

# PERISKOP

98

APR 2021

Standpunkte.  
Dialog.  
Konsens.

Die neutrale  
Plattform  
zum offenen  
Meinungs-  
austausch.

**Berufliche  
Reintegration**  
Eva Höttl

**Gatekeeper  
im Gesundheits-  
system**  
Werner Leber

**Neue Arznei-  
mittelstrategie  
für Europa**  
Martin Schaffenrath

**Gemeinsam  
zukunfts-  
fest  
und krisen-  
sicher**

Interview mit Christa Wirthumer-Hoche



PEOPLE

## Gemeinsam zukunftsorientiert und krisensicher

Sie ist Leiterin der AGES Medizinmarktaufsicht, verfahrensleitendes Mitglied des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) und erste weibliche Vorsitzende des Management Boards der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA): DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche plädiert in Krisenzeiten für eine kommunikative und operative Vernetzung internationaler Gesundheitsbehörden. Das Ziel: eine nachhaltige Vorsorge- und Reaktionsfähigkeit und die Stärkung Europas als pharmazeutischer Forschungs- und Wirtschaftsstandort.

- 4 **Christa Wirthumer-Hoche:** Gemeinsam zukunftsorientiert und krisensicher
- 7 Nachruf: **Herbert Pichler**
- 8 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: **Wiedereingliederung und berufliche Reintegration**
- 9 **Neue Arzneimittelstrategie für Europa**
- 10 PERISKOPINION Leader: **Hans Ikenberg und Constanze Nemes: Mittels digitaler Zytologie Gebärmutterhalskrebs treffsicherer verhindern**

## Impressum

- Medieninhaber** Welldone Werbung und PR GmbH  
Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien  
Tel. 01/40213 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. 01/40213 41-0, Fax: DW-18, E-Mail: redaktion@periskop.at
- Chefredakteur** Robert Riedl
- Autorinnen und Autoren** Damir Bilali; Dr. Juliane Bogner-Strauß; Rainer Edl, MBA; Mag. Dren Elezi, MA; Mag. Ferenc Papp; Mag. Alfred Riedl; Dr. Andreas Stippler, MSc; Dominique Sturz; Lisa Türk, BA; Wolfgang Wagner; Mag. Julia Wolkerstorfer; Christopher Zajac
- Foto Cover** Ludwig Schedl
- Design** Katharina Harringer
- Lektorat** Birgit Maria Pfaffinger, BA; Mag. Sylvia Schlacher
- Druck** Druckerei Ferdinand Berger & Söhne GmbH
- Auflage** 6.000 | Erscheinungsweise: 6x 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

## Coronapandemie — Wien ist anders

In enger Abstimmung haben die Wiener Magistratsabteilung 15 (Gesundheitsdienst) und die Ärztekammer für Wien Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie entwickelt und umgesetzt. PERISKOP sprach mit dem Wiener Gesundheitsstadtrat, Peter Hacker, und dem Vizepräsidenten der Ärztekammer Wien, Dr. Johannes Steinhart, welche Vorteile und Ergebnisse diese akkordierte Vorgehensweise in der Pandemiebekämpfung bisher gezeigt hat.

- 12 **Michael Gnant:** Neue Standards in der Brustkrebsbehandlung
- 14 **PERISKOPINION Leader: Peter Hacker und Johannes Steinhart: Coronapandemie — Wien ist anders**
- 17 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: Grundlage für eine optimale Gesundheitsversorgung**
- 18 **Kolumne »360°Blick«** von Dominique Sturz
- 18 **Kolumne »Starke Muskeln«** von Andreas Stippler
- 19 **Klinik Pirawarth in Wien: Flexible und patientenorientierte Reha-Möglichkeiten**



PIONIERS

## Erste Studie zur Einstellung Jugendlicher zu Pflegeberufen

Im Rahmen einer Studie der Arbeiterkammer Niederösterreich (AK-NÖ) mit dem Institut für Jugendkulturforschung wurden erstmals Jugendliche befragt, wie sie zum Pflegeberuf stehen und welche Ansichten sie mit dieser Thematik verbinden. PERISKOP sprach mit Markus Wieser, Präsident der AK-NÖ und Vorsitzender des ÖGB NÖ, über die Ergebnisse der Untersuchung und die daraus abzuleitenden Schritte.

- 20 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: Mehr kardiovaskuläre Untersuchungen bei Frauen nötig**
- 21 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: Die Zukunft der Orthopädie und Traumatologie**
- 22 **Markus Wieser:** Erste Studie zur Einstellung Jugendlicher zu Pflegeberufen
- 24 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: Vision für die Pflege**
- 25 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: Herzinfarkte durch nuklearmedizinische Methoden verhindern**
- 26 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: Lotsen und definierte Behandlungspfade bewähren sich**
- 27 **Krisenhelfer VAMED: Bilanz eines außergewöhnlichen Jahres**

© LUDWIG SCHEDEL (2), AK-NÖ/PHOTOMAXX.COM



PLATTFORMEN

## Präklinische Versorgung auf höchstem Niveau

Die Berufsrettung Wien (MA 70) ist die größte Rettungsorganisation in der Bundeshauptstadt. Sie ist für den überwiegenden Teil der medizinischen Notfälle zuständig und erfüllt den landesgesetzlichen Auftrag, das Rettungswesen in der Stadt Wien zu organisieren und durchzuführen. PERISKOP sprach mit dem Leiter der Wiener Berufsrettung, Senatsrat Mag. Dr. Rainer Gottwald, MBA und blickte hinter die Kulissen des Rettungswesens in der Bundeshauptstadt.

- 28 **Programm: 6. PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020**
- 30 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: Die Zukunft der neuen Sozialversicherungsstruktur**
- 31 **Gipfelgespräche am Fuße der Rax**
- 32 **Rainer Gottwald:** Präklinische Versorgung auf höchstem Niveau
- 34 **PERISKOP Digital:** Aus alt mach Online-Magazin!



POLITIK

## Arzneimittelversorgung aus wettbewerblicher Sicht

Seit Anfang 2017 analysiert die Bundeswettbewerbsbehörde (BWB) den österreichischen Gesundheitsmarkt. PERISKOP sprach exklusiv vorab mit Dr. Theodor Thanner, Generaldirektor der BWB, über den dritten Teilbericht zum Thema Arzneimittelversorgung.

- 36 **Theodor Thanner:** Arzneimittelversorgung aus wettbewerblicher Sicht
- 38 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: Mehr Effizienz bei der Erreichung von Versorgungszielen**
- 39 **Kolumne »Gesunde Zukunft«** von Juliane Bogner-Strauß
- 39 **Kolumne »Welldone«**
- 40 **Spinale Muskelatrophie verstehen**
- 41 **Andreas Huss:** Erfolgsgeschichte mit Verbesserungspotenzial

© PETER PROVAZNIK (3), FELICITAS MATERN, AVENIR SUISSE



PORTFOLIO

## Gefäßalter — ein attraktives Screeningtool

Nach der „Global Burden of Disease“-Studie 2010 ist Bluthochdruck weltweit der größte Risikofaktor, frühzeitig zu sterben oder mit einer Behinderung zu leben. In seiner Keynote bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten erläuterte PD Dr. Thomas Weber die Bedeutung der Blutdruckkontrolle und welche massentauglichen Screeningmöglichkeiten es gibt, um Erkrankungen möglichst frühzeitig zu erkennen.

- 42 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: Künstliches Zytokin als Therapiehoffnung**
- 43 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: Gefäßalter — ein attraktives Screeningtool**
- 44 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: Gesundheitsberufe für die Zukunft gestalten**
- 45 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: Erfolge der Onkologie**
- 46 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: Therapieort und Methodenwahl als Überlebensfaktoren**
- 47 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: Fakten richtig kommunizieren**



PRÄGNANT

## Chancen statt Risiken in den Fokus setzen

Prof. Dr. Reinhard Riedl, Leiter des transdisziplinären Zentrums Digital Society der Berner Fachhochschule, geht im Gespräch mit dem Schweizer Digital-Health-Experten Dr. Patrick Dümmler, Clustermanager bei Health Tech Cluster Switzerland (HTCS), den Fragen nach, welche Vorteile das Lernen von Good-Practice-Beispielen im Gesundheitswesen hat, wie gesetzliche Hindernisse hier die Entwicklung von Innovationen hemmen und warum man stets die Chancen statt den Risiken im Fokus behalten sollte.

- 48 **PERISKOPINION Leader: Reinhard Riedl und Patrick Dümmler: Chancen statt Risiken in den Fokus setzen**
- 50 **Ajmal Wallmann:** Innovationen und präzise Therapien in der Dermatologie
- 52 **Kolumne »Gemein(d)sam«** von Alfred Riedl
- 52 **Kolumne »#Pharmabook«** von Ferenc Papp
- 53 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020: Blick auf den Gesundheits-Horizont**
- 54 **SMA-Neugeborenen-Screening — jetzt!**

# Gemeinsam zukunfts- und krisensicher

Sie ist Leiterin der AGES Medizinmarktaufsicht, verfahrensleitendes Mitglied des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) und erste weibliche Vorsitzende des Management Boards der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA): **DI DR. CHRISTA WIRTHUMER-HOCHE** plädiert in Krisenzeiten für eine kommunikative und operative Vernetzung internationaler Gesundheitsbehörden. Das Ziel: eine nachhaltige Vorsorge- und Reaktionsfähigkeit und die Stärkung Europas als pharmazeutischer Forschungs- und Wirtschaftsstandort. | von Lisa Türk, BA

In enger Zusammenarbeit mit dem Geschäftsfeld Medizinmarktaufsicht der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) begleitet das BASG auf nationaler und internationaler Ebene eine Vielzahl an Aktivitäten rund um den Lebenszyklus eines Arzneimittels. Dazu zählen unter anderem wissenschaftliche Beratung, Freigabe klinischer Prüfungen, Bewertung von Zulassungsunterlagen, Arzneimittelzulassung, Inspektionswesen, Laborkontrollen und Pharmakovigilanz (Arzneimittelsicherheit). Hinzu kommen Aufgaben im Zusammenhang mit dem Aufbau österreichischer Netzwerke und die Mitarbeit bei der Implementierung neuer Gesetzeswerke innerhalb der Europäischen Union.

Im Bereich der Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika obliegen BASG/AGES Medizinmarktaufsicht die Marktüberwachung und Vigilanz — nicht aber die Zulassung. Denn je nach Klasse des Medizinprodukts liegt diese entweder ausschließlich in der Verantwortung des Herstellers oder erfolgt im Zuge eines Konformitäts-

bewertungsverfahrens bei einem Notified Body — und diese benannten Stellen sind verstreut in der EU zu finden. Ein CE-Kennzeichen ermöglicht dann den Vertrieb in der gesamten EU. „Ein relativ neuer Kompetenzbereich hat sich bereits im Laufe der letzten zehn bis 15 Jahre sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich in Verbindung mit der Verfügbarkeit von Arzneimitteln und Lieferengpässen abgezeichnet“, erläutert Dr. Christa Wirthumer-Hoche im Gespräch mit PERISKOP. Gerade die Coronapandemie hat klar gezeigt, dass es in Krisensituationen häufig zu einem sprunghaften Anstieg des Bedarfs an bestimmten Arzneimitteln kommt — speziell in der Intensivmedizin. BASG und AGES Medizinmarktaufsicht (AGES MEA) haben in Österreich durch die Intensivierung des Knüpfens von Informationsnetzwerken angesetzt. „Lieferengpässe sind allerdings kein rein nationales, sondern vielmehr ein globales Problem, das es weltweit und somit nachhaltig in Angriff zu nehmen gilt“, betont die Leiterin der AGES Medizinmarktaufsicht.

## BioBox

**DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche** studierte an der Technischen Universität Wien Biochemie und promovierte am Institut für Medizinische Physiologie. Seit 1983 ist sie in unterschiedlichen Funktionen im pharmazeutisch regulatorischen Umfeld tätig. Seit 2013 leitet sie die AGES Medizinmarktaufsicht; auf EU-Ebene ist sie seit 2016 — mittlerweile in zweiter Amtsperiode — Vorsitzende des Management Boards der EMA. Privat widmet sie sich, wenn es die Zeit erlaubt, gerne dem Reisen, Fotografieren, Radfahren, Wandern und ihren Enkelkindern.

Bezüglich der Vermarktung von Arzneimitteln muss aber klar festgehalten werden, dass es eine strikte Trennung zwischen der Begutachtung und der Beschaffung gibt. „Wir im BASG sind für die Begutachtung zuständig. Mit finanziellen Überlegungen sowie Strategien im Sinne der Beschaffung und Impfstrategien haben wir nichts zu tun. Dazwischen ist eine Firewall“, betont die Expertin. Denn keineswegs dürfe der finanzielle Faktor in die Prüfung auf Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit eines Arzneimittels mit einfließen.

## BASG unter Top 5 der EU-Behörden

Im europäischen Netzwerk hat sich das BASG bei der Begutachtung von Zulassungen „eine wirklich beachtliche Position erarbeitet. Als ich 2013 die Leitung der AGES Medizinmarktaufsicht übernommen habe, wollten wir unter die Top 10 kommen. Wir haben unsere Zielsetzung geschärft — mit Erfolg. Österreich zählt heute im EU-Netzwerk aus nationalen Behörden und EMA zu den Top 5 Partnern“, berichtet Wirthumer-Hoche.

Im zentralen Zulassungsverfahren können sich die Gesundheitsbehörden der Mitgliedstaaten um die hauptverantwortliche Rapporteurschaft oder Co-Rapporteurschaft bewerben. Ausgewählt werden jene Rapporteurs, mit denen man im Laufe der Jahre besonders gute Erfahrungen gemacht hat. Das BASG steht hier im EU-Ländervergleich aufgrund seiner hohen wissenschaftlichen Expertise sogar ganz vorne — an der Spitze. Wirthumer-Hoche: „Ich bin wirklich sehr stolz auf mein hoch engagiertes Team, das unermüdlich Unglaubliches leistet — aktuell im Zusammenhang mit der Begutachtung von COVID-19-Therapeutika und -Vakzinen. Unter Zeitdruck. Tag und Nacht. Im Homeoffice.“ Virtuell findet die europäische Zusammenarbeit im zentralen Verfahren nun bereits seit über einem Jahr statt. Auf EU-Ebene sorgen zusätzliche wöchentliche Telekonferenzen und Updates zur Arzneimittelversorgung, Bedarfserhebung und zu etwaigen Lieferengpässen hinsichtlich COVID-19-Therapeutika sowie -Impfstoffe generell, für eine sehr gute Informationsvernetzung und somit für raschere Lösungsansätze. Wirthumer-Hoche: „Wir haben auf EU-Ebene bereits vier Impfstoffe nach einem engmaschigen Zeitplan geprüft, zugelassen und konnten dank des ausgezeichneten europäischen Pharmakovigilanzsystems selbst jene Fälle erkennen, die von sehr seltenen Nebenwirkungen betroffen waren. Das schafft nur ein wirklich gut vernetztes System.“

## EMA an vorderster Front

Auch Vernetzung und Verhältnis zwischen BASG/AGES Medizinmarktaufsicht und EMA seien „bestens“. Christa Wirthumer-Hoche ist seit 2016 Vorsitzende des EMA-Management Boards. Im März 2019 erfolgte ihre Wiederwahl für einen Zeitraum von drei Jahren. Aufgrund

des Brexit war die EMA, mit früherem Sitz in London, zunächst mit einer Übersiedelung konfrontiert. Amsterdam setzte sich gegenüber seiner EU-Mitbewerber — darunter auch Wien — als neuer Sitz durch. Zunächst blieb ein Teil der Belegschaft in London, der andere Teil übersiedelte nach Amsterdam in ein Interimsgebäude. Der Einzug in das neue Gebäude war ursprünglich für März 2020 geplant. „Während der Vorbereitungszeit auf den Brexit und der Umzugsphase arbeiteten wir in der EMA einen Business Continuity Plan aus, um die Sicherstellung der wichtigsten Aufgabenbereiche zu gewährleisten. Dann kam COVID-19 und damit verbunden der Umstieg auf eine rein virtuelle Zusammenarbeit. Zusätzlich zu den planmäßigen Meetings kamen noch zahlreiche außerordentliche Meetings des Management Boards sowie noch nie da gewesene Herausforderungen als Draufgabe hinzu“, so Wirthumer-Hoche zurück. Und nicht nur der Brexit, sondern vor allem auch die Pandemie, haben Schwachstellen und Lücken der europäischen Gesundheitsversorgung aufgezeigt.

Die Vorsitzende des Management Boards betont an dieser Stelle die Bedeutung der Stärkung des Mandats der EMA und somit die Einbindung weiterer Expertinnen und Experten in den Prozess der Entwicklung neuer COVID-19-Therapeutika und -Vakzine. „Seit April 2020 steht eine spezialisierte wissenschaftliche Taskforce (ETF) den Pharmaunternehmen für wissenschaftliche Beratung zu klinischen Studien und Produktentwicklung Rede und Antwort“, so Wirthumer-Hoche. Zum anderen verweist sie auf die Beschleunigung des zentralen Zulassungsverfahrens: die zusätzliche Möglichkeit des sogenannten Rolling-Reviews. Dabei erfolgt die Begutachtung von bereits vorhandenen Datenpaketen noch bevor das „reguläre“ zentrale Verfahren nach Vorlage aller erforderlichen Unterlagen seitens des Antragstellers startet. Wirthumer-Hoche: „Rolling Review ist ein Produkt der Krise, das uns — zumindest zu gewissen Teilen — erhalten bleiben wird.“ Sie gibt allerdings zu bedenken, dass Experten in der Begutachtung derzeit thematisch sehr fokussiert vorgehen. „Das wird künftig nicht immer so sein können. Wir benötigen auch Ressourcen für die Non-COVID-19-Produkte, es gibt auch andere wichtige innovative Arzneimittel.“ Ein weiterer Punkt im erweiterten Mandat der EMA sind die Bemühungen zur Koordinierung einer sicheren Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Eine hochrangige Lenkungsgruppe der EU zur Überwachung möglicher Engpässe bei Arzneimitteln wurde dringlichkeitsbedingt zwar eingerichtet, jedoch gibt es auf EU-Ebene derzeit noch keinen dergleichen operativen Mechanismus.

## Schaffung einer EU-Gesundheitsunion

Die Präsidentin der Europäischen Kommission Ursula von der Leyen hat in ihrer Rede zur Lage der Union im September 2020 erste Schritte zur „Schaffung einer europäischen Gesundheitsunion“ angekündigt, um die krisenbedingten Zusatzaufgaben nachhaltig zu bewältigen. Ein künftiger Baustein der Gesundheitsunion wird die European Health Emergency Response Authority (HERA), eine eigene EU-Behörde für die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen sein. „Die HERA soll auf EU-Ebene eine spezielle Struktur im Zusammenhang mit Unterstützung, Entwicklung, Herstellung und Einsatz medizinischer Gegenmaßnahmen bei grenzüberschreitenden Gesundheitskrisen bieten“, führt Wirthumer-Hoche aus. Ein wichtiger Fokus wird auf der (Weiter-)Entwicklung und Zulassung der

Es muss gewährleistet sein, dass jede Patientin und jeder Patient ihr bzw. sein Arzneimittel bekommt, dass die Produktionskapazität angekurbelt und der zusätzliche Bedarf gedeckt wird.

Christa Wirthumer-Hoche



COVID-19-Vakzine liegen. Die große Herausforderung dabei: die Mutationen. Es gilt, diese in internationaler Zusammenarbeit einerseits so rasch wie möglich nachzuweisen und andererseits bereits bestehende Impfstoffe bestmöglich zu adaptieren. „Zusätzlich ist es essenziell, in der Impfstoffzulassung präventiv ein effizientes regulatorisches System ohne bürokratische Hürden weiter auszubauen. Daher hat man auf EU-Ebene die Gesetzgebung für Änderungsanträge adaptiert, um bereits vorhandene Impfstoffe rasch anpassen und schlussendlich auch für Mutationen genehmigen zu können — als monovalenten Impfstoff oder Kombinationsimpfstoff“, erklärt Wirthumer-Hoche. Ein weiteres Hauptaugenmerk der HERA knüpft an die Erhöhung der Produktionskapazität, somit Erfassung von Engstellen und einem EU-Netzwerk für klinische Prüfungen an. „Es muss gewährleistet sein, dass jede Patientin und jeder Patient ihr bzw. sein Arzneimittel auch bekommt, dass die Produktionskapazität angekurbelt und der zusätzliche Bedarf gedeckt werden können“, sagt Wirthumer-Hoche.

## Einigkeit auf Nationalebene

In diesem Zusammenhang stehen auf nationaler Ebene weitere krisenbedingte Veränderungsprozesse und Herangehensweisen an. Prä-Corona arbeiteten BASG und AGES Medizinmarktaufsicht primär sehr erfolgreich mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), den anderen EU-Behörden und der EMA zusammen. Im Zusammenhang mit der Bedarfserhebung und Verteilung von Arzneimitteln haben sich der direkte Austausch und die Zusammenarbeit mit den Bundesländern nun ebenfalls als sehr wichtig herausgestellt. „Das vom BASG gemeinsam mit den Anstaltsapothekerinnen und —apothekern implementierte System der gerechten Verteilung von bestimmten Arzneimitteln hat sich im intramuralen Bereich bestens bewährt. Es war uns wichtig, ein Verteilungsschema zu erarbeiten, um die gerechte Verteilung von COVID-19-Therapeutika sicherzustellen“, erläutert die Leiterin der AGES Medizinmarktaufsicht. Hier setze das BASG allem voran auf ein einvernehmliches Verständnis zwischen Bund und Ländern.

## Pharmastrategie der Europäischen Kommission — vier Säulen

Nationale Einigkeit und Maßnahmen zur Schaffung einer EU-Gesundheitsunion ebnet den Weg, um gemeinsam an einem Strang zu ziehen, gemeinsam ein zukunftsfestes und krisensicheres Pharmasystem für Europa zu schaffen. „Natürlich war das letzte Jahr dadurch gekennzeichnet, dass die einzelnen Behörden an nationalen Strategien mit ihren eigenen Kernthemen gearbeitet haben — darunter auch wir im BASG und der AGES MEA, die wir uns stets an der Strategie des EU-Netzwerks orientiert haben. Denn man muss natürlich immer darauf achten, dass nationale Strategie, EMA-Strategie und schließlich die Strategie der Europäischen Kommission Hand in Hand miteinander gehen“, betont Wirthumer-Hoche. Die pharmazeutische Strategie der Europäischen Kommission stützt sich auf vier Säulen, die legislative und nicht-legislative Maßnahmen umfassen. Die erste Säule befasst sich mit der Stärkung des europäischen Forschungs- und Wirtschaftsstandortes auf der Weltbühne unter Berücksichtigung der durch COVID-19 aufgezeigten Schwachstellen. Hier gilt es, die entsprechenden Verbesserungsmaßnahmen zu treffen, Prozesse zu vereinfachen und zu straffen — Stichwort Rolling Review. „Innovation und Fortschritt in der Arzneimittelzulassung finden natürlich stets unter der Wahrung der Grundprinzipien von Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität statt“, stellt Wirthumer-Hoche in diesem Zusammenhang sicher. Die zweite Säule befasst sich mit der Implementierung eines entsprechenden regulatorischen Umfelds, das für Neuerungen und Investitionen attraktiv ist und auf einen zukunftssicheren Rechtsrahmen, der die Industrie unterstützt, baut. Forschung und neue Technologien, Förderung der Wettbewerbsfähigkeit, Innovation und Nachhaltigkeit der pharmazeutischen Industrie der EU und die Entwicklung hochwertiger Arzneimittel sind die Kernpunkte. Die dritte Säule vertritt die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung. Insbesondere wird das BASG seit Jahren vorhandene Problem der Lieferengpässe thematisiert. „Diese werden



auch nach der Pandemie nicht von alleine verschwinden“, schlussfolgert Wirthumer-Hoche. „Hier gilt es, auf EU-Ebene entsprechende Maßnahmen wie etwa Transparenz über Lagerbestände und Bevorratung zu fordern und gegebenenfalls gewisse Bestimmungen gesetzlich zu verankern. Denn Maßnahmen, die nur rein national gesetzt werden, helfen zwar über gewisse Dinge hinweg, führen jedoch nicht zu einer nachhaltigen Lösung.“

Desweiteren wird daran gearbeitet, die Klassifizierung eines Arzneimittels als kritisch oder nicht-kritisch in Bezug auf die Verfügbarkeit festzulegen. Wirthumer-Hoche: „Folgende essenzielle Überlegungen sind in die Klassifizierung mit einzubeziehen: Sind Alternativprodukte vorhanden? Sind Generika am Markt? Welche Patientengruppe ist betroffen?“ Zudem gilt es, die Produktion in Europa zu halten und wieder zu intensivieren, auch um Lieferketten robuster zu gestalten. „Ein Vorschlag, den ich immer wieder versuche, voranzutreiben, wäre die Entwicklung eines Siegels für Arzneimittel, die in Europa hergestellt werden. Damit Hand in Hand die Schaffung von Arbeitsplätzen, Qualität aus der EU, stabilere Lieferketten“, so Wirthumer-Hoche. Die Stärkung des europäischen Wirtschaftsstandortes sollte aber auch die Möglichkeit einer potenziellen Erhöhung der Arzneimittelpreise mit sich bringen. „Bewusstseinsbildung bei der europäischen Bevölkerung ist hier ein Schlüsselfaktor.“ Die vierte Säule der Pharmastrategie geht mit

DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche, Leiterin des Geschäftsfeldes AGES Medizinmarktaufsicht, im Gespräch mit dem Magazin PERISKOP.



dem Wert eines Arzneimittels Hand in Hand: Sie steht für die Entwicklung von Arzneimitteln zur tatsächlichen Deckung des therapeutischen Bedarfs und für die Sicherstellung des Zugangs zu erschwinglichen Medikamenten seitens verschiedener Patientengruppen. An dieser Stelle knüpft speziell die Förderung der Entwicklung von Arzneimitteln für seltene Erkrankungen und für Kinder an. Denn hier haben sich generelle Lücken ganz deutlich herauskristallisiert.

#### Orphan Drugs — einheitliche Anreize setzen

Mit der Verabschiedung der Orphan Drug Regulation im Jahr 2000 wurden Anreize für deren Erforschung, Entwicklung und Inverkehrbringen geschaffen: Protokollunterstützung, Gebührenbefreiung für die Zulassungsverfahren und zehnjährige Marktexklusivität für die zugelassene Indikation. „Es gab in den letzten Jahren 1773 Ausweisungen des Status ‚Arzneimittel für seltene Leiden‘. Allerdings wurden lediglich 196 davon auch tatsächlich zugelassen. Nach wie vor gibt es für 95 Prozent der seltenen Krankheiten keine geeigneten Arzneimittel — eine klare Herausforderung für die Forschung und in der Versorgung“, erläutert Wirthumer-Hoche.

In den Arbeitsgruppen der Europäischen Kommission wird die Frage gestellt, ob „Einheitsanreize“ ein geeignetes Instrument zur Anregung der Entwicklung von Arzneimitteln in Bereichen mit ungedecktem „medical need“ sind. Die Überlegungen stützen sich vor allem auf die unterschiedlichen Gegebenheiten der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit in den einzelnen Mitgliedstaaten: In einigen davon erfolgt der Marktzugang nach der Zulassung verzögert oder gar nicht. „Daher hat die Europäische Kommission bereits vor zwei Jahren damit begonnen, eine ‚Market Access Strategy‘ zu erarbeiten. Im Zuge dieser sollen die Firmen künftig bereits zu Beginn des Zulassungsverfahrens bekanntgeben, wann und in welchem Land sie planen, das jeweilige Arzneimittel für seltene Leiden auf den Markt zu bringen“, so Wirthumer-Hoche. Denn aktuell gebe es in der Orphan Drug Regulation keine Verbindung oder Verpflichtung zwischen der Bereitstellung von Anreizen sowie Benefits und dem Inverkehrbringen. Wirthumer-Hoche plädiert im zentralen Verfahren außerdem für eine Vermarktungsverpflichtung in mehr als nur einem EU-Land. „Es bedarf einer klaren Verbindung zwischen Benefits für die Herstel-

#### Bewusstseinsbildung bei der europäischen Bevölkerung ist ein Schlüsselfaktor. Ein Arzneimittel muss wieder etwas wert sein.

Christa Wirthumer-Hoche

lerfirma eines Arzneimittels für seltene Leiden und der Vermarktungsstrategie“, unterstreicht sie. Österreich liege hier relativ weit vorne: Neue innovative Arzneimittel werden aufgrund attraktiver Preise relativ zügig vermarktet. Auch soll es auf dem Gebiet der Arzneimittel für seltene Krankheiten mehr Wettbewerb und Generika bzw. Biosimilars geben. Dies wirft auch Fragen zur langfristigen budgetären Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme auf, die sich wiederum auf Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung in bestimmten Mitgliedstaaten auswirkt. „Und das funktioniert vorrangig über eine Bewusstseinsbildung der Bevölkerung. Ein Arzneimittel

muss wieder etwas wert sein. Schließlich wird es entwickelt, produziert und kontinuierlich auf Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit überprüft“, so Wirthumer-Hoche. Die Preisschere zwischen innovativen Produkten und Generika darf nicht weiter auseinander gehen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Nutzung wissenschaftlich-technologischer Entwicklungen. Ansätze der personalisierten Medizin und die Verwendung von Biomarkern bergen ein großes Potenzial für die optimale Anpassung von Behandlungen an Krankheiten. „Was nicht passieren darf, ist die künstliche Unterteilung mittels Biomarkern von häufigen Krankheiten — wie bestimmten Formen häufiger Krebserkrankungen — in zahlreiche Untergruppen und somit seltene Erkrankungen, deren Arzneimittel dann einen hohen Preis erzielen wollen“, betont Wirthumer-Hoche.

Der derzeitige Schwellwert für die Einstufung als seltene Erkrankung liegt bei nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen in der EU. Im Zusammenhang mit Indikationserweiterungen spricht sich die Vorsitzende des EMA-Management Boards allenfalls für erneute Prüfung des Inzidenzwertes aus. Liegt dieser zu hoch, gilt es, dem Arzneimittel den Status als Orphan Medicinal Product und somit auch die Marktexklusivität zu entziehen. Diese bleibt allenfalls der wichtigste Anreiz, könnte künftig allerdings variabler und flexibler gestaltet sein. Die Dauer würde an verschiedene Kriterien gebunden, unter denen Unternehmen eine Verlängerung der Marktexklusivität bis zu maximal zehn Jahren beantragen können. Für neue Arzneimittel sind pädiatrisch-klinische Studien bereits verpflichtend. Die Entwicklungen neuer Kinderarzneimittel gehen aktuell allerdings nicht ausreichend auf die größten ungedeckten Bedürfnisse von Kindern ein. Daher hat man versucht, auch auf diesem Gebiet Anreize zu setzen. Darunter etwa die sechsmonatige Verlängerung des Ergänzenden Schutzzertifikats (Supplementary Protection Certificate — SPC) nach Abschluss der pädiatrisch-klinischen Studien. „Es hat sich einiges getan, aber es ist noch viel Luft nach oben“, resümiert Wirthumer-Hoche.

#### Bewegte Zeiten

Im Hinblick auf ein nachhaltiges Vorsorge- und Reaktionsnetzwerk haben BASG/AGES Medizinmarktaufsicht, EMA und Europäische Kommission innerhalb kürzester Zeit ihre Lehren gezogen und effiziente Systeme etabliert — gemeinsam zukunfts- und krisensicher. „Eine sehr herausfordernde Zeit“, blickt Christa Wirthumer-Hoche, deren Führungsrolle im europäischen Zusammenspiel deutlich hervorsteht, zurück. Sie gilt als erste weibliche Vorsitzende des Management Boards in der Geschichte der EMA. Es waren und sind bewegte Zeiten innerhalb der EU — nicht nur aufgrund von Brexit und Corona. „Als ich im Management Board begonnen habe, bestand die Mitgliedschaft zu einem hohen Prozentsatz aus Männern. Das ist nun nicht mehr der Fall — europaweit ist bereits nahezu die Hälfte der Direktionen der nationalen Arzneimittelagenturen weiblich besetzt, auch die Direktorin der EMA ist eine Frau“, merkt sie an. Im Zeitraffer habe sich also auch in diesem Zusammenhang vieles getan. Man müsse allerdings akzeptieren, dass nicht alle Frauen eine Führungsposition anstreben. „Wir Frauen sind es gewohnt, mindestens zwei Jobs parallel zu machen, den Job und die Familie. Wir bringen sehr viel Engagement mit, das — wenn man es möchte — heute in vielen Bereichen anerkannt wird.“ P

© LUDWIG SCHIEDL

#### Nachruf

# Herbert Pichler 1964—2021



© HARALD LACHNER

Mit großer Betroffenheit erreichte die PERI Group die Nachricht vom tragischen Tod des Präsidenten des österreichischen Behindertenrats und des ÖZIV Bundesverbandes, Herbert Pichler. Österreich verlor eine der bestvernetzten und engagiertesten Persönlichkeiten der österreichischen Behindertenpolitik. Pichler war ein Aktivist, der sein Leben dem Kampf für die Gleichberechtigung und ein besseres Leben für Menschen mit Behinderungen gewidmet hat. Er hat viele Jahre mit vollem Einsatz und viel Herzblut für echte Inklusion gekämpft und war der Überzeugung, dass die konsequente Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der wichtigste Baustein im Kampf gegen Gewalt an Menschen mit Behinderung ist. Pichler kannte die Herausforderungen und Stolpersteine von Menschen mit Behinderungen aus eigener Erfahrung. Körperliche Einschränkungen waren für Pichler dennoch kein Hindernis, ein erfolgreiches Leben zu

führen. Dem im deutschen Passau geborenen Pichler, der ursprünglich nur eine Sonderschule besuchen durfte, lag das Thema schulische Inklusion besonders am Herzen. Ihm gelang es, diese schulische Einbahnstraße zu durchbrechen, indem er eine Handelsschule und Handelsakademie besuchte und daran ein Jura-Studium angeschlossen hat. Im Rahmen seines langjährigen Engagements für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, war Herbert Pichler höchst erfolgreich und beinahe rund um die Uhr im Einsatz. Pichler engagierte sich in Wien zunächst auf Bezirksebene für die Inklusion von Menschen mit Behinderung. Den Fokus seines Engagements legte er dabei auf die Schwerpunkte Arbeit, Bildung und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen. Er war seit dem Jahr 2000 Ombudsmann in der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR) — heute Österreichischer Behindertenrat — für welche er seit 2013 als Vizepräsident sowie ab 2017 als Präsident im Einsatz war und sich für die Interessen

von 1,4 Mio. Menschen mit Behinderung einsetzte. Mit seinem unermüdeten Einsatz und seiner Kompetenz wurde er Präsident des Bundesverbands für Menschen mit Behinderungen (ÖZIV). Im Österreichischen Gewerkschaftsbund (ÖGB) baute er außerdem das Chancen-Nutzen-Büro mit auf und engagierte sich seitdem als dessen Leiter speziell für die

#### Alle Menschen müssen die gleichen Chancen haben, in unserer Gesellschaft ein gutes Leben führen zu können.

Herbert Pichler

Inklusion von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsmarkt. Darüber hinaus war Herbert Pichler viele Jahre als fachkundiger Laienrichter in der Kammer Soziales am Bundesverwaltungsgericht (BVwG) tätig. Mit seinem umfangreichen Wissen im Bereich des Behindertenwesens brachte er sich in zahlreichen Verfahren aktiv in Entscheidungsfindungsprozesse ein und wurde dabei über die Parteigrenzen hinweg für sein Wissen gewürdigt. Während der Coronakrise — auch für Pichler ein besonders forderndes Jahr — kämpfte er unerschrocken und erfolgreich dafür, dass auch Menschen mit Behinderungen gut durch die COVID-19-Pandemie kommen. Bis zuletzt war Herbert Pichler eine treibende Kraft und hat sich unermüdetlich bei dringenden Problemen wie etwa beim Thema der Pflege in die Tagespolitik aktiv eingebracht, indem er sich in seiner Funktion als Präsident des Österreichischen Behindertenrates für ein System einsetzte, das Menschen mit Behinderungen Selbstbestimmung und Teilhabe ermöglicht. Anlässlich der Pflegereform ergänzte Pichler den Diskurs mit mahnenden Worten: „In der Diskussion zur Pflegereform fehlt oftmals der Fokus auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen. Menschen mit Behinderungen muss ermöglicht werden, selbstbestimmter Teil der Gesellschaft zu sein. Die Pflegereform muss dies gewährleisten und dafür braucht es jetzt endlich das schon lange zugesicherte Inklusionsgeld.“ Auch das Thema Menschenrechte war Pichler, insbesondere wenn es sich auch um Menschenrechte für Menschen mit Behinderung handelte, ein wichtiges Anliegen. „Menschenrechte sind unteilbar. Alle Menschen müssen die gleichen Chancen haben, in unserer Gesellschaft ein gutes Leben führen zu können. Mit den Ratifizierungen der UN-Menschenrechtskonventionen hat sich Österreich dazu verpflichtet, doch die Umsetzung in die Realität lässt noch zu wünschen übrig“, betonte Pichler. Sein unermüdetliches Engagement und seine Hilfsbereitschaft, vor allem aber auch sein unvergleichlicher Humor werden vielen Menschen für immer in Erinnerung bleiben. Wir, die PERI Group, blicken dankbar auf eine bereichernde Zusammenarbeit zurück und wünschen den Angehörigen Kraft und Zuversicht in diesen schweren Stunden. Vielen wird Herbert Pichler mit seinem Wirken auch weiterhin ein Vorbild sein und in guter Erinnerung bleiben! P

#### Menschen mit Behinderungen muss ermöglicht werden, selbstbestimmter Teil der Gesellschaft zu sein.

Herbert Pichler

ÖZIV BUNDESVERBAND



PEOPLE



# Wiedereingliederung und berufliche Reintegration

Wenn Menschen aus gesundheitlichen Gründen ihren Beruf nicht mehr ausüben können, ist das für die Betroffenen sehr belastend. Bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten beleuchtete **DR. EVA HÖTL**, Ärztliche Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Group Bank AG, die Bedeutung einer beruflichen Reintegration für Menschen, die nach einem langen Krankenstand wieder in den Arbeitsalltag einsteigen. | von Mag. Dren Elezi, MA

**W**enn Menschen aus gesundheitlichen Gründen oder aufgrund eines Unfalles ihren Beruf nicht mehr ausüben können, sind sie meist mit einer sehr belastenden Situation konfrontiert. Doch statt eines Weges zurück in die Arbeitswelt, sehen viele den einzigen Ausweg in der krankheitsbedingten Frühpensionierung. Dies spiegeln auch die Zahlen wieder: von im Jahr 2018 insgesamt 50.398 gestellten Anträgen, wurden 14.000 bis 15.000 Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspensionen pro

der Sozialversicherung auszahlendes „Wiedereingliederungsgeld“ ausgeglichen werden. Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme der neuen gesetzlichen Möglichkeit sind ein mindestens sechswöchiger, ununterbrochener Krankenstand, die beständige Arbeitsfähigkeit der rückkehrenden Person und eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der zuständigen Krankenversicherung.

### Erhalt der Gesundheit und Leistungsfähigkeit

„Durch die Rehabilitation wird versucht, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Versicherten — die an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden — soweit zu steigern, dass sie im beruflichen und wirtschaftlichen Leben sowie in der Gesellschaft den ihnen gebührenden Platz wieder einnehmen können“, betonte Höttl. Durch die WIETZ kann eine schrittweise Rückkehr und ein sanfter Einstieg nach einem langen Krankenstand — ob aus physischen oder psychischen Gründen — in den Arbeitsalltag erfolgen. „Wir befinden uns in einer wesentlichen Schnittstelle, in der Menschen Gesundheitseinrichtungen verlassen und wieder zurück ins Erwerbsleben einsteigen möchten“, so Höttl, die betonte, dass mit dem Wiedereingliederungsteilzeitgesetz ein Paradigmenwechsel vollzogen wurde.

### Große Nachfrage

Laut Höttl stehen die Zahlen für ein Erfolgsmodell: „Im Jahr 2017 wurde noch von etwa 200 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ausgegangen, die voraussichtlich das Angebot des Wiedereingliederungsteilzeitgesetzes nutzen würden. Tatsächlich waren es in den ersten zwei Jahren aber über 7.000 Anträge, die auch überwiegend bewilligt wurden.“ Laut der Expertin profitiert vor allem die Altersgruppe der 40- bis 55-Jährigen mit überwiegend onkologischen, muskuloskeletalen oder psychosomatischen Erkrankungen von diesem Erfolgsmodell. Statistiken zeigen, dass sich sechs Monate nach Beendigung der Wiedereingliederungsteilzeit immerhin 90 Prozent aller Personen weiterhin im Erwerbsleben befinden. „Das große Interesse

Dr. Eva Höttl sprach bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten in ihrer Keynote über das Thema Wiedereingliederung und berufliche Reintegration.

**Mit Rehabilitation kann die Leistungsfähigkeit bei vielen Betroffenen so wiederhergestellt werden, dass diese wieder am sozialen Leben teilhaben und sich auch beruflich reintegrieren können.**

Eva Höttl

Jahr zuerkannt. Allerdings haben über 50.000 Personen jährlich um eine solche angesucht — mehr als in Alterspension gegangen sind. „Das zeigt uns, dass mehr Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer um eine krankheitsbedingte Frühpensionierung ansuchen, als Menschen regulär in Alterspension gehen. Wir sprechen von Menschen, die zum Teil deutlich unter dem Pensionsantrittsalter sind“, betonte Höttl. Um eine Förderung der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt bzw. Wiederherstellung nach Langzeiterkrankung einfacher zu ermöglichen, wurde 2017 die Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ) geschaffen. Die betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer konnten ab dann mit ihrer Arbeitgeberin oder ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung treffen, wonach ihre Arbeitszeit vorläufig herabgesetzt wird. Eine ähnliche Regelung gab es zwar auch bereits vor dem Wiedereingliederungsteilzeitgesetz, doch durch das neue Gesetz aus dem Jahr 2017 fallen die oft existenzbedrohenden Gehaltseinbußen durch Teilzeitbeschäftigung weg, da diese, zumindest teilweise, über ein von

zeigt, dass es der richtige Weg ist, nach langer und schwerer Erkrankung das Arbeitsumfeld für einige Zeit etwas anzupassen, um einen guten Wiedereinstieg zu ermöglichen. Es sorgt dafür, dass Langzeiterkrankte die Möglichkeit haben, über einen Zeitraum von sechs Monaten Teilzeit zu arbeiten, und dabei in Summe 80 bis 90 Prozent ihres Vollzeit-Einkommens erhalten. Es lohnt sich in jeder Hinsicht und stellte eine Kosteneinsparung gegenüber Frühpensionierungen oder teuren Umschulungen dar, die bei vielen dieser Personen nicht notwendig sind“, so Höttl.

**Jährlich gehen etwa 40.000 Menschen in Alterspension. Über 50.000 suchen um eine krankheitsbedingte Frühpensionierung an, die in ca. 15.000 Fällen genehmigt wird.**

Eva Höttl

### Zunahme psychischer Erkrankungen eine Herausforderung

Für die Zukunft sieht die Gesundheitsmanagerin bei der beruflichen Rehabilitation und der Förderung der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt eine große Herausforderung beim Thema psychische Erkrankungen. „In der Krankenstandsdiagnostik sehen wir weiterhin einen hohen Anteil von psychischen Erkrankungen. Sie sind eine der Hauptursachen für die Invaliditätspension“, gab Höttl zu bedenken. Hinzu komme, dass Österreich im internationalen Vergleich eine niedrige Erwerbsquote psychisch erkrankter Personen aufweist. Abschließend äußerte sie auch ein Anliegen, um dieses Angebot weiter auszubauen und zu erweitern: „Mein Wunsch an die Zukunft wäre, eine längerfristige Teilarbeitsfähigkeit gesetzlich zu ermöglichen“, beendete Höttl ihre Keynote. P

**PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030**  
**Block 3 | Systemstruktur und effiziente solidarische Versorgung**

### Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020

#### KEYNOTES

- **Der ideale Weg der Patientinnen und Patienten durch das System – Ist ein Gatekeeper notwendig oder nicht?**  
Dr. Werner Leber | Queen Mary University of London, Centre for Primary Care and Public Health
- **Qualitätssicherung und Patientensicherheit**  
Dr. Günther Jonitz | Ärztekammer Berlin
- **Wie weiter in der neuen Sozialversicherungsstruktur?**  
Hon.-Prof. Dr. Christoph Klein | Arbeiterkammer Wien, Bundesarbeitskammer
- **Rehabilitation und Reintegration**  
Dr. Eva Höttl | Erste Bank Group AG, Health Center
- **Strategische Visionen für die europäische Gesundheitsversorgung**  
Prof. Dr. h. c. Felix Unger | European Academy of Sciences and Arts

#### PODIUMSDISKUSSION

- Dr. Alexander Biach | Wirtschaftskammer Wien
- HR Dr. Thomas Holzgruber | Ärztekammer für Wien
- Tamás Petrovics | Xund
- Dr. Erwin Rebhandl | AM PLUS und OBGAM
- Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA | ÖGK



PEOPLE

# Neue Arzneimittelstrategie für Europa

Der Entwurf der EU-Kommission soll Patientinnen und Patienten den Zugang zu innovativen und erschwinglichen Arzneimitteln garantieren, gleichzeitig aber auch die Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit sowie die Nachhaltigkeit der EU-Arzneimittelindustrie unterstützen. **MAG. MARTIN SCHAFFENRATH, MBA, MBA, MPA**, analysierte mit seinem Team dieses Vorhaben und präsentierte als Berichterstatter die wichtigsten Eckpunkte im Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss (EWSA). | von Rainald Edel, MBA



**Die Lösung für die Arzneimittelpreis-Problemik bildet ein zentrales Element der neuen Arzneimittelstrategie der EU.**

Martin Schaffenrath

**D**ie COVID-19-Pandemie hat sehr schwerwiegende, anhaltende Auswirkungen auf Europa. „Wenngleich Europa mit seiner Reaktion Stärken offenbart hat, wurden doch vorhandene Schwachstellen deutlich in den Mittelpunkt gerückt, unter anderem im Zusammenhang mit der Datenverfügbarkeit, der Arzneimittelversorgung oder der Verfügbarkeit von Produktionskapazitäten zur Anpassung und Unterstützung der Herstellung von Arzneimitteln“, schilderte Martin Schaffenrath, seit 2020 Mitglied im Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss (EWSA). Es bedarf daher eines neuen Konzepts der EU, um eine starke, faire, wettbewerbsfähige und ökologische Branche zu schaffen, die den Patientinnen und Patienten zugutekommt und das Potenzial des digitalen Wandels im Gesundheits- und Pflegebereich ausschöpft. In diesem Zusammenhang schlägt die Kommission eine neue Arzneimittelstrategie für Europa vor. Diese Strategie verfolgt einen patientenorientierten, Ansatz und zielt darauf ab, die Qualität und Sicherheit von Arzneimitteln zu gewährleisten und gleichzeitig die globale Wettbewerbsfähigkeit des Sektors zu steigern. „Sie bildet eine tragende Säule der Vision der Kommission für den Aufbau einer stärkeren europäischen Gesundheitsunion, wie die Präsidentin Ursula von der Leyen in ihrer Rede zur Lage der Union 2020 dargelegt hat“, so Schaffenrath.

### Überarbeitung der Arzneimittelgesetzgebung dringend nötig

Dem aktuellen OECD-Bericht „Health at a Glance: Europe 2020“ zufolge, stiegen die Gesundheitsausgaben in allen 27 Mitgliedstaaten der EU zwischen 2013 und 2019 jährlich um durchschnittlich drei Prozent und lagen 2019 bei durchschnittlich 8,3 Prozent des BIP. „Die

COVID-19-Pandemie hat diesen Trend vermutlich noch beschleunigt. Im Fokus stehen besonders die rasant steigenden Arzneimittelpreise, die die Budgets der nationalen Gesundheitssysteme verstärkt unter Druck setzen und dadurch den Zugang für Patientinnen und Patienten in Europa zu notwendigen Behandlungen gefährden können“, warnte Schaffenrath. So sei beispielsweise eine Genterapie, die Muskelschwund bei der spinalen Muskelatrophie (SMA) bremst und Kosten von rund zwei Millionen Euro pro Behandlungsfall verursacht, nur der Anfang einer ganzen Reihe von hochspezialisierten aber auch hochpreisigen Gen- bzw. Zelltherapien (ATMP), die in den kommenden Jahren am Markt verfügbar sein werden. Die COVID-19-Pandemie hat nun nicht nur die Innovationskraft der Arzneimittelindustrie sowie die Bedeutung funktionierender, widerstandsfähiger Lieferketten hervorgehoben, sondern hat auch gezeigt, wie wichtig es ist, dass Arzneimittel dort ankommen, wo sie benötigt werden, nämlich bei den Patientinnen und Patienten. „Wir begrüßen daher, dass die Problematik rund um die Arzneimittelpreise nun seit Jahren Gegenstand der politischen Debatte ist und auch in der vorliegenden Arzneimittelstrategie ein zentrales Element bildet“, sagte Schaffenrath. Ebenso positiv zu betonen sei die Intention der Europäischen Kommission, die europäische Arzneimittelgesetzgebung dahingehend zu überarbeiten — sei es im Hinblick auf die Zulassung, das Patentsystem als auch der Rechtsrahmen für Anreize. „Wichtig ist es, gemeinsam Lösungen zu finden, wie man eine Balance schaffen kann zwischen der Förderung medizinischer Innovation, der Vermeidung von Missbrauch des Anreizsystems, der Versorgung mit sicheren, qualitativ hochwertigen sowie leistbaren Arzneimitteln und der finanziellen Tragfähig-

keit der nationalen Gesundheitssysteme, bei gleichzeitiger Achtung der Souveränität der Mitgliedstaaten“, so Schaffenrath.

### Verstärkte Transparenz im Arzneimittelsektor

Innereuropäisch bestehen derzeit große zeitliche Unterschiede in der Markteinführung von Therapieprodukten. „Im Rahmen der Reform müssen die Ursachen identifiziert und effiziente Lösungen gefunden werden. Um Anreize für einen zeitnahen und gleichberechtigten Zugang zu Therapien zu schaffen, wäre eine Koppelung des gegenwärtigen regulatorischen Rahmens sowie allfälliger Anreize an Bedingungen, wie z.B. der Markteinführung in allen 27 EU-Mitgliedstaaten, denkbar“, regte Schaffenrath an. In diesem Kontext müsse allerdings auch angemerkt werden, dass schnellere Zulassungen nicht automatisch die Verfügbarkeit der Produkte verbessern. „Darüber hinaus müssen Möglichkeiten gefunden werden, Forschung und Entwicklung in jene Bereiche zu lenken, in denen ein hoher medizinischer und sozialer ungedeckter Bedarf besteht“, appellierte Schaffenrath. Neue alternative Anreize müssen gefunden werden, die deutlich früher, nämlich bereits bei der Grundlagenforschung, greifen, um damit effizient die Bildung von Clustern in teils gut erforschten Bereichen mit hohen Gewinnmargen zu verhindern. Ein weiterer Bereich, den es zu berücksichtigen gilt, sei die Leistbarkeit von Arzneimitteln, da diese die finanzielle Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme bestimme. „Das bedeutet in erster Linie, ein Gleichgewicht zwischen der Förderung und Belohnung medizinischer Innovationen durch ein wirksames Anreiz- und Schutzsystem sowie angemessener und fairer Preise zu etablieren“, erläuterte Schaffenrath. Möglichem Missbrauch und der Tendenz zu Monopolen müsse effizient entgegengewirkt werden, insbesondere im Hinblick auf Arzneimittel für Kinder und seltene Krankheiten. „Gleichzeitig bedeutet dies auch, die Transparenz im Arzneimittelsektor deutlich zu erhöhen und zu stärken“, so Schaffenrath. Das bedeute Transparenz im Hinblick auf die Kosten für Forschung und Entwicklung, für die Herstellung und Markteinführung sowie auch, was Forschungsförderung durch die öffentliche Hand betrifft. „Öffentliche Investitionen müssen letztlich auch der Öffentlichkeit zugutekommen“, betonte Schaffenrath.

### Wettbewerb stärken

Ein weiterer wichtiger Faktor zur Gewährleistung der Erschwinglichkeit von Arzneimitteln sei die Stärkung des Wettbewerbs, nicht nur durch Generika und Biosimilars, sondern auch durch mehr alternative Therapiemöglichkeiten. Schlüsselrolle spiele hier die notwendige Vereinheitlichung des Rechtsrahmens zum Schutz des geistigen Eigentums sowie eine konsistente Anwendung in den Mitgliedstaaten, insbesondere im Hinblick auf die ergänzenden Schutz-zertifikate. „Was resiliente Lieferketten betrifft, so sollte kein ‚one-size-fits-all-Ansatz‘ verfolgt, sondern klug abgewogen werden zwischen der verstärkten Diversifizierung der Produktionsstandorte und der partiellen Rückverlagerung der Produktion nach Europa“, kündigte Schaffenrath an. Und schließlich geht es auch darum, einen fairen und angemessenen Rechtsrahmen in Bezug auf die Nutzung von Real World Data im Zusammenhang mit der Arzneimittelzulassung sowie Fragen der Preisbildung zu finden. „Hier muss eng mit den zuständigen Behörden in den Mitgliedstaaten zusammengearbeitet werden, um das Risiko nicht zu Lasten der Patientinnen und Patienten und Zahler in die Post-Marktzulassungsphase zu verschieben“, appellierte Schaffenrath abschließend. P

Zervixkarzinom

# Mittels digitaler Zytologie Gebärmutterhalskrebs treffsicherer verhindern

Zwei Prozent aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen, sind auf Zellveränderungen des Gebärmutterhalses (Zervixkarzinom) zurückzuführen.<sup>1</sup> PERISKOP diskutierte mit der Pathologin **DR. MED. UNIV. CONSTANZE NEMES** und dem Gynäkologen und Zytologen **PRIV.-DOZ. DR. MED. HANS IKENBERG** über die Vorsorgesituation in Österreich und welche Vorteile die digitale Zytologie beim Screening auf eine Zervixkarzinom-Vorstufe haben. | von Rainerl Edler, MBA

In Österreich wird zum Zervixkarzinom-Screening immer noch überwiegend der in die Jahre gekommene PAP-Test eingesetzt. Daten aus Vorarlberg<sup>2</sup> legen nahe, dass durch den flächendeckenden Einsatz der Dünnschichtzytologie, einer Weiterentwicklung des PAP-Tests, deutlich mehr Krebsvorstufen frühzeitig entdeckt werden könnten. Computer-assistierte oder in Zukunft digitale Zytologie, z. B. mit dem Genius Digital Diagnostics System von Hologic, kann zusätzlich dazu beitragen, falsch-negative Befunde zu reduzieren.

**PERISKOP: Welche Bedeutung haben Zervixkarzinom-Screeningprogramme in der Frauengesundheit?**

**NEMES:** Weltweit betrachtet ist das Zervixkarzinom nach wie vor eine der häufigsten Krebs-Todesursachen. Die besondere Dramatik dabei ist die Tatsache, dass davon zumeist junge Frauen in der Mitte ihres Lebens, oft Mütter von kleinen Kindern, betroffen sind. Die positive Nachricht ist, dass — zumindest in den Industrieländern — die Verhinderung dieser Krebsart

**Das Zervixkarzinom ist eine der wenigen Krebsarten, die sich nahezu vollständig verhindern lassen.**

Dr. Constanze Nemes

das Paradebeispiel für ein erfolgreiches Vorsorgeprogramm ist. Denn das Zervixkarzinom ist eine der wenigen Krebsarten, die sich nahezu vollständig verhindern lassen — in 99 Prozent der Fälle ist eine Infektion mit Humanen Papillomviren (HPV) für die Entstehung von Krebszellen verantwortlich. Zudem entwickelt sich diese Krebsart langsam. Man kennt die Ursache und hat, wenn sie rechtzeitig erkannt wird, genügend Zeit zum kurativen Eingriff. Neben der Qualität der Untersuchungen im Rahmen der Früherkennung spielt die Teilnehmerate am Screening die entscheidende Rolle.

**Wie häufig wird diese Untersuchung in der Praxis von den Patientinnen in Österreich angenommen?**

**NEMES:** In Österreich besteht leider kein organisiertes Screening-Programm mit Einladungsverfahren. Wir wissen daher nicht genau, wie viele Frauen jährlich am Screening teilnehmen. Eine 2013 publizierte Studie geht von 2,3 Mio. zytologischen Untersuchungen im Jahr aus.<sup>3</sup> Die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe empfiehlt regelmäßige Früherkennungsuntersuchung ab einem Alter von 18 Jahren, sowie alle drei Jahre einen HPV-Test für Frauen ab dem 30. Lebensjahr. Aber ohne ein zentral organisiertes Programm



wird es meiner Meinung nach sehr schwierig sein, die Zielgruppe zu erreichen.

**Gibt es länderspezifische Unterschiede in der Prävalenz des Zervixkarzinoms in Europa?**

**NEMES:** Daten deuten darauf hin, dass es in Österreich bei vergleichsweise niedriger Inzidenz eine relativ hohe Sterblichkeit gibt. Dieser ist vermutlich dem Umstand geschuldet, dass wir mangels zentraler Organisation des Programms viele Frauen gar nicht erreichen. So waren beispielsweise in Vorarlberg 80 Prozent der Krebpatientinnen vor ihrer Erkrankung nie oder nur sehr selten in der Vorsorge.

**Welche Technologien zur Befundung gibt es und was sind die Unterschiede der jeweiligen Methode?**

**IKENBERG:** Im Zentrum der Befundung steht die zytologische Untersuchung. Dazu gibt es drei Technologien: Dazu zählt der konventionelle PAP-Test, bei dem eine Zellprobe vom Gebärmuttermund und -hals abgestrichen wird. Die Befundung findet unter dem Mikroskop statt. Der Vorteil ist eine hohe Spezifität bei wenig falsch-positiven Befunden. Nachteilig ist aber die vergleichsweise niedrige Sensitivität. Mehr als die Hälfte der Krebsvorstufen wird bei einmaliger Untersuchung übersehen.

Als Weiterentwicklung dazu gibt es die Dünnschichtzytologie (LBC), wahlweise Computer-assistiert. Hier erfolgt die Entnahme wie beim PAP-Abstrich, aber direkt in ein Gefäß mit Flüssigkeit. Nach der Aufbereitung des Zellmaterials wird dieses ebenfalls unter dem Mikroskop befundet. Der Vorteil dieser Technologie ist die deutlich verbesserte Sensitivität, wodurch bis zu dreimal so viele Krebsvorstufen wie beim konventionellen PAP-Test entdeckt werden können.

Die dritte und fortschrittlichste Methode ist die digitale Zytologie. Hier erfolgen Entnahme und die Aufbereitung wie bei der Dünnschichtzytologie, allerdings wird der Objektträger nicht unter dem Mikroskop betrachtet, sondern eingescannt — die Befundung erfolgt am Computerbildschirm, unterstützt durch künstliche Intelligenz.

**Wie funktioniert die Dünnschichtzytologie im Detail?**

**NEMES:** Die Dünnschichtzytologie ist, wie Dr. Ikenberg ausgeführt hat, die Weiterentwicklung des PAP-Tests. Nach Entnahme, werden die Proben in einer Flüssigkeit von Verunreinigungen durch Blut und Schleim gereinigt. Das Verfahren erlaubt Zellen in einer sehr dünnen Schicht auf dem Objektträger zu fixieren. Überlagerungen der Zellen werden reduziert. Dadurch finden sich auf dem Objektträger sehr viel weniger „Störgeräusche“, was unsere Arbeit am Mikroskop — nämlich das Finden etwaiger Krebszellen — erheblich erleichtert. Außerdem können wir durch eine Probenverarbeitung mittels Laborroboter Personalkräfte für das Screenen bündeln.

**Welche Änderung bedeutet diese Technologie für die Probennahme durch die Gynäkologin, den Gynäkologen?**

**NEMES:** Wie vom PAP-Abstrich bekannt, wird das Abstrichmaterial mit einem Bürstchen entnommen. Doch statt es auf einem Objektträger auszustreichen, in ein flüssiges Transportmedium eingebracht und sind damit sofort fixiert. Die Übertragung auf den Objektträger erfolgt durch den Roboter im zytologischen Labor standardisiert und qualitätskontrolliert.

**Hat der Umstieg in der Befundmethode auch Auswirkungen auf den Ablauf in der Ordination?**

**NEMES:** Die Abläufe werden in gewisser Hinsicht deutlich vereinfacht es ist nämlich nur noch ein Abstrich für die verschiedenen Fragestellungen (von Krebsvorsorge über HPV-Status bis diverse Infektionskrankheiten) nötig. Dieser Zugang könnte für alle Beteiligten, also Gynäkologie, Pathologie und nicht zuletzt Patientin, deutlich Ressourcen sparen.

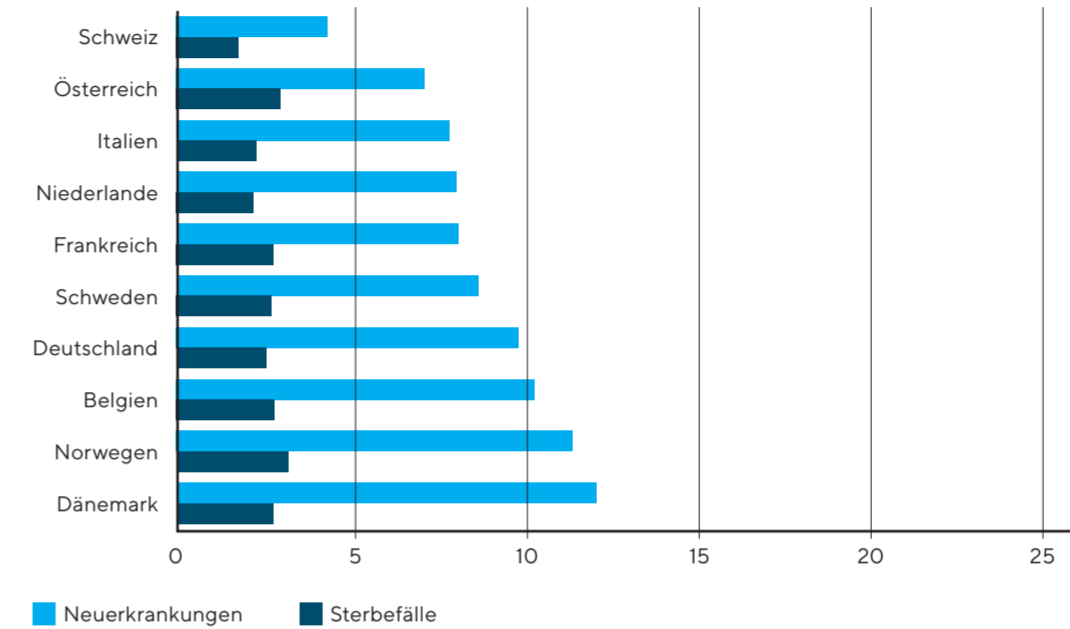
**FactBox**

Die Sensitivität gibt an, wie häufig diagnostische Verfahren eine vorliegende Krankheit auch erkennen. Testverfahren, die eine hohe Sensitivität ausweisen, gewährleisten, dass Krankheiten und Krankheitsstufen nicht übersehen werden.

Die Spezifität ist die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Gesunder auch als solcher erkannt wird. Testverfahren, die eine hohe Spezifität ausweisen, sind also dazu geeignet falsch-positive Ergebnisse — also Fehlalarme — auszuschließen.

**Zervix-Karzinom Inzidenz**

Rate pro 100.000 Einwohner, Europastandard



QUELLE: NICER <https://docplayer.org/64044489-ZERVIX-KARZINOM-SCREENING-IM-UEBERBLICK-HTML>

**Wie kann Computertechnologie dabei die Befundung unterstützen?**

**NEMES:** Computertechnologie kann die Befundung beschleunigen, indem sie dabei unterstützt den Fokus der Befunder auf die diagnostisch relevanten Bereiche einer Probe zu richten. Mittels Computer-Imaging-Technologie scannt das System Objektträger vollautomatisch und vollständig und der Algorithmus markiert jeweils 22 Bereiche von diagnostischer Relevanz. Durch dieses Vorscreening kann sich der Befunder direkt auf die Begutachtung der auffälligen Zellen konzentrieren und muss nicht erst nach potenziell abnormalen Zellen suchen. Zudem erhöht der Einsatz von Imaging noch einmal die Sensitivität der Dünnschichtzytologie.

**Welche Auswirkungen auf die Qualität der Befundung hat der Einsatz des Genius® Digital Diagnostics Systems?**

**IKENBERG:** Die konventionelle Zytologie hat deutliche Schwächen bei der Sensitivität. Gebärmutterhalskrebsvorstufen werden übersehen. Schon die Dünnschichtzytologie allein ist, unter optimalen Bedingungen, bis zu dreimal sensitiver als die konventionelle Zytologie.<sup>4</sup> Der Einsatz des Genius® Digital Diagnostics Systems kann durch die von der Künstlichen Intelligenz (KI) getroffenen Vorauswahl der diagnostisch relevanten Bereiche zu einer Reduktion von falsch-negativen und falsch-positiven Befunden im Vergleich zur konventionellen Zytologie oder Dünnschichtzytologie allein führen. Somit steigen Sensitivität und Spezifität.

**Welche Auswirkungen hat ein KI unterstütztes Befundungsverfahren auf die Patientinnen?**

**IKENBERG:** Ein Drittel der falsch-negativen Befunde ist auf Screeningfehler im Labor zurückzuführen.<sup>5</sup> LBC und Computerassistentz (ThinPrep® Imaging System/TIS)

minimieren diese Fehler bereits beträchtlich. Digitale Zytologie bringt hier nochmal einen zusätzlichen Schritt nach vorne. Dadurch können noch mehr Zellveränderungen rechtzeitig erkannt werden, bevor sie sich zu Krebs entwickeln.

**Was hat Sie dazu bewegt, das Genius® Digital Diagnostics System in ihrem Labor zu evaluieren?**

**IKENBERG:** Die Aussicht auf eine weitere Steigerung der Sensitivität und Spezifität der zytologischen Untersuchung — auch im Vergleich zur Dünnschichtzytologie mit Computerassistentz — finde ich bemerkenswert. Die höhere Produktivität ist ein willkommener Nebeneffekt, ebenso wie die Möglichkeit der gemeinsamen Beurteilung der Präparate von verschiedenen Standorten aus.

**Die Dünnschichtzytologie ist, unter optimalen Bedingungen, bis zu dreimal sensitiver als die konventionelle Zytologie.**


Dr. Hans Ikenberg

**Wie dringlich ist die Umstellung des Screeningverfahrens auf Dünnschichtzytologie aus der Sicht der Gynäkologie in Österreich?**

**NEMES:** Die Zervixkarzinom-Früherkennung sollte auch in Österreich auf ein organisiertes Screening umgestellt werden. Trotz aller bisherigen Erfolge sterben in Österreich immer noch zu viele Frauen an dieser vermeidbaren Krebsart. Wenn Politik sowie Ärztinnen und Ärzte in Österreich sich das Ziel setzen, das Zervixkarzinom so gut wie möglich auch zukünftig zu verhindern, müssen sie die am besten geeignete diagnostische Technologie

einsetzen d. h.: das sensitivste Verfahren zur zytologischen Untersuchung. Ein grosses Problem, dass wir bisher gar nicht thematisiert haben, das aber auch eine nicht unwesentliche Rolle in der Zukunft der Vorsorge spielt, ist auch die Altersstruktur der Leistungserbringer, im Speziellen der Zytologinnen (mehrheitlich Frauen). Wie in vielen anderen Bereichen der Medizin findet ein Generationswandel statt. Qualifiziertes Personal im Laborbereich und insbesondere auch im ärztlichen Bereich zu finden wird in naher Zukunft sehr, sehr schwierig sein. Wir müssen dringend Ressourcen sparen (z. B. durch Laborroboter) und unsere Kräfte bündeln (z. B. durch österreichweite digitale Vernetzung). Alleine aus diesem Grund ist eine Umstellung der Vorsorge auf Dünnschichtbasis meiner Meinung nach sehr dringend und unerlässlich.

**Wie sehen Sie die Zukunft des KI-unterstützten-Screeningverfahrens**

**NEMES:** Es ist die Zukunftstechnologie. Wer das Auftreten von Zervixkarzinomen verringern will, kommt um dieses Verfahren nicht herum. Denn es kombiniert höchstmögliche Spezifität mit einer deutlich verbesserten Sensitivität. Durch höchstmögliche Probenqualität und KI-unterstützter Zellauswahl wird eine höchstmögliche Befundungsqualität unterstützt und dabei die Produktivität der Labore gesteigert. **IKENBERG:** Eine weitere interessante Perspektive liegt in der schnellen und unkomplizierten Zusammenarbeit, die durch die Digitale Zytologie zwischen Laboren möglich wird: Bei schwierigen Fällen können Zytologen und Pathologen anderer Labore online zur Befundung hinzugezogen werden. 





17. St. Gallen International Breast Cancer Conference

# Neue Standards in der Brustkrebsbehandlung

Vom 17. bis 21. März 2021 fand die 17. ST. GALLEN INTERNATIONAL BREAST CANCER CONFERENCE (SG-BCC) als virtuelles Treffen statt. Die Austrian Breast & Colorectal Cancer Study Group (ABCSCG) ist maßgeblich an der Organisation und Durchführung dieser Konferenz beteiligt. Aus diesem Anlass sprach das PERISKOP mit ABCSCG-Präsident und SG-BCC Chairman, Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, über die zentralen Anliegen und die wichtigsten Erkenntnisse der Konferenz, welche neuen Entwicklungen in Zukunft in der Brustkrebsbehandlung zu erwarten sind und mit welchen Chancen und Herausforderungen die virtuelle Realisierung der Konferenz verbunden war. | von Mag. Dren Elezi, MA

Die St. Gallen International Breast Cancer Conference hat sich über die Jahre den Ruf erarbeitet, eine der weltweit bedeutendsten Konferenzen ihrer Art zu sein. Alle zwei Jahre kommen bis zu 4.000 Delegierte zusammen, um sich über primäre Therapien von Brustkrebs im Frühstadium und neue Daten zur Behandlung von frühem Brustkrebs auszutauschen.

**PERISKOP: Die St. Gallen International Breast Cancer Conference gilt als eine der weltweit bedeutendsten Konferenzen im Bereich Brustkrebs, mit einem Fokus auf Primärtherapie bei frühem Brustkrebs. Was sind die zentralen Anliegen und Schwerpunkte der Veranstaltung?**

**GNANT:** Ein zentrales Anliegen der Veranstaltung ist es, das Qualitätssiegel St. Gallen On-

cology mit Wiens Status als zentral gelegenen Begegnungsort der Kulturen zu verbinden. Für das wissenschaftliche Programm konnten wieder mehr als 50 hochkarätige Sprecherinnen und Sprecher aus der ganzen Welt gewonnen werden. Das Konferenzprogramm wurde für das diesmal virtuelle Meeting sogar um einen Tag verlängert. Die weltweit angesehensten Expertinnen und Experten im Bereich Brustkrebs halten bei der SGBCC State-of-the-Art-Vorträge — wo auch die renommiertesten Institutionen wie zum Beispiel die Harvard University, die University of California oder die Duke University (NC) vertreten sind — und legen fest, welche Forschungsergebnisse, die in den letzten zwei Jahren veröffentlicht wurden, reif für die Routinebehandlung sind. Bei dieser Konferenz werden einerseits Themen intensiv diskutiert, die für die zu-

**Bei der SG-BCC werden alle zwei Jahre die neuen globalen Standards in der Brustkrebsbehandlung gesetzt.**

Michael Gnant

künftige Brustkrebsbehandlung von wesentlicher Bedeutung sind. Andererseits werden sogenannte „Areas of controversy“ definiert und weltweite Standards in der Behandlung von Brustkrebs festgelegt. Kurz gesagt: Bei der St. Gallen International Breast Cancer Conference werden alle zwei Jahre die neuen globalen Standards in der Brustkrebsbehandlung gesetzt.

**Was können Sie uns über die neuesten Entwicklungen und Trends in der Brustchirurgie berichten und mit welchen Chancen und Herausforderungen ist die Brustchirurgie konfrontiert?**

Für die Behandlung von frühem Brustkrebs wurden auch heuer eine Reihe von Neuigkeiten definiert, die in den Konsensus eingeflossen sind. Normalerweise ist der Konsensus der SGBCC eher konservativ, Modernisierungen müssen sich erst über einen längeren Zeitraum bewiesen haben, um dort Zustimmung zu finden. Dieses Jahr gab es allerdings einige neue und sogar revolutionäre Entscheidungen. Zum Beispiel war es bisher so, dass bei Lokalrezidiv nach Brusterhaltung bisher für gewöhnlich die Brust entfernt wurde. Bei der heurigen St. Gallen International Breast Cancer Conference wurde mit großer Mehrheit festgelegt, dass auch bei einer Wiederkehr der Krebserkrankung die Brusterhaltung ein weiteres Mal angestrebt werden soll. Das ist eine deutliche Änderung gegenüber der bisherigen generellen Tendenz zu einer Mastektomie bei Lokalrezidiv und somit eine wesentliche Änderung der Behandlungsstandards. Auch in der primären Chirurgie hat sich viel getan — vor allem in der Chirurgie der Lymphknoten. Wurden früher die Lymphknoten komplett entfernt, wird jetzt zunehmend diskutiert, in welchen Situationen auf die vollständige Lymphknotenresektion verzichtet werden kann. Eindeutig und richtungsweisend war die Meinung des Panels hinsichtlich der Radiotherapie, ein Punkt der sich aus meiner Sicht als bahnbrechend herausstellt, die Hypofraktionierung als Standard für alle Situationen zu befürworten — also bei Postmastektomie-RT, Brusterhaltung oder regionaler Lymphknotenbestrahlung.

**Welche genauen Auswirkungen hat das auf die klinische Praxis?**

Die klassische Strahlentherapie benötigte meist 25 bis 30 Anwendungen, das entspricht in etwa fünf bis sechs Wochen Behandlungstherapie. Seit einigen Jahren wird für einfache Strahlentherapien die sogenannte



Hypofraktionierung angewandt. Bei einer Hypofraktionierung wird die Dosis pro Bestrahlung erhöht, aber die Gesamtdosis reduziert, was zu einer geringeren Behandlungsdauer — 15 bis 16 Tage — führt. War das bisher nur für einfache Nachbestrahlungen nach brusterhaltenden Operationen zulässig, wurde bei der Konferenz mit großer Mehrheit festgelegt, dass diese Hypofraktionierung auch bei der Bestrahlung nach einer Mastektomie angewendet werden kann. Das Ausmaß dieser Entscheidung ist gewaltig. Hunderttausende Patientinnen werden dadurch statt fünf Wochen nur mehr noch 2½ Wochen behandelt. Und letztendlich ist es auch eine Ressourcenfrage, denn die Strahlentherapie-Ressourcen sind knapp. Bei deutlich kürzerer Behandlungsdauer müssen weniger Ressourcen eingesetzt werden, und die Patientinnen müssen die Therapie weniger lang über sich ergehen lassen. Durch diesen neuen Standard werden somit auch die sehr knappen Bestrahlungstermine besser verfügbar sein.

**Die diesjährige 17. Ausgabe dieser bedeutenden Konferenz wurde aufgrund der COVID-19-Pandemie auf einer multifunktionalen und interaktiven virtuellen Plattform übertragen. Hat dieses virtuelle Format Ihrer Meinung nach eine Auswirkung auf die Qualität der Konferenz gehabt? Was waren Ihre Erfahrungen damit und glauben Sie, dass in der Post-Coronazeit hybride Lösungen weiter bestehen werden?**

Ursprünglich war die Konferenz als Hybrid-Veranstaltung geplant. Als klar wurde, dass die Tagung aufgrund der Coronapandemie nicht vor Ort realisiert werden kann, mussten wir schweren Herzens umdisponieren und die Konferenz komplett virtuell abhalten. Zu unserer Freude hat das virtuelle Format ausgesprochen gut funktioniert und die Konferenz war dieses Jahr von fantastischer Qualität — das wissen wir nicht zuletzt aufgrund des Feedbacks der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Trotz verschiedener Zeitzeonen haben Menschen aus der ganzen Welt die täglich über drei Stunden dauernden Live-Diskussionen intensiv mitverfolgt, was auch vom internationalen Ruf der Veranstaltung zeugt. Es war zudem auch möglich, die Vorträge bereits zehn

Tage vorher, also on demand, anzusehen. In den Live-Diskussionen ist es sehr gut gelungen eine Konferenz-Dynamik herzustellen. Im Vorfeld hatten wir befürchtet, dass diese durch den virtuellen Charakter fehlen könnte, aber dem gesamten Team ist es gelungen, aus der Not eine Tugend zu machen. Ein ganz klarer Vorteil der virtuellen Veranstaltung ist, dass die globale Reichweite vergrößert wird. Wir hatten dieses Mal auch Teilnehmerinnen und Teilnehmer z. B. aus Südamerika, dem Libanon, Südafrika und dem Iran, welche an einem physischen Meeting in Wien mit großer Wahrscheinlichkeit nicht hätten teilnehmen können. Die Konferenz war mit 3.500 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus über 100 Ländern ein voller Erfolg — wir hatten Podiumsdiskutantinnen und -diskutanten aus jedem Kontinent dabei. Gleichzeitig muss man sagen, dass durch den virtuellen Charakter der Veranstaltung die Chancen auf Networking, das insbesondere für die jüngeren Forscherinnen und Forscher enorm wichtig ist, zu kurz kommt und schwierig zu ersetzen ist.

**Zum ersten Mal überhaupt haben Sie eingeführt, dass es eine Publikumsinteraktion geben soll. Was waren aus Ihrer Sicht die Highlights dieses neuen Q&A-Formats?**

Durch das fully-virtual Format, konnten wir eine Reihe neuer Elemente in das schon etablierte Konferenzformat einführen: Bei den früheren Konferenzen gab es ein wissenschaftliches Komitee, an dem zehn Expertinnen und Experten — fünf aus Amerika und fünf aus Europa — teilnahmen und bereits ein Jahr vor der Konferenz Meetings abgehalten einen Fragenkatalog ausgearbeitet haben. Dieses Mal konnten — angesichts des virtuellen Charakters der Veranstaltung — erstmals auch registrierte Teilnehmerinnen und Teilnehmer bis zu zwei Wochen im Vorfeld Fragen für die Panel-Diskussionen vorschlagen. Dadurch konnte schließlich die Nähe zur Veranstaltung — trotz virtuellem Handicap — deutlich gesteigert werden. Es gingen über 160 Fragen aus der ganzen Welt ein. Viele davon wurden ausgewählt und von den Expertinnen und Experten besprochen. Zudem konnten Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch die Nutzung der digitalen Möglichkeiten auch während der Live-Sessions Fragen stellen und sich aktiv in die Diskussion miteinbringen. Die Fragen wurden den jeweiligen Diskussionsleiterinnen und Diskussionsleitern geschickt bzw. in die Diskussionen mit einbezogen. Das Feedback aus der ganzen Welt war großartig und dieses neue Interaktionsformat wurde sehr gut angenommen.

**Die 18. St. Gallen International Breast Cancer Conference wird im März 2023 in Wien stattfinden. Gibt es aus Ihrer Sicht Bereiche, auf die im Jahr 2023 ein größerer Schwerpunkt gelegt werden sollte?**

Nach so einem tollen Erfolg werden wir nicht dramatisch viel, sondern nur behutsam ändern: Ich denke persönlich aber, dass wir versuchen müssen, dem Aspekt der Patientienorientierung in Zukunft mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Zu diesen sogenannten „Patient-Reported-Outcomes (PRO)“ muss sich die wissenschaftliche Methodik aber auch erst entwickeln. Ich würde mir deshalb wünschen, dass die Patientienorientierung bei der 18. St. Gallen International Breast Cancer Conference in Wien vermehrt und auf wissenschaftlicher Basis in den Fokus gerückt wird und so in der Konferenz verstärkt Einklang findet. P



„Mit Interesse und Freude durfte ich als Patientenvertreterin auf Einladung von Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, Präsident der österreichischen Studiengruppe ABCSCG, an der diesjährigen SG-BCC teilnehmen. Bei dieser Veranstaltung mit Welt-ruf berieten anerkannte Expertinnen und Experten über wichtige Therapieoptionen für uns Patientinnen und Patienten. Wir dürfen stolz sein, dass diese Konferenz — in erster Linie dank des großen Engagements von Univ.-Prof. Gnant — auch 2023 wieder in Wien stattfinden wird. Ein Brustkrebs-Aushängeschild für Österreich!“ **Mag. Claudia Altmann-Pospischeck | Cancer-Bloggerin**



„Die zweijährlich stattfindende SG-BCC versammelt die weltweit wichtigsten Expertinnen und Experten auf dem Gebiet der Brustkrebsbehandlung, um die Standards in der Behandlung des frühen Mammakarzinoms zu definieren. Eine Konferenz, die allen Kolleginnen und Kollegen auf der ganzen Welt als Leitfaden zur Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten dient. Auch in diesem Jahr hat die ganze Welt nach Wien geschaut um die Präsentationen und die Expertendiskussion zu verfolgen, leider nur virtuell. Aber 2023 wird sich die Welt unter schweizerisch/österreichischer Leitung wieder in Wien versammeln und die Fortschritte der kommenden zwei Jahre in die optimale Betreuung für unsere Patientinnen einfließen lassen.“ **Dr. Daniel Egler | Leitender Oberarzt des Brustgesundheitszentrums Tirol**



„Eine der weltweit bedeutendsten Brustkrebskonferenzen ist die SG-BCC, die erstmalig 1978 stattgefunden hat und nun regelmäßig alle zwei Jahre stattfindet. Am Ende der Konferenz findet die traditionelle Konsensus-Sitzung statt, bei der rund 50 internationale Brustkrebskonferenzen und -experten aus unterschiedlichen Fachrichtungen über die aktuellen Therapiepfade vor allem beim frühen Mammakarzinom beraten. Der Konsensus wird anschließend als „St. Gallen Guideline“ publiziert und weltweit verwendet. 2023 wird Wien mit seiner zentralen Lage wieder als Austragungsort dieses traditionsreichen Kongresses gewählt.“ **Prim. Priv.-Doz. Dr. Birgit Grünberger | Abteilungsleiterin, Landes-klinikum Wiener Neustadt**



„Die SG-BCC 2021 wurde coronabedingt zum ersten Mal rein virtuell abgehalten. Im Vorfeld gab es „Educational sessions“, die durch Live-Diskussionen ergänzt wurden. Das Highlight war die Konsensus Abstimmung der „Panelists“ die diesmal über zwei Tage verteilt war und bei der es für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch die Möglichkeit gab, über die Chatfunktion Fragen zu stellen und sich aktiv in die Diskussionen einzubringen. Die SG-BCC zählt weltweit zu den bedeutendsten Konferenzen im Brustkrebsbereich und wir dürfen uns freuen, dass Wien 2023 erneut Austragungsort dieser wertvollen Veranstaltung sein wird.“ **Dr. Tanja Schneider | Ärztin & Breast Cancer Advisor**



„Das SG-BCC ist seit 40 Jahren jenes Treffen, bei dem die Therapie des Mammakarzinoms außerhalb klinischer Studien von den führenden Expertinnen und Experten weltweit diskutiert und vorgestellt wird. Bei meiner ersten Teilnahme 1984 passten die ca. 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einen kleinen Hörsaal, zuletzt musste auf Grund der Teilnehmerzahl jenseits der 10.000 das Meeting von St. Gallen nach Wien verlagert werden. Dies ist eine enorme Anerkennung für die Brustkrebsforschung, die seitens der ABCSCG von Wien aus internationale Bedeutung erlangt hat.“ **Prim. Univ.-Prof. Dr. Paul Sevelid | Präsident der Österreichischen Krebshilfe**



# Coronapandemie — Wien ist anders

In enger Abstimmung haben die Wiener Magistratsabteilung 15 (Gesundheitsdienst) und die Ärztekammer für Wien Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie entwickelt und umgesetzt. PERISKOP sprach mit dem Wiener Gesundheitsstadtrat, **PETER HACKER**, und dem Vizepräsidenten der Ärztekammer Wien, **DR. JOHANNES STEINHART**, welche Vorteile und Ergebnisse diese akkordierte Vorgehensweise in der Pandemiebekämpfung bisher gezeigt hat. | von Rainald Edel, MBA

**D**as Pandemie-Management einer Millionenmetropole wie Wien stellt für die Verantwortlichen eine große Herausforderung dar. Die Einwohner- und Arbeitsplatzdichte, die intensive Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, aber auch die Pendler- und Touristenströme sind potenzielle Brandbeschleuniger für die Ausbreitung von Pandemien. Dennoch ist es in Wien gelungen, das COVID-19-Infektionsgeschehen sowohl im internationalen als auch im nationalen Vergleich niedrig zu halten. Mit ein Grund für den bisherigen Erfolg war, dass man in der Stadt andere, manchmal auch kreative Wege gegangen ist und einen Schulterschluss zwischen Gesundheitsverwaltung und Ärztekammer gesucht hat.

**PERISKOP: Subjektiv hat man den Eindruck, Wien hätte die anderen Bundesländer in der Versorgung während der Coronapandemie überholt. Welche Schritte wurden gesetzt?**  
**HACKER:** Bezüglich der anderen Bundesländer habe ich zu wenig Einblick, um tatsächlich beurteilen zu können, was dort passiert. Auch wenn medial manchmal eine Konkurrenzsituation hochstilisiert wird, stehen die Bundesländer nicht in einem Wettbewerb zueinander. Ganz im Gegenteil, zwischen den Gesundheitslandesrätinnen und -räten herrscht eine freundschaftliche offene Kommunikation. Die

Pandemie hat uns Gesundheitslandesrätinnen und -räte eng zusammengeschweißt — wir halten zusammen. Auch die in den Medien im April hochgespielte Impfstoffdebatte entbehrt jeder Grundlage. Denn wir haben von Anfang an gewusst, dass Wien mehr Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher impfen wird als Niederösterreich Wienerinnen und Wiener. Wir haben uns bewusst für dieses mathematische Ungleichgewicht entschieden, weil die Vorteile überwiegen.

Ebenso eng und intensiv wie mit den Gesundheitslandesrätinnen und -räten sind die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen der Ärztekammer und uns als städtischer Verwaltung, im Konkreten zwischen Dr. Steinhart und mir. Auch wenn wir politisch unterschiedlich geprägt sind, sehe ich, dass uns beiden die Aufgabe, die wir bewältigen sollen, bewusst ist. Wir haben beide verantwortungsvolle Positionen — erst recht in einer Pandemie. Ich glaube, uns beide treibt vor allem ein hohes Verantwortungsbewusstsein für die jeweilige Funktion. Es hat von Anfang an eine sehr gute Zusammenarbeit gegeben, wo wir uns gut austauschen und Lösungen diskutieren konnten.

**Was ist in Wien beispielsweise anders gelöst worden als in den restlichen Bundesländern?**

**Peter Hacker** begann nach Matura und abgeleistetem Präsenzdienst als Mitarbeiter in der Wohnungskommission bei der Stadt Wien zu arbeiten. Ab 1985 war er im neu geschaffenen Bürgerdienst mit persönlichen sozialen Anliegen der Wiener Bevölkerung beschäftigt und mit den Bereichen Jugend und Soziales betraut. Von 1992 bis 2003 fungierte er als Drogenkoordinator der Stadt, wo er die Hilfs- und Betreuungsangebote der späteren Suchthilfe Wien mitentwickelte. Von 2001 bis 2018 war Hacker Geschäftsführer des Fonds Soziales Wien (FSW). Im Zuge der Flüchtlingskrise 2015 wurde er außerdem zum Koordinator für Flüchtlingswesen bestellt. 2018 wurde er zum Gesundheits- und Sozialstadtrat in die Wiener Landesregierung und den Stadtsenat berufen.

**HACKER:** Ich habe immer darauf geachtet, stabile Strukturen aufzubauen, und nicht auf kurzfristig verfügbare Hilfe, z. B. durch das Bundesheer oder Freiwilligenorganisationen, gesetzt. Dafür musste ich vorderhand auch viel Kritik einstecken, doch auf Dauer gesehen hat sich unser Weg als nachhaltig und gut erwiesen. So haben wir beispielsweise beim „Contact-Tracing“ ein System aufgesetzt, für das es eine Ausbildung gibt, das den Beschäftigten ordentliche und sichere Arbeitsplätze gewährleistet, wo es ein Management gibt und eine Qualitätssicherung implementiert wurde. Das braucht natürlich in der Aufbauphase Zeit. Aber seit dem Vollbetrieb im Herbst haben wir kontinuierliche Aufklärungsquoten zwischen 60 und 70 Prozent, teilweise sogar mehr. Hingegen liegt die Aufklärungsquote in jenen Bundesländern, die auf rasche Abhilfe gesetzt haben, zwischen zehn und 20 Prozent. Und der Gedanke, unsere Aktivitäten auf solide Beine zu stellen, zieht sich durch das gesamte Coronamanagement. So sind auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Test- und Impfzentren alle angestellt. Ich verstehe schon die Überlegung anderer Bundesländer, auf Freiwillige zu setzen. Man kann so rascher ein System hochziehen, allerdings fehlt es an Stabilität. Das merkt man jetzt, wo das Engagement der Freiwilligen erlahmt ist und die meisten wieder in ihren Ursprungsberufen tätig sind.

**Ich habe immer darauf geachtet, stabile Strukturen aufzubauen, und nicht auf kurzfristige Effekte gesetzt.**

**Peter Hacker**

**STEINHART:** Dieses vorausschauende und nachhaltige Denken in der Pandemiebekämpfung kann ich nur bestätigen. Schon zu Beginn der Coronakrise, Ende Februar letzten Jahres, zeigte sich anlässlich einer Sitzung zum Thema Schutzkleidung im Gesundheitsministerium, dass einzig der Wiener Gesundheitsverbund entsprechende Vorbereitungen getroffen hatte.

**HACKER:** Ich habe Ende Jänner dem Wiener Gesundheitsverbund den Auftrag gegeben, am Weltmarkt Schutzausrüstung zu beschaffen. Da haben wir schon gewusst, dass eine Infektionswelle auch Europa und Wien erreichen wird — das war abschätzbar.

**STEINHART:** Ja das war hoch professionell. Auch wir als Ärztekammer haben uns damals überlegt, was wir tun und wo wir helfen können. Wir sind damals unter dem Eindruck der Situation in Bergamo gestanden. Uns war klar, wir müssen die Wartezonen in den Arztpraxen und Ambulanzen frei von infizierten

Personen halten. Als zentrales Tool, um die Ausbreitung von Infektionen einzudämmen, sahen wir unseren Ärztekundendienst — den es nur in Wien gibt. Durch den Besuch von Verdachtsfällen und erkrankten Personen zu Hause konnten wir potenziell infizierte Personen sofort isolieren, und davon abhalten in die Arztpraxen oder die Ambulanzen zu gehen und die Infektion zu verbreiten. Da war natürlich die vorhandene Schutzkleidung durch den Wiener Gesundheitsverbund ein großer Vorteil. Zudem konnte durch diesen gezielten Einsatz die damals noch knappe Ressource Schutzkleidung sehr effizient eingesetzt werden.

**Wir haben mit Hausverstand und Pragmatismus realistische umsetzbare Lösungen gesucht.**

**Johannes Steinhart**

Diese Strategie der aufsuchenden Testung hat bewirkt, dass es in Wien keine Hotspots in Ambulanzen und Ordinationen gab und damit keine Superspreader. Vereinzelt wurden Ärztinnen und Ärzte krank, aber es kam zu keiner Häufung. Das war der Erfolg, warum wir schon im Frühjahr in Wien die Pandemie gut überstanden haben.

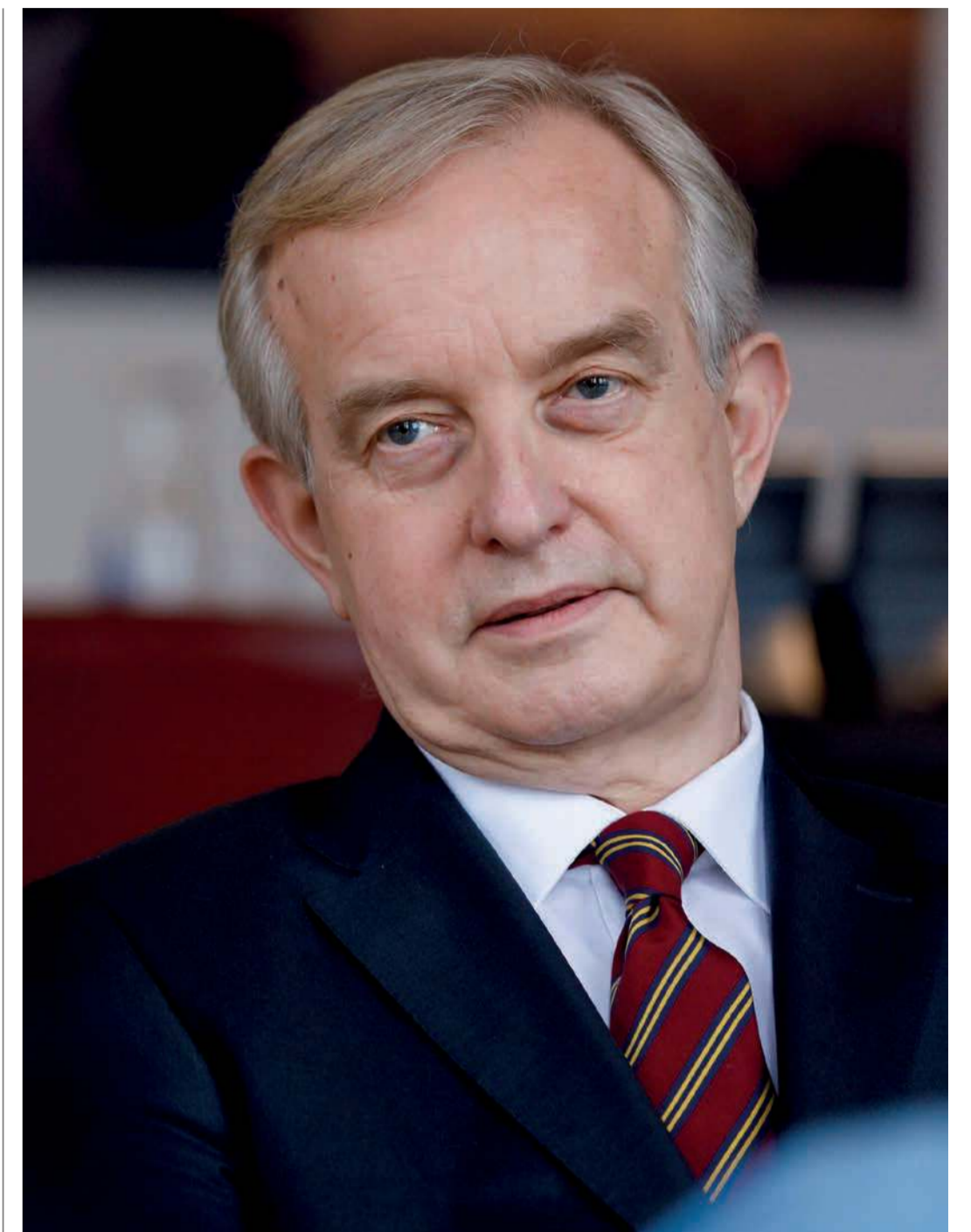
**Sie betonen beide die gute Zusammenarbeit. Wie kam es eigentlich dazu?**

**STEINHART:** Das erste Aufeinandertreffen liegt schon ein wenig zurück und war 2019 anlässlich der Eröffnung eines Primärversorgungszentrums in Wien Meidling. Aber der eigentliche Boost für unsere Zusammenarbeit kam aufgrund des gemeinsamen Gedankens, dass wir die Bevölkerung versorgen müssen. Ich bin kein Virologe, aber pragmatisch einen Plan zur Versorgung der Bevölkerung aufzustellen, da liefere ich gerne meinen Input. Man muss aber auch sagen, dass nicht nur die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsstadtrat und mir gut und befruchtend ist, das setzt sich auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beider Institutionen fort. Beide Teams haben hier Großartiges geleistet.

**HACKER:** Wir haben uns auch strategisch gut gefunden. So waren wir beide bereits im Sommer der einhelligen Meinung, dass es für den Herbst ein geändertes Konzept brauchen wird, da neben der COVID-19-Pandemie noch mit einer saisonalen Grippewelle zu rechnen ist. Damit wäre die bisherige Strategie aus der ersten Welle, mit einem Aufsuchen und Abklären von Verdachtsfällen zu Hause, nicht mehr fortführbar gewesen. Von diesen Überlegungen ausgehend kam es dann zur Entwicklung der so genannten „Schnupfenboxen“ in Form von Containern zur Testung. Diese haben wir über Wien verteilt und gleichzeitig sehr klare Regeln für das Testen entwickelt: Die Teststraßen sind symptomlosen Personen vorbehalten, die leicht symptomatisch Erkrankten lassen sich in den Schnupfenbox testen und die schweren Fälle besuchen wir weiterhin zu Hause. Allein diese Aufteilung hat sehr viel gebracht.

**STEINHART:** Ein anderes Beispiel, das wir gemeinsam entwickelt haben, waren die Schleusen bei den Spitälern, um die Ambulanzen zu schützen. Oder der Umbau der Messehalle mit 800 Betten, um entsprechend Reservekapazitäten für jene Menschen zu haben, die nicht die Vollversorgung eines Spitals benötigen, aber dennoch eine Betreuung.

Nach der Matura absolvierte **MR Dr. Johannes Steinhart** das Medizinstudium an der Universität Wien. Kurz nach seiner Promotion begann er in der Krankenanstalt „Göttlicher Heiland“, wo er auch seine Facharztausbildung zum Urologen machte. Während dieser Zeit absolvierte er außerdem ein viersemestriges Postgraduate-Studium für Spitalmanagement an der Wirtschaftsuniversität Wien. Als Turnusarzt wurde er zum Arztvertreter gewählt und schließlich 1992 im Alter von 37 Jahren zum ärztlichen Leiter des Krankenhauses „Göttlicher Heiland“ bestimmt — eine Funktion, die er bis 2015 innehatte. Seit 1993 betreibt er auch eine Kassenordination für Urologie in Wien. Zudem war Steinhart sechs Jahre Vorsitzender des Wohlfahrtsfonds der Wiener Ärztekammer und ist seit 1999 deren Vizepräsident und Kurienobmann der Niedergelassenen Ärzte. Seit 2012 ist Steinhart Vizepräsident der Ärztekammer Österreich und Obmann der Bundeskurie Niedergelassene Ärzte der Österreichischen Ärztekammer.



Kurz zusammengefasst: Wir haben uns mit Hausverstand und Pragmatismus hingesetzt und überlegt, was, wann, wie zu tun ist und nach realistisch umsetzbaren Lösungen gesucht.

**HACKER:** Absolut. Ich glaube, das war der zentrale Punkt: zu analysieren, was in den ersten Tagen der Pandemie in Italien passiert ist und wie wir daraus abgeleitet unsere zentral wichtige Ressource in einer Pandemie, die Spitälern, schützen können. Da ging es gar nicht mal um spezielle Ressourcen, wie Intensivbetten — weil die kann man nicht innerhalb von ein paar Wochen vermehren. Wichtig war die Überlegung, wie man verhindern kann, dass im Gesundheitsbereich so viele Menschen erkranken, dass das System unabhängig von den Kapazitäten kollabiert. Daher kam die Überlegung, dass wir jene Personen, die positiv getestet wurden, von den Ordinationen und auch vom unkontrollierten Besuch in Spitälern fernhalten können.

**STEINHART:** Erkrankte Menschen zu isolieren, ist ja der Kern des Epidemiegesetzes. Die Kerntugenden in einer Epidemie sind: so rasch wie möglich detektieren und diagnostizieren und jene Menschen, die betroffen sind, in eine Lebenssituation bringen, in der sie niemand anderen mehr anstecken können.

**HACKER:** Das war auch der Grund, warum ich im Mai 2020 so vehement für eine offensive Teststrategie eingetreten bin — damit wir erkennen und isolieren können. Wir haben

auch jetzt wieder über 50 Prozent asymptomatische Fälle in Wien. Die im Vergleich zu anderen Bundesländern hohe Zahl resultiert daraus, dass wir nicht auf Antigentests setzen, sondern auf die wesentlich sensitiveren und sensibleren PCR-Tests. Antigentests detektieren maximal bis zu einem dem CT-Wert 30 entsprechenden Faktor. PCR-Tests gehen noch weit darüber hinaus und erkennen somit früher kleinere Viruslasten. Als einziges Bundesland haben wir einen Anteil von 50 bis 75 Prozent PCR-Tests unter allen im Bundesland gemachten Tests. In vielen anderen Bundesländern liegt dieser Anteil zwischen zehn und 15 Prozent.

Die hohe Anzahl asymptomatischer Fälle steigert zwar kurzfristig die positiven Fälle, aber langfristig sinken die Zahlen deutlicher, weil man im Gegensatz zu den anderen Bundesländern auch die asymptomatisch Erkrankten aufspürt und an der unbewussten Infektionsweitergabe hindert.

**Seitens der Rechnungshöfe, diverser Gesundheitsökonom etc. wurde in der Vergangenheit immer wieder die hohe Bettenanzahl pro Kopf bemängelt. Jetzt, in der Pandemie, wurde die Forderung nach mehr Intensivbetten laut. Wie beurteilen Sie die Versorgungslage mit Spitalbetten?**

**STEINHART:** Zu Beginn der Pandemie gab es in Deutschland 29 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner, bei uns 28 und in Bergamo 8. Es →







ist schwer, ökonomisch denkenden Menschen den Wert einer Vorhaltefunktion zu vermitteln — nur dachte ich, die katastrophale Versorgungslage in Bergamo und in anderen Regionen, wo man an der Bettenzahl gespart hatte, sollte lehrreich genug gezeigt haben, wie wichtig diese sind. Umso sprachloser war ich, als voriges Jahr im Mai plötzlich die Diskussion aufkam, ob Österreich nicht doch zu viele Intensivbetten hat. Und jetzt, in der zweiten und dritten Welle, hatten wir alle Hände voll zu tun, dass wir die Situation noch im Griff behalten. Das hat nochmals deutlich gezeigt: Hätten wir die Vorhaltekapazität nicht, würden wir ernsthafte Versorgungsprobleme bekommen.

**HACKER:** Gesetzlich ist das klar geregelt: Ein Intensivbett muss mindestens 85 Prozent Auslastung haben, sonst ist es zu schließen. Das heißt, die Intensivbetten, die wir jetzt haben, sind nicht zu viele.

**In den Medien wird immer wieder behauptet, die meisten Ansteckungen fänden indoor und privat statt. Deckt sich das auch mit dem Eindruck in Wien?**

**HACKER:** Der jetzige Anstieg bei den Coronazahlen ist vor allem auf den Privatbereich zurückzuführen. Aus diesem Grund habe auch ich der Überlegung, die Schanigärten aufzusperren, etwas abgewinnen können. Denn dort würden die Menschen geordnet und mit Abstand sitzen und nicht, wie z. B. vor dem Gassenverkauf von Lokalen, ohne Abstand beieinanderstehen.

**STEINHART:** Wir sind in einer schwierigen Situation. Die Pandemie schreibt gerade eine neue Geschichte. Die britische Mutation war absehbar, weil es in der Natur von Viren liegt zu mutieren.

**HACKER:** Wir haben von Anfang an durch Lockdowns eine Durchseuchung der Bevölkerung verhindert. Wir haben zwar bislang zu wenige Menschen geimpft, aber immerhin doppelt so viele wie jemals positiv waren. Man darf nicht vergessen, wie wenige Menschen von den 8,9 Mio. in Österreich jemals positiv waren. Das heißt, wir haben das Virus vor allem in Europa echt gequält und somit gezwungen zu mutieren — ob das die richtige Entscheidung war, wird man später einmal diskutieren müssen. Fakt ist, wir haben es getan und dürfen daher nicht überrascht sein, wenn es zu einer Mutation kommt, die ansteckender ist. Dann das ist die Variante, die besser überleben kann. Jetzt zeichnet diese Mutation die Geschichte einfach anders. Sie ist ansteckender, sie macht die Betroffenen schneller krank. Nicht zwingend mehr Personen, aber die, die es erwischt, stärker.

**STEINHART:** Deshalb haben wir auch auf den Intensivstationen mehr jüngere Menschen. **HACKER:** Das ist auch für die Intensivstationen eine andere Herausforderung als noch vor einem Jahr. Hier wirkt sich aus, dass die hochbetagten Personen in den Pflegeheimen zum Glück schon geimpft sind. Unter den 18.000 Personen in Pflegeheimen haben wir im Moment 30 aktive Fälle.

**STEINHART:** Die jüngeren Patientinnen und Patienten liegen auch länger in einem Intensivbett — sie sterben zwar seltener, aber die Belagstage sind deutlich mehr. Was uns wieder zu der vorhin geführten Diskussion über die Intensivbetten führt.

**Eines der Hauptprobleme ist momentan die zu geringe verfügbare Impfstoffmenge. Macht es daher Sinn, Vakzine wie „Sputnik V“ auch ohne EMA-Zulassung in Österreich einzusetzen?**

**Stadtrat Peter Hacker und den Vizepräsidenten der Ärztekammern für Wien und Österreich, MR Dr. Johannes Steinhart, eint das Verantwortungsbewusstsein für die Versorgung der Wiener Bevölkerung. Von Anfang an gab es eine sehr gute Zusammenarbeit und eine konstruktive Suche nach Lösungen.**

**HACKER:** Mir berichten Impfpexpertinnen und -experten, dass sie Sputnik V für einen guten Impfstoff halten und es auch genug Studien gibt, die das belegen — ich kann das aber nicht beurteilen. Ich würde niemanden zwingen, Sputnik V nehmen zu müssen, aber meiner Meinung nach sollte die Gesundheitspolitik es ermöglichen, diesen Impfstoff einzusetzen. Die Entscheidung, wer welches Medikament bekommt, ist in der Beziehung zwischen der impfwilligen Person und der Ärztin, dem Arzt zu treffen — da soll sich die Gesundheitspolitik nicht einmischen. Mein pragmatischer Zugang ist: Wenn es Ärztinnen und Ärzte gibt, die ihn anwenden wollen, und Patientinnen und Patienten, die ihn bekommen wollen, warum nicht.

**In der Berichterstattung über COVID-19 wird vor allem die Rolle der Ärztinnen und Ärzte stark in den Vordergrund gestellt. Wie wurden die anderen Pflegeberufe während der Pandemie erlebt?**

**STEINHART:** Die Pflege ist damit voll konfrontiert gewesen und man muss das fast ein wenig als heroisch bezeichnen. Schon allein, dass das Pflegepersonal den ganzen Tag in der Schutzausrüstung schwere Arbeit verrichtet, muss man als heroische Leistung sehen.

**HACKER:** Das Gesundheitssystem in all seinen Facetten macht gerade einen unglaublichen Job. Da gehören aber auch Portier- sowie Reinigungs- und Technikpersonal dazu. Das Gesundheitssystem zeigt gerade seine unglaubliche Leistungsfähigkeit. Das gilt auch für die Wissenschaft. Es ist kaum bekannt, an wie vielen Studien zu Impf- und Wirkstoffen Wien beteiligt ist. Das zeigt, dass im Bereich der Wissenschaft die Stärken des Wiener Standortes gesehen und geschätzt werden. P

© LUDWIG SCHEDEL

## Qualitätssicherung und Patientensicherheit

# Grundlage für eine optimale Gesundheitsversorgung

Mit dem Stellenwert der Qualitätssicherung und Patientensicherheit und wie diese im Gesundheitswesen bestmöglich erreicht werden können, beschäftigte sich bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten **DR. GÜNTHER JONITZ**, ehemaliger Präsident der Ärztekammer Berlin, in seiner Keynote. | von Mag. Dren Elezi, MA



**S**pätestens seit Beginn der 90er Jahre wurden in Österreich seitens der Gesundheitspolitik verstärkt Bemühungen unternommen, den Bereich der Qualitätssicherung unter Einbeziehung der wesentlichen Partnerinnen und Partner im Gesundheitsbereich auszubauen. Laut Dr. Günther Jonitz, dem ehemaligen Präsidenten der Ärztekammer Berlin (bis Jänner 2021), resultieren die häufig geführten Diskussionen rund um Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen aus Faktoren, die einen konkreten Handlungsdruck auslösen. Einer davon ist die gigantische Leistungsexplosion, die während der letzten 30 bis 50 Jahre im Bereich der Medizin stattgefunden hat. Andererseits gebe es fehlsteuernde Anreize, die den Ärztinnen und Ärzten und den so genannten ‚Care Givers‘ — in Form von harten finanziellen Vorgaben, bürokratischen Lasten oder DRG (Diagnosis Related Groups)-Systemen — ihre Arbeit erschwerten“, so Jonitz.

**Das ist ein Paradigmenwechsel, der sowohl Qualität als auch Sicherheit für Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten bringt.**

Günther Jonitz

**Leistungsexplosion und fehlsteuernde Anreize sorgen für Handlungsdruck**

Die Kernfrage bleibt laut dem Experten aber stets dieselbe: „Was ist gute Medizin?“ Aus seiner Sicht ist dies jene Medizin, die Patientinnen und Patienten benötigen und die die Ärztin oder der Arzt beherrscht bzw. nach dem Stand der Wissenschaft können sollte. Eine wiederkehrende Frage ist, wie man Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen weiter ausbauen und gewährleisten kann. „Wesentlich ist in erster Linie das ‚Erlernen‘ und nicht das ‚Bestrafen‘. Wenn Sie auf Patientensicherheit achten,

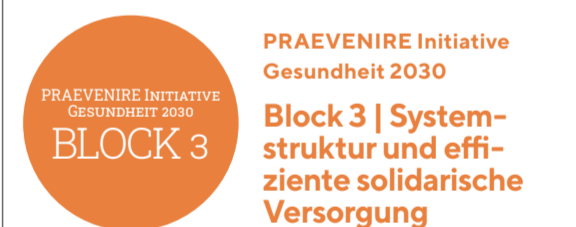
helfen Sie den Patientinnen und Patienten, sich selbst und dem System“, erklärte der Experte. Dies sei nicht nur im Interesse der Patientinnen und Patienten, sondern vor allem auch im Interesse aller Gesundheitsberufe. „Wir sind das sogenannte ‚Second Victim‘. Passieren folgenreiche Fehler in der Patientenversorgung, kann es neben dem eigentlichen Opfer oder den betroffenen Patientinnen und Patienten auch weitere Opfer, nämlich die beteiligten Mitarbeitenden, geben. Die involvierten Mitarbeitenden können nach Behandlungsfehlern oder kritischen Zwischenfällen selbst einen psychischen Schaden davontragen, der von vorübergehenden emotionalen Belastungen bis hin zur chronischen psychischen Erkrankung reichen kann. Sie werden zu zweiten Opfern des Ereignisses — den ‚Second Victims‘“, so Jonitz.

**Qualität der Leistungen ausschlaggebend**

Laut Jonitz kommt es im Gesundheitswesen längst nicht mehr allein darauf an, welche finanziellen Mittel in das System gesteckt werden. Ausschlaggebend sei vor allem die Qualität der Leistung, betonte der Experte. Hier müssten nicht neue Maßstäbe und Evaluierungen erfunden werden, denn es gebe bereits Vorbilder, die man für den Gesundheitsbereich adaptieren könne. Als Beispiel nannte Jonitz die historische Entwicklung der Qualitätskonzepte im Bereich der Industrie und Wirtschaft. Betrachtet man die erste Phase dieser Entwicklung, standen in den 50er Jahren Themen wie Produktorientierung, Qualität durch Kontrolle und statistische Methoden im Mittelpunkt. In der zweiten Phase, zu Beginn der 60er Jahre, setzte man sich zunehmend mit dem Thema Qualitätsmanagement auseinander, mit dem Ziel der Fehlerverhütung bzw. der Frage, unter welchen Bedingungen Dienstleistungen erbracht oder Produktleistungen erstellt werden. Den Höhepunkt erreichte die Entwicklung Mitte der 80er Jahre mit dem Beginn eines umfassenden Qualitätsmanagements, dem so genannten TQM

Günther Jonitz spricht in seiner Keynote über das Thema „Qualitätssicherung und Patientensicherheit“.

(Total Quality Management). In dieser dritten und letzten Phase wurde der Schwerpunkt auf den Bereich Kundenorientierung, die Einbeziehung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, eine kontinuierliche Verbesserung sowie auf die Führung und Unternehmenskultur gelegt. Für Jonitz stellt gerade diese Phase einen wesentlichen Bestandteil für den Erfolg bei der Qualitätssicherung und Patientensicherheit dar. Denn beim TQM geht es um Kundenorientierung und eine die Unternehmenskultur bestimmende Führungsmethode, die auf die Mitwirkung aller Mitarbeitenden setzt. Die Führung wird — zumindest in der Idealvorstellung — so ausgerichtet, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tatsächlich die Möglichkeit haben mitzuwirken. Denn die Qualität wird letztlich durch die Menschen in einem Unternehmen erzeugt. Je besser die Kultur eines Unternehmens ist, umso besser ist die Qualität der erstellten Produkte oder erbrachten Dienstleistungen. „Wenn also das Umfeld stimmt, können sie dieser Theorie nach ihre volle physische und psychische Energie in den Dienst der Kundinnen und Kunden stellen“, so Jonitz. Als zentral erachtet der Chirurg daher eine Kultur, in der sich die Menschen nicht als unfelbar sehen, sondern bereit sind, aus Fehlern zu lernen. „Das ist ein Paradigmenwechsel, der sowohl Qualität als auch Sicherheit für Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten bringt. Die entsprechenden Fehlerlersysteme sind bereits vorhanden. Man muss sie nur in die tägliche Arbeit integrieren“, betonte der ehemalige Präsident der Ärztekammer Berlin. Tatsache ist, so Jonitz, dass heutzutage wesentlich mehr Wissen zur Verfügung steht wenn es darum geht, wie man mit dem Thema Qualität und Patientensicherheit umgehen soll. Zum Abschluss appellierte er: „Anfangen ist wichtig, besser machen kann man immer noch.“ P



Programm im Rahmen der  
**PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020**

**KEYNOTES**

- **Der ideale Weg der Patientinnen und Patienten durch das System — Ist ein Gatekeeper notwendig oder nicht?**  
Dr. Werner Leber | Queen Mary University of London, Centre for Primary Care and Public Health
- **Qualitätssicherung und Patientensicherheit**  
Dr. Günther Jonitz | Ärztekammer Berlin
- **Wie weiter in der neuen Sozialversicherungsstruktur?**  
Hon.-Prof. Dr. Christoph Klein | Arbeiterkammer Wien, Bundesarbeitskammer
- **Rehabilitation und Reintegration**  
Dr. Eva Höttl | Erste Bank Group AG, Health Center
- **Strategische Visionen für die europäische Gesundheitsversorgung**  
Prof. Dr. h. c. Felix Unger | European Academy of Sciences and Arts

**PODIUMSDISKUSSION**

- Dr. Alexander Biach | Wirtschaftskammer Wien
- HR Dr. Thomas Holzgruber | Ärztekammer für Wien
- Tamás Petrovics | Xund
- Dr. Erwin Rebhandl | AM PLUS und OBGAM
- Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA | ÖGK



# 360° Blick

## Rare 2030: Neuauflage der Europapolitik und EU-Aktionsplan für Seltene Erkrankungen

Modell für Österreich?

**R**are Disease Week 2021: Erstmals widmete die Europäische Dachorganisation für Seltene Erkrankungen EURORDIS Ende Februar eine gesamte Woche der Rare Disease Politik auf EU-Ebene. Auf dem Programm standen neben einer Reihe von Multi-Stakeholder-Veranstaltungen Arbeitsmeetings ausgewählter internationaler Patientenvertreter im Rahmen ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit für EURORDIS mit EU-Parlamentsabgeordneten und Mitgliedern des EU-Rats und der Europäischen Kommission. Basis für die zukünftige EU-Politik bilden folgende Säulen der Rare2030 Foresight Study:

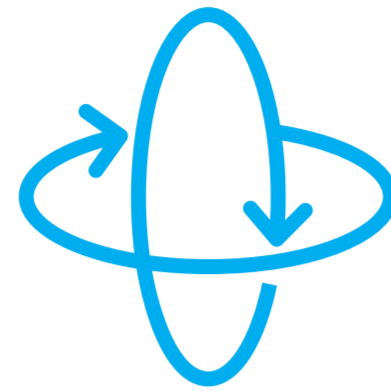
- 1 Aktualisierte langfristige Strategien und Aktionspläne auf EU-Ebene und in den EU-Mitgliedsstaaten mit nachhaltigen messbaren Ergebnissen und entsprechender Finanzierung
- 2 Gesicherte Diagnose, Frühdiagnose, einheitliche Diagnose-Tools und -programme in Europa; kürzere Diagnosewege ermöglichen Zugang zu Therapien (wo

vorhanden); höhere Erfassungsraten liefern mehr Daten für Therapieentwicklung (94 Prozent der Seltene Erkrankungen ohne Therapie, Stand 2021)

- 3 Zugang zu bestmöglicher Gesundheitsversorgung (Diagnose, innovative Therapien, medizinische ganzheitliche Versorgung) durch Sicherstellung der entsprechenden Finanzierung auf EU-, nationaler und regionaler Ebene
- 4 Integrierte und patientenzentrierte Versorgung inklusive psychosozialer und sozialer Aspekte (z. B. Zugang zum Arbeitsmarkt)
- 5 Patienten(-vertreter) als vollwertige Partner oder Leader in Forschung, Diagnostik- und Therapieentwicklung; übergeordnete Zusammenarbeit im öffentlichen und privaten Sektor, Data-Sharing und gemeinsame Infrastruktur
- 6 Soziale Gerechtigkeit durch gesicherte Finanzierung für Forschung und Therapieentwicklung orientiert am High Need und der betroffenen Patientinnen und



Mag. Dominique Sturz, Obfrau Stellvertreterin



- Patienten insbesondere in wenig beforschten Krankheitsgebieten
- 7 Datenoptimierung zum Wohle der Patientinnen und Patienten und der Gesellschaft durch Data-Sharing und „FAIRifikation“ der Daten (FAIR = Findable, Accessible, Interoperable, Re-usable) im EU Health Data Space im Rahmen der Europäischen Referenznetzwerke für Seltene Erkrankungen (ERNs)
- 8 Gleichberechtigter Zugang für alle EU-Bürgerinnen und -Bürger zu leistbaren Arzneimitteln, Gesundheitstechnologien und Medizintechnik durch priorisierte Investitionen (z. B. EU Orphan Drug Regulation) und durch Zusammenarbeit bei Zulassung, Einkauf, Preisgestaltung und Rückvergütung (Harmonisierung HTA)

Eine Verlängerung und Neupriorisierung des österreichischen Nationalen Aktionsplans für Seltene Erkrankungen NAP.se (Laufzeit 2014 bis 2018, Verlängerung zugesagt) ist also dringend nötig. Entscheidend werden politischer Wille beim Herunterbrechen der Maßnahmenpakete und deren adäquate Alimentierung sowie die vorbehaltlose Zusammenarbeit aller involvierten Stakeholder sein. Eine wesentliche Rolle bei der Umsetzung kommt dem geplanten „Österreichischen Referenznetzwerk“ bestehend aus den Vollmitgliedern und Assoziierten Nationalen Zentren der ERNs zu. Bündelung der Ressourcen auf Bundesebene gemeinsam mit den Bundesländern bzw. ein gewisses Maß an Deföderalisierung würden den Wissenschafts- und Medizinstandort Österreich und damit den gleichberechtigten Zugang für Menschen (nicht nur) mit Seltenen Erkrankungen zu fortschrittlicher medizinischer Versorgung sichern und deren oft schwierige Lebenssituation deutlich verbessern. Die Zukunft ist jetzt zu gestalten, wir bleiben dran! P

**Rare2030 Foresight Study:**  
[www.eurordis.org/publication/recommendations-rare-2030-foresight-study](http://www.eurordis.org/publication/recommendations-rare-2030-foresight-study)  
**Pro Rare Austria:**  
[www.prorare-austria.org/newsroom/aktuelles/](http://www.prorare-austria.org/newsroom/aktuelles/)

# Kluge Muskeln | Folge 2

## Winterschlaf adé

Der Lockdown-Bauchansatz lässt grüßen



**I**n einer Zeit, in der unser Körper wieder zu frühlinghaften Kräften kommen will, befinden wir uns immer noch im Ausnahmezustand: Die Fitnessclubs sind nach wie vor geschlossen und die Motivation, alleine zuhause zu trainieren, sinkt langsam aber sicher gegen Null. Selbst die originellsten Home-Workouts, die in den Sozialen Medien um Aufmerksamkeit ringen, verlieren ihren Reiz. Lockdown-Tag für Lockdown-Tag betrachten Sie sich im Spiegel und stellen übersätigt fest: Sie haben schon mal besser ausgesehen. Der Bauchansatz wächst, die Muskeln schwinden. Bewegungsmangel, wie ihn viele seit Corona erfahren, ist einer der Hauptfaktoren für Muskelschwund — ein Phänomen, das nicht nur Ihrer Figur, sondern vor allem Ihrer Gesundheit schadet: Der Verlust von Muskelkraft erhöht das Risiko, beispielsweise an Diabetes mellitus Typ 2 oder Bluthochdruck zu erkranken. Auch emotionale Belastungen, wie sie viele während der

Pandemie aufgrund sozialer Isolation erfahren, erzeugen Stress. Dieser kann wiederum zu beschleunigtem Muskelabbau führen.

In den ersten vier Wochen Trainingspause werden Sie Ihren Muskelabbau schon wahrnehmen, auch wenn Sie ihn noch einigermaßen im Griff haben. Doch schon nach fünf Wochen müssen Sie mit rund 50 Prozent weniger Belastungsfähigkeit rechnen. Nach acht bis zwölf Wochen Trainingspause sind Sie dann wieder bei Null angelangt, wie derzeit viele von uns. Der Lockdown-Alltag zehrt: Die Luft ist raus, Sie wollen zurück ins echte Leben, gemeinsam mit gleichgesinnten Menschen trainieren, mal ganz meditativ im herabschauenden Hund, dann wieder richtig schwitzend bei lauter Clubmusik. Sie wollen sich spüren und wieder ordentlich die Sau rauslassen. Nur allzu verständlich. Aber wie gelingt die Reise raus aus dem Winterschlaf, ohne dabei in die Frühjahrs Müdigkeit abzugleiten? Lassen Sie sich dazu auf ein Gedan-



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

kenspiel einladen: Verstehen Sie Ihre Muskeln als Ihre Verbündeten, als kluge Teampayer. Ihre Muskeln sind eines der meistunterschätzten Organe. Pfléglich behandelt, aktivieren Sie mit ihnen das größte Hormon- und Fettverbrennungsorgan Ihres Körpers. Klug trainierte Muskeln halten Sie innerlich und äusserlich in Form und drehen Ihre biologische Uhr um Jahrzehnte zurück. Sie kurbeln Ihre Selbstheilungskräfte an und schützen Botenstoffe aus, die das Diabetes-, Herzinfarkt oder Krebsrisiko senken. Ihre Gedächtnisleistung verbessert sich, depressiven Stimmungen wird ein sportlicher Kampf angesagt. Schlau trainierte Muskeln sind Kommunikationsprofis: Sie interagieren direkt mit entzündlichen Stellen Ihrer Gelenke und reduzieren Schmerzen. Wer obendrein auf die Tiefenmuskulatur setzt und nicht starr Gewichte stemmt, kann sehr rasch von all diesen Muskel-Goodies profitieren. Jetzt liegt es nur noch an Ihnen, ins Tun zu kommen — trotz Lockdown. Und vergessen Sie nicht: Es ist nie zu spät für den ersten Trainingsschritt. Ihr Leben findet nicht in der Vergangenheit oder morgen statt, sondern genau jetzt. Legen Sie los! 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



© GERHARD GÄTTINGER, SHUTTERSTOCK (3); PETER PROVAZNIK

## Klinik Pirawarth in Wien

# Flexible und patientenorientierte Reha-Möglichkeiten

Zusätzlich zur Rehabilitation im Weinviertel bietet die **KLINIK PIRAWARTH** nun auch ambulante Rehabilitation in Floridsdorf an. Eine gute Therapie-Alternative für jene Patientinnen und Patienten, die aus beruflichen oder privaten Gründen an keiner stationären Rehabilitation teilnehmen können. | von Rainald Edel, MBA



**D**ie Klinik Pirawarth hat sich in den letzten 20 Jahren als stationäre Rehaklinik etabliert und zum Jahresbeginn ihr Angebot um die ambulante Rehabilitation erweitert. Das neu eröffnete Ambulatorium der Klinik Pirawarth befindet sich in einem Gebäudeteil der Klinik Floridsdorf in Wien und ist Vertragspartner der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und weiterer Versicherungsträger. Die PVA setzt verstärkt auf das Konzept der ambulanten Rehabilitation. Mit dem ambulanten Angebot leistet die Klinik Pirawarth ihren Beitrag zur Umsetzung. Die Nähe zur Klinik Floridsdorf und zum SMZ Ost ermöglicht eine enge Zusammenarbeit mit dem Akutbereich.

Die ambulante Rehabilitation ist, wie die stationäre Rehabilitation, ein Bündel an Maßnahmen aus verschiedenen Therapien, die individuell auf die Erkrankung der zu behandelnden Person abgestimmt werden. Eine ambulante Reha kann einen stationären Aufenthalt ersetzen oder im Anschluss daran erfolgen. Während Reha-Patientinnen und -Patienten für einen stationären Aufenthalt mehrere Wochen von zuhause weg sind, muss man für die ambulante Reha das gewohnte Umfeld nur für die Therapietermine verlassen. Angeleitet und behandelt werden die Patientinnen und Patienten durch ein Spezialistenteam aus Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten unterschiedlicher Fachrichtungen. Gemeinsam mit den Betroffenen wird ein individuelles Trainingsprogramm erstellt.

Dr. Karin Vonbank, Stellvertretende Ärztliche Direktorin der Klinik Pirawarth in Wien, erklärt: „Stationäre und ambulante Rehabilitation sind zwei gleich wichtige Parts in der Gesundheitsversorgung. Wenn jemand keinen stationären Aufenthalt absolvieren kann, ist es genauso wertvoll, wenn er oder sie zwei bis drei Mal pro Woche zu uns ins Ambulatorium kommt. Besonders Post-COVID-19-Patientinnen und -Patienten sind oft extrem jung, haben Familie, sind teilweise berufstätig und sind

nach ihrer Erkrankung sehr eingeschränkt. Gerade hier braucht es eine Reha, die sich mit Privat- und Berufsleben vereinbaren lässt.“ Prim. Dr. Andreas Winkler, MSc, Ärztlicher Direktor der Klinik Pirawarth, ergänzt: „Auch bei Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks und der Nerven ist nach der Akutversorgung eine Rehabilitation unbedingt zu empfehlen, da sie sonst in der Regel zu einer bleibenden Behinderung führen. Auch in diesen Fällen können ambulante Therapieangebote den Gesundheitszustand der Betroffenen entscheidend und nachhaltig verbessern. Die Patientinnen und Patienten können wieder gewonnene Funktionen in der täglichen Routine erproben und festigen.“

### Individuelle und flexible Behandlungspfade

Die Rehabilitationsprogramme richten sich an Menschen mit neurologischen, orthopädischen, pulmonologischen, onkologischen und kardiologischen Erkrankungen. Voraussetzung für die ambulante Reha ist, dass die Personen ausreichend mobil sind, um das Zentrum selbstständig zu erreichen. Dafür muss bereits ein bewilligter Reha-Antrag vorliegen. Winkler erklärt: „Der Antrag für ambulante Rehabilitation erfolgt mit dem gleichen Formular wie für die stationäre Rehabilitation durch die Haus- oder Fachärztinnen bzw. -ärzte und wird beim zuständigen Sozialversicherungsträger eingereicht. Wichtig sind der Name der Reha-Einrichtung, der Hinweis ‚ambulant‘ sowie die notwendige Indikation und Phase der Behandlung.“ Je nach führender Symptomatik im Rahmen der Grunderkrankung können auch Post-COVID-19-Patientinnen und -Patienten der passenden Indikation zugewiesen werden

Die Klinik Pirawarth hat ihr Angebot um eine ambulante Rehabilitationsmöglichkeit erweitert. Das neu eröffnete Ambulatorium befindet sich in einem Gebäudeteil der Klinik Floridsdorf in Wien.



Das ambulante Therapieprogramm beinhaltet mehrere Einheiten pro Woche und lässt sich bestmöglich in den Alltag integrieren.

und an einem individuell erstellten Therapieprogramm teilnehmen. Möglich ist eine ambulante Rehabilitation in den Rehabilitationsphasen zwei und drei. Die Rehabilitationsphase zwei erfolgt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt als Alternative zu einem stationären Aufenthalt. Das ambulante Therapieprogramm beinhaltet mehrere Einheiten pro Woche und lässt sich bestmöglich in den Alltag integrieren. Andreas Winkler erklärt die Vorteile: „Damit ist die Rehabilitation endlich auch für Menschen zugänglich, deren Berufs- oder Privatleben eine wochenlange Abwesenheit nicht zulässt. Mit unseren Therapieprogrammen zu flexiblen Zeiten nahe am Wohnort können wir die Gesundheit dieser Menschen erhalten und wirken damit teuren Krankenständen entgegen.“ In der Rehabilitationsphase drei, die bis zu zwölf Monate dauern kann, geht es um die nachhaltige Stabilisierung bereits erreichter Erfolge. Das Ziel sind letztendlich Verhaltensänderungen. Karin Vonbank betont: „Die Menschen sollen ein Bewusstsein für die eigene Gesundheit entwickeln, sodass neue, der Gesundheit förderliche Gewohnheiten in ihre Lebensroutine übergehen.“ Das ambulante Setting ermöglicht es den Patientinnen und Patienten, erlernte Inhalte unmittelbar im Alltag auszuprobieren und diese Erfahrungen wiederum im Team rückzumelden.

### Pensionistinnen und Pensionisten ambulante Reha ermöglichen

Die Klinik Pirawarth ist ein eigenümergeführtes, familiäres Unternehmen und betreut ihre Patientinnen und Patienten nach deren individuellen Bedürfnissen. Gäste der Klinik Pirawarth profitieren nun vom stationären und ambulanten Angebot aus einer Hand. Die Behandlung in der Klinik Pirawarth ist damit noch umfassender und nachhaltiger. Andreas Winkler betont die menschliche Komponente im neuen Ambulatorium: „Wir legen großen Wert darauf, dass unsere Patientinnen und Patienten zu jedem Termin immer wieder gerne kommen, denn nur Kontinuität bringt den gewünschten Erfolg für die Gesundheit.“

Derzeit ist die ambulante Rehabilitation Berufstätigen vorbehalten. Andreas Winkler appelliert: „Es wäre allerdings auch für Pensionistinnen und Pensionisten wichtig, Zugang zur ambulanten Rehabilitation zu bekommen. Damit könnten wir die Mobilität und Selbstständigkeit älterer Menschen erhalten, Pflegebedürftigkeit reduzieren und so das Gesundheitssystem entlasten.“ P





PIONIERE

## Frauengesundheit

# Mehr kardiovaskuläre Untersuchungen bei Frauen nötig

Weltweit sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache bei Frauen. Durch frühere Aufklärung und Diagnose ließe sich das Risiko um bis zu 80 Prozent senken, erklärte **DR. BIRGIT PFALLER-EIWEGER** vom Universitätsklinikum St. Pölten in Ihrer Keynote bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. | von Rainald Edel, MBA

Bei typischen Frauenerkrankungen denkt man zuerst meist an Brustkrebs. „Allerdings ist die Wahrscheinlichkeit an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben fünfmal höher. Eine von drei Frauen wird im Laufe ihres Lebens eine Herz-Kreislauf-Erkrankung entwickeln“, schilderte Dr. Birgit Pfaller-Eiwegger vom Universitätsklinikum St. Pölten zu Beginn ihrer Keynote bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. Kardiovaskuläre Erkrankungen sind weltweit die Todesursache Nummer eins — so auch in Österreich. „Was gerne vergessen wird ist, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen häufiger bei Frauen häufiger zum Tode führen als bei Männern“, so Pfaller-Eiwegger, die zuvor viele Jahre in Toronto gearbeitet und geforscht hat. Zwar kam es in den letzten vier Jahrzehnten zu verbesserten Therapien und einem verstärkten Bewusstsein für kardiovaskuläre Erkrankungen, aber gleichzeitig ist ein gegenteiliger Trend durch eine neue „Adipositas-Epidemie“ und chronischen Bewegungsmangel zu beobachten, schilderte Pfaller-Eiwegger.

**Fehlendes Wissen und fehlende Diagnosen** Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben nicht nur eine medizinische Dimension, sondern verursachen auch enorme Kosten. „2005 wurden 1,3 Mrd. Euro für akut stationäre Behandlungen von Herz-Kreislauf-Patientinnen und -Patienten aufgewendet. Auch 15.500 Frühpensionen sind auf diese Erkrankungen zurückzuführen und bedeuten verlorene Lebensjahre“, schilderte Pfaller-Eiwegger.

Alarmierend ist für sie das fehlende Wissen um kardiovaskuläre Erkrankungen. Nur 45 Prozent der Frauen wissen, dass kardiovaskuläre Erkrankungen die Todesursache Nummer eins bei ihrem Geschlecht sind. „Viele Frauen schieben den Arztbesuch auf, weil sie Familie, Job und Haushalt als wichtiger erachten. Ebenso ist die Befürchtung weit verbreitet, stigmatisiert zu werden, weil ihr Körpergewicht in Zusammenhang mit einer Herzerkrankung gebracht wird“, nennt Pfaller-Eiwegger die wichtigsten Gründe, warum Frauen weniger häufig ihre Ärztin oder ihren Arzt aufsuchen. Ein weiterer Grund, warum Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen unterdiagnostiziert sind, liegt darin, dass Routineuntersuchungen bei Frauen nur in 40 Prozent der Fälle ein kardiovaskuläres Assessment beinhalten. „Es ist wichtig, dass wir mehr Kampagnen machen, fortbilden, aber auch wissenschaftliche Daten erheben“, mahnt die Expertin. Die Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen sind bei Frauen in einem Teilbereich ähnlich wie bei Männern. „Es hat sich in letzter Zeit herausgestellt, dass Frauen vor allem im reproduktiven Alter verschiedene Erkrankungen entwickeln, wie rheumatoide Arthritis, Systemischer Lupus Erythematoses (SLE) oder

Psoriasis-Arthritis, die ein erhöhtes Risiko für ein Herz-Kreislauf-Problem bedeuten. Weitere frauenspezifische kardiovaskuläre Risikofaktoren sind Depressionen, Schwangerschaftsdiabetes und Schwangerschaftshypertonie“, schilderte die Expertin.

**Frühzeitige Diagnostik und Risikoauflklärung** „Frauen treffen typischer Weise in der Kindheit oder, wenn schon eine chronische Krankheit diagnostiziert ist, auf eine Ärztin oder einen Arzt. Allerdings gibt es noch ein weiteres Zeitfenster, in dem eine Frau regelmäßig auf eine Ärztin bzw. einen Arzt trifft und das ist die Schwangerschaft bzw. die Zeit danach. Die Schwangerschaft ist ein Stresstest fürs Herz. Bis zu 20 Prozent aller schwangeren Frauen haben Schwangerschaftskomplikationen. Das betrifft nicht nur die Schwangerschaftshypertonie oder -diabetes sondern auch Frauen mit Frühgeburt, einem zu kleinen Baby oder einer vorzeitigen Plazentaablösung. Das sind Risikofaktoren, um in den nächsten 15 bis 20 Jahren eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu entwickeln.“

**Schwangerschaft als Stresstest** „Frauen mit einer Schwangerschaftshypertonie, das betrifft rund acht Prozent der Schwangeren, haben ein vierfach höheres Risiko später unter Bluthochdruck zu leiden, ein doppelt so hohes Risiko eines Schlaganfalles oder ein zweieinhalbfach so hohes Risiko eines Herzinfarktes. Nach einem Schwangerschaftsdiabetes, das betrifft sieben bis zehn Prozent der Schwangeren, ist das Risiko, einer späteren Diabeteserkrankung siebenmal so hoch“, schilderte Pfaller-Eiwegger. Auch das Kind hat ein erhöhtes Risiko einer metabolischen Erkrankung. „Was sicherlich in der Nachsorge vernachlässigt wird ist, dass Frauen, die eine Frühgeburt hatten, ein erhöhtes Risiko, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung oder einen Schlaganfall zu erleiden, haben“, so die Expertin.

## BioBox

**Dr. Birgit Pfaller-Eiwegger** studierte Humanmedizin an der MedUni Wien. Noch während ihrer Facharztzubereitung im Bereich innere Medizin, absolvierte sie das Psychotherapeutische Propädeutikum und machte ein Diplom in Palliativmedizin. Zudem schloss sie einen Master of Science im Bereich Geriatrie an der Donau Universität Krems ab. Seit 2016 absolvierte Pfaller-Eiwegger mehrere Arbeits- und Forschungsaufenthalte am Mount Sinai Hospital, University of Toronto in Kanada, wo sie seit 2019 auch eine Stelle als Postdoctoral Research Associate innehat. Seit Herbst 2020 ist die Oberärztin an der Klinische Abteilung für Innere Medizin I im Universitätsklinikum St. Pölten.



Befragungen zeigen, dass weniger als 50 Prozent der Ärztinnen und Ärzte über das Langzeitrisiko von Schwangerschaftskomplikationen für Mutter und Kind Bescheid wissen. Weniger als 20 Prozent der Frauen werden über ihr Risiko zukünftiger Herz-Kreislauf-Erkrankungen beraten.

## Kanada als Vorbild

Um das Risiko besser einschätzen zu können, ist eine genaue Erhebung, wie es um die Aufklärung, die Behandlung und die Nachkontrollen von Risikoschwangerschaften steht, notwendig. „Ideal ist ein Postpartum Screening, wie es dies in Kanada bereits gibt“, so die Expertin. Dabei überweisen Gynäkologinnen und Gynäkologen Schwangere mit Diabetes nach sechs Wochen, Hypertonikerinnen nach drei bis sechs Monaten an eine der elf über das Land verteilten Zentren mit einem Postpartum Programm. „Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten müssen mehr an die frauenspezifischen Risikofaktoren der Herz-Kreislauf-Erkrankung denken“, applizierte Pfaller-Eiwegger abschließend. P



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

© PETER PROVAZNIK

# Die Zukunft der Orthopädie und Traumatologie

Aufgrund sich verändernder struktureller Anforderungen wurden die Fächer Orthopädie und Traumatologie 2014 in Österreich zu einem gemeinsamen Fach zusammengelegt. Dadurch wurde ein Fach geschaffen, das den aktuellen Anforderungen entspricht und international kompatibel ist. In seiner Keynote schilderte **DEKAN UNIV.-PROF. DR. STEFAN NEHRER** bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten die hohe Qualität der Orthopädie in Österreich und betonte die Chancen und Herausforderungen, mit denen das Fach in Zukunft konfrontiert sein wird. | von Mag. Dren Elezi, MA

Millionen Menschen in Europa leiden im höheren Alter an Arthrose, Wirbelsäulenerkrankungen, Osteoporose oder sind nach einem Sturz in ihrer Beweglichkeit stark eingeschränkt. Expertinnen und Experten sehen in der alternden Bevölkerung und der damit zusammenhängenden steigenden Krankheitslast eine große Herausforderung, auf die sich in Zukunft alle Leistungsträger im Gesundheitswesen vorbereiten müssten. „Die steigende Lebenserwartung und die vorwiegend sitzende Lebensweise vieler Menschen sorgen künftig für einen wachsenden Bedarf an orthopädischen und unfallchirurgischen Leistungen. Volkskrankheiten wie Arthrose, Osteoporose oder Wirbelsäulenerkrankungen sind Verschleißerkrankungen, die sich im hohen Alter verschlimmern“, erklärt Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer, Dekan der Donau-Universität Krems, Fakultät für Gesundheit und Medizin und Leiter des Zentrums für Regenerative Medizin. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten älterer Generationen stelle eine



immer größere Herausforderung dar. In Österreich altern Menschen — im internationalen Vergleich — nicht bei bester Gesundheit. „Die alternde Bevölkerung spielt im Gesundheitswesen zunehmend eine wesentliche Rolle, der sich das Gesundheitssystem annehmen muss. Das Thema Altersmedizin wird in Zukunft vermehrt in den Mittelpunkt der Orthopädie rücken und Gelenkprobleme und Schmerzen am Bewegungsapparat in den Vordergrund stellen“, prognostizierte Nehrer.

## Qualität der Orthopädie auf Top-Niveau

Laut dem Dekan der Donau-Universität Krems ist die Qualität der Orthopädie und Unfallchirurgie, so wie sie in Österreich betrieben wird, auf „einem sehr hohen Niveau“. Österreich ist eines jener Länder, in der beide Fächer, Orthopädie und Unfallchirurgie, weltspitze sind. „Wir haben zudem ein sehr dichtes Netz an Orthopädiern und Traumatologen und können eine sehr gute Versorgung gewährleisten. In Österreich gibt es auch bereits Zentren, wo diese beiden Fächer nun auch gemeinsam betrieben werden und die Fachzusammenlegung — auch in der strukturellen Versorgung — sehr gut funktioniert“, erläutert der Experte. Ein Blick außerhalb Österreichs zeigt, dass sich die Orthopädie und Traumatologie in vielen Ländern Europas — anders als in Österreich — als gemeinsames Fach entwickelt hat. „In Österreich haben wir jedoch keine Fusion von Orthopädie und Unfallchirurgie angestrebt, sondern das neue Fach gegründet, bei dem es innerhalb des Faches die Möglichkeit der Spezialisierung gibt“, so der Experte. Es gibt nun eine Grundausbildung von drei Jahren mit vertiefenden Modulen zu je neun Monaten.

**Die steigende Lebenserwartung und die vorwiegend sitzende Lebensweise vieler Menschen sorgen künftig für einen wachsenden Bedarf an orthopädischen und unfallchirurgischen Leistungen.**

Stefan Nehrer



**Orthopädie der Gegenwart und Zukunft** Die derzeitigen Schwerpunkte der Orthopädie sieht der Leiter des Zentrums für Regenerative Medizin vor allem in der Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen des Bewegungssystems. Dabei werden laut Nehrer vor allem Erkrankungen wie angeborene, wachstumsassozierte, durch Knochenstoffwechsel, durch Infektion, neurologische, rheumatische, systemische Erkrankungen entsprechend behandelt. „Es gibt zwei Schwerpunkte bei der Behandlung, wobei es hier weniger um ein ‚entweder oder‘, sondern — unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten — vielmehr um sinnvolle individuelle Problemlösung der Behandlung geht. „Auf der einen Seite haben wir den operativen Eingriff, auf der anderen Seite die konservative Behandlung, die von der chirurgischen nicht zu trennen sei“, so Nehrer. Beide Ansätze sind in organisierender und effizienter Ergänzung der jeweiligen Spezialisierung zentral für eine moderne und optimierte Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten wichtig. Das bestätigt sich laut dem Experten auch in der Verteilung der stationären orthopädischen Krankheitsbilder bzw. der Gesamtaufnahmen, die stationär behandelt werden. „26 Prozent der Fälle betreffen das Bewegungssystem und 24 Prozent die Wirbelsäule. Das zeigt, dass das konservative Problem das wesentlich größere ist und es wichtig ist, dass wir die Kompetenz im konservativen Bereich, aber auch im operativen Bereich weiter forcieren.“ Zukunftsprognosen für das Jahr 2030 zeigen, dass die orthopädisch-traumatischen stationären Aufnahmen um vier Prozent steigen werden, während andere stationäre Aufnahmen um etwa vier Prozent sinken werden. „Jede vierte Patientin bzw. jeder vierte Patient der in einem Krankenhaus aufgenommen wird, ist mit Beschwerden des Bewegungsapparates konfrontiert und hat ein orthopädisch-traumatologisches Krankheitsbild. Im Jahr 2030 wird es bereits jede bzw. jeder Dritte sein“, prognostiziert der Dekan.

Die Orthopädie hat sich laut Nehrer in Österreich im Bereich der Digitalisierung gut weiterentwickelt, insbesondere bei der Arthroform-schung, wo er großes Potenzial für die Zukunft sieht. „Wenn wir Methoden wie Deep-Learning in Zukunft aktiv nutzen und Bildmaterial entsprechend digital aufarbeiten, können Diagnosen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sehr bald automatisiert zur Verfügung stehen“. Diagnosen, die laut Nehrer deutlich exakter seien, als subjektive Diagnosen der Ärztinnen und Ärzte. „Solche Prognosen würden uns in die Lage versetzen, wesentlich rascher und früher reagieren zu können“, erklärt Nehrer.

**Orthopädie und Traumatologie 2030?** In Zukunft werde die Orthopädie und Traumatologie, so der Experte, zunehmend interdisziplinär und integrativ aufstellen. „Der Fokus liegt in der Transdisziplinarität. Um die Zukunft der Orthopädie und Traumatologie dahingehend zu beeinflussen, benötigt es aber vor allem eine optimale Ausstattung mit den entsprechenden Ressourcen — entsprechend des epidemiologischen Bedarfes.“ Gleichzeitig sei laut dem Experten eine Strukturpassung der Versorgung von Nöten, um den Bedarf der zunehmenden Arthrosen oder Schmerzen am Bewegungsapparat behandeln zu können. „Wichtig ist, dass die hohe Qualität in Aus- Weiter- und Fortbildung weiterentwickelt werden muss. Auch das operative und konservative Spektrum muss erhalten bleiben bzw. die fachliche Kompetenz und Spezialisierung in beiden Fächern“, betonte Nehrer abschließend. P



PIONIERE

Arbeiterkammer Niederösterreich

# Erste Studie zur Einstellung Jugendlicher zu Pflegeberufen

Im Rahmen einer **STUDIE DER ARBEITERKAMMER NIEDERÖSTERREICH (AK-NÖ)** mit dem Institut für Jugendkultur- und Jugendberufshilfe wurden erstmals Jugendliche befragt, wie sie zum Pflegeberuf stehen und welche Ansichten sie mit dieser Thematik verbinden. **PERISKOP** sprach mit Markus Wieser, Präsident der AK-NÖ und Vorsitzender des ÖGB NÖ, über die Ergebnisse der Untersuchung und die daraus abzuleitenden Schritte. | von Rainald Edel, MBA

**S**pätestens seit der Coronapandemie wird von Politikerinnen und Politikern auf Bundes- und Landesebene medienöffentlich und lautstark eine Aufstockung beim Pflegepersonal gefordert. Ein wichtiger Punkt dabei ist allerdings, ob die Berufsbilder in der Pflege tatsächlich so attraktiv sind, dass sich junge Menschen dafür begeistern und sich vorstellen können, in diesem Bereich zu arbeiten. Umso spannender die Ergebnisse der Studie des Instituts für Jugendkultur im Auftrag der Arbeiterkammer Niederösterreich, wie das Berufsbild Pflege bei Jugendlichen wahrgenommen wird.

**Es ist entscheidend zu wissen, welche Einstellungen und Erwartungen die Jugendlichen zum Pflegeberuf haben.**

Markus Wieser

**PERISKOP: Die AK-NÖ hat gemeinsam mit dem Institut für Jugend- und Kultur- und Jugendberufshilfe in Niederösterreich erstmals untersucht wie und was junge Menschen über Pflegeberufe denken. Was waren die thematischen Fokuspunkte der Umfrage?**

**WIESER:** Für uns ist es maßgeblich: wir reden mit der Jugend und nicht über die Jugend. Wir wissen, die Bereiche Gesundheit und Pflege stehen in den kommenden Jahren vor großen Herausforderungen. Laut einer Studie der Gesundheitsministerin (GÖG) für das Gesundheitsministerium fehlen bis zum Jahr 2030 in ganz Österreich rund 75.700 Pflegekräfte. Die Coronapandemie hat diese Entwicklungen noch verschärft. Corona war, wie in vielen Bereichen, der „Brandbeschleuniger“ vieler Aktivitäten und hat den Bedarf im Bereich der Pflege noch deutlicher aufgezeigt. Daher sind rasche Lösungen und Strategien, wie man junge Menschen für diesen Beruf begeistern und vor allem auch gewinnen kann, erforderlich. Es ist entscheidend zu wissen, welche Einstellungen und Erwartungen die Jugendlichen zum Pflegeberuf haben. Nur dann ist gewährleistet, dass sich zielgerichtete sowie treffsichere Maßnahmen auch umsetzen lassen. Wie heißt es so schön: Nichts ist wirkungsloser als etwas zu verordnen oder einfach anzuschaffen, ohne vorher den direkten Kontakt mit der Zielgruppe hergestellt zu haben.

**Was gilt denn derzeit bei den Jugendlichen in Niederösterreich — laut den Ergebnissen Ihrer Studie — als attraktives Berufsfeld? Gibt es, vor allem hinsichtlich gesundheitsassoziierten Berufsfelder markante Unterschiede entlang der Geschlechtergrenze?**



© AK-NÖ/VIHNALEK.COM (2)

Es zeigt sich einmal mehr, dass Gesundheitsberufe weitestgehend in Frauenhand sind, was auch der Einschätzung der Jugendlichen bei der Befragung entspricht.

Mädchen bewerten den Pflegeberuf um zwölf Prozent höher als Buben. Das setzt sich auch bei anderen Gesundheitsberufen fort und trifft auf den Bereich der pharmazeutischen Berufe ebenso wie auf den Bereich der ärztlichen Berufe zu. Bei technischeren Berufen, etwa bei Software- und App-Entwicklung, ist die Tendenz momentan umgekehrt. Da fällt die Bewertung der Buben höher aus als die der Mädchen.

**Diese Studie ist ein klarer Auftrag an die Politik, die Rahmenbedingungen im Bereich Pflege deutlich zu verbessern.**

Markus Wieser

**Was erwarten oder wünschen sich Jugendliche aktuell von potenziellen Berufswahlmöglichkeiten?**

Hier gibt es vier zentrale Bereiche. Eine gute Bezahlung steht an erster Stelle bei rund 57 Prozent der Befragten. An zweiter Stelle steht ein sicherer Arbeitsplatz, 51 Prozent der Befragten wünschen sich einen solchen. 46 Prozent wollen, was immer wichtiger wird, neben dem Beruf genügend Freizeit haben, also eine gute Work-Life-Balance. 45 Prozent erwarten sich gute Aufstiegs- oder Karriere-möglichkeiten. Das zeigt eines ganz klar: die Jugend weiß ganz genau, was sie in ihrem Leben möchte und was ihr wichtig ist. Sie hat konkrete Vorstellungen, was für sie in einem Beruf tatsächlich zählt. Wenn man diese vier Punkte zusammenführt: Einkommen, Sicherheit, Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Aufstiegschancen und das in die Realität bezogen auf Pflegeberufe übernimmt, gibt es noch großen Handlungsbedarf.

**Laut der Studie können sich nur vier von zehn Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren vorstellen, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Gibt es hier markante Unterschiede zwischen den Geschlechtern? Welche Aufgabenbereiche der Pflege sprechen die Jugendlichen, die sich vorstellen können im Pflegebereich zu arbeiten, besonders an?**

Nur 17 Prozent der befragten Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren können sich auf jeden Fall vorstellen, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Ein Viertel hält es für möglich einen Pflegeberuf zu ergreifen, wenn — wie schon zuvor angesprochen — die Rahmenbedingungen passen bzw. verbessert werden. Jene Befragten, die sich vorstellen können in die Pflege zu gehen, wollen zu 52 Prozent mit Jugendlichen, zu 47 Prozent mit Kindern, aber nur zu rund 33 Prozent mit älteren Menschen, die den größten Teil der Pflegebedürftigen darstellen, arbeiten. Bemerkenswert ist dabei, dass rund jeder zweite Jugendliche Erfahrungen in der informellen Pflege hat, oder bereits selbst mitgeholfen hat in der Familie ein schwer erkranktes Familienmitglied zu pflegen. Hier sieht man, dass Mädchen und Buben in gleichem Maße von dieser Erfahrung betroffen sind. Auch zwischen den Bildungsgruppen der Jugendlichen zeigen sich laut der Studie bei informellen Pflegeerfahrungen in der Familie und im Umfeld keinerlei Unterschiede. Junge Menschen haben durchwegs



viel Eigenerfahrung bei dem Thema Pflege und eine hohe soziale Einstellung. Später im Berufsleben in einen Pflegeberuf einzusteigen, möchten laut Studie leider die wenigsten.

**Was ist die Essenz der Studie für die Arbeiterkammer Niederösterreich, was sind Ihre zentralen Erkenntnisse? Wie lautet Ihre Analyse der Ergebnisse dieser Studie?**

Jene Faktoren, die für Jugendliche bei der Berufswahl am wichtigsten sind, sind auch jene, bei denen es den größten Nachholbedarf in der Pflege gibt. Hierbei stehen die Punkte Entgelt, Integration und Arbeitsbedingungen im Vordergrund.

Die Studienergebnisse machen zudem mehr als deutlich, dass es Aufklärung und realitätsnahe Informationen braucht, wie sich der Pflegeberuf tatsächlich gestaltet und welche Anforderungen hier an die jungen Menschen gestellt werden. Daher ist es so wichtig, das Pflichtfach „Berufsorientierung, soziale Kompetenzen und Gesellschaftskunde“ in der 5. bis 8. Schulstufe an allen Schularten umzusetzen. Praxisnahe Inhalte zu beruflichen Zukunftschancen bringen wesentliche Vorteile für alle Beteiligten.

Diese Studie ist meiner Meinung nach ein klarer Beleg und auch ein klarer Auftrag für die Politik, die Rahmenbedingungen im Bereich der Pflege deutlich zu verbessern. Als Arbeiterkammer Niederösterreich sind wir gerne bereit, jederzeit unsere Expertise zur Verfügung zu stellen, wie in den letzten Jahren auch.

**Wie übersetzen Sie als AK-NÖ die Ergebnisse der Studie und Ihrer Analyse in politische Forderungen? Was sind die konkreten Erkenntnisse für die AK-NÖ?**

**AK-NÖ Präsident Markus Wieser fordert eine Attraktivierung und Aufwertung der Pflegeberufe.**

Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Gesundheitsbereich beweisen schon seit über einem Jahr, dass sie die wahren Leistungsträgerinnen und -träger in diesem Land sind. Daher muss am Ende dieser Pandemie eine maßgebliche Verbesserung eintreten, die auch tatsächlich positive Entwicklungen widerspiegelt. Applaus ist zwar nett, zahlt jedoch keine Miete bzw. keinen Lebensunterhalt. Auf Basis der Ergebnisse der Studie haben wir eine Reihe konkreter Vorschläge erarbeitet, von denen wir glauben, dass sie die Situation nachhaltig verbessern:

- Finanzielle Absicherung im Bereich der Ausbildung, sowohl für Junge, aber auch für die wichtige Gruppe der Umsteiger und Wiedereinsteiger
- Bessere Karriere-möglichkeiten
- Aufwertung des Pflegeberufs
- Besserer Personalschlüssel
- Faire Bezahlung

**Uns ist allen bewusst, dass dieses Konzept viel Geld kostet, aber langfristig wird es um ein Vielfaches teurer, wenn man auf diesen erhöhten Pflege- und Betreuungsbedarf nicht reagiert.**

Pflege ist ein zentraler Teil der Versorgungssicherheit und vor allem auch der Daseinsvorsorge. Wenn die Bundesregierung binnen einiger Tage ein 50 Mrd. Euro Coronahilfepaket unter dem Motto „koste es, was es wolle“ zur Verfügung stellt, dann muss es auch möglich sein, das Pflege- und Gesundheitssystem auszubauen und langfristig zu sichern. Die Coronakrise hat uns mehr als deutlich vor Augen geführt, wie wichtig ein solidarisches Gesundheits- und Sozialsystem ist. Es ist daher unerlässlich, in den Gesundheits- und Pflegebereich weiter zu investieren, um auch in Zukunft für alle Fälle gerüstet zu sein. **P**





PIONIERE

# Vision für die Pflege

Der Pflegeexperte und Politologe **MAG. ROLAND NAGEL, MBA, DGKP**, Gründer der Plattform „Starke Pflege“ betonte in seiner Keynote bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten die Herausforderungen für die Pflege der Zukunft. Dem Problem der wachsenden Zahlen an betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen müsse mit einem entsprechenden Ausbau der Pflegedienstleistungen begegnet werden. | von Mag. Dren Elezi, MA

**P** flege ist ein hochprofessioneller, anspruchsvoller Beruf und mittlerweile als wesentliches Gesundheitsthema in der Öffentlichkeit angekommen. Jetzt geht es darum, zukunftsorientierte Maßnahmen zu setzen, denn uns läuft die Zeit davon“, mahnte der Pflegeexperte Mag. Roland Nagel, MBA, DGKP. Denn laut dem Experten steigt die Pflegebedürftigkeit mit der Zunahme der hochbetagten Bevölkerung. Angesichts der Tatsache, dass immerhin über 400.000 Menschen in Österreich älter als 80 Jahre sind — eine Zahl die in 30 Jahren sogar auf 1,2 Mio. Menschen ansteigen wird — könne man von einer sehr bedenklichen Entwicklung sprechen. Der müsse man entgegenwirken, so Nagel, der sich dabei auf Zahlen des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung (Wifo) stütze. Zukünftig werde der Bedarf nach mehr formeller Pflege und mehr Pflegefachkräften deutlich ansteigen, um die steigende Anzahl der älteren Bevölkerung zu pflegen.

## Versorgungslandschaft der Pflege und Betreuung

Die informelle Pflege und Betreuung, insbesondere durch pflegende Angehörige, deckt mit etwa 40 Prozent den größten Teil des österreichischen Pflegebedarfs und ist damit gleichzeitig der größte „Pflegedienst“ in Österreich. Neueste Wifo-Studien zeigen, dass die Anzahl der pflegenden Angehörigen tendenziell sinkt, weil die Bereitschaft die eigenen Angehörigen zu pflegen, „nicht mehr so stark gegeben ist, wie bisher der Fall war“. Unabhängig davon fehlen laut dem Pflegeexperten und Politologen bis 2030 etwa 100.000 Pflegekräfte. Ein Blick auf die Altersverteilung in der Pflege zeigt deutlich, dass sich diese Situation in den nächsten Jahren noch zusätzlich verschlimmern wird. „Häufig wird übersehen, dass sich zur bereits sehr angespannten Ausgangssituation noch tausende Pflegeexpertinnen und -experten in den nächsten Jahren in die wohlverdiente Pension verabschieden werden“, so Nagel. Bis zum Jahr 2030 werden rund 32 Prozent des jetzigen Personals in Pension sein, erklärte der Experte.

## Dem Personalbedarf entgegenwirken

Eine der wichtigsten Fragen sei vor allem, wie der Personalbedarf gedeckt werden soll. „Hier benötigt es attraktive Anreize für den Pflegeberuf. Man dürfe nicht vergessen, betonte Nagel, dass mit diesem Beruf auch hohe Belastungen verbunden seien. Um Menschen nicht nur im Beruf zu halten, sondern den Beruf der Pflege zu attraktivieren, sind Maß-

nahmen zur Reduktion psychischer Belastungen und Stärkung der Resilienz — Stichwort Psychohygiene — dringend erforderlich. „Der Aufholbedarf ist auf vielen Ebenen gegeben — insbesondere bei der gleichen Bezahlung in allen Pflegesettings, für die gleiche Qualifikation. Eine nachhaltig faire Bezahlung und vor allem die Beseitigung von Differenzen in den Pflegesettings, wonach die Gehaltsunterschiede in der Bezahlung von diplomierten Pflegekräften von Bundesland zu Bundesland massiv sind, wären Ideen, um hier entgegenzuwirken. Auch eine Dienstplanstabilität muss angestrebt werden, damit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Pflegeberuf eine planbare Freizeit ermöglicht wird“, betonte Nagel. Ineffizienzen, vermeidbare Drehtreffekte, falsche Belegungen in Akutspitalern und mangelnde Gesprächsbereitschaft zwischen den Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens seien nur einige weitere Bausteine. Auch die Kommunikation und das Handeln in der Praxis müsse auf Augenhöhe mit allen Disziplinen im Alltag gelebt werden — für das Wohl aller Beteiligten.

## Glaubwürdigkeit und Authentizität

Gleichzeitig ist es wichtig, so der Experte, die Vielfalt der Möglichkeiten in der Pflege aufzuzeigen. „Wir brauchen ein verbessertes Image der Pflege. Dafür benötigt es eine bundesweite Kampagne, um vor allem an Glaubwürdigkeit und Authentizität zu gewinnen“, so der Experte. „Oftmals hinken gut gemeinte Imagekampagnen der Realität hinterher, obwohl es eine Fülle von Pflegenden gibt, die mit ihrer Berufswahl zufrieden sind und nach wie vor das Positive, das Sinnstiftende und den Wert ihrer Profession Tag für Tag erleben“, schilderte Nagel. Dabei sei es vor allem die Fülle an positiven Seiten der Pflege, die glaubhaft dargestellt werden muss.

## Fehlende Nachvollziehbarkeit der Mittelverwendung

Das österreichische Pflege- und Betreuungssystem hat laut Roland Nagel auch einen systematischen Entwicklungsbedarf in organisatorischer und finanzieller Hinsicht. Zum Vergleich: Österreich gibt in etwa 1,5 Prozent des BIP für die Langzeitpflege aus. Norwegen in etwa 2,9 Prozent. Länder wie die Niederlande, Dänemark und Schweden weisen höhere Investitionen in der Langzeitpflege auf und setzen auf eine höhere Ausgewogenheit der Investitionen im Pflege- und Gesundheitssystem. Gleichzeitig kritisierte der Pflegeexperte,



**Ein Blick auf die Altersverteilung in der Pflege zeigt deutlich, dass sich die Situation mit den mangelnden Pflegekräften in den nächsten Jahren noch zusätzlich verschlimmern wird.**

Roland Nagel

Weitere Infos zum Thema finden Sie auch unter [www.neuerichtung.at](http://www.neuerichtung.at).



für eine lebenslange Zukunft

dass hierzulande weit mehr als zwei Milliarden Euro für das Pflegegeld ausgegeben werden. „Aufgrund der mangelnden Transparenz lässt sich aber nicht nachvollziehen, was mit diesen finanziellen Mitteln passiert“, so Nagel. Laut dem Experten führe strukturelle Behinderung im Bereich der Pflege und Betreuung dazu, dass viele Maßnahmen, die vor Jahren im Berufsrecht beschlossen worden sind — §15a GuKG 2016 — nicht umgesetzt werden können, da die ASVG Novelle auch Jahre danach fehlt. Ziel müsse — statt einer Blockade — vielmehr die Effizienzsteigerung und die zeitnahe Schaffung von vertragsrechtlichen Rahmenbedingungen durch die SV-Träger sein. Auf der Makroebene ist die Finanzierung aus einer Hand längst überfällig. Das Gesundheits- und Sozialwesen dürfe zudem nicht getrennt betrachtet werden. Um all diesen Herausforderungen gerecht zu werden, „bedarf es einer klaren transparenten und kritischen Auseinandersetzung mit den strukturellen Schwächen des österreichischen Gesundheitswesens“, forderte Nagel in seiner Keynote. „Man muss sich vor Augen halten, dass es sich hier um eine Frage der Würde und des politischen Willens handelt, wie ältere Menschen in Zukunft versorgt und gepflegt werden sollen“, so Nagel. P

**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 Nehrner | Donau-Universität Krems, Fakultät für Gesundheit und Medizin

### PODIUMSDISKUSSION

- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD | Ärztekammer Wien
- Dr. Eva Höllt | 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

© PETER PROVAZNIK

# Herzinfarkte durch nuklearmedizinische Methoden verhindern

Rund 40 Prozent der Todesfälle in Europa haben kardiovaskuläre Ursachen. Wie sich durch gezieltes Screening mit neuester nuklearmedizinischer Technik das Risiko besser stratifizieren und das Infarktgeschehen reduzieren ließe, schilderte **UNIV.-PROF. DR. MARCUS HACKER** von der Universitätsklinik für Radiologie und Nuklearmedizin an der MedUni Wien in seinem Vortrag bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. | von Rainald Edel, MBA

**M** it einem Appell für einen Paradigmenwechsel Richtung Prävention startete Univ.-Prof. Dr. Marcus Hacker seinen Vortrag: „Wie lassen sich durch Nuklearmedizin Herzinfarkte verhindern?“ Als Diagnostik käme die Nuklearmedizin häufig erst dann ins Spiel, wenn bei Patientinnen und Patienten ein sehr hohes Risikopotenzial gegeben ist oder überhaupt erst nach einer Symptomatik. „Der Myokardinfarkt ist ein gutes Beispiel, um zu zeigen, wo wir stehen und wohin wir uns bewegen müssen, um effizienter in der Vermeidung solch schwerer kardiovaskulärer Ereignisse zu werden“, erklärte Hacker. Etwa 40 Prozent der Todesfälle in Europa haben kardiovaskuläre Ursachen. Haupttreiber dafür sind laut dem Nuklearmediziner die ischämische Herzerkrankung — auch koronare Herzkrankheit bzw. chronisches Koronarsyndrom genannt — sowie der Schlaganfall. Die koronare Herzerkrankung ist eine Verengung der Herzkranzgefäße, die dazu führt, dass bei Belastung der Blutfluss nicht mehr richtig funktioniert. Die Folge ist, dass nicht mehr genug Blut in den Herzmuskel gelangt, um diesen mit Sauerstoff zu versorgen. „Das führt häufig zu einer sogenannten Angina pectoris-Symptomatik, was in gewisser Weise sogar gut für die Betroffenen ist, da sie dadurch merken, dass etwas nicht stimmt, und zur Ärztin oder zum Arzt gehen“, sagte Hacker. Somit seien sie in der diagnostischen Schleife und man könne mit sekundär-präventiven Maßnahmen versuchen, die schweren kardialen Ereignisse, wie einen Herzinfarkt, versuchen zu vermeiden. „Wenn diese Symptomatik nicht auftritt — auch da gibt es Risikogruppen, wie z. B. Diabetiker — ist es umso schwieriger. Hier braucht es ein gutes Screening“, so Hacker. „Die koronare Herzkrankheit ist eine Ausprägung einer anderen Erkrankung, nämlich der Atherosklerose. Von dieser weiß man heute, dass sie eine systemische entzündliche Erkrankung ist“, schilderte Hacker. Das heißt, man kann die Herzkranzgefäße behandeln, um Herzinfarkte zu vermeiden. Allerdings wird dies nur bedingt das Problem beseitigen, wenn nicht gleichzeitig systemisch behandelt wird, denn die Erkrankung tritt prinzipiell an verschiedenen arteriellen Gefäßsegmenten auf. Sie ist eine schleichende Erkrankung, die schon sehr früh beginnt, vielfach schon im Jugendalter — deshalb ist die Prävention so wichtig. Die in sich zerfallenden Entzündungszellen der Atherosklerose bilden Fettkerne, die zu den sogenannten vulnerablen Plaques führen, die dann die Eigenschaft aufweisen, zu rupturieren und ein Gefäß zu verschließen. Die Tatsache, dass solche Plaques aufreißen, hat nur bedingt etwas mit dem Verengungsgrad zu tun. Die meisten Herzinfarkte entstehen in Gefäßen die nicht so stark stenosiert sind und die man oft mit den vorher geschilderten Diagnosegeräten gar nicht sieht. Auch mittels Herzkatheter und herkömmlichen CT-Untersuchungen lassen sich solche Frühstadien nur schwer erkennen.



**Die koronare Herzkrankheit ist eine Ausprägung einer anderen Erkrankung, nämlich der Atherosklerose. Von dieser weiß man heute, dass sie eine systemische entzündliche Erkrankung ist.**

Marcus Hacker



für eine lebenslange Zukunft

## Nuklearmedizinisch Herzdurchblutung messen

Es gibt nuklearmedizinische Möglichkeiten, mit denen man schon sehr früh inflammatorische Erkrankungen erkennen kann. „Es wird zwar viel über In-vitro-Diagnostik der Pathologie gesprochen, wir würden uns aber wünschen, dass auch die In-vivo-Diagnostik, die die Nuklearmedizin bietet, mehr berücksichtigt wird. Um Vorgänge im Körper sichtbar zu machen, nehmen wir entsprechende Moleküle, die selektiv an den beabsichtigten Zielstrukturen binden und markieren diese mit sogenannten Radionuklidern. Dadurch können molekulare Prozesse in Echtzeit in-vivo dargestellt werden. Das ist wichtig für personalisierte Therapieansätze — nicht nur in der Kardiologie. Gescannt wird mit PET/CT bzw. PET/MRT, die allerdings noch nicht so weit verbreitet sind, aber das wird in den nächsten Jahren passieren, da sie eine hohe Sensitivität und molekulare Auflösung haben. Wenn eine Patientin oder ein Patient mit Symptomatik ins Krankenhaus kommt, wird mittels Szintigrafie in der Einzelphotonen-Emissions-computertomographie, SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography), die Durchblutung des Herzmuskels gemessen. „Das lässt sich heute in vielen Fällen bequem innerhalb von Minuten im Sitzen durchführen“, schilderte Hacker und verwies auf die nur mehr niedrige Strahlenbelastung dieser Untersuchungsmethode. „Personen, die große Perfusionsdefizite im Herzmuskel aufweisen, haben ein vielfach erhöhtes Risiko, schwere kardiale Ereignisse, wie Herzinfarkt oder plötzlicher Herztod, zu erleiden. Deswegen ist es wichtig, diese möglichst

frühzeitig auffindig zu machen — möglichst bevor sie symptomatisch sind“, erklärt Hacker.

## Prävention durch frühe Diagnostik

Wie wichtig eine frühe Diagnostik ist, zeigte Hacker anhand einer 2020 publizierten Studie, in der über 5.000 Patientinnen und Patienten mit höheren Ischämiebelastungen hinsichtlich Behandlungsmethoden und deren Outcome verglichen worden sind. Diese zeigte, dass es im Hinblick auf die Prognose keinen signifikanten Unterschied machte, ob die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer invasiv in Kombination mit einer medikamentösen Therapie oder nur optimiert medikamentös behandelt wurden. Das Ergebnis war, dass man zwar durch die Therapien das Outcome insgesamt verbessern konnte, in beiden Fällen aber nach zwei Jahren rund acht Prozent schwere kardiale Ereignisse eintraten und die Behandlungsansätze somit therapiegleichwertig sind. „Das heißt, so kann man den Kern des Problems nicht packen“, analysierte Hacker. Daher müsse früher angesetzt werden, noch bevor sich kardiale Ereignisse manifestiert haben. Mittels einer breit aufgestellten Studie wurde nachgewiesen, dass wenn die großen Gefäße entzündlich verändert sind, die Patientinnen und Patienten eine hohe Chance haben, ein kardiovaskuläres Ereignis zu bekommen — im Gegensatz zu Personen, die keine inflammatorischen Veränderungen aufweisen. Das könnte eine Eingangspforte sein, solche Menschen früher herauszufiltern. P

**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 Höllt | 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 Blach | Wirtschaftskammer Wien
- Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp | Kammer für Arbeiter und Angestellte für NÖ
- Mag. Martin Schaffner, MBA, MBA, MPA | Mitglied des Verwaltungsrates der ÖGK
- Mag. Dr. Wolfgang Wein | Pharmaexperte



Englisches Gesundheitssystem

# Lotsen und definierte Behandlungspfade bewähren sich

Bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten erörterte **WERNER LEBER, MD, PHD**, klinischer Dozent für Primärversorgung und klinischer Co-Leiter am Center for Clinical Effectiveness and Health Data Science, Queen Mary University of London, die Rolle und die Vorteile eines Gatekeeper-Systems und den Weg der Patientinnen und Patienten durch das englische Gesundheitssystem. | von Mag. Dren Elezi, MA

**A**nders als Patientinnen und Patienten in Österreich sind britische sehr verhalten bezüglich ihrer Gesundheitsvorsorge und Arztbesuche. „Das erschwert natürlich die Früherkennung von Krankheiten, insbesondere bei schweren und infektiösen Krankheiten. Beispielsweise hat eine späte Diagnose bei HIV fatale Folgen. Denn dies erhöht nicht nur die Sterblichkeit und Morbidität der Betroffenen, sondern gefährdet durch die unbewusste virale Übertragung der Krankheit das Leben anderer Menschen“, erklärte Werner Leber, MD, PhD, klinischer Dozent für Primärversorgung und klinischer Co-Leiter am Center for Clinical Effectiveness and Health Data Science, Queen Mary University of London, bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen. Um die Problematik der seltenen Arztbesuche in den Griff zu bekommen, bedarf es laut dem Experten einer gut ausgearbeiteten Strategie. Um der englischen Bevölkerung eine integrierte Versorgung auf bestem Niveau zu bieten, implementierte man das so genannte Instrument des „Gatekeepings“. Darunter versteht man, dass jede Behandlung mit dem Besuch bei einem GP, den englischen Allgemeinmediziner, beginnt. Diese stellen die erste Anlaufstelle für die Patientinnen und Patienten dar und koordinieren sektorübergreifend den Behandlungsablauf. Erst wo eine spezialisierte Behandlung notwendig ist, wird auf fachspezifische bzw. stationäre Leistungen zurückgegriffen. „Damit kommt den Primärversorgerinnen und -versorgern die Aufgabe von Lotsen im Gesundheitssystem zu, was gewährleistet, dass Patientinnen und Patienten diese erste Ebene der Gesundheitsversorgung als Eintrittsschwelle in das Gesundheitssystem wahrnehmen“, schilderte Leber. In England können Patientinnen und Patienten deshalb nur bei einem einzigen GP registriert sein. Für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Asthma, Diabetes, COPD oder schweren psychischen Erkrankungen gibt es ein zusätzliches Registrierungssystem im niedergelassenen Bereich. Laut Leber wird damit das Care Planning zur strukturierten und routinemäßigen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen – gemäß dem Quality Outcomes Framework (QOF) – ermöglicht.



Kolleginnen und Kollegen vergleichen können. Zudem wurden klare Leitlinien für die Therapieabläufe erstellt. „Auch für das Problem von GPs, Symptome von seltenen Erkrankungen zu erkennen, wurden Überweisungsstandards eingeführt. Diese Vorgehensweise hat sich auch in der Krebsdiagnostik und -versorgung bewährt. Ein weiterer Vorteil dieses Systems ist, dass GPs ihre Patientinnen und Patienten bei Verdacht auf Krebs binnen zwei Wochen einem Consultant an der Klinik vorstellen können“, erklärte Leber. So habe man es schließlich geschafft, die im internationalen Vergleich ehemals schlechten Behandlungsergebnisse bei Krebs zu verbessern. „Das zeigt, wie wichtig in einem komplexen Gesundheitssystem das Aufsetzen von Behandlungspfaden auf lokaler Ebene ist, die auf der Kooperation von GPs, Fachärztinnen und -ärzten, Public-Health-Spezialistinnen und -Spezialisten sowie Patientinnen und Patienten basieren und die spezifischen Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung berücksichtigen“, so der Dozent.

**Eine universale persönliche Versorgung**  
Oft stehen behandelnde Ärztinnen und Ärzte vor dem Problem, dass sie in der Behandlung nicht weiterkommen, weil die Patientinnen und Patienten durch psychosoziale oder finanzielle Probleme zu sehr belastet sind. „Ein Ansatz, um diese Problematik zu überwinden, ist Social Prescribing“, erklärte Werner Leber. Der Ursprung von Social Prescribing ist die Erkenntnis, dass soziale, emotionale oder Alltagsbedürfnisse bzw. -belastungen von Patientinnen und Patienten einen wichtigen Einfluss auf deren Gesundheit haben. „Diese Faktoren werden aber in einer traditionellen Gesundheitsversorgung unzureichend berücksichtigt“, schilderte Leber. Ein aus dem Social

Werner Leber spricht in seiner Keynote über das Thema „Gatekeeper im englischen Gesundheitssystem“.

Prescribing abgeleiteter Interventionsansatz ist, Patientinnen und Patienten bei nicht-medizinischen Problemen an einen so genannte „Link Worker“ zu überweisen. Diese spezialisierten Fachkräfte haben ebenfalls eine Lotsenfunktion inne und erarbeiten in Abstimmung mit der betroffenen Person sämtliche nicht-medizinischen Maßnahmen und Aktivitäten zur Verbesserung

**Unter Gatekeeping versteht man, dass jede Behandlung mit dem Besuch bei einem GP beginnt. Diese stellen die erste Anlaufstelle für die Patientinnen und Patienten dar.**

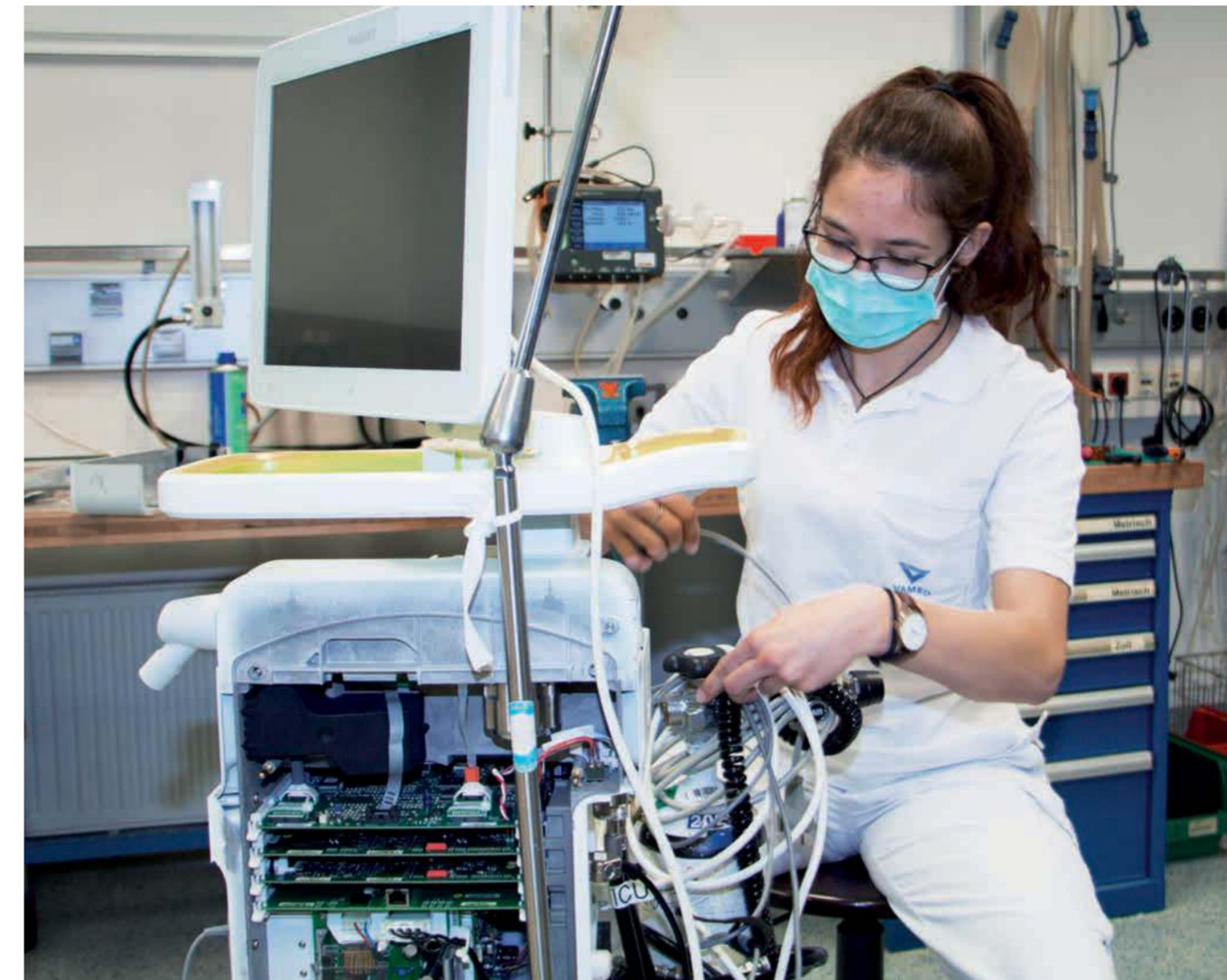
des Wohlbefindens. „In England ist Social Prescribing zu einem Kernstück des nationalen Gesundheitsprogramms und dessen universaler persönlicher Versorgung geworden“, so Leber abschließend. **P**

**PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030**  
**BLOCK 3**  
**Block 3 | Systemstruktur und effiziente solidarische Versorgung**

Programm im Rahmen der **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020**

- KEYNOTES**
- **Der ideale Weg der Patientinnen und Patienten durch das System – Ist ein Gatekeeper notwendig oder nicht?**  
Dr. Werner Leber | Queen Mary University of London, Centre for Primary Care and Public Health
  - **Qualitätssicherung und Patientensicherheit**  
Dr. Günther Jonitz | Ärztekammer Berlin
  - **Wie weiter in der neuen Sozialversicherungsstruktur?**  
Hon.-Prof. Dr. Christoph Klein | Arbeiterkammer Wien, Bundesarbeitskammer
  - **Rehabilitation und Reintegration**  
Dr. Eva Höttl | Erste Bank Group AG, Health Center
  - **Strategische Visionen für die europäische Gesundheitsversorgung**  
Prof. Dr. h. c. Felix Unger | European Academy of Sciences and Arts

- PODIUMSDISKUSSION**
- Dr. Alexander Bichl | Wirtschaftskammer Wien
  - HR Dr. Thomas Holzgruber | Ärztekammer für Wien
  - Tamás Petrovics | Xund
  - Dr. Erwin Rebhandl | AM PLUS und OBGAM
  - Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA | ÖGK



## Krisenhelfer VAMED

# Bilanz eines außergewöhnlichen Jahres

Die VAMED, führender internationaler Gesundheitsdienstleister auf fünf Kontinenten mit Sitz in Österreich, hat sich als starker Krisenhelfer in der weltweiten Pandemie-Bewältigung positioniert und sich gemeinsam mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als verlässlicher Partner erwiesen. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

**E**in Jahr im Zeichen der Pandemie – die Rückschau auf das vergangene Jahr verdeutlicht den High-Level-Einsatz der VAMED Gruppe: Allein im Jahr 2020 wurden weltweit mehr als 200.000 Krankenhausbetten verfügbar gehalten. Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Pflegepersonal, technische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Projektteams der VAMED waren zur Bewältigung der Pandemie teils Tag und Nacht, teils in Vollschutzausrüstung im Einsatz.

**Hochqualifizierte Krisenbewältigung**  
Das VAMED Personal war in vielschichtigen Bereichen tätig: In 820 Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen, in der Betreuung von mehreren Millionen Medizintechnikgeräten oder in der Errichtung zusätzlicher COVID-19-Stationen und Notkrankenhäuser. 20.300 bereitgestellte Beatmungsgeräte, dutzende Millionen Mund-Nasenschutz-Masken und Handschuhe, allein in der Akut- und Post-Akut-Versorgung über 500.000 Mehrstunden für den Pandemie-Betrieb.

Dr. Ernst Wastler, Vorsitzender des Vorstandes der VAMED AG, dazu: „Der Einsatz unserer

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den roten Coronazonen in Italien, in Österreich, in Spanien, in Tschechien, in der Schweiz, in Deutschland oder in Großbritannien hat dazu beigetragen, viele Menschenleben zu retten. Auch in Asien, in Afrika, im Nahen Osten und Lateinamerika bis Ozeanien sind wir vor Ort geblieben oder haben aus der Ferne dringend benötigte zusätzliche Gesundheitskapazitäten geplant, errichtet, in Betrieb genommen und verfügbar gehalten.“

Allein in Italien hielten die VAMED Teams die Medizintechnik in 130 Krankenhäusern rund um die Uhr verfügbar und errichteten etwa in Bergamo in den Messchallen eine Notfallkrankeversorgung. So auch in Berlin, wo die VAMED in Charlottenburg in wenigen Wochen ein vollwertiges Reservezentrum für die stationäre Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten mit 1.000 Betten und zusätzlichen Intensiv-Versorgungskapazitäten von Monitoring und Beatmung bis Computertomographie (CT) und Röntgen eingerichtet hat. Am Wiener AKH haben mehr als 1.000 VAMED Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den reibungslosen Fortbetrieb unterstützt, die Intensivversorgung für Beatmung binnen we-

Aufbereitung eines Beatmungsgerätes: COVID-19-Krisenhelfer VAMED im Hocheinsatz



Dr. Ernst Wastler, Vorstandsvorsitzender der VAMED AG



niger Tage um 20 Prozent aufgestockt und die neue Klinik für psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen fertiggestellt.

**Globale Top-Versorgung**  
Für die Nachbehandlung von COVID-19-Patientinnen und Patienten entwickelten die VAMED Einrichtungen eine eigens abgestimmte Post-COVID-19-Rehabilitation. In ganz Österreich wurden fünf neue ambulante Rehazentren eröffnet und in Wien wurde der Standort Oberlaa zum ersten vollintegrierten Gesundheitsstandort ausgebaut – von Prävention über Akutmedizin bis zu Rehabilitation und Pflege. Die Krisenhilfe des Unternehmens kennt keine Landesgrenzen: Selbst in entlegenen Weltregionen ist die VAMED weiter im Einsatz. International waren nahezu alle 95 Länder, in denen die VAMED aktiv ist, von Reisebeschränkungen betroffen, die es erschwerten oder zum Teil sogar unmöglich machten, diese Länder persönlich zu erreichen. In vielen Ländern sind VAMED Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aber – oft mit ihren Familien – vor Ort geblieben, um sicherzustellen, dass Projekte abgeschlossen oder fortgesetzt wurden. Für das Unternehmen steht fest: Funktionierende Gesundheitssysteme müssen stets weiterentwickelt werden. Dabei spielt die Finanzierbarkeit und die effiziente Aufstockung von Ressourcen im Zuge der internationalen Post-COVID-19-Herausforderungen eine große Rolle. VAMED Vorstandsvorsitzender Wastler betont: „In der Pandemie ist deutlich geworden, wo Kapazitäten fehlen und wie wichtig funktionierende Versorgungsstrukturen sind. Die Welt muss in Zukunft besser gerüstet sein. Viele Länder sind bereits dabei, sich intensiv mit der Weiterentwicklung ihrer Gesundheitssysteme nach der Pandemie auseinanderzusetzen. Mit ihren ganzheitlichen Realisierungs- und Lebenszyklus-Modellen ist die VAMED gut aufgestellt und arbeitet an neuen Lösungen – von der Digitalisierung über Telemedizin und Telerehabilitation bis hin zu Hybrid-Kliniken.“

**VAMED realisiert Zugang zum Weltmarkt für österreichische KMU**  
Das Unternehmen verzeichnet einen Rekord-Auftragsbestand: Weltweit hat die VAMED mittlerweile 1.000 Gesundheitsprojekte erfolgreich abgeschlossen. Allein im Pandemiejahr 2020 sind Aufträge im Gesamtwert von mehr als einer Milliarde Euro eingegangen. Der Auftragsbestand erreichte damit zu Jahresende einen neuen Rekordwert von 3,1 Mrd. Euro. Das Unternehmen beschäftigt aktuell rund 23.200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, davon sind knapp 10.000 im medizinischen Umfeld tätig. In Summe erwirtschaftet die VAMED einen jährlichen konsolidierten Umsatz von mittlerweile mehr als zwei Milliarden Euro. **P**

# PROGRAMM | IM STIFT SEITENSTETTEN

## 6. PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021



Jetzt schon für den Livestream anmelden und jederzeit zur Präsenzveranstaltung in Seitenstetten umbuchen.

### 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

### 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 Digital Twin Society 2030  
Prof. Dr. Reinhard Riedl | Berner Fachhochschule

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 Neuronale Mechanismen der Entscheidungsfindung und Selbstregulierung  
Dr. Silvia Maier | Junge Akademie Schweiz (DIGITAL)
- 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
- KEYNOTE Schutz vor Corona mit Carrageelose — Stand der Forschung  
Dr. Andreas Grassauer | Marinomed

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 Czyponka | 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 Digitalisierung und KI in der Diagnostik - Das Potential der Technologie am Beispiel des Zervixkarzinom-Screenings  
Priv.-Doz. Dr. med. Hans Ikenberg | Gesellschafter und stellv. Geschäftsführer MVZ CytoMol Zytologie und Molekularbiologie Frankfurt GbR

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 | Landeskrankenhaus 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 — HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DAS WEISSBUCH
- 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

10.30—12.00 Uhr

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030  
Block 4 | Gesundheitsberufe und Ausbildung

- MODERATION Mag. (FH) Birgit Bernhard | PERI Group
- KEYNOTE Bedeutung der Arbeitsmedizin generell und in Pandemien  
Dr. Eva Höttl | 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
- KEYNOTE Dr. Gerald Gingold | Vizepräsident und Obmann der Kurie angestellte Ärzte der Ärztekammer für Wien

- 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-Uni Krems, Department für Wirtschaft und Gesundheit
- Prof. Dr. Reinhard Riedl | Berner Fachhochschule (BFH)
- Prof. Dr. Bernhard Rupp | AK NÖ

12.00—12.30 Uhr

- KEYNOTE Neue Organisatorische Rahmenbedingung: Niederschwelliger Impfungszugang & psychosoziale Versorgung  
Andreas Huss, MBA | ÖGK, Arbeitnehmer Obmann

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
- 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. Reinhard Glehr | Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin in der Allgemeinmedizin, 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
- KEYNOTE MR Dr. Johannes Steinhart | Vizepräsident und Obmann der Kurie niedergelassene Ärzte der Ärztekammer für Wien

- 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)
- Andreas Huss, MBA | ÖGK, Arbeitnehmer Obmann

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
- 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 Impfulassung 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 ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres | Präsident der Wiener und Österreichischen Ärztekammer
- KEYNOTE PDMS der Zukunft/Chancen der Digitalisierung in der Anästhesie und Intensivmedizin  
Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller | Universitätsklinik f. Anästhesie Allgemein Intensivmedizin und Schmerztherapie

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 u. Pharmakologie

18.30—19.15 Uhr

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

ab 19.15 Uhr Abendessen im Stiftsmeierhof

### FREITAG | 21. MAI 2021

09.00—09.30 Uhr

- KEYNOTE Innovation zur Rettung von Leben  
Univ.-Prof. Dr. Christoph Huber | CIMT, BioNTech-Co-Founder

09.30—10.00 Uhr

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

10.00—10.30 Uhr

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

10.30—11.00 Uhr

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

11.15—12.15 Uhr

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030  
Block 7 | Gesundheitsversorgung 2030 mit Berücksichtigung von Corona

- MODERATION Mag. Nadja Mader | ORF
- KEYNOTE Psychiatrie 2030: Einsatz von Apps in der Psychiatrie  
Prof. Dr. Thomas Berger | Uni Bern (DIGITAL)
- KEYNOTE Diabetes 2030 | Dr. Erwin Rebhandl | AM Plus & OBGAM
- KEYNOTE Orthopädie 2030: Fokus Endoprothetik  
o. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Windhager | MedUni Wien, Universitätsklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

12:15—12:30

- 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

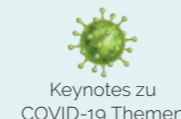
- MODERATION Mag. Nadja Mader | ORF
- KEYNOTE & VIDEO Essenzen des PRAEVENIRE Workshops Digital Health  
Prof. Dr. Reinhard Riedl | Berner Fachhochschule (BFH)
- KEYNOTE & VIDEO Essenzen des Car-T-Zelltherapie Workshops  
Mag. Hanns Kratzer | PERI Group
- KEYNOTE & VIDEO Essenzen des Gipfelgesprächs Orthopädische Versorgung im Lebenskontinuum im Rahmen der Initiative „Orthopädie 2030“  
Univ.-Prof. Dr. Catherina Chiari | President-Elect ÖGO, MedUni Wien, Spezialambulanz für Kinderorthopädie der Univ.-Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

14.00 Uhr

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

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](http://www.praevenire.at)  
Anmeldung unter [anmeldung@praevenire.at](mailto:anmeldung@praevenire.at)



Die Veranstaltung wird mit folgenden DFP Punkten approbiert:  
Mittwoch: 6 Punkte | Donnerstag: 10 Punkte | Freitag: 6 Punkte

# Die Zukunft der neuen Sozialversicherungsstruktur

Im Rahmen der 5. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten schilderte **HON.-PROF. DR. CHRISTOPH KLEIN**, Direktor der Arbeiterkammer Wien und der Bundesarbeitskammer die großen Veränderungen der Sozialversicherungs-Organisationsreform und erklärte die finanziellen und politischen Auswirkungen, die aus der neuen Struktur resultieren. | von Mag. Dren Elezi, MA

Am 13. Dezember 2018 hat der Nationalrat mit dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (SV-OG) die Zusammenführung der bisherigen Sozialversicherungsträger auf fünf Organisationen unter einem Dachverband beschlossen. Ende 2019 entschied der VfGH über mehrere Anträge auf Gesetzesprüfung, die sich gegen das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz richteten. Die Sozialversicherungs-Organisationsreform wurde in einigen Punkten für teilweise verfassungswidrig befunden, die Grundpfeiler der Reform — die Zusammenführung der Gebietskrankenkassen sowie die Parität von Dienstnehmern und Dienstgebern in den Gremien von ÖGK und PVA — wurden vom VfGH jedoch als verfassungskonform bestätigt. „Das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz hat zu großen Veränderungen geführt, die — auch nach teilweiser Aufhebung durch den Verfassungsgerichtshof — in ihren wesentlichen Zügen erhalten geblieben sind“, schilderte Dr. Christoph Klein, Direktor der AK Wien und der Bundesarbeitskammer, bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten.



## Wesentliche Elemente der Umstrukturierung

Ein wesentliches Element dieser Umstrukturierung der Sozialversicherung, welche eine große Auswirkung auf die Arbeit in der Sozialversicherung hat, betrifft laut Christoph Klein die sogenannte Zentralisierung. „Die Entscheidungs- bzw. die Finanzhoheit ist von einst neun Gebietskrankenkassen auf einen Träger, die ÖGK, übergegangen. Entscheidungen werden nun nahe an der Versorgung getroffen“, kritisierte Klein. Nach dem Urteil des Verfassungsgerichtshofs blieb zudem auch die Parität zwischen Dienstgebern und Dienstnehmer bestehen. Bisher waren im Vorstand der Gebietskrankenkassen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stärker vertreten. „Statt der klaren Mehrheit der Versichertenvertreterinnen und -vertreter — im Wesentlichen der Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmervertreter in den Gremien — ist nun die Hälfte der Sitze im entscheidenden Gremium — im Verwaltungsrat — den Dienstgeberinnen und Dienstgebern zugewiesen worden sind, die selbst aber nicht in der ÖGK versichert sind“, bemängelt Klein. Die Entscheidungshoheit von den Ländern zum Bund bzw. die Parität sei eine große Machtverschiebung, kritisierte der Experte, da so nun die rund 160.000 Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber das gleiche Stimmgewicht besitzen wie etwa 7,2 Mio. Versicherte.

## Finanzielle Auswirkungen der Fusion

In seiner Keynote widmete sich der AK-Direktor auch den finanziellen Auswirkungen dieser Umstrukturierung. „Bis 2024 ist allein



**PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030**  
**Block 3 | Systemstruktur und effiziente solidarische Versorgung**

Programm im Rahmen der **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020**

### KEYNOTES

- **Der ideale Weg der Patientinnen und Patienten durch das System — Ist ein Gatekeeper notwendig oder nicht?**  
Dr. Werner Leber | Queen Mary University of London, Centre for Primary Care and Public Health
- **Qualitätssicherung und Patientensicherheit**  
Dr. Günther Jonitz | Ärztekammer Berlin
- **Wie weiter in der neuen Sozialversicherungsstruktur?**  
Hon.-Prof. Dr. Christoph Klein | Arbeiterkammer Wien, Bundesarbeitskammer
- **Rehabilitation und Reintegration**  
Dr. Eva Höllt | Erste Bank Group AG, Health Center
- **Strategische Visionen für die europäische Gesundheitsversorgung**  
Prof. DDr. h. c. Felix Unger | European Academy of Sciences and Arts

### PODIUMSDISKUSSION

- Dr. Alexander Biach | Wirtschaftskammer Wien
- HR Dr. Thomas Holzgruber | Ärztekammer für Wien
- Tamás Petrovics | Xund
- Dr. Erwin Rebhandl | AM PLUS und OB GAM
- Mag. Martin Schaffenerath, MBA, MBA, MPA | ÖGK

Die Funktionsfähigkeit der ÖGK sollte durch eine gute Zusammenarbeit gesichert werden. Dies könne vor allem über Inhalte und nicht über Strukturfragen ermöglicht werden.

Christoph Klein



mit einem Wegfall von 500 Mio. Euro als Pauschalabgeltung der ÖGK für die Behandlung von Arbeitsunfällen zu rechnen. Zudem gibt es laut Klein Steuermittel, die historisch gewachsen seien und die der Bund bislang an die ÖGK überwies. Auch hier sind Verluste zu erwarten: „Der Hintergrund ist, dass aufgrund des österreichischen EU-Beitritts die Mehrwertsteuerbegünstigung für Medikamente, die die Kassa eingekauft hat, weggefallen ist, was bislang durch den Finanzminister ausgeglichen wurde. Dieser Betrag wurde im Rahmen der Umstrukturierung zugunsten der SVS gekürzt, das entspricht einem Verlust von 85 Mio. Euro.“ Gleichzeitig sei laut Klein der Beitrag der ÖGK in den Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds (PRIKRAF) erhöht worden wodurch mit Mehrausgaben von 65 Mio. Euro zu rechnen ist, schilderte Christoph Klein im Oktober 2020 bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. „Das sind durchaus nennenswerte Beträge, durch die die Finanzen der ÖGK seitens des Gesetzgebers deutlich gekürzt wurden. Und auch wenn die sogenannte Patientenmilliarde versprochen wurde, „kommen in den nächsten Jahren zuerst einmal Kosten zum Tragen. Denn die Entstehung eines so großen Trägers ist ein komplexer Vorgang, der zunächst einmal Kosten verursacht.“ Zu diesen finanziellen Belastungen komme laut dem Experten auch die aktuelle Coronakrise, die zusätzlich zu massiven Einnahmeausfällen führen werde. „Es gibt eine hohe Arbeitslosigkeit und hohe Beitragsstundungen. Letzteres ist in keinstrecker Weise zu kritisieren, da diese Maßnahme notwendig ist, um wirtschaftliche Strukturen, Unternehmen und Arbeitsplätze zu erhalten.“ Diese Beitragsstundungen werden sich laut Klein aber nicht zur Gänze als Einnahmen realisieren lassen. Zudem sei mit einer Insolvenzwelle zu rechnen. „Ähnlich wie für 2020 ist auch für das Jahr 2021 mit einem Defizit von rund einer halben Milliarde Euro zu rechnen“, prognostizierte Klein.

## Schlussfolgerungen und Empfehlungen

„Ähnlich wie mit den Maßnahmen zur Unterstützung der Unternehmen bzw. zur Erhaltung der Arbeitsplätze müsste die Bundesregierung auch bei der sozialen Krankenversicherung auf die Stabilisierung der Strukturen setzen — wenn nötig auch mit Einmalzahlungen, um die entstandenen Defizite zu decken“, so Klein. Es sei nun besonders wichtig, dass die Funktionsfähigkeit der großen Träger durch eine gute Zusammenarbeit gesichert werde, insbesondere, was die Zusammenarbeit an den drei Schnittstellen betreffe: Zentrale und Landesstellen, Dienstgeber und Dienstnehmer sowie Selbstverwaltung und Management. Um die strategischen Ziele festzulegen und die Versorgungsziele zu diskutieren, brauche es — unter Einbindung dieser Schnittstellen — eine Strategieweiterentwicklung über die nächsten Jahre. Diese Zusammenarbeit könne laut Klein in erster Linie über Inhalte statt der hoch konfliktären Strukturfragen ermöglicht und gefördert werden. Dies betreffe unter anderem Themen wie die Primärversorgung, eine präventive Ausrichtung, Impfprogramme, strukturierte Betreuung chronisch kranker Menschen und auch die Kindergesundheit. All diese Themen tragen mittelfristig zur Lösung der Finanzfrage bei. Die damit geschaffenen Verbesserungen im System kommen letztlich nicht nur den versorgten Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern sowie deren Familien zugute, sondern auch den Zahlerinnen und Zahlern. P

© PETER PROVAZNIK



# Gipfelgespräche am Fuße der Rax

Mit dem **PARKHOTEL HIRSCHWANG** hat die PERI Group nun einen vierten Standort für ihre PRAEVENIRE Gipfelgespräche. Knapp eine Stunde von Wien entfernt, steht damit ein idealer Ort für den Gedankenaustausch zur Verfügung | von Rainald Edel, MBA



zunehmen und in Ruhe und Abgeschlossenheit z. B. spannende Themen der österreichischen Gesundheitsversorgung zu diskutieren und in einem anregenden Ambiente nach kreativen Lösungen im Sinne aller betroffenen Stakeholder zu suchen.

## Modernste Ausstattung

Das 4-Sterne-Hotel liegt inmitten eines wunderschönen drei Hektar großen Parks am Fuße der Rax und bietet über 75 Zimmer — davon 45 Doppelzimmer und 30 Einzelzimmer. Das Raumangebot reicht vom Besprechungsraum mit 35 m<sup>2</sup> bis hin zum Seminar- und Veranstaltungssaal mit 250 m<sup>2</sup>. Die zehn Seminarräume verfügen jeweils über moderne Infrastruktur und Technik und das nicht nur in den Konferenzräumen selbst. Auch in unmittelbarer Nähe sorgen Besprechungsiseln und Pausenzonen für einen optimalen Ablauf von Veranstaltungen. Alle Seminarräume sind mit modernster Technik mit Clickshare-Technologie ausgestattet. Drei Seminarräume verfügen zudem über Hightech-Präsentations-Monitore.

Ganz besonderen Wert legt das Parkhotel Hirschwang auf eine persönliche Betreuung der Seminargäste durch ein engagiertes Team von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Abseits des gewohnten Arbeitsumfeldes kann man hier den Gedanken freien Lauf lassen und sich in dieser motivierenden Umgebung neuen Herausforderungen stellen.

## Geschichtsrächtiger Ort

Die Anfänge des Parkhotels Hirschwang reichen bis in das Jahr 1844 zurück, als auf dem Gelände eine der ersten Sommervillen im Reichenauer Tal, die Villa Trautenberg, errichtet wurde, benannt nach einem in unmittelbarer Nähe

gelegenen Vorberg der Raxalpe. Nach mehreren Besitzerwechseln erwarb 1950 die Kammer für Arbeiter und Angestellte Niederösterreich das Gelände und errichtete ein Erholungsheim, das durch einen Umbau mit Seminarräumen erweitert wurde. Seit 1995 wird das Erholungsheim als Parkhotel Hirschwang geführt. Der letzte große Umbau erfolgte 2016, so dass das Parkhotel Hirschwang nun erholungssuchenden Menschen und wissbegierigen Seminarbesucherinnen und -besuchern gleichermaßen perfekte Voraussetzungen bietet. Am Fuße der Rax inmitten eines Parks mit uralten Bäumen gelegen, kann man hier Natur genießen, Energie tanken und den Geist schulen.

## Vielfältiges Rahmenprogramm

Abgerundet wird das Angebot des Parkhotels Hirschwang durch die kulinarischen Genüsse im Restaurant Raxblick sowie in der Brasserie, auf deren großzügigen Terrasse man an schönen Tagen mit Blick auf den herrlichen Park speisen kann.

Zum Abschalten und Entspannen nach einem anstrengenden Seminartag bietet sich der Wellnessbereich als ideale Gelegenheit an. Im Park befindet sich ein Hochseilgarten, der in Zusammenarbeit mit dem Team von „moveyourmind“ zum Beispiel für Teambuilding-Aktivitäten gebucht werden kann. Weiters kooperiert das Parkhotel Hirschwang mit Tag8 und Raxalpakas. Mit der Rax, deren Seilbahn nur zwei Kilometer entfernt ist, steht zudem ein einmaliges Wanderparadies direkt vor der Haustür zur Verfügung. Auch andere Ausflugsziele in der Region der „Wiener Hausberge“ sind nur wenige Autominuten entfernt. Zudem bieten die Festspiele Reichenau in den Sommermonaten jede Menge Kulturgenuss. P







## Berufsrettung Wien

# Präklinische Versorgung auf höchstem Niveau

Die **BERUFSRETTUNG WIEN (MA 70)** ist die größte Rettungsorganisation in der Bundeshauptstadt. Sie ist für den überwiegenden Teil der medizinischen Notfälle zuständig und erfüllt den landesgesetzlichen Auftrag, das Rettungswesen in der Stadt Wien zu organisieren und durchzuführen. PERISKOP sprach mit dem Leiter der Wiener Berufsrettung, Senatsrat Mag. Dr. Rainer Gottwald, MBA und blickte hinter die Kulissen des Rettungswesens in der Bundeshauptstadt. | von Rainald Edel, MBA

In Wien gibt es die einzige Berufsrettung Österreichs, die Notfallmedizinische Versorgung einer Millionenstadt ist vielseitig. Die präklinische Behandlung entwickelt sich rasant fort, die Maßnahmen der Rettungsteams, die direkt am Einsatzort gesetzt werden, nehmen mit guter Ausrüstung und ständiger Fortbildung zu.

**PERISKOP: Die Berufsrettung Wien wurde als Reaktion auf die Brandkatastrophe im Ringtheater gegründet. Welchen Herausforderungen muss sie sich heute, 140 Jahre später, stellen?**

**GOTTWALD:** Das Rettungswesen hat sich seitdem fundamental gewandelt. Damals galt es eine erkrankte Person so schnell wie möglich einem Arzt zuzuführen. Noch vor 30 bis 40 Jahren umfasste die Vollausstattung eines Rettungswagens neben einer Trage, maximal noch eine Sauerstoffflasche, einen Beatmungsbeutel und einen Erste-Hilfe-Koffer. Heute haben wir bei der neuesten Fahrzeuggeneration schon fast eine kleine Intensivstation an Bord, mit weitaus besserem medizinischem Material und jeder Menge diagnostischer Geräte. Auch der Einsatz an sich hat sich gewandelt. Statt des raschen Abtransports steht heute die präklinische Notfallmedizin im Mittelpunkt, bei der die Patientin oder der Patient schon am Ort des Geschehens untersucht und stabilisiert wird und erst dann einer Versorgung in einer entspannten Klinik zugeführt wird. Zusammenfassend kann man sagen, es gab eine Professionalisierung sowohl bei der Diagnose und Versorgung, als auch in der Ausbildung.

### Factbox

#### Berufsrettung Wien in Zahlen:

- 197.000 Einsätze im Jahr 2020
- Mehr als 900 hauptberuflichen Sanitäterinnen und Sanitäter, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Bereichen Technik und Verwaltung
- 100 Einsatzfahrzeuge für verschiedenste Einsatzzwecke: Rettungstransportwagen (RTW), Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF), Akutintensivtransportwagen (AIT), Bettenintensivtransporter (BIT)
- 12 Rettungstationen
- 6 Stützpunkte für Notarzteinsatzfahrzeuge
- 1 Katastrophenzug
- 1 Hubschrauber



**Die Coronaepidemie hat das Gesundheitssystem zeitweise hart an die Belastungsgrenze gebracht. Welche Probleme haben sich daraus für die Berufsrettung Wien ergeben? Welche Veränderungen und Lehren wurden bzw. werden daraus gezogen?**

In einem lebenden Rettungswesen lernt man tagtäglich dazu — nicht nur die Organisation, sondern auch jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter. Jede neue Erkenntnis bringt ein Umdenken. So war am Beginn der Pandemie einer der aufregendsten Einsätze der Berufsrettung die Abholung von Auslandsösterreichern und -österreichern am Flughafen Schwechat und der Transport in ein Zentrum der Magistratsabteilung 15, Gesundheitsdienst der Stadt Wien, durch ein spezielles Sonder-einsatzteam. Heute gehört die Frage, ob Coronasymptome vorliegen, zur standardisierten Abfrageroutine in der Rettungsleitstelle. Generell hat sich durch die Pandemie die Einsatzlage von Freizeitunfällen zu mehr Haushaltsunfällen und COVID-19-Erkrankten verschoben. Wir haben in unserer Leitstelle auch eine sehr gute Zusammenarbeit mit der Hotline 1450, so dass wir einen Anruf direkt dorthin vermitteln können bzw. umgekehrt schwerere Fälle, die dort landen, direkt zu uns durchgestellt werden. Zur Grundausbildung der Sanitäterinnen und Sanitäter gehört das Fach Hygiene, in dem sämtliche Maßnahmen des Eigen- und Fremdschutzes gelehrt werden, so dass die Kolleginnen und Kollegen immer schon auf Hygiene geachtet haben. Dennoch haben wir im Rahmen der ständigen Weiterbildung dieses

Thema schwerpunktmäßig aufgegriffen und noch verstärkt geschult. Permanent mit Schutzmaske und Schutzausrüstung Dienst zu versehen, ist eine ganz andere Belastung. Trotz der durch Corona bedingten Mehrbelastungen, die sich auch durch Anlegen der Schutzausrüstung vor dem Kontakt mit Patientinnen und Patienten ergibt, haben wir es geschafft, unsere Einsatzzeiten von acht bis zwölf Minuten, bei lebensbedrohlichen Situationen, einzuhalten. Durch Corona bedingte Wartezeiten bei nicht so dringenden Fällen haben wir kommuniziert und sind dabei auf Verständnis in der Bevölkerung gestoßen.

**Blaulichtorganisationen in Österreich klagen über zu wenig Zivildienere. Wie sieht diesbezüglich die Lage bei der Berufsrettung Wien aus? Welche Auswirkung hat die abnehmende Anzahl an Zivildienern auf die Aufrechterhaltung ihres Leistungsportfolios?**

Als Berufsrettung Wien arbeiten wir mit den anderen Rettungs- und Krankentransportorganisationen in der Stadt, die auch in unserem Auftrag Rettungseinsätze fahren, sehr eng zusammen. Zivildienere werden aber hauptsächlich im Bereich der Krankentransporte eingesetzt, wodurch die privaten, auf Freiwilligkeit und Gemeinnützigkeit basierenden Organisationen, den Rückgang bei den Zivildienern wesentlich stärker spüren als wir. Die Wiener Berufsrettung nimmt nur zwei Mal pro Jahr im Schnitt rund 20 Zivildienere auf. Dies melden sich bewusst zu uns — meist mit dem Gedanken, einmal Berufsretter zu werden. Das heißt, der Zivildienst ist Kennenlernen und „Probezeit“ zugleich.

© PETER PROVANA/ZNK (2)

**Zu den einschneidenden Veränderungen im Organisationsablauf der letzten Jahre gehörte die Reduktion der Dienstzeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von 24 auf 12,5 Stunden vor fünf Jahren. Was waren die Auswirkungen und wie sieht die Personal- und Nachwuchssituation heute aus?**

Für eine Reduktion der Dienstzeiten habe ich mich schon bei meinem Antritt vor elf Jahren eingesetzt. Anfänglich bin ich mit diesem Ansinnen auf massiven Widerstand gestoßen. Heute weiß ich, dass die Ursache Angst vor Veränderung bei Kolleginnen und Kollegen war, die ihr Leben auf einen 24-Stunden-Dienst-rhythmus ausgerichtet hatten, sowie die Angst vor finanziellen Einbußen. Gemeinsam mit der Personalvertretung ist ein sozial verträglicher Umstieg auf 12,5-Stunden-Schichten gelungen. Die Dienstzeiten sind nun familienfreundlich, akzeptiert und vor allem gesünder. Wir haben es durch diese Maßnahmen geschafft, ein noch beliebter Arbeitgeber zu werden. Durch die Umstellung sind 180 Sanitäterinnen und Sanitäter dazugekommen

**Zur Berufsrettung Wien gehört auch die Wiener Rettungsschule, die ja nicht nur für die Aus- sondern vor allem für die Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sorgt. Welche Schwerpunkte werden hier gesetzt. Wie hat sich die Weiterbildung in den letzten zehn Jahren verändert?**

Im Vorjahr haben wir die Rettungsschule neu gestaltet. Statt mit ausrangierten Möbeln als Requisiten, trainieren wir nun mit neuester virtueller Simulationstechnik. Im Bereich der Führungskräfte- und Offiziersausbildung kooperieren wir zudem mit tollen Ausbildungspartnern. Wir sind in der glücklichen Lage, dass wir genügend Bewerberinnen und Bewerber haben und es uns leisten können, die am besten qualifizierten zu nehmen. Wir haben mit Ausnahme der Zivildienere, die von uns ausgebildet werden, bisher nur Kolleginnen und Kollegen aufgenommen, die bereits eine Sanitätsausbildung haben. Etwas unglücklich sind wir über das Sanitätsgesetz (SanG), da es im Bereich der Ausbildung und der dafür zu erbringenden Stunden zu stark auf Freiwilligenorganisationen ausgerichtet ist und rund 1.000 Stunden bis zur höchsten Ausbildungsstufe vorsieht. Im Vergleich dazu haben Ausbildungen in anderen europäischen Ländern eine Dauer von drei Jahren und liegen auf dem Niveau von höheren Schulen oder dreijährigen Bachelor-Studien. Als Berufsrettung Wien orientieren wir uns an den internationalen Vorbildern und bilden unsere Sanitäterinnen und Sanitäter auf höchstgesetzliche Niveau als Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz Intubation aus — das heißt, sie dürfen Venenzugänge legen, Medikamente verabreichen und eine Atemsicherung mittels Intubation durchführen. Die Akademie hat aber schon Pläne für eine Ausbildung im internationalen Umfang vorbereitet.

**Neben den in der öffentlichen Wahrnehmung präsenten Einsatzkräften, wie Sanitäterinnen und Sanitäter oder Notärztinnen und Notärzten, gibt es eine ganze Reihe von Spezialteams und -ausrüstungen. Wie ist die Berufsrettung Wien bezüglich besonderer Ereignisse und Anforderungen aufgestellt?**

Wir haben eine ganze Reihe von Spezialteams, die Einsätze unter besonders schwierigen Umständen möglich machen. Dazu gehören unter anderem die Seiltechnikeneinheit für die Erstversorgung in Höhenlagen oder die ABC-Einheit, die z. B. die zuvor erwähnten Infektionstransporte vom Flughafen Wien durchführte. Ein weiteres Element ist der Katastrophenzug, der bei sämtlichen Großschadensereignissen ausrückt — auch wenn keine Verletzten zu

### InfoBox

Am 8. Dezember 1881 kamen beim Brand des Wiener Ringtheaters am Schottenring 386 Menschen ums Leben. Unter dem Eindruck der Brandkatastrophe gründeten am Tag danach Jaromir Freiherr von Mundy und Johann Nepomuk Graf Wilczek die „Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft“. 1890 wurde der erste Katastrophenzug gebildet. Er bestand aus sechs bespannten Ambulanzwagen mit sechs Ärzten und zehn Sanitätern. 1946 wurde die Rettung in „Wiener städtischer Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst“ (WRKD) umbenannt. 1950 wurde eine neue Fahrzeugflotte in den Dienst gestellt, die erstmals mit Blaulicht, Folgetonhorn und Funksprechgeräten ausgestattet wurde. 1977 wurde der „Wiener Rettungsverbund“ gegründet. 1987 wurde die Bettenzentrale von der Polizei übernommen und ein mehrstufiges Notfallsystem (Notarztwagen, Rettungstransportwagen oder Krankentransportwagen) eingeführt. 1991 wurde der „Wiener städtischer Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst“ zur Magistratsabteilung 70 der Stadt Wien. Anlässlich des 120-jährigen Jubiläums der Berufsrettung Wien 2001 wurden die neue Rettungszentrale in der Radetzkystraße und die Rettungsleitstelle 144 eröffnet. Im selben Jahr wurde der Wiener Rettungshubschrauber Christophorus 9 ins Leben gerufen. 2008 wurde ein neuer Katastrophenzug in den Dienst gestellt, drei Jahre später kam ein neuer Bettenintensivtransporter (BIT) dazu. 2010 wurde Dr. Rainer Gottwald zum Leiter der Wiener Berufsrettung bestellt. 2013 wurde die Rettungsstation Simmering neu eröffnet, auch das Rettungsmuseum in der Station Hernalds machte erneut seine Pforten auf. 2017 wurde die notärztliche Versorgung auf neue Beine gestellt, die Notarzt-Einsatz-Fahrzeuge (NEF) waren somit ab sofort in den Krankenhäusern stationiert. 2019 wurde direkt am Areal der Klinik Floridsdorf die neue Rettungsstation Floridsdorf eröffnet.

versorgen sind, sondern eine mobile Einsatzzentrale benötigt wird.

Mit dem Bettenintensivtransporter sind wir Vorreiter in ganz Österreich. Damit kann man eine Patientin oder einen Patienten ohne Umlagerung samt Bett und den notwendigen Apparaturen transportieren. Zudem kommt er bei Schwergewichtspatientinnen und -patienten zum Einsatz. Eine spezielle Sondereinheit stellen unsere Peers dar — das sind psychologisch geschulte Kolleginnen und Kollegen, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern helfen, belastende Situationen zu verarbeiten oder in schweren Fällen professionelle Hilfe durch Psychologinnen und Psychologen und Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu vermitteln.

**Sie sind seit elf Jahren Chef der Berufsrettung Wien. Welche Veränderungen konnten Sie anstoßen, welche Herausforderungen galt es zu bewältigen und welche Pläne haben Sie für die Weiterentwicklung der Berufsrettung Wien?**

Die Umstellung vom 24- auf den 12,5-Stunden-Dienst ging mit einem Rechnungshofbericht einher, der empfohlen hat, die Stärke auf Rettungsfahrzeugen von drei auf zwei Personen zu reduzieren. Dieser Empfehlung mussten wir nachkommen, konnten aber Lösungen für jene Kolleginnen und Kollegen finden, denen die daraus resultierende Mehrbelastung aus gesundheitlichen Gründen nicht zumutbar war. Eine weitere Herausforderung war der Notarztmangel. Für die abnehmende Attraktivität des Berufsbildes fanden wir zwei Gründe: Das bessere Gehaltschema im damaligen KAV (heute Wiener Gesundheitsverband) sowie ein Karriereknick, wenn man zu lange im Notarzdienst tätig war. Durch eine Kooperation mit dem Wiener Gesundheitsverband und eine Gehaltsangleichung haben Notärztinnen und -ärzte der Berufsrettung Wien nun die Möglichkeit, den Notarzdienst mit einer Spitalskarriere zu verbinden. Weitere Meilensteine waren die Fertigstellung der Rettungsstationen in Simmering und Floridsdorf sowie die Errichtung einer zweiten Leitstelle in Hernalds, die parallel zur Leitstelle in der Zentrale arbeitet und auch als Backup dient. Gerade jetzt in der Coronapandemie hat sich

das sehr bewährt, da wir so zwei unabhängige Teams an getrennten Orten im Einsatz haben.

**Die Berufsrettung Wien ist seit 30 Jahren eine eigenständige Magistratsabteilung und die einzige Rettungsorganisation in Österreich, die direkt in eine Landesverwaltung eingebunden ist. Welche Vorteile ergeben sich aus dieser Konstellation?**

Ein Rettungswesen, das an die Stadt angebunden ist, halte ich für eine Metropole wie Wien für eine sehr gute Lösung und ist auch international in Großstädten üblich. Gleichzeitig haben wir aber auch ein sehr gutes Zusammenspiel mit den gemeinnützigen, freiwilligen Rettungsdiensten. Gerade bei Großschadensereignissen ist diese enge Kooperation ein großer Vorteil. Die Stadt legt hohen Wert darauf, dass die Bewohnerinnen und Bewohner professionell versorgt werden. Dafür stellt sie auch die modernsten Geräte zur Verfügung. Da sind wir ein wenig voraus und Trendsetter für andere Organisationen im Rettungswesen.

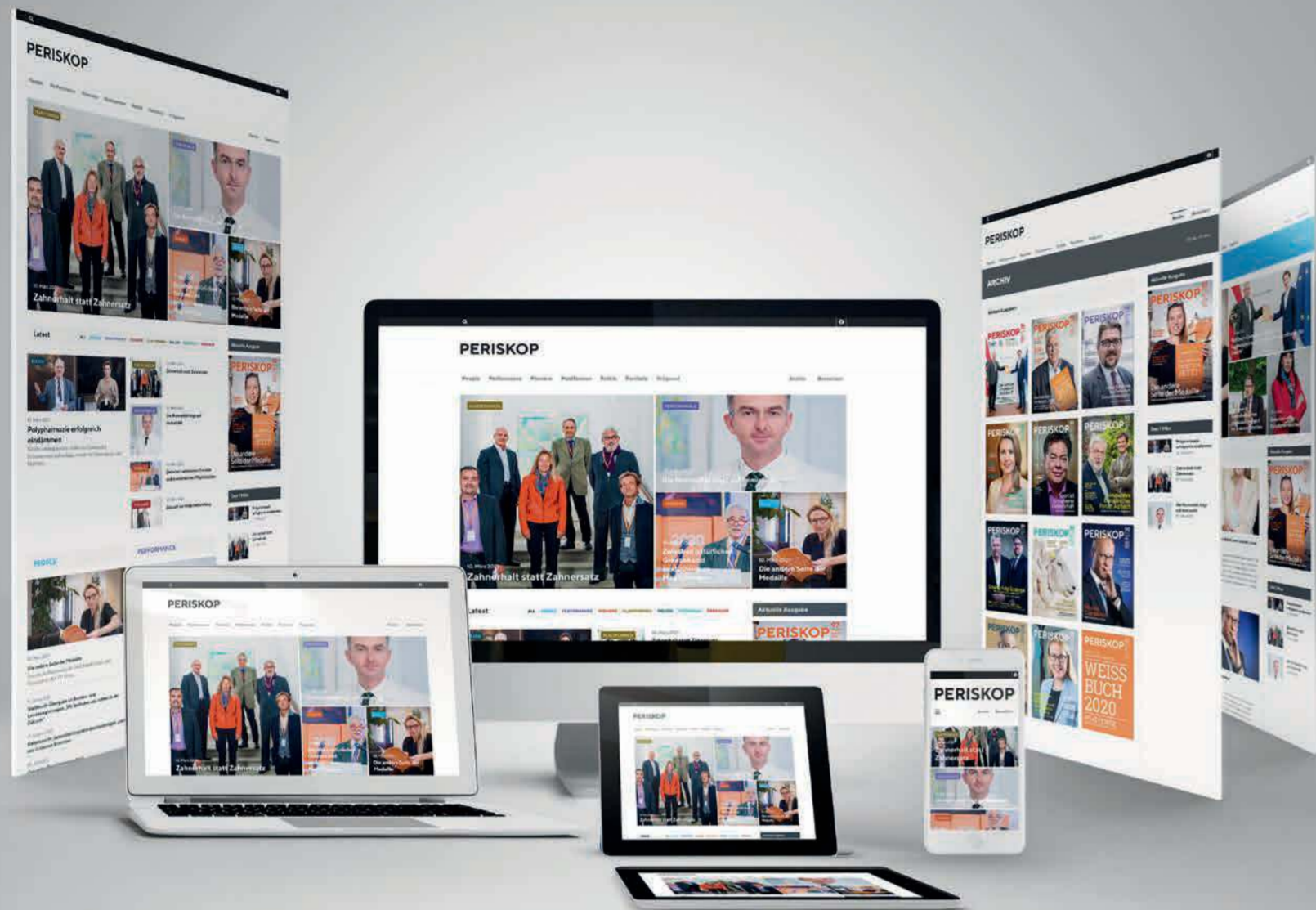
**Zum Abschluss ein kurzer Blick in die Zukunft. Wie wird sich das Rettungswesen weiterentwickeln? Was würden Sie an Ausrüstung und Unterstützung benötigen?**

Auch wenn wir den Krankentransport selbst nicht durchführen, sondern die privaten Organisationen, versuchen wir gerade bei Krankentransporten die Durchführung und Wartezeiten noch kundenorientierter und effizienter mitzugestalten. Auch hier ist eine Leitstelle geplant, so dass Transporte planbarer werden. Der zweite Bereich, dem wir uns widmen, ist die Frage der Finanzierung des Rettungswesens — auch hier spreche ich wieder für alle Organisationen. Ein Einsatz eines Rettungswagens mit zumindest zwei Personen Personal verursacht Einsatzkosten in der Höhe von 544 Euro. Von der ÖGK werden aber gerade einmal 113,20 Euro vergütet. Das Wiener Rettungswesen ist dadurch pro Jahr mit 90 Mio. Euro unterdeckt. Die Differenz zahlen die Bürgerinnen und Bürger über Steuern und bei privaten Rettungsorganisationen über Spenden. Wenn man ein zeitgemäßes funktionierendes Rettungswesen will, muss man es auch finanzieren und das ist Aufgabe der Gesundheitskassen. P





PLATTFORMEN



Die alte PERISKOP Website war in die Jahre gekommen und daher nicht mehr zeitgemäß. Über 100 Stunden investierten die Expertinnen und Experten der perionlineexperts in den detaillierten Modernisierungsprozess, bestehend aus Bestandsaufnahme, Content-Sammlung, Layout bzw. Design, responsiver Programmierung, technischer Optimierung und vielem mehr. Das Ergebnis kann sich sehen lassen! Die PERISKOP Website erstrahlt nun im Layout eines modernen Online-Magazins, mit bester Rücksicht auf das bestehende Corporate Design, was den Charakter des PERISKOP auf digitaler Ebene ideal abbildet. Die Userinnen und User sind nun „näher an der Story“. Die Vorteile eines Online-Magazins liegen auf der Hand: Die Zielgruppe kann kontinuierlich erreicht werden, eine Abhängigkeit von Erscheinungsdaten ist nicht gegeben. Der Zugang zu den publizierten Informationen wird für die interessierte Leserin und den interessierten Leser erleichtert. Die Integration von Social Media bietet einen weiteren Multiplikator für die eigene Reichweite. Eine ständige Aktualität ist durch das Wesen des Mediums gegeben. In Zukunft sollen in regelmäßigen Abständen, auch unabhängig vom Erscheinungsdatum der Print-Version, Beiträge publiziert werden. Sie können nun also laufend topaktuelle News auf der Website entdecken.

#### Die Story im Mittelpunkt

Das neue Design rückt nun die Beiträge in das Zentrum. Dabei wurde auch ein Schwerpunkt auf die Verbesserung des User Interface gesetzt. Die Seite ist jetzt einfacher in der Navigation und stellt die wichtigen Inhalte in den Vordergrund, die so für die Userin und den User leichter zu erkennen sind. Ein über die gesamte Website durchgehend verwendete

#### PERISKOP Digital

# Aus alt mach Online-Magazin!

Vielleicht haben Sie es bereits entdeckt? Ende April erschien die **NEUE „DIGITALE AUSGABE“ DES PERISKOP.(AT)** mit einem frischen Anstrich. Die Website wurde einem rund zweimonatigen Redesign unterzogen und erscheint nun in neuem Glanz. Das neue Design stellte einen zwingend nötigen Schritt dar, um im Web stets am Ball zu bleiben und ein optimales Nutzererlebnis bieten zu können. Ein neuer Fokus soll dabei auf die laufend publizierten Storys gesetzt werden, mit voller Integration des bestehenden Magazinarchivs. | von Christopher Zajac

Das neue PERISKOP Online-Magazin ist geräteunabhängig — Desktop, Smartphone oder Tablet — jederzeit und überall abrufbar.

tes Farbleitsystem nach Kategoriefarben zeigt den Besucherinnen und Besuchern sofort an, in welcher Kategorie sich der aktuelle Beitrag befindet. All diese Maßnahmen führen zu einer Verbesserung der gesamten User Experience der Website. Dadurch erhoffen wir uns auch einen Anstieg der Interaktionen und der Verweildauer auf der Seite.

Wenn eine Nutzerin oder ein Nutzer die neue PERISKOP Website besucht, sieht sie bzw. er auf den ersten Blick die neuesten Beiträge optisch aufbereitet und mit vollflächigen Bildern. Auf der Homepage befinden sich anschließend aktuelle Beiträge aus jeder Kategorie. Insgesamt sind zum Start der neuen Version über 100 alte und neue Beiträge verfügbar. In der rechten Seitenleiste ist auf allen Seiten ganz oben die aktuelle Print-Version prominent platziert.

Doch nicht nur das aktuelle Magazin findet sich auf der Seite. Um die historische Kontinuität zu wahren, wurden über 50 Ausgaben auf der Website eingearbeitet — interessierte Besucherinnen und Besucher können sich dadurch zum Beispiel die Ausgabe 43 anzeigen lassen, die vor über elf Jahren erschienen ist. Jedes Magazin besitzt eine eigene Seite, auf der die PDF-Version als Flipbook dargestellt ist oder auch heruntergeladen werden kann. Außerdem ist auf einen Blick ersichtlich, welche online publizierten Storys sich in diesem Magazin befinden, da diese direkt unterhalb angezeigt werden.

Wie bereits zuvor erwähnt, wird sich auch die redaktionelle Arbeit im Hintergrund verändern, da Beiträge nun laufend aktuell publiziert werden. Dies soll einen zusätzlichen Mehrwert für unsere Besucherinnen und

Besucher darstellen und sich positiv auf unsere Nutzungsstatistiken auswirken. Darüber hinaus wurde die integrierte Suchfunktion und deren optische Darstellung optimiert, wodurch auch zuvor veröffentlichte Beiträge und ganze Ausgaben einfach durchsucht werden können.

#### „Der neue Motor unter der Haube“

Viele Verbesserungen wurden — nur indirekt für die Besucherinnen und Besuchermerkbar — „unter der Haube“ vorgenommen. Vor allem auch in diesen Belangen war die jahrelange Expertise und das Knowhow der perionlineexperts ein entscheidender Faktor für den erfolgreichen Relaunch. Die gesamte technische Basis wurde auf den neuesten Stand gebracht. Angefangen vom hochmodernen und hochleistungsfähigen Server für das Webhosting wurden sämtliche Maßnahmen durchgeführt, damit die Website jederzeit erreichbar ist. Sie besitzt nun eine professionelle Firewall, einen DDoS-Schutz, blitzschnelles Web-Caching, Uptime-Monitoring und eine lückenlose Backup-Strategie. Ein vollständig state-of-the-art responsives Design lässt die Website auf jedem Gerät — ob PC, Laptop, Smartphone oder Tablet — erscheinen, als wäre sie extra für dieses angepasst. Im Code wurden außerdem sämtliche Best-Practices von technischem SEO umgesetzt, damit die PERISKOP-Website auch weiterhin bestens über die Google-Suche gefunden wird. Um die Website konstant auf den ersten Seiten der Suchergebnisse von Google zu listen, wurden auf relevante Performance-Werte Rücksicht genommen und die neuesten „Core Web Vitals“-Guidelines (CWV) von Google befolgt.

Die „Core Web Vitals“ sind ein Set aus spezifischen Faktoren, die Google in der User Experience für wichtig erachtet, und sind somit einer der wichtigsten Ranking-Faktoren in der Google-Suche ab Mai 2021. Durch die Implementierung dieser Guidelines ist die PERISKOP

Website definitiv auch fit für die Zukunft, um jederzeit das beste Nutzererlebnis zu bieten.

#### Das Projekt unter der Lupe

Wie bereits eingangs erwähnt, bestand der gesamte Prozess der Neugestaltung aus mehreren Schritten. In diversen Vorgesprächen zwischen den PERISKOP-Verantwortlichen und den perionlineexperts wurden Wünsche bzw. Vorstellungen abgeklärt und Ziele definiert. Als nächstes wurde der Bestand unter die Lupe genommen, dabei sämtlicher Content auf der alten Seite indexiert. Nachdem sämtliche Beiträge, Magazin-PDFs, Magazin-Coverbilder und restliche Inhalte gesammelt waren, wurde das neue Layout und Design definiert. Dabei wurden in Abstimmung mit der PERISKOP CI die zukünftigen Seiten spezifiziert und erste Muster entworfen. Anschließend kam auch schon der Startschuss für die technische Implementierungsphase. Die Website wurde in zahlreichen Arbeitsstunden mit sämtlichen Funktionalitäten fertiggestellt. Diese „Beta-Version“ hatte bereits alle Inhalte integriert und war nun bereit für eine erste interne Feedback-Runde. In diesem Schritt waren vor allem die Redaktion und die Grafik der Print-Version als Key-User involviert. Nach Einarbeitung des umfangreichen und wertvollen Feedbacks wurden noch zahlreiche Optimierungsarbeiten vorgenommen. Dazu zählten vor allem responsive Anpassungen, damit die Website auf sämtlichen Geräten optimal dargestellt wird, und Arbeiten im Bereich SEO. Abschließend folgten technische Hintergrundarbeiten — Anpassungen von Domain, DNS und Server — damit die neue Seite erreichbar ist.

#### Wir freuen uns auf Sie!

Das neue PERISKOP Online-Magazin ist bereits live und jederzeit 24/7 für Sie erreichbar. Wir hoffen, dass wir Sie demnächst auf unserem Online-Auftritt begrüßen dürfen und mit dem frischen Auftritt überzeugen können. Besuchen Sie uns und erleben Sie es selbst!

Das Team der perionlineexperts hinter dem neuen PERISKOP Online-Magazin: v.l.: Carina Dolacek, Christopher Zajac



Besuchen Sie gleich das PERISKOP Online-Magazin mit einem einfachen Scan des QR-Codes



Das Design legt den Fokus auf optimale User Experience und stellt die Storys in den Mittelpunkt.

WELCOME TO THE DIGITAL EXPERIENCE.  
#THEONEANDONLINE

perionlineexperts ist eine führende digitale Agentur für professionelle Online-Präsenz mit Sitz in Wien. Wenn Sie sich für uns entscheiden, arbeitet immer ein erstklassiges, inhabergeführtes und kompetentes Team aus erfahrenen Medienprofis für Sie. So können Sie sich jederzeit auf hochwertige, effektive und umsatzfördernde Lösungen verlassen.

Wir sind Ihr erster Ansprechpartner für hybride oder digitale Events. Ob Event-Livestream, Videokonferenz oder „klassische“ Videoproduktion und Social Videos — Videos sind so populär wie nie und wir sind Ihr Partner für Videos jeglicher Art! Lassen Sie die riesige Chance, Videos für Sie sprechen zu lassen, nicht ungenutzt.

Gerne sind wir Ihnen in der professionellen Vorbereitung und in der Entwicklung des gesamten analogen und digitalen Workflows behilflich; aus und nach dem Event stellen wir Ihnen eine große Palette an attraktiven „Nachverwertungsmöglichkeiten“ zur Verfügung. Es wäre jetzt — im allgemeinen Digitalisierungsschub — wohl eine gute Gelegenheit, die gesamte Online-Strategie (Video, Website und Social Media) anzudenken.

Außerdem sind wir bekannt für maßgeschneiderte Websites, die technisch, optisch und handwerklich auf aktuellstem Stand sind. Responsiv auf allen Geräten — Desktop, Notebook, Tablet und Smartphone — optimiert. SEO-optimierter Code für Erfüllung der Google-Kriterien und bestmögliches Ranking in der Suche. Dazu professionelles und spezialisiertes Hosting, laufende Software-Wartung und SEO-Betreuung. Wir nutzen für unsere Kunden das gesamte 360°-Spektrum aller digitalen Möglichkeiten im Internet. Und wir sorgen so für Ihre professionelle permanente Internetpräsenz weit über bloß eine perfekte Website hinaus.

perionlineexperts  
VIDEOCONFERENCING | LIVESTREAMING | VIDEOS | WEBSITES  
livestream now  
POWERED BY PERIONLINEEXPERTS

Branchenuntersuchung

# Arzneimittelversorgung aus wettbewerblicher Sicht

Seit Anfang 2017 analysiert die Bundeswettbewerbsbehörde (BWB) den österreichischen Gesundheitsmarkt. PERISKOP sprach exklusiv vorab mit **DR. THEODOR THANNER**, Generaldirektor der BWB, über den dritten Teilbericht zum Thema Arzneimittelversorgung. | von Rainald Edel, MBA

Im Rahmen der Branchenuntersuchung evaluiert die BWB die wettbewerblichen Rahmenbedingungen in bestimmten Teilmärkten des Gesundheitsmarkts. Ziel ist es, mögliche Wettbewerbsverfälschungen zu identifizieren und Liberalisierungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Studien belegen, dass ein gewisses Maß an Wettbewerb auch im Gesundheitsmarkt zu einer besseren Versorgung und einer verbesserten Qualität von Produkten und Dienstleistungen führen kann. Schon vor Ausbruch der Coronapandemie ist es in Österreich immer wieder zu Versorgungsengpässen bei teils essenziellen Arzneimitteln gekommen. In diesem Zusammenhang hat die BWB Herausforderungen in diesem Bereich beleuchtet und Lösungsansätze aus wettbewerblicher Sicht aufgezeigt.

**PERISKOP: Die BWB hat die Gesundheitsbranche nun seit längerem im Blick. Nach dem Apothekenmarkt und der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum, haben Sie sich jetzt den Bereich der Arzneimittelversorgung genauer angesehen. Was war Ihre Motivation dabei?**

**THANNER:** Wir haben 2017 mit einer generellen Analyse des Gesundheitssektors begonnen und eine ganze Reihe wettbewerbsrelevanter Fragen

definiert. Das Spektrum der zu untersuchenden Bereiche reicht von den öffentlichen Apotheken über die Krankenanstalten bis zu den Arzneimitteln. Unser Ziel ist aufzuzeigen, wie man das Gesundheitssystem effizienter und die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern kann.

Es gibt eine ganze Reihe von sogenannten „wettbewerbsberuhigten Zonen“, bei denen kein oder nur ein sehr eingeschränkter Wettbewerb vorhanden ist. Darum haben wir uns in einer ersten Runde die Apotheken und in einer zweiten die ärztliche Versorgung am Land näher angeschaut — vor allem die Hausapotheken. In kleinen Gemeinden haben zehn Prozent der Bevölkerung einen Mehrweg von mindestens neun Kilometer zur nächsten Apotheke zu bewältigen. Das kann nicht im Sinne einer guten Versorgung sein.

Wir haben 2017 nach vielen Gesprächen 60 Felder definiert, in denen man Fragen stellen kann. Und wir haben dann auch Meldungen über Arzneimittelknappheit gesehen. Das war Motivation genug für uns, dieses Thema genauer zu beleuchten.

Weitere Gründe waren die Beteiligung von Großhändlern an öffentlichen Apotheken, was Auswirkungen auf die Preise und die Ange-

**Unser Ziel ist aufzuzeigen, wie man das Gesundheitssystem effizienter und die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern kann.**

Theodor Thanner

botsvielfalt hat. Wenn man sich europaweit die Markt-Missbrauchsfälle bezüglich überhöhter Preise ansieht, dann hat man es mit einem Themenfeld zu tun, das sehr schwer beweisbar ist. Exzessives Pricing wird vom Europäischen Gerichtshof (EuGH) nur dann anerkannt, wenn es dramatisch ist — wir sprechen da von 600 Prozent und mehr. Gerade die Pharmabranche war von diesem Thema stark betroffen. Da hat es Fälle von Medikamenten gegeben, die, nachdem sie aus dem Erstattungskodex (EKO) rausgefallen sind, von 4,40 Euro auf 60 Euro in die Höhe geschneit sind. Das ist etwas, was ich nicht will — dass man seine Preise auf dem Rücken der Bevölkerung optimiert.

**Wie steht es um die Arzneimittelversorgung?**

In der Versorgung gibt es viele Player die gut zusammenspielen, dennoch gibt es stets Verbesserungsbedarf. Unsere Aufgabe ist es, die wettbewerbsberuhigten Zonen aufzuzeigen. Wir haben in der Produktion eine große Abhängigkeit von Indien und China. Hierzu haben wir auch Maßnahmen und Vorschläge erarbeitet, wie man hier gegensteuern könnte — beispielsweise durch stärkere Diversifikation oder indem man die Abhängigkeit von einzelnen Zulieferern reduziert.

**Sie sprechen die Arzneimittelknappheit an. Welche Kategorien sind hier in erster Linie betroffen?**

Rund neun Prozent aller Arzneimittel werden in Krankenhäusern eingesetzt, 91 Prozent werden über die öffentlichen Apotheken vertrieben. 2019 wurden 233,1 Mio. Packungen an Arzneimitteln verkauft. Pro Kopf betragen die Ausgaben für Medikamente 597 Euro pro Jahr. Es gibt eine Untersuchung des europäischen Parlaments, dass sich in der EU die Arzneimittelknappheit zwischen den Jahren 2000 und 2018 verzehnfacht hat. Das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) hat im April 2020 eine Liste zu Vertriebsbeschränkungen eingeführt. Dieser Liste zufolge waren Ende 2020 mehr als 86 Prozent der darin aufgelisteten Arzneimittel nicht oder nur eingeschränkt verfügbar. Das ist ein Zeichen, dass man hier tiefergehend untersuchen muss. Das haben wir gemacht, indem wir mit vielen Stakeholdern Gespräche geführt haben. Gerade in Zeiten der Coronapandemie sollten die Arzneimittel für die Bevölkerung ausreichend zur Verfügung stehen und Menschen nicht ins benachbarte Ausland ausweichen müssen, um nötige Arzneimittel zu bekommen. 98 Prozent der von Vertriebsbeschränkungen betroffenen Arzneimittel unterliegen der Rezeptpflicht, 68 Prozent sind auch im Erstattungskodex enthalten. Man kann davon ausgehen, dass die Nachfolgeprodukte, insbesondere Generika, davon betroffen sind. Betroffen waren vor allem Medikamente zur Behandlung des Nervensystems und kardiovaskulärer Erkrankungen.

**Welche Regelungen gibt es im Zusammenhang mit der Arzneimittelversorgung in Österreich und der EU?**

Wir haben die regulatorischen Rahmenbedingungen in Österreich analysiert und mit ausgewählten anderen Ländern verglichen. Zudem haben wir uns die Situation mit den Parallelexporten angesehen sowie die seit 1. April 2020 geltende Verordnung des Gesundheitsministeriums über die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung. Wir haben in diesem Bereich recht umfangreich die einschlägigen Bestimmungen durchforstet, das reicht vom Apothekengesetz, Arzneimittelgesetz, Patientenrecht bis zu verschiedenen Richtlinien wie der Fälschungsrichtlinie im Arzneimittelbereich.

**Können Sie uns die Ursachen für Arzneimittelknappheit näher schildern?**

Die Ursachen können ganz unterschiedlich sein. Wir orten die Gründe aber eher auf der Angebotsseite. Etwa durch Kapazitätsengpässe oder Verzögerungen bei der Herstellung oder durch die Verknappung von Wirkstoffen. Auf der Produktionsebene gibt es — wie schon erwähnt — eine zunehmende Abhängigkeit von Indien und China. Sowohl in der Herstellung von Wirkstoffen, chemischen Substanzen als auch von fertigen Arzneimitteln. Wir sehen, dass 80 Prozent der Wirkstoffe in diesen beiden asiatischen Ländern hergestellt werden. Das ist ein Punkt in unseren Empfehlungen, wo wir der Meinung sind, dass sich Österreich hier breiter aufstellen muss — die Frage ist, wie schnell man das umsetzen kann. Wir haben gesehen, dass es auch einen Zusammenhang mit Fusionen in der Pharmabranche geben kann. In den letzten 30 Jahren ist die Zahl der Unternehmen von ursprünglich 110 auf ungefähr 30 gesunken — das heißt, wir haben da eine starke Konzentration und die wirkt tendenziell immer preissteigernd. Wir sind da noch weit entfernt von anderen Konzentrationen wie im Lebensmittel- oder Möbelhandel. Aber auch die Beteiligungsfrage der Großhändler

an den niedergelassenen Apotheken, also die vertikale Integration, ist in diesem Bereich nicht unbedingt wettbewerbsfördernd.

Auf der Nachfrageseite ist der Mehrbedarf ein Element, das man sich genauer anschauen muss. Das Preisniveau könnte ebenfalls eine Ursache sein. Standortfaktoren allein, erklären allerdings die Verknappung nicht — das kann nur ein Bereich aus einer ganzen Gruppe von Faktoren sein.

Wir haben da sehr gut mit den Stakeholdern, vor allem den Arzneimittelgroßhändlern, diskutiert und es zeigt sich, dass die Preise in den Exportländern oft höher sind als die in Österreich erzielbaren Preise. Wobei die Preisunterschiede allein, die Volumina von Parallelexporten nicht erklären können. Daher sollte man die Spanne in den Apotheken und im Großhandel nochmals evaluieren. Die Spannen im Pharmabereich sind deutlich höher als in der ebenfalls forschungsintensiven Software-Industrie — was auf eine Markt- beziehungsweise Preissetzungsmacht hindeuten könnte.

**Wie sieht die Preissituation hinsichtlich Arzneimittel in Österreich aus?**

Der Preis allein erklärt die Verknappung nicht. Daher sollte man bei der Markt- und Preissetzungsmacht ansetzen und hier genauer evaluieren. Mit Medikamentenausgaben von knapp 600 Euro, liegen wir in einem Vergleich mit Industrieländern (ohne USA) auf Platz 3. Im Jahr 2018 waren 55 Prozent der verordneten Medikamente Generika. Diese machen 39 Prozent des Gesamtmarkts aus. Demgegenüber werden in Deutschland 80 Prozent Generika verschrieben.

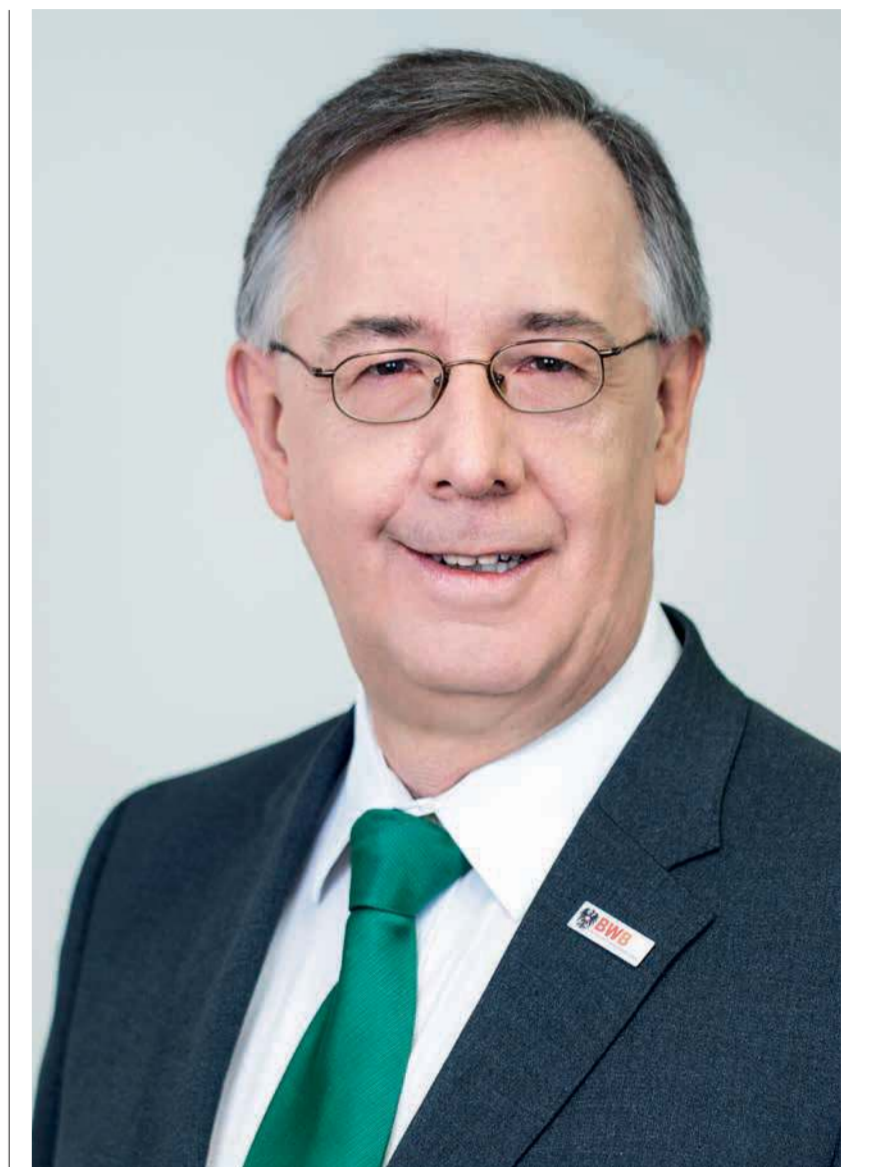
**Gibt es einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der COVID-19-Pandemie und der Arzneimittelversorgung in Österreich?**

Nach intensiven Gesprächen mit Stakeholdern sehen wir keinen direkten Zusammenhang zwischen Versorgungsengpässen und der COVID-19-Pandemie. Auch bei den Arzneimitteln auf der Liste derer, die eine Vertriebsbeschränkung gemeldet haben, lässt sich kein Trend ablesen. Das ist allerdings nur eine Momentaufnahme gewesen, die sich bei langfristiger Betrachtung jederzeit ändern kann. Nicht bezüglich der Verfügbarkeit am Markt, aber im Vertriebsmodus, gab es durch die Pandemie eine Änderung — nämlich die Lieferung von Medikamenten zu den Patientinnen und Patienten nach Hause durch die Apotheke während des ersten Lockdowns. Wir haben dieses Modell schon in unserer ersten Untersuchung hervorgehoben und empfohlen, dies zu forcieren.

**Gibt es europäische Überlegungen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie?**

Eine europäische Sichtweise ist hier sicher sinnvoll. Die Europäische Kommission hat im November eine Mitteilung zur Arzneimittelversorgung in Europa publiziert auf Basis es konkrete Leitlinien und Verordnung geben soll. Ein Element daraus ist die Steigerung des Wettbewerbs, insbesondere im Bereich der Generika und der Biosimilars. Die EU-Wettbewerbsregeln werden als wichtige Instrumente zur Vermeidung von Arzneimittelengpässen und zum besseren Zugang zu Arzneimitteln für Bürgerinnen und Bürger gesehen. Europa macht sich auch da Gedanken.

**Sie haben uns jetzt einige wettbewerbliche Herausforderungen und Problemfelder aufgezeigt. Was empfiehlt die BWB zur Gegensteuerung?**



**Die EU-Wettbewerbsregeln sind wichtige Instrumente zur Vermeidung von Arzneimittelengpässen und zum besseren Zugang zu Arzneimitteln.**

Theodor Thanner

Wir haben mehrere Punkte formuliert, bei denen wir glauben, dass man aus Wettbewerbs-sicht an verschiedenen Stellschrauben drehen muss und haben dazu Vorschläge gemacht, die helfen sollen, die Situation zu verbessern.

- Der höchstzulässige Eigentumsanteil des Arzneimittelgroßhandels an den öffentlichen Apotheken soll 25 Prozent nicht übersteigen. Der Konzessionsinhaber einer Apotheke soll mehr als 50 Prozent der Anteile halten.
- Weiters sollen die Preisbestandteile von Arzneimitteln nochmals hinsichtlich der Aufschläge von Großhandel und Apotheken evaluiert werden.
- E-Health-Anwendungen und Digitalisierung sollen in standortpolitische Maßnahmen einbezogen werden. Finanzielle Anreize für Preiserstattungen.
- Erstellung eines transparenten Katalogs für unentbehrliche Arzneimittel und Wirkstoffe.
- Reduktion der Abhängigkeit von einzelnen Zulieferern durch Ausweitung auf mehrere Bezugsquellen, was zu einer höheren Versorgungssicherheit führt.
- Die Parallelexportbestimmungen sollten besser abgestimmt und vereinheitlicht werden. Auch die Rechtsvorschriften sollten angepasst werden, etwa durch Ausweitung des Melde- und Berechtigten-Adressatenkreises für die Liste zu Vertriebsbeschränkungen. Vereinheitlichung des Fälschungsschutzes und der Kriterien für Zertifizierungen.
- Erhöhung der Transparenz bei den Produzenten und bestehende Initiativen zur Arzneimittelversorgung auf nationaler und europäischer Ebene.

**Werden sie auch weiterhin den Gesundheitssektor genau im Auge behalten?**

Ja, wir bleiben dran, denn es sind noch Vorschläge aus den ersten beiden Untersuchungen offen und es gibt im Gesundheitssektor noch einige Themen, die es genauer zu durchleuchten gilt.



© FELICITAS MATERN (2)



POLITIK

# Mehr Effizienz bei der Erreichung von Versorgungszielen

DI MARTIN BRUNNINGER, MENG, MSC, seit Jänner 2020 Büroleiter des Dachverbands der Sozialversicherungsträger, schilderte bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten die wesentlichen Meilensteine der Digitalisierung in den Sozialversicherungen. Er erklärte wie die Digitalisierung in der SV eine Versorgungsverbesserung für Patientinnen und Patienten vorantreiben soll und welche Rolle die Verknüpfung und Nutzung von zur Verfügung stehenden Gesundheitsdaten dabei spielen. | von Mag. Dren Elezi, MA

Mit den nun fünf bundesweit organisierten Trägern, hat der Sozialversicherungsbereich eine neue Struktur geschaffen, der alle österreichischen Sozialversicherungsträger unter dem Dachverband der Sozialversicherungsträger vereint. „Mit der neuen Struktur wollen wir gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern im Sinne der Versicherten noch moderner werden. Durch vernetztes Arbeiten, die Nutzung innovativer Technologien und einer verstärkten Kooperation innerhalb der Sozialversicherungen können wir bestmögliche Lösungen erreichen und das Sozialversicherungssystem zukunftsfit gestalten“, betonte Martin Brunniger in seiner Keynote.

## Digitalisierung in der SV vorantreiben

Zu den Kernaufgaben des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger zählt — neben gesetzlich trägerübergreifenden Koordinierungsaufgaben — vor allem auch der Ausbau von digitalen Dienstleistungen für die Versicherten. „Durch die Digitalisierung können wir die Zielgenauigkeit bei Leistungen und eine noch bessere qualitative und evidenzbasierte Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherstellen“, erklärte Brunniger. Dabei evaluiert der Dachverband Technologien kontinuierlich, um die Qualität der Versicherungsleistungen unter leistbaren Bedingungen zu verbessern. Das Vorantreiben der Digitalisierung sei laut Brunniger ein wesentlicher Faktor für eine zielgenaue Patientenversorgung und hat für den Dachverband insbesondere in folgenden Bereichen eine wichtige Bedeutung: der Digitalisierung im Gesundheitsbereich, dem Ausbau telemedizinischer Angebote und Leistungen, der Verknüpfung und Nutzung von zur Verfügung stehenden Daten sowie der Verknüpfung und Verbesserung dieser Prozesse mithilfe Künstlicher Intelligenz.

## Kohärenz in einem komplexen Mengengefüge

Insbesondere die Standardisierung von Daten und das Verknüpfen unserer digitalen Plattformen ist laut Brunniger ein Schlüssel zu besserer Qualität, personalisierter Medizin und Erreichen unserer Gesundheitsziele: „Wir verfügen über einen enormen Datenschatz, den die Menschheit in dieser Form noch nie zur Verfügung hatte. Diesen gilt es im Sinne der Patientinnen und Patienten und Versicherten zu nutzen“, so Brunniger. Eine wesentliche Fragestellung sei daher, wie Daten im Gesundheitsbereich tatsächlich verarbeitet werden können und die Schnittstellen- und Komponentenhierarchien standardisiert werden können. „Es gibt etliche digitale Initiativen in Österreich, aber es benötigt eine gute Koordinierung und eine effektive Verknüpfung untereinander“, so Brunniger. Hier brauche es Konzepte, um eine Schaffung von Kohärenz in einem komplexen Mengengefüge zu ermöglichen.

## Digitale Entwicklungen in der SV

In seiner Keynote präsentierte Brunniger zudem eine Reihe von wichtigen Meilensteinen der Digitalisierung, die in den letzten Jahren und Monaten vom Dachverband der SV umgesetzt wurden: Die e-Card als persönlicher Schlüssel zum elektronischen Gesundheitswesen. Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung (eAUM). Das elektronische Pensionskonto als zentrale Führung der Versicherungsverläufe, mit dem die Pensionszeiten digitalisiert und elektronisch verfügbar sind. Die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) — eine nationale e-Health-Infrastruktur der Systempartner Bund, Länder und Sozialversicherung. „Wenn es um den elektronischen Datenaustausch zwischen den europäischen Sozialversicherungen geht, ist Österreich — mit dem IT-Programm EGDA — Vorreiter in der EU“, betonte Brunniger. Mit „MeineSV“ haben die Versicherten ein Service-Portal zur Verfügung, um zahlreiche Anliegen online zu erledigen.

## Meilensteine für die Zukunft

Trotz dieser wichtigen Meilensteine habe man sich, laut Brunniger, für die Zukunft aber viel vorgenommen, um zu einer effizienten Gesundheitsversorgung beizutragen. Ein großes Projekt ist das sogenannte e-Rezept, das in Zukunft das Papierrezept weitestgehend durch eine elektronische Lösung ablösen soll. Ein weiteres erfolgreiches Projekt ist der elektronische Impfpass — eine Initiative von SV, Bund und Ländern — der technisch von der SV zur Verfügung gestellt wird. Beim e-Impfpass werden Impfungen nicht mehr in einem Papier-Impfpass dokumentiert, sondern sicher in einem zentralen österreichischen Impfregister. „Beim e-Impfpass haben wir gesehen, wie die Coronakrise auch eine Chance und einen Digitalisierungsschub forcieren kann“ so der studierte Gesundheitsökonom. Zudem erhoffe man sich, dass der e-Impfpass zu einer höheren Durchimpfungsrate beiträgt bzw. durch die Verknüpfung mit dem nationalen Impfplan, personalisierte Impfpfehlungen ermöglicht. Eine der größten Chancen für Österreich auf Grund seiner relativen homogenen Struktur und bereits vorhanden Lösungen wäre die Schaffung eines Health Data Spaces für die SV. Man könne so wichtige Fragen der Medizin beantworten. Wenige Länder hätten diese Voraussetzungen.

## Videokonsultation nicht wegzudenkendes Instrument

„Beim Thema telemedizinische Versorgung befinden wir uns noch in der Entwicklungsphase. Die Telemedizin ist ein sehr weitgefächter Begriff und wird bei vielen Menschen oft nur mit der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in Verbindung gebracht“, erklärte Brunniger. „Mit dieser Gesundheitsberatung wird



## Durch die Digitalisierung können wir die Zielgenauigkeit bei Leistungen und eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherstellen.

Martin Brunniger

eine hervorragende Erstanlaufstelle ermöglicht.“ Ein anderer Bereich, mit dem sich der Dachverband in der Telemedizin auseinandersetzt, sind Videokonsultationen. Hier brauche es laut Brunniger klare gesetzliche Rahmenbedingungen. „Die Videokonsultation ist in der medizinischen Versorgung mittlerweile zu einem nicht wegzudenkenden Instrument geworden“, so Brunniger. Eine derzeitige Herausforderung sieht er allerdings darin, dass es für Videokonsultation in den Ländern viele unterschiedliche Geschäftsmodelle gibt. Hier stellen sich also Fragen der Datensicherheit und des Datenschutzes: „Für die Initiative des Dachverbands war es daher wichtig, dass die Plattform für die Videokonsultation von der SV entwickelt wird.“ Wichtig sei daher, dass Daten beim Dachverband bleiben und eine sichere Gewährleistung der Dienstleistung sichergestellt wird. Mit „Visit-E“ hat der Dachverband eine Lösung initiiert die gerade von der Gesundheitskasse für alle KV Träger pilotiert wird.“



## Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020

### KEYNOTES

- **2020: Mehr Effizienz bei der Erreichung von Versorgungszielen**  
DI Martin Brunniger, MEng, MSC | Dachverband der Sozialversicherungsträger
- **Frauenheilkunde 2030**  
Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein | MedUni 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 | MedUni 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 Schaffenerath, MBA, MPA | Mitglied des Verwaltungsrates der ÖGK
- Dr. Andreas Stippler | Ärztekammer Niederösterreich
- ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres | Ärztekammer Österreich



POLITIK

# Gesunde Zukunft | Folge 1

## Berufsbilder im neuen Design

Österreichs Pflegelandschaft braucht unbürokratische Lösungen, neue Blickwinkel — und mutige Querdenker.



Eine junge Frau machte mich neulich nachdenklich: Sie fragte sich, ob sie der geeignete Typ wäre für eine Ausbildung im medizinisch-pflegerischen Umfeld. Ob sie aufgenommen werden würde. Ob sie es schaffen könnte. Auf welche Fragen sie gefasst sein müsste bei einem Aufnahmegespräch und ob sie von ihrer Persönlichkeit her überhaupt schon so weit sei, so eng mit Menschen zusammenzuarbeiten.

Der Anforderungskatalog an zukünftige pflegende Kräfte ist jedenfalls umfangreich: Flexibel sollte man sein, stressresistent auch. Kommunikativ muss man sein und psychisch belastbar. Obendrein ist man im besten Falle auch noch ein Organisationstalent mit einem hohen Verantwortungsgefühl. Mit Nähe muss man gut umgehen können, mit Abgrenzung natürlich auch. Im Vergleich zu den Anforderungen an Berufe ganz anderer —

Branchen, ein Kriterienkatalog, der es in sich hat. Unser Gesundheitssystem steht seit über einem Jahr vor immensen Herausforderungen. Pflegende Kräfte auf den Intensivstationen gehen an und über ihre Grenzen, das medizinische Personal arbeitet auf Hochtouren, oft bis zur Erschöpfung. Viele leisten derzeit Übermenschliches und sind dabei selbst nur Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen, mit ihren Kräften und Schwachstellen, mit ihrer Belastbarkeit und ihrer Überlastung.



LR Dr. Juliane Bogner-Strauß, Landesrätin für Bildung, Gesellschaft, Gesundheit und Pflege

Schon vor der Pandemie war uns klar, dass wir die Arbeitsbedingungen von Menschen im pflegerischen und medizinischen Berufsfeld verbessern müssen, wenn wir diese nachhaltig gesund (und glücklich) in ihrem Beruf halten wollen. Während der Pandemie haben wir festgestellt, dass wir mit Sofortmaßnahmen die Notbremse ziehen müssen. Heute muss es

# Welldone

## Renaissance der Pressekonferenzen



Durch die Coronapandemie sind Unternehmen mehr denn je gefordert relevant und interessant zu bleiben. Umso überraschender durchlebt derzeit ein klassisches Tool der Public Relations ein Revival — die Pressekonferenz.

Redaktionen werden täglich mit Unternehmensmeldungen aller Art geflutet. Die omnipräsente Coronapandemie erschwert es Unternehmen, den Dialog mit den Medien zu finden bzw. ein Magazin, einen Rundfunk- oder Fernsehsender dazu zu bringen, über die für das Unternehmen relevanten Themen, Produktneuheiten oder neue Technologieentwicklung zu berichten. Hinzu kommt, dass viele Medienunternehmen ihre Redaktionen ausgedünnt und kaum noch Zeit haben, Pressemeldungen zu lesen bzw. als Recherchegrundlage zu nutzen. In solch einem kompetitiven Umfeld — und insbesondere angesichts der Coronapandemie — benötigt es neue Tools, um bewährte Formate mit den faszinierenden Möglichkeiten der Digitalisierung zu verzahnen und neue Horizonte zu erschließen.

## Emotionen erwecken

Der Anspruch, Emotionen durch digitale Nähe zu erzeugen, wird Unternehmen auch im Jahr 2021 weiter antreiben, solange persönliche Kontakte nicht oder nur

sehr eingeschränkt möglich sind. Die Anforderungen, Themen und Anlässe zu finden oder zu kreieren und diese erfolgreich in ein Medien-Event umzuwandeln, sind gestiegen. Das emotionale Erlebnis und die Erfahrung mit allen Sinnen sind entscheidende Faktoren, weshalb es mehr denn je wichtig geworden ist, Gefühle und Emotionen zu vermitteln. Sie sind es, die bei emotionalen und komplexen Themen und Produkten über den Gesamteindruck entscheiden.

## Public Relations goes digital

PR-Expertinnen und -Experten arbeiten kontinuierlich an innovativen Formaten der digitalen Live-Kommunikation. Umso überraschender durchlebt derzeit in der Public Relations ein klassisches Tool ein Revival — die Pressekonferenz. Befeuert durch die Coronapandemie hat sich die klassische „PK“ gewandelt und ist plötzlich wieder das Mittel der PR um Journalistinnen und Journalisten für relevante Themen zu gewinnen. Dem endgültigen Durchbruch haben verschiedene Anbieter von Online-Konferenz-Tools verholfen, die ihre Produkte

uns gelingen, neue Rahmenbedingungen und attraktivere Berufsbilder für eine gesunde Zukunft zu gestalten.

Junge Menschen, die sich heute für eine medizinische oder pflegerische Ausbildung entscheiden, verdienen die besten Berufsaussichten — und mehr Anerkennung. Wenn ich schon in jungen Jahren mit körperlich und emotional zu belastender Arbeit konfrontiert bin oder mich mit einem Bandscheibenvorfall nicht mehr rühren kann, dann sind das keine verlockenden Aussichten. Wir müssen das Thema Krankheit und Pflege wieder in die Mitte unserer Gesellschaft holen und sie aufwerten. Es liegt an uns, die erforderlichen Settings zu entwerfen, die Menschen in Gesundheitsberufen verdient haben.

Auch pflegende Angehörige brauchen mehr denn je unsere Unterstützung. Mit der Pflege-Hotline des Landes Steiermark, die kostenlos unter 0800 500 176 erreichbar ist, wollen wir unbürokratisch und schnell helfen. Diese Anlaufstelle fokussiert sich gezielt auf die Herausforderungen der Angehörigen und Pflegebedürftigen: Gerade durch die Coronapandemie kommt es bei vielen Familien zu akuten Engpässen. Wir lassen die Menschen in dieser Zeit mit ihren Sorgen um eine gesicherte Pflege nicht allein. Sollten pflegende Kräfte ausfallen, wird bei der Organisation von Ersatzkräften und Ersatzleistungen bestmögliche Unterstützung angeboten.

Doch zurück zu der jungen Frau und den Gedanken, die ich ihr mitgeben möchte: Schieb den Anforderungskatalog ruhig mal zur Seite. Denk dir die Welt neu und trau dich. Du darfst Fehler machen und auch mal überfordert sein. Du darfst deiner Intuition trauen und dich weiterentwickeln.

Du wirst es großartig machen, viele Herzen bereichern und Menschen begleiten, die es lieben werden, dich an ihrer Seite zu spüren. P MAG. DREN ELEZI, MA

rasant weiterentwickelt und optimiert haben, wodurch es mittlerweile gängige Praxis geworden ist, Pressekonferenzen online abzuhalten.

## Kostengünstiges, zeitlich und örtlich unabhängiges Format

Die Vorteile liegen auf der Hand: Mit einer virtuellen Pressekonferenz werden erhebliche Ressourcen gespart, vor allem in Hinblick auf Ausgaben für Anreise, Unterkunft und Verpflegung. Eine schnelle, zeitlich und örtlich unabhängige und damit flexible und vergleichsweise kostengünstige Alternative, um größtmögliche Wirkung zu erzielen. Weltweit können Journalistinnen und Journalisten die Online-Pressekonferenz vom PC, Tablet oder Smartphone mitverfolgen. Dadurch können Journalistinnen und Journalisten trotz der immer stärkeren Einsparungen in den Verlagen wieder an solchen Formaten teilnehmen. Die Grundvoraussetzungen sind ähnlich wie jene eines klassischen Events vor Live-Publikum: Die Inhalte müssen zielgruppengerecht konzipiert werden. Virtuelle Pressekonferenzen sind live wie auch on demand verfügbar und für Unternehmen als nachhaltiger Weg der Vermarktung auf Website und Social-Media-Kanälen unschlagbar.

## Inhalte zielgruppengerecht konzipieren

Digitale Kommunikation kann den physischen Eindruck zwar nicht gänzlich ersetzen, aber Nähe vermitteln. Unternehmen sollten also gerade jetzt auf den Zug aufspringen, denn das Ziel lautet: Noch mehr Medien zu erreichen. Wichtig ist, dass das Thema für Journalistinnen und Journalisten von großer Relevanz ist, um sie für die Idee oder das Produkt zu begeistern. PR-Professionals sind sich dessen bewusst und können Ihnen dabei helfen, Themen und Anlässe zu kreieren und dann erfolgreich für ein Medien-Event einzusetzen. P MAG. DREN ELEZI, MA



# Spinale Muskelatrophie verstehen

**SPINALE MUSKELATROPHIE (SMA)** ist eine seltene, schwerwiegende Erkrankung, die sich durch fortschreitende Muskelschwäche und Lähmung aller Muskelfunktionen äußert. Unbehandelt führt die schwerste Form der SMA in mehr als 90 Prozent aller Fälle innerhalb der ersten zwei Lebensjahre zur Notwendigkeit einer ständigen Beatmung oder zum Tod.

**D**r. Elisabeth Kukovetz, Country Manager Austria von Novartis Gene Therapies, erklärt: „In Österreich werden pro Jahr etwa acht bis zehn Kinder mit SMA geboren. In der EU sind in etwa 600 Säuglinge pro Jahr von dieser genetischen Erkrankung betroffen. Weltweit gesehen erkrankt etwa eines von 11.000 Neugeborenen.“

**In Österreich werden pro Jahr etwa acht bis zehn Kinder mit SMA geboren.**

Elisabeth Kukovetz

## Defekt in einem einzigen Gen

SMA wird durch einen Defekt in einem einzigen Gen verursacht. „Kranken Kindern fehlt das Survival-Motor-Neuron-1-Gen, kurz SMN1-Gen, das die Basis für jegliche Muskelbewegungen darstellt. Der Defekt führt dazu, dass das für das Überleben der motorischen Nervenzellen erforderliche SMN-Protein nicht oder nicht in ausreichender Menge produziert wird. Es kommt zu einem schnellen und irreversiblen Verlust dieser Nervenzellen, der Motoneuronen. Das betrifft alle Muskelfunktionen, einschließlich Atmung, Schlucken und grundlegender Bewegungen“, so Kukovetz. SMA kann dabei jede Ethnie und jedes Geschlecht treffen. Die Krankheit kann vererbt werden, wenn beide Eltern Träger eines fehlerhaften SMN1-Gens sind. „In diesem Fall besteht für ihr Baby ein Risiko von 25 Prozent, an SMA zu erkranken“, sagt Kukovetz. Meist sind die Eltern selbst nicht krank und wissen nicht, dass sie ein defektes SMN1-Gen in sich tragen.

## 60 Prozent erkranken an schwerster Form

„Bei der spinalen Muskelatrophie unterscheiden wir je nach Schweregrad der Erkrankung zwischen drei verschiedenen Typen. Leider ist die schwerste Form der Erkrankung, SMA Typ 1, mit rund 60 Prozent auch die häufigste. Etwa 30 Prozent entfallen auf SMA Typ 2 und rund zehn Prozent auf SMA Typ 3“, so Dr. Hardo Fischer, Regional Medical Director (EMS South) von Novartis Gene Therapies. Die verschiedenen Verlaufsformen hängen primär mit der Kopienanzahl des SMN2-Gens zusammen. Dieses „Reserve“-Gen kann ebenfalls SMN-Protein, das für das Überleben der motorischen Nervenzellen erforderlich ist, produzieren — allerdings nur etwa zehn Prozent im Vergleich zu SMN1.

Patientinnen und Patienten mit SMA Typ 1 verfügen typischerweise über ein bis zwei Kopien von SMN2. „Bei den betroffenen Kindern beginnt der Verlust der motorischen Nervenzellen leider bereits kurz vor der Geburt und nimmt rasch zu. Unbehandelt sind diese Kinder niemals in der Lage, normale Meilensteine der Entwicklung wie etwa selbstständiges Sitzen zu erreichen. Die Babys leiden an Schwierigkeiten beim Atmen und Schlucken und haben eine schlechte Kontrolle des Kopfes. Ohne Behandlung erleben die Kinder in der Regel ihren zweiten Geburtstag nicht“, sagt Fischer.

Erkrankte mit SMA Typ 2 verfügen typischerweise über zwei bis drei Kopien von SMN2. In der Regel setzen die Symptome im Alter von sechs bis 18 Monaten ein und führen zu einer zunehmenden körperlichen Behinderung. „Betroffene werden niemals ohne Unterstützung laufen und sind oft auf

Elisabeth Kukovetz, Country Manager Austria von Novartis Gene Therapies und Hardo Fischer, Regional Medical Director EMS South von Novartis Gene Therapies, im Gespräch mit dem Magazin PERISKOP.

einen Rollstuhl angewiesen. Wenn selbstständiges Sitzen in der frühen Kindheit möglich ist, geht diese Fähigkeit bis zur Pubertät oft wieder verloren. Häufig kommt es zu Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme und Atmung“, so Fischer. Mehr als 30 Prozent der Patientinnen und Patienten versterben unbehandelt im jungen Erwachsenenalter vor dem 25. Lebensjahr.

**Leider ist die schwerste Form der Erkrankung, SMA Typ 1, mit rund 60 Prozent auch die häufigste.**

Hardo Fischer

## Am seltensten: SMA Typ 3

SMA Typ 3 ist mit typischerweise drei bis vier Kopien von SMN2 die seltenste Verlaufsform. Bei den rund zehn Prozent der an dieser Form erkrankten SMA-Patientinnen und -Patienten treten die Symptome in der Regel zwischen früher Kindheit und dem frühen Erwachsenenalter auf. Die Beine sind stärker betroffen als die Arme. Patientinnen und Patienten haben Schwierigkeiten zu gehen, zu rennen oder Treppen zu steigen. Mit der Zeit kann die Fähigkeit zu stehen oder ohne Hilfe zu gehen verloren werden. In Europa sind derzeit drei Therapien gegen SMA zugelassen. „Auch wenn vor Therapiebeginn verloren gegangene Motoneurone von keiner Therapie wieder hergestellt werden können, haben sich mit den modernen Behandlungsmethoden die Prognosen für alle Formen der SMA entscheidend verbessert. Wichtig dabei ist ein möglichst früher Behandlungsbeginn“, betont Fischer. **P**



© BELEBAS | ENTWERTLICHEINSCHALTUNG | AT-UNB-21-0010

© KATHARINA SCHIFFEL

## Coronaschutzimpfung

# Erfolgsgeschichte mit Verbesserungspotenzial

Österreichs Impfstrategie steht im Fokus gesellschaftlicher und medialer Aufmerksamkeit. PERISKOP hat bei **ANDREAS HUSS, MBA**, Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse, nachgefragt, wie er Österreichs Masterpläne beurteilt und was er sich für die Zukunft der Bevölkerung wünscht. | von Mag. Ferenc Papp und Mag. Julia Wolkerstorfer

**Z**wischen Optimierungspotenzialen und wissenschaftlichen Meilensteinen — ein neuer Impfstoff erobert die Welt und bringt zahlreiche Herausforderungen mit sich.

## PERISKOP: Wie bewerten Sie aktuell Österreichs Infrastruktur in puncto Coronaschutzimpfung?

**HUSS:** Österreichs bestehende Infrastrukturen und Potenziale hätten wesentlich effizienter genutzt werden können, als das bisher der Fall war. Die österreichische Gesundheitskasse verfügt beispielsweise als größter Krankenversicherungsträger über insgesamt 160 Außenstellen. Wir agieren österreichweit an 270 Standorten, die für Impfstraßen sehr gut genutzt werden könnten. Die Coronaschutzimpfung ist im Grunde ein „Klassiker“ für eine zentrale Aufstellung bzw. Organisation: Zentral geplant und mit Hilfe unserer Außenstellen sowie mit Unterstützung der Bundesländer könnten wir hier effizientere Ergebnisse erzielen. In Österreich ist man leider einen anderen Weg gegangen: Der Impfstoff wurde zwar zentral eingekauft, aber die Abwicklung der Impfung wurde zu 100 Prozent an die Bundesländer übertragen. Damit haben wir insgesamt neun unterschiedliche Impfstrategien. Meiner Meinung nach ist dieser Weg für die Bevölkerung nicht vertrauensfördernd, weil der Prozess bundesländerspezifisch zu große Unterschiede ergibt.

## Welche gesellschaftlichen Herausforderungen zeigen sich jetzt durch diese unterschiedlichen Strategien?

Der beschrittene Weg — also der zentrale Einkauf gefolgt von der bundesländerspezifischer Abwicklung — ist grundsätzlich machbar, allerdings nur dann, wenn es die Umstände erlauben. Hier spielen zwei Faktoren eine we-

sentliche Rolle. Einerseits der zeitliche Faktor: Wir können erst dann wieder zu einer gewissen Normalität zurückkehren, wenn wir möglichst rasch, möglichst viele Menschen impfen. Viele warten zudem verunsichert auf diese Schutzimpfung und sind enttäuscht ob der Verzögerungen. Auf der anderen Seite steht das Thema Gerechtigkeit: Wer bekommt die Impfung zuerst? Natürlich haben hier das Gesundheitspersonal bzw. Personen in der kritischen Infrastruktur und vulnerable Gruppen den Vorzug. Doch wir haben gesehen, dass es Bundesländer gibt, denen in diesem Zusammenhang die Bürgermeister wichtig waren. Solche Diskussionen hätten durch klare, zentrale Botschaften verhindert werden können. Im Bundesland Wien finde ich es beispielsweise positiv, dass auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Phase 1 geimpft werden sollen. Diesen Ansatz, der nicht in jedem Bundesland so umgesetzt wurde, halte ich für sehr wichtig. Gerade die Coronaimpfung ist ein Thema, das ohne zentrale Aufstellung nicht effizient realisiert werden kann. Eine derartige zentrale Steuerung endet nicht beim Einkauf der Impfstoffe und ihrer Verteilung: Damit wir österreichweit einen guten Schutz aufbauen können, brauchen wir dringend einheitliche Strukturen.

## Wie erleben Sie das Thema auf europäischer Ebene?

Die EU hat sich korrekterweise dazu entschieden, die Coronaimpfstoffe gemeinsam für 500 Mio. Menschen, die in der EU leben, einzukaufen. Es wurden Impfstoffe bei unterschiedlichen Herstellern geordert und das zu einem Zeitpunkt, an dem man noch nicht gewusst hat, welche Anbieter letztendlich über die Ziellinie gehen werden. Das war im Sommer 2020 in der Form noch nicht absehbar. Die EU hat daher richtigerweise auf ein Portfolio gesetzt.



**Damit wir österreichweit einen guten Schutz aufbauen können, brauchen wir dringend einheitliche Strukturen.**

Andreas Huss



Israel hatte das Glück, als Erster auf jenen Anbieter gesetzt zu haben, der auch als Erster über die Ziellinie kam. Das war ein Glücksgriff, denn sie hätten genauso auf den falschen Impfstoff setzen können. Die EU hat nicht auf einen Impfstoff gesetzt, sondern ein Portfolio eingekauft, das nun entsprechend abgearbeitet werden muss.

Anfangs hat man auf AstraZeneca gesetzt, weil der Impfstoff am günstigsten war. Ich sehe das allerdings als ein falsches Kriterium. Denn ob ein Impfstoff für Österreich 50 oder 100 Mio. Euro mehr oder weniger kostet, spielt überhaupt keine Rolle, wenn man bedenkt, was ein Lockdown kostet. Fakt ist jedoch, dass hier im letzten Sommer eben noch keine klaren Karten am Tisch lagen. Das war unverschuldet.

## Dennoch ist die Forderung nach einer schnelleren Abwicklung aktuell sehr laut ...

Natürlich würde ich mir auch wünschen, dass die Impfstoffe schneller kommen — wir müssen die Situation dennoch aus einer realistischen Perspektive betrachten. Was es auf jeden Fall braucht, ist Gerechtigkeit: Jene, die an Corona am ehesten sterben können, müssen priorisiert werden, gefolgt von Personen in der kritischen Infrastruktur und der breiten Bevölkerung.

Was auf keinen Fall passieren darf, ist, dass Impfpullen geöffnet werden, aber nicht aufgebraucht werden können und in Folge entsorgt werden müssen. Grundsätzlich dürfen wir eines auch nicht vergessen: Als die Krise begonnen hat, haben wir, was den Impfstoff betrifft, von 2022/2023 gesprochen. Da verzeichnen wir mit dem gebatben Tempo einen sehr großen Erfolg.

## Die Pharmawirtschaft ist vielen Menschen nach wie vor ein gewisser Dorn im Auge ...

Hier sehe ich das Problem, dass Pharmakonzerne in ihrer Kommunikation sehr unterschiedlich arbeiten. Es braucht transparente Kommunikationsarbeit, die das Vertrauen der Menschen fördert. Wenn Verhandlungen unter Geheimhaltung geführt werden, fördert das nicht das Vertrauen in einzelne Pharmakonzerne, die ohnehin manchmal in Verruf stehen, sich nur auf Kosten der Menschen die Taschen zu füllen. Ich weiß persönlich, dass das nicht der Fall ist. Im Medikamentenbereich finden tolle Entwicklungen statt: Gerade im Bereich der Gen-Therapeutika bekommen wir viele neue Medikamente, die es ermöglichen, genetisch bedingte Krankheiten zu therapieren und auch zu heilen. Das passiert also sehr viel Gutes. Auch die Coronaimpfung ist in Wirklichkeit eine Erfolgsgeschichte der Pharmaindustrie. Das darf durch negativen Kommunikationsstrategien nicht ins Umgekehrte gedreht werden.

## Was wünschen Sie sich für die PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021?

Für mich ist PRAEVENIRE eine wunderbare Möglichkeit, eine breite Menge an Stakeholdern aus dem Gesundheitsbereich zu vereinen. Ich empfinde diese Plattform als sehr fruchtbar und nehme immer wieder wichtige Ideen aus den Veranstaltungen mit. Was ich mir wünschen würde, ist, dass der Bereich der psychischen Erkrankungen stärker aufgegriffen wird, da wir gerade jetzt sehen, dass die Menschen durch die Coronakrise enorm belastet sind. Durch die Lockdowns und die soziale Isolation haben sich Krankheiten aufgetan, die wir bei PRAEVENIRE Veranstaltungen berücksichtigen sollten. Heute gilt es, den Menschen Zeit zu geben, sich wieder aufzurichten, ihnen Möglichkeiten zu bieten, miteinander zu reden. Kommunikation kann hier ein wahres Heilmittel sein. **P**

Diabetes

# Künstliches Zytokin als Therapiehoffnung

In seiner Keynote bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten gab **PROF. DR. CHRISTOPH GARBERS** von der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg Einblicke in die Forschung über Therapieoptionen zur Behandlung von Diabetes mellitus. | von Rainald Edel, MBA

Seit 1998 ist die Anzahl der Diabetes-Erkrankten um 40 Prozent gestiegen. In Österreich schätzt man, dass sie bis 2030 auf über 800.000 ansteigen wird. Diabetes mellitus Typ 2 ist eine Erkrankung des Zuckerstoffwechsels: Körperzellen reagieren weniger auf das Hormon Insulin (Insulinresistenz) und die Bauchspeicheldrüse schüttet weniger Insulin aus, als sie es normalerweise tun würde. In der Folge steigt bei den Patientinnen und Patienten der Blutzuckerspiegel. Die Erkrankung geht mit einer schleichenden Entwicklung und unspezifischen Symptomen einher, beispielsweise gesteigerter Durst, erhöhte Urinausscheidung, Müdigkeit, Schwächegefühl. „Die Diagnose ist häufig dem Zufall geschuldet. Wichtig wäre aber eine möglichst frühe Diagnose, weil man dann frühzeitig mit der Behandlung beginnen kann“, appellierte Prof. Dr. Christoph Garbers vom Institut für Pathologie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. So ließen sich auch die Schäden durch Diabetes reduzieren. Dazu zählen beispielsweise Nervenschäden und Veränderungen an den großen Blutgefäßen, die im Endeffekt zu einem Herzinfarkt oder Schlaganfall führen können. Aber auch Änderungen an eher kleinen Blutgefäßen, die dann die Funktion beispielsweise

von Auge oder Niere beeinträchtigen. Nach mathematischen Berechnungen aus dem Jahr 2019 wird es in Deutschland bis 2040 im

## Da die Zahl der an Diabetes mellitus Typ 2 Erkrankten weiter steigen wird, braucht es bessere und zielgerichtete Medikamente.

Christoph Garbers

besten Fall einen Anstieg von 21 Prozent der Erkrankten gegenüber 2015 geben, im schlechtesten Szenario beträgt der Anstieg sogar 77 Prozent. „Daher braucht es mehr, bessere und zielgerichtete Medikamente, um all diese Menschen behandeln zu können“, schilderte Garbers.

### Künstliches Protein entwickelt

Als Mitglied einer internationalen Forschergruppe ist Garbers an der Entwicklung eines neuen Wirkstoffs gegen Diabetes Typ 2 beteiligt. „Meine Forschungsarbeit beschäftigt sich mit Zytokinen. Diese schwimmen im Blut und übernehmen bestimmte Aufgaben. Immer wenn sie verstärkt im Körper gebildet werden, begünstigen sie verschiedene Erkrankungen“, so Garbers. Das bekannteste Zytokin ist Interleukin 6 (IL-6) — eine wichtige therapeutische Zielstruktur. „Der neue Wirkstoff basiert auf einem künstlichen Protein. Dieses wurde aus den beiden im Körper natürlicherweise vorkommenden Proteinen IL-6 und CNTF (Ciliary Neurotrophic Factor) zusammengesetzt und vereint deren positive Eigenschaften“, schilderte Garbers. Die appetitzügelnde Funktion von CNTF war schon lange bekannt, allerdings wurde es vom Immunsystem der Behandelten immer schnell inaktiviert und konnte somit nicht langfristig in der Therapie eingesetzt werden. Durch die Kombination mit IL-6, das nicht inaktiviert wird, konnte nun ein Wirkstoff entwickelt werden, der sich auch langfristig für die Therapie eignen könnte. Das neue Protein konstruierten die Forscherinnen und Forscher am Computer. Dabei testeten sie aus, welche Eigenschaften sich wo befinden, um zu wissen, welche Teilstücke benötigt werden. „Wir haben so ein Protein, IC-7 genannt, hergestellt, das an ganz bestimmte Rezeptoren im Körper bindet, an die normalerweise kein natürliches Zytokin bindet“, erklärte Garbers.

### Wirksamkeit im Tierversuch bestätigt

Die Wirkung des neuartigen Wirkstoffs wurde an so genannten „DIO-Mäusen“ getestet. Diese Tiere entwickeln fütterungsbedingt Übergewicht, einen erhöhten Blutzuckerspiegel sowie eine verminderte Glukosetoleranz. „Genau jene Faktoren, die auch für Diabetes-Typ-2-Patientinnen und -Patienten typisch sind“, so Garbers. Nach der Verabreichung von IC-7 haben die Mäuse der Wirkstoffgruppe deutlich mehr Körpergewicht verloren als die Kontrolltiere. „Die Tiere in der Wirkstoffgruppe haben im achttägigen Versuchszeitraum rund 25 bis



### BioBox

Prof. Dr. rer. nat. Christoph Garbers studierte Pharmazie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Nach dem Abschluss des Studiums als Diplom-Pharmazeut und dem Erlangen der Approbation 2008 promovierte er 2011 am Biochemischen Institut in Kiel. Nach einem zweijährigen Postdoc-Aufenthalt am Institut für Biochemie und Molekularbiologie II der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf kehrte er 2013 als Arbeitsgruppenleiter ans Biochemische Institut der Universität Kiel zurück. Im Jahr 2016 folgte die Habilitation für das Fach Biochemie. Seit 2018 ist er Professor für Experimentelle Pathologie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.



30 Prozent Körperfett verloren. Aber Muskel- und Knochenmasse bleiben in beiden Gruppen gleich“, schilderte Garbers. Weiters konnte gezeigt werden, dass der Blutzuckerspiegel bei den behandelten Mäusen deutlich geringer ist. Ebenso konnte die durch das Futter entwickelte Fettleber durch die Gabe von IC-7 wieder rückgebildet werden. „Wir konnten feststellen, dass die Mäuse unter IC-7-Gabe deutlich mehr Insulin freisetzen und das C-Peptid deutlich erhöht ist. Das heißt, dass das, was bei Typ-2-Diabetikern und -Diabetikern nicht gut funktioniert, die Insulinfreisetzung und Glukosetoleranz, bei den Mäusen der Wirkstoffgruppe deutlich erhöht wird“, erklärte Garbers. Über einen längeren Zeitraum angewendet zeigte sich, dass sich die Knochenmasse der Mäuse erhöhte.

### Nächster Schritt: klinische Studien

„Unser Protein kann all das, was man sich von einem Diabetes-Wirkstoff wünscht“, freute sich Garbers, der seit 2018 Professor für Experimentelle Pathologie an der Magdeburger Universität ist. Es sinkt die Fettmasse, weil IC-7 sowohl auf das Gehirn als auch das braune Fettgewebe und die Leber wirkt und dafür sorgt, dass mehr Energie verbraucht wird. Gleichzeitig bleibt aber die Muskelmasse erhalten — ein Problem bei vielen Diäten. „Der Insulinspiegel steigt an — d.h. die Glykämie sinkt und wir konnten zeigen, dass die Knochendichte ansteigt bzw. im Alter erhalten bleibt — ebenfalls ein Problem bei den älteren Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetikern. Da er einen anderen Ansatz verfolgt als alle bisherigen Wirkstoffe, könnte er einmal Patientinnen und Patienten helfen, bei denen diese nicht anschlagen“, fasste Garbers die wichtigsten Ergebnisse zusammen. Als nächster Schritt soll die Wirkung in klinischen Studien geprüft werden. P

© PETER PROVAZNIK

# Gefäßalter — ein attraktives Screeningtool

Nach der „Global Burden of Disease“-Studie 2010 ist Bluthochdruck weltweit der größte Risikofaktor, frühzeitig zu sterben oder mit einer Behinderung zu leben. In seiner Keynote bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten erläuterte **PRIV.-DOZ. DR. THOMAS WEBER** die Bedeutung der Blutdruckkontrolle und welche massentauglichen Screeningmöglichkeiten es gibt, um Erkrankungen möglichst frühzeitig zu erkennen. | von Rainald Edel, MBA

Eine aktuelle Studie aus Graz zeigt, dass während des ersten Lockdowns die Krankenhausaufnahmen wegen schwerer Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Herzinfarkten etc. zurückgegangen sind. Jene Personen, die dennoch ein Krankenhaus aufsuchten, sind früher und schneller verstorben. Die Mortalitätsrate ist somit gestiegen. „In der laufenden Coronapandemie sollten wir daher nicht auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungen vergessen. Eine Interpretation dieser Studienergebnisse ist, dass sich die Leute nicht trauten, ins Krankenhaus zu gehen, und vielleicht auch zu lange zu Hause gewartet haben. Diesen Effekt haben wir auch in unserem Krankenhaus in Wels gesehen“, erklärte Priv.-Doz. Dr. Thomas Weber, Abteilung für Innere Medizin II, Kardiologie, Intensivmedizin, am Klinikum Wels-Grieskirchen, in seiner Keynote bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weltweit die Todesursache Nummer eins. Der größte

Risikofaktor, frühzeitig zu sterben oder mit einer Behinderung zu leben, ist nach der „Global Burden of Disease“-Studie 2010 ein hoher Blutdruck. „Wenn man weiß, dass der Blutdruck so wichtig ist, haben wir dann in Österreich alles unter Kontrolle? Mitnichten!“, konstatierte Weber. In den letzten Jahren wurden in Österreich drei große Studien zum Thema Blutdruck gemacht, zwei davon mit Hilfe der Apothekerinnen und Apotheker. Im internationalen Vergleich ist das Ergebnis für den Kardiologen erschreckend. „Beispielsweise liegen in Kanada 75 Prozent der Hochdruckpatientinnen und -patienten, wenn sie medikamentös behandelt werden, im Zielbereich. Zum Vergleich sind in Niederösterreich 59 Prozent nicht im Zielbereich, in Oberösterreich sind es 56 Prozent“, so Weber. Die Studie aus der Steiermark ergab, dass in der Altersgruppe zwischen 60 und 70 Jahren mehr als die Hälfte der Bevölkerung einen hohen Blutdruck hat. „Es gibt verschiedene Gründe, aber wir haben das Problem über-

### BioBox

Priv.-Doz. Dr. Thomas Weber ist Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin. Er ist stellvertretender Abteilungsleiter der II. Internen Abteilung am Klinikum Wels-Grieskirchen. PD Dr. Thomas Weber ist Past-Präsident der Österreichischen Hochdruckliga, Vizepräsident der ARTERY Society und Mitglied des Scientific Council der European Society of Hypertension.



Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020

### KEYNOTES

- **Personalisierte Medizin: Nehmen Sie es nicht persönlich**  
Dr. Thomas Cypionka | 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



haupt nicht unter Kontrolle. Wir sollten dringend Maßnahmen setzen“, appellierte Weber.

### Messung der Gefäßsteifigkeit

Der hohe Blutdruck ist primär eine Erkrankung der Arterien. Der Zusammenhang ist lange bekannt. Der englische Arzt, Thomas Sydenham, auch „Englischer Hippokrates“ genannt, prägte Mitte des 17. Jahrhunderts den Satz: „A man is as old as his arteries.“ Diese Idee hat in den letzten Jahren an Popularität gewonnen. „Mit fortschreitendem Alter wird die Aorta steifer und die durchgepumpten Blutmengen erhöhen in der Folge den Blutdruck“, erläuterte Weber. Die entscheidende Maßgröße ist demnach nicht das Lebensalter, sondern das „Alter“ der Arterien. Bestimmen lässt sich dies mit der Messung der Pulswellengeschwindigkeit. Messbar ist die Druckwelle durch die Schlagader. Dabei wird an zwei Punkten die Druckkurve aufgezeichnet und die Zeitdifferenz zwischen den beiden Punkten gemessen. „Gemeinsam mit dem Austrian Institute of Technology (AIT) haben wir ein Gerät und eine Methode zur Messung entwickelt, mit denen wir die Gefäßsteifigkeit, sprich das Gefäßalter, quantifizieren können“, so Weber. Dies soll helfen, frühzeitig eine geeignete Therapie zu ergreifen.

Alternativ zur Gefäßalterbestimmung gibt es die Möglichkeit, zu schauen, ob die Risikofaktoren schon zu Schäden geführt haben. Typischerweise wird nach Atherosklerose gesucht — das sind die Plaques, die die Arterien verstopfen. Es gibt noch ein anderes Krankheitsbild, die Arteriosklerose — die Gefäßsteifigkeit. „Mit dem Herzschlag wird die Aorta gedehnt. Durch diesen millionenfachen Vorgang wird das Elastin in der Gefäßwand spröde und durch steifes Kollagen ersetzt. Die Folgen können z. B. Vorhofflimmern und auch Demenz sein“, schilderte Weber. Bevor ein hoher Blutdruck auftritt, kann man schon eine steife Aorta feststellen. Das macht Prognosen möglich. Eine Rolle spielen der Lebensstil, Verkalkungen, Inflammation und die Herzfrequenz.

### Gefäßaltermessung in Oberösterreich

Gemeinsam mit 45 Apotheken in Oberösterreich ließen sich binnen knapp eines Jahres rund 10.000 Landesbewohnerinnen und -bewohner das Gefäßalter bestimmen. Der Testablauf wurde so optimiert, dass er einfach und praktisch in den Apotheken durchgeführt werden kann. „Mit der Messung des Gefäßalters kann rasch und einfach abgeklärt werden, ob ein Risiko für Bluthochdruck besteht“, erklärte Weber. Dank einer Erfindung aus Österreich, einer Kooperation der kardiologischen Abteilung des Klinikums Wels-Grieskirchen und des AIT Wien (Austrian Institute of Technology, ehemals Seibersdorf), kann man das Gefäßalter sehr einfach mit einer normalen Blutdruckmanschette messen. Das Ergebnis wurde in Form einer Ampel ausgegeben. Grün: Das Gefäßalter entspricht dem Alter. Gelb: Das Gefäßalter ist im Grenzbereich. Rot: Das Gefäßalter liegt über dem realen Alter. „Ein wichtiger Punkt ist: Das interessiert die Leute. Dazu kommt, dass die Methode einfach und das Ergebnis leicht verständlich ist“, fasste Weber die Vorteile zusammen. „Das Gefäßalter ist ein attraktives Screeningtool. Um herauszufinden, ob es auch ein Therapieziel ist, wäre die Folgestudie nötig“, gab Weber am Schluss seines Vortrags einen Ausblick, welche nächsten Schritte aus seiner Sicht dringend geboten wären. P



Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2020

### KEYNOTES

- **Personalisierte Medizin: Nehmen Sie es nicht persönlich**  
Dr. Thomas Cypionka | 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

# Gesundheitsberufe für die Zukunft gestalten

PHDR. ANDREA GRUBER, MSC, MBA von der Donau Universität Krems sprach in ihrer Keynote bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen darüber, wie Weiterbildung für Gesundheitsberufe in Zukunft gestaltet werden soll, welche Herausforderungen zu erwarten sind und wie Lösungen aussehen könnten. | von Mag. Dren Elezi, MA

Die Menge an medizinischem Wissen verdoppelt sich alle fünf Jahre. Bis 2022 wird eine Verdoppelung pro Quartal erwartet. Vor diesem Hintergrund ist es daher unabdingbar, die Rahmenbedingungen in der Ausbildung entsprechend zu adaptieren, um vom Wissensfortschritt zu profitieren. „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen sollen durch eine wissenschaftsbasierte Weiterbildung zur richtigen Zeit am richtigen Ort ihr Wissen einsetzen können

**Weiterbildung sollte die Lücke zwischen den Bereichen Ausbildung, Berufserfahrung und Qualifikationsprofil schließen.**

Andrea Gruber

und damit ein modernes, leistungsfähiges Gesundheitssystem für die österreichische Bevölkerung mitgestalten, das Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt“, forderte PhDr. Andrea Gruber, MSc, MBA, Zentrumsleiterin am Department für Wirtschaft und Gesundheit, Donau Universität Krems. Der Bildungsauftrag für Weiterbildung solle nicht nur darauf abzielen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen zu befähigen in einem modernen und leistungsfähigen Gesundheitssystem für die österreichische Bevölkerung zu arbeiten, sondern sie „empowern“, es erfolgreich mitzugestalten.

## Herausforderungen mit Weiterbildung begegnen

„Weiterbildung sollte die Lücke zwischen den Bereichen Ausbildung, Berufserfahrung und Qualifikationsprofil schließen — mit dem Ziel der persönlichen Bildung einer beruflichen Zusatzqualifikation, ob mit oder ohne universitären Abschluss“, so Gruber. Ebenso sei es unerlässlich, dass im Management verantwortliche Personen im Rahmen von berufsbegleitenden Weiterbildungsprogrammen mit Kenntnissen und Techniken des Personalmanagements vertraut gemacht werden. „Die sich verändernden Bedingungen im Gesundheitswesen und Vorstellungen der auf den Arbeitsmarkt drängenden Generationen wird für Führungskräfte eine große Herausforderung“, meinte Gruber. Künftig gehe es um ein Führen mit Zielen, statt mit Kontrollmaßnahmen. Das erwartet auch die nächste Generation. Angesichts eines bevorstehenden Generationswechsels sei es laut der Expertin auch für jedes Gesundheitsunternehmen unerlässlich, in die Weiterbildung seiner Führungskräfte auf allen Ebenen zu investieren. Hinzu kommt, dass die verstärkte Ökonomisierung im Gesundheitswesen die Führungskräfte in eine neue, verantwortungsvolle und konfliktgeladene Position bringt. Sie müssen zum Wohl der Patientinnen und Patienten entscheiden und gleichzeitig ökonomisch vertretbar agieren. „Aus diesem Grund sollten



auch alle angehenden Führungskräfte im Gesundheitswesen die Grundzüge des betrieblichen Rechnungswesens und des Controllings verstehen“, empfahl Gruber.

## Ineffizienz — ein Zeichen von misslungener Kommunikation

„Ineffizienz in Teams und Arbeitsgruppen ist primär ein Problem nicht-gelungener Kommunikation, die eine schlechte Kooperation zur Folge hat“, betonte Gruber, die davon ausgeht, dass eine gelungene Kommunikation eine entscheidende Ressource für den nachhaltigen Erfolg eines Teams sei, vor allem wenn man mit einem anstehenden Change-Prozess im Gesundheitswesen oder einer mangelnden Motivation — aufgrund physischer und psychischer Belastungen — konfrontiert ist. Dem Thema Kommunikation müsse daher ein zentraler Stellenwert bei Weiterbildungsmaßnahmen im Gesundheitswesen gegeben werden, schlug die Expertin vor.

## Wertewandel und Trendentwicklungen

Um in Zukunft eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation mit anderen Berufsgruppen zu gewährleisten, sei laut Gruber neben der Kommunikation vor allem auch die interdisziplinäre Zusammensetzung der Studierendengruppen ein wesentlicher Punkt. „Weiterbil-

dungseinrichtungen werden derzeit von einem sehr starken Wertewandel und von Trendentwicklungen tangiert. Bei Gesundheitsberufen muss bereits in der Ausbildung gelernt werden, über den eigenen Tellerrand hinauszuschauen und die Sprache anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu verstehen, um erfolgreich zusammenarbeiten zu können und voneinander zu lernen“, analysierte die Zentrumsleiterin am Department für Wirtschaft und Gesundheit an der Donau Universität Krems.

## Digitalisierung und Online-Lehre

Das betreffe nicht nur die Bereiche Wissen und Bildung sowie die Formen der Lehre und des Lernens und die Angebotsformen und Angebotsinhalte. Als Beispiel nannte Gruber die in den letzten Jahren viel diskutierte Form des sogenannten „Blended Learnings“ — eine Lernform, bei der die Vorteile von Präsenzveranstaltungen und e-Learning kombiniert werden und zwischen Präsenzeinheiten und Online-Lehre gewechselt wird. „Vor allem jetzt während der Coronapandemie, wo sich die Online-Lehre sehr stark durchsetzt, haben wir gesehen, dass diese Technologien große Fortschritte machen.“ Gleichzeitig wies sie darauf hin, dass die Präsenzlehre dadurch auf keinen Fall ersetzt werden könne. Für die Vermittlung von Fakten sei diese Art des Lernens zwar geeignet — wenn es aber um handlungsbasiertes Lernen und Arbeiten geht, stöße sie rasch an ihre Grenzen. „Primär erscheint es mir daher wichtig Aufklärungsarbeit zu leisten und das Verständnis für digitale Lösungen in der Versorgung zu schaffen. Es benötigt Weiterbildungen, die die im Gesundheitswesen tätige Personen befähigen Gesundheitskompetenz zu vermitteln und im Sinne der integrierten Versorgung Patientinnen und Patienten im Rahmen der digitalen Transformation als eine Art Prozessmanager zu begleiten“, so Gruber abschließend. P



## 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 Höltl | Erste Group Bank AG, Health Center
- Dr. Erwin Rebrandl | AM Plus und OBGAM
- Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp | Kammer für Arbeiter und Angestellte NÖ
- Dr. Andreas Stippler | Ärztekammer NÖ



© PETER PROVAZNIK

# Erfolge der Onkologie

Innovative Behandlungsmethoden und neue Medikamente der letzten Jahre lassen die Krebssterblichkeit in Österreich dramatisch sinken. Wie mit den Herausforderungen der Zukunft, beispielsweise der demografischen Entwicklung oder steigenden Diagnose- und Therapiekosten umzugehen ist, schilderte UNIV.-PROF. DR. MICHAEL GNANT in seinem Vortrag „Onkologie 2030“ bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. | von Rainald Edler, MBA

Die Krebsversorgung verändert sich derzeit besonders rasch und schlägt sich positiv in den Überlebensraten nieder. Doch daraus entstehen neue Herausforderungen. „Wir müssen den großen wissenschaftlichen und technologischen Fortschritt auch an die Patientinnen und Patienten heranbringen. Allein seit dem Jahr 2011 sind über 150 neue Medikamente und innovative Behandlungsmethoden dazugekommen. Diese gilt es vor dem Routineeinsatz entsprechend zu testen und wissenschaftlich aufzuarbeiten“, sagte Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant. Als weitere Herausforderungen sieht er die demografische Entwicklung, die sowohl die Krebsinzidenz als auch die Behandlungskosten steigen lassen. „2017 waren 1,64 Mio. Menschen in Österreich über 65 Jahre alt. 2030 wird diese Gruppe 2,1 Mio. groß sein. Das ist eine Steigerung von 31 Prozent in 13 Jahren oder jährlich ein Zuwachs von 2,4 Prozent. Da viele Krebserkrankungen erst im Alter, beginnend mit 65 Jahren, auftreten, können wir bei den Krebsfällen von einer Steigerung von zwei Prozent ausgehen. „Kurz gesagt, in zehn Jahren wird knapp die Hälfte aller Menschen über 65 Jahre eine Krebserkrankung haben“, so Gnant.

## Innovation rettet Leben

„Bei den Diskussionen und Arbeitssitzungen zur Erstellung des PRAEVENIRE Weißbuchs — Zukunft der Gesundheitsversorgung — trat klar zutage, dass wir schon viele wichtige Elemente zur Krebsprävention und -behandlung haben, wie Zielsteuerungsmechanismen, einen Österreichischen Strukturplan Gesundheit etc. Peinlich finde ich, dass es in Österreich, als einziges Land in Europa, keinen nationalen Krebsplan gibt“, sagte Gnant. Onkologie ist innovativ — ein Drittel aller Innovationen im Medikamentensektor entfallen auf diesen Bereich. Das bedeutet auch steigende Kosten für das Gesundheitssystem. „Allerdings sehen diese auf den ersten Blick schlimmer aus, als sie tatsächlich sind. Denn wenn man nicht nur Kosten singular betrachtet, sondern ihnen auch die Leistung gegenüberstellt, sieht man, dass in der Onkologie bei mehr Innovation auch mehr Überleben herauskommt“, beruhigt Gnant. Diese positive Korrelation gäbe es nicht in allen Zweigen der Medizin.

## Forschung als treibende Kraft

„Am Anfang jedes Erfolges steht die Innovation — daher ist es ein Gebot der Stunde, in die Forschung zu investieren“, appellierte Gnant, der hier einen massiven Nachholbedarf in Österreich sieht. Während in den USA 18 Prozent der öffentlichen Ausgaben in die Forschung fließen, sind es in Österreich gerade mal 0,2 Prozent. Zudem braucht es, so Gnant, auch einen klaren Ausbildungsduktus für Spitzenforschung. Was er darunter versteht, verdeutlichte er am Karriereweg der Mikrobiologin und Nobelpreisträgerin Emmanuelle Charpentier, die Anfang der 2000er Jahre am Max F. Perutz Laboratorien der Universität Wien und MedUni Wien forschte



**In der Onkologie bedeutet mehr Innovation auch mehr Überleben. Diese positive Korrelation gibt es nicht in allen Zweigen der Medizin.**

Michael Gnant



und mangels Perspektiven in Wien an die Universität Umeå in Schweden wechselte, bevor sie als Direktorin der Abteilung Regulation in der Infektionsbiologie ans Max-Planck-Institut für Infektionsbiologie in Berlin berufen wurde. „Wir müssen auch erlauben, dass quergedacht wird. Wir brauchen auch mehr ‚Out-of-the-Box-Ideen‘ — das ist zwar primär Aufgabe der Universitäten, aber auch außeruniversitäre Forschungseinrichtungen sind hier gefragt“, appellierte Gnant. Änderungsbedarf sieht er auch im wissenschaftlichen Prozess: „Wir müssen das Wissen-Schaffen entrümpeln. Wir müssen deregulieren, wo dies nur möglich ist. Wir dürfen Sicherheitsstandards nicht kompromittieren, aber wir brauchen vernünftige Nutzen-Risiko-Abwägungen.“ Jetzt, in der Coronapandemie seien diese Regularien plötzlich — aus seiner Sicht in manchen Fällen sogar in problematischer Weise — zurückgedrängt worden. „Manchmal brauchen wir Jahre, um eine bürokratische Hürde zu überwinden“, so Gnant. Das sei nicht nur im öffentlichen Bereich so, sondern zum Teil auch ein Mechanismus in der Industrie selber, die ihre Schlagkraft durch den überproportionalen Einsatz von Governance Officers, Legal und Compliance Councils schwächen, um sicher zu gehen, dass sie alle Regularien erfüllen. „Da braucht es klare und berechenbare Vorgaben für die Industrie“, appellierte Gnant.

## Sinnvolle Strukturierung der Versorgung

„Diagnostik und Therapie muss zu den Patientinnen und Patienten. Dabei sollte immer die Frage gestellt werden: Wo ist der ‚Best-Point-of-Service‘? Die Onkologie in Österreich ist oftmals noch viel zu ‚stationär‘ — das entspricht auch der in Österreich besonders verbreiteten anachronistischen Erwartungshaltung der Patientin-

nen und Patienten: nur im Krankenhaus ist's gut... Viele Maßnahmen der interdisziplinären Onkologie werden in anderen Ländern grundsätzlich ambulant bzw. im niedergelassenen Bereich durchgeführt — hier haben wir echten Aufholbedarf. So wird die Onkologie ‚patienten-näher‘, und letztlich auch kosteneffizienter. Es ist natürlich wichtig, dass die Exzellenz z. B. in der Behandlungsplanung am Zentrum gesichert wird (dieser Teil ist nicht dezentralisierbar), aber dass Patientinnen und Patienten dann wegen eines Blutbildes durch ein halbes Bundesland fahren müssen, dafür gibt es keine nachvollziehbare Begründung“, sagte Gnant und sprach sich für definierte Schnittstellen in den niedergelassenen Bereichen aus, um die Alltagsversorgung von Patientinnen und Patienten zu optimieren.

## Digitalisierung nutzen

„Wir sind in der Therapie theoretisch schon viel weiter, als wir dieses Wissen im Behandlungsalltag nutzen“, erklärte Gnant. Als Beispiel nennt er die Roboter-Chirurgie, die im Moment noch komplett menschengesteuert abläuft. Technisch wäre es aber kein Problem, zumindest einfache Routine-Abläufe, wie das Zuziehen einer Operationsnarbe durch ein Artificial Intelligence (AI) gesteuertes Robotersystem autonom durchzuführen. „Weil die AI kann das sicher mindestens genauso gut, wie ein übermüdeter Krebschirurg nach einem zwölfstündigen Einsatz“, so Gnant. Ebenso für überholt hält Gnant die Diskussion von Ärzte- und Apothekerkammer, wer der bessere ‚Gatekeeper‘ bzw. ‚First-Point-of-Contact‘ wäre. „Dabei übersehen beide, dass dies in Zukunft zu einem guten Teil digitalisiert stattfinden wird und z. B. Apps diese Funktion übernehmen werden“, so Gnant. P



## 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 Schaffner, MBA, MBA, MPA | Mitglied des Verwaltungsrates der ÖGK
- Dr. Andreas Stippler | Ärztekammer Niederösterreich
- ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres | Ärztekammer Österreich

Gefäßmedizin

# Therapieort und Methodenwahl als Überlebensfaktoren

Die Gefäßmedizin wird künftig einen noch breiteren Stellenwert in der Gesundheitsversorgung einnehmen. Welche Behandlungsoptionen und welche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Gefäßchirurgie notwendig sind, berichtete **AO. UNIV.-PROF. DR. CHRISTOPH NEUMAYER** von der MedUni Wien in seinem Vortrag bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. | von Rainald Edel, MBA

Mit zunehmendem Alter steigt, sowohl bei Männern als auch bei Frauen, der Anteil der kardiovaskulären Erkrankungen. Bis Ende des Jahrhunderts wird sich in Österreich der Anteil der über 65-Jährigen, bei einer gleichzeitigen Bevölkerungssteigerung auf zehn Millionen, von 19 auf rund 30 Prozent vergrößern. „Rund 38 Prozent der Todesursachen sind auf kardiovaskuläre Erkrankungen zurückzuführen, gefolgt von rund 24 Prozent bedingt durch Malignome. Ein zweiter Grund warum diese kardiovaskulären Erkrankungen im Steigen begriffen sind, liegt darin, dass die Prävalenz des Typ-2-Diabetes weltweit nahezu explosionsartig ansteigt“, erklärte ao. Univ.-Prof. Dr. Christoph Neumayer von der MedUni Wien in seinem Vortrag über die Zukunft der Gefäßmedizin bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten.

## Endovaskuläre versus offen-chirurgische Versorgung

Mehr als 300.000 Patientinnen und Patienten in Österreich leiden an einer peripheren Verschlusskrankung, mit den entsprechenden Beschwerden wie Schaufensterkrankheit, Ruheschmerz und dem Raucherbein. Zurückzuführen sind diese Symptome hauptsächlich auf Verengungen im Oberschenkelbereich, gefolgt von Beckenbereich und Unterschenkel. Neumayer präsentierte in seinem Vortrag exklusive Zahlen über die Behandlungsmethoden bei Beinarterienverschlüssen in Österreich. „Die Versorgung hat sich in den letzten Jahren auf 4.500 offen-chirurgische zu 11.000 endovaskulären Eingriffen eingependelt“, schilderte der Gefäßmediziner. Moderne, endovaskuläre Methoden ermöglichen heute bereits Restenose-Raten von weniger als 45 Prozent nach Dehnung und weniger als 35 Prozent nach Stent-Setzung — vorausgesetzt die TASC-

Vorgaben werden eingehalten. Diese sehen vor, dass Kurzstrecken bis acht Zentimeter endovaskulär und längere Verengungen offen chirurgisch behandelt werden. Einzig bei geriatrischen Patientinnen und Patienten werden längerstreckige Stenosen ebenfalls endovaskulär versorgt. Neumayer präsentierte zu diesem Thema eine Studie des AKH Wien aus dem Jahr 2017, die zeigt, dass in der dezentralen Versorgung in den letzten 20 Jahren durch eine verbesserte Diagnose, Abklärung und medikamentöse Therapie eine große Zunahme der Überlebensrate erreicht werden konnte. Sie zeigt aber auch, dass die Überlebensrate binnen fünf Jahren in der dezentralen Versorgung bei 66 Prozent liegt, während sie an Gefäßzentren bei über 90 Prozent liegt. Bei Eingriffen an der Halsschlagader zeigt sich, dass bei Patientinnen und Patienten mit Schlaganfällen die Behandlung mit einer Dehnung und einem Stent eine dreimal so hohe Schlaganfallrate nach sich zieht. „Daher ist dies nach wie vor eine Domäne der offenen Gefäßchirurgie“, schilderte Neumayer. Davon zu unterscheiden seien elektive Eingriffe bei denen es bei unter 68-Jährigen annähernd gleich gute Ergebnisse für beide Therapiemodalitäten gäbe. An der Aorta sind durch den Einsatz von Stentgrafts die offen-chirurgischen Eingriffe in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Durch einen Stentgraft wird die Schlagader von innen geschient und so vor der Ruptur geschützt. In letzter Zeit ist ein Anstieg von komplexen Interventionen mit Stentgrafts zu verzeichnen, die die Nieren-Arterien oder die Eingeweideschlagadern betreffen. Die Stentgrafts für diese Einsatzzwecke müssen maßgefertigt werden, was sich auch in den Kosten niederschlägt. Behandlungen mit Stentgrafts erscheint Neumayer zukunftsträchtig, da die Komplikationsrate und Mortalitätsrate einen Vorteil gegenüber der offenen Chirurgie zeigt.

## Gründe für Zentralisierung

Anhand des Beispiels des abdominalen Aorten-Aneurysmas schilderte Neumayer die Gründe, die seiner Meinung nach für eine Versorgung in spezialisierten Zentren sprechen. „Durch verbesserte Vorsorge sinken sowohl Inzidenz als auch Prävalenz des abdominalen Aorten-Aneurysmas. Dieser Erkrankung liegt eine Vielzahl von Pathologien und Behandlungsmodalitäten zugrunde“, schilderte Neumayer. Bei Betroffenen besteht durch die Ausbuchtung der Bauschlagader die Gefahr einer Ruptur. Die Gründe für so eine Ausbuchtung können Infekt bedingt sein, auf Basis rheumatischer Erkrankungen auftreten oder in seltenen Fällen genetisch bedingt sein. „All diese Modalitäten können sowohl endovaskulär als auch offen chirurgisch behandelt werden. Es gilt hier die richtige Entscheidung zu treffen“, erklärte Neumayer. Seit gut zehn Jahren sei bekannt, dass das Outcome, die



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

30-Tages-Mortalität, in Korrelation zur Fallzahl an der jeweiligen Institution sowie zur Erfahrung der behandelnden Chirurgin oder des Chirurgen steht. Deshalb hat die European Society for Vascular Surgery empfohlen, dass derartige Eingriffe nur an Zentren durchgeführt werden sollten, an denen an allen Tagen der Woche rund um die Uhr sowohl eine endovaskuläre als auch eine offen-chirurgische Expertise gegeben ist und das Mindestvolumen 30 Patientinnen und Patienten pro Jahr ist — und dies sowohl für die endovaskuläre als auch für die offen-chirurgische Behandlung. „Studien zeigen, dass Allgemein- und Gefäßchirurginnen und -chirurgen mit gefäßchirurgischer Ausbildung, jedoch mit Schwerpunkt Allgemeinchirurgie, bei der Behandlung eines abdominalen Aorten-Aneurysmas im Schnitt eine 50-prozentige 30-Tage-Mortalität haben. Hingegen liegt diese bei Gefäßchirurginnen und -chirurgen mit 33 Prozent deutlich darunter“, so Neumayer. Neumayer sprach sich für eine dreistufige Versorgung gefäßmedizinischer Fälle aus. Eingriffe bei abdominalen Aorten-Aneurysmen, an Halsschlagadern oder komplexe periphere Behandlungen sieht er klar im Aufgabengebiet tertiärer Zentren. Ebenso komplexe Eingriffe wie septische Chirurgie, interdisziplinäre und onkologische Chirurgie und Eingriffe an Visceralatrien, da diese immer komplexer werdende Komplikationsmanagements samt neuer innovativer Technik erfordern. Mit Einschränkungen sollten diese Eingriffe auch auf der zweiten Versorgungsstufe, in den peripheren Zentren, angeboten werden. Die wohnortnahe Basisversorgung sollte in enger Kooperation mit den beiden anderen Institutionen stehen, um insbesondere für den entsprechenden Nachwuchs in der Ausbildung zu sorgen. P

© PETER PROVAZNIK



## COVID-19-Therapien

# Fakten richtig kommunizieren

Meldungen über COVID-19-Therapien und -Impfungen beherrschen derzeit die Medienlandschaft. **DR. ELISABETH LACKNER, CEO DER GBA PHARMA GROUP**, trat bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten für eine seriöse und faktenbasierte Informationspolitik der Bevölkerung ein. Sie zeigte in ihrer Keynote, welche Risiken und Herausforderungen es bis zur Zulassung einer Therapie oder eines Impfstoffes zu bewältigen gilt. | von Damir Bilali und Rainald Edel, MBA

Durch die Coronapandemie ist die Pharmabranche ins Zentrum des öffentlichen Interesses gerückt und sorgt fast täglich für Schlagzeilen. „Zu COVID-19 gibt es derzeit weltweit 810 Projekte zu Therapien und Impfstoffen. 420 sind in klinischen Studien. Es gibt rund 300 Impfstoffprojekte, 40 davon am Menschen, neun davon sind in der letzten klinischen Phase vor einer möglichen Zulassung“, schilderte Dr. Elisabeth Lackner im Oktober 2020 bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. Durch die Dynamik der Pandemie gibt es ein großes öffentliches Interesse an den Fortschritten in der Entwicklung von Therapien und Impfstoffen gegen SARS-CoV-19. Allerdings verwenden Politikerinnen und Politiker sowie die Medien viele Begriffe aus der Pharmaindustrie, ohne sie für die Bevölkerung näher zu erklären. Somit entstehen, laut der Expertin, Unsicherheiten in der Bevölkerung, wenn beispielsweise berichtet wird, dass die Entwicklung eines Impfstoffes wegen ungeklärter Vorkommnisse vorläufig eingestellt wurde — obwohl dies ein übliches Verfahren in der Entwicklung von Arzneimitteln oder Impfstoffen ist.

„Gerade in einer Pandemie ist es daher besonders wichtig, richtig zu kommunizieren, die Bevölkerung seriös vorzubereiten, aber auch verständlich zu erklären, wie die Impfstoff- und Arzneimittelentwicklung funktioniert und wo die Pharmabranche momentan steht“, appellierte Lackner.

## Mehrstufiges Entwicklungsverfahren

Um zu verdeutlichen, wie aufwändig und risikoreich die Entwicklung eines Arzneimittels oder eines Impfstoffes für ein Pharmaunternehmen ist, skizzierte Lackner in ihrer Keynote die wichtigsten Stationen im Entwicklungsprozess. Mit welchen Herausforderungen die pharmazeutische Forschung konfrontiert ist, verdeutlichte sie anhand von drei Zahlen: Nur eine von 10.000 Substanzen ist erfolgreich und erreicht die Marktreife. Vor rund 20 Jahren lag das Verhältnis vergleichsweise besser, da konnte man noch mit eins zu 5.000 rechnen. Im Schnitt dauert die Entwicklung eines neuen Wirkstoffes zehn bis 15 Jahre und verursacht Kosten von rund zwei Milliarden Euro. „Warum die klinischen Forschungsprojekte so lange dauern und so kostenintensiv sind, erklärt sich aus den hohen ethischen Standards, die zur Anwendung

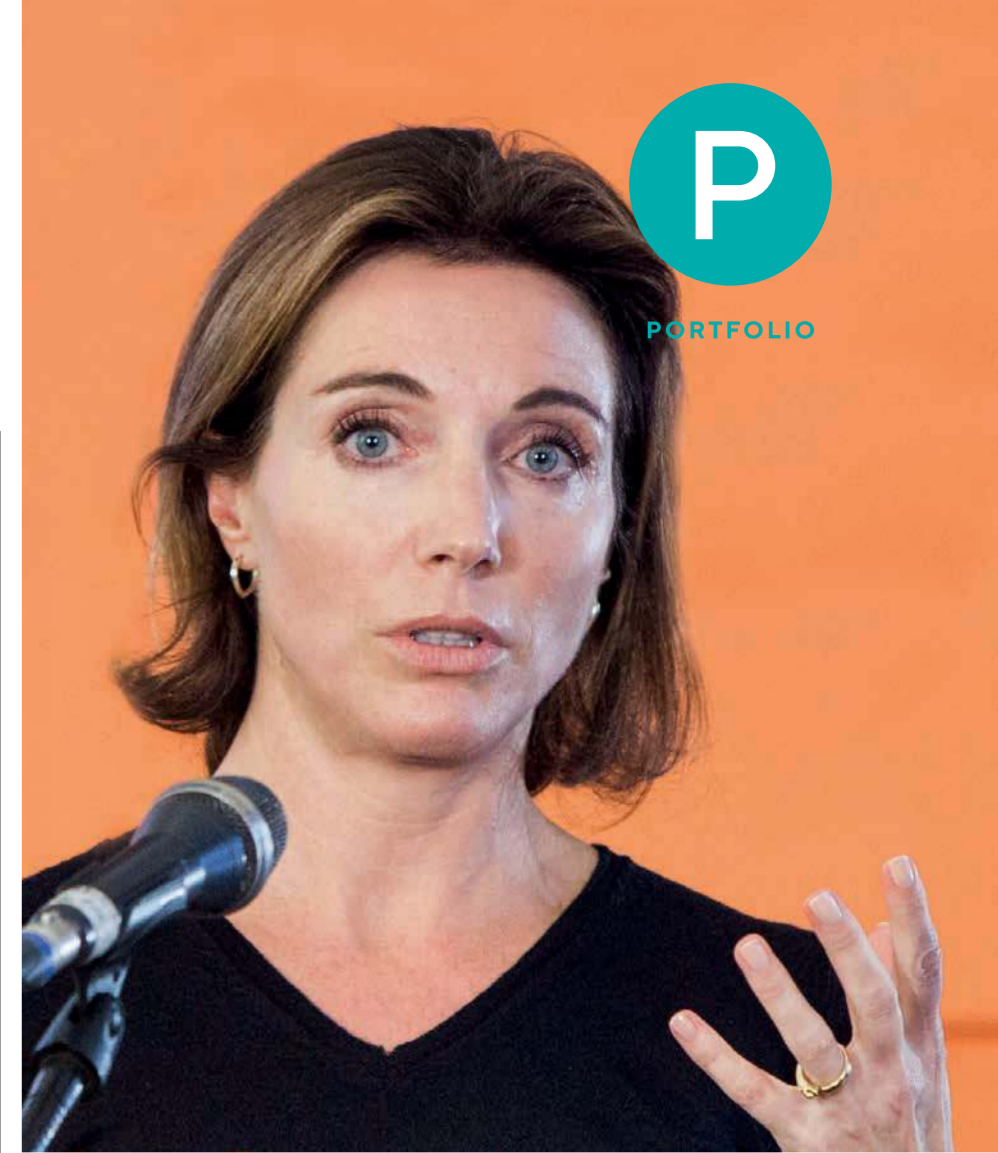
© PETER PROVAZNIK

kommen, und den zahlreichen Prozessstufen, die es zu durchlaufen gilt“, schilderte Lackner. Grundsätzlich laufe der Prozess von der Entwicklung bis zur Zulassung für Arzneimittel und Impfstoffe gleich ab, schilderte Lackner. Der größte Unterschied läge im Bereich der Nebenwirkungen. Während man bei Arzneimitteln gewisse Nebenwirkungen in Kauf nehmen könne — da der Therapienvorteil die Nebenwirkungen überwiege — dürfe es bei Impfstoffen keine Nebenwirkungen geben, da sie gesunden Menschen verabreicht werden, betonte Lackner.

In der präklinischen Phase wird zuerst ein Wirkstoff an Tieren, meist Nagetiere, wie Mäuse oder Ratten, getestet, um den Wirkmechanismus in einem lebendigen Organismus studieren zu können. „Im Gegensatz zur Kosmetikindustrie sind Tierversuche in der pharmazeutischen Forschung unverzichtbar“, schilderte Lackner. Hat sich ein Wirkstoff in dieser präklinischen Phase bewährt und erscheint ausreichend sicher, erfolgen die klinischen Studien an Menschen. In der Phase eins wird der Wirkmechanismus erstmals an gesunden Probanden getestet. Die Phase zwei dient der genauen Dosisfindung, zudem wird hier potenziellen Kontraindikationen nachgegangen. Sollte sich der Wirkstoffkandidat bis dahin bewährt haben, wird er in einer größer angelegte Studie der Phase drei breitflächig an bis zu 10.000 Personen randomisiert doppelblind getestet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in dieser Phase sollten hinsichtlich Alter, Begleiterkrankungen etc. möglichst das gesamte Spektrum des künftigen Einsatzbereiches abdecken, um genügend Aussagekraft über Wirkung und Nebenwirkungen zu erzielen.

Die abschließende Prüfung der Studienergebnisse und die Zulassung findet in Europa üblicherweise durch die EMA statt, in den USA durch deren Pendant, die FDA. Nationale Zulassungen sind hingegen nicht mehr gebräuchlich. Das wichtigste Argument, um eine Zulassung zu bekommen ist, dass die neue Therapie wirksamer ist, als die bisherige Standardtherapie.

Nach erteilter Zulassung findet die sogenannte Phase vier statt, in der die Langzeitbeobachtung eines pharmazeutischen Produktes erfolgt. Auch in dieser Phase könne es noch zu



Gerade in einer Pandemie ist es besonders wichtig, die Bevölkerung seriös vorzubereiten, verständlich zu erklären und richtig zu kommunizieren.

Elisabeth Lackner

einem Vertriebsstopp kommen, da sich manche Nebenwirkungen erst in der breitflächigen Anwendung in der Bevölkerung zeigen.

## Weltweite Versorgung eine Herausforderung

Ist ein Impfstoff fertig gestellt, steht der Hersteller vor einer weiteren Herausforderung, dem sogenannten „Scaling up“ — der massenhaften Herstellung. Während sich die mRNA-Impfstoffe relativ einfach in großer Menge herstellen lassen, benötigt man für klassische Impfstoffe auf riesige Mengen Hühnerier. Gerade für die weltweite Versorgung mit solchen Impfstoffen eine logistische und zeitliche Schwierigkeit. „Hier ist im Moment die Unterstützung der Unternehmen durch die Staaten gefragt, denn ohne diese wäre es wirtschaftlich nicht möglich die entsprechende Produktionskapazität so früh und rasch auf die Beine zu stellen“, erklärte Lackner. Das österreichisch-französische Unternehmen Valneva hat beispielsweise von Großbritannien 1,3 Mrd. Euro für den Produktionsaufbau erhalten. Ein weiterer Punkt den es zu beachten gilt, ist die Supply Chain. Gerade die mRNA-Impfstoffe brauchen eine Kühlkette bei minus 80 Grad.

Warum die Entwicklung von Therapieansätzen und vor allem Impfstoffen — im Vergleich zu anderen Impfungen, beispielsweise Influenza, Masern oder Polio — so schnell gegangen ist, begründet Lackner zum einen mit den Erfahrungen mit zu SARS-CoV-19 ähnlichen Krankheiten wie SARS und MERS und zum anderen mit dem breitflächigen Know-how-Transfer zwischen Forschungszentren und Pharmaunternehmen, der ein großer Beschleunigungsfaktor gewesen ist.

Kritisch sah Lackner die starke Fokussierung der Politik auf das Thema Impfung zur Bekämpfung der Pandemie. „Das Hauptziel muss immer sein, Symptome zu mildern. Daher sollten wir auch die anderen Angriffspunkte zur Bekämpfung der Pandemie nicht außer Acht lassen. Sowohl Antiviral-Therapien, als auch Immunmodulatoren und Antikörper können erkrankten Personen wirkungsvoll helfen und sind wichtige therapeutische Maßnahmen“, so Lackner. Speziell die Antikörper stellen aus ihrer Sicht eine praxistaugliche Alternative zu Impfstoffen dar. Auch ist nicht davon auszugehen, dass es mit einer Impfwelle getan sein wird. P





# Chancen statt Risiken in den Fokus setzen

PROF. DI DR. REINHARD RIEDL, Leiter des transdisziplinären Zentrums Digital Society der Berner Fachhochschule, geht im Gespräch mit dem Schweizer Digital-Health-Experten DR. PATRICK DÜMMLER, Clustermanager bei Health Tech Cluster Switzerland (HTCS), den Fragen nach, welche Vorteile das Lernen von Good-Practice-Beispielen im Gesundheitswesen hat, wie gesetzliche Hindernisse hier die Entwicklung von Innovationen hemmen und warum man stets die Chancen statt den Risiken im Fokus behalten sollte. | von Mag. Dren Elezi, MA

**D**urch die Coronapandemie wurden die Gesundheitssysteme auf den Prüfstand gestellt, weshalb Zukunftskonzepte immer mehr gefragt sind. In Österreich findet im PRAEVENIRE Weißbuch-Prozess ein intensiver Austausch zwischen Stakeholdern und Expertinnen und Experten statt. Ein ähnlicher Prozess wäre auch in der Schweiz wünschenswert.

**RIEDL: 2019 waren Sie Vortragender bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. Welchen Eindruck haben Sie dabei gewonnen?**

**DÜMMLER:** Die österreichischen Expertinnen und Experten haben bereits eine eigene Community gebildet, die sich oft austauscht. Das ist in der Schweiz erst in Ansätzen vorhanden. Durch die internationalen Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde deutlich, wie viel die unterschiedlichen Gesundheitssysteme in Europa voneinander lernen können.

**Good-Practice-Beispiele dienen als Inspirationsquelle und fördern positive Entwicklungen. Warum ist dieser Ansatz in vielen Ländern nicht sehr verbreitet?**

Diese Art des Erfahrungsaustauschs ist zwar in vielen Ländern üblich, allerdings nicht im Gesundheitsbereich. Dieser wird oft als rein natio-

nale Angelegenheit betrachtet und daher wird zu wenig beobachtet, was in anderen Ländern gut oder weniger gut funktioniert. Ein grenzüberschreitender Austausch von Good-Practice-Beispielen wäre im Gesundheitswesen in vielen europäischen Staaten jedoch dringend nötig.

**Bei der Erstellung des PRAEVENIRE Weißbuchs 2030 „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ ist immer wieder das Argument gefallen, dass sich durch die vielen nationalen Besonderheiten Methoden und Praktiken aus anderen Ländern nicht auf das eigene Gesundheitssystem transferieren lassen. Wie häufig trifft man im Schweizer Gesundheitswesen auf dieses Argument?**

In der Schweiz wird dieses Argument noch stärker strapaziert, weil die Gesundheitspolitik in den Verantwortungsbereich der Kantone fällt und wir streng genommen 26 verschiedene Gesundheitssysteme haben. Grundsätzlich müsste das kein Nachteil sein, da man so viel voneinander lernen könnte. Die Frage ist allerdings, was schlussendlich tatsächlich umgesetzt wird. Generell ist das Gesundheitswesen in Europa – nicht nur in der Schweiz – sehr politisiert und wird durch Gesetze und Regulierungen in seiner Handlungsfähigkeit beschränkt. Das führt naturgemäß zu Hürden in der Umsetzung von Learnings aus anderen Ländern und Kantonen.

**Ein grenzüberschreitender Austausch von Good-Practice-Beispielen wäre im Gesundheitswesen in vielen europäischen Staaten jedoch dringend nötig.**

Patrick Dümmler

**Der Weiterentwicklung der digitalen Transformation stehen oft gesetzliche Hürden entgegen. Was sollte man dagegen tun?**

Die Überregulierung und die damit verbundenen Rechtsfolgen verhindern mutige Schritte in der digitalen Entwicklung. Gesetze haben grundsätzlich gute Absichten und sollen Risiken möglichst ausschließen. Wir müssen uns allerdings die Frage stellen, welche Gesetze Sinn machen und nutzenstiftend sind. Aus meiner Sicht gibt es bestimmte Bereiche, wo wir diese Punkte überschritten haben. Statt uns auf die Risiken zu fokussieren, müssen die Bürgerinnen und Bürger lernen, risikotoleranter zu werden.

**Was nehmen Sie aus dem Weißbuch an interessanten Perspektiven mit und welche Perspektiven wären auch für die Schweiz relevant?**

Für mich war die Hauptaussage, dass die unterschiedlichen Stakeholder an einem Strang ziehen. Diese Art des Austausches müssen wir weiter anstreben und forcieren. Es gibt in der Schweiz bereits Foren, wo ebenfalls ein Austausch stattfindet, jedoch nicht so umfassend wie es in Österreich mit der Erstellung des Weißbuches geschehen ist.

**Wenn wir an die konkreten Empfehlungen denken, die im Weißbuch stehen, was sind Themen, die auch in der Schweiz hochaktuell wären?**

Ein Thema, das derzeit in vielen europäischen Ländern intensiv diskutiert wird, ist die Versorgungssicherheit bei medizinischen Produkten. Angesichts der Coronapandemie wurde diskutiert, wie man entsprechende Impfstoffe, aber auch entsprechende Schutzausrüstungen wie beispielsweise Masken, im eigenen Land herstellen kann. In der Schweiz ist das ein großes Thema, da dem Schweizer Bundesrat von Unternehmen das Angebot gemacht wurde, in die Impfstoffproduktion einzusteigen. Innerhalb kürzester Zeit hätte man so Millionen Dosen produzieren können. Doch darauf wurde nicht eingegangen. Generell stellt sich die Frage, wo man die Trennlinie zieht zwischen dem, was ein Staat produziert, und wo der Staat auf die Privatwirtschaft vertraut und einkauft. Meiner Meinung nach sollten Lösungen vermehrt im europäischen Kontext angestrebt werden: was in Europa produziert und was vorrätig gehalten werden soll, um die Bevölkerung im Bedarfsfall rasch versorgen zu können. Nationale Perspektiven sind hier der falsche Ansatz.

**Heftig diskutiert wird die Nutzung personenbezogener Daten im Gesundheitswesen. Warum ist hier ein Konsens so schwer zu erzielen?**

Dieses Thema ist für die Bevölkerung sehr sensibel. Daher müssen wir vor allem Vertrauen schaffen. Denn ohne dieses nützen uns die bereits vorhandenen Digital-Health-Lösungen



Blogartikel des Health Tech Cluster Switzerland von Dr. Patrick Dümmler zum Thema „Was unser Gesundheitssystem von Österreich lernen kann“.

und das Potenzial der Digitalisierung wenig. Negativbeispiele in den Medien tragen selbstverständlich nicht dazu bei, dass das Vertrauen bei den Menschen steigt, vielmehr vermitteln sie ein falsches Bild der Chancen von Digital-Health-Lösungen.

**Auch bei Ärztinnen und Ärzten gibt es beim Thema Big Data oft großen Widerstand. Nicht selten wird argumentiert, dass es keine absolute Sicherheit vor Datenmissbrauch gibt. Zudem ist die Befürchtung groß, dass das elektronische Patientendossier (EPD) ein „PDF-Friedhof“ wird. Wie sehen Sie das?**

Man muss sich klar werden, dass es keine 100-prozentige Sicherheit gibt. Aber man sollte den Anspruch haben, diesem Ziel möglichst nahe zu kommen. Wir müssen der Bevölkerung vermitteln, dass die Vorteile digitaler Gesundheitsdaten überwiegen und diese auch helfen können, in Situationen wie der aktuellen Coronapandemie rasch zu reagieren. Aus Patientensicht würden Daten mehr Transparenz schaffen und beispielsweise die Qualität einzelner Gesundheitsanbieter sichtbar machen.

**Im Weißbuch wird eine engere Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- sowie IT-Expertinnen und -Experten gefordert. Was kann man hier tun, um Netzwerke und Zusammenarbeit zu fördern?**

Ein gutes Beispiel dafür ist der Health Tech Cluster Switzerland – ein Netzwerk von Herstellern, Zulieferern, Forschungs- und Bildungseinrichtungen sowie Dienstleistern und Investoren im Bereich der Gesundheitstechnologie. Unsere Mitgliederinnen und Mitglieder bilden die gesamte Wertschöpfungskette ab, die sich letztlich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert. Wenn beispielsweise ein Zulieferer einer medizintechnischen Spezialkomponente bereits im Vorfeld weiß, welche Bedürfnisse beim Einsatz im Spital bestehen, kann er sein Produkt optimal daran anpassen. Er versteht besser, was der Kunde seines Kunden will. Diese Brücken zu bauen, ist Aufgabe des Health Tech Clusters. Unsere 280 Mitgliedsunternehmen kommen aus den Bereichen Medizintechnik, Diagnostik, Pharma und Biotech. Ebenfalls im Netzwerk sind Spitäler und Versicherer. Dies schafft eine gute Grundlage für den Austausch.

© AVENIR SUISSE

© PETER PROVAZNIK

**Der heurige Digital-Health-Workshop bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten beschäftigt sich mit Blended Care. Wie können hier Unternehmen beispielsweise bei der Entwicklung von Apps und Tools im Health-Tech-Bereich gefördert werden?**

Wir müssen uns bei der Zulassung in erster Linie fragen, welche Chancen wir wahrnehmen und welche Risiken wir eingehen möchten. Während in den USA die Umsetzung einer Innovation relativ rasch möglich ist, stellt der Zertifizierungsprozess in Europa Unternehmen vor große Hürden. Denn bei uns muss eine Idee oder Innovation zuerst ausgiebig auf Nutzen und Risiko geprüft werden, bevor das Unternehmen weiß, ob es am Markt überhaupt einen Erfolg haben könnte. Daher sollten wir diskutieren, ob man durch den Zertifizierungsprozess tatsächlich jegliches Risiko ausschließen muss, oder ob kalkulierbare Risiken auch Vorteile mit sich bringen würden.

**Es ist davon auszugehen, dass die digitale Transformation praktisch alle Bereiche fundamental verändern wird. Welche Entwicklung wird die Health-Tech-Branche in den nächsten zehn Jahren in der Schweiz nehmen?**

Ich sehe in den nächsten zehn Jahren keine fundamentalen Änderungen im Schweizer Gesundheitssystem. Das bedeutet auch, dass die Kosten stetig steigen werden. Daher ist es Zeit, eine offene Diskussion darüber zu führen, welche Prozesse im Gesundheitswesen nutzenstiftend sind. Damit verbunden ist auch die Frage nach der Effizienz der eingesetzten finanziellen Mittel. Ohne eine solche Diskussion fürchte ich, werden die Fortschritte sehr gering sein. Hingegen sehe ich in der Health-Tech-Branche großes Potenzial. Insbesondere in Produkten und Dienstleistungen, die die Gesundheit verbessern. Impfstoffe auf Basis der mRNA-Technologie sind hier ein gutes Beispiel, denn sie zeigen, welche Quantensprünge binnen kurzer Zeit möglich sind. Auf die Schweiz bezogen bin ich hier besonders optimistisch, denn wir haben starke Pharma- und Biotechunternehmen.

Auch die Medizintechnikbranche ist in der Schweiz sehr stark aufgestellt, allerdings sehe ich zwei Unsicherheiten: Das betrifft zum einen die Rückvergütung in den USA, wo es nicht wie in den europäischen Staaten fixe Höchstbeträge gibt, die vergütet werden. Sollte das in Zukunft entsprechend reguliert werden und sollten die Preise in den USA sinken, wird das auch Auswirkungen auf die Budgets und die Forschung bei pharmakologischen Unternehmen haben. Die zweite Unsicherheit sehe ich im Bereich der Medizintechnikbranche. Das Abkommen über die technischen Handelshemmnisse (MRA) zwischen der Schweiz und der EU führt zu einer Harmonisierung und gegenseitigen Anerkennung der Anforderungen. Dies ermöglicht die gleiche Produktausführung sowohl für die Schweiz wie auch den EU-Binnenmarkt. Damit liegen die Produktions- und Bürokratiekosten tiefer als ohne MRA. Doch die Schweizer Medtech-Regelungen werden ab dem 26. Mai 2021 – Stand heute – von der EU nicht mehr als gleichwertig anerkannt. Dies hat Auswirkungen auf den Export, Schweizer Hersteller müssen ihre Produkte fortan im EU-Raum zertifizieren lassen. Ohne eine Fortsetzung des Abkommens ist mit zusätzlichen Hürden beim EU-Marktzugang für Schweizer Unternehmen zu rechnen.

**Was wäre der Weg, um diese Situation zu vermeiden?**

Es braucht eine bessere politische Verständigung zwischen der EU und der Schweiz. Es gibt seit 30 Jahren intensive Gespräche und gute Erfolge. Doch jetzt gilt es, ein institutionelles Rahmenabkommen zu schließen. Eine automatische Aufdatierung der Verträge scheint momentan im Bundesrat nicht mehrheitsfähig zu sein. Daher erachte ich es als sinnvoll, das Rahmenabkommen dem Schweizer Volk vorzulegen. Zurzeit besteht die Gefahr, dass der Bundesrat das Abkommen ablehnt, was nicht nur Probleme für die Medizintechnikbranche kreiert, sondern auch für viele andere Branchen eine Herausforderung wäre. **P**



**BioBox**

**Dr. Patrick Dümmler** ist Clustermanager des Health Tech Clusters Switzerland. Er hält einen Master in Volkswirtschaft der Universität Zürich, doktorierte an der ETH Zürich und publizierte mehrere Lehrbücher. Nach über zehn Jahren in der Strategieberatung und Leitung eines Vereins zur Förderung der Medizintechnik-Exporte ist Patrick Dümmler seit 2015 für den Cluster tätig.



**BioBox**

**Prof. Dr. Reinhard Riedl** promovierte in Mathematik an der Universität Zürich. Der gebürtige Oberösterreicher übernahm 2006 eine Forschungsprofessur für e-Government an der Berner Fachhochschule (BFH). Heute forscht er zur digitalen Transformation der Fachberufe und den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen. Riedl war auch Präsident der Schweizer Informatik-Gesellschaft und der Internationalen Gesellschaft für Neue Musik Bern.



PRÄGNANT



# Innovationen und präzise Therapien in der Dermatologie

Als forschendes Unternehmen setzt LEO Pharma auf die Dermatologie. Ursprünglich auf topische Produkte spezialisiert, geht das Unternehmen seit einigen Jahren auch den Weg in Richtung Biologika. Im Interview mit PERISKOP schildert **DIPLOMKAUFMANN AJMAL WALLMANN, MBA, GENERAL MANAGER VON LEO PHARMA ÖSTERREICH UND SCHWEIZ**, welchen Beitrag sein Unternehmen zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit dermatologischen Erkrankungen leistet, welche Ziele LEO Pharma dabei verfolgt und mit welchen innovativen Entwicklungen auch in Zukunft zu rechnen ist. | von Mag. Dren Elezi, MA

Ursachen und Auslöser von Hauterkrankungen können sehr vielfältig sein. Die Unternehmensphilosophie von LEO Pharma ist es, den Therapiebedürfnissen der Patientinnen und Patienten mit dermatologischen Erkrankungen schnell und präzise gerecht zu werden.

**PERISKOP: LEO Pharma ist eines der weltweit führenden forschenden Pharmaunternehmen und leistet einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten in der ganzen Welt. In welchen Bereichen speziell forscht LEO Pharma?**

Diplomkaufmann Ajmal Wallmann, MBA, General Manager von LEO Pharma Österreich und Schweiz, im Interview mit PERISKOP.

**WALLMANN:** LEO Pharma hat das erklärte Ziel, in den nächsten zehn Jahren ein weltweit führendes Unternehmen in der medizinischen Dermatologie und bei seltenen dermatologischen Erkrankungen zu werden. Dahingehend richten sich auch unsere Forschungsaktivitäten. LEO Pharma geht es dabei immer um die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten und um die Erhöhung von deren Lebensqualität. Darauf ist unsere Zulassungsstrategie ausgelegt. 2017 haben wir einen ersten monoklonalen Antikörper zur Therapie der Plaque Psoriasis auf den Markt gebracht und bereits im Jahr 2020 bei der EMA einen Zulassungsantrag für einen weiteren monoklonalen Antikörper gestellt. Die Spezialisierung auf die Dermatologie spiegelt sich in unserer Pipeline wieder. In den kommenden Jahren steht bei LEO Pharma in der Dermatologie unter anderem die Einführungen neuer Biologika an. Wir arbeiten jedoch auch, zum Teil in Kooperation mit anderen Unternehmen, an weiteren Arzneimitteln. In der Dermatologie ist man immer häufiger in der Lage, Entzündungsprozesse mit hochwirksamen und gleichzeitig nebenwirkungsarmen Arzneimitteln zu therapieren. Bei heterogenen Krankheitsbildern spricht allerdings nicht jede Patientin bzw. jeder Patient auf ein Arzneimittel gleichermaßen gut an. Allerdings können auf Basis von Biomarkern zielgerichtete und patientenindividuelle Therapieentscheidungen getroffen werden, die einen Therapieerfolg vorhersehbarer machen, als es heutzutage der Fall ist. Durch unsere Forschung werden wir in Zukunft das individuelle Behandlungsergebnis mit einer Reihe von innovativen Arzneimitteln weiter verbessern und dadurch künftig besondere Arzneimittel für präzise Therapien zur Verfügung stellen.

**LEO Pharma befindet sich in einer Phase, in der sich viel bewegt, wir neue Produkte zur Verfügung haben und in Bereiche vordringen, die faszinierend sind.**

Ajmal Wallmann

**Wodurch unterscheidet sich das Unternehmen von anderen Pharmaunternehmen? Was zeichnet LEO Pharma besonders aus?**

LEO Pharma ist ein Unternehmen mit einer langen Geschichte und Tradition. Gleichzeitig sind wir sehr modern und haben uns vor allem in den letzten Jahren verstärkt auf Innovationen konzentriert, wodurch sich das Unternehmen sehr stark gewandelt hat. Ursprünglich auf topische Produkte spezialisiert, geht LEO Pharma seit einigen Jahren erfolgreich den Weg in Richtung Biologika. Wir haben viele hochqualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die unser Unternehmen mit viel Leidenschaft und Engagement voranbringen. Ebenso zeichnet uns aus, dass wir eine unabhängige, private Institution sind und es als LEO-Stiftung gewährleistet ist, dass unsere Erfolge und Gewinne stets Teil des LEO-Unternehmens bleiben und in zukünftige Projekte der Forschung und Entwicklung investiert werden.

**Sie sind seit rund drei Jahren General Manager bei LEO Pharma. Welche Ziele haben Sie sich gesetzt?**

Seit meinem Eintritt bei LEO Pharma ist es mein Bestreben, LEO Pharma als führendes Unternehmen im Bereich der Innovationen und Biologika fit zu machen. Ein entscheidender Grund für meinen Wechsel in das Management von LEO Pharma war die Möglichkeit, hier entsprechend mitzugestalten und innovative Entwicklungen sowie präzise Therapien in der Dermatologie voranzubringen.

**Seit Anfang des Jahres verantworten Sie als General Manager auch den österreichischen Markt. Welche Rolle spielt Österreich für LEO Pharma?**

Für uns ist Österreich ein wichtiger strategischer Markt, weshalb ich mich umso mehr

freue, dass ich seit Januar für diesen Bereich verantwortlich bin. Ein Blick auf das österreichische Team bestätigt, dass wir sehr gut aufgestellt sind — insbesondere was den Aspekt der Neueinführungen betrifft. In Österreich wird das Potenzial von Innovationen sehr geschätzt. Zudem können wir auf eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zählen, die wir uns im Laufe der Jahre mit Dermatologinnen und Dermatologen in Österreich aufgebaut haben. Außerdem sind wir mit dem gesamten Portfolio vertreten: Einerseits mit den topischen Produkten, bei denen wir Marktführer sind. Zum anderen sind wir seit drei Jahren auch erfolgreich im Bereich Biologika tätig, wo weitere Innovationen folgen werden.

**LEO Pharma möchte die Dermatologie verändern. In welche Richtung möchte man diese Veränderung bewirken?**

Ein Bestreben unseres Unternehmens ist die Etablierung von zielgerichteten und präzisen Therapien. In der Dermatologie ist man immer häufiger in der Lage, Entzündungsprozesse mit hochwirksamen und gleichzeitig nebenwirkungsarmen Arzneimitteln zu therapieren. Bei heterogenen Krankheitsbildern spricht allerdings nicht jede Patientin bzw. jeder Patient auf ein Arzneimittel gleichermaßen gut an. Allerdings können auf Basis von Biomarkern zielgerichtete und patientenindividuelle Therapieentscheidungen getroffen werden, die einen Therapieerfolg vorhersehbarer machen, als es heutzutage der Fall ist. Durch unsere Forschung werden wir in Zukunft das individuelle Behandlungsergebnis mit einer Reihe von innovativen Arzneimitteln weiter verbessern und dadurch künftig besondere Arzneimittel für präzise Therapien zur Verfügung stellen.

**Was bedeutet Präzision in der Dermatologie konkret?**

Bei der Präzision geht es immer darum, den Vorgang zu verstehen und genau zu wissen, wo man ansetzen muss. Ein „One fits all“-Ansatz ist nicht die Lösung. Es ist wichtig, den Ursprung einer Erkrankung zu kennen und zu wissen, wo angesetzt werden muss, um eine zielgerichtete Wirkung mit möglichst wenig Nebenwirkung zu haben. Darauf sind auch unsere Forschungen und Entwicklungsaktivitäten fokussiert.

**Welchen Mehrwert schafft die Präzision für alle Player — für das Gesundheitssystem, für medizinisches Fachpersonal und für Patientinnen und Patienten?**

Oft wird betont, dass es bereits ausreichend Therapieoptionen für die Behandlung von Betroffenen gibt. Das stimmt z. B. bei der Psoriasis vulgaris. Im Gegensatz dazu ist die Situation bei der atopischen Dermatitis bedenklich. Was hier bis zum Einsatz von Biologika in der Behandlung zur Verfügung stand, war beschränkt wirksam, denn es gibt Patientinnen und Patienten, die auf traditionelle Behandlungen nicht ansprechen. Es handelt sich also um eine Situation, die wir definitiv verändern wollen. In solchen Fällen ist es von großer Bedeutung, dass Medikamente zur Verfügung stehen, die präzise eingesetzt werden können und einen positiven Behandlungseffekt zeigen. Schließlich entsteht durch solche Krankheiten auch ein volkswirtschaftlicher Schaden. Wenn wir das über eine Therapie abfedern können, haben wir eine Win-win-Situation geschaffen.

**Dermatologische Erkrankungen sind oft mit einem sehr hohen Leidensdruck der Patientinnen und Patienten verbunden. Was**

**Ajmal Wallmann** studierte Wirtschaftswissenschaften und begann seine Karriere im Bereich der Unternehmensberatung. Danach wechselte Ajmal Wallmann in die pharmazeutische Industrie und sammelte bei GlaxoSmithKline Deutschland und Novartis Erfahrung im Bereich Marketing und Vertrieb, bevor er anschließend zu Astra-Zeneca wechselte — zu Beginn als Brand Director, später in der Position als Sales Director, dann in der US-Zentrale in Washington D. C. als Global Marketing Director, um im späteren Verlauf in die EU-Zentrale zum Commercial Director befördert zu werden. Ajmal Wallmann kam 2018 in der Funktion als General Manager Schweiz zu LEO Pharma, wo er die Organisation so umgestaltete, dass sie für die Markteinführung von Biologics bereit war. Darüber hinaus übernahm er mit Anfang des Jahres 2021 die GM-Position in Österreich.



**braucht es in der Dermatologie, um die bestmögliche Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten sicherzustellen und deren Lebensqualität positiv zu beeinflussen?**

Im Mittelpunkt der Betrachtungen medizinischen Fortschritts muss der Mehrwert für die Patientinnen und Patienten stehen — unabhängig davon, ob es sich um einen völlig neuen Wirkstoff zur Therapie einer Krankheit oder um eine schrittweise Verbesserung auf Basis eines bereits bekannten Wirkstoffes handelt. Um den Innovationsbegriff im Sinne einer verbesserten Patientenversorgung umfassend zu verstehen, muss der derzeit verwendete Nutzenbegriff weiter gefasst werden: Es gilt, sämtliche therapeutischen Vorteile gegenüber einer Vergleichstherapie zu betrachten. Natürlich ist es gleichzeitig auch wichtig, Sprunginnovation zu haben. Gerade Patientinnen und Patienten, die eine noch stärkere Ausprägung einer dermatologischen Erkrankung haben, sind auf Innovationen und Produktweiterentwicklungen stark angewiesen, da die bisherige Behandlung oft mit enormen Lebenseinschränkungen verbunden ist. Hier ist es wichtig, dass wir diesen Menschen helfen können.

**Damit verbunden ist auch der Bereich der Disease Awareness. Was muss aus Ihrer Sicht getan werden, um bei der Ärzteschaft und bei der Bevölkerung mehr Aufmerksamkeit auf die dermatologischen Erkrankungen zu legen?**

Disease Awareness ist nicht nur sehr wichtig, sie wird in meinen Augen auch häufig unterschätzt. Man muss bedenken, dass solche Erkrankungen für Patientinnen und Patienten und deren Familienangehörige in den verschiedenen Bereichen enorme Folgen haben. Es ist wichtig, für Aufklärung zu sorgen und gesellschaftlichen Stigmata entgegenzuwirken.

Viele Betroffene leiden unter Ausgrenzung, die ihr ganzes Leben negativ beeinflusst. Neue Therapien können auch hier den Leidensdruck mindern.

**Die Coronapandemie beherrscht seit mehr als einem Jahr die Schlagzeilen. Welche Auswirkungen ergaben sich aus Ihrer Sicht für den Bereich der dermatologischen Erkrankungen?**

Es ist für uns alle eine neue Situation und der einst so natürliche Weg zu Ärztinnen und Ärzten ist durch die Pandemie erschwert. Für Betroffene kann das negative Auswirkungen auf die Diagnose haben. Im Sinne einer besseren Lebens- und Behandlungsqualität für Menschen mit seltenen und chronischen dermatologischen Erkrankungen ist es jedoch wesentlich, auch während der Coronapandemie alle Bestrebungen daran zu setzen, dass Betroffene frühzeitig zu einer Diagnose gelangen.

**Ziel von LEO Pharma ist es, auch die Versorgungs- und Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit seltenen Hautkrankheiten zu erhöhen.**

Ajmal Wallmann

**Gibt es Aktivitäten oder Initiativen, die LEO Pharma setzt, um Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten im Bereich der Dermatologie in Bezug auf die Pandemie zu unterstützen?**

Wir haben uns gefragt, was unsere Partnerinnen und Partner in dieser Krisensituation benötigen und sofort reagiert, indem wir auf eine Multichannel-Kommunikation umgeschaltet haben, um für Ärztinnen und Ärzte sowie für Patientinnen und Patienten weiterhin da zu sein. Zudem wurden Fortbildungen, Veranstaltungen und Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten — die Face-to-Face geplant waren — virtuell umgesetzt.

**Wenn Sie einen Blick in die Zukunft der Dermatologie werfen — welche Ziele gilt es zu erreichen? Mit welchen Entwicklungen ist zu rechnen?**

LEO Pharma befindet sich in einer Phase, in der sich viel bewegt, wir neue Produkte zur Verfügung haben und in Bereiche vordringen, die sehr faszinierend sind. Wir als LEO Pharma haben daher das erklärte Ziel, in den nächsten zehn Jahren ein weltweit führendes Unternehmen in der medizinischen Dermatologie und bei seltenen dermatologischen Erkrankungen zu sein. Künftig möchten wir als LEO Pharma auch bei einer Markteinführung entweder den ersten Vertreter einer neuen Substanzklasse oder den besten Vertreter einer bestehenden Substanzklasse stellen. Hierfür setzen wir auf unsere hochqualifizierten Leute und eine stetige, präzise Weiterentwicklung. Zum einen im Bereich der Präzisionstherapie, zum anderen im Bereich der Gentherapie. LEO Pharma hat viel vor und mit all unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind wir stets mit Leidenschaft dabei — weil wir wissen, dass wir am Ende des Tages Gutes für die Patientinnen und Patienten tun. Im Bereich der topischen Produkte führen wir den Markt bereits an. Mit unserem Anspruch, präzise zu therapieren, gestalten wir die Gegenwart und die Zukunft der dermatologischen Pharmazeutika an vorderster Front. Ganz nach dem Motto: Einmal Löwe immer Löwe. **P**



PRÄGNANT

# Gemein(d)sam

## Pflegereform: Die Vorschläge der Gemeinden



Für den neuen Gesundheitsminister Wolfgang Mückstein wird es wohl keine lange Einarbeitungsphase geben. Neben der — noch immer herausfordernden — Bekämpfung der Pandemie stehen auch viel zu viele Projekte im Sozialministerium an, die rasch bearbeitet werden müssen. Die Pflegereform ist dabei eines der drängendsten Themen, da hier sehr viel auf dem Spiel steht. Rudolf Anschöber hat in seiner Zeit als Minister mit dem Expertengremium „Taskforce Pflege“ eine wichtige Grundlage für die Pflegereform gelegt. Die Taskforce Pflege legte im Februar mit 17 Zielsetzungen und 63 Maßnahmenvorschlägen sozusagen ein Zwischenresümee aus den umfangreichen Rückmeldungen und Forderungen der Stakeholder vor. Eine Einigung über ein Reformpaket stellt dieser Bericht jedoch nicht dar,

vielmehr eine Sammlung möglicher, teilweise noch recht abstrakt formulierter Reformansätze und Ideen. Kernpunkte der Reform sind die Stärkung der Pflegekräfte und eine Entlastung der pflegenden Angehörigen. Darüber hinaus möchte das Sozialministerium (ähnlich wie im Gesundheitsbereich) auch für den Bereich der Pflege eine gemeinsame Zielsteuerung (Bedarfsplanung, Finanzierung, Vergleichbarkeit und Transparenz bei den Leistungen etc.) mit Bund, Ländern und Gemeinden einrichten. Wesentliche Reformbereiche aus Sicht des Österreichischen Gemeindebundes sind die Deckung des deutlich steigenden Bedarfs an Pflege- und Betreuungspersonal sowie die Entlastung der Pflegeberufe von Administrativaufgaben und Dokumentationspflichten, denn weniger Bürokratie bedeutet auch



Mag. Alfred Riedl,  
Präsident des Österreichischen  
Gemeindebundes

mehr Zeit für die Pflege der Menschen. Weiters auch die Entlastung der pflegenden Angehörigen, um das familiäre Pflegepotenzial so gut wie möglich zu erhalten. Und zu guter Letzt geht es auch um die Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung, wobei künftig angesichts der Herausforderungen eine wesentlich höhere Finanzierungsbeitragung des Bundes erforderlich sein wird. Österreich liegt bisher schon mit jährlichen Pflegeausgaben von rund zwei Prozent des Bruttoinlandsproduktes im europäischen Spitzenfeld. Klar ist, dass es in Zukunft mehr Geld für den Pflegebereich brauchen wird, vor allem wegen der demografischen Entwicklung.

Nun muss es jedenfalls rasch an die Umsetzung gehen. Bund, Länder und Gemeinden sind aufgrund der Organisations- und Finanzierungspflichten wesentliche Player, die bei der Pflegereform den Ton angeben müssen. Man darf sich nun nicht mit zu vielen Detailfragen oder Qualitätsdebatten verzetteln. 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 Milliarde Euro bei, ob über Landesumlagen oder direkt über eigene Pflegeheime oder Sozialhilfeverbände. Umso mehr gilt es die Erfahrungen der Gemeinden ernst zu nehmen. Abseits der Bekämpfung der Coronapandemie wäre jetzt auch Zeit die inhaltlichen Debatten zu führen, damit es rasch einen großen Reformwurf gibt. Es wurde in der Vergangenheit schon zu oft und zu lange über Reformansätze im Pflegebereich diskutiert. Bringen wir nun die politischen Diskussionen im Sinne aller zu einem vernünftigen Ende.

# #Pharmabook

## Hören Sie mich, sehen Sie mich?



Perionlineexperts präsentiert Neues von der „Videoconferencing-Front“.

A) Technik, die diskriminiert? Das ist offenbar weniger weit hergeholt als man annehmen könnte. Ingenieure der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg und der Universität Sonderborg in Dänemark haben eine Studie über technisch bedingte Diskriminierung in Videokonferenzen durchgeführt. In ihrem Fazit zu den schwächelnden Konferenztools heißt es provokant: „Frauen fehlt Charisma“. Zoom, Skype, Microsoft Teams oder Google-Meet behandeln demnach Männer- und Frauenstimmen nicht gleich — und das hat ganz praktische technische Gründe, wie das Fachportal heise.de berichtet. „Frauenstimmen erreichten dabei ‚signifikant‘ schlechtere Ergebnisse.“ Die subjektiven Ergebnisse überprüften die Forscherinnen und Forscher, indem sie die gleichen Aufnahmen mittels akustischer Marker wie Stimmhöhe, Stimmumfang und Klangtiefe analysierten. Im Vergleich zu Männerstimmen fehlten den Frauen dabei wesentliche emotionale Komponenten. Und das sind die Ursachen für die technische Diskriminierung: Weil Videokonferenzen häufig unter suboptimalen Licht- und Blickverhältnissen stattfinden, sei die Wirkung der Stimme für Überzeugung und Präsenz aber enorm wichtig. In der Audioverarbeitung arbeitet man bislang mit festgelegten Frequenzbereichen, die aber den stimmlichen Unterschieden der Geschlechter selten gerecht werden. Durch die Kompression in der Audioübertragung würden gewisse „Charisma-Marker“ beeinflusst, heißt es in der Studie. Bei der Entwicklung digitaler Meeting-Tools sollte daher nicht nur auf die reine Sprachqualität oder die Unterdrückung von Hintergrundgeräuschen geachtet werden, sondern auch auf die

Übertragung anderer Merkmale, etwa Ausdrucksstärke und Emotionalität. In einer Zeit, in der viele Bereiche des Arbeitslebens über digitale Kommunikationsmittel abgewickelt werden, sei dies besonders wichtig.

B) Microsoft arbeitet an 3D-Formaten für Videokonferenzen. Microsoft will die Möglichkeiten für digitale Zusammenarbeit in Zeiten der weltweiten Coronapandemie und danach weiter ausbauen. Aus diesem Grund hat das Unternehmen vor Kurzem mit Microsoft Mesh eine neue Mixed-Reality-Plattform vorgestellt. Ausgestattet mit Augmented-Reality-Brillen oder Virtual-Reality-Brillen sollen Nutzer bei Online-Meetings dabei das Gefühl bekommen, zusammen am selben Ort zu sein. Die Mesh-fähigen Apps bieten dabei die Möglichkeit, über 3D-Inhalte miteinander zu interagieren oder sich virtuell in einem Raum zu treffen. Der Redmond-Konzern könnte damit auch eine Brücke zwischen Augmented Reality und Virtual Reality schlagen. Bei Ersterem werden digitale Objekte in die Realität eingeblendet und in der virtuellen Realität tauchen die Nutzer gänzlich in eine digitale Welt ein — könnten sich also virtuell mit Avataren an einem Meeting-Tisch treffen.

C) Ihr top-professionelles Videoconferencing und Live-Streaming mit perionlineexperts.at. Spätestens seit Corona, und das ist bereits mehr als

ein ganzes Jahr, kann man als modernes Unternehmen der Digitalisierung nicht mehr ausweichen. Insbesondere die Digitale- bzw. 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 Lockdown, also am 17. März, fand das erste Online-Expertengespräch mit rund 15 zugeschalteten Teilnehmerinnen und Teilnehmern statt. Seither haben die Spezialistinnen und Spezialisten von perionlineexperts rund 320 Videoevents — Videokonferenzen, Gipfelgespräche, Symposien, Kongresse, Webinare uvm. — konzipiert und komplett abgewickelt. Unsere Partner müssen nur noch in die Kamera schauen. Dazu kommen noch über 120 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. Die hybriden Gesundheitstage 2021 im Mai sind natürlich auch bereits geplant. Dass im Livestream noch via „Zoom“ zugeschaltete Expertinnen und Experten mitdiskutierten ist für uns nur ein weiterer Leistungsausweis. Perionlineexperts arbeitet auch ständig an wichtigen Weiterentwicklungen von professionellen Online-Meetings: Verbesserung von Bild- und Tonqualität, stärkere Integration von Produktivitätswerkzeugen und weiterhin verbesserte Sicherheits- und Datenschutzfunktionen.



Mag. Ferenc Papp,  
Geschäftsführer perionlineexperts

[www.perionlineexperts.at](http://www.perionlineexperts.at)  
livestreamnow.at

Quelle: [www.forschung-und-lehre.de/forschung/frauenstimmen-wirken-bei-video-konferenzen-weniger-kompetent-3617/](http://www.forschung-und-lehre.de/forschung/frauenstimmen-wirken-bei-video-konferenzen-weniger-kompetent-3617/)

<https://news.microsoft.com/innovation-stories/microsoft-mesh/>

© FELICITAS HARTEN (2), SHUTTERSTOCK (2)

# Blick auf den Gesundheits-Horizont

Horizon Scanning ist ein Instrument zur strategischen Früherkennung von Entwicklungen. Auch im Gesundheitswesen wäre dieses Instrument wichtig, um Versorgungsstrukturen rechtzeitig anpassen und gute Entscheidungen treffen zu können. Welche Entwicklungen auf die Menschen und das Gesundheitssystem zukommen, schilderte **PROF. DR. ROBIN RUMLER**, Geschäftsführer Pfizer Corporation Austria sowie wissenschaftlicher Beirat für Prävention und Kommunikation im PRAEVENIRE Scientific Council, bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. | von Rainald Edel, MBA

Während Horizon Scanning in anderen Bereichen schon gut etabliert ist, wird es im Gesundheitsbereich nur punktuell eingesetzt. Bei Horizon Scanning handelt es sich nicht um eine Methode der Zukunftsvorhersage, sondern ein Instrument zur strategischen Früherkennung ökonomischer, gesellschaftlicher, technologischer, politischer und ökologischer Veränderungen. „Umgelegt auf den medizinischen Bereich heißt das, es muss ein systemischer Prozess sein, der helfen soll, frühzeitig Entscheidungen zu treffen. Zum Beispiel bei den Fragen, welche Therapien am besten helfen, welche Ressourcen die besten sind und wie man diese langfristig planen kann. Aber natürlich hilft Horizon Scanning auch, die Versorgungsstrukturen rechtzeitig anzupassen“, schilderte Prof. Dr. Robin Rumler, Geschäftsführer Pfizer Corporation Austria sowie wissenschaftlicher Beirat für Prävention und Kommunikation im PRAEVENIRE Scientific Council, anlässlich seines Vortrags bei den 5. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. In den Bereichen Umwelt und Nachhaltigkeit sei Horizon Scanning schon etabliert und werde seit vielen Jahren breitflächig angewendet. „In der Medizin wird diese Technik nur vereinzelt, beispielsweise in der Onkologie, angewandt. Aber ich gehe davon aus, dass Horizon Scanning auch im Gesundheitsbereich an Bedeutung gewinnen wird“, sagte Rumler.

### Große medizinische Fortschritte

Um zu verdeutlichen wie wichtig ein Rundumblick und ein frühes Erkennen potenzieller Möglichkeiten und Gefahren ist, machte er einen Rückgriff auf einen Begriff der 1980er Jahre, den der „VUCA-Welt“. VUCA, als Akronym für Volatility, Uncertainty, Complexity und Ambiguity, beschreibt die Fülle an Entwicklungen und Strömungen, die auf eine Gesellschaft einwirkt. „Dieser Begriff hat noch heute seine Berechtigung und beschreibt den Zustand vor allem im Gesundheitssektor recht gut“, erklärte Rumler, da dieser eine rasante Entwicklung genommen habe. So konnte beispielsweise in den letzten 60 Jahren die Lebenserwartung um mehr als elf Jahre gesteigert werden. Durch den pharmazeutischen Fortschritt ist die Sterblichkeit bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 70 Prozent zurückgegangen, Hepatitis C ist heilbar geworden. HIV — vor 30 Jahren noch ein Todesurteil — ist heute eine chronische Erkrankung.

Auch die Digitalisierung wird weiter voranschreiten und unter anderem dazu führen, dass unsere Wohnräume sich mit medizinischen Einrichtungen vernetzen und so vor allem für betagte und kranke Menschen zu echten Schutzräumen werden. „Technik gibt auf uns Acht, zum einen sie richtig nutzen“, so Rumler. Auch andere technische Entwicklungen, wie beispielsweise das Smartphone, haben ursächliche Auswirkungen auf den Gesundheitssektor. So hat beispielsweise von den 1,52 Mio. Apps, die derzeit im Appstore

erhältlich sind, der Gesundheitsbereich einen großen Anteil. Allerdings solle man, so Rumler, bedenken, dass gerade die älteren Generationen mit dieser Technologie nicht so vertraut sind und vor einige Probleme gestellt werden. „Der technisch medizinische Fortschritt ist ungebrochen und es wird noch viel auf uns zukommen. Viele Innovationen werden zwar Geld kosten, aber auch helfen, Kosten einzusparen. Deshalb ist die Diskussion so wichtig und genau da kommt Horizon Scanning ins Spiel“, schilderte Rumler.

In diesem Zusammenhang erachtet er das PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung 2030“ aus Sicht der Industrie als äußerst wichtig. „Wir haben damit einen Ausblick auf die nächsten Monate und Jahre, einen Fünfjahresplan und auch einen Ausblick, was sich in den nächsten zehn Jahren tun wird“, so Rumler. Planbarkeit und Vorhersehbarkeit erachtet er als einen der wichtigsten Faktoren für den Gesundheitsbereich, denn der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt werde weitergehen. „Wir brauchen eine ganzheitliche Betrachtung der Situation, dabei sind Kurskorrekturen natürlich auch nötig. Hier kann Horizon Scanning mit vernünftigen Messpunkten sehr gut helfen, die Lage richtig zu beurteilen“, betonte Rumler.

### Gesundheitssystem zukunftsfähig machen

„Die pharmazeutische Industrie investiert wie keine andere Branche in Forschung und Entwicklung. Durchschnittlich zehn bis 15 Prozent der Umsätze fließen in diesen Bereich. Um das konkret an Hand von Zahlen zu zeigen: bei Pfizer sind das im Moment rund neun Milliarden Euro“, schilderte Rumler. Aktuell laufen weltweit 8.000 globale Forschungsprojekte, die eine Vielzahl neuer Medikamente auf den Markt bringen. Allein in Österreich gibt es 480 klinische Studien pro Jahr.

„Man kann von der pharmazeutischen Industrie demnach einen großen Beitrag für die Menschheit erwarten. Aber man muss sich auch überlegen, ob das Gesundheitssystem dafür richtig aufgestellt ist“, sagte Rumler. Speziell die innovativen Gen- und Zelltherapien unterscheiden sich von herkömmlichen Therapien, da diese auf einen Schlag hohe Kosten verursachen, allerdings können man im Nachgang viel einsparen. Als Beispiel nannte er eine Therapie für Patienten mit Bluterkrankheit, die demnächst auf den Markt kommen wird. In der herkömmlichen Behandlung wird erkrankten Kindern ein Gerinnungsfaktor gespritzt, der jährliche Therapiekosten bis zu 100.000 Euro verursacht. Bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 70 bis 80 Jahren, macht das sieben bis acht Millionen Euro aus. „Durch eine einmalige als Infusion verabreichte Gentherapie wird es künftig möglich sein, den bei diesen Kranken defekten genetischen Satz zu reparieren. Diese Therapie wird hohe Kosten verursachen — aber mit Sicherheit werden sie deutlich geringer sein als die Gesamtkosten



### Horizon Scanning wird im Gesundheitsbereich an Bedeutung gewinnen.

Robin Rumler

einer lebenslangen Therapie“, kündigte Rumler an. Daher seien „new payment models“ notwendig, um solche innovativen Therapien seitens des Gesundheitssystems abdecken zu können. Hierzu entwickle die PHARMIG gerade entsprechende Vorschläge.

„Forschung und Entwicklung im Land zu haben, vor allem klinische Studien, ist ein großer Vorteil für alle Beteiligten im Gesundheitssystem. Denn so können sich Ärztinnen und Ärzte frühzeitig mit der neuesten Medikation vertraut machen, die Patientinnen und Patienten bekommen die modernste Therapie, die Krankenhäuser haben zusätzliche Expertise und ein internationales Ansehen. Und für das Gesundheitssystem ist es auch positiv, da Studienmedikation derzeit noch kostenlos ist“, schilderte Rumler. Allerdings sieht er Österreich noch nicht optimal aufgestellt, um noch mehr Studien ins Land zu holen und den Forschungs- und Entwicklungssektor weiter auszubauen. „Daher sollten wir mit Blick auf den Horizont im Auge behalten, worum es bei allen Entwicklungen im Gesundheitswesen geht: nämlich um uns als Menschen und um eine Steigerung unserer gesunden, erlebten Lebensjahre“, appellierte Rumler abschließend.





PRÄGNANT

# SMA-Neugeborenen-Screening — jetzt!

Bei den am schwersten von der SPINALEN MUSKELATROPHIE (SMA) betroffenen Babys sollte sofort nach der Geburt gehandelt werden. Um die Diagnose stellen zu können, ist auch in Österreich ein Neugeborenen-Screening auf SMA-Verdacht notwendig. Jetzt ist eindeutig belegt, dass dieses Screening treffsicher, medizinisch und ökonomisch sinnvoll ist. Das sagt auch das Health-Technology-Assessment des angesehenen deutschen IQWiG-Instituts. | von Wolfgang Wagner

Es geht um eines von rund 7.000 Neugeborenen: So häufig trägt in Österreich ein Baby die genetische Veranlagung für die Spinale Muskelatrophie (SMA). Zwei Drittel der Kinder leiden an der schwersten Form der Erkrankung, die unbehandelt binnen zwei Jahren zum Tod oder zur Notwendigkeit ständiger künstlicher Beatmung führt. Medikamente und Genth-

**Bei der schwersten Form der Spinalen Muskelatrophie sollte möglichst schon vor dem Auftreten der Symptome mit der Therapie begonnen werden.**

Susanne Greber-Platzer

rapie können das erstmals verhindern. Doch dafür muss bei Neugeborenen der Verdacht auf eine solche Erkrankung festgestellt werden. Mittel dazu wäre ein einfaches Screening wie es in Österreich mit wenigen eingetrockneten Blutstropfen von 99,9 Prozent der Babys seit 1966 auch auf mittlerweile andere 29 genetisch bedingte Erkrankungen erfolgt.

„Zusammenfassend ergibt sich ein Hinweis für einen Nutzen des Neugeborenen-Screenings auf 5q-assoziierte SMA im Vergleich zu keinem Screening. (...) Den herangezogenen Daten ist eine Zeitpunkt-Wirkungs-Beziehung zu entnehmen, der zufolge bessere Therapieergebnisse erzielt werden, je früher die Therapie einsetzt.“ Das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gab Ende Februar dieses Jahres seine Stellungnahme ab. HTA Austria (Austrian Institute for Health Technology Assessment) nahm die Begutachtung vor kurzem in seinen Newsletter auf. Die Bewertung könnte einen wesentlichen Fortschritt in den Bemühungen österreichischer Expertinnen und Experten um die Sicherstellung einer optimalen Diagnose und Therapie der von SMA betroffenen Kinder bedeuten. „Bis 2017 gab es keine Therapiemöglichkeit. Doch das hat sich geändert. Entscheidend ist, dass die Diagnose möglichst früh gestellt wird. Da geht es bei Neugeborenen um Tage und Wochen. Es liegen Studien vor, dass man mit einer Behandlung vor Auftreten von Symptomen den Ausbruch der Erkrankung verhindern oder die Folgen zumindest stark verringern kann“, sagte Univ.-Prof. Dr. Susanne Greber-Platzer, Leiterin der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde der MedUni Wien (AKH).

Bei der SMA handelt es sich um einen Defekt oder das Nichtvorhandensein des SMN1-Gens, wodurch das sogenannte Survival-Motor-Neuron-Protein fehlerhaft oder nicht gebildet wird. Es ermöglicht das Überleben der Motoneuronen im Zentralnervensystem. Diese sind für die Versorgung der Muskelfasern mit nervösen Bewegungsreizen entscheidend. Bei der schweren Verlaufsform entwickeln sich die Babys kaum, alle Muskelfunktionen nehmen ab, bis der Tod, vor allem



durch Atemversagen, eintritt. Was die Krankheits so tückisch macht: Einmal aufgetretene Schäden sind buchstäblich irreparabel. Das macht die Daten aus einer in Deutschland durchgeführten Studie (Vill et al. Orphanet Journal of Rare Diseases 2021 16:153) so wichtig. Sie hat zur positiven Bewertung des IQWiG entscheidend beigetragen. Univ.-Prof. Dr. Günther Bernert, Vorstand der Kinderabteilung an der Klinik Favoriten in Wien und Neuropädiatriespezialist (Österreichische Muskelforschung): „Es handelt sich dabei um eine Real-Life-Untersuchung über den Effekt eines solchen SMA-Neugeborenen-Screenings in den deutschen Bundesländern Bayern und Nordrhein-Westfalen. 297.163 Neugeborene wurden zwischen Jänner 2018 und Jänner 2020 gescreent.“

In 17 Fällen ergab die darauf folgende eingehende Diagnose die genetische Anlage für die schwerste Verlaufsform dieser Erkrankung und somit eine dringende Behandlungsbedürftigkeit. Univ.-Prof. Bernert: „Die Therapie erfolgte bei 15 dieser Kinder. Der Beobachtungszeitraum betrug zwei Jahre. Alle, die zum Zeitpunkt der Diagnose noch keine Symptome aufwiesen, entwickelten sich so wie gleichaltrige Kinder ohne die Erkrankung. Die anderen zeigten eine etwas verzögerte motorische Entwicklung. Keines der Kinder starb oder hatte Zeichen einer Beeinträchtigung der Atmung.“ Die zwei nicht behandelten Kinder aus dieser Gruppe verstarben mit 5,5 Monaten an Atemversagen.

Entscheidend war in Deutschland die Schnelligkeit der SMA-Diagnose. Ein Verdacht auf diese Erkrankung lag im Fall des Falles bereits im Mittel am sechsten Lebensstag vor. Bestätigungstests und die eingehende Genuntersuchung inklusive Diagnose erfolgten im Mittel bis zum 14. Lebensstag. Mit der Behandlung der am schwersten betroffenen Kinder wurde bereits innerhalb von 14 bis 39 Tagen begonnen. Derzeit erweitern sich die wirksamen Behandlungsoptionen für Kinder mit SMA — am dringendsten wäre natürlich die Therapie der

Babys mit dem größten Risiko (Kinder mit nur zwei Kopien des die SMA potenziell teilweise kompensierenden SMN2-Gens; 60 Prozent der Betroffenen) — schnell, erklärte Dr. Bernert. Es gibt zwei zugelassene Medikamente und seit kurzer Zeit auch eine Gentherapie. Die hohen Aufwendungen würden erst recht dafür sprechen, per Neugeborenen-Screening die potenzielle Wirkung der Behandlung optimal auszunützen.

Dem steht derzeit — entgegen aller Bemühungen der österreichischen Spezialistinnen und Spezialisten — die fehlende Genehmigung entgegen. Diese begründet sich aus dem Gentechnikgesetz, bei dem eine umfassende Aufklärung durch einen medizinischen Experten bzw. Humangenetiker erfolgen müsste, was beim Neugeborenen-Screening nicht durchführbar ist. Zielführend wäre eine Einbettung in das bisherige Neugeborenen-Screening Programm, welches im Auftrag des Wissenschaftsministeriums an der MedUni Wien umgesetzt wird, unabhängig davon welche Analyseverfahren für ein positives Screening auf eine Erkrankung verwendet wird.

Ein Vorschlag für eine diesbezügliche Gesetzesänderung liegt bereits seit längerem im Gesundheitsministerium. Diese wurde bisher nicht berücksichtigt. Die Screening-Spezialistinnen und -Spezialisten der Wiener Universitäts-Kinderklinik, die österreichweit jahrzehntelange Erfahrung seit 1966 mit dem Begutachten der eingetrockneten Blutstropfen aller österreichischen Neugeborenen gesammelt haben, wollen zumindest ein Pilotprojekt starten. „Im Mai oder Juni könnten wir mit der Begutachtung von 20.000 der Filter, die bei uns aus dem Neugeborenen-Screening auf die 29 anderen Erkrankungen eintreffen, auch auf SMA-Verdacht beginnen.“ Der Wunsch wäre, bei SMA-Verdacht Alarm geben zu können. Alles andere wäre wegen des Vorhandenseins wirksamer Therapien ethisch kaum zu rechtfertigen und kann eventuell sehr kurz zur methodischen Etablierung erfolgen. P

**Die Integration der SMA ins Neugeborenen Screening wäre ein Superschritt vorwärts.**

Günther Bernert



# Beiträge der pharmazeutischen Industrie für Österreich

Rund **150** Pharmaunternehmen in Österreich

ca. **18.000** direkte Mitarbeiter

An **2** Standorten werden Komponenten für COVID-19-Impfstoffe hergestellt, die weltweit zum Einsatz kommen

**1,94** Euro werden mit 1,00 Pharma-Euro erwirtschaftet

ca. **63.000** indirekte Mitarbeiter (inklusive Beschäftigte in Zulieferfirmen etc.)

**1,7** % der Gesamtbeschäftigung entfallen auf pharmazeutische Unternehmen und Zulieferbetriebe

Knapp **500** klinische Prüfungen laufen derzeit in Österreich, ca. 200 davon in der Onkologie

**3,2** Mrd. Euro investierten pharmazeutische Unternehmen in den letzten 8 Jahren in den Standort Österreich

**4,8** Mrd. Euro direkte Wertschöpfung  
**9,6** Mrd. Euro indirekte Wertschöpfung (2,8 % des BIP)

Über **5.000** Patienten, die an Studien teilnehmen, haben frühesten Zugang zu innovativen Arzneimitteln

**97** Humanarzneimittel 2020 wurden in Europa und damit auch in Österreich zugelassen, **39** davon mit neuen Wirkstoffen

jedes **5.** Pharma-Unternehmen in Österreich ist in der Produktion tätig, das sind 14.000 Arbeitsplätze, 7.000 davon sind direkt der Produktion zuzuordnen

Pharma-Unternehmensstruktur  
**15** % Großunternehmen (> 200 Mitarbeiter)  
**24** % Mittelbetriebe (51-200 Mitarbeiter)  
**61** % Kleinunternehmen (0-50 Mitarbeiter)

**PHARMIG**

Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs

pharmastandort.at



# WIR

... sind die Gesundheits- und Pflegeversorgung für Niederösterreich. WIR – das sind alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Einrichtungen der NÖ Landesgesundheitsagentur. WIR bieten Gesundheit und Pflege aus einer Hand – von der Geburt bis zur Pflege im hohen Alter.

In **77 Kliniken und Pflegezentren** in ganz Niederösterreich arbeiten **29.000 Menschen**, damit Sie bestens versorgt sind.

**WIR sind für Sie da, wenn Sie uns brauchen:** mehr als **7.500 Klinikbetten** und **6.000 Pflegeplätze** garantieren eine sichere, moderne Gesundheitsversorgung in allen Regionen Niederösterreichs.

Das alles ist nur dank unserer bestens ausgebildeten und motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglich, die mit ihrem Engagement und ihrem Wissen für Sie da sind.

**Machen Sie mit und werden Sie Teil unseres Teams.  
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.**

