

# Konzept Screeningprogramm- koordinierende Stelle

Endbericht – Stand 5. 12. 2022

---



# Konzept Screeningprogramm- koordinierende Stelle

Endbericht

Autorin:

Katharina Antony

Fachliche Begleitung:

Christina Dietscher

Veronika Eichinger

Gerald Gartlehner

Romana Ruda

Eva Schernhammer

Projektassistenz:

Monika Lovric

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorin und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Dezember 2022

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Antony, Katharina (2022): Konzept Screeningprogramm-kordinierende Stelle.  
Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/31/5114

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel  
(SDG) 3, „Gesundheit und Wohlergehen“, sowie zum Unterziel 3.5 bei.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

# Inhalt

Abbildungen.....	IV
Abkürzungen.....	V
Glossar.....	VI
1 Einleitung .....	1
2 Merkmale und Anforderungen organisierter Screeningprogramme in Bezug auf Krebserkrankungen .....	5
3 Anforderungen an eine Screeningprogramm-koordinierende Stelle .....	10
3.1 Kontext und Umfeld für eine Screeningprogramm-koordinierende Stelle in Österreich.....	10
3.2 Aufgabe und Zielsetzung der Screeningprogramm-koordinierenden Stelle .....	12
3.3 Konkrete Aufgaben einer Screeningprogramm-koordinierenden Stelle.....	13
3.4 Strukturelle und organisatorische Einbettung einer Screeningprogramm- koordinierenden Stelle .....	19
4 Anhang .....	23
4.1 Screeningkriterien des Krebsrahmenprogramms:.....	23
Literaturverzeichnis .....	26

# Abbildungen

Abbildung 3.1: Screeningprozess.....	14
Abbildung 3.2: Strukturelle und organisatorische Einbettung einer Screeningprogramm- koordinierenden Stelle .....	20

# Abkürzungen

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGK	Bundesgesundheitskommission
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
BKFP	Brustkrebs-Früherkennungsprogramm
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EU	Europäische Union
FG	Fachgruppe
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss (Deutschland)
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
IARC	International Agency for Research on Cancer
NSK	Nationales Screening-Komitee
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (Deutschland)
StKA	Ständiger Koordinierungsausschuss
WHO	World Health Organization
ZSG	Zielsteuerung-Gesundheit

# Glossar

**Evaluation** beschreibt eine singuläre bzw. in größeren zeitlichen Abständen durchgeführte Untersuchung eines Evaluationsgegenstands – hier eines Screeningprogramms –, um seine Wirkungen und Ursachen zu ergründen. Evaluationen haben eine Erklärungs- und Lenkungsfunktion und informieren mehrdimensional, z. B. das Programmmanagement, die Auftraggeber, aber auch die interessierte (Fach-)Öffentlichkeit. Sie nehmen Bewertungen des Evaluationsgegenstands anhand prospektiv festgelegter und offengelegter Kriterien vor und leiten aus der Analyse Handlungsempfehlungen für zukünftige Entscheidungen ab (vgl. Döring/Bortz 2016; Stockmann 2007). Beispielhafte Aufgaben einer Evaluation eines Screeningprogramms sind die Untersuchung seiner Wirkungen auf Morbidität und Mortalität, aber auch die längerfristige Analyse von Unterschieden in der Teilnahme rate zwischen Regionen oder Zielgruppen.

**Monitoring** beschreibt die kontinuierliche und systematische Bestandsaufnahme (Datenerfassung) – hier in Hinblick auf ein Screeningprogramm –, um den Fortschritt in Bezug auf die Planung zu ermitteln und allfällige Abwägungen frühzeitig zu erkennen. Das Monitoring ist ein Überwachungs- und Steuerungsinstrument, das vornehmlich das (Programm-)Management informiert und überwiegend organisationsintern durchgeführt wird. Es erfasst und sammelt kontinuierlich Daten zur Programmumsetzung und ermöglicht damit zeitnahe Entscheidungen zum Programmverlauf (vgl. Kurz/Kubek 2013; Stockmann 2007). Als beispielhaft für die Aufgaben eines Screeningprogramm-Monitorings kann die zeitnahe Erfassung einer Veränderung der Screeningteilnahmeraten oder einer Abweichung vom zu erwartenden Anteil positiver Testergebnisse (z. B. in einzelnen Regionen oder bei einzelnen Leistungserbringerinnen und -erbringern) genannt werden.



# 1 Einleitung

**Zielsetzung** des vorliegenden Konzepts ist, ein generelles Anforderungsprofil für eine Screeningprogramm-koordinierende Stelle festzulegen, um künftigen Programmscreenings auf Krebserkrankungen in Österreich – aufbauend auf Erfahrungen bei der Einführung des ersten Programmscreenings auf Krebs in Österreich, des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (BKFP) – im Interesse der Bevölkerung von Anfang an einen guten Start zu geben.

Das Konzept soll den Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit zur Kenntnis gebracht werden und bei der Implementierung künftiger qualitätsgesicherter Programmscreenings Berücksichtigung finden.

## Hintergrund

Eine **Empfehlung des Europäischen Rats vom 2. 12. 2003 in Bezug auf Krebscreenings** hält fest, dass eine sehr gute Evidenzbasis für den Nutzen von Screeningprogrammen in Bezug auf Brustkrebs und Darmkrebs sowie eine gute Evidenzbasis hinsichtlich Gebärmutterhalskrebs besteht. Empfohlen wird eine systematische Implementierung populationsbezogener Screeningprogramme für diese Krebserkrankungen auf Grundlage von Best-Practice-Leitlinien sowie eine laufende Qualitätssicherung und Evaluierung aller Ebenen dieser Programme (BMSGPK 2022).

Im Jahr 2011 beschloss die Bundesgesundheitskommission (BGK), das vorherrschende opportunistische Brustkrebs-Screening durch ein strukturiertes österreichweites **Brustkrebs-Früherkennungsprogramm** zu ersetzen. Im Jahr 2014 wurde das BKFP als erstes österreichisches Programmscreening ausgerollt (Gollmer et al. 2021).

Das **Krebsrahmenprogramm** aus dem Jahr 2014 hält im Bereich der Prävention das Implementieren von Programmscreenings als operatives Ziel fest. Programmscreenings, die den Screeningkriterien entsprechen, auf welche das Krebsrahmenprogramm referenziert, und die qualitätsgesichert umgesetzt werden, können einen Beitrag zur Reduktion der Gesamtmortalität und der spezifischen Krebsmortalität leisten. Explizit genannt wird im Krebsrahmenprogramm die Früherkennung von Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs (Mitglieder des Onkologie-Beirates 2014, S. 21).

Das österreichische **Regierungsprogramm 2020–2024 Aus Verantwortung für Österreich** fordert die „evidenzbasierte Modernisierung von Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Mammascreeing und Darmkrebsvorsorge)“ (Regierungsprogramm 2020).

Zur Unterstützung der Umsetzung der Ziele des Krebsrahmenprogramms wurde im Jänner 2021 ein **Nationales Screening-Komitee für Krebserkrankungen (NSK)** als Beratungsgremium des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz nach § 8 Abs. 1 des Bundesministerengesetzes 1986 eingerichtet. Das NSK hat die Aufgabe, die evidenzbasierte Implementierung und Begleitung (inkl. Evaluierung) von Programmscreenings zu unterstützen (BMSGPK 2022).

Die erste Funktionsperiode des NSK sah eine Beschäftigung mit der (möglichen) Implementierung eines Darmkrebs-Screeningprogramms vor. Nach Prüfung der Evidenzlage hielt das NSK fest, dass Evidenz zur direkten Wirksamkeit eines organisierten Darmkrebs-Screeningprogramms vorliegt, und empfahl die Implementierung eines qualitätsgesicherten nationalen organisierten Darmkrebs-Screeningprogramms für die asymptomatische Allgemeinbevölkerung mit durchschnittlichem Dickdarmkrebsrisiko zwischen 45 und 75 Jahren (BMSGPK 2022; Screening-Komitee auf Krebserkrankungen 2022).

Auch hinsichtlich weiterer Themen wird das NSK künftig nach Prüfung der aktuellen Evidenz Empfehlungen hinsichtlich der Einführung bzw. der konkreten Ausgestaltung von Programm screenings auf Krebserkrankungen geben.

Auf EU-Ebene wurde im Februar 2021 der **europäische Plan zur Krebsbekämpfung** vorgestellt, der die Mitgliedstaaten bei der Prävention, der Früherkennung sowie der Diagnose und Behandlung von Krebserkrankungen sowie bei der Gewährleistung einer guten Lebensqualität für Krebspatientinnen und -patienten, -überlebende, ihre Angehörigen und Pflegekräfte unterstützen soll. In Bezug auf Screening ist in diesem Plan die Zielsetzung formuliert, dass bis 2025 für 90 Prozent der EU-Bürger:innen, die für Früherkennungsuntersuchungen auf Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs bzw. kolorektalen Krebs infrage kommen, ein entsprechendes Screening angeboten wird. Im Bereich der Früherkennung ist die **Aktualisierung der Empfehlung des Europäischen Rats zum Screening auf Krebserkrankungen** eine der wesentlichsten Initiativen des europäischen Plans zur Krebsbekämpfung (vgl. European Commission 2022c; European Commission 2022a): Die aktualisierten Empfehlungen des Europäischen Rates hinsichtlich der Screenings auf Krebserkrankungen erneuert – mit Referenz auf die Stellungnahme der leitenden wissenschaftlichen Berater der Europäischen Kommission – die Empfehlung hinsichtlich eines Screenings auf Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs. Darüber hinaus hält die Empfehlung von November 2022 fest, dass die populationsbezogener Früherkennungsprogramme entsprechend der nationalen Prioritäten schrittweise auf weitere Krebsarten (v. a. Lungen- und Prostatakrebs sowie Magenkrebs), für die entsprechende Kriterien (gutes Nutzen-Schaden-Verhältnis, Kosteneffizienz, Vorteile der Früherkennung und Durchführbarkeit) vorliegen, ausgeweitet werden können (Council of the European Union 2022; European Commission 2022b).

Auch die kürzlich gestartete **Mission Cancer** des EU-Rahmenprogramms für Forschung und Innovation unterstützt die Ziele des europäischen Plans zur Krebsbekämpfung. Die 13 formulierten Empfehlungen zur Erreichung der Ziele der „Mission Cancer“ bestätigen erneut die Ziele des o. g. Krebsrahmenprogramms, u. a. die strategischen Ziele „verringerte Inzidenz durch Prävention und Gesundheitsförderung“, „verringerte Mortalität und längeres Überleben durch Früherkennung, Diagnostik und hochwertige Behandlung“ und „hochwertige Daten und Informationen zur Entscheidungsfindung von Gesunden, Patientinnen und Patienten, Leistungserbringern und politischen Entscheidungsträgern“. Die „Mission Cancer“ sieht vor, dass die Mitgliedstaaten Umsetzungspläne zur Erreichung der Ziele entwickeln, hierzu wurde auch in Österreich eine „Mission Action Group“ etabliert, die vom Wissenschaftsressort und der Wissenschaftskoordination in der Sektion VII des BMSGPK geleitet wird. Auf Basis der internationalen Leitdokumente legte die Gruppe sechs zentrale Handlungsfelder im nationalen Kontext fest – unter anderem das Handlungsfeld „Prävention – Prüfung und Pilotierung neuer Screening-Programme“, das die Pilotierung

eines Darm- und eines Lungenkarzinomscreenings vorsieht sowie Implementierungsforschung zu bestehenden Programmen, um die Teilnahme der Bevölkerung an den Screeningprogrammen zu erhöhen (European Commission 2021).

Um den Entwicklungen auf EU-Ebene im Kontext der „Mission Cancer“ und des europäischen Plans für Krebsbekämpfung der EU gerecht zu werden und ihre Ziele in Bezug auf Früherkennung zu erreichen (wie etwa durch das o. g. Angebot eines Screenings auf Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs bzw. kolorektalen Krebs für mind. 90 Prozent der EU-Bürger:innen), erscheint die Einführung weiterer Programmscreenings als eine wesentliche Voraussetzung.

Damit kann resümiert werden, dass die Zunahme der Anzahl der Empfehlungen zur Einführung von Programmscreenings auf Krebserkrankungen und die Komplexität solcher Programme, aber auch die sich rasch entwickelnden technischen Möglichkeiten und wissenschaftlichen Erkenntnisse in diesem Bereich eine qualitativ hochwertige, effiziente und evidenzbasierte Vorgehensweise erfordern.

Daher ist es relevant, neben der evidenzbasierten Genese der Screeningempfehlungen in Österreich durch das NSK auch Kriterien für eine koordinierende Stelle für Screeningprogramme in Bezug auf Krebserkrankungen zu definieren. Diese werden im vorliegenden Konzept allgemein für Programmscreenings auf Krebserkrankungen formuliert, wobei aufgrund der aktuellen Empfehlung des NSK das Screening auf Dickdarmkrebs an einigen Stellen exemplarisch angeführt wird.

### **Entwicklung des vorliegenden Konzepts für eine koordinierende Stelle für Programmscreenings**

Eine Reihe internationaler und nationaler Publikationen formuliert Anforderungen an die Umsetzung organisierter Screeningprogramme (vgl. Kapitel 2). Bezüglich der Darmkrebsfrüherkennung werden in der europäischen Leitlinie zu Darmkrebscreening 29 Empfehlungen hinsichtlich der konkreten Implementierung/Organisation im Rahmen eines organisierten Screenings in unterschiedlicher Detailliertheit gegeben (z. B. zu Teilnahme, Testprotokollen, zum Management testpositiver Personen, zur Screeningpolicy innerhalb des Gesundheitssystems, zur stufenweisen Implementierung sowie zur Datenerhebung und -überwachung)<sup>1</sup> (Segnan et al. 2012).

Aus diesen Empfehlungen, aber auch aus den Erfahrungen bei der Implementierung des bisher einzigen organisierten Screeningprogramms in Österreich, des BKFP, sowie anhand der konkreten Umsetzungen organisierter Screeningprogramme in anderen Ländern lassen sich einerseits Aufgaben ableiten, die im Rahmen der Einführung, des Betriebs und der Weiterentwicklung eines organisierten Screeningprogramms in Bezug auf Krebserkrankungen wahrzunehmen sind, und zeigen sich andererseits auch Rahmenbedingungen und Faktoren, die eine effektive Umsetzung von Screeningprogrammen begünstigen oder hemmen können.

---

1

Die jeweiligen Empfehlungen in der europäischen Leitlinie referenzieren auf die Evidenz- bzw. Entscheidungsgrundlagen, die in der Leitlinie und ihren Anhängen umfänglich dargelegt sind.

Das vorliegende Konzept hält in Kapitel 2 die Merkmale organisierter Screeningprogramme und die Anforderungen daran allgemein fest, Kapitel 3 formuliert die konkreten Anforderungen an eine Screeningprogramm-koordinierende Stelle. Hierbei wird zuerst der aktuelle Kontext für Programm-screenings vorgestellt (Kapitel 3.1), gefolgt von den generellen Aufgaben sowie der Zielsetzung dieser Stelle (Kapitel 3.2) und der Auflistung der konkreten Aufgaben der Screeningprogramm-koordinierenden Stelle anhand des Beispiels eines Darmkrebsscreenings (Kapitel 3.3). Abschließend werden Möglichkeiten der strukturellen und organisatorischen Einbettung der Screeningprogramm-koordinierenden Stelle ins österreichische Gesundheitswesen (Kapitel 3.4) vorgestellt.

## 2 Merkmale und Anforderungen organisierter Screeningprogramme in Bezug auf Krebserkrankungen

### Merkmale organisierter Screeningprogramme in Bezug auf Krebserkrankungen

Früherkennungs- bzw. Vorsorgeuntersuchungen<sup>2</sup> können in unterschiedlicher Form im Gesundheitswesen eines Landes angeboten werden: als organisiertes (nationales oder regionales) Programmscreening oder aber als opportunistisches Screening, d. h. als einzelne Früherkennungsuntersuchungen ohne Einbettung in ein Programm bzw. in einen größeren Rahmen (wie Qualitätssicherung, Monitoring).

Merkmale eines **organisierten Früherkennungsprogramms** sind gemäß der Internationalen Agentur für Krebsforschung (IARC),

1. „eine explizite Strategie mit festgelegten Altersgruppen, Methoden und Intervallen für das Screening,
2. eine definierte Zielpopulation,
3. ein verantwortliches Managementteam für die Durchführung,
4. ein Gesundheitsteam für Entscheidungen und Betreuung,
5. eine Qualitätssicherungsstruktur und
6. eine Methode zur Ermittlung des Auftretens von Krebs und Todesfällen in der Bevölkerung.“ (Segnan et al. 2012).

Evidenz aus Großbritannien und Norwegen für ein Zervixkarzinom-Screening belegt, dass die Einführung eines organisierten Screenings gegenüber einem opportunistischen Screening mit einer Steigerung der Teilnahmerate und einem Rückgang der Inzidenz des invasiven Zervixkarzinoms verbunden war, obwohl das opportunistische Screening bereits verbreitet war. Ähnliche Hinweise liefern Studien zu Brustkrebs. Weiters erreichen organisierte Screeningprogramme eine bessere Abdeckung der Zielbevölkerung – inklusive schwer erreichbarer oder benachteiligter Gruppen – und bieten einen größeren Schutz einerseits vor den Nachteilen des Screenings einschließlich des Overscreenings, Qualitätsunterschieden und möglicher Komplikationen durch die Screeninguntersuchungen sowie andererseits vor der unzureichenden Nachsorge für Teilnehmer:innen mit positiven Testergebnissen (Segnan et al. 2012, S. 40 f.).

---

2

Der Begriff der Vorsorge wird im vorliegenden Konzept mit Bezug auf das Darmkrebsscreening verwendet, da mittels der Screeninguntersuchung Koloskopie im Rahmen der Früherkennung auch Gewebeprobe(n) (Biopsien) entnommen und kleinere Eingriffe (z. B. Abtragen von Polypen) durchgeführt werden können.

## Anforderungen an Programmscreenings

Auch das **österreichische Krebsrahmenprogramm** listet **Screeningkriterien** (siehe Anhang), die geprüft werden müssen und einzufordern sind, bevor ein organisiertes Programmscreening implementiert wird. Die Screeningkriterien stellen dabei klare Anforderungen betreffend der Erkrankung, des Tests, der Behandlung und des Screeningprogramms. (Mitglieder des Onkologie-Beirates 2014)

Hinsichtlich des Screeningprogramms ist sowohl seine Effektivität hinsichtlich der Reduktion von Mortalität bzw. Morbidität mit hochwertiger Evidenz zu belegen als auch seine Effizienz nachzuweisen und die Annehmbarkeit des gesamten Programms für die Öffentlichkeit und das Gesundheitspersonal zu prüfen. Der Nutzen des Programms ist gegen den dadurch etwaig entstehenden Schaden abzuwägen.

Für ein Screeningprogramm muss aber auch ein Plan für das Management und die Überwachung des Programms inklusive Qualitätssicherung und für die entsprechenden Kapazitäten zu seiner Umsetzung – insbesondere zur Durchführung von Tests, Diagnose und Behandlung –, aber auch für das Programmmanagement vorhanden sein. Für die Zielgruppe sind einfach verständliche, evidenzbasierte Informationen zum Screening vorzusehen, die potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern daran eine informierte Entscheidung ermöglichen. Explizit festgehalten wird auch, dass „von vornherein [...] mit öffentlichem Druck in Richtung Erweiterung der Einschlusskriterien, Verkürzung des Screening-Intervalls und Erhöhung der Empfindlichkeit des Testverfahrens gerechnet werden [muss]. Entscheidungen über diese Parameter müssen der Öffentlichkeit gegenüber wissenschaftlich gerechtfertigt werden (können)“ (Mitglieder des Onkologie-Beirates 2014).

Hinsichtlich der konkreten Umsetzung von Screeningprogrammen zeigt sich beispielsweise für Darmkrebs, dass die Effektivität von Screenings hinsichtlich deren Wirkung auf Mortalität und Inzidenz eine Funktion der Qualität der individuellen Komponenten des Screeningprozesses ist: von der Organisation und Administration bis zu Assessment, Behandlung und Follow-up der durch das Screening detektierten Läsionen. (Segnan et al. 2012, S. 39)

Während in Österreich das NSK unter Berücksichtigung der o. g. Screeningkriterien für die evidenzbasierte Empfehlung von Screenings auf Krebserkrankungen inklusive der Definition der Altersgruppen, Methoden, Intervalle und der Zielgruppe verantwortlich zeichnet, muss eine Screeningprogramm-koordinierende Stelle als verantwortliches Managementteam die qualitativ hochwertige Umsetzung des Programms samt der Überwachung seiner Wirkungen sicherstellen.

Internationale Leitlinien, vor allem auch jene der EU, sind bei der Einführung von Programmscreenings zu berücksichtigen. Die Leitlinien treffen in unterschiedlichem Umfang auch Empfehlungen hinsichtlich der Umsetzung, Evaluation, Qualitätssicherung und Ausbildung organisierter Screeningprogramme.<sup>3</sup>

Hinsichtlich der Anforderungen an Programmscreenings hält die Europäische Leitlinie für die Darmkrebsfrüherkennung fest, dass es eines nationalen und staatlichen Rahmens sowie politischer Unterstützung und einer nachhaltigen Finanzierung bedarf, um Programmscreenings erfolgreich implementieren zu können. Das Programm muss dabei in das Gesundheitssystem integriert werden. Sollten erforderliche bzw. geeignete Strukturen im Gesundheitssystem fehlen, sollte die Implementierungsphase zu ihrem Aufbau genutzt werden.

Die Leitlinie präzisiert diese Anforderungen, die es für die erfolgreiche Implementierung eines Programmscreenings sicherzustellen gilt – zu beachten sind

1. „der rechtliche Rahmen für die Identifizierung und Nachverfolgung der Bevölkerung,
2. die Verfügbarkeit und Genauigkeit der erforderlichen epidemiologischen Daten, auf denen die Entscheidung für die Einführung eines Screenings beruhen,
3. die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der wesentlichen demografischen Daten zur Identifizierung der Zielbevölkerung und zur Einrichtung eines Einladungssystems,
4. die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit qualitätsgesicherter Dienste für die Diagnose und Behandlung von Darmkrebs und dessen Vorstufen,
5. (Werbe-)Maßnahmen zur Förderung der Teilnahme an dem Programm,
6. eine Zusammenarbeit mit dem örtlichen Krebsregister (sofern vorhanden) und dem Todesursachenregister sowie die Führung von Bevölkerungs- und Screeningregistern, um Anpassungen des Programms vorzunehmen und um die Bewertung der Auswirkungen und die Weiterverfolgung der Todesursachen auf individueller Ebene sicherzustellen“ (Segnan et al. 2012, S. 40 f.).

## Rechtlicher Rahmen für Programmscreenings

### *Empfehlungen für die rechtliche Verankerung von Programmscreenings in Österreich*

In Österreich gibt es aktuell keine rechtliche Festlegung dazu, welche Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen der (versicherten) Bevölkerung unter welchen Voraussetzungen anzubieten sind.

---

3

Auf Ebene der EU liegen aktuell drei Leitlinien zur Qualitätssicherung von Krebsfrüherkennungsprogrammen vor: für die Darmkrebsfrüherkennung (Segnan et al. 2012), für die Brustkrebsfrüherkennung (European Commission 2006) und für die Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung (European Commission 2008). Alle drei Leitlinien werden aktualisiert und sollen künftig als „lebende Leitlinien“ geführt werden, die in Reaktion auf wissenschaftliche Erkenntnisse rasch geändert und aktualisiert werden können. (European Commission 2022b)

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) regelt in § 117 die Leistungen der Krankenversicherung: Unter lit. 1 sind dort Leistungen „zur Früherkennung von Krankheiten“ angeführt. Hier werden spezifisch die Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge-(Gesunden-)Untersuchungen genannt. Näheres zu den beiden Untersuchungen ist in §§ 132a und 132b ASVG ausgeführt.

Die Regelungen zum einzigen österreichischen organisierten Krebsfrüherkennungsprogramm, dem Brustkrebs-Früherkennungsprogramm (BKFP), sind über Zusatzprotokolle zum Gesamtvertrag der Vorsorgeuntersuchung geregelt.

Eine diesbezügliche gesamthafte rechtliche Regelung hinsichtlich Früherkennungsuntersuchungen und der jeweiligen Zuständigkeiten im österreichischen Gesundheitswesen wäre aus Sicht des BMSGPK erstrebenswert.

In Ermangelung entsprechender Gesetze müssten als Übergangslösung in den erforderlichen Verträgen zu den Programmscreenings auch die diesbezüglichen Befugnisse der Zielsteuerung-Gesundheit (wie beispielsweise Entscheidungen über die Finanzierung von Screeningprogrammen oder hinsichtlich Rahmenvorgaben zur Qualitätssicherung) geregelt werden.

#### *Regelung in Deutschland*

Als positives Beispiel einer rechtlichen Verankerung von Programmscreenings kann die **rechtliche Regelung in Deutschland** genannt werden: Dort ist in § 25a des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) geregelt, dass „Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen gemäß § 25 Absatz 2 [Anm.: SGB V], für die von der Europäischen Kommission veröffentlichte Europäische Leitlinien zur Qualitätssicherung von Krebsfrüherkennungsprogrammen vorliegen, [...] als organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme angeboten werden [sollen].“

Was ein organisiertes Krebsfrüherkennungsprogramm umfasst, ist an dieser Stelle ebenfalls festgehalten:

„Diese Programme umfassen insbesondere

1. die regelmäßige Einladung der Versicherten in Textform zur Früherkennungsuntersuchung nach Satz 1,
2. die mit der Einladung erfolgende umfassende und verständliche Information der Versicherten über Nutzen und Risiken der jeweiligen Untersuchung, über die nach Absatz 4 vorgesehene Verarbeitung der personenbezogenen Daten, die zum Schutz dieser Daten getroffenen Maßnahmen, den Verantwortlichen und bestehende Widerspruchsrechte,
3. die inhaltliche Bestimmung der Zielgruppen, der Untersuchungsmethoden, der Abstände zwischen den Untersuchungen, der Altersgrenzen, des Vorgehens zur Abklärung auffälliger Befunde und der Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie
4. die systematische Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität der Krebsfrüherkennungsprogramme unter besonderer Berücksichtigung der Teilnahmeraten, des Auftretens von Intervallkarzinomen, falsch positiver Diagnosen und der Sterblichkeit an der betreffenden Krebserkrankung unter den Programmteilnehmern.“ (§ 25a SGB V)



In Deutschland liegt der Auftrag zum Erlass von Richtlinien hinsichtlich Maßnahmen zur Durchführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme nach SGB V § 25a einschließlich der systematischen Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität dieser Programme beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Das SGB V legt dabei auch fest, dass in den Richtlinien „insbesondere das Nähere zum Einladungswesen, zur Qualitätssicherung und zum Datenabgleich mit den Krebsregistern festzulegen [ist], und [...] die hierfür zuständigen Stellen zu bestimmen [sind]“ (§ 25a Abs. 2 SGB V). Der G-BA ist mit dem Erlass der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFP-RL) diesem Auftrag nachgekommen. Die Gesamtverantwortung für das Programm liegt dabei beim G-BA, der einzelne Stellen mit spezifischen Aufgaben beauftragen kann (z. B. Bestimmung der auswertenden Stellen).

Eine ähnliche rechtliche Verankerung des Leistungsanspruchs auf Programmscreenings im ASVG wäre aus Sicht des BMSGPK erstrebenswert.

## 3 Anforderungen an eine Screeningprogramm-koordinierende Stelle

Mit Programmscreenings ist eine große Verantwortung in Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung verbunden. Es ist daher wichtig, jedes Screening nach klaren, evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Kriterien zu implementieren.

Screeningprogramme betreffen – je nach Art und Ort der erforderlichen Screeninguntersuchungen – die Zuständigkeiten aller Systempartner des österreichischen Gesundheitssystems. Daher wird vorgeschlagen, dass die Entscheidung über die Implementierung und Finanzierung von Screeningprogrammen sowie die Auswahl der programmkoordinierenden Stelle durch die Gremien der Partner der Zielsteuerung-Gesundheit erfolgen soll.

Zentrale Aufgaben der Screeningprogramm-koordinierenden Stelle sind die Implementierung sowie die laufende Durchführung und Qualitätssicherung des Screeningprogramms. Dafür sind festgelegte Anforderungen – unter Berücksichtigung der bestehenden Strukturen und Zuständigkeiten sowie der Architektur des österreichischen Gesundheitssystems – zu erfüllen, die eine qualitätsvolle Umsetzung organisierter Programmscreenings sicherstellen.

Die Erarbeitung und künftig auch die Aktualisierung von Empfehlungen zu Screeningprogrammen sind hingegen nicht Aufgabe der Programm-koordinierenden Stelle, sondern sollten zur Sicherstellung der Einbeziehung der wissenschaftlichen Evidenz durch das unabhängige nationale Screeningkomitee (NSK) erfolgen.

### 3.1 Kontext und Umfeld für eine Screeningprogramm-koordinierende Stelle in Österreich

#### Organisation des österreichischen Gesundheitswesens und seine Strukturen mit Relevanz für Screeningprogramme

Zur Umsetzung der Ziele der Gesundheitsreform 2013 wurde von Bund, Ländern und Sozialversicherung der erste Bundes-Zielsteuerungsvertrag mit Gültigkeit bis 2016 beschlossen. Der zweite Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2017–2021) führte das eingerichtete **partnerschaftliche Zielsteuerungssystem** (Zielsteuerung-Gesundheit, ZSG) fort und entwickelte es kontinuierlich weiter, desgleichen gilt für den aktuellen Zielsteuerungsvertrag (2022 und 2023). Als Organe der Bundeszielsteuerung (bzw. der Bundesgesundheitsagentur [BGA]) agieren auf Beamtenebene der **Ständige Koordinierungsausschuss** (StKA) und auf politischer Ebene die **Bundes-Zielsteuerungskommission** (B-ZK). In beiden Organen sind Bund, Länder und Sozialversicherung als gleichberechtigte Partner und Entscheidungsträger vertreten. Die Aufgaben sind u. a., die Entwicklungen im österreichischen Gesundheitssystem zu verfolgen und im Sinne der gemeinsamen strategischen Zielsetzungen mittels gemeinsamer Grundsätze, Vorgaben und Instrumente steuernd einzugreifen (vgl. Das Öffentliche Gesundheitsportal Österreichs 2022; Zielsteuerung-Gesundheit 2017).

Das **Nationale Screening-Komitee (NSK) auf Krebserkrankungen**, welches im Jahr 2021 eingerichtet wurde, ist ein Beratungsgremium des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und unterstützt die evidenzbasierte Implementierung und Begleitung von Programmscreenings unter Berücksichtigung der Screeningkriterien der WHO.

Zu den Aufgaben des NSK zählen

- » die Bewertung von Themeneinmeldungen
  - » hinsichtlich deren Relevanz (inkl. einer allfälligen Priorisierung relevanter Themen) sowie
  - » betreffend ihre Evidenzbasis (z. B. nationale und internationale Leitlinien) im nationalen Kontext,
- » die Empfehlung zur Beauftragung wissenschaftlicher Institutionen mit der Aufbereitung von Evidenzgrundlagen,
- » die Formulierung von Empfehlungen
  - » zur Implementierung neuer Screeningprogramme auf Basis wissenschaftlicher Evidenz (inkl. der Definition der Altersgruppen, Methoden, Intervalle und der Zielgruppe),
  - » zum begleitenden Monitoring (Datenerfassung),
  - » zur Evaluation der empfohlenen Screeningprogramme in Bezug auf Krebserkrankungen,
  - » zur Weiterentwicklung bestehender Screeningprogramme u. a. auf Basis von Evaluationen (z. B. zwecks erforderlicher Programmmodifikationen) und
  - » zur Entwicklung begleitender multimodaler Informationsstrategien für Programmscreenings (OEPGK 2018) inklusive evidenzbasierter Patienteninformation zur Entscheidungsfindung (Geschäftsordnung des NSK 2021).

Um den Austausch des NSK mit den Stakeholderinnen und Stakeholdern im Gesundheitswesen frühzeitig sicherzustellen, wurde ein **Sounding Board des NSK** eingerichtet, in welches Vertreter:innen des Bundes, der Sozialversicherung, der Länder, aber auch der Österreichischen Ärztekammer und der Patientenanwaltschaft entsandt wurden. Die frühzeitige Einbindung von Stakeholderinnen und Stakeholdern soll – neben der im Screening-Komitee vertretenen Evidenz – auch die Interessen der Stakeholder:innen sowie eine ökonomische Sichtweise einbringen, die auf die Umsetzung von Screeningprogrammen fokussiert und damit deren Realisierbarkeit von Anfang an mitberücksichtigt. (Fröschl et al. 2020)

Die Empfehlungen des NSK an den Minister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sind nicht bindend. Da die Implementierung der Empfehlungen alle Systempartner in unterschiedlichen Rollen und unterschiedlichem Ausmaß betrifft, ist es empfehlenswert, grundlegende Entscheidungen über die Vorbereitung und Implementierung der empfohlenen Screeningprogramme gemeinschaftlich zu treffen.<sup>4</sup> Dafür empfehlen sich aufgrund ihrer Zusammensetzung

---

4

Die konkrete Umsetzungsplanung und die Implementierung entsprechend diesen grundlegenden Entscheidungen, erfolgen durch die Programm-koordinierende Stelle.

die Gremien der Bundes-Zielsteuerung, allen voran die **Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK)**, der alle finanzierungsrelevanten Zielsteuerungsbeschlüsse vorzulegen sind.

Auch die **Entscheidung über die Errichtung und Verortung der Screeningprogramm-koordinierenden Stelle** muss **durch die ZSG-Gremien** erfolgen, wobei diese auch über die Arbeiten der programm-koordinierenden Stelle (z. B. in Form von Quartals- oder Jahresberichten) zu informieren sind.

Während die grundsätzliche Entscheidung zur Implementierung eines organisierten Screenings idealerweise im Kontext der Zielsteuerung-Gesundheit getroffen wird, bedarf die konkrete Ausgestaltung des Programms unter Berücksichtigung der Evidenzgrundlagen und Zielsteuerungsbeschlüsse der Einbindung weiterer relevanter Partner:innen, etwa im Rahmen einer Programmlenkungsgruppe:

- » Eine wesentliche Partnerin in der konkreten Umsetzung von Screeningprogrammen in Bezug auf Krebserkrankungen ist die Ärzteschaft, welche durch die **Österreichische Ärztekammer (ÖÄK)** standesrechtlich vertreten wird. Diese ist für alle mit der konkreten Umsetzung der konkreten Programme verbundenen wesentlichen Aufgaben einzubinden bzw. darüber zu informieren. Zusätzlich sind für die konkrete Programmausgestaltung Vertreter:innen aus den jeweils betroffenen Fachgebieten, z. B. via den Programmlenkungsausschuss, einzubinden.
- » Zur Wahrung der Interessen der Zielbevölkerung des Screenings und zur Beförderung einer informierten Teilnahme an den Programmscreenings sind auch Patientenvertretungen mit einzubeziehen. Hier sind die **Patientinnen- und Patientenadvokatur** sowie **Vertretungen der Selbsthilfe** zu nennen. Neben den institutionalisierten Patientinnen- und Patientenvertretungen ist bei der konkreten Umsetzung von Screeningprogrammen in ausgewählten Prozessen die Zielgruppe direkt einzubinden (z. B. bei der Entwicklung und Testung von Informationsmaterialien).

Insgesamt wäre für die Einführung und Verankerung organisierter Früherkennungsprogramme in Bezug auf Krebserkrankungen eine rechtliche Regelung ähnlich jener in Deutschland (siehe Kapitel 2) zielführend.

Solange eine derartige Regelung nicht besteht, sind Programmscreenings durch geeignete Verträge zwischen allen beteiligten Systempartnern (Bund, Sozialversicherung, Länder) und allen involvierten Leistungserbringern (z. B. ÖÄK, Krankenanstaltenträger, Labore) abzusichern.

## 3.2 Aufgabe und Zielsetzung der Screeningprogramm-koordinierenden Stelle

**Generelle Aufgabe und Zielsetzung** der Screeningprogramm-koordinierenden Stelle ist die evidenzbasierte, effektive, qualitätsgesicherte und effiziente Einführung, Umsetzung sowie erforderlichenfalls Modifizierung organisierter Früherkennungsprogramme in Bezug auf Krebserkrankungen im Kontext des österreichischen Gesundheitssystems, deren Umsetzung von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen wurde.

Dabei hat sich die Stelle an den Empfehlungen des Nationalen Screening-Komitees (NSK) und den Beschlüssen der Zielsteuerung-Gesundheit zu orientieren. Darüber hinaus sollen die Arbeiten der programmkoordinierenden Stelle in Orientierung an den Empfehlungen der europäischen Leitlinien für Krebsfrüherkennung oder, sofern vorhanden, an aktuelleren nationalen Evidenzgrundlagen erfolgen. Abweichungen von den Empfehlungen sind in jedem Fall transparent zu begründen und zu dokumentieren.

Die programmkoordinierende Stelle trägt die Gesamtverantwortung für die operative Umsetzung (entsprechend den Beschlüssen der B-ZK) eines oder mehrerer organisierter Screeningprogramme in Bezug auf Krebserkrankungen.

### 3.3 Konkrete Aufgaben einer Screeningprogrammkoordinierenden Stelle

Der programmkoordinierenden Stelle obliegen Aufgaben im Rahmen der Neueinführung eines organisierten Screeningprogramms sowie des laufenden Betriebs und erforderlichenfalls der Adaptierung dieses Programms.

Wie eingangs erwähnt, wurden die Aufgaben aus den Empfehlungen zur Implementierung der Screeningprogramme in Bezug auf Krebserkrankungen – und hier v. a. von Segnan et al. (2012) –, aber auch aus der Implementierung des bisher einzigen organisierten Screeningprogramms in Österreich, des BKFP, und aus den konkreten Umsetzungen organisierter Screeningprogramme anderer Länder abgeleitet.

Aus den Anforderungen an die Umsetzung organisierter Screeningprogramme zeigt sich, dass bei der Organisation eines (neuen) Früherkennungsprogramms neben der Sicherstellung eines rechtlichen bzw. vertraglichen Rahmens zur Identifizierung und Nachverfolgung der Bevölkerung sowie der Verfügbarkeit reliabler epidemiologischer Daten, auf deren Basis eine Entscheidung über die Durchführung eines Programms getroffen werden kann, u. a. folgende grundlegende Aufgaben zu erfüllen sind:

Im Rahmen der erstmaligen Implementierung von Strukturen und Prozessen von Früherkennungsprogrammen in Bezug auf Krebserkrankungen kommen auf die programmkoordinierende Stelle spezifische Aufgaben zu.

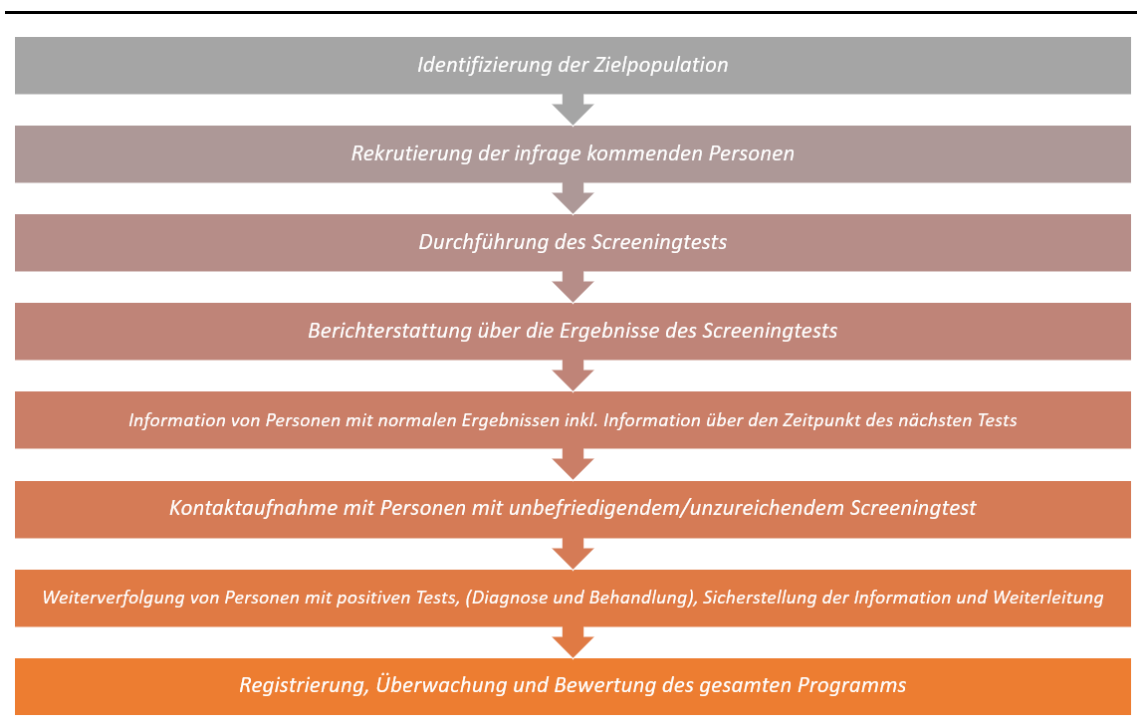
- » Zum einen sollte die programmkoordinierende Stelle – ausgehend von den bestehenden Strukturen der aktuellen opportunistischen Früherkennungsuntersuchungen (Bestandsaufnahme) – mit der Planung und dem Aufbau der konkreten Screeningprogramme befasst sein. Erfahrungen aus dem BKFP zeigen, dass die Organisation der Einrichtung eines neuen Früherkennungsprogramms in Form eines Projekts mit entsprechendem Mandat der Umsetzung zuträglich war.
- » Zum anderen sollten neue organisierte Früherkennungsprogramme stufenweise implementiert werden (Pilotprojekte). Bereits bestehende regionale Screeningprojekte können für die

Pilotierung organisierter Screenings eine Basis bilden. Die wissenschaftliche Begleitung (Evaluation) von Pilotprojekten bietet die Möglichkeit, im Rahmen einer Prozessevaluation förderliche und hemmende Faktoren der Inanspruchnahme und konkreten Umsetzung zu eruieren und im Rahmen einer Wirkungsevaluation die (kurzfristigen) Wirkungen des Programms zu erfassen. Die Erkenntnisse sind von der programmkoordinierenden Stelle bei der Programmausrollung zu beachten und können einen friktionsfreien und effektiven Programmstart begünstigen (vgl. Segnan et al. 2012).

- » Organisierte Screenings sind unter Berücksichtigung bestehender Strukturen zu konzipieren. Jedenfalls ist ein verpflichtender Zeitrahmen, auf den sich die Betroffenen verständigen, festzulegen, innerhalb dessen bestehende Strukturen (z. B. eines opportunistischen Screenings oder regionaler Projekte) in das Programm übergeführt werden.

Entlang des Screeningprozesses (siehe Abbildung 3.1) können die Aufgaben der programmkoordinierenden Stelle angeführt werden, wobei bei der Formulierung der Aufgaben die Umsetzung eines Darmkrebscreenings entsprechend der Empfehlung des NSK berücksichtigt wurde. Je nach Krebsentität, auf die gescreent werden soll, können die Aufgaben im Detail variieren.

Abbildung 3.1: Screeningprozess



Quelle: eigene Darstellung nach Segnan et al. (2012)

## **Konkrete Aufgaben einer Screeningprogramm-koordinierenden Stelle (am Beispiel eines Darmkrebscreenings)**

### **1. Identifizierung der Zielbevölkerung und Zugang zu ihr auf Basis der Empfehlungen des NSK bzw. der Beschlüsse der B-ZK**

- » Sicherstellung des Zugangs zu einem Bevölkerungsregister, das möglichst genaue und aktuelle Informationen über die Zielbevölkerung zusammenfasst, unter Wahrung datenschutzrechtlicher Vorgaben. Im österreichischen System der sozialen Krankenversicherung, das 8,9 Millionen Personen bzw. 99,9 Prozent der Bevölkerung abdeckt, können Versichertendaten herangezogen werden.
- » Klärung von Fragen zur Spezifizierung der Zielbevölkerung (z. B. Personen mit erblichen Syndromen) entsprechend den Vorgaben des NSK und regelmäßige Überprüfung der Kriterien. Festlegung allfälliger Opt-out-Möglichkeiten (z. B. für Personen mit Vorerkrankungen)

### **2. Einladungsmanagement**

- » Entscheidung über die konkrete Form der persönlichen Einladungen. Verfassen der Einladungstexte und (Veranlassung der) Übermittlung an die Zielbevölkerung
- » Entscheidung über Reminder- bzw. Recallsysteme und (Veranlassung der) Umsetzung

### **3. Umfassende und verständliche Information der Zielbevölkerung über Nutzen und Schaden der Untersuchung sowie über weiterführende Maßnahmen bei positivem Ergebnis**

- » Entscheidung über die Bereitstellung von Informationen sowie partizipative Entwicklung bzw. Testung der Materialien, um die adressierte Zielbevölkerung in die Lage zu versetzen, eine informierte Entscheidung über die Screeningteilnahme zu treffen
- » Frühzeitige Einbindung der Ärzteschaft: Aufklärung dieser über Nutzen und Schaden des Screenings, Entscheidung über Einbindung der Ärzteschaft in die Kommunikation an die Zielbevölkerung (direkte Beratung, Kommunikationsmaßnahmen). Neben einer fachärztlichen Versorgung ist bei Früherkennungsprogrammen in Bezug auf Krebserkrankungen die Primärversorgung einzubinden.

### **4. Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit bezüglich der Programmscreenings inklusive Maßnahmen zur Förderung der Programmteilnahmeraten**

- » Erarbeitung und Umsetzung der Kommunikationsstrategie: Informationsbroschüren, Website inklusive Video, eventuell computergestützte Entscheidungshilfe, Reminder, Kampagnen, Strategien, um spezifische Gruppen zu erreichen, Einrichtung einer Telefonhotline und/oder anderer Möglichkeiten der Abklärung individueller Fragestellungen
- » Monitoring der Programmteilnahme und der Anpassungen/Modifikationen des Einladungssystems entsprechend dem Monitoring bzw. den Evaluierungen (z. B. hinsichtlich der Teilnahmeraten in ausgewählten Zielgruppen, Regionen ...)

## **5. Nähere Spezifizierung der konkreten Untersuchungsmethoden auf Basis der Empfehlungen des NSK bzw. der Beschlüsse der B-ZK sowie der europäischen Leitlinien**

- » z. B. Festlegung von Schwellenwerten für die Entscheidung über eine positive oder negative Befundung des Tests in Orientierung an europäischen Leitlinien

## **6. Prozesse/Aufgaben im Zusammenhang mit der konkreten Durchführung der Screeningtests mit Bezug auf die Zielgruppe**

- » Setzen organisatorischer Maßnahmen, die der Zielbevölkerung die Teilnahme am Screening niederschwellig ermöglicht. Den organisatorischen Abläufen des Screenings (Zugänglichkeit) wird eine große Bedeutung hinsichtlich der Teilnehmerate zugesprochen. Insofern ist es eine wesentliche Aufgabe einer Programm-koordinierenden Stelle, das Programm entsprechend aufzusetzen und laufend zu optimieren.
- » Festlegungen über die Einbindung und konkrete Aufgaben der Ärzteschaft und Angehöriger weiterer Gesundheitsberufe in den Prozess der konkreten Durchführung der Screeningtests.
- » Festlegung der logistischen Prozesse zum einen der Übermittlung der Testkits an die Zielbevölkerung und Übermittlung von Proben an analysierende Einrichtungen (Labore) inklusive der Gestaltung der beiliegenden Informationen, zum anderen aber auch betreffend die Anforderungen an die Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf die konkreten Untersuchungen (z. B. Darmvorbereitung etc.).
- » Festlegung von Vorgaben hinsichtlich der räumlichen und zeitlichen Zugänglichkeit von Diagnostikkapazitäten bei einem positiven Testergebnis (Wahlmöglichkeit) und hinsichtlich der Information der betroffenen Personen über die weitere diagnostische Abklärung (siehe Punkt 8).
- » Das Einladungsmanagement sollte den Versand der Einladungen in Abhängigkeit von der Auslastung der diagnostischen Kapazitäten gestalten (mit Bezug zu dem Wartezeitenmanagement nach Vorliegen eines positiven Testergebnisses).

## **7. Prozesse/Aufgaben im Zusammenhang mit der organisatorischen Durchführung der Screeningtests**

- » Spezifikationen zur Ausschreibung der Beschaffung der Testkits
- » Sicherstellung der Logistik der Übermittlung von Proben an analysierende Einrichtungen (Labore)
- » Spezifikationen zur vertraglichen Einbindung auswertender Labore bzw. Ärztinnen/Ärzte in das Screeningprogramm
- » Spezifikationen zur vertraglichen Einbindung von Ärztinnen/Ärzten in das Screeningprogramm (Screeningkoloskopie)
- » Festlegung von Protokollen, die eine standardisierte und zuverlässige Klassifizierung der Testergebnisse gewährleisten
- » Sicherstellung der Erfüllung der Qualitätsvorgaben der Tests, aller teilnehmenden/auswertenden Einrichtungen und Berufsgruppen (siehe auch Punkt 11)



## **8. Aufgaben im Zusammenhang mit der Kommunikation der Testergebnisse und dem Vorgehen zur Abklärung auffälliger Befunde**

- » Erarbeitung inhaltlicher und prozessualer Vorgaben für die Information der Teilnehmenden über Ergebnisse des Screeningtests
  - » Information von Personen mit normalen Ergebnissen inklusive Information über den Zeitpunkt des nächsten Tests
  - » Kontaktaufnahme mit Personen mit unbefriedigendem/unzureichendem Screeningtest (unter Einsatz von Erinnerungen [Remindern] und computergestützten Systemen zur Verfolgung und Überwachung der Behandlung dieser Patientinnen/Patienten)
  - » Weiterverfolgung von Personen mit positiven Tests (Diagnose und Behandlung)
  - » Sicherstellung und Weiterleitung der Information
  - » Festlegung der verantwortlichen Stellen im Prozess

## **9. Prüfung der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit qualitätsgesicherter Dienste für die Diagnose und Behandlung der Krebserkrankung bzw. ihrer Vorstufen**

## **10. Festlegung von Kriterien für das Monitoring (die Programmüberwachung) des Screeningprogramms**

- » Das begleitende Monitoring des Screeningprozesses sollte bei der programmkoordinierenden Stelle liegen, um bei Bedarf rasch steuernd eingreifen zu können
- » Kriterien für das Monitoring sind im Vorfeld des Programmstarts festzulegen und mit dem Konzept der Qualitätssicherung und jenem der Evaluation hinsichtlich der Datenerfassung und -haltung abzustimmen

## **11. Sicherstellung der Qualitätssicherung des Screeningprogramms inklusive Spezifizierung der notwendigen Dokumentation im Screeningprozess**

- » Erarbeitung und Festlegung von Qualitätsvorgaben zur Durchführung der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen unter Berücksichtigung internationaler Guidelines und bestehender Vorgaben zur Qualitätssicherung (z. B. europäische Guidelines, österreichisches Qualitätszertifikat Darmkrebsfrüherkennung) und unter Einbindung der entsprechenden Fachgesellschaften
- » Die Stelle muss sicherstellen, dass Zertifizierungen der teilnehmenden Einrichtungen/Personen auf den festgelegten Qualitätskriterien basierend erfolgen.
- » Festlegung der entsprechenden Dokumentationsanforderungen bei den Leistungserbringern und -erbringern

## **12. Sicherstellung einer angemessenen Programmevaluation und Nutzung der Evaluationsergebnisse**

- » Formulierung von Anforderungen an das Evaluationskonzept
- » Festlegungen bezüglich der Datenerfassung und Datenhaltung: Die entsprechenden Spezifizierungen zur Dokumentation müssen im Vorfeld der Ausrollung des Screeningprogramms mit der programmkoordinierenden Stelle abgestimmt werden, um diese in den Verträgen mit den Leistungserbringerinnen und -erbringern auch verbindlich festzulegen. Hierbei ist sicherzustellen, dass relevante Daten aus dem niedergelassenen und dem stationären Bereich (Screening, Diagnostik, Versorgung) erfasst werden, um Aussagen über die Wirksamkeit des Screenings zu ermöglichen.
- » Unterstützung der Durchführung der externen Evaluation (Bereitstellung von Informationen, Unterstützung beim Zugang zu Daten etc.)
- » Nutzung der Ergebnisse der externen Evaluation zur Weiterentwicklung des Programmscreenings

## **13. Datenerhebung und -überwachung (übergreifend für die Punkte 9, Monitoring, 10, Qualitätssicherung, und 11, Evaluation)**

- » Definition der Dokumentationserfordernisse für das Programm einschließlich dessen vertraglicher Absicherung in den Verträgen mit den Screeningumsetzerinnen und -umsetzern; diese Kriterien sollten jedenfalls auch mit der ZSG rückgekoppelt werden, um das Commitment zur Dokumentation durch alle beteiligten Zielsteuerungspartner sicherzustellen.
- » Sicherstellung der Haltung pseudonymisierter Daten zur Wahrnehmung von Aufgaben des Programmmonitorings und der Programmevaluation auf Basis der definierten Programmdokumentation
- » Sicherstellung der Möglichkeit einer Verknüpfung pseudonymisierter Daten auf individueller Ebene mit externen Datenquellen (z. B. Krebsregister, Todesursachenregister in Bezug auf die Zielbevölkerung). Die Datenhaltung und das Mandat zur zielgerichteten Verknüpfung pseudonymisierter Daten über den gesamten Versorgungsprozess hinweg sind vor der Einführung eines Früherkennungsprogramms sicherzustellen

## **14. Wahrnehmung organisatorischer Aufgaben wie der Koordinierung der Programmlenkungsgruppe, der Erstellung von Informationen und Berichten für die relevanten Projektumwelten (z. B. ZSG-Gremien)**

## **15. Inhaltlicher Austausch und Vernetzung mit dem NSK insbesondere in Hinblick auf allfällige Weiterentwicklungen der Programme**

- » Aus den o. g. Aufgaben zeigt sich, dass ein Austausch mit dem NSK – im Sinn erstens des Einmeldens von Themen/Entscheidungsfragen durch die programmkoordinierende Stelle, zweitens des Umgangs mit den Empfehlungen des NSK generell und drittens der Befassung des NSK mit den Evaluationsergebnissen – sichergestellt werden sollte.

Neben den o. g. Aufgaben, die einer programmkoordinierenden Stelle direkt zuzuschreiben sind, gibt es eine Reihe weiterer Aufgaben. Diese sind entweder für alle Screeningprogramme generell oder spezifisch für jedes organisierte Screeningprogramm bei dessen Neueinführung zu treffen.

So sind beispielsweise als Voraussetzung für eine angemessene Evaluierung und Qualitätssicherung Festlegungen zur Haltung pseudonymisierter Daten auf individueller Ebene und zu ihrer Verknüpfung mit anderen Datenbeständen zu treffen. Diese Aufgabe kann einer programmkoordinierenden Stelle zukommen, sollte mit Bezug zur Evaluation jedoch bei einer anderen Institution verortet werden. Im BKFP wurde die GÖG als Stelle für die Haltung pseudonymisierter Daten bestimmt. Auch hinsichtlich der Programmevaluation sind Festlegungen zu treffen, wobei diese extern zu vergeben ist.

### 3.4 Strukturelle und organisatorische Einbettung einer Screeningprogramm-koordinierenden Stelle

#### Einrichtung der Screeningprogramm-koordinierenden Stelle

Die Entscheidung über die Errichtung und Verortung der Screeningprogramm-koordinierenden Stelle sollte, wie oben ausgeführt, durch die Zielsteuerungspartner gemeinsam erfolgen, wobei diese sich auch auf die Finanzierung der programmkoordinierenden Stelle zu einigen haben. Die ZSG-Partner sind regelmäßig über die Arbeiten der Screeningprogramm-koordinierenden Stelle zu informieren.

Bei der Verortung der programmkoordinierenden Stelle ist zu bedenken, dass der Zugang zu den notwendigen Daten für die Umsetzung der in Kapitel 0 beschriebenen Aufgaben (einschließlich des Zugangs zu den Daten der Zielpopulation, aber auch für das Monitoring) sicherzustellen ist.

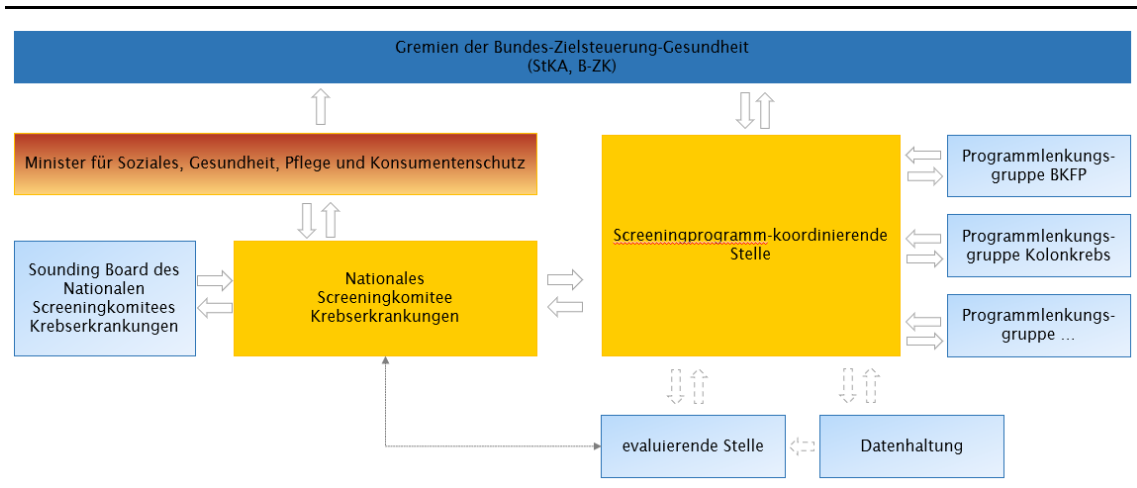
Mit Bezug auf die fachlichen und organisatorischen Leitungen eines Früherkennungsprogramms hält die europäische Leitlinie für die Qualitätssicherung in der Darmkrebsfrüherkennung und -diagnose fest, dass diese über „ausreichende Befugnisse und Autonomie verfügen müssen, einschließlich eines festgelegten Budgets und einer ausreichenden Kontrolle über die Verwendung der Ressourcen, um die Qualität, Wirksamkeit und Kosteneffizienz des Programms [...] wirksam kontrollieren zu können. Die institutionelle Struktur muss ein wirksames Qualitätsmanagement und Management der Performance (Effektivität und Umsetzung) des Programms ermöglichen.“ (Segnan et al. 2012, S. 56)

#### Prozessbeschreibung der Screeningprogramm-koordinierenden Stelle und der Systemumwelt

Die **programmkoordinierende Stelle** soll nach Beschluss der B-ZK über die Einführung bzw. Umsetzung eines konkreten Früherkennungsprogramms in Bezug auf Krebserkrankungen tätig werden. Entsprechende B-ZK-Beschlüsse können auf Grundlage der Empfehlungen des Nationalen Screeningkomitees (NSK) getroffen werden.

Die unten stehende Abbildung 3.2 gibt einen Überblick über die strukturelle und organisatorische Einbettung einer Screeningprogramm-koordinierenden Stelle.

Abbildung 3.2: Strukturelle und organisatorische Einbettung einer Screeningprogramm-koordinierenden Stelle



Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Ist eine programmkoordinierende Stelle für mehr als ein Screeningprogramm zuständig, hat sie je Screeningprogramm eine eigene **Programmlenkungsgruppe** einzurichten. In die Programmlenkungsgruppe werden jeweils Vertreter:innen der Systempartner Bund, Länder, Sozialversicherung sowie der Interessenvertretungen der ÖÄK und Patientenvertretungen (z. B. Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft) und allenfalls weitere relevante Fachexpertinnen und -experten entsandt. Jeder Programmlenkungsgruppe obliegt die konkrete Programmlenkung eines Screeningprogramms in Bezug auf eine spezifische Krebsentität. Die spezifischen Entscheidungsbefugnisse und notwendigen Mehrheiten für Beschlüsse der Programmlenkungsgruppe sind für jede einzelne Gruppe in einer Geschäftsordnung festzulegen. Eine Einbindung der Vorsitzenden des Nationalen Screeningkomitees kann den Informationsaustausch zwischen den Gremien begünstigen und ist daher anzustreben.

Die Programmlenkungsgruppe informiert bezüglich relevanter Themen auch die jeweils thematisch zuständige Fachgruppe der Zielsteuerung-Gesundheit bzw. stimmt sich mit ihr ab (z. B. hinsichtlich des Qualitätsstandards Vorsorgekoloskopie mit der FG Versorgungsprozesse). Den jeweils zuständigen Fachgruppen kommt jedoch keine weitere Rolle bei der organisatorischen und inhaltlichen Ausgestaltung der jeweiligen Screeningprogramme zu.

Die **Screeningprogramm-koordinierende Stelle** kann das NSK mit konkreten Fragen im Rahmen seiner Aufgaben – im Sinne eines wissenschaftlichen Beirats zum Screeningprogramm – über die jeweiligen Programmlenkungsgruppen befassen (z. B. Empfehlungen zur Entwicklung begleitender multimodaler Informationsstrategien für Programmscreenings, Empfehlungen über konkrete Altersgrenzen für Screeningprogramme). Umgekehrt kann das NSK auch auf eigene Initiative tätig

werden und Empfehlungen über Programmscreenings an den für Gesundheit zuständigen Minister abgeben, welcher die Empfehlung den Gremien der Zielsteuerungspartner vorlegen kann.

Die Empfehlungen des NSK sind den Zielsteuerungsgremien zur Kenntnis zu bringen. Sie sind für die ZSG-Gremien zwar nicht bindend, jedoch ist ein Abweichen von den Empfehlungen schriftlich zu begründen. Die Empfehlungen des NSK sowie die Beschlüsse der Gremien der Zielsteuerungspartner sind der Programmlenkungsgruppe vorzulegen. Im Zuge der Programmumsetzung erfolgende Abweichungen von den Empfehlungen des NSK oder der europäischen Leitlinien sind zu begründen und zu dokumentieren.

Teilverantwortungen für die einzelnen Aufgaben innerhalb der Programmscreenings können weiteren Institutionen übertragen werden. Beispielhaft ist die Überantwortung der Weiterbildung und Fortbildung gemäß den Vorgaben der programmkoordinierenden Stelle zu nennen. Im BKFP ist diese Teilverantwortung der ÖÄK übertragen, die sich zur Erfüllung der Aufgaben Dritter bedient.

Auch über den Ort der Datenhaltung (pseudonymisierte Daten) der Programmscreenings ist zu entscheiden. Im BKFP liegt die Datenhaltung aktuell bei der GÖG.

Für die Programmumsetzung kann die programmkoordinierende Stelle weitere Regionalstellen einrichten und weitere Ansprechpersonen nominieren.

Eine externe Programmevaluation ist für jedes organisierte Screeningprogramm vorzusehen. Die Evaluationsergebnisse sind der Screeningprogramm-koordinierenden Stelle vorzulegen. Auch ist das NSK mit Evaluationsergebnissen von Programmscreenings zu befassen: Zu den Aufgaben des NSK zählt die Formulierung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung bestehender Screeningprogramme u. a. auf Basis von Evaluationen (z. B. erforderliche Programmmodifikationen).

### **Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Brustkrebs-Früherkennungsprogramm**

Die Zuständigkeiten hinsichtlich der Strukturen und der Organisation des BKFP, des ersten und aktuell einzigen organisierten Früherkennungsprogramms in Bezug auf Krebserkrankungen, wurden vor dem Bestehen der Zielsteuerung-Gesundheit und ihrer Strukturen festgelegt. Auch bestand zum Zeitpunkt der Einführung des BKFP kein mit dem Nationalen Screeningkomitee (NSK) vergleichbares Gremium.

Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten im BKFP wurden in § 2 des 2. Zusatzprotokolls zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag zur geregelt. Die Programmverantwortung für das gesamte Programm liegt bei der Sozialversicherung (SV). Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV), eine Einrichtung der Sozialversicherung, agiert als programmkoordinierende Stelle des BKFP. Diese Aufgabe wurde ihm von der Bundesgesundheitskommission (B-GK) übertragen. Das CCIV nimmt damit die Programmleitung und das Programmmanagement wahr. Die Zuständigkeiten für Teilverantwortungen finden sich im Zusatzprotokoll geregelt, wobei die Aufgaben zweier der dort genannten Stellen – das sind der Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV; vormals Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) und die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) – Dritten übertragen werden können. Weiters sind konkrete Zuständigkeiten für

Teilaufgaben genannt: Als Stelle für die Datenhaltung der pseudonymisierten Daten ist die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) festgehalten, Aufgaben der medizinischen Programmevaluierung obliegen der wissenschaftlichen Evaluierungsstelle, das ist das Institut für medizinische Informatik, Statistik und Information der Medizinischen Universität Graz. Weitere Festlegungen werden hinsichtlich der Aufgabe von Regionalstellen in der Programmumsetzung und betreffend die für das BKFP spezifischen regional verantwortlichen Fachärztinnen und -ärzte für Radiologie getroffen. (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2014)

Regelungen für allfällige weitere organisierte Screeningprogramme sind aktuell nicht getroffen.

## 4 Anhang

### 4.1 Screeningkriterien des Krebsrahmenprogramms:

„Im Vereinigten Königreich werden als Grundlage für die Entscheidung für oder gegen ein Programm-screening die Kriterien für die Beurteilung der Rentabilität, Effizienz und Angemessenheit eines Screeningprogramms geprüft.“ (NHS National Screening Comitee, <http://www.screening.nhs.uk/criteria>, <http://www.screening.nhs.uk> – Übersetzung Piso/Wild (Mitglieder des Onkologie-Beirates 2014, siehe Abb. 10, S. 58).

„Diese Kriterien entsprechen sowohl den Forderungen, die von Wilson/Jungner (siehe Wilson/Jungner 1968) aufgestellt wurden, als auch jenen, welche bei deren Aktualisierung durch Andermann et al. (2008) postuliert worden sind. Idealerweise sollten alle der dabei genannten Kriterien erfüllt sein, bevor die Früherkennung von Erkrankungen initiiert wird.“ (Mitglieder des Onkologie-Beirates 2014)

#### **Screeningkriterien (NHS National Screening Committee – Übersetzung) in deutscher Übersetzung von Piso/Wild<sup>5</sup>**

##### **Die Erkrankung**

1. Die Erkrankung muss ein bedeutendes Gesundheitsproblem darstellen.
2. Die Epidemiologie und der natürliche Verlauf der Erkrankung, einschließlich der Entwicklung von der latenten zur manifesten Erkrankung, müssen ausreichend bekannt sein und es muss einen Risikofaktor, Krankheitsmarker, eine Latenzzeit oder ein frühes symptomatisches Stadium geben, der/die/das durch eine Untersuchung festgestellt werden kann.
3. Alle kostengünstigen primärpräventiven Maßnahmen müssen – soweit dies praktikabel ist – (bereits) umgesetzt sein.
4. Wenn als Screening-Ergebnis Träger/innen einer Mutation identifiziert werden, dann muss der natürliche (Lebens-/Krankheits-)Verlauf samt dessen psychischen Auswirkungen bei Menschen mit diesem Merkmal bekannt sein.

##### **Der Test**

5. Es muss ein einfacher, sicherer, präziser und validierter Screening-Test vorhanden sein.

---

5

In: Mitglieder des Onkologie-Beirates (2014): Krebsrahmenprogramm Österreich, Abbildung Screening-Kriterien, Seite 58.  
Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

6. Die Verteilung der Testwerte in der Zielbevölkerung muss bekannt sein und es muss ein geeigneter Schwellenwert definiert und vereinbart werden.
7. Der Test muss für die Bevölkerung annehmbar sein.
8. Es muss eine vereinbarte Vorgangsweise bezüglich der weiteren diagnostischen Abklärung von Personen mit einem positiven Testergebnis sowie hinsichtlich der für diese Personen verfügbaren Wahlmöglichkeiten vorliegen.
9. Wenn mit dem Test nach Mutationen gesucht wird, das Testprogramm aber nicht alle möglichen Mutationen einschließt, dann müssen die Kriterien zur Auswahl der durch das Screening abzudeckenden Mutationen eindeutig festgelegt werden.

### **Die Behandlung**

10. Für durch Früherkennung identifizierte Patientinnen/Patienten muss es eine wirksame Behandlung oder Intervention geben, bezüglich welcher wissenschaftlich nachgewiesen ist, dass eine frühzeitige Behandlung zu besseren Ergebnissen führt als eine späte.
11. Es muss eine vereinbarte evidenzbasierte Vorgangsweise vorliegen, aus der hervorgeht, welchen Personen eine Behandlung angeboten werden soll und wie die dafür geeignete Behandlung aussieht.
12. Die klinische Behandlung der Erkrankung und die Behandlungsergebnisse müssen bei allen Gesundheitsdienstleisterinnen/-dienstleistern optimiert werden, bevor diese an einem Früherkennungs-Programm teilnehmen (dürfen).

### **Das Screening-Programm**

13. Es muss der wissenschaftliche Nachweis aus randomisiert-kontrollierten Studien hoher Qualität vorliegen, dass das Screening-Programm die Mortalität oder Morbidität tatsächlich reduziert. Wenn die Früherkennung ausschließlich auf die Bereitstellung von Informationen ausgerichtet ist, damit die untersuchte Person eine „informierte Entscheidung“ treffen kann (z. B. Down-Syndrom, Mukoviszidose-Träger-Screening), muss der wissenschaftliche Nachweis aus Studien hoher Qualität vorliegen, dass der Test das Risiko exakt misst. Den untersuchten Personen müssen (in jedem Fall) wertvolle und leicht verständliche Informationen über den Test und seine Ergebnisse zur Verfügung gestellt werden.
14. Es müssen wissenschaftliche Nachweise dafür vorliegen, dass das gesamte Screening-Programm (Test, diagnostische Maßnahmen, Behandlung/Intervention) für das Gesundheitspersonal und die Öffentlichkeit klinisch, sozial und ethisch annehmbar ist.
15. Der Nutzen des Screening-Programms muss den körperlichen und psychischen Schaden (verursacht durch den Test, diagnostische Maßnahmen und Behandlung) überwiegen.
16. Die Opportunitätskosten des Screening-Programms (einschließlich Tests, Diagnose und Behandlung, Administration, Schulung und Qualitätssicherung) müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Gesamtkosten für die Gesundheitsversorgung stehen. Bewertungen auf Basis dieser Kriterien müssen wissenschaftliche Nachweise aus Kosten-Nutzen- und/oder Kosten-Wirksamkeits-Analysen sowie die effektive Nutzung der verfügbaren Ressourcen berücksichtigen.



17. Alle anderen Optionen für den Umgang mit der Erkrankung müssen (bereits) in Betracht gezogen worden sein (z. B. Verbesserung der Behandlung, Bereitstellung sonstiger Dienstleistungen), um sicherzustellen, dass keine kostengünstigere Intervention eingeführt oder keine bestehenden Interventionen mit den verfügbaren Ressourcen ausgebaut werden können.
18. Es müssen ein Plan für das Management und die Überwachung des Screening-Programms sowie vereinbarte Qualitätssicherungsnormen vorhanden sein.
19. Vor Beginn des Screening-Programms müssen eine angemessene Personalausstattung und Einrichtungen zur Durchführung von Tests, Diagnose, Behandlung sowie für das Programm-Management verfügbar sein.
20. Evidenzbasierte Informationen zur Erläuterung der Konsequenzen der Früherkennungsuntersuchung, Abklärung und Behandlung müssen potenziellen Teilnehmerinnen/Teilnehmern als Unterstützung für das Treffen einer informierten Entscheidung zur Verfügung stehen.
21. Von vornherein muss mit öffentlichem Druck in Richtung Erweiterung der Einschlusskriterien, Verkürzung des Screening-Intervalls und Erhöhung der Empfindlichkeit des Testverfahrens gerechnet werden. Entscheidungen über diese Parameter müssen der Öffentlichkeit gegenüber wissenschaftlich gerechtfertigt werden (können).
22. Wenn mit Früherkennungsuntersuchungen nach Mutationen gefahndet wird, dann muss das Programm für als Träger/innen identifizierte Menschen und deren Familienmitglieder annehmbar sein.

# Literaturverzeichnis

BMSGPK (2022): Evidenzgrundlagen und Empfehlungen zur Einführung eines organisierten Darmkrebs-Screening-Programms in Österreich. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

Council of the European Union (2022): Council Recommendation on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC. Brussels, Council of the European Union

Das Öffentliche Gesundheitsportal Österreichs (2022): Gesundheitswesen. Gesundheitsreform – Zielsteuerung Gesundheit [online]. BMSGPK.  
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/gesundheitsreform.html> [Zugriff am 03.10.2022]

Döring, N.; Bortz, J. (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Springer Verlag, Berlin Heidelberg

European Commission (2021): EU Mission: Cancer [online]. Directorate-General for Research and Innovation. [https://research-and-innovation.ec.europa.eu/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/eu-missions-horizon-europe/eu-mission-cancer\\_en](https://research-and-innovation.ec.europa.eu/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/eu-missions-horizon-europe/eu-mission-cancer_en) [Zugriff am 17.11.2022]

European Commission (2022a): Cancer Screening Recommendation – update [online]. [https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/13155-Cancer-Screening-Recommendation-update\\_en](https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/13155-Cancer-Screening-Recommendation-update_en) [Zugriff am 03.10.2022]

European Commission (2022b): Krebsvorsorge in der Europäischen Union. Hg. v. Generaldirektion Forschung und Innovation, Gruppe leitender wissenschaftlicher Berater. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Brüssel

European Commission (2022c): Public Health. Non-communicable diseases. Krebs. Euopas Plan gegen den Krebs [online]. [https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer\\_de](https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer_de) [Zugriff am 03.10.2022]

Fröschl, Barbara; Antony, Daniela; Antony, Katja; Eglau, Karin (2020): Konzept zur Einrichtung eines Nationalen Komitees für Screening auf Krebserkrankungen. Gesundheit Österreich. Unveröffentlicht

Geschäftsordnung des NSK (2021): Geschäftsordnung des Nationalen Screening-Komitees auf Krebserkrankungen im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Gollmer, Alexander; Link, Thomas; Weißenhofer, Sabine (2021): Dritter Evaluationsbericht zum Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm. Evaluationsbericht für die Jahre 2014 bis 2019. Gesundheit Österreich, Wien

- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2014): Konsolidierte Fassung des 2. Zusatzprotokolls zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag idF der 1. Zusatzvereinbarung vom 1. Juli 2014 (Mammographie kompiliert)
- Kurz, Bettina; Kubek, Doreen (2013): Kursbuch Wirkung. Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen. Mit Schritt-für-Schritt-Anleitungen & Beispielen. PHINEO gAG, Berlin
- Mitglieder des Onkologie-Beirates (2014): Krebsrahmenprogramm Österreich. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Regierungsprogramm (2020): Aus Verantwortung für Österreich, Regierungsprogramm 2020 – 2024.
- Screening-Komitee auf Krebserkrankungen (2022): Aktuelle Empfehlung des Screening-Komitees auf onkologische Erkrankungen für ein organisiertes Darmkrebs-Screening (Information an den StKA), Wien
- Segnan, Nereo; Patnick, Julietta; von Karsa, Lawrence (2012): European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition. . European Commission, Directorate-General for Health and Consumers, Luxembourg
- Stockmann, R. (Hg.) (2007): Handbuch zur Evaluation – Eine praktische Handlungsanleitung. Waxmann Verlag, Münster
- Wilson, James Maxwell Glover; Jungner, Gunnar (1968): Principles and practice of screening for disease. Public health papers. WHO, Geneva
- Zielsteuerung-Gesundheit (2017): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene für die Jahre 2017 bis 2021