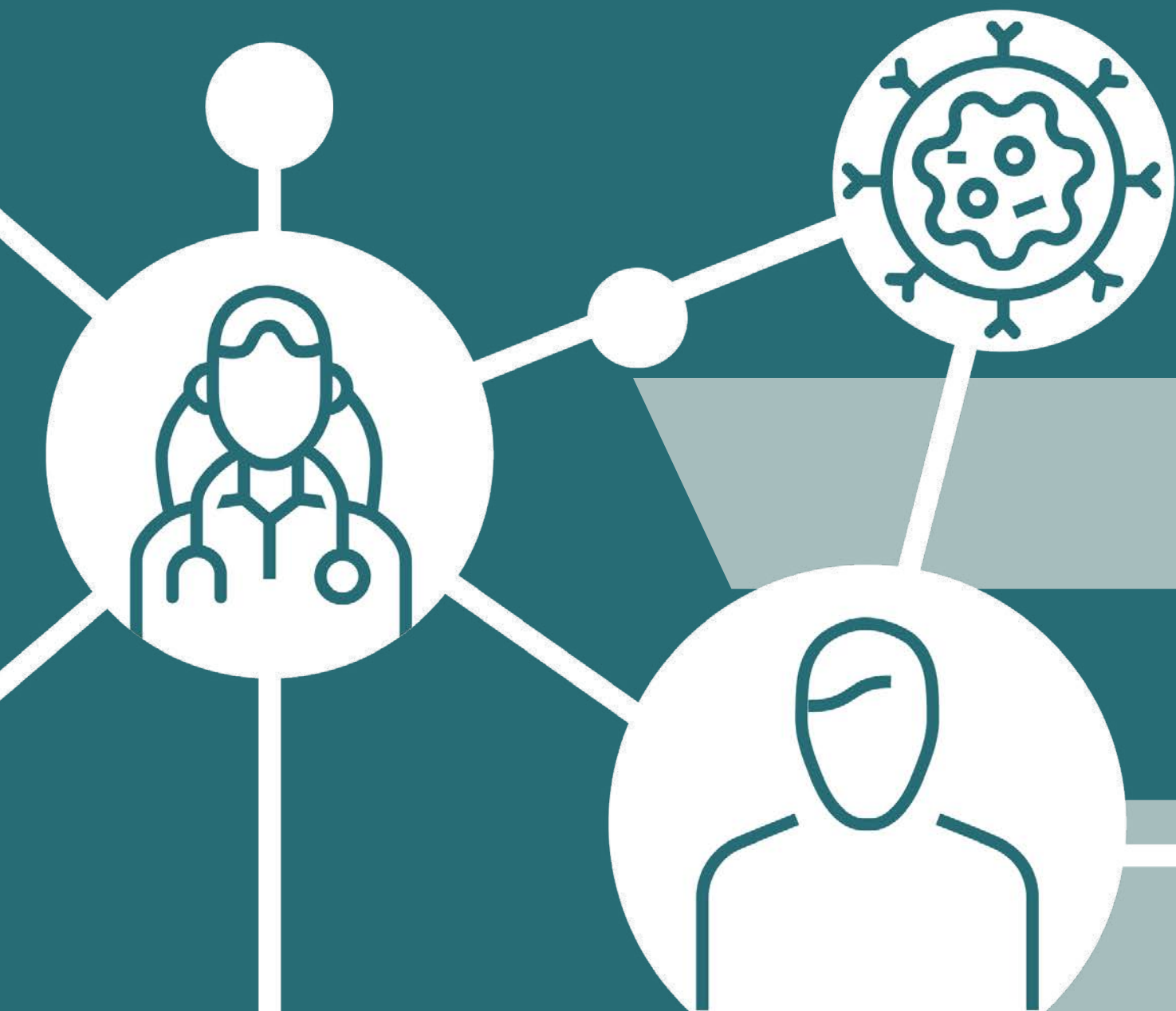


Nationales Krebsrahmenprogramm 2026-2035

Vernetzte Exzellenz für die Onkologie von morgen



Impressum

Medieninhaber, Verleger und Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK), Stubenring 1, 1010 Wien

Autorinnen und Autoren GÖG: Florian Trauner, Wolfgang Seebacher, Christina Einwögerer, Alexander Eisenmann, Karin Eglau

Autorinnen und Autoren BMASGPK: Christina Dietscher, Lovro Markovic, Oriana Salazar Thula

Review: Ellen Griebßhammer und Christoph Kowalski (Deutsche Krebsgesellschaft)

Druck: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK)

Copyright Titelblatt: © iStock.com/BMASGPK

Wien, 2026. Stand: 30. Jänner 2026

ISBN-Nr.: 978-3-85010-743-3

Copyright und Haftung:

Ein auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums und der Autorinnen und Autoren ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorinnen und Autoren dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) (Hg.); Nationales Krebsrahmenprogramm (2026-2035), 2026.

Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.gv.at/broschuerenservice sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

Vorwort



Bundesministerin
Korinna Schumann
© Stefan Joham

Als Gesundheitsministerin ist es mir ein großes Anliegen, die Menschen in unserem Land umfassend dabei zu unterstützen, in bestmöglicher Gesundheit zu leben. Das ausgezeichnete österreichische Gesundheitssystem trägt dazu maßgeblich bei. Zur Erhaltung und zum Ausbau der Qualität unseres Gesundheitswesens sind regelmäßige Weiterentwicklungen auf Basis neuer wissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse unerlässlich.

Ich freue mich daher, Ihnen mit dem vorliegenden Papier das gemeinsam mit zahlreichen Expertinnen und Experten entwickelte, umfassend überarbeitete und neu aufgelegte Nationale Krebsrahmenprogramm präsentieren zu können. Im Einklang mit den EU-Initiativen „Europe’s Beating Cancer“ und „EU Mission Cancer“ berücksichtigt das Programm die vielfältigen Facetten im Zusammenhang mit onkologischen Erkrankungen – von der Vermeidung der Krebs-Entstehung durch Gesundheitsförderung und Prävention über die Früherkennung bis hin zur Behandlung und der Sicherstellung guter Lebensbewältigung nach einer überstandenen Tumorerkrankung. Das Papier stellt damit die strategischen Weichen für die Weiterentwicklung der Krebsbekämpfung in Österreich für die nächsten 10 Jahre.

Insbesondere für Entscheidungsträger und Stakeholder im Gesundheitswesen dient es als Orientierungsrahmen und Leitfaden, um konkrete Maßnahmen und strukturelle Veränderungen in ihrem jeweiligen Wirkungsbereich voranzutreiben. Dabei werden gemäß dem „Health in all Policies“-Ansatz neben dem Gesundheitssektor auch andere Handlungsfelder wie etwa Wissenschaft, Bildung und Arbeitswelt, angesprochen.

Ich danke allen Expertinnen und Experten, die sich in die Entwicklung des Papiers eingebracht haben, und lade alle Verantwortlichen und Fachleute ein, dieses wichtige Programm als Grundlage für die künftige Arbeit im Bereich der Krebsbekämpfung zu nutzen. Gemeinsam können wir das Ziel erreichen, auch im Bereich der Krebsbekämpfung nachhaltige und weitreichende Verbesserungen für die Bevölkerung zu erzielen.

Korinna Schumann
Bundesministerin

Kurzfassung

Hintergrund und Ausgangslage

Das Nationale Krebsrahmenprogramm (2026–2035) ist ein strategisches, Public-Health-orientiertes Expertenpapier zur Weiterentwicklung der Krebsbekämpfung in Österreich. Aufbauend auf dem ersten Nationalen Krebsrahmenprogramm (2014-2025) berücksichtigt es epidemiologische Trends, demografische Veränderungen sowie nationale und europäische Vorgaben, insbesondere Europas Plan gegen den Krebs und die EU-Mission Cancer. Trotz rückläufiger altersstandardisierter Inzidenz- und Mortalitätsraten nimmt die Zahl der Menschen mit oder nach einer Krebserkrankung zu, während soziale Ungleichheiten entlang des gesamten Krebskontinuums weiterhin bestehen.

Methoden

Die Erstellung des Krebsrahmenprogramms erfolgte interdisziplinär, evidenzbasiert sowie partizipativ und konsensorientiert. Zentrale Elemente waren eine systematische Literaturrecherche, Auswertungen nationaler Daten und Strategien sowie die strukturierte Einbindung relevanter Stakeholder. Ein nationaler und internationaler Peer Review sicherte fachliche Qualität und politische Anschlussfähigkeit.

Übergreifende Themen und Handlungsfelder

Sechs übergreifende Themen – Bevölkerungs- und Stakeholderbeteiligung, Chancengerechtigkeit, Gesundheitskompetenz, Gesundheitspersonal, Dokumentation, Daten, Digitalisierung und eHealth sowie Forschung und Innovation – prägen alle Bereiche des Programms. Die Handlungsfelder folgen dem Krebskontinuum und reichen von Gesundheitsförderung und Primärprävention über Screening und Früherkennung, hochqualitative Diagnostik, Therapie und Nachsorge bis hin zu Rehabilitation sowie Leben mit und nach Krebs inklusive Palliativ- und Hospizversorgung. Ziele, Maßnahmen und Messgrößen dienen als Orientierungsrahmen für eine koordinierte Weiterentwicklung der Krebsversorgung.

Schlüsselwörter

Onkologie, Cancer Continuum, Krebsversorgung

Summary

Background and Context

The National Cancer Framework Programme (2026–2035) is a strategic, public-health-oriented expert document designed to advance cancer control in Austria. Building on the first National Cancer Framework Programme (2014–2025), it considers epidemiological trends, demographic changes, and national and European policy frameworks, particularly Europe’s Beating Cancer Plan and the EU Mission Cancer. While age-standardised incidence and mortality rates have been declining, the number of people living with or after cancer continues to rise, and social inequalities persist across the entire cancer continuum.

Methods

The programme has been developed using an interdisciplinary, evidence-based, participatory, and consensus-oriented approach. Key components included a systematic literature review, analyses of national data and strategies, and structured involvement of relevant stakeholders. A national and international peer review process ensured scientific quality and policy relevance.

Cross-Cutting Themes and Fields of Action

Six cross-cutting themes – population and stakeholder engagement, equity, health literacy, health workforce, documentation/data/digitalisation/eHealth as well as research and innovation – shape all areas of the programme. The fields of action follow the cancer continuum, from health promotion and primary prevention to screening and early detection, high-quality diagnostics, treatment and follow-up care, and to rehabilitation and living with and beyond cancer, including palliative and hospice care. Goals, measures, and indicators serve as a framework for coordinated improvements in cancer care.

Keywords

Oncology, Cancer Continuum, Cancer Care

Inhalt

Impressum.....	2
Vorwort.....	3
Kurzfassung	4
Summary	5
1 Hintergrund und Ausgangslage	7
1.1 Nationales Krebsrahmenprogramm, 2014–2025	7
1.2 Internationaler und nationaler Kontext	9
1.3 Krebserkrankungen in Österreich.....	10
2 Methodik	17
2.1 Aufbau des Dokuments	17
2.2 Erstellungsprozess	19
2.2.1 Literaturrecherche nach Best Practices	19
2.2.2 Erstellung des ersten Entwurfs	19
2.2.3 Feedback und Peer Review	20
3 Übergreifende Themen.....	21
3.1 Bevölkerungs- und Stakeholderbeteiligung.....	21
3.2 Chancengerechtigkeit	25
3.3 Gesundheitskompetenz.....	28
3.4 Gesundheitspersonal	34
3.5 Dokumentation, Daten, Digitalisierung und eHealth	39
3.6 Forschung und Innovation	44
4 Handlungsfelder	47
4.1 Gesundheitsförderung und Primärprävention	47
4.2 Screening und Früherkennung	54
4.3 Hochqualitative Diagnostik, Therapie und Nachsorge	60
4.3.1 Altersabhängige Aspekte.....	63
4.3.2 Onkologische Rehabilitation	68
4.4 Leben mit und nach Krebs	72
4.4.1 Palliativ- und Hospizversorgung.....	76
Abbildungsverzeichnis.....	80
Literaturverzeichnis	81
Beteiligte Organisationen bei der Erstellung.....	93
Abkürzungen.....	96

1 Hintergrund und Ausgangslage

Das Nationale Krebsrahmenprogramm ist ein strategisches Expertenpapier, das im Auftrag des BMASGPK erstellt wurde. Es identifiziert die zentralen Handlungsfelder entlang des gesamten Kontinuums der Krebsbekämpfung für die Gesundheitspolitik aus Sicht der öffentlichen Gesundheit, definiert empfohlene Ziele und Maßnahmen und bietet einen Orientierungsrahmen für Entscheidungsträger:innen und andere relevante Stakeholder. Diese Perspektive wird im vorliegenden Dokument als Public-Health-orientierte Onkologie verstanden. Das Krebsrahmenprogramm umfasst dabei alle Aspekte von der Gesundheitsförderung über die Prävention, Früherkennung und Behandlung bis hin zum Leben mit und nach Krebs. Die Umsetzung des Programms erfordert strukturelle Maßnahmen und Ressourcen und wird überwiegend im Gesundheitssektor, wo erforderlich aber gemäß dem „Health in all Policies“-Ansatz auch sektorenübergreifend, erfolgen [1-3]. Das vorliegende Expertenpapier umfasst – vom aktuellen Entwicklungsstand aus betrachtet – alle notwendigen Entwicklungsbereiche. Es werden bewusst keine Verantwortlichkeiten oder Meilensteine zu den Maßnahmen festgelegt, konkrete Umsetzungen sollen durch unterschiedliche Stakeholder erfolgen. Beispielsweise widmet sich der Onkologiebeirat im Rahmen jährlicher Priorisierungen und Schwerpunktesetzungen der Bearbeitung von Zielen und Maßnahmen nach Maßgabe der Finanzierbarkeit.

1.1 Nationales Krebsrahmenprogramm, 2014–2025

Das erste österreichische Nationale Krebsrahmenprogramm wurde vom Onkologiebeirat, einer Kommission gemäß § 8 Bundesministeriengesetz, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitet und 2014 als strategisches Expertenpapier publiziert [4]. Das Krebsrahmenprogramm 2014 thematisierte in seinen sechs strategischen Zielen wesentliche Public-Health-orientierte Bereiche der Onkologie, nämlich Prävention, Diagnose mit Behandlung inkl. (klinischer) Forschung, Psychoonkologie, Palliativ- und Hospizversorgung, onkologische Rehabilitation und Epidemiologie mit Krebsstatistik. Außerdem wurde auf spezifische Aspekte für Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen eingegangen.

Die im Krebsrahmenprogramm 2014 definierten Maßnahmen wurden in einem breiten Abstimmungsprozess mit den für die jeweiligen Bereiche relevanten Expertinnen und Experten und Entscheidungsträgerinnen und -trägern organisatorisch und inhaltlich weiter vorangebracht. Durch die Zusammenarbeit verschiedener Stakeholder konnten zahlreiche Maßnahmen umgesetzt und Ziele damit erreicht werden – einige Ziele blieben hingegen offen [5]. Nachdem die Entstehung von Krebserkrankungen multifaktoriell beeinflusst wird und Menschen mit Krebs neben Behandlungs- und Pflegebedürfnissen auch noch andere spezifische Bedürfnisse haben, sind insbesondere für die Prävention, für die soziale Teilhabe und soziale Absicherung unterschiedliche Ansätze im Sinne von „Health in all Policies“ erforderlich, um eine gesundheitsfördernde Politikgestaltung in allen betroffenen Bereichen sicherzustellen. Die Fortschritte in der Umsetzung der Maßnahmen sind somit auf die Arbeit verschiedener Akteurinnen und Akteure zurückzuführen.

Wesentliche Erfolge des Nationalen Krebsrahmenprogramms I stellen unter anderem die Gründung des Nationalen Screening-Komitees auf Krebserkrankungen (NSK) 2021 und Arbeiten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Form der Entwicklung und Förderung von Kommunikationstrainings für Gesundheitsberufe in der Onkologie dar. Beim Thema Prävention ist das 2019 eingeführte absolute Rauchverbot in der Gastronomie mittlerweile nicht mehr wegzudenken. Im Bereich Diagnostik und Behandlung ist die Erstellung und Veröffentlichung einer Muster-Geschäftsordnung für Tumorboards im Jahr 2015 hervorzuheben, die als Leitfaden für die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Tumorboards intendiert ist. Um den gleichberechtigten Zugang aller Krebspatientinnen und -patienten zu evidenzbasierter Innovation zu ermöglichen, wurde 2017 eine nationale Auskunftsstelle und Onlineplattform mit Informationen zu klinischen Krebsstudien bei gesundheit.gv.at eingerichtet. Die Dokumentation der Krebserkrankungen wurde mit der Krebsstatistikverordnung 2019 [6] modernisiert, sodass die Übermittlung an das Österreichische Nationale Krebsregister von Statistik Austria ausschließlich digital zu erfolgen hat. Dadurch konnten die Vorgaben der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-Verordnung 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016) umgesetzt werden. Die Implementierung des Survivorship Passport (SUPA) für Überlebende von Krebs im Kindes- und Jugendalter und die Dokumentation des SUPA in ELGA konnte im Rahmen der Arbeiten des Onkologiebeirats vorangetrieben werden. Die 2025 veröffentlichten Studien „Die Auswirkungen einer Krebsdiagnose auf die Erwerbstätigkeit in Österreich“ [7] und „Auswirkungen einer Krebsdiagnose auf die Erwerbstätigkeit in Österreich in Abhängigkeit der Art der Tumorerkrankung“ [8] liefern erstmals fundierte Datengrundlagen zu den

sozioökonomischen Folgen einer Krebserkrankung und stellen damit eine wichtige Basis für zukünftige gesundheitspolitische Entscheidungen dar.

1.2 Internationaler und nationaler Kontext

Strategien und Programme im Gesundheitsbereich müssen regelmäßig aktualisiert werden, um neue wissenschaftliche Erkenntnisse, technologische Innovationen sowie sich wandelnde gesellschaftliche Bedürfnisse angemessen zu berücksichtigen. Dies gilt in besonderem Maße für den Bereich Krebs, der im öffentlichen Gesundheitswesen aufgrund der hohen Krankheitslast und komplexen Versorgungsstrukturen nicht nur ein dynamisches und besonders herausforderndes Handlungsfeld darstellt, sondern auch im Fokus intensiver wissenschaftlicher und strategischer Weiterentwicklung steht. Auch auf europäischer Ebene haben strategische Prozesse zur Auseinandersetzung mit Krebs deutlich an Bedeutung gewonnen. Nationale Programme wie das österreichische Krebsrahmenprogramm stehen daher zunehmend im Kontext grenzüberschreitender gesundheits- und forschungspolitischer Entwicklungen und sollen diese Entwicklungen auf nationaler Ebene widerspiegeln.

Die Inhalte des Krebsrahmenprogramms sind mit Entwicklungen und Vorgaben auf EU-Ebene, insbesondere mit **Europas Plan gegen den Krebs** (Europe's Beating Cancer Plan, EBCP) und der EU-Mission Cancer, abgestimmt [9]. Ersterer ist die Krebsstrategie der EU-Kommission mit dem Ziel, Krebserkrankungen durch Prävention, Früherkennung, moderne Behandlung und bessere Nachsorge deutlich zu reduzieren. Mit über vier Milliarden Euro sollen gesunde Lebensweisen, einheitliche Screeningprogramme, personalisierte Therapien sowie die Unterstützung von Betroffenen gefördert werden – für ein gesünderes Europa und mehr Lebensqualität. Auf Forschungsebene wird der europäische Krebsplan durch die **Mission Cancer** ergänzt [10]. Ziel ist es, bis zum Jahr 2030 das Leben von drei Millionen Menschen zu verbessern, indem wissenschaftliche Erkenntnisse zur Prävention und zur Erhöhung der Heilungschancen genutzt werden. Die Umsetzung in den Mitgliedsstaaten erfolgt unter anderem auf Basis der Ergebnisse, die in den europäischen Forschungsprojekten erzielt werden. Österreich ist bereits in einer Reihe dieser Projekte aktiv involviert. Die laufenden Arbeiten werden im Krebsrahmenprogramm berücksichtigt und an geeigneter Stelle genannt.

Die nationale Umsetzung der Mission Cancer wird in Österreich durch die **Mission Action Group Cancer** begleitet. Sie wird gemeinsam vom Wissenschafts- und Gesundheitsressort

geleitet und ist ein Zusammenschluss führender Institutionen aus Wissenschaft, Gesundheitswesen, Politik und Zivilgesellschaft in Österreich. Die Gruppe koordiniert unter der Leitung der für Wissenschaft bzw. Gesundheit zuständigen Ministerien die nationale Umsetzung der EU-Mission und verfolgt das Ziel, die Krebsprävention, -diagnose, -behandlung und -nachsorge entscheidend zu verbessern. Der von den Mitgliedern entwickelte Aktionsplan mit fünf Wirkungspfaden (tieferes Verständnis der Ursachen von Krebserkrankungen, Primär- und Sekundärprävention stärken, Qualität von Diagnose und Behandlung von Krebserkrankungen erhalten und weiterentwickeln, Lebensqualität verbessern) dient als strategischer Leitfaden [11]. Durch die enge Zusammenarbeit zahlreicher Stakeholder soll ein nachhaltiger Beitrag zur Reduktion der Krebsbelastung in Österreich geleistet werden. Für die Umsetzung des Aktionsplans sind Bund, Länder und Sozialversicherung zuständig.

1.3 Krebserkrankungen in Österreich

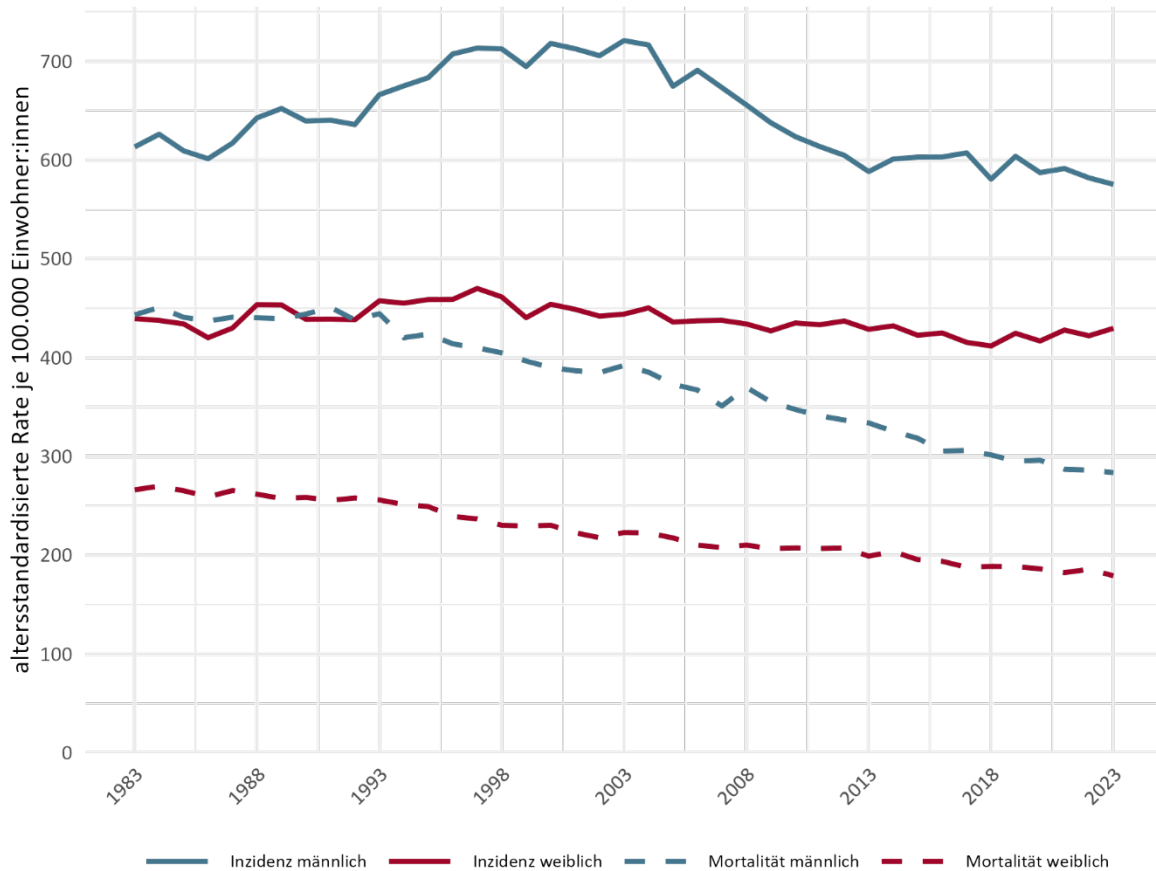
Derzeit erkranken laut österreichischer Krebsstatistik in Österreich jährlich ca. 46.000 Menschen an einer invasiven Form von Krebs, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen [12].

Das Erkrankungsrisiko steigt mit dem Alter an. Aufgrund des Bevölkerungszuwachses, der steigenden Lebenserwartung und der allgemeinen Alterung der österreichischen Bevölkerung nimmt die absolute Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen (**Krebsinzidenz**) langfristig zu. Stellt man die Anzahl der Krebsneuerkrankungen altersstandardisiert bezogen auf je 100.000 Einwohner:innen dar, zeigt sich seit Jahren ein langsam rückläufiger Trend der Krebsinzidenzraten, was einem sinkenden Risiko, an Krebs zu erkranken, entspricht (siehe Abbildung 1). Der Rückgang der Krebsinzidenzraten ist bei Männern deutlicher als bei Frauen.

Laut Todesursachenstatistik sterben in Österreich jährlich rund 21.500 Menschen an Krebs. Damit stellen Krebserkrankungen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowohl für Frauen als auch Männer die zweithäufigste Todesursache dar.

Die altersstandardisierte **Mortalität** (und damit das Risiko, an Krebs zu sterben) sinkt sowohl für Frauen als auch Männer, wobei auch dieser Trend bei Männern stärker ausgeprägt ist (siehe strichlierte Linien in Abbildung 1).

Abbildung 1: Inzidenz und Mortalität invasiver Malignome nach Geschlecht im Zeitverlauf



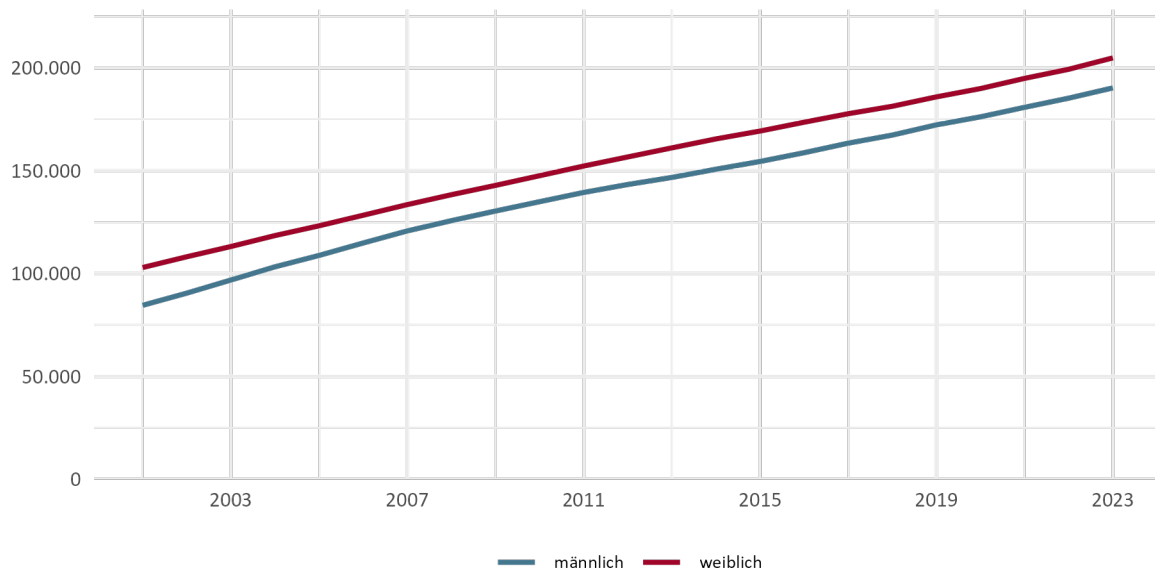
Altersstandardisiert nach europäischer Standardbevölkerung 2013

Invasive Malignome umfassen alle bösartigen Neubildungen inkl. Melanom, aber wie in internationalen Krebsstatistiken üblich ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut (ICD-10-Codes C00 bis C96 ohne C44).

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

Etwa 395.000 Menschen in Österreich leben aktuell mit oder nach einer Krebsdiagnose [13]. Die **Krebsprävalenz** stieg in den letzten Jahren als Folge der steigenden absoluten Zahl an Krebsneuerkrankungen und der rückläufigen Krebsmortalität deutlich an (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Prävalenz invasiver Malignome nach Geschlecht im Zeitverlauf



Prävalenz nach Abgleich mit dem Zentralen Melderegister

Invasive Malignome umfassen alle bösartigen Neubildungen inkl. Melanom, aber wie in internationalen Krebsstatistiken üblich ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut (ICD-10-Codes C00 bis C96 ohne C44).

Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister (Stand 10.01.2025, Prävalenz jeweils am 31.12.) und Todesursachenstatistik;

Darstellung: GÖG

Die häufigsten **Tumorlokalisationen** in der österreichischen Bevölkerung sind Brustkrebs bei Frauen (C50) bzw. Prostatakrebs bei Männern (C61), gefolgt von Lungenkrebs (C33–C34) und Darmkrebs (C18–C21) bei beiden Geschlechtern. Gemeinsam machen diese mehr als die Hälfte aller Krebserkrankungen aus. Abbildung 3 bzw. Abbildung 4 stellen die Häufigkeiten der Krebsneuerkrankungen im Jahr 2023 von Frauen bzw. Männern in Österreich nach Tumorlokalisation dar. Die Art der Darstellung macht deutlich, dass, obwohl Lungenkrebs die zweithäufigste Krebsneuerkrankung bei Frauen ist, die Gruppen der bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane sowie der weiblichen Genitalorgane häufiger vorkommen als die der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe.

Abbildung 3: Anzahl invasiver Krebsneuerkrankungen (C00–C96, ohne C44) bei Frauen nach Tumorlokalisation, 2023



Häufige Krebserkrankungen werden durch große Flächen dargestellt. Die häufigste ICD-10-Gruppe befindet sich links oben. Die Gruppen können sich in kleinere Subgruppen aufteilen.
 Lesebeispiel: Bösartige Neubildungen der Brustdrüse stellen die häufigsten Krebsneuerkrankungen bei Frauen im Jahr 2023 dar. Die zweithäufigste Gruppe stellen bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane dar. Innerhalb dieser ICD-10-Gruppe ist der relativ größte Anteil auf Darmkrebs (C18–C21) zurückzuführen.

Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister (Stand 10.01.2025);
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 4: Anzahl invasiver Krebsneuerkrankungen (C00–C96, ohne C44) bei Männern nach Tumorlokalisation (ICD-10-Gruppe), 2023



Häufige Krebserkrankungen werden durch große Flächen dargestellt. Die häufigste ICD-10-Gruppe befindet sich links oben. Die Gruppen können sich in kleinere Subgruppen aufteilen.

Lesebeispiel: Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane stellen die häufigsten Krebsneuerkrankungen bei Männern im Jahr 2023 dar. Innerhalb dieser ICD-10-Gruppe ist der überwiegende Anteil auf Prostatakarzinome zurückzuführen und ein kleinerer Anteil auf Hodenkrebs. Die zweithäufigste Gruppe stellen bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane dar, wobei Darmkrebs die häufigste Krebserkrankung innerhalb dieser Gruppe ist.

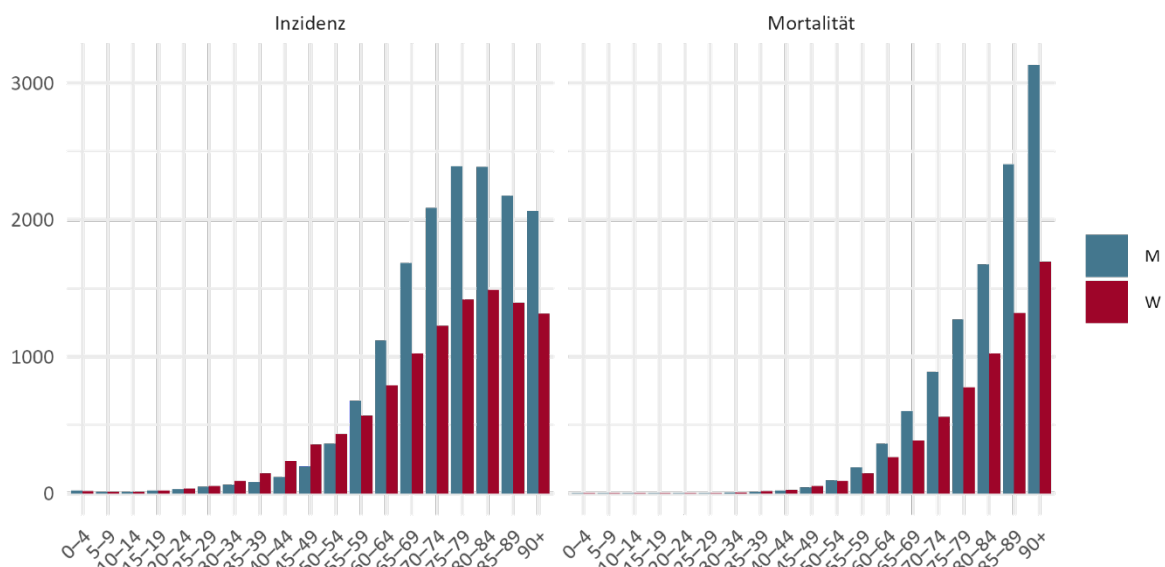
Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister (Stand 10.01.2025);
Berechnung und Darstellung: GÖG

Der unmittelbare Versorgungsbedarf verschiedener Tumorlokalisationen kann am ehesten durch die Anzahl jener Personen eingeschätzt werden, die in den letzten fünf Jahren eine Krebsdiagnose erhielten (5-Jahres-Prävalenz).

Das Risiko, an Krebs zu erkranken, steigt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter und erreicht seinen Höhepunkt in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen (siehe Abbildung 5).

Im höheren Lebensalter nimmt das Erkrankungsrisiko wieder leicht ab. Bis zum 55. Lebensjahr liegt die **altersspezifische Inzidenz** bei Frauen über jener der Männer – ein Umstand, der auf das niedrigere durchschnittliche Erkrankungsalter des bei Frauen häufigen Brustkrebses zurückzuführen ist. Ab dem 55. Lebensjahr steigt die Inzidenz bei Männern deutlich stärker an als bei Frauen, was auf das höhere durchschnittliche Erkrankungsalter von Prostatakrebs zurückzuführen ist. Die **altersspezifische Mortalität** steigt bei beiden Geschlechtern kontinuierlich mit dem Alter an, wobei der Anstieg bei den Männern deutlich stärker ausgeprägt ist als bei den Frauen.

Abbildung 5: Durchschnittliche altersspezifische Inzidenz und Mortalität invasiver Malignome (C00–C96, ohne C44) nach Geschlecht (2021–2023)



Raten jeweils bezogen auf 100.000 Männer/Frauen; M = männlich, W = weiblich.

Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister (Stand 10.01.2025) und Todesursachenstatistik; Berechnung und Darstellung: GÖG

Jährlich werden in Österreich etwa 200 **Kinder** (Alter < 15 Jahre) und etwa 100 **Jugendliche** (15–19 Jahre) mit Krebs diagnostiziert. Rund 25 bis 30 Kinder und 10 bis 15 Jugendliche sterben jährlich infolge einer Krebserkrankung [12].

In Österreich wurden Unterschiede in der **Krebsinzidenz nach sozioökonomischem Status** bislang nur unzureichend analysiert. Unterschiede im Erkrankungsrisiko wurden nur nach Geschlecht und Alter (siehe oben) sowie Wohnsitzbundesland untersucht [12], wobei

Letztere mit Vorsicht interpretiert werden müssen, da regionale Screeningprogramme, Unterschiede in der regionalen Datenqualität sowie in der Meldedisziplin zu berücksichtigen sind. Erste Hinweise auf sozioökonomische Unterschiede in der Inzidenz liefert eine Analyse der Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt der Diagnosestellung von Statistik Austria. Bei malignen Melanomen und Schilddrüsenkrebs liegt die Erwerbsbeteiligung bei rund 70 Prozent, bei Leber- und Lungenkrebs hingegen deutlich niedriger (30 % bzw. 40 %). Diese Unterschiede spiegeln bereits in der Literatur bestätigte soziale und gesundheitliche Benachteiligungen wider, die oft lange vor der Diagnose bestehen [8]. Sozioökonomische Unterschiede in der Krebsmortalität sind klar belegt: Personen mit niedrigerem Bildungsniveau weisen eine signifikant höhere Krebssterblichkeit auf als jene mit tertiärem Bildungsniveau, wobei der Unterschied bei Männern deutlicher ist als bei Frauen [14].

2 Methodik

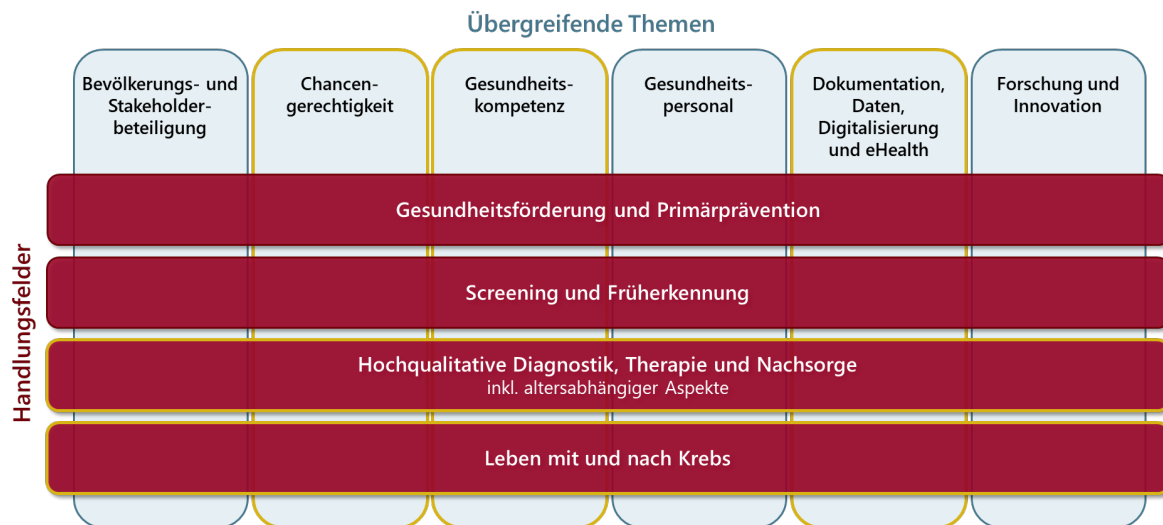
Das Krebsrahmenprogramm versteht sich als gesundheitspolitisches Orientierungspapier, das wissenschaftliche Fundierung mit politischer Anschlussfähigkeit vereint. Die Methodik seiner Erstellung basiert auf einem evidenzbasierten Ansatz, der durch einen partizipativen und konsensorientierten Prozess ergänzt wird. Dieser gewährleistet die systematische Einbindung aller relevanten Stakeholder. Ziel war es, ein Programm zu entwickeln, das den aktuellen Erkenntnissen der Krebsforschung und Versorgungspraxis entspricht und zugleich als praxisnahes Instrument für die gesundheitspolitische Umsetzung in Österreich dient.

Vor diesem Hintergrund wurde 2023 die Aktualisierung des Krebsrahmenprogramms vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) beauftragt und vom Onkologiebeirat ein Prozess zur Überarbeitung gestartet. Methoden, Ansätze und Ergebnisse des Nationalen Krebsrahmenprogramms von 2014 wurden berücksichtigt, bis heute relevante unerfüllte Ziele und neue Entwicklungen und Empfehlungen auf internationaler Ebene wurden integriert.

2.1 Aufbau des Dokuments

Der Hauptteil des Dokuments gliedert sich in zwei größere Bereiche: übergreifende Themenbereiche und Handlungsfelder. Die sechs **übergreifenden Themenbereiche** (Bevölkerungs- und Stakeholderbeteiligung, Chancengerechtigkeit, Gesundheitskompetenz, Gesundheitspersonal, Dokumentation, Daten, Digitalisierung und eHealth sowie Forschung und Innovation) können mehrere oder alle Handlungsfelder betreffen und wurden deshalb vorangestellt. Einzelne übergreifende Themenbereiche finden sich auch in den Handlungsfeldern wieder. Die vier **Handlungsfelder** können als ein chronologischer Ablauf des Krebskontinuums („Cancer Continuum“) verstanden werden: von der Gesundheitsförderung und der Primärprävention über Screening und Früherkennung sowie Diagnostik, Therapie und Nachsorge unter besonderer Berücksichtigung altersabhängiger Aspekte und der onkologischen Rehabilitation bis hin zum Handlungsfeld Leben mit und nach Krebs inklusive Palliativ- und Hospizversorgung.

Abbildung 6: Übersicht über die Handlungsfelder und übergreifenden Themen



Anmerkung: Gelb umrandete Themenbereiche wurden als Schwerpunktt Themen im Rahmen von Arbeitsgruppen erarbeitet.

Quelle und Darstellung: GÖG

Für jedes übergreifende Thema und jedes Handlungsfeld wurden Ziele und Maßnahmen festgelegt. Zur Bewertung der Umsetzung der Maßnahmen wurden geeignete Messgrößen definiert. Nach Möglichkeit orientieren sich die Maßnahmen und Messgrößen an den SMART-Prinzipien (Specific, Measurable, Attainable, Realistic, Time-based) gemäß den EU-Empfehlungen (European Guide for Quality National Cancer Control Programmes¹). Regelmäßige Besprechungen im Onkologiebeirat sowie die Durchführung einer Evaluierung unter Einbeziehung von Patientenorganisations- und Angehörigenvertretungen und anderen zivilgesellschaftlichen Organisationen im Sinne einer kollektiven Bürgerbeteiligung vor Ablauf der Gültigkeit des Krebsrahmenprogramms sind geplant [15, 16].

¹

[http://www.epaac.eu/images/WP_10/European Guide for Quality National Cancer Control Programmes EPAAC.pdf](http://www.epaac.eu/images/WP_10/European_Guide_for_Quality_National_Cancer_Control_Programmes_EPAAC.pdf)

2.2 Erstellungsprozess

2.2.1 Literaturrecherche nach Best Practices

Zu Beginn der Arbeiten wurde eine umfassende Literaturrecherche nach Best Practices für nationale Pläne zur Krebsbekämpfung durchgeführt. Diese Recherche erfolgte als sogenannte Desktopsuche (freie Onlinehandsuche, Prüfung von Referenzen vorliegender relevanter Publikationen) durch Mitarbeiter:innen der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im November 2023 unter besonderer Berücksichtigung von Europe's Beating Cancer Plan auf den Websites nationaler Gesundheitsinstitute (europäische Länder, USA, Kanada, Australien) sowie internationaler Organisationen (u. a. Europäische Union, OECD, WHO). Zusätzlich wurde in den Datenbanken PubMed (ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/) und Google Scholar (scholar.google.com/) nach geeigneten Publikationen gesucht. Folgende Selektionskriterien wurden angewandt: Die gefundenen Publikationen sind aktuell gültig, liegen in deutscher oder englischer Sprache vor und werden als relevant für das österreichische Krebsrahmenprogramm eingeschätzt. Die Einschätzung der Relevanz erfolgte im Konsens durch Mitarbeiter:innen des Auftraggebers (BMASGPK) und Mitarbeiter:innen der GÖG.

Die ausgewählten Publikationen dienten als Grundlage für die Entwicklung der Themengebiete und der Struktur des Krebsrahmenprogramms sowie für die Identifikation von Handlungsbedarfen. Vom Onkologiebeirat wurden auf Basis der Rechercheergebnisse die zentralen Schwerpunkte des österreichischen Krebsrahmenprogramms festgelegt.

2.2.2 Erstellung des ersten Entwurfs

Das Krebsrahmenprogramm berührt eine Vielzahl an Themenfeldern und erfordert Expertise aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens. Dementsprechend wurde die Entwicklung des ersten Entwurfs von einem **interdisziplinären Team** der GÖG begleitet, das Fachwissen aus mehreren Abteilungen einbrachte. Parallel dazu erfolgte eine enge Abstimmung mit externen Expertinnen und Experten aus allen relevanten Bereichen.

Die Themenbereiche Chancengerechtigkeit, altersabhängige Aspekte, Dokumentation, Daten, Digitalisierung und eHealth, Gesundheitskompetenz, hochqualitative Diagnostik, Therapie und Nachsorge sowie Leben mit und nach Krebs wurden aufgrund des hohen Handlungsbedarfs als Schwerpunkte ausgewählt.

Der erste Entwurf der Schwerpunktthemen wurde in **sechs Arbeitsgruppen** mit externen Expertinnen und Experten inkl. Patientenorganisationen diskutiert, um Inputs zu sammeln (siehe gelb umrandete Themenbereiche in Abbildung 6). Die Inputs wurden anschließend konsolidiert und hinsichtlich Redundanzen geprüft. Für alle anderen Themen wurden schriftliche Inputs durch Expertinnen und Experten eingeholt und ebenfalls konsolidiert. Evidenz aus der Literatur wurde im Redaktionsprozess mit den Einschätzungen der Expertinnen und Experten abgeglichen, um ein wissenschaftlich, politisch und praktisch anschlussfähiges Dokument zu erzeugen.

2.2.3 Feedback und Peer Review

Nach der Konsolidierung der Inputs und der Entfernung von Redundanzen wurde der Entwurf durch die GÖG-Expertinnen und -Experten finalisiert. Anschließend erfolgte eine Feedbackrunde mit dem BMASGPK sowie dem Onkologiebeirat.

Zur Qualitätssicherung des Krebsrahmenprogramms wurde ein **nationales Review** mit relevanten Stakeholdern und Entscheidungsträgerinnen und -trägern im Gesundheitswesen durchgeführt. Ziel war die fachliche Prüfung der Inhalte hinsichtlich Richtigkeit und Relevanz in der österreichischen Gesundheitsversorgung. Die Entscheidung über die Aufnahme der Rückmeldungen der Expertinnen und Experten in die finale Fassung des Krebsrahmenprogramms erfolgte durch den Onkologiebeirat in Abstimmung mit dem BMASGPK. Abschließend wurde der Entwurf einem **internationalen Peer Review** unterzogen, um die Qualität und Relevanz des Programms sicherzustellen.

3 Übergreifende Themen

Sechs übergreifende Themenfelder, die für viele oder auch alle Handlungsfelder im Krebsrahmenprogramm relevant sind, wurden mit Hinblick auf ihre hohe Relevanz für die Zukunft der Public-Health-orientierten Onkologie in Österreich ausgewählt. Sie werden im Folgenden mit Zielen, Maßnahmen und Messgrößen beschrieben.

3.1 Bevölkerungs- und Stakeholderbeteiligung

„Soziale Partizipation wird definiert als Befähigung von Menschen, Gemeinschaften und Zivilgesellschaft zur umfassenden Beteiligung an Entscheidungsprozessen, die sich auf die Gesundheit auswirken, über den gesamten Politikzyklus und auf allen Ebenen des Systems.“ (eigene Übersetzung nach [17], Übersetzung: D. Rojatz)

Beteiligung ist insbesondere dort gefragt, wo viele Menschen betroffen sind und eine breite Akzeptanz für Maßnahmen erforderlich ist – wie bei der Prävention und Behandlung von Krebserkrankungen [18]. Auch im EU-Mission Cancer Implementation Plan ist Beteiligung vorgesehen. Ziel ist es, politische Entscheidungen, Programme und Pläne besser auf individuelle gesundheitliche Bedürfnisse und auf die Gemeinschaft auszurichten sowie das Vertrauen in das Gesundheitssystem zu stärken [17]. Die Einbindung von Bevölkerung und Stakeholdern trägt nachweislich zu nutzerorientierteren und besser akzeptierten Entscheidungen bei – in Politik, Verwaltung, Forschung und Versorgungspraxis gleichermaßen [19]. Dabei gibt es keine universelle Methode der Beteiligung: Je nach Kontext, Zielsetzung und beteiligten Akteurinnen und Akteuren sind unterschiedliche Formen der Mitwirkung sinnvoll. Eine internationale Landscape Analysis zeigt die Vielfalt der Beteiligungsansätze in der Onkologie [20].

In Österreich erfolgt die Beteiligung von Patientinnen und Patienten, Selbsthilfegruppen und der Bevölkerung bislang meist unsystematisch und indirekt durch andere Personen bzw. Institutionen als die Betroffenen selbst. Das Gesundheitsministerium berücksichtigt die Einbindung Betroffener im Bereich Onkologie durch Einbindung von Selbsthilfeorganisationen im Onkologiebeirat sowie im Nationalen Screening-Komitee auf Krebserkrankungen (NSK) als gleichwertige Partner:innen.

Beteiligung in der Public-Health-orientierten Onkologie adressiert insbesondere die frühzeitige Einbeziehung der Perspektiven und Bedarfe der Bevölkerung und relevanter Stakeholder wie Gebietskörperschaften, Interessensvertretungen, Fachgesellschaften, Wissenschaft und Forschung bereits in der spezifischen Projekt- und Maßnahmenplanung mit direkter Zielgruppenrelevanz. So werden Patientinnen und Patienten beispielsweise nicht nur retrospektiv zur Zufriedenheit mit der Behandlung befragt, sondern aktiv in die Gestaltung eingebunden [21, 22]. Beteiligungsmöglichkeiten bestehen etwa bei der Entwicklung von Patient Reported Experience Measures (PREMs) und Patient Reported Outcome Measures (PROMs) ebenso wie bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention, Leitlinien für Screeningprogramme, Behandlungs- und Rehabilitationsprozessen sowie Maßnahmen der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung [23]. Ziel ist es, dass Patientenbeteiligung nicht nur punktuell, sondern als kontinuierlicher Bestandteil der Qualitätssicherung, Forschung, Versorgungsplanung und der politischen Entscheidungsfindung in der Onkologie etabliert wird.

Als Qualitätsmessinstrumente zeigen PREMs und PROMs, wie Betreuungsprozesse von den betroffenen Personen wahrgenommen werden. Die Ergebnisse können Verbesserungspotenziale bei der Weiterentwicklung der Prozesse aufzeigen [24]. In der österreichischen onkologischen Versorgung gibt es bereits Anwendungsbeispiele – etwa im Comprehensive Cancer Centre (CCC) Innsbruck, das im Rahmen der Joint Action EUnetCCC PREMs und PROMs in der Routineversorgung erhebt, sowie in zertifizierten Darm- und Prostatakrebszentren, die PROMs im Rahmen strukturierter Dokumentations- und Qualitätssicherungsrouninen erfassen.

Selbsthilfe- und Patientenorganisationen verfügen über ein breites, themenspezifisches Erfahrungswissen – etwa zum Leben mit der Erkrankung und Alltagsbewältigung, zur Navigation im Gesundheitssystem, zur Förderung von Shared Decision Making, zur Steigerung der Compliance und Adhärenz oder zur patientengerechten Kommunikation. Dieses Wissen soll gezielt genutzt werden, um patientenorientierte Outcomes besser zu verstehen und Verbesserungspotenziale in der Versorgung zu identifizieren. Das Konzept der „selbsthilfefreundlichen Gesundheitseinrichtungen“ bietet einen strukturierten Rahmen für die Zusammenarbeit von Gesundheitseinrichtungen mit Erfahrungsexpertinnen und -experten, Communities und Selbsthilfegruppen [25].

In Österreich wird zum Zeitpunkt der Erstellung des zweiten Nationalen Krebsrahmenprogramms am Aufbau einer langfristig tragfähigen Strategie zur Stärkung

von Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung im Gesundheitswesen gearbeitet. Ziel ist es, Orientierung darüber zu schaffen, wer Patienten- und Bevölkerungsinteressen direkt vertreten kann, wo Beteiligung systematisch erfolgen soll und wie Beteiligungsprozesse unterstützt und verankert werden können. Eine Machbarkeitsstudie empfiehlt die Etablierung eines Forums zivilgesellschaftlicher Akteurinnen und Akteure, um den Austausch der (organisierten) Zivilgesellschaft zu stärken, sowie eines Partizipationsdauergremiums als kontinuierliches Austauschgremium. Für die Public-Health-orientierte Onkologie bietet sich die Einrichtung einer Plattform für den regelmäßigen Austausch an, beispielsweise im Rahmen eines National Cancer Mission Hub. Dort könnten Vertreter:innen von Krebspatientinnen und -patienten, Überlebenden, An- und Zugehörigen, relevanten Stakeholdern, Entscheidungsträgerinnen und -trägern und dem Onkologiebeirat gemeinsam Bedarfe und Verbesserungspotenziale identifizieren und Lösungsansätze entwickeln, die in bestehende Gremien wie den Onkologiebeirat eingebracht werden (siehe auch Ziel 18, Maßnahme 5).

Ziel 1

Einbindung der Bevölkerung und Patientinnen und Patienten in Entscheidungsprozesse mit Bezug zur Onkologie

Maßnahmen

1. Systematische Prüfung und Bewertung unterschiedlicher Formen der Patientenbeteiligung in der Onkologie unter Einbindung relevanter Berufsgruppen
Messgröße 1a: Unterschiedliche Formen der Patientenbeteiligung in der Onkologie wurden geprüft und bewertet.
Messgröße 1b: Patientenorganisationen sind im Onkologiebeirat systematisch beteiligt mit Definition von Mandat, Stimmrecht und transparentem Feedbackmechanismus.
Messgröße 1c: Lücken hinsichtlich Einbindung von Bevölkerung und Patientenorganisationen in Entscheidungs- und Informationsprozessen im gesamten Cancer Continuum wurden identifiziert.
Messgröße 1d: Empfehlungen zur strukturellen Verankerung von Patientenorganisationen in Governance-, Steuerungs- und Qualitätsprozessen liegen vor.
Messgröße 1e: Patientenorganisationen sind in relevanten Arbeitsgruppen sowie nationalen Steuerungs- und Evaluationsprozessen eingebunden.
2. Umsetzung der im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit (ZS-G) entwickelten Strategie zur Stärkung von Patienten- und Bevölkerungsbeteiligung im Gesundheitswesen („Beteiligungsstrategie“) im gesamten Cancer Continuum inkl. Forschung
Messgröße 2a: Die Beteiligungsstrategie und die darin enthaltenen Musterprozesse sind im gesamten Cancer Continuum umgesetzt.

3. Stärkung/Umsetzung des Konzepts „selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtungen“ in der onkologischen Versorgung
Messgröße 3: Anzahl der onkologischen Abteilungen/Krankenhäuser mit einer Auszeichnung als „Selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtung“
4. Forcierung von PREMs-/PROMs-Erhebungen und deren Auswertungen, u. a. durch Zertifizierungsprozesse im Bereich der Onkologie sowie Bereitstellung von Ressourcen und Schulungsmaterial für Gesundheitsberufe
Messgröße 4a: Anzahl der Einrichtungen bzw. onkologischen Abteilungen, die PROMs und PREMs erheben
Messgröße 4b: Patientenorganisationen sind an der Entwicklung, Auswahl und Interpretation von PREMs/PROMs beteiligt.
Messgröße 4c: Ergebnisse aus PREMs/PROMs und Real-World Data werden gemeinsam mit Patientenvertretungen in Qualitätsverbesserungsmaßnahmen überführt.

3.2 Chancengerechtigkeit

Chancengerechtigkeit (Equity) in Bezug auf Gesundheit bedeutet, dass alle Menschen bedarfsgerechte Möglichkeiten zur Entwicklung und Erhaltung ihrer Gesundheit haben – unabhängig von ihrer sozialen, wirtschaftlichen, demografischen und geografischen Lage oder Ungleichheitsdimensionen wie beispielsweise Geschlecht, Behinderung, Migrationsgeschichte, sexueller Orientierung oder Institutionalisierung [vgl. 26]. Im onkologischen Kontext umfasst Chancengerechtigkeit bedarfsgerechte Möglichkeiten und faire Teilhabe über das gesamte Krebskontinuum hinweg – von der Prävention über Früherkennung und Diagnose bis hin zur Therapie, Nachsorge und sozialen Teilhabe nach der Erkrankung.

Ein vertieftes Verständnis dieser Zusammenhänge bietet das Modell der sozialen Determinanten von Gesundheit nach Dahlgren and Whitehead [27]. Gesundheit wird demnach nicht nur durch individuelle Faktoren wie genetische Disposition oder Gesundheitsverhalten beeinflusst, sondern maßgeblich durch die Lebensbedingungen, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern. Strukturelle Determinanten – etwa soziale, politische, rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen sowie gesellschaftliche Normen – beeinflussen die Verteilung von Ressourcen und Macht. Diese prägen maßgeblich die gesundheitlichen Chancen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen. Chancengerechtigkeit im Rahmen der nationalen Krebsstrategie erfordert daher, diese komplexen Zusammenhänge systematisch mitzudenken und gezielt aufzugreifen.

Benachteiligte Gruppen sollen weder ein erhöhtes Erkrankungsrisiko noch schlechtere Aussichten auf Früherkennung, Therapie, Überleben oder hohe Lebensqualität haben, weshalb diese Risiken entsprechend adressiert werden müssen. Bevölkerungsgruppen mit der höchsten bzw. einer unverhältnismäßig hohen Krebslast sollten primär entlastet werden. Auch strukturelle Benachteiligungen nach überstandener Erkrankung – z. B. im Kreditwesen, bei Versicherungen oder in der beruflichen Entwicklung – müssen adressiert werden (Right to be forgotten, siehe Ziel 21, Maßnahme 4 im Kapitel Leben mit und nach Krebs).

In Österreich gibt es zudem eine kleine Gruppe nichtversicherter Personen. Dazu zählen insbesondere Studierende, Präsenzdienler, EU-Bürger:innen ohne Erwerbstätigkeit sowie Menschen in prekären Arbeitsverhältnissen, mit ungeklärtem oder fehlendem Aufenthaltsstatus oder ohne festen Wohnsitz [28].

Chancengerechtigkeit ist ein Schlüsselprinzip der europäischen Gesundheitsstrategie. Praktisch alle EU4Health-Projekte setzen Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten um. Europas Plan gegen den Krebs (EBCP) hebt die Verringerung von Ungleichheiten innerhalb und zwischen den Mitgliedstaaten ausdrücklich als zentrales Ziel hervor. Eine konkrete Maßnahme ist das 2021 eingerichtete Cancer Inequalities Registry, das soziale Ungleichheiten systematisch erfasst und sichtbar macht. Auch die EU-Mission Cancer definiert Chancengerechtigkeit als zentrales Querschnittsthema. Auf nationaler Ebene ist gesundheitliche Chancengerechtigkeit ebenfalls fest verankert – sie ist eines der zehn Gesundheitsziele Österreichs und in der Gesundheitsförderung bereits weitgehend handlungsleitend. Die systematische Differenzierung der österreichischen Gesundheitsberichterstattung nach sozioökonomischen Merkmalen bildet eine wesentliche Grundlage für die evidenzbasierte Weiterentwicklung chancengerechter Versorgung.

Für Österreich gibt es dennoch klare Hinweise auf bestehende Ungleichheiten entlang des gesamten Krebskontinuums. Nationale Auswertungen auf Basis internationaler Analysen belegen, dass Personen mit niedrigerem Bildungsniveau eine signifikant höhere Krebssterblichkeit aufweisen. Bei Männern mit primärem Bildungsniveau liegt die Krebssterblichkeit um 60 Prozent über jener von Männern mit tertiärem Bildungsniveau, bei Frauen um rund 20 Prozent. Besonders ausgeprägt sind die Mortalitätsunterschiede bei bestimmten Krebsentitäten wie Lungen-, Magen- und Kolorektalkrebs, was unter anderem mit einer höheren Raucherprävalenz und riskantem Alkoholkonsum in sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen erklärt werden kann [14]. Unterschiede im Erkrankungsrisiko nach sozioökonomischem Status sind in Österreich bislang nur unzureichend analysiert worden. Erste Hinweise auf sozioökonomische Unterschiede in der Inzidenz liefert eine Analyse der Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt der Diagnosestellung von Statistik Austria [8]. Internationale Studien belegen jedoch, dass insbesondere finanzielle und materielle Lebensumstände relevant sind. Menschen in einkommensschwachen oder wirtschaftlich prekären Situationen haben ein erhöhtes Risiko, an Krebs zu erkranken [29-31].

Hinsichtlich der Aktualisierung des Krebsrahmenprogramms bedeutet die Berücksichtigung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit als übergreifendes Thema, dass in allen Handlungsfeldern systematisch geprüft werden muss, ob Maßnahmen potenziell strukturelle Benachteiligungen erzeugen, aufrechterhalten oder verschlechtern – und dass diese aktiv zu vermeiden sind. Dabei sollen Erkenntnisse und gute

Praxisbeispiele aus EU-Projekten – etwa im Rahmen von EU4Health oder Mission Cancer – gezielt genutzt und weiterentwickelt werden.

Ziel 2

Verstehen von sozialen Einflussfaktoren auf Krebserkrankungen und von sozialen Auswirkungen einer Krebserkrankung auf Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige sowie Vermeiden negativer Folgen

Maßnahmen

1. Etablierung eines Monitorings zum Einfluss sozialer Determinanten auf Inzidenz, Prävalenz und Mortalität verschiedener Tumorentitäten auf Basis des Österreichischen Nationalen Krebsregisters der Statistik Austria
Messgröße 1: Ein regelmäßiges Berichtswesen zu sozialen Determinanten von Krebserkrankungen und deren Folgen ist eingerichtet.
2. Etablierung eines Monitorings zu Auswirkungen einer Krebsdiagnose auf die soziale Situation von Patientinnen und Patienten sowie deren An- und Zugehörigen, inklusive qualitativer bzw. Mixed-Methods-Studien und der Nutzung partizipativer Methoden
Messgröße 2a: Ein regelmäßiges Berichtswesen zu den Auswirkungen einer Krebsdiagnose auf die soziale Situation ist eingerichtet.
Messgröße 2b: Maßnahmen wurden abgeleitet und umgesetzt.
3. Ableitung und Umsetzung weiterer entsprechender Maßnahmen unter Beteiligung von Betroffenen, um zu verhindern, dass die im Monitoring identifizierten sozial benachteiligten Gruppen überproportional häufig an Krebs erkranken und besonders stark von den negativen Folgen einer Krebserkrankung betroffen sind
Messgröße 3: Ergebnisse werden in Entscheidungsprozessen berücksichtigt und abgeleitete Maßnahmen sind in Umsetzung.
4. Analyse der Barrieren für Nichtversicherte entlang des Patientenpfades und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen
Messgröße 4a: Barrieren für Nichtversicherte entlang des Patientenpfades wurden identifiziert.
Messgröße 4b: Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs für Nichtversicherte wurden umgesetzt.
Messgröße 4c: Nichtversicherte Personen haben Zugang zu Screening- und Impfprogrammen, stationärer und ambulanter Versorgung, Rehabilitation und Hospiz- und Palliativversorgung.

3.3 Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz (Englisch: health literacy) ist eine zentrale Determinante von Gesundheit [32] und ein wichtiger Hebel für gesundheitliche Chancengerechtigkeit [33-35]. Sie beeinflusst Gesundheits-, Risiko- und Krankheitsverhalten (z. B. Ernährung, Bewegung, Stressmanagement, Konsum von Tabak- und verwandten Erzeugnissen, Alkoholkonsum, Adhärenz) [36-39], den Umgang mit sozialen Belastungen [40] sowie die Inanspruchnahme von Angeboten im Gesundheitssystem – von Prävention über Behandlung bis zur Rehabilitation [39, 41-43]. Sie ermöglicht informierte Entscheidungen in Gesundheitsfragen [44, 45].

Im Kontext von Krebs spielt Gesundheitskompetenz eine wichtige Rolle: bei der Vermeidung risikobehafteter Verhaltensweisen, der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils, der Inanspruchnahme von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen sowie bei der Krankheitsbewältigung und Rehabilitation [41, 45-49].

Laut Österreichischer Gesundheitskompetenzstudie 2020 hat etwa die Hälfte der Bevölkerung Schwierigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden [50]. Besonders herausfordernd sind die Nutzung digitaler Gesundheitsinformationen [51] und die Navigation im Gesundheitssystem [52].

Zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sind sowohl individuelle Kompetenzen der Bevölkerung zu entwickeln als auch Informations- und Versorgungsangebote gesundheitskompetenzförderlich zu gestalten. Entsprechende Maßnahmen setzen in unterschiedlichen Sektoren an – etwa in Schulen, Betrieben und Gemeinden. Gesundheitskompetenz setzt grundlegende Lese- und Sprachkompetenz voraus [32]. Das Gesundheitssystem kann fehlende Bildungsvoraussetzungen jedoch nur begrenzt kompensieren, weshalb die Stärkung der Basisbildung im Verantwortungsbereich des Bildungssystems liegt. Das Gesundheitssystem kann durch „**Gute Gesundheitsinformationen**“² [53], **professionelle Gesundheitskompetenz** der Gesundheitsberufe (z. B. durch Gesprächstrainings) und die Entwicklung von

² <https://oepgk.at/schwerpunkte/gute-gesundheitsinformation-oesterreich/>

Gesundheitseinrichtungen zu **gesundheitskompetenten Organisationen** einen wesentlichen Beitrag leisten.

Menschen mit einer Krebserkrankung haben einen breitgefächerten Bedarf an „**Guten Gesundheitsinformationen**“. Neben zielgerichteten, relevanten Informationen über bekannte Risiko- und Schutzfaktoren, die Erkrankung, die Behandlung, die Behandlungsoptionen und die Krankheitsbewältigung sind auch sozioökonomische und soziokulturelle Aspekte zu berücksichtigen [54].

Digitale Informationsquellen sind heute die wichtigste Anlaufstelle für Gesundheitsfragen, gefolgt von den Angehörigen der Gesundheitsberufe [50]. Diese Entwicklung erfordert eine hohe digitale Gesundheitskompetenz – sowohl in der Bevölkerung als auch bei Fachpersonal – und stellt Gesundheitseinrichtungen vor die Aufgabe, ihren Patientinnen und Patienten einen niederschweligen, barrierefreien und nutzerfreundlichen Zugang zu digitalen Services und Versorgungsangeboten zu ermöglichen. Entsprechende Zielsetzungen sind in der österreichischen eHealth-Strategie im strategischen Ziel S8 „Digitale Kompetenzen stärken“ verankert [55]. Auch Selbsthilfe- und Patientenorganisationen leisten mit ihren Beratungs- und Unterstützungsangeboten einen wichtigen Beitrag zur Informationsvermittlung [56].

Angehörige der Gesundheitsberufe sind für Patientinnen und Patienten sowie deren An- und Zugehörige zentrale Ansprechpartner:innen im Gesundheitssystem und sollten in der Lage sein,

- relevantes Fachwissen aktuell zu halten,
- Gesundheitsinformationen so zu erklären und zu kommunizieren, dass sie von Patientinnen und Patienten bzw. deren An- und Zugehörigen verstanden, bewertet und genutzt werden können,
- Patientinnen und Patienten bzw. deren An- und Zugehörige einzubeziehen und an Entscheidungsprozessen zu beteiligen und
- Patientinnen und Patienten bzw. deren An- und Zugehörigen digitale Gesundheitsinformationen zu empfehlen und sie beim Verstehen und Einordnen zu unterstützen (professionelle digitale Gesundheitskompetenz).

Dieses Kompetenzbündel wird unter dem Stichwort „**professionelle Gesundheitskompetenz**“ diskutiert [57].

Gespräche mit Angehörigen der Gesundheitsberufe sind für Patientinnen und Patienten eine wichtige Informationsquelle im Verlauf ihrer Erkrankung. Studien zeigen, dass Kommunikationstrainings in der Onkologie patientenzentriertes und unterstützendes Verhalten in der Gesprächsführung von Angehörigen der Gesundheitsberufe nachhaltig erhöhen [58-66], zu einer Veränderung ihrer Haltung und Einstellungen führen [67] und ihre Selbstsicherheit im Umgang mit schwierigen Situationen fördern [58, 61-63, 65]. Außerdem führen sie zu besseren Gesundheitsergebnissen, einer höheren Patienten- und Arbeitszufriedenheit und mehr Patientensicherheit [68]. Ein entsprechendes Curriculum für ein Kommunikationstraining für Gesundheitsberufe in der Onkologie wurde im Rahmen des Nationalen Krebsrahmenprogramms I und in Umsetzung der bundesweiten Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung [69] entwickelt, evaluiert und durch zertifizierte Trainer:innen des ÖPGK-Trainernetzwerks³ umgesetzt. Die Evaluationsergebnisse zeigen eine sehr hohe Zufriedenheit der Teilnehmer:innen mit dem Kommunikationstraining und starke selbst eingeschätzte Lerneffekte [70].

Gesundheitskompetente Gesundheitseinrichtungen erleichtern allen Interessensgruppen (Patientinnen und Patienten, Bezugspersonen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Führungskräften und der Bevölkerung) den Zugang zu krankheits- und gesundheitsrelevanten Informationen und ermöglichen es ihnen, diese besser zu verstehen, zu bewerten und zu nutzen. Sie erleichtern auch den Zugang zu Gesundheitsleistungen und verringern damit die Anforderungen an die individuelle Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten, Personal und Bevölkerung in der jeweiligen Region und fördern diese aktiv. Um das umfassende Konzept der gesundheitskompetenten Gesundheitseinrichtungen systematisch und nachhaltig umzusetzen, muss eine Gesundheitseinrichtung Prinzipien und Instrumente des Qualitätsmanagements, des Veränderungsmanagements und der Gesundheitsförderung anwenden und spezifische organisationale Kapazitäten (Infrastruktur und Ressourcen) aufbauen [71, 72].

Maßnahmen und Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sollten gemeinsam mit den Zielgruppen entwickelt werden (Co-Design), um deren Bedarfe bestmöglich zu berücksichtigen. Dies gilt für „Gute Gesundheitsinformationen“ [73], Kommunikationstrainings [74], aber auch für Materialien oder digitale Angebote, die von Gesundheitseinrichtungen angeboten werden [75]. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei

³ <https://oepgk.at/schwerpunkte/gute-gespraechsqualitaet-im-gesundheitssystem/oepgk-trainernetzwerk/>

Gruppen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf. So betont auch Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention das Recht auf diskriminierungsfreien Zugang zu Gesundheitsversorgung und Gesundheitsinformationen, die für Menschen mit Behinderungen zugänglich sind [76]. Die Umsetzung dieser Maßnahmen sowie die Sicherstellung verständlicher Kommunikation erfordert Zeitressourcen, welche für das Gesundheitspersonal adäquat vorhanden sein müssen.

Ziel 3

Schaffung nachhaltiger Strukturen und Prozesse zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Onkologie

Maßnahmen

1. Etablierung einer Plattform zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Onkologie, bspw. durch Integration in bestehende Austauschplattformen (z. B. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz)
Messgröße 1: Plattform zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Onkologie ist etabliert.
2. Weiterentwicklung und Verankerung der professionellen Gesundheitskompetenz in den Qualifikationsprofilen der Gesundheitsberufe (Synergien mit der eHealth-Strategie herstellen)
Messgröße 2a: Bei der Mehrzahl der Gesundheitsberufe ist die professionelle Gesundheitskompetenz in den Qualifikationsprofilen der ausbildungsrechtlichen Grundlagen berücksichtigt, angepasst an den jeweiligen Verantwortungsgrad und das Qualifikationsniveau.
Messgröße 2b: Ausmaß der professionellen Gesundheitskompetenz in der Onkologie (durchgeführt z. B. über Erhebungen in onkologischen Einrichtungen)
3. Ausrollung, regelmäßige Evaluierung und Weiterentwicklung von Kommunikationstrainings nach einem evidenzbasierten Standard für Gesundheitsberufe in der Onkologie sowie deren Verankerung als Qualitätskriterium im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)
Messgröße 3a: Angehörige der Gesundheitsberufe in der Onkologie, die in patientenzentrierter Gesprächsführung nach einem evidenzbasierten Standard geschult sind (Anteil in %)
Messgröße 3b: Kommunikationstrainings für Gesundheitsberufe in der Onkologie werden regelmäßig evaluiert.
Messgröße 3c: Kommunikationstrainings sind als Qualitätskriterium im ÖSG verankert und Thema berufsspezifischer Aus-, Fort- und Weiterbildung.
Messgröße 3d: Anzahl der entwickelten spezifischen Module für Kommunikationstrainings (z. B. zur Kommunikation mit Menschen mit intellektuellen oder Sinnesbeeinträchtigungen, psychischen Erkrankungen oder mit An- und Zugehörigen krebskranker Kinder und Jugendlicher)

Ziel 4

Entwicklung von Gesundheitseinrichtungen mit onkologischem Zentrum oder Schwerpunkt zu gesundheitskompetenten Organisationen

Maßnahmen

1. Partizipative Adaptierung der Standards zur organisationalen Gesundheitskompetenz für Gesundheitseinrichtungen mit onkologischem Zentrum oder Schwerpunkt unter Einbeziehung aller relevanten Stakeholder (inkl. der Mitarbeiter:innen und Patientinnen und Patienten)

Messgröße 1: Partizipativ adaptierte Standards für gesundheitskompetente Gesundheitseinrichtungen mit onkologischem Zentrum oder Schwerpunkt liegen vor.

2. Durchführung von flächendeckenden Self-Assessments zu Standards der organisationalen Gesundheitskompetenz⁴ in onkologisch tätigen Gesundheitseinrichtungen sowie Planung und Umsetzung geeigneter Weiterentwicklungsmaßnahmen

Messgröße 2a: Onkologisch tätige Gesundheitseinrichtungen, die ein Self-Assessment zur organisationalen Gesundheitskompetenz durchgeführt und geeignete Weiterentwicklungsmaßnahmen geplant haben (Anteil in %)

Messgröße 2b: Onkologisch tätige Gesundheitseinrichtungen, die (erste) Maßnahmen zur Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz umgesetzt haben (Anteil in %)

3. Partizipative Gestaltung und Evaluation von Abläufen, Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangeboten unter Einbeziehung von Patientenorganisationen

Messgröße 3a: Gesundheitseinrichtungen mit onkologischem Zentrum oder Schwerpunkt, die Abläufe, Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote unter Einbeziehung von Patientenorganisationen gestalten (Anteil in %)

Messgröße 3b: Gesundheitseinrichtungen mit onkologischem Zentrum oder Schwerpunkt, die eine regelmäßige Evaluation ihrer Abläufe, Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote durch Patientinnen und Patienten in der Qualitätssicherung verankert haben (Anteil in %)

Ziel 5

Befähigung onkologischer Patientinnen und Patienten, informierte Entscheidungen zu treffen (z. B. durch Bereitstellen von Gesundheitsinformationen, verbesserte Nutzung von Angeboten und Leistungen des Gesundheitssystems, Vorbereitung auf Gespräche mit Gesundheitspersonal)

⁴ Siehe Selbsteinschätzungsinstrumente der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz: <https://oepgk.at/schwerpunkte/rahmenbedingungen-in-organisationen-settings/gko-tools-der-oepgk/>

Maßnahmen

1. Bundeseinheitliche Entwicklung und Verbreitung barrierefreier, zielgruppengerechter und mehrsprachiger sowie grafisch unterstützter Informationen zum Thema Krebs (Prävention, Früherkennung, Behandlung, Survivorship, Patientenrechte, Unterstützungsmöglichkeiten und Sozialleistungen) gemäß den Standards für „Gute Gesundheitsinformationen⁵“ unter Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern von Patientenorganisationen und Berufsgruppen

Messgröße 1: Barrierefreie, zielgruppenspezifische und mehrsprachige Informationsangebote zum Thema Krebs (Prävention, Früherkennung, Behandlung, Survivorship, Patientenrechte) liegen gemäß den Standards für „Gute Gesundheitsinformationen“ vor, wurden partizipativ mit Patientenvertretungen/Patientinnen und Patienten und Berufsgruppen entwickelt, sind niederschwellig zugänglich und werden öffentlich beworben.

2. Etablierung von Angeboten zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz mit besonderem Fokus auf die Bekämpfung von Fehl- und Desinformation (Synergien mit der eHealth-Strategie⁶ herstellen)

Messgröße 2: Angebote zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz mit besonderem Fokus auf die Bekämpfung von Fehl- und Desinformation wurden österreichweit etabliert.

3. Gezielte Förderung und Einbeziehung ausgewählter Selbsthilfeorganisationen und -gruppen in die Erarbeitung und Umsetzung von Gesundheitskompetenzmaßnahmen im Gesundheitswesen / in Gesundheitseinrichtungen

Messgröße 3: Ausgewählte Selbsthilfeorganisationen und -gruppen werden finanziell unterstützt und in die Erarbeitung und Umsetzung von Gesundheitskompetenzmaßnahmen einbezogen.

4. Bundesweite Umsetzung der „3 Fragen für meine Gesundheit“-Initiative [77] in onkologisch tätigen Gesundheitseinrichtungen, vor allem in Bezug auf Therapieadhärenz

Messgröße 4: Onkologisch tätige Gesundheitseinrichtungen, in denen die 3-Fragen-Initiative umgesetzt wird (Anteil in %)

⁵ Siehe Schwerpunkt Gute Gesundheitsinformation Österreich der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz: <https://oepgk.at/schwerpunkte/gute-gesundheitsinformation-oesterreich/> und Checkliste für verlässliche Gesundheitsinfos der Donauuniversität Krems: <https://www.infos-ohne-nebenwirkung.at/checkliste/>

⁶ <https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:6f5c5706-b2c4-48a2-8b6a-c7f72f9580e3/240806-eHealth-bf.pdf>

3.4 Gesundheitspersonal

Die onkologische Früherkennung und Versorgung erfordert eine multidisziplinäre Zusammenarbeit vieler Gesundheits- und Sozialberufe [78] über Versorgungsebenen hinweg. Neben ärztlichen und pflegerischen Berufen sind auch weitere medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe sowie psychosoziale Berufe essenziell für eine hochqualitative und umfassende Versorgung von Menschen mit Krebserkrankungen. Regelungen betreffend Arbeitsbedingungen, Kompetenzen und Zuständigkeiten sowie Anforderungen an Aus- und Weiterbildung sind daher für die Onkologie von besonderer Relevanz. Die hochqualitative Betreuung muss auch außerhalb von Krankenanstalten gesichert sein, wie z. B. in der Primärversorgung.

Die beruflichen Anforderungen im Gesundheitswesen, insbesondere in der onkologischen Versorgung, sind hoch. Zudem besteht im österreichischen Gesundheitssystem aus demografischen Gründen und im Zusammenhang mit den Nachwirkungen der Coronapandemie ein Personalmangel [79], der zu zusätzlichen Belastungen führt. Als besonders belastend werden die Bürokratie, zunehmende Dokumentationsaufgaben, die steigende Komplexität der medizinischen Versorgung sowie die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die mit Sprachbarrieren oder anderen besonderen Herausforderungen konfrontiert sind, beschrieben [80-82]. Auch die Gesprächsführung mit Menschen mit Krebserkrankungen kann für das Gesundheitspersonal psychisch sehr belastend sein [83].

Um eine nachhaltige und hochqualitative Versorgung sicherstellen zu können, ist es daher essenziell, die Arbeitsbedingungen in Gesundheits- und Sozialberufen zu verbessern. Dabei kann an mehreren Seiten angesetzt werden. Eine Entlastung des klinischen Personals von nichtklinischen Tätigkeiten durch optimierte IT-Systeme und die Möglichkeit der Delegation administrativer Aufgaben (z. B. an medizinische Dokumentationsassistentinnen und -assistenten) könnte die Arbeitszufriedenheit des Gesundheitspersonals in der Onkologie steigern. Eine Verbesserung der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung, wie z. B. Kommunikationstrainings (mit Berücksichtigung interkultureller Kompetenzen) oder Spezialisierungen, kann dabei helfen, die Angehörigen der Gesundheitsberufe bei diesen Herausforderungen und dem Umgang mit schwierigen Situationen zu unterstützen [84, 85] und die Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern [86, 87]. Ein Berufsgesetz für Soziale Arbeit trägt dazu bei, die Qualität sozialer Leistungen im Bereich der Onkologie zu sichern und die spezifischen Kompetenzen von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern abzubilden. Burnout-Präventionsstrategien wie

Peer Support und Fortbildungen zum Umgang mit emotionaler Belastung sowie weitere organisatorische Maßnahmen wie beispielsweise Reduktion der Arbeitsbelastung durch angemessene Personalbesetzung, Einhaltung der Ruhezeiten und Ermöglichung von flexiblen Arbeitszeiten können außerdem zur Mitarbeiterbindung im Gesundheitswesen beitragen [85, 88, 89].

Des Weiteren ist eine Verbesserung der Patientenbegleitung durch klare Zuständigkeiten in multidisziplinären, interprofessionell zusammenarbeitenden Teams entlastend für das Gesundheitspersonal und hat das Potenzial, den Zugang zur Versorgung und die Versorgungskontinuität zu verbessern – etwa durch Cancer Nurses und Sozialarbeit [90]. Denn für Patientinnen und Patienten stellt die oft multimodale Diagnostik und Behandlung eine große Herausforderung dar. Neben der Terminkoordination haben Krebspatientinnen und -patienten über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg unterschiedliche Informationsbedarfe – sowohl zu medizinischen, pflegerischen und therapeutischen als auch angrenzenden Themenbereichen wie arbeits- und sozialrechtlichen Fragen [91].

Eine Erhebung in Österreich zeigt, dass Patientinnen und Patienten während des gesamten Krankheitsverlaufs konsistente, verständliche und personalisierte Informationen benötigen [92]. Während zu Beginn medizinische Inhalte im Vordergrund stehen, gewinnen im weiteren Verlauf psychosoziale, praktische und emotionale Unterstützungsangebote an Bedeutung. Angehörige sind dabei wichtige Unterstützer:innen, jedoch oft selbst belastet und unzureichend informiert. Die Versorgung wird häufig als fragmentiert erlebt, insbesondere an Schnittstellen zwischen stationärer, ambulanter und extramuraler Betreuung. Internationale Modelle wie „Patient Navigation“ oder „Lotsenfunktionen“ verbessern nachweislich Versorgungskontinuität, Therapietreue und Zufriedenheit [93]. In Österreich sind vergleichbare Angebote bislang nur vereinzelt etabliert. Verschiedene Berufsgruppen – insbesondere spezialisierte Pflegekräfte, Sozialarbeiter:innen, aber auch ein Team aus zwei unterschiedlichen Professionen – sind für diese Rolle geeignet. Zielsetzung ist, dass eine Drehscheibenfunktion in einem ersten Schritt in unterschiedlichen Settings, aber auch mit unterschiedlichen Berufsgruppen pilotiert wird und längerfristig allen Menschen mit onkologischen Erkrankungen – aber auch deren Angehörigen – zur Verfügung steht [92].

Ziel 6

Sicherstellen einer ausreichend und nachhaltig gesicherten Verfügbarkeit von Gesundheitspersonal in der Onkologie

Maßnahmen

1. Entwicklung von Kennzahlen und Etablierung eines Monitorings zum Bedarf an onkologischem Gesundheitspersonal im Zusammenhang mit den bestehenden Arbeiten zu Personalprognosen in der ZS-G
Messgröße 1a: Kennzahlen sind entwickelt.
Messgröße 1b: Monitoring wurde etabliert.
2. Umsetzung von Maßnahmen zur Entwicklung/Beibehaltung stabiler Personalstände in onkologisch tätigen Gesundheitseinrichtungen, z. B. Schaffung von strukturierten Angeboten für den Umgang mit Dauer- und Spitzenbelastungen
Messgröße 2a: Onkologisch tätige Abteilungen haben implementierte Maßnahmen zur Förderung des Wohlbefindens des Personals.
Messgröße 2b: Organisatorische Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung sind implementiert.

Ziel 7

Menschen mit onkologischen Erkrankungen und deren Angehörigen steht in der Zeit ab Diagnosestellung, während der Therapie und im Rahmen der Nachsorge im Gesundheitswesen professionelle Betreuung in Form von geeigneten Ansprechpersonen zur Verfügung.

Maßnahmen

1. Erhebung der Umsetzung und Erfüllung der Drehscheibenfunktion für onkologische Patientinnen und Patienten unter besonderer Berücksichtigung eines effizienten Nahtstellenmanagements
Messgröße 1: Ergebnisse der Statuserhebung zur Umsetzung und Erfüllung der Drehscheibenfunktion für onkologische Patientinnen und Patienten (inkl. Handlungsempfehlungen) liegen vor.
2. Bereitstellen von klaren Ansprechpersonen für Krebspatientinnen und -patienten mit Drehscheiben- und Koordinierungsfunktion, insbesondere an Systemschnittstellen („Drehscheibenfunktion“) in Zusammenarbeit mit 1450 oder anderen künftig mit dieser Aufgabe betrauten Organisationen
Messgröße 2a: Strukturen mit Drehscheibenfunktion sind bundesweit etabliert.
Messgröße 2b: Anteil der Krebspatientinnen und -patienten, die Zugang zu einer Ansprechperson mit Drehscheiben- und Koordinierungsfunktion haben (in %)

Ziel 8

Weiterentwicklung der Fort-, Weiterbildungs- und Spezialisierungsmöglichkeiten für Gesundheits- und Sozialberufe in der Onkologie

Maßnahmen

1. Etablierung des Kompetenzprofils „medizinische Dokumentationsassistenten“ (MDA) mit standardisierter Ausbildung orientiert an Best-Practice-Beispielen
Messgröße 1a: Kompetenzprofil „medizinische Dokumentationsassistenten“ liegt vor.
Messgröße 1b: Anzahl der geschaffenen Ausbildungsplätze
Messgröße 1c: Anzahl der abgeschlossenen Ausbildungen zur MDA pro Jahr
Messgröße 1d: Anzahl der onkologischen Abteilungen mit medizinischen Dokumentationsassistenten
Messgröße 1e: Anzahl der dokumentierten Krebsneuerkrankungen pro MDA
2. Rechtliche und fachliche Prüfung einer Weiterbildung oder Spezialisierung gemäß § 17 Abs. 3 GuKG „Cancer Nurse“
Messgröße 2a: Fachkonzept für eine Cancer Nurse liegt vor.
Messgröße 2b: Spezialisierung „Cancer Nurse“ ist einheitlich geregelt.
3. Etablierung von entsprechenden Bildungsangeboten für Cancer Nurses
Messgröße 3: Entsprechende Bildungsangebote im tertiären Bereich sind etabliert.
4. Verankerung von Cancer Nurses in allen onkologischen Versorgungsstufen im ÖSG unter Berücksichtigung europäischer Vorgaben (ggf. Zertifizierungen) und Implementierung der Rolle in der Praxis
Messgröße 4a: Cancer Nurses sind im ÖSG verankert, einschließlich einer präzisen Definition der Rolle und Kompetenzen in der Praxis.
Messgröße 4b: Anzahl der onkologischen Einrichtungen mit dokumentierter Stellenbeschreibung für Cancer Nurse
Messgröße 4c: Anzahl der Cancer Nurses in onkologischen Abteilungen
5. Verabschiedung eines Berufsgesetzes für Soziale Arbeit
Messgröße 5: Berufsgesetz wurde verabschiedet.
6. Ausbau praxisnaher Aus- und Weiterbildung von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern für den onkologischen Bereich
Messgröße 6: Entsprechende Weiterbildungsformate liegen vor.
7. Durchführung einer Bedarfserhebung über notwendige Kapazitäten von klinischer Sozialarbeit
Messgröße 7: Bericht über Bedarfserhebung von klinischer Sozialarbeit liegt vor.
8. Verstärkte frühzeitige Einbindung von Sozialarbeit in die onkologische Versorgung, um passende Unterstützungsangebote anbieten zu können und Verankerung im ÖSG
Messgröße 8: Klinische Sozialarbeit ist entsprechend Bedarf im ÖSG verankert.
9. Prüfung des Erfordernisses von Bildungsangeboten zur onkologischen Weiterqualifizierung für weitere Gesundheits- und Sozialberufe und entsprechender Einsatz in onkologisch tätigen Einrichtungen
Messgröße 9a: Anzahl der Gesundheits- und Sozialberufe, für die onkologische

Weiterqualifizierungsmöglichkeiten bestehen

Messgröße 9b: Anzahl der Personen in Gesundheits- und Sozialberufen, die eine onkologische Weiterqualifizierung absolviert haben

10. Entwicklung von (interprofessionellen) Qualifikationsprofilen zur Sicherstellung der Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams

Messgröße 10: Ein Qualifikationsprofil für alle relevanten Gesundheits- bzw. Sozialberufe liegt vor.

3.5 Dokumentation, Daten, Digitalisierung und eHealth

Datenbasierte Qualitätssicherung und digitale Technologien können im Bereich der Onkologie bei Diagnose, Behandlung, Monitoring und Nachsorge unterstützen und zudem die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten und Überlebenden erhöhen [94].

Hierbei kann eine Vielzahl an Technologien zum Einsatz kommen:

- **Telemedizinische Lösungen** erleichtern z. B. die Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und Gesundheitspersonal, insbesondere für Patientinnen und Patienten in abgelegenen Gebieten, reduzieren die Notwendigkeit für persönliche Kontakte mit Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern (GDA) und ermöglichen den Zugang zu spezialisierten Gesundheitsberufen ohne lange Reisewege. Zudem kann dadurch die Vernetzung multidisziplinärer Behandlungsteams unterstützt werden [95]. Patientenbedürfnisse müssen ausreichend berücksichtigt und Barrieren adressiert werden, um einen chancengerechten Zugang zu Telemedizin zu ermöglichen [96].
- Im Rahmen von **Telemonitoring** können wichtige Gesundheitsdaten (z. B. Blutdruck, Gewicht, Bewegungsaktivität) zu Hause überwacht und automatisch an GDA übermittelt werden. Dies verbessert die Früherkennung von Komplikationen und reduziert Krankenhausbesuche. Zudem können pflegende Angehörige entlastet werden, da über Telemonitoring der Gesundheitszustand bei Bedarf verfolgt werden kann [97].
- **Künstliche Intelligenz (KI)** könnte es ermöglichen, große Mengen an Patientendaten, einschließlich Bildgebungen und genetischer Informationen, schneller und genauer zu analysieren, um z. B. personalisierte Behandlungspläne zu entwickeln [98]. Der Einsatz von KI in der klinischen Praxis setzt eine kritische Bewertung ihrer Leistungsfähigkeit voraus, einschließlich der Berücksichtigung aktueller Limitationen und möglicher Entwicklungen [99].
- Durch **digitale Plattformen** können Patientinnen und Patienten sowie (pflegende) An- und Zugehörige Zugang zu Information erhalten und sich zu ihrer Erkrankung und Erkrankungserfahrungen austauschen.
- **Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)** können in der Onkologie in vielfältiger Weise Anwendung finden, z. B. als Unterstützung bei der Bewältigung von Angstzuständen, Stress und Depressionen, die oft mit der Krebsdiagnose und -behandlung als auch mit der onkologischen Rehabilitation einhergehen können.

Neben den verschiedenen digitalen Technologien ist eine durchgängige und qualitativ hochwertige **Dokumentation** bei den unterschiedlichen GDA, insbesondere in onkologisch tätigen Krankenanstalten, zentral, um die Patientenwege darstellen zu können und die gesamte Versorgung in der Onkologie von der Früherkennung über Diagnostik, Behandlung und Nachsorge bis hin zur onkologischen Rehabilitation bzw. Palliativversorgung zu verbessern. Hierzu sind die Umsetzung von Standards und interoperablen Systeme bei allen Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern sowie der Zugriff aller GDA auf zentral gesammelte, übersichtliche Patienteninformationen (ELGA Patient Summary) erforderlich. Neue digitale Lösungen dürfen die Dokumentationslast jedoch nicht erhöhen, sondern sollen diese nachweislich senken [100].

Strukturierte und hochqualitative Daten stellen zusätzlich auch für die Weiterentwicklung der Krebsforschung eine essenzielle Grundlage dar. Über den European Health Data Space (EHDS) entsteht eine internationale Vernetzung von Daten für primäre und sekundäre Verwendung (siehe MAG Cancer Aktionsplan), die auch für die Krebsforschung neue Möglichkeiten eröffnet. Wichtig sind im Hinblick auf das Datenmanagement und die Dokumentation im Bereich der onkologischen Forschung unter anderem folgende Themen:

- Ausbau und nachhaltige Gestaltung digitaler qualitätsgesicherter Krebsregister unter Einhaltung einheitlicher internationaler Standards zur Registerführung
- Grenzüberschreitende Datennutzung im Sinne des EHDS
- Nutzung strukturierter Daten für Forschungsdatenplattformen

Um den Nutzen digitaler Technologien voll auszuschöpfen, ist eine systematische Einbindung von Patientinnen und Patienten, Patientenorganisationen und Vertretungen von relevanten Gesundheitsberufen in die Entwicklung, Implementierung und Evaluation dieser Technologien erforderlich.

Ziel 9

Ausbau von datenbasierter Qualitätssicherung und Steuerung (Maßnahmenplanung) der Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten mittels etablierter Steuerungsinstrumente (z. B. ÖSG)

Maßnahmen

1. Entwicklung von Qualitätskriterien und entsprechenden Indikatoren zur regionalen Messung einer qualitätsgesicherten leitlinienkonformen onkologischen Versorgung

(„A-IQI-ONK“) auf verschiedenen Ebenen (Leistungserbringer:innen, Länder, Bund)
Messgröße 1: Qualitätskriterien und Indikatoren (inkl. Messung der chancengerechten Zugänglichkeit und Therapie am Lebensende) wurden entwickelt.

2. Bundesweite Durchführung der Qualitätsmessung („A-IQI-ONK“)

Messgröße 2: Qualitätsmessung wurde ausgerollt.

3. Entwicklung und Etablierung von individualisierten Qualitätsbesprechungen mit den Krankenanstalten auf Basis der Qualitätsmessung im Sinne eines Benchmarkings („Mirror Sessions“), bspw. im Rahmen eines „A-IQI-ONK“

Messgröße 3: Individualisierte Qualitätsbesprechungen wurden etabliert.

4. Anpassung des Krebsstatistikgesetzes: Ergänzung des Österreichischen Nationalen Krebsregisters der Statistik Austria um Datenbestände aus verschiedenen Quellen im Sinne eines integrativen klinischen Krebsregisters für Österreich als Basis für ein automatisiertes Berichtswesen (Qualitätsberichterstattung)

Messgröße 4: Automatisches Berichtswesen für die erarbeiteten Indikatoren ist etabliert.

5. Förderung der Umsetzung (regionaler) qualitätsgesicherter klinischer Krebsregister mit Minimal Data Set auf Basis strukturierter onkologischer Dokumentation unter Einsatz medizinischer Dokumentationsassistentinnen und -assistenten (Verweis auf Ziel 8, Maßnahme 1) und Einbringung dieser Daten in europäische Netzwerke⁷

Messgröße 5a: Alle Versorgungsebenen der abgestuften onkologischen Versorgung dokumentieren die onkologische Versorgung auf Basis strukturierter Dokumentation mittels qualitätsgesicherter klinischer Krebsregister mit Minimal Data Set.

Messgröße 5b: Daten und Analysetools stehen entsprechend einem Datenhaltungskonzept allen Ebenen der Versorgung (Spital, Spitalträger, Region, Bund) zur Verfügung.

Messgröße 5c: Registerdaten werden ausgewertet und in Netzwerke eingebracht.

6. Bereitstellung geeigneter technischer Infrastrukturen und personeller Ressourcen (z. B. medizinische Dokumentationsassistenz) durch Spitalträger – mit Synergien auf Bundeslandebene und einer österreichweit harmonisierten Meldung an die noch zu definierenden zuständigen Stellen (u. a. Österreichisches Nationales Krebsregister der Statistik Austria)

Messgröße 6a: Allen onkologischen Abteilungen steht eine geeignete technische Infrastruktur mit der Gewährleistung der Interoperabilität (z. B. für EHDS) zur Verfügung.

Messgröße 6b: Es stehen ausreichend personelle Ressourcen für die Durchführung der Dokumentation und Meldungen zur Verfügung.

Messgröße 6c: Es gibt eine österreichweit harmonisierte Meldung klinischer Krebsregisterdaten.

⁷ Die Etablierung relevanter Register wird auch in der eHealth-Strategie 2024 (Strategisches Ziel S5) gefordert.

Ziel 10

Förderung einer digital unterstützten, integrierten onkologischen Versorgung zur Verbesserung der Patientenorientierung, Effizienz und Qualität

Maßnahmen

1. Entwicklung und Implementierung digital unterstützter Patientenwege (inkl. Telemedizin) für Krebspatientinnen und -patienten zur nahtlosen Koordination von Behandlungsprozessen über verschiedene Versorgungsebenen in Zusammenarbeit mit „Lotsinnen und Lotsen“ bzw. ggf. Cancer Nurses inklusive stärkerer Einbindung der Primärversorgung (siehe auch Ziel 7)
Messgröße 1a: Digital unterstützte Patientenwege zur Koordination von Behandlungsprozessen über verschiedene Versorgungsebenen wurden entwickelt und implementiert.
Messgröße 1b: Die Primärversorgung ist in die Entwicklung involviert.
2. Erhebung und Nutzung von digital erhobenen PREMs und PROMs (ePREMs und ePROMS) mit Datenspenden für Wissenschaft und Forschung⁸
Messgröße 2a: ePREMs und ePROMs werden erhoben und in der Versorgung berücksichtigt.
Messgröße 2b: Anzahl der onkologischen Abteilungen, die ePREMs und ePROMS erheben
3. Ausbau von ELGA speziell hinsichtlich der standardisierten Implementierung eines Patient Summary mit Medikamentenliste⁹, Dokumentation der Langzeitnachsorge (Survivorship Care Plans, Survivorship Passports), Vorsorgedokumenten (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Erwachsenenvertretung, ...) ¹⁰, Beschlüssen des Tumorboards sowie Advance-Care-Planning-Instrumenten (z. B. VSD Vorsorgedialog® und weitere Vorsorge- und Informationsgespräche gemäß HosPaIFG) inkl. sektoren- und berufsgruppenübergreifendem Zugriff sowie Nutzung der Daten des Patient Summary für die österreichweit harmonisierte Meldung klinischer Krebsregisterdaten
Messgröße 3a: Ein standardisiertes Patient Summary mit Medikamentenliste wurde in ELGA implementiert.
Messgröße 3b: Langzeitnachsorge wird in ELGA dokumentiert.
Messgröße 3c: Standardisierte Vorsorgedokumente sind in ELGA implementiert.
Messgröße 3d: Beschlüsse des Tumorboards werden in ELGA dokumentiert.
Messgröße 3e: Advance-Care-Planning-Instrumente werden in ELGA dokumentiert.
Messgröße 3f: Der Zugriff auf ELGA ist sektoren- und berufsübergreifend sichergestellt.

⁸ Eine organisatorische und technische Umsetzung der festgelegten Architektur inklusive Abstimmung mit Modellen der Datenspende ist in der eHealth-Strategie 2024 in Maßnahme 6.6 festgelegt.

⁹ siehe dazu auch Forderung M1.8 Umsetzung der im EHDS vorgesehenen Use Cases auf Basis der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur in der eHealth-Strategie 2024

¹⁰ wie unter M1.6 Einführung einer elektronischen Patientenverfügung unter Nutzung der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur mit niederschwelligem Zugang für Patientinnen und Patienten in der eHealth-Strategie 2024 gefordert

4. Ausbau der telematischen Infrastruktur und Erweiterung qualitätsgesicherter telemedizinischer Diagnose-, Behandlungs- und Nachsorgeangebote in der Onkologie und Palliativmedizin¹¹

Messgröße 4: Anzahl der Krankenanstalten, die eine telemedizinische Infrastruktur eingerichtet haben

Messgröße 4b: Patientenzufriedenheit und klinische Outcomes telemedizinischer vs. präsenter Versorgung werden vergleichend evaluiert.

Messgröße 4c: Schulungsrate des Gesundheitspersonals für telemedizinische Anwendungen

5. Fortlaufende Analyse und Forcierung des Einsatzes von evidenzbasierten digitalen Lösungen im onkologischen Bereich wie z. B. DiGA, KI inkl. Sicherstellung der Nutzbarkeit für alle Patientengruppen und GDA¹²

Messgröße 5: Evidenzbasierte digitale Lösungen (DiGA etc.) können von allen Patientengruppen und relevanten GDA genutzt werden.

¹¹ Eine Weiterentwicklung der Gesundheitstelematik-Infrastruktur findet sich im Strategischen Ziel 3 der eHealth-Strategie 2024 wieder.

¹² Die Schaffung eines einheitlichen Prozesses für die Bewertung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGAs) sowie digitaler Pflegeanwendungen sowie die Analyse / das Monitoring der Rolle von generativer künstlicher Intelligenz (KI) im Gesundheits- und Pflegesektor sind auch als Maßnahmen M1.7 bzw. M8.1 in der eHealth-Strategie 2024 festgelegt.

3.6 Forschung und Innovation

Ein wichtiger Baustein zur Bekämpfung von Krebs ist die Forschung in allen Bereichen entlang des gesamten „Cancer Continuum“.

Die Krebsforschung – von der Grundlagen- über die translationale bis hin zur klinischen und Implementierungsforschung – ist einer der zentralsten Faktoren für die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgung. Die durch Krebsforschung angestrebten Verbesserungen in Heilungsraten, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Überlebenszeit können nicht nur den Betroffenen zugutekommen, sondern auch potenziell volkswirtschaftlichen Nutzen bringen, etwa durch Kostensenkungen im Gesundheitswesen und gesellschaftlichen Mehrwert [101-103]. Zur Überwindung der translationalen Lücken sind enge Kooperationen zwischen Grundlagenforscherinnen und -forschern und Klinikerinnen und Klinikern sowie strukturierte Karrierewege für translationale Forscher:innen notwendig.

Klinische Forschung ermöglicht einen frühen Zugang zu innovativen Therapien für Patientinnen und Patienten [104]. Sie ist außerdem wichtig für Karriere und Ausbildung, wird allerdings durch Barrieren für das Gesundheitspersonal (z. B. mangelnde dedizierte Forschungszeit, administrative Hürden) erschwert. Ethische Aspekte müssen für das Patientenwohl berücksichtigt werden. Eine systematische Einbindung von Patientinnen und Patienten sowie Patientenorganisationen über alle Phasen der Forschung ist erforderlich. Innovative Ansätze in Diagnostik und Krebstherapie wie personalisierte Medizin, Immuntherapien, zielgerichtete Therapien inkl. zellulärer Therapien haben das Potenzial, die Behandlungsergebnisse für Krebspatientinnen und -patienten erheblich zu verbessern, und bieten neben dem erfolgreichen Einsatz in der Regelbehandlung auch neue Perspektiven für Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen, bei denen etablierte Therapien oft nicht mehr wirksam sind [105, 106].

Eine Optimierung der Forschungsinfrastruktur und Stärkung des Krebsforschungsstandorts Österreich sowie die Nutzung nationaler und EU-Fördermittel können dazu beitragen, innovative Therapien zu entwickeln und Patientinnen und Patienten in Österreich frühzeitig und chancengerecht zugänglich zu machen.

Ein wichtiger Referenzpunkt ist die Strategie für Forschung, Technologie und Innovation der Bundesregierung (FTI-Strategie), die gezielt auf eine bessere Integration von

Forschung und Praxis abzielt [107, 108]. Ebenso unterstützen der MAG Cancer Aktionsplan sowie EU-geförderte Projekte, die zur Umsetzung von Europas Plan gegen den Krebs und der EU-Mission Cancer beitragen (z. B. ECHoS – Establishing Cancer Mission Hubs), die Kooperation zwischen Wissenschaft, Versorgung und Politik. Die Stärkung der unabhängigen Forschung ist auch im MAG Cancer Aktionsplan Wirkungspfad 5 verankert.

Epidemiologische Forschung soll unter Berücksichtigung sozialer Determinanten auf die Identifizierung, das Monitoring und die Reduktion von Krebserkrankungen sowie jener Risikofaktoren fokussieren, die zu vermeidbaren Krebserkrankungen führen. In der **Versorgungsforschung** sollen inter- und transdisziplinäre Ansätze und eine stärkere internationale Verortung umgesetzt werden [109]. Einen wichtigen Beitrag leisten dabei partizipative Forschungsansätze sowie die Erforschung und Evaluation niederschwelliger Angebote, um deren Akzeptanz und Effektivität sicherzustellen (siehe Ziele in den übergreifenden Themen *Chancengerechtigkeit* und *Bevölkerungs- und Stakeholderbeteiligung*).

Ziel 11

Stärkung der innovativen Krebsforschung

Maßnahmen

1. Durchführung epidemiologischer und Versorgungsforschung mit Real-World Data zur Verbesserung der Krebsprävention, Früherkennung und Versorgung unter besonderer Berücksichtigung sozialer Determinanten und niederschwelliger Angebote.
Messgröße 1a: Anzahl der jährlich veröffentlichten Berichte mit epidemiologischen und versorgungsbezogenen Analysen
Messgröße 1b: Anzahl der identifizierten Versorgungslücken oder Risikogruppen, zu denen Folgeprojekte initiiert wurden
2. Förderung von unabhängigen Forschungsinitiativen zu Prävention, innovativer Diagnostik und Therapie, insbesondere in den Bereichen personalisierte Medizin, schwer therapierbare und seltene Krebserkrankungen (u. a. durch zentrale Ansprechstellen für klinische Forschung, Aufbau einer Kooperationsstruktur zwischen Gesundheits- und Forschungsressort, gezielte öffentliche Förderung für Investigator-initiierte Studien, Infrastrukturunterstützung (Clinical Trial Units), vereinfachte regulatorische Verfahren für akademische Studien)
Messgröße 2a: Anzahl neu initiierten, öffentlich geförderter Studien pro Jahr, die sich auf seltene und schwer therapierbare Krebserkrankungen fokussieren, inklusive Studien zu Prävention, zur innovativen Diagnostik oder Behandlungsansätzen
Messgröße 2b: Kooperationsstruktur ist etabliert.
3. Reduktion von Barrieren für die Studienteilnahme, Erleichterung des grenzüberschreitenden Zugangs, Vereinfachung der Rekrutierungsprozesse und

Bereitstellung von Unterstützungsmaßnahmen für unterrepräsentierte Gruppen in der Krebsforschung

Messgröße 3a: Anteil der Patientinnen und Patienten nach Altersgruppe, die an Studien teilnehmen

Messgröße 3b: Anteil der Patientinnen und Patienten aus schwer zu erreichenden Zielgruppen in Studien

4. Förderung interdisziplinärer sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Forschung mit Anwendung auch qualitativer oder Mixed-Methods-Methoden

Messgröße 4: Es werden mehr qualitative oder Mixed-Methods-Studien durchgeführt.

5. Beteiligung an internationalen FTI-Förderungsprojekten über das Cancer Continuum (z. B. EU-Mission Cancer) sowie Nutzung von EU4Health als auch Horizon-Europe-Programmen zur Stärkung von Health in and for all Policies

Messgröße 5a: Anzahl der Teilnahmen an internationalen FTI-Förderungsprojekten

Messgröße 5b: National Cancer Mission Hub wurde implementiert und stärkt unterstützend zur MAG Cancer die Vernetzung und den Wissenstransfer zwischen Forschung und anderen Sektoren im Rahmen der EU-Mission Cancer.

6. Förderung klinischer Forschung durch Implementierung von Studienkoordinatorinnen und -koordinatoren („Study Nurses“), Förderung des ärztlichen Forschungsnachwuchses durch dedizierte Forschungszeit, Clinician-Scientist-Programme mit strukturierter Karriereplanung, Überbrückungsfinanzierung zwischen Grants und Mentorship-Programmen

Messgröße 6: Anzahl der umgesetzten Maßnahmen

7. Formalisierung einrichtungsübergreifender Zusammenarbeit z. B. für Tumorboards und klinische Studien

Messgröße 7: Anzahl der abgeschlossenen Kooperationsvereinbarungen

8. Evaluierung der Onlineplattform Klinische Studien in der Onkologie im öffentlichen Gesundheitsportal

Messgröße 8a: Die Onlineplattform Klinische Studien wurde evaluiert.

Messgröße 8b: Nutzerzahlen der Onlineplattform steigen.

9. Ausbau und Vernetzung onkologischer Biobanken in Österreich mit standardisierten Methoden für Probensammlung, -lagerung und -annotation inkl. Etablierung einer Governance-Struktur mit Ethikkommission, Zugangspolitik und Qualitätsmanagement nach internationalen Standards.

Messgröße 9: Anzahl der Biobanken laut Maßnahme

4 Handlungsfelder

4.1 Gesundheitsförderung und Primärprävention

Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen dazu befähigt, mehr Kontrolle über die Determinanten ihrer Gesundheit zu erlangen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Sie umfasst Maßnahmen zur Etablierung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse, die Stärkung individueller und kollektiver Ressourcen sowie die Förderung von Chancengerechtigkeit und Partizipation. Dabei wird eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik (Health in all Policies) angestrebt, die alle Politik- und Gesellschaftsbereiche miteinbezieht [110].

Primärprävention [111, 112] setzt vor dem Eintreten von Erkrankungen oder Gesundheitsproblemen an. Sie zielt darauf ab, Risikofaktoren zu minimieren und Schutzfaktoren zu stärken, um das Entstehen von Krankheiten zu verhindern bzw. zu verzögern. Basierend auf einem biopsychosozialen Gesundheitsbegriff nutzt sie sowohl verhältnisorientierte (z. B. Verbesserung der Lebensbedingungen) als auch verhaltensorientierte Ansätze (z. B. Förderung eines gesunden Lebensstils), um die Gesundheit von Individuen und sozialen Gruppen systematisch und nachhaltig zu fördern und durch entsprechende Regelungen und Maßnahmen zu schützen – insbesondere auch, weil benachteiligte Gruppen überproportional unter ungünstigen Verhältnissen leiden (siehe Kapitel Chancengerechtigkeit). Beispielsweise sind Menschen mit niedrigerem Bildungsstatus wesentlich häufiger von Übergewicht, Nikotinabhängigkeit und problematischem Alkoholkonsum betroffen [113-115].

Die gezielte Beeinflussung gesundheitlicher Determinanten trägt wesentlich dazu bei, das Gesundheitspotenzial einer Bevölkerung nachhaltig zu stärken. Gesundheitsförderung und Primärprävention müssen daher nicht nur individuell, sondern auch strukturelle, politische und lebensweltbezogene Aspekte berücksichtigen und adressieren [116].

Neben sozialen und strukturellen Einflussfaktoren rücken zunehmend auch kommerzielle Determinanten von Gesundheit (Commercial Determinants of Health) in den Fokus: Produkte und Praktiken kommerzieller Akteure – insbesondere aus der Industrie für Tabak- und verwandte Erzeugnisse, Alkohol und Lebensmittel – sind jährlich für etwa 2,7 Millionen Todesfälle in Europa verantwortlich, darunter ein großer Anteil an

Krebserkrankungen [117]. Über Marketingstrategien, Preissetzung, Produktinnovationen und politische Einflussnahme gestalten diese Akteure das Konsumverhalten und die politischen Rahmenbedingungen entscheidend mit, was eine wirksame Prävention erschwert.

Zu den wichtigsten Risikofaktoren für Krebserkrankungen zählen der Konsum von Tabak- und verwandten Erzeugnissen, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung – etwa der zunehmende Konsum stark verarbeiteter Lebensmittel (Ultra-Processed Foods, UPFs [118]) und Lebensmittel und Getränke mit hohem Fett-, Zucker- und Salzgehalt (High Fat, Salt and Sugar, HFSS), Bewegungsmangel, berufs- oder umweltbedingte Expositionen gegenüber krebserzeugenden Stoffen (z. B. UV-Strahlung) sowie bestimmte Infektionen. Impfstoffe gegen HPV und Hepatitis B haben sich als wirksame Präventionsmaßnahme gegen virusassoziierte Krebserkrankungen wie Zervix-, Oral-, Penis- und Leberkarzinome erwiesen [119, 120]. Durch die HPV-Impfung lassen sich Schätzungen zufolge in Österreich pro Jahr bis zu 180 Todesfälle aufgrund Gebärmutterhalskrebs verhindern [121]. Auch mehrkomponentige Maßnahmen zur Prävention UV-assoziiierter Krebserkrankungen – wie Melanome oder andere bösartige Neubildungen der Haut – haben sich als effektiv und kosteneffizient erwiesen [122, 123]. Im Jahr 2023 verstarben in Österreich 410 Personen an diesen Krebserkrankungen (ICD-10-Code C43 und C44) [12].

Der mit Abstand größte Risikofaktor für Krebserkrankungen in der Bevölkerung bleibt jedoch das Rauchen [124, 125]. Bronchialkarzinome stehen in Österreich bei Männern und Frauen an erster Stelle der Ursachen für Krebssterbefälle mit 4.136 Personen im Jahr 2023 (ICD-10-Code C33 und C34) [12]. Obwohl weitreichend bekannt ist, dass Rauchen der größte Risikofaktor für die Entwicklung von Lungenkrebs ist, raucht in Österreich jede fünfte Person nahezu täglich [113]. Neben klassischen Tabakerzeugnissen stellen auch elektronische Nikotinabgabesysteme (Electronic Nicotine Delivery Systems, ENDS) und elektronische nikotinfreie Abgabesysteme (Electronic Non-Nicotine Delivery Systems, ENNDS) ein wachsendes gesundheitliches Risiko dar. Sie können insbesondere bei Jugendlichen als Einstieg in eine langfristige Nikotinabhängigkeit wirken, weshalb die WHO in ihren aktuellen Empfehlungen zur strengen Regulierung dieser Produkte rät [126].

Um die komplexen Ursachen zu bewältigen, braucht es gezielte, alters- und themenspezifische Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme sowie -strategien. Auf EU-Ebene setzt die Joint Action PreventNCD (2023–2026) [127] wichtige Impulse, um evidenzbasierte Maßnahmen zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – einschließlich Krebs – national wirksam umzusetzen. Die darin erarbeiteten Leitlinien und

Empfehlungen sollten auch in Österreich verstärkt berücksichtigt werden, um bestehende Strategien der Gesundheitsförderung und Primärprävention weiterzuentwickeln und zu ergänzen. Dazu zählen unter anderem die österreichischen Gesundheitsziele, die Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit, das Rahmenarbeitsprogramm der Agenda Gesundheitsförderung, die Roadmap Zukunft Gesundheitsförderung, die Vorsorgemittelstrategie, die Suchtpräventionsstrategie, die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie („Gesunder Start ins Leben“, „Gesunde Entwicklung“), nationale Aktionspläne für Ernährung und Bewegung sowie das kostenfreie HPV-Impfprogramm. Letzteres wurde für 2024 und 2025 auf Personen im Alter von 21 bis 30 Jahren ausgeweitet, um Impflücken zu schließen.

Auch im höheren Lebensalter tragen gezielte Programme (z. B. Vorsorgemittel-Projekte, Schwerpunkt im Rahmen der Agenda Gesundheitsförderung, Auf gesunde Nachbarschaft!, Dialog gesund & aktiv altern) dazu bei, die körperliche und kognitive Fitness sowie die Lebensqualität und Autonomie zu erhalten [128]. Selbst ein später Rauchausstieg [129] zeigt positive Effekte, indem er das Risiko für bestimmte Erkrankungen wie Lungenkrebs senkt [130] sowie die Lebenserwartung erhöht [131].

Die Umsetzung dieser Strategien erfolgt vorrangig in den Lebenswelten bzw. Settings, in denen sich Menschen in ihrem Alltag aufhalten und die Einfluss auf ihre Gesundheit haben – wie etwa in Kindergärten, Schulen¹³, Betrieben¹⁴, Gemeinden, Stadtteilen und Dörfern. Diese Settings bieten Chancen für niederschwellige und breitenwirksame Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote.

Das Gesundheitssystem selbst ist ein wesentliches Setting der Gesundheitsförderung – die Ottawa-Charta forderte 1986 eine Reorientierung der Gesundheitsdienste – weg von rein kurativen Ansätzen hin zur Gesundheitsförderung [110]. Diese Neuausrichtung ist im österreichischen Gesundheitssystem strukturell verankert: Gesundheitsförderung und Primärprävention sind im ÖSG ausdrücklich als Basisaufgaben aller Gesundheits- und Sozialberufe in der Primärversorgung definiert.

Das niedergelassene Gesundheitspersonal ist wichtig für die Primärprävention. Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde und Frauenheilkunde und Geburtshilfe erreichen durch ihre kontinuierliche Betreuung einen Großteil der Bevölkerung. Voraussetzungen

¹³ <https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/schulpraxis/prinz/gesundheitsfoerderung.html>

¹⁴ https://fgoe.org/Arbeitsplatz_Betrieb

für eine systematische Einbindung sind Fortbildungen zu evidenzbasierter Prävention und motivierender Gesprächsführung.

Innovative Ansätze wie die Anstellung von Community Nurses in Gemeinden stärken die präventive Gesundheitsversorgung vor Ort [132]. Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal kann frühzeitig gesundheitliche Risiken erkennen, Gesundheitsförderung betreiben und als niederschwellige Anlaufstelle dienen – etwa zu Themen wie rauchfrei und alkoholfrei bleiben bzw. Rauch- und Alkoholentwöhnung, Ernährung oder Förderung der Bewegung. Schulungen und die Integration präventiver Ansätze in die tägliche Praxis erhöhen die Wirksamkeit dieser Maßnahmen. Mittels Social Prescribing können Einrichtungen der Primärversorgung strukturiert auf Angebote außerhalb des medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Spektrums verweisen (wie Bewegungsgruppen, Ernährungsberatung, Selbsthilfegruppen oder Nachbarschaftsinitiativen), um Wohlbefinden sowie soziale Teilhabe zu fördern [133]. Auch das regelmäßige, nicht urteilende Ansprechen gesundheitsrelevanten Verhaltens durch Gesundheitspersonal zeigt nachweislich positive Effekte – etwa bei der Motivation zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen oder der Beibehaltung eines rauch- und alkoholfreien Lebensstils [134, 135]. Präventionsberatung soll evidenzbasiert erfolgen, beispielsweise nach dem 5A-Modell (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange). Für eine erfolgreiche Umsetzung sind eine umfassende Schulung des Gesundheitspersonals, eine angemessene Vergütung der Beratungszeit sowie die Integration in elektronische Dokumentationssysteme erforderlich.

Im stationären Setting stellt das Konzept der gesundheitsfördernden Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen seit den 1990er-Jahren ein zentrales Instrument der Gesundheitsförderung dar. Es wird im Rahmen des Netzwerks der Gesundheitsfördernden Krankenhäuser [136] unter der Koordination der Gesundheit Österreich GmbH umgesetzt.

Die Wirksamkeit individueller Präventionsansätze wird durch strukturelle Maßnahmen erheblich verstärkt [137]. Es gibt eine stetig wachsende Evidenz für die Wirksamkeit und Kosteneffektivität vieler präventiver Interventionen. Beispielsweise sind Rauchverbote oder die Einhebung von Tabaksteuern nachweislich wirksamer zur Reduktion des Tabakkonsums als rein edukative Ansätze, die auf die individuelle Motivation abzielen [138-140]. Ähnliche Effekte durch strukturelle Maßnahmen zeigen sich zum Teil auch im Ernährungsbereich [141]. Besonders bei der Alkoholprävention könnten von der WHO empfohlene Maßnahmen wie höhere Alkoholsteuern, Beschränkungen der Verfügbarkeit von Alkohol sowie Werbeverbote einen großen Teil der alkoholbedingten

Krebsneuerkrankungen verhindern (etwa 4–5 % aller Krebsneuerkrankungen in Deutschland) [125, 142]. Darüber hinaus sind aber auch Aufklärung, Therapieangebote, Frühintervention und individuelle Hilfsprogramme zur Reduzierung des problematischen Alkoholkonsums wichtig.

Um Präventionsbotschaften wirksam, zielgruppengerecht und gesellschaftlich anschlussfähig zu gestalten, sollen Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppen sowie Bürgerpanels systematisch in die Konzeption, Entwicklung, Pilotierung und Evaluation von Präventionskampagnen und Materialien zur Krebsaufklärung eingebunden werden.

Ziel 12

Vernetzung, Austausch und Kooperation mit bestehenden Strategien und Programmen zur Schaffung gesunder Lebenswelten und Lebensweisen, um Krebserkrankungen zu vermeiden

Maßnahmen

1. Schutz der Gesundheitspolitik vor kommerziellen Interessen durch:
Transparenzregister für Lobbying-Aktivitäten, strikte Interessenkonfliktregeln für Gremien, Verbot der Finanzierung von Gesundheitskampagnen durch Tabak-, Alkohol- und Lebensmittelindustrie.
Messgröße 1a: Transparenzregister für Lobbying-Aktivitäten sind umgesetzt.
Messgröße 1b: Strikte Interessenskonfliktregeln sind durchgesetzt.
Messgröße 1c: Finanzierungsverbote laut Maßnahme sind umgesetzt.
2. Eindämmung des Gebrauchs von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen gem. WHO Framework Convention on Tobacco Control durch Ausbau bestehender Präventionsprogramme in öffentlichen Einrichtungen, Regulierung der neuen Tabakerzeugnisse und verwandter Erzeugnisse, regelmäßige Tabaksteuererhöhungen, Schutz vor Passivrauch und Nichtraucherchutz, Verbot von Werbung und Sponsoring, Plain Packaging, Förderung des Rauchstopps und adäquate Entwöhnungsprogramme/-hilfen, barrierefreies Rauchertelefon etc. [143, 144]
Messgröße 1a: Senkung des Anteils der täglich Tabak und verwandte Erzeugnisse konsumierenden Personen
Messgröße 1b: Steueranteil an Zigarettenpreis erreicht mindestens 80 Prozent (WHO-Ziel)
Messgröße 1c: Anzahl der an Schulen, in Dienststellen des Bundes (z. B. bei Lehrlingen, bei Grundwehrdienern etc.) etablierten, evidenzbasierten durchgeführten Präventionsprogramme
3. Reduktion des Alkoholkonsums durch Erhöhungen der Alkoholsteuern [144], Abgabebeschränkungen [143], Werbeverbote, Einführung verpflichtender Gesundheitswarnungen, Präventionsprogramme in öffentlichen Einrichtungen, Ausbau niederschwelliger Entwöhnungsangebote, Ausbau der „Jugendgetränke“ [Gewerbeordnung § 112 (4)] etc.

Messgröße 2a: Senkung des Anteils der Personen mit regelmäßigem (problematischem) Alkoholkonsum

Messgröße 2b: Alkoholsteuern werden regelmäßig erhöht.

Messgröße 2c: Ausweitung der Jugendgetränke auf mindestens 3

4. Unterstützung eines gesundheitsfördernden Ernährungsumfelds und vielfältigen sowie gesundheitsfördernden Angebots an Lebensmitteln durch gesundheitsfördernde Gemeinschaftsverpflegung, Stärkung der Ernährungskompetenz, Subventionen für gesunde Lebensmittel [145], Festlegung von Zielwerten für Salz und Zucker in Lebensmitteln [143] [vgl. Strategieplan gesunde und nachhaltige Ernährung 2025-2030 in 146]

Messgröße 3a: Anzahl der Schulen, Betriebe und öffentlichen Einrichtungen, die gesundheitsfördernde Mahlzeiten anbieten

Messgröße 3b: Subventionen für gesunde Lebensmittel wurden eingeführt.

5. Förderung der körperlichen Aktivität durch entsprechende Hinweise in Massenmedien, durch Gemeinschaftsveranstaltungen und Partnerschaften zwischen Gebietskörperschaften und lokalen Organisationen, in Bildungseinrichtungen, an Arbeitsplätzen, durch Gesundheitsdienstleister:innen [143] und Strukturanpassungen über die Politik [147]

Messgröße 4: Anteil Personen, die die österreichischen Bewegungsempfehlungen erfüllen

6. Schutz vor UV-Strahlung durch Reklassifizierung bzw. Senkung der Mehrwertsteuer bei Sonnencremen, Prüfung des Verbots von Werbung und Anbieten von kommerziellen Solarien, Prüfung öffentlicher Sonnencremespender

Messgröße 5: Anzahl der umgesetzten Maßnahmen zur UV-Prävention im öffentlichen Raum

7. Stärkung von Gesundheitsförderung in der Krankenbehandlung durch Umsetzung der Standards des Österreichischen Netzwerks gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) und Kooperationen mit anderen Plattformen

Messgröße 6a: Anzahl der Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, die Standards des ONGKG umgesetzt haben

Messgröße 6b: Anzahl der Kooperationen

Ziel 13

Vermeiden von sowie Reduktion der Morbidität und Mortalität bei virusassoziierten Tumorarten durch Impfungen

Maßnahmen

1. Nationales Impfgremium (§ 8 Bundesministeriengesetz) aktualisiert unter Beiziehung von Expertinnen und Experten des Onkologiebeirats den Impfplan bzgl. virusassoziierter Krebserkrankungen und veröffentlicht Entscheidungsgrundlagen und Conflicts of Interest der Gremienmitglieder. In der Erstellung des Impfplans sind die Kriterien für rationale Impfpolitiken nachvollziehbar zu berücksichtigen.
Messgröße 1a: Entscheidungsgrundlagen für Impfeempfehlungen sind auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht und die Conflicts of Interest der Impfausschussmitglieder sind dort offengelegt.
Messgröße 1b: Kriterien für rationale Impfpolitiken sind überprüft und nachvollziehbar dokumentiert.
2. Implementieren einer Datenverknüpfung von Impfdokumentation und virusassoziierten Krebsfällen (Impfstatus, HPV-Infektion, CIN- und HPV-Typisierung sowie Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektion und Krebserkrankungen) zur Bewertung von Impfwirkungen und/oder unerwünschten Wirkungen
Messgröße 2a: Der Infektionsstatus wird bei virusassoziierten Krebserkrankungsfällen im Österreichischen Nationalen Krebsregister von Statistik Austria erfasst und noch zu definierende Maßzahlen werden abgeleitet.
Messgröße 2b: Verknüpfung des Krebsregisters mit dem Impfregister zur Bewertung von Impfwirkungen ist erfolgt.
3. Ausbau des elektronischen Impfpasses sowie Verpflichtung zur Dokumentation aller Impfungen
Messgröße 3: Alle Impfungen sind verpflichtend im elektronischen Impfpass zu dokumentieren.
4. Erleichterung des bundesweiten Zugangs zu kostenlosen Impfprogrammen für alle Menschen, die in Österreich leben, sowie Ausweitung des mehrsprachigen, zielgruppengerechten, barrierefreien Informationsangebots (z. B. über Schulen, andere Bildungseinrichtungen etc.) mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Communities
Messgröße 4a: HPV-Impfrate bei Mädchen erreicht 90 Prozent bis 2030 und steigt bei Buben (EU-Ziel)
Messgröße 4b: Anteil der gegen Hepatitis B Geimpften steigt.
5. Schulungen für GDA in der Primärversorgung zur proaktiven HPV-Impfeempfehlung als fixer Bestandteil der Vorsorgeuntersuchungen
Messgröße 5: Anzahl der Schulungsangebote laut Maßnahme

4.2 Screening und Früherkennung

Krebs-Screeningprogramme sind Untersuchungen, die an symptomfreien Menschen anhand wissenschaftlicher Evidenz in definierten Zielgruppen (zumeist nach Alter und/oder Geschlecht) mit festgelegten Methoden und Abständen durchgeführt werden. Screeningprogramme können opportunistisch oder organisiert erfolgen. Bei Berücksichtigung weiterer Risikofaktoren (Lebensstilfaktoren, Familienanamnese, genetische Prädisposition) spricht man von einem risikostratifizierten oder gezielten Screening (Englisch: targeted screening).

Früherkennung ist ein breiterer Begriff, der sowohl die frühe Erkennung von Krebserkrankungen im Rahmen von Screeningprogrammen (stets bei Asymptomatischen), die auch Früherkennungsprogramme genannt werden, als auch die frühe Erkennung von (Krebs-)Symptomen umfasst, um eine frühzeitige Krebsdiagnose zu ermöglichen (Englisch: early diagnosis).

Frühes Erkennen von Symptomen ist neben Screeningprogrammen entscheidend zur Reduktion der Krankheitslast. Bei Patientinnen und Patienten sollen Symptome früh erkannt werden, sodass rechtzeitig adäquate medizinische Hilfe aufgesucht wird. Wichtige Faktoren sind Gesundheitskompetenz, Sensibilisierung der Öffentlichkeit und des Gesundheitspersonals sowie effiziente Patientenwege mit rechtzeitigem barrierefreiem Zugang zu Diagnostik.

Screening und Früherkennung ermöglichen, Krebs in Vorstufen oder frühen Stadien zu erkennen, und können dadurch zu schonenderen Behandlungen, besseren Heilungschancen und gesteigerter Lebensqualität beitragen. Auch negative Folgen wie Überbehandlung müssen bedacht werden, was eine Voraussetzung für eine evidenzbasierte Implementierung ist.

Bereits im Jahr 2003 wurde seitens des Europäischen Rats aufgrund der vorliegenden Evidenz eine Empfehlung für die systematische Implementierung organisierter, populationsbezogener und qualitätsgesicherter Screeningprogramme für Brustkrebs, Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs gegeben, die kontinuierlich weiterentwickelt werden. Screeningprogramme für diese Krebserkrankungen sollen auf Grundlage von Best-Practice-Leitlinien eingeführt sowie eine laufende Qualitätssicherung und Evaluierung aller Ebenen dieser Programme umgesetzt werden [148]. Die Empfehlung des Europäischen Rats zum Screening auf Krebserkrankungen wurde im Jahr 2022 erneuert

und drei weitere Krebsarten, Lungen-, Prostata- und Magenkrebs, mit Einschränkungen aufgenommen. Darüber hinaus formuliert der europäische Plan zur Krebsbekämpfung mit Bezug auf Screening die Zielsetzung, dass bis 2025 für 90 Prozent der EU-Bürger:innen, die für Früherkennungsuntersuchungen auf Brust-, Darm- bzw. Gebärmutterhalskrebs infrage kommen, ein entsprechendes organisiertes Screeningprogramm angeboten wird [149]. EU-finanzierte Projekte wie die Joint Action EUCanScreen stellen die nachhaltige Umsetzung hochwertiger Screeningprogramme sicher [150].

Screeningprogramme sind komplexe Public-Health-Interventionen, die insbesondere in fragmentierten Gesundheitssystemen wie in Österreich schwierig zu implementieren sind. Anfang 2021 wurde das **Nationale Screening-Komitee auf Krebserkrankungen (NSK)** als Beratungsgremium für den/die Bundesminister:in für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz eingerichtet. Das NSK hat die Aufgabe, die evidenzbasierte Implementierung und Begleitung (inkl. Weiterentwicklung u. a. auf Basis von Evaluationen [151, 152] von Programmscreenings unter Berücksichtigung der Screeningkriterien nach Wilson und Junger zu unterstützen [148].

Die Europäische Kommission hält in ihrer Empfehlung fest, dass Screeningtests nur in organisierten Screeningprogrammen angeboten werden sollen. Dies setzt voraus, dass eine Qualitätssicherung auf allen Ebenen stattfindet und verlässliche Informationen über Nutzen und Risiken vorliegen sowie angemessene Kapazitäten für die Früherkennung, nachfolgende diagnostische Untersuchungen und, falls erforderlich, die Behandlung von Personen mit positivem Screeningtest verfügbar sind.

Evidenz aus Großbritannien und Norwegen zeigt, dass organisierte Zervixkarzinom-Screeningprogramme gegenüber opportunistischem Screening zu höheren Teilnahmeraten und geringerer Inzidenz invasiver Zervixkarzinome führt – selbst bei bereits verbreitetem opportunistischem Screening. Organisierte Programme erreichen die Zielbevölkerung besser – inklusive schwer erreichbarer oder benachteiligter Gruppen – und bieten Schutz vor Über-Screening (Overscreening) und unzureichender Nachsorge für Teilnehmer:innen mit positiven Testergebnissen. Durch definierte Qualitätsstandards für Screeninguntersuchungen, die Bestandteil organisierter Screeningprogramme sind, lassen sich Komplikationen und Qualitätsunterschiede reduzieren [153].

In Österreich gibt es zum Zeitpunkt der Erstellung des zweiten Nationalen Krebsrahmenprogramms nur ein bundesweit einheitlich angebotenes organisiertes Krebscreening- bzw. Früherkennungsprogramm, das

Brustkrebsfrüherkennungsprogramm (BKFP), das nach Pilotprojekten im Jahr 2014 österreichweit ausgerollt wurde. Für die Implementierung eines qualitätsgesicherten nationalen organisierten Darmkrebs-Screeningprogramms liegen eine von der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Kenntnis genommene Empfehlung des NSK [148] sowie ein bundesweiter Qualitätsstandard vor [154]. Eine Pilotierung eines Darmkrebs-Screenings in mehreren Regionen und eine Ausrollung auf Bundesebene sind in Aussicht genommen [155]. Für das Thema Gebärmutterhalskrebs-Screening ist eine Empfehlung des NSK geplant.

Patientenbeteiligung durch Selbsthilfevertretungen wird im NSK für Krebserkrankungen ansatzweise – durch die Beteiligung einer Patientenorganisationsvertretung – umgesetzt. Dies soll beibehalten und, wo möglich, bei der Implementierung von Screeningprogrammen in Richtung Bevölkerungsbeteiligung ausgebaut werden. Damit können die Perspektiven benachteiligter Gruppen stärker in die Gestaltung und Evaluierung von Screeningangeboten einbezogen werden, was zu einer Förderung von Chancengerechtigkeit beiträgt. Internationale Daten zeigen deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme von Screeningangeboten und damit verbundene Überlebensdisparitäten – insbesondere in sozioökonomisch benachteiligten Gruppen. Auch in Österreich bestehen soziale Unterschiede in der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen: Frauen mit geringerem Bildungsniveau oder niedrigerem Einkommen berichten signifikant seltener von der Inanspruchnahme von Brustkrebs- oder Gebärmutterhalskrebsvorsorge [156-160]. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Frauen mit Migrationshintergrund, die seltener Angebote zur Gebärmutterhals- oder Darmkrebsvorsorge nutzen [115].

Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Zugangshürden für vulnerable Gruppen gezielt zu identifizieren und abzubauen, beispielsweise durch kultursensible Kommunikation und niedrigschwellige Informationsangebote. In der Implementierung nationaler Screeningprogramme ist deshalb auf sozial gerechten Zugang ebenso zu achten wie auf zielgruppengerechte Ansprache.

Aus der Perspektive der Menschen, die das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen, kann im Zuge einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit des **Gesundheitspersonals** eine ganzheitliche und gut aufeinander abgestimmte Versorgung erwartet werden. Prozesse, die sich systemisch an den Bedarfen und Bedürfnissen der Leistungsempfänger:innen orientieren, können zu raschen Ergebnissen führen, aber auch

zu einer individuellen Begleitung und, wenn es erforderlich ist, eine koordinierte Überführung in die diagnostische und therapeutische Versorgung sicherstellen [161].

Ein besonderer Fokus sollte darauf liegen, definierte Altersgruppen durch organisierte Screeningprogramme gezielt zu erreichen. Die Altersgrenzen dieser Programme sind regelmäßig anhand neuer Evidenz und verfügbarer Screeningmethoden sowie bei nationaler Ausrollung auf ihr Nutzen-Schaden-Verhältnis zu prüfen und erforderlichenfalls anzupassen.

Zur Umsetzung und Evaluation organisierter Screeningprogramme müssen datenschutzkonform Informationen zur Zielgruppe, den Untersuchungen und Ergebnissen erhoben werden. Die Verknüpfung mit bestehenden **Daten**, etwa aus Krebsregistern, schafft Synergien.

Fortschritte in der **Forschung** und Technologie sowie sinkende Kosten genetischer Tests ermöglichen eine risikoadaptierte Krebsfrüherkennung bei Personen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von Krebsprädispositionssyndromen. In Österreich wird derzeit nur die prädiktive Testung bei familiärer Häufung von Brust- und Eierstockkrebs öffentlich finanziert, obwohl genetische Screeningtests bei hoher Vortestwahrscheinlichkeit als kosteneffizient gelten [162, 163]. Sie sind sinnvoll, wenn präventive Maßnahmen oder Therapien verfügbar sind, die das Erkrankungsrisiko minimieren – wie Verhaltensadaption, chirurgische Interventionen oder intensivierete Früherkennungsmaßnahmen. Darüber hinaus fördern prädiktive Gentestungen auch Forschung, die über erbliche Tumorerkrankungen hinaus relevant sein kann.

Ziel 14

Reduktion der krankheitsspezifischen Mortalität sowie Reduktion der Inzidenz entitätsspezifischer invasiver Krebserkrankungen durch die Umsetzung von organisierten Screeningprogrammen

Maßnahmen

1. Erstellung einer generischen Krebscreening-Strategie des NSK zur Unterstützung einer besseren Verankerung und Implementierung von Krebs-Screeningprogrammen, die durch das NSK empfohlen werden.
Messgröße 1: Eine generische Screeningstrategie wurde publiziert.
2. Abgabe evidenzbasierter Empfehlungen durch das NSK für oder gegen die Implementierung von organisierten Screeningprogrammen zu jenen Krebsarten, für die eine Empfehlung der EC vorliegt. Für die evidenzbasierte Empfehlung erfolgt eine

Bewertung durch das NSK gemäß festgelegten, transparenten Kriterien.

Messgröße 2: Anzahl der vom NSK abgegebenen Empfehlungen für Screeningprogramme

3. Pilotierung von durch das NSK empfohlenen Screeningprogrammen in Pilotregionen sowie Durchführung von Evaluierungen hinsichtlich Zielgruppe, Testverfahren und Zeitintervall unter Einbeziehung von Bevölkerung und Stakeholdern.

Messgröße 3: Vom NSK empfohlene Screenings sind in Pilotregionen eingeführt und werden evaluiert.

4. Qualitätsgesicherte, koordinierte Umsetzung von evidenzbasierten Screeningprogrammen (Qualitätsstandards, Qualitätsindikatoren) mit regelmäßiger Evaluation unter Beteiligung der Bevölkerung (Zielgruppe des Screenings).

Messgröße 4a: Die Pilotierungen und Evaluierungen wurden unter Einbeziehung von Bevölkerung und Stakeholdern durchgeführt.

Messgröße 4b: Die Wirksamkeit der Screeningprogramme wird mittels Datenverknüpfungen der Screeningprogramm-Register und des Österreichischen Nationalen Krebsregisters von Statistik Austria evaluiert.

5. Überprüfung und ggf. Adaption der Empfehlungen von implementierten Screeningprogrammen durch das NSK mindestens alle 5 Jahre oder bei Vorliegen von neuer Evidenz (neue Testverfahren, Altersgruppen)

Messgröße 5: Anzahl der vom NSK überprüften und adaptierten Empfehlungen von Screeningprogrammen.

6. Umsetzung der durch das NSK empfohlenen Adaptierungen in den Screeningprogrammen mit schriftlicher Begründung von allfälligen Abweichungen

Messgröße 6: Adaptierungen wurden sowohl bei Ausrollung auf nationaler Ebene als auch im laufenden Betrieb vorgenommen.

7. Beteiligung an internationalen Arbeiten zur Evidenzgenese über neue Screeningmethoden und -programme (z. B. im Rahmen von Joint Actions auf europäischer Ebene) sowie Prüfung und Einsatz von evidenzbasierter Nutzung KI-gestützter Methoden für Früherkennung und Screening

Messgröße 7: Anzahl der Beteiligungen an internationalen Projekten

8. Umsetzung von Pilotprojekten für risikostratifiziertes Screening

Messgröße 8: Anzahl der risikostratifizierten Screeningprogramme

9. Prüfung der Indikationskriterien für prädiktive Gentestungen bei Verdacht auf erbliche Krebsprädispositionssyndrome und Entwicklung von Leitlinien zur Versorgung von Menschen mit Krebsprädispositionssyndromen (ggf. Adaptierung des Gentechnikgesetzes)

Messgröße 9a: Indikationskriterien wurden überarbeitet

Messgröße 9b: Leitlinien zur Versorgung von Menschen mit Krebsprädispositionssyndromen sind entwickelt.

Ziel 15

Sicherstellen einer hohen Akzeptanz und Inanspruchnahme von Screeningprogrammen durch einen niederschwelligen und barrierefreien Zugang für alle Zielgruppen

Maßnahmen

1. Erarbeitung eines Konzepts zur Verbesserung des niederschwelligen Zugangs zu Screeningprogrammen für alle Zielgruppen, insbesondere für schwer zu erreichende Personengruppen, gemeinsam mit den Betroffenen
Messgröße 1a: Konzept zur Verbesserung des niederschwelligen Zugangs zu Screeningprogrammen wurde erarbeitet.
Messgröße 1b: Die Zielgruppenerreichung wird in den organisierten Screeningprogrammen überwacht.
2. Berücksichtigung der Zielgruppenerreichung in der Evaluation der Screeningprogramme, um Hinweise auf allfälligen Adaptionsbedarf zu identifizieren
Messgröße 2a: Monitoring der Zielgruppenerreichung wird durchgeführt (siehe oben).
Messgröße 2b: Screeningangebot erreicht 90 Prozent der Zielbevölkerung (EU-Ziel).
Messgröße 2c: Teilnahmeraten erreichen 65 Prozent bei Brust-, Darm- und Zervixkarzinom-Screening bis 2030 (EU-Ziel).
3. Anbieten von mehrsprachigen und leicht verständlichen Informationen zu Screeningprogrammen (inkl. Reminder, elektronischer Terminvereinbarung, Einbindung von 1450) unter Einbeziehung der jeweiligen Zielgruppe und kultursensible Vermittlung durch geschultes Personal bzw. Peers
Messgröße 3a: Zielgruppen wurden in der Erstellung von Informationsmaterialien einbezogen.
Messgröße 3b: Informationen sind mehrsprachig und leicht verständlich verfügbar.
4. Evidenzbasierte Aufklärung des in Screeninguntersuchungen eingebunden Gesundheitspersonals über Screeninguntersuchungen durch verpflichtende Teilnahme an Schulungen, inkl. regelmäßiger Diskussion der Feedbackberichte in Qualitätszirkeln.
Messgröße 4a: Teilnahmen an Schulungen sind verpflichtend.
Messgröße 4b: Feedbackberichte werden regelmäßig in Qualitätszirkeln diskutiert.
5. Einbindung verschiedener Berufsgruppen (v. a. Allgemeinmedizin, Sozialarbeit) als wesentliche Vermittler der Informationsweitergabe in die Organisation der Screeningprogramme
Messgröße 5: Verschiedene Berufsgruppen sind in die Organisation der Screeningprogramme eingebunden.

4.3 Hochqualitative Diagnostik, Therapie und Nachsorge

Die onkologische Versorgung in Österreich ist im internationalen Vergleich gut aufgestellt [5, 164] und umfasst laut ÖSG 2023 [165] alle Einrichtungen und personellen Ressourcen entlang der gesamten Behandlungskette – von Früherkennung über Diagnostik und Therapie bis zur Nachsorge.

Ein **abgestuftes Versorgungsmodell** sowie spezialisierte Module – etwa Brustgesundheitszentren zur Brustkrebsversorgung, Spezialzentren für neuroonkologische Erkrankungen, im Rahmen der überregionalen Versorgungsplanung (ÜRVP) Referenzzentren für Stammzelltransplantationen und für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Krebs sowie Expertisezentren für seltene Erkrankungen – sind mit spezifischen (Struktur-)Qualitätskriterien sowie Vorgaben zu Personal und Ausstattung im ÖSG festgelegt. Onkologische Zentren (ONKZ) und Schwerpunkte (ONKS) übernehmen regionale Koordinationsfunktionen, während die extramurale Versorgung auf Primärprävention, Screening und Nachsorge fokussiert.

Innovative medikamentöse Therapien werden nach Zulassung durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (Englisch: European Medicines Agency, EMA) auf Antrag rasch in die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) aufgenommen und stehen damit in der Sachleistungsversorgung zur Verfügung [166]. Tumorboards ermöglichen eine interdisziplinäre Festlegung von Diagnostik und Therapie; eine Rahmengeschäftsordnung wurde bereits vom Onkologiebeirat erstellt [167, 168]. Die im ÖSG geregelte Anbindung des Tumorboards an ONKZ oder ONKS gewährleistet eine multidisziplinäre Planung in spezialisierten Krankenanstalten. Die wohnortnahe Behandlung kann in der assoziierten onkologischen Versorgung (ONKA) erfolgen, die an ein ONKZ oder ONKS angebunden ist [165]. Ein regional angepasstes Versorgungskonzept sichert allen Krebspatientinnen und -patienten Zugang zu hochwertiger und innovativer Versorgung.

Trotz der hohen Versorgungsqualität bestehen weiterhin relevante **Herausforderungen**. Die wohnortnahe Versorgung muss durch klare Qualitätsstandards und eine stärkere Vernetzung der Versorgungseinrichtungen verbessert werden. Die im ÖSG definierten Strukturkriterien und die Rolle von ONKZ, ONKS und ONKA bilden hierfür die Grundlage. Eine zunehmende Vernetzung des niedergelassenen Bereichs mit ONKZ, ONKS und ONKA für die Nachsorge und ausgewählte Therapien sowie die Erstellung von standardisierten Nachsorge-Algorithmen (inkl. risikostratifizierter Shared-Care-Modelle) sollen eine qualitätsvolle wohnortnahe Versorgung sicherstellen. Zertifizierungsanreize, die

Etablierung von Strukturen nach internationalem Vorbild wie Comprehensive Cancer Centres (CCC) oder Comprehensive Cancer Care Networks (CCCN) und Implementierung von Qualitätssicherungsschemata (z. B. European quality assurance schemes¹⁵) sollen die Versorgung weiter stärken.

Die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit ist ein zentraler Qualitätsfaktor, doch der systematische Einsatz spezialisierter Berufsgruppen ist noch nicht flächendeckend etabliert (siehe auch Ziel 8, Maßnahme 4). So ist die Rolle der klinischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten zwar definiert, ihr Einsatz erfolgt jedoch bislang nicht systematisch in allen Krankenanstalten. Dabei leisten sie einen wichtigen Beitrag zur Beratung bei Polypharmazie, insbesondere bei multimorbiden Patientinnen und Patienten [169]. Auch die Einführung spezialisierter Pflegeausbildungen – etwa zur „Cancer Nurse“ bzw. „Advanced Cancer Nurse“ auf Master-Niveau – wird seit Jahren diskutiert; eine Standardisierung und flächendeckende Implementierung stehen jedoch noch aus [170].

Strukturierte Prozesse zur Therapiezielfindung, wie eine personenorientierte Basiserhebung inklusive geriatrischem Assessment vor dem Tumorboard sowie das Konzept des Advance Care Planning (ACP), in welchem Shared Decision Making ein zentraler Aspekt ist, sind bislang nicht flächendeckend etabliert, obwohl sie wesentlich zur Lebensqualitätsorientierung und bedarfsgerechten Therapieplanung beitragen [171-174]. Sie helfen, belastende und medizinisch nicht indizierte Maßnahmen zu vermeiden und die Lebensqualität nachhaltig zu verbessern [175]. Die Arzt-Patienten-Beziehung bildet den Kern des Shared Decision Making. Ärztinnen und Ärzte sind wichtige Ansprechpartner:innen für Patientinnen und Patienten und zentral für die Umsetzung von Beteiligungskonzepten im interprofessionellen Team [176].

Die Tumorboard-Geschäftsordnung sollte konkretisiert und bei Bedarf um weitere Berufsgruppen wie Palliativteams, Geriater:innen, klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten und Cancer Nurses ergänzt werden. Letztere sollen als strukturelevante Berufsgruppe im ÖSG verankert und in der Praxis implementiert werden.

Zur Sicherstellung einer qualitätsgesicherten und wohnortunabhängigen Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten soll die Nutzung (über-)regionaler Leitlinien zur

¹⁵ <https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/>

Behandlung verschiedener Tumorarten forciert werden. Ergänzend dazu soll die Umsetzung internationaler Empfehlungen für Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen als weitere qualitätssichernde Maßnahme vorangetrieben werden, um systematisch aus Behandlungsverläufen zu lernen und die Versorgung kontinuierlich zu verbessern.

Darüber hinaus braucht es Versorgungskonzepte bzw. müssen bestehende Konzepte (wie bspw. Sucht und Behinderung¹⁶ oder Nationaler Aktionsplan Behinderung¹⁷) umgesetzt werden, mit denen verschiedenen Personen und/oder Gruppen durch Berücksichtigung ihrer spezifischen Voraussetzungen und Bedürfnisse besser erreicht werden können. Sprachliche Hürden erschweren die Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Gesundheitspersonal und beeinträchtigen die Chancengerechtigkeit in der Krebsversorgung [177]. Besonders betroffen sind Menschen mit niedriger Lesekompetenz – deren Anteil ist in Österreich zwischen 2011/12 und 2022/23 von 17 Prozent auf 29 Prozent stark angestiegen [178]. Für diese Bevölkerungsgruppe sind schriftliche Informationen kaum zugänglich, was in einem zunehmend komplexen Gesundheitssystem ein erhebliches Problem darstellt.

Eine flächendeckende Verfügbarkeit von Dolmetschdiensten, barrierefreie Infrastruktur, verständliche Kommunikationstools und patientenzentrierte persönliche Beratung sind essenziell für chancengerechten Zugang zu Versorgungsprozessen. Sie fördern nachweislich die Inanspruchnahme tumorkausaler Therapien und anderer Behandlungsformen [179]. Um eine gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) zu ermöglichen, müssen Patientinnen und Patienten in ihrer Selbstbestimmung gestärkt werden. Darüber hinaus sollen Patientenorganisationen systematisch in die Entwicklung, Weiterentwicklung und Evaluierung von Behandlungspfaden, Leitlinien, Informationsmaterialien und Nachsorgekonzepten eingebunden werden, um praxisrelevante Bedarfe, Verständlichkeit und Barrierefreiheit sicherzustellen.

Prozesse wie die bundesweit einheitliche Bewertung von Arzneimitteln durch das Bewertungsboard sollen weiter ausgebaut werden, um einen nachhaltigen Zugang zu modernen, oft hochpreisigen Therapien sicherzustellen.

¹⁶ https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2763/1/Sucht%20und%20Behinderung_Bericht_2022_bf.pdf

¹⁷ <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Soziales/Menschen-mit-Behinderungen/Nationaler-Aktionsplan-Behinderung.html>

4.3.1 Altersabhängige Aspekte

In allen Lebensphasen ergeben sich spezifische Bedarfe und Bedürfnisse in der onkologischen Versorgung. Das Spektrum der Krebserkrankungen unterscheidet deutlich zwischen den Altersgruppen. Im Kindes- und Jugendalter dominieren Leukämien, Lymphome und Tumore des Zentralnervensystems, die gemeinsam etwa 60 Prozent aller Krebserkrankungen von Kindern und etwa 40 Prozent bei Jugendlichen ausmachen [12]. Bei jungen Erwachsenen sind Mamma-, Schilddrüsen- und Hodenkarzinome die häufigsten Krebsentitäten, während bei älteren Menschen ab 75 Jahren Prostata-, Lungen-, Mamma- und Kolonkarzinome überwiegen [12].

Eine Krebsdiagnose im **Kindes- und Jugendalter** stellt eine besondere Herausforderung dar. Die Behandlung ist intensiv, langwierig sowie komplex, was nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch deren Angehörige vor erhebliche Belastungen stellt. Trotz hoher 5-Jahres-Überlebensraten (85–90 %) [12] bleiben häufig physische und psychische Langzeitfolgen bestehen, die die Lebensqualität der Überlebenden nachhaltig beeinträchtigen können und die langjährige und wiederkehrende Behandlungs- und Therapiebedarfe nach sich ziehen können. Daraus ergibt sich eine generelle Indikation für psychosoziale Versorgung im familiären Umfeld und die Notwendigkeit der Einbeziehung der Sozialen Arbeit. Die Möglichkeit eines integrierten Schulunterrichts am Krankenbett, von Heimunterricht und Kontakt über einen speziellen Lehrkörper und begleitet von Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern mit der Stammschule, sollte garantiert sein.

Krebs im Kindes- und Jugendalter ist aufgrund der geringen Inzidenz eine seltene Erkrankung. Daher ist diese Behandlung in Österreich im Sinne der ÜRVP in pädiatrischen hämatonkologischen Zentren (KJONK) vorgesehen (vgl. ÖSG). Da die Überlebenschancen von Kindern mit Krebserkrankungen höher sind, wenn Diagnose und Behandlung durch ein Expertenteam in einem spezialisierten Zentrum erfolgen [180], soll eine Zentralisierung auch weiterhin sichergestellt werden. Die (Langzeit-)Nachsorge soll durch einen strukturierten und standardisierten Transitionsprozess gewährleistet sein. Im EU-finanzierten Projekt EU-CAYAS-NET wurde eine Leitlinie für Transition erstellt [181].

Genetische Prädispositionen spielen insbesondere bei pädiatrischen Krebserkrankungen eine zunehmende Rolle; mindestens 10 Prozent der Erkrankungen [182] in dieser Altersgruppe sind darauf zurückzuführen, weshalb gezielte genetische Untersuchungen durchgeführt werden sollen, um maßgeschneiderte Therapie (Präzisionsmedizin) und

risikoadaptierte Krebsfrüherkennung bei den Betroffenen und im familiären Umfeld zu ermöglichen (siehe auch Kapitel Screening und Früherkennung und EBCP Kapitel 5.4).

Jugendliche und junge Erwachsene (Adolescents and Young Adults [AYAs]) mit Krebs bilden eine besondere Zielgruppe an der Schnittstelle zwischen pädiatrischer und erwachsener Onkologie. Die Gruppe der AYAs (15–39 Jahre) ist häufiger von Krebserkrankungen betroffen als Kinder, jedoch seltener als ältere Erwachsene. Ihre Versorgung stellt besondere Anforderungen, da sie sich in einer Lebensphase befinden, die durch Ausbildung, Berufseinstieg, Familiengründung und die Entwicklung von Autonomie geprägt ist.

Ein zentrales Problem besteht in der mangelnden Versorgungskontinuität ab dem Erreichen der Volljährigkeit. Sowohl in der Behandlung als auch in der klinischen Forschung sind altersgerechte Konzepte oft unzureichend etabliert [183-185]. AYAs haben spezifische Bedürfnisse, etwa in Bezug auf Fertilität, Sexualität, psychosoziale Langzeitfolgen, soziale Teilhabe und berufliche Perspektiven. Eine strukturierte Transition in die Erwachsenenversorgung sowie eine langfristige Nachsorge sind entscheidend, um Komplikationen infolge der Krebsbehandlung frühzeitig zu erkennen und die soziale (Wieder-)Eingliederung zu fördern. Eine Analyse der Statistik Austria zeigte, dass auch junge Erwachsene nach einer Diagnose mit hämatologischen Neoplasien oder Gehirntumoren einen deutlichen Einschnitt in der beruflichen Situation erleben müssen [8].

Bei **Erwachsenen im mittleren Alter** stehen insbesondere familiäre sowie finanzielle und berufliche Verpflichtungen und damit Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und sozialen Teilhabe im Vordergrund. Krebserkrankungen, die wenige Jahre vor dem Pensionsantrittsalter auftreten, führen häufig zum Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und damit zu finanziellen Einbußen [7]. Die 2017 eingeführte Wiedereingliederungsteilzeit soll den sanften Wiedereinstieg in das Arbeitsleben nach zumindest sechswöchiger krankheitsbedingter Abwesenheit ermöglichen. Zurzeit besteht jedoch kein Rechtsanspruch auf Wiedereingliederungsteilzeit und sie wird nur selten in Anspruch genommen [186] (siehe Ziel 21 Maßnahmen 1 und 2).

Krebs ist eine Erkrankung, die mit zunehmendem Lebensalter häufiger auftritt [12, 187, 188]. Laut einer deutschen Studie ist das Krebsrisiko bei Frauen über 75 Jahren etwa dreimal, bei Männern nahezu fünfmal höher als in der Altersgruppe der 20- bis 74-Jährigen [189]. **Menschen im höheren Lebensalter** haben häufig weitere chronische

Erkrankungen, sind häufiger von Behinderungen betroffen [190] und es kumulieren Lebensstilrisiken. Dies bringt die Problematik der Polypharmazie sowie zusätzliche Herausforderungen wie Gebrechlichkeit, kognitive Einschränkungen oder soziale Isolation mit sich, die bei der Therapieplanung berücksichtigt werden müssen [191-193]. Dafür ist eine geriatrische Betreuung unabdingbar. Die Übernahme einer Koordinationsfunktion („Lotsinnen“ bzw. „Lotsen“) durch die behandelnde onkologische Einrichtung, unterstützt durch Case Manager, ist entscheidend (siehe Ziel 7, Maßnahme 2) und soll die multiprofessionelle Betreuung optimieren.

Insbesondere bei hochaltrigen an Krebs erkrankten Personen stellt sich die Frage, ob eine kurative Therapie inklusive aller zu erwartenden Nebenwirkungen angestrebt oder ob unter Berücksichtigung des Vorrangs der Patientenautonomie sowie der Patientenbedürfnisse und -wünsche eine palliative Behandlung bevorzugt werden sollte – mit dem Hauptziel, die Lebensqualität in der verbleibenden Lebenszeit zu wahren [194].

Ziel 16

Aufrechterhaltung der hochqualitativen Versorgung von Personen mit Krebserkrankungen unabhängig vom Wohnort

Maßnahmen

1. Identifikation und Setzen von Anreizen zur Teilnahme an (europäischen) Zertifizierungsprogrammen
Messgröße 1: Anteil der onkologischen Versorgungsstrukturen, die an einem Zertifizierungsprogramm teilnehmen
2. Stärkung von strukturierter Zusammenarbeit zwischen ONKZ/ONKS und peripheren Versorgungsstrukturen inkl. Vernetzung von Comprehensive Cancer Centres auf nationaler und EU-Ebene
Messgröße 2a: Zusammenarbeitsvereinbarungen zwischen österreichischen Onkologiestrukturen sind vorhanden.
Messgröße 2b: Die ersten Comprehensive Cancer Centres haben sich national und EU-weit vernetzt und kooperieren im Bereich Forschung und Versorgung.
3. Erstellung und Umsetzung standardisierter Nachsorge-Algorithmien (Survivorship Care Plans) inkl. Sicherstellung der formalisierten Vernetzung des niedergelassenen Bereichs mit ONKZ, ONKS bzw. ONKA für die Nachsorge und ausgewählte Therapien (nach Tumorbeschluss und mit definierten Delegationsfenstern im Therapieplan; z. B. im Rahmen von risikostratifizierten Shared-Care-Modellen)
Messgröße 3a: Standardisierte Nachsorge-Algorithmien wurden erstellt.
Messgröße 3b: Anzahl der abgeschlossenen Kooperationsvereinbarungen

4. Umsetzung internationaler Empfehlungen für Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
Messgröße 4: Internationale Empfehlungen sind umgesetzt.
5. Stärkung der Transition unter Berücksichtigung von Leitlinien (z. B. AYA)
Messgröße 5a: Prozentsatz an AYA, bei denen eine dokumentierte, leitlinienkonforme Transition in die Erwachsenenversorgung erfolgt ist, basierend auf definierten Qualitätskriterien
Messgröße 5b: Anzahl onkologischer Einrichtungen mit implementiertem Transitionskonzept gemäß Leitlinien
6. Forcierung der Zentralisierung der onkologischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
Messgröße 6: Anzahl der jährlichen onkologischen Vorstellungen je KJONK-Standort (im Rahmen des ÜRVP-Monitorings)
7. Sicherstellung einer systematischen genetischen Abklärung bei pädiatrischen Krebserkrankungen und eines Langzeit-Follow-ups für Träger:innen relevanter Mutationen
Messgröße 7: Fachsprechstunde bzw. Spezialambulanz für genetische Abklärung ist in allen KJONK etabliert.

Ziel 17

Etablierung von interdisziplinären und multiprofessionellen patientenzentrierten Betreuungskonzepten in der Onkologie

Maßnahmen

1. Erarbeitung von Inhalten für eine interdisziplinäre personenorientierte Basiserhebung in der Onkologie mit einem Comprehensive Geriatric Assessment (Therapiebedarfe, Polymedikation, Lebensstil, psychosoziale Aspekte und familiäre Prädispositionen, Unterstützungserfordernisse) für eine optimale Behandlungsplanung
Messgröße 1a: Personenorientierte Basiserhebung ist als gemeinsam erarbeitetes Screeninginstrument publiziert.
Messgröße 1b: Anzahl der Krankenanstalten, die regelmäßig eine personenorientierte Basiserhebung durchführen.
2. Forcierung der Nutzung (über-)regionaler Leitlinien zur Versorgung verschiedener Krebserkrankungen
Messgröße 2: Anzahl der (über-)regionalen Leitlinien pro Bundesland
3. Etablierung von Advance Care Planning als standardisiertem Prozess während der Behandlung
Messgröße 3: Anzahl der Krankenanstalten, die Advance Care Planning als standardisierten Prozess etabliert haben
4. Weiterentwicklung der Tumorboard-Rahmengeschäftsordnung inklusive Festlegung von Qualitätsindikatoren und allfälliger Aufnahme weiterer Berufsgruppen in Hinblick

auf unterschiedliche Entitäten

Messgröße 4a: Die Tumorboard-Rahmengesäftsordnung enthält eine konkrete Regelung für die Zusammensetzung, ggf. unter empfohlener Einbeziehung zusätzlicher Berufsgruppen (z. B. Geriatrie, Palliativmedizin, klinische Pharmazie, Cancer Nurses).

Messgröße 4b: Qualitätsindikatoren wurden festgelegt und werden systematisch gemessen.

5. Verpflichtende, strukturierte und standardisierte Tumorboard-Dokumentation inkl. Abbildung der Tumorboard-Besprechung von Patientinnen und Patienten im Leistungskatalog des BMASGPK, um Auswertungen zu ermöglichen

Messgröße 5a: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen, die in einem Tumorboard vorgestellt wurden, nach Region

Messgröße 5b: Empfehlungen des Tumorboards werden in ELGA dokumentiert (siehe auch Ziel 2 Maßnahme 3).

Messgröße 5c: Zeit von Tumorboard-Beschluss bis zur Therapieeinleitung

6. Entwicklung und Implementierung eines Versorgungskonzeptes für Menschen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf in Krankenanstalten unter Berücksichtigung von Advance Care Planning sowie einer multiprofessionellen Planung und Beratung im Behandlungspfad

Messgröße 6: Konzept für die multiprofessionelle onkologische Versorgung von Menschen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf liegt vor.

Ziel 18

Gewährleistung des chancengerechten Zugangs zu und nachhaltiger Einsatz von hochwertiger Diagnostik und Therapie

Maßnahmen

1. Abbau von Barrieren in allen onkologisch tätigen Gesundheitseinrichtungen: Sicherstellung der umfassenden und zeitnahen Verfügbarkeit von (Video-)Dolmetscherinnen und Dolmetschern, barrierefreier Zugang, Entwicklung von Kommunikationstools für Patientinnen und Patienten mit Bedarf an leicht verständlicher Sprache.
Messgröße 1a: Dolmetschservices stehen in allen onkologisch tätigen Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung.
Messgröße 1b: Onkologisch tätige Gesundheitseinrichtungen, Informationsangebote und Prozesse in den Gesundheitseinrichtungen sind barrierefrei zugänglich und nutzbar.
2. Zeitnahe Durchführung und Aufbereitung von Health Technology Assessments (HTA) von hochpreisigen und spezialisierten onkologischen Therapien im intramuralen Bereich oder an der Nahtstelle zwischen extra- und intramuralem Bereich im Bewertungsboard unter vorausschauender Berücksichtigung von Joint Clinical Assessments, die gemäß EU-HTA-Verordnung auf Unionsebene vorliegen
Messgröße 2a: Zeitdauer von Veröffentlichung eines Joint Clinical Assessments bis zur Empfehlung durch das Bewertungsboard

Messgröße 2b: Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Bewertungsboards

Messgröße 2c: Registerbasierte Erhebung von Real-World Data für die Berücksichtigung in Nutzenbewertungen bestehender Krebstherapien wird gefördert und ist etabliert.

3. Durchführung systematischer Kosten-Nutzen-Bewertungen im Rahmen von HTA von bestehenden Krebstherapien, die noch keine Kosten-Nutzen-Bewertung durchlaufen haben

Messgröße 3: Registerbasierte Erhebung von Real-World Data als ergänzende Information für die systematische Kosten-Nutzen-Bewertung im Rahmen von HTA von bestehenden Krebstherapien wird gefördert und ist etabliert.

4. Regelmäßige Prüfung der onkologischen Leistungen im Leistungskatalog des BMASGPK (für LKF) bezüglich EMA-Zulassungsstatus und entsprechende Überarbeitung

Messgröße 4: LKF-Leistungen werden regelmäßig bezüglich EMA-Zulassungsstatus geprüft und überarbeitet.

5. Identifikation von Versorgungsdefiziten durch systematischen Dialog zwischen klinisch tätigem Gesundheitspersonal, Patientenorganisationen und Entscheidungsträgerinnen und -trägern, bspw. im Rahmen eines Cancer Mission Hub
- Messgröße 5: Ein systematischer Dialog zwischen klinisch tätigem Gesundheitspersonal, Patientenorganisationen und Entscheidungsträgerinnen und -trägern wurde etabliert.

4.3.2 Onkologische Rehabilitation

Rehabilitation umfasst die Summe aller koordinierten Maßnahmen, die benötigt werden, um die bestmöglichen physischen, psychischen und sozialen Bedingungen zu schaffen, damit Patientinnen und Patienten mit chronischen oder auf ein akutes Ereignis folgenden Erkrankungen aus eigener Kraft ihren gewohnten Platz in der Gesellschaft bewahren oder wieder einnehmen können und durch verbesserte Lebensgewohnheiten das Fortschreiten der Erkrankung begrenzen oder umkehren können.

Im Laufe des Rehabilitationsprozesses können grundsätzlich vier Phasen unterschieden werden, die von der Frühmobilisation im Akutkrankenhaus (Phase I) über die Rehabilitation in (stationären oder ambulanten) Rehabilitationseinrichtungen (Phase II) bis zur langfristigen ambulanten Nachsorge reichen (Phasen III–IV) [195]. Eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und regional ausgewogene Versorgung mit Einrichtungen der stationären und ambulanten Rehabilitation stellt eine wesentliche Säule im Gesamtkonzept der onkologischen Patientenversorgung dar.

In der onkologischen Versorgung gewinnt auch das Thema der Prähabilitation zunehmend an Bedeutung. Prähabilitation bezeichnet einen frühen Einsatz von aus der Rehabilitation

bekannten Maßnahmen, die bereits vor Beginn der onkologischen Therapie eingesetzt werden, um die körperliche, psychische und funktionelle Belastbarkeit von Patientinnen und Patienten zu stärken [196].

Die Rehabilitationsansätze in der onkologischen Rehabilitation leiten sich im Wesentlichen von den diagnose- und therapiebedingten Aus- und Nebenwirkungen sowie den sozialen und beruflichen Folgewirkungen ab.

Die steigende Inzidenz bei Krebserkrankungen, kombiniert mit zunehmend verlängerten Überlebenszeiten, erhöht in den westlichen Ländern den Bedarf an onkologischer Rehabilitation [79]. Die Planungsgrundlage für den Rehabilitationsbereich in Österreich stellt der in regelmäßigen Abständen aktualisierte Rehabilitationsplan (derzeit Rehabilitationsplan 2025 [195]) dar. Die Kernelemente der Bedarfsplanung sind in der aktuellen Fassung des ÖSG 2023 [165] und der ÖSG-Verordnung 2025 (ÖSG VO 2025) übernommen worden.

Die inhaltliche Ausrichtung der onkologischen Rehabilitation war in den letzten Jahren einem Wandel unterworfen. Dominierten früher eher passive Maßnahmen den Ablauf einer Rehabilitation, so sind es nun aktive Maßnahmen, welche einen wesentlichen Bestandteil in der Rehabilitation von Krebspatientinnen und -patienten einnehmen. Durch körperliche Aktivitäten sowie die aktive Einbeziehung der Krebspatientinnen und -patienten in den gesamten Rehabilitationsprozess kann eine Reihe von positiven Effekten erreicht werden [197]. Weiters kam es aufgrund zahlreicher Veränderungen in der akutmedizinischen Behandlung und Therapie und deren Nebenwirkungen für Krebspatientinnen und -patienten zu Veränderungen in der inhaltlichen Ausrichtung der onkologischen Rehabilitation.

Die Etablierung von einheitlichen Fort- und Weiterbildungsstandards für das **Gesundheitspersonal** und Soziale Arbeit in der onkologischen Rehabilitation in Österreich stellt einen wichtigen Aspekt für eine qualitativ hochwertige Versorgung dar. Dieser Aspekt betrifft mehrere in der onkologischen Rehabilitation tätige Berufsgruppen, wie z. B. Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und klinische Psychologinnen und Psychologen, medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe, das Pflegepersonal sowie Sozialarbeiter:innen und Sozialpädagoginnen und -pädagogen.

Sowohl in der Basisausbildung als auch in spezialisierten Weiter-, Fort- und Zusatzausbildungen dieser Berufsgruppen müssen rehabilitative und psychoonkologische Aspekte vermehrt angeboten werden. Die in der Ausbildung zu vermittelnden Inhalte beziehen sich auf die organischen, psychischen, psychosomatischen, sensomotorischen, rehabilitativen und sozialen Problemstellungen, wie sie bei Krebspatientinnen und -patienten auftreten können.

Betreffend **Forschung und Innovation** für die onkologische Rehabilitation scheinen die Wirksamkeit und die Nachhaltigkeit der onkologischen Rehabilitation der Phase II bis IV inklusive digitaler Applikationen sowie das Konzept der Telerehabilitation für zukünftige Entwicklungen von Bedeutung zu sein [198, 199]. Diese Aspekte sollten daher einer genaueren Betrachtung bzw. Evaluierung unterzogen werden. Weiters stellen die laufende Evaluierung und Weiterentwicklung bereits bestehender Therapiekonzepte eine wichtige Perspektive in der onkologischen Rehabilitation dar.

Ziel 19

Sicherstellen einer bedarfsgerechten, hochqualitativen onkologischen Rehabilitation für Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Maßnahmen

1. Erarbeitung und Festlegung von Fort- und Weiterbildungsstandards auf Basis internationaler und nationaler Empfehlungen für alle in die onkologische Rehabilitation involvierten Berufsgruppen mit anschließender flächendeckender Implementierung dieser Standards
Messgröße 1a: Fort- und Weiterbildungsstandards unter Bezugnahme auf nationale und internationale Richtlinien liegen vor.
Messgröße 1b: Fort- und Weiterbildungsstandards sind flächendeckend implementiert.
2. Stufenweiser bedarfsgerechter Ausbau qualitätsgesicherter, spezialisierter, stationärer sowie ambulanter Einrichtungen für onkologische Rehabilitation
Messgröße 2a: Anzahl und Kapazitäten der stationären onkologischen Rehabilitationseinrichtungen
Messgröße 2b: Anzahl und Kapazitäten der ambulanten onkologischen Rehabilitationseinrichtungen für Erwachsene
3. Aufnahme der abgerechneten Rehabilitationsindikationsgruppe als verpflichtend zu dokumentierendes Merkmal in die gesetzlichen Grundlagen zur Dokumentation im stationären und ambulanten Rehabilitationsbereich (Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen samt Verordnung zu diesem Gesetz) zur Verbesserung von Analysen und Planungen
Messgröße 3: Aufnahme der abgerechneten Rehabilitationsindikationsgruppe als gesetzlich

verpflichtendes Dokumentationsmerkmal in der stationären und ambulanten Rehabilitation ist erfolgt.

4. Evaluation der stationären und ambulanten onkologischen Rehabilitation sowie des Konzepts der Telerehabilitation

Messgröße 4: Die stationäre und ambulante onkologische Rehabilitation sowie das Konzept der Telerehabilitation wurden evaluiert.

5. Etablierung von Pilotprojekten zur Prähabilitation vor elektiven onkologischen Therapien

Messgröße 5: Pilotprojekte zur Prähabilitation vor größeren onkologischen Therapien wurden etabliert.

4.4 Leben mit und nach Krebs

Im Verlauf schwerer Krankheiten, insbesondere chronischer oder lebensbedrohlicher Erkrankungen, stehen Patientinnen und Patienten vor erheblichen physischen, psychischen und sozialen Herausforderungen. In den letzten Jahren ist in Österreich neben einer sinkenden Mortalitätsrate eine fortlaufende Zunahme des relativen 5-Jahres-Überlebens bei Tumorerkrankungen und damit auch der Krebsprävalenz zu verzeichnen [12]. Das Überleben mit und nach der Krebserkrankung (Survivorship) gewinnt somit in der Bevölkerung an Relevanz.

Der Begriff **Survivorship** umfasst die Lebensphase nach Abschluss der Primärbehandlung, in der Betroffene mit den physischen, psychischen und sozialen Folgen der Erkrankung und Therapie leben [200]. Für eine Vielzahl an Betroffenen kann die Erkrankung einen chronischen Charakter annehmen, welcher oftmals durch eine Reihe weitreichender krankheits- und therapiebedingter Langzeitfolgen und einer mittel- bis langfristigen Einschränkung der gesundheitsbezogenen und nicht gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbunden ist [201-203].

Der Erhalt und die Förderung der Lebensqualität sind zentrale Ziele der **Palliativversorgung**. Der Europe's Beating Cancer Plan hebt hervor, dass eine Kooperation von Gesundheitsdiensten und sozialen Einrichtungen notwendig ist, um die Herausforderungen von Betroffenen und deren An- und Zugehörigen in dieser Situation zu minimieren [9].

Menschen in Phasen von Krankheit bzw. in Phasen der Ungewissheit, ob Genesung möglich sein wird, sowie ihre An- und Zugehörigen, müssen **professionell begleitet** werden. Sie brauchen einerseits psychosoziale Unterstützung, andererseits Hilfe bei der Navigation durch das Gesundheitssystem (siehe Ziel 7). Von Krebsüberlebenden wird in diesem Zusammenhang häufig das Bedürfnis nach einer Koordination aller an der Behandlung beteiligten Fachpersonen genannt [204, 205]. Eine unzureichende Koordination und Kommunikation zwischen den Leistungserbringerinnen und -erbringern und mit den von Krebs betroffenen Personen zählen zu den häufigsten genannten Problemen von Krebspatientinnen und -patienten in Europa und weltweit [206, 207].

Trotz steigenden Bedarfs durch eine steigende Zahl an Krebsüberlebenden [12, 13] bestehen in Österreich weiterhin Versorgungslücken in der kontinuierlichen, bedürfnisorientierten Begleitung über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg (d. h. auch

über den Krankenhausaufenthalt hinaus) [92]. Die Notwendigkeit zentraler Ansprechpersonen mit Koordinationsfunktion („Drehscheibenfunktion“) – etwa in Form von kleinen multiprofessionellen Teams mit Cancer Nurses und/oder Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern – wird im Kapitel *Gesundheitspersonal* thematisiert.

Unerfüllte emotionale Bedürfnisse, insbesondere im Hinblick auf Unterstützung beim Umgang mit Ängsten, körperlichen Einschränkungen, kognitiven Defiziten nach Strahlentherapie, Stress, Sorgen um An- und Zugehörige und Unsicherheiten bezüglich der Zukunft, dominieren bei den von Krebs betroffenen Personen [208, 209].

Psychoonkologische Interventionen zielen v. a. darauf ab, die subjektive Lebensqualität krebskranker Menschen und deren Angehöriger zu verbessern, das Krankheitserleben sowie konkrete Belastungen in Folge von Krankheit und Behandlung, deren nachteilige Auswirkungen auf psychisches Befinden und soziale Beziehungen so weit wie möglich zu verringern und auch gesundheitsfördernde Maßnahmen einzuleiten bzw. zu verstärken. Die Versorgung erfordert eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit. Zudem sollten alle in der onkologischen Versorgung tätigen Berufsgruppen über grundlegende psychoonkologische Kompetenzen verfügen [210]. Die seit 2010 im ÖSG verankerte Integration eines psychoonkologischen Angebots soll evaluiert und angepasst werden. Eine Bestandsaufnahme der psychoonkologischen Versorgung zeigte, dass Bedarf an einer Vereinheitlichung der Ausbildungscurricula sowie einer Vernetzung von Psychoonkologinnen und -onkologen über unterschiedliche Versorgungssettings besteht [211].

Rehabilitation und Aspekte, die mit der **Wiedereingliederung** an den Arbeitsplatz zusammenhängen, stellen große Herausforderungen für viele Krebsüberlebende dar [9]. In Österreich stehen Krebspatientinnen und -patienten, Überlebenden und deren An- und Zugehörigen zahlreiche finanzielle Absicherungen zur Verfügung, darunter Sonderkrankengeld, Erwerbsunfähigkeits-, Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension, Wiedereingliederungsgeld, Rehabilitationsgeld, Arbeitslosengeld, Mindestsicherung, Pflegegeld, erhöhte Familienbeihilfe sowie Leistungen nach dem Bundesbehindertengesetz [212]. Es ist jedoch entscheidend, dass die Zielgruppe über diese Angebote informiert wird und die Unterstützung auf einfache Weise in Anspruch nehmen kann. Vernetzende Akteurinnen und Akteure wie Sozialarbeiter:innen können hier einen wesentlichen Beitrag zu einer personenzentrierten Betreuung leisten.

Krebserkrankungen können auch bei informellen Pflege- und Betreuungspersonen (insbesondere Angehörigen) neben physischen auch zu psychischen und sozialen

Belastungen, wie z. B. Einkommensverlusten bei Reduktion der Arbeitszeit oder längerfristigen Auswirkungen auf das Alterseinkommen, führen [213]. Zur Abfederung etwaiger finanzieller Einkommensverluste in der Pension besteht für pflegende Angehörige allenfalls die Möglichkeit zur Selbstversicherung in der Pensionsversicherung nach § 18b ASVG. 2023 trat das Gesetz zur Umsetzung der EU-Richtlinie zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für Eltern und pflegende Angehörige in Kraft (EU-RL 2019/1158; 3478/A), welche die Pflegefreistellung und andere Freistellungen pflegender Angehöriger neu regelt.

Die Chancen der **Digitalisierung, Big Data und künstlicher Intelligenz** müssen für die Erhöhung der Lebensqualität betroffener Personen eingesetzt werden. Initiativen auf EU-Ebene, wie die Cancer Survivor-Smart-Card oder der Survivorship Passport (SurPass), das European Cancer Information System zur Datenverwaltung und Forschung und das EU Network of Youth Cancer Survivors¹⁸ zur Vernetzung von Überlebenden (Survivors), sollen die Voraussetzungen für Überleben mit bestmöglicher Lebensqualität sicherstellen. Um Angebote für Menschen mit und nach einer Krebserkrankung bedarfsgerecht zu gestalten, sollen Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppen und Survivorship-Netzwerke systematisch in die Entwicklung, Weiterentwicklung und Evaluierung von Unterstützungsangeboten eingebunden werden.

Ziel 20

Zugang zu einer qualitativ hochwertigen psychoonkologischen Versorgung für alle Patientinnen und Patienten und An- und Zugehörige ermöglichen.

Maßnahmen

1. Umsetzung von Gesamtverträgen für klinisch-psychologische Behandlung sowie Psychotherapie zur Erweiterung des psychoonkologischen Angebots als Sachleistung, um intra- wie extramurale Betreuung zu gewährleisten
Messgröße 1: Psychoonkologische Betreuung ist als Sachleistung im extramuralen Bereich eingeführt.
2. Publikation einer bundesweiten Liste mit akkreditierten psychoonkologisch ausgebildeten GDA
Messgröße 2a: Bundesweite Liste von akkreditierten Psychoonkologinnen und -onkologen liegt an zentraler Stelle vor.
Messgröße 2b: Informationen zu den Sprachkenntnissen der Psychoonkologinnen und -onkologen sind verfügbar.

¹⁸ <https://beatcancer.eu/>

3. Festlegung von einheitlichen evidenzbasierten Fort- und Weiterbildungsstandards auf Basis internationaler und nationaler Empfehlungen
Messgröße 3: Einheitliche Fort- und Weiterbildungsstandards wurden festgelegt.
4. Erarbeitung von Qualitätskriterien sowie Durchführung einer regelmäßigen Qualitätssicherung und Evaluation der psychoonkologischen Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten und Überlebenden
Messgröße 4a: Die psychoonkologische Versorgung erfolgt qualitätsgesichert und wird regelmäßig evaluiert.
Messgröße 4b: Vernetzung über unterschiedliche Versorgungssettings ist als Qualitätskriterium etabliert.
5. Implementierung eines systematischen Screenings auf psychosoziale Belastungen bei allen Krebspatientinnen und -patienten ab Diagnose, in kritischen Behandlungsphasen und in der Nachsorge
Messgröße 5: Screenings auf psychosoziale Belastungen sind in allen onkologisch tätigen Gesundheitseinrichtungen implementiert.

Ziel 21

Förderung der sozialen Absicherung von Krebspatientinnen und -patienten, Überlebenden und An- und Zugehörigen

Maßnahmen

1. Schaffung eines Rechtsanspruchs auf Wiedereingliederungsteilzeit und gesetzliche Anpassung zur Vermeidung von steuerlichen Nachforderungen (siehe Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen)
Messgröße 1: Ein Rechtsanspruch auf Wiedereingliederungsteilzeit ist vorhanden.
2. Durchführung wiederholter Assessments zur Arbeitsfähigkeit und Förderung der Beratung zur (langfristigen) Wiedereingliederung für Krebspatientinnen und -patienten, Überlebende, An- und Zugehörige sowie Arbeitgeber:innen unter Berücksichtigung von etablierten Angeboten sowie Ausbau weiterer strukturierter Return-to-Work-Programme
Messgröße 2a: Anzahl der Krankenstandstage nach Wiedereingliederung
Messgröße 2b: Anzahl der Beratungen für Arbeitgeber:innen und Arbeitnehmer:innen steigen.
Messgröße 2c: Anteil der Personen, welche nach einer Beratung die Arbeit wiederaufgenommen haben
Messgröße 2d: Strukturierte Return-to-Work-Programme wurden entwickelt.
3. Etablierung eines Peer-Netzwerks/-Programms zur Unterstützung der Wiedereingliederung und Alltagsbewältigung von benachteiligten Krebspatientinnen und -patienten und Überlebenden
Messgröße 3: Peers sind etabliert und können in Anspruch genommen werden.
4. Implementierung eines „Rechts auf Vergessenwerden“ (Right to be forgotten) für Krebsüberlebende (insbesondere AYA) in den österreichischen Rechtsrahmen

basierend auf EU-Richtlinie 2023/2225 für eine umfangreiche Teilhabe von Survivors
Messgröße 4: Eine Rechtsgrundlage für das „Right to be forgotten“ für Krebsüberlebende ist geschaffen, inklusive klar definierter Fristen, Anwendungsbereiche, Verpflichtung für Finanz- und Versicherungsunternehmen zur Umsetzung.

4.4.1 Palliativ- und Hospizversorgung

Die WHO definiert Palliative Care als *Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art* (WHO-Definition 2002, Übersetzung: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin).

Mit der steigenden Zahl an Menschen, die mit und nach einer Krebserkrankung leben [13], rückt auch die Frage nach einer bedarfsgerechten Begleitung in fortgeschrittenen Krankheitsphasen und am Lebensende zunehmend in den Fokus. Während viele Betroffene nach erfolgreicher Therapie in ein weitgehend normales Leben zurückkehren können, erleben andere einen chronischen oder fortschreitenden Krankheitsverlauf, der mit komplexen körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen einhergeht.

Die Palliativversorgung beginnt nicht erst am Lebensende, sondern kann bereits früh im Krankheitsverlauf („Early Palliative Care“) eine wichtige Ressource für Betroffene darstellen. Ziel ist, dass Leistungen der palliativen Grundversorgung möglichst frühzeitig nach der Krebsdiagnose in das Behandlungs- und Betreuungskonzept integriert werden. Dies verbessert die Lebensqualität der Palliativpatientinnen und -patienten durch gezieltes Symptommanagement und psychosoziale Unterstützung. Gleichzeitig können Krankenhausaufenthalte und Gesundheitskosten reduziert [214] sowie eine umfassende, bedarfsgerechte Betreuung über die gesamte Erkrankungsdauer sichergestellt werden [215]. Die American Society of Clinical Oncology (ASCO) empfiehlt eine frühe spezialisierte Palliativversorgung nach Diagnose einer fortgeschrittenen Krebserkrankung, parallel zur onkologischen Behandlung [216].

Die Hospizversorgung ist ein zentraler Bestandteil der Betreuung und Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist. Sie verfolgt das Ziel, ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität und Selbstbestimmung in der

letzten Lebensphase zu ermöglichen, wobei medizinische, therapeutische, pflegerische, psychosoziale, emotionale und spirituelle Begleitung im Vordergrund stehen.

Palliative Grundversorgung soll in allen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs von allen Berufsgruppen geleistet werden [217]. Dazu ist es erforderlich, die Mitarbeiter:innen in Hospizkultur und Palliative Care zu qualifizieren, indem sichergestellt wird, dass Palliative Care in der Grundausbildung und weiterführenden Ausbildungen für alle Gesundheitsberufe verankert ist.

Adäquate Betreuung, Behandlung und Begleitung erhalten Patientinnen und Patienten idealerweise in einem System modular abgestufter Hospiz- und Palliativversorgung¹⁹. Die Grundsätze und Qualitätskriterien sind im ÖSG im Kapitel 3.2.4.4 festgelegt. Damit wird dem Anspruch, *die richtige Patientin / den richtigen Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort* zu versorgen, entsprochen. Die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung stellt in komplexen Situationen und bei schwierigen Fragestellungen zusätzliche Angebote zur Verfügung, die auf individuelle und unterschiedliche Bedarfs- und Bedürfnislagen abgestimmt sind, und ergänzt so die Angebote der Grundversorgung. Die WHO hat außerdem die Integration von Rehabilitation in Hospiz- und Palliativangeboten als Best-Practice-Modell beschrieben [218].

Durch das im Februar 2022 beschlossene Hospiz- und Palliativfondsgesetz (HosPalFG) [219] wird eine durchgängige Finanzierung und Verbindlichkeit des Ausbaus der spezialisierten HOS/PAL-Angebote gewährleistet. Ziel ist eine flächendeckende, bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Hospiz- und Palliativversorgung, abgestimmt auf regionale Gegebenheiten und Erfordernisse. Durch den derzeit im Rahmen der Umsetzung des HosPalFG begonnenen Aus- und Aufbau dieser Angebote in allen Bundesländern wird zukünftig auch eine spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung wohnortnahe oder bei Patientinnen und Patienten zu Hause angeboten – ein Aspekt, der besonders in der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen von Bedeutung ist. Grundlage für die Festlegung des angebotsspezifischen Auf- und Ausbaus des

¹⁹ Die modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung umfasst die Einrichtungen und Dienstleister:innen der Grundversorgung sowie die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung. Die mobilen spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote leisten Unterstützung, (Mit-)Betreuung und Begleitung auch in der Grundversorgung.

Versorgungsangebots in den einzelnen Bundesländern sind die in den veröffentlichten Qualitätskriterien definierten Planungsrichtwerte²⁰.

Neben der demografischen Entwicklung werden aufgrund der Zunahme an komplexen Erkrankungen zukünftig deutlich mehr Menschen als gegenwärtig Hospiz- und Palliativversorgung und somit entsprechendes Gesundheitspersonal zur Unterstützung benötigen. Einer Hochrechnung zufolge werden bis 2040 etwa 42 Prozent mehr Menschen Palliativ- und Hospizversorgung brauchen [220]. Neben den krankheitsbezogenen Veränderungen sind auch die gesellschaftlichen und berufsspezifischen Themen in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen. Pflegenden An- und Zugehörigen wird weiter eine große Bedeutung zukommen, allerdings wird es immer weniger informelle Pflege geben. Vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfes an palliativen Versorgungsangeboten rücken andere Berufsgruppen in den Fokus. Im Sinne des Total-Pain-Modells sollten die Kompetenzen von therapeutisch-rehabilitativen Berufsgruppen und der Sozialarbeit genutzt werden [221].

Die Erfahrungen von Palliativpatientinnen und -patienten (inkl. der Berücksichtigung von soziokulturellen Aspekten) in der Grundversorgung und der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung sollen durch PREMs erhoben werden (siehe auch Ziel 1, Maßnahme 5) [222]. Eine systematische Einbeziehung von Patientenorganisationen, Betroffenenvertretungen, Selbsthilfegruppen und Bürgerpanels in die Entwicklung, Weiterentwicklung und Evaluierung von Angebotsstrukturen fördert eine bedarfsgerechte, kultursensible und lebensweltorientierte Ausgestaltung der Angebote.

Ziel 22

Sicherstellen von bedarfs- und chancengerechter sowie qualitätskriterienorientierter Hospiz- und Palliativversorgung

Maßnahmen

1. Integration des Themas „Hospiz- und Palliativversorgung“ in die Curricula der Grundausbildungen relevanter Gesundheits- und Sozialberufe gemäß internationalen Standards

Messgröße 1: Das Thema Palliative Care ist in den Curricula für relevante Gesundheits- und Sozialberufe integriert.

²⁰ Für die beiden stationären Angebote (Palliativstationen im Erwachsenenbereich sowie die pädiatrischen Palliativbetten) sind die entsprechenden Festlegungen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit und im Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung zu berücksichtigen.

2. Ausbau und Förderung von multiprofessionellen Weiterbildungsangeboten gemäß internationalen Standards

Messgröße 2: Anzahl der multiprofessionellen Weiterbildungsangebote

3. Umsetzung der bundeslandspezifischen Bedarfs- und Entwicklungspläne in der Hospiz- und Palliativversorgung für die vom HosPalFG umfassten acht HOS/PAL-Angebote

Messgröße 3: Umsetzungsgrad der bundeslandspezifischen Bedarfs- und Entwicklungspläne

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Inzidenz und Mortalität invasiver Malignome nach Geschlecht im Zeitverlauf.....	11
Abbildung 2: Prävalenz invasiver Malignome nach Geschlecht im Zeitverlauf	12
Abbildung 3: Anzahl invasiver Krebsneuerkrankungen (C00–C96, ohne C44) bei Frauen nach Tumorlokalisation, 2023	13
Abbildung 4: Anzahl invasiver Krebsneuerkrankungen (C00–C96, ohne C44) bei Männern nach Tumorlokalisation (ICD-10-Gruppe), 2023	14
Abbildung 5: Durchschnittliche altersspezifische Inzidenz und Mortalität invasiver Malignome (C00–C96, ohne C44) nach Geschlecht (2021–2023)	15
Abbildung 6: Übersicht über die Handlungsfelder und übergreifenden Themen	18

Literaturverzeichnis

1. Ståhl, T., et al., *Public health, food and agriculture policy in the European Union. Health in All Policies: Prospects and Potentials*, ed. M.o.S.A.a. Health. 2006, Helsinki.
2. Wismar, M., et al., *Intersectoral governance for health in all policies*. Eurohealth, 2012. **18**(4): p. 3-7.
3. Tuttner, S., *Health in All Policies*. 2013, Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.
4. BMG, *Krebsrahmenprogramm Österreich*. 2014, Bundesministerium für Gesundheit: Wien.
5. BMSGPK, *Onkologie in Österreich. Tätigkeitsbericht des Onkologiebeirats 2022-2023*, G. Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Editor. 2024: Wien.
6. Krebsstatistikverordnung, *Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz über die statistische Erfassung von Geschwulstkrankheiten*. 2025, BMASGK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz).
7. Hackl, M., et al., *Die Auswirkungen einer Krebsdiagnose auf die Erwerbstätigkeit in Österreich*. Krebsreport 2024, 2024.
8. Statistik Austria, *Auswirkungen einer Krebsdiagnose auf die Erwerbstätigkeit in Österreich in Abhängigkeit der Art der Tumorerkrankung*. 2025.
9. European Commission, *Europe's Beating Cancer Plan: A Communication from the Commission to the European Parliament and the Council*. 2022, European Commission: Brussels.
10. European Commission, *EU MISSION: CANCER*. 2025, Publications Office of the European Union,; Luxembourg.
11. Mission Action Group Cancer, *Nationale Umsetzung der EU-Missionen*, in *Aktionsplan EU-Mission „Krebs besiegen“*. 2025, FFG – Förderagentur für die angewandte Forschung: Wien.
12. Statistik Austria, *Krebserkrankungen in Österreich 2025: Ergebnisse im Überblick*. 2025, Statistik Austria: Wien.
13. Hackl, M. and P. Ihle, *Krebsprävalenz – Auswirkungen der Verfügbarkeit der Wohnsitz-Information aus dem Zentralen Melderegister*. 2025, Statistik Austria: Wien.
14. IARC and E. MC, *Socio-economic inequalities in cancer mortality across the EU27, Norway and Iceland: Country. Factsheet Austria*, in *Country Factsheet Series*. 2025, European Commission, Joint Research Centre (JRC): Luxembourg.
15. Boivin, A., et al., *World leaders unite to embed social participation in health systems*. BMJ, 2024. **386**: p. q1460.
16. WHO, *WHO framework for meaningful engagement of people living with noncommunicable diseases, and mental health and neurological conditions*. 2023, World Health Organization: Genf.
17. WHA, *Social participation for universal health coverage, health and well-being (A77/CONF./3)*. 2024, World Health Organization: Geneva.
18. BKA, *Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung. Empfehlungen für die gute Praxis 2008*. 2008, Bundeskanzleramt (BKA): Wien.
19. Bayley, C. and S. French, *Designing a Participatory Process for Stakeholder Involvement in a Societal Decision*. Group Decision and Negotiation, 2008. **17**(3): p. 195-210.
20. Fröschl, B., A. Gottlob, and D. Rojatz, *Landscape Analysis on Citizen Engagement.*, in *ECHoS - Cancer Mission Hubs*. 2024, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG): Wien.
21. Minvielle, E., et al., *The use of patient-reported outcome and experience measures for health policy purposes: A scoping review in oncology*. Health Policy, 2023. **129**: p. 104702.

22. Stacey, D., R. Samant, and C. Bennett, *Decision Making in Oncology: A Review of Patient Decision Aids to Support Patient Participation*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2008. **58**(5): p. 293-304.
23. Desomer, A., et al., *Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy*. 2018, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE): Brüssel.
24. Kingsley, C. and S. Patel, *Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures*. BJA Education, 2017. **17**(4): p. 144.
25. Selbsthilfe Steiermark, *Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Eine Initiative der Selbsthilfe Steiermark in Kooperation mit den Steirischen Gesundheitseinrichtungen*. 2020, Jugend am Werk Steiermark GmbH: Graz.
26. FGÖ. *Gesundheitliche Chancengerechtigkeit*. 2025 [18.07.2025].
27. Dahlgren, G. and M. Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for future studies, 1991. **27**(1): p. 4-41.
28. Fuchs, M., K. Hollan, and M. Schenk, *Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich*. 2017, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Wien.
29. Berger, J., et al., *Socioeconomic deprivation as a risk factor for cancer – closing the care gap*. 2022. **37**(5): p. 382-6.
30. Marckmann, G., *Gesundheit und Gerechtigkeit*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2008. **51**: p. 887-894.
31. Jansen, L., et al., *Kurzbericht: Entwicklung der sozioökonomischen Ungleichheiten in der Krebsinzidenz in Deutschland zwischen 2007 und 2018*, in *Versorgungsatlas-Bericht Nr. 25/01*. 2025, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi): Berlin.
32. Kickbusch, I., et al., *Health literacy: the solid facts*. 2013, Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
33. Gibney, S., et al., *Increasing health literacy may reduce health inequalities: evidence from a national population survey in Ireland*. International journal of environmental research and public health, 2020. **17**(16): p. 5891.
34. Pelikan, J.M., K. Ganahl, and F. Roethlin, *Health literacy as a determinant, mediator and/or moderator of health: Empirical models using the European Health Literacy Survey dataset*. Global health promotion, 2018: p. 1757975918788300.
35. Stormacq, C., S. Van den Broucke, and J. Wosinski, *Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review*. Health promotion international, 2019. **34**(5): p. e1-e17.
36. Von Wagner, C., et al., *Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults*. Journal of Epidemiology & Community Health, 2007. **61**(12): p. 1086-1090.
37. Aaby, A., et al., *Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease*. European journal of preventive cardiology, 2017. **24**(17): p. 1888.
38. Fernandez, D.M., J.L. Larson, and B.J. Zikmund-Fisher, *Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study*. BMC Public Health, 2016. **16**(1): p. 8.
39. Berkman, N.D., et al., *Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review*. Annals of internal medicine, 2011. **155**(2): p. 97-107.
40. Rademakers, J. and M. Heijmans, *Beyond reading and understanding: Health literacy as the capacity to act*. International journal of environmental research and public health, 2018. **15**(8): p. 1676.
41. Kim, K. and H.R. Han, *Potential links between health literacy and cervical cancer screening behaviors: a systematic review*. Psycho - Oncology, 2016. **25**(2): p. 122-130.
42. Ousseine, Y.M., et al., *The impact of health literacy on medico - social follow - up visits among French cancer survivors 5 years after diagnosis: The national VICAN survey*. Cancer medicine, 2020. **9**(12): p. 4185-4196.

43. Palumbo, R., *Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis*. Health services management research, 2017. **30**(4): p. 197-212.
44. Nakayama, K., et al., *Associations between health literacy and information-evaluation and decision-making skills in Japanese adults*. BMC Public Health, 2022. **22**(1): p. 1473.
45. Woudstra, A.J., et al., *The role of health literacy in explaining the relation between educational level and decision making about colorectal cancer screening*. International journal of environmental research and public health, 2019. **16**(23): p. 4644.
46. Samoil, D., et al., *The importance of health literacy on clinical cancer outcomes: a scoping review*. Annals of Cancer Epidemiology, 2021. **5**.
47. Jeitani, C., S. Van den Broucke, and C. Leemans, *Interventions Addressing Health Literacy in Cancer Care: A Systematic Review of Reviews*, in *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2025.
48. Papadakis, J.K., et al., *Health literacy and cancer self - management behaviors: a scoping review*. Cancer, 2018. **124**(21): p. 4202-4210.
49. Zanobini, P., et al., *Health literacy and breast cancer screening adherence: results from the population of Tuscany, Italy*. Health Promotion International, 2023. **38**(6): p. daad177.
50. Griebler, R., et al., *Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung 2020. Factsheet*, Gesundheit Österreich, Editor. 2021: Wien.
51. Straßmayr, C., et al., *Digitale Gesundheitskompetenz. Ergebnisse und Empfehlungen der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Befragung (HLS19-AT). Factsheet*. 2022, Gesundheit Österreich: Wien.
52. Griebler, R., et al., *Navigationskompetenz im Gesundheitswesen. Ergebnisse und Empfehlungen der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Befragung (HLS19-AT). Factsheet*. 2022, Gesundheit Österreich: Wien.
53. ÖPGK, *Gute Gesundheitsinformation Österreich. Die 15 Qualitätskriterien. Der Weg zum Methodenpapier — Anleitung für Organisationen*. 2020, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Frauengesundheitszentrum, Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz: Wien, Graz.
54. Antony, D. and E. Flaschberger, *Wie informiere ich Patientinnen und Patienten über Krebs? Factsheet*. 2021, Gesundheit Österreich: Wien.
55. BMSGPK, *eHealth-Strategie Österreich*, in *v1.0 im Juni 2024*, G. Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Editor. 2024: Wien.
56. Cermak, I., J. Tomanek-Unfried, and G. Braunegger-Kallinger, *„Selbsthilfe steht für Leistung“. Ergebnisse des Projekts „Erarbeitung eines Leistungsportfolios der gemeinschaftlichen Selbsthilfe im Kontext des österreichischen Sozial- und Gesundheitssystems“*, Ö.K.-u.S.f. Selbsthilfe, Editor. 2025, Gesundheit Österreich: Wien.
57. Schaeffer, D. and L. Griese, *Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe. Ergebnisse für Österreich*, in *Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe. Ergebnisse einer Pilotstudie in der Schweiz, Deutschland und Österreich (HLS-PROF)*, HLS-PROF Konsortium, Editor. 2023, Careum, Hertie School/Universität Bielefeld/Stiftung Gesundheitswissen, Gesundheit Österreich GmbH: Zürich – Berlin/Bielefeld – Wien.
58. Moore, P.M., et al., *Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer*, in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No.: CD003751. 2018: DOI: 10.1002/14651858.CD003751.pub4.
59. Fallowfield, L., et al., *Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial*. Lancet, 2002. **359**(9307): p. 650-656.
60. Fallowfield, L., et al., *Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow up*. British journal of Cancer, 2003. **89**(8): p. 1445-1449.

61. Bos–van den Hoek, D.W., et al., *Communication skills training for healthcare professionals in oncology over the past decade: a systematic review of reviews*. Current opinion in supportive and palliative care, 2019. **13**(1): p. 33-45.
62. Back, A.L., E.K. Fromme, and D.E. Meier, *Training clinicians with communication skills needed to match medical treatments to patient values*. Journal of the American Geriatrics Society, 2019. **67**: p. 435-441.
63. Kaye, E.C., et al., *The state of the science for communication training in pediatric oncology: A systematic review*. Pediatric blood & cancer, 2020. **67**(10): p. e28607.
64. Feraco, A.M., et al., *Communication skills training in pediatric oncology: moving beyond role modeling*. Pediatric blood & cancer, 2016. **63**(6): p. 966-972.
65. Kissane, D.W., et al., *Communication skills training for oncology professionals*. Journal of Clinical Oncology, 2012. **30**(11): p. 1242-1247.
66. Barth, J. and P. Lannen, *Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis*. Annals of oncology, 2011. **22**(5): p. 1030-1040.
67. Fallowfield, L., et al., *Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow up*. British Journal of Cancer, 2003. **89**: p. 1445-1449.
68. Sator, M., et al., *Gesprächsqualität im Gesundheitssystem: Training patientenzentrierter Gesprächsführung in der Onkologie*, in *Österreichischer Krebsreport*, Ö.K. Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie, Editor. 2022. p. 56.
69. BMGF, *Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur*. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Editor. 2016: Wien.
70. Kölldorfer, B. and M. Sator, *Evaluationsbericht: Kommunikationstrainings in der Onkologie 2022/23. Kennzahlen – Zufriedenheit – Lerneffekte*. 2023: Wien.
71. Pelikan, J.M., *Health-literate healthcare organizations International*, in *International handbook of health literacy. Research, practice and policy across the life-span*, O. Okan, et al., Editors. 2019, The Policy Press: Bristol, . p. 539–554.
72. Pelikan, J.M., C. Dietscher, and C. Straßmayr, *Organisationale Gesundheitskompetenz: Überblick*, in *Gesundheitskompetenz*, K. Rathmann, et al., Editors. 2023, Springer: Berlin - Heidelberg. p. 17.
73. Wahl, A., et al., *Zielgruppenbeteiligung in der Erstellung Guter Gesundheitsinformation. ÖPGK - Factsheet*. 2021, Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK): Wien.
74. Thomas, P.A., et al., *Curriculum development for medical education*. A six-step approach. Vol. Third Edition. 2016, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
75. Flaschberger, E.u.d.M.d.A.G., *Gute Gesundheitsinformation. Factsheet.*, G.Ö. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz, Editor. 2020: Wien.
76. BMSGPK, *UN-Behindertenrechtskonvention – Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. 2016, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: Wien.
77. IHI. *Ask Me 3: Good Questions for Your Good Health*. 2025 21.07.2025 21.07.2025]; Available from: <https://www.ihl.org/library/tools/ask-me-3-good-questions-your-good-health>.
78. BMSGPK, *Gesundheitsberufe in Österreich*. 2023, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Wien.
79. OeGHO and Österreichische Krebshilfe, *Österreichischer Krebsreport. Eine Initiative der Österreichischen Krebshilfe und der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie.*, Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie and Österreichische Krebshilfe, Editors. 2024, MedMedia Verlag und Mediaservice Ges.m.b.H.: Wien.
80. Hiebler, R., *PatientInnenaufklärung von nicht deutschsprachigen PatientInnen. Managementaufgabe - Integration von professionellen Dolmetschdiensten.*, in *Medizinischen Universität Graz*. 2013: Graz.

81. Schönherr, D.S., *Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index.*, BMSGPK, Editor. 2021, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): Wien.
82. Interdisziplinäre Gesellschaft für Sozialtechnologie und Forschung OG, *Erhebung der Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Gesundheits- und Sozialberufen in der Steiermark.* 2024, Interdisziplinäre Gesellschaft für Sozialtechnologie und Forschung OG (IGSF) und Arbeiterkammer Steiermark: Graz.
83. Alshammary, S., et al., *Physicians' perceptions of breaking bad news to cancer patients and family.* Journal of Health Specialties, 2017. **5**(4): p. 192-192.
84. Parle, M., P. Maguire, and C. Heaven, *The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients.* Social Science & Medicine, 1997. **44**(2): p. 231-240.
85. Razai, M.S., P. Kooner, and A. Majeed, *Strategies and Interventions to Improve Healthcare Professionals' Well-Being and Reduce Burnout.* Journal of Primary Care & Community Health, 2023. **14**.
86. Kelly, D., et al., *The effectiveness of nurse-led interventions for cancer symptom management 2000–2018: A systematic review and meta-analysis.* Health Sciences Review, 2022. **4**: p. 100052.
87. Bachofner, E., et al., *Betreuung durch ein Advanced Nursing Practice-Team - Erfahrungen Lymphombetroffener und ihrer Angehörigen.* Pflege, 2021. **34**(5): p. 231-239.
88. De Vries, N., et al., *Retaining Healthcare Workers: A Systematic Review of Strategies for Sustaining Power in the Workplace.* Healthcare (Basel), 2023. **11**(13).
89. Alkan, E., N. Cushen-Brewster, and P. Anyanwu, *Organisational factors associated with healthcare workforce development, recruitment, and retention in the United Kingdom: a systematic review.* BMC Nursing, 2024. **23**(1): p. 604.
90. WHO, *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice,* Health Professions Network Nursing and Midwifery Office within the Department of Human Resources for Health, Editor. 2010, World Health Organization (WHO): Geneva.
91. Rutten, L.J.F., et al., *Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980–2003).* Patient Education and Counseling, 2005. **57**(3): p. 250-261.
92. Antony, K.F., Barbara; Janjić, Melani; Kernbauer-Hölzl, Elisabeth, *Drehscheibenfunktion für den Betreuungs- und Versorgungsprozess von Krebspatientinnen und -patienten sowie deren Angehörigen.* 2025, Gesundheit Österreich GmbH: Wien.
93. Budde, H., et al., *What are patient navigators and how can they improve integration of care?*, E.O.o.H.S.a. Policies, Editor. 2022, World Health Organization: Copenhagen.
94. Ansari, N., et al., *How technology can improve communication and health outcomes in patients with advanced cancer: an integrative review.* Supportive Care in Cancer, 2022. **30**(8): p. 6525-6543.
95. Shaffer, K.M., et al., *Digital health and telehealth in cancer care: a scoping review of reviews.* The Lancet Digital Health, 2023. **5**(5): p. e316-e327.
96. Leclercq, V., et al., *Inequities to the access to and use of telemedicine among cancer patients in Europe: a scoping review.* Frontiers in Public Health, 2025. **Volume 13 - 2025**.
97. Picot, A. and G. Braun, *Telemonitoring in Gesundheits-und Sozialsystemen: Eine eHealth-Lösung mit Zukunft.* 2010, Heidelberg: Springer.
98. Fritz, T. and Ä. Bündnis Junge, *Positionspapier des Bündnis Junge Ärzte (BJÄ) zu Digitalisierung, Applikationen (Apps) und Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen.* Der Chirurg, 2020. **91**(3): p. 265-266.
99. Takita, H., et al., *A systematic review and meta-analysis of diagnostic performance comparison between generative AI and physicians.* NPJ Digit Med, 2025. **8**(1): p. 175.

100. Gardner, R.L., et al., *Physician stress and burnout: the impact of health information technology*. J Am Med Inform Assoc, 2019. **26**(2): p. 106-114.
101. Jönsson, B. and R. Sullivan, *Mission-oriented translational cancer research – health economics*. Molecular Oncology, 2019. **13**(3): p. 636-647.
102. Ringborg, U., *Translational cancer research – a coherent cancer research continuum*. Molecular Oncology, 2019. **13**(3): p. 517-520.
103. Ramachandran, S., et al., *The Concept of Cancer Translational Research - A Review*. Journal of Population Therapeutics & Clinical Pharmacology, 2023. **30**(9): p. e270.
104. OeGHO and Österreichische Krebshilfe, *Österreichischer Krebsreport. Eine Initiative der Österreichischen Krebshilfe und der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie.*, Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie and Österreichische Krebshilfe, Editors. 2023, MedMedia Verlag und Mediaservice Ges.m.b.H.: Wien.
105. DKFZ and Krebsinformationsdienst, *NEUE KREBSTHERAPIEN: Zielgerichtete Therapie, Immuntherapie, Virotherapie.*, 2023, Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ): Heidelberg.
106. Medizinische Universität Wien and VFWF, in *MedUnique people*. 2023, Medizinische Universität Wien: Wien.
107. BMBWF, BMK, and BMDW, *Österreichischer Forschungs- und Technologiebericht 2020*. 2020, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF), Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie (BMK), Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW): Wien.
108. Bundesregierung der Republik Österreich, *FTI-Strategie 2030 Strategie der Bundesregierung für Forschung, Technologie und Innovation*. 2020, Bundesregierung der Republik Österreich: Wien.
109. Wahl, A. and P. Plunger, *Gesundheitsförderungsforschung in Österreich – Status quo und Entwicklungsperspektiven*. 2023, Gesundheit Österreich: Wien.
110. WHO, *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. 1986, Weltgesundheitsorganisation (WHO). Regionalbüro für Europa: Kopenhagen.
111. FGÖ, *Primärprävention*. 2024 28.07.2025].
112. WHO, *Health promotion glossary of Terms 2021*. 2021, World Health Organization: Geneva. p. 1578-1598.
113. Schmutterer, I. and D. Akartuna, *Tabak - und Nikotinkonsum. Zahlen und Fakten 2024*. 2025, Gesundheit Österreich GmbH: Wien.
114. Antosik, J., et al., *Österreichischer Gesundheitsbericht 2022*. 2023, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): Wien.
115. Klimont, J. and M. Prammer-Waldhör, *Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019*. 2020, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): Wien.
116. Hurrelmann, K. and M. Richter, *Determinanten der Gesundheit*, in *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG), Editor. 2022, BIÖG: Köln.
117. WHO, *Commercial Determinants of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region*. 2024, Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
118. WHO, *WHO European Regional Obesity Report 2022*. 2022, World Health Organization. Regional Office for Europe: Copenhagen.
119. Anderson, B.O., et al., *Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption*. The Lancet Public Health, 2023. **8**(1): p. e6-e7.
120. Behrens, G., et al., *Cancers Due to Infection and Selected Environmental Factors*. Deutsches Ärzteblatt international, 2018. **115**(35-36): p. 586-593.
121. BMASGPK, *Humane Papillomaviren (HPV)*. 2024 23.07.2025].

122. Collins, L.G., et al., *Cost-effectiveness analysis and return on investment of SunSmart Western Australia to prevent skin cancer*. Health Promot Int, 2024. **39**(4).
123. Collins, L.G., et al., *The Cost-Effectiveness of Primary Prevention Interventions for Skin Cancer: An Updated Systematic Review*. Appl Health Econ Health Policy, 2024. **22**(5): p. 685-700.
124. Brown, K.F., et al., *The fraction of cancer attributable to modifiable risk factors in England, Wales, Scotland, Northern Ireland, and the United Kingdom in 2015*. Br J Cancer, 2018. **118**(8): p. 1130-1141.
125. DKFZ. *Risikofaktoren für Krebs*. 2025 22.07.2025]; Available from: <https://www.dkfz.de/>.
126. WHO, *WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke*. 2023, World Health Organization: Geneva.
127. PreventNCD, J. *Reducing Europe's cancer and NCD burden through coordinated strategies on health determinants. Focusing on effective policies, societal and personal risk factors*. 2025 29.07.2025].
128. Haider, S., I. Grabovac, and T.E. Dorner, *Effects of physical activity interventions in frail and prefrail community-dwelling people on frailty status, muscle strength, physical performance and muscle mass-a narrative review*. Wien Klin Wochenschr, 2019. **131**(11-12): p. 244-254.
129. Park, E., et al., *Cancer Risk Following Smoking Cessation in Korea*. JAMA Network Open, 2024. **7**(2): p. e2354958-e2354958.
130. Jha, P., et al., *21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States*. New England Journal of Medicine, 2013. **368**(4): p. 341-350.
131. Le, T.T.T., D. Mendez, and K.E. Warner, *The Benefits of Quitting Smoking at Different Ages*. Am J Prev Med, 2024. **67**(5): p. 684-688.
132. WHO, *Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage*. Human Resources for Health Observer Series. Vol. 18. 2017, Geneva: World Health Organization (WHO).
133. Rojatz, D.A., Jennifer; Ecker, Sandra; Fenz, Lydia; Haas, Sabine, *Social Prescribing. Entwurf eines Idealmodells für Österreich*. 2023, Gesundheit Österreich GmbH: Wien.
134. Sharkiya, S.H., *Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review*. BMC Health Services Research, 2023. **23**(1): p. 886.
135. Springer Lehrbuch Psychologie. *Kapitel 1: Motivationsforschung: Probleme und Sichtweisen*. 2025 24.07.2025].
136. ONGKG, *Die Standards für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Factsheet*. 2023, Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen Wien.
137. Kent State Online. *How Public Health Interventions Make A Difference*. 2025 29.07.2025]; Available from: <https://onlinedegrees.kent.edu/college-of-public-health/community/public-health-interventions>.
138. DKFZ, *Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich? Aus der Wissenschaft – für die Politik*. 2014, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg.
139. Franzkowiak, P., *Prävention und Krankheitsprävention*, in *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. 2025, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
140. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, *Tabak und Nikotin. Positionspapier der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention*. 2022.
141. Philipsborn, P., et al., *Environmental interventions to reduce the consumption of sugar - sweetened beverages and their effects on health*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019(6).
142. WHO. *5000 alcohol-related cancer deaths could be prevented every year by doubling alcohol taxes in the European Region, says WHO/Europe*. 2021 24.07.2025].

143. WHO/PAHO, *NCS Best Buys and other effective Interventions: Evidence-Based cost-effective Public Health Interventions to Prevent and Control NCD's*. 2018, World Health Organization Regional Office for the Americas: Geneva.
144. Gredner, T., et al., *Impact of Tobacco Control Policies on Smoking-Related Cancer Incidence in Germany 2020 to 2050—A Simulation Study*. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2020. **29**(7): p. 1413-1422.
145. WHO, *Sugar-sweetened beverage taxes in the WHO European Region: success through lessons learned and challenges faced*. 2022, World Health Organization Regional Office for Europe: Copenhagen.
146. Benedics, J., et al., *Strategieplan für eine gesunde und nachhaltige Ernährung 2025–2030*. 2024, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): Wien.
147. BMKMS, *Nationaler Aktionsplan Bewegung*. 2024, Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport (BWKMS): Wien.
148. BMSGPK, *Evidenzgrundlagen und Empfehlungen zur Einführung eines organisierten Darmkrebs-Screening-Programms in Österreich*. 2022, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): Wien.
149. European Commission, *Council Recommendation of 9 December 2022 on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC 2022/C 473/01 2022*, European Commission.
150. EU Funding & Tenders Portal. *Implementation of cancer screening programmes. (EUCanScreen)*. 2025 30.07.2025]; Available from: <https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/how-to-participate/org-details/952452216/project/101162959/program/43332642/details>.
151. Wilson, J.M.G., G. Jungner, and O. World Health, *Principles and practice of screening for disease*. 1968, World Health Organization: Geneva.
152. BMSGPK, *Geschäftsordnung des Nationalen Screening-Komitees auf Krebserkrankungen* 2021, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
153. Segnan, N., J. Patnick, and L. von Karsa, *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition*. . 2012, Luxembourg: European Commission, Directorate-General for Health and Consumers.
154. BMSGPK, *Qualitätsstandard Vorsorgekoloskopie*. 2023, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): Wien.
155. Ministerratsvortrag 67/18, *Sofortmaßnahmen Gesundheitsreformpaket – Kassenstellen, Psychosoziale Versorgung, Prävention und Digitalisierung*. 2023, Bundeskanzleramt Österreich.
156. Van de Schootbrugge-Vandermeer, H.J., et al., *Socio-demographic and cultural factors related to non-participation in the Dutch colorectal cancer screening programme*. *European Journal of Cancer*, 2023. **190**.
157. Jalili, F., et al., *Socioeconomic Inequalities in Participation in Colorectal Cancer Screening in Ontario, Canada: A Decomposition Analysis*. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2025. **34**(2): p. 270-280.
158. Li, S., et al., *An umbrella review of socioeconomic status and cancer*. *Nature Communications*, 2024. **15**(1): p. 9993.
159. Nuche-Berenguer, B. and D. Sakellariou, *Socioeconomic Determinants of Participation in Cancer Screening in Argentina: A Cross-Sectional Study*. *Frontiers in Public Health*, 2021. **Volume 9 - 2021**: p. 699108.
160. Myers, L., et al., *Understanding the mechanisms underlying the socioeconomic disparities in cancer screening among Australian women*. *BMC Public Health*, 2024. **24**(1): p. 3437.
161. Walkenhorst, U., *Interprofessionelle Kompetenz im Gesundheitswesen, in Erfolgreich in die Zukunft: Schlüsselkompetenzen in Gesundheitsberufen Konzepte und Praxismodelle für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in Deutschland, Österreich*

- und der Schweiz Dr Max Giger, M. Giger and H. Volker, Editors. 2015, medhochzwei: Heidelberg. p. 531.
162. Xi, Q., S. Jin, and S. Morris, *Economic evaluations of predictive genetic testing: A scoping review*. PLOS ONE, 2023. **18**(8): p. e0276572.
 163. Teppala, S., et al., *A review of the cost-effectiveness of genetic testing for germline variants in familial cancer*. Journal of Medical Economics, 2023. **26**(1): p. 19-33.
 164. Manzano, A., et al., *Comparator Report on Cancer in Europe 2025 - Disease Burden, Costs and Access to Medicines and Molecular Diagnostics*. 2025, The Swedish Institute for Health Economics (IHE): Lund.
 165. BMASGPK, ÖSG 2023 - Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 15. Dezember 2023 inklusive der bis 10. Oktober 2025 beschlossenen Anpassungen. 2025, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz:
<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG.html>.
 166. Mathis-Edenhofer, S. and K. Eglau, *Verwendung innovativer onkologischer Pharmakotherapie in österreichischen Krankenanstalten*. 2020, Gesundheit Österreich: Wien.
 167. Hermes-Moll, K., et al., *Multidisziplinäre Tumorkonferenzen in Deutschland*. Monitor Versorgungsforschung, 2020. **14**(5): p. 65.
 168. Specchia, M.L., et al., *The impact of tumor board on cancer care: evidence from an umbrella review*. BMC Health Services Research, 2020. **20**(1): p. 73.
 169. Dean, T., et al., *Understanding the Extent of Polypharmacy and its Association With Health Service Utilization Among Persons With Cancer and Multimorbidity: A Population-Based Retrospective Cohort Study in Ontario, Canada*. Journal of Pharmacy Practice, 2022. **37**(1): p. 35-46.
 170. Hilbe, W., et al., *Positionspapier. Cancer Nurse - Drehscheibe der Krebsversorgung*. 2023, AHOP - Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich: Wien.
 171. Dale, W., et al., *Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Systemic Cancer Therapy: ASCO Guideline Update*. Journal of Clinical Oncology, 2023. **41**(26): p. 4293-4312.
 172. Wildiers, H., et al., *International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer*. J Clin Oncol, 2014. **32**(24): p. 2595-603.
 173. Stanze, H. and F. Nauck, *Advance Care Planning bei Patienten mit onkologischen Erkrankungen*. Der Onkologe, 2020. **26**(8): p. 763-770.
 174. Bar-Sela, G., et al., *Advance Care Planning and Attainment of Cancer Patients' End-of-Life Preferences: Relatives' Perspective*. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 2022. **40**(3): p. 322-328.
 175. Goswami, P., *Advance Care Planning and End-Of-Life Communications: Practical Tips for Oncology Advanced Practitioners*. J Adv Pract Oncol, 2021. **12**(1): p. 89-95.
 176. Rabben, J., et al., *Shared decision-making in palliative cancer care: A systematic review and metanalysis*. Palliat Med, 2024. **38**(4): p. 406-422.
 177. Nowak, A.C. and C. Hornberg, *Erfahrungen von Menschen mit Fluchtgeschichte bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in Deutschland – Erkenntnisse einer qualitativen Studie*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2023. **66**(10): p. 1117-1125.
 178. Statistik Austria, *Lesekompetenz Erwachsener ist zurückgegangen, Mathematik-Skills über OECD-Schnitt. Ergebnisse der PIAAC-Erhebung 2022/23*. 2024, Statistik Austria: Wien.
 179. Gans, E.A., et al., *Shared decision-making with older adults with cancer: Adaptation of a model through literature review and expert opinion*. Psychooncology, 2024. **33**(1): p. e6291.

180. American Cancer Society, *Cancer Facts & Figures 2024*. 2024, American Cancer Society: Atlanta.
181. Wams, J., et al., *Health-care transitions for young people living beyond childhood and adolescent cancer: recommendations from the EU-CAYAS-NET consortium*. *Lancet Oncol*, 2025. **26**(10): p. e525-e535.
182. Brodeur, G.M., et al., *Pediatric Cancer Predisposition and Surveillance: An Overview, and a Tribute to Alfred G. Knudson Jr.* *Clin Cancer Res*, 2017. **23**(11): p. e1-e5.
183. Snyder, C., et al., *Continuity and coordination of care for childhood cancer survivors with multiple chronic conditions: Results from the Childhood Cancer Survivor Study*. *Cancer*, 2024. **130**(24): p. 4347-4359.
184. Angeles Vázquez López, M., *Childhood cancer survivors: current challenges*. *An Pediatr (Engl Ed)*, 2024. **100**(5): p. 363-375.
185. Survivors, E.N.o.Y.C. *Enhancing Survivorship: EU-CAYAS-NET Quality of Life Initiatives*. 2025 30.07.2025].
186. Pohler, N. and J. Zehetgruber, *Evaluierung der Wiedereingliederungsteilzeit. Für die Jahre 2017-2023*. 2025, Statistik Austria: Wien.
187. Schuurman, M.S., et al., *The cancer burden in the oldest-old: Increasing numbers and disparities-A nationwide study in the Netherlands, 1990 to 2019*. *Int J Cancer*, 2024. **154**(2): p. 261-272.
188. Klotz, J., et al., *Combining population projections with quasi-likelihood models. A new way to predict cancer incidence and cancer mortality in Austria up to 2030*. *Demographic Research*, 2019. **40**(19): p. 532.
189. Hübner, J., et al., *Epidemiologie des geriatrischen Krebsgeschehens in Deutschland*. *Onkologie*, 2024. **30**(2): p. 72-82.
190. Statistik Austria, *Menschen mit Behinderungen in Österreich II: Demographische Merkmale von Personen mit "registrierter Behinderung" 2022*. 2024: Wien.
191. Gaertner, B., et al., *Gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit 65+*. *Journal of Health Monitoring*, 2023. **8**(3): p. 31.
192. Boateng, I., et al., *The impact of polypharmacy on health outcomes in the aged: A retrospective cohort study*. *PLoS One*, 2025. **20**(2): p. e0317907.
193. Das öffentliche Gesundheitsportal Österreich. *Medikamente*. 2025 30.07.2025].
194. Bausewein, C., et al., *Palliative Care of Adult Patients With Cancer*. *Dtsch Arztebl Int*, 2015. **112**(50): p. 863-70.
195. Reiter, D., et al., *Rehabilitationsplan 2025*. 2025, Gesundheit Österreich GmbH: Wien.
196. Michael, C.M., et al., *Prehabilitation exercise therapy for cancer: A systematic review and meta-analysis*. *Cancer Med*, 2021. **10**(13): p. 4195-4205.
197. Rick, O., et al., *Onkologische Rehabilitation – Teil einer modernen Krebstherapie*. *Der Onkologe*, 2022. **28**(3): p. 180-182.
198. Crevenna, R., M. Keilani, and C. Marosi, *Onkologische Rehabilitation in Österreich – ein Update*. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 2014. **24**(05): p. A30.
199. Stöhr, D., et al., *Usability of a telerehabilitation program for patients with musculoskeletal or oncological diseases: A mixed-methods evaluation / Benutzerfreundlichkeit eines Telerehabilitations-Programmes für Patient*innen mit muskuloskelettalen oder onkologischen Erkrankungen: Eine Mixed-Methods Evaluation*. *International Journal of Health Professions*, 2024. **11**(1): p. 49-60.
200. Barnhart, M.K., et al., *'I don't think I really realised how different the 'new normal' would be'—a qualitative study with cancer survivors to inform the development of survivorship centres*. *Academia Oncology*, 2024. **1**(2).
201. Bazzell, J.L., A. Spurlock, and M. McBride, *Matching the Unmet Needs of Cancer Survivors to Resources Using a Shared Care Model*. *Journal of Cancer Education*, 2015. **30**(2): p. 312-318.
202. Campbell, H.S., et al., *Development and validation of the Short-Form Survivor Unmet Needs Survey (SF-SUNS)*. *Support Care Cancer*, 2014. **22**: p. 1071-1079.

203. Mehnert, A., *Psychosoziale Langzeitfolgen nach erfolgreich behandelter Krebserkrankung*. Forum, 2014. **29**(3): p. 198-201.
204. Russell, L., Gough, K., Drosdowsky, A., Schofield, P., Aranda, S., Butow, P. N., Westwood, J.A., Krishnasamy, M., Young, J., Phipps-Nelson, J., King, D., & Jefford, M. , *Psychological distress, quality of life, symptoms and unmet needs of colorectal cancer survivors near the end of treatment*. Journal of Cancer Survivorship, 2015. **9**(3): p. 462-470.
205. Santin, O., Murray, L., Prue, G., Gavin, A., Gormley, G., & Donnelly, M. , *Self-reported psychosocial needs and health-related quality of life of colorectal cancer survivors*. European Journal of Oncology Nursing, 2015. **19**(4): p. 336-342.
206. Madeleine Evans Webb , E.M., Zane William Younger , Henry Goodfellow , Jamie Ross *The Supportive Care Needs of Cancer Patients: a Systematic Review*. Journal of Cancer Education 2021. **36**: p. 899–908.
207. Gaisser A, S.M., Weg-Remers S., *Wo suchen und finden Krebspatienten verlässliche Informationen? Bedürfnisse, Anforderungen und Realität*. . Forum, 2016. **31**: p. 53–58.
208. Geller, B.M., Vacek, P. M., Flynn, B. S., Lord, K., & Cranmer, D. , *What are cancer survivors' needs and how well are they being met?* The Journal of family practice , 2014. **63**(10): p. E7-16.
209. Boyes, A., Girgis, A., D'Este, C. & Zucca, A. (2012), *Prevalence and correlates of cancer survivors' supportive care needs 6 months after diagnosis: a population-based cross-sectional study*. BMC Cancer,, 2012. **12**, **150**.
210. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, and AWMF, *Leitlinienprogramm Onkologie: Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen*. 2023.
211. Eglau, K.S., Barbara; Strizek, Julian *Psychoonkologie in Österreich. Österreichweite Bestandsaufnahme des psychoonkologischen Versorgungsangebots*. . 2018, Gesundheit Österreich GmbH.
212. Bundesbehindertengesetz - BBG, *Bundesgesetz vom 17. Mai 1990 über die Beratung, Betreuung und besondere Hilfe für behinderte Menschen (Bundesbehindertengesetz - BBG)*. 1990, Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS).
213. Gesundheit.gv.at. *Pflegende Angehörige*. 2024 23. Sept 2024].
214. Alt-Epping, B., *Frühzeitige Integration von Palliativmedizin*. Forum, 2020. **35**(3): p. 206-211.
215. van Oorschot, B., et al., *Von der „frühen“ zur „zeitgerechten“ Integration der Palliativversorgung in die Behandlung onkologischer Patient:innen*. Die Onkologie, 2022. **28**(11): p. 964-973.
216. Sanders, J.J., et al., *Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update*. J Clin Oncol, 2024. **42**(19): p. 2336-2357.
217. The Executive Board, *Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care*. 2014.
218. WHO, *Policy Brief zur Integration der Rehabilitation in Hospiz- und Palliativangebote*, Wien: Österreichische Palliativgesellschaft (OPG), Editor. 2024, Übersetzung des Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services in Copenhagen, World Health Organization (WHO), 2023.
219. HosPalFG, H.-u.P., *Bundesgesetz, mit dem ein Hospiz- und Palliativfonds eingerichtet wird und Zweckzuschüsse an die Länder zur finanziellen Unterstützung der Hospiz- und Palliativversorgung im Langzeitpflege- und -betreuungsbereich ab dem Jahr 2022 gewährt werden (Hospiz- und Palliativfondsgesetz –HosPalFG)*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
220. Etkind, S.N., et al., *How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services*. BMC Med, 2017. **15**(1): p. 102.
221. Domkar, S., et al., *Rehabilitation am Lebensende: Kein Widerspruch, sondern Notwendigkeit*. Der WHO Policy Brief zur Integration der Rehabilitation in Hospiz- und Palliativangebote, 2024. **25**(04): p. 179.

222. Fischer, C., E.K. Masel, and J. Simon, *Methodological factors regarding patient-reported outcome information for value assessment in palliative care*. *Annals of Palliative Medicine*, 2023. **13**(2): p. 444.

Beteiligte Organisationen bei der Erstellung

Expertinnen und Experten der folgenden Organisationen haben im Rahmen von Arbeitsgruppen und/oder durch schriftliche Beiträge fachlich zum Krebsrahmenprogramm beigetragen:

- Akademie für Altersforschung am Haus der Barmherzigkeit
- Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich (AHOP) und AG Breast Care Nurses
- Austrian Institute for Health Technology Assessment (AIHTA)
- Austrian Institute of Technology (AIT)
- Berufsfachverband für Radiologietechnologie Österreich (rtaustria)
- BMBWF Abt. II/10 (Life Sciences und Tierversuchswesen)
- BMASGPK Abt. IV/B/12 (Pflegepersonal, Qualitätssicherung, Demenzstrategie)
- BMASGPK Abt. VI/A/1 (Nicht übertragbare Erkrankungen und psychosoziale Gesundheit)
- BMASGPK Abt. VI/A/2 (Allgemeine Gesundheitsrechtsangelegenheiten und Gesundheitsberufe)
- BMASGPK Abt. VI/B/7 (Steuerung der Digitalisierung im Gesundheitswesen, Gesundheitsinformatik und Gesundheitsdatenmanagement)
- BMASGPK Abt. VII/A/4 (Gesundheitsförderung und Prävention)
- BMASGPK Gruppe VII/B (Gesundheitssystem)
- Bundesverband der Physiotherapeut*innen Österreichs
- Bundesverband Selbsthilfe Österreich (BVSHOE)
- Dachverband der gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe Österreichs (MTD-Austria)
- Dachverband der Sozialversicherungsträger
- Dachverband Hospiz Österreich
- Der Sonnenberghof – Onkologische Rehabilitation
- Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft, Stabsstelle Krebsprävention
- Die Allianz onkologischer PatientInnenorganisationen
- Die Armutskonferenz
- Ergotherapie Austria – Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs
- fh gesundheit Tirol
- Gesundheitsfonds Steiermark
- Hochschule Campus Wien, Forschungszentrum für angewandte Pflege

- Hochschule Campus Wien, Lehre und Forschung
- IG pflegender Angehöriger (IG-Pflege)
- Männergesundheitszentrum MEN (Wiener Gesundheitsverbund)
- Medizinische Universität Graz, Institut für medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation
- Medizinische Universität Wien, Universitätsklinikum AKH Wien, Klinische Abteilung für Hämatologie und Hämostaseologie
- Medizinische Universität Wien, Universitätsklinikum AKH Wien, Klinische Abteilung für Palliativmedizin
- Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin
- Mission Action Group Cancer
- Österreichische Forschungsförderungsgesellschaft (FFG)
- Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)
- Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)
- Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (ÖGHO)
- Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie (ÖGPO)
- Österreichische Gesellschaft für Radioonkologie, Radiobiologie und Medizinische Radiophysik (ÖGRO)
- Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), Abt. Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health
- Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV)
- Österreichische Krebshilfe
- Österreichische Plattform für Psychoonkologie (ÖPPO)
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)
- Plattform Sichtbar Werden
- Pro Rare Austria
- St. Anna Kinderkrebsforschung
- Statistik Austria
- Community Nurse (Diakonie)
- Tumorzentrum Oberösterreich, Ordensklinikum Linz
- UMIT TIROL – Private Universität für Gesundheitswissenschaften und -technologie
- Universität für Weiterbildung Krems, Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation
- Universität Wien, Institut für Klinische und Gesundheitspsychologie
- Universität Wien, Institut für Politikwissenschaft

Es wurden darüber hinaus noch zahlreiche weitere Organisationen zur Mitwirkung eingeladen, von denen keine Rückmeldung eingetroffen ist.

Folgende Organisationen waren am nationalen Review (Sounding Board) beteiligt:

- Arbeiterkammer Wien
- Bundesverband der Physiotherapeut*innen Österreichs
- Dachverband der Sozialversicherungsträger
- Die Allianz onkologischer Patient:innenorganisationen
- Gesundheit Burgenland
- Gesundheitsfonds Steiermark
- Kärntner Gesundheitsfonds
- NÖ Gesundheits- und Sozialfonds
- Österreichische Ärztekammer (ÖÄK)
- Österreichischer Berufsverband Soziale Arbeit
- Salzburger Gesundheitsfonds
- Wiener Gesundheitsfonds, MA 24 Wien

Bei Interesse können die Stellungnahmen der Organisationen bei krebsrahmenprogramm@goeg.at angefragt werden.

Von der Gesundheit Österreich GmbH waren Mitarbeiter:innen folgender Abteilungen involviert:

- Abteilung Digitalisierung und Dateninfrastrukturen
- Abteilung Evidenz und Qualitätsstandards
- Abteilung Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit
- Abteilung Gesundheitsberufe und Langzeitpflege
- Abteilung Gesundheitsökonomie und -systemanalyse
- Abteilung Koordination Onkologie
- Abteilung Pharmaökonomie
- Abteilung Planung und Systementwicklung
- Abteilung Qualitätssicherung und Patientensicherheit
- Agenda Gesundheitsförderung
- Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Gesundheitssystem
- Kompetenzzentrum Sucht
- Redaktion Gesundheitsportal

Abkürzungen

A-IQI-ONK	Austrian Inpatient Quality Indicators – Onkologie
AYAs	Adolescents and Young Adults / Jugendliche und junge Erwachsene
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGBL	Bundesgesetzblatt
BKFP	Brustkrebsfrüherkennungsprogramm
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (seit 2025)
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020-2025)
CAYAs	Children, Adolescents and Young Adults / Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
CCC	Comprehensive Cancer Centre
CCCN	Comprehensive Cancer Care Networks
DiGA	digitale Gesundheitsanwendungen
EBCP	Europe's Beating Cancer Plan / Europas Plan gegen den Krebs
EC	European Commission / Europäische Kommission
EHDS	European Health Data Space / Europäischer Gesundheitsdatenraum
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EMA	European Medicines Agency
ENDS	Electronic Nicotine Delivery Systems / elektronische Nikotinabgabesysteme
ENNDS	Electronic Non-Nicotine Delivery Systems / elektronische nikotinfreie Abgabesysteme
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter:innen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HFSS	High Fat, Salt and Sugar / Lebensmittel und Getränke mit hohem Fett-, Zucker- und Salzgehalt
HOS/PAL	Hospiz- und Palliativbereich
HosPalFG	Hospiz- und Palliativfondsgesetz

HPV	humane Papillomaviren
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems / Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
KI	künstliche Intelligenz
KJONK	Kinder- und Jugendonkologie
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MDA	medizinische Dokumentationsassistenz
NSK	Nationales Screening-Komitee auf Krebserkrankungen
ONGKG	Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen
ONKA	assoziierte onkologische Versorgung
ONKS	onkologischer Schwerpunkt
ONKZ	onkologisches Zentrum
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PREMs	Patient Reported Experience Measures
PROMs	Patient Reported Outcome Measures
SUPA	Survivorship Passport
ÜRVP	überregionale Versorgungsplanung
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit