase. Dabei geht es um viel mehr: um Lebensqualität, Symptomlinderung, Begleitung und Unterstützung, oft über Monate oder gar Jahre hinweg – und nicht nur am Lebensende.

Diese Unklarheit erschwert nicht nur das Verständnis in der Bevölkerung, sondern trägt auch dazu bei, dass Patient:innen und deren Umfeld zu spät von palliativen Angeboten profitieren. Was wir daher dringend benötigen, ist nicht nur der weitere Ausbau der spezialisierten Teams, sondern vor allem eine Stärkung der niederschwwelligen Grundversorgung, was im Sinne einer zeitgerechten Integration von Palliative Care entstigmatisierend wirken kann. Allgemeinmediziner:innen, Fachärzt:innen, Pflegepersonen und mobile Dienste sowie mobile Palliativteams müssen

befähigt und ausgestattet sein, palliative Grundkompetenz bedarfsdeckend und zeitgerecht anzubieten. Dabei darf jedoch nicht allein die Quantität im Vordergrund stehen. Qualitätssicherung muss integraler Bestandteil aller Versorgungsstufen sein, von der allgemeinen palliativmedizinischen Grundversorgung bis hin zur hoch spezialisierten Betreuung. Nur so lässt sich gewährleisten, dass Patient:innen und ihr Umfeld die Unterstützung erhalten, die sie

benötigen.

Nur, wenn diese Basis breit verankert ist, können spezialisierte Dienste entlastet werden und ihre Expertise dort einsetzen, wo diese wirklich unverzichtbar ist. Wir dürfen uns also nicht allein auf die Fortschritte in der spezialisierten Versorgung verlassen. Palliative Care muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden

Eine gute Vorsorgevollmacht beginnt nicht mit der Unterschrift, sondern mit einem Gespräch. Nur, wer den Willen kennt, kann ihn auch vertreten.

Kommentar

Palliativmedizin: Stand der Versorgung

Das österreichische Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung wurde bereits 2011 von der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) als beispielhaftes Modell für Europa anerkannt. Mit dem 2022 in Kraft getretenen Hospiz- und Palliativfondsgesetz (HosPalFG) wurde ein weiterer Meilenstein für die spezialisierte Versorgung schwer kranker Menschen gesetzt.

Zweckzuschüsse aus dem HOS/PAL-Fonds an die für die Hospiz- und Palliativversorgung zuständigen Länder fördern den Auf- und Ausbau sowie den laufenden Betrieb von 8 spezialisierten Angeboten: (Kinder-)Hospizteams, mobile (Kinder-)Palliativteams, Palliativkonsiliar-dienste, Tageshospize und stationäre (Kinder-)Hospize. Die Zuschüsse werden jährlich gemäß HosPalFG nach einem festgelegten Schlüssel erhöht.

In den Jahren 2022 und 2023 wurden von den Ländern Gesamtausgaben in der Höhe von rund 146,5 Mio. Euro für den Auf- und Ausbau bzw. den laufenden Betrieb zur Abrechnung gebracht. Damit stiegen die Zahl der spezialisierten HOS/PAL-Einrichtungen von 310 auf 318 und die verfügbaren (teil-)stationären Plätze um 21% auf 202. Die Zahl der Fachkräfte wuchs um 10% auf 795 Vollzeitäquivalente und die Zahl der betreuten Palliativpatient:innen nahm deutlich zu. Mobile Palliativteams betreuten die

meisten Palliativpatient:innen – mehr als 17.300 im Jahr 2023; Hospizteams verzeichneten ein Plus von 27%.

Mit rund 336.000 ehrenamtlich geleisteten Stunden im Jahr 2023 bleibt das Engagement der Zivilgesellschaft jedoch zentral. Auch in den außerhalb des HosPalFG über die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung finanzierten pädiatrischen Palliativbetten und Palliativstationen für Erwachsene wurden 2023 knapp 8.000 Patient:innen betreut. Diese spezialisierten Einrichtungen ergänzen die durch das HosPalFG geförderten Angebote und sind insbesondere in komplexen medizinischen Situationen unverzichtbar.

Das Infosheet zum HosPalFG und die HOS/PAL-Broschüre 2025 – zwei kürzlich von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) herausgegebene Publikationen – dokumentieren diese Entwicklungen und die Qualitätskriterien, an deren Einhaltung die Zweckzuschüsse gebunden sind. Die Definition von einheitlichen Planungsrichtwerten für alle HOS/PAL-Angebote stellt eine wichtige Grundlage für die strategische Weiterentwicklung dar. Mit dem HosPalFG wurde ein rechtlicher und finanzieller Rahmen geschaffen, der die flächendeckende, qualitätsge-sicherte Versorgung schwer kranker Menschen stärkt.

Florian Trauner

und auf allen Ebenen zugänglich gemacht werden. Erst dann wird die Versorgung tatsächlich bedarfsdeckend, qualitativ hochwertig und gerecht.

Es fehlt an palliativer und Hospizversorgung

Es ist erwiesen, dass die Kapazitäten österreichweit schon jetzt unterschiedlich gegeben sind bzw. bei Weitem unter den Anforderungen liegen. Auf jahrelanges Betreiben verschiedener Organisationen wurde im März 2022 von Nationalrat und Bundesrat das Hospiz- und Palliativfondsgesetz (HosPalFG) verabschiedet, um den flächendeckenden Aus- und Aufbau einer spezialisierten und qualitativ hochwertigen Hospiz- und Palliativversorgung sicherzustellen. Ungeachtet des politischen Versprechens, den Bereich in die Regelfinanzierung überzuführen, ist die Hospiz- und Palliativversorgung weiterhin teilweise auf Spenden angewiesen. Zwischen 2022 und 2025 wurden insgesamt 108 Mio. Euro aus Bundes-, Landes- und Sozialversicherungsgeldern im Rahmen der Zielsteuerung bereitgestellt – jedoch fehlt es an Transparenz über die konkrete Mittelverwendung. Die bundesweite Abfrage (siehe Krebsreport 2024) ergab unvollständige oder vage Rückmeldungen, zwei Bundesländer antworteten gar nicht. Für eine verlässliche Versorgung braucht es dringend Qualitätssicherung und eine transparente, nachvollziehbare Mittelverteilung. Die jüngsten Entwicklungen im Rahmen des HosPalFG finden Sie im **Kommentar „Palliativmedizin: Stand der Versorgung“ auf Seite 49.**

Das Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende

Jeder Mensch hat das Recht, in Würde zu leben und in Würde zu sterben. Und jeder Mensch sollte die Freiheit haben, auch am Ende seines Lebens eigene, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen – über das Wie, das Wo und das Wann seines letzten Weges. Hospize und Palliativdienste begleiten Schwerstkranke und ihre Angehörigen,

stützen und halten aus, wenn Worte fehlen und Zuwendung alles bedeutet, und fokussieren auf Symptom- und Schmerzlinderung sowie Lebensqualität bis an das Lebensende.

Der Wunsch eines bzw. einer Patient:in, eine Behandlung abzulehnen, ist zu respektieren. Ebenso zu akzeptieren ist, wenn der Wunsch geäußert wird, das eigene Leben nach einem freien und selbstbestimmten Entschluss zu beenden und sich dabei allenfalls auch der Hilfe einer dazu bereiten Person zu bedienen (assistierter Suizid). Es ist aber unser aller Aufgabe, dafür Sorge zu tragen, dass Schwerstkranke am Ende ihres Lebens eine Wahl haben und der assistierte Suizid nicht als einzige Möglichkeit zur Wahrung der Würde und Symptomlinderung gesehen wird. Betroffene Personen sollten durch qualifizierte Fachpersonen ausreichend über die Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung informiert und diesbezüglich beraten werden. Dazu bedarf es jedoch auch einer entsprechenden Verfügbarkeit an Palliative Care und Hospizangeboten.

Paul Sevelda,
Ewald Wöll, Eva Masel

Quellen:

- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44:681–92; [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00221-3)
- Ermers DJ, Kuip EJ, Veldhoven C et al., Timely identification of patients in need of palliative care using the Double Surprise Question: a prospective study on outpatients with cancer. *Palliat Med* 2021; 35:592–602; <https://doi.org/10.1177/0269216320986720>
- Gerlach C, Weber M, Schmidtmann I. The „Surprise Question“ in Haemato-Oncology: the estimating physician and time to death reduce the prognostic uncertainty – an Observational Study. *Cancers (Basel)* 2025; 17:1326; <https://doi.org/10.3390/cancers17081326>
- Köstenberger M, Diegelmann S, Terlutter R et al., Advance directives in Austrian intensive care units: an analysis of prevalence and barriers. *Resusc Plus* 2020; 3:100014; <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2020.100014>
- Schaden E, Dier H, Weixler D et al., Comfort Terminal Care in the intensive care unit: recommendations for practice. *Anaesthesiologie* 2024; 73:177–85; <https://doi.org/10.1007/s00101-024-01382-9>
- Schrijvers D, Cherny NI, ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. *Ann Oncol* 2014; 25(Suppl. 3):iii138–142; <https://doi.org/10.1093/annonc/mdu241>
- White N, Kupeli N, Vickerstaff V, Stone P. How accurate is the „Surprise Question“ at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine* 2017; 15:139; <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0907-4>

Rechtliche Instrumente der Selbstbestimmung

Der österreichische Gesetzgeber hat wesentliche Instrumente geschaffen, die einen wichtigen Beitrag zur vorausschauenden Planung leisten. Diese Instrumente stellen für Patient:innen sicher, dass ihre Entscheidungen auch in Situationen respektiert werden, in denen sie nicht mehr entscheidungsfähig sind.

Die **Vorsorgevollmacht (VSV)** soll sicherstellen, dass der Wille der Patient:innen bestmöglich berücksichtigt wird. Entscheidend ist die Auswahl des/der Vorsorgebevollmächtigten, der/die im Einklang mit dem Willen des/der Patient:in auch das „Recht auf Unvernunft“ ausüben kann. Dazu gehören ein Informationsaustausch unter Berücksichtigung der individuellen Situation sowie eine Konsensfindung über das weitere Vorgehen. Zum Stichtag 31.12.2024 waren in Österreich 199.231 VSV im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) registriert.

Die gesetzliche Verankerung der **Patientenverfügung** im Jahr 2006 war ein wichtiger Schritt zur Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechts, die Akzeptanz blieb jedoch hinter den Erwartungen zurück. Zwar wissen immer mehr Menschen über die Möglichkeit einer Patientenverfügung Bescheid, jedoch haben erst rund 4% der österreichischen Bevölkerung eine solche errichtet (Kostenberger et al. 2020). Patient:innen tragen die Verantwortung dafür, dass die Patientenverfügung im Bedarfsfall vorliegt (Bringschuld). Stand der aktiven Registrierungen im Patientenverfügungsregister des österreichischen Notariats zum 31.12.2024: 54.804. Dabei ist zu betonen, dass es keine Registrierungspflicht gibt. Nur die von Notar:innen erstellten Patientenverfügungen sind im Register enthalten.

Verfügen oder bevollmächtigen – zwei Wege zur Selbstbestimmung

Eine Patientenverfügung legt fest, welche medizinischen Maßnahmen im Falle der Entscheidungsunfähigkeit gewünscht oder abgelehnt werden. Eine Vorsorgevollmacht hingegen bevollmächtigt eine Vertrauensperson, im Falle der eigenen Handlungsunfähigkeit Entscheidungen in medizinischen, finanziellen oder rechtlichen Angelegenheiten zu treffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit widerrufen oder geändert

werden – schriftlich, mündlich oder durch eindeutige Gesten wie Kopfschütteln. Während die Patientenverfügung konkrete Behandlungswünsche regelt, ermöglicht die Vorsorgevollmacht deren Durchsetzung durch eine Vertrauensperson, deren Entscheidung sich dem Behandlungsverlauf anpassen kann, was freilich eine sehr genaue Kenntnis des Willens des bzw. der Betroffenen voraussetzt.

Nähere Informationen
finden sich hier:



Eine **Klinische Ethikberatung (KE)** dient dazu, in komplexen Situationen eine gemeinsame ethische Einschätzung zu erarbeiten und eine Empfehlung für das Behandlungsteam zu formulieren. Die Klinische Ethikberatung arbeitet nach dem Prinzip eines „runden Tisches“ und bezieht alle Beteiligten gleichberechtigt ein. Sie wird dokumentiert, die Verantwortung für die Umsetzung liegt jedoch beim behandelnden Team. Eine Klinische Ethikberatung ist nur in komplexen Situationen erforderlich und darf nicht dazu genutzt werden, die Festlegung oder Änderung von Therapiezielen auszulagern – auch, weil das Vertrauen der Patient:innen vor allem den primär behandelnden Ärzt:innen gilt.

Weitere Informationen
finden sich hier:

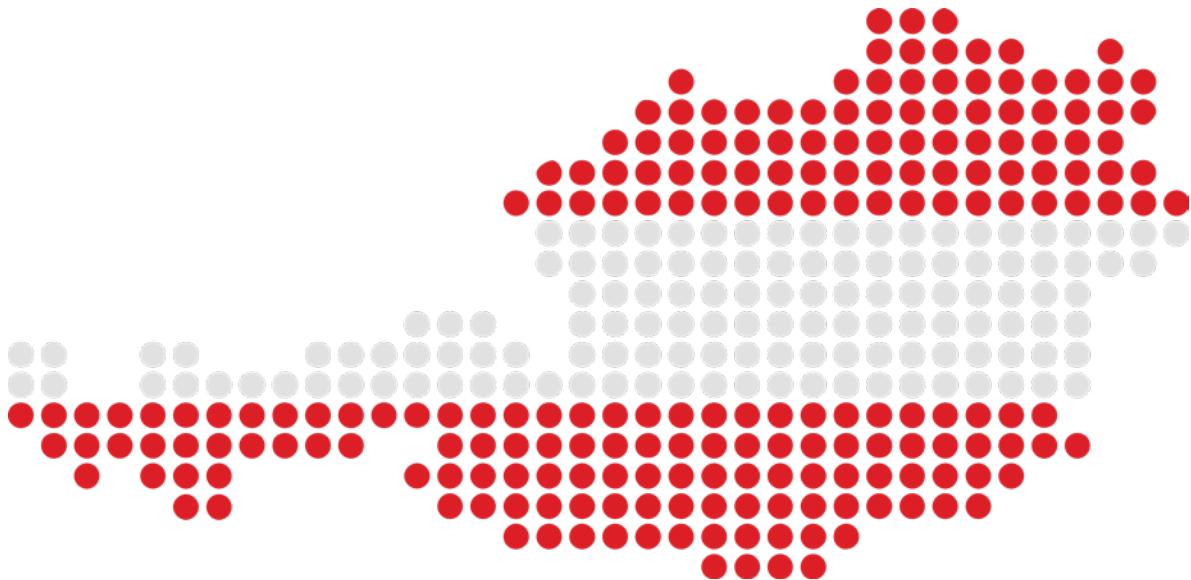


Assistierter Suizid

Seit dem 01.01.2022 gilt in Österreich das Sterbeverfügungsgesetz. Damit kommt der Gesetzgeber dem Grundrecht auf Selbstbestimmung nach und ermöglicht Personen, ihr Leben nach einem freien und selbstbestimmten Entschluss zu beenden und sich dabei allenfalls auch der Hilfe einer dazu bereiten Person zu bedienen.

Nähere Informationen
finden sich hier:





Versorgung im Wandel:

Ergebnisse des Österreichischen Onkologie Forums

Die onkologische Versorgung in Österreich gilt international als qualitativ hochwertig. Gleichzeitig steht das System zunehmend unter Druck: Die Zahl der Patient:innen steigt, Therapien dauern länger und immer mehr Menschen leben länger mit Krebs und unter Therapie, ohne dass sie geheilt sind. Diese Entwicklung führt zu einer steigenden Inanspruchnahme von Ressourcen und droht durch Versorgungsengpässe die erreichten Fortschritte in der Therapie zu unterminieren.

Vor diesem Hintergrund wurde das Österreichische Onkologie Forum (ÖOF) als interdisziplinäre Plattform gegründet. Ziel ist es, auf Basis von Daten und Fakten Versorgungsdefizite sichtbar zu machen, Qualitätsindikatoren zu definieren und konkrete Handlungsempfehlungen an Entscheidungsträger:innen zu formulieren.

Vorsorge und Screening

Die Analyse zeigte deutliche Schwächen in der Prävention. Beim Brustkrebs-Screening liegt die Teilnahmequote bei rund 40% – zu niedrig, um vulnerable Gruppen zu erreichen. Beim Darmkrebs existiert trotz klarer Evidenz zur Mortalitätssenkung bis heute kein flächendeckendes Programm. Regionale Pilotprojekte – so erfolgreich sie im Einzelfall sind – konnten

das Problem insgesamt nicht lösen: So sind selbst bei positivem Test auf Blut im Stuhl Wartezeiten von mehreren Monaten auf eine Koloskopie möglich.

Auch beim Lungenkrebs besteht Handlungsbedarf. Internationale Daten belegen den Nutzen eines qualitätsgesicherten Low-Dose-CT-Screenings, in Österreich fehlen jedoch Standards und Strukturen. Diese Schwächen werden durch ein grundlegendes Problem agraviert: Österreich weist im europäischen Vergleich eine sehr niedrige Gesundheitskompetenz auf. Laut Health Literacy Survey verfügen 51% der Bevölkerung nur über unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz. Dies schlägt sich unmittelbar in der Inanspruchnahme von Vorsorge nieder und zeigt, dass Prävention nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein gesellschaftliches Thema ist.

Diagnostik

Die diagnostische Qualität ist insgesamt hoch, wird jedoch von erheblichen regionalen Unterschieden begleitet. In manchen Regionen erfolgen MRT- oder PET-CT-Untersuchungen innerhalb weniger Tage, anderswo beträgt die Wartezeit Wochen bis Monate. Besonders kritisch ist die Abwanderung von Radiolog:innen und Pa-

tholog:innen in den niedergelassenen Bereich. Dadurch gehen intramural Expertise und Ausbildungskapazität verloren, was beispielsweise zur Folge hat, dass invasive radiologische Verfahren oder andere spezialisierte Eingriffe kaum mehr durchgeführt werden können.

Die molekulare Pathologie, heute Grundlage vieler zielgerichteter Therapien, ist ebenfalls von Engpässen betroffen. Versorgungsverzögerungen wirken sich hier direkt negativ auf Therapieentscheidungen und Prognose aus.

Internationale Modelle wie das britische „Urgent Cancer Referral“ oder das dänische Stufensystem zeigen, dass organisatorische Vorgaben ohne zusätzliche Ressourcen Wartezeiten drastisch verkürzen und Outcomes verbessern können.



Österreichisches Onkologie Forum

Das Österreichische Onkologie Forum ist eine von der OeGHO getragene, aber im Schulterschluss mit Systempartnern entstandene Initiative zur Verbesserung der onkologischen Versorgung in Österreich. Es liefert ein differenziertes Bild der onkologischen Versorgung in Österreich und hilft, Schwächen und Stärken zu analysieren und Handlungsempfehlungen zu erarbeiten. Weiterentwickelt wurde das Forum maßgeblich von Doz.ⁱⁿ Kathrin Strasser-Weippl (medizinische Leiterin der OeGHO).

Arbeitsweise: Entwicklung einer Versorgungsmatrix mit über 50 Qualitätsindikatoren, die vom Screening über Diagnostik und Therapie bis hin zu Nachsorge und Rehabilitation reicht und Indikatoren aus Krebsrahmenprogramm und Zertifizierungsplattformen enthält. Anhand der Versorgungsmatrix wird in Workshops mit Kliniker:innen über ganz Österreich pro Tumorerkrankung ein Bild der Versorgungslandschaft in Österreich erstellt und im Anschluss mit Stakeholdern (Ministerium, Länder, Krankenhausträger, ÖGK) diskutiert.

Vision: auf Basis von Daten und Fakten Schwachstellen adressieren, praxisnahe Empfehlungen formulieren und die Umsetzung im Versorgungssystem fördern

Besonderheit: Einbindung fallführender Ärzt:innen aus Universitätskliniken und peripheren Spitätern, um ein realistisches Bild der Versorgungslage in allen Bundesländern abzubilden

Ergebnisse: Die ersten vier Workshops haben Unterschiede zwischen den Bundesländern aufgezeigt. Einzelne Initiativen wurden schon umgesetzt; Publikationen sind bereits online verfügbar.

Selbstverständnis: Das Forum versteht sich ausdrücklich als gesundheitspolitisch relevante Initiative, die im Dialog mit Stakeholdern konkrete Verbesserungen anstößt.

Eine vergleichbare Definition onkologischer Dringlichkeit fehlt in Österreich bislang.

Tumorboards

Tumorboards haben sich in Österreich als Erfolgsgeschichte etabliert. Nahezu alle Krebspatient:innen werden heute interdisziplinär vorgestellt, was ein wesentlicher Fortschritt ist.

Die Praxis ist jedoch heterogen. Manche Boards sind so groß, dass eine effiziente Entscheidungsfindung erschwert wird, während kleinere, spezialisierte Boards deutlich strukturierter arbeiten. Problematisch ist manchmal die unzureichende IT-Infrastruktur: Bildübertragungen erfolgen teilweise noch via CD-ROM, was Verzögerungen und Mehrkosten verursacht. Auch die Dokumentation ist nicht überall standardisiert.

Ein weiteres Defizit betrifft die fehlende Anerkennung des hohen Personalaufwands von Tumorboards. Vor- und Nachbereitung sowie die Durchführung von Tumorboards binden erhebliche Ressourcen, die im aktuellen System kaum abgebildet werden.

Therapie und Zugang

Grundsätzlich stehen in Österreich innovative Therapien rasch zur Verfügung. Vereinzelt bestehen dennoch Hürden: In einzelnen Häusern müssen selbst Standardtherapien durch die ärztliche Direktion genehmigt werden, während sogenannte „Innovationsboards“, die an sich sinnvoll sind, kritisch gesehen werden, wenn sie zu relevanten Zeitverzögerungen in der Therapie führen.

Das ABS-System zur chefärztlichen Be- willigung funktioniert gut, erschwert aber zeitweise den direkten, persönlichen Kontakt zu Chefärzt:innen. Positiv ist, dass das ÖOF hier bereits konkrete Verbesserungen erreichen konnte. So wurde u.a. die verpflichtende Tumorboard-Dokumentation für bestimmte Onkologika abgeschafft, wenn Indikation und Befundlage eindeutig sind – ein Beispiel dafür, dass bürokratische Hürden abgebaut werden können.

Klinische Studien und Daten

Klinische Forschung ist für Österreich von zentraler Bedeutung, bleibt jedoch vielfach unterfinanziert. Außerhalb universitärer

Zentren mangelt es an Personal, Infrastruktur und IT-Unterstützung. Viele Kliniker:innen betreiben Studienarbeit zusätzlich zur regulären Versorgung – häufig in ihrer Freizeit. Spitalsübergreifende Strukturen für seltene Tumoren sind kaum etabliert. Auch bei den Daten bestehen Defizite. Zwar gibt es einzelne Register und Zertifizierungssysteme, doch diese sind fragmentiert und regional unterschiedlich. Ein österreichweites Benchmarking ist nicht möglich. Insbesondere fehlen strukturierte Verlaufsdaten, die für eine prospektive Steuerung der Versorgung notwendig wären. Länder wie Dänemark oder Schweden zeigen, dass durch hochwertige Registerdaten Versorgungsqualität und Forschung erheblich verbessert werden können.

Behandlung, Pflege und Palliativversorgung

Die steigenden Patientenzahlen führen bereits heute zu Kapazitätsengpässen in den Ambulanzen. Immun- und Erhaltungstherapien beanspruchen über Jahre Versorgungsplätze, die nur schwer erweitert werden können.

Cancer Nurses haben sich als wertvolle Ressource etabliert, womit Engpässe teilweise kompensiert werden können. Problematisch ist ein Stadt-Land-Gefälle bei der hausärztlichen Versorgung: Während die Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen in ländlichen Regionen meist gut funktioniert, ist sie in Wien deutlich ausbaufähig. Viele Patient:innen müssen selbst für Basisleistungen die onkologische Ambulanz aufsuchen.

Telemedizinische Modelle existieren bislang nur vereinzelt, obwohl sie die Belastung wohl abmildern könnten. Auch in der Palliativversorgung zeigen sich trotz großer Anstrengungen angesichts des steigenden Bedarfs weiterhin Lücken, sodass nicht alle Patient:innen die letzte Lebensphase im optimalen Setting verbringen können.

Sozioökonomische Faktoren, Psychoonkologie und Rehabilitation

Sozioökonomische Unterschiede wirken sich direkt auf den Krankheitsverlauf aus. Sprachbarrieren, niedrige Bildung oder fehlende Angehörige erschweren die Ver-



Podiumsdiskussion mit Stakeholdern des österreichischen Gesundheitssystems zu aktuellen Herausforderungen in der onkologischen Versorgung, wie sie zuvor im Workshop von fallführenden Ärzt:innen aus ganz Österreich thematisiert wurden. Im Bild v.r.n.l.: W. Hilbe, K. Strasser-Weippl, M. Hackl, P. Lehner, A. Melitopoulos

sorgung in regional unterschiedlichem Ausmaß. Videodolmetsch-Systeme alleine reichen oft nicht aus, um komplexe Aufklärungsgespräche oder psychoonkologische Betreuung sicherzustellen.

Dringend benötigt werden Lotsen- oder Patientennavigator:innen, die Patient:innen bei Terminen begleiten, Befunde erklären und die Koordination übernehmen. Psychoonkologische Angebote sind vorhanden, aber unzureichend, vor allem für nicht deutschsprachige Patient:innen. In der Rehabilitation gibt es gut etablierte stationäre und zunehmend auch ambulante Angebote. Besonders bei älteren Patient:innen wäre auch eine Prähabilitation vor belastenden Therapien und eine altersgerechte Nachversorgung wichtig – bislang noch ohne ausreichende Verfügbarkeit.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Bilanz nach den ersten vier Workshops des ÖOF ist ambivalent: Österreich bietet eine qualitativ hochwertige Versorgung, die durch engagierte Fachkräfte getragen wird. Gleichzeitig steigen die Belastungen rapide und ohne strukturelle Reformen drohen Rückschritte.

Positiv ist, dass das Forum bereits konkrete Verbesserungen erreichen konnte – von der Anpassung der Regeltexte bei Onkologika über die stärkere Verankerung von Tumorboards im Krebsrahmenprogramm bis hin zu neuen Diskussionsprozessen mit den Sozialversicherungsträgern. Diese Erfolge belegen den Wert eines interdisziplinären Dialogforums.

Die zentralen Herausforderungen bleiben jedoch bestehen: die Schaffung einer einheitlichen Datenbasis, der Ausbau von Studieninfrastruktur, die Verbesserung der IT-Unterstützung, die klare Definition von Schnittstellen zwischen intra- und extramuralem Bereich sowie die Förderung von Gesundheitskompetenz und Chancengerechtigkeit.

Eine der aktuell wichtigsten Anliegen des ÖOF ist die Einführung einer „onkologischen Dringlichkeit“ im österreichischen Gesundheitssystem. Diagnostik und Therapieentscheidungen für Patient:innen mit maligner Erkrankung oder Verdacht auf eine solche müssen innerhalb klar definierter Zeitfenster erfolgen. Nur so kann gewährleistet werden, dass der medizinische Fortschritt tatsächlich bei den Patient:innen ankommt – unabhängig von Wohnort, Bildung oder Einkommen.

Das ÖOF wird diesen Prozess auch in den kommenden Jahren fortsetzen, mit weiteren Workshops zu verschiedenen Indikationen und Querschnittsthemen wie molekulare Pathologie und klinische Studien. Ziel bleibt, die Versorgung nicht nur medizinisch, sondern auch strukturell so weiterzuentwickeln, dass sie dem steigenden Bedarf gerecht wird. Das Bemühen der Entscheidungsträger:innen, hier Lösungen zu finden, wird das ÖOF weiterhin mit Erfahrungsberichten und Daten aus der Praxis unterstützen.

Wolfgang Hilbe, Kathrin Strasser-Weippl,
Ewald Wöll

Fazit

Jahrestreffen des Österreichischen Onkologie Forums – Gesamtzusammenfassung der bisherigen 4 Workshops (Mammakarzinom, Bronchialkarzinom, gastrointestinale Tumoren, urologische Tumoren)

Vorsorge & Screening

Brustkrebs-Screening: Programmscreening gut etabliert; aufgrund Teilnahmequote von nur ~ 40% Sorge, dass vulnerable Gruppen nicht erreicht werden

Darmkrebs: noch kein flächendeckendes Screeningprogramm, aktuell Wartezeiten und Kapazitätsprobleme

Lungenkrebs: positive Studiendaten für Screening; in Österreich noch keine standardisierten Qualitätskriterien oder Programme

Prostatakrebs: Screeningstrategie ist im Umbruch, neues Konzept auf EU-Ebene empfohlen, muss in Österreich noch umgesetzt werden

Diagnostik

Regionale Unterschiede, zum Teil gute Versorgung, zum Teil lange Wartezeiten auf bildgebende Verfahren und invasive Diagnostik

Abwanderung von Radiolog:innen und Patholog:innen in den niedergelassenen Bereich führt zu Verlust bestimmter intramuraler Kompetenzen und Problemen in der Ausbildung

Diagnostische Pfade notwendig, um steigende Zahlen zu bewältigen – Einführung von „Urgent Cancer Referral“-Programmen empfohlen, um Wartezeiten zu verkürzen

Tumorboards

Heute flächendeckend etabliert und eine „Erfolgsgeschichte“

Herausforderungen: Dokumentation, IT-Infrastruktur, Bildübertragung (teilweise noch mit CD-ROMs)

Therapie & Zugang

Guter Zugang und Kooperation mit Entscheidungsträgern

Kritik: zum Teil unnötige Genehmigungspflichten durch ärztliche Direktionen für Standardtherapien (z.B. Immuntherapien), dadurch Verzögerungen

Positiv: konstruktiver Dialog mit Entscheidungsträger:innen – Änderung Regeltexte umgesetzt, Input von Fachexpert:innen bei Nutzenbewertung wird gehört

Klinische Studien & Daten

Mangel an Infrastruktur und Personal für Studien außerhalb der Universitäten, dadurch Hürden für flächendeckende Forschung; häuserübergreifende Durchführung von Studien notwendig

Register & Daten: keine strukturierte Verlaufsdokumentation, regionale Unterschiede extrem groß

Pflege, Rehabilitation, Palliativversorgung

Cancer Nurses mittlerweile teilweise etabliert – positive Entwicklung

Jedoch: zunehmender Engpass bei Therapieplätzen (z.B. Langzeit-Immuntherapien)

Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen ausbaufähig, besonders in Städten

Telemedizin ist kaum etabliert

Palliativversorgung wird ausgebaut, aber mobile Teams fehlen, zu viele Menschen sterben im Spital

Rehabilitation: Angebote vorhanden, aber regional ungleich verteilt; psychoonkologische Betreuung unzureichend, besonders für nicht deutschsprachige Patient:innen

Strukturelle Probleme

Bruchlinie zwischen intra- und extramuraler Versorgung (Spital vs. niedergelassene Versorgung); Beispiele: radiologische Untersuchungen, Nachsorge, Rehabilitation, orale Therapien

Folge: Patient:innen leider an der Schnittstelle zwischen Kostenträgern (z.B. Herzuntersuchungen bei kardiotoxischer Therapie nicht klar zuordenbar)

Bisherige Erfolge des Forums

Sehr konstruktiver Dialog mit Entscheidungsträger:innen

Integration von Empfehlungen ins Krebsrahmenprogramm

Anpassungen bei Tumorboard-Verpflichtung für Medikamentenbewilligungen

Intensivierter Dialog mit Sozialversicherungsträgern

Diskussion über Leber-MRT als Kassenleistung

Sichtbarmachung des Zeitaufwands für Tumorboards (OeGHO-Umfrage)

Onkologische Forschung



ÖSTERREICHISCHER KREBSREPORT

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

Highlight-Bericht klinische Forschung

Klinische Studien sind die Grundlage medizinischer Innovation. Ihr Wert zeigt sich direkt auf Ebene der Patient:innen. Für sie bedeuten Studien die Möglichkeit, neue Medikamente Jahre vor deren regulärer Zulassung zu erhalten. Gerade in der Onkologie, wo Krankheitsverläufe oft aggressiv sind und Standardtherapien an ihre Grenzen stoßen, kann dieser frühe Zugang entscheidend sein. Auch im letzten Jahr haben zahlreiche klinische Studien in der Onkologie bedeutungsvolle Ergebnisse geliefert, die direkt in der klinischen Praxis umgesetzt werden können und zu einer weiteren Verbesserung der Prognose von Krebspatient:innen beitragen werden. Im Folgenden finden Sie dazu einzelne Beispiele aus unterschiedlichen Bereichen.*

MATTERHORN – nahender Paradigmenwechsel in der schwierigen Indikation Magenkrebs

Ein Beispiel für eine Innovation mit unmittelbarer klinischer Relevanz ist die MATTERHORN-Studie beim Magenkarzinom. Hier wurde das etablierte perioperative FLOT-Chemotherapie-Regime erstmals um eine Immuntherapie erweitert – vor der Operation sowie danach und zusätzlich als Erhaltungstherapie. Das Konzept bringt einen Paradigmenwechsel: Immuntherapie, bislang beim Magenkarzinom nur im metastasierten Setting etabliert, wird in die kurative Situation verlagert. Der Ansatz ist biologisch plausibel: Gerade bei minimaler Resterkrankung oder Mikrometastasen kann das Immunsystem seine volle Wirksamkeit entfalten. Bereits die frühen Auswertungen zeigen, dass dieser Ansatz klinisch relevant ist. So war ein kompletter Tumorrückgang (pathologische Komplettremission – pCR) vor Operation unter der Immuntherapie fast dreimal so häufig wie mit

Chemotherapie alleine – Patient:innen mit pCR haben die beste Prognose. Insgesamt verbesserte sich das ereignisfreie Überleben signifikant gegenüber dem bisherigen Standard.

Im größeren Kontext steht MATTERHORN in einer Reihe von Studien, die Immuntherapie vom palliativen in den kurativen Bereich verlagern: vom Melanom über das nicht-kleinzellige Lungenkarzinom bis hin zu Kopf-Hals-Tumoren (NIVOPOSTOP).

NIVOPOSTOP-Studie bei Kopf-Hals-Tumoren – erstmals seit zwei Jahrzehnten Verbesserung des Standards

Auch die NIVOPOSTOP-Studie liefert ein eindrucksvolles Beispiel, wie klinische Forschung den onkologischen Standard verändert. Seit fast zwei Jahrzehnten galt in der adjuvanten Behandlung von Hochrisikopatient:innen mit lokal fortgeschrittenem Kopf-Hals-Tumor die postoperative Radio(chemo)therapie als fixer Standard. Trotz der intensiven multimodalen Therapie blieb die Prognose nach Operation oft schlecht, mit einem 5-Jahres-Überleben von rund 50%. NIVOPOSTOP prüfte die Zugabe einer Immuntherapie und erzielte damit ein signifikant besseres krankheitsfreies Überleben. Für die klinische Praxis bedeutet das eine Zäsur. Mit rund 1.200 Neuerkrankungen pro Jahr in Österreich ist das Kopf-Hals-Karzinom zwar seltener als etwa Lungen- oder Darmkrebs, aber keine Randindikation. Dass es nun erstmals seit Einführung der Cisplatin-basierten Radiochemotherapie eine wirksame Erweiterung des Standards gibt, hat das Potenzial, Tumorboards unmittelbar zu beeinflussen und Hochrisikopatient:innen einen Überlebensvorteil zu verschaffen.

* Anmerkung: Die Auswahl der in diesem Beitrag präsentierten Highlights der klinischen Forschung in der Onkologie und Hämatologie beruht auf einer Auswahl des Redaktionsteams und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.



© alphaspirit - stock.adobe.com

DELLphi-304 – BiTE-Immuntherapie als neue Option beim kleinzelligen Lungenkrebs

Ein weiteres Beispiel für das Innovationspotenzial klinischer Forschung liefert die DELLphi-304-Studie beim kleinzelligen Lungenkarzinom (SCLC). Diese Tumorkategorie gilt als eine der aggressivsten: schnelles Wachstum, frühe Metastasierung – häufig ins Gehirn – und hohe Rezidivraten. Standardtherapien der Zweitlinie boten bislang nur begrenzten Nutzen. Hier konnte erstmals eine bispezifische T-Zell-Engager-Immuntherapie (BiTE) klinisch überzeugen: Der BiTE-Antikörper bindet gleichzeitig an Tumorzellen und an Immunzellen und lenkt so die körpereigene Immunabwehr gegen den Tumor. In der Phase-III-Studie DELLphi-304 zeigte sich damit ein erheblicher Überlebensvorteil gegenüber Chemotherapie: Gegenüber Standardtherapien wurde das Sterberisiko um rund 40% reduziert, das mediane Gesamtüberleben verlängerte sich um mehrere Monate. Bemerkenswert sind zudem die bessere Verträglichkeit und die Verbesserung patientenberichteter Symptome wie Atemnot und Husten. Das Konzept bispezifischer Antikörper, das bislang vor allem bei hämatologischen Malignomen erfolgreich ist, wird nun auch in der Thoraxonkologie bei einem soliden Tumor Realität.

DESTINY-Breast09 – gerade die besten Substanzen können noch Zugewinn erzielen

Ein weiteres Beispiel für die eingangs erwähnte Dynamik liefert die DESTINY-Breast09-Studie beim HER2-positiven Mammakarzinom. Seit mehr als einem Jahrzehnt galt die hocheffektive Kombination aus Taxan, Trastuzumab und Pertuzumab (CLEOPATRA-Regime) als Goldstandard in der Erstlinientherapie des metastasierten HER2-positiven Mammakarzinoms. Nun konnten in dieser Indikation weitere spektakuläre Fortschritte erzielt werden: Mit einem Antikörper-Wirkstoff-Konjugat (T-DXd) wurde das Risiko für Progression oder Tod nahezu halbiert, das mediane progressionsfreie Überleben von rund 27 auf etwa 40 Monate verlängert. Gleichzeitig kam es zu nahezu einer Verdoppelung der Rate an Komplettremissionen. Entscheidend dafür ist das neue Wirkprinzip: Es verbindet die Präzision eines HER2-Antikörpers mit der Potenz einer hochwirksamen Chemotherapie, die an den Antikörper gekoppelt ist und so direkt in der Tumorzelle zur Wirkung kommt. Zudem erfasst die Substanz zusätzlich Tumorzellen, die nicht vollständig HER2 überexprimieren (Bystander-Effekt). DESTINY-Breast09 belegt damit, dass auch dort, wo Standards scheinbar ausgereizt sind, durch aus-

geklügeltes Medikamentendesign noch substanzielle Fortschritte möglich sind.

Update 2025 – T-DXd erreicht das kurative Setting: Am größten europäischen Krebskongress Ende Oktober 2025 (ESMO) wurde eine weitere praxisverändernde Entwicklung für Patientinnen mit HER2-positivem Mammakarzinom vorgestellt. Was sich im metastasierten Setting bereits als „Gamechanger“ erwiesen hat, beginnt nun auch die kurative Situation zu verändern. In den jüngsten Phase-III-Studien DESTINY-Breast11 und DESTINY-Breast05 zeigte der Ansatz mit dem Antikörper-Wirkstoff-Konjugat (T-DXd) sowohl im neoadjuvanten als auch im adjuvanten Setting eine signifikante Überlegenheit gegenüber den bisherigen Standards – und leitet damit einen Paradigmenwechsel ein.

ABC52/ATHENE: Deeskalation – muss es immer mehr sein?

Eine zentrale Frage ist, ob Fortschritt in der Onkologie zwingend immer mit höherer Therapieintensität einhergehen muss oder ob auch intelligente Deeskalation neue Standards setzen kann. Das ist der Grundgedanke der österreichischen Studie ABCSG-52/ATHENE. Sie bricht mit dem klassischen Dogma der Chemotherapie-Ära („je mehr, desto besser“) und fragt nach dem Gegenteil: Wie viel Therapie ist wirklich notwendig, um Heilung zu erreichen? Statt auf maximale Zytotoxizität zu setzen, kombinierte ATHENE eine reduzierte Chemotherapie (nur Anthrazyklin, Verzicht auf Taxane und Platin) mit einer Immuntherapie (Atezolizumab) und HER2-Blockade. Das Ergebnis war bemerkenswert: eine pathologische Komplettremissionsrate von rund 60%, die im Bereich maßgeblicher Studien in dieser Indikation liegt, trotz deutlicher Reduktion der klassischen Zytostatika. ATHENE zeigt, dass Deeskalation in Kombination mit modernen Immuntherapien ein ebenso wirksamer wie potenziell schonenderer

Weg ist. Und sie beweist zugleich, dass Innovation nicht nur in der Hinzufügung neuer Substanzen besteht, sondern auch im Mut, alte Paradigmen zu hinterfragen.

Diese Studie unter Leitung von Doz. Gabriel Rinnerthaler (Graz) wurde 2025 von der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO) mit einem „Innovation Award“ ausgezeichnet.

CAR-T-Zell-Therapie – zelluläre Immuntherapie als Gamechanger

Die CAR-T-Zell-Therapie stellt eine der größten Umwälzungen der modernen Hämato-Onkologie dar. Körpereigene T-Zellen werden in einem aufwendigen Verfahren so verändert, dass sie ein tumorspezifisches Zielantigen erkennen und hocheffektiv angreifen können. Die modifizierten Zellen, die für jede:n Patient:in individuell produziert werden müssen, tragen einen chimären Antigenrezeptor (CAR), der die Spezifität eines Antikörpers mit der Zytotoxizität von T-Zellen verbindet. Als „lebende Therapie“ können CAR-T-Zellen nach einmaliger Infusion im Körper überleben, sich vermehren und wiederholt Tumorzellen eliminieren. Ein Teil der Patient:innen bleibt dadurch über Jahre rückfallfrei, sodass heute von einer potenziell kurativen Therapie bei aggressiven Lymphomen oder dem Multiplem Myelom gesprochen wird.

Parallel dazu haben bispezifische Antikörper das therapeutische Spektrum in der Hämatologie erweitert (siehe z.B. DELLphi-304-Studie oben). Sie binden gleichzeitig an ein Tumorantigen (z.B. CD20) und an Immunzellen und aktivieren so die körpereigene Immunabwehr – ohne dass dafür patienteneigene Zellen modifiziert werden müssen. Diese „Off-the-shelf“-Immuntherapien ergänzen die CAR-T-Strategie und eröffnen Patient:innen mit aggressiven hämatologischen Erkrankungen ebenfalls neue Optionen.

Fortschritte abseits klassischer Krebsmedikamente

Vasomotorische Symptome unter Antihormontherapie bei Brustkrebs – mehr als ein „Wohlfühl-Argument“

Innovation bedeutet nicht nur neue Tumorbehandlungen, sondern auch bessere Strategien gegen therapiebedingte Nebenwirkungen. Beim Hormonrezeptor-positiven (HR+) Mammakarzinom sind Hitzewallungen unter Antihormontherapie (Östrogenentzug) ein häufiges Problem, das bis zu 70% der Patientinnen betrifft. Diese beeinträchtigen Schlaf, Lebensqualität und können im schlimmsten Fall zum vorzeitigen Abbruch der Therapie führen, was das Rückfallrisiko erhöht. Die Hormonersatztherapie, die häufig Östrogen enthält, wird bei Frauen mit HR+ Brustkrebs aufgrund des Risikos, das Tumorgrowth zu fördern, in der Regel nicht empfohlen. Alternativen wie Antidepressiva (SSRI) können ebenfalls mit der Wirksamkeit bestimmter Onkologika interferieren. Vor diesem Hintergrund untersuchte die OASIS-4-Studie einen dualen Neurokinin-1/3-Rezeptor-Antagonisten, der die Hitzewallungen signifikant verringern konnte, ohne dabei die Wirksamkeit der Antihormontherapie zu beeinträchtigen. Auch Schlafqualität und Fatigue verbesserten sich deutlich.

Bewegung, Bewegung, Bewegung ... nicht nur allgemein empfehlenswert, sondern auch therapeutisch effektiv

Dass körperliche Aktivität wichtig ist, weiß man seit Langem, doch die CHAL-LENGE-Studie liefert erstmals in einer randomisierte Phase-III-Studie die Evidenz dafür, dass Bewegungstherapie beim Kolonkarzinom nicht nur die Fitness steigert, sondern auch harte onkologische Endpunkte beeinflusst. In die Studie wurden knapp 900 Patient:innen nach adjuvanter Chemotherapie bei Kolonkarzinom (Stadium III und Hochrisiko-Stadium II) eingeschlossen. Sie wurden randomisiert in ein dreijähriges strukturiertes Bewegungsprogramm oder eine Kontrollgruppe mit allgemeinen Gesundheitsinformationen eingeschlossen. Ziel

war eine Steigerung der wöchentlichen Aktivität, begleitet durch Bewegungstherapeuten und regelmäßige Beratung. Nach fast acht Jahren Follow-up zeigte sich im Ergebnis ein signifikanter Vorteil für die Interventionsgruppe – sowohl beim krankheitsfreien Überleben als auch beim Gesamtüberleben. Zusätzlich verbesserten sich Fitness, Fatigue und Lebensqualität deutlich.

Ein anderer Bereich betrifft die Früherkennung und Prävention. Hier zeigen Biomarker-Studien, wie sich unnötige Diagnostik und Übertherapie vermeiden lassen. Ein Beispiel ist der sogenannte „Kollagen-Code“, eine an der Med Uni Innsbruck entwickelte Signatur aus Transkriptom-, Proteom- und Urinanalysen, die helfen soll, klinisch relevante Prostatakarzinome präziser zu identifizieren. Solche Ansätze haben das Potenzial, Screeningprogramme gezielter zu gestalten und sowohl Patient:innen als auch das Gesundheitssystem zu entlasten. Dieser Ansatz wurde 2025 von der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO) ebenfalls mit einem „Innovation Award“ ausgezeichnet. Studienleiterin ist Prof.ⁱⁿ Isabel Heidegger-Pircher (Innsbruck).

Die hier dargestellten Beispiele betreffen überwiegend solide Tumoren. In der Hämato-Onkologie vollzieht sich jedoch eine ebenso tiefgreifende Entwicklung – bis hin zur Umkehrung vormals schlechter Prognosen und zur realen Perspektive auf Langzeitheilung. Insgesamt soll deutlich werden, dass klinische Studien die Grundlage medizinischer Innovation darstellen. Allerdings steht klinische Forschung zunehmend im Spannungsfeld zwischen medizinischem Anspruch, organisatorischer Machbarkeit und politisch-ökonomischen Rahmenbedingungen. Ohne gezielte Unterstützung bei Personal, Infrastruktur und Regulierung bleibt der hohe Nutzen klinischer Studien vielfach hinter den Möglichkeiten zurück.

Kathrin Strasser-Weippl,
Gerhard Kahlhammer



Themenmonitor



**ÖSTERREICHISCHER
KREBSREPORT**

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



Berufsbild Cancer Nurse

Zahlen & Perspektiven in der österreichischen Onkologiepflege

Im November 2024 führte die AHOP (Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen) eine österreichweite Befragung unter ihren 890 Mitgliedern durch, um den aktuellen Stand spezialisierter Pflege zu erfassen. Knapp 55% von ihnen nahmen an dieser Befragung teil (n = 489).

Im Folgenden legen wir den Fokus auf die Ergebnisse zu Angaben von Weiterbildungen und zum Einsatz in spezialisierten Rollen.

317 Befragte haben die Frage zur Weiterbildung/Spezialisierung beantwortet. Davon gaben 59,6% an, die Weiterbildung (WB) **Onkologische Pflege** abgeschlossen zu haben, 15,7% die WB **Palliative Care** und 11,6% die WB **Breast Care Nurse**. 96 Personen gaben an, ein Studium oder einen akademischen Lehrgang abgeschlossen zu haben, konkret 30,2% den akademischen Lehrgang **Cancer Nurse**, 31,3% ein Studium in **Advanced Nursing Practice** und 38,5% andere (z.B. Management).

Allerdings bedeutet der Abschluss einer Weiterbildung oder eines Studiums nicht automatisch eine Tätigkeit in einer spezialisierten Rolle. Dennoch sind bereits konkrete Entwicklungen erkennbar:

- **43 Personen** sind in einer eigenständigen Rolle als **Cancer Nurse** oder **Breast Care Nurse** tätig (n = 431).
- **91 Personen** arbeiten in einer **kombinierten Funktion** (z.B. Station + Beratungsstelle) (n = 461).
- **37 Advanced Practice Nurses** übernehmen Aufgaben wie Fachentwicklung, kollegiale Beratung und Patientenbetreuung (n = 443).

Diese Ergebnisse zeigen einen **positiven Trend, aber auch klaren Weiterentwicklungsbedarf**. Es wird weiter aktiv an der Umsetzung der Forderungen des Positionspapiers der OeGHO (Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie) und AHOP (2023) gearbeitet. Der aktuelle Fokus liegt auf der Aufnahme der Cancer Nurse als Spezialisierung lt. § 17 in das GuKG (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) durch Entwicklung und Einreichung des Qualifikationsprofils und Inklusion der Cancer Nurse im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG).

Die nachhaltige Etablierung spezialisierter Pflege in der Onkologie soll sowohl **strukturell** als auch **rechtlich** und **qualitativ** erfolgen – im Interesse von Patient:innen, Pflegenden und dem Gesundheitssystem insgesamt.

Harald Titzer, Daniela Haselmayer

Health Technology Assessment (HTA)

Onkologika im Kontext von europäischer HTA-Verordnung und österreichischem Bewertungsboard

Stand der Umsetzung in Österreich

Mit 12. Jänner 2025 hat die Umsetzungsphase der Europäischen HTA-Verordnung (EU HTAR – Health Technology Assessment Regulation) begonnen und die ersten **gemeinsamen europäischen klinischen Assessments** (Joint Clinical Assessments – JCA) zu Onkologika und Arzneimitteln für neuartige Therapien (Advanced Therapy Medicinal Products – ATMP) sind bereits gestartet. Österreich beteiligt sich aktiv an den gemeinsamen klinischen Bewertungen (JCA) und meldet bei startenden Verfahren systematisch den national relevanten Bewertungsumfang (PICO – Population, Innovation, Comparator, Outcome) ein. Im Bereich der Onkologika, die den Krankenhausbereich betreffen, leistet die OeGHO gemeinsam mit ihren klinischen Expert:innen dazu einen wichtigen Beitrag, um sicherzustellen, dass die klinische Versorgungspraxis in Österreich sowie patientenrelevante Endpunkte angemessen berücksichtigt werden. Dadurch können die JCAs nach Veröffentlichung und nach Ergänzung um ökonomische, organisatorische und weitere relevante Aspekte auf nationaler Ebene für Implementierungs- und Finanzierungsfragen durch Entscheidungsträger herangezogen werden.

Mit September 2025 waren neun Arzneimittel im EU-Verfahren, darunter acht Onkologika.¹ Die Veröffentlichungen der ersten JCAs werden im ersten Halbjahr 2026 erwartet. Die bisherigen Erfahrungen in der europäischen Zusammenarbeit sind vielversprechend, entscheidend wird jedoch sein, wie die JCAs künftig in die nationale Versorgungspraxis integriert werden können.

Parallel dazu hat auch das nationale Bewertungsboard² seine Arbeit aufge-

nommen. Seit September 2024 haben bereits sechs Produkte den Bewertungsprozess durchlaufen bzw. befinden sich in einem laufenden Verfahren, drei davon aus dem onkologischen Bereich zu neuartigen Zelltherapien. Auch in diesem Prozess erfolgt eine enge Abstimmung und Einbindung klinischer Expert:innen zu versorgungsrelevanten Aspekten, um eine praxisnahe Bewertung sicherzustellen. Zudem wird die Patientenperspektive durch strukturierte Befragungen berücksichtigt, sodass Erfahrungen und Bedürfnisse aus der Versorgung direkt in den Bewertungsprozess einfließen.

Die ersten vom Austrian Institute for Health Technology Assessment (AIHTA) erstellten umfassenden HTA-Berichte³ sowie die evidenzbasierten Anwendungsempfehlungen des Bewertungsboards² wurden bereits veröffentlicht. Entgegen der anfänglichen Kritik wird die professionelle und konstruktive Zusammenarbeit aller Stakeholder im neuen Prozess von allen Beteiligten als positiv wahrgenommen. Befürchtungen, dass die Einführung des Bewertungsboards zu zeitlichen Verzögerungen beim Zugang zu neuen Arzneimitteln führen würde, konnten durch die frühzeitig vorliegenden Ergebnisse entkräftet werden.

Aufbauend auf den bisherigen Fortschritten in Richtung transparenter und umfassender Arzneimittelbewertungen bleibt abzuwarten, wie sich die Prozesse in der Praxis weiterentwickeln werden, wie die Koordination zwischen europäischen und nationalen Bewertungsverfahren gestaltet werden kann und welche gezielten Anpassungen künftig notwendig sein werden, um einen qualitätsgesicherten Zugang der Patient:innen zu echten innovativen Therapien weiterhin zu gewährleisten.

Sabine Geiger-Gritsch



onkologika-im-kontext

¹ List of Ongoing JCA (laufende JCA): <https://health.ec.europa.eu/health-technology-assessment/implementation-regulation-health-technology-assessment/joint-clinical-assessments.en>

² Bewertungsboard für ausgewählte Arzneimittel in Österreich: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Bewertungsboard.html>

³ HTA-Berichte des Bewertungsboards: <https://aihta.at/page/htas-fuer-bewertungsboard/de>



© LazyArtist - stock.adobe.com

Update

Erwerbsverläufe von Krebspatient:innen – Datenauswertung

Die im Österreichischen Krebsreport 2024 präsentierten Auswertungen zu Krebserkrankungen und Erwerbstätigkeit¹ wurden von der Statistik Austria im Bericht „Auswirkungen einer Krebsdiagnose auf die Erwerbstätigkeit in Österreich in Abhängigkeit der Art der Tumorerkrankung“ vertieft.²

Analysiert wurden die Erwerbstätigkeit von Menschen im erwerbsfähigen Alter (15–64 Jahre) zum Diagnosezeitpunkt einer Krebserkrankung sowie die Entwicklung der Erwerbstätigkeit nach Art und Stadium der Krebserkrankung, Alter und Geschlecht. Der Fokus der Analyse lag auf Personen, die fünf Jahre nach Diagnose noch am Leben sind und somit grundsätzlich die Möglichkeit haben, erwerbstätig zu bleiben oder ins Berufsleben zurückzukehren. Für den Vergleich mit der Gesamtbevölkerung

wurde das Konzept der relativen Erwerbswahrscheinlichkeit als Verhältnis des Anteils der Erwerbstätigen unter den Krebserkrankten zum Anteil der Erwerbstätigen in der Gesamtbevölkerung entwickelt. Als besonders vulnerable Gruppe wurden Personen mit Gehirntumoren identifiziert. Sie zeigen in allen Altersgruppen starke Einschnitte in der Erwerbsbeteiligung. Bei Erkrankten unter 30 Jahren führen hämatologische Neoplasien zu nahezu ebenso starken Einschnitten. Bei Erkrankten über 30 Jahren hat Lungenkrebs die stärksten Einschränkungen in der Erwerbstätigkeit zur Folge.

Monika Hackl

¹ Die Auswirkungen einer Krebsdiagnose auf die Erwerbstätigkeit in Österreich. M. Hackl, A. Weltermann, F. Trauner, K. Strasser-Weippl, Krebsreport 2024; 12ff

² https://www.statistik.at/fileadmin/publications/STAT_Krebs_2025_Erwerbstaeigkeit.pdf (pdf zum Download)

Fachgesellschaften



ÖSTERREICHISCHER KREBSREPORT

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



Versorgung älterer und alter Patient:innen – Kernaufgabe einer zukunftsfähigen Onkologie

Die Antworten der österreichischen Fachgesellschaften im Berichtsjahr 2025 zeigen ein differenziertes Bild: Während viele Disziplinen bereits über altersgerechte Versorgungsmodelle verfügen, steht in anderen Bereichen der Ausbau geriatrischer Kompetenzen und Strukturen weiterhin im Fokus. Im Mittelpunkt stehen drei Fragen – zu strategischen Maßnahmen angesichts steigender Prävalenzen, zu notwendigen Anpassungen der Versorgungsstrukturen und zu altersgerechten Therapiekonzepten.

Alle Fachgesellschaften betonen die Notwendigkeit einer stärkeren geriatrischen Kompetenz, strukturierter Assessments und interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die Versorgung älte-

rer und hochbetagter Patient:innen erfordert angepasste Abläufe – von der Früherkennung über Therapieentscheidungen bis zur Nachsorge. Während manche Fächer (z.B. Gynäkologie, Urologie, Gastroenterologie) bereits altersadaptierte Pfade und spezialisierte Teams implementieren, verweisen andere auf strukturelle Engpässe in Personal, ambulanter Versorgung und Rehabilitation.

Trotz unterschiedlicher Ausgangslagen eint die Fachgesellschaften ein Ziel: die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, altersgerechten Onkologie, die Funktionalität, Lebensqualität und individuelle Therapiezielsetzung gewährleistet.

Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO)	Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)	
Welche strategischen Maßnahmen ergreift Ihre Fachgesellschaft, um der Zunahme der Prävalenz älterer und alter Patient:innen (65+, 80+) zu begegnen?	<p>Stärkung der Ausbildungsinhalte geriatrische Onkologie (Taskforce Geriatrische Onkologie) und Förderung junger Onkolog:innen (YHOGA), um das Fach für Kolleg:innen interessant zu machen und den Nachwuchs zu fördern.</p> <p>Stärkung des Berufsbildes der „Cancer Nurse“, dadurch Erweiterung der onkologisch tätigen Personen, um der gestiegenen Prävalenz Rechnung zu tragen.</p> <p>Initiativen auf dem Gebiet der e-Health und KI (eigene Taskforce der OeGHO) als unterstützende Maßnahmen.</p>	
Welche konkreten Anpassungen der Versorgungsstruktur für ältere Patient:innen wären aus Ihrer Sicht besonders dringend?	<p>Notwendig ist eine Stärkung der geriatrischen Kapazitäten, insbesondere auch die Anwendung eines strukturierten geriatrischen Assessments in der Onkologie. Weiters die Stärkung der Prähabilitation und Rehabilitation, um ältere Patient:innen gezielt für die Therapie vorzubereiten und nach der Behandlung wieder gut zu integrieren.</p>	<p>Die konkrete Anpassung der Versorgungsstruktur für ältere Patient:innen ist die Schaffung von Möglichkeiten einer verlängerten Rekonvaleszenz, die nicht mehr im Krankenhaus stattfinden muss, aber auch noch nicht zu Hause stattfinden kann. Das heißt, wir brauchen gerade für ältere Menschen eine Zwischenversorgungsstruktur, die die Patient:innen nach dem akuten Aufenthalt im Krankenhaus vor der Einleitung einer weiteren Rehabilitation oder aber der definitiven Entlassung nach Hause weiterbetreut. Dies würde Ressourcen innerhalb der Akutkliniken einsparen und zum anderen eine Rehabilitation sinnvoll führbar machen und Wiederaufnahmen reduzieren.</p>
Gibt es in Ihrem Fachbereich spezifische Therapiekonzepte für diese Altersgruppen?	<p>Grundsätzlich wird jede Therapie an Faktoren wie biologisches Alter und Komorbiditäten angepasst. Es gibt aber auch vermehrt Studienaktivität bei geriatrischen Patient:innen. So ist beispielsweise in der Therapie des fortgeschrittenen inoperablen Magenkarzinoms ein „reduziertes“ Therapiekonzept für ältere oder fragile Patient:innen etabliert und findet Aufnahme in den Onkopedia-Leitlinien.</p>	<p>Es gibt in der onkologischen Chirurgie spezielle Therapiekonzepte für hochbetagte Patient:innen > 80 Jahren sowie jene, bei denen der Sicherheitsaspekt im Vordergrund steht. Besonders bei viszeralchirurgischen Eingriffen erfolgen die Versorgung und Betreuung durch erfahrene Chirurg:innen. Eine umfassende perioperative Risikoabschätzung wird gemeinsam mit Anästhesie, Onkologie und Pflege durchgeführt, beispielsweise in sogenannten „OPA-Analysebesprechungen“, die interdisziplinär stattfinden, wobei „OPA“ als Abkürzung für „Operative Patientenanalyse“ steht. Zudem werden betagte Patient:innen durch Prähabilitationskonzepte optimal auf die OP vorbereitet.</p>

	Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie – Austria (AGO Austria der OEGGG)	Arbeitsgemeinschaft hämatologischer & onkologi- scher Pflegepersonen in Österreich (AHOP)
<p>Welche strategischen Maßnahmen ergreift Ihre Fachgesellschaft, um der Zunahme der Prävalenz älterer und alter Patient:innen (65+, 80+) zu begegnen?</p>	<p>Strategisch werden für diese zentrale Herausforderung in der gynäkologischen Onkologie folgende Maßnahmen forciert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildung und Sensibilisierung der behandelnden Fachärzt:innen für altersassoziierte Komorbiditäten, Frailty und besondere Bedürfnisse • Förderung der wissenschaftlichen Evidenz: Unterstützung von Studien, die gezielt ältere Patientinnen einbeziehen, um die wissenschaftliche Datenlage für diese Patientengruppe zu verbessern • Patientenzentrierte Therapieplanung: Etablierung geriatrischer Assessments (z.B. G8-Screening) als Entscheidungshilfe für Therapieintensität, Prähabilitation 	<p>Die AHOP versteht sich als Setting-übergreifende Gesellschaft, die u.a. das Ziel verfolgt, onkologisch tätige Pflegepersonen in ihrer täglichen Praxis zu unterstützen. Im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen wird die Behandlung und Pflege älterer Personen vermehrt in den Fokus genommen. Im Jahr 2025 wurde bei der Fortbildungsinitiative „Cancer Nurse up2date“ das geriatrische Assessment umfassend geschult, um die Routine der Cancer Nurses in unterschiedlichen Settings zu stärken. Die geriatrisch-onkologische Pflege wird weiterhin ein fixer Bestandteil unserer Fortbildungsprogramme bleiben.</p>
<p>Welche konkreten Anpassungen der Versorgungsstruktur für ältere Patient:innen wären aus Ihrer Sicht besonders dringend?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zugang älterer Patientinnen zu Operationen in Zentren mit geriatrischer Expertise und vorbereiteten Teams • Ausbau evidenzbasierter ERAS-Programme („Enhanced Recovery After Surgery“) zur Reduktion perioperativer Belastungen und Komplikationen mit kürzerer postoperativer Rekonvaleszenz • Interdisziplinäre Betreuung durch enge Zusammenarbeit mit Geriatrie, Ernährungsmedizin und Physiotherapie • Altersgerechte ambulante Versorgung mit barrierefreiem Zugang, flexibler Terminplanung und erweiterten pflegerischen/ supportiven Angeboten 	<p>Dringend nötig sind geriatrische Assessments als Routine, erweiterte Rollen wie Cancer Nurse / Advanced Practice Nurse (APN), interdisziplinäre Tumorboards mit Fokus Geriatrie sowie bessere Vernetzung mit ambulanter Pflege und Hausärzt:innen. Zudem braucht es niederschwellige Unterstützungsangebote (Telepflege, Ernährungsberatung, Rehabilitation), standardisierte Medikationschecks gegen Polypharmazie und mehr Schulung des Behandlungsteams zu Themen der geriatrischen Onkologie. Auch die frühe Integration von Palliativ- und Sozialdiensten wird empfohlen, welche unbedingt ausgebaut werden müssen.</p>
<p>Gibt es in Ihrem Fachbereich spezifische Therapiekonzepte für diese Altersgruppen?</p>	<p>Ja, es bestehen altersgerechte Therapieansätze in der gynäkologischen Onkologie, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ovarialkarzinom: Bei Patientinnen > 70 Jahren wird das geriatrische Assessment genutzt, um die Eignung für primäre Zytoreduktion oder neoadjuvante Chemotherapie zu prüfen. Fraile Patientinnen profitieren oft von einem neoadjuvanten Vorgehen mit anschließender Intervaloperation und ggf. reduzierter Radikalität. • Endometriumkarzinom: Bei nicht operationsfähigen Patientinnen kann eine Strahlentherapie eine onkologisch sinnvolle, weniger belastende Alternative sein. 	<p>In der Pflege gibt es CGA(Comprehensive Geriatric Assessment)-gestützte Konzepte, die individuelle Pläne zu Mobilität, Ernährung, Sturz-/Delirprophylaxe oder Medikamentenanpassung ableiten. Die Umsetzung erfolgt regional jedoch sehr unterschiedlich. Die Pflege setzt Symptom- und Nebenwirkungsmanagement, Adhärenzprogramme für orale Therapien sowie Reha- und Prähabilitationsmaßnahmen um. Cancer Nurses sichern die Koordination und Edukation von Patient:innen und APNs die Fachentwicklung im Team und Qualitäts sicherung.</p>

Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV)	Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH)	Österreichische Gesellschaft für Nuklearmedizin und Theranostik (OGNT)
<p>Eine Projektgruppe der ÖGDV unter der Leitung von Prof. Martin Laimer (PMU Salzburg) befasst sich seit 2021 mit der Ausarbeitung eines Masterplans, welcher der Gesellschaft eine strukturiert strategische Zukunftsplanung ermöglichen soll. Im Rahmen dieses Masterplans 2030+ werden insbesondere auch die prognostizierte demografische Entwicklung und die damit verbundene erwartete signifikante Zunahme der Hautkrebsinzidenz, vor allem den nicht-melanozytären Hautkrebs (NMSC) betreffend, berücksichtigt.</p>	<p>Strategien der ÖGGH umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) Unterstützung und Förderung von Aus- und Fortbildungsprogrammen, die altersspezifische Aspekte der Diagnostik und Therapie gastroenterologischer Krankheitsbilder integrieren (ii) Implementierung und Evaluation von Präventionsprogrammen (z.B. Darmkrebsvorsorge) (iii) Erstellung von Leitlinien und Empfehlungen unter besonderer Berücksichtigung geriatrischer Fragestellungen (iv) Systematische Datenerfassung über Registerstudien, um altersbedingte Risiken bei endoskopischen Eingriffen zu erfassen und evidenzbasiert zu adressieren 	<p>Um den steigenden Mehrbedarf an onkologischen PET/CT-Untersuchungen abzubilden, wurde zuletzt nach Verhandlungen mit der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) der Verteilungsschlüssel von 300.000–400.000 Einwohner pro Gerät auf 250.000–350.000 Einwohner pro Gerät gesenkt. Leider sieht diese Gesetzesnovelle weiterhin vor, dass PET/CT-Untersuchungen nur intramural zu planen sind und das bereits existierende extramurale Angebot in einzelnen Bundesländern wie Wien, Niederösterreich und der Steiermark nicht berücksichtigt wird.</p>
<p>Der Ausbau von OP-Kapazitäten ist sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in Spitätern notwendig. Im niedergelassenen Bereich muss dabei die Attraktivierung der Kassenstellen und -tarife erneut thematisiert werden, da viele Eingriffe grundsätzlich in der Ordination möglich wären. Wird der dafür erforderliche Zeitaufwand jedoch nicht angemessen honoriert, erfolgt häufig die Überweisung an Spitalsabteilungen – mit zusätzlichem Zeitaufwand für Patient:innen und höheren Kosten für das Gesundheitssystem.</p>	<p>Für (hoch-)betagte, multimorbide Personen ist die Ambulantisierung vieler Eingriffe (z.B. endoskopische Interventionen) häufig nicht realisierbar. Es ist daher mit einer Zunahme stationärer Behandlungen zu rechnen. Notwendig sind ausreichende intramurale Kapazitäten sowie eine gesicherte Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Patient:innen im extramuralen Bereich und an den Schnittstellen zu Pflege, mobilen Diensten und Hospiz. Das Konzept „digital vor ambulant vor stationär“ muss angepasst werden, da Telemedizin oft nicht umsetzbar ist. Erforderlich sind zudem interdisziplinäre, geriatrisch geschulte Behandlungsteams.</p>	<p>Beim Prostatakarzinom hat die Nuklearmedizin in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Die PSMA-PET/CT erlaubt eine frühzeitige Detektion des Tumorausmaßes bereits bei biochemischem PSA-Rezidiv. Mit der zielgerichteten PSMA-Radioligandentherapie (RLT) mit Lutetium-177 steht auch älteren, multimorbidien Patienten eine effektive Option beim kastrationsresistenten metastasierten Prostatakarzinom zur Verfügung. Die steigende Nachfrage ermöglicht teils eine ambulante Durchführung. Zu wünschen wäre, dass die RLT auch extramural mit geschulten Fachärzt:innen für Nuklearmedizin und gesicherter Refundierung angeboten werden kann.</p>
<p>Ja, es gibt spezifische Konzepte für ältere und alte Patient:innen mit NMSC und auch oberflächlichem Melanom (in situ). Beispielsweise können statt ausgedehnten Operationen alternativ lokaltherapeutische Verfahren (Topika wie 5-FU, Diclofenac, Imiquimod, Trabectedin bzw. photodynamische oder Radiotherapie) zum Einsatz kommen. Es handelt sich hierbei großteils um bereits seit Jahren etablierte Therapien, welche entsprechend in nationalen und internationalen Leitlinienempfehlungen abgebildet sind.</p>	<p>In der Gastroenterologie und Hepatologie bestehen altersadaptierte Therapiekonzepte, die physiologische Veränderungen, Multimorbidität und Polypharmazie berücksichtigen. Entscheidend sind modifizierte Organfunktionen (z.B. Leber, Niere), eine veränderte Pharmakokinetik und ein erhöhtes Risiko für Nebenwirkungen. Antivirale Therapien bei HBV- und HCV-Infektionen werden individuell an Nierenfunktion, Knochendichte u.a. angepasst. Auch bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen ist das Alter leitend. Altersaspekte sind in mehreren Leitlinien, etwa zu Endoskopie, CED und Leberzirrhose, berücksichtigt.</p>	<p>Im Unterschied zur Radiologie (CT, MRT) weist die nuklearmedizinische Diagnostik keine Einschränkungen durch Nierenfunktion, Schilddrüsenüberfunktion oder Metallimplantate auf. Aufgrund kurzer Aufnahmezeiten von unter 30 Minuten liefert sie auch bei älteren Patient:innen (65+, 80+) hoch aussagekräftige Befunde. Therapien wie die PSMA-RLT beim Prostatakarzinom, Radium-223 bei symptomatischen Knochenmetastasen oder Radiojod beim differenzierten Schilddrüsenkarzinom sind auch in höherem Alter gut durchführbar und verbessern sowohl Krankheitsverlauf als auch Symptomatik bei sehr guter Verträglichkeit.</p>

	Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)	Österreichische Gesellschaft für Klinische Pathologie und Molekularpathologie (ÖGPath/IAP Austria)
Welche strategischen Maßnahmen ergreift Ihre Fachgesellschaft, um der Zunahme der Prävalenz älterer und alter Patient:innen (65+, 80+) zu begegnen?	<p>Die ÖGP setzt sich für eine bessere Früh-erkennung von Lungenkrebs ein, da ältere Patient:innen häufig erst in späten Stadien diagnostiziert werden. Strategisch fordern wir ein strukturiertes Screeningprogramm für Risikogruppen, die Einbindung geriatrischer Expertise in Tumorboards sowie die Stärkung regionaler onkologischer Netzwerke. Zudem fördern wir Fortbildungen zur geriatrischen Onkologie, um die komplexen Bedürfnisse von Patient:innen 65+ und 80+ angemessen zu berücksichtigen. Ziel ist eine individualisierte, evidenzbasierte und alltagsnahe Versorgung.</p>	<p>Die Pathologie ist stark materialabhängig – entscheidend ist eine korrekt und artefaktfrei entnommene Probe. Das Alter der Patient:innen spielt dabei grundsätzlich keine Rolle. Bei manchen Diagnosen wird jedoch altersassoziiert gedacht, da bestimmte Pathologien in jüngeren oder älteren Kollektiven häufiger auftreten. Die Altersangabe ist daher hilfreich, aber nicht ausschlaggebend für die Befundung. In einzelnen Bereichen, etwa der Urinzytologie, kann das Alter relevant sein, da bei Hochbetagten altersbedingte Zellveränderungen vorkommen, die nicht pathologisch sind.</p>
Welche konkreten Anpassungen der Versorgungsstruktur für ältere Patient:innen wären aus Ihrer Sicht besonders dringend?	<p>Ältere Patient:innen mit Lungenkrebs benötigen spezialisierte Strukturen, die medizinische und funktionelle Einschränkungen berücksichtigen. Trotz gut ausgebauter Akut- und Spaltenmedizin bestehen Engpässe, da die Zahl niedergelassener Pneumolog:innen regional unzureichend ist. Vorrangig sind wohnortnahe geriatrisch-onkologische Teams, der Ausbau minimalinvasiver und interventionaler Kapazitäten sowie eine gesicherte Überleitung in Pflege und Rehabilitation. Letztere muss altersgerecht gestärkt werden, um auch hochbetagte Patient:innen adäquat zu versorgen.</p>	<p>Die Pathologie selbst ist nicht unmittelbar altersabhängig. Zentral bleibt jedoch die Ausbildung junger Patholog:innen, um die steigende Zahl älterer Patient:innen und damit wachsende Fallzahlen bewältigen zu können. Der Befundungsaufwand nimmt zu, ebenso die Anzahl klinisch angeforderter Zusatzuntersuchungen. Zudem führen neue Biomarker dazu, dass die Pathologie zunehmend auch genetische und molekularpathologische Analysen durchführen muss, was zusätzlichen Personal- und Ressourceneinsatz erfordert.</p>
Gibt es in Ihrem Fachbereich spezifische Therapiekonzepte für diese Altersgruppen?	<p>Für ältere Patient:innen sind individualisierte Therapiekonzepte entscheidend, die Komorbiditäten, Funktionalität und Lebensqualität berücksichtigen. Immuntherapien nehmen aufgrund guter Verträglichkeit einen zentralen Stellenwert ein, auch wenn die Datenlage bei eingeschränktem Performancestatus begrenzt ist. Die IPSOS-Studie zeigte Vorteile von Atezolizumab bei Platin-ungeeigneten Patient:innen ≥ 70 Jahren, und KEYNOTE-Analysen belegen für Pembrolizumab bei ≥ 75-Jährigen deutliche Überlebensvorteile. In Frühstadien gilt die SBRT als kurative Standardoption mit hoher lokaler Kontrolle.</p>	<p>Es gibt in unserem Fachbereich keine spezifischen Therapiekonzepte für die genannten Altersgruppen. Wie bereits erwähnt, werden mittlerweile sehr viele Gewebebiomarker und auch genetische Biomarker von Kliniker:innen zur personalisierten Behandlung verlangt. Dies gilt sowohl für jüngere als auch ältere Patient:innen. Dadurch, dass die Patient:innen zum Teil länger leben, werden auch die Verlaufskontrollen (neue Biopsie etc.) aufwendiger in der Pathologie. In unseren Leitlinien gibt es deswegen auch keine diesbezüglichen fachspezifischen Empfehlungen.</p>

Österreichische Gesellschaft für Radioonkologie (ÖGRO)	Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)	Österreichische Gesellschaft für Urologie und Andrologie (ÖGU)
<p>Die ÖGRO betrachtet die Versorgung älterer und alter Patient:innen als eine der zentralen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte. Die demografische Entwicklung lässt klar einen Anstieg der Neuerkrankungen der häufigsten Tumorerkrankungen, welche mit dem Alter assoziiert sind, erwarten. Gleichzeitig muss ein Behandlungskonzept individuell an Komorbiditäten, Zumutbarkeit von Therapienebenwirkungen und Lebenserwartung/-situation angepasst werden. Strategische Maßnahmen sind die flächendeckende Nutzung eines geriatrischen Screenings sowie die strukturierte Etablierung von angepassten Therapiekonzepten für ältere und alte Patient:innen</p>	<p>Die Aufgabe der Palliativmedizin ist die Betreuung von schwer kranken Patient:innen und deren Angehörigen, unabhängig vom Alter. Naturgemäß betrifft dies vorrangig ältere Personen, aber nicht ausschließlich. Der Ansatz der Palliativmedizin mit umfassender, multiprofessioneller Betreuung kommt aber den Bedürfnissen oft multimorbider hochaltriger Patient:innen sehr entgegen, solange sie kognitiv nicht zu sehr eingeschränkt sind, um sich auf die neue Betreuungssituation einstellen zu können.</p>	<p>Aufgrund der alternden Bevölkerung ist Prostatakrebs die häufigste Krebserkrankung in Österreich – mit rund 7.500 Neuerkrankungen jährlich. Urologische Tumoren machen etwa 23% aller Krebs-erkrankungen aus, Tendenz steigend. Damit kommt ihnen eine Schlüsselrolle in Prävention, Früherkennung sowie kurativer und palliativer Versorgung zu. Die ÖGU fördert eine PSA-initiierte, risikobasierte Früherkennung gemäß EU-Empfehlung und stärkt die Ausbildung zum/ zur umfassenden GU-Expert:in mit geriatrischer, internistischer und operativer Kompetenz. Simulation, interdisziplinäre Lehre und neue Versorgungsformate sichern eine zukunftsfähige Versorgung.</p>
<p>Strukturierte Maßnahmen zu Risiko-Screening und Nachbetreuung, z.B. in Bezug auf die Entwicklung eines postoperativen Delirs/Durchgangssyndroms, um eine Verzögerung adjuvanter Therapiemaßnahmen zu vermeiden. Optimierung der stationären Betreuung in Bezug auf zusätzliche geriatrische Behandlungs-/Betreuungsmaßnahmen, um die Selbstständigkeit zu erhalten. Darüber hinaus besteht landesweit ein evidenter Mangel an poststationären Betreuungsplätzen (Rehabilitation sowie Kurz- und Langzeitpflege) für alte und ältere Patient:innen, welche nach Akuttherapie noch nicht ins häusliche Umfeld entlassen werden können.</p>	<p>Der Ausbau der Palliativmedizin deckt in Österreich derzeit nur etwa die Hälfte des geplanten Bedarfs für onkologische Patient:innen ab. Soll die Betreuung künftig auch Patient:innen mit schweren Herz-, Nieren- oder Lebererkrankungen umfassen, müssen die Kapazitäten rasch erweitert werden. Besonders dringlich ist dies seit Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes (2022), das eine palliativmedizinische Beratung vorsieht. Daten aus dem ASCIRS-Register zeigen, dass viele Patient:innen vor dieser Beratung keine Kenntnisse über Palliativmedizin haben.</p>	<p>Angesichts der steigenden Zahl älterer Patienten fordern wir altersadaptive OP-Kapazitäten, präoperative geriatrische Assessments sowie den Ausbau ambulanter urologischer Versorgung. Essenziell ist zudem eine stärkere interdisziplinäre Koordination zwischen Urologie, Geriatrie, Radiologie/Nuklearmedizin, Internistische/Radioonkologie, Pathologie, Pflege und Hausärzt:innen – strukturell und personell verankert –, um eine integrierte, patientenzentrierte Versorgung zu ermöglichen.</p>
<p>Es gibt seit einigen Jahren zunehmend angepasste radioonkologische Therapiekonzepte für ältere und alte Patient:innen. Hypofraktionierte Bestrahlungskonzepte für einige Tumorentitäten (z.B. Mamma-/Prostatakarzinom) verkürzen die Behandlungsdauer und führen bei älteren und alten Patient:innen zu höherer Therapieadhärenz ohne Erhöhung relevanter Spättoxizitäten. Akuttoxizitäten sind zu minimieren, um die Durchführbarkeit der Behandlung zu sichern. Häufig geschieht dies durch kleinere Behandlungsvolumina oder modifizierte Systemtherapie für „fraile“ Patient:innen. Bei ausreichender Evidenz sind diese in Leitlinien abgebildet, was sicher noch nicht systematisch erfolgt.</p>	<p>Jede palliative Begleitung erfolgt nach multidisziplinärer Einschätzung der Bedürfnisse der betreffenden Person und ihrer Angehörigen und in Rücksprache mit den Betroffenen. Da der Altersdurchschnitt der betreuten Personen durchaus im Bereich der älteren und alten Personen liegt, ist geriatrisches Fachwissen Teil der meisten palliativmedizinischen Interventionen und gehört somit zum Alltag aller Teams.</p>	<p>Wir setzen verschiedene Strategien mit geriatrischen Komponenten um – etwa strukturierte Assessments, altersadaptierte Therapiepfade, interdisziplinäre Fallkonferenzen sowie Schulungen für Ärzt:innen und Pflegekräfte. Bei älteren Männern mit lokalisiertem Prostatakarzinom wird eine risikoadaptierte aktive Überwachung oder fokale Therapie empfohlen, um Übertherapie zu vermeiden. In fortgeschrittenen Stadien stehen individuell abgestimmte, schonende Behandlungsstrategien im Vordergrund, die Funktionalität, Komorbiditäten und Lebensqualität berücksichtigen.</p>

Autorenverzeichnis

Univ.-Prof. Dr. Eva Maria **Compérat**,
Klinisches Institut für Pathologie,
Medizinische Universität Wien

Univ.-Prof. Dr. med. univ. Nicole **Concin**,
Leiterin der Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und
Gynäkologische Onkologie, Präsidentin der
Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische
Onkologie (AGO), Past-Präsidentin der European Society
of Gynaecological Oncology (ESGO)
Board Member des Komites der Federation Internationale de
Gynecologie et d'Obstetrique (FIGO) for Women's Cancer

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

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

Univ.-Prof. Dr. Ute **Ganswindt**,
Direktorin Universitätsklinik für Strahlentherapie-
Radioonkologie, Med Uni Innsbruck, Präsidentin
Österreichische Gesellschaft für Radioonkologie,
Radiobiologie und Med. Radiophysik (ÖGRO)

Dr. Sabine **Geiger-Gritsch**, stv. Institutsleitung,
HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology
Assessment GmbH

Birgit **Gerstorfer**, MBA, Präsidentin
Österreichischer Seniorenrat und
Pensionistenverband Österreichs

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

Daniela **Haselmayer**, BSc, MSc, Dipl. Gesundheits-
und Krankenpflegerin/Registered
Nurse · Universitätsklinikum AKH Wien

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

Gerhard **Kahlhammer**, Redaktion MedMedia Verlag

Doris **Kieffaber**, Geschäftsführerin
Österreichische Krebshilfe

Priv.-Doz. DDr. Peter **Kölblinger**, MBA, leitender Oberarzt,
Universitätsklinik für Dermatologie und Allergologie,
Landeskrankenhaus Salzburg

Priv.-Doz. Dr. Gudrun **Kreye**, MBA, Präsidentin der Österreichischen Palliativgesellschaft, Oberärztin, organisatorische
Leiterin Palliativmedizin, Klinische Abteilung für Innere
Medizin 2, Universitätsklinikum Krems, Karl Landsteiner
Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften

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

Ao. Univ.-Prof. Dr. Christine **Marosi**, stv. Leiterin
der Universitätsklinik für Innere Medizin I, Klinische
Abteilung für Onkologie, MedUni Wien

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

Dr. Brigitte J. **Mayr-Pirker**, MSc MSc MBA, Vorsitzende
der AG „Palliative Geriatrie“, leitende Oberärztin, Fachärztin
für Neurologie/Geriatrie, Spezialisierung in Palliativmedizin,
Uniklinikum Salzburg, Christian-Doppler-Klinik,
Universitätsklinik für Geriatrie der PMU Salzburg

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

Prim. Priv.-Doz. Dr. Anton **Ponholzer**, F.E.B.U.,
Vorstand der Abteilung für Urologie und Andrologie,
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien

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

Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Shahrokh F. **Shariat**,
Professor und Vorstand der Universitätsklinik
für Urologie, Medizinische Universität Wien

Univ.-Prof. Dr. Reinhard **Stauder**, MSc, Leiter der
Programmdirektion „Geriatrische Onkologie“
der Universitätsklinik für Innere Medizin V
(Hämatologie & Onkologie), Innsbruck

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

Dr. Irene **Strassl**, Oberärztin an der 1. Internen
Abteilung für Hämatologie und Onkologie,
Ordensklinikum Linz Elisabethinen

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

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

Priv.-Doz. Dr. Irina **Tsibulak**, FESGO-EBCOG,
Bereichsleiterin Gyn. Onkologie, Univ.-Klinik für Gynäkologie
und Geburtshilfe, Medizinische Universität Innsbruck,
Vizepräsidentin der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische
Onkologie der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie
und Geburtshilfe (AGO-Austria)

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

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

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

Ao. Univ.-Prof. Dr. med. univ. Christoph **Wiltschke**,
Leitung Physikalisch-medizinisches Assessment
geriatrischer Patient*innen mit Krebserkrankungen,
Universitätsklinikum AKH Wien

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



