PERISKOP

97

FEB 2021

Standpunkte.
Dialog.
Konsens.

Die neutrale Plattform zum offenen Meinungsaustausch.

Paradigmenwechsel bei Impfungen
Christoph Huber

Ambulantes Rehazentrum in Eisenstadt
VAMED

Behandlungsziel bei MS: Gute Lebensqualität
Thomas Berger

Die andere Seite der Medaille

Interview mit Gesundheitslandesrätin Mag. Dr. Juliane Bogner-Strauß

Österreichische Post AG | FZ 09Z038166 F. Welldone Werbung und PR GmbH, Lazarettgasse 19/OG4, 1090 Wien

30 JAHRE

W E L L D O N E

Welldone wurde Ende des Jahres 1990 gegründet und ist seither erfolgreich im Geschäft. Die Agentur hat sich von Beginn an auf Gesundheit konzentriert und seit jeher Werbung und PR unter einem Dach angeboten. Seit mehr als 15 Jahren sind auch Kunden abseits der Gesundheit mit den kreativen Ideen der Agentur glücklich und erfolgreich. Als Partner der PERI Group ist Welldone eingebettet in ein umfassendes und hochspezialisiertes Beratungsnetzwerk von sechs selbstständigen Firmen mit über 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unter einem Dach. Agenturübergreifend können so Synergien für Kunden bestmöglich genutzt werden. Kunden profitieren von der Fachkompetenz unterschiedlicher Bereiche mit nur einem Ansprechpartner für alle Anliegen im Gesundheitsbereich. Welldone ist seit 30 Jahren treffsicher am Werbepuls der Zeit. Wir begleiten große und kleine Unternehmen, führen Marken zum Erfolg und begeistern mit Kreativität – above the line, below the line und mit kreativen Veranstaltungskonzepten online und offline.

Wir lieben Herausforderungen und schaffen Erfolge.
Und weil wir das mit Hingabe tun, machen wir es unglaublich gut:
Die letzten 30 Jahre und noch viele mehr.

Strategische Planung und Konzeption. Entwicklung und Umsetzung von schlagkräftigen Vermarktungskonzepten. Langjährige Erfahrung in der Verkaufsförderung. Kreieren innovativer und integrierter Werbekampagnen. Weiterführung bzw. Adaption bestehender oder internationaler Kampagnen. Konzeption und Umsetzung aufmerksamkeitsstarker Hörfunk- und TV-Spots. Kreative Außenwerbung, die in Erinnerung bleibt. Konzipierung nachhaltiger Awareness-Kampagnen. Kreieren designreiche Wort-Bildmarken und Slogans mit hohem Erinnerungswert. Konzeption und Umsetzung von Veranstaltungen. Out-of-the-box-Konzepte für kniffelige Aufgabenstellungen. Erfolgsorientierte Point of Sale Lösungen.

STRATEGISCH PLANEN. KREATIV DENKEN. MIT FREUDE ARBEITEN AM GEMEINSAMEN ERFOLG.
Wenn auch Sie darauf Lust haben: office@welldone.at

www.welldone.at

30 Jahre Welldone – 30 Jahre Feuer und Flamme für Werbung und PR.
Das heißt über 350 Kampagnen, knapp 300 Events, 60 Welldone Lounges und viele zufriedene Kunden. Wenn das kein Grund zum Feiern ist. Danke an alle, die uns auf diesem Weg begleitet haben, für spannende Herausforderungen, gute Zusammenarbeit und jahrelanges Vertrauen. Happy Birthday Welldone und auf eine strahlende Zukunft.

WELLDONE WERBUNG UND PR

Inhalt 97

FEB 2021

PEOPLE

Die andere Seite der Medaille

Assoziierte Professorin für Molekularbiologie und Genomik an der TU Graz, ÖVP-Nationalratsabgeordnete, Ministerin und jetzt steirische Gesundheitslandesrätin: Mag. Dr. Juliane Bogner-Strauß hat binnen weniger Jahre politische Karriere gemacht. Jetzt kam für sechs Monate — in sprichwörtlich bewegten Zeiten — der Vorsitz der Konferenz der Landesgesundheitsreferentinnen und -referenten hinzu. Grund für eine Standortbestimmung, was die Gesundheitspolitik auf Bundes- und Länderebene angeht.

6 **Juliane Bogner-Strauß:** Die andere Seite der Medaille
9 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: **Paradigmenwechsel bei Impfungen**
10 **Leif Moll:** Onkologische Spitzenforschung auf der Überholspur
12 **Kolumne »Starke Muskeln«** von Andreas Stippler
12 **Kolumne »Gemein(d)sam«** von Alfred Riedl
13 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: **Bewusstseinsänderung und Maßnahmen notwendig**

Impressum

Medieninhaber	Welldone Werbung und PR GmbH Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien Tel. 01/402 13 41-0, Fax: DW-18, E-Mail: redaktion@periskop.at
Herausgeber	PERI Consulting GmbH, Mag. Hanns Kratzer Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien
Redaktionsanschrift	Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien Tel. 01/402 13 41-0, Fax: DW-18, E-Mail: redaktion@periskop.at
Chefredakteur	Robert Riedl
Autorinnen und Autoren	Rainald Edel, MBA, Mag. Dren Elezi, MA, Mag. Bernhard Hillebrand, Ulrike Holzer, Mag. Ferenc Papp, Mag. Alfred Riedl, Dr. Andreas Stippler, MSc, Wolfgang Wagner, Mag. Julia Wolkerstorfer
Foto Cover	Erwin Scheriau
Design	Katharina Harringer
Lektorat	Birgit Maria Pfaffinger, BA, Mag. Sylvia Schlacher
Druck	Druckerei Ferdinand Berger & Söhne GmbH
Auflage	6.000 | Erscheinungsweise: 6 x jährlich | Einzelpreis: Euro 30,00

DIE ZEITSCHRIFT UND ALLE DARIN ENTHALTENEN BEITRÄGE UND ABBILDUNGEN SIND URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZT. NAMENTLICH GEKENNZEICHNETE ARTIKEL GEBEN DIE MEINUNG DER AUTORIN ODER DES AUTORS UND NICHT DER REDAKTION WIEDER.

BLATTLINIE: INFORMATIONEN AUS DEM GESUNDHEITS-, PHARMA- UND WELLNESSBEREICH SOWIE AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK.

PERFORMANCE

Die Normalität folgt auf Immunität

Priv.-Doz. Dr. Bernd Lamprecht, Vorstand der Abteilung für Lungenheilkunde am Kepler Universitätsklinikum in Linz, und sein Team sind von Anbeginn der SARS-CoV-2-Pandemie mit COVID-19-Patientinnen und -Patienten konfrontiert. „Wir haben einiges gelernt, was die Behandlung angeht. Um die Pandemie zu überwinden, werden wir aber 60 bis 70 Prozent der Menschen per Impfung schützen müssen", sagte er jetzt im Gespräch mit PERISKOP. Auch hier gebe es noch viel zu tun.

14 **Bernd Lamprecht:** Die Normalität folgt auf Immunität
15 **Eva Höltl:** COVID-19-Pandemie — Wir sind auf dem Weg raus!
16 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: **Zuerst Prozesse — dann Strukturen**
17 **VAMED eröffnet ambulantes Rehazentrum in Eisenstadt**
18 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: **Gesundheisstandort Österreich: Gut, aber weiter zu entwickeln**
20 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: **Balanceakt Gesundheitsökonomie**
21 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: **Ständig in Alarmbereitschaft**

PIONIERE

Zwischen natürlichen Grenzen und medizinischen Möglichkeiten

Dass die Gesundheit von Frauen verstärkt unter genderspezifischen Blickwinkeln betrachtet werden muss, steht heute außer Frage. Welche Veränderungen jedoch die Medizin für Frauen langfristig mit sich bringen wird, hängt nicht nur vom medizinischen Fortschritt ab, sondern vor allem davon, welchen Weg die Gesellschaft gehen möchte. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein warf im Zuge der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020 einen scharfen Blick in die Zukunft der Frauenheilkunde.

22 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: **Rechtzeitiges Screening bei Risikofaktoren**
23 Workshop CAR-T-Zell-Therapie: **Therapie mit großem Potenzial**
24 Workshop CAR-T-Zell-Therapie: **Horizon-Scanning CAR-T-Zell-Therapie**
26 Workshop CAR-T-Zell-Therapie: **Anforderungen der CAR-T-Therapie an das österreichische Gesundheitswesen**
27 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: **Zwischen natürlichen Grenzen und medizinischen Möglichkeiten**

© ERWIN SCHERIAU, THERME WIEN, PETER PROVAZNIK

PLATTFORMEN

Zahnerhalt statt Zahnersatz

Im Rahmen der 5. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten diskutierten Expertinnen und Experten beim PRAEVENIRE Gipfelgespräch das Thema Zahngesundheit und die Herausforderungen, mit denen die Zahnmedizin in Zukunft konfrontiert sein wird. Ziel der Diskussionsrunde war es, das Versorgungsthema Zahngesundheit in den Fokus zu rücken und die Essenzen des Gipfelgesprächs als ersten Schritt zu sehen, dieses Thema mit einer Strategie „Zahngesundheit 2030" im Rahmen der Initiative Gesundheit 2030 abzubilden.

30 **Kolumne »360°Blick«** von Ulrike Holzer
31 **Caroline Herr:** Elektrosensibel und elektrohypersensitiv durch 5G?
32 PRAEVENIRE Gipfelgespräch: **Zahnerhalt statt Zahnersatz**

POLITIK

Polypharmazie erfolgreich eindämmen

Welche Lösungsansätze es für das Problem der Polypharmazie geben kann, wurde von Expertinnen und Experten in einem PRAEVENIRE Workshop Mitte Oktober 2020 im Rahmen der 5. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten thematisiert.

34 PRAEVENIRE Workshop: **Polypharmazie erfolgreich eindämmen**
37 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: **Prävention braucht Strategie**
38 **Michael Gnant:** Mehr Mut im Kampf gegen Krebs

© PETER PROVAZNIK (5)

PORTFOLIO

Mensch versus Maschine?

Im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020 wurden im Stift Seitenstetten visionäre Perspektiven für die Gesundheitsversorgung diskutiert, welche aus der Digitalisierung heraus entstehen. In Dialogen mit hochkarätigen Expertinnen und Experten wurde dabei ein Fokus auf den Einsatz Künstlicher Intelligenz gelegt.

40 **3. PRAEVENIRE Bürgerforum:** In Bewegung bleiben
42 PRAEVENIRE Workshop: **Digital Health — Mensch versus Maschine?**
45 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: **Wenn der Herzschlag außer Takt gerät**
46 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: **Evidenzbasierte Medizin in Österreich nicht vorhanden?**
47 **Folgestudie in Ischgl:** Immunität auch nach acht Monaten stabil

PRÄGNANT

Zukunft der Krebsbehandlung

Sieben onkologische Fachgesellschaften fassten die dringlichsten Probleme der onkologischen Versorgung zusammen und forderten im Dezember 2019 eine lösungsorientierte Kommunikation aller Stakeholder. PERISKOP sprach mit dem Initiator der „Agenda Krebs 2030", dem Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie, Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe, über die Forderungen.

48 **Andreas Bonertz:** Evidenz für Therapieallergene
50 **Thomas Berger:** Multiple Sklerose — Gute Lebensqualität als Behandlungsziel
51 **Studie ortet „Kollateralschäden" bei Suchtbehandlung durch Lockdown**
52 **Kolumne »Welldone«:** Mit Kreativität und Glaubwürdigkeit durch die Coronakrise!
52 **Kolumne »#Pharmabook«** von Ferenc Papp
53 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: **Die Demografie zwingt zu Reformen**
54 **Wolfgang Hilbe:** Zukunft der Krebsbehandlung

UPDATE 2.1
NEPHROLOGIE
FORSCHUNG – STATE OF THE ART – HANDS-ON GESUNDHEITSPOLITIK

11. und 12. Juni 2021 | hybrid

Am 11. und 12. Juni 2021 findet das Nephrologie Update 2.1 in hybrider Form via Livestream und vor Ort im congress Schladming statt. Ziel ist es, die Versorgung von Menschen mit chronischen Nierenerkrankungen und deren Folgeerkrankungen zu optimieren. Es warten informative Vorträge unter anderem zu Themen wie Nierensteine, extrakorporale Therapieververfahren, aktuelle Studien aus dem Bereich Nephrologie und zu neuen Substanzen sowie spannende Diskussionen.
Wir freuen uns darauf, Sie beim Kongress Nephrologie Update 2.1 begrüßen zu dürfen!

Programm & Anmeldung unter www.nephro-update.at

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM

6. PRAEVENIRE Gesundheitstage
im Stift Seitenstetten

19.—21. MAI 2021

Die 6. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten befassen sich u.a. mit Finanzierung, Innovation, Gesundheitsberufe, Gesundheitskompetenz, Standortpolitik sowie solidarischer Versorgung.

JETZT ANMELDEN

www.praevenire.at

PEOPLE

Interview

Die andere Seite der Medaille

Assoziierte Professorin für Molekularbiologie und Genomik an der TU Graz, ÖVP-Nationalratsabgeordnete, Ministerin und jetzt steirische Gesundheitslandesrätin: **MAG. DR. JULIANE BOGNER-STRAUSS** hat binnen weniger Jahre politische Karriere gemacht. Jetzt kam für sechs Monate — in sprichwörtlich bewegten Zeiten — der Vorsitz der Konferenz der Landesgesundheitsreferentinnen und -referenten hinzu. Grund für eine Standortbestimmung, was die Gesundheitspolitik auf Bundes- und Länderebene angeht. | von Wolfgang Wagner

Nur, um die jüngsten beruflichen Stationen von Mag. Dr. Juliane Bogner-Strauß festzumachen: Sie war im ersten Kabinett von Bundeskanzler Sebastian Kurz Bundesministerin für Frauen, Familien und Jugend, ist seit Herbst 2018 Bundesleiterin der ÖVP-Frauen und wurde ab 22. Mai 2019 auch mit der Leitung des damaligen Bundesministeriums für öffentlichen Dienst und Sport betraut. Im Dezember 2019 entschied sie sich für die Rückkehr in die Steiermark und fungiert seit 17. Dezember 2019 als Landesrätin für Bildung, Gesellschaft, Gesundheit und Pflege. Mit Anfang 2021 kam in dieser Funktion turnusmäßig der Vorsitz im Gremium der Gesundheitslandesräte der Bundesländer hinzu.
Der Unterschied zwischen Bundes- und Landespolitik? „Es ist die andere Seite der Medaille. Der Bund regelt Themen für ganz Österreich. Wir sind die Ausführenden. Als Ministerin ist man für die bundesweiten Vorgaben verantwortlich. Als Landesrätin — gerade als Gesundheitslandesrätin — geht es um die Umsetzung. Und da ist es z. B. ein Unterschied, ob es sich um ein Flächen-Bundesland oder um eine Großstadt handelt“, sagte Bogner-Strauß im Gespräch mit PERISKOP.
Keine Frage, in Österreich sind wesentliche Aufgaben des Gesundheitswesens „Ländersache“. Das gilt besonders für die Spitäler, aber auch für die Pflege. Daher ergibt sich gerade wegen der föderalen Struktur Österreichs ein hoher Abstimmungsbedarf. Und hier greift die Funktion der Konferenz der Landesgesundheitsreferentinnen und -referenten ein. „Die Bedeutung dieses Gremiums entsteht aus der Tatsache, dass den Bundesländern in der Gesundheitsversorgung eine bedeutende Rolle zukommt. Aus dieser unmittelbaren Verantwortung heraus gibt es gerade im Bereich der öffentlich finanzierten Spitäler eine Vielzahl von Themen, die alle Bundesländer gleichermaßen betreffen“, sagte die Landespolitikerin. Als Beispiele können hier Therapien mit neuen, oft sehr teuren Medikamenten oder seltene und spezielle Operationen erwähnt werden, die nicht in allen Krankenhäusern bzw. allen Bundesländern durchgeführt werden können, weil es dafür spezialisierter Abteilungen bedarf. Eine Behandlung darf aber keinesfalls von der Postleitzahl der Patientinnen und Patienten abhängig sein.

> Wir brauchen in Zukunft flexiblere Kapazitäten in den Spitälern.
> Juliane Bogner-Strauß

Zwischen COVID-19 und langfristigen Projekten

Bogner-Strauß betonte in diesem Zusammenhang die auf Länderebene erlebte gute Kooperation: „Hier wird über alle Parteigrenzen hinweg sehr gut zusammengearbeitet. Wir stimmen uns regelmäßig und aufgrund der Coronapandemie wohl öfter denn je zuvor und auch sehr kurzfristig bei Videokonferenzen ab und treffen Entscheidungen.“ Abhängig vom Themenkreis, gibt es dazu oft schon intensive Vorgespräche auf Beamtenebene. Bei schnell zu treffenden Entscheidungen wurde die eine oder andere Videokonferenz auch schon innerhalb von Stunden einberufen, diese gute Zusammenarbeit innerhalb der Gesundheitslandesrätinnen und -räte ist ein Beispiel, dafür, wie es funktionieren kann und soll. Gerade 2020/2021 war und ist vieles durch das Thema der Coronapandemie geprägt. „Es würde ganz den Rahmen jedes Interviews sprengen, wenn man alle Herausforderungen benennt, die wir da im Laufe des vergangenen Jahres zu bewältigen hatten und auch noch weiterhin bewältigen müssen. Aber im Endeffekt gilt auch hier: Die Bundesländer sind für den Vollzug verantwortlich“, sagte die Politikerin. Das derzeit wohl wichtigste Beispiel: Das Thema, wie man in Österreich möglichst schnell und flächendeckend für die Umsetzung des bundesweiten Impfkonzepts gegen COVID-19 sorgt. „Die Verimpfung der Coronavakzine an weite Teile der Bevölkerung innerhalb kurzer Zeit ist schon rein logistisch eine große Herausforderung“, stellte Bogner-Strauß fest. Hinzu kommt die Herausforderung, dass nicht alle Vakzine für alle Altersgruppen zugelassen sind und sich die Verfügbarkeit der Impfdosen fast täglich ändert, was die Verimpfung — laut Impfstrategie des Bundes — nicht gerade einfacher macht. „Ich habe auch größtes Verständnis dafür, dass die Menschen ungeduldig werden, aber Impfdosen die ich nicht habe, kann ich nicht verimpfen“, bedauert Bogner-Strauß.
Gerade hier — und im Rahmen einer Pandemie in akutester Form — sind zahllose Detailfragen zu klären, die Umsetzung beschlossener Maßnahmen zu gewährleisten, regionale Gegebenheiten zu beachten. Es macht einen Unterschied, ob die Bevölkerung einer Millionenstadt (durch-)geimpft wird oder für flächendeckenden Impfschutz auf dem Land gesorgt werden muss.

Stadt und Land — und COVID-19

Laut Bogner-Strauß: „Da gilt es im Hintergrund und von der Öffentlichkeit weitgehend unbemerkt, viele Fragen zu beantworten: Wie viel Impfstoff ist zu welchem Zeitpunkt verfügbar? Wie bringen wir die Impfung schnellstmöglich an die Bürgerinnen und Bürger — über Ordinationen und/oder Impfstraßen? Wie viel Personal steht für die Verabreichung der Vakzine unmittelbar zur Verfügung? Diese Liste ließe sich beinahe beliebig erweitern. Das gilt nicht nur für Impfungen, sondern auch für Testungen, die wir der Bevölkerung niederschwellig und wohnortnah anbieten wollen, da sind wir mit den Regionen im ländlichen Bereich vor ganz andere Herausforderungen gestellt, als in den Städten. Über Bundesländergrenzen hinweg gelingt es uns gemeinsam Lösungen zu finden. Der Austausch von Ideen und bereits erfolgten Anwendungen hilft, um voneinander zu lernen, man muss das Rad nicht jedes Mal neu erfinden.“

> Die Zusammenarbeit der Landesgesundheitsreferentinnen und -referenten ist über die Parteigrenzen hinweg sehr gut.
> Juliane Bogner-Strauß

Die Frage der Testungen und der COVID-19-Impfungen ist nur ein Bruchteil der täglichen Herausforderungen. Generell wird SARS-CoV-2 auch im Jahr 2021 sowohl Bund als auch die Länder auf breitester Ebene weiterhin und gut beschäftigen. Womit die Agenda — auch für die Konferenz der Landesgesundheitsreferentinnen und -referenten — thematisch zu einem Gutteil vorgegeben ist. Die turnusmäßige Vorsitzende des Gremiums: „Das Hauptthema ist — wenn auch nicht freiwillig gewählt — natürlich Corona und dessen Auswirkungen. Das gute Gesundheitssystem in Österreich hat der Pandemie bislang getrotzt, dennoch gab es schon Phasen, vor allem im Spätherbst, wo unsere Krankenhäuser nahe an der Auslastungsgrenze waren und das Personal an der Belastungsgrenze. Außerdem mussten elektive Eingriffe ausgesetzt werden, um Betten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten vorzuhalten, sprich die Auswirkungen der Coronapandemie auf die Gesundheitsversorgung im intramuralen Bereich war damit auch für andere Patientinnen und Patienten spürbar.“
Die Pandemie betrifft allerdings bei weitem nicht nur die Versorgung durch die Spitäler. Auch die Versorgung außerhalb der Spitäler war betroffen. Daher wurde auch bereits im Juni in der Konferenz der Landesgesundheitsreferentinnen und -referenten der Beschluss gefasst, eine bundesweite Arbeitsgruppe einzurichten. „Diese Gruppe, bestehend aus Stakeholdern aus dem Gesundheitsbereich, befasst sich mit den Auswirkungen von COVID-19 auf die Versorgungsstruktur im intramuralen und mit extramuralen Bereich und erarbeitet Vorschläge für Adaptierungen, die sowohl in den österreichischen Gesundheitsplan als auch in die regionalen Gesundheitspläne einfließen können.“

Ein Beispiel: Die Anfang 2020 schnell auch über Österreich hereingebrochene SARS-CoV-2-Pandemie hat an das Gesundheitswesen enorme Anforderungen bezüglich Flexibilität und rasches Reagieren gestellt. „Ein Aspekt der hier eine mögliche, rasche Adaptierbarkeit der räumlichen Ausgestaltung der Infrastruktur sein kann. Wegen COVID-19 benötigte man z. B. eine schnelle Anpassung von Kapazitäten an Isolierzimmern und in der Intensivpflege, aber auch der Eingangsbereich der Krankenhäuser muss schnell für ein mögliches Schleusensystem adaptierbar sein“, sagte die derzeitige Vorsitzende der Konferenz der Landesgesundheitsreferentinnen und -referenten.
Fazit der steirischen Landespolitikerin: „Ich gehe beispielsweise davon aus, dass wir in Zukunft flexiblere Kapazitäten im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung brauchen werden. Dies bedeutet auch, dass wir die Krankenhausstandorte entsprechend gestalten werden müssen und es bauliche Voraussetzungen geben muss, um im Ernstfall schnell und flexibel reagieren zu können.“

Das Vermeiden von Versorgungslücken

Dem österreichischen Gesundheitssystem ist es im Großen und Ganzen gut gelungen der Pandemie zu trotzen und die Gesundheitsversorgung aufrecht zu erhalten. Dennoch gilt es aus der Pandemie die Lehren zu ziehen und das österreichische Gesundheitswesen so zu verändern, dass auch in Krisen, wie rund um SARS-CoV-2, die Versorgung der Patientinnen und Patienten bestmöglich sichergestellt ist und möglichst keine „Kollateralschäden“ auftreten, z. B. weniger Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen auf Krebserkrankungen mit potenziell gefährlichen Konsequenzen. Bogner-Strauß: „Das wirkliche Ausmaß wird sich erst in einer Ex-Post-Betrachtung der Versorgungsforschung zeigen — man kann mitten in der Pandemie nur spekulieren, warum es in welchen Bereichen zu diesen Veränderungen gekommen ist. Bei den Vorsorgeuntersuchungen wird es sowohl daran liegen, dass es durch Corona in manchen Regionen möglicherweise ein verringertes Angebot gegeben hat, aber es ist vermutlich auch so, dass die Nachfrage der Patientinnen und Patienten nicht so groß war und vermeintlich hinausschiebbare Termine nicht wahrgenommen wurden.“

> Der Bund regelt Themen für ganz Österreich. Wir sind die Ausführenden.
> Juliane Bogner-Strauß

Nutzen Sie im Rahmen der **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021** die Chance, in einen persönlichen Dialog mit Dr. Juliane Bogner-Strauß zu treten. Zudem stehen Ihnen im Stift Seitenstetten neben PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling viele weitere hochkarätige nationale und internationale Speaker für visionäre Gespräche zur Verfügung.

JETZT ANMELDEN

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

© ERWIN SCHERIAU (2)

Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Mit der COVID-19-Pandemie verschärft sich aber auch die Finanzierungsfrage im österreichischen Gesundheitswesen. Die Landesrätin: „Es stellt sich natürlich durch die coronabedingte Wirtschaftskrise auch die Frage, wie das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem weiterhin finanziert werden kann, wenn insbesondere die Beiträge der Sozialversicherung sinken und die Steuereinnahmen dies auch tun.“
Bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) ging man im vergangenen Jahr von einem Fehlbetrag von bis zu rund 450 Mio. Euro für 2020 aus. Mittlerweile konnte erste vorsichtige Entwarnung für 2020 gegeben werden. Für 2020 muss auch erwähnt werden, dass weniger Einnahmen wegen ausgefallener Beitragszahlungen auch weniger von den Versicherten in Anspruch genommene Leistungen gegenüberstanden. Aber das reduzierte Wirtschaftswachstum, die höchste Arbeitslosenrate seit Jahrzehnten und weitere Faktoren werden die Einnahmen der ÖGK nachhaltig für Jahre reduzieren.
Insgesamt ist und bleibt die Situation angespannt. Auf der Seite der Bundesländer trifft das speziell auf die Gelder für das Krankenhauswesen zu. Bogner-Strauß: „Insofern muss der Fokus aus Sicht der Länder darauf liegen, dass die Spitalsfinanzierung in ihrem bisherigen Ausmaß gesichert bleibt. Ansonsten kommt es zu massiven Leistungskürzungen — das kann niemand wollen!“

Dauerbrenner: Ärzte-Dienstzeiten

Sowohl im niedergelassenen Bereich als auch bei den österreichischen Krankenhäusern gibt es bundesweit anhaltenden Abstimmungsbedarf. „Zu den Themen, die in der Konferenz der Landesgesundheitsreferentinnen und -referenten ein Dauerbrenner sind, gehören Neuregelungen im Ärztegesetz und im Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG)“, sagte die steirische Gesundheitsreferentin.
Das mit 1. Jänner 2015 in Kraft getretene Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz sollte die EU-Regelungen bezüglich der Dienstzeiten der Ärztinnen und Ärzte in den Spitälern erfüllen. Darüber hatte es in Österreich viele Jahre lang heftige Diskussionen gegeben. Es kam zu einer Limitierung der Wochen-Arbeitszeit auf 48 Stunden mit der Möglichkeit für ein freiwilliges Opt-out durch Ärztinnen und Ärzte. Die Spitalsträger fürchten mit dem Auslaufen dieser Opt-out-Regelung vor allem Personalengpässe, da es kaum möglich sein wird, die Mehrstellen zu besetzen, da nicht genügend Personal zur Verfügung stünde.
So heißt es im aktuellen Regierungsübereinkommen unter anderem: „Schaffung von Rahmenbedingungen, die die ärztliche Versorgung im Spitalsbereich sicherstellen (Arbeitszeitregelungen im Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz etc.).“ Die Bundesregierung will eine befristete Verlängerung der Opt-out-Möglichkeit schaffen. Und genau das müsste auch mit den Bundesländern abgestimmt werden. „Viele Ärztinnen und Ärzte in den Spitälern wollen mehr als 48 Stunden pro Woche arbeiten. Das betrifft alle Bereiche — von der Patientenversorgung bis zur Ausbildung. Österreich hat hier ‚Gold Plating‘ betrieben. In der Steiermark würde ein Auslaufen der Opt-out-Regelung einen Mehrbedarf von über 100 Spitalsärztinnen und Spitalsärzten bedeuten, die es aber nicht gibt“, erklärte Bogner-Strauß.

Strukturreform

Womit man bei den „steirischen“ Themen angekommen ist. In dem Bundesland ist man seit Jahren dabei, die Spitalslandschaft umzugestalten. Dies soll über die Zusammenlegung von Standorten — zum Teil in neue „Leitspitäler“ — laufen. Ergänzend dazu sind Primärversorgungszentren (auch gerne als Gesund- →

heitszentren bezeichnet) vorgesehen. Auch hier will man eine Vorreiterrolle spielen.
Bogner-Strauß: „Die Ereignisse des letzten Jahres haben uns gezeigt, dass kein Weg an der Spitalsreform, wie wir sie in der Steiermark bereits umsetzen, vorbeiführt. Die Medizin entwickelt sich ständig weiter — dies macht es erforderlich, medizinische Leistungsangebote am „Best Point of Service“ anzubieten. Man muss auch nicht immer gleich in ein Krankenhaus, und dennoch nehmen viele diesen Weg und lange Wartezeiten in Ambulanzen auf sich, obwohl sie anderswo — z. B. im niedergelassenen Bereich — versorgt wären.“
Im Spitalsbereich geht es hier um Kapazitäten und Leistungsangebote. „Wir haben in der Steiermark sehr kleine Strukturen. Ein Beispiel stellt die Gynäkologie und Geburtshilfe dar. Wenn in einem Krankenhaus auf der Geburtenstation nicht einmal mehr eine Geburt pro Tag erfolgt, welches medizinische Personal will man dorthin bekommen — Routine braucht Expertise!“, erklärte die Landesrätin.
Es geht aber nicht nur um die aktuelle Versorgung der Betroffenen, sondern auch um die Zukunft. Bogner-Strauß: „Ich denke dabei auch an die Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte. Eine adäquate Ausbildung im Fach Gynäkologie und Geburtshilfe ist in einem Krankenhaus, wo pro Jahr nicht einmal 200 Kinder auf die Welt kommen, so gut wie unmöglich.“

Neue Strukturen

Ein Beispiel für die Neuordnung der (Spitals-) Strukturen könnte hier der Bezirk Liezen sein. „Derzeit gibt es in der Region drei Spitäler. Und zwar in Schladming, in Bad Aussee und in Rottenmann. Ziel ist ein Leitspital in der Region Liezen, das mit allen notwendigen Abteilungen ausgestattet ist und auch die notwendigen Fallzahlen erreicht“, erklärte die Landesrätin. Das Krankenhaus wird für das Personal auch dahingehend attraktiv sein, weil fächerübergreifend mehr Zusammenarbeit möglich sein wird, die Ausbildung verstärkt und verbessert sowie mehr Expertise erreicht werden kann. Das neue Krankenhaus soll bis 2025 um rund 250 Mio. Euro in der Gemeinde Stainach-Pürgg errichtet werden. Gleichzeitig werden an den anderen Standorten Einrichtungen wie Primärversorgungseinheiten, Angebote für Pflege und Nachbetreuung ein ergänzendes Leistungsangebot darstellen.
Kernpunkt ist laut Bogner-Strauß auch hier eine abgestimmte Versorgung: „Wir müssen zwei weitere Schnittstellen in Angriff nehmen, die durchaus auch zusammenhängen: Nämlich jene zwischen intra- und extramuraler Versorgung allgemein und jene zwischen Spital und pflegerischer Nachsorge.“
Als Beispiel für die zukünftige Entwicklung nannte die Landesrätin auch die bereits in Betrieb gegangenen bzw. geplanten Primärversorgungseinheiten: „Die können je nach Bedarf mit Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern und/oder Fachärztinnen und Fachärzten besetzt sein.“ Bereits Ende Juni 2020 gab es in der Steiermark insgesamt elf sogenannte Primärversorgungszentren. „Wir sind damit in Österreich in einer Pionierrolle und wollen bis 2025 noch weitere Primärversorgungszentren errichten, um eine wohnortnahe, multiprofessionelle Versorgung zu etablieren, die bis zu zehn Stunden am Tag offen hat und damit niederschwelligen Zugang verschafft“, erklärte Bogner-Strauß. Denn oft weicht man auch in die Ambulanz aus, weil zeitnah keine Ordination in der Nähe geöffnet hat.
Die Zusammensetzung in diesen Gemeinschaftspraxen ist ganz unterschiedlich: So können neben Ärztinnen und Ärzte, (Diplom-) Pflegeassistentinnen und -assistenten, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, auch Diätologinnen und Diätologen oder Diplomkrankenpflegerinnen und -pfleger in den

© ERWIN SCHERIAU

An der Spitalsreform in der Steiermark führt kein Weg vorbei.
Juliane Bogner-Strauß

Primärversorgungszentren arbeiten. Auch Sozialarbeiterinnen und -arbeiter unterstützen oft das Team. Diese Zentren sollen den Patientinnen und Patienten eine vielseitige medizinische und gesundheitliche Versorgung und Betreuung an einem Platz bieten und gleichzeitig die (präventive) Gesundheitsversorgung in den Regionen verbessern.
„Das geht bis zur Hauskrankenpflege und die Nachsorge“, sagte die steirische Landesrätin. Lange Öffnungszeiten würden den Patientinnen und Patienten zugutekommen, es ergäben sich aber auch noch andere Vorteile: „Zwei Ärztinnen und Ärzte können in einer Ordination gemeinsam in Teilzeit arbeiten.“ Und schließlich: Man biete in der Steiermark für Medizinstudentinnen und -studenten Praktika im niedergelassenen Bereich an — vor allem bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, samt Hilfe bei der Bereitstellung von Wohnmöglichkeiten. Das soll den Bereich der Allgemeinmedizin attraktivieren und angehende Ärztinnen und Ärzte wieder vermehrt in den niedergelassenen Bereich — auch in den Regionen — und in die versorgungswirksame Kassenmedizin zu bringen.

Weißbuch Gesundheit

Im Grunde genommen ist die österreichische Gesundheitspolitik seit Jahren mit allen diesen Themen beschäftigt. Einen weiteren Anstoß, endlich an die Umsetzung der wichtigsten Projekte zu gehen, lieferte 2020 auch das PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“, bei dem Dr. Hans Jörg Schelling, ehemals Chef des Hauptverbandes der Sozialversicherungen und Ex-Finanzminister, die Regie führte. „Dankenswerterweise liefert das Weißbuch viele Denkanstöße. Besonders wichtig scheint mir der Gedanke, dass wir das Gesundheitssystem aus Sicht der Patientinnen und Patienten bzw. das Pflegesystem aus Sicht der zu Betreuenden wahrnehmen müssen“, sagte Bogner-Strauß.
Dazu könne auch die in dem Weißbuch stark betonte Digitalisierung des Gesundheitswesens beitragen. „Hier haben wir noch Aufholbedarf. Aber das e-Rezept oder z. B. der e-Impfpass — die werden auf jeden Fall bleiben. Wir haben in der Steiermark darüberhinaus einige Pilotversuche am Laufen. Das gilt für die Betreuung von an Diabetes Erkrankten genauso wie ein erfolgreiches Projekt zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz.“
Letzteres ist zum Beispiel das Projekt „HerzMobil“ in der Steiermark: Derzeit ist die Pilotregion Mürztal mit dem LKH Hochsteiermark, Abteilung für Innere Medizin am Standort Bruck, eingebunden. Es geht um die Nachsorge und Stabilisierung für Herzinsuffizienzpatientinnen und -patienten. Die Zusammenarbeit des Betreuungsteams mit den Betroffenen wird durch ein telemedizinisches System unterstützt, das aus Waage, Blutdruck- und Pulsmessgerät sowie einem Mobiltelefon besteht.

Wir brauchen im Gesundheitsbereich realistische und attraktive Berufsbilder.
Juliane Bogner-Strauß

Damit können Patientinnen und Patienten täglich die selbstständig erhobenen Messdaten (Gewicht, Puls, Blutdruck) und die aktuelle Befindlichkeit einfach und rasch übertragen und von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten entstehende Probleme frühzeitig erkannt werden. Neben dem Monitoring kommt es auch zu einer intensiven Schulung der Patientinnen und Patienten bzw. von deren Angehörigen. Sie erfolgt durch speziell geschultes Herzinsuffizienz-Pflegepersonal. Dritter Eckpunkt ist die durch das System mögliche Optimierung von Dosis und Einsatz der verschriebenen Arzneimittel.

Mehr Geld allein bringt nichts

Ein Credo — und das gilt auch wohl auch für das „Weißbuch“ — wie Juliane Bogner-Strauß erklärte: „Wir müssen lösungsorientiert denken. Ich finde, wir haben es uns diesbezüglich viel zu einfach gemacht und die Probleme einfach mit viel Aufwand und Geld auf die nächste Ebene geschoben. Dies führt zu den Versorgungslücken an den Schnittstellen extramural/intramural und Nachsorge/Pflege. Diesbezüglich gehört auch ein Bewusstseinswandel her. Ist es beispielsweise erstrebenswert, stationär aufgenommen zu werden, wenn die ambulante Versorgung möglich ist? Ist es zielführend, Menschen mit niedrigem Versorgungsbedarf dauerhaft in stationären Einrichtungen unterzubringen?“
Ein weiterer wichtiger Aspekt sei die Frage, wie man die Versorgungswirksamkeit der im Gesundheitswesen Tätigen erhöhen könnte, sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch anderer Pflegeberufe. Bogner-Strauß: „Hier gilt es bereits in der Ausbildung anzusetzen — gut ist alles, was Versorgung schafft! Dies trifft im Übrigen auch für die im Weißbuch eben breit thematisierte Digitalisierung zu — diese bietet gerade für den ländlichen Raum ganz andere Versorgungsoptionen.“
Die Version 2020 des PRAEVENIRE Weißbuches „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ sollte jedenfalls auch als Basis für eine ständige Weiterentwicklung dienen, betonte die steirische Landesrätin: „Ein Gedanke, der mich schon seit längerem umtreibt ist folgender: Wie schafft man es, realistische und attraktive Berufsbilder für die Zukunft zu entwerfen? Ich glaube, dass gerade vor Beginn der Ausbildung in den angesprochene Berufen derzeit vieles falsch läuft. Viele potenziell hochkarätige Ärztinnen und Ärzte scheitern z. B. bereits an der Aufnahme zum Studium — in der Pflegeausbildung ist es nicht anders: Die mangelnde Anerkennung und die Aussicht, mit Mitte 40 aufgrund der körperlich und seelisch schweren Arbeit mit einem Bandscheibenvorfall oder Burn-out zuhause zu sitzen, ist nicht sehr verlockend“.
Hier gehe es um Inklusion und Erwartungshaltungsmanagement. Bogner-Strauß: „Krankheit und Pflegebedarf sind Phänomene aus der Mitte der Gesellschaft, die uns alle betreffen — wir müssen diese Themen auch wieder in die Mitte der Gesellschaft holen und sie nicht in ‚weiße Fabriken‘ oder ähnliche Institutionen outsourcen.“ P

© PETER PROVAZNIK

Keynote

Paradigmenwechsel bei Impfungen

Eine Zukunftstechnik: **mRNA (MESSENGER RNA)** als Basis für völlig neue Impfstoffe ohne dafür notwendige Biotech-Antigenproduktion. Sowohl zwei der ersten COVID-19-Vakzine als auch neue Krebsimpfstoffe sind Entwicklungen mit dieser Technologie. | von Wolfgang Wagner

Univ.-Prof. Dr. Christoph Huber: „Das Dogma der fehlenden Wirksamkeit therapeutischer Impfungen beginnt zu wanken.“
Mit der Präsentation der ersten Daten aus einer Phase-III-Studie zur Wirksamkeit und Verträglichkeit einer COVID-19-Impfung haben das deutsche Unternehmen BioNTech und sein 50:50-Partner in diesem Projekt, der US-Pharmakonzern Pfizer, einen weltweit Schlagzeilen machenden Durchbruch erzielt. Die Technologie dahinter ist das Ergebnis jahrzehntelanger wissenschaftlicher Arbeit, die jetzt zu einem Paradigmenwechsel in der Medizin führt, sagte BioNTech Co-Gründer und Aufsichtsratmitglied Univ.-Prof. Dr. Christoph Huber bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen in Seitenstetten.
„Impfstoffe gegen Tumor und Infektion“, betitelte Huber seinen Keynote-Vortrag. Er ließ wenig Zweifel daran, dass im Bereich der Immunisierungen eine neue Ära angebrochen sein könnte: „Das Impfstoffformat beginnt zu wechseln — von bewährten Proteinen zu mRNA. Das Dogma fehlender Wirksamkeit therapeutischer Impfungen beginnt zu wanken.“ Was dahinter steckt, ist eine Technik, welche die seit Jahrzehnten bestehenden Bestrebungen, eine wirksame „Krebsimpfung“ zu entwickeln, plötzlich realistisch erscheinen lässt und gleichzeitig zu einer Revolution bei den prophylaktischen Impfungen einläuten könnte — derzeit eben via SARS-CoV-2- bzw. COVID-19-Impfung.
„Den Unterschied macht eine neue Herstellungstechnologie. Es ist die Übertragung der in einer mRNA (messenger RNA) codierten genetischen Information eines Impfantigens in Antigen-präsentierende Zellen (Dendritische Zellen; DCs). Die Aufnahme der mRNA führt zu einer Synthese der Impfantigene in den DCs. Die mRNA stimuliert zusätzlich das Immunsystem. Wir geben nicht Eiweiß, sondern mRNA, die für das Eiweiß codiert. Die mRNA braucht auch kein Adjuvans, sondern induziert alle inflammatorischen Zytokine, welche sonst gute Adjuvantien aktivieren“, schilderte der Hämato-Onkologe das Prinzip.

Eine unserer Tumorvakzine ist die höchste Personalisierung, die bisher in der Medizin versucht wurde.
Christoph Huber

Nutzen Sie im Rahmen der **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021** die Chance, in einen persönlichen Dialog mit Univ.-Prof. Dr. Christoph Huber zu treten. Zudem stehen Ihnen im Stift Seitenstetten neben PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling viele weitere hochkarätige nationale und internationale Speaker für visionäre Gespräche zur Verfügung.

JETZT ANMELDEN

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

Das Prinzip — von der DNA zum mRNA-Impfstoff

Die moderne Molekularbiologie hat in den vergangenen Jahrzehnten die Grundlagen geschaffen, mit deren Hilfe man jetzt — und nach langer und oft frustrierender Laborarbeit — die Früchte zu ernten beginnt.

- Die DNA für ein Impfstoffantigen wird laut Huber mithilfe eines Polymerase-Enzyms in-vitro in eine mRNA umgeschrieben. „Das ist unser Wirkstoff. Wir geben ihn dem Patienten, der damit seinen eigenen Impfstoff produziert.“
- Das Problem, wie der BioNTech Co-Gründer erklärte: „Der eigene Feind der mRNA, die für die Herstellung von Proteinen codiert, ist das ubiquitäre Vorhandensein von RNAse-Enzymen.“ Ein aktiviertes Gen führt zum Entstehen von mRNA in Zellen als Bauplan für das codierte Protein, doch der Bauplan wird durch RNAsen sofort wieder zerstört. Kein Gen bzw. keine Protein-Produktion in Zellen darf physiologisch zu lange funktionieren.
- Bei Impfstoffen ist das anders. „Um wirksam zu sein, muss man die verwendete mRNA stabilisieren. Durch vielfältige und hoch intelligente Veränderungen kann man mRNA soweit stabilisieren, dass die von ihr codierten Proteine bis zu zwei Wochen in Proteine übersetzt werden“, erklärte Huber bei den Gesundheitstagen Praevenire in Seitenstetten.

Der Vorteil der Technologie liegt in ihrer Flexibilität und in ihrer Schnelligkeit. „Wir können heute Impfstoffe bis zur Freigabe für Patienten in weniger als vier Wochen machen“, sagte Huber. mRNA-Impfstoffe würden sowohl eine starke zelluläre Immunantwort über CD4-Helferzellen und zytotoxische CD8-positive Zellen erzeugen. Die Stimulierung der spezifischen Abwehr sei einzigartig und mit keiner anderen Technologie derartig zu erreichen.

„Projekt Lightspeed“

In Sachen COVID-19 wurde diese Technologie im Jänner 2020 binnen kürzester Zeit zu einem Schlüssel in der Entwicklung eines SARS-CoV-2-Impfstoffs. Am 12. Jänner wurde von chinesischen Wissenschaftern die Genom-Sequenz des neuen Coronavirus publiziert. „Mein wissenschaftlicher Mitstreiter und Freund Ugur Sahin hat bei BioNTech nicht mehr als einen Tag gebraucht, um uns zu überzeugen, es wäre medizin-ethisch eine zwangsläufige Entscheidung, dass wir uns hier engagieren“, sagte Huber.

Mittlerweile liegen die Daten aus der Phase-III-Studie vor. Sie sprechen von einem etwa 95-prozentigen Impfschutz, der mit der BNT162b zur Prophylaxe von SARS-CoV-2 erzielt werden kann. Die Zulassungen in den USA und in der EU werden daraus abgeleitet werden.

Krebsvakzine

Doch eigentlich zielte die Technologie-Plattform der mRNA-Vakzine von BioNTech auf Krebsimpfstoffe ab. „Es ist rund 30 Jahre her, dass man molekulare Zielstrukturen und potenziell immunogene Antigene von Tumorzellen charakterisiert hat“, schilderte Huber die Entwicklung. Der Weg führte über mRNA, die in Tumorzellen für Antigene codiert. Diese schrieb man per Enzyme in cDNA um, screente sie auf eine mögliche Verwendung für Impfungen.
Was man herausfand: Es gibt „shared (germline) Antigene“, die gleichermaßen in Normal- und Tumorgewebe vorhanden sind. An zweiter Stelle rangieren echte Neoantigene, die ebenfalls immunogen sein können, bei jeder Patientin bzw. jedem Patienten aber individuell vorkommen. Und schließlich gibt es noch in Tumoren vorkommende Virus-Erbsubstanz, z. B. jene von HPV-Viren beim Gebärmutterhalskarzinom.
„Wir haben heute zwei große Impfstoff-Technologieplattformen etabliert. In der einen entwickeln wir solche ‚shared Antigene‘ als fixe Mischung von vier bis fünf Tumorantigenen in FixVac-Impfstoffen“, sagte Huber.
Doch jeder Tumor ist anders. Mittlerweile können durch Sequenzierung pro Tumor um die 100 Neoantigene identifiziert werden. „Absolute High-Tech ist damit die höchste Individualisierung eines therapeutischen Impfstoffes. Dabei werden bei jeder Patientin bzw. jedem Patient durch tiefe Sequenzierung die individuell im Tumor vorhandenen Neoantigene aufgeklärt. Gegen bis zu 20 dieser immunogenen Mutationen wird eine individuelle Vakzine hergestellt“, erklärte der Hämato-Onkologe.
Mit der fixen Kombination von Antigenen als Impfstoff (FixVac) wurde eine erste Studie mit rund 30 Melanompatientinnen und -patienten mit Therapie-refraktärer Erkrankung (inklusive Immuntherapie) durchgeführt. „Was wir sehen ist, dass sich bei etwa der Hälfte der Patientinnen und Patienten der Tumor zurückbildet und dass das mehrheitlich anhält.“
Derzeit laufen fünf Studien mit Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Krebserkrankungen, um weitere Daten zu sammeln.
Für die individualisierte Vakzine gibt es bisher Daten von 13 Melanompatientinnen und -patienten (Stadium IIIb, IIIc und IV), die wiederholt Rückfälle hatten. Die mehrfache Verabreichung der Vakzine mit zehn Neoantigenen zeigte in einem Zeitraum von 24 Monaten einen Anteil von Rückfallsfreiheit von um die 80 Prozent. „Innerhalb von vier Jahren haben wir noch keine Patientin und keinen Patienten verloren. Wir haben jetzt 500 Patientinnen und Patienten in einer Großstudie, um weiterzuforschen“, erklärte Huber. Fazit: Die mRNA-Technologie hat das Zeug, die Impfstofflandschaft bei Infektionen und/oder Krebs zu verändern. „Wir rechnen damit, dass wir die erste Produktzulassung 2020/2021 erreichen.“ P

Merck im Kampf gegen Krebs

Onkologische Spitzenforschung auf der Überholspur

Das führende Wissenschafts- und Technologieunternehmen Merck möchte einen **PARADIGMENWECHSEL BEI DEN BEHANDLUNGSSTANDARDS FÜR KREBSERKRANKUNGEN** herbeiführen. PERISKOP beleuchtet im Gespräch mit Dr. Leif Moll, MBA, Geschäftsführer von Merck Österreich, aktuelle Meilensteine und strategische Entwicklungsprogramme. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Merck setzt neben Spitzenforschung auf erfolgreiche Start-ups im Bereich der Onkologie bzw. Immunonkologie, zudem auf strategische Allianzen, offenen Datenzugang und die Stimme der Patientinnen und Patienten.

PERISKOP: Der diesjährige Weltkrebstag stand am 4. Februar 2021 im Zeichen globaler Anstrengungen im Kampf gegen Krebs. Wie zeichnet sich Ihre aktuelle Forschungspipeline?

MOLL: Merck konzentriert sich darauf, neue Behandlungsoptionen und Therapieansätze zu erforschen und zu entwickeln, die für das Leben erkrankter Menschen einen bedeutsamen Unterschied ausmachen. Konkret sind das verschiedene Krebsarten wie Darmkrebs, Nierenzellkarzinom, Kopf-Hals-Tumore und eine seltene Form von Hautkrebs sowie aktuell Blasenkrebs. Wir müssen uns vor Augen halten, dass Krebs nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen immer noch die zweithäufigste Todesursache darstellt: Pro Jahr erkranken in Österreich etwa 40.000 Menschen an Krebs. Unsere Entwicklungen in Wissenschaft und Forschung haben deutlich dazu beigetragen, dass die Überlebenschancen nach Krebsdiagnosen stark steigen. Dennoch gibt es noch viel zu tun. Als Unternehmen sind wir hier getrieben von unserer Kultur des Forschungsdrangs und der Wissbegierde im Bezug auf neue Therapien. Wir sind Pionier im Bereich des DNA Damage Response (DDR) und bei der wissenschaftlichen Erforschung von DDR-Inhibitoren. Hier geht es darum, dass man durch Unterbrechung verschiedenster Signalwege Tumorzellen zum Absterben bringen kann, indem man ihnen die Möglichkeit nimmt, das Erbgut sukzessive zu reparieren.

Leif Moll, Geschäftsführer von Merck Österreich, verzeichnet einen Paradigmenwechsel im Umfeld der onkologischen Forschung und setzt neben strategischen Synergien und Forschungsinvestitionen stets auf die Stimme der Patientinnen und Patienten.

© LICHTBILDATELIER EVA SPEITH

Insgesamt betrachtet haben wir mehr als 100 klinische Studien für mehr als 15 Tumortypen durchgeführt, davon laufen derzeit 19 in Österreich, sieben davon im Bereich der Onkologie bzw. Immunonkologie. Merck ist global aufgestellt, Österreich fungiert hier aber stets als hochkarätiger Bestandteil essenzieller Forschungsaktivitäten.

Sie fokussieren sich neben der DDR-Therapie stark auf die Bereiche der Präzisionsmedizin, die gerade im Umfeld der Onkologie bahnbrechende Erfolge erzielt. Worin liegen für Sie die Zukunftschancen dieser personalisierten Behandlung?

Wir sind überzeugt, dass wir mit den therapeutischen Möglichkeiten der Präzisionsmedizin die Behandlung von Krebs massiv beschleunigen können. Heute ist es uns möglich, bestimmte Patientenpopulationen viel besser identifizieren zu können, um so ein optimales Ansprechen auf eine Behandlung zu erreichen. Etwa drei bis vier Prozent der Patientinnen und Patienten mit der häufigsten Art von Lungenkrebs, dem so genannten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom, haben bestimmte Veränderungen im Gen MET, und können mit sogenannten MET-Inhibitoren potenziell behandelt werden. Hiervon zeigten in einer klinischen Studie etwa 46,5 Prozent ein objektives Ansprechen. Dies sind vielversprechende Daten für diese Patientenpopulation. Wir arbeiten also mit kleineren Patientengruppen, die durch diesen Ansatz einen weitaus höheren medizinischen Nutzen erfahren können.

> Strategische Allianzen bündeln nicht nur wertvolle Ressourcen, sondern verbessern auch den rascheren Zugang zu den Therapien.
> Leif Moll

In Ihrer Forschung setzen Sie derzeit einen intensiven Fokus auf das Thema Blasenkrebs. Welche Entwicklungen verzeichnen Sie hier?

Blasenkrebs ist weltweit die zehnthäufigste Krebserkrankung. Im Jahr 2020 verzeichneten wir in Europa 204.000 erkrankte Menschen. Das Urothelkarzinom ist die häufigste Form von Blasenkrebs, sie macht etwa 90 Prozent aller Fälle aus. Mehr als 67.000 Patientinnen und Patienten starben an der Erkrankung — trotz vorhandener Therapien.

Welchen Meilenstein haben Sie gesetzt, um hier gegenzusteuern?

Die Europäische Kommission hat kürzlich den monoklonalen Antikörper Avelumab — aus der Klasse der Immun-Checkpoint-Inhibitoren — als Monotherapie für die Erstlinien-Erhaltungstherapie bei Urothelkarzinom zugelassen. Für Österreich gilt die Zulassung seit Jänner 2021. Die Therapie ist außerdem seit Juni 2020 von der FDA in den USA als Erstlinienerhaltungstherapie für fortgeschrittenes Urothelkarzinom zugelassen, mittlerweile in insgesamt 38 Ländern. Darauf sind wir sehr stolz.

© MERCK KGAA, DARMSTADT, GERMANY/GETTY IMAGES INTERNATIONAL

Was bedeutet das für die Patientinnen und Patienten?

Der „Medical Need“ ist in dieser Indikation aufgrund der äußerst geringen 5-Jahres Überlebensrate von bisher nur etwa fünf Prozent enorm hoch. Die Studienlage zeigt, dass mit dieser Erstlinienerhaltungstherapie ein substanzieller Gesamtüberlebensvorteil möglich ist. Bereits 2004 konnten wir im Bereich Darmkrebs einen Meilenstein setzen mit einem monoklonalen Antikörper vom Typ IgG1, der auch heute noch ein ganz wesentlicher Bestandteil in der Therapie ist. Wir gehen davon aus, dass diese neue Behandlungsoption für Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Urothelkarzinom ebenfalls einen Meilenstein darstellt.

Merck investiert stark in die Forschung, auch in Einzelpersonen und innovative Therapiealternativen für die Zukunft. Wohin wird die Reise gehen?

Wir fördern erfolgreiche Start-ups im Bereich der Onkologie und Immunonkologie, da wir hier enorm hohes Potenzial verzeichnen. Grundsätzlich sind wir der Meinung, dass man nicht nur auf sich selbst vertrauen kann. Wir arbeiten daher mit verschiedenen sehr hoch angesehenen Forschungseinrichtungen und Start-ups zusammen, mit denen wir unsere eigenen Ressourcen und Capabilities ergänzen. Merck setzt auf Investitionen in innovative Therapiealternativen der Zukunft. Damit kümmern wir uns auch um Bereiche, in denen es vielleicht noch keine Technologie oder kein Molekül gibt, in das man investieren könnte. Im Vordergrund stehen hier vielversprechende Ideen von Firmen, die gerade erst gegründet haben. Mit „M Ventures“ haben wir im Zuge der letzten zwölf Jahre 400 Mio. Euro in 18 erfolgsversprechende Start-ups investiert und diese somit kapitalisiert.

Strategische Allianzen sind Bestandteil Ihrer Unternehmensphilosophie. Worin liegt das Potenzial von gebündelten Ressourcen?

Im Rahmen unserer Zusammenarbeit mit strategischen Partnern vereinen wir gebündelte Expertise, um Therapieerfolge zu verbessern. Wir profitieren so von den jeweiligen Stärken und Kompetenzen, um therapeutisches Potenzial weiter zu erforschen und zu optimieren.

Merck arbeitet an vielzähligen klinischen Studien für mehr als 15 Tumortypen.

Beispielsweise stehen wir mit dem London Research of Cancer in sehr engem Austausch und verzeichnen eine sehr befruchtende Forschungszusammenarbeit mit Artios Pharma, einem der führenden Pharmaunternehmen im Bereich der DDR-Therapie. Damit konnten wir unsere Führungsrolle in diesem Bereich noch weiter stärken.

> Mit der Global Oncology Big Data Alliance haben wir uns das Ziel gesetzt, Big Data für möglichst viele Forscherinnen und Forscher weltweit kostenfrei zugänglich zu machen.
> Leif Moll

Verschiedene Ressourcen und Technologien sind zusammen erfolgreicher. Die Zeiten des singulären Arbeitens sind vorbei. Heute gilt es, verschiedene Stärken von verschiedenen Unternehmen zusammenzuführen. Das ist insbesondere auch dann wichtig, wenn es darum geht, die Therapien möglichst schnell zu den Menschen zu bringen.
Zu unseren Entwicklungsprogrammen zählt auch, die führenden Köpfe im Bereich der Onkologie miteinander zu vernetzen, die besten Forscherinnen und Forscher zu vereinen. Mit der Global Oncology Big Data Alliance (GOBDA) war Merck einer der Pioniere: Wir haben uns das Ziel gesetzt, Big Data für möglichst viele Forscherinnen und Forscher global und kostenfrei zugänglich zu machen. Das ist ja — im Vergleich zu früher, als viele Erkenntnisse noch im eigenen Umfeld behalten wurden — auch ein Paradigmenwechsel. Mit Big Data wollen wir heute den größtmöglichen Nutzen für die Patientinnen und Patienten erreichen.
Einen weiteren Cornerstone setzten wir mit einem Register für seltene Krebserkrankungen sowie einer Datenbank für immunbedingte Nebenwirkungen, um so die Therapieergebnisse für Krebspatientinnen und -patienten durch einen offenen Datenzugang zu verbessern.

Merck zeichnet die stetige Inklusion von Patientinnen und Patienten aus. Worin liegt das Erfolgsrezept der gemeinsamen Kooperationen?

Wir verstehen die Patientinnen und Patienten als Expertinnen und Experten in eigener Sache. Die Patientin bzw. der Patient muss im Mittelpunkt aller Aktivitäten stehen, das spiegelt nicht nur unser Mission-Statement bzw. Leitmotiv „As One for Patients“/„Gemeinsam für Patientinnen und Patienten“ wider, sondern auch zahlreiche Kooperationen mit Patientenorganisationen. In Österreich arbeiten wir hier beispielsweise sehr nah mit der Selbsthilfegruppe Darmkrebs zusammen. Nach dem Motto „Nichts über uns ohne uns“ steht im Mittelpunkt die Stimme betroffener Menschen, die wir in kritische Bereiche der Forschung einfließen lassen. Nur so können wir ihre Bedürfnisse immer besser verstehen, von ihnen lernen, Behandlungserfolge optimieren und den Verlauf der Krankheit positiv verändern.

Wie erleben Sie aktuell den Zugang zu den erforderlichen Therapien?

Nichts ist wichtiger, als dass Therapien jene Menschen, die daraus einen Nutzen ziehen können, tatsächlich auch erreichen — und das auf schnellstem Weg. Es darf niemals vom Wohnort abhängen, welches Medikament mir zur Verfügung steht oder nicht. Wir plädieren daher für ein stringentes Bewertungssystem über ganz Österreich hinweg, unter Einbeziehung von Medizinerinnen und Medizinern und ebenso Patientinnen und Patienten.
Wir erleben insbesondere jetzt durch die Coronapandemie, dass Patientinnen und Patienten mit Barrieren konfrontiert sind. In Österreich und Europa sind onkologische Behandlungen zurückgegangen. Wir beobachten das vor allem im Bereich von Hautkrebs, Brustkrebs oder Darmkrebs, und natürlich auch im Bereich der Vorsorge.
Es ist uns sehr wichtig, dass wir uns hier stark engagieren, um entsprechende Hilfe in dieser herausfordernden Zeit zu bieten.
Klar ist: Corona ist nicht alles. Der Rückgang onkologischer Behandlungen ist eine gefährliche Entwicklung, da ein Behandlungsverzug von wenigen Monaten im Bereich der Onkologie massive Auswirkungen haben kann auf die weiteren Behandlungsoptionen und die Prognose des erkrankten Menschen. Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ist der rasche Zugang zu den erforderlichen Therapien daher wichtiger als je zuvor.

Kluge Muskeln | Folge 1

Bewegung versus Schweinehund

Eine liebevolle Kampfansage

Seit dem ersten Corona-Lockdown ist mittlerweile ein Jahr vergangen. Wir waren mit völlig neuen Herausforderungen konfrontiert, die das Gesundheitssystem im Gesamten betreffen, aber auch uns alle in unserer jeweiligen individuellen Lebensform. Dabei verhalten sich die Menschen so unterschiedlich wie das Leben derzeit spielt: Die einen blühen auf und nutzen die Zeit des sozialen Rückzugs für all jene Dinge, für die sie bisher zu wenig Spielraum hatten. Andere erleben existenzielle und emotionale Tiefs, die sie nicht nur an ihre Grenzen bringen, sondern zum Breakdown — und mit ihnen die Kinder inmitten von Familiensystemen, in denen die Kräfte schwinden.

Doch gerade jetzt — in Zeiten von sitzendem Homeschooling, sitzendem Homeworking und sitzenden Entspannungsversuchen — brauchen gerade die Kleinsten eines so sehr wie nie: lebendige Vorbilder, die Struktur geben und sich mental und körperlich fit halten.

Nur jede bzw. jeder vierte Erwachsene erfüllt die WHO-Empfehlungen, wonach man sich in der Woche mindestens 150 Minuten intensiv bewegen UND zweimal die Woche ein muskelaufbauendes Krafttraining absolvieren sollte.

Dr. Andreas Stippler, MSc, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Doch ich darf Sie beruhigen: Wir leben alle gerade in einer Art Ausnahmezustand, in der wir in erster Linie einmal nicht so streng mit uns sein müssen. Emotionale „Hänger" und die fehlende Motivation zur Bewegung gehören zum Leben wie die täglichen Höhen und Tiefen, die Sie als Mensch nun mal erleben: von den Superhelden-Momenten bis hin zu jenen Tagen, an denen Sie sich einfach nur verkriechen wollen.

Ihr innerer Schweinehund darf jetzt also durchaus liebevoll behandelt werden. Doch verwöhnen Sie ihn nicht zu sehr — bleiben Sie in Führungsposition. Denn nur so kann es gelingen, fit zu bleiben, auch dann, wenn Ihr Fitnessstudio dichtmachen muss und gewohnte Trainingseinheiten den Bach runtergehen.

Mit der Bewegung verhält es sich wie mit dem Meditieren: Regelmäßig betrieben, fällt es von Mal zu Mal leichter. Sobald Sie längeren Trainingspausen eine Chance geben, wird der Neustart mühsamer. Das Zauberwort ist die routinierte Regelmäßigkeit. Ihr Schweinehund verhält sich dabei wie ein permanenter Gegenspieler, der die Motivation zunichte machen will. Viele versuchen, ihn zu besiegen, doch meist ist ein liebevoller Umgang mit ihm geschickter. Sagen Sie ihm also einen achtsamen Kampf an. Es ist gar nicht notwendig, ihn zur Wettkampfsau zu trainieren. Denn beim klugen Muskelaufbau gilt: Weniger ist mehr. Gehen Sie die Sache einfach spielerisch an — mit sich selbst, mit Ihren Kindern und Ihrem Schweinehund. Denn Hunde lieben Spiele — und haben gleichzeitig eine Schwäche für Spielregeln. Nutzen Sie diese Schwäche des Schweinehundes für sich und geben Sie ihm gar keine andere Möglichkeit, indem sie ihn mit einem klaren Rhythmus austricksen: ein bestimmter Wochentag, eine gewohnte Uhrzeit, vielleicht ein vertrauter Ort, und Sie bleiben im Lead.

Last but not least: Belohnen Sie den Schweinehund! Tun Sie sich etwas Gutes: ein Vollbad, frisch gepresster Orangensaft, Ihre Lieblingsplatte, ein Gespräch mit einer Freundin oder einem Freund. Die Entspannung ist für den Muskel so wichtig wie die Anstrengung. Doch ohne Anspannung keine Entspannung.

Fazit: Seien Sie nicht zu streng zu sich. Denn Rückschläge gehören zum Fortschritt dazu wie der Blues zum Corona-Lockdown. Und letztendlich bekommen Sie jeden Tag eine weitere Chance auf einen Neubeginn. Vergessen Sie lediglich nicht, sie zu ergreifen. P

Im Buch „Kluge Muskeln" wird erklärt, wie man mit schlau trainierten Muskeln sein Leben um viele Jahre verjüngen kann. Der Erlös kommt der Österreichischen Muskelforschung zugute.

Sie können dieses Buch unter folgendem QR-Code bestellen

Gemein(d)sam

Pflegereform: „Großer Wurf gefragt"

Mitte Februar hat das Sozialministerium den Ergebnisbericht der „Taskforce Pflege" veröffentlicht, die vor etwa einem Jahr eingesetzt wurde. Die „Taskforce Pflege" ist ein breit aufgestelltes Expertengremium, das über Stakeholder-Dialoge und eine große Umfrage in den letzten Monaten viele Ideen und Meinungen aus vielen Sektoren der Pflege zusammengetragen hat. Der Österreichische Gemeindebund war in den Expertenrunden und Steuerungsgruppen bisher intensiv vertreten, weil gerade die Gemeinden einen wesentlichen finanziellen und organisatorischen Beitrag bei Pflege und Betreuung leisten.

Der aktuell vorliegende Bericht fasst nun die Resultate des ersten Diskussions- und Beteiligungsprozesses zusammen. Entsprechend umfassend fällt auch der Bericht aus. Er zeigt in aller Breite auf, was im Pflegebereich zu tun ist, bzw. zu tun wäre, wenn genug Geld, Zeit und Personal vorhanden wäre. Ziel ist es nun, gemeinsam mit allen Verantwortlichen das System Pflege weiterzuentwickeln und für die Menschen in Zukunft eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen.

Mag. Alfred Riedl, Präsident des Österreichischen Gemeindebundes

Das Strategiepapier der „Taskforce Pflege" beschreibt in fünf Themenfeldern insgesamt 17 Ziele und 63 Maßnahmen, die für eine umfangreiche Reform maßgeblich wären. Der Bericht braucht nun dringend eine politische Einordnung. Es muss allen Verantwortlichen klar sein, dass man sich bei der Reformdebatte nicht verzetteln darf. Man muss sich nun politisch auf die Themenbereiche einigen, die man auch wirklich umsetzen und reformieren kann. Lange Debatten und Auseinandersetzungen, die letztlich an Themen wie Personalbedarf oder Finanzierung scheitern werden, sollten auch jetzt nicht mehr geführt werden. Alle handelnden Akteure wissen, dass es jetzt auch einen großen Wurf braucht und keine halbgaren Lösungen. Gerade die Gemeinden spüren seit Jahren einen steigenden Druck, sei es aufgrund der Mitfinanzierungsverpflichtungen oder weil Bürgerinnen und Bürger in vielen Fragen zu Pflege und Betreuung Hilfe in den Gemeindeämtern suchen. Was ja vielen Bürgerinnen und Bürgern aber auch Expertinnen und Experten nicht immer klar ist: Die österreichischen Gemeinden steuern zur Pflege jährlich rund eine Mrd. Euro bei, ob über Landesumlagen oder direkt über eigene Pflegeheime oder Sozialhilfeverbände.

Der Österreichische Gemeindebund hat schon im März 2019 ein umfangreiches Positionspapier zur Pflege auf den Tisch gelegt, wo wir schon die meisten Bereiche, die jetzt im Bericht der „Taskforce Pflege" zu finden sind, antizipiert haben. Aufgrund von Neuwahlen, Regierungsbildung und Coronapandemie hat sich die Reformdebatte bekanntermaßen in die Länge gezogen. Aus Sicht der österreichischen Gemeinden sollte man sich bei der Reform auf die Themen Personalbedarf, Attraktivierung der Pflegeberufe, bessere soziale Absicherung und Entlastung für pflegende Angehörige, Doppelgleisigkeiten vermeiden und Bürokratie abbauen sowie die finanzielle Absicherung der Pflege konzentrieren. Es gibt in all diesen Bereichen noch viel Diskussionsbedarf. Alle Beteiligten im Pflegesektor müssen sich nun auch die Zeit nehmen eine ordentliche Reform auf die Beine zu stellen. Die Gemeinden sind weiter bereit sich einzubringen. P

© PETER PROVAZNIK, FELICITAS MATERN, SHUTTERSTOCK (2)

Behinderung und Gesellschaft

Bewusstseinsänderung und Maßnahmen notwendig

„Nichts über die Betroffenen, nur mit den Betroffenen", so sollte laut **MAG. WOLFGANG SOBOTKA**, Präsident des Österreichischen Nationalrates, die Devise für die Realisierung der Möglichkeiten für ein selbstbestimmtes Leben aller Menschen mit Behinderungen lauten. | von Wolfgang Wagner

Nationalratspräsident Wolfgang Sobotka bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen: Die Betroffenen wissen am besten um ihre Bedürfnisse. Es ist ein langwieriger Prozess: Die Inklusion von Menschen mit Behinderungen und das Sicherstellen der Voraussetzungen, dass sie ein selbstbestimmtes Leben möglichst unabhängig von Hilfeleistungen anderer führen können, bleibt eine der permanenten Aufgaben der Menschheit. „Behinderung und Gesellschaft", zu diesem Thema sprach Nationalratspräsident Wolfgang Sobotka bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen. Sein Fazit: Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft und Bottom-up-Strategien müssen einander ergänzen.

„Wir sind gerade dabei, unser Haus, das Parlament, zu renovieren und neu zu gestalten. Dabei ist die Barrierefreiheit eines der wichtigsten und entscheidendsten Themen. Und es ist ein Prozess, der uns natürlich weiter begleiten wird", sagte Sobotka. Es handle sich nicht nur um Maßnahmen, die man mit ihrer Realisierung abschließen könne, sondern um eine permanent zu verfolgende Strategie. So habe man beispielsweise mit dem, auf solche Themen spezialisierten Beratungsunternehmen „myAbility" das österreichische Parlament eben untersuchen und analysieren lassen, um Lösungen für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen zu finden. Und die seien bei frühzeitiger Berücksichtigung und Planung langfristig auch effizienter und kostengünstiger realisierbar.

Wolfgang Schäuble: „Wir sind eigentlich alle Behinderte"

Der Nationalratspräsident zitierte in diesem Zusammenhang den Präsidenten des Deutschen Bundestages, Wolfgang Schäuble: „Wir sind eigentlich alle Behinderte, aber nur wir Behinderten wissen, dass wir es sind." Behinderung könne nie als Randproblem betrachtet werden, betonte der Politiker. Eine solche Einstellung missachte die Fakten: „Heute gehen wir davon aus, dass 15 bis 20 Prozent der Menschen unserer Gesellschaft mit einer Behinderung leben. Das ist ein Fünftel der Menschen, die in irgendeiner Form eingeschränkt sind. Das ist kein ‚Randgruppenproblem', sondern ein zentrales Problem. Daher ist es so notwendig, die breite Gesellschaft damit zu konfrontieren." Nur so könne man die Bedürfnisse der Betroffenen erkennen.

Der Präsident des Österreichischen Nationalrates Mag. Wolfgang Sobotka sprach bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten über das Thema „Behinderung und Gesellschaft".

Das Thema der Inklusion sei ein zentrales

> Die gesamte Gesellschaft muss sich der noch existierenden Schranken und Barrieren für Menschen mit Behinderungen bewusst sein.
>
> Wolfgang Sobotka

Anliegen der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (Artikel 8). „Da geht es darum, ein Bewusstsein zu schaffen. Wir haben erreicht, dass die Behindertenorganisationen eigentlich sehr gut vertreten sind. ‚Nicht über uns, nur mit uns'", so Sobotka. Die Diskussionen dürfen aber nicht in „Blasen" ohne Beteiligung der gesamten Gesellschaft ablaufen.

Oft würden scheinbar nicht Betroffene gar nicht wissen, wie sie auf Behinderung reagieren sollen. „Erst wenn eine Familie mit der Behinderung eines Angehörigen umgehen muss, wird ihr bewusst, welche Schranken und Barrieren dem entgegenstehen, dass die Betroffenen ein selbstbestimmtes Leben führen können. Was Menschen mit Behinderungen überhaupt nicht wollen, das ist, dass sie permanent unterstützt werden. Rollstuhlfahrer wollen nicht über die Stiegen getragen werden. Sie wollen einen barrierefreien Zugang haben. Sie wollen sich auch selbst beweisen", erklärte der Nationalratspräsident.

Vielfalt der Bedürfnisse

Die Bedürfnisse jedes Menschen sind individuell. Das gilt dementsprechend auch für Menschen mit Behinderungen, eben mit jeweils besonderen Bedürfnissen. Sobotka nannte hier das Beispiel von Sprach- und Verständnisproblemen. Etwa 20 Prozent der Menschen wiesen laut Studien Zeichen von sekundärem Analphabetismus auf. „Dieser Herausforderung haben wir uns zu stellen, wenn wir den Betroffenen ein selbstbestimmtes Leben garantieren wollen", sagte der Nationalratspräsident. Ein Beispiel liefere — wiederum — der Deutsche Bundestag, erklärte Sobotka. Dort gebe es bei den öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten neben einer umfassenden Erklärung jeweils auch eine Informationstafel, welche die Inhalte in einfacher Sprache darstelle. Man müsse auch für Menschen, welche Schwierigkeiten beim sinnerfassenden Lesen haben, die entsprechenden Angebote bereitstellen.

Was speziell notwendig sei: Zu analysieren, wo für jede Einzelne und jeden Einzelnen Barrieren bestehen: für Sehbehinderte, für Hörbehinderte und viele andere Formen von Behinderung. Alle diese Anliegen müssten in einem permanenten Prozess angegangen werden, betonte der Nationalratspräsident. „Österreich ist im Jahr 2008 der UN-Behindertenrechtskonvention beigetreten und hat auch das Zusatzprotokoll unterzeichnet. 2011 hat Österreich einen nationalen Aktionsplan gestartet, der bis 2020 gegolten hat und jetzt überarbeitet wird." Hier könne sich jede und jeder einbringen. „Die Möglichkeit einer breiten Diskussion von einer Bottom-Up-Situation ist ganz wesentlich", erklärte Sobotka. Mit dem überarbeiteten Aktionsplan sollte es dann bis 2030 eine neue Leitschnur für alle Aktivitäten in diesem Rahmen geben.

Forschung und Bildung

Insgesamt — so Sobotka — sollte sich Europa und speziell Österreich bemühen, auch führend als Standort für die Entwicklung neuer Technologien auf diesem Gebiet zu werden. „Hier ist bisher Israel ein ganz wesentlicher Vorreiter gewesen. Auch andere Länder, vor allem in Asien, forschen hier sehr viel. Europa ist fast noch Schlusslicht."

Und schließlich fehle es in Österreich weiterhin an einer optimierten Strategie für den Bildungsbereich. „Die inklusive Bildung ist etwas, das für uns ganz entscheidend ist. Wir haben auf der einen Seite gesagt, wir schaffen die Sonderschulen ab, weil das eben eine Segregation ist, und wir suchen ein neues Konzept. Bei der Suche sind wir noch immer. Wir wissen heute, dass Menschen mit Behinderung ein unterschiedliches Setting brauchen, dass nicht alles in der Inklusion in der Regelklasse möglich ist", sagte Sobotka.

Man müsse neue Strategien entwickeln, um den jeweiligen individuellen Bedürfnissen entgegenzukommen. Hier könne man kein zentrales System schaffen. „Da kommt es ganz wesentlich auf die Schulpartnerschaft, auf die lokale Situation an. Es gibt nicht einen Maßstab, der über ganz Österreich ‚drübergelegt' werden kann. Wenn wir von individualisierter Medizin sprechen, brauchen wir gerade auch bei der Betreuung von Menschen mit Behinderung, gerade von Kindern, eine sehr individuelle, angepasste Bildungsbegleitung", sagte Sobotka abschließend. P

Nutzen Sie im Rahmen der **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021** die Chance, in einen persönlichen Dialog mit Mag. Wolfgang Sobotka zu treten. Zudem stehen Ihnen im Stift Seitenstetten neben PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling viele weitere hochkarätige nationale und internationale Speaker für visionäre Gespräche zur Verfügung.

JETZT ANMELDEN

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

© PETER PROVAZNIK (2)

Die Normalität folgt auf Immunität

PRIV.-DOZ. DR. BERND LAMPRECHT, Vorstand der Abteilung für Lungenheilkunde am Kepler Universitätsklinikum in Linz, und sein Team sind von Anbeginn der SARS-CoV-2-Pandemie mit COVID-19-Patientinnen und -Patienten konfrontiert. „Wir haben einiges gelernt, was die Behandlung angeht. Um die Pandemie zu überwinden, werden wir aber 60 bis 70 Prozent der Menschen per Impfung schützen müssen", sagte er jetzt im Gespräch mit PERISKOP. Auch hier gebe es noch viel zu tun. | von Wolfgang Wagner

Was die Zukunft rund um COVID-19 betrifft, sieht der Pneumologie die Situation klar: „Ich würde sagen: Die Normalität folgt auf Immunität. Derzeit besitzen etwa zehn Prozent der österreichischen Bevölkerung Immunität gegen SARS-CoV-2. Das sind die drei Prozent Geimpften und wahrscheinlich etwa sieben Prozent, welche die Infektion hatten. Damit sind eben 90 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher noch nicht geschützt", sagte Priv.-Doz. Dr. Bernd Lamprecht.

> 90 Prozent der COVID-19-Erkrankungen sind keine schweren Verläufe. Lediglich zehn Prozent müssen ins Krankenhaus aufgenommen werden.
>
> Bernd Lamprecht

Entscheidend sei, dass man mit den Impfungen an Prozentanteile in der Bevölkerung herankomme, die 60 oder besser 70 Prozent betragen. Das sei jener Prozentsatz, mit dem man an den sogenannten Herdenschutz herankomme. Allerdings, bisher hat sich gezeigt, dass die Vakzine vor allem einen Individualschutz vor einer COVID-19-Erkrankungen bringen.
Ein Problem liegt auch darin, dass die COVID-19-Impfstoffe bisher erst für Personen ab frühestens 16 Jahren zugelassen worden sind. Somit bleibt zunächst eine erhebliche Gruppe von Personen bestehen, die durch die Impfung nicht geschützt werden kann und in der sich die Infektion weiter verbreiten kann. Positive Zukunftsaussichten gibt es laut Lamprecht jedenfalls: „Das ist natürlich die Coronaimpfung. Dann aber könnte es in Zukunft auch Möglichkeiten für eine Postexpositionsprophylaxe mit monoklonalen Antikörpern geben. Und schließlich sollten in einigen Wochen auch die ersten Ergebnisse aus einer Studie von Josef Penninger mit APN01 als Medikament bei COVID-19 vorliegen. Da wird man sehen, wie das einzuordnen ist." APN01 ist rekombinant hergestelltes ACE2-Enzym, das nach der Verabreichung die Bindungsstellen des SARS-CoV-2-Virus blockieren soll.

Erhebliche Probleme am Beginn

Wobei Lamprecht nicht verhehlt, dass auch die österreichische Medizin zu Beginn der COVID-19-Pandemie durchaus Probleme mit der neuen Situation hatte. „Man muss schon sagen, dass man sich am Beginn der ganzen Tragweite von SARS-CoV-2 nicht bewusst war. Im Jänner 2020 hat man eher eine eventuell aufkommende große Influenza-Welle als Problem gesehen. Dabei hätte man doch auch mit MERS und SARS gewarnt sein können. Aber die Infektiosität von SARS-CoV-2 hat uns doch überrascht", erklärte der Pneumologe.
Die SARS-Infektionen mit rund 8.000 Fällen und knapp 800 Todesopfern weltweit waren nach dem Aufflammen von Ausbrüchen 2002/2003 wieder verschwunden, MERS-Infektionen hat es bisher fast nur im Nahen Osten gegeben.
Freilich, auch die Universitätsklinik in Linz und Lamprechts Abteilung waren bald mitten im österreichischen Pandemie-Geschehen: „Es hat nicht so lange gedauert, bis ich an einem Abend angerufen worden bin und über das erste positive Testergebnis informiert wurde, bis wir die erste Patientin oder den ersten Patienten stationär aufgenommen haben."
Hier ging es um das Management in der Versorgung der direkt Betroffenen, um die gesicherten Informationen für die Angehörigen und die Hygienevorkehrungen im Spitalsbetrieb. „Mittlerweile überblicken wir an meiner Abteilung mehr als 1.000 COVID-19-Fälle. Wir hatten am Anfang viel mehr COVID-19-Kranke im Spital, weil es die extreme Sorge gab, wie der Verlauf der Erkrankung sein würde. Nach dem Sommer sind zu uns ins Spital nur noch die Patientinnen und Patienten mit schwerem Krankheitsverlauf gekommen", erklärte der Pneumologe. Hätte es bereits im Früjahr 2020 so viele Infektionen und Erkrankungen wie im Herbst gegeben, hätte die Situation im Gesundheitswesen und in den Spitälern wohl viel kritischer ausgesehen.
„Es bleibt aber so. 90 Prozent der COVID-19-Erkrankungen sind keine schweren Verläufe.

Priv.-Doz. Dr. Bernd Lamprecht, Vorstand der Abteilung für Lungenheilkunde am Kepler Universitätsklinikum in Linz

> Ein relativ hoher Anteil der schweren Verläufe ist bei Älteren ersichtlich, ein niedrigerer Anteil bei jungen Menschen.
>
> Bernd Lamprecht

Zehn Prozent müssen ins Krankenhaus aufgenommen werden, 15 bis 20 Prozent dieser Patientinnen und Patienten müssen schließlich intensivmedizinisch versorgt werden. Wir sehen einen relativ hohen Anteil der schweren Verläufe bei Älteren, einen niedrigeren Anteil bei jungen Menschen, aber auch die gibt es", stellte Lamprecht zu den Erfahrungen fest. Wobei nicht alle anfänglichen Befürchtungen zu COVID-19-Risiko-Konstellationen eingetreten sind. „Asthmapatienttinnen und -patienten, bei denen die chronische Erkrankung gut unter Kontrolle ist, haben kein erhöhtes Risiko. Bei den COPD-Patientinnen und -Patienten sehen wir, dass sie auch nicht besonders häufig unter unseren Patientinnen und -Patienten repräsentiert sind. Aber sie halten sich oft besonders strikt an Ausgangsbeschränken und sonstige Vorkehrungen. Wenn sie aber doch eine SARS-CoV-2-Infektion haben, weisen sie eben ein zwei- bis dreifach höheres Risiko für einen schweren Verlauf auf", sagte der Pneumologe.

Mehr Wissen

Mittlerweile gibt es eindeutig mehr Wissen in der Medizin, was Management und Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten angeht. „Auch das ist eine Veränderung im Vergleich zum Frühjahr 2020. Wir können Medikamente gezielter einsetzen. So haben wir gelernt, dass COVID-19 zumindest in zwei Phasen verläuft. In der Frühphase kann man Remdesivir, das gegen das Ebola-Fieber entwickelt worden ist, einsetzen. Dann gibt es Antikörperpräparate, die ebenfalls die Virus-Load reduzieren können. Entscheidend ist — ähnlich wie bei Influenza-Medikamenten — die frühe Anwendung, z. B. innerhalb von 48 Stunden", erklärte der Linzer Pneumologe. Mit den Antikörperpräparaten eröffne sich eventuell auch eine Möglichkeit, diese bei Risikopersonen bereits außerhalb der Spitäler anzuwenden, um schwerere Verläufe von Anbeginn zu verhindern.
„Corticoide machen hingegen am Beginn keinen Sinn, weil sie die Immunantwort dämpfen. Aber mit Dexamethason hat man bei schwerem Krankheitsverlauf die Mortalität um etwa 30 Prozent senken können. Bei schwerkranken COVID-19-Patientinnen und -Patienten ist die Mortalität allerdings weiterhin hoch", schilderte der Experte. Und schließlich ein verändertes Management im Beatmungsmanagement: Hier hält man mittlerweile möglichst lang an High-Flow-Sauerstoffversorgung über Nasenbrillen oder Masken fest. Möglichst spät komme es erst zur invasiven maschinellen Beatmung, sagte der Pneumologe.
So ist für Lamprecht SARS-CoV-2 auch ein Lernprozess für die Gesellschaft insgesamt.
„Ich persönlich würde viele Diskussionen lieber mehr auf sachlicher Ebene sehen. Ein Beispiel dafür ist der Mund-Nasen-Schutz. Meines Erachtens wäre z. B. ein Mund-Nasen-Schutz in der Schule schon zumutbar. Auch das Thema der Übersterblichkeit durch COVID-19 ist wie eine Glaubensfrage behandelt worden."

Kepler Universitäts Klinikum

© THERME WIEN

COVID-19-Pandemie

Wir sind auf dem Weg raus!

DR. EVA HÖLTL, Ärztliche Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Group Bank AG, ist nach einem Jahr mit der SARS-CoV-2-Pandemie überzeugt: Kommunikation mit den Menschen ist der Kernpunkt beim Management der Krise, in der Kontrolle der Erkrankungsfälle und im Organisieren der anstehenden COVID-19-Impfungen. „Die Arbeitsmedizin sollte bei COVID-19 eine zentrale Rolle haben." | von Wolfgang Wagner

Keine Frage, Anfang 2020 brach über die Welt etwas herein, was sie insgesamt und Österreich sozusagen im „Regionalfall" 2009/2010 mit der Influenza-„Schweinegrippe" zwar buchstäblich gestreift hat, seit der katastrophalen „Spanischen Grippe" nach dem Ersten Weltkrieg in seiner Schwere aber nicht mehr heimgesucht hatte: Eine Pandemie mit erheblicher Krankheitslast und Mortalität.
Kein Wunder: Auch für Dr. Eva Höltl änderte sich das Leben in den ersten Wochen des vergangenen Jahres. Wobei sie als Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Group Bank AG im Vergleich zu vielen anderen Institutionen und Unternehmen ihren eigenen Angaben zufolge noch in einer relativ guten Situation war: „Wir haben als relativ großer Konzern gute Voraussetzungen gehabt." Eine auch international tätige Bank hat ihre Märkte in Beobachtung, hat eine Perspektive, die über die eigene Region hinausgeht.
„So haben wir als großes Unternehmen eben relativ schnell, also bereits im Februar, einen Krisenstab gebildet. Wir haben in Ostösterreich allein rund 8.500 Beschäftigte. Und als in Österreich die ersten Fälle von COVID-19 nachgewiesen worden sind, war das schon eine sehr herausfordernde Zeit", erzählte die Ärztin, die auch in mehreren nationalen Gremien und Aktivitäten — so z. B. in der Initiative „Österreich impft" — tätig ist.
Da waren die Vorkehrungen für die Sicherheit in den Filialen zu treffen. Gleichzeitig ging es um die Sicherheit der Kundinnen und Kunden. Die Abläufe samt Homeoffice-Regelungen für das Headquarter in Wien mit rund 5.000 Menschen waren zu organisieren. Eine Impfung als „einzig wirksames Mittel" gegen eine Pandemie wie COVID-19 war bei weitem noch nicht in Sicht — und Masken etc. rar.

> Die Menschen waren uns für gesicherte Informationen dankbar!
>
> Eva Höltl

Die Sache wurde mit dem ersten Lockdown in Österreich am 16. März 2020 erst recht schlagend. „Es war klar, dass in den Filialen weiter jeden Tag mit Kundenkontakt gearbeitet werden musste. ‚Was tun wir? Wie erklären wir die Maßnahmen unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern?', waren die dringlichsten Fragen", so Dr. Höltl.

Kommunikation, Kommunikation, Kommunikation!

„Unsere Antwort war offene Kommunikation. Das allerwichtigste war unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schnell und umfassend zu informieren. Rasch und zeitnah haben wir sehr detailliert und auf regelmäßiger Basis informiert, was über das Virus bekannt wurde. Man ist in einem Unternehmen wie unserem mit einem sehr diversen ‚Publikum' konfrontiert. Das geht von der Küchenhilfe in der Zentrale bis ins Management", schilderte die Arbeitsmedizinerin die Aufgaben. Verständlichkeit und Mehrsprachigkeit gehörten zu den Grundbedingungen, aktuelle Informationen, leichter Zugang ebenso. Eingerichtet wurde auch eine eigene Telefonhotline für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die regelrecht gestürmt wurde. „Die Akzeptanz war hoch. Die Menschen waren uns dankbar für diese Informationstätigkeit", erklärte die Arbeitsmedizinerin.

Eigene Testkapazitäten

Parallel dazu wurde ein engmaschiges Programm zur Verhinderung von SARS-CoV-2-Infektionen in den Filialen und den übrigen Dienststellen bzw. sonstigen Aktivitäten des Bankunternehmens aufgestellt. „Wir haben uns eigene PCR-Testkapazitäten gesichert und das Contact Tracing sichergestellt. Wir haben gesagt, wir wollen jede Beschäftigte und jeden Beschäftigten, die oder der nur irgendwelche Symptome aufweist, sofort die Möglichkeit für einen Test schaffen. Und zwar am selben Tag und bei jedem ‚Schnupfen' und zu Hause. Wer auch nur irgendwelche respiratorischen Symptome hat, soll sich testen lassen. Nicht erst bei 38 Grad Fieber", schilderte Dr. Höltl.
Ein wesentliches Merkmal in den anfänglich gerade bei den SARS-CoV-2-Tests für viele Betroffene in Österreich problematischen Zeichen, wie die Arbeitsmedizinerin erklärte: „Wir haben sichergestellt, dass das Ergebnis des Tests noch am gleichen Tag feststand." War eine Beschäftigte oder ein Beschäftiger der Erste Bank eine K1-Person, lief das gleiche Prozedere an. Sichergestellt wurde damit, dass eine allfällige Quarantäne praktisch sofort bei erstem Verdacht angetreten werden konnte.
„Das gleiche galt und gilt für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit K1-Kontakten."
Der Erfolg: Bei der Erste Bank musste in den vergangenen Monaten laut Dr. Höltl nur in einer einzigen Filiale wegen COVID-19 vorübergehend ein Team ausgetauscht werden. Mittlerweile sind die Möglichkeiten zur Kontrolle von COVID-19 allerdings noch deutlich besser geworden. „Wir haben Antigen-Schnelltests, die wir unsren Beschäftigten anbieten. Sie können sich einmal wöchentlich selbst testen, z. B. auch bevor sie nach dem Wochenende in die Arbeit gehen oder aus dem Homeoffice ins Büro kommen. Wir haben die Tests aber auch für alle Meetings vorgesehen", sagte Dr. Höltl.

Dr. Eva Höltl, Ärztliche Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Group Bank AG

© BEIGESTELLT

Große Impf-Informations-Kampagne

Doch der Wind dreht sich in Sachen COVID-19-Pandemie. Jetzt bieten die absehbar immer zahlreicher werdenden SARS-CoV-2-Vakzine — bei anlaufenden Produktionsmengen für Milliarden Menschen weltweit — die Chance auf Überwindung der Krise. Für die Arbeitsmedizinerin erst recht eine Herausforderung: „Wir müssen die Menschen gerade über die Impfungen genauso intensiv informieren. Die über 80-Jährigen wissen, dass sie ein großes COVID-19-Risiko haben. Die lassen sich bereitwillig impfen. Aber die Impfung muss auch für die 18- bis 65-Jährigen akzeptabel sein, z. B. speziell für die 18- bis 30-Jährigen, die davon ausgehen, dass sie im Fall des Falles nur mild an COVID-19 erkranken. Da gibt es viele, viele Fragen, die gestellt werden."
Das Fazit für ihr Unternehmen, wie Dr. Höltl erklärte: „Wir haben eine eigene Impf-Hotline gestartet, um Fragen zu beantworten. Es gibt fünf ‚Klassiker' bei den Fragen: Warum ist es so schnell mit der Entwicklung der Impfstoffe bzw. der Zulassung gegangen? Gibt es Langzeitfolgen nach der Impfung? Kann eine Frau im gebärfähigen Alter durch die Impfung unfruchtbar werden? Wie sieht es mit Allergien und COVID-19-Impfung aus? Kommt es durch die Impfung mit den ‚Gen'-Impfstoffen (mRNA, Vektorimpfstoffe; Anm.) zu genetischen Veränderungen?

„Über unser Intranet und die Impf-Hotline versuchen wir, die offenen Fragen zu beantworten. Wir werden natürlich unsere Beschäftigten im Rahmen unserer arbeitsmedizinischen Betreuung die Impfung anbieten. Der Arbeitsmedizin käme und kommt in Österreich, was die COVID-19-Impfung betrifft, ganz große Bedeutung zu. Über sie werden ja die Menschen in der Arbeitswelt betreut", erklärte Dr. Höltl. Für die Arbeitsmedizinerin tut sich jedenfalls vor allem mit den Vakzinen ein Fenster der Hoffnung auf. „Wir sind auf dem Weg raus! Realistisch würde ich meinen, dass mit dem 3. Quartal 2021 in Österreich jeder geimpft sein wird, der das möchte."

Keynote

Zuerst Prozesse — dann Strukturen

Die Anforderungen an soziale Systeme werden immer größer. Die Komplexität von Organisationen wächst in Folge dramatisch. Ein neues gemeinschaftliches Denken und Handeln ist notwendig, stellte in Seitenstetten Arzt und Qualitätsmanger **DR. GÜNTHER SCHREIBER** dar. | von Wolfgang Wagner

Wie könnte Management im komplexen Umfeld von Gesundheitseinrichtungen aussehen? „Schwarmintelligenz“ als Lösung? Allzu oft werden (neue) Strukturen geschaffen, statt den Ablauf von Prozessen zu berücksichtigen. Während die Komplexität des Gesundheitswesens rasant zunimmt, bleiben simpel auf Hierarchien und Ursache-Wirkungs-Beziehungen beruhende Steuerungsnsätze hinter den Anforderungen zurück. Stattdessen seien Teams, Netzwerke und Solidarität — auch in Form von akzeptiertem Schwarmverhalten — zukunftsträchtige Lösungsansätze, erklärte Dr. Günther Schreiber (Quality Austria) bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten.
Schreiber, in seiner Berufslaufbahn auch zehn Jahre als Kassen-Allgemeinmediziner tätig gewesen, weiterhin auch Wahlarzt, konzentrierte sich in seinen Ausführungen vor allem auf die Steuerung komplexer Systeme. „Wir nehmen pro Sekunde elf Mio. Bits über unsere Sinnesorgane wahr. Wie viele davon bewusst? Ich erschrecke Sie — 50 bis 100 Bits pro Sekunde. Die Gehirnleistung ist die Reduktion der Information“, sagte der Arzt und Qualitätsmanager in seinem Vortrag mit dem Titel „Qualitätsoptimierung in der Komplexität des Systems“.

> Soziale Systeme zeichnen sich durch viele Elemente, viele Beziehungen und eine hohe Dynamik aus.
> Günther Schreiber

Qualität per se sei weder „gut“ noch „schlecht“. Sie könne als die Summe von Merkmalen, die ein Produkt umgibt, verstanden werden, ebenso als Maß der Kundenanforderungen/Kundenzufriedenheit definiert werden. Das Gesundheitsministerium habe dazu vom Grad der Übereinstimmung des ursprünglichen Therapieziels mit dem erzielten Ergebnis gesprochen. Aber schon hier ergibt sich, so Schreiber, das Problem, dass man da jeweils bindende Therapieziele formulieren müsste. Das könne man aber von einem Spital mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten von 5,7 Tagen schwer erwarten.
Der zweite Begriff sei in diesem Zusammenhang jener des „Systems“. „Ein System ist eine Summe von Elementen, die miteinander in Wechselbeziehungen stehen, von der Umwelt abgegrenzt sind und mehr ausmachen als die Summe der einzelnen Elemente, weil die Beziehungen hinzukommen“, so Schreiber. Die Anforderungen steigen, erklärte der Experte. „Bereits 2011 hat Harvard Business Manager festgestellt, dass sich die Bedingungen und die Anforderungen an sozial-biologische Systeme seit 1995 auf das Sechsfache erhöht haben — von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bis zum Gesundheitswesen insgesamt.
Schreiber weiter: „Gleichzeitig hat sich die Komplexität innerhalb der Organisationen um das 35-fache erhöht.“ Das gehe zulasten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Produktivität leide. Der bekannte Managementberater Roland Berger habe bereits vor Jahren konstatiert: „Die meisten Mängel in einer Organisation sind in Kommunikationsmängeln zu suchen.“
Viele Elemente, hohe Dynamik, keine erkennbaren Ursache-Wirkung-Beziehungen, aber oft erkennbare Muster kennzeichnen komplexe Situationen. Hinzu käme oft eine breite Palette an Handlungsmöglichkeiten, was die Entscheidungsfindung erst recht nicht einfach mache. Das alles gelte für soziale Organisationen. „Es gibt das Kreisprozessmodell. Alles, was Sie tun, hat Wirkung und wirkt auf Sie zurück.“ — Wie man in den Wald hineinrufe, so schalle es heraus. Das beste, was man in komplexen Systemen erkennen könne, seien Muster. „Immer wenn, dann …“, so Schreiber.
Aus der Entwicklung ergeben sich zunehmend systeminhärente Probleme. Der Arzt und Qualitätsmanager meint dazu: „Unkontrollierte Komplexität führt zu Effizienzmängeln. Ressourcen werden in unproduktiven Prozessen gebunden. Innovation wird gehemmt. Warum soll ein Mediziner, der eigentlich am Bett sein soll, 30 Prozent seiner Zeit mit Codierung verbringen?“ Manche gewählten „Auswege“ bzw. Strategien zur Lösung der Komplexität von Systemen sind offenbar trügerisch. „Wir versuchen Komplexität zu reduzieren, indem wir Strukturen und Elemente bauen“, erklärte der Experte. Hinzu komme, dass sich die Wünsche von Stakeholdern im System ändern. Die „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter neu“ der Gegenwart wollen beispielsweise Teilzeitarbeit, wollen auch „chillen“. Patientinnen und Patienten seien hingegen fordernder geworden. Gesetzgeber verlangen, dass alle rechtlichen Vorgaben erfüllt werden.

„Kampf um die besten Köpfe“

Darüber hinaus sei der „Kampf um die besten Köpfe“ im Licht der demografischen Entwicklung der Gesellschaft bereits ausgebrochen. „Der Erfolgsfaktor wird sein, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Ihnen kommen, die sagen: ‚Zu Ihnen kommen wir gerne. Sie sind total gut. (…) Sie können den besten OP bauen um zwei Mio. Euro. Wenn kein OP-Fachpersonal ein Jahr lang zu finden ist, dann steht er leer. Und die OP-Minute kostet 35 Euro“, formulierte der Qualitätsmanager. Immer müsse die Unternehmenskultur passen. „Sie können Vorschriften machen, so viel Sie wollen. Sie müssen die Einstellung der Leute ändern. Und das ist etwas anderes als eine Vorschrift.“

Nutzen Sie im Rahmen der **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021** die Chance, in einen persönlichen Dialog mit Dr. Günther Schreiber zu treten. Zudem stehen Ihnen im Stift Seitenstetten neben PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling viele weitere hochkarätige nationale und internationale Speaker für visionäre Gespräche zur Verfügung.

JETZT ANMELDEN

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
Für eine lebendige Zukunft

Hierarchische Organisationsformen mit fixen Funktionsbeschreibungen in Organogramm-Kästchen sind laut Schreiber erst recht ungeeignet für die Arbeit in Institutionen des Gesundheitswesens, zum Beispiel in Spitälern. „In Wahrheit gehen der Patientinnen und Patienten entlang eines Behandlungspfades durch. Sie halten sich nicht an das Organogramm. Sie gehen durch fünf Abteilungen — entlang eines Prozesses. Sie wandern durch ein ganzes Haus. Wer sorgt für den optimalen Durchfluss des Prozesses?“ Weder der „ideale Patientinnen und Patienten“, noch die „ideale Ärztinnen und Ärzte“ seien die tägliche Realität.

Prozess kommt vor Struktur

Was wären mögliche Lösungsansätze? „Mir ist die Schwarmintelligenz eingefallen. In heterogenen Gruppen haben wir eines nicht, was den Schwarm auszeichnet. Er stimmt das individuelle Verhalten auf das kollektive Handeln ab. Dem gesamten Schwarm ist ein gemeinsames Ziel wichtig: Arterhaltung und Existenzsicherung. Während ein Schwarm ein gemeinsames Ziel verfolgt und von dessen Sinn überzeugt ist — Existenzsicherung und Arterhaltung — ist vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Unternehmen der gemeinsame Sinn unbekannt.“ Deshalb sollte jeder Mitarbeiterin und jedem Mitarbeiter klar sein, dass das gemeinsame Ziel eine „optimale qualitativ hochwertige, empathische, effektive und effiziente Patientenversorgung“ sei. Erst so könne sich Schwarmintelligenz auch in Institutionen des Gesundheitswesens zeigen. „Das bedeutet, dass wir Teams bilden müssen, Netzwerke bilden müssen, Leistungen anerkennen und Chancen ergreifen müssen“, sagte Schreiber. Dazu benötige man aber auch die richtigen Führungskräfte, die mit den Beschäftigten gemeinsam Visionen und deren Umsetzung erarbeiteten.
Die Struktur müsse dabei immer dem Prozess folgen. „Sie basteln zuerst den Prozess und dann die Struktur herum. Wir in Österreich sind Liebhaber von Strukturen und dann schieben wir die Prozesse hinein. Machen Sie zuerst den Prozess“, schloss der Experte.

© PETER PROVAZNIK

VAMED eröffnet ambulantes Rehazentrum in Eisenstadt

Der internationale **GESUNDHEITSDIENSTLEISTER VAMED** bestätigt damit seine Vorreiterrolle bei den immer stärker an Bedeutung gewinnenden ambulanten Therapiemöglichkeiten. Ein interdisziplinäres Team mit modernster medizinischer Ausrüstung steht Patientinnen und Patienten für die Behandlung in insgesamt sieben Behandlungsfeldern im Burgenland zur Verfügung. Die Eröffnung weiterer derartiger Zentren ist für heuer geplant. | von Rainald Edel, MBA

Die burgenländische Landeshauptstadt Eisenstadt erhält mit dem neuen ambulanten Rehazentrum des internationalen Gesundheitsdienstleisters VAMED eine wesentliche Ergänzung ihres Gesundheitsangebots. Ab sofort steht Patientinnen und Patienten eine ambulante und wohnortnahe Rehabilitation nach modernsten medizinischen Maßstäben für insgesamt sieben Behandlungsfelder zur Verfügung. Die neue Gesundheitseinrichtung wird medizinisch auf höchstem Niveau von einem interdisziplinären Team aus spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten des nahe gelegenen Rehazentrums Bad Sauerbrunn unter der fachärztlichen Leitung von Dr. Elke Böhm, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, betreut. Das Rehazentrum Eisenstadt ist die erste Einrichtung dieser Art im Burgenland und übernimmt damit bei den immer stärker an Bedeutung gewinnenden ambulanten Therapiemöglichkeiten eine Vorreiterrolle. Am Standort konnten zudem rund 20 neue Arbeitsplätze geschaffen werden.

Die verkehrsgünstige Lage des ambulanten Rehazentrums am Rand von Eisenstadt mit einer sehr guten Anbindung an den öffentlichen Verkehr erleichtert den Patientinnen und Patienten den Zugang zu ihrer Therapie ganz wesentlich. Dadurch wird eine optimale Vereinbarkeit von persönlicher Genesung mit beruflichen und familiären Verpflichtungen möglich.

Individuell abgestimmte Therapien

Das Rehazentrum Eisenstadt bietet ein umfassendes Therapiespektrum für Patientinnen und Patienten mit Beschwerden des Bewegungs- und Stützapparates, Stoffwechselsystems und Verdauungsapparates, des zentralen und peripheren Nervensystems, der Atmungsorgane, bei onkologischen, psychischen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Leistungen können mittels Reha-Antrag an die Pensionsversicherung, die BVA, die SVS sowie die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) in Anspruch genommen werden. Modernste Medizintechnik sowie funktionell gestaltete Therapie- und gemütliche Aufenthaltsräume tragen zu einer optimalen Rehabilitation und Genesung bei.

Synergien nützen

Das Rehazentrum Bad Sauerbrunn hat sich in den vergangenen Jahrzehnten mit seinen rehabilitativen Kompetenzen einen ausgezeichneten Ruf in der medizinischen Landschaft Österreichs erarbeitet. Mit dem hier angesiedelten Sonnberghof nimmt die VAMED als erste onkologische Rehabilitation in Österreich eine wesentliche Rolle als Pionier bei der postakuten Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten ein. Davon profitiert auch das ambulante Rehabilitationszentrum in Eisenstadt. Das medizinische und therapeutische Angebot (Phase 2) basiert auf dem Leistungsprofil der PVA, das auf die besonderen Bedürfnisse onkologischer Patientinnen und Patienten abgestimmt ist, und dauert sechs Wochen. Die Rehabilitation findet an drei Tagen die Woche jeweils zwischen zwei und vier Stunden statt.
In der ambulanten orthopädischen Rehabilitation werden Patientinnen und Patienten nach schweren akuten orthopädischen Erkrankungen oder größeren operativen Eingriffen direkt nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus behandelt. Im Anschluss an eine orthopädische Rehabilitation der Phase 2 bietet die Phase 3 die Möglichkeit, bisher erlernte Fähigkeiten nachhaltig zu festigen sowie die erzielten Kraft- und Ausdauerergebnisse unter fachärztlicher Aufsicht weiter zu optimieren.
Auch Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen werden im ambulanten Rehabilitationszentrum Eisenstadt behandelt. Angeboten werden alle Behandlungen und Therapien (Phase 2 und 3) zur Schaffung bestmöglicher physischer, psychischer und sozialer Bedingungen, um Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen die Möglichkeit zu geben, aus eigener Kraft ihren gewohnten Platz in der Gesellschaft zu bewahren oder wieder einzunehmen. Durch verbesserte Lebensgewohnheiten sollen das Fortschreiten der Erkrankung sowie ihre Folgen begrenzt werden. Die Möglichkeit, diese Therapien und Behandlungen ambulant in Anspruch zu nehmen, eignet sich besonders für Patientinnen und Patienten, für die ein stationärer Aufenthalt mit den derzeitigen Lebensumständen nicht oder nur schwer vereinbar ist.

> Durch das ambulante Rehabilitationszentrum wird Patientinnen und Patienten der Zugang zu Therapien wesentlich erleichtert.

Im ambulanten Rehabilitationszentrum Eisenstadt werden neurologische Erkrankungen in der sogenannten Phase 3 behandelt. Im Anschluss an eine neurologische Rehabilitation der Phase 2 bietet die Rehabilitations-Phase 3 die Möglichkeit, wiedererlernte Fähigkeiten nachhaltig zu festigen sowie die erzielten Kraft- und Ausdauerergebnisse unter fachärztlicher Aufsicht weiter zu optimieren und die Rückerlangung kognitiver Fähigkeiten weiter zu unterstützen. Daher eignet sich dieses Programm besonders für berufstätige Patientinnen und Patienten.
Nach schweren akuten kardiologischen Erkrankungen oder größeren kardiologischen operativen Eingriffen werden im Zentrum in Eisenstadt Rehabilitationsmöglichkeiten der sogenannten Phase 2 und 3 geboten. Abgerundet wird das Angebot in Eisenstadt durch ambulante Rehabilitationskonzepte für pneumologische Erkrankungen in den Phasen 2 und 3.

Potenziale der ambulanten Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation ist in den letzten Jahren zu einem wesentlichen Bestandteil in der Reha-Versorgung geworden, denn immer mehr von der Kasse bewilligte Therapien können auch ambulant und damit berufsbegleitend durchgeführt werden.
Im Gespräch mit den betreuenden Ärztinnen und Ärzten der ambulanten Rehabilitation werden zu Beginn der Behandlung die individuellen Rehabilitationsziele für jede Patientin und jeden Patienten festgelegt. Abhängig von der Art der verordneten Rehabilitation werden die Therapieeinheiten entweder in einem Zeitraum von sechs Wochen an drei bis vier Tagen pro Woche oder in drei bis zwölf Monaten an zwei Tagen pro Woche durchgeführt. Ziel der Rehabilitation ist es, die Leistungsfähigkeit der jeweiligen Person bis zu einem solchen Grad (wieder-)herzustellen, dass sie in der Lage ist, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen ihr angemessenen Platz einzunehmen.
Die Rehabilitation umfasst je nach Indikation neben der laufenden ärztlichen Betreuung auch Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, Psychotherapie, Diätologie im Einzel- und Gruppensetting, Massagen, physikalische Therapie, Vorträge und Schulungen.

Weitere ambulante Reha-Standorte geplant

Mit dem neuen ambulanten Rehazentrum in Eisenstadt setzt die VAMED den Ausbau der ambulanten Reha konsequent fort. Im Lauf des Jahres werden auch in Bregenz, Wörgl und Innsbruck neue ambulante Rehazentren der VAMED eröffnet. Diese ergänzen die bereits bestens eingeführten ambulanten Rehabilitationsangebote der Rehaklinik Wien Baumgarten, der Therme Wien Med in Oberlaa sowie der zwölf stationären Rehabilitationsstandorte der VAMED in Österreich.

© VAMED

PERFORMANCE

Gesundheitsstandort Österreich

Gut, aber weiter zu entwickeln

Österreich ist als Industriestandort in Europa und in der Welt anerkannt. Das betrifft sowohl die wirtschaftspolitischen Anreize für Neuansiedelungen von Unternehmen als auch Ausbildung und Leistungsbereitschaft der Beschäftigten. Einen Kernbereich können Medizin und Gesundheit ausmachen. Doch im internationalen Wettbewerb sind permanent Verbesserungen notwendig, erklärten Expertinnen und Experten bei den **PRAEVENIRE GESUNDHEITSTAGEN IN SEITENSTETTEN.** | von Wolfgang Wagner

Bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten ging es auch um den Stand und die Zukunft Österreichs als Ort für Innovation im Bereich von Pharma, Biotechnologie und der Umsetzung einer Vielzahl von Entwicklungen im Bereich Gesundheit. Fazit: Eine gute Position, die aber ständig verbessert werden sollte. „Wir sind gut. Aber wir müssen besser werden. Wir müssen nach vorne schauen", sagte Friedrich Schmidl, „Deutschland Nord"-Beauftragter der Austrian Business Agency. Insgesamt gebe es zahlreiche Randbedingungen, die Österreich zu einem Standort machen, in den ausländische Unternehmen gerne investieren, sich gerne ansiedelen. „Wir haben den großen Vorteil, dass wir in unserer Bundesregierung nicht nur Berufspolitikerinnen und -politiker, sondern auch Fachleute aus der Wirtschaft haben. Das hat vor allem die Deutschen beeindruckt", erklärte Schmidl.

Letzten Endes hängen ganz viele Unternehmen und Arbeitsplätze am Thema Gesundheit. Die Investition von einem Euro bringt 1,2 Euro an Wertschöpfung.
Alexander Biach

Auch bei den rein zahlenmäßigen Fakten stehe Österreich in vielfältiger Weise gut da. „Skifahren, Tanzen, Jodeln — davon lebt Österreich nicht. Wir sind ein Produktionsstandort. Beim Anteil der Produktion am Bruttoinlandsprodukt sind wir laut OECD nach Deutschland (30,5 Prozent) und Japan (29,3 Prozent) mit 28,8 Prozent an dritter Stelle", sagte der Experte. Damit liege man beispielsweise weit vor Frankreich (19 Prozent) und den USA mit 18,8 Prozent. Chemie und Pharma, die Fahrzeugindustrie und Elektronik seien die Stärken des Standorts — ebenso wie traditionell der Maschinenbau. „Wir haben ein investitionsfreundliches Steuersystem. Die F&E-Förderprämie von 14 Prozent ist einzigartig. In Deutschland wird über ein solches System seit 20 Jahren diskutiert", sagte Schmidl. Die Produktivität liege in Österreich 16 Prozent über dem EU-Durchschnitt, die Kaufkraft um ein Viertel höher. Neben einem „dichten Netzwerk" von öffentlichen und privaten Universitäten spielten vor allem die HTLs und Handelsakademien sowie das duale System der Lehre eine wichtige Rolle mit gut und breit ausgebildeten Menschen sowie Flexibilität und Pragmatismus in der Berufsausübung. „Wir haben die größte Medizin-Universität und die größte Wirtschafts-Universität in Europa." Die F&E-Ausgaben seien in den Jahren 2000 bis 2018 in Österreich um 67 Prozent gestiegen, in Europa im Durchschnitt um 17 Prozent.

Gesundheit als zentraler Wirtschaftsfaktor

Gesundheit — Gesundheitswesen und damit verbundene Wirtschaftszweige — seien von zentraler Bedeutung für die österreichische Wirtschaft, man könne und sollte sich auf diesem Gebiet auch international noch intensiver als Gesundheitsmetropole positionieren, betonte Dr. Alexander Biach, Stellvertretender Direktor der Wirtschaftskammer Wien und Standortanwalt der Kammer. „Letzten Endes hängen ganz viele Unternehmen und Arbeitsplätze am Thema Gesundheit."

Etwa ein Viertel der Wertschöpfung käme aus dem Gesundheitssektor. Die volkswirtschaftlichen Effekte dieses Bereiches seien groß: 24,4 Mrd. Euro Bruttowertschöpfung, der Anteil des Gesundheitssektors am Bruttoregionalprodukt liege bei 28 Prozent und betrage 30,4 Mrd. Euro. 236.000 Beschäftigte oder etwa ein Drittel aller Beschäftigten arbeiten in Wien in diesem Bereich. „Die Investition von einem Euro bringt 1,2 Euro an Wertschöpfung", sagte Biach. Das sei sozusagen eine gute Verzinsung. Bei den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Unternehmen seien die Gruppenbesteuerung und die Absetzbarkeit von Aufwendungen

Bei einer positiven Wirksamkeit häufig verwendeter Arzneimittel bei nur 30 bis 70 Prozent der Behandelten gibt es viel „Luft nach oben".
Peter Ertl

von 25 Prozent der F&E-Ausgaben von Bedeutung, betonte Biach. „Wir haben in Wien eine Forschungsquote von 3,6 Prozent im Vergleich zu 3,18 Prozent in den anderen Bundesländern. Insgesamt liege Österreich mit Forschungsausgaben von 12,7 Mrd. Euro, von denen 47,6 Prozent von den Unternehmen kämen, gut. Exzellenz in der Forschung ließe sich ebenso belegen: 71.000 Forschende in ganz Österreich.

© PETER PROVAZNIK (8), DIE PRESSE

PRAEVENIRE INITIATIVE GESUNDHEIT 2030 BLOCK 6

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

Block 6 | Standortpolitik — Forschung und Betriebe in Österreich

Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020

KEYNOTES

- **Sinnvolle Maßnahmen zur Stärkung des Standorts**
  Dr. Alexander Biach | Wirtschaftskammer Wien
- **Welche wirtschaftlichen Faktoren sind für eine Firma bei einer Neuansiedelung in Österreich zu beachten?**
  Friedrich Schmidl | Austrian Business Agency
- **Präzisionstherapie**
  Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Peter Ertl | TU Wien, Institut für Angewandte Synthesechemie
- **Innovation für den globalen Pharmastandort Österreich**
  Ina Herzer | MSD

PODIUMSDISKUSSION

- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD | Ärztekammer Wien
- Dr. Alexander Biach | Wirtschaftskammer Wien
- Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA | Mitglied des Verwaltungsrates der ÖGK
- Mag. DDr. Wolfgang Wein | Pharmaexperte
- DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche | AGES Medizinmarktaufsicht

An der MedUni Wien als größte Medizin-Universität in der EU rund 8.000 Studierende, 18 akademische wissenschaftliche Institute mit 12.600 wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, davon 60 Prozent Akademikerinnen und Akademiker mit einem Output von rund 4.500 Publikationen pro Jahr und Spitzenrängen im Vergleich zu Medizin-Universitäten bzw. Fakultäten in Europa (z. B. im Vergleich zur Charité, zu den MedUnis in München, Zürich oder dem Karolinska-Institut in Stockholm etc.). Allerdings gehe die Zahl der Studierenden derzeit zurück, auch die Zahl der Dissertantinnen und Dissertanten.

Wien sei ein Zentrum der biotechnologischen Entwicklung geworden, der Pharma-Sektor sei von großer Bedeutung, erklärte Biach. „Wir haben rund 240 Unternehmen mit mehr als 14.000 Beschäftigten und 8,7 Mrd. Euro Umsatz. Die F&E-Ausgaben von 700 Mio. Euro im Jahr 2017 sind ein klarer Indikator für die Innovationskraft des Sektors", sagte Biach. 150 Start-up-Unternehmen in diesem Bereich würden das Bild ergänzen.

Für die Zukunft sei unter anderem an folgenden Pull-Faktoren zu arbeiten: Möglichkeit zur Förderung auch der Beteiligung an internationalen Forschungsprojekten und Studien, das Anziehen von Talenten, steuerliche Anreize, vermehrte Public-Private-Partnerships und die Darstellung des Standortes mit Innovationskraft als Alleinstellungsmerkmal. „Wien und Österreich würde die eine Stärkung des Gesundheitssektors durch dessen enorme Hebelwirkung gut tun, was Wertschöpfung und Arbeitsmarkt betrifft", sagte Biach. Das zähle vor allem in Zeiten mit sonst schwächelnder Wirtschaftsentwicklung.

Beispiel „Organs-on-a-Chip"

Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Peter Ertl (Institut für Angewandte Synthesechemie/TU Wien) präsentierte in Seitenstetten ein Projekt, das die Strahlkraft neuer Technologien beleuchtet: Ein „Lab-on-a-Chip" oder sogar „Organs-on-a-Chip". Hier geht es um Möglichkeiten, schnell und strikt patientenorientiert die Auswahl von Therapien auf individueller Basis zu ermöglichen und die Forschung nach neuen und spezifisch wirksamen Medikamenten voranzutreiben. Bei einer positiven Wirksamkeit häufig verwendeter Arzneimittel bei nur 30 bis 70 Prozent der Behandelten gebe es hier viel „Luft nach oben", betonte der Wissenschafter.

Nicht mehr nur die Genetik der Patientin oder des Patienten werde dabei untersucht, sagte Ertl. „Wir versuchen, eine Krankheit auf dem Chip ‚nachzumachen', Medikamente bzw. Medikamenten-Kombinationen hinzuzugeben und herauszufinden, welche Konzentration und welche Kombinationen am besten funktionieren." Man könne mit sich selbst organisierenden Zellen bzw. Gewebeverbänden auf Scheckkartengroßen Biochips individualisiert und die Therapie der Patientin oder des Patienten begleitend funktionieren.

Ein Beispiel: Mit Zellmaterial von 15 Patientinnen und Patienten gelang es den Wiener Wissenschafterinnen und Wissenschaftern „Organ-on-a-Chip"-individuelle Modelle für die rheumatoide Arthritis mit Knorpel und Synovium zu schaffen. Dann wurden IL-6-Blocker und B-Zell-Therapeutika hinzugefügt. So konnte man klar ein zu erwartendes Ansprechen oder zu erwartendes Nichtansprechen auf die einzelnen Therapien abklären.

Ein anderes Beispiel: Eine Forschungsanordnung aus reprogrammierten Hautzellen, welche die Zellverbände des Mittelhirns auf einem Chip darstellen und ein Modell für Morbus Parkinson repräsentierten können. „Diese Organoide begannen nach 30 Tagen Neuromelanin auszuschütten." Neuronen, Astrozyten und Gliazellen ließen sich nachweisen. Der Wissenschafter dazu: „Nach dem Tag 34 fangen diese Neuronen zu feuern an, sie reden mit einander. Zentral sei natürlich die Ausschüttung von Dopamin. Wir möchten schauen, wie die Dopamin-Ausschüttung unterbunden wird oder mit Medikamenten gesteigert werden kann." Mittlerweile könne man die pathologischen Abläufe von Morbus Parkinson im Gehirn auf diese Weise nachstellen.

Rahmenbedingungen für die Pharmaindustrie

In seiner großen Entschlossenheit, auch in den kommenden Jahrzehnten global ein führendes Pharma- und Biopharmazie-Unternehmen zu sein, hat MSD (Merck, Sharp & Dohme) auch in Österreich große Investitionen getätigt. „MSD ist in Österreich seit 1971 engagiert. Wir haben mittlerweile vier Standorte mit 700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Forschung, Produktion und Kommerzialisierung", sagte MSD-Geschäftsführerin Ina Herzer.

Erst im Früjahr wurde das Biotech-Start-up-Unternehmen Themis in Wien gekauft. „Gemeinsam mit Themis haben wir die Entwicklung von zwei relevanten möglichen Coronavirus-Impfstoffen und eines antiviralen Wirkstoffes bekannt gegeben", sagte Ina Herzer.

Was für den österreichischen Pharma-Standort vom Grundsatz her wichtig sei, fasste die MSD-Österreich-Geschäftsführerin so zusammen: Bewertung von Pharma-Innovationen als Investition in die Zukunft und speziell auch die Gewährleistung eines schnellen Zugangs für die Patientinnen und Patienten zu diesen Innovationen. „Das darf nicht Sparzwängen geopfert werden", betonte Herzer. Hier sei Österreich bisher im europäischen Vergleich weit vorne gewesen. Dies müsse so bleiben, um die Innovationskraft der Pharmaindustrie zu stärken. P

Sonderbeilage DiePresse, Erscheinungstermin 27. Februar 2021

IV SAMSTAG, 27. FEBRUAR 2021 Die Presse

PRAEVENIRE-GESUNDHEITSTAGE 2020

„Arbeitsplatz-hygiene: New Workplace

Land der Forschung und Innovationen

Zukunftsweik: Forschung und Entwicklung werden am Wirtschaftsstandort Österreich großgeschrieben – am Beispiel von Investitionen in medizinische Spitzentechnologie.

Zentrale Exzellenz für wohnortnahe Versorgung

Wege, einen guten Standort weiter zu verbessern

Wir haben den großen Vorteil, dass wir in unserer Bundesregierung nicht nur Berufspolitikerinnen und -politiker, sondern auch Fachleute aus der Wirtschaft haben.
Friedrich Schmidl

Nutzen Sie im Rahmen der **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021** die Chance, weiter über den Standort Österreich zu diskutieren. Zudem stehen Ihnen im Stift Seitenstetten neben PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling viele weitere hochkarätige nationale und internationale Speaker für visionäre Gespräche zur Verfügung.

JETZT ANMELDEN

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

Personalisierte Medizin

Balanceakt Gesundheitsökonomie

Dank der Personalisierten Medizin sind maßgeschneiderte Therapien nicht nur im Steigen, sondern zeichnen die Zukunft der Gesundheit. Insbesondere in der Krebstherapie wird durch diese tiefgehende Individualisierung ein neuer Umbruch in der Medizin erreicht. Der **MEDIZINER UND ÖKONOM DR. THOMAS CZYPIONKA** (IHS) fokussierte sich bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen 2020 auf die ökonomischen Benefits dieser präzisen Therapieform. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Die richtige Behandlung für den richtigen Patienten bzw. die richtige Patientin zum richtigen Zeitpunkt — das ist die Kernessenz der Personalisierten Medizin bzw. Präzisionsmedizin. Sie erlaubt heute auf Basis neuer technologischer Möglichkeiten eine sehr tiefgehende Individualisierung des Menschen: Mit dem Gewinn molekularbiologischer Informationen können beispielsweise spezifische Enzyme oder Gensequenzen untersucht, als genetische Datenbank angelegt und in weiterer Folge durch softwaregestützte Analyse exakt untersucht werden. Die Erkenntnisse werden zudem mit nicht-molekularen Daten verknüpft, beispielsweise zum Lebensstil der Patientinnen und Patienten.

> Wenn wir die Heterogenität der Patientinnen und Patienten gut kennen, können wir zielgerichtet behandeln und somit unter Umständen Kosten sparen.
> Thomas Czypionka

Früher führte ein Tumor — einfach gesprochen — zu einer Diagnose, die für eine bestimmte Patientengruppe mit dieser Erkrankung galt. Die vorgesehene Therapie hat entweder gut oder nicht gut angeschlagen. Heute werden Therapieformen viel gezielter eingesetzt: Auf Basis genetischer Profile zerfallen Entitäten bzw. Populationen in einzelne kleine Gruppen, die uns bessere Auskunft darüber geben, was die jeweilige Patientin bzw. der Patient braucht — denn jeder Mensch ist in seiner Konstitution einzigartig.

Hoher Benefit

Das Zusammenspiel all dieser wertvollen Informationen führt dazu, dass Diagnosen und Therapien auf sehr präzise Weise auf die individuelle Beschaffenheit der Patientinnen und Patienten zugeschnitten werden können. Insbesondere in der Krebstherapie hat die Präzisionsmedizin zu rasanten Fortschritten und hoch entwickelten Diagnoselösungen geführt. In Anbetracht der Tatsache, dass die Anzahl der Krebserkrankungen steigt, verzeichnet die Medizin hier einen beispiellosen Wissenszuwachs, der die Überlebensraten für Krebspatientinnen und Krebspatienten europaweit verbessert hat.

Im Rahmen seiner Keynote gab Dr. Thomas Czypionka, Leiter des Bereichs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik am Institut für Höhere Studien, einen Einblick in die ökonomischen Gesichtspunkte der Präzisionsmedizin und schlug dabei stets die Brücke zu jenem Mehrwert, der sich für die Menschen ergibt: Die Patientinnen und Patienten müssen weniger unwirksame Therapien über sich ergehen lassen. Gleichzeitig entstehen so keine unnötigen Kosten für das Gesundheitssystem. Der Gesundheitsökonom wies jedoch auch darauf hin, dass die Produktionskosten im Umfeld der Präzisionsmedizin steigen würden, da die Tests bei einer kleineren — da spezifischeren Personengruppe — durchgeführt werden. Die Evaluation erweist sich in der Präzisionsmedizin somit um einiges komplexer: Für den Zahler sei letztendlich stets die Kosten-Nutzenrelation relevant. Bei zu hohen Unsicherheiten komme es nicht zu Erstattungen, womit bestimmte Patientengruppen ausgeschlossen werden.

Thomas Czypionka fasste zusammen: „Die Kosten für präzisionsmedizinische Untersuchungen sind höher. Allerdings können wir so nicht notwendige Therapien vermeiden, die man andernfalls gesetzt hätte. Wenn wir die Heterogenität der Patientinnen und Patienten gut kennen, können wir zielgerichtet behandeln und somit unter Umständen Kosten sparen."

Herausforderungen

Die Präzisionsmedizin ist hochkarätig. Sie kann helfen, früher mit einer effektiven Therapie zu starten und potenzielle Nebenwirkungen sowie Kosten vergeblicher Therapien zu vermeiden. Sie ist jedoch schwieriger zu evaluieren. Die für die Gesundheitspolitik relevante Evidenzgenerierung ist komplexer und erfordert zudem mehr Daten, wodurch die Patientinnen und Patienten oft weniger Zugang zu wertvollen Therapien bekommen. Ein Balanceakt zwischen den besten medizinischen Chancen und ökonomischen Möglichkeiten. „Wesentliches Ziel ist es, bessere Evidenz für Entscheidungsträger zu generieren, sodass die Menschen auf schnellstmöglichem Weg Zugang zur richtigen Therapie bekommen", zeichnete Czypionka die Zukunft der Präzisionsmedizin.

BioBox

Dr. Thomas Czypionka wurde 1976 in Wien geboren, wo er Medizin studierte. An der MedUni Wien war er als Forscher aktiv und wechselte 2005 an das Institut für Höhere Studien (IHS), wo er zunächst als Researcher und Projektleiter im Bereich Gesundheitsökonomie tätig war. Heute zeichnet sich Thomas Czypionka als Managing Director und Senior Researcher am IHS Wien verantwortlich und leitet zudem das Team IHS HealthEcon. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der angewandten Gesundheitsökonomie, insbesondere zu Fragen der Finanzierung, Effizienz und Reformen von Gesundheitssystemen.

Nutzen Sie im Rahmen der **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021** die Chance, in einen persönlichen Dialog mit Dr. Thomas Czypionka zu treten. Zudem stehen Ihnen im Stift Seitenstetten neben PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling viele weitere hochkarätige nationale und internationale Speaker für visionäre Gespräche zur Verfügung.

JETZT ANMELDEN

Stimmen aus der Podiumsdiskussion

„Im internationalen Vergleich können wir als Österreich, aber auch als Europa, in puncto Forschung und Innovation nicht mithalten, da schlicht das Geld fehlt." **Dr. Elisabeth Lackner | CEO der GBA Group Pharma**

„Klinische Studien haben in Österreich grundsätzlich stark zugenommen. Allerdings: Vor zehn Jahren waren wir gerade im Bereich der Medizinprodukte den USA weit überlegen, das hat sich durch die EU-Verordnung verändert." **Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD | Ärztekammer Wien**

PRAEVENIRE INITIATIVE GESUNDHEIT 2030 BLOCK 1

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

Block 1 | Wissenschaft, Innovation und Finanzierung

Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020

KEYNOTES

- **Personalisierte Medizin: Nehmen Sie es nicht persönlich**
  Dr. Thomas Czypionka | IHS, Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik
- **Diabetes mellitus Typ 2: Künstlich konstruiertes Protein senkt Glukosespiegel**
  Prof. Dr. Christoph Garbers | Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Medizinische Fakultät
- **Stoppen des Vorhofflimmerns durch Stimulation des Nervus vagus**
  Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD | MedUni Wien, Uniklinik für Chirurgie
- **Vascular Aging**
  Priv.-Doz. OA. Dr. Thomas Weber | Österr. Gesellschaft für Hypertensiologie
- **Frauengesundheit**
  Dr. Birgit Pfaller-Eiwegger | University of Toronto, Pregnancy and Heart Disease Research Program, Toronto General and Mount Sinai Hospitals

PODIUMSDISKUSSION

- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD | Ärztekammer Wien
- Dr. Elisabeth Lackner | GBA Group Pharma
- Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp | AK NÖ
- Mag. DDr. Wolfgang Wein | Pharmaexperte

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM für eine lebendige Zukunft

© PETER PROVAZNIK (3)

Künstliche Intelligenz auf der Intensivstation

Ständig in Alarmbereitschaft

Im Rahmen der Gesundheitstage 2020 warf PRAEVENIRE einen international ausgerichteten Blick auf die Zukunft der intensivmedizinischen Betreuung. Im Fokus stand dabei der Mehrwert von AI im Umfeld von Notsituationen, in denen blitzschnell reagiert werden muss. **PROF. DR. EMANUELA KELLER** vom Universitätsspital Zürich beleuchtete algorithmische Vorhersagen, welche die medizinische Entscheidungsfindung unterstützen und damit Leben retten. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Die Höchstleistungen des intensivmedizinischen Personals sind nicht zuletzt wegen COVID-19 verstärkt in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. Unter herausfordernden Bedingungen müssen im richtigen Moment die richtigen Entscheidungen getroffen werden. Dabei ist das Zusammenspiel menschlicher Expertise mit Künstlicher Intelligenz in kaum einem Bereich so stark gewachsen wie in der intensivmedizinischen Betreuung. Prof. Dr. Emanuela Keller vom Universitätsspital Zürich, Klinik für Neurochirurgie, gab im Rahmen ihrer Keynote am Eröffnungstag der PRAEVENIRE Gesundheitstage einen zukunftsweisenden Einblick in den Praxisalltag einer Intensivstation. Dabei wurde die Frage aufgeworfen, wie Big Data in diesem speziellen medizinischen Umfeld hilft und in welcher Form die Qualität verbessert werden kann.

> Wir versuchen in jeder Minute, Therapievorhersagen mit dem Potenzial von Big Data zu optimieren.
> Emanuela Keller

Fehlalarme reduzieren

Zwölf intensivmedizinisch ausgestattete Betten, eine Vielzahl an technischem Equipment, Monitore, Spritzen, Pumpen, bildgebende Methoden, Laboruntersuchungen in Minutenabständen, multimodale komplexe Daten, die von zahlreichen Biosensoren generiert werden — und rein kognitiv gar nicht mehr verarbeitet werden könnten. Ein Gerät übertönt das andere, das Personal ist ständig mit den unterschiedlichsten Alarmen konfrontiert — ein Großteil davon erweist sich jedoch als Fehlalarm der Biosensoren, den es auf Basis von Machine Learning herauszufiltern gilt.

Im Sekundentakt steigt die Flut an Daten, die bewältigt werden müssen: Auf nur einer Intensivstation generiert ein einziger Patient bzw. eine einzige Patientin bis zu 40 GByte Daten pro Tag. Die wesentliche Frage ist also, wie man es schafft, relevante Informationen gezielt aus diesem Volumen herauszufiltern, um die richtigen Therapieentscheidungen schneller treffen zu können.

Auch die herkömmliche Dokumentationsarbeit — vom Papier zur elektronischen Patientenakte — hat sich verändert, wird aber oftmals als benutzerunfreundlich und unübersichtlich wahrgenommen. „Für uns sind die Prozesse in der Entscheidungsfindung der Therapie nicht sehr hilfreich, daher brauchen wir automatisch-analytische Systeme", erklärt die Spezialistin in Neurointensivmedizin.

© UNISPITAL ZÜRICH

Erfolgsweisende Anwendungsfelder zeigen sich insbesondere auch im Umfeld sekundärer Gehirnschädigungen oder epileptischer Krampfanfälle: Zielgerichtete Analyseverfahren von Biosensoren, die im und am Körper angebracht werden, haben das Potenzial, massive Schädigungen des Gehirns zu verhindern.

Risikokonstellationen in Echtzeit erkennen

Von der Evidenz zur Präzision: Die konventionelle Form der Entscheidungsfindung stützt sich primär auf die evidenzbasierte Medizin: „Die Patientin bzw. der Patient kommt auf die Intensivstation, wir geben die Therapie und sehen, ob diese wirkt. Hier handelt es sich im Rahmen eines sogenannten Treatment Failure Approaches um eine reaktive Herangehensweise. Die Präzisionsmedizin ist hingegen wesentlich proaktiver. Die Zukunft geht also dahin, dass wir mehrere Informationen in unsere Entscheidungsdiagnostik selbstverständlich mit einbeziehen. Wir versuchen vorherzusehen, ob eine Therapie bei einer Patientin bzw. einem Patienten erfolgreich wirken wird", erläutert Keller.

Direkt am Krankenbett werden also mithilfe zahlreicher Biosensoren Daten gesammelt. Im Zusammenwirken mit Forscherinnen und Forschern werden dabei Algorithmen zur Prädiktion spezifischer Komplikationen entwickelt. In weiterer Folge werden diese Algorithmen validiert und die Resultate schlussendlich am Krankenbett visualisiert. Dabei muss die gesamte Algorithmik auf die Online-Datenströme implementiert werden.

BioBox

Prof. Dr. Emanuela Keller ist Leiterin der Neurochirurgischen Intensivstation und außerordentliche Professorin für neurointensivmedizinische Versorgung am Universitätsspital Zürich. Sie ist spezialisiert auf Innere Medizin, Intensivmedizin sowie als Notärztin aktiv. In Schweizer und europäischen Krankenhäusern verantwortete sie verschiedene Positionen und gründete 2007 das Spin-off-Unternehmen NeMoDevices (heute: Luciole Medical). Sie ist führende Forscherin in zahlreichen klinischen Studien aus dem pharmazeutischen und wissenschaftlichen Umfeld. Keller erhielt bedeutende Stipendien, bekleidete unzählige angesehene Positionen in nationalen und internationalen Komitees und zeigt eine beeindruckende Publikationsliste mit über 30 Jahren medizinischem Erfahrungsschatz.

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM für eine lebendige Zukunft

„Einfach gesagt sammeln wir Daten von verschiedenen Monitoren und Biosensoren — Daten, die laufend produziert und verschlüsselt gespeichert werden. Wir versuchen in jeder Minute, Therapievorhersagen mit dem Potenzial von Big Data zu optimieren", fasst Keller zusammen. Circa ein Drittel der falschen Alarme kann auf Basis von AI eliminiert werden.

> KI wird insbesondere dort, wo wir mit einer Vielzahl von Informationen umgehen müssen, unverzichtbar werden.
> Emanuela Keller

IT-Projekt „ICU Cockpit"

Mit dem laufenden Forschungsprojekt „ICU Cockpit" möchte Emanuela Keller eine grundlegende Entwicklung in der Intensiv- und Notfallmedizin anstoßen. Ziel ist es, die Arbeitsweise im Klinikalltag in puncto Diagnostik, Therapie und Risikomanagement zu verbessern. Seit 2014 wächst das IT-Projekt auf der neurochirurgischen Intensivstation in Zusammenarbeit mit der ETH Zürich, IBM Research Zürich und dem Industriepartner Supercomputing Systems.

Der Projekttitel steht für Multimodal Patient Monitoring and Therapy Support in Intensive Care and Emergency Medicine und zielt darauf ab, Therapieempfehlungen direkt am Krankenbett sichtbar und die Resultate effektiv für die klinische Praxis nutzbar zu machen. „Künstliche Intelligenz wird insbesondere dort, wo das Personal mit einer Vielzahl von Informationen umgehen muss, unverzichtbar werden", schließt Keller.

PRAEVENIRE INITIATIVE GESUNDHEIT 2030 BLOCK 2

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

Block 2 | Gesundheitsberufe und Ausbildung

Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020

KEYNOTES

- **Künstliche Intelligenz auf der Intensivstation — Wie realistisch sind neue Einsatzmöglichkeiten für KI im Spital?**
  Prof. Dr. Emanuela Keller | Universitätsspital Zürich, Klinik für Neurochirurgie
- **Weiterbildung für Gesundheitsberufe**
  PhDr. Andrea Gruber, MSc, MBA | Donau-Universität Krems, Department für Wirtschaft und Gesundheit
- **Pflege 2030: Möglichkeiten und Visionen**
  Mag. Roland Nagel, MBA, DGKP | Pflegeexperte & Politologe
- **Orthopädie 2030**
  Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer | Donau-Universität Krems, Fakultät für Gesundheit und Medizin

PODIUMSDISKUSSION

- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD | Ärztekammer Wien
- Dr. Eva Hölt | Erste Group Bank AG, Health Center
- Dr. Erwin Rebhandl | AM Plus und OBGAM
- Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp | Kammer für Arbeiter und Angestellte NÖ
- Dr. Andreas Stippler | Ärztekammer NÖ

PRAEVE.niere: Optimale Versorgung der Niere

Rechtzeitiges Screening bei Risikofaktoren

Anlässlich der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020 beleuchtete **UNIV.-PROF. DR. ALEXANDER ROSENKRANZ** die Bedeutung der Früherkennung von Nierenfunktionseinschränkungen und zeigte auf, bei welchen Risikogruppen rechtzeitige Untersuchungen besonders wichtig sind. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Eine optimale nephrologische Versorgung bedingt ein Screening der Nieren — das sogenannte CKD-Screening. Dabei steht CKD für „Chronic Kidney Disease". Diese Untersuchungsmethode nahm Univ.-Prof. Dr. Alexander Rosenkranz, Leiter der Klinischen Abteilung für Nephrologie seit 2011 und Vorstand der Universitätsklinik für Innere Medizin (MedUni Graz) seit 2021, im Rahmen seiner virtuellen Keynote unter die Lupe. Rosenkranz zufolge starten wir zu Beginn

> Auf dem Weg zur Dialyse verlieren wir die Menschen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Daher ist es so wichtig, sie früh abzuholen.
> Alexander Rosenkranz

unseres Lebens mit 80 bis 100 Prozent Nierenfunktion. Später — meist durch eine Erkrankung, die keine Symptome verursacht, wie Bluthochdruck oder Diabetes — kommt eine stille Verschlechterung der Nierenfunktion hinzu. Diese kann dann schlagartig zu einer massiven Einschränkung führen, sodass der Patient bzw. die Patientin nur mehr über zehn bis 15 Prozent Nierenleistungsfähigkeit verfügt. Meist zeigen sich erst dann erste Symptome, der Weg zum Nephrologen bzw. zur Nephrologin steht an.

Dieser Prozess zeichnete über viele Jahre den Weg bis hin zur Dialyse. Dabei beobachten wir in Österreich steigende Zahlen bei Dialysen und Nierenersatztherapien, die in erster Linie die Patientinnen und Patienten und in Folge das Gesundheitssystem belasten.

Bevölkerungsweite Screenings für CKD

Könnte man diese Entwicklung durch rechtzeitige Screenings verhindern, den betroffenen Menschen viel Leid ersparen und obendrein Kosteneffizienz herstellen? Professor Rosenkranz zeigte sich hier zuversichtlich und beleuchtete folgenden Hintergrund: Ein Viertel der Österreicherinnen und Österreicher mit Typ-2-Diabetes hat gleichzeitig auch eine Nierenfunktionseinschränkung bei unter 60 Prozent. Im EU-Vergleich schneiden hier beispielsweise Dänemark, Italien oder Spanien besser ab.
In Österreich rechnet man zudem mit einer jährlichen Zunahme von 3,2 Prozent, bezogen auf Typ-2-Diabetes-Patientinnen und -Patienten, bei denen die Nierenfunktion unter 60 Prozent liegt. „Genau hier sollte man ansetzen, um die Progression besser in den Griff zu bekommen. Das Screening macht allerdings nicht bei jedem Menschen Sinn, sondern primär bei Risikogruppen", erklärte Rosenkranz. Zudem müsse die Vorbereitung mit jenen Patientinnen und Patienten mit 20 Prozent Nierenleistungsfähigkeit besser gestaltet werden: „Sie verdienen eine Aufklärung dahingehend, was auf sie zukommt und welche Therapie in Zukunft sowohl psychologisch als auch medizinisch und sozial die beste ist", zeigte sich der Nephrologe überzeugt.

Wesentliches Ziel: Früherkennung

„In diesem Zusammenspiel ist beispielsweise auch die Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wichtig, da wir eine Verbindung zur Leistungsreduktion der Niere erkannt haben. Wenn sich also Leistungsprobleme bei den Nieren zeigen, erkennt man gleichzeitig, ob jemand ein Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall aufweist", kombinierte Rosenkranz. „Auf dem Weg zur Dialyse verlieren wir die Menschen nicht selten aufgrund eines kardiovaskulären Ereignisses. Daher ist es so wichtig, sie früh abzuholen." Allerdings sei es notwendig, gezielt zu screenen und stets eine Nutzen-Risiko-Analyse durchzuführen: Ab dem 45. Lebensjahr verliere man im Schnitt ein bis zwei Prozent an Nierenfunktion — deshalb sei man noch nicht krank. Wenn die Werte allerdings deutlich — um zehn bis 15 Prozent — abnähmen, liege meist auch eine Hypertonie bzw. Diabetes dahinter.

Klarer Fokus

Erste Resultate der Vorarlberger Studie RENVOR haben die Gewichtigkeit frühzeitiger Screenings verdeutlicht: Für das Screening-Programm wurden über 400 Patientinnen und Patienten rekrutiert (durchschnittlich 54 Jahre alt und mit einem hohen BMI von 30). Darunter wurden 17 Prozent mit einer Nierenfunktionseinschränkung identifiziert, die noch nicht oder nicht ausreichend therapiert war.
„Ein Nierenfunktionsverlust tut nicht weh. Wir müssen daher auch asymptomatischen Personen die erforderliche Aufmerksamkeit schenken", erklärte Rosenkranz, der mit dem steirischen Programm „niere.schützen — Integrierte nephrologische Versorgung Steiermark" neue Schritte in der Bewusstseinsbildung setzen möchte: „Wir screenen die Nierenparameter bei Menschen mit Hypertonie, Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen sowie Adipositas und familiärer Nierenerkrankung. Dabei stützen wir uns auf die hohe Aussagekraft der Albumin-Kreatinin-Ratio, um einerseits das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und andererseits das Risiko der Progression der chronischen Niereninsuffizienz zu erkennen."

FactBox

Empfehlung für Screenings bei folgenden Konstellationen (Verwendung der eGFR [estimated Glomerular Filtration Rate] und Albumin-Kreatinin-Ratio) bei Personen mit einem dieser Risikofaktoren:

- Diabetes
- Hypertonie
- Kardiovaskuläre Erkrankung
- Familienanamnese für terminale Niereninsuffizienz

BioBox

Univ.-Prof. Dr. Alexander Rosenkranz wurde in Wien geboren und studierte Humanmedizin an der Universität Wien. Als Erwin-Schrödinger-Stipendiat verbrachte er von 1996 bis 1998 einen Studienaufenthalt an der Harvard Medical School in Boston, USA. Nach seiner Rückkehr nach Österreich arbeitete er als Universitätsassistent an der Klinischen Abteilung für Nephrologie und Dialyse in Wien, danach an der Klinischen Abteilung für Nephrologie in Innsbruck. Seit 2000 ist Univ.-Prof. Dr. Rosenkranz Facharzt für Innere Medizin und zeichnet heute als Vorsitzender der Abteilung für Nephrologie der MedUni Graz verantwortlich, zudem seit 2021 als Vorstand der Universitätsklinik für Innere Medizin.

© MARIJA KANIZAJ/KH/UNIVERSITÄTSKLINIKUM GRAZ

PIONIERE

Workshop zur CAR-T-Zell-Therapie

Therapie mit großem Potenzial

Worin liegen der besondere Stellenwert der **CAR-T-TECHNOLOGIE** sowie der Mehrwert der CAR-T-Zell-Therapie für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem? Diesen Fragen nachzugehen und einen Ausblick zu geben, war die Aufgabe eines hybriden eintägigen Workshops bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. | von Rainald Edel, MBA

Die CAR-T-Zell-Therapie ist ein innovativer Behandlungsansatz mit großem Potenzial in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit lebensbedrohlichen Blutkrebsarten. Dieses noch sehr junge, innovative Verfahren wird den österreichischen Gesundheitsstandort künftig definieren. Gleichzeitig stellt es das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen und zeigt Bereiche auf, wo es Verbesserungsbedarf gäbe. Vor diesem Hintergrund diskutierten führende Vertreterinnen und Vertreter von Stakeholdergruppen des österreichischen Gesundheitswesens im Rahmen eines durch Bristol-Myers Squibb/Celgene finanziell unterstützten Workshops bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten den besonderen Stellenwert der CAR-T-Technologie sowie den Mehrwert der CAR-T-Zell-Therapie für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem.

Derzeit wird die CAR-T-Zell-Therapie in fünf über das Bundesgebiet verteilten Zentren für Erwachsene und einem für Kinderheilkunde angeboten. Wie die von den drei Keynote-Speakern, Univ.-Prof. Dr. Ulrich Jäger, Dr. Jens Hasskarl und Dr. Thomas Czypionka präsentierten Studienergebnisse zu bereits zugelassenen Indikationen darlegen, bietet diese Therapieform stark verbesserte Prognosen für Patientinnen und Patienten gegenüber den bislang angewandten Standardtherapien, dies zeigt sich unter anderem in den Ergebnissen der internationalen JULIET-Studie. Derzeit ist diese Therapieform erst in wenigen Indikationen zugelassen. Als wesentliche Voraussetzung für den Behandlungserfolg wurde die entsprechende Vorselektion der Patientinnen und Patienten hinsichtlich Eignung für diese Therapieform gesehen. Hier könnte auch die pharmazeutische Industrie mithelfen, prädiktive Faktoren zu Selektionskriterien zu erstellen. Eine besondere Bedeutung kommt den CAR-T-Netzwerken zu, in denen sämtliche Krankenhäuser im Einzugsgebiet eines Zentrums liegen. Denn in den zuweisenden Krankenhäusern sollten jene Patientinnen und Patienten, die für eine CAR-T-Zell-Therapie infrage kommen, rechtzeitig für diese Behandlungsmethode identifiziert und überwiesen werden. Allerdings zeigt sich momentan noch eine auffällige Diskrepanz zwischen gesundheitsökonomischen Schätzungen des Patientenpotenzials und der Anzahl der aktuell behandelten Patientinnen und Patienten.

Die Workshop-Teilnehmenden v. l.: Hanns Kratzer, Thomas Czypionka, Susanne Schöberl, Silvia Bodi, Gunda Gittler, Elisabeth Messinger, Günter Fellhofer, Wolfgang Ibrom, Elfi Jirsa

Digital dazugeschaltet: Reinhard Busch, August Gomsi, Richard Greil, Jens Hasskarl, Ulrich Jäger, Gabriela-Verena Kornek, Dominik Wolf, Nina Worel

Sonderbeilage DiePresse, Erscheinungstermin 19. Dezember 2020

PRAEVENIRE-GESUNDHEITSTAGE 2020

Krebstherapie mit körpereigenen T-Zellen

Innovativ: Die CAR-T-Zell-Therapie eröffnet neue Perspektiven für eine gezielte Immuntherapie von Patienten mit lebensbedrohlichen Blutkrebsarten und verspricht einen Mehrwert für das Gesundheitssystem.

Österreich als Studienstandort

Als relativ kleines Land ist es eine Herausforderung, bei internationalen Studien berücksichtigt zu werden. Allerdings bietet die Aufstellung mit sechs gut vernetzten CAR-T-Zell-Zentren eine gute Ausgangsbasis für wissenschaftliche und klinische Studien. Um diese mehr zu fördern, sind, so die einhellige Meinung der Teilnehmenden, sämtliche Player im Gesundheitswesen gefragt, darunter auch die Spitalsträger und die ÖGK. Zudem sollten Patientinnen und Patienten aber besser auf Studien aufmerksam gemacht und in diese eingebunden werden. Dies könnte beispielsweise durch Patienten-Selbsthilfegruppen erfolgen. Allerdings würden diese, um ihre Mitglieder und Interessenten besser informieren und empowern zu können, eine finanzielle Unterstützung durch die öffentliche Hand benötigen. Auch die Kliniken sehen sich vor finanzielle Herausforderungen gestellt. Denn für die Führung entsprechender Register zu Erkrankungen fehlt Personal, das die entsprechenden Daten eingibt. →

© PETER PROVAZNIK (3), BEIGESTELLT (3), FELICITAS MATERN (2)

PM-AT-CAR-0012

Workshop zur CAR-T-Zell-Therapie

Horizon-Scanning CAR-T-Zell-Therapie

Zentrales Element und Ausgangspunkt für den Austausch und die Diskussionen im Workshop CAR-T bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten bildeten die drei Impulsvorträge von **UNIV.-PROF. DR. ULRICH JÄGER, DR. JENS HASSKARL,** sowie **DR. THOMAS CZYPIONKA** hinsichtlich Medizin, Forschung und Entwicklung, sowie Gesundheitsökonomie. | von Rainald Edel, MBA

Um die aus sehr unterschiedlichen Bereichen kommenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops auf den aktuellen Stand der Wissenschaft zur CAR-T-Zell-Therapie zu bringen und eine Diskussion anzuregen, hielten Univ.-Prof. Dr. Ulrich Jäger von der MedUni Wien, Dr. Jens Hasskarl von Bristol-Myers Squibb/Celgene und Dr. Thomas Czypionka vom IHS Initialvorträge, die diese noch recht junge Therapieform aus Sicht der Medizin, Industrie und Ökonomie beleuchteten.

Die CAR-T-Zell-Therapie aus medizinischer Sicht

Als kurze Einführung präsentierte Ulrich Jäger eine klassische Patient Journey für die Behandlung mit CAR-T-Zell-Therapie. Als wichtigen Ausgangspunkt erachtet er, dass vor der Behandlung mögliche Patientinnen und Patienten an den verabreichenden Kliniken vorgestellt werden. Hier erfolgt eine Selektion in jene Kandidatinnen und Kandidaten, die sich durch ihr Profil für die Therapie eignen, und jene, wo es Bedenken gibt. „Das ist wichtig, um nicht falsche Hoffnungen zu wecken und Patientinnen und Patienten Therapien zu ersparen, von denen sie nicht profitieren“, schildert Jäger. Im Rahmen eines Tumorboards wird diskutiert, ob eine Patientin, ein Patient für die Therapie in Frage kommt. Nach der Entnahme der T-Zellen werden im Routine-Setting zur Überbrückung Therapien verabreicht, bis die CAR-T-Zellen fertig sind und wieder reinfundiert werden. Am Schluss dieses Zyklus kommt die Patientin, der Patient wieder zurück an das Herkunftsspital und kann dort weiter betreut werden.

Beim diffus großzelligen B-Zell-Lymphom (DLBCL) wird gerechnet, dass 30 Prozent der rezidivierten Patientinnen und Patienten von der Therapie profitieren können. Eine aktuelle Studie zum DLBCL weist durch den Einsatz einer CAR-T-Therapie eine 20 Prozent höhere Überlebenschance gegenüber traditionellen Therapien aus. Ziel ist es, über die Hälfte der Erkrankten zu heilen. In Österreich wurden in einem Jahr zwischen 61 und 71 Patientinnen und Patienten in dieser Form therapiert, dazu noch drei bis fünf Fälle mit akuter lymphoblastischer Leukämie. „Das bedeutet, dass nur rund ein Drittel der möglichen Patientinnen und Patienten behandelt wurden. Mögliche Ursache könnten noch laufende Studien sein, es könnte aber auch mit der Zuweisungssituation zusammenhängen“, erklärte Jäger.

Generell sieht Jäger durch die deutlich geringere Toxizität der CAR-T-Zell-Therapie, dass dadurch weniger Aufenthalte auf den Intensivstationen nötig sind. "Das ist sowohl ökonomisch vorteilhafter und schont auch die Spitalskapazitäten “, berichtete Jäger. Die CAR-T-Zell-Therapie weist gute Ansprechraten und ein gutes Verträglichkeitsprofil auf, so Jäger.

Ulrich Jäger schilderte den klinischen Ablauf und die Therapieoptionen

Vorselektion ist wichtig, um nicht falsche Hoffnungen zu wecken und Patientinnen und Patienten Therapien zu ersparen, von denen sie nicht profitieren.
Ulrich Jäger

Studien belegen, dass sich durch die Behandlung mit CAR-T-Zellen bei bestimmten Knochenmarkkrebserkrankungen gegenüber einer regulären Therapie eine deutlich verbesserte Response erzielen lässt. Diese wirkt sich auch direkt auf das progressionsfreie Überleben beziehungsweise das Overall-Survival-Ergebnis aus. „Studien zeigten klar die Benefits von CAR-T-Zellen in den späten Therapielinien, bei einer geringeren Toxizität. Auch wenn die Langzeitwirkungen noch nicht abschätzbar sind, sind dies dennoch klare Indikatoren, dass wir diese Therapieform einsetzen müssen, weil sie den Patientinnen und Patienten klare Vorteile bietet“, sagte Jäger. Bezüglich der Verabreichung von CAR-T-Zell-Therapien sieht Jäger Österreich mit fünf Kliniken für Erwachsene und einer für Kinder gut aufgestellt.

Die CAR-T-Zell-Therapie aus pharmaindustrieller Sicht

„Österreich ist für die Entwicklung bei Bristol-Myers Squibb/Celgene wichtig, denn die regulatorischen Behörden arbeiten schnell, ebenso die klinischen Partner. Österreich ist immer das erste oder zweite Land, in dem wir Studien starten“, schilderte Jens Hasskarl.

Studien belegen nicht nur, dass sich durch eine CAR-T-Zell-Therapie eine deutlich höhere Ansprechrate gegenüber der Standardtherapie erzielen lässt, sie weisen auch einen deutlichen Dosis-Wirkungs-Effekt auf. Das heißt, je höher die Dosis, umso höher das Langzeitüberleben. Wobei man ab einem bestimmten Level in einen Bereich kommt, wo wieder verstärkt Nebenwirkungen auftreten können.

Die zwei Hauptnebenwirkungen, abhängig von Indikation und CAR-T-Therapieform, sind das Cytokine-Release-Syndrom (CRS) und die Neurotoxizität (NT). „Beides sind sehr spezifische Nebenwirkungen, die noch nicht ganz verstanden sind“, sagte Hasskarl. Durch die Komplexität der Therapie bedarf es eines erfahrenen Teams in der Behandlung. „Deshalb arbeiten wir nur mit hocherfahrenen Zentren zusammen, damit die Patientinnen und Patienten sicher behandelt werden“, betonte Hasskarl.

Die CAR-T-Zell-Therapie aus ökonomischer Sicht

Im Rahmen des Workshops präsentierte Dr. Thomas Czypionka vom IHS Erkenntnisse aus der noch laufenden „mehrWert-Studie“ des IHS „CAR-T-Zell-Therapie im Kontext des österreichischen Gesundheitswesens“. Seinem Vortrag schickte er voraus, dass die angeführten Einschätzungen auf Basis vorhandener Studienlage stattgefunden hätten, und es aufgrund der noch sehr jungen Therapie eine hohe Schwankungsbreite in den Werten gebe.

Die DLBCL-Inzidenz zeigt, dass es eine Erkrankung der alten bzw. sehr alten Bevölkerung ist. Ausgehend von der durchschnittlichen Inzidenz der Jahre 2015 bis 2017 schätzt die IHS-Studie 58 bis 85 behandelbare Fälle pro Jahr, wobei 20 bis 37 Fälle besonders von einer CAR-T-Zell-Therapie profitieren würden. „Gegenüber den laut Studienergebnissen möglichen Fallzahlen, werden in Österreich deutlich weniger Menschen einer CAR-T-Therapie zugeführt. Grundsätzlich müssten viel mehr Menschen mit DLBCL im CAR-T-Netzwerk behandelt werden“, erklärte Czypionka. Hier könnte die Ursache in den zuweisenden Kliniken liegen, die möglicherweise mehr Routine-Therapieversuche im eigenen Haus durchführen.

Personen, die von der CAR-T-Zell-Therapie profitieren, können wieder am Erwerbsleben teilhaben bzw. länger darin verbleiben.
Thomas Czypionka

Bei der Abschätzung der Humankapitaleffekte müsse man generell berücksichtigen, dass aufgrund der Altersverteilung, je nach Krebsart, nur ein geringerer Prozentsatz der Betroffenen im Erwerbsalter ist. Dazu kommt, dass nach erfolgter Therapie oftmals nur eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit besteht. „Hier helfen die vorhandenen Wiedereingliederungsteilzeitmodelle, dass die Menschen wieder den Weg zurück ins Erwerbsleben finden“, erklärte Czypionka.

Bei der Bewertung der Kosteneffekte muss man berücksichtigen, dass die CAR-T-Zell-Therapie zwar eine relativ teure, aber einmalige Therapie ist. Zudem berücksichtigen Kostenstudien nur die Listenpreise. Durch Rabattmodelle, die allerdings nicht öffentlich ausgewiesen würden, sind die tatsächlichen Kosten deutlich geringer. „Dies macht Kostenschätzungen und -vergleiche schwierig“, so Czypionka. Für eine Kostenbewertung der CAR-T-Zell-Therapie müssen zudem auch die Opportunitätskosten berücksichtigt werden. In diesen Bereich fallen sowohl die Kosten für die vorangegangenen Therapielinien, als auch die Kosten, die entstehen, wenn Patientinnen und Patienten als austherapiert gelten, beispielsweise für Palliativtherapie, Pflege oder eine extramurale Versorgung. „Ein Einsparungspotenzial würde sich ergeben, wenn man die CAR-T-Therapie früher einsetzt. Derzeit haben Patientinnen und Patienten mit DLBCL meist drei, vier, manchmal mehr Therapielinien im Vorfeld erfahren“, so Czypionka.

Die regulatorischen Behörden in Österreich arbeiten schnell, ebenso die klinischen Partner. Daher ist es immer das erste oder zweite Land, in dem wir Studien starten.
Jens Hasskarl

Auf Basis der Literatur und der Listenpreise für Therapien versuchte Czypionka in der Studie eine Hochrechnung anzustellen, welche Behandlungskosten beim DLBCL für das Gesundheitssystem anfallen würden, wenn alle von den Voraussetzungen möglichen Patientinnen und Patienten mit CAR-T-Zell-Therapie behandelt werden würden. Hier kam er auf eine Zielgruppe in der Größenordnung von 58 bis 85 Personen. Zwar entstehen hier erhebliche Gesamtkosten, diese müsse man aber immer dem nicht unbeträchtlichen Therapienutzen gegenüberstellen.

Für die Zukunft rechnet Czypionka mit Effekten, die die Therapiekosten senken werden, beispielsweise durch den Ersatz der autologen Stammzelltherapie durch einen im Krankheitsverlauf früheren Einsatz der CAR-T-Zell-Therapie. Ebenso schätzt er, dass die Entwicklung allogener Stammzellen (körperfremde Spenderzellen) sich kostendämpfend auswirken wird.

Thomas Czypionka beleuchtete die ökonomischen Aspekte der CAR-T-Zell-Therapie

Jens Hasskarl schilderte die Sicht der CAR-T-Zell-Therapie aus pharmaindustrieller Sicht

Expertenstimmen aus der Diskussion

Das CAR-T-Netzwerk in Österreich hat sicher auch international eine gewisse Vorbildfunktion. Denn mit Ausnahme der nordischen Staaten, gibt es in Europa so einen Zusammenschluss nicht. Gerade bei jungen, innovativen aber auch kostenintensiven Therapien macht ein intensiver Austausch Sinn. Durch den Verbund ist es gelungen, entsprechende Kriterien, welche Patientinnen und Patienten für eine Therapie in Frage kommen, für alle Zentren verbindlich festzulegen. Zudem dient der Zusammenschluss auch dazu, zu überlegen, wie man am besten mit den zuweisenden Kliniken kommuniziert. Mit dem CAR-T-Netzwerk gibt es eine Plattform durch die man einerseits gut an die Industrie herantreten kann, um Studien zu innovativen Therapien nach Österreich zu bringen, und andererseits die Möglichkeit bietet, die Patientinnen und Patienten für Studien an ein anderes Zentrumsmitglied zu vermitteln. Aber auch internationale Vernetzung und Qualitätskontrolle sind Themen des Netzwerkes. | **Univ.-Prof. Dr Dominik Wolf**

Klinische Forschung stellt uns in Österreich vor große Herausforderungen. Vor allem braucht es in Österreich ein Bekenntnis zur klinischen Forschung. Prioritär ist für mich, dass wir Studien für Patientinnen und Patienten zugängig machen. Als kleines Land beobachten wir bei vielen Pharmafirmen, dass diese in kleinen Ländern gar keine Studien machen. Gegen diese Tendenz müssen wir massiv ankämpfen. Ich glaube, letztendlich werden nur wenige Spitäler in Österreich in der Lage sein, klinische Forschung professionell zu betreiben. Damit wir im internationalen Konzert überhaupt Studien bekommen, müssen wir darauf achten, dass wir jene Studien die wir machen, hochprofessionell durchführen und auch ausreichend Patientinnen und Patienten sowie eine sehr gute Datenqualität haben. Zudem braucht es unabhängiges Geld für klinische Forschungen.

Wenn wir innovative Therapien anbieten wollen, brauchen wir Zentrumslösungen. Es gibt in Österreich viele Incentives, die nicht den Patienteninteressen entsprechen — das ist der Grund warum Krankenanstalten nicht gerne Patienten abgeben, wenn es nicht notwendig ist.

In Europa und speziell in Deutschland gibt es die Intention, Patientenvertreter in alle Projekte der wissenschaftlichen Forschung und Entwicklung der Onkologie miteinzubeziehen. Daher ist es wichtig, dass die Patientenorganisation bekannt ist, Transparenz herrscht, wer die Finanziers sind und welche Rechte sie haben. Wir haben schon in der Vergangenheit versucht, die Selbsthilfegruppen miteinander zu vernetzen. De Facto sind sie aber ohnmächtig. Das hat mehrere Gründe. Um unangreifbar zu sein, brauchen sie eine unabhängige Finanzierung — das wäre Aufgabe des Staates, Geld für sie zur Verfügung zu stellen. Um in Diskussionen schlagkräftig und durchsetzungsfähig zu sein, brauchen die Selbsthilfegruppen auch eine professionelle Form der Betreuung bzw. Vertretung durch nicht selbst betroffene Menschen. | **Univ.-Prof. Dr. Richard Greil**

Celgene | Bristol Myers Squibb™ Company

→

PM-AT-CAR-0012

© PETER PROVAZNIK

© PETER PROVAZNIK (3), BEIGESTELLT

Workshop zur CAR-T-Zell-Therapie

Anforderungen der CAR-T-Therapie an das österreichische Gesundheitswesen

Innovative Therapien, wie die CAR-T-Zell-Therapie, stellen das österreichische Gesundheitssystem in allen Bereichen vor neue Herausforderungen. Geteilt in eine Online- und eine physisch anwesende Gruppe erarbeiteten und erörterten die Teilnehmenden des CAR-T-Workshops bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen wichtige Themen und Problemstellungen dieser Behandlungsmethode. Im Fokus standen dabei vor allem die **BEREICHE PATIENT JOURNEY, GRUNDLAGENFORSCHUNG SOWIE GANZHEITLICHE FINANZIERUNG.** | von Rainald Edel, MBA

Grundsätzlich sahen die teilnehmenden Expertinnen und Experten das österreichische Gesundheitssystem durchaus gut gerüstet für die speziellen Herausforderungen innovativer Therapien, wie die CAR-T-Zell-Therapie. Dennoch fanden die Teilnehmenden in der Diskussion einige wesentliche Punkte, die rasch einer Klärung und Lösung zugeführt werden müssen, um die Versorgungslage mit innovativen Produkten zu verbessern oder strukturelle Hürden zu überwinden. Nicht in allen Bereichen konnten konkrete Lösungsvorschläge formuliert werden, da es oftmals politischer Grundsatzentscheidungen und der Erarbeitung von Rahmenbedingungen bedarf. Sowohl die Gruppe der Online-Teilnehmenden als auch die physisch vor Ort befindliche Gruppe setzten sich mit der Patient Journey auseinander. Die beiden anderen Themen, Grundlagenforschung sowie ganzheitliche Finanzierung, waren aufgeteilt. Hier eine kurze Übersicht der Ergebnisse der Workshop-Gruppen.

Patient Journey

- Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten gibt es einen guten Stufenplan, der eine zunehmende Zentralisierung vorsieht, je höher die Versorgungsstufe ist.
- Es gibt ein klares Bekenntnis zu Schwerpunktzentren, da sonst die Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht möglich ist. Das bedeutet, dass es durch Tumorboards gut selektionierte Patientinnen und Patienten geben muss. Aus Expertensicht werden zu wenig Patientinnen und Patienten Zentren zugewiesen.
- Selbsthilfegruppen und Patientenvertreter werden nicht in dem Ausmaß eingebunden und unterstützt, wie es wünschenswert wäre. Es fehlen professionelle Strukturen, die die Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten sicherstellen. Hier wäre eine staatliche Finanzierung nötig, damit die Patientinnen und Patienten tatsächlich eingebunden werden können.
- Wichtig ist eine transparente und einheitliche Auswahl an Patientinnen und Patienten. Die Zuweisenden müssen die Therapiekriterien kennen, um zu wissen, welche Patientinnen und Patienten in welcher Phase ans Zentrum zugewiesen werden können. Im Idealfall sollte man sich das auch retrospektiv anschauen.
- Information ist für Patientinnen und Patienten sehr wichtig. So zum Beispiel die Themen Nebenwirkungen oder Studien.
- Gute Studienergebnisse sowie positive Ergebnisse aus der Routineanwendung dürfen nicht dazu führen, dass übertriebene Hoffnungen bei den Patientinnen und Patienten geschürt werden. Wichtig ist, dass die Zuweisenden die Kriterien für Therapien kennen und nur für die jeweilige Therapieform geeignete Personen vorschlagen.
- Es darf keine geografischen Benachteiligungen geben. Das heißt Patientinnen und Patienten in peripheren Lagen sollten die gleiche Chance auf eine Therapie haben wie jene, die in Ballungsräumen wohnen.

Strukturen und Finanzierung

- Durch geänderte Dimensionen der Therapiekosten und Fallzahlen funktionieren die herkömmlichen Mechanismen zur Finanzierung und Abgeltung nicht mehr. Alle fünf Jahre den Finanzausgleich zu verhandeln, ist zu unflexibel, um mit der Geschwindigkeit Schritt zu halten, mit der neue Therapien auf den Markt kommen.
- Das Thema der finanziellen Abgeltung der Kosten von inländischen Gastpatientinnen und -patienten ist nach wie vor ungeklärt.
- Die oft aufgeworfene Idee der Finanzierung bestimmter Therapien über Sondertöpfe würde zu einer weiteren Zersplitterung des Gesundheitswesens führen.

Implementierung klinischer Studien

- Studien sind in Österreich finanziell unterdotiert, unabhängig davon, ob der Staat oder andere Institutionen sie finanzieren.
- Notwendig wäre bei Studien eine stärkere Unterstützung des klinischen Mehraufwands durch den Spitalsträger. Zudem fehlen die Funding-Möglichkeiten, um Studien professionell durchzuführen.
- Klinische Studien sind für die Patientinnen und Patienten wichtig, allerdings fehlt ihnen ein Katalog der derzeit in Österreich verfügbaren Studien. Für den Bereich Onkologie gibt es unter https://www.gesundheit.gv.at/professional/pkso/plattform-klinische-studien-onkologie eine Plattform und den Hinweis auf eine Beratungsstelle über die man sich zu allen derzeit zugänglichen Studien informieren kann. Allerdings müsste das Wissen um diese Zusammenschau auch stärker über Kliniken, Fachärztinnen und Fachärzte und Selbsthilfegruppen verbreitet werden.
- Seitens der Industrie werden akademische Studien durchaus gefördert. Die dabei erzielte Datenqualität in Europa wird teilweise als besser beurteilt als die aus anderen Kontinenten. Hier besteht ein Vorteil, der genützt werden sollte. Das ist mit ein Argument für die Aufstellung in Netzwerken und die beschränkte Zahl der Zentren, denn hier ist Qualität auch im Sinne von Studien wichtig, und es macht keinen Sinn, das auf viele kleine Institutionen auszubreiten.
- Patientinnen und Patienten wären gerne mehr als bisher in die Studienplanung eingebunden.
- Für gute und ausführliche Register braucht es infrastrukturellen Support. Notwendig wäre vor allem Personal für die Datenerfassung.

„Durch die Heterogenität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops konnte ein breites Spektrum an Themen rund um die CAR-T-Zell-Therapie abgedeckt werden. Meiner Einschätzung nach hat sich so manches ‚Burning Issue' herauskristallisiert. Wobei es nicht bei der Feststellung eines Problembereiches geblieben ist, sondern die für seine Lösung notwendigen Schritte angesprochen wurden. Wichtig war den Teilnehmenden, dass dabei die Bedürfnisse aller relevanten Stakeholdergruppen in Betracht gezogen wurden", erklärte Mag. Hanns Kratzer, Geschäftsführer der Peri Consulting, der als Moderator durch den Workshop führte.

Teilnehmende

- **Dr. Silvia Bodi, MSc** | Stellvertretende Direktorin Medizin und Pflege, Leitung Abteilung Strategie und Qualität Medizin, Direktion Medizin und Pflege
- **Dr. Reinhard Busch** | Stv. Obmann, Multiples Myelom Selbsthilfe Österreich
- **Dr. Thomas Czypionka** | Head of Health Economics and Health Policy, IHS
- **Univ.- Prof. Dr. Richard Greil** | Klinikvorstand Innere Medizin III, Uniklinik Salzburg
- **Mag. Dr. August Gomsi, MPH** | Leiter Medizin- und Pflege-Management, KAGes
- **Mag. pharm. Günter Fellhofer** | Apothekenleitung, Landesapotheke Salzburg
- **Mag. Gunda Gittler, aHPh** | Apothekenleitung, Barmherzige Brüder Linz
- **Dr. Jens Hasskarl** | Executive Medical Director, Global Drug Development Cell Therapy Development, Bristol-Myers Squibb/Celgene
- **Dr. Wolfgang Ibrom** | Apothekenleitung, Ordensklinikum Linz GmbH, Elisabethinen
- **Elfi Jirsa** | Präsidentin, Myelom- und Lymphomhilfe
- **Univ. Prof. Dr. Ulrich Jäger** | Klinische Abteilung für Hämatologie und Hämostaseologie, MedUni Wien
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Gabriela-Verena Kornek** | Wiener Gesundheitsverbund, Ärztliche Direktorin, AKH Wien
- **Dr. Mag. pharm. Elisabeth Messinger** | Apothekenleitung, Ordensklinikum Barmherzige Brüder Wien
- **Dr. Susanne Schöberl** | NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft
- **Univ.-Prof. Dr. Dominik Wolf** | Direktor Uniklinik für Innere Medizin V, MedUni Innsbruck
- **Univ.-Prof. Dr. Nina Worel** | Leitung Gewebebank, verantw. Person nach GSG, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, MedUni Wien

Celgene | Bristol Myers Squibb Company

PM-AT-CAR-0012

© PETER PROVAZNIK

Frauenheilkunde der Zukunft

Zwischen natürlichen Grenzen und medizinischen Möglichkeiten

Dass die Gesundheit von Frauen verstärkt unter genderspezifischen Blickwinkeln betrachtet werden muss, steht heute außer Frage. Welche Veränderungen jedoch die Medizin für Frauen langfristig mit sich bringen wird, hängt nicht nur vom medizinischen Fortschritt ab, sondern vor allem davon, welchen Weg die Gesellschaft gehen möchte. **UNIV.-PROF. DR. PETER HUSSLEIN** warf im Zuge der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020 einen scharfen Blick in die Zukunft der Frauenheilkunde. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Das Stift Seitenstetten stand auch 2020 wieder im Zeichen visionärer Impulse. So beschrieb Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein, Vorstand der Universitätsklinik für Frauenheilkunde der Medizinischen Universität Wien, in seiner Keynote nicht nur ungeahnte Potenziale der Medizin, sondern zeichnete Themenfelder, denen sich die Gesundheitspolitik kritisch zu stellen hat: Vergleichbar mit einem Reifenwechsel in der Formel 1 in Sekundenschnelle — vier Reifenwechsel plus Volltanken in 2,24 Sekunden — sollten im Gesundheitswesen relevante Bereiche mittels Training perfektioniert werden. In der Medizin müsse man sich von genau dieser Trainingsperfektion eine Scheibe abschneiden, nur so sei Fortschritt möglich.
Auch die Sinnhaftigkeit von Leitlinien wurde beleuchtet. Diese oft als selbstverständlich betrachteten Fahrtrichtungen für das Gesundheitswesen sind Husslein zufolge unverzichtbar — sofern richtig eingesetzt. Die Medizin wird immer wirkungsvoller und gleichzeitig „brandgefährlich", da meist weniger Geld bei erschwerten Bedingungen zur Verfügung steht — eine Art Jonglierkunst, die ohne Qualitätssicherung nicht klappt.

> Es ist die Patientin, die über die Kompetenz verfügt, ihre Lebensform zu diskutieren.
> Peter Husslein

Vernünftige Qualitätsindikatoren

„Wir müssen vernünftige Qualitätsindikatoren schaffen. Wenn allerdings beispielsweise niemand aus der Frauenheilkunde zu gynäkologischen Qualitätsindikatoren befragt wird, dann ist das Ergebnis wertlos und besteht aus Indikatoren, die nur Arbeit, aber keine Qualität erzeugen", zeigte sich Peter Husslein überzeugt. Eine detaillierte Perinatalerhebung, die als „Mutter aller datengestützten Qualitätssicherungsmaßnahmen" gilt, kostet Zeit und Geld. „Wenn dieses allerdings nicht vorhanden ist, ist der Indikator wertlos, weil die Daten zumeist schlampig eingegeben werden", so Husslein. Auch im Rahmen der Pränataldiagnostik gebe es vor allem antiquierte Vorgaben sowie einen völlig fehlenden Diskurs. „So stellen wir uns den Dialog mit den Gesundheitsverantwortlichen nicht vor." Was heute zähle, sei die Fähigkeit, sich dynamisch an veränderte Rahmenbedingungen anpassen zu können. Das gelte für das Gesundheitswesen, für die Wirtschaft und die gesamte Gesellschaft.

Shared Decision Making

Als besonders positive Entwicklung beschrieb der Gynäkologe den Umstand, dass Patientinnen heute als gleichberechtigte Partnerinnen in Entscheidungsfindungen wahrgenommen werden: „Wir brauchen den Diskurs von zwei Kompetenzen — Ärztin bzw. Arzt sowie Patientin. Es ist die Patientin, die über die Kompetenz verfügt, ihre Lebensform zu diskutieren. Nur in diesem Zusammenspiel können adäquate Entscheidungen getroffen werden", zeigt sich Husslein über die Entfaltung des „Shared Decision Making" erfreut. Ein sehr wachsendes Thema — der Kinderwunsch — braucht genau solche gemeinsamen Diskurse.

Der richtige Zeitpunkt

Die Fertilitätsphase des weiblichen Körpers hat sich durch die zunehmende Lebenserwartung und Verbesserung der Gesundheit verlängert. Gleichzeitig entscheiden sich Frauen oft erst nach einem für sie wichtigen Lebensabschnitt — nach beruflicher und persönlicher Entfaltung — für ein Kind. Nicht immer ist das dann auch für den Körper die optimale Zeit. Husslein warf in diesem Zusammenhang einen kritischen Blick auf die Novelle des Fortpflanzungsmedizingesetzes von 2015: Das Einfrieren der Eizelle in jungen Jahren — dann, wenn sie qualitativ am besten ist —, wird in Österreich nur dann zugelassen, wenn es eine medizinische Begründung gibt. Es wäre allerdings eleganter, diese Tür allen Frauen zu öffnen: „Aus meiner Sicht nimmt der Staat mit der derzeitigen Regelung zu viel Einfluss auf die Lebensgestaltung seiner Bürgerinnen."

Geburtshilfe nach 2050: Größere Köpfe, schmälere Becken

Neben den stark wachsenden Möglichkeiten der Pränataldiagnostik gab der Universitätsprofessor zum Abschluss seiner Keynote einen weiteren Ausblick. Schon heute sei im Zuge erster Studien zu beobachten, dass sich die Kopf-Becken-Relation des menschlichen Körpers langfristig verändern wird. Husslein zitiert in diesem Zusammenhang den Evolutionsbiologen Prof. Dr. Philipp Mitteröcker, der herausgefunden hat, dass Frauen, die aufgrund eines Schädel-Becken-Missverhältnisses ihrer Mutter durch Kaiserschnitt auf die Welt kamen, mehr als doppelt so häufig ein Missverhältnis bei der Geburt ihrer Kinder aufweisen wie jene Frauen, die auf natürliche Weise geboren wurden. Husslein: „Aufgrund des wegfallenden Selektionsdrucks durch den Kaiserschnitt erwarten wir eine Zunahme von Becken-Kopf-Missverhältnissen bei der Geburt." Husslein schließt seine Keynote mit einer aus heutiger Sicht nicht leicht verdaulichen Perspektive: „Einigen Einschätzungen zufolge sind Schwangerschaft und Geburt viel zu gefährlich, um Frauen zugemutet zu werden." Naht die Etablierung von „Bio-Bags" in Form einer künstlichen Gebärmutter zum Austragen von Embryo und Fetus? Was heute noch nach Science Fiction klingt, ist 2050 vielleicht State of the Art. Übrig bleibt die Frage, welchen Weg die Gesellschaft einschlagen will.

BioBox

Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein absolvierte sein Medizinstudium in Wien, gefolgt von seiner Facharztausbildung in Innsbruck, Salzburg und Wien. Er blickt auf zahlreiche Auslandsaufenthalte zurück, darunter sechs Monate geburtshilflich-gynäkologische Tätigkeit in Lomé, Togo, sowie eine eineinhalbjährige Forschungstätigkeit an der Weill Cornell Medical School in New York. Ab 1996 war Husslein Vorstand der Universitätsklinik für Frauenheilkunde am AKH Wien, am 1. Oktober 2020 emeritierte er. Zu seinen wissenschaftlichen Schwerpunkten zählen die Wehenforschung, Frühgeburt sowie Humangenetik.

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

PRAEVENIRE INITIATIVE GESUNDHEIT 2030
BLOCK 4

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

Block 4 | Moderne Infrastruktur und Versorgungsziele

Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020

KEYNOTES

- **2020: Mehr Effizienz bei der Erreichung von Versorgungszielen**
  DI Martin Brunninger, MEng, MSc | Dachverband der Sozialversicherungsträger
- **Frauenheilkunde 2030**
  Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein | Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Frauenheilkunde
- **Haben wir evidenzbasierte Medizin?**
  Univ.-Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch | Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung
- **Gefäßchirurgie der Zukunft**
  ao. Univ.-Prof. Dr. Christoph Neumayer | Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Chirurgie
- **Onkologie 2030**
  Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant | MedUni Wien

PODIUMSDISKUSSION

- Dr. Alexander Biach | Wirtschaftskammer Wien
- Mag. Philipp Lindinger | Initiative Wund?Gesund!
- Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA | Mitglied des Verwaltungsrates der ÖGK
- Dr. Andreas Stippler | Ärztekammer Niederösterreich
- ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres | Ärztekammer Österreich

© PETER PROVAZNIK

PRELIMINARY PROGRAMM | Stand: 24. Februar 2021

PROGRAMM | IM STIFT SEITENSTETTEN

6. PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021

Teilnahmegebühr

Mittwoch: EUR 400,– | EUR 250,– (online)
Donnerstag: EUR 800,– | EUR 500,– (online)
Freitag: EUR 400,– | EUR 250,– (online)
Gesamtes Forum (Mi–Fr): EUR 1.500,– | EUR 900,– (online)

ERMÄSSIGUNGEN: Studierende: 50 % Teilnahmegebühr* | Journalisten/Medienvertreter: kostenfreie Teilnahme
* bis zum 26. Lebensjahr

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

MITTWOCH | 19. MAI 2021

ab 12:00 Uhr

Get-together im Benediktussaal

13.00—14.00 Uhr

Eröffnung PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021 und LEARNINGS WEISSBUCH VERSION 2020

MODERATION Mag. (FH) Birgit **Bernhard** | PERI Group

KEYNOTE **Begrüßung im Stift Seitenstetten**
Abt Petrus **Pilsinger** | Abt des Stifts Seitenstetten

KEYNOTE **Eröffnungsrede**
Dr. Hans Jörg **Schelling** | Präsident PRAEVENIRE

KEYNOTE **Learnings aus dem Weißbuch aus Sicht der Länder**
Dr. Juliane **Bogner-Strauss** | Landesrätin für Bildung, Gesellschaft, Gesundheit und Pflege, Steiermark

14.00—14.30 Uhr

KEYNOTE **Update zur Corona-Impfung seit Zulassung — Schutzdauer, Abdeckung von Mutationen**
Univ.-Prof. Dr. Christoph **Huber** | CIMT, BioNTech-Co-Founder

14.30—16.00 Uhr

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

BLOCK 1 | Wissenschaft und Innovation/Fokus auf COVID-19

MODERATION Mag. (FH) Birgit **Bernhard** | PERI Group

KEYNOTE **Corona-Schnelltests Status quo: Wo geht die Reise hin?**
Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Peter **Ertl** | TU Wien, Institut für Angewandte Synthesechemie

KEYNOTE **Wirkstoffforschung und Wirkstoffentwicklung 2030 — Bedeutung für Corona-Forschung**
Univ.-Prof. Mag. Dr. Thierry Langer* | Uni Wien, Department für Pharmazeutische Chemie

KEYNOTE **Neuronale Mechanismen der Entscheidungsfindung und Selbstregulierung**
Dr. Silvia **Maier** | Junge Akademie Schweiz

KEYNOTE **NANOskopie im Translationsprozess für die Medizin — Bedeutung für Corona-Forschung**
Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Hannes **Stockinger** | MedUni Wien, Zentrum für Pathophysiologie, Infektiologie und Immunologie

KEYNOTE **Österreicher entwickeln dauerhaftes Influenza-Vakzin**
Univ.-Prof. Dr. Florian **Krammer** | Icahn School of Medicine (DIGITAL)

KEYNOTE **Corona Impfstoffentwicklung — Wissenschaftliche, klinische & gesellschaftliche Herausforderungen**
Univ.-Prof. Dr. Richard **Greil** | Uniklinik Salzburg, Innere Medizin III

16.30—18.00 Uhr

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

Block 2 | Optimierung der Gesundheitsversorgung & Pflege

MODERATION Mag. (FH) Birgit **Bernhard** | PERI Group

KEYNOTE **Haben wir Evidenzbasierte Präventionsmedizin**
Univ.-Prof. Dr. Gerald **Gartlehner**, MPH | Donau-Uni Krems, Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation

KEYNOTE **Chronisch schlecht versorgt? Handlungsbedarf im Bereich chronischer Krankheiten?**
Dr. Thomas **Czypionka** | IHS, Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

KEYNOTE **Wie werden Menschen möglichst spät Pflegefälle?**
Mag. Barbara **Fisa**, MPH | The Healthy Choice

KEYNOTE **Demenz: Optimale Versorgung**
Univ.-Prof. Dr. Stefanie **Auer** | Donau-Uni Krems, Zentrum für Demenzstudien

KEYNOTE **Können Roboter bei der Betreuung von Pflegefällen unterstützen?**
Hon.-Prof. Dr. Rainer **Hasenauer** | INiTS – Universitäres Gründerservice Wien

KEYNOTE **Potential of digitalization & AI for the future of diagnostics**
tbd

18.00—18.30 Uhr

KEYNOTE **Landwirtschaft — Ernährung — Gesundheit**
ao. Univ.-Prof. Mag. DDr. Erich **Schweighofer** | EU-Kommission, Generaldirektion Landwirtschaft und ländliche Entwicklung (AGRI)

18.30—19.00 Uhr

KEYNOTE **Infektionen & Pandemien — Welche Maßnahmen benötigen wir, um diese zu verhindern?**
Prof. Dr. Dr. h. c. Stefan **Kaufmann** | Max-Planck-Institut für Infektionsbiologie

ab 19.00 Uhr Abendessen im Stiftsmeierhof

DONNERSTAG | 20. MAI 2021

09.00—10.30 Uhr

Seitenstettner Manifest

Block 3 | ONKOLOGIE 2030 — Fokus Immunonkologie

MODERATION Mag. (FH) Birgit **Bernhard** | PERI Group

EINLEITUNG **Bericht über den Expertenkonsensus aus dem Workshop Onkologie 2030**
Univ.-Prof. Dr. Michael **Gnant** | MedUni Wien

EXPERTENSTATEMENTS: KONSENSPUNKTE AUS DEM WORKSHOP

VIDEO **Jede/r PatientIn hat das Recht auf die beste Therapie**
Univ.-Prof. Dr. Richard **Greil** | Uniklinik Salzburg, Innere Medizin III und Priv.-Doz. Dr. Birgit **Grünberger** | Landesklinikum Wiener Neustadt, Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie

VIDEO **Gerade für hochpreisige Produkte ist funktionierende Inter-professionalität wichtig**
OA Dr. Maximilian **Hochmair** | Öst. Gesellschaft für Pneumologie und Klinik Floridsdorf, Pneumologische Onkologie und Mag. Gunda **Gittler**, aHPh | Anstaltsapotheke der Barmherzigen Brüder Linz

VIDEO **Komplexe Therapieentscheidungen können nicht von Generalisten getroffen werden**
Prim. Doz. Dr. Hannes **Kaufmann** | Klinik Favoriten, 3. Med. Abt. Zentrum für Onkologie und Hämatologie und Univ.-Prof. Dr. Dominik Wolf* | MedUni Innsbruck, Universitätsklinik für Innere Medizin V

VIDEO **Die Rolle von Tumorzentren in der Exzellenzonkologie**
Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang **Eisterer** | Allgemein öffentliches Klinikum Klagenfurt, Abt. für Innere Medizin und Onkologie und OA Univ.-Doz. Dr. Ansgar Weltermann* | KH Elisabethinen Linz, I. Internen Abt., und Ordensklinikum Linz, Zentrum für Tumorerkrankungen

KEYNOTE **Bedeutung der Immunonkologie Heute und Morgen**
Prof. Joerg Huelsken, PhD* | École Polytechnique Fédérale de Lausanne

PODIUMSDISKUSSION

- Dr. Gerald **Bachinger** | Patientenanwalt NÖ und Sprecher der Patientenanwälte Österreichs
- Mag. Gunda **Gittler**, aHPh | Anstaltsapotheke der Barmherzigen Brüder Linz
- Univ.-Prof. Dr. Michael **Gnant** | MedUni Wien
- Univ.-Prof. Dr. Richard **Greil** | Uniklinik Salzburg, Innere Medizin III
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang **Hilbe** | OeGHO, Klinik Ottakring, 1. Med. Abt. – Zentrum für Onkologie und Hämatologie mit Ambulanz und Palliativstation
- Dr. Markus **Klamminger** | Medizin und Pflege in der NÖ Landesgesundheitsagentur
- Mag. Karl Lehner* | OÖ Gesundheitsholding GmbH

10.30—12.00 Uhr

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

Block 4 | Gesundheitsberufe und Ausbildung

MODERATION Mag. (FH) Birgit **Bernhard** | PERI Group

KEYNOTE **Learnings aus dem Pandemiefall in der Ausbildung und zur praktischen Wissensvermittlung im Notfall**
Rektor Univ.-Prof. Dr. Markus Müller* | MedUni Wien

KEYNOTE **Bedeutung der Arbeitsmedizin generell und in Pandemien**
Dr. Eva **Höltl** | Erste Group Bank AG, Health Center, Initiative „Österreich impft"

KEYNOTE **Der europäische Facharzt für Orthopädie & Traumatologie — eine Vision?**
Univ.-Prof. Dr. Stefan **Nehrer** | Donau-Uni Krems, Fakultät f. Gesundheit u. Medizin

KEYNOTE **Was kommt technologisch auf den Sektor Radiologie zu — Genereller Einfluss auf die Medizin**
Univ.-Doz. Dr. Franz **Frühwald** | Institut Frühwald & Partner Diagnosezentrum

PODIUMSDISKUSSION – HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DAS WEISSBUCH

- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin **Andreas**, MBA, PhD | Ärztekammer Wien
- Dr. Gerald **Bachinger** | Patientenanwalt NÖ und Sprecher der Patientenanwälte Österreichs
- PhDr. Andrea **Gruber**, MSc, MBA | Donau-Universität Krems, Department für Wirtschaft und Gesundheit
- Prof. Dr. Reinhard **Riedl** | Berner Fachhochschule (BFH)
- Dr. Günther **Schreiber** | Quality Austria

12.00—12.30 Uhr

KEYNOTE **Digital Twin Society 2030**
Prof. Dr. Reinhard **Riedl** | Berner Fachhochschule (BFH)

12.30—14.00 Uhr Mittagessen im Stiftsmeierhof

14.00—15.30 Uhr

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

Block 5 | Wohnortnahe Versorgung

MODERATION Mag. Nadja Mader* | ORF Niederösterreich

KEYNOTE **Telemedizin — remote Working mit Fokus auf Corona**
Dr. Werner **Leber** | Queen Mary University London, Centre of Primary Care and Public Health

KEYNOTE **Wohnortnahe Gesundheitsversorgung in Slowenien-Impulse für Österreich**
Prof. Dr. Erika **Zelko** | Uni Maribor, Abt. für Allgemein- und Familienmedizin

KEYNOTE **Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung im Pandemiefall: Lektionen aus der Corona-Pandemie für die Zukunft**
Dr. Reingard **Glehr** | Österreichische Gesellschaft für Psycho-somatik und Psychotherapeutische Medizin in der Allgemein-medizin, Initiative „Österreich impft"

KEYNOTE **Chancen und Herausforderungen niederschwelliger Aufklärungskommunikation im Pandemiefall**
OA Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dipl.-Ing. Dr. med. Hans-Peter **Hutter** | MedUni Wien, Zentrum für Public Health

PODIUMSDISKUSSION – HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DAS WEISSBUCH

- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin **Andreas**, MBA, PhD | Ärztekammer Wien
- Dr. Gerald **Bachinger** | Patientenanwalt NÖ und Sprecher der Patientenanwälte Österreichs
- Mag. Elisabeth **Potzmann** | ÖGKV
- Dr. Erwin **Rebhandl** | OBGAM, AM Plus
- Prof. Dr. Reinhard **Riedl** | Berner Fachhochschule (BFH) (Expertise: Remote Intelligence)
- Dr. Günther **Schreiber** | Quality Austria

15.30—16.00 Uhr

KEYNOTE **Prostatakrebs-Früherkennung**
Manfred **Brunner** | ÖGK

16.30—18.00 Uhr

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

Block 6 | Standort: Finanzierung, Versorgung & Struktur

MODERATION Mag. Nadja Mader* | ORF Niederösterreich

KEYNOTE **Erfahrungen aus der Gesundheitsmetropole Wien**
Dr. Alexander **Biach** | Wirtschaftskammer Wien

KEYNOTE **Die Pharmaindustrie in der nahen und fernen Zukunft: Chancen u. Hürden**
Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. techn Johannes **Khinast** | TU Graz, Institut für Prozess- und Partikeltechnik

KEYNOTE **Impfzulassung EU Ebene und Österreich: Herausforderungen**
DI Dr. Christa **Wirthumer-Hoche** | AGES Medizinmarktaufsicht

KEYNOTE **Wie wichtig ist Spitzenforschung für den Standort**
Prof. Dr. Thomas A. **Henzinger** | IST Austria (DIGITAL)

KEYNOTE Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin **Andreas**, MBA, PhD | Ärztekammer Wien

18.00—18.30 Uhr

KEYNOTE **Implementierung der personalisierten Medizin in den medizinischen Alltag am Beispiel der Pharmakogenetik**
Univ.-Prof. Dr. Markus **Paulmichl** | Facharzt für Physiologie und Pharmakologie

18.30—19.00 Uhr

KEYNOTE Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Harald **zur Hausen** | Nobelpreisträger für Medizin

ab 19.00 Uhr Abendessen im Stiftsmeierhof

FREITAG | 21. MAI 2021

09.00—09.30 Uhr

KEYNOTE **Kinderrehabilitation: Status quo — Was gilt es noch zu tun?**
Markus **Wieser** | Förderverein für Kinder- und Jugendrehabilitation

09.30—10.00 Uhr

KEYNOTE **Migration zur Bevölkerungsentwicklung und über Auswirkungen auf das Gesundheitssystem inkl. einer Pandemie**
Univ.-Prof. Dr. Rainer **Münz** | JRC-KCMD

10.00—10.30 Uhr

KEYNOTE **Digitalisierung, Künstliche Intelligenz und Gesellschaft**
Mag. Wolfgang **Sobotka** | Nationalratspräsident

11.00—12.30 Uhr

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

Block 7 | Gesundheitsversorgung 2030 mit Berücksichtigung von Corona

MODERATION Mag. Nadja Mader* | ORF Niederösterreich

KEYNOTE **Psychiatrie 2030: Einsatz von Apps in der Psychiatrie**
Prof. Dr. Thomas **Berger** | Uni Bern (DIGITAL)

WEITERE KEYNOTES ZU NEUROLOGIE 2030, ORTHOPÄDIE 2030, PATHOLOGIE 2030, DIABETOLOGIE 2030, PULMOLOGIE 2030, PFLEGE 2030, DERMATOLOGIE 2030

12:30—12:45

KEYNOTE **Gesundheitskompetenz von Volksschüler*innen im Alter von 8—10 Jahren**
Univ. Prof. Dr. Daisy **Kopera**, EMBA, MEd | MedUni Graz, Uniklinik für Dermatologie, Zentrum für Ästhetische Medizin

12:45—13:00

KEYNOTE **Ärztliche Rotationsplanung auf Knopfdruck**
Lisa **Holzgruber**, MBA, MSc

13.00—14.00 Uhr

PRAEVENIRE Essentielles & Konkretes

Stakeholder bewerten die Essenzen der Gipfelgespräche und Workshops

MODERATION Mag. Nadja Mader* | ORF Niederösterreich

KEYNOTE & VIDEO **Essenzen des PRAEVENIRE Workshops Digital Health**
Prof. Dr. Reinhard **Riedl** | Berner Fachhochschule (BFH)

KEYNOTE & VIDEO **Essenzen des Car-T-Zelltherapie Workshops**
Mag. Hanns **Kratzer** | PERI Group

14.00 Uhr

KEYNOTE **Resümee und Ausblick**
Dr. Hans Jörg **Schelling** | Präsident PRAEVENIRE

*angefragt

Die Teilnahmegebühren verstehen sich exklusive Anreise und Unterkunft sowie inklusive MwSt. Nach der Anmeldung erhalte ich eine Rechnung über die Teilnahmegebühr, die bis 30. 04. 2021 spesenfrei für den Empfänger zu begleichen ist. Stornogebühren: Bei Stornierung bis 01. 03. 2021: EUR 100,- | bei Stornierung bis 30. 04. 2021: 50 % der Teilnahmegebühr | danach 100 % der Teilnahmegebühr.

Mehr Infos unter: www.praevenire.at
Anmeldung unter anmeldung@praevenire.at

Keynotes zu COVID-19 Themen

360°Blick

Seltene Erkrankungen — Erfahrungen aus COVID-19

Rückschau und Ausblick aus Sicht der Patientenvertretung

v.l.: Elisabeth Weigand, Rainer Riedl, Ulrike Holzer, Dominique Sturz

Nach fast einem Jahr in der Coronakrise ist es Zeit, Rückschau zu halten und einen Ausblick zu geben. Nicht alle der rund 400.000 in Österreich mit einer seltenen Erkrankung lebenden Menschen zählen zur Hochrisikogruppe. Doch gerade die Gesundheit von Menschen mit chronischen Erkrankungen ist durch den eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen gefährdet. Dennoch gibt es auch positive Erfahrungen und Errungenschaften im Gesundheitswesen, die schon länger gefordert und nun durch die Krise beschleunigt umgesetzt wurden — wie Heimtherapie, das elektronische Rezept oder telemedizinische Angebote.

Naturgemäß kommt gerade in einer Krise der Unterstützung Betroffener von seltenen Erkrankungen durch ihre Selbsthilfegruppen und der Interessensvertretung durch Patientenorganisationen große Bedeutung zu. So konnten rasch Informationen und Antworten von Ärztinnen und Ärzten in virtuellen Meetings mit Mitgliedern geteilt werden. Pro Rare Austria hat im Frühjahr ein COVID-19-Statement mit über 60 Unterstützungserklärungen verteilt, um durch den ersten harten Lockdown befürchtete Kollateralschäden zu thematisieren und die Wiederaufnahme bzw. Fortführung der medizinischen Grundversorgung, Diagnostik und Therapie (wo vorhanden) einzufordern. Rückmeldungen von Mitgliedern zeigen eine große Bandbreite je nach Erkrankung. Kontrolluntersuchungen oder Therapien wurden teilweise verschoben und manche noch immer nicht vollständig nachgeholt. Die Langzeitfolgen und Zahlen dazu sind nicht vollständig transparent, diese Sorge bleibt. Hervorzuheben ist aber auch der sehr große Einsatz der behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Ambulanzen und Expertisezentren, die die verschiedensten Formen elektronischer Kommunikationsmittel nutzten, um ihre Patientinnen und Patienten bestmöglich zu versorgen. Neben Telemedizin sei hier die Heimtherapie statt regelmäßiger Fahrten ins Krankenhaus ebenso positiv erwähnt. Bundesweite Selbsthilfeorganisationen berichten aber auch davon, dass es österreichweit teils nicht nachvollziehbare Unterschiede gibt, und sogar innerhalb eines Bundeslandes nicht jedes Krankenhaus die andernorts möglichen Erleichterungen angeboten hat. Gerade auch Sicherheitsbestimmungen und Testungen, z. B. bei regelmäßigen Behandlungen, waren nicht einheitlich.

Ulrike Holzer, Obfrau von Pro Rare Austria

Von vielen Seiten wurde bereits auf Schwächen des Föderalismus, fehlende Daten und mangelnde Register hingewiesen. Österreich fehlt noch immer eine Kultur und Verankerung der kollektiven Patientenbeteiligung im Vergleich zu anderen Ländern mit jahrelangen guten Erfahrungen damit, wie beispielsweise die Niederlande oder Deutschland. So vermisst man auch aktuell Patientenvertreter in Beratungsgremien und zielgerichtete patientenorientierte Kommunikation, was sich zuletzt u. a. bei der Priorisierung der Hochrisikogruppen und dem je nach Bundesland unterschiedlichen, teils mangelhaften Vormerkungsprozess für die Impfungen zeigt. Pro Rare Austria hat dies in einer Stellungnahme an Ministerium und Impfgremium adressiert, gewisse Verbesserungen konnten erreicht werden.

seltene Erkrankungen waren immer schon durch eine starke internationale Vernetzung geprägt. Dieser Schulterschluss kommt der Community in diesen Zeiten zugute, so hat EURORDIS durch eine Umfrage wertvolle Ergebnisse geliefert und zuletzt gesammelte Fragen zur Impfung an die EMA adressiert und die Antworten verteilt.

Beeindruckend ist auch der Erfolg der Wissenschaft, die binnen eines Jahres Impfstoffe entwickeln und teilweise bereits zur Zulassung bringen konnte. Das Erfolgsmodell der Public Private Partnerships wird hoffentlich auch im Bereich der Erforschung seltener Erkrankungen vermehrt zur Anwendung kommen, und auch hier zu einer Beschleunigung der Therapieentwicklung führen.

Digitalisierung — was bleibt? Die virtuellen Meetings sind für Selbsthilfegruppen mit österreichweiten Mitgliedern und eingeschränkter Mobilität eine wertvolle Erleichterung für Wissensaufbau und Erfahrungsaustausch zu Pandemie, Impfung und wie der Alltag erleichtert werden kann. Webinare werden vielfach aufgezeichnet und ermöglichen zeitlich flexible Nachschau, was gerade für ehrenamtlich Tätige oder Angehörige von Betroffenen trotz mehrfacher Belastungen eine Verbesserung darstellt. Die Ersparnis von Reisekosten ist in diesem Zusammenhang durchaus auch erwähnenswert. Pro Rare Austria bietet nun auf Anregung der Mitglieder ein regelmäßiges virtuelles Mitgliederforum an. Für die Zukunft ist durchaus auch vorstellbar, die Jahresveranstaltung hybrid zu gestalten, um die Teilnahme für manche Betroffenen zu erleichtern.

Das elektronische Rezept und der e-Impfpass werden bleiben und hoffentlich durch weitere Erleichterungen bei der Versorgung mit Medikamenten und Therapien ergänzt werden. Telemedizinische Angebote können eine wertvolle Ergänzung im Versorgungsangebote für Patientinnen und Patienten sein. Gewisse Untersuchungen und Behandlungen brauchen jedoch nach wie vor eine persönliche Interaktion mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen sowie Therapeutinnen und Therapeuten.

Tag der seltenen Erkrankungen

Pro Rare Austria gestaltet den diesjährigen Tag der seltenen Erkrankungen am 27. Februar aufgrund der aktuellen Situation virtuell und widmet in diesem Rahmen ein Forum für die Mitglieder dem Thema „Positive Erfahrungen aus der Pandemie auf EU-Ebene und in Österreich — Digitalisierung, Therapieentwicklung und mehr“. Die Keynote von Prof. Markus Hengstschläger wird auf die Lösungsbegabung eingehen und wie man sie fördern und für herausfordernde Lebenssituationen aktiv halten kann. Wir laden alle Betroffenen und Interessierten ganz herzlich zur Teilnahme ein.

Pro Rare Austria geht mit neuer Leitung ins 10. Jahr des Bestehens

Nach dem Rückzug des Mitbegründers und langjährigen Obmanns Rainer Riedl wurde die Leitung des Vereins mit Ulrike Holzer als Obfrau sowie Dominique Sturz als stellvertretende Obfrau durch zwei erfahrene Expertinnen übernommen, Herr Riedl bleibt Mitglied des in der Zusammensetzung unveränderten Vorstands. Zusätzlich engagierte man mit Elisabeth Weigand eine hauptamtliche Geschäftsführerin zur Wahrnehmung der operativen Aufgaben der Patientenorganisation.

www.prorare-austria.org

© GREGOR SCHWEINESTER, SHUTTERSTOCK, PRO RARE AUSTRIA

Elektrosensibel und elektrohypersensitiv durch 5G?

Nicht wenige Menschen fühlen sich durch äußere Umwelteinflüsse beeinträchtigt. In manchen Fällen führt die Angst vor negativen Auswirkungen — beispielsweise von Mobilfunk — zu gesundheitlichen Beschwerden. Ärztinnen und Ärzten kommt hier als Multiplikatoren und Vertrauenspersonen eine besondere Rolle in der sachlichen Beratung ihrer Patientinnen und Patienten zu. PERISKOP führt **HILFREICHE AUFKLÄRUNGSUNTERLAGEN** zusammen. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Die Sorgen vor negativen Umwelteinflüssen beschäftigen nicht wenige Menschen und machen in einigen Fällen sogar krank: Das „Sick-Building-Syndrom“, die „Multiple Chemical Sensitivity (MCS)“ oder die elektromagnetische Hypersensitivität (EHS) stellen insbesondere Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner vor Herausforderungen in der sachlichen Beratung am aktuellen Stand der Wissenschaft. Im Falle der „idiopathischen Umweltintoleranz“ führen die betroffenen Patientinnen und Patienten ihre gesundheitlichen Beschwerden auf eine besondere Empfindlichkeit gegenüber alltäglichen Umweltfaktoren bzw. Umweltnoxen zurück — ein Umstand, der durch die Einführung der Mobilfunkgeneration 5G heute brennender denn je ist und eine neutrale Aufklärung abseits emotionaler Medienberichte verlangt. Die genannten Beschwerden zeichnen sich durch vielfältige wiederkehrende unspezifische Symptomkomplexe aus, für die es keinen wissenschaftlich gesicherten Zusammenhang mit dem jeweiligen Umweltfaktor gibt bzw. für die verschiedene Ursachen in Betracht kommen, die differenzialdiagnostisch abgeklärt werden müssen. Hier sind Ärztinnen und Ärzte mit den Sorgen ihrer Patientinnen und Patienten und damit mit einer hohen Behandlungserwartung konfrontiert.

Aufklärung: Beschwerden ernst nehmen, technischen Background klarlegen

Prof. Dr. Caroline Herr, Präsidentin der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin in Freiburg, hat eine Informationsmappe zum Thema Elektrosensibilität bzw. elektromagnetische Hypersensitivität (EHS) herausgegeben, die sich speziell an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wendet: „Die betroffenen Patientinnen und Patienten müssen ernst genommen und gleichzeitig am aktuellen Stand der Wissenschaft aufgeklärt werden. Zudem wollen wir die beratenden Ärztinnen und Ärzte, die keinen Schwerpunkt im Bereich des EHS bzw. der Mobilfunktechnologie haben, mit aufklärenden Informationen unterstützen“, erläutert die Umweltmedizinerin. Dazu zählen unter anderem Informationen über Grenzwerte zum Schutz der Bevölkerung vor Immissionen elektromagnetischer Felder von Basisstationen und Endgeräten. Auf internationaler Ebene wurden Grenzwerte festgelegt, die auch in Österreich verbindlich einzuhalten sind (OVE-Richtlinie R23-1 „Elektrische, magnetische und elektromagnetische Felder im Frequenzbereich von 0 Hz bis 300 GHz — Teil 1: Begrenzung der Exposition von Personen der Allgemeinbevölkerung“). Dabei sind die Grenzwerte so berechnet, dass das Handy ohne einen nachteiligen Effekt für die Gesundheit im Dauerbetrieb — also an sieben Tagen pro Woche jeweils 24 Stunden — verwendet werden kann.

> Wir müssen die Ängste betroffener Menschen ernst nehmen und sie gleichzeitig am aktuellen Stand der Wissenschaft aufklären.
> Caroline Herr

Hoher Leidensdruck — WHO Handlungsempfehlungen

Auch wenn sich auf Basis der aktuellen Forschungsergebnisse keine wissenschaftlichen Belege für gesundheitsschädigende Wirkungen durch elektromagnetische Felder finden lassen, sind viele der unspezifischen Symptome bei den betroffenen Menschen real. Die WHO rät insbesondere, es „als wichtige ärztliche Aufgabe zu betrachten, diese Beeinträchtigung zu erkennen und einer interdisziplinären Diagnostik zuzuführen, ohne eine weitere Fixierung auf den postulierten Umweltbezug zu unterstützen.“[1]

> Wir wollen Ärztinnen und Ärzte mit aufklärenden Informationsunterlagen unterstützen.
> Caroline Herr

© PRIVAT

Eine Auswahl an Informationsbroschüren für Hausärztinnen und Hausärzte, die ihren Patientinnen und Patienten zum Thema Elektrosensibilität beratend zur Seite stehen wollen sowie Handlungsempfehlungen der WHO etc. finden Sie als Download auf der Website www.ehs-info.eu

Die Unterlagen können zudem in gedruckter Form bestellt werden:

office@ehs-info.eu

zum Bestellformular:

Praxisorientierte Grundlage für Ärztinnen und Ärzte

Um Hausärztinnen und Hausärzte im Umgang mit diesem sensiblen Thema zu unterstützen, wurde eine praxisorientierte und handliche Grundlage entwickelt. Auf Basis aktuell gültiger Bewertungen und Konsensen nationaler sowie internationaler unabhängiger Institutionen enthält die Mappe unter anderem Handlungsempfehlungen der WHO sowie Vorschläge für das Vorgehen in der hausärztlichen Praxis und technische Hintergrundinformationen.

Mobilfunk-Mythen & -Fakten[2]

Die Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP) hat Mobilfunk-Mythen und Fakten, basierend auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft, zusammengefasst. PERISKOP stellt Ihnen einen Auszug davon vor:

1. Die neue Mobilfunkgeneration 5G ist gefährlich

Durch Schlagzeilen wie „Vögel fallen tot vom Himmel“ wurde vor allem online eine hochemotionale Diskussion rund um die 5. Generation des Mobilfunks (5G) ausgelöst, die zu Verunsicherungen geführt hat. Korrekt ist, dass 5G mit den bisherigen Mobilfunk-Standards vergleichbar und damit keine „unerforschte Technologie“ ist. Bei Einhaltung der vorgegebenen Personenschutz-Grenzwerte, die auch für die künftig genutzten Frequenzbereiche (Millimeterwellen) gelten, ist 5G sicher.

2. Handy in der Hosentasche macht Männer zeugungsunfähig

Bisher konnte keine belastbare Studie einen Einfluss von Mobilfunk auf die Fruchtbarkeit nachweisen. Zudem ist das Handy in der Hosentasche im Standby- Modus: Das Handy sendet nicht permanent, sondern nur, wenn damit telefoniert oder ein Datenaustausch durchgeführt wird.

3. Handystrahlen verändern die Erbsubstanz

DNA-Schäden treten dosisabhängig bei Röntgen- oder Gammastrahlung auf. Physikalisches Faktum ist, dass die Energie von den nichtionisierenden Strahlen des Mobilfunks viel zu gering ist, dass sie Erbgut verändern könnte.

4. Handyhülle schirmt Strahlung ab

Spezielle Gehäuse oder „Strahlenschutz-Handytaschen“ sollen die Verwendung von Mobiltelefonen sicherer machen. Das funktioniert nicht. Ein Mobiltelefon wird automatisch mit der niedrigsten Sendeleistung betrieben, die für ein Gespräch in guter Qualität bzw. zur Datenübertragung notwendig ist. Solche Produkte können den normalen Betrieb eines Mobiltelefons stören und führen dazu, dass das Handy mit höherer Leistung sendet. Sie können damit sogar kontraproduktiv sein.

5. Telefonieren im Auto ist schädlich

Richtig ist, dass ohne Außenantenne eine höhere Feldstärke körpernah auftreten kann. Eine Außenantenne reduziert die Exposition deutlich. Unbestritten ist, dass Telefonieren im Auto die Unfallhäufigkeit deutlich erhöht. Schuld ist aber nicht die Strahlung des Handys, sondern die Ablenkung und die dadurch verminderte Konzentration beim Steuern eines KFZ.

1 WHO-Factsheet 296: http://www.who.int/peh-emf/publications/facts/ ehs_fs_296_german.pdf

2 Quelle: Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP)

PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020

Zahnerhalt statt Zahnersatz

Im Rahmen der 5. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten diskutierten Expertinnen und Experten beim PRAEVENIRE Gipfelgespräch das **THEMA ZAHNGESUNDHEIT UND DIE HERAUSFORDERUNGEN**, mit denen die Zahnmedizin in Zukunft konfrontiert sein wird. Ziel der Diskussionsrunde war es, das Versorgungsthema Zahngesundheit in den Fokus zu rücken und die Essenzen des Gipfelgesprächs als ersten Schritt zu sehen, dieses Thema mit einer Strategie „Zahngesundheit 2030" im Rahmen der Initiative Gesundheit 2030 abzubilden. | von Mag. Dren Elezi, MA

Aktuell habe die Zahngesundheit keine gute Repräsentation nach außen und werde zu wenig im medizinischen Kontext thematisiert. „Ein essentielles Thema ist das Bewusstsein für die Bedeutung der Zahnmedizin. Dieses Bewusstsein muss insbesondere in der Bevölkerung

Diskutierende

(in alphabetischer Reichenfolge)

- **DDr. Gerald Jahl** | Facharzt für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde
- **Mag. Sven Arne Plass** | Mitarbeiter des Zahnmedizinischen Dienstes der ÖGK
- **Dr. Susanne Schöberl** | Ärztin in der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft
- **Prim. DDr. Franz Schuster, MSc, MSc** | Stv. Leitender Zahnarzt der ÖGK
- **Prim. Univ.-Prof. DDr. Franz Watzinger** | Leiter der Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften

gestärkt werden", betonte Prim. DDr. Franz Schuster, MSc, MSc, stellvertretender Leitender Zahnarzt der ÖGK. Unter den Diskutierenden herrschte Konsens, dass die Zahnmedizin als Versorgungsthema gegenwärtig in den Hintergrund getreten sei. „Die Zahnmedizin hat in den letzten 20 Jahren den Anschluss verloren", so DDr. Gerald Jahl, Facharzt für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde und Autor. Zudem betonte Jahl, dass „die Zahnmedizin ein Imageproblem habe und negativ behaftet sei." Das habe vor allem auch mit der Öffentlichkeitsarbeit und dem Gesundheitswissen der Bevölkerung. „Die Zahnmedizin hat es leider verabsäumt, den Anschluss zur Medizin zur halten." Da die Auswirkungen zahnmedizinischer Problematiken aber weit über die Mundhöhle hinausgehen und auf den Organismus als Ganzes beachtlich sind bzw. ein größeres Spektrum als nur den Zahn umfassen, müsse sie sich dementsprechend auch in der Debatte positionieren. „Die Zahnmedizin muss sich emanzipieren und darf nicht mehr Blinddarm der Medizin sein", so Jahl. Gleichzeitig müsse das Verhältnis zwischen der Zahnmedizin im Speziellen und der Humanmedizin im Ganzen gestärkt werden, sagte Prim. Univ.-Prof. DDr. Franz Watzinger, Leiter der Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften. „Es gibt sehr wichtige Berührungspunkte bei zahnchirurgischen Eingriffen. Als Beispiel sei die Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten bei einfachen Zahnextraktionen erwähnt, wo Patientinnen und Patienten entsprechend nachbluten. Ein Nicht-Beachten solcher Umstände kann beispielsweise Komplikationen nach sich ziehen", so Watzinger. Um die Wichtigkeit des Konnexes der medizinischen Bereiche zu unterstreichen und zu festigen, solle bereits in der Ausbildung angesetzt werden, betonte der Experte. Der Austausch mit anderen Disziplinen müsse in weiterer Folge die Zahnarzttätigkeit begleiten. „Diesen Vorteil, dass sich Zahnärztinnen und Zahnärzte in einer Klinik mit anderen Disziplinen austauschen haben die Zahnärztinnen und Zahnärzte in ihren Ordinationen nicht." Laut Dr. Susanne Schöberl, Ärztin in der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft benötige es besonders in der Ausbildung Nachschärfungen für eine neue Generation an Zahnmedizinerinnen und Zahnmedizinern. Mag. Sven Arne Plass, Mitarbeiter des Zahnmedizinischen Dienstes der ÖGK, ergänzte, dass die Zahnmedizin ein eigenes hochqualitatives Fach sei, das in der Ausbildung jedoch angepasst und optimiert werden müsse. Um sich die Geläufigkeiten anzueignen benötige es einen gesicherten Rahmen — etwa die Möglichkeit auf ein Praxisjahr — ähnlich wie es bereits in der humanmedizinischen Ausbildung bekannt sei. Dadurch werde der Wissenstransfer institutionalisiert und Jungmedizinerinnen und Jungmedizinern die Möglichkeit gegeben, unter der Anleitung von erfahrenen Ärztinnen und Ärzte zu lernen. Dazu sei jedoch eine Lehrpraxenregelung erforderlich, betonten die Expertinnen und Experten, womit in erster Linie die Qualität der Ausbildungsstätten evaluiert werden müsse, um eine Qualitätssicherung in der Versorgung sicherzustellen.

> Die Zahnmedizin hat es leider verabsäumt, den Anschluss zur Medizin zu halten.
>
> Gerald Jahl

Vorsorge und Prävention

Gegenwärtig ist die Dringlichkeit der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen die Zähne betreffend nicht so stark ausgeprägt, wie es medizinisch sinnvoll wäre, waren sich die Diskutierenden einig. „Zahnmedizin ist ein sehr situationsbedingtes Fach. Für die Bevölkerung ist es nicht selbstverständlich, dass man einmal im Jahr zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt geht. Die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt werden für die eigene Gesundheit leider oft nicht als Notwendigkeit betrachtet, um langfristig Schäden zu vermeiden", so Plass. Meist würden sie erst dann aufgesucht, wenn Schmerzen oder Probleme mit den Zähnen auftreten.

Auch der steigenden Fokussierung der Menschen auf die reine Ästhetik in der Zahnmedizin müsse gegengesteuert werden, betonten die Expertinnen und Experten. In den Mittelpunkt sollten vielmehr gesunde Zähne mit möglichst viel eigener Zahnsubstanz gestellt werden. Ästhetik solle nicht alleiniger Sinn und Zweck einer Zahnbehandlung sein, sondern vielmehr ein positiver Nebeneffekt einer gesundheitlichen Behandlung, so die Expertinnen und Experten. Es gehe in erster Linie darum, welche Bedürfnisse die Menschen haben und offensichtlich besteht laut Meinung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am PRAEVENIRE Gipfelgespräch ein Bedürfnis nach Ästhetik, das von den Zahnärztinnen und Zahnärzten auch entsprechend bedient werde. Zunehmends erwecke es aber auch den Eindruck, dass man aufgrund des Aufwands und der intensiven Behandlung schnell beim Zahnersatz und weniger beim Zahnerhalt sei. „Man muss sich davor hüten, eine Zahnmedizin anzubieten bzw. als Standard zu proklamieren, bei der es nur noch um Ästhetik geht", so Plass. Es sei wichtig, dass man den Fokus auf Zahnerhalt statt Zahnersatz setze, denn nur ein solcher Ansatz könne den Wert und das Image der Zahnmedizin anheben. Der momentane Fokus auf die Reparaturmedizin müsse hin zur Präventivmedizin verschoben werden, was auch ein umschwenken im System bedingt.

Mündige Patientinnen und Patienten

Aufgrund der bestehenden Tarifstruktur in Österreich müssen viele zahnärztliche Leistungen von den Patientinnen und Patienten privat bezahlt werden und werden nicht von der Kasse übernommen, betonten die Diskutierenden beim PRAEVENIRE Gipfelgespräch. Die Kosten fungieren dabei meist als zentraler Entscheidungsfaktor, um ins Ausland zum Zahnarzt zu fahren, weshalb sich der grenzüberschreitende Patientenverkehr als Problem bezeichnen lässt. Hinzu kommen hier auch qualitative Unterschiede zu diversen Zahnkliniken. „Seitens der Patientinnen und Patienten gibt es leider wenig Qualitätsbewusstsein in der Zahnmedizin", so Jahl.

„Bis auf das Thema der Kosten, an denen sich die Patientinnen und Patienten orientieren, wird bei einer Behandlung grundsätzlich nicht nach anderen Optionen oder der Qualität einer Behandlung gefragt. Das ist ein großes Problem und zeigt, dass die Patientinnen und Patienten in der Zahnmedizin nicht ausreichend mündig sind", kritisierte Jahl. Vergleichsweise seien Patientinnen und Patienten bei Entscheidungen wie etwa bei Herzklappenauswahl sehr wohl mündiger, auch wenn ihnen die Expertise fehle. Trotzdem, so die Experten, informieren sie sich und lassen sich beraten, während Ärztinnen und Ärzte die Letztentscheidung den Patientinnen und Patienten überlassen. In der Zahnmedizin sei dies zu wenig ausgeprägt. Es ist daher festzuhalten, dass das Gesundheitswissen, die „Health Literacy", in diesem Sinne deutlich gestärkt werden müsse.

Systemveränderung

Einstimmigkeit bestand auch in der Dringlichkeit einer Überarbeitung des Honorarkatalogs für zahnärztliche Leistungen. In Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer und den Sozialversicherungsträgern sollte dieser zugunsten der Patientinnen und Patienten angepasst werden. Laut Schöberl sei das Ziel des PRAEVENIRE Gipfelgesprächs auch, den Patientinnen und Patienten ein besseres Outcome zu gewährleisten. „Sozial, ausgewogen und eine bessere medizinische Leistung, die zeitgemäß und zukunftsfit ist und den neuen technischen Möglichkeiten und Innovationen entspricht. Wichtig wäre, dass man den entsprechenden Honorarkatalog diskutiert und man sich bewusst macht, dass es hier Anpassungen benötigt." Zurzeit scheinen teilweise State-of-the-Art-Behandlungen, die geboten wären, dort nicht auf und müssen von den Patientinnen und Patienten privat bezahlt werden. Dies würde auch eine sozioökonomische Kluft treiben zwischen jenen, die sich adäquate zahnärztliche Versorgung leisten können und jenen, die es nicht können. Wichtig sei hier, so Schöberl, „dass Patientinnen und Patienten sehen, dass etwas für sie getan wird und ein Fortschritt in der Versorgung und Behandlung für die Patientinnen und Patienten erkennbar ist." Intensiv diskutiert wurde auch die von der Kasse finanzierte Zahnspange, da nicht jede Person, die eine kostenlose Zahnspange erhalte auch tatsächlich eine benötige. In diesen Bereich gesteckte finanzielle Ressourcen wären wichtig für andere Bereiche in der Zahnmedizin, so Schuster. Viele andere notwendigen Projekte seien dadurch in der Schublade verschwunden, weil es keine finanziellen Mittel mehr dafür gab.

Gesundheitskompetenz & Prävention

Im Bereich der Prävention und Gesundheitskompetenz, besonders bei jüngeren Generationen, bleiben etwa Schulzahnarztbesuche meist ohne Folgen. Die Entwicklung eines Gesundheitspasses — ähnlich dem Mutter-Kind-Pass — wo bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ein kostenfreier Zugang zu Mundhygiene- und Parodontalbehandlung in festgesetzten Intervallen ermöglicht wird, wurde von Franz Schuster vorgeschlagen. Damit würde dafür Sorge getragen werden, dass die jüngere Generation in jungen Jahren ein gesundes Gebiss hat und ihre Gesundheitskompetenz gestärkt wird. Bei solchen Initiativen dürften, so Jahl, jedoch ältere Generationen wie z. B. Mindestpensionsbezieherinnen und -bezieher nicht vergessen werden, insbesondere wenn ein solches Modell vorsieht, dass man ab dem 18. Lebensjahr für die Kosten einer Behandlung selbst aufkommen müsse. Plass merkte an, dass diese Frage vor allem in Zukunft eine besondere Rolle spielen wird, da das Durchschnittsalter der Bevölkerung immer weiter zunimmt und die Menschen älter werden. Um Zahnmedizin finanzierbar und leistbar zu halten, „ist es wichtig die Versorgungszyklen zu verschieben. Das heißt, diese Zyklen entsprechend der Altersentwicklung anzupassen und das ganze System der Zahnmedizin auch aus allgemeinen Mitteln finanzierbar zu halten", betonte der Experte.

Sonderbeilage DiePresse, Erscheinungstermin 27. Februar 2021

Die Presse SAMSTAG, 27. FEBRUAR 2021 III

PRAEVENIRE-GESUNDHEITSTAGE 2020

Das große Potenzial in der Zahnmedizin

Zahngesundheit 2030. Verankerung im öffentlichen Bewusstsein der Bedeutung gesunder Zähne, Fokus auf die Prävention, zukunftsfite Ausbildungen – Expertengedanken zur Gestaltung einer modernen Zahnmedizin.

> Die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt werden für die eigene Gesundheit nicht als Notwendigkeit betrachtet, um langfristig Schäden zu vermeiden.
>
> Sven Arne Plass

> Es benötigt ein Bewusstsein für die Bedeutung der Zahnmedizin. Dieses Bewusstsein muss insbesondere in der Bevölkerung gestärkt werden.
>
> Franz Schuster

Niederschwelliger Zugang

Auch die Struktur am Land müsse verbessert werden, um Menschen auch im ländlichen Raum einen niederschwelligen Zugang zur Zahnmedizin zu ermöglichen, waren sich die Diskutierenden einig. Viele Zahnärztinnen und Zahnärzte würden zögern aufs Land zu ziehen, da das Investment, eine neue Praxis zu eröffnen, besonders groß sei. Kassenstellen müssten hingegen attraktiver gestaltet werden, wobei der Anreiz, eine solche anzunehmen, finanzieller Natur sein müsste, wie etwa eine Unterstützung bei der Gründung einer Praxis im ländlichen Raum. „Um im Falle von neuen Ordinationsöffnungen zahnärztliche Kassenplanstellen attraktiv zu gestalten, muss besonders für die jungen Medizinnerinnen und Mediziner ein Anreiz geschaffen werden", so Jahl. Auch Ideen, Gruppenpraxen für Zahnärztinnen und -ärzte zu errichten bzw. sie in Primärversorgungszentren zu integrieren, um den niederschwelligen Zugang zu fördern, wurde von Expertinnen und Experten positiv bewertet. P

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM für eine lebendige Zukunft

© PETER PROVAZNIK (5), DIEPRESSE

POLITIK

PRAEVENIRE Workshop

Polypharmazie erfolgreich eindämmen

Welche Lösungsansätze es für das Problem der **POLYPHARMAZIE** geben kann, wurde von Expertinnen und Experten in einem Workshop Mitte Oktober 2020 im Rahmen der 5. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten thematisiert. | von Mag. Dren Elezi, MA

Die Gruppenleiterin der Frauen, Dr. Elisabeth Lackner, CEO der GBA Group Pharma und der Gruppenleiter der Männer, Dr. Günther Schreiber, Arzt für Allgemeinmedizin und Leiter des Bereichs Gesundheitswesen bei Quality Austria.

© PETER PROVAZNIK (2)

Polypharmazie — laut WHO Definition der gleichzeitige und regelmäßige Gebrauch von vier oder mehr rezeptfreien, rezeptpflichtigen oder traditionellen Arzneimitteln — entwickelt sich in Industrieländern zu einer zunehmenden Gefahr in der Behandlung von Patientinnen und Patienten. Neben der Thematik des „Overprescribing" ist in diesem Zusammenhang auch die Problematik der optimalen Dosierung sowie der Interaktion zwischen den Arzneimitteln zu beachten. Insbesondere bei älteren Menschen tritt das Problem Multimedikation auf. Von den rund 1,7 Millionen Menschen über 60 Jahren in Österreich ist zumindest ein Viertel von Polypharmazie betroffen, in der Alterskohorte über 80 Jahren sogar schon jede bzw. jeder Zweite. Dieses facettenreiche Thema wurde im Rahmen eines Workshops bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten umfassend diskutiert. Ins Thema führten kurze Vorträge von Dr. Elisabeth Lackner, CEO der GBA Group Pharma und Dr. Günther Schreiber, Arzt für Allgemeinmedizin und Leiter des

> Usus ist ein nur wenige Minuten dauerndes Arzt-Patienten-Gespräch, das sich für die gründliche Erforschung von potenziell medizinisch relevanten Informationen kaum eignet.
> Günther Schreiber

Bereichs Gesundheitswesen bei Quality Austria. Anschließend diskutierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Geschlechtern getrennt Sichtweisen und Zugänge zu dem Thema. Die Ergebnisse wurden anschließend im Plenum zusammengefasst.

Resultat einer Überverschreibung

Polypharmazie ist meist ein Resultat aus „Überverschreibung". „Wird gegen eine Krankheit ein Medikament verschrieben, das zu Nebenwirkungen führt, folgt ein weiteres Medikament zur Behandlung der Nebenwirkungen", beschrieb Lackner. Problematisch

> Wird gegen eine Krankheit ein Medikament verschrieben, das zu Nebenwirkungen führt, folgt ein weiteres Medikament zur Behandlung der Nebenwirkungen.
> Elisabeth Lackner

sei dies besonders dann, wenn Medikamente falsch verschrieben oder dosiert werden und unerwünschte Wechselwirkungen entstehen. „Die Multimedikation ist vor allem im geriatrischen Bereich sowie in Hinblick auf chronische und psychische Erkrankungen leider keine Seltenheit", erklärte Lackner. Welche dramatischen Auswirkungen Polypharmazie hat, zeigt die Statistik. „So sterben in Deutschland jährlich 20.000 Menschen infolge einer Polypharmazie. Laut Studien führt man in Österreich bis zu sieben Prozent der Krankenhausaufnahmen und bis zu 5.000 Todesfälle jährlich auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen zurück. Die Multimedikation erweist sich in der Versorgung von Patientinnen und Patienten daher als zunehmend problematisch, weil das damit einhergehende Risiko oftmals den beabsichtigten Nutzen übersteigt", betont Lackner. Dabei kann es im Rahmen von Polypharmazie neben den Problematiken von „Overprescribing", Falschdosierung und nicht intendierter Neben- und Wechselwirkungen paradoxerweise auch zu einer Unterversorgung kommen, bei der polypharmazeutisch betreute Patientinnen und Patienten ein klinisch indiziertes Medikament nicht erhalten.

Reduktion von Medikamenten

Die logische Konsequenz aus der sich abzeichnenden Problematik der Polypharmazie ist eine Reduktion der Medikamente. Eine Studie in einem Altersheim belegt, dass dadurch die Lebensqualität steigt und die geringeren Nebenwirkungen Patientinnen und Patienten ein normaleres Leben fortführen können. Als schwierig erachtete Lackner die unterschiedlichen Quellen aus denen die Betroffenen ihre Medikamente beziehen. Rund 70 Prozent der Medikamente werden in Österreich von Ärztinnen und Ärzten verschrieben, 30 Prozent von Patientinnen und Patienten selbst erworben. „Die Frage stellt sich also, wie man bzw. wer einen Überblick über die Einnahme von Medikamenten behalten soll — vor allem solange Medizinerinnen und Mediziner und Pharmazeutinnen und Pharmazeuten getrennt voneinander arbeiten", kritisiert die Expertin. Eine Folge der intensiven Verschreibungspraxis sei, so Lackner, dass mit der Anzahl der einzunehmenden Medikamente auch die Compliance der Patientinnen und Patienten sinkt. „Einen Lösungsansatz gäbe es zumindest für den Spitalsbereich. Beispiele zeigen uns, dass eine klinische Pharmazie möglich ist, bei der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten im Krankenhaus so eingebunden sind, dass eine pharmakologische Bewertung der Gesamttherapie möglich ist. Damit dies auch in Österreich Usus wird, müssten das Bild der Pharmazeutin oder des Pharmazeuten sowie aber auch die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte sich in diese Richtung ändern", schilderte Lackner.

Arzt-Patienten-Gespräch soll Alternativen ergründen

Laut Dr. Günther Schreiber gelten auch gewinnorientierte Unternehmen — aufgrund von Marketing und Lobbying — als Treiber für Polypharmazie. Zum Teil auch deshalb, weil sie die Forschung in den Universitätskliniken sowie klinische Studien finanzieren. Daraus entstehe laut dem Experten oft ein Interessenskonflikt. Auch sei laut Schreiber die Frage zu diskutieren, ob das herabsetzen von Parametern nicht nur deshalb erfolge, damit Patientinnen und Patienten „medikamentenwürdig" werden. Dies verdeutlichte Schreiber am Beispiel des Cholesterinwertes. „Früher lag der Grenzwert — ab wann von erhöhten Cholesterinwerten gesprochen wurde — bei 240. Heute liegt der Richtwert bei 200", so der Allgemeinmediziner. Für Schreiber mit ein Grund, weshalb Medikamente zur Senkung des Cholesterinwertes heutzutage wesentlich schneller verschrieben werden, anstatt beispielsweise auf eine Ernährungsumstellung zu setzen. Ideal wäre deshalb, wenn der Anamnese mehr Zeit eingeräumt würde. Usus sei aber eher ein nur wenige Minuten dauerndes Arzt-Patienten-Gespräch, das sich für die gründliche Erforschung von potenziell medizinisch relevanten Informationen kaum eignet und in der Regel eher für eine rasche Medikamentenverschreibung genutzt wird. Schreiber kritisierte zudem, dass funktionelle Störungen sehr rasch als Krankheiten definiert werden, für die infolge Medikamente verschrieben werden. „Wo früher ein Kind als ‚Zappelphilipp' bezeichnet wurde, werden heutzutage Krankheiten wie ADHS diagnostiziert und sehr rasch Medikamente verschrieben." Dabei gäbe es laut dem Experten ausreichend Alternativen, wie ein Kind überschüssige Energie abbauen könnte. Der Experte betonte zudem, dass aus einem Medikament oft mehrere werden, da in einigen Fällen auch die Nebenwirkungen mitbehandelt werden. „Ebenso übernimmt die Hausärztin bzw. der Hausarzt in vielen Fällen die medikamentöse Therapie, wie die Patientin bzw. der Patient sie im Krankenhaus erhalten hat — ohne diese zu hinterfragen." Dabei seien nicht nur das Medikament sondern auch der Zeitpunkt und die Intervalle der Einnahme zu hinterfragen, erklärt Schreiber.

> Die Frage ist, wie man bzw. wer einen Überblick über die Einnahme von Medikamenten behalten soll — vor allem solange Medizinerinnen und Mediziner und Pharmazeutinnen und Pharmazeuten getrennt voneinander arbeiten.
> Elisabeth Lackner

6. PRAEVENIRE

Gesundheitstage

Die Presse SAMSTAG, 27. FEBRUAR 2021

„Die Presse"-SONDERBEILAGE

Zu viele Medikamente verderben den Brei

Polypharmazie. In einem Workshop befassten sich Experten mit der Frage, wie man dem zunehmenden Problem der Multimedikation beikommen kann.

Die Teilnehmer des Workshops „Polypharmazie"

© PETER PROVAZNIK(7), DIEPRESSE

Negativspirale

Laut Schreiber sei festzuhalten, dass der Gesamtüberblick der verschriebenen Medikamente fehle und (Fach)-Ärztinnen und -Ärzte nur den eigenen Bereich im Blick haben. Konsultiert eine Patientin bzw. ein Patient mehrere Fachärzte, bekomme sie bzw. er in der Regel mehrere Medikamente. Wirkt ein Arzneimittel nicht, kritisiert Schreiber, werde oftmals einfach die Dosis erhöht. „Das alles befeuert über die Wechsel- und Nebenwirkungen die Negativspirale der Multimedikation und ihrer Folgen." Hinzu komme, dass Patientinnen und Patienten immer bereitwilliger eilig verschriebene Arzneimittel akzeptieren, weil eine medikamentöse Behandlung als einfachere Lösung angesehen werde als etwa eine Verhaltensänderung in der Lebensführung. Zugleich werden die Patientinnen und Patienten immer fordernder und erwarten bereits bei Kleinigkeiten eine medikamentöse Behandlung bzw. therapieren sich teilweise selbst, kritisiert der Allgemeinmediziner. Hier sei vor allem der Aspekt der Compliance seitens der Patientinnen und Patienten verbesserungswürdig. Die Ansatzpunkte für das Thema Polypharmazie sieht Schreiber vielfältig, wobei es primär darum gehe, die Lebensqualität zu erhöhen und eine Verlängerung der gesunden Lebensjahre zu erreichen.

Geschlechterspezifische Unterschiede

Die Trennung der Teilnehmerinnen von den Teilnehmern während des Workshops förderte die Unterschiede in der Herangehensweise, wie sich mit Polypharmazie befassen sollte, deutlich zu Tage. „Es haben sich durchaus unterschiedliche Zugänge gezeigt. In der Frauenrunde lag der Fokus beispielsweise stärker auf der Beziehung zwischen Ärtzin oder Arzt und Patientin oder Patient sowie auf den Fragen der Verantwortung und Verantwortlichkeiten im Versorgungsprozess", so die beiden Gruppenleiter Elisabeth Lackner und Günther Schreiber, die zugleich betonten, dass am Ende der Gruppengespräche die Synthese beider Gruppenergebnisse im Vordergrund stand. Einig war man sich etwa, dass eine patientenorientierte angemessene Verordnung von Arzneimitteln unter Berücksichtigung der Lebensumstände und des Geschlechtes sowie unter Einbeziehung aller Gesundheits- →

Teilnehmende am Workshop

- **Mag. Martina Böck** | Gruppenleiterin der Morbus Cushing Gruppe — Hypophysenadenom
- **Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer** | Leiterin der Drogenambulanz, Suchtforschung und -therapie, MedUni Wien
- **Dr. Reinhold Glehr** | Arzt für Allgemeinmedizin
- **Mag. pharm. Heinz Haberfeld** | Leiter der Landschafts-Apotheke Baden
- **Lisa Holzgruber, MSc, MBA** | Co-Founder & CEO von Rotable
- **Mag. pharm. Gernot Idinger, aHPh** | Leiter der Anstaltsapotheke des Pyhrn-Eisenwurzen Klinikums und lead buyer der Oberösterreichischen Gesundheitsholding GmbH
- **Mag. Gabriele Jaksch** | Präsidentin von MTD-Austria
- **Dr. Elisabeth Lackner** | CEO der GBA Group Pharma
- **Mag. Barbara Schorr** | CEO von Serobac
- **Dr. Günther Schreiber** | Leiter des Bereichs Gesundheitswesen bei Quality Austria
- **Prim. Priv.-Doz. Dr. Harald Stingl** | Vorstandsmitglied der Österreichischen Diabetesgesellschaft
- **Dr. Mahitab Khalifa** | Fachärztin für Dermatologie und Venerologie
- **Mag. pharm. Thomas W. Veitschegger** | Präsident der OÖ Apothekerkammer
- **Dr. Eva Verhnjak** | Psychotherapeutin
- **Mag. DDr. Wolfgang Wein** | Pharmaexperte
- **Angelika Widhalm** | Vorsitzende des Bundesverbands Selbsthilfe Österreich

Moderation:

- Mag. Birgit Bernhard
- Dr. Fabian Waechter, MSc, MBA

Sonderbeilage DiePresse, Erscheinungstermin 27. Februar 2021

berufe erfolgen muss. Es gehe hier auch um eine Bewusstseinsdarstellung und eine Erfassung des Lebensstils. Man müsse die Medikation im Zusammenhang mit den Lebensumständen und den Rahmenbedingungen sehen und die Verschreibung dahingehend anpassen. Wichtig sei, dass man Patientinnen und Patienten — auch nach Alter, Geschlecht, Herkunft und Lebensumstand — individuell betrachte und auf sie eingeht, da sie auch individuelle Krankheitsbilder haben. Für eine intensive Diskussion sorgten die Unterschiede zwischen Frau und Mann. Denn gerade bei Frauen ist die Multimedikation ein potentiell risikoreicheres Gebiet: Studien zeigen, dass die Nebenwirkungsrate bei Frauen höher ist, sie öfter als Männer immunologische Reaktionen zeigen und gängige Dosierungen häufiger zu hoch sind. Hier benötige es Aufholbedarf, da Frauen oft auch eine andere Medikation brauchen oder andere Wirkstoffkonzentrationen benötigen, betonten die Expertinnen beim Workshop. Die Teilnehmerinnen plädierten für mehr Forschung und, dass für dieses Thema bei Medizinneren und Medizinern sowie der Pharmaindustrie mehr Verständnis geschaffen wird.

Gemeinsame Lösungsideen

Als gemeinsame Forderungen der Diskussion kristallisierten sich auch der Ausbau der klinischen Pharmazie im intramuralen Bereich, die bessere Unterstützung durch klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten im

niedergelassenen Bereich (in Bezug auf Indikationen) und die Stellung der Hausärztinnen und -ärzte als Gesamttherapieverantwortliche heraus. Gerade die an der Schnittstelle zwischen Fachärztinnen und Fachärzten agierenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner könnten als Vertrauenspersonen der Patientinnen und Patienten und in Rücksprache mit den Fachexpertinnen und Fachexperten hier die Rolle eines Gatekeepers und Medikamentenmanagers übernehmen — dafür benötige es jedoch die nötigen Rahmenbedingungen. Laut den Expertinnen und Experten müsste die Medikation künftig durch permanente Evaluierung bezüglich ihrer Angemessenheit und Sinnhaftigkeit überprüft werden, um daraus weitere Schritte ableiten zu können. „Im klassischen Behandlungsprozess endet das Thema nicht beim stringenten Medikamentenmanagement bzw. der Therapie. In der Nachbetreuung wäre ein Monitoring nötig, bei dem Ärztinnen und Ärzte wiederholt evaluieren, ob und welche Medikamente die Patientinnen und Patienten benötigen bzw. ob die Dosis verändert oder gar ersetzt werden muss“, so Günther Schreiber. Dieser ständige kontinuierliche Verbesserungsprozess sei entscheidend und ein sinnvoller Weg, um die Polypharmazie in den Griff zu bekommen, denn es sei einfach ein Medikament verschrieben zu bekommen, aber schwierig, Patientinnen und Patienten davon zu überzeugen, dass eine weitere Einnahme nicht angebracht ist. Schlussendlich, so die Fachleute unisono, kommt es vor allem darauf an, das Thema der Polypharmazie bei allen Prozessbeteiligten stärker ins Bewusstsein zu rücken. Bei der Polypharmazie könnten beispielsweise neue technische Errungenschaften die Möglichkeit bieten, einen personalisierten Medikationsreview durchzuführen und die Entscheidungsfindung zu beschleunigen, wodurch spezifische Patientencharakteristika mit Expositionsveränderungen der Arzneimittel verknüpft werden könnten und eine Grundlage für die pharmakologische Bewertung der Therapie ermöglichen. Dringend erforderlich sei zudem die Weiterentwicklung digitaler Werkzeuge zur Entscheidungsunterstützung bzw. die Automatisierung von einfachen Arbeitsschritten.

> **In der Nachbetreuung wäre ein Monitoring nötig, bei dem Ärztinnen und Ärzte wiederholt evaluieren, ob und welche Medikamente die Patientinnen und Patienten benötigen bzw. ob die Dosis verändert oder gar ersetzt werden muss.**
> Günther Schreiber

© PETER PROVAZNIK (6)

Bewusstsein für Polypharmazie schaffen

Im Sinne der Prävention waren sich die Expertinnen und Experten beider Gruppen einig, dass Menschen, die eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht haben, nicht die Erwartung haben sollen, in jedem Fall mit einem Rezept die Praxis zu verlassen. Hier müsse laut den Expertinnen und Experten ein Bewusstsein geschaffen werden, dass es auch Krankheitsbilder gibt, die keine Medikation erfordern und es andere Behandlungsoptionen gibt. Laut Elisabeth Lackner sei es wichtig Menschen zu ermutigen, mit Ärztinnen und Ärzten bzw. Apothekerinnen und Apothekern sowie assoziierten Gesundheitsberufen das Thema der Vielfachmedikation zu thematisieren. Es ist wichtig, die Patientinnen und Patienten über dieses Thema zu informieren und sie zu sensibilisieren, damit sich die dann mündigen Patientinnen und Patienten auch trauen, Fragen zu stellen. Die Expertinnen und Experten betonten, dass die Menschen auf die Signale ihres Körper hören, um mögliche Nebenwirkungen wahrzunehmen. Da dies ein Thema ist, das wenig bekannt ist, geschehe dies oft erst dann, wenn man mit den Patientinnen und Patienten kommuniziert und darüber spricht.

Während der Diskussion wurde allerdings auch betont, dass man das Problem der Polypharmazie nicht isoliert betrachten dürfe und es in verschiedenste Aspekte einbetten müsse, da die Polypharmazie viele Gesichter habe und sehr vielfältig sei. Zudem dürfe nicht außer Acht gelassen werden, dass viele Menschen die viele Medikamente bekommen, meist auch nicht sehr gesund sind, oft multimorbid und damit anfälliger auf Nebenwirkungen und Interaktionen seien.

Mündige Patientinnen und Patienten können so selbst zu diesem Prozess mit einem Mehr an Eigenverantwortung beitragen. Die entsprechende Gesundheitskompetenz gilt es im Sinne des Präventionsgedankens so früh wie möglich zu erwerben. Ⓟ

Synthese der erarbeiteten Punkte im Überblick

- Patientenorientierte angemessene Verordnung unter Berücksichtigung der Lebensumstände (und des Geschlechtes) unter Einbeziehung der Gesundheitsberufe
- Ausbau klinischer Pharmazie im intramuralen Bereich, Unterstützung durch klinische Pharmazeuten im niedergelassenen Bereich (in Bezug auf Indikation)/Hausärztinnen und -ärzte als Gesamttherapieverantwortliche (Wechselwirkung klinische Pharmazie und niedergelassener Bereich)
- Die Medikation (= Rezept + OK) hat durch permanente Evaluierung bezüglich ihrer Angemessenheit und Sinnhaftigkeit überprüft zu werden um daraus weitere Schritte ableiten zu können
- Weiterentwicklung digitaler Werkzeuge zur Entscheidungsunterstützung ist dringend erforderlich
- Ermutigung der Menschen mit Ärztin und Arzt und Apothekerin und Apotheker sowie assoziierten Gesundheitsberufen Vielfachmedikation zu thematisieren — mit Arzt und Apotheker ins Gespräch zu kommen

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

Gesundheitskompetenz und Prävention

Prävention braucht Strategie

Eines der zentralen Themen von PRAEVENIRE ist die strategische Entwicklung von der vorherrschenden Reparaturmedizin zur Vorsorgemedizin. **DR. EVA HÖLTL**, Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Group Bank AG, setzte in ihrer Keynote im Rahmen der Seitenstettener Gesundheitstage 2020 einen ganz bewussten Fokus auf Kinder und Jugendliche. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Wie kann Prävention sinnvoll in der Gesellschaft implementiert werden? Mit welchen Präventionsangeboten können die Menschen optimal begleitet werden? Und warum ist beim Thema Prävention in Österreich nach wie vor viel Luft nach oben, obwohl sie jeder wichtig findet? Diesen und weiteren Fragen ging Dr. Eva Höltl, Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Group Bank AG und führende Arbeitsmedizinerin Österreichs, in ihrer Seitenstettener Keynote nach. Dabei warf sie einführend einen Blick auf das aktuelle Regierungsprogramm: In diesem wird eine „nationale Präventionsstrategie“ gefordert, mit der die persönliche Gesundheit der Österreicherinnen und Österreicher verbessert werden soll. „Mir gefällt das. Wir kommen nicht daran vorbei, Ordnung in dieses riesengroße Thema zu bringen“, ist Höltl überzeugt. Wesentlich sei jedenfalls, dass dieses Vorhaben auch realisiert wird, denn Bekundungen zur Prävention hätte es schon viele gegeben. „Alle zuständigen Stakeholder sind sich einig, dass Prävention essenziell ist und Kosten spart. Trotzdem kommen wir inhaltlich nicht vom Fleck.“ Die Arbeitsmedizinerin ortet hierfür den Grund im Fehlen klarer Zuständigkeiten und Finanzierungsfragen. „Erfolgreiche Prävention muss organisiert werden. Andernfalls gibt es keine Weiterentwicklung.“

Deutschland setzt richtungsweisende Schritte

Ein Blick in unser Nachbarland zeigt, dass Prävention — flächendeckend eingesetzt — zu richtungsweisenden Resultaten führt. Dabei stützt sich die deutsche Präventionsstrategie auf insgesamt drei Lebensphasen: „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ sowie „Gesund älter werden“. Denn Prävention beginnt schon in bzw. vor der Schwangerschaft und soll auch im Alter ihren verdienten Stellenwert bekommen. Durch diese Strukturierung der Lebensphasen wurde es Höltl zufolge möglich, eine Ordnung herzustellen: Finanzierungsfragen sowie Verantwortlichkeiten wurden geklärt, wichtige Mindeststandards gesetzt. Prävention solle überall dort stattfinden, wo Menschen leben, arbeiten oder lernen.

Zentrales Dach

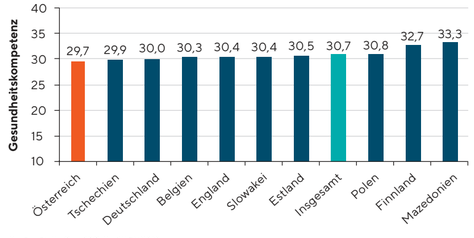
Österreich zeige sich hier aktuell noch zersplittert. Eva Höltl dazu: „Wir brauchen ein gemeinsames Verständnis darüber, was wir für die Menschen wollen: Welche Präventionsmaßnahmen sind uns für Babies wichtig, welche für Familien, für den Arbeitsbereich oder für Menschen im hohen Alter?“
In Österreich betreuen etwa 2.000 Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner vier Millionen erwerbstätige Menschen in ihren Unternehmen. Hier Standards zu definieren, die dann auch bundesweit umgesetzt werden sollten, ist eine enorme Chance, Prävention in die Breite zu bringen. Dazu zähle die Klärung der Finanzierung, der Zuständigkeiten sowie der Steuerung. „Ohne ein zentrales Dach werden die Präventionsagenden zersplittert bleiben“, zeigt sich Höltl überzeugt.

Chancengleichheit für die junge Generation

Hohen Aufholbedarf ortet Dr. Höltl insbesondere unter Österreichs Kindern und Jugendlichen: „Ich bin heute zwar als Arbeitsmedizinerin hier, aber mir liegen Kinder und Jugendliche sehr am Herzen, da sie Chancengleichheit verdienen.“ Zudem spiele bei dieser Zielgruppe die ökonomische Vernunft eine wichtige Rolle, da sich Folgekosten für das Gesundheitssystem wesentlich teurer erweisen als Ausgaben für Prävention. „Wir beobachten beispielsweise im Zuge der Bundesheer-Einstellungstests, dass ein Drittel der jungen Männer nicht gesund ist. Adipositas, psychiatrische Beschwerden oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind schon unter den 18-Jährigen keine Seltenheit mehr“, erläuterte Höltl.
Wesentlich sei es, den Zugang zu präventiven Maßnahmen so einfach wie möglich zu gestalten, sodass diese eher angenommen werden. „Ich bin ein großer Freund von Eigenverantwortung — aber nur dann, wenn jeder den selben Informationsstand hat, die vergleichbare Ausgangsbasis und damit die gleichen Chancen.“ Gesundes Verhalten setzt jedenfalls Gesundheitskompetenz voraus: Die Ergebnisse der WHO-HBSC-Survey (Health Behaviour in School-aged Children) aus 2018 zeigen, dass sich niedrige, mittlere bzw. hohe Gesundheitskompetenz im Gesundheitsverhalten Jugendlicher widerspiegeln. Die Studie rüttelt gleichzeitig wach: Im EU-Ländervergleich der WHO-HBSC-Survey aus 2018 hat Österreich am schlechtesten abgeschnitten. Ⓟ

© PETER PROVAZNIK (3)

Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern aus zehn europäischen Ländern



QUELLE: WHO-HBSC-SURVEY 2018

> **Prävention muss organisiert werden, sonst gibt es keine Weiterentwicklung.**
> Eva Höltl

Nutzen Sie im Rahmen der **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021** die Chance, in einen persönlichen Dialog mit Dr. Eva Höltl zu treten. Zudem stehen Ihnen im Stift Seitenstetten neben PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling viele weitere hochkarätige nationale und internationale Speaker für visionäre Gespräche zur Verfügung.

JETZT ANMELDEN

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

Stimmen aus der Podiumsdiskussion

„Wir verschwenden viel Geld bzw. investieren es falsch, weil wir nicht verstehen, dass wir in diese Vorsorge hinein investieren müssen. Stattdessen warten wir zu — die Kosten sind dann für die gesamte Volkswirtschaft enorm hoch.“
Dr. Alexander Biach | Standortanwalt für Wien

„Wir brauchen ein gemeinsames Commitment mit Bund, Ländern und den Sozialversicherungen, um den Menschen das Thema Prävention nahe zu bringen. Wir erreichen sonst nur eine gewisse Bevölkerungsgruppe.“
Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA | Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)

PRAEVENIRE INITIATIVE GESUNDHEIT 2030
BLOCK 5

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

Block 5 | Gesundheitskompetenz, Prävention und Gesundheitsziele

Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020

KEYNOTES

- **Wo kann und muss Prävention stattfinden?**
  Dr. Eva Höltl | Erste Group Bank AG, Health Center
- **Wie lassen sich durch Nuklearmedizin Herzinfarkte verhindern?**
  Univ.-Prof. Dr. Marcus Hacker | Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Radiologie und Nuklearmedizin

PODIUMSDISKUSSION

- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD | Ärztekammer Wien
- Dr. Alexander Biach | Wirtschaftskammer Wien
- Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp | Kammer für Arbeiter und Angestellte für NÖ
- Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA | Mitglied des Verwaltungsrates der ÖGK
- Mag. DDr. Wolfgang Wein | Pharmaexperte

Mehr Mut im Kampf gegen Krebs

Die EU-Kommission hat im Februar einen **EUROPÄISCHEN PLAN ZUR KREBSBEKÄMPFUNG** vorgelegt, der in 42 Punkten den gesamten Krankheitspfad von der Vorsorge und Früherkennung über die Diagnostik und Behandlung bis hin zur Förderung der Lebensqualität von Krebskranken und -überlebenden umfasst. Im Interview spricht Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant vom Comprehensive Cancer Center der MedUni Wien über diese Initiative, in der er eine Chance sieht, künftig EU-weit onkologische Präventionsmaßnahmen zu setzen. | von Mag. Dren Elezi, MA

Die Krebsbekämpfung hat für die EU-Kommission eine der höchsten Prioritäten im Gesundheitsbereich. In ihren politischen Leitlinien kündigte EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen einen europäischen Plan zur Krebsbekämpfung an, der die Mitgliedstaaten bei der Krebsbekämpfung und -behandlung unterstützt und Europa im Kampf gegen den Krebs nach vorne bringen soll. Am 3. Februar, dem Vorabend des Weltkrebstages, wurde als Antwort auf die wachsenden Herausforderungen und Entwicklungen im Bereich der Krebsbekämpfung der „Europe's Beating Cancer Plan" vorgestellt. Er enthält das Versprechen, dass die Politik im Kampf gegen Krebs nichts unversucht lassen wird. Dabei stützt sich der Plan in den genannten vier Schlüsselbereichen auf zehn Leitinitiativen und mehrere flankierende Maßnahmen und ist Teil der Vorschläge der Kommission für eine starke europäische Gesundheitsunion.

Krebs — zweithäufigste Todesursache in der EU

Nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist Krebs die zweithäufigste Todesursache in den EU-Ländern. Jedes Jahr wird bei 2,7 Millionen Menschen Krebs diagnostiziert. 1,3 Millionen Menschen sterben infolge einer Krebserkrankung. Allein die Tatsache, dass in Europa ein Viertel aller Krebsfälle diagnostiziert werden, jedoch weniger als zehn Prozent der Weltbevölkerung leben, zeigt die enorme Bedrohung für die europäische Bevölkerung. Der wirtschaftliche Schaden, den Krebserkrankungen in Europa anrichten, beläuft sich laut Informationen der EU-Kommission auf über 100 Mrd. EUR jährlich. 40 Prozent aller Krebserkrankungen wären nachweislich vermeidbar. Allerdings werden nur drei Prozent der Gesundheitsetats für Gesundheitsförderung und Prävention ausgegeben. Es besteht damit ein enormer Handlungsspielraum, um Maßnahmen zur Krebsprävention und zur Förderung von gesunden Lebensweisen zu forcieren.

Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant fordert mehr Mut, um eine gemeinsame Vision zu entwickeln und einheitliche Ziele festzusetzen.

© BERNHARD HILLEBRAND (2)

PERISKOP bat den österreichischen Spitzenforscher und Präsidenten der ABCSG, Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, um seine Meinung und Einschätzung zum „Europe's Beating Cancer Plan — EBCP":

PERISKOP: Wie bewerten Sie die Initiative der Europäischen Kommission, die Onkologie mit dem „Europe's Beating Cancer Plan" zu einem Schwerpunkt der Gesundheitsaktivitäten der EU zu machen?

GNANT: Grundsätzlich sind solche Initiativen aus Sicht der in der Krebsforschung und Krebsbehandlung tätigen Ärztinnen und Ärzte zu begrüßen, da sie zeigen, dass dieses Thema im Fokus der Europäischen Union ist. Wie Krebserkrankungen und die Sterblichkeit daran verringert werden können, sollte für Gesundheitssysteme eine hohe Priorität haben. Dieser Plan zeigt immerhin, dass die EU aktives Agenda-Setting betreibt und unterstreicht damit die Bedeutung der Onkologie. Um diese Initiative genauer zu bewerten, sollte man aber ein wenig näher ins Detail gehen, weil bei solchen Plänen immer die Gefahr besteht, dass sie zwar wohlklingende Überschriften beinhalten, aber letztlich wenig Verbesserung für die Versorgung der Menschen bringen. Ich denke, dass es wichtig ist, auch auf nationaler Ebene solche Pläne zu haben. In Österreich wurde zwar einmal an einem Krebsplan gearbeitet, allerdings fehlt die Umsetzung. Und natürlich ist die starke Länderkompetenz in Gesundheitsfragen für einen nationalen Plan eine Herausforderung. Es braucht Mut, um eine gemeinsame Vision zu entwickeln und einheitliche Ziele festzusetzen. Wenn das schon in einem relativ kleinen Land eine Herausforderung ist, kann man sich vorstellen, wie schwer so ein Plan zu formulieren ist, der die gesamte EU verbinden soll. Generell bin ich davon überzeugt, dass es nicht nur Ziele und Maßnahmen, sondern auch konkrete Benchmarks und Outcome-Analysen benötigt, damit solche Pläne erfolgreich umgesetzt werden können. Im Vergleich zu skandinavischen Ländern oder Großbritannien gibt es gerade im Bereich der Versorgungsforschung in Österreich durchaus noch Aufholbedarf.

> Wenn im Cancer Plan vom Jahr 2030 die Rede ist, dann benötigen wir für die Definition von konkreten Zielen ein mutiges „Think Big"!
>
> Michael Gnant

Die EU möchte mit dem EBCP Länder beim Thema Krebsbekämpfung unterstützen. In den vier Kernthemen — Prävention, Früherkennung, Diagnose und Therapie sowie Verbesserung der Lebensqualität — möchte die EU mit zehn Flagship-Initiativen ansetzen. Sind das aus Ihrer Sicht die richtigen Schwerpunkte und Weichen für die Zukunft der onkologischen Versorgung in Europa?

Grundsätzlich wären das zweifellos die richtigen Schwerpunkte. Allerdings sollte man bedenken, dass die Europäische Kommission in diesem Bereich weder legistisch noch operativ eine unmittelbare Umsetzungskompetenz hat. Indirekt natürlich doch, weil sich diese Schwerpunktsetzungen im Budget und den Förderprogrammen niederschlagen werden. Dieses Agenda-Setting für onkologische Themen kann schließlich dazu beitragen, dass die Förderung und Umsetzung von Maßnahmen in Arbeitsprogrammen effektiv forciert wird — das ist sehr erfreulich. Allerdings fehlen aus meiner Sicht hier ebenfalls die bereits erwähnten konkreten Benchmarks. Wenn im Cancer Plan vom Jahr 2030 die Rede ist, dann benötigen wir für die Definition von konkreten Zielen ein mutiges „Think Big"!

EBCP-Themen wie Prävention, Früherkennung, Diagnose und Therapie sowie Verbesserung der Lebensqualität sind zwar natürlich richtig, aber im EBCP recht unkonkret ausgearbeitet. Hier wären ambitioniertere Ziele erforderlich sowie konkrete Benchmarks, die uns z. B. sagen, wann ein Mensch in Europa nicht mehr an Lungenkrebs versterben wird oder wie viel Prozent aller Mammakarzinome mit einer Größe von unter einem Zentimeter (und damit mit 95 Prozent Heilungschance) entdeckt werden sollen. Es ist wohl davon auszugehen, dass die relative Heterogenität der onkologischen Versorgung in den EU-Staaten auch einer der Gründe war, weshalb solch handfeste Ziele im EBCP eher spärlich gesät sind.

Wenn der EBCP beispielsweise sagt, wir reduzieren bis 2040 den Anteil von Tabakkonsumenten in der europäischen Bevölkerung von 25 auf fünf Prozent, dann ist das wohl ein ordentliches Ziel. Das muss dann aber von konkreten Maßnahmenprogrammen begleitet werden, wie man Nikotinabusus künftig gar nicht mehr entstehen lässt. Und für die bestehende Population von Tabakkonsumenten muss man ebenfalls an Lösungen, wie zum Beispiel einer Risikominimierung, arbeiten.

Um beim Thema Rauchen zu bleiben: Es gibt international auch Kritik am EU Cancer Plan, da das Konzept der Harm Reduction in der Prävention von Krebserkrankungen nicht berücksichtigt wird. Lässt die Kommission hier Potenzial brachliegen?

Es finden sich sehr wohl schadens- und risikoreduzierende Ansätze im EBCP. Die Kritik zielte wohl darauf ab, dass spezifisch im Bereich Tabakkonsum, sprich Rauchen, schadens- oder risikoreduzierende Alternativen nicht als Potenzial und Teil der Lösung im Bereich Prävention inkludiert wurden. Trotz zahlreicher Initiativen und Verbote bezüglich des Zigarettenkonsums rauchen weltweit mehr als eine Milliarde Menschen. Es stellt sich daher schon auch die Frage, wie man auf pragmatischem Weg die gesundheitlichen Schäden verringern kann. Menschen bei ihrem gesundheitsschädlichen Verhalten sehr konkret abzuholen, kann viel bewirken — das haben bei uns z. B. die MedUni und das AKH mit der wirklich eindrucksvollen „Tschau Tschick"-Kampagne bewiesen.

Weltweit sind die wichtigsten Auslöser für Krebserkrankungen vermeidbare Gesundheitsrisiken durch gesundheitsschädliches Verhalten wie Tabak- und Alkoholkonsum, aber auch mit dem modernen Lebensstil assoziierte Folgen — zu wenig Bewegung, ungesunde Ernährung. Lebensstil, Gewohnheiten und Suchterkrankungen haben erwiesenermaßen einen erheblichen Einfluss auf das individuelle Krebsrisiko. Um dieses möglichst gering zu halten, müssen wir als ein wichtiges Gesundheitsziel eben auch die Krebsprävention nennen. Es braucht also auch hier ganz konkrete Maßnahmen und Programme, um negative gesundheitliche Konsequenzen zu minimieren.

> Wenn am Ende konkrete große Maßnahmen in der Gesundheitspolitik angestoßen und unterstützt werden, wäre das eine tolle Sache.
>
> Michael Gnant

Entscheidende Lebensstilfaktoren wie Übergewicht, falsche Ernährung und wenig Bewegung sind zudem Faktoren für Erkrankungen, die überproportional sozioökonomisch benachteiligte Gesellschaftsschichten betreffen. Das Thema gesunde Ernährung ist nicht nur eine Frage der Bildung und des Wissenstransfers, sondern am Ende auch eine Frage der Ökonomie. Es gibt eine Korrelation zwischen wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Ernährung — Familien an der Armutsgrenze haben andere Sorgen als den Proteingehalt ihrer Nahrungsmittel. Hier dürfen Forderungen nicht nur an der Oberfläche kratzen. Wenn man allerdings möchte, dass nicht nur die nächste Generation gesünder lebt bzw. sich selbst weniger durch krebsfördernde Lebensstilfaktoren schädigt, dann ist das Konzept der „Harm Reduction" ein bewährtes Mittel.

Was müsste seitens der EU-Kommission gemacht werden, um die selbstgesteckten Ziele in der Krebsprävention zu erreichen?

Ähnlich wie Österreich ist die EU in Gesundheitsfragen sehr heterogen strukturiert und läuft oftmals Gefahr, dass die einzelnen Mitgliedsstaaten sich durch langatmige Diskussionen lähmen. Dagegen wird z. B. in der Schweiz der Föderalismus auch für die Entwicklung unterschiedlicher gesundheitspolitischer Konzepte genutzt. Durch Wettbewerb, welches Konzept in welchem Kanton bessere Ergebnisse liefert, küren die Schweizer so die bundesweit beste Lösung. Ähnlich wäre das auch in der EU denkbar, wo anhand von Real-World-Daten Konzepte aus verschiedenen Mitgliedsstaaten verglichen werden und so herausgefunden werden könnte, welche Maßnahme am effektivsten war. So ein gegenseitiges Hochschaukeln von Best-Practice-Beispielen würde der EU rasch die nötige Evidenz aus der Versorgungsforschung verschaffen, um die richtigen Schritte zu setzen.

Bei vielen Initiativen versucht man leider auch bei uns, das Rad neu zu erfinden, obwohl wenige 100 km weiter eine ähnliche Initiative seit Jahren gut funktioniert. Vor allem bei Harm Reduction gibt es Programme, die sehr vorbildlich sind und nicht erst neu erfunden werden müssen. Wenn man beschließt, solche Ansätze zu nutzen, dann müssen dazu die Daten aber besser vernetzt und ausgetauscht werden. Dafür benötigt es europaweit zumindest Grundergebnisdaten von Gesundheitspolitik. Und es braucht Ressourcen! Ein Beispiel: Wir haben erkannt, dass Asbest schädlich und krebsfördernd ist. Was haben die — richtigen! — Maßnahmen zur Elimination von Asbest aus Großbauten und Sportstätten gekostet? Es geht also, wenn wir nur wollen.

BioBox

Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant studierte Medizin in Wien und München, promovierte im Jahr 1988 und hat sich danach auf Chirurgie und im Speziellen auf chirurgische Onkologie spezialisiert. Nach seiner Rückkehr aus den USA (National Cancer Institute in Bethesda) wurde er im Jahr 2004 zunächst als Professor für chirurgisch-experimentelle Onkologie und ab 2008 als Professor für Chirurgie an die MedUni Wien berufen. Der gebürtige Wiener, der an der MedUni Wien als Forscher tätig ist, hat gemeinsam mit Univ.-Prof. Dr. Christoph Zielinski das Comprehensive Cancer Center seiner Universität gegründet. Seine Arbeit im Bereich Krebsforschung und in der Gesundheits- und Forschungsentwicklung wurde mit zahlreichen nationalen und internationalen Forschungspreisen und Auszeichnungen gewürdigt. Er ist Mitglied vieler nationaler und internationaler Fachgesellschaften und Reviewer anerkannter wissenschaftlicher Zeitschriften wie The Lancet oder New England Journal of Medicine.

Für Österreich gesprochen: Glauben Sie, dass der Plan kurz- und/oder langfristig ein positiver Impulsgeber sein wird/kann und wenn ja, in welcher Hinsicht?

Der EU Cancer Plan ist eine Gelegenheit, den Konsens über Ideen und Maßnahmen von zahlreichen Diskussionen und Herausforderungen in die Tat umzusetzen. Wichtig wäre, dass die Diskussion nicht mehr über das „ob", sondern um das „wie" geführt wird. Wenn am Ende konkrete große Maßnahmen in der Gesundheitspolitik angestoßen und unterstützt werden, wäre das eine tolle Sache.

Sie sind aktiv an der Erstellung des PRAEVENIRE Weißbuches beteiligt und unterstützen PRAEVENIRE bei der neuen Initiative Onkologie 2030. Welche Themen möchten Sie als Experte hier einbringen?

Die Immunonkologie ist 2021 unser topaktuelles Thema, da auf therapeutischer Ebene in diesem Gebiet entscheidende Durchbrüche erzielt wurden. Diese gilt es für die Bevölkerung allgemein zugänglich zu machen. Aber auch Themen wie die Herausforderungen durch unsere kleinteilige Versorgungsstruktur, Digitalisierung im Gesundheitswesen und der Onkologie, die Förderung des Standortes Österreich und damit der onkologischen Wissenschaft sind wesentliche Arbeitsgebiete im PRAEVENIRE Prozess. Diese nehmen eine wichtige Rolle bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten und zahlreichen Aktivitäten und Initiativen von PRAEVENIRE ein.

3. PRAEVENIRE Bürgerforum

In Bewegung bleiben

Ein hochkarätiges Expertenteam stand beim hybriden Bürgerforum im Stift Seitenstetten zahlreichen medizininteressierten Bürgerinnen und Bürgern für Fragen rund um die **THEMEN BEWEGUNGS- UND STÜTZAPPARAT INKLUSIVE RHEUMA UND GICHT** Rede und Antwort. Im Anschluss konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich an der offenen Diskussionsrunde mit den Top-Expertinnen und -Experten beteiligen. | von Mag. Dren Elezi, MA

v.l.: Ernst Derfler, Michel Angelo Mrach, Stefan Nehrer, Alice Herzog, Michael Prunbauer, Erwin Rebhandl und Friedrich Hartl (digital)

© PETER PROVAZNIK (2)

Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats treten in Österreich so häufig auf, dass sie den Charakter einer Volkskrankheit haben. Die Gründe und Ursachen dafür sind vielfältig. Verspannungen durch schlechte Haltung im Berufsalltag, Abnützungen von Wirbelkörpern bis hin zu rheumatischen Erkrankungen — der Bewegungs- und der Stützapparat ist für viele Menschen ein tägliches Gesundheitsthema. Bereits zum dritten Mal fand, unter Einhaltung von strengen COVID-19-Maßnahmen, ein PRAEVENIRE Bürgerforum statt. Die Steigerung des Gesundheitswissens der Österreicherinnen und Österreicher ist, seit seiner Gründung, ein Schwerpunkt des Vereins PRAEVENIRE. Ein Weg, dieses Ziel zu erreichen, ist das PRAEVENIRE Bürgerforum Seitenstetten, das für alle Bürgerinnen und Bürger von Seitenstetten und umliegenden Gemeinden kostenlos angeboten wird und sich großer Beliebtheit erfreut. Beim PRAEVENIRE Bürgerforum geben Österreichs Top-Expertinnen und -Experten zum jeweiligen Thema den Besucherinnen und Besuchern einen kurzen Überblick und Einblick und stehen sodann im Rahmen einer moderierten Diskussion für deren Fragen zur Verfügung. Dieser direkte Austausch zwischen Lainnen und Laien und Expertinnen und Experten bringt oftmals unerwartete Fragen und Antworten zu Tage und bietet eine ganz besondere Atmosphäre. Zu diesen Themen konnten die zahlreichen Anwesenden die Möglichkeit nutzen, dem Expertenplenum sowohl direkt als auch per SMS Fragen zu stellen.
Die zahlreichen Gäste wurden zu Beginn der Veranstaltung im Namen der Gemeinde durch den Gesundheitsausschussvorsitzenden Alois Schlager begrüßt, der die Gunst der Stunde nutzte und die Bedeutung der PRAEVENIRE Gesundheitstage hervorhob: „Es ist für uns hier in Seitenstetten sehr aufbauend zu sehen, wie viel Energie in die Zukunft der Gesundheitsvorsorge und Versorgung investiert wird. Aus dieser Dynamik entsprang schließlich auch das PRAEVENIRE Weißbuch mit Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik — jetzt beim Bürgerforum geht es um Handlungsempfehlungen für uns.“

Früherkennung und Prävention muss früher ansetzen

Einleitend hielt Dekan Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer von der Donau-Universität Krems und Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie eine Keynote und betonte, dass „Rückenschmerzen mittlerweile als Volkskrankheit anerkannt und Krankenstandsursache Nummer eins sind. Aber wir haben auch mit anderen Gelenken Probleme und es gibt die Möglichkeit, etwas dagegen zu tun und uns zu wehren, wenn diese Erkrankungen auf uns zukommen“, appellierte Nehrer an die Bevölkerung. Die Erhaltung der Gesundheit sei ein wesentlicher Aspekt, denn „Krankheiten, wie etwa die Arthrose, schränken die Mobilität der Menschen sehr stark ein“, so der Experte. Laut Nehrer führe zum Beispiel eine Knie- bzw. Hüftarthrose dazu, dass im Durchschnitt pro Tag ca. 30 Prozent weniger Schritte gemacht werden. Das führt zu einer deutlichen Einschränkung der Mobilität und kann die Lebensqualität einschränken, „umso wichtiger sind daher Früherkennung und Prävention.“

„Prävention sollte deutlich früher ansetzen und bereits im Kindergarten erfolgen — idealerweise in einer Phase, in der noch keine Schmerzen aufgetreten sind“, sagte Prim. Dr. Michel Angelo Mrach, Ärztlicher Leiter des Rehabilitationszentrums St. Georgen im Attergau. Deshalb appellierte Mrach an die zahlreichenden Anwesenden, die eigene Gesundheit und Präventionsmaßnahmen selbst in die Hand zu nehmen, denn „wenn wir nicht auf uns achten, wer soll es sonst machen?“. Dieser Meinung schloss sich auch Dr. Erwin Rebhandl, Arzt für Allgemeinmedizin und Präsident der Oberösterreichischen Gesellschaft für Allgemein und Familienmedizin an. „Man kann und muss viel selbst dazu beitragen, damit eine Therapie und Behandlung, wie etwa bei einer Arthrose, erfolgreich ist. Jede Rehabilitation und jede Therapie ist ein Anfang und ein Lernprozess, wo in der Folge das erlernte kontinuierlich umgesetzt werden muss.“ Es nütze nichts, sich alle paar Jahre einige Wochen auf Rehabilitation zu begeben und danach wieder in die alten Gewohnheiten zu verfallen, so Rebhandl. „Das betrifft einerseits die Bewegungsabläufe und das entsprechende gelenks- und wirbelsäulenschonende Verhalten im Alltag, aber auch den Bereich der Ernährung und Gewichtsreduktion. Im Falle der Gicht oder rheumatischen Störungen könne man beispielsweise bereits sehr viel mit einer Ernährungsumstellung bewirken“, so der Allgemeinmediziner. Laut dem Experten sei man als Hausärztin bzw. Hausarzt häufig auf sich alleine gestellt und müsse Patientinnen und Patienten adäquate Therapien zuweisen. In modernen und zukunftsweisenden Formen wie etwa in Primärversorgungszentren verfüge man über ein Team, in dem beispielsweise Bereiche wie Physiotherapie und Ergotherapie vor Ort angeboten werden. Da bestehe dann auch nicht das Problem, dass die Patientinnen und Patienten zwei bis drei Monate auf einen Termin warten müssen sondern kurzfristig vermitteln werden können.

Mehr gesunde Lebensjahre statt eingeschränkter Mobilität

Mag. Michael Prunbauer, der in der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft für die Fachbereiche Beschwerdemanagement und Entschädigungsfonds zuständig ist, merkte an, dass es trotz steigender Lebenserwartung zahlreiche Studien gebe, die bestätigen, dass „wir kaum Jahre an gesundem Leben dazugewinnen. Hier muss die Prävention und Vorsorge ansetzen. Dadurch erreichen wir mehr gesunde Lebensjahre.“ Laut Prunbauer zeige sich hier eine Schwäche im Gesundheitssystem. Zwar sei die Eigeninitiative der Menschen wichtig, da Betroffene immer erst sehr spät und bereits mit Schmerzen zum Arzt gehen würden — dabei auch eine gewisse Erwartungshaltung mitbringen, „aber unterstützende Maßnahmen wie etwa Beratungsgespräche mit Diätologinnen und Diätologen oder eine interdisziplinäre Zusammenarbeit findet erst im therapeutischen Konzept statt und nicht im präventiven Bereich.“
„Die Prophylaxe erfolge leider oft nicht rechtzeitig“, betonte auch der Seitenstettener Gemeindearzt Dr. Ernst Derfler. „Zu uns kommen die Leute erst dann, wenn sie Schmerzen haben bzw. wenn eine Krankheit bereits da ist. Dabei sollte Prophylaxe bereits in der Schule in den Turnstunden beginnen. Und auch regelmäßiges Zähneputzen im Kindesalter gehört dazu“, sagte Derfler. Auch im Falle von Bandscheibenproblemen, wo die Bewegung und Mobilität beeinträchtigt ist, könne man mit Physiotherapie und entsprechender Eigenprophylaxe viel zur Heilung beitragen, betonte Derfler. Die Besucherinnen und Besucher wurden zudem darüber aufgeklärt, wie man Schmerzen bei Arthrose, der häufigsten Gelenkerkrankung, bekämpfen kann. Zur Vorbeugung wäre beispielsweise eine präventive Maßnahme, eine gesunde Ernährung und Gewichtsreduktion.

Rechtzeitig handeln

Dr. Friedrich Hartl, Facharzt für physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation, der live zugeschaltet wurde, betonte, dass in erster Linie die Schmerzfreiheit notwendig ist, damit sich Betroffene wieder ausreichend bewegen können. „Ansonsten befindet man sich in einem Teufelskreis, in dem der Schmerz Bewegungsmuster verändert und in der Folge sogar den Schmerz fördert bzw. zusätzlich noch Veränderungen an den Gelenken entstehen.“ Deshalb sei es laut Hartl wichtig, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt wirksame Maßnahmen einzusetzen, die verhindern, dass das Gehirn über das Schmerzgedächtnis gewisse Bewegungen vermeidet. „Auch wenn der Schmerzauslöser vermutlich nicht mehr vorhanden ist, nimmt das Gehirn weiterhin leichte Schmerzen verstärkt wahr, weil die Wahrnehmung aufgrund des Schmerzgedächtnisses gewarnt ist.“ Insbesondere in der akuten Phase sei ein symptomadäquater und schmerztherapeutischer Ansatz essenziell. „Diese umfassen nicht-medikamentöse Therapien wie Bewegungstherapien, manuelle Medizin, Kombinationen aus physikalischen Therapieformen und erst in der zweiten Phase eine medikamentöse Therapie.“ Die physikalischen Therapieformen wirken über den Weg der Physik und seien weitgehend nebenwirkungsarm bis nebenwirkungsfrei und sehr effektiv. Die Expertinnen und Experten am Podium waren sich einig, dass der Schmerz früh verringert und im Idealfall mit nicht-medikamentösen Maßnahmen behandelt werden sollte — insbesondere bei älteren Menschen, die viele Medikamente einnehmen und bei denen es zu Wechselwirkungen kommen kann.

> Rückenschmerzen sind mittlerweile als Volkskrankheit anerkannt und Krankenstandsursache Nummer eins.
> Stefan Nehrer

Konservative Therapiemethoden ausschöpfen

Wie man ständige Schmerzen aufgrund von Bandscheibenproblemen bekämpft, beantwortete Mrach, wonach er als wichtigen ersten Schritt eine entsprechende Untersuchung empfahl. „Es muss eruiert werden, wo sich die Schmerzen genau befinden. Wichtig ist, dass vor allem bei einfachen Schmerz am Rücken alle Maßnahmen der konservativen Therapie ausschöpft werden.“ Hartl skizzierte in diesem Zusammenhang ein Drei-Ebenen-Modell, das bei der Therapie und Behandlung die körperliche, die seelische und die soziale Ebene berücksichtigen soll und dem Problem auf mehreren Ebenen begegnet. „Auf der körperlichen Ebene gibt es den selbstverstärkenden Kreislauf. Sobald die Muskelgrundspannung erhöht wird, kommt es zu einer überproportionalen Belastung der Strukturen bzw. Gelenke, die dieser Belastung auf Dauer nicht standhalten können, in einen Reizzustand verfallen und Schmerzen auslösen“, so Hartl. Dieser Schmerz erhöhe die Muskelgrundspannung und verändere das Bewegungsmuster. „Durch den Schmerz wird gleichzeitig die Seele nachhaltig beeinflusst. Das seelische Ungleichgewicht, das zu einer erhöhten Muskelgrundspannung geführt hat, wird dadurch weiter verstärkt. „Ein Mensch, der seelisch belastet ist, und hiermit befinden wir uns beim dritten Regelkreis, wird sehr bald mit sozialen Herausforderungen konfrontiert sein, denn Menschen wenden sich oft von anderen Menschen ab, wenn sie diese als Belastung empfinden statt als Bereicherung.“ Die Folge sei eine Vereinsamung, also Folgen wie der Verlust des Arbeitsplatzes, die Einschränkung des Freundeskreises — Faktoren die wiederum das seelische Wohlbefinden beeinträchtigen. Der Experte betonte, dass viele Fälle von Misserfolg nach Operationen darauf zurück zu führen seien, dass das zugrundeliegende Problem nicht an der Wurzel erkannt wurde. Laut dem Experten müssen die Maßnahmen daher auf mehreren Ebenen ansetzen, wenn der Regelkreis zwischen Körper, Seele und Soziales durchbrochen werden soll.
Generell sei wichtig, die Bewegung in den Alltag miteinzubauen. Das beginne bereits beim Treppensteigen statt den Lift zu nutzen, kurze Strecken mit dem Rad anstatt mit dem Auto zurückzulegen. Die Experten waren sich daher einig, dass Bewegung das einzige Medikament sei, das nebenwirkungsfrei ist. P

Nutzen Sie im Rahmen der **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021** die Chance, beim 4. PRAEVENIRE Bürgerforum mehr über das Thema „Dermatologie: Hautgesundheit und Hauterkrankungen“ zu erfahren. Zudem stehen Ihnen im Stift Seitenstetten neben PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling viele weitere hochkarätige nationale und internationale Speaker für visionäre Gespräche zur Verfügung.

JETZT ANMELDEN

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

PORTFOLIO

Workshop Digital Health

Mensch versus Maschine?

Im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020 wurden im Stift Seitenstetten visionäre Perspektiven für die Gesundheitsversorgung diskutiert, welche aus der Digitalisierung heraus entstehen. In Dialogen mit hochkarätigen Expertinnen und Experten wurde dabei ein Fokus auf den Einsatz **KÜNSTLICHER INTELLIGENZ** gelegt. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Mit SARS-CoV-2 ist auch das Thema „Digital Health" in den Mittelpunkt vieler medizinischer Diskussionen gerückt. Gigantische Datenvolumina wurden sichtbar und haben verdeutlicht, wie schnell wir auf Basis vorhandener Daten ins Tun kommen können, wenn es notwendig ist.
Unter Workshop-Konzeption und Moderation von Prof. Dr. Reinhard Riedl, Leiter des transdisziplinären Zentrums „Digital Society" der Berner Fachhochschule, wurde im Stift Seitenstetten beleuchtet, welche Probleme mittels Künstlicher Intelligenz zu lösen sind und in welchen Bereichen wir aufgrund fehlender Datenflüsse noch gehemmt werden. Zudem stellten sich die Fragen: Sind wir bereit, Artificial Intelligence einzusetzen, wenn wir sie zwar erklären, aber langfristig vielleicht gar nicht mehr nachvollziehen können? Wird AI langfristig besser arbeiten als der Mensch? Durch die Coronapandemie wurden wertvolle Erfahrungen auf dem Gebiet der Telemedizin gesammelt — und in der öffentlichen Wahrnehmung durchaus positiv gedreht. So berichtete Dr. Karl Forstner, Präsident der

> Die Maschine bereitet vor, der Mensch entscheidet. Wesentlich ist das Zusammenspiel von Mensch und Maschine.
> Reinhard Riedl

Ärztekammer Salzburg, darüber, dass telemedizinische Konsultationen zum unverzichtbaren Bestandteil der Interaktion zwischen Patientinnen und Patienten und Medizinerinnen und Medizinern geworden sind und auf einer sicheren Rechtsgrundlage fußen. „Am Beispiel der Schweizer Medgate Tele Clinic zeigt sich, dass telemedizinische Angebote, eingebettet in das Versicherungssystem, sehr gut funktionieren. Nicht alle medizinischen Fragestellungen können auf diesem Weg gelöst werden, aber unzählige Beratungstätigkeiten. Über AI wird vorab festgestellt, ob für das jeweilige Problem eine telemedizinische Behandlung infrage kommt oder nicht", schilderte Forstner und konkludierte: „Es ist mir sehr wichtig, dass wir Telemedizin für unverzichtbar halten, aber ihre Auswirkungen auf die humanistische Perspektive nicht verlieren." Prof. Dr. Gerd Folkers von der Eidgenössischen Technischen Hochschule (ETH) Zürich unterstrich diese Forderung in seiner Keynote zur Digitalen Transformation der Pharmazie und der Apothekerinnen und Apothekern: „Erst die Semantik macht uns zum Individuum."

Neu verorten

Durch Künstliche Intelligenz werden wir uns langfristig in einer neuen Welt wiederfinden. Übrig bleibt die Frage: Müssen wir uns damit abfinden, nach einer Zahl ausgelegt und beurteilt zu werden? Oder um es mit dem Wiener Pharmaexperten Mag. DDr. Wolfgang Wein zu formulieren: „Wird es eine Art narzisstischen Widerstand geben, weil wir uns nicht eingestehen wollen, dass AI bessere Ergebnisse erzielt?"

> Der gesunde Menschenverstand darf niemals wegrationalisiert werden.
> Susanne Erkens-Reck

Big-Data-Analysen erlauben es heute, klinische Studien zur Prüfung neuer Medikamente rascher und einfacher zu gestalten. Doch die Chancen, die Künstliche Intelligenz bzw. Augmented Intelligence eröffnet, sind stets mit einem realistischen Blick auf den aktuellen Stand der Wissenschaft zu reflektieren: „Das Problem bei der Übersetzung in virtuelle Realitäten ist die Qualität. Die Darstellungen haben große Reduktionsanteile", erklärte Folkers, der sich viele Jahre als Lehrstuhlinhaber für Pharmazeutische Chemie in Zürich mit „Drug Design" beschäftigte. Moleküle für die Wirkstoffentwicklung würden in 3D-Animationen beispielsweise quasi in einem Vakuum gesehen werden — anders, als es in der Biologie funktioniere. Doch auch wenn neue Antibiotika auf Knopfdruck in ferner Zukunft nicht realistisch sind, zeigen sich dennoch enorme Fortschritte durch den Einsatz Künstlicher Intelligenz: „Der Krebs wird nicht durch den Menschen, sondern durch Artificial Intelligence besiegt werden", zeigte sich Wolfgang Wein überzeugt. Man werde Mutationen in Tumorgewebe vorausberechnen können, um die Therapie dementsprechend zu justieren.

5. PRAEVENIRE
Gesundheitstage

„Die Presse"-SONDERBEILAGE

„Wir brauchen einen KI-Masterplan"

Digital Health. In einem ganztägigen Workshop befassten sich Experten mit der Frage, ob und wo künstliche Intelligenz im Gesundheitssystem am besten zum Einsatz kommen soll.

Gegen Mythen und Ideologien

Die Teilnehmer des Workshops „Digital Health"

Sonderbeilage DiePresse, Erscheinungstermin 19. Dezember 2021

© PETER PROVAZNIK (6), PRIVAT, BEIGESTELLT, DIEPRESSE

© PETER PROVAZNIK (7)

Teilnehmende Digital Health

- **Mag. Christoph Baldinger** | Baldinger & Partner
- **Dr. Alexander Biach** | Direktor Stellvertreter der Wirtschaftskammer für Wien
- **Prim. Univ.-Prof. Dr. Matthias Bolz** | Vorstand der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie des Kepler Universitätsklinikums
- **Susanne Erkens-Reck, MSc** | General Manager Roche Austria GmbH
- **Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Peter Ertl** | Leiter der Cell-Chip-Forschungsgruppe am Institut für angewandte Synthesechemie der TU
- **Prof. Dr. Gerd Folkers** | ETH Zürich, Departement Geistes-, Sozial- und Staatswissenschaften
- **Univ.-Doz. Dr. Franz Frühwald** | Institut Frühwald & Partner Diagnosezentrum
- **Dr. Karl Forstner** | Präsident der Ärztekammer Salzburg
- **Mag. Gunda Gittler, aHPh** | Leiterin Apotheke der Barmherzigen Brüder Linz
- **Dr. Reinhold Glehr** | Arzt für Allgemeinmedizin in Hartberg
- **Dr. Hans Haltmayer** | Beauftragter Wien für Sucht- und Drogenfragen (DIGITAL)
- **HR Dr. Thomas Holzgruber** | Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für Wien
- **Mag. Gernot Idinger, aHPh** | Österreichische Gesellschaft für Krankenhauspharmazie
- **Assoz. Prof. Priv. Doz. Dr. Susanne Kaser** | Präsidentin der Österreichischen Diabetesgesellschaft
- **Andreas Kolm, MA, LL.M.** | Stabstelle Gesundheitsökonomie und e-Health der Ärztekammer für Wien
- **Mag. Philipp Lukas Leitner, LL.B.** | Projektmitarbeiter am LIT Law Lab, JKU
- **Prof. Dr. Reinhard Riedl** | Berner Fachhochschule (BFH), Leiter des transdisziplinären BFH-Zentrums „Digital Society" (Workshop-Konzeption und Moderation)
- **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp** | Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich
- **Mag. DDr. Wolfgang Wein** | Pharmaexperte

> Es braucht den Menschen in der Mitte.
> Gunda Gittler

Einen praktischen Einblick in die Arbeit mit digitalen Tools gewährte Univ.-Doz. Dr. Franz Frühwald vom Institut Frühwald und Partner Diagnosezentrum im Rahmen seiner Keynote „Wie verändert Digitalisierung die Bilddiagnostik": „Gefäßdiagnostik läuft heute mittels Bilddiagnostik, nicht mehr via Katheter. Dennoch: In der heutzutage bereits zu 100 Prozent digitalisierten Radiologie ist KI leider zumeist mehr ärgerlich als hilfreich, es besteht hier noch großer Verbesserungsbedarf."

Mensch bleibt Entscheider

Die Dialoge der Diskutantinnen und Diskutanten spannten sich — ausgehend vom Kern der Artifical Intelligence — von digitalen Werkzeugen zum Selbstmanagement über Blended-Care-Ansätze und virtuelle Tools für Allgemeinmedizin, Fachmedizin oder Pflege bis hin zur Automatisierung von Aufgaben im Spital sowie dem Einsatz von Big Data, KI und Simulationen in der Spitzenmedizin.

„Augmented Intelligence ist nur mit einem funktionierenden Datenfluss erfolgreich. Daten müssen dort verfügbar sein, wo sie gerade benötigt werden und für die Patientinnen und Patienten Nutzen bringen können", erklärte Reinhard Riedl. Dabei mangle es in der Medizin selten an Daten, jedoch seien diese oft über viele Orte des hoch komplexen Gesundheitssystems verstreut. „Die Maschine bereitet vor, der Mensch entscheidet. Es geht nicht darum, ob der Mensch von der Maschine überwacht wird oder der Mensch bloß die Maschine überwacht. Es geht um eine Mensch-Maschine-Zusammenarbeit", reflektierte Riedl. Was zähle, sei die Stärkung der Kommunikation zwischen den Spezialistinnen und Spezialisten. Der Schlüssel zum Erfolg? Reduzierte, dafür aber hochqualitative Kommunikation, wie sie in erfolgreichen IT-Projekten praktiziert wird. Übertragen auf das AI-Stakeholder-Management bedeutet verantwortungsvolle und erfolgreiche digitale Transformation heute, Fokussierungen zu ermöglichen.

Cross-dimensionale Teams

Digitale Gesundheit funktioniert dann gut, wenn Akteure im Rahmen interdisziplinärer Teams kooperieren: Klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Medizin- und Software-Wissenschafterinnen und -Wissenschafter müssen zusammenkommen, um auf einer Ebene gemeinsam zu wirken und relevante Informationen aus Patientengespräch, Labordaten oder bildgebenden Untersuchungstechniken zu vereinen. Es braucht unabhängige Sichtweisen, die sich auf medizinische, gesellschaftliche und physikalische Elemente stützen. Doch warum hat es sich bisher als so schwierig erwiesen, unterschiedliche Expertisen zusammenzubringen? Der Schweizer Digital-Health-Fachmann Folkers dazu: „Bislang haben sich primär Tech-Communities zum Thema KI ausgetauscht. Was es braucht, sind ergänzende Denk-Communities, die einen breiteren Blick erlauben." Pharmaexperte Wein unterstrich: „Wir verzeichnen hier ein Sprachen- bzw. Verständnisproblem. Es gibt verschiedene Wissenschaftssprachen bzw. Approaches — das ist eine große Managementherausforderung."

Entwicklung einer Roadmap

Neben den drei tragenden Keynotes von Folkers, Forstner und Frühwald wurden im Rahmen von Arbeitsgruppen Fahrpläne entwickelt, die in weiterer Folge an die Gesundheitspolitik gerichtet werden sollen. Eines der Teams beschäftigte sich mit dem Aspekt „Artificial Intelligence im Versorgungsalltag". Dabei kristallisierte sich heraus, dass AI insbesondere bei Risikopatientinnen und -patienten als große Stütze identifiziert wird. Der Einsatz der Künstlichen Intelligenz bzw. selbstlernender Systeme hilft hier, Risikogruppen herauszufiltern, was sich vor allem bei unspezifischen Krankheitsbildern von Vorteil erweist. Im Bereich Diabetes bzw. bei Disease-Management-Programmen ist der Einsatz von KI sinnvoll, da Abläufe damit optimiert werden können. Letztendlich bleibt der Mensch Entscheider, die Maschine lediglich unterstützende Kraft. Mag. Gernot Idinger, aHPh von der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie, dazu: „Künstliche Systeme sind immer entscheidungsunterstützende Systeme." Mag. Gunda Gittler, aHPh, Leiterin der Apotheke der Barmherzigen Brüder Linz, unterstrich: „Uns unterstützt die Arbeit mit der elektronischen Fieberkurve im Versorgungsalltag sehr. Dennoch sehen wir AI-Datenbanken lediglich als Stütze. Künstliche Intelligenz schafft vieles heute noch nicht, auch wenn wir in Zukunft vielleicht dort hinkommen. Es braucht den Menschen in der Mitte."

> Die Politik muss sich verstärkt mit KI beschäftigen, sonst geben die derzeit großen Player den Ton an.
> Andreas Kolm

Der Entscheider Mensch müsse darüber hinaus auf Tools zugreifen können, die benutzerfreundlich aufbereitet sind und damit effiziente Interaktionen überhaupt erst möglich machen. In den Anwendungsfeldern der klinischen Pharmazie bzw. Polypharmazie zeige sich eine

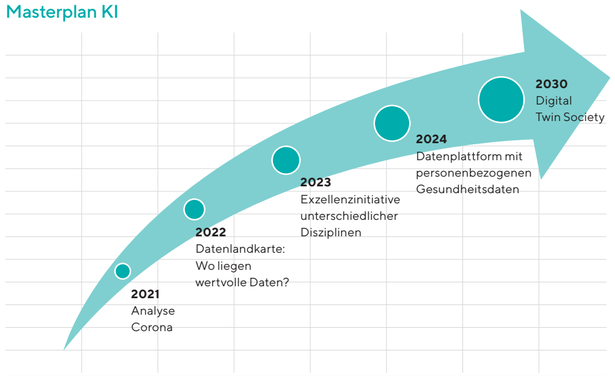
Effizienzsteigerung durch den Einsatz von AI dann, wenn die Usability stimmte und Labs vorangetrieben würden. Ein zeitsparender Mehrwert müsse schon bei der Dateneingabe ersichtlich sein, andernfalls würde es nicht funktionieren. „Ein praktisches Problem im Ordinationsalltag ist es, dass Befunde digital zusammengesucht werden müssen. Digitale Werkzeuge werden in der Praxis nur dann ihre Anwendung finden, wenn sie usable sind“, skizzierte Dr. Reinhold Glehr, Arzt für Allgemeinmedizin in Hartberg. Bei Arztbriefen sei es beispielsweise erforderlich, einen leichteren Zugang für Schlüsselfunktionen herzustellen, um Prioritäten klar erkennbar zu machen.

Datenschatz versus Datenfriedhof

Eine weitere Arbeitsgruppe fokussierte sich auf das Thema „KI in Forschung und personalisierter Medizin“. In diesem Dialog stellte sich heraus, dass digitalisierte Krankheitsverläufe auf Basis zielgerichteter AI nicht nur den Patientinnen und Patienten viel Leid sparen würden, da diese oft von A nach B geschickt werden, sondern damit auch Kosten gespart werden könnten. Dr. Susanne Erkens-Reck, MSc, General Manager von Roche Austria, betonte, dass Algorithmen zwar stets dazulernten, der gesunde Menschenverstand dürfe — wenn es um Menschenleben geht — jedoch niemals wegrationalisiert werden. Dr. Alexander Biach, Standortanwalt und Direktorstellvertreter der Wirtschaftskammer Wien, ortete eine nach wie vor zu zersplitterte Datenlandschaft: „Wir haben zu viele Insellösungen. Es ist essenziell, nicht nur eigene Datensammel-Aktionen durchzuführen.“ Erkens-Reck führte fort: „Die Health Data Strategy der EU hat das erkannt und das Ziel definiert, gemeinsame Plattformen zu schaffen.“ Auch Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Peter Ertl, Leiter der Cell-Chip-Forschungsgruppe am Institut für Angewandte Synthesechemie der Technischen Universität Wien, skizzierte eine positive Stoßrichtung: „Die Europäischen

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

Masterplan KI



Harmonisierungsbestrebungen in Bezug auf Daten gefallen mir gut. Wir verzeichnen eine grundsätzlich gute Dateninterpretation.“ Beim Design von Molekülmodellen zeigen sich noch heterogene Datensätze, die den Fortschritt behindern.

> Der Krebs wird nicht durch den Menschen, sondern durch AI besiegt werden.
>
> Wolfgang Wein

Bundesweiter Masterplan AI

Was es zukünftig brauche, sei ein „Masterplan AI“, aufbauend auf evidenzbasierter Wissenschaft und validen Daten, so der Tenor der Expertinnen und Experten. Dabei müsse der Zugriff auf Datenbanken und damit die durchgängige Datenerfassung sichergestellt sein — sowohl intra- als auch extramural. Letztendlich dürfe auf eine strukturierte Nachbetreuung samt Telemonitoring nicht vergessen werden. Erfolgreiche Projekte sollten im Rahmen des bundesweiten Masterplans ausgerollt werden — stets unter Einbindung sämtlicher Stakeholder, um Ressourcen zu bündeln und die Voraussetzungen für eine effiziente Interaktion der Akteure und Systeme zu schaffen.

Doch der Blick auf Bundesebene wird auf lange Sicht nicht genügen. Europa wird sich als Ganzes anstrengen müssen, um sich gegenüber großen Playern am Markt durchzusetzen. Andreas Kolm, MA, LL.M., Stabstelle Gesundheitsökonomie und E-Health der Wiener Ärztekammer, erläuterte: „Die Politik muss sich verstärkt mit Künstlicher Intelligenz beschäftigen, sonst geben langfristig die derzeit vorherrschenden Player den Ton an.“
Die Erstellung einer Landkarte kristallisierte sich dabei als unabdingbar heraus, um die vorhandenen Daten zu sammeln. Österreich sitze jedenfalls auf extrem vielen ungenutzten Daten, die es jetzt — unter Berücksichtigung des Datenschutzes — auszuschöpfen gelte. Letztendlich entstehe dadurch nicht nur ein medizinischer Mehrwert für betroffene Patientinnen und Patienten, sondern auch ein ökonomischer Vorteil, da durch den gewonnenen Informationsschatz sowie Prävention relevante Kosten im Gesundheitssystem gesenkt werden könnten.

© PETER PROVAZNIK (4)

Potenzial digitaler Zwilling

Eine weitere Arbeitsgruppe skizzierte eine Timeline, ausgehend vom Status Quo mit Blick in die Zukunft der Künstlichen Intelligenz. Dabei wurde für 2021 eine breite Analyse der vorhandenen Daten zu COVID-19 definiert, gefolgt von der Erstellung einer Datenlandkarte und einer Exzellenzinitiative vielfältiger Disziplinen. Ziel ist die Erstellung einer Plattform, bestückt mit personenbezogenen Gesundheitsdaten, die letztendlich — im Jahr 2030 — eine Gesellschaft abbilden soll, die auf Basis „digitaler Zwillinge“ Szenarien in Echtzeit wiedergeben bzw. simulieren kann.

Mithilfe digitaler Zwillinge sind wir in der Lage, die physische mit der digitalen Welt verschmelzen zu lassen. In Medizin, Wirtschaft und Gesellschaft können so innerhalb kürzester Zeit relevante Szenarien abgebildet, durchgespielt und getestet werden. Das Potenzial zeigt sich dahingehend, dass anstatt langwieriger Trials konkrete Lösungsstrategien entworfen und Verbesserungspotenziale ausgeschöpft werden können. Im Gesundheitswesen könnte beispielsweise vorab eruiert werden, ob operative Eingriffe oder Medikamente den gewünschten Effekt erzielen. Dabei werden eine Patientin, ein Patient bzw. ein Medizinprodukt auf dem Computer simuliert und in Form eines digitalen Avatars dargestellt. Voraussetzung ist ein umfangreiches, valides Datenpool, um einen bestimmten Heilungsverlauf sowie Erfolgsaussichten und Risiken ermitteln zu können.

Im Fokus aller weiteren Entwicklungen steht das Thema Datenschutz, das neu definiert werden muss. Letztendlich wird es, so die Expertinnen und Experten, einen breiten gesellschaftlichen Diskurs — vergleichbar mit dem EU-Beitritt — brauchen. Die Entscheidung, ob und in welchem Ausmaß wir unsere Daten für das Fortkommen der Medizin zugänglich machen, könne nur aus der Gesellschaft heraus gestaltet werden und nur im Konsens mit der Bevölkerung stattfinden. Mensch oder Maschine? Medizinische Zukunft mit oder ohne Künstlicher Intelligenz?
Susanne Erkens-Reck konkludierte: „Artificial Intelligence ersetzt nicht die Ärztin bzw. den Arzt, aber Ärztinnen und Ärzte mit AI ersetzen Ärztinnen und Ärzte ohne AI.“ P

Wenn der Herzschlag außer Takt gerät

Rund 6 Millionen Menschen in Europa leiden unter Vorhofflimmern. Im Rahmen einer Keynote bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten zeigte **DR. MARTIN ANDREAS**, welche nicht invasive Behandlungsmethode die MedUni Wien diesbezüglich entwickelt hat. | von Rainald Edel, MBA

Postoperatives Vorhofflimmern kommt bei bis zu 60 Prozent der Patientinnen und Patienten nach einer Herzoperation vor. „Es gibt verschiedene Gründe für ein Vorhofflimmern. Der Stress der Operation, das Trauma während der Operation, das Blut, das um das Herz herum ist, verschiedene Medikamente, die auf den Herzrhythmus eine Auswirkung haben“, schilderte Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD von der Universitätsklinik für Chirurgie an der MedUni Wien. Grundsätzlich könne man die Entwicklung eines Vorhofflimmerns medikamentös verhindern. Allerdings seien bei einer Operation und dem anschließenden stationären Aufenthalt ohnehin schon eine Reihe von Medikamenten vorgesehen, die unterschiedlich wirken und Nebenwirkungen haben. „Unser Zugang war, dass wir eine nicht invasive Intervention entwickeln wollten, die keine weiteren Interaktionen verursacht und deshalb möglicherweise schonender ist“, stellte Martin Andreas die Projektidee vor.

Stimulation am Ohr

Vorhofflimmern, vor allem nach der Herzoperation, stellt ein gravierendes Problem dar. Denn bei Patientinnen und Patienten, die ein Vorhofflimmern erleiden, ist das Überleben reduziert. Die typischen Komplikationen, die Vorhofflimmern auslösen können, sind zum Beispiel Schlaganfall, respiratorisches Versagen oder Lungenentzündung, da der Blutfluss reduziert wird. „Es gibt eine Studie, die nicht bei uns durchgeführt wurde, aber als Basis für unsere Entwicklung diente. Sie beschreibt eine einfache elektrische Stimulation am Ohr, die es für die Dauer der Stimulation ermöglicht, Vorhofflimmern zu unterdrücken“, erklärte Martin Andreas.

Der in der Studie stimulierte Nerv gehört zu den Ausläufern des Nervus vagus, der sich durch den ganzen Körper zieht. Dieser ermöglicht die parasympatische Stimulation. „Wenn der Mensch beispielsweise Essen zu sich nimmt, wird der Nerv stimuliert und fährt den Organismus etwas zurück. Diesen Effekt wollen wir ein wenig nachahmen“, schilderte Andreas Martin. Die Idee war, in der Stresssituation nach der Herzoperation den Körper durch Stimulation des Nervus vagus in eine Ruhephase zu versetzen. Zur Stimulation des Nervus vagus gibt es grundsätzlich zwei Zugänge. Entweder im Rahmen einer Herzoperation den Nerv direkt stimulieren oder einen nicht invasives Punkt zu finden, der den gleichen Effekt auslöst. Bekannt war, dass eine invasive Stimulation das Risiko eines Vorhofflimmerns reduziert. „Wir haben das in einer Studie an der MedUni Wien evaluiert und mit einer nichtinvasiven Stimulation im Bereich des Ohres, wo der Nervus vagus einen Ausläufer hat, verglichen und kamen zu den gleichen Reaktionen. Das Vorhofflimmern nimmt ab“, so Martin Andreas.

Pilotstudie mit deutlichem Ergebnis

„Zur Optimierung der Methode haben wir mit einem Partner ein Gerät entwickelt, das den Nerv nicht invasiv stimuliert“, schilderte der österreichische Forscher den weiteren Verlauf. In einer 1:1 randomisierten Phase-2-Studie mit jeweils 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden den Probanden Elektroden am Ohr angebracht. Die Stimulation wurde mit einer Amplitude von einem mA und einer Frequenz von einem Hz für 40 Minuten durchgeführt. Anschließend erfolgte eine Pause von 20 Minuten vor dem nächsten Zyklus. Die Patientin bzw. der Patient spürt die Behandlung nicht, da dies unter der Wahrnehmungsschwelle liegt. Dabei wurde der Herzrhythmus laufend mittels eines Holter-EKG aufgezeichnet. Der Testaufbau in der Vergleichsgruppe war gleich, allerdings folgte hier keine Stimulation.
Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer — typische herzchirurgische Fälle — lag bei über 60 Jahren. Die durchgeführten Eingriffe waren Operationen an den Herzklappen und, oder Bypass-Operationen. „Es zeigte sich, dass jene Patientinnen und Patienten die eine Stimulation erhalten haben, deutlich weniger häufig ein postoperatives Vorhofflimmern entwickelt haben, als die Kontrollgruppe, die keine Stimulation erfahren hat“, schildert Martin Andreas die Studienergebnisse. Risikoadjustiert betrachtet sei der Effekt noch deutlicher. Die Stimulation zeigte keinen Einfluss auf die postoperative Entzündungsreaktion. „In dieser Pilotstudie konnte die prophylaktische Wirkung der Vagus-Stimulation am Ohr gegen postoperatives Vorhofflimmern gezeigt werden. Eine weitere Bestätigung dieser Ergebnisse in einer größeren Multi-Zentrums-Studie ist erforderlich, um diese Therapie in die Klinik einführen zu können“, kündigte Martin Andreas die weiteren Schritte an. P

© PETER PROVAZNIK (4)

PRAEVENIRE INITIATIVE GESUNDHEIT 2030
BLOCK 1

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

Block 1 | Wissenschaft, Innovation und Finanzierung

Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020

KEYNOTES

- **Personalisierte Medizin: Nehmen Sie es nicht persönlich**
  Dr. Thomas Czypionka | IHS, Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik
- **Diabetes mellitus Typ 2: Künstlich konstruiertes Protein senkt Glukosespiegel**
  Prof. Dr. Christoph Garbers | Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Medizinische Fakultät
- **Stoppen des Vorhofflimmerns durch Stimulation des Nervus vagus**
  Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD | MedUni Wien, Uniklinik für Chirurgie
- **Vascular Aging**
  Priv. Doz. OA. Dr. Thomas Weber | Österr. Gesellschaft für Hypertensiologie
- **Frauengesundheit**
  Dr. Birgit Pfaller-Eiwegger | University of Toronto, Pregnancy and Heart Disease Research Program, Toronto General and Mount Sinai Hospitals

PODIUMSDISKUSSION

- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD | Ärztekammer Wien
- Dr. Elisabeth Lackner | GBA Group Pharma
- Mag. DDr. Wolfgang Wein | Pharmaexperte
- Vertreter des Österr. Apothekerverbands

Biobox

Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD, ist Oberarzt an der Abteilung für Herzchirurgie der MedUni Wien, AKH Wien und Medizinischen Universität Wien und Programmleiter für Herzklappenchirurgie und herzchirurgische Hybrid-OP. Er studierte Humanmedizin in Wien. Andreas vervollständigte seine akademische Ausbildung durch ein MBA- und ein PhD-Studium. Er ist Facharzt für Herzchirurgie (2014), Europäischer Facharzt (MEBCTS; 2018) sowie Facharzt für Gefäßchirurgie (2018). Seit 2017 ist er zudem Assoziierter Professor an der Universität Zürich. Internationale klinische Erfahrung sammelte er unter anderem in Paris, New York, Zürich und Stanford.

Nutzen Sie im Rahmen der **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021** die Chance, in einen persönlichen Dialog mit Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD zu treten. Zudem stehen Ihnen im Stift Seitenstetten neben PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling viele weitere hochkarätige nationale und internationale Speaker für visionäre Gespräche zur Verfügung.

JETZT ANMELDEN

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

Stimmen aus der Podiumsdiskussion

„International kann Österreich bei der Forschung nicht mithalten. Der Grund ist das Geld. Die Forschung ist oft in Venture Kapital finanziert — dazu ist Österreich und Europa generell nicht das beste Pflaster.“
Dr. Elisabeth Lackner | GBA Group Pharma

„Um das nötige Kapital aufzustellen und gleichzeitig das Risiko für den Einzelnen zu minimieren, könnte ich mir einen Fond vorstellen, der sich an den aussichtsreichsten Projekten der Top 10 Biotechunternehmen in Österreich beteiligt und hier das nötige Kapital für Innovationen und Forschung zur Verfügung stellt.“ **DDr. Wolfgang Wein | Pharmaexperte**

„Der Idee eines Fonds zur Finanzierung von innovativen Projekten kann ich einiges abgewinnen. Allerdings hat Risikokapital bei uns keine Kultur. Es bräuchte neben Gesundheitsbildung in Schulen ein tatsächliches Fach Wirtschaftskunde. Ein weiteres Instrument, das es zu beleben gälte, wären PPP-Modelle. Wir müssen neu und innovativ denken, um weiterzukommen.“ **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp | AK Niederösterreich**

Evidenzbasierte Medizin in Österreich nicht vorhanden?

Verlässliches Wissen ist notwendig, um eine optimale medizinische Entscheidung treffen zu können. In ihrer Keynote sprach **UNIV.-PROF. DR. ANDREA SIEBENHOFER-KROITZSCH** vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen darüber, wie evidenzbasierte Medizin durch aktuelle und wissenschaftlich geprüfte Informationen die Versorgung der Patientinnen und Patienten maßgeblich verbessern kann. | von Mag. Dren Elezi, MA

© MARTIN WIESNER

Eine der größten Herausforderungen in der Medizin und vor allem in der Allgemeinmedizin ist die Verknüpfung der aktuellen klinischen Forschung mit den alltäglichen Herausforderungen der Praxis. „Weltweit klafft eine riesige Lücke zwischen der großen Anzahl an Studien aus der Grundlagenforschung und tatsächlich relevanter Studien. Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten brauchen verlässliches Wissen, um optimale medizinische Entscheidungen treffen zu können. Um hier Abhilfe zu schaffen und die medizinische Forschung voranzutreiben, stellt evidenzbasierte Medizin (EbM) wissenschaftlich geprüfte Informationen zu den verschiedenen medizinischen Möglichkeiten bereit und hilft herauszufinden, welche Vor- und Nachteile eine Behandlung oder Untersuchung hat“, schilderte Univ.-Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, MedUni Graz in ihrer Keynote bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen.

Schutz vor Über- oder Unterversorgung

„Mit der evidenzbasierten Medizin gibt es unter Berücksichtigung der Präferenzen der Patientinnen und Patienten und der klinischen Erfahrung einen Ansatz in der medizinischen Behandlung, bei dem patientenorientierte Entscheidungen auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit und Zusammenhänge getroffen werden können“, erklärt Siebenhofer-Kroitzsch. Die EbM nutzt dabei das Wissen aus der Forschung rund um Diagnostik und Therapie von Erkrankungen und vereint sie mit der Präferenz von Betroffenen und der Erfahrung des Praktizierenden. Indem wissenschaftliche Studien den Nachweis für die Wirkung einer Therapie liefern, können auch mögliche unerwünschte Wirkungen aufgezeigt werden und dienen als Entscheidungshilfe für Ärztinnen und Ärzte. „EbM dient dadurch vor allem als Schutzfunktion vor Über-, Fehl-, und Unterversorgung und spielt eine wichtige Rolle als sichere Hilfestellung im Praxisalltag“, führte Siebenhofer-Kroitzsch weiter aus.

Herausforderungen: Empfehlungscharakter, Intransparenz, teure Überversorgung

In Österreich werden zwar bereits EbM Berichte erstellt, sie haben lediglich Empfehlungscharakter, bemängelte die Professorin. Dabei betonte Siebenhofer-Kroitzsch, dass die EbM seit 2013 im Gesetz der Gesundheitsreform verankert ist, worin einheitliche Vorgaben zu Kosten-Nutzen-Bewertungen und Evidenzgrundlagen von Diagnose und Behandlungsmethoden gefordert werden. „Es wird nur leider nicht umgesetzt, da es in Österreich vor der Entscheidungsfindung keine verpflichtende Voraussetzung gibt, dass solche Berichte erstellt werden müssen“, kritisiert die Expertin. Eine weitere Problematik sieht Siebenhofer-Kroitzsch in den Entscheidungsprozessen „Diese müssen transparent gemacht werden, denn solche Entscheidungsprozesse — wie es von einer Empfehlung zu einer Entscheidung kommt — ist in Österreich nicht ausreichend transparent.“

Es benötige gesetzliche Rahmenbedingungen, damit solche Berichte nicht nur erstellt, sondern tatsächlich berücksichtigt werden, fordert die Professorin.

Hohes Einsparungspotenzial

„Die Untersuchung einer Online-Befragung mit über 4.000 Internistinnen und Internisten in Deutschland hat ergeben, dass sich Internistinnen und Internisten durchaus bewusst sind, dass sie — aus Angst vor Behandlungsfehlern oder durch Druck der Patientinnen und Patienten — überflüssige Leistungen in ihrem Zuständigkeitsbereich vornehmen.“ Bei der Bevölkerung sei dieser Trend bei einer Studie der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2017 zur Wahrnehmung von Überversorgung ebenfalls festzustellen. Von über 1.000 Personen gaben 57 Prozent an, dass sie den Eindruck haben, dass in deutschen Arztpraxen überflüssige Leistungen erbracht werden. „Ein Blick auf die Auswertung von österreichischen Routinedaten aus dem Jahr 2013 zur Überversorgung zeigt, dass bei einer Million Versicherten in Niederösterreich immerhin eine Liste von über 400 fraglichen Tests und Therapien identifiziert werden konnte, veranschaulichte Siebenhofer-Kroitzsch das Einsparungspotenzial.

Der informierte Patient — ein mündiger Patient

EbM baut auf drei Säulen auf: Die Erfahrung der Ärztinnen und Ärzte und anderer Gesundheitsberufe, die qualitativ hochwertigste Evidenz und die Präferenz der Patientinnen und Patienten. Um gemeinsam Entscheidungen treffen zu können, seien vor allem Ärztinnen und Ärzte und mündige Patientinnen und Patienten auf zuverlässige und verständliche Informationen angewiesen. Es gebe laut der Expertin ein vermehrtes Bedürfnis nach einem praxisrelevanten und zeitsparenden Einsatzes solcher Evidenz. „Unser Ziel ist, die Bevölkerung mit Gesundheitsinformationen zu versorgen. Mit Kampagnen wie ‚Gemeinsam gut entscheiden‘, möchten wir Empfehlungen, die sich gegen überflüssiges Testen und Therapien aussprechen, in für Laien verständlicher Form zusammenfassen und verlässliche Gesundheitsinformationen für Ärztinnen und Ärzte anbieten“, so Siebenhofer-Kroitzsch.

Großer Aufholbedarf bei evidenzbasierter Medizin

Für die Zukunft sieht Siebenhofer-Kroitzsch das Potenzial zur Verbesserung der Gesamtsituation in praktischen und pragmatischen Implementierungsansätzen in der Kommunikation und Wissensvermittlung, damit die EbM auch Anwendung findet. „Basierend auf den Aussagen von Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten, der fehlenden Transparenz von Entscheidungsprozessen und den in Österreich nur limitiert möglichen Auswertungen von Routinedaten könne man laut Siebenhofer-Kroitzsch derzeit nicht von einer vorhandenen evidenzbasierten Medizin in Österreich sprechen“, bemängelte die Expertin abschließend. Ⓟ

BioBox

Univ.-Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch promovierte 1993 an der Karl-Franzens-Universität Graz und ist seit 2000 Fachärztin für Innere Medizin. 1998 war sie Forschungsassistentin am Cardiovascular Research Institute, University of Leicester, Großbritannien. Die Habilitation im Fach der Inneren Medizin erfolgte 2004 und seit 2005 hatte sie gemeinsam mit PD Dr. Karl Horvath die Gesamtleitung und wissenschaftliche Leitung der Research Unit „EBM Review Center“ der MedUni Graz inne. Seit 2009 ist sie Professorin für chronische Krankheit und Versorgungsforschung und stellvertretende Direktorin und Leiterin des Arbeitsbereichs Chronische Krankheit und Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin an der J. W. Goethe Universität in Frankfurt am Main und setzt seit 01. Mai 2015 diese Tätigkeit als Professorin in Teilzeit fort. Mit Wirkung vom 01. Jänner 2015 wurde Frau Univ.-Prof. Dr. Siebenhofer-Kroitzsch vom Rektor zur Universitätsprofessorin für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung berufen und mit der Leitung des neu gegründeten Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der MedUni Graz betraut.

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

PRAEVENIRE INITIATIVE GESUNDHEIT 2030
BLOCK 4

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

Block 4 | Moderne Infrastruktur und Versorgungsziele

Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020

KEYNOTES

- **2020: Mehr Effizienz bei der Erreichung von Versorgungszielen**
  DI Martin Brunninger, MEng, MSc | Dachverband der Sozialversicherungsträger
- **Frauenheilkunde 2030**
  Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein | Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Frauenheilkunde
- **Haben wir evidenzbasierte Medizin?**
  Univ.-Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch | Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung
- **Gefäßchirurgie der Zukunft**
  a. o. Univ.-Prof. Dr. Christoph Neumayer | Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Chirurgie
- **Onkologie 2030**
  Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant | MedUni Wien

PODIUMSDISKUSSION

- Dr. Alexander Biach | Wirtschaftskammer Wien
- Mag. Philipp Lindinger | Initiative Wund?Gesund!
- Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA | Mitglied des Verwaltungsrates der ÖGK
- Dr. Andreas Stippler | Ärztekammer Niederösterreich
- ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres | Ärztekammer Österreich

Folgestudie in Ischgl

Immunität auch nach acht Monaten stabil

Die zweite **ANTIKÖRPER-STUDIE DER MEDUNI INNSBRUCK** in der Gemeinde Ischgl zeigt, dass bei knapp 90 Prozent der vormals seropositiv Getesteten auch acht Monate nach der ersten Infektion Antikörper gegen SARS-CoV-2 nachgewiesen werden können. Die Untersuchung der Tiroler Gemeindebevölkerung ist weltweit eine der größten und längsten Verlaufsstudien zu Immunität nach einer COVID-19-Erkrankung. | von Rainald Edel, MBA

Die erworbene Immunität nach einer durchgemachten Corona-Infektion dürfte relativ stabil sein. „Good news aus Ischgl“, kommentierte der Rektor der MedUni Innsbruck, Univ.-Prof. Dr. W. Wolfgang Fleischhacker, das im Februar 2021 präsentierte Ergebnis der Folgestudie zur Seroprävalenz in der Ischgler Bevölkerung. Als Seroprävalenz bezeichnet man die Häufigkeit des serologischen Nachweises spezifischer Antikörper, die in einer Population zu einem bestimmten Zeitpunkt auf eine bestehende oder durchgestandene Infektionskrankheit hinweisen. Wie schon in der ersten Erhebung im April 2020 konnte auch in der Folgestudie eine hohe und damit stabile Immunität nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 festgestellt werden. Eine sehr gut charakterisierte Kohorte, die geographische Abgeschlossenheit sowie die bereits im März nachgewiesene hohe Antikörperprävalenz machen Ischgl zum idealen Ort für eine Verlaufsstudie. „Die Medizinische Universität Innsbruck kann damit einen entscheidenden Beitrag zur Frage leisten, wie lange eine Immunität nach einer SARS-CoV-2-Infektion anhält“, betonte Wolfgang Fleischhacker.

Für eine der größten und mit acht Monaten Nachbeobachtungszeit auch eine der längsten jemals durchgeführten Antikörperstudien konnten knapp über 900 Personen aus der Gemeinde Ischgl rekrutiert werden. Diese stellten sich in der ersten Novemberwoche 2020 für eine Blutabnahme zur Verfügung. „Davon hatten 801 Personen zwischen 18 und 89 Jahren bereits an der ersten Studie im April teilgenommen. Mit ihren Blutproben wurde nun anhand von serologischen Antikörpertests und spezifischen Verfahren zur Messung der zellulären Abwehr der Verlauf der Immunität analysiert“, berichtete Studienleiterin Dr. Wegene Borena vom Institut für Virologie an der MedUni Innsbruck. Die Basisstudie vom April 2020, in die auch Daten von Personen unter 18 Jahren eingeschlossen waren, wies eine Seroprävalenz von 42,4 Prozent aus. Für die 801 Probandinnen und Probanden der Folgestudie konnte im April 2020 eine Seroprävalenz von 51,4 Prozent nachgewiesen werden. Im November 2020 lag die Häufigkeit SARS-CoV-2-spezifischer Antikörper nach einer COVID-19-Infektion noch immer bei 45,4 Prozent. „Trotz leichtem Rückgang der Antikörperkonzentration im Vergleich zur ersten Studie können wir damit von einer relativ stabilen Immunität sprechen. Bei knapp 90 Prozent von den im April 2020 seropositiv Getesteten konnten auch im November Antikörper detektiert werden“, kommentierte Virologin und Institutsleiterin Univ.-Prof. Dr. Dorothee von Laer die zentrale Erkenntnis.

Antikörper und T-Zellen belegen stabile Immunität

Der Nachweis SARS-CoV-2-spezifischer Antikörper erfolgte wie bei der Basisstudie mit unterschiedlichen kommerziellen Antikörpertests, wobei in der Folgestudie ein zusätzlicher Antikörpertest hinzugezogen wurde. Ein Teil der Proben wurde zudem in einem sogenannten Neutralisationstest auch auf neutralisierende Antikörper hin untersucht, um die kommerziellen Antikörpertests zu überprüfen. Durch Bindung von Antikörpern an die Oberfläche des Virus wird seine Aufnahme in die Zelle verhindert, sodass es zu keiner Vermehrung mehr kommen kann und die Anzahl an infizierten Zellen in einer Zellkultur reduziert wird. Die Spezifität des Neutralisationstests wird von keinem automatisierten Immunassay erreicht, weshalb der Neutralisationstest vielfach als Referenztest für die Qualitätskontrolle Verwendung findet. „Der Neutralisationstest bestätigte bei einem Großteil der serologisch differierenden Ergebnisse das Vorhandensein spezifischer Antikörper gegen SARS-CoV-2“, so Borena. Bei der Suche nach neutralisierenden Antikörpern ist der Neutralisationstest alternativlos. Nicht nur virusspezifische Antikörper, auch spezifische Immunzellen können das Virus bekämpfen. Deshalb wurde in der aktuellen Studie bei 93 Proben zusätzlich eine Untersuchung vorgenommen, die das Vorhandensein dieser spezifischen Immunzellen, der T-Zellen, nachweist. T-Zellen erkennen Antigene über einen spezifischen Rezeptor, den sogenannten T-Zell-Rezeptor (TCR). Eine Untergruppe dieser T-Zellen, auch Killerzellen genannt, ist in der Lage, virusinfizierte Zellen zu erkennen und abzuräumen. Man spricht von zellulärer Immunität. Um SARS-CoV-2-spezifische T-Zellimmunität nachweisen zu können, wurden in zwei aufwendigen Testverfahren Blutzellen von Probandinnen und Probanden isoliert und mit verschiedenen Bestandteilen des Virus zusammen kultiviert. Wenn T-Zellen vorhanden sind, die das Virus erkennen können, werden diese stimuliert und produzieren bestimmte Zytokine, also Botenstoffe. Der Nachweis dieser Zytokin produzierenden T-Zellen bestätigt schließlich eine vorliegende T-Zell-Immunität. „Eine T-Zell-Immunantwort ließ sich auch in Proben mit kaum oder nicht mehr nachweisbarem Antikörpertiter belegen, was die Rolle der zellulären Immunität nach COVID-19 untermauert“, so von Laer. Es ist folglich nicht ausgeschlossen, dass eine Immunität auch dann besteht, wenn keine Antikörper mehr in den verwendeten Tests nachweisbar sind.

In der Folgestudie wurden die Probandinnen und Probanden zudem auch zu ihren Symptomen befragt. Eine erste Analyse lässt hier den Schluss zu, dass das Ausmaß der beschriebenen Symptome mit der Antikörperpersistenz korreliert. Je schwerer die Symptome, desto mehr neutralisierende Antikörper waren auch nach acht Monaten noch vorhanden.

Im Februar präsentierten Wolfgang Fleischhacker, Dorothee von Laer und Wegene Borena das Ergebnis der Folgestudie zur Seroprävalenz der Ischgler Bevölkerung — eine der weltweit größten und längsten Verlaufsstudien zu Immunität nach einer COVID-19-Erkrankung.

© FLORIAN LECHNER (3)

Geringe Neuinfektionsrate in der zweiten Welle

Von Herdenimmunität könne in Ischgl zwar nicht ausgegangen werden, so von Laer, doch die hohe Seroprävalenz könne in Kombination mit flankierenden niederschwelligen Maßnahmen, wie Maske tragen und Abstand halten, eine zweite Welle im Herbst des vergangenen Jahres verhindert haben. Die Neuinfektionsrate lag in Ischgl in diesem Zeitraum bei unter einem Prozent. Diese Entwicklung wird auch in der Analyse einer begleitenden Studie der Paris Lodron Universität Salzburg dargestellt, in der der Inzidenz-Verlauf der Gemeinde Ischgl anhand von PCR-Testergebnissen aus behördlichen Meldedaten anderen vergleichbaren Orten gegenübergestellt wurde. „Mit dieser Folgestudie war es erstmals möglich, in einer gleichbleibenden Population parallel zu den biologischen Daten auch den Verlauf der Neuinfektionsrate vergleichend zu beobachten“, schilderte von Laer. Die Ergebnisse aus Ischgl lassen den Schluss zu, dass bereits bei einer Durchimpfung von 40 bis 45 Prozent kombiniert mit Social Distancing „ein gewisser Schutz da ist“, erklärte von Laer und meint: „Ischgl ist ein Fall, der Hoffnung macht. Hoffnung auf eine frühere Rückkehr zur Normalität.“ Allerdings würden die sogenannten Problemvarianten einer baldigen Normalität vorerst einen Strich durch die Rechnung machen oder sie verlangsamen. Denn wie Studien zeigen, schützt die Immunisierung nach einer Erstinfektion mit dem „Wildtyp“ des Coronavirus nämlich nicht vor Wiederansteckung durch die Fluchtmutation B.1.351, die Südafrika-Variante. Ⓟ

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK

PRÄGNANT

Evidenz für Therapieallergene

Im Gegensatz zu den meisten Arzneimitteln sind bei Therapieallergenen viele Individualrezepturen am Markt, bei denen bislang kein wissenschaftlicher Nachweis für die Wirksamkeit erbracht werden musste. Dem hat sich die EU angenommen und sich das Ziel gesetzt, dass auch in diesem Bereich möglichst nur Therapien mit ausreichender Evidenz zum Zug kommen sollen. PERISKOP sprach mit **DR. ANDREAS BONERTZ VOM PAUL-EHRLICH-INSTITUT** in Deutschland, das mit der Umsetzung der deutschen Therapieallergene-Verordnung (TAV) betraut ist. | von Rainald Edel, MBA

Um bei der Regulierung von Arzneimitteln zur Diagnose und Immuntherapie von Allergien zukünftig enger zusammenzuarbeiten, gibt es seit zwei Jahren eine intensive Kooperation zwischen dem österreichischen Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) und dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI). Gemeinsam will man so zu einer optimalen Versorgung der Patientinnen und Patienten mit hochwertigen Test- und Therapieallergenen beitragen. Durch die Zusammenarbeit hat die deutsche TAV somit auch Auswirkungen auf Österreich.

PERISKOP: **Im rezenten CMDh Paper (Coordination Group for Mutual Recognition and Decentralised Procedures – Human) der EU mit dem Titel „Recommendation on common regulatory approaches for allergen products" (siehe Kasten) wird hervorgehoben, dass es bis dato europaweit keine einheitlichen Regelungen zur Zulassung von Präparaten zur Allergie-Immuntherapie gibt. Vielfach werden weiterhin sogenannte Individualrezepturen verordnet. Was ist der Hintergrund dieser europäischen Bemühung um einheitliche Zulassungsregelungen?**

BONERTZ: Therapieallergene sind nach europäischem Recht einheitlich als Arzneimittel definiert. Allerdings gibt es eine Ausnahme im europäischen Recht, aufgrund derer die einzelnen Mitgliedsstaaten auf nationaler Ebene bestimmte Arzneimittel von der Zulassungspflicht ausnehmen können — dies ist in vielen Ländern bei Therapieallergenen gemacht worden. Das hat allerdings zu teils unerwünschten Effekten geführt. Neben einigen Diskrepanzen in den Verfahren hat sich gezeigt, dass in einigen Mitgliedsländern fast alle Therapieallergene als Individualrezepturen ohne Zulassung in Verkehr sind. Entsprechend wurde bei diesen Produkten keine unabhängige Prüfung der Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit durchgeführt. Deshalb wurde hier eindeutiger Handlungsbedarf gesehen.

Wie schätzen Sie die Verbindlichkeit und Umsetzungsgeschwindigkeit dieses CMDh Paper in den Mitgliedsländern ein?

Innerhalb des europäischen Verbunds der nationalen Arzneimittelbehörden wurde die klare Notwendigkeit gesehen, dass man mit einer solchen Leitlinie die Harmonisierung dieser regulatorischen Herangehensweise in den einzelnen Mitgliedsstaaten unterstützen sollte. Die Leitlinie enthält für die Mitgliedsstaaten deshalb konkrete Empfehlungen zur Umsetzung inklusive der Zeiträume, bis wann die jeweiligen Punkte abgeschlossen werden sollen.
Aufgrund der breiten Unterstützung gehen wir davon aus, dass die Leitlinie einen deutlichen Einfluss auf die derzeitige Situation haben wird. Es gibt darüber hinaus auf europäischer Ebene auch weitere Gespräche, zum Beispiel mit der europäischen Kommission, um die Empfehlungen aus dieser Leitlinie auch hinsichtlich ihrer Verbindlichkeit zu verstärken.

Die Immuntherapie stellt eine sehr wichtige Therapieoption für Patientinnen und Patienten mit moderaten und schweren Atemwegsallergien dar. Gerade deshalb ist es befremdlich, warum für die Mehrzahl der sogenannten Individualrezepturen der Immuntherapie keine Studiendokumentation zur Sicherheit oder Wirksamkeit der Therapiepräparate vorliegen.

Die Ausnahme von der Zulassungspflicht für die Individualrezepturen kann durchaus sinnvoll sein und ist teils auch historisch bedingt. Dies wurde in einigen Ländern beispielsweise angewendet, um regionalen Unterschieden Rechnung zu tragen. Auch bei relativ seltenen Allergien sind Individualrezepturen häufig die einzig mögliche Option zur Durchführung einer Allergie-Immuntherapie, weil es keine zugelassenen Alternativprodukte oder nicht genügend Betroffene gibt, um klinische Studien durchzuführen. Über die Jahre führte das zu unterschiedlichen Entwicklungen in den Mitgliedsstaaten.

Bei häufigen Allergien ist dies aus unserer Sicht anders zu bewerten, da hier genügend Patientinnen und Patienten zur Durchführung klinischer Studien verfügbar sind und es häufig bereits zugelassene Alternativprodukte gibt.

In Deutschland hat der Gesetzgeber hierauf konsequent mit der Therapieallergene-Verordnung (TAV) reagiert, die eben Therapieallergene zur Behandlung häufiger Allergien unter die Zulassungspflicht stellt.

Was wir über die letzten zehn Jahre gesehen haben, ist, dass die TAV die größte Anzahl klinischer Studien und somit Erhebung klinischer die größte Evidenz in der Geschichte der Allergologie angestoßen hat.
Andreas Bonertz

© PRIVAT

In Deutschland ist bereits im Jahr 2008 die Therapieallergene-Verordnung in Kraft getreten — wie ist Ihre Sicht auf die bisherige Umsetzung der TAV aus Perspektive des Paul-Ehrlich-Institutes (PEI)?

Die TAV ist in unterschiedliche Phasen eingeteilt. Mit Inkrafttreten der TAV wurden dem PEI 2009 mehr als 6.600 Individualrezepturen angezeigt, für die es überwiegend keine Evidenz zur Wirksamkeit gab. Von diesen sind zum jetzigen Zeitpunkt nur noch 61 Produkte verkehrsfähig — das sind weniger als ein Prozent der Arzneimittel gegenüber der Anzahl vor Inkrafttreten der TAV. Diese Produkte dürfen bis zur Entscheidung über die Zulassung weiter in Verkehr gebracht werden, unterliegen aber bereits jetzt der staatlichen Chargenprüfung.

Was wir über die letzten zehn Jahre gesehen haben, ist, dass die TAV die größte Anzahl klinischer Studien und somit die größte Erhebung klinischer Evidenz in der Geschichte der Allergologie angestoßen hat. Und aus unserer Sicht — auch wenn das Verfahren noch nicht abgeschlossen ist — ist das durchaus als ein beachtlicher Erfolg zu werten.

Im Rahmen der TAV wird eine Chargenfreigabe durch das PEI durchgeführt. Ersetzt die Chargenfreigabe die Zulassung der Produkte und wird mit der Chargenfreigabe neben der Sicherheit und Qualität auch die Wirksamkeit der jeweiligen Produktcharge bestätigt?

Die Chargenfreigabe ist ein wichtiger Baustein in der Arzneimittelüberwachung und der durchgehenden Sicherstellung der Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit. Um als Pharmaunternehmen eine Charge in Verkehr bringen zu können, wird unabhängig geprüft, ob alle mit der Zulassung verbundenen Anforderungen erfüllt sind. Bei der TAV hat man den Sonderfall, dass die Zulassung noch gar nicht ausgesprochen ist, dennoch wird geschaut, ob die Charge den Qualitätsanforderungen aus den Antragsunterlagen und dem grundsätzlichen rechtlichen Rahmen entspricht.

Die Chargenfreigabe erfüllt somit nach der Zulassung (im Falle der in Verkehr befindlichen TAV-Produkte bereits vor der Zulassung) eine wichtige Qualitätskontrolle. Unsere Daten aus den vergangenen Jahren untermauern dies recht eindrucksvoll. Dennoch ersetzt die Chargenprüfung nicht die detailliertere Bewertung der Unterlagen im Rahmen einer Zulassung, sondern ist komplementär aufzufassen.

Inwieweit beeinflusst die TAV die zukünftige Behandlungsqualität von Allergikerinnen und Allergikern mit spezifischer Immuntherapie?

Die Auswahl an Arzneimitteln zur immunspezifischen Allergentherapie mit belegter Qualität, Sicherheit und insbesondere auch Wirksamkeit erhöht sich deutlich. Dies ist zweifellos im direkten Interesse der Patientinnen und Patienten.

Gibt es in Deutschland erste Ergebnisse aus den geforderten klinischen Studien im Rahmen der Therapieallergene-Verordnung für die sogenannten Hauptallergene wie Gräser/Baumpollen oder Hausstaubmilbe von den unterschiedlichen Herstellern? Wie sehen diese aus und welche Konsequenzen haben sich daran bisher geknüpft?

Wir machen eine produktspezifische Bewertung. Für zwei Arzneimittel mit positiver Datenlage konnte zwischenzeitlich eine Zulassung ausgesprochen werden. Es gibt aber auch eine Vielzahl an Produkten, bei denen die Zulassungsanträge zwischenzeitlich durch den Antragsteller zurückgezogen wurden. In einigen Fällen war dies schwachen Daten aus den klinischen Entwicklungsprogrammen geschuldet, und der Antragsteller konnte durch die Zulassungsrücknahme einer möglichen Versagung zuvorkommen. Damit ist auch die Verkehrsfähigkeit erloschen. Das PEI hat darüber hinaus auch die Möglichkeit, bei Arzneimitteln mit fraglicher Wirksamkeit die weitere Chargenfreigabe zu verwehren — auch das haben wir in mehreren Fällen getan.

Gibt es allgemeine Erkenntnisse aus diesen klinischen Studien, die vielleicht auch überraschend waren (z. B. notwendige Dosissteigerungen)?

Grundsätzlich haben wir beobachtet, dass bei der Mehrzahl der Produkte die auf dem Markt befindliche Dosis in Hinblick auf das Nutzen-Risiko-Verhältnis nicht optimal war. Entsprechend wurde bei vielen verbliebenen Produkten eine deutlich höhere Dosis in der weiteren klinischen Prüfung getestet.

Inwieweit haben diese Dosissteigerungen schon in die Behandlungsrealität Einzug gefunden?

Wir sehen, dass allergologisch tätige Ärztinnen und Ärzte sich intensiv mit den Produkten sowie ihren Patientinnen und Patienten auseinandersetzen und die Entwicklung sehr genau verfolgen.

Wie viele Phase-3-Studien wurden bislang abgeschlossen und wie viele dieser Studien haben zu einer Zulassung geführt?

Bisher wurden elf Phase-3-Studien durchgeführt. Wobei man beachten muss, dass aufgrund des Konzepts der homologen Gruppe deutlich mehr Produkte durch diese Studien abgedeckt wurden. Die Zulassung konnte für zwei Produkte unter der TAV ausgesprochen werden. Die Fristen zur Behebung klinischer Mängel bei unter der TAV befindlichen Produkten laufen noch. Insofern wird sich absehbar die Anzahl der klinischen Studien deutlich erhöhen oder die Anzahl der unter der TAV befindlichen Produkte wird sich verringern.

Im Umkehrschluss: Wie viele der Phase-3-Studien haben zu keiner Zulassung geführt? Warum haben sie zu keiner Zulassung geführt?

Das lässt sich nicht pauschal beantworten. Die klinischen Entwicklungsprogramme sind nicht automatisch mit dem Vorliegen von Daten aus der Phase 3 abgeschlossen. Teilweise müssen noch zusätzlich Daten für Kinder erhoben oder eine zweite Phase-3-Studie gemacht werden. Eine Zulassung kann letztendlich nur ausgesprochen werden, wenn aus den klinischen Daten der Beleg der Wirksamkeit erbracht ist.

Wann kann die TAV als „abgeschlossen" bezeichnet werden oder ist an eine kontinuierliche Weiterentwicklung gedacht? Wie könnte diese aussehen?

Wie vorhin schon erwähnt, laufen für die verbleibenden 61 Arzneimittel entsprechende Fristen zur Behebung noch ausstehender Mängel. Dies betrifft insbesondere die Fertigstellung der klinischen Entwicklungsprogramme. Wir gehen derzeit davon aus, dass es über das Jahr 2026 hinaus keine Fristverlängerung zur Vorlage der klinischen Daten geben wird. P

© PRIVAT

Das Team des österreichischen Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) war Anfang 2019 zu Gast am Paul-Ehrlich-Institut (PEI).

Textauszug CMDh EU-Paper

„Allergen specific immunotherapy is the only known allergy therapy which is able to activate immunomodulatory mechanisms and thus to treat the overreacting immune system in a disease modifying way (i. e. not only symptomatically suppressing allergic symptoms). When allergic rhinitis/rhinoconjunctivitis is (i) left untreated, or (ii) is only treated by symptomatic medication based on pharmacotherapy, or (iii) is treated by immunotherapy products lacking efficacy, there is a risk to escalate to more serious conditions, e.g. asthma, which can be a chronic and life-threatening disease.

In some MS, the majority of allergen products have historically been distributed in response to a bona fide unsolicited order without a marketing authorisation (MA) according to Article 5 of the Directive 2001/83/EC as a medicinal product for use by an individual patient (named patient product, NPP). While for new products a MA and a full dossier are required, for the majority of the NPPs there is no documentation or independent evaluation on quality, safety and efficacy. Some MS tightly monitor NPPs, but most do not have comprehensive information (including on availability, exact composition or pharmacovigilance issues) for these products. Importantly, there is no agreed definition at EU level on what constitutes a named patient product for allergens."

Evidenz für Therapieallergene — Kommentar des BASG

In Österreich liegen für einige Therapieallergene Zulassungen vor, die Mehrzahl der Produkte wurde aber gemäß AMG § 7a in einem vereinfachten Verfahren bewertet, welches die Überprüfung der Qualitätsdokumentation, insbesondere der Herstellung, vorsieht. Im Unterschied zu „Named Patient Produkten" bzw. Individualrezepturen werden bei dem genannten Verfahren alle qualitätsrelevanten Kriterien der Produkte bewertet und somit ist jedenfalls eine adäquate Qualität der Produkte sichergestellt.

Obwohl die EU-Gesetzgebung grundsätzlich Allergene als zulassungspflichtig einstuft, besteht die Möglichkeit, nationale Ausnahmebestimmungen aufrechtzuerhalten. Zu rigorose Kriterien hinsichtlich klinischer Studien würden mitunter durch zu geringe Patientenzahlen für klinische Studien und der geringeren wirtschaftlichen Attraktivität kleinerer Märkte vermutlich rasch zum Wegfall sehr vieler Produkte führen und Anwenderinnen und Anwender sowie Patientinnen und Patienten ohne Therapieoptionen zurücklassen. Im Gegensatz dazu sollte es aber gerade bei häufig angewandten Produkten zumutbar sein, jedenfalls klinische Studien durchzuführen, um die Wirksamkeit und optimale Dosierung zweifelsfrei zu belegen.

Vertreter des BASG diskutierten daher mit Kolleginnen und Kollegen des PEI die Einführung und Erfahrungen mit der TAV in Deutschland. Weiters wurde auch ein österreichischer Vertreter in die Allergen-Arbeitsgruppe der CMDh entsandt, um hier eine gemeinsame europäische Sicht der Allergene zur Therapie und Diagnose voranzutreiben. Mit Veröffentlichung der zitierten Leitlinie wurden Empfehlungen für eine möglichst einheitliche Regulierung von Test- und Therapieallergenen für die Mitgliedsstaaten ausgesprochen. Idealerweise findet der Succus der Leitlinie Eingang in die EU-Gesetzgebung und eine verbindliche einheitliche Anwendung innerhalb der EU wird somit gewährleistet. In diesem Sinne sollten dann auch gemeinschaftliche Zulassungsverfahren (MRP/DCP) vermehrt angewendet werden.

Sollte es zu keiner verbindlichen EU-weiten Gesetzesvorlage kommen, ist für Österreich angedacht, in den kommenden Jahren weiterhin eng mit dem PEI zusammenzuarbeiten und dafür einzutreten, Prinzipien der TAV auch für Österreich zu übernehmen. Aufgrund des relativ kleinen Marktes werden keine österreichischen Alleingänge angestrebt.

Mit österreichischen Stakeholdern wurden die derzeitigen und möglichen zukünftigen Varianten im Rahmen eines „Round Table" diskutiert, weiters fanden und finden bilaterale Besprechungen mit Inhabern von Genehmigungen gemäß AMG § 7a sowie Ärztinnen und Ärzten statt.

Ungeachtet dessen, ob ein einheitlicher verbindlicher europäischer Weg durchgesetzt werden kann oder ob es zu einer Annäherung an die TAV kommt, müssen entsprechende Übergangsfristen zur Umstellung der bestehenden Produkte jedenfalls eingeräumt werden.

Multiple Sklerose

Gute Lebensqualität als Behandlungsziel

Etwa 13.000 Österreicherinnen und Österreicher sind an Multipler Sklerose (MS) erkrankt. Im Interview mit PERISKOP spricht **UNIV.-PROF. DR. THOMAS BERGER, MSC,** Leiter der Universitätsklinik für Neurologie der MedUni Wien, über die Fortschritte der letzten Jahrzehnte im Bereich der MS-Behandlung, erläutert aktuelle Forschungsbereiche und betont, wie wichtig die Aufklärung von Betroffenen ist. | von Mag. Dren Elezi, MA

Die Multiple Sklerose ist eine Autoimmunerkrankung, die von Patient zu Patient sehr unterschiedlich verlaufen kann. Oberstes Ziel von Therapien — neben bestmöglicher Unterdrückung der Krankheitsaktivität — ist eine gute Erhaltung der Lebensqualität.

PERISKOP: Die Diagnose Multiple Sklerose erzeugt bei Betroffenen große Verunsicherung. Haben sich die Aussichten für Patientinnen und Patienten verbessert?

BERGER: Multiple Sklerose ist die häufigste neurologische Erkrankung des jungen Erwachsenenalters, die meist zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr auftritt und deutlich mehr Frauen als Männer betrifft. Die Betroffenen sind nicht nur psychisch und physisch beeinträchtigt, sondern auch mit enormen sozio-ökonomischen Auswirkungen konfrontiert. Dies speziell deshalb, da

Es geht bei MS nicht mehr darum, zu überleben, sondern um eine gute Lebensqualität.
Thomas Berger

die Erkrankung zumeist in jenen Lebensabschnitt fällt, in dem traditionell der private und berufliche Lebensaufbau stattfindet. Historisch bedingt gibt es viele Vorurteile, die mit dieser Erkrankung in Verbindung stehen und aus einer Zeit stammen, in der wir weit weniger Therapiemöglichkeiten hatten als heute. In den letzten zwei Jahrzehnten haben sich Prognose- und Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung aber laufend und insgesamt erheblich verbessert. Die Therapien wurden effektiver und die Betreuung engmaschiger. Zunehmend seltener führt diese Erkrankung zu schwerwiegenden Behinderungen. Multiple Sklerose ist zwar weiterhin nicht heilbar, sie kann aber durch einige Faktoren sehr günstig beeinflusst und im Fortschreiten verzögert werden.

Wo stehen wir heute in Sachen MS-Forschung?

In kaum einem medizinischen Bereich konnten in den vergangenen 25 Jahren so große Fortschritte erzielt werden wie in der MS-Forschung. Heute steht den Ärztinnen und Ärzten eine Vielzahl an Medikamenten zur Verfügung, die den Krankheitsverlauf nachhaltig beeinflussen. Mittlerweile gibt es Therapien, die sich auch auf die mit der Krankheit einhergehenden Symptome positiv auswirken und damit auf die Lebensqualität. Je früher eine Diagnose vorliegt, desto rascher kann die Therapie einsetzen und desto besser können wir das Fortschreiten von MS aufhalten. Heutzutage gilt es als Behandlungsstandard, eine früh einsetzende Therapie mit effektiven Medikamenten zu verfolgen und bei unzureichender Wirkung eine Alternative zu suchen und die Therapie rechtzeitig umzustellen. Mit den neuen Medikamenten können wir etwa die Schubrate um bis zu 80 Prozent und mehr verringern. Die Möglichkeit, zwischen vielen therapeutischen Optionen wählen zu können, erlaubt es Neurologinnen und Neurologen, die MS-Behandlung an die individuellen Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten und an den Krankheitsverlauf anzupassen. Wichtig ist, dass sämtliche am Markt zugelassenen Medikamente auch reimbursed sind, damit Patientinnen und Patienten der gleiche Zugang zu den für sie essenziellen Therapien ermöglicht wird. Darüber hinaus bedarf es weiterer Forschung zu innovativen Wirkstoffen, da zusätzliche Therapieoptionen auch bedeuten, dass die Behandlung von Betroffenen dadurch weiter individualisiert wird. Das Armamentarium der Neurologinnen und Neurologen soll möglichst breit sein. Das heißt aber auch, dass derzeit vielmehr die Frage zu stellen ist, wie Patientinnen und Patienten individuell zu behandeln sind. Hier ist eine sorgfältige Risiko-Nutzen-Abwägung und auch eine Anpassung an die individuellen Bedürfnisse erforderlich. Dies erhöht die Qualität, aber auch die Komplexität der Versorgung von MS-Patientinnen und -Patienten.

In welche Richtungen wird sich die MS-Forschung in Zukunft bewegen?

Wissenschafterinnen und Wissenschafter forschen intensiv nach den Gründen, warum sich das Immunsystem nicht nur gegen eindringende Mikroben, sondern plötzlich auch gegen körpereigene Strukturen richten kann. Ziel ist, mit frühem Therapiebeginn und Einsatz von modernen Medikamenten all das zu verhindern, was ohne Therapie in den nächsten Jahrzehnten im Krankheitsverlauf einer Patientin oder eines Patienten passieren könnte. Es gibt viele Ebenen der Forschung, wo noch Aufholbedarf besteht. Eine Erkenntnis der intensiven Forschungstätigkeiten der letzten Jahre war, dass sich MS immer mehr zu einer Erkrankung von Frauen entwickelt. Während meiner Studienzeit habe ich gelernt, dass es doppelt so viele Frauen betrifft wie Männer. Mittlerweile sprechen wir von einem Verhältnis von vier zu eins. Daher stellt sich die Frage, ob es hier eine genderspezifische Herangehensweise bräuchte, da Frauen ein anderes Immun- bzw. Hormonsystem haben und anders mit Krankheiten umgehen bzw. anders auf Therapien reagieren.

Welche Rolle spielt die Personalisierte Medizin bei der MS-Forschung?

Das ist ein weiterer Bereich, an dem geforscht wird. Denn wir können zwar eine Diagnose sehr gut stellen — Ziel ist aber, bei Patientinnen und Patienten eine individuelle Krankheitsprognose zu treffen. Obwohl immerhin 17 Therapien zugelassen sind und derzeitige Arzneimittel bereits bei 80 bis 90 Prozent der Patientinnen und Patienten wirken, wird an der Stratifizierung der Therapien geforscht. Der nächste entscheidende Schritt sind Biomarker, die uns sagen, welche Medikamente jeweils am besten wirken. Ein weiterer Punkt betrifft auch die Medikamente. Hier gilt es in Zukunft die Effektivität und Wirksamkeit zu steigern und gleichzeitig die Nebenwirkungen und Risiken möglichst gering zu halten.

Was raten Sie Betroffenen im Fall einer MS-Diagnose?

Mein Rat: Sprechen Sie über Ihre Erkrankung und fordern Sie bei Ihren Neurologinnen und Neurologen jene Informationen ein, die Sie brauchen. Wenn jemand die Diagnose MS bekommt, ist es ganz wichtig, entsprechend Aufklärung zu betreiben, um Ängste zu nehmen und zu erklären, dass ein selbstbestimmtes Leben mit MS möglich ist. Manche Menschen geraten aufgrund der Diagnose MS in eine schwierige psychische Situation. Problematisch wird es, wenn eine depressive Episode länger dauert. Kontakte zu Familie und Freunden sowie zu kompetenten Ansprechpartnern wie dem Arzt- und Praxisteam, aber auch zu anderen Betroffenen, sind hier sehr wichtig. Die wichtigste Errungenschaft in der MS-Behandlung der letzten 25 Jahre ist: Es geht bei MS nicht mehr darum, zu überleben, sondern eine gute Lebensqualität zu haben.

Das Armamentarium der Neurologinnen und Neurologen soll möglichst breit sein.
Thomas Berger

BioBox

Univ.-Prof. Dr. Thomas Berger, MSc, ist Professor für Neurologie und leitet seit 1. November 2018 die Universitätsklinik für Neurologie der MedUni Wien. Davor war er stellvertretender Klinikdirektor an der Universitätsklinik für Neurologie der MedUni Innsbruck. Thomas Bergers Forschungsschwerpunkte sind die Neuroimmunologie und die Multiple Sklerose. Seit 2020 hat er Leitungsfunktionen in zwei neurologischen Fachgesellschaften und ist bis Juni 2022 zum Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN) gewählt. Außerdem wurde er in den Vorstand der European Academy of Neurology (EAN) gewählt, wo er die Funktion des Chairs des Scientific Committees innehat.

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

© MEDUNI WIEN/KAWK

COVID-19-Pandemie

Studie ortet „Kollateralschäden" bei Suchtbehandlung durch Lockdown

Die Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie haben bei der Suchtbehandlung und -prävention in Österreich zu „Kollateralschäden" geführt. Zu diesem Schluss kommt der im Februar präsentierte erste Zwischenbericht einer Studie der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der **STIFTUNG ANTON PROKSCH-INSTITUT WIEN,** in der die neun Sucht- und Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren der Bundesländer interviewt wurden. | von Rainald Edel, MBA

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Suchterkrankungen erfordert eine langfristige, vertrauensvolle und kontaktintensive Betreuung. Wie auch in anderen Bereichen führt die COVID-19-Pandemie teilweise dazu, dass bereits bestehende Probleme nun wie unter einer Lupe sichtbarer werden. So wichtig, notwendig und unumgänglich die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie in Österreich waren und sind — sie bringen Kollateralschäden für das Gesundheitssystem mit sich. Zu diesem ersten Ergebnis kam der im Februar präsentierte erste Zwischenbericht einer Studie der Gesundheit Österreich GmbH, die im Auftrag der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien bis 2023 die Langzeitfolgen der COVID-19-Pandemie untersucht. Die bisherigen Erkenntnisse beziehen sich primär auf die erste COVID-19-Welle im Frühjahr 2020 und basieren auf Interviews mit den Sucht- und Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren der Bundesländer, die im Oktober und November 2020 durchgeführt wurden.
„Über alle Versorgungsbereiche hinweg — von der Prävention über ambulante und stationäre Angebote bis hin zur aufsuchenden Arbeit und Selbsthilfegruppen — war die einhellige Rückmeldung, dass Erstkontakte und instabile Klientinnen und Klienten von den Einschränkungen stärker in Mitleidenschaft gezogen wurden als laufende Betreuungen jener, die sich bereits in Behandlung befunden hatten", berichtete Studienautor Mag. Julian Strizek von der GÖG. Die Schließung stationärer Einrichtungen, wie es in sechs Bundesländern der Fall war, habe zudem negative Auswirkungen auf jene Personen gehabt, die zu diesem Zeitpunkt gerade motiviert waren, eine Behandlung zu beginnen. „Erfahrungen zeigen, dass es oftmals nur ein kleines Zeitfenster der Behandlungsmotivation gibt", so Julian Strizek.

Im Zuge der Pandemie hat sich nicht nur die Form, sondern auch der Inhalt der Beratungsgespräche verändert. So haben beispielsweise familiäre Konflikte — auch in Verbindung mit Gewalt — als Thema in der Suchtbehandlung zugenommen. Auch finanzielle und berufliche Probleme, Sorgen um den Arbeitsplatz und mit dem Jobverlust verbundene Selbstwertprobleme haben zugenommen und werden nach Einschätzung der Studienautorinnen und -autoren auch längerfristig an Bedeutung gewinnen. Aufgrund der Isolierung im Privatbereich kam es zu vermehrten Anfragen von Angehörigen, berichtet Julian Strizek: „Durch die vermehrte Zeit im Familienverbund kam es durchaus vor, dass ein bisher unbemerkter oder nicht thematisierter Alkohol- oder Cannabiskonsum plötzlich als Problem manifest wurde."

e-Health als Instrument in der Krise

In vielen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen wurde versucht, Klientinnen und Klienten per Internet oder Telefon zu beraten. Dies stellt aber laut Studie keinen vollwertigen Ersatz für den persönlichen Kontakt dar. „Das ist nicht zuletzt abhängig von der Diagnose. In stark schambesetzten Themenbereichen werden anonyme digitale Angebote oft gut angenommen", erklärte der Psychologe Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl vom Kompetenzzentrum Sucht der GÖG. Allerdings stelle Onlineberatung im niederschwelligen Bereich keinen vollwertiger Ersatz für die konventionellen physischen Settings dar, weil vielfach die notwendigen Rahmenbedingungen und technischen Voraussetzungen aufseiten der Klientinnen und Klienten nicht vorhanden seien. Weitgehend ungeklärt bzw. mit großem Aufwand verbunden sei auch die Frage des Datenschutzes. Hier wäre eine zentrale Ansprech- oder Zertifizierungsstelle hinsichtlich Onlinetools für die Einrichtungen sehr hilfreich, die aber auch die Möglichkeiten und Nutzungsgewohnheiten der Klientinnen und Klienten berücksichtigen sollte, so die Studienautorinnen und -autoren.

Langfristige Folgen zu erwarten

„Viele Personen können zwar während einer akuten Krise viele Funktionsaufgaben aufrechterhalten, die tatsächlichen psychischen Belastungen treten zeitverzögert erst in der ersten Verschnaufpause zutage. Daher ist zu befürchten, dass sich das volle Ausmaß der Krisenauswirkungen erst mit Auslaufen der aktuellen Unterstützungsmaßnahmen — etwa der Kurzarbeit — zeigen wird. Da Suchtverhalten und soziale Probleme häufig miteinander einhergehen, könnten längerfristig die sozialen und wirtschaftlichen Folgen der Coronapandemie Suchtkranke stärker treffen als andere Personengruppen", schilderte Dr. Martin Busch, Leiter des Kompetenzzentrums Sucht der GÖG. Umso wichtiger sei es, die Lücke zwischen Behandlungsnachfrage und -angebot nicht noch weiter zu vergrößern. Dies sei auch in der weiteren Finanzierung von Suchthilfeangeboten durch die öffentliche Hand zu berücksichtigen.

Stationäre Suchtbehandlungen während der Krise

Das Anton Proksch Institut war eine jener Einrichtungen, die durchgängig Suchtkranke behandelten und aus ganz Österreich Patientinnen und Patienten aus dem niedergelassenen, ambulanten Bereich aufnahmen. „Die Behandlung einer Suchtkrankheit ist kein elektiver Eingriff. Der richtige Zeitpunkt ist entscheidend für den Therapieerfolg und lässt sich nicht beliebig nach vorne und nach hinten verschieben", betonte DSA Gabriele Gottwald-Nathaniel, MAS, Geschäftsführerin des Anton Proksch Instituts. Durch die Pandemie hat sich der Gesamtaufwand in der Betreuung und Behandlung deutlich erhöht. Um den Betrieb im Haus durchgehend aufrechtzuerhalten und die Patientinnen und Patienten bestmöglich vor Ansteckungen zu schützen, herrschen seit März 2020 am API strenge Sicherheits- und Hygienemaßnahmen. So wurde eine COVID-19-bedingte Aufnahmestation geschaffen, auf der die Neuzugänge fünf bis sieben Tage lang isoliert sind und erst nach zwei zeitversetzt durchgeführten negativen PCR-Tests in den Therapiebereich verlegt werden. Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger, seit Anfang 2021 interimistischer ärztlicher Leiter des Anton Proksch Instituts, ergänzte: „Im regulären Betrieb können sich unsere Patientinnen und Patienten frei bewegen. Das hat sich natürlich massiv verändert. Manche Patientinnen und Patienten haben ihre Therapie frühzeitig beendet, teilweise weil sie die COVID-19-Hochphase lieber zu Hause oder mit ihren Familien verbringen wollten. Andere waren froh, im Haus bleiben zu können — sie haben sich bei uns sicher und geschützt gefühlt, sowohl vor der Ansteckung als auch vor einem möglichen Rückfall in ihr altes Suchtverhalten." Die Akzeptanz für Hygienebestimmungen und geänderte Settings sei — trotz der teilweise sehr einschneidenden Maßnahmen — sowohl im Team als auch bei den Patientinnen und Patienten sehr hoch, schilderten Gottwald-Nathaniel und Preinsperger.

Über die Gesundheit Österreich GmbH

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) ist das Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen sowie die Kompetenz- und Förderstelle für Gesundheitsförderung in Österreich. Alleingesellschafter ist der Bund. Das an der GÖG beheimatete Kompetenzzentrum Sucht (KOSU) ist die führende Institution im Bereich Sammlung, Analyse, Verfügbarmachung und Interpretation empirischer und strategischer Daten in Bezug auf illegale Drogen, Alkohol, Tabak, Glücksspiel und andere suchtrelevante Verhaltensweisen in Österreich.

Über die Stiftung Anton Proksch-Institut Wien

1956 als Stiftung „Genesungsheim Kalksburg" gegründet, blickt die heutige Stiftung Anton Proksch-Institut Wien auf jahrzehntelange Erfahrung im Bereich der Forschung zur Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen zurück. Sie hält außerdem 40 Prozent der API Betriebs gemeinnützige GmbH, 60 Prozent sind im Eigentum des internationalen Gesundheitsdienstleisters VAMED.

„Längerfristig könnten die sozialen und wirtschaftlichen Folgen der Coronapandemie Suchtkranke stärker treffen als andere Personengruppen." | **Martin Busch, GÖG**

„Der richtige Zeitpunkt ist entscheidend für den Therapieerfolg und lässt sich nicht beliebig verschieben." **Gabriele Gottwald-Nathaniel | API**

„Manche Patientinnen und Patienten haben ihre Therapie frühzeitig beendet, andere waren froh, im Haus bleiben zu können." **Wolfgang Preinsperger | API**

„Erstkontakte und instabile Klientinnen und Klienten wurden von den Einschränkungen stärker in Mitleidenschaft gezogen." **Julian Strizek | GÖG**

„In stark schambesetzen Themenbereichen werden anonyme digitale Angebote oft gut angenommen." **Alfred Uhl | GÖG**

© ETTL (3), LIEBENTRITT, WEY

Welldone

Mit Kreativität und Glaubwürdigkeit durch die Coronakrise!

Im Dezember begann in Österreich der dritte „harte Lockdown". Damit stellt die Coronakrise zahlreiche Unternehmen erneut vor enorme Herausforderungen.

Wir befinden uns in ungewissen Zeiten, für die es keine Gebrauchsanweisung gibt. Viele Unternehmen ächzen noch unter der Last der ersten Coronawelle bzw. deren Auswirkungen, während andere versucht haben, sich so gut wie möglich auf den zweiten Lockdown einzustellen. Nicht nur aus wirtschaftlicher Sicht, sondern auch aus kommunikativer Sicht scheint es so, als gäbe es aktuell kein Vorbei an der Coronapandemie. Die Existenz des eigenen Unternehmens, das Wohl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Umsatzverluste und wackelnde Geschäftsmodelle führen dazu, dass sich viele Unternehmen um ihre Zukunft sorgen und sich fragen, welche Kommunikationsstrategie in einer solchen Situation die richtige ist.

Glaubwürdigkeit und Ansehen stärken

Zwar sorgte der dritte Lockdown für große Verunsicherung, insbesondere bei Kundinnen und Kunden sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern — der größte Fehler, den Unternehmen nun machen können, ist aber, in Schockstarre zu verfallen. Deshalb gilt jetzt mehr denn je: Haltung zeigen und das Vertrauen in das Unternehmen stärken. Gerade in Krisenzeiten ist die Sichtbarkeit von enormer Bedeutung, schließlich will man nicht in Vergessenheit geraten und für die Zeit nach dem Lockdown gerüstet sein. Sichtbarkeit ist daher vor allem in solch turbulenten Zeiten von enormer Bedeutung. Die Kommunikation ist hier ein wesentlicher Faktor und eng mit der Unternehmensexistenz verknüpft. Sie beeinflusst Umsatz und Vertrauen. In Zeiten wie diesen besinnen sich Kundinnen und Kunden schließlich auf jene Dinge, die sie tatsächlich brauchen oder konsumieren — und sie konsumieren nur jenes, was ihnen einen Mehrwert bietet. Es ist nicht die Zeit für verkaufsorientierte Produkt- und Dienstleistungskommunikation. Vielmehr gilt es den Nutzen von Produkten und Dienstleistungen in der Kommunikation hervorzuheben. Die größten Profiteure werden Unternehmen sein, die den Kundinnen und Kunden authentisch vermitteln können, dass sie ihre Bedürfnisse kennen und in Krisenzeiten für sie da sind — das steigert die Glaubwürdigkeit und somit gleichzeitig das Ansehen Ihres Unternehmens.

Erfolgsfaktor Leadership

Doch allein eine situationsgerechte Kundenkommunikation ist nicht ausreichend, um die Krise zu überwinden. Maßgeblich zum Erfolg des Unternehmens tragen nämlich auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei. Deshalb ist es wichtig, auf deren Bedürfnisse und Ängste einzugehen und sie emotional abzuholen — ein wesentlicher Faktor, der in solch turbulenten Zeiten mancherorts vergessen wird. Eine interne Kommunikation, die Sicherheit, Empathie und Souveränität vermittelt, ist jetzt unabdingbar. Ihr Leadership kann dabei helfen, die Krise zu bewältigen.

Krisen verschieben Prioritäten

Nahezu jeder „Change" ist für ein Unternehmen ein schwieriger und oftmals schmerzvoller Prozess, vor allem, wenn er durch eine unerwartete Krise ausgelöst wird, wie im Fall der Coronapandemie. Dennoch kann ein Wandel förderlich und profitabel sein, vor allem wenn er etwa dazu genutzt wird, um neue Visionen zu entwickeln. Geben Sie ihrem Unternehmen die Möglichkeit zu wachsen, indem Sie neue Werte und Ziele definieren und gegebenenfalls auch Prioritäten verschieben. Dazu zählt unter anderem auch die Integration neuer Kommunikationsstrukturen wie etwa aktuelle Digitalisierungsschübe, die ihre Umsetzung in virtuellen Messen, Kongressen und Events finden. Wer jetzt mit kreativen (digitalen) Lösungen punkten kann, hat die Grundlage geschaffen, um die Coronakrise erfolgreich hinter sich zu lassen. MAG. DREN ELEZI, MA

#Pharmabook

Wo seid Ihr alle?

Wahrscheinlich in einer kleinen oder großen Online-Veranstaltung. Completely powered by perionlineexperts.

Spätestens seit Corona, und das ist bereits ein ganzes Jahr, kann man als modernes Unternehmen der Digitalisierung nicht mehr ausweichen. Insbesondere die digitale/Online-Kommunikation Videoconferencing, Webinare, Livestreams uvm. — hat sich unfassbar schnell etabliert. Wenigstens ein positiver Aspekt von Corona. perionlineexperts hat ebenso schnell auf die veränderte Situation reagiert. Bereits am zweiten Tag des ersten Lockdowns, also am 17. März, fand das erste Online-Expertengespräch mit rund 15 zugeschalteten Teilnehmer statt.
Seither haben die SpezialistInnen von perionlineexperts rund 220 Videoevents — Videokonferenzen, Gipfelgespräche, Symposien, Kongresse, Webinare uvm. — konzipiert und komplett abgewickelt. Unsere Partner müssen nur noch in die Kamera schauen. Dazu kommen noch über 80 Stunden Liveübertragungen u. a. bei Großveranstaltungen in ganz Österreich. So wurden die PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020 in und aus Seitenstetten mit über 400 Präsenz-Teilnehmende und 28 Keynotes mit mehr als 5.000 Zuseherinnen und Zusehern drei Tage lang als Livestream digital durchorganisiert. Dass im Livestream noch via Zoom zugeschaltete Experinnen und Experten mitdiskutierten ist für uns nur ein weiterer Leistungsausweis. Damit wurden die Gesundheitstage 2019 — trotz der sehr schwierigen Umstände, und dank eines ausgeklügelten Hygiene- und Onlinekonzeptes — sogar nochmals getoppt.
Bereits vorher, im August, hat perionlineexperts ein weiteres digitales Meisterstück abgeliefert. Das traditionelle „Schafalm"-Event abzusagen, war für uns keine Option. Also ging es mit der kompletten Technik und Mannschaft auf in die Berge. Mitgenommen haben wir starkes Internet, starken Strom für alle Fälle, drei 4K-Kameras, viel Licht, viel Ton und viel Engagement für völliges Neuland, Wasser war schon da. Beachtlicher Output von der Schafalm: acht Videomeetings, rund 80 Teilnehmende vor Ort und rund 100 Online-Teilnehmende, zahlreiche Interviews, Best-ofs und zahlreiche Links zur späteren „Nachlese". Dieses digitale Mammutprojekt wurde von einem engagierten, innovativen und bestens eingespielten Team der perionlineexperts realisiert, das rund um die Uhr durchgearbeitet hat, um den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine perfekte Erfahrung zu ermöglichen.

Hybrid-digitale Konzepte bleiben wichtig.

Mit hybriden Events verbinden Sie dementsprechend die Vorteile von realen und virtuellen Veranstaltungen. Sie ermöglichen Teilnehmenden, sowohl physisch als auch digital anwesend zu sein. So erreichen Sie zeiteffizient und preiswert eine große Zielgruppe und das, ohne eine bestimmte Veranstaltungsgröße zu überschreiten.
Der Komfort, der einem durch Videoübertragungen gegeben wird, ermöglicht die bequeme Termineinteilung für die Teilnehmenden von Events. Dadurch können noch mehr Personen — virtuell — an einem Ort sein. Dies ermöglicht eine zeitnahe Gestaltung von Veranstaltungen. Somit bleibt festzuhalten, dass die Digitalisierung von Events als neuer Standard nicht nur zu Coronazeiten eine konsequente, längst überfällige Weiterentwicklung darstellt.
Streaming-Know-how ist also das neue Must-have für Marketers. Wer seine Zielgruppe erreichen will, der braucht digitale Kommunikationskompetenz — besonders jetzt in der Pandemie. Doch Online-Events folgen gänzlich anderen Gesetzmäßigkeiten.
Ein echtes Hybrid-Event nutzt die Technologie, um das Online-Publikum in ein physisch stattfindendes Veranstaltungserlebnis einzubeziehen — so erleben Online-Publikum und Live-Teilnehmende einen gleichwertigen Event. Beide Gruppen können beispielsweise teilhaben an Diskussionen und Fragerunden, mit den Referentinnen und Referenten interagieren, mit anderen Teilnehmenden in Kontakt treten und sich austauschen. Break-Outs werden zu virtuellen Roundtables, Live-Networking wird zu virtuellen 1:1-Lunches oder zu Meet-Ups. Es geht hier nicht um pure Hybridisierung, sondern um digitale Optimierung. Bei einem Event ist (bislang) Präsenz die Pflicht, aber Online die Kür!
Falls auch Sie vorhaben, zum Beispiel ein hybrid-digitales Event samt Livestream zu veranstalten, und einen zuverlässigen Partner für die professionelle, technische Umsetzung suchen, dann schauen Sie gerne bei perionlineexperts.at vorbei.

CO-AUTOR: MAG. BERNHARD HILLEBRAND

Mag. Ferenc Papp, Geschäftsführer perionlineexperts

www.perionlineexperts.at
livestreamnow.at

© SHUTTERSTOCK (3), FELICITAS MATERN

Die Demografie zwingt zu Reformen

Die Entwicklung der Bevölkerung in Österreich und Europa ist ein Faktum, das unausweichlich Gesellschaft und Politik beeinflusst. Mehr Bedarf an medizinischen Leistungen und Pflege stehen Regionen mit abnehmender Einwohnerdichte bzw. die stark wachsenden Ballungszentren gegenüber. Ein Bündel an Maßnahmen ist notwendig, sagte **UNIV.-PROF. DR. RAINER MÜNZ** vom European Policitical Strategy Centre (EPSC) bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen. | von Wolfgang Wagner

Wachsende Bevölkerung, schrumpfende Regionen. Das Gesundheits- und Pflegewesen ist von der Entwicklung bis ins lokale Umfeld betroffen. Ohne Zuwanderung würde der demografische Wandel aber noch viel schneller erfolgen, stellte Univ.-Prof. Dr. Rainer Münz, Migrations- und Demografieexperte, bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten fest.
Insgesamt lässt die demografische Entwicklung in den Staaten Europas den Anpassungsdruck für Gesundheits- und Sozialwesen steigen. Das gilt auch für Österreich und bis hinunter in den Bereich der Regionen.
Das Beispiel Pflege: „Was kommt auf uns zu? Wir werden einen wachsenden Bedarf an häuslicher und stationärer Pflege haben. Durch die Alterung unserer Gesellschaft, aber vor allem durch die Änderung der Haushalts- und Familienstruktur", sagte Rainer Münz vom European Political Strategy Centre (EPSC). Während bis vor einigen Jahrzehnten noch die Familie mit Kindern „das" realisierte Lebensziel gewesen sei, hätte sich die Situation mittlerweile völlig gewandelt. Der Experte: „Wir werden mit wesentlich weniger nahen Angehörigen ins hohe Lebensalter kommen."

Die Erwerbsquote bei Frauen sollte erhöht werden. Notwendig sind Kinderkrippen, Kindergärten das ganze Jahr und Ganztagesschulen.
Rainer Münz

Ganz akut, wie Münz erklärte: „Die Coronakrise hat uns darauf aufmerksam gemacht. Wir sind in einem ganz erheblichen Maß abhängig von ausländischen Pflegekräften. In unseren Nachbarländern gibt es aber ebenfalls eine alternde Gesellschaft. Dort wachsen die Löhne schneller als bei uns. Die ‚Pflegeressource' Slowakei, Südpolen oder Westungarn wird nicht mehr in der selben Art verfügbar sein in 20 Jahren, wenn überhaupt."

Österreichs Regionen: unterschiedliche Entwicklung

Nimmt man Österreich als Beispiel her, zeigt sich laut dem Experten eine wachsende Bevölkerung bei vielen schrumpfenden Regionen, aber auch einzelne Gebiete mit einer zunehmenden Konzentration der Bevölkerung. Münz dazu: „Südlich des Alpenhauptkamms schrumpfen alle Regionen mit Ausnahme von Villach, Klagenfurt und des Großraums Graz. Nördlich des Alpenhauptkamms wachsen fast alle Regionen mit Ausnahme der Region Landeck, des oberen Mühlviertels und des oberen Waldviertels."
Von Hainburg bis Vorarlberg sei mit einer Verdichtung der Bevölkerung bis 2040 zu rechnen. Hier seien auch Anpassungen in Verteilung und Strukturen im Gesundheitswesen notwendig: Mehr Angebote in Regionen mit wachsender Bevölkerung, mehr Rücksichtnahme auf die steigende kulturelle und ethnische Vielfalt und Aufrechterhaltung der Versorgung in Regionen mit schrumpfender Bevölkerung.
Die demografische Entwicklung führt dabei zu Konsequenzen, auf welche Gesundheits- und Sozialsystem reagieren werden müssen: „Dort wo es heute keine Jungen gibt, wird es morgen keine Alten mehr geben. Die größte Alterung wird es aber in den ‚jüngsten' Regionen geben."
Schon müsste das Thema Pflege eigentlich ganz oben in der Prioritätenliste stehen. „Wir haben nicht ganz eine halbe Million Anspruchsberechtigte auf Pflegegeld. Diese Zahl hat sich von 1993 bis 2019 in etwa verdoppelt (von 230.000 Anspruchsberechtigten auf 456.000 Berechtigte, Anm.). 45 Prozent der Pflege erfolge ausschließlich durch Angehörige (bei einem Anteil der häuslichen Pflege von 84 Prozent). Bei der Betreuung zu Hause liegt der Anteil der mobilen Dienste bei 32 Prozent, fünf Prozent sei der Anteil der Personen mit 24-Stunden-Pflege.
Ein Problem, wie der Experte erklärte: „Niemand kann von 677 Euro (Stufe 4 des Pflegeldes; Anm.) für eine 24-Stunden-Pflege leben. (…) Pflege einzukaufen um diese Beträge geht nur, wenn es sich nicht um einheimische Pflegekräfte handelt." Und hier schlagen in Zukunft laut den Vorhersagen demografische und wirtschaftliche Entwicklung in den Herkunftsländern des Personals doppelt durch.

Europa und Österreich erstmals Einwanderungs- statt Auswanderungsregionen

Was sich an Herausforderungen gerade im Gesundheits- und Sozialwesen für die Zukunft herauskristallisiert, ist die Konsequenz von Entwicklungen, die ganz Europa betreffen. Münz: „Wenn man sich Europa gegenüber dem Rest der Welt anschaut, ist Europa ein Kontinent der Extreme. Wir haben die höchste Lebenserwartung aller Regionen in der Welt. Wir haben die niedrigste Kinderzahl und wir haben die älteste Bevölkerung von allen Kontinenten."
In Europa ist laut dem Experten die Zahl der Geburten von 7,6 Mio. im Jahr 1961 auf 5,1 Mio. im Jahr 2015 gesunken. Die Zahl der Sterbefälle stieg von 4,1 Mio. auf 5,2 Mio. an. Dass die Bevölkerung in Europa und Österreich derzeit trotzdem wachse, habe ausschließlich mit der Zuwanderung zu tun. „Seit dem Jahr 1985 haben wir zum ersten Mal nach 500 Jahren mehr Zuwanderer als Auswanderer. Europa war immer ein Kontinent der Auswanderer. Es kommen jedes Jahr etwa zwei Millionen Menschen in die EU, nach Großbritannien, Norwegen etc. hinzu."
Gleichzeitig ist ein starker Anstieg der Lebenserwartung zu registrieren. Seit 2002 sei sie in Europa von 77,7 auf 81,0 Jahre (2018) gestiegen. „Den höchsten Zuwachs an Lebenserwartung und die höchste Lebenserwartung gibt es in Südeuropa. Es gibt da keinen Zusammenhang mit dem Bruttoinlandsprodukt pro Kopf oder mit den Gesundheitsausgaben. Das hat sich entkoppelt", erklärte Münz.
Und so wird laut dem Experten die Entwicklung der Altersgruppen in der EU27 von 2019 bis zum Jahr 2100 aussehen:

- Der Anteil der 0- bis 15-Jährigen wird von 15,2 Prozent auf etwas mehr als 13 Prozent zurückgehen.
- Ebenso wird sich der Anteil der Menschen im Erwerbstätigenalter (15 bis 64 Jahre) von 64,6 auf 54,8 Prozent verringern.

© PETER PROVAZNIK

- Der Anteil der 65- bis 69-Jährigen wird von 14,4 auf 16,7 Prozent steigen, besonders stark dann der Anteil der über 80-Jährigen (von 5,8 Prozent auf 14,6 Prozent).

Maßnahmenpaket erforderlich

Um das Funktionieren von Staat und Gesellschaft in den höchstentwickelten Ländern Europas auch in Zukunft zu gewährleisten, sollte laut Münz jedenfalls ein ganzes Bündel an Maßnahmen herangezogen werden. „Man sollte Zuwanderung fördern — aber nur Zuwanderung, die in den Arbeitsmarkt erfolgt. Es geht nicht um humanitäre Zuwanderung. Das würde nur im Agrarbereich funktionieren. Wir brauchen qualifizierte Zuwanderung", betonte der Experte.

Dann sei es erforderlich „mehr und länger zu arbeiten". So sollte die Erwerbsquote vor allem bei Jugendlichen und bei der Gruppe der Frauen erhöht werden. Dazu seien bessere Ausbildungsangebote, bessere Betreuungsangebote — Kinderkrippen das ganze Jahr über, Kindergärten, Schulen im Ganztagsschulmodus — notwendig.
Und schließlich müsse man auch an die gesetzlich festgelegten Beiträge (Sozialabgaben) und die ausbezahlten Leistungen denken. Münz dazu: „Das bedeutet, mehr hineinzahlen, weniger herausnehmen."
Das damit verbundene Dilemma sei klar: Ausbezahlte Pensionen könnten möglicherweise nicht mehr adäquat für das Aufrechterhalten des Lebensstandards im Alter sein. Adäquate Pensionen könnten möglicherweise nicht mehr finanzierbar sein." Das beschäftige viele Jugendliche in Europa bereits massiv, sagte Münz.

Nutzen Sie im Rahmen der **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021** die Chance, in einen persönlichen Dialog mit Univ.-Prof. Dr. Rainer Münz zu treten. Zudem stehen Ihnen im Stift Seitenstetten neben PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling viele weitere hochkarätige nationale und internationale Speaker für visionäre Gespräche zur Verfügung.

JETZT ANMELDEN

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

PRÄGNANT

Interview

Zukunft der Krebsbehandlung

Sieben onkologische Fachgesellschaften fassten die dringlichsten Probleme der onkologischen Versorgung zusammen und forderten im Dezember 2019 eine lösungsorientierte Kommunikation aller Stakeholder. PERISKOP sprach mit dem Initiator der **„AGENDA KREBS 2030“**, dem Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie, Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe, über die Forderungen. | von Rainald Edel, MBA

Österreich wird seitens der Fachgesellschaften Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO), Österreichische Gesellschaft für Radioonkologie, Radiobiologie und Medizinische Radiophysik (ÖGRO), Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie der OEGGG (AGO), Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO ASSO), Österreichische Gesellschaft für Urologie und Andrologie (ÖGU), Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP), Österreichische Gesellschaft für Klinische Pathologie und Molekularpathologie (ÖGPath) derzeit noch als „Insel der Seligen“ gesehen. Denn für alle Patientinnen und Patienten ist eine State-of-the-Art-Behandlung in international angesehener, hoher Qualität gewährleistet, ebenso eine dichte und homogene Versorgungsstruktur. Zudem stehen die österreichischen Onkologinnen und Onkologen in einem engen interdisziplinären Austausch, der dem Wissenstransfer dient. Doch um den Status quo auch in Zukunft aufrechtzuerhalten, müssen — so sind sich die sieben Fachgesellschaften einig — zwingend weitreichende strukturelle Maßnahmen gesetzt werden.

Wolfgang Hilbe ist seit 2015 Vorstand der 1. Medizinischen Abteilung — Zentrum für Onkologie und Hämatologie mit Ambulanz und Palliativstation am Wilhelminenspital in Wien.

PERISKOP: Was führte zu der Einigung der sieben Fachgesellschaften?

HILBE: Als ich im April 2019 zum Präsidenten der OeGHO gewählt wurde, wollte ich die Präsidentinnen und Präsidenten der anderen Fachgesellschaften kennenlernen. Aus diesen Erstgesprächen kristallisierten sich einige Themen heraus, die als gemeinsamer Nenner alle Organisationen betrafen. Die vordringlichsten Problemstellungen, die wir in der onkologischen Versorgung sehen und die eine rasche Lösung brauchen, fassten wir in der „Agenda Krebs 2030“ zusammen.

Was einigt die Gesellschaften?

Historisch gesehen haben sich die einzelnen Fachgesellschaften lange Zeit abgeschottet. In den letzten zehn Jahren hat diesbezüglich ein völliges Umdenken stattgefunden. Wir haben eine Auswertung unserer Fachgesellschaft gemacht, die zeigte, dass wir österreichweit rund 10.000 Tumorboards betreuen, bei denen rund 80.000 Fälle besprochen werden. Für mich als Onkologen ist ganz entscheidend, dass an diesen Besprechungen qualifizierte, motivierte und vor allem gut ausgebildete Fachkräfte

> Denn je besser die Partner im Tumorboard sind, umso besser ist die Leistung, die wir der Patientin bzw. dem Patienten bieten können.
>
> Wolfgang Hilbe

teilnehmen. Denn je besser die Partner im Tumorboard sind, umso besser ist die Leistung, die wir der Patientin bzw. dem Patienten bieten können. Wir müssen daher schauen, dass es diese Expertinnen und Experten gibt und sie möglichst niederschwellig miteinander kommunizieren können. Es ist eine große Herausforderung, wie das nachhaltig gelingt.

Wie sieht die Zukunft der onkologischen Versorgung aus Ihrer Sicht aus?

Wenn man die Perspektive auf die nächsten zehn Jahre richtet, so soll es auch dann entsprechende Expertinnen und Experten geben, die sich in Spezialdisziplinen gut auskennen. Diese Fachkräfte müssen aber schon jetzt ausgebildet werden, denn es dauert in Summe zehn bis 15 Jahre, bis sie die entsprechende Kompetenz und Erfahrung haben. Das hat Auswirkungen auf die Personalauswahl und -entwicklung und darüber hinaus Konsequenzen, wie ich als Arbeitgeber mit den Fachärztinnen und Fachärzten umgehe.

Was muss sich in der Personalpolitik ändern?

Momentan haben wir den Effekt, dass die Expertinnen und Experten die Kliniken nach der Facharztprüfung Richtung niedergelassenen Bereich verlassen. Nur die wenigsten bleiben an der Klinik und bilden sich zu Fachexpertinnen und -experten in einer Spezialdisziplin weiter. Die Arbeit in einer Praxis ist für viele attraktiver als die Umstände an einer Klinik mit Nachtdiensten und oftmals geringerer Bezahlung als im niedergelassenen Bereich. Den Spitälern fehlen dadurch aber die hochspezialisierten Fachkräfte.

Die jüngste Prognose über Krebserkrankungen sagt einen weiteren starken Anstieg voraus. Ein Grund zur Sorge?

Die Anzahl der Krebserkrankungen pro Altersgruppe ist sogar etwas zurückgegangen. Allerdings wird die Bevölkerung immer älter und „erlebt“ somit eine Krebserkrankung, wodurch es insgesamt zu einer Steigerung der Inzidenzen kommt. Die jährliche Steigerung der Menschen über 65 Jahren beträgt um die 2,5 Prozent. Das ist aber auch jene Gruppe, die eine Krebserkrankung haben wird. Die Patientinnen und Patienten, bei denen eine Krebserkrankung diagnostiziert wurde, leben länger, weil wir sie besser behandeln können. Der Anspruch, den diese Bevölkerungsgruppe an Ärztinnen und Ärzte stellt, wird dramatisch zunehmen. Wir rechnen damit, dass in zehn Jahren 50 Prozent mehr Leistung gefordert wird. Somit stellt sich die Frage, wie wir diesen Wunsch nach Qualität beantworten können.

Die Qualität der Behandlung geht mit dem Wissen einher. Sind die österreichischen Onkologinnen und Onkologen dafür gerüstet?

Wir, die sieben Fachgesellschaften, sind der Überzeugung, dass wir die Menschen heute sehr gut versorgen können. Allerdings bereitet uns Sorge, wohin der Weg gehen wird. Auch das immer rascher anwachsende Wissen — mittlerweile verdoppelt sich das relevante Wissen rund alle drei Jahre. Manche Studien weisen sogar eine Wissens-Verdopplung alle zwei bis drei Monate aus. Allein im Bereich der Onkologie haben wir in den letzten fünf Jahren 100 neue Medikamente bekommen. Bei einer Erkrankung unterscheiden wir heute im Schnitt bis zu 20 Unterentitäten. Es braucht daher sehr viel Detailwissen und Engagement, um die richtigen Maßnahmen zu setzen. Wir brauchen dazu auch die Binnennetzwerke; um Qualität zu leisten.

Im Zusammenhang mit dem von Ihnen angesprochenen immer rascher wachsenden Wissen steht der Innovationstransfer durch klinische Studien. Auch hier sehen die sieben Gesellschaften einen Handlungsbedarf. Was gehört verbessert?

Es werden pro Jahr rund 1.000 Studien angeboten, davon sind ca. 300 offen. Jährlich werden rund 1.500 Patientinnen und Patienten in klinische Studien eingeschlossen und behandelt. Allerdings sagen 40 Prozent der leitenden Ärztinnen und Ärzte, dass sie das Studienwesen nicht aus den daraus resultierenden Einnahmen finanzieren können. Das heißt, wenn man will, dass österreichische Kliniken auch weiterhin an Studien teilnehmen, müssen die Träger eine entsprechende Grundleistung übernehmen. Die Teilnahme an Studien ist sehr wichtig, da hier unsere Expertinnen und Experten schon in einem sehr frühen Stadium Erfahrungen mit den modernsten Präparaten sammeln und dann den Fachgesellschaften berichten können über den Bedarf und den richtigen Umgang, sowie welche Patientinnen und Patienten sich überhaupt für eine neue Therapieform eignen. Sonst sind wir im Endeffekt dem Marketing von Pharmafirmen ausgeliefert, weil uns die eigene Expertise fehlt.

Die Zahl der Patientinnen und Patienten steigt, ebenso die Zahl der behandelbaren onkologischen Erkrankungen. Aber reicht eigentlich die Spitalsausstattung, wie wir sie kennen, für die nächsten zehn Jahre?

Das muss man differenziert sehen. Beispielsweise in meinem Kerngebiet, der medizinischen Onkologie, brauchen wir einen Infusionsplatz und eine Ambulanz — das haben wir. In den chirurgischen Fächern schaut die Lage schon anders aus. Hier hat sich in einigen Disziplinen der Einsatz von Chirurgie-Robotern bereits etabliert. Das technische Know-how sollte dem Zeitgeist entsprechen, und unsere Expertinnen

> Momentan haben wir den Effekt, dass die Expertinnen und Experten die Kliniken nach der Facharztprüfung Richtung niedergelassenen Bereich verlassen.
>
> Wolfgang Hilbe

und Experten sollten das für sie notwendige Equipment haben und damit auch umgehen können. Ebenso in der Pathologie gab es speziell im Wiener Raum eine längere Diskussion, ob jede Pathologie mit einem NGS-System (Next Generation Sequencing) ausgestattet sein soll, oder ob es reicht, Proben an eine zentrale Stelle zu versenden. Dem gegenüber steht die Frage der Ausbildung, denn wir brauchen in den Tumorboards eine entsprechende Anzahl an Fachkräften, die über das Wissen verfügen und die Auswertungen entsprechend interpretieren können. Ich denke, man sollte in einer vernünftigen Weise die Anliegen der Expertinnen und Experten ernst nehmen.

Eine zeitgemäße onkologische Behandlung kann vielfach ambulant bzw. tagesklinisch erfolgen. Sind Österreichs Spitäler diesbezüglich gut gerüstet?

In dem Bereich besteht ein organisatorisches Problem. Für stationär aufgenommene Patientinnen und Patienten wird der Therapieaufwand voll refundiert. Erst eine Reform des Abrechnungssystems 2018 ermöglichte auch die Abgeltung von tagesklinischen Leistungen. Daher ist es nicht verwunderlich, dass in Österreich 70 Prozent der onkologischen Therapien stationär erfolgen und nur 30 Prozent ambulant bzw. tagesklinisch. International ist das Verhältnis genau umgekehrt. Um effizienter zu werden, müssen wir Tageskliniken ausbauen und auch dezentral anbieten. Eine Anbindung an eine Klinik ist nicht zwingend notwendig.

Überspitzt gesagt, die Krebsbehandlung beim Hausarzt?

Auch wenn es grundsätzlich den Wunsch gibt, den Zugang zu einer Therapie so niederschwellig, basis- und patientennah wie möglich anzusetzen, ist es in der Onkologie nicht möglich, die Behandlung in die Hände von Hausärztinnen und Hausärzten oder einer aufsuchenden Pflegekraft zu geben. Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner spielen eine wichtige Rolle im Vorfeld der Therapie und in der Nachsorge. Allerdings würden das Komplikations-Management und das nötige Wissen in der onkologischen Behandlung die normale Hausarztpraxis überfordern. Daher wären eigenständige, dezentrale, aber durch Fachkräfte geleitete Tageskliniken die adäquate Lösung. Dringend notwendig wäre für die Hausärztinnen und -ärzte eine gute Vernetzung und Anbindung an die Original-Patientendaten, damit sie sich in der Nachsorge noch besser einbringen können. Ⓟ

Download der „Agenda Krebs 2030“ unter:

www.oegho.at/fileadmin/Benutzer/Aktuelles/Agenda_Krebs_2030_Forderungen_zur_onkologischen_Versorgung_1.pdf

© PETER PROVAZNIK (2)

Nutzen Sie im Rahmen der **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021** die Chance, in einen persönlichen Dialog mit Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe zu treten. Zudem stehen Ihnen im Stift Seitenstetten neben PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling viele weitere hochkarätige nationale und internationale Speaker für visionäre Gespräche zur Verfügung.

JETZT ANMELDEN

BioBox

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe studierte Medizin an der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, wo er am Institut für Pathologische Anatomie dissertierte. Er ist Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie sowie Additivfacharzt für Intensivmedizin. Hilbe habilitierte sich im Fach Innere Medizin und ist seit 2011 Programmleiter des PHD Studiengangs „Clinical Cancer Research“. 2015 wurde er zum Vorstand der 1. Medizinischen Abteilung — Zentrum für Onkologie und Hämatologie mit Ambulanz und Palliativstation ans Wilhelminenspital in Wien berufen. Im April 2019 wurde Hilbe Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie.

Wo seid ihr alle?

Wahrscheinlich sind alle in einem professionellen Videomeeting powered by perionlineexperts.

perionlineexperts ist eine führende Onlineagentur und Ihr erster Ansprechpartner für Ihre perfekten Online-events — Videoconferencing, Webinare, Livestreams uvm. Seit Anfang 2020 haben die SpezialistInnen von perionlineexperts über 220 Videoevents und über 80 Stunden Livestream – Videokonferenzen, Gipfelgespräche, Symposien, Kongresse, Webinare uvm. – konzipiert und komplett abgewickelt. Von 2 bis 5.000 Personen, komplette 24/7-Organisation, Hotline und Nachbetreuung. Plus: Best-of-Videos, Social-Media-Coverage, Website-Update, 360° Internet eben. Jetzt einfach anfragen und Ihr Videomeeting kommt. **PS: Bei uns hat Videoconferencing sogar einen Namen: Videokon-Ferenc Papp.**

perionlineexperts.at
livestreamnow.at

+43 664 222 7 222

info@perionlineexperts.at

Lazarettgasse 19/4. OG, 1090 Wien

peri onlinee›▪perts