

PERISKOP

99

JUN 2021

Standpunkte.
Dialog.
Konsens.

Die neutrale
Plattform
zum offenen
Meinungs-
austausch.

ÖAW
Ehrenmitglied
Christoph Huber

Nanoskopie:
Immunabwehr
im Fokus
Hannes Stockinger

Einheitlicher
Leistungskatalog
Johannes Steinhart,
Jürgen Schwaiger &
Edgar Wutscher

**Prävention braucht
eine klare Strategie**

Interview mit Dr. Eva Höttl



PEOPLE

Prävention braucht eine klare Strategie

Österreichs Gesundheitssystem steht unweigerlich vor einer Transformation. Der Um- denprozess vom Gesundwerden zum Gesundbleiben ist in vollem Gange: Betriebliche Gesundheitsprävention hat durch Corona einen neuen Stellenwert erfahren, denn die Belastung der Gesellschaft ist hoch. Dr. Eva Höttl, Arbeitsmedizinerin und Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Bank AG, gibt im Gespräch mit PERISKOP einen Einblick in neue Lebens- und Arbeitsrealitäten.

- 4 **Eva Höttl:** Prävention braucht eine klare Strategie
- 7 **Christoph Huber** zum ÖAW-Ehrenmitglied gekürt
- 8 **Christa Wirthumer-Hoche:** Arzneimittelversorgung — Netzwerke als Krisenmanager
- 10 **Johannes Steinhart, Jürgen Schwaiger und Edgar Wutscher:** Einheitlicher Leistungskatalog für alle Kassenärztinnen und -ärzte

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 Dr. Juliane Bogner-Strauß; Rainald Edel, MBA; Mag. Dren Elezi, MA; Mag. Beate Krapfenbauer; Mag. Karin Martin; Mag. Alfred Riedl; Dr. Andreas Stippler, MSc; Lisa Türk, BA; Wolfgang Wagner; Mag. Elisabeth Weigand, MBA; Mag. Julia Wolkerstorfer

Foto Cover Peter Provoznic

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

Premiere für neue PRAEVENIRE Initiative: Kinder- und Jugendgesundheit 2030

Erstmals fand ein PRAEVENIRE Gipfelgespräch am Fuße der Rax statt. Im Rahmen der Leadership-Kampagne des Fördervereins „Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich“ startete damit eine neue PRAEVENIRE Initiative, die sich für die Gesundheitsversorgung der Jüngsten in der Bevölkerung einsetzt.

- 12 **Premiere für neue PRAEVENIRE Initiative: Kinder- und Jugend- gesundheit 2030**
- 14 **PRAEVENIRE Workshop Digital Health: Chancen durch Digitalisierung**
- 18 **Gilead Sciences: Hepatitis 2021: Fortschritte in der Bekämpfung der Hepatitis C und D**



PIONIERS

Die Immunreaktion auf Einzel- molekülebene studieren und testen

Mit Hilfe der Nanoskopie gelingt es im Milliardstel-Meter-Bereich, Vorgänge in den Zellen sichtbar zu machen. Wie die immunologische Abwehr im Detail funktioniert und wie sich mit Hilfe der Nanoskopie die CAR-T-Zelltherapie beobachten, testen und verbessern lässt, schilderte Univ.-Prof. Johannes Stockinger vom Zentrum für Pathophysiologie, Infektiologie und Immunologie der MedUni Wien in seinem Vortrag bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten.

- 20 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: Computergestützt gegen Gebärmutterhalskrebs**
- 21 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: Schutz vor Corona auf pflanzlicher Basis**
- 22 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: Orthopädie mehrfach gefährdet**
- 25 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: Die Immunreaktion auf Einzel- molekülebene studieren und testen**
- 26 **Genossenschaft gegen Verödung in Dörfern**

© PETER PROVAZNIK (2), GEORGES SCHNEIDER



PLATTFORMEN

Eröffnung der 6. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten

Ganz im Sinne des Credo des PRAEVENIRE Weißbuchs „Zukunft der Gesundheits- versorgung“ erläuterte Präsident Dr. Hans Hörig Schelling bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten, welche Learnings aus der Krise abzuleiten und welche Handlungsschritte rasch zu setzen sind. Im Rahmen der Eröffnung betonten auch Abt Mag. Petrus Pilsinger, Bgm. LAbg. KommR Michaela Hinterholzer und LR Dr. Juliane Bogner-Strauß, wie wichtig Austausch und Diskussion der Expertinnen und Experten bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen als Ideenquelle und Inspiration für die Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens sind.

- 28 **Eröffnung der 6. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten**
- 30 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: Impulse setzen**
- 32 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: Harm Reduction und Risikominderung**
- 34 **PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030: Bewusstseinsbildung und bedarfs- gerechte Betreuung**



POLITIK

Das Potenzial von Gesundheitsdaten zur Optimierung der Gesundheitsversorgung

Jede Medikamentengabe, jeder Herzschlag wird mittlerweile elektronisch aufge- zeichnet — Daten die für Wissenschaft und Forschung von größtem Interesse sind. Doch wenn man diesen Datenschatz für entsprechende Auswertungen anzapfen will, wird dies mit dem Verweis auf den Datenschutz verweigert. Im PRAEVENIRE Gipfelgespräch in Wien wurde das Potenzial wissenschaftlicher Gesundheitsdaten- nutzung in Österreich in den Fokus gerückt und nach Lösungen gesucht, die eine datenschutzkonforme Nutzung ermöglichen würden.

- 36 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: CAR-T-Zelltherapie — Status quo und Ausblick**
- 38 **Kolumne »360°Blick«** von Elisabeth Weigand
- 38 **Kolumne »Gemein(d)sam«** von Alfred Riedl
- 39 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: Österreich mit großen Potenzialen im Gesundheitsbereich**
- 40 **PRAEVENIRE Gipfelgespräch: Das Potenzial von Gesundheitsdaten zur Optimierung der Gesundheitsversorgung**

© PETER PROVAZNIK (2), SHUTTERSTOCK, MARKUS SPITZAUER



PORTFOLIO

Impfen und Ethik — Corona als Spiegel der Gesellschaft

Impfen als gesundheits- und gesellschaftspolitisches Thema lässt sich aus unterschiedli- chen ethischen, kulturellen und ideologischen Blickwinkeln betrachten. Auf welche Weise konkurrierende Interessenslagen im Sinne eines verbindenden gesellschaftlichen Diskur- ses überwunden werden und fundiertes Gesundheitswissen als Basis für Entscheidungen etabliert werden kann, haben Top-Expertinnen und -Experten im Rahmen eines Gipfel- gesprächs bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen in Seitenstetten erläutert.

- 42 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: Österreichs Onkologie am Scheideweg**
- 44 **PRAEVENIRE Gipfelgespräch: Impfen und Ethik — Corona als Spiegel der Gesellschaft**
- 46 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: Am Puls der Zeit — Krebsversorgung neu denken**



PRÄGNANT

Datencockpit für Intensivmedizin

Wie digitale Systeme Ärztinnen und Ärzten bei der Entscheidungsfindung helfen den Outcome im Operationssaal und auf der Intensivstation zu erhöhen, präsentier- te Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller in seiner Keynote bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten.

- 48 **Kolumne »Gesunde Zukunft«** von Juliane Bogner-Strauß
- 48 **Kolumne »Starke Muskeln«** von Andreas Stippler
- 49 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: Fortschritte in der Endoprothetik**
- 50 **PRAEVENIRE Gipfelgespräch: Therapieallergene — Fahrplan für Österreich — Learnings aus Deutschland**
- 53 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: Mehr Zeit für die Ausbildung!**
- 54 **Hausarzt DIALOG-Tag: Hausarzt — Ein Beruf mit Zukunft?**
- 55 **PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: Datencockpit für Intensivmediziner**

GIPFELGESPRÄCHE AUF DER SCHAFALM.

GESUNDHEIT, WIRTSCHAFT & POLITIK.

Mehr Infos auch unter: www.schafalm.net

20.–23. August 2021



PRAEVENIRE Talk auf der Schafalm

THEMA
BEST AGERS BONUS PASS

INKL. BUCHPRÄSENTATION

Raus aus der Pflegefalle (Aktiv sein – Pflegebedürftigkeit verhindern)
Statements: **Barbara Fisa** | **Norbert Bachl** | **Alexander Biach**

WANN UND WO

Freitag, 20. August 2021 um 16:00 Uhr
Böglerhof | Dorf 166, 6236 Alpbach

ANMELDUNG UNTER

umsetzen@praevenire.at



PEOPLE



Betriebliches Gesundheitsmanagement

Prävention braucht eine klare Strategie

Österreichs Gesundheitssystem steht unweigerlich vor einer Transformation. Der Umdenkprozess vom Gesundwerden zum Gesundbleiben ist in vollem Gange: Betriebliche Gesundheitsprävention hat durch Corona einen neuen Stellenwert erfahren, denn die Belastung der Gesellschaft ist hoch. **DR. EVA HÖTTL**, Arbeitsmedizinerin und Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Bank AG, gibt im Gespräch mit PERISKOP einen Einblick in neue Lebens- und Arbeitsrealitäten. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Corona hat in die Isolation geführt, aber auch neue Türen geöffnet ...

Die Pandemie hat uns dazu gezwungen, größer zu denken: ein unfassbarer Digitalisierungsschub, eine neue Flexibilität durch mobiles Arbeiten, vor allem auch im Hinblick auf multinationale Belegschaften. Wir sind in den letzten Jahren sehr mobil geworden, womit auch der Infektionsschutz neu gedacht werden muss — nicht nur in Hinblick auf COVID-19. Auch endemische Geschehen, wie etwa Masernausbrüche in einem Nachbarland, betreffen uns und haben unmittelbare Auswirkungen auch auf unsere Unternehmen. Hier kommen wir bereits zum ganz zentralen Thema der Gesundheitskompetenz. Sie ist definiert als das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen.

Gesundheitskompetenz ist also die Voraussetzung für gute Entscheidungen, und sie ist vor allem die Voraussetzung für gesundheitliche Chancengleichheit aller in Österreich lebenden Menschen. Dieses Basiswissen kann nur dort vermittelt werden, wo Menschen leben, lernen, arbeiten — also in Kindergärten, Schulen, am Arbeitsplatz, aber auch in Einrichtungen wie Pflegeheimen.

Auch das Thema Homeoffice schreit nach neuen Rahmenbedingungen ...

Wir stehen durch die veränderten Arbeitsrealitäten vor neuen Aufgaben, etwa was die Digitalisierung betrifft. Die Möglichkeit, sofort und ortsunabhängig jederzeit zu allen Informationen zu kommen, ist eine riesige Chance, aber sie erfordert auch Wissen und Fähigkeiten. Etwa bei jungen Menschen: Wie kann ich die Qualität von Informationen beurteilen, wo finde ich evidenzbasierte Informationen? Auch die Frage der exzessiven Handy- oder Internetnutzung und deren möglichen Auswirkungen sowie die Frage nach ergonomischen Arbeitshaltungen zur Prävention von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats sollten bei völlig neuen mobilen Endgeräten, die von vielen nicht nur während

der Arbeitszeit, sondern auch in der Freizeit genutzt werden, thematisiert werden. Und ich bin sehr sicher, dass ein zeitgemäßer Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutz viel stärker als in der Vergangenheit darauf achten muss, Gesundheitskompetenz zu vermitteln — natürlich auch bezogen auf die tatsächlichen Arbeitsrahmenbedingungen. Gut informierte Menschen treffen gute Entscheidungen.

In welchem Umfeld und über welche Kanäle kann Gesundheitskompetenz am besten erlangt werden?

Gerade im Bereich des Vermitteln von Gesundheitskompetenz ist die Digitalisierung natürlich eine unglaubliche Chance, über die wir Gruppen erreichen können, die wir sonst nur schwer erreichen — und ein zentrales Erfolgskriterium ist es, Informationen so zu kommunizieren, dass der Adressat ein Gefühl von Relevanz hat. Wir wissen aus Befragungen zur Gesundheitskompetenz, dem European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q16), dass ein erheblicher Teil der in Österreich lebenden Erwachsenen nach eigener Einschätzung Schwierigkeiten beim Zugang zu sowie beim Verstehen, Bewerten und Anwenden von Gesundheitsinformationen hat. Eine von der AOK durchgeführte, bundesweit repräsentative Studie zur digita-

Die Pandemie hat uns dazu gezwungen, größer zu denken.

Eva Höttl

len Gesundheitskompetenz in Deutschland zeigte, dass es 48,4 Prozent schwerfällt zu beurteilen, ob digitale Informationen zuverlässig sind oder nicht. 40 Prozent finden es zudem „schwierig“ oder „sehr schwierig“, herauszufinden, ob hinter den Gesundheitsinformationen kommerzielle Interessen stehen. Das sind Zahlen, die klarmachen, dass hier viel mehr geschehen muss. Gesundheitskommunikation, die wirken kann, muss auf die Lebenswelten der Zielgruppe eingehen, deren Anliegen ernst nehmen und deren Bedürfnisse kennen. Es ist unvorstellbar, dass sich ein junger Mensch etwa für das Thema „Ergonomieunterweisung“

interessiert. Allerdings spielt der Körper bei der Bewältigung vieler Entwicklungsaufgaben eine wichtige Rolle — auch in Fragen nach Attraktivität und Wirkung auf das eigene und die andere Geschlecht. Und das ist eine echte Chance, Themen wie Bewegung oder Ernährung zu platzieren und Relevanz dafür zu schaffen. Wenn das gut gemacht wird, kann es der Beginn einer sehr stabilen Interaktion werden, die Freude macht und wirkt. Dieser Ansatz spiegelt sich auch im Leitbild der WHO wider — „Make the healthy choice the easy choice“.

In puncto Gesundheitsvorsorge wird das Thema Eigenverantwortung immer lauter. Welchen Ansatz verfolgen Sie hier?

Ich bin eine große Freundin von Eigenverantwortung. Allerdings kann eigenverantwortliches Handeln nur dann eingefordert werden, wenn relevante Informationen für alle gleichermaßen zugänglich sind. Ich denke, wir sind uns einig, dass alle Menschen über möglichst gleiche gesundheitliche Chancen verfügen sollen, aber wir sehen, dass Lebenserwartung und vor allem gesunde Lebensjahre von sozialen Gegebenheiten beeinflusst sind. Die zentrale Frage lautet deshalb: Wie lassen sich die gesundheitlichen Chancen von Menschen verbessern, die aufgrund von Merkmalen wie Einkommen, Bildung, Geschlecht oder Migrationshintergrund sozial benachteiligt und mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von Krankheiten betroffen sind? Es liegt auf der Hand, dass der einfache Zugang zu Informationen für alle ein erster Schritt sein muss.

Gesundheit am Arbeitsplatz kann nie im Silo gelöst werden.

Eva Höttl

Die soziale Isolation hat verstärkt zu psychosozialen Problemen geführt. Wie fangen Sie diesen Effekt der Krise auf?

Das Thema der psychischen Gesundheit war uns immer ein besonders großes Anliegen — aus mehreren Gründen. Einerseits wissen wir, dass psychische Erkrankungen in Österreich der häufigste Grund für krankheitsbedingte Erwerbsunfähigkeit — und damit Frühpensionen — sind. Andererseits wissen wir, dass psychische Gesundheit eine große Rolle dabei spielt, ob und wie jemand sein Erwerbsleben erfolgreich gestalten kann. Lebenslanges Lernen, Zusammenarbeit in Teams, die Belastbarkeit im Bewältigen von beruflichen Herausforderungen oder auch emotionale Stabilität im Kontakt mit Kunden sind zentrale Voraussetzungen für eine gelingende berufliche Laufbahn. Und diese ist — wie wir definitiv wissen — eine gewaltige Ressource, weil sie Selbstwirksamkeit und ein autonomes Leben ermöglicht. Außerdem entwickeln sich psychische Erkrankungen — die meisten jedenfalls — über Jahre, und es ist absolut unverständlich, hier nicht alle präventiven Potenziale zu nutzen. Wir wissen etwa, dass es im Schnitt sieben Jahre von der Erstverschreibung eines Psychopharmakons bis zum Stellen eines Antrags auf Frühpension dauert — und dieses Zeitfenster müssen wir besser nutzen. Der Ruf nach mehr Psychotherapie und mehr psychiatrischer Versorgung ist nachvollziehbar, aber natürlich auch der Tatsache geschuldet, dass wir offensichtlich erst dann reagieren, wenn es zu einer behandlungspflichtigen Erkrankung gekommen ist. Das ist für die Betroffenen leidvoll und für das Gesundheitssystem und übrigens auch den Arbeitsmarkt teuer.

BioBox

Dr. Eva Höttl leitet das Gesundheitszentrum der Erste Bank AG und ist dort für alle Aspekte der betrieblichen Gesundheitsförderung verantwortlich. Seit 2020 ist sie Mitglied des Vorstands der Erste Stiftung, in der sie ihre Kenntnisse über die Wirkung sozialer Probleme auf die Gesundheit des Einzelnen und die Resilienz von gesellschaftlichen Gruppen einbringt. Höttl ist zudem Referentin an der Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention, Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Sprecherin der Initiative „Österreich impft“.



Ihnen liegt Prävention bei Kindern und Jugendlichen ganz besonders am Herzen. Wird diese Zielgruppe in Österreich ausreichend ernst genommen?

Gerade bei Kindern und Jugendlichen, wo Prävention ja beginnen sollte, tun wir die Tatsache, dass psychische Erkrankungen sowie Phänomene wie etwa Cybermobbing oder Essstörungen — nicht nur während der Pandemie — zunehmen, oft mit einem Schulterzucken ab. Wir lesen, dass jährlich zwischen 20 und 30 Prozent der jungen Männer bei der Stellung als untauglich eingestuft werden, wir wissen, dass mehr als ein Drittel der 5- bis 19-Jährigen in Österreich übergewichtig ist, und — was aus meiner Sicht besonders nachdenklich stimmen sollte — wir wissen, dass der Gesundheitszustand unserer Kinder und Jugendlichen in vielen Bereichen sozioökonomisch determiniert ist. Es gibt also definitiv viele Gründe, diese Tatsachen ernst zu nehmen und hier gegenzusteuern.

Tatsächlich gibt es eine Vielzahl an Forschung, Einzelaktionen, Angeboten und Schwerpunkten von den verschiedensten Institutionen, Ländern und Gemeinden zum Thema Jugendgesundheit — viele von ihnen von durchaus hoher Qualität —, aber das alles ist dermaßen zersplittert, dass wir damit nicht in die Breite kommen, vor allem bestimmte Risikogruppen schwer erreichen und daher keine echte Verbesserung sehen können. Ich bin überzeugt, dass das nur lösbar ist, wenn wir es endlich schaffen, abgestimmte Prozesse und klare inhaltliche Standards und Zuständigkeiten zu schaffen.

Im Pandemiejahr hat sich als Folge sozialer Isolation auch das Suchtverhalten verstärkt. Wie reagieren Sie in Ihrem Unternehmen darauf?

Wir arbeiten in puncto Suchtprävention mit Expertinnen und Experten des Anton Proksch Instituts zusammen und wir legen einen besonderen Schwerpunkt auf unsere jüngsten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Lehrlinge — spätestens hier sollte gezielte Prävention beginnen. Alle unsere Lehrlinge verbringen in ihrer ersten Woche einen Tag im Gesund-

heitszentrum und erhalten von verschiedenen Expertinnen und Experten Informationen zu gesundheitlichen Themen, die wir für diese Altersgruppe als wichtig erachten. Suchtprävention ist eines dieser Themen. Ein ganz besonderes Anliegen sind uns hier die nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen — Spielsucht und Kaufsucht im Onlinebereich. Das sind Themen, die sich während der Krise verstärkt haben. Einsamkeit verstärkt die Suchtgefahr enorm.

Das Gesundheitszentrum der Erste Bank gilt als Vorreiter im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung. Ihr Betriebsgeheimnis?

Das sind ganz klar drei Dinge: Erstens habe ich das Privileg, in einem fantastischen und motivierten Team zu arbeiten, und ein Management, das sich für unsere Arbeit ehrlich interessiert und sie unterstützt. Zweitens habe ich den echten Wunsch, verschiedene Menschen wirklich zu verstehen, ihnen zuzuhören und auch von ihnen zu lernen. Menschen erkennen, ob man redliche Absichten hat, und gerade in der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention muss klar sein, was das Ziel ist. So ist es aus meiner Sicht sehr heikel, etwa das Senken von Krankenständen als alleinige Zielgröße vorzugeben, wie das oft geschieht — ich bezweifle, dass das zu einer guten arbeitsmedizinischen Betreuung führt. Wenn hingegen klar ist, dass es das Ziel ist, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen gesundheitlichen Belangen bestmöglich zu betreuen, relevante Informationen regelmäßig und zielgruppengerecht zur Verfügung zu stellen, Angebote zur beruflichen Teilhabe auch für Menschen mit chronischen Erkrankungen zu haben, dann sieht man, dass die Gesundheitskompetenz der Menschen sich verbessert — und Krankenstandzahlen ganz von alleine sinken. Drittens — und das ist mir besonders wichtig — ein klares Bekenntnis zu evidenzbasiertem Vorgehen, gerade in der Prävention. Es gibt absolut keine Maßnahme, die wir setzen, wenn es dafür keine ausreichende Evidenz gibt. Und hier ist die Zusammenarbeit mit universitären Einrichtungen und Fachgesellschaften — in unserem Fall die MedUni Wien — enorm

hilfreich. Auch der Austausch mit anderen Playern aus dem Gesundheitsbereich, etwa mit der AUVA in der Frage der Prävention berufsbedingter Erkrankungen und der PVA in der Frage der Rehabilitation und beruflichen Wiedereingliederung, führt dazu, dass wir sehr gut abgestimmte und für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter transparente Prozesse haben. Gesundheit am Arbeitsplatz kann nie im Silo gelöst werden und sie erfordert ein Verständnis für Public Health.

Stichwort Public Health — was gibt es zu tun?

Public Health meint ja genau das gemeinsame Handeln für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung, und die WHO definiert die Ziele von Public Health in der „Verhinderung von Krankheiten, der Verlängerung des Lebens und die Förderung der Gesundheit“ (WHO 2011). Als anwendungsbezogene, für die Gesellschaft tätige Wissenschaft muss Public Health sich natürlich fortlaufend mit aktuellen Entwicklungen auseinandersetzen, relevante Themen benennen und Konzepte und Strategien entwickeln. Public Health hat hier eine Doppelfunktion — nämlich Wissenschaft und Praxis, unter

Wirkungsvolle Gesundheitsprävention braucht das Verständnis für die Lebensrealitäten der Menschen.



dem Gesichtspunkt sich ständig verändernder Rahmenbedingungen in der Gesellschaft. Die Pandemie hat in den vergangenen Monaten wie ein Vergrößerungsglas aufgezeigt, was gut funktioniert und wo wir Handlungsbedarf haben. Nach derzeitigem Wissensstand scheint es, dass sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen vergleichsweise häufiger mit dem Virus in Kontakt kommen und häufiger von einem schweren Erkrankungsverlauf betroffen sind, was zu einer Verschärfung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen könnte. Gründe dafür sind etwa schwierigere Erwerbs- und Arbeitsbedingungen, beengte Wohnverhältnisse oder — bei Kindern — eingeschränkte digitale Ressourcen und elterliche Unterstützung.

Dies alles mitzudenken — im Planen von Maßnahmen des Infektionsschutzes, Testkonzepten, aber auch der Impfberatung —, ist in der Pandemie wichtig, aber natürlich auch in ganz besonderem Ausmaß in der Zeit danach.

Wissenschaft und Forschung haben durch die Coronapandemie einen massiven Aufschwung erfahren. Wie kann die Wissenschaft näher an die Menschen gebracht werden?

Die medizinische Forschung hat schon in der Vergangenheit Großartiges geleistet — was wir oft vergessen —, aber das letzte Jahr hat zweifellos gezeigt, dass medizinische Forschung durch Bündelung von Ressourcen und eine beeindruckende Kooperation verschiedener Akteure tatsächlich Erstaunliches zu leisten imstande ist. Das hat natürlich auch dazu geführt, dass sich durch Corona deutlich mehr Menschen für Forschung zu interessieren begannen und erkannt haben, dass Forschungsergebnisse dazu beitragen, gesellschaftliche Herausforderungen zu lösen. Während der Krise haben Forschung und Wissenschaft einen ganz zentralen Stellenwert als zuverlässige Informationsquelle eingenommen. Es lohnt sich mit Sicherheit, diese Wissensvermittlung beizubehalten, um komplexe Sachverhalte erklären zu können und auch gezielt Menschen anzusprechen, die der Wissenschaft gegenüber skeptisch sind.

Gesundheitskommunikation, die wirken kann, muss auf die Lebenswelten der Zielgruppen eingehen und deren Anliegen ernst nehmen.

Eva Höttl

Wie kann das Vertrauen in die Wissenschaft gestärkt werden?

Otmar Wiestler, der Helmholtz-Präsident, hat das sehr schön beschrieben. Er meinte: „Wir haben es nicht immer ausreichend geschafft, deutlich zu machen, dass die Wissenschaft keine abschließenden Wahrheiten hat, sondern dass vieles abgewogen werden muss und durchaus noch Gegenstand von Kontroversen ist. Für uns ist dieser Austausch von Argumenten und Positionen normal, in der Öffentlichkeit wurde daraus schnell ein erbitterter Streit gemacht. Da müssen wir in Zukunft den Menschen besser erklären, wie Wissenschaft eigentlich funktioniert.“ Dem ist nichts hinzuzufügen. Gute Gesundheitskommunikation braucht Ehrlichkeit. Es ist ein Faktum, dass wir vieles noch nicht wissen. Datenerhebung braucht ihre Zeit. Und Daten brauchen wir vor allem in der Prävention, um Evidenz zu generieren. Letztendlich müssen erhobene Daten

auch nutzbar gemacht werden, um zu wissen, in welchen Bereichen präventive Maßnahmen gut greifen oder wo noch nachgeschärft werden muss.

Wir können aber — insbesondere nach dem Pandemiejahr, aber auch generell — sehr stolz sein auf Wissenschaft und Forschung und sollten diese auch nach Kräften unterstützen.

Das Thema Impfen zählt zu den klassischen Themen der Prävention. Wie hoch beurteilen Sie das Risiko, dass es durch Impfbefürworter und Impfskeptiker zu einer Spaltung der Gesellschaft kommen könnte?

Ich sehe das optimistisch. Wichtig ist es jetzt, dass möglichst viele Menschen zur Impfung gehen und sich auch ihren zweiten Stich holen. Wahrscheinlich werden wir auffrischen müssen. Und wir werden einige Menschen leider nicht erreichen. Ich glaube trotzdem, dass wir gerade jetzt nicht nachlassen dürfen, den enormen Vorteil, den jede und jeder Einzelne, aber auch die Gesellschaft, durch eine Impfung hat, gerade in den Gruppen zu kommunizieren, die eine skeptische Haltung Impfungen gegenüber haben. Wir wissen, das beste Rezept gegen Unsicherheit Impfungen gegenüber sind die „3 C“: Confidence — also das Vertrauen in Sicherheit und Wirksamkeit, aber auch Vertrauen in das Gesundheitssystem und die Motive der Entscheidungsträger, Complacency als Wahrnehmung von Krankheitsrisiken und ob Impfungen als notwendig angesehen werden, sowie Convenience als das Ausmaß wahrgenommener struktureller Hürden wie Zeitnot oder Aufwand.

Das Beseitigen dieser Hürden wird nur durch gute Kommunikation, die auf verschiedene Zielgruppen eingeht und deren Bedenken ernst nimmt, möglich sein.

Was muss verändert werden, um Österreichs Präventionsagenden auf stärkere Beine zu stellen?

Eine nationale Präventionsstrategie, wie sie übrigens im Regierungsprogramm festgeschrieben ist, würde natürlich ungemein helfen, Akteuren in der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes- und Länderebene sowie Krankenkassen, Pensions- und Unfallversicherungsträgern eine verlässliche Struktur für ihr Zusammenwirken zur Verfügung zu stellen und sich auf gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen zu verständigen. Prävention braucht in der Gesellschaft endlich den Stellenwert, den sie verdient, und sie muss dort stattfinden, wo Menschen den Großteil ihrer Zeit verbringen. Nur so ist es möglich, auch Personen mit besonderem Unterstützungsbedarf zu erreichen, die von sich aus kaum die üblichen Präventionsangebote wahrnehmen. Leider sind es oft genau diese, die einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen bzw. ein erhöhtes Krankheitsrisiko haben.

Hier lohnt sich durchaus ein Blick ins benachbarte Deutschland, wo 2015 das Präventionsgesetz in Kraft getreten ist, das die Aufgaben und Zuständigkeiten der einzelnen Akteure definiert und als Ort der Prävention und Gesundheitsförderung ganz klar die Lebenswelten der Menschen benennt (gesund aufwachsen, gesund leben und arbeiten, gesund älter werden). Berufsgroups wie Schulärztinnen und Schulärzte oder auch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Arbeitsmedizinern und Arbeitsmediziner haben dadurch klar definierte Aufgaben, die den Zielen der Public Health Rechnung tragen, und leisten so einen wertvollen Beitrag zu einer besseren Gesundheit für alle. P

© PETER PROVAZNIK

Christoph Huber zum ÖAW-Ehrenmitglied gekürt

Der österreichische Immunologe und BioNTech-Mitbegründer wurde im Mai 2021 für sein wissenschaftliches Werk geehrt und von der ÖSTERREICHISCHEN AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN (ÖAW) zum Ehrenmitglied der Gesamtakademie ernannt. | von Rainald Edel, MBA

Seitens der Österreichischen Akademie der Wissenschaften hieß es anlässlich der Ernennung zum Ehrenmitglied: „Univ.-Prof. Dr. Dr. hc Christoph Huber zeichnet sich für ein außergewöhnliches wissenschaftliches Werk verantwortlich.“ Sie hob insbesondere seine „herausragende internationale Reputation“ auf dem Gebiet der Krebsforschung hervor. Huber, der schon bisher korrespondierendes Mitglied der Österreichischen Akademie der Wissenschaften war, wurde mit der Ernennung zum Ehrenmitglied der Gesamtakademie die höchste Würdigung dieser Institution zuteil. Wissenschaftlich hat sich Huber, der an der Uni Innsbruck Medizin studierte und lange Professor für Innere Medizin an der Universität Mainz war, vor allem der Krebsimmuntherapie und der Stammzelltransplantation gewidmet. Der breiten Bevölkerung bekannt wurde er als Mitbegründer der Firma BioNTech, der es gemeinsam mit dem Pharmapartner Pfizer gelungen ist, den ersten Impfstoff auf mRNA-Basis zur Zulassung zu bringen und die auch der Hauptträger der österreichischen COVID-19-Impfkampagne ist. Die Ankündigung, dass er mit BioNTech in der finalen Zulassungsphase mit einem COVID-19-Impfstoff stehe, kündigte Huber im Oktober 2020 anlässlich der 5. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten an.

Internationale Erfahrung

Christoph Huber stammt aus einer österreichischen Gelehrtenfamilie. Er wurde 1944 in Wien als viertes Kind des späteren Ordinarius für Chirurgie der Leopold-Franzens-Universität in Innsbruck, Prof. Dr. Paul Huber, geboren. Nach dem Besuch der Mittelschule am Schottengymnasium in Wien bzw. dem Akademischen Gymnasium in Innsbruck, studierte er Medizin an der Leopold-Franzens-Universität in Innsbruck. Nach der Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin am Universitätsklinikum Innsbruck habilitierte er sich 1976 für das Fach Innere Medizin. Forschungs- und Ausbildungsaufenthalte in Immunologie und Stammzell-Transplantation führten Huber an das Karolinska Institut für Tumorbologie in Stockholm, das Department für Immunologie des Wallenberg Institutes in Uppsala und das Fred Hutchinson Cancer Research Center in Seattle zum späteren Nobelpreisträger Prof. Don Thomas. 1984 wurde er zum Professor für Klinische Immunologie und Stammzell-Transplantation und Leiter der gleichnamigen Abteilung an der Leopold-Franzens-Universität in Innsbruck ernannt. Von 1990 bis 2009 leitete Huber die 3. Medizinische Klinik mit den Schwerpunkten Hämatologie, Onkologie und Stammzell-Transplantation an der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz.

Vielfältiges Arbeitsspektrum

Als Kliniker baute Christoph Huber zunächst in Innsbruck ein innovatives Stammzell-Trans-



plantations- und Immuntherapie-Programm auf und entwickelte dann die Universitätsmedizin Mainz zu einem international führenden Zentrum für Immunonkologie und Stammzell-Transplantation. Ebenfalls gründete er eine erfolgreiche Medizinerschule mit Besetzung von zahlreichen einschlägigen Ordinariaten in Deutschland, Österreich, in den Niederlanden und in Schweden.

Als Forscher hat sich Huber auf die Untersuchung von Mechanismen der Tumorabwehr bzw. Stammzell-Transplantation und ihrer therapeutischen Beeinflussung konzentriert und über 500 Originalarbeiten, mehrheitlich in führenden Fachzeitschriften, publiziert und gilt international als einer der führenden Köpfe der Entwicklung in diesen Hoffungsgebieten. Als Forschungsmanager bzw. Gutachter und Berater war Huber zum einen Gründer akademischer Forschungsstrukturen wie des Sonderforschungsbereichs 432 „Tumorabwehr“ und der klinischen Forschergruppe 410 „Lymphozytenabwehr“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Gründer und Langzeit-Präsident des inzwischen in Europa führenden Forschungsnetzwerks Association for Cancer Immunotherapy (CIMT), Präsident der neu gegründeten europäischen Dachorganisation European Network for Cancer Immunotherapy (ENCI), des translationalen Onkologie Instituts (TRON) und des Spitzentechnolo-

BioNTech-Mitbegründer Christoph Huber wurde zum Ehrenmitglied der Österreichischen Akademie der Wissenschaften ernannt.

ÖAW ÖSTERREICHISCHE AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN

gie-Cluster „Individualisierte Immunintervention-CI3“ der deutschen Bundesregierung.

Zum anderen war Huber Herausgeber internationaler Fachjournale, Lehr- und Handbücher, Gutachter oder Funktionsträger nationaler und internationaler Forschungsförderungs-Organisationen (Senatskommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Berater des „Experimental Cancer Medicine Center“ Programms der Cancer Research UK, des ISREC Programms der Swiss Science Foundation, der Forschungskommission der Deutschen Krebshilfe, Vorsitzender der „Kommission somatische Gentherapie“ der deutschen Bundesärztekammer, Kurator des Österreichischen Fonds zur Förderung wissenschaftlicher Forschung) und wissenschaftlicher Berater aller deutschen Großforschungseinrichtungen der Lebenswissenschaften (Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, Max Delbrück Zentrum Berlin, Helmholtz-Zentrum für Umwelt und Gesundheit München), des Paul-Ehrlich-Instituts in Langen und der deutschen Zulassungsbehörde für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel.

Unternehmerische Karriere

In den letzten 20 Jahren betätigte sich Christoph Huber als Unternehmer mit Forschungstransfer und der Gründung und Beratung von Biotech-Firmen. 2001 gründete er gemeinsam mit Prof. Dr. Ugur Sahin und PD Dr. Özlem Türeci die Ganymed Pharmaceuticals, 2008 die BioNTech SE und 2009 das gemeinnützige translationale Forschungsinstitut TRON. Ganymed hat klinisch erfolgreich validierte monoklonale Antikörper gegen die vom Ganymed-Team auch entdeckten Tumorantigene entwickelt und damit die Lebenserwartung von Erkrankten mit Tumoren des oberen Gastrointestinaltrakts verdoppelt. Ganymed wurde 2016 an den big pharma Konzern Astellas verkauft, der derzeit den Antikörper in mehreren Zulassungsstudien testet. BioNTech ist ein inzwischen an der NASDAQ gelistetes Biotech-Unternehmen mit mehr als 2.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Sie ist einer der globalen Führer bei der Entwicklung hochinnovativer mRNA-basierter Immuntherapeutika gegen Krebs bzw. Infektionskrankungen. BioNTech hat mit seinen Partnerfirmen Pfizer und Fosun das weltweit erste zugelassene COVID-19-Vakzin entwickelt. Dieses und andere hochinnovative Medikamente werden derzeit in großskaligen Kooperations-Deals mit führenden Pharmakonzernen (Genentech/Roche, Sanofi, Eli Lilly, Pfizer, Bayer, Genmab, Fosun, Regeneron u. a.) weiterentwickelt. Neben seiner Unternehmertätigkeit war und ist Huber ein international tätiger Mentor für akademische Spin-off-Firmen, Mitglied von Scientific Advisory Boards von Pharma- und Biotechnologiefirmen sowie von strategischen Investoren in Deutschland, im Vereinigten Königreich, in Frankreich, Österreich, Norwegen und in den USA.

Die Ehrenmitgliedschaft der Gesamtakademie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften ist nicht die einzige Würdigung der außergewöhnlichen Karriere von Christoph Huber. Er ist zudem Ehrendoktor der Universitätsmedizin Innsbruck und Mainz und Träger von Auszeichnungen wie dem Bundesverdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Österreich, dem Verdienstorden des Landes Rheinland-Pfalz und des Landes Tirol. P

Arzneimittelversorgung — Netzwerke als Krisenmanager

Die Coronapandemie hat die Wichtigkeit robuster Arzneimittellieferketten deutlich in den Vordergrund gerückt. **DI DR. CHRISTA WIRTHUMER-HOCHE**, Leiterin der AGES Medizinmarktaufsicht und verfahrensleitendes Mitglied des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) und Vorsitzende des Management Boards der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA), plädiert für eine intensive kommunikative und operative Vernetzung aller an der Arzneimittelversorgung beteiligten Akteure. | von Lisa Türk, BA

Situationselastizität, Reaktionsfähigkeit, Kommunikation und Transparenz lauten die krisenrelevanten Schlagworte im Zusammenhang mit Bedarf, Lagerhaltung und durchschnittlichem Verbrauch von Arzneimitteln. „Eine optimale Arzneimittelversorgung kann nur dann funktionieren, wenn wirklich alle Akteure der gesamten Lieferkette — von der pharmazeutischen Industrie, über die Logistik, den Großhandel, die Spitalsapotheken bis hin zu Patientinnen und Patienten — transparent zusammenarbeiten“, erläutert DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche im Gespräch mit PERISKOP. Die Coronapandemie hat aufgrund des unvorhersahbaren Anstiegs des Arzneimittelbedarfs auch die Bedeutung der Stärkung Europas als pharmazeutischen Wirtschaftsstandort verdeutlicht. „Auch Exportbeschränkungen aus Krisengebieten und Zwischenfälle beim Transport haben gezeigt, wie wichtig es ist, Produktionsstätten wieder nach Österreich und Europa zurückzuholen, um die Stabilität der Lieferketten zu gewährleisten, Lieferverzögerungen entgegenzuwirken und letztlich Abhängigkeiten zu minimieren“, so Wirthumer-Hoche.

Eine optimale Arzneimittelversorgung funktioniert nur, wenn alle Akteure der gesamten Lieferkette transparent zusammenarbeiten.

Christa Wirthumer-Hoche

Kritikalität im Fokus

Besonders wichtig ist es laut der Leiterin der AGES Medizinmarktaufsicht, das Hauptaugenmerk auf kritische Arzneimittel zu richten. „Es ist essenziell, die Herstellung von Arzneimitteln, die lebensnotwendig sowie lebenserhaltend sind und somit als kritisch eingestuft werden, in Europa voranzutreiben.“ Desweiteren wird sowohl auf nationaler als auch EU-weiter Ebene bereits daran gearbeitet, eine standardisierte Klassifikation der Kritikalität von Arzneimitteln festzulegen, um in weiterer Folge als vorbeugende Maßnahme z. B. eine Mindestbevorratung oder andere Aktionen zu veranlassen. Auch eine verpflichtende Gestaltung in Form gesetzlicher Bestimmungen ist laut Wirthumer-Hoche in Verbindung mit der Mindestbevorratung in bestimmten Fällen anzudenken. „Die bestmögliche und kontinuierliche Versorgung besonders vulnerabler Patientinnen- und Patientengruppen, für die es keine Alternativtherapien gibt, muss allenfalls gewährleistet sein — gerade in Krisensituationen“, unterstreicht die Expertin. Studienbasierend habe sich zudem gezeigt, dass eine Bevorratung für einen Zeitraum von ungefähr

fünf Monaten mit der Lösung von etwa 85 Prozent der Lieferengpässe einherginge. „Das sind durchaus vielversprechende Zahlen“, befindet Wirthumer-Hoche im Hinblick auf die Evaluierung diesbezüglicher Herangehensweisen.

Spitalsapotheken an vorderer Front

Die Verfügbarkeit ausreichender Arzneimittelmengen hat sich im Zuge der Pandemie auch im intramuralen Bereich als enorm wichtig erwiesen. „Besonders in der Intensivmedizin war es wichtig, die erforderlichen Arzneimittel in ausreichenden Mengen zur Verfügung zu haben, und die Non-COVID-Patientinnen und -Patienten durften nicht vergessen werden“, erklärt Wirthumer-Hoche. Einerseits liegt es diesbezüglich in der Verantwortung der Zulassungsinhaber, den entsprechenden Bedarf adäquat zu kalkulieren; andererseits sei es auch Aufgabe der bestellenden Stellen, den Bedarf noch besser zu kennen und abzuschätzen. Dies sei jedoch nur auf Basis einer intensiven Kommunikation sowie Vernetzung und eines kontinuierlichen



Christa Wirthumer-Hoche im Gespräch mit PERISKOP über stabile und krisenresistente Arzneimittellieferketten.



Informationsaustauschs aller an der Lieferkette Beteiligten möglich. Wirthumer-Hoche hebt an dieser Stelle speziell die Rolle der Spitalsapothekerinnen und -apotheker hervor. Diese arbeiten in aller Regel eher im Hintergrund — etwas, das sich im vergangenen Jahr jedoch drastisch geändert hat: Denn die Expertise der Krankenhaus-Apothekerinnen und -Apotheker hat sich in der Krise als unerlässlich erwiesen. Auf nationaler Ebene waren in Verbindung mit der Bedarfserhebung und ge-

Wir müssen die Netzwerke, die wir als Instrumente des Krisenmanagements gebildet haben, weiter nutzen.

Christa Wirthumer-Hoche

rechten Verteilung von Arzneimittelprodukten vor allem der direkte Austausch und die Zusammenarbeit mit den Bundesländern ganz wesentlich. „Wir haben in Österreich gemeinsam mit den Anstaltsapothekerinnen und -apothekern ein System der gerechten Arzneimittelverteilung implementiert, das sich im intramuralen Bereich bestens bewährt hat“, erläutert Wirthumer-Hoche. Die Basis dieses Netzwerks: der regelmäßige Austausch im Hinblick auf Krankheitsfälle, Arzneimittelbedarf (speziell in der Intensivmedizin) sowie Auslastung der Intensivbetten — sowohl österreich- als auch europaweit. Im Kontext des Wissens- und Informationsaustauschs betont Wirthumer-Hoche auch den immer wichtiger werdenden Stellenwert von Digitalisierung und integrierten IT-Systemen. Es gelte, europaweit Datenbanken und Informationsquellen zu erarbeiten, die auf transparente und effiziente Weise rasch Aufschluss über Lagerbestand sowie Bevorratung und Arzneimittelbedarf geben, um einerseits eine faire Verteilung von Arzneimitteln herzustellen und andererseits den einzelnen Ländern die Möglichkeit zu geben, einander gegebenenfalls auszuweichen.

Den Innovationsschwung mitnehmen

Die Coronakrise hat alle an der Arzneimittelversorgungskette beteiligten Akteurinnen und Akteure vor neue Herausforderungen gestellt. Es hat sich gezeigt, dass es in Krisensituationen — speziell in der Intensivmedizin — häufig zu einem sprunghaften Anstieg des Bedarfs an bestimmten Arzneimitteln kommt. Diese Bedarfszunahme wiederum geht mit der Notwendigkeit einer Implementierung effizienter und flexibler Versorgungssysteme einher — stets auf Basis eines kommunikativen Miteinanders. In diesem Zusammenhang hat die Krise allenfalls neue Chancen eröffnet — nämlich Dinge umzusetzen, die in den vergangenen Jahren nicht möglich waren. Diesen Innovationsschwung, diese Bereitschaft zur Veränderung gilt es laut Christa Wirthumer-Hoche nun wahr- und mitzunehmen, um langfristig gestärkt voranzugehen. „Wir tun allenfalls gut daran, die Dinge, die sich in der Not bewährt haben, mitzunehmen. Wir müssen die Netzwerke, die wir als Instrumente des Krisenmanagements gebildet haben, weiter nutzen und die geschaffene Transparenz weiter ausbauen, um — anstatt wieder retour — gemeinsam und gestärkt voranzugehen“, resümiert die Expertin abschließend in Verbindung mit einem nachhaltigen krisensicheren und zukunftsfiten österreichischen Arzneimittelversorgungssystem. **P**

© LUDWIG SCHIEDL

Gesund und gepflegt. Ein Leben lang.

Bitte zugreifen.

**Pflegeberuf und Pflegeausbildung.
Jetzt bewerben!**

Mein sicherer Job mit Zukunft. In meiner Region. Wir bei der Landesgesundheitsagentur bieten unseren ArbeitnehmerInnen verlässliche Jobs in einem zukunftssicheren Unternehmen – an 77 Standorten, in allen Regionen Niederösterreichs.

MEHR ALS EIN JOB. MEIN LEBEN LANG.

**In unseren Kliniken und Pflegezentren –
in ganz Niederösterreich.**



Einheitlicher Leistungskatalog für alle Kassenärztinnen und -ärzte

Um die medizinischen Leistungen für Patientinnen und Patienten in allen Kassenordinationen in ganz Österreich zu vereinheitlichen, hat die Bundeskurie niedergelassene Ärzte einen 150 Seiten starken Entwurf für einen einheitlichen Leistungskatalog vorgelegt. PERISKOP sprach mit **MR DR. JOHANNES STEINHART**, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer und Bundeskurienobmann der niedergelassenen Ärzte, **MAG. JÜRGEN SCHWAIGER**, Leiter der Bundeskurie niedergelassene Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer und **MR DR. EDGAR WUTSCHER**, Projektleiter und Obmann der Bundessektion Allgemeinmedizin der Österreichischen Ärztekammer über den Abschluss dieses „Mammutprojekts“. | von Mag. Dren Elezi, MA

Mit diesem Entwurf sollen die von der Politik bei der Sozialversicherungsreform angekündigten einheitlichen medizinischen Leistungen für die Patientinnen und Patienten in allen Kassenordinationen in ganz Österreich erreicht werden.

PERISKOP: Die Bundeskurie niedergelassene Ärzte hat einen modernen und den aktuellen medizinischen Anforderungen entsprechenden Leistungskatalog für alle medizinischen Fächer erarbeitet und vorgelegt. Welchen Beitrag soll dieser Entwurf leisten?

STEINHART: Wie haben uns dieser Herausforderung gestellt und mit Expertinnen und Experten aus allen medizinischen Fächern in einem aufwändigen Prozess die bestehenden Leistungskataloge aller medizinischen Fächer konsequent überprüft und an die aktuellen Gegebenheiten angepasst. Besonders wichtig ist uns dabei sicherzustellen, dass auch wirklich alle, in den Arztpraxen erbrachten Leistungen abgebildet sind. In dem 150-seitigen Entwurf, den wir präsentiert haben, werden medizinische Leistungen angeführt, die künftig in den Arztpraxen vom Bodensee bis zum Neusiedlersee angeboten werden sollen. Wichtig war, dass der Katalog all jene medizinischen Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten abbildet, die in den Ordinationen auch tatsächlich erbracht werden können. Dabei handelt es sich um medizinische State-of-the-Art-Leistungen, die keiner Bürgerin und keinem Bürger verwehrt bleiben sollten.

Wir verstehen diesen Leistungskatalog, der von Ärztinnen und Ärzten für Ärztinnen und Ärzte erarbeitet wurde und die gesamte aktuelle medizinische Kompetenz bündelt, als Beitrag der niedergelassenen Ärzteschaft zur Kassenreform und zur im Vorjahr gegründeten Österreichischen Gesundheitskasse. Wir wollen die kassenärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich zukunftssicher machen. Gleichzeitig möchten wir betonen, dass das kein Honorarkatalog ist. **SCHWAIGER:** Nach der Fokussierung der österreichischen Gesundheitspolitik auf die Coronapandemie in den vergangenen 14 Monaten ist es jetzt besonders wichtig, die Weichen für die Zukunft der niedergelassenen Gesundheitsversorgung in sinnvoller, innovativer und praxisgerechter Weise zu stellen. Wir haben daher nicht nur die heutigen Anforderungen der modernen Medizin berücksichtigt, sondern auch die Erfahrungen aus der Coronakrise eingearbeitet. **WUTSCHER:** Wir haben uns dieser Aufgabe angenommen, da es uns ein wichtiges Anliegen war, dass ein Leistungskatalog von denjenigen erstellt wird, die das nötige Wissen sowie die Fachkenntnisse haben und auch die Bedürfnisse kennen. Die Leistungen müssen am Ende dort angeboten werden, wo man sie braucht. Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sowie Fachärztinnen und Fachärzte haben sich hier auf einen guten und fachbegründeten Konsens geeinigt und einen Leistungskatalog präsentiert, der einerseits die aktuellen Bedürfnisse der Medizin umfasst und andererseits patientenbezogen ist.



In dem 150-seitigen Entwurf werden medizinische Leistungen angeführt, die in den Arztpraxen vom Bodensee bis zum Neusiedlersee angeboten werden sollen.
Johannes Steinhart

Was waren Ihre Beweggründe für ein solches Mammutprojekt und mit welchen Herausforderungen waren Sie bei der Erstellung konfrontiert?

SCHWAIGER: Hintergrund dieser sehr aufwändigen Aktion der Bundeskurie niedergelassene Ärzte war, dass sich in den vergangenen Jahrzehnten aufgrund des Föderalismus in Österreich die kassenärztlichen Leistungskataloge regional oft sehr unterschiedlich entwickelt haben. Sie wurden im Laufe der Zeit immer wieder neu verhandelt, verbessert und adaptiert. Je nach Schwerpunktsetzung und medizinischen Notwendigkeiten, wurden diese Leistungen unterschiedlich honoriert. Die Leistungskataloge konnten allerdings nicht immer in jedem Punkt mit den rasanten Fortschritten der modernen Medizin, der Behandlungsrealität in den Arztpraxen und den Bedürfnissen der Menschen Schritt halten. Die österreichische föderalistische Tradition und ihre jahrzehntelangen Entwicklungen zeigten sich schlussendlich auch bei der Erstellung dieses Projekts, als sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit regional oft sehr unterschiedlichen Ausprägungen der kassenärztlichen Leistungskataloge gegenüberstanden.

Was haben die derzeit unterschiedlichen Leistungen in den Arztpraxen für Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten?

STEINHART: Das Ergebnis ist, dass bestimmte Leistungen in bestimmten Bundesländern angeboten wurden und in anderen nicht, und dass die ärztlichen Honorare oft ohne sachlichen Grund beträchtlich schwanken. Dazu kommt, dass der bürokratische Aufwand z. B. für die Bewilligung von bestimmten Medikamenten, Diagnosen und Therapien je nach Bundesland sehr unterschiedlich sein kann. Es ist für viele Menschen schwierig zu verstehen, warum für Bürgerinnen und Bürgern unterschiedlicher Bundesländer unterschiedliche Kassenleistungen angeboten werden. **SCHWAIGER:** Die Zufälligkeit des Wohnortes darf hier nicht länger das entscheidende Kriterium sein, ob man eine Therapie bekommt oder nicht. Eine Vereinheitlichung ist also nicht nur medizinisch sinnvoll, sondern auch gerecht. Ein praktisches Beispiel ist die Versorgung chronischer Wunden, die in den Bundesländern sehr unterschiedlich gehandhabt wird und im neuen Katalog nun umfassend abgebildet ist. Ebenso verhält es sich bei der Raucherberatung, der Menopauseberatung, der Hauttumor-Nachsorge oder der ambulanten Schlafapnoe.

Zur Modernisierung des Kataloges sind neue, dem aktuellen Medizinstandard entsprechende Leistungen eingeführt worden. Was ist darunter zu verstehen?

WUTSCHER: Ein Beispiel ist die Telemedizin, deren Stellenwert während der Coronapan-

demie enorm zugenommen hat. Sie hat viele Vorteile gebracht und wird das auch weiterhin tun. Deshalb müssen telemedizinische Leistungen unbedingt in einem modernen Leistungskatalog realistisch abgebildet werden. Diese haben sich gerade während der Coronapandemie besonders bewährt, weil sie einen Arzt-Patienten-Kontakt ohne Infektionsrisiko ermöglichten. Im Einzelnen handle es sich hier um die Teleordination inklusive telefonischer Krankenschreibung und Online-Rezepte sowie den elektronischen Datenaustausch zwischen Krankenhaus, Ambulanzen beziehungsweise Patientinnen und Patienten. In dem neuen Katalog werden auch gesprächsmedizinische Leistungen stärker berücksichtigt werden. Für die Zukunft sind insbesondere die Gesprächsmedizin und die Zuwendung zum Menschen wesentliche Punkte. Schließlich ist es eine der Hauptaufgaben von Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, den Menschen durch Gespräche und Beratung bei der Hand zu nehmen und zu führen und im Falle einer Erkrankung zu betreuen und zu behandeln. Hierbei handelt es sich um einen Zeitaufwand, der in den verschiedenen Positionen der Gesprächsmedizin abgebildet wird. Auch die Betreuung von Schmerzpatientinnen und -patienten, die Beratung und Begleitung von Krebspatientinnen und -patienten, die Raucherberatung, die Einführung von delegierbaren Leistungen wie Visiten durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten oder Ergotherapeutinnen und -therapeuten werden daher in diesen Leistungskatalog miteinbezogen. Auch neue Fachgruppen wie die Nuklearmedizin, die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, die plastische und die Neurochirurgie werden in den Katalog aufgenommen. Natürlich konnten gleichzeitig viele veraltete Leistungspositionen aus den bestehenden Honorarkatalogen gestrichen werden, wie einige „antiquierte Leistungen“ aus den Bereichen Labortechnik und physikalische Medizin.

Inwiefern trägt dieser Leistungskatalog auch zur Attraktivierung bei?

STEINHART: Veraltete Leistungskataloge haben dazu beigetragen, dass sich immer weniger Medizinerinnen und Mediziner für den Beruf des Kassenspezialisten entscheiden. Es ist zudem wichtig, dass man auch den Aspekt des Ärzten- und Ärztemangels miteinbezieht. Solange die Arbeitsbedingungen und die

Wir haben nicht nur die heutigen Anforderungen der modernen Medizin berücksichtigt, sondern auch die Erfahrungen aus der Coronakrise eingearbeitet.
Jürgen Schwaiger



Die Leistungen müssen am Ende dort angeboten werden, wo man sie braucht.
Edgar Wutscher

Arztusbildung in Österreich nicht verbessert werden, werden sich Jungmedizinerinnen und -mediziner immer häufiger dazu entscheiden, nach Absolvieren des Medizinstudiums in Österreich ins Ausland zu gehen, obwohl sie in Österreich ihre Ausbildung genossen haben. Es gibt also viele gute Argumente für einen modernen und österreichweit einheitlichen Leistungskatalog als Grundlage kassenärztlicher Leistungen. Ich denke, dazu haben wir nun einen maßgeblichen Beitrag geleistet. **WUTSCHER:** Ich sehe es auch als wesentlich, dass wir den jungen Ärztinnen und Ärzten zeigen, dass die Allgemeinmedizin ein interessanter Bereich ist. Für die Behandlung ist es daher wichtig, dass wir ihnen Gestaltungsmöglichkeiten und eine moderne Medizin anbieten, um sie für den Beruf zu motivieren und begeistern.

Der einheitliche Leistungskatalog ist nun erfolgreich abgeschlossen. Wie geht es nun weiter?

STEINHART: Dieser Leistungskatalog ist der Beitrag der Ärztervertretung zu einer Kassenreform, die diesen Namen auch wirklich verdient und bei der die Weichen tatsächlich neu und kompetent gestellt werden. Somit liege eine solide und belastbare medizinische Grundlage für die Verhandlungen zwischen der Ärztekammer und der Österreichischen Gesundheitskasse vor. Welche dieser medizinisch wünschenswerten Leistungen sich dann tatsächlich in der kassenärztlichen Realität wiederfinden wird, wird Gegenstand der Verhandlungen mit der Österreichischen Gesundheitskasse werden. Die Coronakrise darf nicht dazu führen, dass wichtige Modernisierungen und Verbesserungen im österreichischen Gesundheitssystem auf die lange Bank geschoben werden. Was die anstehenden Verhandlungen betrifft, hoffe ich, dass die Kassenführung ausreichend Innovationsbereitschaft und gesundheitspolitische Tatkraft und Verantwortung aufbringt, um eine reale Verbesserung und Modernisierung der kassenärztlichen Versorgung auf den Weg zu bringen. **WUTSCHER:** Wir erwarten, dass unsere Arbeit an diesem Leistungskatalog auch gewürdigt und ernst genommen wird. Schließlich waren hier

praktisch tätige Medizinerinnen und Mediziner am Werk, und nicht Ökonomen, Juristen oder Manager. Ein neuer Katalog mit vielen modernen State-of-the-Art-Leistungen wird selbstverständlich auch mehr kosten als bisher. Dafür werden aber z. B. bei den Krankenhäusern Kosten eingespart. Es ist zu hoffen, dass bei der Kassenführung nicht kurzfristiges Sparen im Vordergrund steht, um die Kosten der Kassenreform zu finanzieren, sondern das Interesse und Wohl der Bürgerinnen und Bürger. In jedem Fall muss mehr öffentliches Geld in die Gesundheitsversorgung investiert werden, denn es muss jedem klar sein, dass Gesundheit ein hohes Gut ist und dass moderne medizinische Leistungen für immer mehr und immer älter werdende Menschen eben Geld kosten und nicht gratis zu haben ist. Man muss den Weg der Einsparungen im Gesundheitswesen verlassen — denn primäres Ziel muss die Versorgung der Patientinnen und Patienten sein.

Bei diesem Entwurf handelt es sich um einen „Katalog in ständiger Weiterentwicklung“.

SCHWAIGER: Dieser Katalog wird regelmäßig aktualisiert und dem neuesten Wissen angepasst. Das bringt eine Aktualisierungsautomatik mit sich, bei der jede Fachgruppe — bei ihren Sitzungen, die mindestens halbjährlich stattfinden — die Katalogpositionen evaluiert und aktualisiert. Damit ist gewährleistet, dass der Katalog ständig den aktuellen Stand repräsentiert. Diese könne nur die Ärztekammer mit ihren bewährten Strukturen gewährleisten. **WUTSCHER:** Das ist richtig! Die Ergebnisse des neuen Leistungskatalogs wurden von mehr als 200 Ärztinnen und Ärzten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Landesärztekammern und einer medizinischen Taskforce gemeinsam mit der „Arbeitsgemeinschaft Kassen“ erarbeitet. Erfreulicherweise konnten die Arbeiten am einheitlichen Leistungskatalog bereits im März 2020 abgeschlossen werden. Aufgrund der Coronapandemie ist dann die Hilfe für die Menschen in den Vordergrund gerückt. Nun gilt es, den Menschen die beste Medizin, die beste Ausbildung zu ermöglichen und ihnen mit diesem Leistungskatalog Vertrauen geben zu können. P





PERFORMANCE



Premiere für neue PRAEVENIRE Initiative

Kinder- und Jugendgesundheits 2030

Erstmals fand ein PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH AM FUSSE DER RAX statt. Im Rahmen der Leadership-Kampagne des Fördervereins „Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich“ startete damit eine neue PRAEVENIRE Initiative, die sich für die Gesundheitsversorgung der Jüngsten in der Bevölkerung einsetzt. | von Mag. Beate Krapfenbauer

Das PRAEVENIRE Gesundheitsforum (der Verein PRAEVENIRE – Gesellschaft zur Optimierung der Gesundheitsversorgung) möchte ein Wegweiser für die Zukunft der Gesundheitsversorgung sein, der aufzeigt, wie wir ein modernes, leistungsfähiges und solidarisches Gesundheitssystem für die österreichische Bevölkerung erhalten und entwickeln können. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist dabei dem Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich sowie dem PRAEVENIRE Gesundheitsforum ein wichtiges gemeinsames Anliegen.

Deshalb wurde im Juni die neue PRAEVENIRE Initiative „Kinder- und Jugendgesundheits 2030“ gestartet. Die Auftaktveranstaltung fand mit dem PRAEVENIRE Gipfelgespräch erstmals am Fuße der Rax, im Parkhotel Hirschwang im gleichnamigen Nachbarort von Reichenau, statt. Für die über 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die aus ganz Österreich kamen, war bereits die Anreise zum an der niederösterreichisch-steirischen Grenze liegenden Bergmassiv ein „erhebendes“ Erlebnis. Entsprechend motiviert, konnte das dichte Tagungsprogramm am bislang heißesten Tag des Jahres erlebt und am Ende der Grundstein in einem eigenen Kapitel des kommenden PRAEVENIRE Weißbuchs

Teilnehmende der Podiumsdiskussion (v.l.): Stephan Pernkopf, Ulrike Königsberger-Ludwig, Markus Wieser, Bernhard Wurzer

„Zukunft der Gesundheitsversorgung (Version 2021/22)“ gipfeln. Die im Weißbuch gesammelten und auf dem Expertenkonsens basierenden gesundheitspolitischen Handlungsempfehlungen von PRAEVENIRE werden im Herbst der Bundesregierung und relevanten Stakeholdern des Gesundheitswesens überreicht.

Doch der Reihe nach: Der Gründer und Obmann des Fördervereins Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich Markus Wieser startete in das Tagungsprogramm mit der Begrüßung, in der er seine persönliche Motivation zur Gründung des Fördervereins darlegte: Als Vater wurde er im Zuge der Leukämieerkrankung seiner Tochter mit dem Mangel an kinder- und jugendgerechter rehabilitativer Versorgung konfrontiert: kaum vorhandene auf Kinder und Jugendliche spezialisierte Infrastruktur, Intransparenz der Zuständigkeiten und fehlende (arbeits-)rechtliche und finanzielle Absicherung bei der Begleitung der Kinder durch die Eltern z. B. bei einem mehrwöchigen Reha-Aufenthalt. Als Eltern habe man im Fall einer akuten Erkrankung andere Sorgen, als sich auf den steinigen Wegen der Bürokratie und intransparenten Pfaden der Zuständigkeiten durchzumanövrieren. Seit der Gründung 2009 hat sein Verein maßgeblich zur Errichtung von spezialisierten Institutionen für Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich beigetragen. Doch damit nicht genug. Wie wichtig die gemeinsame Initiative zur Optimierung der Gesundheitsversorgung der Jüngsten und Jungen in

der Bevölkerung über kindergerechte Rehabilitation hinaus ist, konnte er in der hochkarätig besetzten einführenden Podiumsdiskussion mit Dr. Stephan Pernkopf, Landeshauptfrau-Stv. der Niederösterreichischen Landesregierung, Ulrike Königsberger-Ludwig, Landesrätin der Niederösterreichischen Landesregierung und Mag. Bernhard Wurzer, Generaldirektor der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) festmachen. Kinder und Jugendliche sind keine kleinen Erwachsenen. Sie benötigen spezielle medizinische Betreuung und Versorgung und verdienen ein Gesundheitssystem, das ihre speziellen Bedürfnisse kennt und in der Versorgungspraxis bestmöglich berücksichtigt. In diesem Sinne müssen die optimale medizinische Versorgung, der kostenlose Zugang zu notwendigen Therapien sowie die arbeits- und sozialrechtliche Sicherung der Familien in Notsituationen in den Fokus genommen werden. Gerechte Ressourcenverteilung und eine Wahrung der Kinderrechte sind Teil dieses Anliegens. Im Anschluss an die Podiumsdiskussion wurde in vier Keynotes je ein wichtiges Problemfeld umrissen. Auf dieser Basis arbeiteten die teilnehmenden Expertinnen und Experten in den korrespondierenden vier Arbeitsgruppen Lösungsvorschläge aus.

Thema 1: Kinder- und Jugendrehabilitation Als Einführung zum Thema hielten Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Grieshofer, ärztlicher Leiter der Kinderreha Judendorf-Straßengel und Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Sperl, Rektor

der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg, der auch die Ergebnisse aus der späteren Arbeitsgruppe präsentierte, ihre Keynotes. Während es in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in den letzten Jahren durchaus Fortschritte gegeben hat, besteht dennoch weiterhin Optimierungspotenzial, das aktiv realisiert werden sollte. Das dringlichste Problem in der Kinder- und Jugendrehabilitation stellt die Regelung zu Begleitpersonen dar. Für sie fehlt eine rechtliche (z. B. Freistellung von der Arbeit) und finanzielle Absicherung während des oft wochenlang dauernden Reha-Aufenthalts. Kriterien der Familienorientierung sind klar hinterlegt, jetzt braucht es solche auch für die Begleitperson. Dazu müssen die Zuständigkeiten klar geregelt sein und Leistungsprofile für Zahler, Versicherer, Träger etc. in Expertengruppen und spezifisch für jede medizinische Indikation erstellt werden. Für die Nachsorge müssen Bund und Länder für eine österreichweit einheitliche Erhebung des Bedarfs zusammenarbeiten. Weiters ist eine Resilienzstrategie zu erstellen, um für kommende Krisen gerüstet zu sein. Für alle Maßnahmen gilt, einen strikten Zeitplan aufzusetzen, um die nächsten Schritte frühzeitig setzen und das Ziel möglichst vor 2030 erreichen zu können.

Thema 2: Sicherstellung pädiatrischer Grundversorgung

Das zweite Thema, präsentiert von Univ.-Prof. Dr. Daniela Karall, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde (ÖGKJ), war der Sicherstellung pädiatrischer Grundversorgung gewidmet. Die Regelversorgung mit Pädiaterinnen und Pädiatern in Österreich steht – zumindest im kassenärztlichen Setting – zunehmend unter Druck. So waren laut einer Studie 2019 im österreichischen Schnitt zwölf Prozent der Planstellen unbesetzt. Dies stellt laut ÖGKJ keinen vorübergehenden Engpass dar, mit einer Verschärfung dieses Umstandes ist in bestimmten Regionen konstant zu rechnen. Zusätzlich liegt in manchen Regionen der Anteil der über 55-jährigen Pädiaterinnen und Pädiater bei über 60 Prozent. Die Lösungsmodelle stellte die Arbeitsgruppe unter zwei Prämissen: „Akutbedarf“ und „Erweiterung der Arbeitsmodelle“. Der im Kassenarztbereich bestehende Akutbedarf könne durch Aufhebung der Deckelung erreicht werden, die eine Anstellung einer zweiten Ärztin bzw. eines zweiten Arztes ermöglicht. Damit könnten eine höhere Anzahl an Kindern und Jugendlichen betreut werden. Die Erweiterung parallel angebotener kassenärztlicher Arbeitsmodelle könnte durch Zusammenarbeit in Gruppenpraxen, durch Einbindung in PVE

etc. erfolgen. Für welches Modell entschieden wird, sollte von der jeweiligen Region flexibel gewählt werden können. Und: Mehrere Modelle sollten nebeneinander möglich sein. Weitere Lösungsvorschläge: Förderung der Lehrpraxis, Mitarbeit bei Arztpraxen nach der Facharzt Ausbildung für ein Jahr und ein Modell, um Pädiatrie-Erfahrung in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen sammeln zu können. Die Durchlässigkeit zwischen intramuralem und extramuralem Bereich sollte optimiert werden, damit für Pädiaterinnen und Pädiater die Spitalsarbeit und eine Praxis-Mitbetreuung (vor allem am Land ein wesentlicher Punkt) besser möglich ist. Zur Deckung der Versorgung sollte auch das Potenzial anderer Berufsgruppen (Apotheker, Gesundheitspflege, Therapeutinnen und Therapeuten etc.) mitgedacht werden. Als mittel- und langfristiges Ziel zur Sicherstellung der pädiatrischen Grundversorgung wird die Aufhebung föderalistischer „Grenzen“ und damit einhergehend die Finanzierung aus einer Hand gesehen. Denn vorrangig soll sein, dass Kinder und Jugendliche bestmöglich betreut werden und nicht wo sie betreut werden (stationär oder ambulant).

Thema 3: Gesundheitskompetenz

Das dritte Thema, das von Kinder- und Sportarzt Dr. Holger Förster dargestellt wurde, widmete sich der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen. Die Gesundheitsbildung dieser Personengruppe in Österreich gibt Grund zur Sorge: In einer internationalen Vergleichsstudie schnitt Österreich bedenklich schlecht ab. Health Literacy ist aber eine wesentliche Voraussetzung, um eigenverantwortlich die richtigen Gesundheitsentscheidungen zu treffen und ein maßgeblicher Faktor für die aktive Inanspruchnahme von Präventionsangeboten; Gesundheitswissen und Prävention sind wesentliche Grundsteine für möglichst gesundes Altern und haben in diesem Sinne auch massive Auswirkungen auf die kommenden Belastungen der Regelversorgung für das System. In dieser Arbeitsgruppe wurde der Begriff „GesundheitsVERziehung“ entwickelt, der aufzeigt, dass Kinder und Jugendliche ein intrinsisch gut ausgeprägtes Gesundheitsgefühl haben. Im Laufe der Erziehung wird das allerdings eingedämmt, beispielsweise im Schulbereich, in welchem die Bewegung eingegrenzt und „Stillsitzen“ gelehrt wird. Grundlegend wäre daher, die Bewusstseinsbildung für Gesundheitskompetenz-Agenden auf drei Säulen zu stützen: Erstens sollte bereits im Zuge der Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen sowie von den relevanten Gesundheitsberufen bei der Awareness und die Wichtigkeit von Health Literacy angesetzt werden. Denn erst ausgestattet mit umfassendem

Keynotespeaker

Thema 1: Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

• Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Grieshofer | Ärztlicher Leiter der Kinderreha Judendorf-Straßengel

• Rektor Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Sperl | Rektor der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg

Thema 2: Sicherstellung pädiatrischer Grundversorgung

• Univ.-Prof. Dr. Daniela Karall | Präsidentin der ÖGKJ

Thema 3: Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen

• Dr. Holger Förster | Kinderarzt und Sportarzt

Thema 4: Coronafolgen für die Kinder- und Jugendgesundheits

• Univ.-Prof. Dr. Paul Plener | Leiter Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der MedUni Wien

Gesundheitswissen, können das Wissen und die Wertigkeit einer gesunden Lebensführung vermittelt werden. Einstimmig sprachen sich die Arbeitsgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer für ein Schulfach Gesundheitskompetenz aus. Zweitens haben Eltern mit dem Mutter-Kind-Pass ein wichtiges Tool in der Hand. Allerdings müsste die bisherige bestehende Finanzierung (z. B. kostenfreie Impfungen) ausgedehnt werden, sodass die Bereitschaft für Vorsorge nicht sinkt. Unbedingt zu ändern ist die Bezeichnung auf „Eltern-Kind-Pass“. Drittens sind die Gemeinden gefordert, ihren Beitrag zu leisten, indem sie Freiräume für Bewegung in der Natur schaffen (Wohnbau, Infrastruktur), das Konzept der Großfamilie neu für sich entdecken (Wissenserhalt über die Generationen) und ihre Funktion als soziale Drehscheibe verstärken. Alle genannten Lösungsvorschläge brauchen ein Messinstrument, um Erfolge nachweisen und evaluieren zu können. Im Hinblick auf Studien und Datengenerierung sind Universitäten und Fachhochschulen gefordert.

Thema 4: Coronafolgen

Das vierte Thema bildete das aktuelle Feld der Folgen der Pandemie ab. Univ.-Prof. Dr. Paul Plener, Leiter der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der MedUni Wien, zeigte bestehende und neue Herausforderungen für die Kindergesundheit auf, denen zur Minimierung von Folgeschäden aktiv und rasch entgegenzutreten werden muss. Insbesondere die psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen ist hierbei zu nennen. Beschwerden wie Schlafprobleme, Kopfschmerzen, Niedergeschlagenheit und Bauchschmerzen nehmen kontinuierlich zu; die Anzeichen von Angststörungen stiegen von 15 auf 24 Prozent und das Risiko für psychische Auffälligkeiten stieg während der Krise von 18 auf besorgniserregende 30 Prozent. Die in der vierten Arbeitsgruppe ausgemachten Problemfelder betrafen Versorgungsdefizite, Bildung, Wege aus der Krise, soziale Folgen und Forderungen aus dem Gesundheitsbereich. Die Lösungsansätze präsentierte Mag. Dr. Leopold Michael Marzi, Leiter der Rechtsabteilung Vorfallesabwicklung und Prävention im AKH Wien. Die Coronakrise habe die gesamte Gesellschaft unvorbereitet getroffen. Deshalb war der Umgang mit der Krise schwer, am wenigsten konnten Kinder und Jugendliche damit umgehen. Langzeituntersuchungen zu den Folgen der Lockdowns und der Bedeutung der langandauernden Abwesenheit von Kindergarten, Schule und auch Universität gibt es noch nicht. Zu beginnen sei bei der Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen zum Thema Krisenmanagement. Gesundheitskompetenzvermittlung in der Schule wurde auch in dieser Themengruppe als wichtig ausgewiesen. Kreative Lösungsansätze, wie das längst fälligen Entrümpeln der Lehrpläne oder Büchergutscheine für Kinder (ähnlich dem während der Coronakrise 2020 ausgegebenem Wiener Gastrogutschein), sind jetzt umzusetzen. Allgemein festgestellt wurde, dass es keine Neukreationen zur Bewältigung der Folgen der Pandemiezeit braucht, denn es liegen viele Konzepte in den verschiedensten Schubladen. Eine Umsetzung dürfe jedenfalls nicht an der Finanzierung scheitern. Einer der wichtigen Wege aus der Krise ist auch die Impfung, wobei hier eine faktenbasierte Informationsvermittlung am grundlegendsten ist, um dem „Glaubenswissen“ und der Nebenwirkungsdiskussion erfolgreich entgegenwirken zu können.

Die Essenzen des am Fuße der Rax gestarteten PRAEVENIRE Gipfelgesprächs bilden den Grundstein für weitere gemeinsame Aktivitäten. Die detaillierten Ergebnisse werden als eigenes Kapitel „Kinder- und Jugendgesundheits 2030“ im PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung (Version 2021/22)“ erscheinen. P

Sonderbeilage Kurier, Erscheinungstermin 15. Juli 2021



© GEORGES SCHNEIDER (4)

© GEORGES SCHNEIDER

Der Förderverein für Kinder- und Jugendlichenrehabilitation dankt für die freundliche Unterstützung:





PERFORMANCE

PRAEVENIRE Symposion

Chancen durch Digitalisierung

Von der „Zettelwirtschaft“ zum Service durch Datenauswertung, von „Patientenreisen“, vollen Wartezimmern oder Ambulanzen für Routinechecks zur Telemedizin, von PDF-ELGA zu ELGA als Betriebssystem des österreichischen Gesundheitswesens — ohne Digitalisierung gibt es wohl keine Zukunft. Bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten waren ZUKUNFTSAUSSICHTEN, CHANCEN UND UMSETZUNG das große Thema. | von Wolfgang Wagner

Bereits in den Arbeiten für das PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) haben sich Expertinnen und Experten eingehend auch mit den Aspekten der Digitalisierung aller Lebensbereiche — Gesundheit und Gesundheitswesen sind da keine Ausnahme — auseinandergesetzt. Prof. Dr. Reinhard Riedl, Leiter des BFH-Zentrums Digital Society an der Berner Fachhochschule (BFH): „Drei Empfehlungen wurden formuliert: Der Mensch als Entscheider muss gestärkt werden, der Zugang zu relevanten Daten muss ermöglicht werden und die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Tech-Sektor muss verbessert werden.“ Zehn Gestaltungskriterien sind wohl für einen Erfolg entscheidend:

1. Patientenzentrierung
2. Orientierung am Gesundheitsfachpersonal
3. Fokussierung auf Informationsflüsse
4. Verstärkte Nutzung von Augmented Intelligence
5. Anleitung durch Good Practices
6. Einbeziehung aller ohne Blockaden
7. Sicherheit und Solidarität
8. Interoperabilität und hohe IT-Maturität als Normalfall
9. Gute Ausbildung, permanente Weiterbildung und Kristallisationspunkte
10. Autonomie und internationale Zusammenarbeit

Personal (siehe 1. und 2.), Technik (siehe 3. und 4.) sowie zahlreiche andere Bedingungen spielen hier zusammen. Den wohl größten Einfluss auf die zukünftige Entwicklung und die Entscheidungsgewalt darüber, ob eine Digitalisierung des Gesundheitswesens in Österreich möglich wird, haben Patientinnen und Patienten und das Gesundheitsfachpersonal. Wenn nicht deren persönliche Interessen (Patientennutzen) und Vorteile in Form einer besseren und leichteren Berufsausübung in den Vordergrund gestellt und klar erkennbar werden, werden die Projekte wohl nicht akzeptiert werden.

Nicht zu sehr vereinfachen!

Auf dem Weg in die Digitalisierung des Gesundheitswesens gilt es auch, eine Gratwanderung



zwischen einem Sich-Verheddern in der Komplexität und einer Übersimplifizierung zu vermeiden. Riedl: „Wenn wir wirklich erfolgreich sein wollen, dürfen wir die Komplexität der Aufgaben nicht zu sehr verkürzen.“ Die Coronapandemie könnte jedenfalls ein passender Ausgangspunkt für die Reise in eine digitale Zukunft sein: ein Übergang von der konventionellen Versorgung in Richtung „Blended Care“. „Die Idee von ‚Blended Care‘ ist sehr verwandt mit den Dingen, die wir im Zuge der Coronapandemie bereits gesehen haben“, sagte der Experte.

Das heißt beispielsweise: telemedizinische Versorgung wie digitalisierte Daten sowie Abläufe in der Gesundheitsversorgung — auch längerfristig ermöglichen. „Patientenreisen“ wurden im Rahmen der COVID-19-Krise aus im Grunde uralten seuchenhygienischen Gründen tunlichst vermieden. Telemedizin war angesagt. Das kann Wartezeiten verkürzen, die Betreuung der Patientinnen und Patienten vereinfachen und dabei helfen, persönliche Ärztinnen- und Arztbesuche oder Ambulanzenbesuche auf das wirklich nötige Maß zu reduzieren. Integration weiterer Leistungen, Telemedizin, regelmäßige Datenerfassung und nützliche Apps sind hier — in Ergänzung zur konventionellen Versorgung — Mittel, um zum Gesundheitswesen der Zukunft zu kommen. „Im

Reinhard Riedl beim PRAEVENIRE Symposium Digital Health, zu den Themen Zukunftsaussichten, Chancen und Umsetzung der Digitalisierung.



Zentrum steht die Patientin oder der Patient. Am Ende soll die Patientin oder der Patient eine bessere Versorgung haben. Das Ergebnis soll eine höhere Effektivität — optimalerweise bei sogar geringeren Kosten — sein, hieß es in Seitenstetten.

Objektiv messbare und nachhaltige Wirkung, Verbesserung der PROMs (Patient Reported Outcome Measures) und Akzeptanz durch das Gesundheitsfachpersonal sind der an diese Initiativen anzulegende Maßstab. Aktive Einbeziehung der Patientinnen und Patienten mit je nach ihrer Situation verbesserter Versorgung und besseren Therapien bei geringeren Kosten stellen das Ziel dar. Und die Mittel: Apps und Devices, Telemedizin sowie Remote Intelligence. Analysiert man die Mittel, mit denen das alles erreicht werden kann, kommt man schnell auf fünf Kategorien:

- Apps: Schon ein digitalisiertes Gesundheits-tagebuch kann den Status der Patientin oder des Patienten bestimmen helfen und im Zweifelsfall — automatisiert — zu einer Reaktion des Gesundheitswesens bei allfälligerweise auftauchenden Problemen führen.
- Devices: Monitoring bei chronischen Erkrankungen (Dauertherapie) und in der Nachsorge. Gleichzeitig können intelligente Devices akut potenzielle Krisensituationen antizipieren und eine Risikoreduzierung erleichtern.
- Telemedizin: Der Besuch beim bzw. durch den Hausarzt bei einer Influenza kann durch telemedizinische Konsultationen ersetzt werden. Routinekontrollen lassen sich auf diesem Weg ebenfalls durchführen.
- Remote Intelligence: Erstmals ergibt sich durch telemedizinische Anwendungen die Möglichkeit einer schnellen Einbeziehung von Spezialisten — zusätzlich z. B. zum routinemäßig behandelnden Arzt, um die Expertise in der Patientenversorgung zu erhöhen. Eingriffe auf Distanz sind kein „Science-Fiction“-Programm mehr.
- Lebensunterstützung: Organisationshilfen und Unterstützung für Menschen, die nicht die optimalen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens haben, könnten dem Einzelnen den Nutzen von digitalisierter Medizin deutlich vor Augen führen. Persönliche Begleitung wird flächendeckend möglich.

Potenzial situationsabhängig

Was die Digitalisierung aller betroffenen Systeme auszeichnet, trifft auch auf die Digitalisierung zu: Flexibilität, was Aufwand und Nutzen je nach der Situation betrifft, in der sie zum Tragen kommt. „Das Potenzial hängt von der Situation ab“, sagte Riedl. Beispiele: Auf den Ebenen der Institutionen — Hausarzt, Primärversorgungszentrum, Ambulanz, Krankenhaus — kann jeweils unterschiedlich und in den verschiedensten Abläufen von „Blended Care“ profitiert werden. Das gilt aber auch für den Grad der Schwere einer Erkrankung (Patientin oder Patient mit akutem Bedarf, chronisch Kranke) oder für die medizinischen Fachgebiete (Psychiatrie, Onkologie etc.). Die möglichen Anwendungen erstrecken sich auch über die Phasen der medizinischen Versorgung — von der Anamnese bis zur Nachsorge. Und schließlich könnte sich eine Neudefinition von „wohntortnah“ ergeben — ein „Wunderwort“, das womöglich völlig neu zu denken ist.

ELGA ohne „Datenfriedhof“

Die elektronische Gesundheitsakte ELGA hatte es bisher — vorsichtig formuliert — nicht ganz leicht in Österreich. In Zeiten der Digitalisierung könnten sich deren Grundlagen und Rollen vollständig wandeln. „Es geht um die Perspektive der Papierlosigkeit“, hieß es in Seitenstetten. Es ist die Veränderung der Speicher- und Analyseverfahren, die in der Zukunft erfolgen dürften: von der Patientenakte in Papierform zur aktuellen ELGA-Lösung mit dem Aufrufen von PDF-Dateien (Kritiker: „PDF-Friedhof“) zu ELGA als einem Betriebssystem mit nutzenorientierter Steuerung der Informationsflüsse. Nutzenorientiert, das bedeutet natürlich auch nutzerorientiert. Von der Makro- zur Mikroebene: Gerade COVID-19 hat gezeigt, dass ein Epidemienmanagement in einem digitalisierten System wesentlich schneller, effizienter und einfacher sein könnte. Für die Zukunft gilt es aber auch, für Wissenschaft und Anwendungen Daten aus Registern zugänglich und analysierbar zu machen. Patientinnen und Patienten wiederum profitieren von der Verfügbarkeit ihrer Gesundheitsdaten — sie stammen aus immer mehr verteilten Quellen — in Diagnose und Therapie. Wobei in Sachen Datenschutz vom Übergang von der alten „Zettelwirtschaft“ zum digitalen Datenschatz wiederum unterschiedliche Maßstäbe anzulegen sind. „Man dachte, Papierarchive seien gut geschützt. Da ging es um die Berechtigung und den Nachweis der Benutzung durch einzelne Personen mit entsprechender Berechtigung“, betonte Riedl zu dieser Sachfrage. Anscheinend „geschützt“ waren die Daten vor allen durch ihre physische Verstreutheit über viele Institutionen und über die aus der „Papierwirtschaft“ resultierenden — oft mit erheblichen Nachteilen verbundenen — Unmöglichkeit einer Zusammenführung der Informationen — zum Guten wie zum Schlechten. Die heute verwendete ELGA-Form steht in diesem Zusammenhang als eine Zwischenstufe zu einem vollends digitalisierten System gar nicht so schlecht da, hieß es bei den PRAEVENIRE



Gesundheitstagen: „Unbefugte können Datenpakete zur selben Person nicht als zusammengehörend erkennen.“ Bei ELGA als Betriebssystem geht es vor allem um eine Architektur, welche Datenflüsse ermöglicht und gleichzeitig deren Verwendung unter sicheren Bedingungen garantiert. „Wir brauchen eine klar definierte Governance. Wer darf was und wozu“, erklärte Riedl.

Teilhabe aller Beteiligten

Wiederum gibt es Maßstäbe, Ziele und Mittel zur Erreichung der Ziele: Die Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt — also müssen für sie die Kontrolle über die Informationen und der Schutz der Privatsphäre gesichert sein. Erkennen die Patientinnen und Patienten ihren Nutzen, werden sie zur Teilnahme bereit sein. Ähnliches gilt für das Fachpersonal des Gesundheitswesens: Effizientes und effektives Arbeiten bringt die Motivation, sich zu beteiligen. Und schließlich können die im System enthaltenen Daten auch die Grundlage für die Wissenschaft sein. Man denke nur an relativ einfache Versorgungsplanung, id est das zeitnahe Anpassen von Betreuungsangeboten an sich ändernde Bedürfnisse. Die Ziele: auf besseren und umfassenderen Informationen basierende Diagnosen und Therapien, eine umfassendere Wirkungsforschung und im Pandemiefall eventuell zeitnaher und weniger belastend ausfallende Restriktionen. Dazu bedarf es auf die jeweiligen Situationen und Bedürfnisse angepasster Benutzerschnittstellen, eines Ausbaus der Nutzungsszenarien und schließlich der Governance-Kriterien. Sicherheit und Solidarität, Interoperabilität, Good Practices als Vorbild sowie Einbeziehung aller Beteiligten sind einige der notwendigen Gestaltungsprinzipien, auf denen darauf basierende Forschungsaktivitäten mit Augmented Intelligence, Künstliche Intelligenz (KI) etc. schließlich aufsetzen könnten.

Sonderbeilage Die Presse, Erscheinungstermin 24. Juni 2021

Teilnehmende

(in alphabetischer Reihenfolge)

- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD
- Mag. Christoph Baldinger
- Dr. Alexander Biach
- Prof. Dr. Joachim M. Buhmann
- Dr. Irene Fialka
- FH-Prof. Matthias Forjan, PhD, MSc
- FH-Prof. Matthias Frohner, PhD, MSc
- Stefanie Gfeller
- Mag. pharm. Gunada Gittler, aHPh
- Dr. Reinhold Glehr
- Univ.-Prof. Dr. Michael Gnatt
- Univ.-Prof. Dr. Richard Greil
- Servan L. Grüninger
- Prof. Dr. Sabine Hahn
- MMag. Astrid Jankowitsch
- Mag. Markus Kastelitz, LL.M., CIPP/E
- Wolfgang Keck
- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr. Peter Klimek
- Univ.-Prof. Dr. Daisy Kopera, EMBA, MEd.
- Dr. Silvia Maier
- Dietmar Maierhofer, BSc, MBA
- Dr. Tine Melzer
- Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrner
- Johannes Oberndorfer
- Verena Pfeiffer
- Helene Prener, MA
- Dr. Erwin Rebhandl
- Prof. Dr. Reinhard Riedl
- Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp
- FH-Prof. Dr. Stefan Sauerermann
- Dr. Gerhard Schuster, MRICS
- Dr. Reinhold Sojer
- Univ.-Prof. Mag. Dr. Tanja Stamm, PhD, MSc, MBA
- Dr. Andreas Stippler
- Florian Stummer, MPH, MBA, MChL
- Wolfgang Wagner
- Mag. DDr. Wolfgang Wein
- Mag. Ursula Weismann
- ao. Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger
- Annina Wüthrich
- Prim.-Doz. Dr. Erika Zelko

Zweigekommunikation erforderlich

„Man braucht ‚multidisziplinäre Köpfe‘, keine Intellösungen. Vor allem sollte es ein gemeinsames Commitment geben“, lautete der Tenor einer der Arbeitsgruppen in Seitenstetten.“ Wichtig sei aber auch, dass durch solche Systeme die persönliche Gesundheitskompetenz des Einzelnen verbessert werden könnte. Entscheidend für die Entwicklung von ELGA zu einem echten Betriebssystem für das Gesundheitswesen ist aber noch ein weiterer Faktor, wie Experten bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen feststellten: Eine Schwachstelle der aktuellen Lösung liegt noch darin, dass es sich vor allem um ein Einwegsystem handelt, das allem voran vom Einspeichern von Informationen durch das Gesundheitsfachpersonal lebt. Doch über den e-Impfpass, die e-Medikation und den e-Befund ergeben sich bereits jetzt Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung, von der die Patientinnen und Patienten direkt erkennbaren Nutzen haben können. →

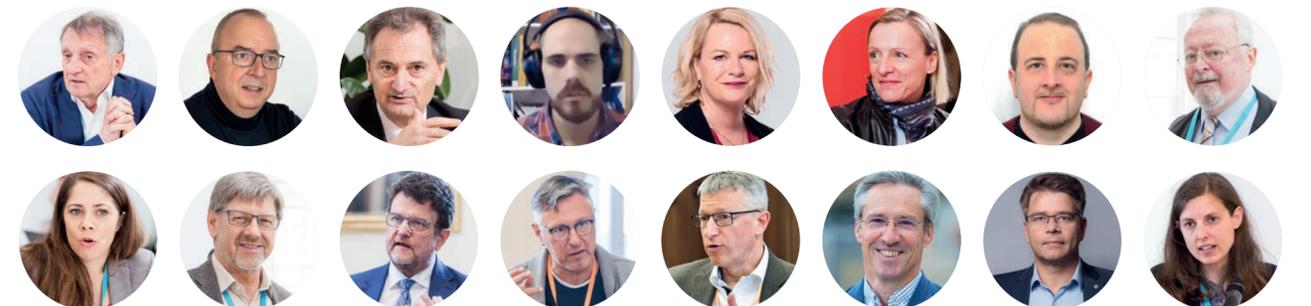
Die Digitalisierung im Gesundheitswesen soll vor allem Kollaborationen ermöglichen und die Zusammenarbeit aller Beteiligten stärken — für bessere Ergebnisse und effizienteres Arbeiten.

Reinhard Riedl



© PETER PROVAZNIK (7), ETH ZÜRICH; MARKUS SPITZAUER (2), FH T. W. BÜCHELE; GERRY NITSCH; PETRA SPIGLA; MARKA TILGUS; PRIVAT

© PETER PROVAZNIK (7), ETH ZÜRICH; MARKUS SPITZAUER; LUDWIG SCHEDEL; FELICITAS HARTEN



Keynote

Daten sind das, was unsere Welt heute bestimmt

UNIV.-PROF. DR. JOACHIM M. BUHMANN legte bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten dar, wie Künstliche Intelligenz mithilfe von Algorithmen das menschliche Denken in Zukunft mitbestimmen wird. | von Wolfgang Wagner

Ein immer größer werdendes Datenvolumen beschreibt mittlerweile in der modernen Welt alle Aspekte der Realität. Das geht laut dem Schweizer Experten von der Astronomie mit Karten der Hintergrundstrahlung unseres Universums bis — z. B. — zur Computational Pathology. „Wir bearbeiten Daten seit den 1950er-Jahren mit der Hilfe von Computern. Das Entscheidende ist aber, dass diese Daten mit Werten in Verbindung gebracht werden. Dazu brauchen wir ein Hilfsmittel, und das sind die Algorithmen“, sagte Buhmann. Daten sind laut dem Wissenschaftler „Facetten der Wirklichkeit“. Sie kommen in verschiedenen Formen vor. Das reicht in der Medizin von Genomdaten über die Informationen aus einem EKG, von histologischen Daten oder Informationen aus der bildgebenden Diagnostik bis hin zur herkömmlichen Patientenakte mit den Angaben über den klinischen Status. Ergänzt werde das heute auch noch durch Daten aus der „Selbstvermessung“ des Einzelnen (z. B. Fitnessuhren). Zwei große Problemfelder: Speicherung und Interpretation der Daten. Was durch die Digitalisierung laut Buhmann neu ist: „Sie bekommen Kontrolle durch Algorithmen. Dieser Kontrollaspekt ist das Entscheidende, das uns dazu bringt, dass wir über alle unsere Lebensbereiche neu nachdenken müssen. Diese Kontrolle durch Algorithmen bedeutet, dass Sie Modelle neu entdecken können, Hypothesen im sehr großen Maßstab testen und neue Lösungen finden können. Das wird von manchen Leuten heute als ‚intelligentes Denken‘ bezeichnet.“ Mit den Algorithmen als Abbildungen zwischen Daten und Entscheidungen (Werten)



Sie müssen die Algorithmen nicht schreiben, aber Sie müssen sie kontrollieren können.

Joachim M. Buhmann

wird es möglich, ungeheure Mengen an Informationen zu verarbeiten. Der Weg führt von Daten zu Informationen, Wissen und Werten, aus denen praktischer Nutzen gezogen werden kann, in der Medizin z. B. für Patientinnen und Patienten. Für diesen Prozess ist eine dramatische Reduktion der Datenmenge von hunderten Gigabyte bis zu für den Menschen begreifbaren Darstellungen notwendig.

Dabei sind die Algorithmen, Künstliche Intelligenz und maschinelles Lernen die entscheidenden Werkzeuge. „Ein Algorithmus ist jede wohldefinierte Rechenvorschrift, die Daten als Eingabe annimmt und Werte als Ausgabe zurückgibt. Algorithmen erforschen mittlerweile von selbst unsere komplexe Realität. Künstliche Intelligenz ist das Besondere daran, indem sie

uns davor bewahrt, die Komplexität verstehen zu müssen. Und Lernende Maschinen beherrschen die algorithmische Induktion“, sagte Buhmann. Was mit künstlichen neuronalen Netzen begonnen hätte, welche die Lernfähigkeit biologischer Nervennetze nachgebildet hätten, besitze mit Programmen wie „Deep Face“ eine um Dimensionen gesteigerte Leistungsfähigkeit. Entscheidend sei die Validierung der verwendeten Logarithmen. Einfach sei das noch, wenn Maschinen Aufgaben lösen, die der Mensch selbst auch lösen kann. Schwieriger werde es bereits beim überwachten Lernen — das Lösen von Aufgaben auf dem Menschen unbekanntem Weg — das quasi im Nachahmen von Expertinnen und Experten besteht. Autonomes Lernen sei aber schließlich eine neue Qualität („Wir können die Aufgaben nicht lösen“): Hier setze die Kraft von Autonomem Lernen durch Self-Play ein.

KI und Maschinelles Lernen und die Medizin

Die Frage ist, wie diese Techniken die Medizin — auch den Arztberuf — in Zukunft verändern werden. Buhmanns Thesen: Gefährdet sei jedenfalls die Rolle der Ärztin bzw. des Arztes als „Medizinexpertin“ bzw. „Medizinexperte“ mit womöglich schlecht gewarteter Datenbank mit unzuverlässigem Zugriff. Auch die Ärztin bzw. der Arzt als Wissensproduzent durch Erfahrung wird wohl Konkurrenz durch die KI bekommen. Der „Gesundheitshandwerker“ dürfte über die Robotik risikobehaftet sein. „Am ehesten resistent“, so der Schweizer Wissenschaftler, „ist die Ärztin bzw. der Arzt als Gesundheitsberater. Hier gibt es hohen Bedarf.“ Doch auch im letzteren Fall werden Ärztinnen und Ärzte in Zukunft neue Kenntnisse und Befähigungen benötigen. Buhmann: „Algorithmen und Künstliche Intelligenz werden Patientinnen und Patienten und ihren Gesundheitszustand beurteilen. Für die Ärztinnen und Ärzte bedeutet das, dass ein Grundverständnis der Algorithmen unverzichtbar ist. Sie müssen die Algorithmen nicht schreiben, aber Sie müssen sie einschätzen und kontrollieren können. Man braucht eine Ausbildung — wie man auch eine Ausbildung zum Autofahren benötigt, ohne ein Auto servieren zu können.“

kommen“, sagte Maierhofer. Hinzu könnten eine kontinuierliche und automatisierte Vorhersage der Situation des einzelnen genauso möglich werden, wie personalisierte Behandlungsempfehlungen, prädiaktive Vermeidung von Risiken für Unfälle (z. B. Sturzgefährdung), Künstliche Intelligenz zur Ermöglichung von Robotik in der Chirurgie oder zur besseren und schnelleren klinischen Forschung bzw. Datenauswertung für die Entwicklung neuer Medikamente und Behandlungsmethoden.

Das alles seien Schätze, die es per KI nun „vom Grund des Meeres“ zu heben gelte. Der zweite große Anwendungsbereich sei die betriebliche Ebene. Maierhofer: „Integrierte Daten für die Planung von Krankenhauskapazitäten und zur Vorhersage der zukünftigen Belastung sowie Hilfe für Klinikerinnen und Kliniker, um betriebliche Entscheidungen wie

Bettzuweisung und Entlassung zu optimieren.“ Ein optimiertes Spitalswesen, auch im Sinne von „schlanken“ und bedarfsgerecht ausgerichteten Einrichtungen, werde dadurch möglich.

Hilfe, nicht Bedrohung

Künstliche Intelligenz sollte jedenfalls laut dem Manager zuvorderst als Hilfe, nicht als Bedrohung angesehen werden. „KI soll Menschen dabei helfen, große Datenmengen in verwertbare Erkenntnisse umzuwandeln.“ Im Gesundheitswesen gehe es dabei vor allem um Verbesserung von Prozessabläufen, Patientenempowerment, Management im öffentlichen Gesundheitswesen (z. B. COVID-19-Pandemie) und um Decision Support, also um die Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten und Fachpersonal bei Entscheidungen. Wobei die Entwicklung rasant fortschreite. „KI ist ein altes Thema. Den Begriff gibt es seit 1956. Aber sie hat gerade erst begonnen, mit der menschlichen Leistung gleichzuziehen, sie in einigen Fällen bereits zu übertreffen“, sagte Maierhofer. In Zukunft würden solche Systeme die menschliche Leistung und

das logische Denken bei komplexen Aufgaben wohl in der Regel übertreffen und zu neuen Lösungen führen.

Umfragen unter Expertinnen und Experten weisen bereits in die Zukunft: Aktuell wird KI zu 34,4 Prozent als wichtig für die Diagnostik (Bildgebung, Pathologie, Sequenzierung) eingeschätzt. Dann folgen klinische Entscheidungsfindung (21,3 Prozent) und Datenmanagement (11,5 Prozent). Für den Zeitraum in fünf bis zehn Jahren steht schon die klinische Entscheidungsfindung (40,4 Prozent) an erster Stelle, gefolgt von der Diagnostik (17,5 Prozent) und „Selbstversorgung“ der Patientinnen und Patienten sowie Triage/Diagnose (je 8,8 Prozent).

Dabei ergibt sich durch KI von Wissenschaft bis hin zur routinemäßigen Anwendung die Möglichkeit für ein nahtloses Lebenszyklusmanagement. Aus der Wissenschaft kommen die Modelle, erprobt und getestet werden sie mit Daten aus der Praxis — eine ständige Optimierung kann innerhalb der routinemäßigen Anwendung jederzeit erfolgen.



Keynote

Artificial Intelligence fordert uns heraus

In der Onkologie werden in Zukunft ungeheure Datenmengen für bessere Ergebnisse verarbeitet werden müssen. Doch AI ist nicht ohne Bias, sagte UNIV.-PROF. DR. RICHARD GREIL (MedUni Salzburg) bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen in Seitenstetten. | von Wolfgang Wagner

Der Onkologe erklärte: „Artificial Intelligence ist etwas, das uns herausfordert und Fragen an uns stellt, wer wir sind, was wir wollen, was wir tun können. Wenn wir aber eine noch bessere und lebenswertere Gesellschaft erreichen wollen, müssen wir an der Spitze der Entwicklung stehen.“

In den vergangenen beiden Jahrzehnten hätten die Datenmengen in Biologie und Medizin bereits enorm zugenommen. Sei es beim Human Genome Project mit der Sequenzierung des menschlichen Erbguts noch um drei Milliarden Basenpaare gegangen, reche man bei der Sequenzierung des gesamten menschlichen Immunsystems bereits mit zehn-hoch-elf-mal so vielen Informationen wie bei der Human Genome Organisation (HUGO), die zu verarbeiten und interpretieren sein werden.

Für die Entscheidungsfindung bei einer Patientin oder einem Patienten werden wir in fünf Jahren 10.000 Daten benötigen.

Richard Greil

Das müsse Auswirkungen auch auf die Onkologie haben. „Krebserkrankungen sind die komplexesten Erkrankungen, die wir kennen.“ Wenn man von der Beteiligung von nur 450 Genen ausgehe, liege die Wahrscheinlichkeit, dass zwei Menschen die gleiche Erkrankung aufwiesen, bei unter einem Prozent. „Man kommt dazu, dass jeder Mensch seine ‚eigene‘ Krebserkrankung hat — und nach einem halben Jahr nicht mehr die gleiche wie vorher. Wir rechnen damit, dass wir in fünf Jahren für

die Entscheidungen bei einer einzigen Patientin bzw. einem einzigen Patienten rund 10.000 Daten benötigen werden“, sagte Greil. Das sei auch der Grund, warum es der Entwicklung einer eigenen Onko-Mathematik bedürfe, um den Anforderungen einer solchen Komplexität entsprechen zu können.

Fortschritte in Bildanalyse

Ein Problempunkt sei jedenfalls die Extraktion der Daten aus den Krankengeschichten. Hier sei unter den gegebenen Voraussetzungen daran zu zweifeln, wie gut das gelingen könne. So benötige man auch Systeme, welche sprachliche Formulierungen berücksichtigen und Fehler korrigieren könnten. „Wir sehen erste Fortschritte mit Künstlicher Intelligenz dort, wo es um relativ einfache Dinge geht, z. B. in der Bildanalyse“, erklärte der Onkologe.

Die Interpretation von Bildern aus CT, MR etc. könne aber nur ein erster Schritt sein. Es gehe um viel mehr. So würden die Daten aus der Bildgebung bisher dazu verwendet, der Ärztin bzw. dem Arzt eine Darstellung zu vermitteln, die sie bzw. er zu interpretieren in der Lage sei, eben visuelle Bilder. Das müsse in Zukunft nicht mehr ausschließlich so sein. „Wenn wir Techniken hätten, mit denen wir aus radiologischen Untersuchungen einen genomischen Atlas der Heterogenität der Tumormanifestationen für eine einzelne Patientin oder einen einzelnen Patienten ableiten könnten, wäre das eine unglaublich wertvolle Information für eine individuelle Therapie.“ Verlässliche Rückschlüsse von den radiologischen Basisdaten auf die Genomik könnten somit einen entscheidenden Fortschritt bringen. Immer müsse sich die Gesellschaft aber



Richard Greil sprach in seiner Keynote über das Thema „Artificial Intelligence fordert uns heraus“.

auch der Probleme von Algorithmen und KI bewusst sein, betonte der Onkologe: „Alle Daten, die wir haben, bergen einen sozialen, politischen oder anderen Bias in sich. Wir brauchen auch Algorithmen, die diesen Bias eliminieren können.“



© ETH ZÜRICH, PETER PROVAZNIK (S), MARKUS SPITZAUER, PRIVAT

© PETER SPÖGL, PETER PROVAZNIK



PERFORMANCE

Gilead Sciences

Hepatitis 2021: Fortschritte in der Bekämpfung der Hepatitis C und D

Gegenüber dem Vorjahr erfuhr der **ROUND TABLE ZUM THEMA HEPATITIS** eine deutliche Erweiterung. Nicht nur das Format konnte dank besserer Lage im Hinblick auf die Coronapandemie von einem rein virtuellen Treffen auf ein hybrides Setting umgestellt werden, auch inhaltlich hat sich 2021 einiges geändert. Zusätzlich zur Hepatitis-C-Elimination wurde auch die Problematik rund um die in der Öffentlichkeit weit weniger bekannte Hepatitis D diskutiert. Ziel war es, allen Beteiligten einen Überblick zu bestehenden Projekten zu geben, neue Ideen anzustoßen sowie etwaige Synergien zu finden. | von Rainald Edel, MBA

Schätzungen der WHO zufolge sind weltweit etwa fünf Prozent der Hepatitis-B-Virus-trägerinnen und -Virus-träger zusätzlich mit Hepatitis D infiziert. Im Falle einer HDV Superinfektion führt dies in 70 bis 90 Prozent der Fälle zu schweren chronischen Verläufen. Daher stand beim heurigen Hepatitis Round Table neben den Fortschritten in der Elimination des Hepatitis-C-Virus (HCV) auch ein Ausblick im Zusammenhang mit dem Hepatitis-D-Virus (HDV), dessen Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten auf dem Programm. Durch das Gespräch, das unter der Schirmherrschaft von Gilead Sciences stattfand, führte Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Gschwanter, Vorstand der Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie in der Klinik Ottakring (ehem. Wilhelminenspital).

Krankheitsverlauf der Hepatitis D

Den Themenblock über Hepatitis D eröffnete ao. Univ.-Prof. Dr. Peter Ferenci, Leberexperte an der Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie der MedUni Wien, mit einer Standortbestimmung zu Krankheitsbild, Epidemiologie und Therapieoptionen. Die Hepatitis D ist weltweit nicht gleichmäßig verteilt. So gelten etwa das Amazonasbecken in Brasilien aber auch ehemalige Sowjetrepubliken — insbesondere Usbekistan und in Europa vorwiegend Rumänien und Moldawien — als Hotspots. „In Österreich ist die Erkrankung selten und die meisten Patientinnen und Patienten sind nicht hierzulande geboren“, erklärte Ferenci. Man

Diskussions- teilnehmende (v.l.)

- Regine Birkner-Harringer
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Gschwanter
- ao. Univ.-Prof. in Dr. Petra Munda
- ao. Univ.-Prof. Dr. Peter Ferenci
- Dr. Sonja Rothweiler
- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Thomas Reiberger

müsse, so der Experte, grundsätzlich zwei Gruppen von Erkrankten unterscheiden. Erstens jene, die eine Superinfektion bei einer vorhandenen Hepatitis B haben — das ist die Mehrheit. Und zweitens jene Erkrankte, die eine Simultaninfektion haben — also die gleichzeitige Infektion mit Hepatitis B und D. Der Verlauf der Erkrankung unterscheidet sich, je nachdem wann die HDV Infektion erfolgt. Eine Superinfektion führt häufiger zu einem chronischen Verlauf und schädigt die Leber deutlich stärker. „Der klinische Verlauf der Hepatitis D ist unklar, sie kann allerdings zu einer Leberzirrhose führen“, schilderte Ferenci. Eine französische Studie aus dem Jahr 2020 mit mehr als 1.000 Erkrankten zeigt, dass 28 Prozent der Patientinnen und Patienten eine Zirrhose aufwiesen. Für entscheidend hält Ferenci eine ebenfalls im Vorjahr publizierte Studie aus Schweden, die zeigt, dass die HDV-Virämie ein entscheidender Faktor war, der mit einer hepatischen Dekompensation und den Komplikationen Transplantation und Tod korrelierte — und zwar mit einem 3,8 mal höheren Risiko als bei nicht virämischen Patientinnen und Patienten.

Therapieoptionen bei Hepatitis D

Bis 2020 gab es keine spezifische Therapie für an Hepatitis-D-Erkrankte. Patientinnen und Patienten mit chronischer Hepatitis D wurden meist off-label mit pegyliertem Interferon alpha behandelt. Allerdings ist die alleinige Wirksamkeit von Interferon bei Hepatitis D begrenzt. Seit dem Vorjahr ist nun erstmals eine Therapie

zur Behandlung der Hepatitis Delta zugelassen. Dies ist der erste Vertreter sogenannter „Entry Inhibitoren“ für Hepatitis D und anderer Hepatitis-D- und auch -B-Viren (HDV und HBV) am Eindringen in die Zellen. Für rund 25 Millionen Hepatitis-D-Infizierte weltweit bedeutet die Entwicklung des Wirkstoffs neue Hoffnung. Denn bislang gab es kein zugelassenes Medikament gegen diese Infektionserkrankung. Österreich ist eines von drei Ländern, in denen das Präparat bereits verfügbar ist. Allerdings beklagte Ferenci, dass man noch zu wenig über dieses Medikament wisse, vor allem darüber, wie man es am besten für die Betroffenen einsetze. So gebe es noch keine suffizienten Daten zur optimalen Dosis, auch keine Hinweise, ob der Wirkstoff als Mono- oder als Kombitherapie mit Interferon oder NUCs einzusetzen ist. Zudem wurde die optimale Therapiedauer noch nicht eruiert — einzig wisse man bislang, dass sechs Monate sicherlich zu kurz sind. Auch die Therapieziele seien im Endeffekt noch klarer zu definieren. Erreicht werden soll eine HDV-Negativität — deren Nachweis gestalte sich aber in der klinischen Praxis schwieriger als in den Studien, da die normalerweise verwendeten Assays eine zu geringe Sensitivität aufweisen. Klar ist, dass die Progression verhindert werden soll. Aus Sicht von Ferenci wäre eine Serokonversion von HBsAG wünschenswert.

Intensive Diskussionsrunde

Der Leiter des Hepatologischen Labors Innsbruck Univ.-Prof. Dr. Heinz Zoller brachte

drei unterschiedliche Hepatitis-D-Fälle aus seinem klinischen Alltag in die Diskussion ein. „Wir sind mit unseren Assays zu wenig sensitiv, um nachweisen zu können, ob Patientinnen und Patienten tatsächlich virologisch geheilt sind“, so Zoller. Probleme in der Initiierung der Therapie erläuterte ao. Univ.-Prof. Dr. Elmar Aigner: Er berichtete von einer seiner Patientinnen, die trotz guten Ansprechens auf die Therapie von Monat zu Monat darum zittern musste, ob ihre Behandlung durch ihre Sozialversicherung weiter bewilligt wird. Michael Gschwanter warf die Frage auf, ob es nicht sinnvoll wäre, die Hepatitis D ebenfalls in die Eliminationsziele der WHO zu integrieren. „Dazu ist es aber notwendig, mehr über die Epidemiologie zu erfahren und auch gut zu kooperieren, um entsprechende Kohortendaten aus Österreich zusammen zu stellen“, so der Experte. Diesen nationalen Ansatz verfolgt Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Thomas Reiberger von der Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie der MedUni Wien. Im Rahmen eines speziellen Projekts versucht er alle Hep-D-Patientinnen und -Patienten seit 2010 zu erfassen und die „aktive“ HDV Kohorte, die in den Jahren 2019 bis 2021 in Betreuung steht, näher zu charakterisieren. „Wir haben dabei drei Dinge gesehen: Erstens wurden PCR-Testung und Reflex Testing nicht systematisch eingesetzt. Zweitens waren die Patientinnen und Patienten, die wir diagnostiziert haben, sehr weit fortgeschritten (50 Prozent hatten bereits eine Leberzirrhose entwickelt). Und drittens hat sich gezeigt, dass sich noch nicht alle Personen der aktiven Kohorte — das sind um die 70 in Österreich — in Therapie befinden“, schilderte Reiberger.

Weiters, dass standardmäßig jede Person, bei der Hepatitis B nachgewiesen wurde, zu- mindest einmal auf Hepatitis D zu untersuchen ist.

Michael Gschwanter

„Eine der Schlüsselbotschaften der Diskussion über Hepatitis D war, dass eine Impfung gegen Hepatitis B auch nachhaltig vor Hepatitis D schützt. Weiters, dass standardmäßig jede Person, bei der Hepatitis B nachgewiesen wurde, zu- mindest einmal auf Hepatitis D zu untersuchen ist. Wenn das Ergebnis positiv ist, sollte noch ein PCR-Reflex-Testing durchgeführt werden“, fasste Gschwanter die wichtigsten Eckpunkte des Gesprächs zu Hepatitis D zusammen.

Hepatitis C in der Justiz

„Die COVID-19-Pandemie hat auch im Justizministerium einiges verändert — die Wichtigkeit der Elimination dieser Infektionskrankheit hat sich deutlich verbessert“, erklärte Mag. Dr. Margit Winterleitner, Chefärztin des Bundesministeriums für Justiz. Man werde nun frühzeitiger in die Diagnostik und Therapie einsteigen und schon Personen in Untersuchungshaft testen bzw. zu einer Therapie bewegen. Ein Update zum Projekt „Justiz-Klagenfurt“ gab Univ.-Prof. Dr. Markus Peck-Radosavljevic von der Abteilung für Innere Medizin und Gastroenterologie des Klinikums Klagenfurt. Generell beobachtet er im Pandemiejahr 2020, dass die Hepatitis-C-Therapie auf fast ein Drittel der vorangegangenen Behandlungsfälle zurückgegangen ist. Allerdings wurden seitens Justiz in Klagenfurt, im Vorjahr, pandemiebedingt und durch den Abgang des bisherigen Anstaltsarztes, kaum Fälle einer Therapie zugewiesen. „Wir hoffen, dass wir durch den höheren Stellenwert, den die chronische Hepatitis C im Justizbereich nun hat, und einer baldigen Nachfolge der derzeit vakanten Position eines Anstaltsarztes in der Justizanstalt Klagenfurt entsprechend weitermachen können“, so Peck-Radosavljevic. Um Patientinnen und Patienten mit Hepatitis C im opioid-Substitutionsprogramm im Flächenbundesland Niederösterreich einen dezentralen Behandlungszugang zu ermöglichen, setzte das Bundesland ein digitales Pilotprojekt auf, schilderte Prim. Priv.-Doz. Dr. Andreas Maieron, Leiter der Abteilung für Innere Medizin II, Universitätsklinikum St. Pölten. „Wir machen eine digitale Erstkonsultation, bei der Aufklärung und Eignungserhebung stattfinden, stellen Rezept und Therapieindikation aus, holen die chefarztliche Bewilligung ein und übermitteln das Rezept an die ausgebende Apotheke oder den Substitutionsarzt“, so Maieron. Wenn gewünscht, versicherte er, stünde man dem Justizbereich auch für telemedizinische Konsultationen zur Verfügung.

Ansätze in der HCV-Elimination

Zwei unserer Hepatitis-C-Projekte, eines aus dem Bereich der Schwulenszene (oder englisch MSM: men-who-have-sex-with-men) und das „ELIMINATE-Lab-Recall“ Projekt stellt Thomas Reiberger näher vor. 2015 und 2016 gab es einen deutlichen Anstieg insbesondere der akuten Hepatitis C in der MSM-Szene. Da es zeitgleich auch eine Zunahme bei der Hepatitis A gab, sieht Reiberger ein Risikoverhalten in dieser Gruppe als Ursache. Im Rahmen des MSM-Projekts wurde in Homosexuellen-Lokalen ein kostenloser Hepatitis-Test (unter anderem auch am letzten Life-Ball) angeboten. Im Zuge des Lab-Recall-Eliminate-Projekts versuchte man an jene Personen heranzukommen, die von den bisherigen Programmen nicht erfasst wurden. „Gemeinsam mit der AGES identifizieren wir in Wien, Niederösterreich und im Burgenland jene Personen, die in der letzten PCR-Testung positiv waren. Diese erhalten von Hepatitis-Zentren eine Therapieeinladung, bekommen ihr Therapierzept und müssen dann nach erfolgreicher Behandlung nur mehr zur Schlussuntersuchung, um als geheilt aus dem Programm entlassen zu werden“, schilderte Reiberger. Michael Gschwanter berichtete von drei weiteren Eliminationsprojekten aus dem Großraum Wien, die unter dem gemeinsamen Titel „Let's end Hepatitis C in Vienna“ stehen. Primär seien Randgruppen, wie beispielsweise die „People Who Inject Drugs“ (PWID) und wohnungslose Personen in Wien, bei denen die Prävalenz sehr hoch ist, zu screenen und zu therapieren. Das Screening-Projekt für PWID ist weitgehend abgeschlossen. Hier



Diskussions- teilnehmende digital

(in alphabetischer Reihenfolge)

- ao. Univ.-Prof. Dr. Elmar Aigner
- Dr. Sebastian Bachmayer
- OÄ Dr. Kristina Dax
- Prim. Prof. Priv.-Doz. Dr. Arnulf Ferlitsch
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Ivo Graziadei
- Dr. med. Hans Haltmayer, uHCM
- Prim.-Doz. Dr. Andreas Maieron
- PD Dr. med. univ. et scient. med. Mattias Mandorfer
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Markus Peck-Radosavljevic
- OA Dr. Michael Strasser
- Mag. Dr. Margit Winterleitner
- Univ.-Prof. Dr. Heinz Zoller

wurden Personen, die unter oraler Substitutionstherapie stehen, im Rahmen der Therapiebewilligung in den Gesundheitsämtern der MA 15 zum Screening eingeladen. Unter den 1.592 Personen, die auf diese Weise getestet wurden, befanden sich immerhin 17 Prozent neu detektierte positive Fälle, so Gschwanter. Für das Therapieprojekt bei jenen PWID, die eine sog. Borderline-Compliance aufweisen, entschloss man sich zu einer Koppelung der Verabreichung der Hepatitis-C-Medikamente an die Abgabe der Substitutionstherapie in den Apotheken oder der Suchthilfe Wien. So konnten bislang 566 Personen therapiert werden. Gemeinsam mit der Unterstützungseinrichtung für Wohnungslose „Neunerhaus“ wurde eine Möglichkeit geschaffen, die für Wohnungslose ein Hepatitis-C-Screening und zugleich einen Therapiezugang vorsieht — auch oder vor allem für nicht sozialversicherte Personen. Als Motivationsschub, sich zu einer Therapie zu entschließen, bekommen all jene, die an einer Therapie teilnehmen, während der Dauer eine fixe Unterbringung in der Einrichtung. Einen „blinden Fleck“ ortet Gschwanter noch im Bereich von alkoholkranken Personen. Diese Zielgruppe für Screening und Therapie zu gewinnen, könne über eine Kooperation mit dem Projekt „Alkohol. Leben können“ gelingen, regte Dr. Hans Haltmayer, ärztlicher Leiter der Suchthilfe Wien, an.

Den Abschluss der Standortbestimmungen zum Thema Hepatitis C bildete Dr. Sebastian Bachmayer, Ass.-Arzt im Krankenhaus Oberndorf bei Salzburg, der über die „HCV-Prävalenz eines asymptomatischen Kolonkarzinom-Screenings im SAKKOPI-Vorsorgekollektiv“ berichtete. Die Initiative „Sakkopi — Salzburger Kolon-Karzinom Prävention und Intervention“, ist ein Programm zur Früherkennung und Heilung von Darmkrebs. Deutschland plant ein einmaliges Screening auf HBV und HCV der Gesamtbevölkerung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung in den Hausarztpraxen. „Wir plädieren ebenfalls für ein solches Screening in Österreich. Wie die Zahlen der fast 900 im Rahmen der Studie durchgeführten Screenings zeigen, wäre auch in Österreich ein HCV-Screening sinnvoll, da die Prävalenz mit rund 0,75 Prozent höher als erwartet ist und Patientinnen und Patienten auch völlig asymptomatisch bzw. ohne Hinweis auf eine Lebererkrankung sein können“, so Bachmayer. P

Dies war eine Veranstaltung der Gilead Sciences GesmbH



ENTWELTICHTUNG DER GILEAD SCIENCES GESMBH (AT-NPD-0095)

© PETER PROVAZNIK

© RICHARD PAYR, KEPLERUNIKLINIKUM, PRIVAT (3), MARTIN VANDORF, PETER PROVAZNIK (2), ANDREAS BALON, KRKA, ARMIN HURABOVIC, FOTOGRAFIE, TU WIEN/EN/ASTRID EGERT, MEDUNI WIEN/MAIEREN



PIONIERE

Computergestützt gegen Gebärmutterhalskrebs

Künstliche Intelligenz kommt in der Zelldiagnostik derzeit noch selten zum Einsatz. **PRIV.-DOZ. DR. HANS IKENBERG**, Gesellschafter des Medizinischen Versorgungszentrums CytoMol für Zytologie und Molekularbiologie in Frankfurt am Main, präsentierte bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen mögliche Vorteile digitaler Methoden. Am Beispiel Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) erklärte er, wie der Einsatz moderner, digitaler Verfahren und Künstlicher Intelligenz bei der Früherkennung von Krebsvorstufen helfen kann. | von Rainald Edel, MBA

Gebärmutterhalskrebs ist bei jungen Frauen in Europa nach wie vor die zweithäufigste Krebsart. Jedes Jahr sterben europaweit 15.000 Frauen an der Krankheit, deren Hauptursache Infektionen mit endemisch verbreiteten Humanen Papilloma Viren (HPV) sind, wobei eine HPV-Infektion nur in seltenen Fällen tatsächlich zu einem Zervixkarzinom führt. Diese kündigen sich meist Jahre vor ihrem Auftreten durch auffällig veränderte Zellen am Gebärmuttermund, sogenannten Krebsvorstufen an. Entsprechend kann ein Screening darauf abzielen das Virus mit einem HPV-Test nachzuweisen, oder mit zytologischer Diagnostik z. B. dem Pap-Test Krebsvorstufen unter dem Mikroskop zu identifizieren. HPV-Tests fallen naturgemäß häufig positiv aus, ohne dass sich bereits ein Krebsgeschehen abzeichnet. Frauen mit einem negativen HPV-Test haben aber eine weit geringere Wahrscheinlichkeit Krebsvorstufen zu entwickeln als jene mit einem unauffälligen Pap-Test. „Daher ist in manchen Ländern, beispielsweise in den Niederlanden, die HPV-Testung der Standard und hat die Zytologie auf den zweiten Platz verdrängt“, schilderte Ikenberg. Dennoch gäbe es gute Gründe bei der Zervixkarzinom-Diagnostik nicht ganz auf die Zytologie zu verzichten. Denn mit Hilfe der zytologiebasierten Screeninguntersuchungen ist es in der Vergangenheit gelungen, die Inzidenz des invasiven Zervixkarzinoms auf ein Drittel bis ein Fünftel zurückzudrängen. Wie sich allerdings bei den sehr umfangreichen Studien in der Region Wolfsburg gezeigt hat, wurden nur die Hälfte aller relevanten Auffälligkeiten durch die klassische Zytologie erkannt, gegenüber fast aller durch den einmaligen HPV-Test. Falsch positive HPV-Test hingegen beunruhigen Frauen unnötig und führen zu psychischer Belastung. „Daher brauchen wir eine Methode, die sensitiver und spezifischer zugleich ist. Das heißt, es gibt Verbesserungspotenzial in der Zytologie“, erklärte Ikenberg.

Dünnschichtzytologie weltweit Standard — nicht aber in Österreich

Nach wie vor ist der Pap-Test in Österreich die häufigste zytologische Untersuchung. Dabei wird eine Zellprobe vom Gebärmuttermund und -hals abgestrichen und unter dem Mikroskop befundet — Nachteil dieser Methode ist eine vergleichsweise niedrige Funderate (Sensitivität). Die sogenannte Dünnschichtzytologie, bei der der Abstrich in Flüssigkeit gereinigt und dann für die Untersuchung aufbereitet wird, ist eine Weiterentwicklung des Pap-Tests. Mit dem Verfahren werden typischerweise bis zu dreimal so viele Krebsvorstufen erkannt. „Diese Methode ist auch weltweit der Standard geworden und hat sich mit Ausnahme von Deutschland und Österreich in den meisten



entwickelten Gesundheitssystemen der nördlichen Hemisphäre in den letzten zehn Jahren durchgesetzt“, erklärte Ikenberg. Unstrittig sei die Abstrichqualität und die bessere klinische Performance — vorausgesetzt man verwende ein zertifiziertes Verfahren und verfüge über die nötige Erfahrung. Die Dünnschichtzytologie bildet zudem die Basis für weitere Untersuchungen. Die fortschrittlichste Methode ist laut Ikenberg die digitale Zytologie. Dabei betrachtet man die aus dem gleichen Gefäß entnommenen Proben nicht mit dem Mikroskop, sondern scannt sie ein und befundet sie, unterstützt durch Künstliche Intelligenz (KI), am Computerbildschirm. Dieses Verfahren beschleunigt die Befundung deutlich, da im digitalen Vorscreening bereits diagnostisch relevante Bereiche markiert werden. Befunderinnen und Befunder können sich direkt auf diese konzentrieren und müssen nicht zuerst nach auffälligen Zellen suchen. Dieses Vorgehen bringe außerdem nochmals mehr Sensitivität und Spezifität, betonte Ikenberg. So gibt es weniger falsch negative und falsch positive Befunde als mittels konventioneller Zytologie oder Dünnschichtzytologie allein.

Vorteile der Digitalisierung und der KI

Während die Digitalisierung bereits seit Jahren in der Pathologie Fuß gefasst hat, beginnt sie erst jetzt, sich in der zytologischen Diagnostik zu etablieren. Dafür gibt es mehrere Gründe: Zum einen sind zytologische Präparate deutlich dicker als histologische Schnitte in der Pathologie. Bei der Suche nach auffälligen Zellen wird ein Zytologe permanent auf verschiedene Tiefen im Präparat fokussieren, um sicherzustellen, dass er nichts übersieht. Das Einscannen verschiedener Schichten des zytologischen Präparates wäre nicht praktikabel: Der Scan würde zu lange dauern und zu

unpraktisch großen Dateien führen. Ikenberg schildert, dass es durch das Schrägstellen der Optik des Scanners dem Hersteller Hologic gelungen ist, ein System zu entwickeln, das mit einem Scan die gesamte Dicke des Präparates scharf abbildet und auf eine Ebene projiziert.

Zum andern unterscheidet sich die Arbeit von Pathologinnen und Pathologen und Zytologinnen und Zytologen grundlegend: Während ein Pathologe typischerweise relativ schnell die relevanten Strukturen im Präparat identifizieren kann, um sie dann auf pathologische Veränderungen zu untersuchen, beansprucht die Suche nach veränderten Zellen in der Zytologie viel Zeit. Hier kann die KI optimal ansetzen und unterstützen. Sie sucht die auffälligen Zellen, gruppiert sie und präsentiert das Ergebnis so, dass der Schwerpunkt der Arbeit weggeht vom Suchen, hin zum Befunden. Es ist davon auszugehen, dass die Präparate daher in kürzerer Zeit mit einer höheren Sensitivität befundet werden können, was dazu beitragen könnte, den sich abzeichnenden Fachkräftemangel in der Zytologie abzufedern. Beide Fachbereiche profitieren von der Möglichkeit, jederzeit Expertinnen und Experten rund um den Globus zur Klärung von Problemfällen hinzuziehen zu können.

Ikenberg kündigte eine große retrospektive Studie an, in der bereits vorhandene Fälle mit dem bisherigen Goldstandard, der Dünnschichtzytologie mit Computerassistenz, nochmals analysiert werden sollen, um das Potenzial der digitalen Zelldiagnostik gegenüber herkömmlichen Begutachtungen durch Zytosassistentinnen weiter wissenschaftlich genau abzusichern. **P**



Sonderbeilage im Kurier, Erscheinungstermin 18. Juni 2021

Mit Hilfe der Dünnschichtzytologie können bis zu dreimal mehr Krebsvorstufen erkannt werden. Mit Ausnahme von Deutschland und Österreich ist dieses Verfahren weltweit der Standard in entwickelten Gesundheitssystemen.

Hans Ikenberg



Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021

KEYNOTES

- **Haben wir Evidenzbasierte Präventionsmedizin**
Univ.-Prof. Dr. Gerald Gartlehner, MPH | Donau-Universität Krems
- **Chronisch schlecht versorgt? Handlungsbedarf im Bereich chronischer Krankheiten?**
Dr. Thomas Czymionka | IHS, Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik
- **Wie werden Menschen möglichst spät Pflegefälle?**
Mag. Barbara Fisa, MPH | The Healthy Choice
- **Demenz: Optimale Versorgung**
Univ.-Prof. Dr. Stefanie Auer | Donau-Universität Krems, Zentrum für Demenzstudien
- **Können Roboter bei der Betreuung von Pflegefällen unterstützen?**
Hon.-Prof. Dr. Rainer Hasenauer | INITS — Universitäres Gründerservice Wien
- **Digitalisierung und KI in der Diagnostik — Das Potenzial der Technologie am Beispiel des Zervixkarzinom-Screenings**
Priv.-Doz. Dr. Hans Ikenberg | Gesellschafter und stellw. Geschäftsführer MVZ CytoMol Zytologie und Molekularbiologie Frankfurt GbR

© MARKUS SPITZLENER

Carragelose

Schutz vor Corona auf pflanzlicher Basis

Carragelose, ein Wirkstoff aus der Rotalge, kann über einen breiten physikalischen Mechanismus eine Neutralisierung respiratorischer Viren bedingen. Der Wirkstoff kann neben Impfungen und Hygienemaßnahmen als zusätzliche präventive und therapeutische Unterstützung gegen COVID-19 fungieren. **DR. ANDREAS GRASSAUER, GRÜNDER UND CEO** der Marinomed Biotech AG, hat im Zuge der 6. PRAEVENIRE Gesundheitstage den aktuellen Stand der Forschung näher beleuchtet. | von Lisa Türk, BA

Verursacht durch über 200 verschiedene Viren, gelten Erkrankungen der Atemwege weltweit als die häufigsten Infektionskrankheiten. Oftmals unterschätzt und vernachlässigt, gehen respiratorische Infektionen in vielen Fällen mit einer Exazerbation bereits bestehender Erkrankungen des Atemwegsystems wie etwa Asthma oder COPD einher. Auch der damit verbundene ökonomische Schaden ist nicht zu unterschätzen — gerade im Zusammenhang mit Pandemien. Im Rahmen klinischer Studien konnte gezeigt werden, dass Nasen- und Rachensprays auf Carragelose-Basis einen wichtigen Beitrag zur Vorbeugung und Behandlung von SARS-CoV-2-Viren leisten können. „Indem die Carragelose direkt an respiratorische Viren bindet, bildet sie auf den Schleimhäuten der Atemwege eine Schutzschicht in Form einer physikalischen Barriere. Diese kann in weiterer Folge das Risiko einer Infektion mit dem Coronavirus minimieren, respektive vor dessen weiterer Ausbreitung schützen“, erläuterte Andreas Grassauer im Zuge seiner Keynote „Schutz vor Corona mit Carragelose — Stand der Forschung“.

sogar weit höher. „Die minimierte Virusmenge ging in weiterer Folge mit einer Verringerung der Krankheitsdauer um etwa zwei bis vier Tage einher“, erläuterte Grassauer sowohl den positiven gesundheitlichen und ökonomischen Aspekt der Carragelose als auch die „ermutigenden präpandemischen Studienergebnisse“.

Carragelose gegen SARS-CoV-2 und Mutationen

Im Zuge weiterer Studien konnte nun auch die neutralisierende Wirkung der Carragelose auf das pandemische SARS-CoV-2-Virus und die Mutationen B.1.1.7, B.1.351 und P1 (20j/501Y.V3) aufgezeigt werden. Auch auf internationaler Ebene wurden diesbezügliche Untersuchungen durchgeführt: So konnte etwa eine multizentrale, doppelblinde, Placebo-kontrollierte und randomisierte Studie einer argentinischen Forschungsgruppe eine insgesamt sechs verschiedenen Zentren ein. Dabei erhielt eine Teilnehmergruppe Iota-Carrageenan (viermal täglich in Form eines Nasensprays) zusätzlich zu Standard-Schutzausrüstungen, während die andere Gruppe ein Placebo inklusive Schutzausrüstungen bekam. Die Conclusio? Unter Iota-Carrageenan kam es innerhalb eines Monats zu einer 80,4-prozentigen relativen Risikoreduktion, an COVID-19 zu erkranken. Lediglich ein Prozent dieser Gruppe hat sich im Vergleich zur Placebogruppe mit einer Ansteckungsrate von fünf Prozent infiziert. Hierbei handelte es sich um PCR-bestätigte, tatsächlich symptomatische Fälle zu einem Zeitpunkt, an dem noch keine Schutzimpfung zur Verfügung stand. Zusätzlich führte Iota-Carrageenan zu

Andreas Grassauer sprach bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten in seiner Keynote über das Thema Carragelose — Schutz vor Corona auf pflanzlicher Basis.

Sonderbeilage Die Presse, Erscheinungstermin 5. Juni 2021



Sonderbeilage Kurier, Erscheinungstermin 18. Juni 2021

Neutralisierender Virusblocker

Welcher physikalische Wirkmechanismus liegt der Carragelose nun im Konkreten zugrunde? Der Wirkstoff der Carragelose ist ein Polymer, das in Rotalgen vorkommt, und in Form von Nasen- und Rachensprays oder Lutschtabletten eine physikalische Schutzbarriere für die Mund- und Nasenschleimhaut bilden kann. „Denn ähnlich wie Wolle an Kletten haftet, bindet auch das Polymer an respiratorische Viren und verhindert auf diese Weise deren Eindringen in die Zellen sowie deren Replikation“, erklärte Grassauer. Die Folge: Ein respiratorisches Virus verliert an Infektiosität. Gemeinsam mit seinem Team forscht Grassauer nun seit 15 Jahren auf diesem Gebiet. Bereits vor der Coronapandemie konnten die Expertinnen und Experten die breite physikalische Wirkung der Carragelose auf die gesamte Familie der respiratorischen Erkältungsviren anhand klinischer Studien belegen — auch auf die vier präpandemisch existierenden endemischen Coronaviren. Im Konkreten handelte es sich dabei um vier doppelblinde, Placebo-kontrollierte Studien. In jener Gruppe der insgesamt 650 Patientinnen und Patienten (davon 154 Kinder mit einem Durchschnittsalter von vier Jahren), welche 1,2 mg/ml Carragelose dreimal täglich verabreicht bekamen, zeigte sich im Vergleich zur Placebogruppe, welche Kochsalz-Nasenspray erhielt, konsistent Folgendes: Es kam zu einer 90-prozentigen Reduktion der im Nasenraum gemessenen Virusmenge — in einigen Studien lag der Prozentsatz der Reduktion



© PETER PROVAZNIK

einer Verringerung der Krankenstandsdauer um 73 Prozent. Das waren 20 im Vergleich zu 73 Krankenstandstagen in der Placebogruppe.

Nebenwirkungsfreie Prävention und Zusatztherapie

Auf Basis der genannten Untersuchungen und der geringen Nebenwirkungen (eine gemeldete Nebenwirkung pro Woche unter 100.000 verabreichten Dosen) hat die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene das Carragelose-Erkältungsspray bereits in die Empfehlungsliste aufgenommen. Zugelassen ist es für Kinder ab einem Jahr. „Gerade für Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht gegen das Coronavirus geimpft werden können, beziehungsweise für die noch kein Vakzin zugelassen ist, kann die Carragelose einen wichtigen präventiven gesundheitlichen Nutzen darstellen“, hob Grassauer hervor. Eine relativ einfache vorbeugende Wirkung könne dem Experten zufolge bei Kindern erzielt werden. Denn einerseits seien diese aufgrund ihrer erhöhten Anfälligkeit besonders von respiratorischen Infektionskrankheiten betroffen. „Andererseits sind Kinder in Krabbelstuben, Kindergärten und Schulen tagtäglich einer erhöhten Virenlast ausgesetzt.“ Im Hinblick auf den therapeutischen Einsatz betonte Grassauer abschließend die hemmende Wirkung der Carragelose auf die Ausbreitung von Viren: „Jede Patientin sowie jeder Patient, die oder der unter einer viralen Atemwegserkrankung leidet, sollte auch etwas dagegen unternehmen können. Es ist ganz gleich, ob es sich dabei um eine Infektion mit SARS-CoV-2 oder anderen respiratorischen Viren handelt. Denn jede Atemwegsinfektion stellt nicht nur ein gesundheitliches Erschweren für die einzelne Patientin bzw. den einzelnen Patienten, sondern immer auch eine Belastung für das gesamte System dar.“ **P**



Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021

KEYNOTES

- **Neuronale Mechanismen der Entscheidungsfindung und Selbstregulierung**
Dr. Silvia Maier | Junge Akademie Schweiz
- **Coronaschnelltests Status quo: Wo geht die Reise hin?**
Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Peter Ertl | TU Wien, Institut für Angewandte Synthesechemie
- **Nanoskopie im Translationsprozess für die Medizin — Bedeutung für Coronaforschung**
Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Hannes Stockinger | MedUni Wien, Zentrum für Pathophysiologie, Infektiologie und Immunologie
- **Österreich entwickelt dauerhaftes Influenza-Vakzin**
Univ.-Prof. Dr. Florian Kramer | Icahn School of Medicine
- **Schutz vor Corona mit Carragelose — Stand der Forschung**
Dr. Andreas Grassauer | Marinomed

nisse gegeben, betonte der Experte. Die COVID-19-Pandemie unbeschadet durch die COVID-19-Pandemie navigieren können. Ein Problem seien allerdings noch immer weltweit zunächst übersehene Sarkomerkrankungen, die womöglich auch noch falsch anbehandelt werden.

Kreuz mit dem Kreuz

„Wir gehen in der Medizin davon aus, dass chronische Erkrankungen die größte Herausforderung des 21. Jahrhunderts sind“, sagte Prim. Mag. Dr. Gregor Kienbacher, Ärztlicher Leiter des Krankenhauses Theresienhof. Für die Orthopädie im Speziellen sind das zu einem erheblichen Teil die chronischen Rückenschmerzen. „20 Prozent der Menschen in Europa leiden an chronischen Schmerzen. Am häufigsten treten Rückenschmerzen auf. In Österreich haben 1,8 Millionen Menschen chronische Schmerzen“, erklärte Kienbacher. 66 Prozent entfallen auf Rücken-, 51,6 Prozent auf Gelenkschmerzen, 32,2 Prozent auf Nackenschmerzen. Die direkten und indirekten Kosten betragen pro Jahr rund 3,8 Mrd. Euro.

Ärztinnen und Ärzte oder gar Orthopädinnen und Orthopäden sehen laut dem Experten immer nur die sprichwörtliche „Spitze des Eisbergs“. „Nur fünf Prozent der Rückenschmerzen werden chronisch, verursachen aber 85 bis 90 Prozent der Kosten.“ Defizite seien auf vielen Ebenen auszumachen. Der erst vergangene Jahr für die Zielsteuerung Gesundheit erstellte „Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz“ solle hier die Versorgung der Patientinnen und Patienten gemäß eines abgestuften Versorgungskonzeptes propagieren helfen. — Im wesentlichen auf drei Ebenen (Basisversorgung; Schmerzen weniger als

„Keine DDH-Diagnose mehr bei Kindern älter als vier Wochen.“
Prof. h. c. Dr. Reinhard Graf | emer. Klinikdirektor Allgemeines und Orthopädisches Landeskrankenhaus Stolzalpe

„Nur fünf Prozent der Rückenschmerzen werden chronisch, verursachen aber 85 bis 90 Prozent der Kosten.“
Prim. Mag. Dr. Gregor Kienbacher, MSc | Ärztlicher Leiter des Krankenhauses Theresienhof

„Innovationsbereitschaft notwendig“
Univ.-Prof. Dr. Petra Krepler | Leiterin der Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie des Orthopädischen Spitals Spiesing (digital)

„Wir brauchen Ausbildungskapazitäten für die konservative Orthopädie und Schmerztherapie.“
Prim. Dr. Peter Machacek | Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie und OA im BVAEB Rehasentrum Engelsbad in Baden bei Wien

„Die Indikationen für Knorpeltransplantationen erweitern sich ständig“
Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer | Dekan der Fakultät für Gesundheit und Medizin an der Donau-Universität Krems

sechs Wochen; Allgemeinmediziner, PHC, Facharzt), bei Schmerzen über sechs bis zwölf Wochen sollte zur Fachärztin bzw. zum Facharzt oder stationär-konservative Settings überwiesen werden, die hochspezialisierte Versorgung dann in weiterer Folge (länger als zwölf Wochen in Rehab- und interdisziplinären Einrichtungen) erfolgen.

Probleme: Derzeit fehlt es in der Basisversorgung an Präventionsleistungen auf Kassenkosten und an Vernetzung. Die spezialisierte Versorgung leidet an einem Mangel an niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten und zu wenig konservativ-orthopädischen Betten mit regional unterschiedlicher Verteilung. Auf der dritten Ebene der hochspezialisierten Versorgung gebe wiederum wenige Zentren, Schwierigkeiten machten Kostenträgerwechsel (ÖGK/PVA).

Innovationen in vielen Bereichen

Insgesamt befindet sich die Orthopädie derzeit in vielen Bereichen in einer rasanten Entwicklung. Ein Beispiel brachte in Seitenstetten Prim. Univ.-Prof. Dr. Petra Krepler, Leiterin des Wirbelsäulenzentrums am Orthopädischen Spital Spiesing in Wien: minimal invasive Eingriffe an der Wirbelsäule.

„Hier haben wir perkutane Schmerztherapie, perkutane Zementoplastie, endoskopische Bandscheibenchirurgie und minimal invasive Stabilisierungen“, erklärte die Expertin. Kennzeichnend seien allerdings noch in vieler Hinsicht eine steile Lernkurve sowie vorläufig noch enge Indikationen. Vorteile seien kleinere Inzision, reduziertes Muskeltrauma, schnellere Regeneration und Rehabilitation, eventuell auch Kostenreduktionen und eine verringerte Belagsdauer. Manchmal gebe es aber auch längere Operationsdauern und höhere Kosten durch die verwendeten Geräte. Artificial Intelligence und Robotics seien gerade erst im Kommen. „Wir sollten Leerläufe und Irrläufe vermeiden“, sagte die Expertin. Man brauche aber Innovationsbereitschaft, Gestaltungswillen bei entsprechender Sorgfalt.

High-Tech gegen Knorpelschäden

„Es wäre sinnvoll, die Arthrobehandlung aus dem Winterschlaf zu holen, in dem nur die Symptome behandelt werden, wie wir es sehr lange getan haben“, erklärte Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer, Dekan für Gesundheit und Medizin an der Donau-Universität Krems. Innovative gelenkerhaltende Therapien belegten immer deutlicher ihren Nutzen und sollten in die breitere klinische Praxis gebracht werden.

„Es ist eine Pandemie. 25 Prozent der Gesamtbevölkerung leiden an einer Arthrose, 40 Prozent der 70-Jährigen, von denen

„Aus der Diskussion hat sich herauskristallisiert: zunächst sollten alle konservativen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft werden, dann erst die operativen. Dafür müssen aber Strukturen geschaffen werden, wo dieses konservative Wissen auch stattfinden und weitergegeben werden kann.“
Dr. Andreas Stippler | Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

„Hüftgelenksersatz — Operation des Jahrhunderts“
Prim. Dr. Peter Zenz | Vorstand der Orthopädischen Abteilung der Klinik Penzing

80 Prozent Mobilitätseinschränkungen haben“, erklärte Nehrer. Ein zunehmend entscheidender Faktor sei auch das Übergewicht. Jedenfalls, bei Arthroskopen können bei 50 bis 60 Prozent der Patientinnen und Patienten zumindest kleine Knorpeldefekte festgestellt werden, auch größere in 20 bis 30 Prozent der Fälle. Sie können sich im Laufe der Zeit zu einer Arthrose mit einer Gesamtdegeneration des Gelenks entwickeln. Das Paradigma der Gelenkknorpeltherapie hat sich seit den 1990er-Jahren durch die Transplantation gezüchteter Knorpelzellen gewandelt. „Knorpel wurde heilbar“, sagte Nehrer. „Es gibt zur Zeit an die 100.000 Patientinnen und Patienten, die so behandelt worden sind. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass über 17 Jahre bei 73 Prozent der Patientinnen und Patienten das Gelenk erhalten werden konnte.“ Mittlerweile hätte auch das britische HTA-NICE-Gremium im Jahr 2017 festgestellt, dass sowohl kurzfristig als auch langfristig ein guter Effekt zu erzielen sei, wenn man einen isolierten Knorpeldefekt per gezüchteter autologer Knorpelzelltransplantation behandle. Das schränke auch den Bedarf an Gelenkoperationen ein. „Die Indikationen erweitern sich ständig.“

Ein zweites Verfahren: die Korrektur der Gelenksachsenfehlstellung. „Damit wird der Gelenkerhalt bei ca. 75 Prozent der Patientinnen und Patienten um zehn Jahre verlängert. Drei bis fünf Grad sind noch akzeptabel, dann sollten Osteotomien durchgeführt werden. Das hat sich als erfolgreiches Konzept herausgestellt.“ Der Erhalt des eigenen Gelenks ist jedenfalls einem frühen Gelenkersatz vorzuziehen. Univ.-Prof. Dr. Ronald Dorotka, Präsident des Berufsverbandes Österreichischer Fachärzte für Orthopädie, ließ jedenfalls in Seitenstetten keinen Zweifel daran, dass Augenmaß bei Diagnose und Therapie in Sachen Arthrosen mehr als gefragt sind: „In Österreich gibt es ca. 1,5 bis zwei Millionen Menschen mit Knorpelschäden, etwa 750.000 an schmerzhaften Arthrosen.“

Entscheidend ist schon die Diagnose mit Anamnese, manueller Untersuchung und gezieltem Einsatz der Bildgebung. „Die manuelle Untersuchung muss man immer wieder einfordern unter dem Motto: ‚Keine Diagnose durch die Hose‘. Und, wir sehen sehr oft, bei jedem Gelenkschmerz wird die Magnetresonananz hervorgeholt. Es genügt bei der Arthrose in den allermeisten Fällen, ein Röntgen zu machen.“ In der nicht-operativen Therapie sei beispielsweise die Gelenksinfiltration mit Hyaluronsäure wieder in die Kassenleistungen aufzunehmen — zumindest für bestimmte Patientinnen und Patienten mit Zusatzerkrankungen. Über allem aber stehe die Prävention, die entscheidend verstärkt werden müsse. Wenn keine andere Wahl besteht: Die Hüftgelenks-Endoprothese hat in den vergangenen Jahrzehnten eine Revolution hervorgerufen. „Der künstliche Hüftgelenksersatz ist als die Operation des Jahrhunderts bezeichnet worden. Das ist die erfolgreichste Operation, die die Orthopäden anzubieten haben“, sagte Prim. Dr. Peter Zenz, Vorstand der Orthopädischen Abteilung der Klinik Penzing in Wien.

Mit Gleitpaarungen wie hochvernetztes Polyäthylen und Keramik/Keramik („Durchhalten nicht zehn bis 15 Jahre, sondern 30 Jahre und mehr“), größeren Gelenkspalddurchmessern und minimal-invasiven Zugängen hätten sich die technischen Gegebenheiten deutlich verbessert. Für die minimal-invasiven Operationen eignen sich besonders Hüftgelenksendoprothesen mit Kurzschäften. „Sie entwickeln sich zur ersten Wahl bei Primäroperationen.“

Die Immunreaktion auf Einzelmolekülebene studieren und testen

Mit Hilfe der Nanoskopie gelingt es im Milliardstel-Meter-Bereich, Vorgänge in den Zellen sichtbar zu machen. Wie die immunologische Abwehr im Detail funktioniert und wie sich mit Hilfe der Nanoskopie die CAR-T-Zelltherapie beobachten, testen und verbessern lässt, schilderte **UNIV.-PROF. DR. HANNES STOCKINGER** vom Zentrum für Pathophysiologie, Infektiologie und Immunologie der MedUni Wien in seinem Vortrag bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. | von Rainald Edel, MBA

Bis vor wenigen Jahren konnte man die Immunreaktion im menschlichen Körper zwar theoretisch nachvollziehen und beschreiben, aber die tatsächlichen Vorgänge nicht beobachten. Mittels eines ultrasensitiven Mikroskops gelang es Hannes Stockinger vom Zentrum für Pathophysiologie, Infektiologie und Immunologie der MedUni Wien zusammen mit den Arbeitsgruppen von Johannes B. Huppa vom gleichen Zentrum und Gerhard Schütz von der TU Wien erstmals die Vorgänge einzelner Moleküle bei der Immunabwehr in lebenden Zellen optisch sichtbar zu machen. Diese Mikroskopie auf Einzelmolekülebene wird auch Nanoskopie genannt.

Zentrum und Schaltzentrale des Immunsystems ist die immunologische Synapse, die aus zwei Zellkomponenten besteht. Der eine Teil ist die antigenpräsentierende Zelle. „Diese nimmt einen Krankheitserreger — beispielsweise SARS-CoV-2 — auf und zerlegt diesen in kleine Bruchstücke, die Antigenen-Peptide. Diese werden anschließend über MHC-Moleküle präsentiert, wodurch alle Proteine linearisiert werden und so jedes kleinste Detail für den Antigenrezeptor der T-Zelle sichtbar gemacht wird“, schilderte Stockinger. Durch diese genaue Analyse werden die Krankheitserreger auch bei Mutationen trotzdem durch die T-Zellen erkannt. „Je nachdem wie die T-Zelle erkennt, entscheidet sie zwischen Angriff oder Toleranz“, so Stockinger. In den meisten Fällen müssen die T-Zellen tolerieren, um sich nicht gegen die Zellen des Menschen oder normale Umweltfaktoren, wie beispielsweise Nahrung, zu richten. „Wir müssen diesen Prozess verstehen, um den T-Zellen zu helfen, wenn diese falsch reagieren und beispielsweise angreifen, wie etwa im Falle von Allergien, Autoimmunerkrankungen oder Transplantationen, oder wenn diese fälschlicherweise tolerieren, wie bei Krebs“, erklärte Stockinger.

Um diese Vorgänge sichtbar zu machen, habe man in den letzten 20 Jahren ein ultrasensitives Mikroskop entwickelt, mit dem es nun möglich ist, einzelne Moleküle in lebenden Zellen darzustellen. Mit an Bord bei dieser Entwicklung waren neben Stockinger auch die Forschungsteams von Univ.-Prof. DI Dr. Gerhard Schütz von der TU Wien und Assoc.-Prof. Dr. Johannes B. Huppa von der MedUni Wien. „Mit diesem Mikroskop gelingt es, einzelne Moleküle in Zellen mit einer Positionsgenauigkeit von 15 nm (Milliardstel Meter) und mit einer Zeitauflösung von 50 Mikrosekunden (Millionstel-Sekunden-Bereich) darzustellen“,

schilderte Stockinger. Mit 50.000 bis 100.000 Antigenrezeptoren hat eine einzige T-Zelle eine enorme Leistungsfähigkeit, Entscheidungen über Angriff oder Toleranz zu fällen.

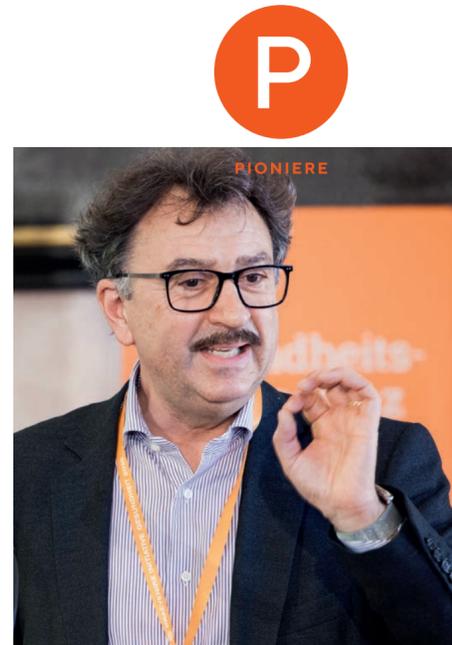
Praktische Anwendung

Wie man dieses Wissen in der Medizin umsetzen kann, zeigte Stockinger am Beispiel der CAR-T-Zellen. „Während die CAR-T-Zelltherapie sehr erfolgreich bei den meisten B-Zell-Malignitäten ist, funktioniert sie bei soliden Tumoren noch nicht“, erklärte der Wissenschaftler. Um die CARs zu verbessern stellte Venu Gudipati, PhD im Team von Johannes Huppa, künstliche Tumorzellen her. Dazu wird auf einem Glas-träger eine Zellmembran aufgebracht und je nach Bedarf gestaltet: Beispielsweise kann die Dichte der Tumor-Antigene gesteuert werden als auch die Dichte und der Einfluss von Adhäsionsmolekülen und regulatorischen Molekülen analysiert werden. „So kann genau studiert werden, wie CAR-T-Zellen reagieren, wenn sie entweder mit dem natürlichen Antigenrezeptor oder mit dem CAR, dem Chimären-Antigen-Rezeptor, Tumor-Antigen erkennen“, schilderte Stockinger. Dieser CAR besteht aus einem Antikörperfragment gegen ein Tumorantigen sowie Teilen vom natürlichen Antigenrezeptor und von Regulatormolekülen. Dieses Konstrukt wird gentechnisch in die T-Zelle eingebracht. So lässt sich mittels Nanoskopie analysieren, was eine Killer-T-Zelle macht, wenn sie das Antigen entweder über den CAR-Rezeptor oder über den natürlichen Antigenrezeptor präsentiert bekommt. Der Vergleich zeigt Folgendes: Während die T-Zelle über den natürlichen Antigenrezeptor nur sehr wenige Antigene braucht, um zu arbeiten, liegt die Anzahl beim CAR umgekehrt höher. „Wir haben nun eine Plattform, um die CARs zu testen und zu verbessern“, erklärt Stockinger.

Immunabwehr durch T-Zellen-Vakzine aufbauen

Als problematisch schilderte Stockinger, dass die typischen Tumorantigene CD19 und CD20 nicht nur bei B-Zell-Malignitäten zu finden sind, sondern auch an normalen B-Zellen. „Somit schießt eine CAR-T-Zelltherapie das B-Zell-System ab“, so Stockinger. Wenn nun ein neues Antigen kommt, z.B. SARS-CoV-2, dann können diese Patientinnen und Patienten keine neutralisierenden Antikörper aufbauen. „Allerdings produziert der menschliche Körper nicht nur neutralisierende Antikörper, wie etwa gegen die Rezeptorbindungsdomäne des Spike Proteins, mit dem das der SARS-CoV-2-Virus an den ACE2-Re-

Sonderbeilage Kurier, Erscheinungstermin 28. Juni 2021



zeptor der menschlichen Zelle andockt. Der menschliche Körper produziert auch Killer-T-Zellen“, so Stockinger. Bevor neutralisierende Antikörper gebildet werden, bindet z. B. SARS-CoV-2 an ACE2 auf der Oberfläche von Nasen- und Lungenepithelzellen, integriert seine RNA in das humane Genom und macht aus den menschlichen Zellen eine Virusfabrik. „Obwohl sie vom Virus umprogrammiert wurden, haben die menschlichen Zellen noch die Fähigkeit MHC-Moleküle mit den viralen Peptiden zu exprimieren. Damit haben T-Zellen die Chance, diese Zellen über den Antigenrezeptor zu erkennen und zu kühlen. Unsere jüngsten Untersuchungen zeigten, dass jene Personen, die z. B. durch eine CAR-T-Zelltherapie keine Antikörper produzieren können, jedoch — wenn auch auf geringerem Niveau als gesunde Menschen — eine Immunabwehr durch T-Zellen aufbauen.“ „Das spornt uns an, diese T-Zellen zu stimulieren und sogenannte T-Zell-Vakzine zu entwickeln“, erklärte Stockinger. Dieser Lösung ist das Team an der MedUni Wien möglicherweise schon nahe, da es Venu Gudipati gelungen ist, ein temperaturabhängiges Fluoreszenzverfahren zu entwickeln, um konservierte Peptide von SARS-CoV-2 zu identifizieren, die von T-Zellen besonders gut erkannt werden. Dieses Verfahren wurde kürzlich in „Science Immunology“ veröffentlicht.

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030
BLOCK 1
Block 1 | Wissenschaft und Innovation/Fokus auf COVID-19

Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021

KEYNOTES

- **Neuronale Mechanismen der Entscheidungsfindung und Selbstregulierung**
Dr. Silvia Maier | Junge Akademie Schweiz
- **Coronaschnelltests Status quo: Wo geht die Reise hin?**
Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Peter Ertl | TU Wien, Institut für Angewandte Synthesechemie
- **Nanoskopie im Translationsprozess für die Medizin — Bedeutung für Coronaforschung**
Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Hannes Stockinger | MedUni Wien, Zentrum für Pathophysiologie, Infektiologie und Immunologie
- **Österreich entwickelt dauerhaftes Influenza-Vakzin**
Univ.-Prof. Dr. Florian Kramer | Icahn School of Medicine
- **Schutz vor Corona mit Carrageenose — Stand der Forschung**
Dr. Andreas Grassauer | Marinomed



Genossenschaft gegen Verödung in Dörfern

Wenn das letzte Wirtshaus und der einzige Nahversorger endgültig geschlossen werden, stirbt meist auch das dörfliche Leben in kleinen, dezentralen Gemeinden. Wie eine Dorfgemeinschaft diese Entwicklung mit vereinten Kräften erfolgreich umkehren kann, zeigt die Bürgergenossenschaft in der Gemeinde St. Stefan-Afiesl im oberen Mühlviertel (oö) unter der Leitung von **MAG. KARL LEHNER, MBA.** | von Rainald Edel, MBA

Die Entwicklung ist in vielen peripheren ländlichen Gemeinden gleich. Nach und nach schließen die Nahversorger, Fleischeri, Bäckerei, Lebensmittelhändler. Die Bewohner sind dann mehr oder minder ausschließlich auf's Auto angewiesen, um ihre Versorgung im nächstgelegenen größeren Einkaufszentrum zu erledigen. Wenn dann auch im letzten verbliebenen Wirtshaus im Ort der Betrieb nicht mehr weitergeführt wird, kommt auch das dörfliche Leben endgültig zum Erliegen. Denn dann fehlt ein Ort für geselliges Zusammensein und Treffpunkt für die Vereine. Nachdem 2017 der einzige Nahversorger zugesperrt hat und der Wirt 2018 ankündigte, das Wirtshaus Ende August 2019 zu schließen, stand auch die oberösterreichische Gemeinde St. Stefan-Afiesl vor dieser Situation.

Bedürfnisgerechte Versorgung

Eine Gruppe Dorfbewohnerinnen und -bewohner mit dem Bürgermeister an der Spitze wollte sich nicht dem Status quo als unabänderliches Schicksal ergeben. Diese engagierten Ehrenamtlichen, machten sich ans Werk und suchten nach einer Lösung, die ein Dorfleben wieder ermöglicht. Im Rahmen eines Agenda 21-Prozesses wurden alle Möglichkeiten ausgelotet, doch noch eine Nahversorgung im Ort sicherzustellen. Dabei wurde die Gemeinde nicht nur vom Regionalmanagement Oberösterreich, einer Einrichtung des Landes Oberösterreich, unterstützt, sondern es wurden auch Expertinnen und Experten der Studiengesellschaft für Projekte zur Erneuerung der Strukturen (SPES-Akademie) aus dem nahen Schlierbach ins Boot geholt. In einem ersten Schritt wurde durch Fragebögen erhoben, was die Gemeindebürger wollen und brauchen. In vielen Arbeitsstunden und Sitzungen wurde daraus ein innovatives Konzept entwickelt, das den durch die Bevölkerung eingemeldeten Bedürfnissen gerecht wurde: ein Begegnungszentrum, in dem alle Gemeindebürgerinnen und -bürger einen Treffpunkt finden, Veranstaltungen besuchen und Güter des täglichen Bedarfs kaufen können. Schon bald zeigte sich, dass man ohne starke Einbindung der Bevölkerung das Projekt nicht realisieren könne. Es kristallisierte sich heraus, dass eine Genossenschaft die beste Lösung ist — die Geburtsstunde der „Bürgergenossenschaft St. Stefan-Afiesl“ (organisiert im Raiffeisen Revisionsverband). „Die Genossenschaft hat den Vorteil, dass man mit einem kleinen Betrag, der keine Spende ist, den sich aber dennoch jeder leisten kann, dabei ist. Ein weiteres Argument ist, dass jeder und jedem dann ein kleiner Teil dieser Einrichtung gehört, sodass dadurch automatisch die Bereitschaft steigt, ins eigene Geschäft bzw. ins eigene Gasthaus zu gehen, den Veranstaltungsraum zu nutzen und das Café zu besuchen“, erklärt Mag. Karl Lehner, MBA, Geschäftsführer bei der Oberösterreichischen Gesundheitsholding, der sich privat seit 30 Jahren im Gemeinderat

engagiert und zum Obmann der Bürgergenossenschaft St. Stefan-Afiesl gewählt wurde.

Bürgerbeteiligung als Erfolgsfaktor

Im Rahmen des Prozesses wurde eine Nutzenanalyse der Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Standorte erstellt. Aus dieser ist dann sehr objektiv hervorgegangen, dass es nur Sinn macht, das Projekt am Standort des alten Gasthauses umzusetzen. Wie sehr es gelungen ist, die Bevölkerung für das Projekt zu begeistern, lässt sich in den vielen ehrenamtlichen Stunden erahnen, die bei der Renovierung und Umsetzung des Projektes geleistet wurden — 3.500 freiwillige Stunden. „Im Genossenschaftsvorstand arbeiten wir komplett ehrenamtlich. Also alleine vom Genossenschaftsvorstand wurden mit allen Vorbereitungen, Sitzungen etc. fast 1.500 Stunden und mehr als 2.000 Stunden von Genossenschaftsmitgliedern ehrenamtlich auf der Baustelle geleistet. Also aus meiner Sicht sind wir hinsichtlich Partizipation schon sehr gut aufgestellt“, freut sich Lehner. Das Gesamtprojekt wurde auch maßgeblich vom Land OÖ und der EU (Leader) unterstützt.

Begegnungsstätte mit gelebter Inklusion

Nach einer intensiven Umbauphase von nur sechs Monaten Bauzeit ist es gelungen, das neue Begegnungszentrum „Stefansplatzl“ Anfang Juli 2020 fertig zu stellen. Schritt für Schritt wurden dann die einzelnen Bereiche Café und Gastronomie in Betrieb genommen und mit der Eröffnung des Nahversorgers Anfang August angeschlossen. Bestandteil des



Da durch die Genossenschaft jedem ein kleiner Teil gehört, steigt die Bereitschaft, ins eigene Geschäft bzw. ins eigene Gasthaus zu gehen.

Karl Lehner



Begegnungszentrums St. Stefan-Afiesl sind nun ein neu gestaltetes „Panorama-Café“, ein komplett neu gestaltetes Geschäft, ein saniertes Gasthaus mit gänzlich neuem Veranstaltungssaal inklusive neuer Kulturbühne und vieles mehr. „Wir wollten dann einen Betreiber für das gesamte Projekt — also alle drei Bereiche: Geschäft, Gasthaus und Café. Mit Artegra, den geschützten Werkstätten Altenfelden, haben wir rasch einen Betreiber gefunden, der bereit war, all diese Bereiche abzudecken. Damit haben wir auch gleich einen zweiten für uns wichtigen Punkt geschafft, nämlich mit dem Projekt auch einen sozialen Mehrwert zu leisten. Inklusion ist bei uns kein Fremdwort, denn im Begegnungszentrum arbeiten auch Menschen mit Beeinträchtigung. Mittlerweile haben wir 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, fünf von ihnen mit Beeinträchtigung“, schildert Lehner. Um auf die Einkaufszeiten und Gewohnheiten der Bevölkerung bestmöglich einzugehen, gibt es neben Kernzeiten mit Bedienung auch die Möglichkeit zum Selbstbedienungseinkauf mittels Kundenkarte und SB-Kasse.

Regionale Wertschöpfung

Von Beginn an hatten die Betreiber des Projektes die Idee, möglichst viel Wertschöpfung in der Region zu schaffen. „Gut 20 bis 25 Firmen haben uns bei Bau, Baunebengewerbe, Homepagegestaltung, Logo und Design, Onlineshop und anderen Dingen unterstützt“, so Lehner. Dieses Konzept setzt sich nun auch im Betrieb fort. So wurde im Gastronomie- und Nahversorgerprofil festgelegt, dass — wo immer möglich — regionale, saisonale und biologische Produkte angeboten werden sollen.

Guter Start trotz Pandemie

„Wir haben gesehen, dass wir nach der tollen Umbauphase, der tollen Beteiligung im ersten Jahr und auch während der Lockdownphasen auf die Unterstützung der Genossenschaftsmitglieder und der Bevölkerung zählen können“, schildert Lehner. Denn trotz der Einschränkungen sind die Umsätze im Geschäft weiterhin gestiegen und auch der Gastronomiebereich konnte mit einem Abholservice ein für ein regionales Wirtshaus durchaus respektables Ergebnis im ersten Jahr einfahren. Den Weg sieht er auch dadurch bestätigt, dass sich Menschen bei der Genossenschaft melden und sagen: „Das wollen wir auch machen!“ „Alleine in den vergangenen drei Monaten war ich mit fünf, sechs Gruppen beim Stefansplatzl und habe dort erklärt, wie wir vorgegangen sind und wie die Genossenschaft bei uns funktioniert. Diese Personen wollen ähnliche Modelle umsetzen und finden die Idee wirklich gut“, sagt Lehner. P

© STEFANSPLATZL, LEHNER/JOHANNES LEHNER, OÖ GESUNDHEITSHOLDING

6. PRAEVENIRE GESUNDHEITSTAGE TO GO.

Die PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021 gibt es jetzt zum Nachsehen und -hören. Mit dem QR-Code erhalten Sie alle Informationen zu Vorträgen und Programm. Einfach den Tag auswählen, der Sie interessiert, den dazugehörigen Link kaufen und schon kann es losgehen. Wann immer und wo immer sie wollen.

MITTWOCH | 19. MAI 2021

- Univ.-Prof. Dr. Stefanie Auer
- Dr. Juliane Bogner-Strauß
- Dr. Thomas Czyponka
- Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Peter Ertl
- Mag. Barbara Fisa, MPH
- Univ.-Prof. Dr. Gerald Gartlehner, MPH
- Dr. Andreas Grassauer
- Hon.-Prof. Dr. Rainer Hasenauer
- Michaela Hinterholzer
- Priv.-Doz. Dr. Hans Ikenberg
- Prof. Dr. Dr. h.c. Stefan Kaufmann
- Univ.-Prof. Dr. Florian Krammer
- Dr. Silvia Maier
- Abt Mag. Petrus Pilsinger
- Prof. Dr. Reinhard Riedl
- Dr. Hans Jörg Schelling
- ao. Univ.-Prof. Mag. DD. Erich Schweighofer
- Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Hannes Stockinger

DONNERSTAG | 20. MAI 2021

- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD
- Dr. Alexander Biach
- Manfred Brunner
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Eisterer
- Univ.-Doz. Dr. Franz Frühwald
- Dr. Gerald Gingold
- Mag. pharm. Gunda Gittler, aHPH
- Prof. Dr. Reingard Glehr
- Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant
- Priv.-Doz. Dr. Birgit Grünberger
- Prof. Dr. Thomas A. Henzinger
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe
- Dr. Eva Höttl
- Andreas Huss, MBA
- OA Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dipl.-Ing. Dr. med. Hans-Peter Hutter
- Prim. Univ.-Doz. Dr. Hannes Kaufmann
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Keil
- Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. techn. Johannes Khinast
- Dr. Markus Klamminger
- Mag. Karl Lehner, MBA
- Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller
- Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer
- Dr. Markus Paulmichl
- Mag. Elisabeth Potzmann
- Mag. Michael Prunbauer
- Dr. Erwin Rebhandl
- Prof. Dr. Reinhard Riedl
- Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp
- OA Dr. Christian Schauer
- MR Dr. Johannes Steinhart
- ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres, PhD
- OA Univ.-Doz. Dr. Ansgar Weltermann
- DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche
- Prof. Dr. Erika Zelko
- Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Harald zur Hausen

FREITAG | 21. MAI 2021

- Prof. Dr. Thomas Berger
- o. Univ.-Prof. Dr. Catharina Chiari, MSc
- Lisa Holzgruber, MBA, MSc
- Univ.-Prof. Dr. Christoph Huber
- Univ.-Prof. Dr. Daisy Kopera, EMBA, Med
- Mag. Hanns Kratzer
- Univ.-Prof. Dr. Rainer Münz
- Dr. Erwin Rebhandl
- Prof. Dr. Reinhard Riedl
- Dr. Hans Jörg Schelling
- Mag. Wolfgang Sobotka
- Markus Wieser
- o. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Windhager

Details zum Programm finden Sie unter www.praevenire.at/programm2021



Jetzt scannen und Stream bestellen!

Mittwoch: 200 €
Donnerstag: 400 €
Freitag: 200 €
alle 3 Tage: 700 €





Corona als Chance

Zukunftsfit dank Manöverkritik und Prävention

Nachdenken. Umsetzen. Jetzt! Ganz im Sinne des Credo des PRAEVENIRE Weißbuchs „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ erläutert PRAEVENIRE PRÄSIDENT DR. HANS JÖRG SCHELLING bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen, welche Learnings aus der Krise abzuleiten und welche Handlungsschritte rasch zu setzen sind. Das Ziel: den durch die Krise entstandenen Entwicklungsschwung als Chance im Hinblick auf die Gestaltung eines zukunftsfiten Gesundheitssystems wahr- und mitzunehmen. | von Lisa Türk, BA

Durch die Coronapandemie wurde die Funktionsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems auf die Probe gestellt. Dabei zeigte sich dessen Bewährung in medizinischer, sozialer, ökonomischer und politischer Hinsicht. „An sich haben wir ein gut funktionierendes Versorgungssystem, das in manchen Bereichen im Zuge der Krise natürlich an seine Grenzen stößt“, so Schelling. Es habe sich vor allem gezeigt, dass man auf derartige Ereignisse nicht adäquat vorbereitet sei. Um den Blick in die Zukunft zu richten, gelte es nun auf Basis einer ehrlichen Manöverkritik, schnellstmöglich und unmittelbar effiziente Präventionsmaßnahmen zu implementieren. Die Kernfragen: Welche Lehren und Erfahrungen lassen sich aus dieser Krise ableiten? Welche konkreten Handlungsschritte können das zukünftige Krisenmanagement verbessern? Und wie kann ein evidenzbasierter Diskurs in der Öffentlichkeit einerseits die Wiederherstellung von Glaubwürdigkeit und Vertrauen seitens der Bevölkerung bedingen und andererseits Eigenverantwortung und in weiterer Folge gesellschaftliche Moral stärken? PRAEVENIRE Präsident Schelling hat im Rahmen der 6. PRAEVENIRE Gesund-

heitstage im Stift Seitenstetten im Mai den Bogen zwischen Corona-Learnings und Appell an die Politik gespannt. **Eigenverantwortung durch sensible Kommunikation** Der Patient im Mittelpunkt — dieser Gedanke ist das Herzstück des PRAEVENIRE Gesundheitsforums. „Auf Basis einer ganzheitlichen Sicht auf das Gesundheitssystem gilt es stets, alle daran beteiligten Personen mit einzubeziehen. Wir können eine derartige pandemische Krise nicht alleine durch politische Maßnahmen, sondern nur miteinander und in gemeinsamer Kraftanstrengung bewältigen“, erläutert Schelling. In diesem Zusammenhang hebt er besonders die Bedeutung einer sensiblen Kommunikation gegenüber der Bevölkerung hervor: „In den vergangenen Monaten hat der teils nicht-evidenzbasierte Diskurs in der Öffentlichkeit zu Verunsicherung, Verwirrung, Verlust an Glaubwürdigkeit der Wissenschaft gegenüber und somit zu sinkender Akzeptanz der Maßnahmen und Vorgehensweisen geführt.“ Besonders deutlich habe man diese Entwicklung zwischen der ersten und zweiten Welle beobachtet: „Man war sich der bevorste-

PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling spannte bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen den Bogen zwischen Corona-Learnings und Appell an die Politik.

henden zweiten Infektionswelle zwar bewusst, hat jedoch nicht ausreichend präventive Vorkehrungen getroffen. Das Resultat: Die zweite



Sonderbeilage Die Presse, Erscheinungstermin 5. Juni 2021

© PETER PROVAZNIK

Welle hat uns überrollt — zeitgleich mit der abnehmenden Akzeptanz in der Bevölkerung von regulatorischen und politischen Maßnahmen.“ Durch verständliche, nachvollziehbare und klare Kommunikation gelte es daher, den Menschen die Wichtigkeit der Eigenverantwortung wieder bewusst zu machen. „Individuelle Gesundheitsverantwortung geht in der Krise stets mit Sozialverantwortung und Sozialethik einher. Diese stellen wiederum einen essenziellen Schritt in Richtung Prävention dar“, unterstreicht Schelling einen der wesentlichen Punkte, die das PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ unterstützt: den Paradigmenwechsel von der Reparaturmedizin zur Präventionsmedizin. „Es wäre wünschenswert, dass nicht nur das System die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt rückt, sondern sich auch diese ihrer zentralen Rolle und Verantwortung gegenüber der Gesellschaft wieder bewusst werden.“ Dieser Aspekt sei politisch und medial intensiver zu vermitteln — speziell im Zusammenhang mit

Jetzt über das Zurückschrauben von Maßnahmen, die sich in der Krise bewährt haben, zu diskutieren, ist der falsche Weg.

Hans Jörg Schelling

Vorkehrungsmaßnahmen und Impfungen. „Denn Eigenverantwortung ist der Schlüssel zur Prävention“, schließt Schelling den Kreis. Es brauche — vor allem in Verbindung mit der immer älter werdenden Bevölkerung — allgemein mehr „Zuwendungsmedizin“, um den Patientinnen und Patienten den stetigen medizinischen Fortschritt näherzubringen und in weiterer Folge eine Vertrauensbasis zu etablieren, respektive Skepsis sowie Ängste zu reduzieren. „Ich sehe es als klare Aufgabe des PRAEVENIRE Gesundheitsforums, hier einen Beitrag zu leisten“, so Schelling.

Digitalisierung als Standard

Eine wesentliche Chance, aus der Krise zu lernen, ergibt sich auf dem Gebiet der Digitalisierung und Telemedizin. „Wir haben kurzfristig aus einer komplexen Situation heraus effiziente Möglichkeiten, wie etwa in Form des e-Rezepts, geschaffen, die jetzt vom Ausnahme- in den Regelbetrieb zu übernehmen sind.“ Die besagte Standardisierung beginne bereits bei der Dateneingabe in die Systeme, die allenfalls zu verbessern sei. Schelling betont im Zusammenhang mit Optimierungen insbesondere auch die Bedeutung einer gesteigerten Benutzerfreundlichkeit digitaler Systeme — sowohl für professionelle Nutzerinnen und Nutzer als auch für Patientinnen und Patienten. Basierend darauf appelliert er mit den folgenden Worten an alle an den digitalen Prozessen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: „Wir alle sind jetzt aufgefordert, zu überlegen, welchen Beitrag wir dazu leisten können, effiziente Systeme mit infrastrukturellen Vorteilen für alle Nutzerinnen und Nutzer zu gestalten — und zwar rasch.“ Zudem hebt Schelling die Sensibilität des Datenschutzthemas im Kontext von Gesundheitsdaten hervor. Es sei als Präventionsmaßnahme von höchster Relevanz, der Wissenschaft im Hinblick auf Vorkehrungen für zukünftige Krisen Daten zur Verfügung zu stellen — pseudonymisiert und datenschutzkonform. Im Abklingen der Pandemie über ein etwaiges Zurückschrauben funktionierender Maßnahmen, die in der Not etabliert wurden und sich bewährt haben, zu diskutieren, ist Schelling zufolge allerdings „der falsche Weg und größte

© PETER PROVAZNIK

Fehler“. Man müsse vielmehr schleunigst darüber nachdenken, welche zusätzlichen Möglichkeiten der Digitalisierung die Systeme effizienter, schlagkräftiger und praktikabler gestalten könnten.

Manöverkritik als Ausgangspunkt

Um Verbesserungsmaßnahmen für die Zukunft vornehmen zu können und wieder zu einer Art Normalität zurückzukehren, ist es zunächst unumgänglich, die gegenwärtige Ausgangslage auf Basis der vergangenen Monate zu analysieren. Die Kernfragen: Was hat gut funktioniert? Wo und weshalb ist unser an sich gut funktionierendes Gesundheitssystem dennoch an seine Grenzen gestoßen? Und was gilt es zu tun, um langfristig noch mehr Stabilität und Krisenresistenz zu erzeugen? „Es ist mein Wunsch, dass wir in diese Reflexionen vor allem jene Leute miteinbeziehen, die tagtäglich in der Praxis mit den Dingen zu tun haben“, so Schelling. Ein Stab, bestehend aus Expertinnen und Experten sowie Praktikerrinnen und Praktikern solle eine realistische Einschätzung des in der Praxis Umsetzbaren und Machbaren geben. „Die praktische Perspektive ist insofern relevant, da es für eine breite Akzeptanz der Bevölkerung gegenüber der Umsetzung von Maßnahmen stets Verständnis und Nachvollziehbarkeit braucht.“

Entscheiden und umsetzen — hier und jetzt

Rasch umsetzbar und praktikabel wären vor allem jene Vorschläge aus dem PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“, die keine großen Gesetzesänderungen benötigen. Generell ist man im Zuge der Präsentation des Weißbuchs bei der Politik auf äußerst positive Resonanz gestoßen. „Wir haben gesehen, dass ein enormer Bedarf an Wissen besteht, den wir durch das Weißbuch vermitteln. Die Politik wäre nun gut beraten, auf Basis der Erkenntnisse des letzten Jahres die schon längst angedachten Reformschritte möglichst schnell zu realisieren“, urteilt Schelling. Denn durch die Pandemie seien viele der im Weißbuch angesprochenen Themen erst richtig sichtbar geworden — zugleich fehlten aufgrund der zahlreichen Aufgaben im Krisenmanagement jedoch Kapazitäten und Zeit, diese auch umzusetzen. „Wenn wir das Abklingen der Krise und die dadurch wieder gewonnene Zeit jetzt nicht nutzen, um nachhaltige regulatorische Maßnahmen rasch zu etablieren, vertun wir eine große Chance — das wäre ein fataler und nicht vermeidbarer Fehler. Die Rechnung bekommen wir dann spätestens in der nächsten Krise, in welcher Form auch immer diese stattfinden wird, präsentiert“, so Schelling. Es gilt, jene Mechanismen ausfindig zu machen, die offensichtlich krisenauslösend waren und sofort zu handeln — noch bevor die Erinnerung an die Pandemie verblasst und die Bereitschaft zur Veränderung wieder abnimmt oder gänzlich schwindet. „Wir werden das PRAEVENIRE Weißbuch bis Spätherbst 2021 an diese spezielle Situation, die wir nach der Pandemie nun einmal erkennen und bewältigen müssen, adaptieren, es um neue Kapitel ergänzen, einiges vertiefen und so der Politik das nötige Rüstzeug und die erforderlichen Handlungsanleitungen als Anstoß, Anlass und Impuls für die sofortige Umsetzung präventiver Maßnahmen bereitstellen. Denn so, wie es war, wird es nicht mehr werden. Eine nächste Krise kommt bestimmt“, greift Schelling voraus.

Das PRAEVENIRE Gesundheitsforum als Vorreiter

Auch die im Rahmen der 6. PRAEVENIRE Gesundheitstage diskutierten Themen werden

Schelling zufolge in die erweiterte Version des Weißbuchs einfließen. „Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben ihre Wünsche, Anregungen und Meinungen eingebracht — manche Inputs fielen durchaus auch kontroversiell aus.“ Auch das sei ein wesentliches Merkmal vom PRAEVENIRE Gesundheitsforum: neue Denkanstöße zu setzen, Bisheriges gegebenenfalls zu hinterfragen, allenfalls den Horizont zu erweitern sowie stets dynamisch und am Puls der Zeit zu bleiben. Als Präsident des PRAEVENIRE Gesundheitsforums werde Schelling jedenfalls nicht locker lassen, die tatsächliche Umsetzung der im PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ ausgearbeiteten Optimierungsschritte von der Politik auch aktiv einzufordern. In diesem Zusammenhang bot er auch dem Nationalratspräsidenten Mag. Wolfgang Sobotka an, das Weißbuch auf Wunsch im Parlament zu



PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling bildete im Zuge seiner Eröffnungsrede und seines Resümees den Rahmen der 6. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten.

präsentieren und den Nationalratsparteien die aus Expertensicht notwendigen Reformschritte näherzubringen. „Es wurde auch heuer wieder deutlich, in welcher enormen medizinisch-wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Bandbreite wir im Zuge dieses in Österreich einzigartigen Forums agieren“, freut sich Schelling abschließend über die 6. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten. PRAEVENIRE habe sich zu „der“ österreichischen Gesundheitsplattform schlechthin entwickelt. Schelling wünscht sich nun allenfalls, dass die Entwicklungen und Erkenntnisse des Weißbuchs und damit auch der Gesundheitstage an- sowie ernstgenommen und schnellstmöglich umgesetzt werden. „Ich bin mir wohl bewusst, dass noch ein langer, diskussionsreicher und keinesfalls einfacher Weg auf das österreichische Gesundheitssystem inklusive aller daran beteiligten Stakeholder zukommt. Am Ende des Tages sind wir es der Bevölkerung jedoch schuldig, den Diskussionen ein Ende zu setzen und Entscheidungen zu treffen“, resümiert der PRAEVENIRE Präsident abschließend im Hinblick auf ein nachhaltiges und zukunftsfittes österreichisches Versorgungssystem. P





PLATTFORMEN



Eröffnung der 6. PRAEVENIRE Gesundheitstage

Impulse setzen

Im Rahmen der Eröffnung betonten **ABT MAG. PETRUS PILSINGER, BGM. LABG. KOMMR MICHAELA HINTERHOLZER UND LR DR. JULIANE BOGNER-STRAUSS**, wie wichtig Austausch und Diskussion der Expertinnen und Experten bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten als Ideenquelle und Inspiration für die Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens sind. | von Rainald Edel, MBA

Der Zufall wollte es, dass der Eröffnungstag der 6. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten, der 19. Mai, zugleich der Tag der Wiedereröffnung der Gastronomie und Hotellerie in Österreich war. Im Zuge der Eröffnung stimmten neben PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling (siehe Bericht Seite 28), Abt Mag. Petrus Pilsinger, Bgm. LABG. KommR Michaela Hinterholzer und LR Dr. Juliane Bogner-Strauß die digital und live vor Ort Teilnehmenden auf das thematisch vielfältige Programm mit Vorträgen von zahlreichen prominenten und führenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftern sowie Expertinnen und Experten des Gesundheitswesens ein. Nach knapp einem halben Jahr lockdownbedingter Ruhe kehrte mit den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen wieder Leben in die

Repräsentationsräume des Benediktinerstiftes Seitenstetten ein. „Jeder Gast im Kloster soll Stärkung und Ermutigung erfahren“, eröffnete der Hausherr des Stiftes, Abt Mag. Petrus Pilsinger, seine Begrüßung. Die Coronapandemie

Wir reagieren nicht auf binäre Codes, daher brauchen wir einander als Menschen.

Petrus Pilsinger

habe auch in den Klosterbetrieb jede Menge Verunsicherung und Umstellungen gebracht, schilderte der Abt. Allerdings habe die Pandemie auch gezeigt, wie wichtig und notwendig die bereits erfolgten Schritte Richtung Digitalisierung seien. Als ehemaliger Direktor



© PETER PROVAZNIK (2)

und Informatiklehrer des Stiftsgymnasiums Seitenstetten sah er es als hilfreich, dass die Schule schon vor der Pandemie großen Wert auf das Thema Digitalisierung gelegt hatte. Dadurch hätten sich die Schülerinnen und Schüler relativ leicht getan mit den digitalen Kompetenzen die beim Homeschooling, Digital bzw. Distance Learning gefragt sind. „Die Digitalisierung beinhaltet — nicht nur im Schulbetrieb — ungeahnte Möglichkeiten, die ohne die Pandemie nie so schnell zutage getreten wären“, erklärte der Abt. Dennoch freue er sich, dass nach vielen Monaten, in denen Kontakt vielfach nur in elektronischer Form von Bits und Bytes möglich war, sein Haus gleich mit dem ersten Tag der Öffnung nach dem Corona-Lockdown durch die PRAEVENIRE Gesundheitstage wieder zu einem Ort der realen Begegnung und der Inspiration geworden sei. Denn die Coronamaßnahmen hätten auch klar gezeigt, dass eine räumliche Nähe und der Austausch untereinander extrem wichtig seien. „Wir brauchen einander nicht nur als digital hochgebildete Fachleute, sondern auch als Menschen, weil wir nicht auf binäre Codes reagieren, sondern auf Zuwendung und Berührung“, so Pilsinger. Die gestiegene Anzahl an psychischen Erkrankungen und Alkoholkonsum während der Pandemie habe ihre Ursache auch in der Einsamkeit der Menschen und dies führte Pilsinger zum Schluss: Gesund sein kann man nicht allein.

Abt Petrus wünschte sich, dass nach diesem Jahr der Verunsicherung und Angst wieder das Vertrauen zurückkehrt und die Medizin einen Beitrag leisten kann, um das Urvertrauen der Menschen zu stärken. Sein Fokus galt dabei dem persönlichen Austausch: „Wir dürfen bei allem Segen, den uns Wissen und Technologie auch und vor allem in der Medizin gebracht haben, nicht vergessen, dass wir einander vor allem als Menschen brauchen. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen in diesen Tagen viele neue Erkenntnisse, aber auch viele bereichernde Begegnungen“, so der Abt.

Vorausschauend planen

Von einer Aufbruchsstimmung dank der Wiedereröffnung der Lokale und dem Ende des harten Lockdowns sprach die Abgeordnete zum NÖ Landtag, Bgm. KommR Michaela Hinterholzer, die in Vertretung von Landeshauptfrau Mag. Johanna Mikl-Leitner die Gäste im Stift Seitenstetten begrüßte. „Die Gesundheit ist ein hohes Gut, dem sich in den letzten Monaten vieles unterordnen musste“, räumte Hinterholzer ein. Es war für die Politik nicht immer einfach die Beschränkungen zu verordnen. Allerdings hat die Pandemie auch gezeigt, dass das österreichische Gesundheitssystem und seine Protagonisten durchaus krisenresistent sind und die

Bis 2050 wird sich der Personalbedarf in der Pflege mehr als verdreifachen.

Michaela Hinterholzer

Situation gut meistern konnten. Rückblickend wird es notwendig sein, vieles zu analysieren, Schlüsse zu ziehen und für die Zukunft neue Wege zu finden. „Wir dürfen stolz darauf sein und müssen zugleich in die Zukunft blicken, was es weiter zu verbessern gilt. Mit dem obersten Versorgungsziel, dass jeder in diesem Land Zugang zur Spitzenmedizin hat, unabhängig davon, welchen Beitrag er in der Lage war, dafür einzuzahlen“, so die Landtagsabgeordnete. Als Schwerpunkte, auf die das Augenmerk künftig im besonderen Maße gerichtet werden müsse, nannte Hinterholzer die Intensivierung der Forschungsaktivitäten, die Optimierung der ambulanten Versorgung im niedergelassenen Bereich und vor allem die Pflege.

© PETER PROVAZNIK (2)

„Sowohl der Bereich der Forschung und Entwicklung als auch die Gesundheitsvorsorge haben durch COVID-19 einen neuen Stellenwert bekommen und alle müssen nun an einem Strang ziehen, um die Entwicklungen der letzten Monate fortzusetzen. Der Bereich Forschung und Entwicklung hat gezeigt, was möglich ist, wenn alle an einem Strang ziehen. Dennoch ist auch hier noch ein Potenzial, das es zu heben gilt. Ich glaube, dass im Gesundheitsbereich im Bereich der Vorsorge vieles zu optimieren ist. Daher müssen jetzt die richtigen Schritte gesetzt werden. So gilt es beispielsweise, die Probleme in der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen zu lösen“, so Hinterholzer.

Schon jetzt versorgt das Hilfswerk Niederösterreich mit seinen 2.000 mobilen Pflegekräften 9.000 pflegebedürftige Menschen im Land. „Als ehrenamtliche Präsidentin des Hilfswerks Niederösterreich, der größten Pflegeorganisation unseres Bundeslandes, weiß ich um den Notstand der Pflege. Wir haben heute schon zu wenig Pflegepersonal und die Prognosen für das Jahr 2050 gehen davon aus, dass sich der Personalbedarf bis dahin mehr als verdreifachen wird“, sagte Hinterholzer. Personen für den Pflegeberuf zu begeistern und auszubilden, müsse demnach ein zentrales gesellschaftliches Anliegen sein.

Rahmenbedingungen schaffen

„Gesundheit hat einen anderen Stellenwert bekommen, sowohl auf individueller Ebene als auch in der Politik“, erklärte die steirische Gesundheitslandesrätin Dr. Juliane Bogner-Strauß in ihrer Eröffnungsspeech. In den Bereich der Eigenverantwortung falle auch das Thema Impfen. Dies habe hohe Priorität, da nur eine rasch erreichte hohe Durchimpfungsrate gegen ein neues Aufflammen der Pandemie durch Mutationen schütze. Die Verantwortung für die Gesundheit liege bei den Ländern. „Die Wege der Bewältigung in der Pandemie waren durchaus unterschiedlich, doch in Summe recht gut“, attestierte Bogner-Strauß. Jetzt gelte es, diese Verantwortung auch beim Impfen wahrzunehmen. „Wenn wir alle etwas aus dieser Pandemie gelernt haben und es mit in die Zukunft nehmen sollten, dann ist es die Erkenntnis, dass wir für unsere Gesundheit und die der Gesellschaft selbst Verantwortung übernehmen müssen“, sagte die Landesrätin für Bildung, Gesellschaft, Gesundheit und Pflege der Steiermark. Der Politik komme die Aufgabe zu, dafür die Rahmenbedingungen zu schaffen.

Für die Länder seien daher die Anregungen aus dem PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) hilfreich, um die Rahmenbedingungen im



Neben Angeboten, um junge Menschen für die Pflege zu begeistern, bedarf es auch Umschulungsangeboten.

Juliane Bogner-Strauß

Gesundheitsbereich zukunftsweisend voranzutreiben, betonte Bogner-Strauß und griff zwei Themenbereiche heraus: Pflege und Betreuung sowie Wissenschaft und Forschung. „Der Beruf in der Pflege ist Berufung“, so die Gesundheitslandesrätin. Neben entsprechenden Angeboten, um junge Menschen für die Berufsbilder der Pflege zu begeistern, bedarf es auch entsprechender Umschulungsangebote. Modelle wie die Community Nurse können zu einem niederschweligen Zugang zu Gesundheit am Land beitragen.

In Zukunft sei auch mehr Förderung im Bereich Wissenschaft und Forschung notwendig, so Bogner-Strauß. „Was wir in der Grundlagenforschung brauchen, ist ein besserer Datenzugang, um den Datenschatz, den wir im Gesundheitsbereich haben, auch nutzen zu können.“ Aber auch die Anwendungsforschung dürfe nicht zu kurz kommen. Hier gelte es, vor allem jungen Forscherinnen und Forschern entsprechende Rahmenbedingungen zu bieten, sodass sie nicht im Rahmen von Auslandsemestern der österreichischen Wissenschaft auf Dauer den Rücken kehren.

Was eine Bündelung der Aktivitäten im Forschungsbereich und eine entsprechende finanzielle Unterstützung bewirken könnten, zeige sich laut Bogner-Strauß jetzt in der Coronapandemie: „Ich hätte mir nie gedacht, dass es innerhalb eines Jahres einen COVID-19-Impfstoff geben könnte.“ Allerdings gebe es bis dato keine gute Behandlung durch eine entsprechende Medikation. So wie man in die Impfung gegen COVID-19 investiert hätte, sollte man nunmehr auch in die Entwicklung von wirksamen Arzneimitteln gegen die Pandemie investieren“, appellierte Bogner-Strauß abschließend. P

Sonderbeilage Kurier, Erscheinungstermin 18. Juni 2021



Seitenstettener Petition

Harm Reduction und Risikominderung

Seit den 4. PRAEVENIRE Gesundheitstagen 2019 hat sich PRAEVENIRE dem Konzept der **HARM REDUCTION UND RISIKOMINDERUNG** in Gipfelgesprächen und regionalen Diskussionsrunden gewidmet und sich zu diesem Thema mit Top-Expertinnen und -Experten zu unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen ausgetauscht. Beim Kick-off-Event Mitte Mai diskutierten namhafte Fachexpertinnen und Fachexperten, wie die Konzepte der Schadens- bzw. Risikominderung im Gesundheitsbereich dazu beitragen können, die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu optimieren. | von Mag. Dren Elezi, MA

Konzepte der Harm Reduction und Risikominderung werden bei PRAEVENIRE bereits seit den 4. PRAEVENIRE Gesundheitstagen 2019 im Rahmen von Gipfelgesprächen mit Top-Expertinnen und -Experten erörtert. Im Rahmen dieser Diskussionsrunden hat sich gezeigt, dass das Prinzip der Schadensreduktion bzw. der Risikominderung für eine patientenorientierte Versorgungsoptimierung insbesondere dort von Belang ist, wo Schäden und Risiken generell oder in Einzelfällen nicht verhindert werden können und Ansätze von Harm Reduction und Risikominderung in Österreich im Gesundheitsbereich noch Potenzial zur Versorgungsoptimierung aufweisen. Ziel aus Sicht des PRAEVENIRE Gesundheitsforums ist es daher, das enorme Potenzial der Schadens- bzw. Risikominderung für die Menschen in Österreich besser nutzbar zu machen. Dieses Ziel möchte PRAEVENIRE nun mit der „Seitenstettener Petition zu Harm Reduction und Risikominderung“ unterstützen, die von Expertinnen und Experten getragene Empfehlungen für die Gesundheitspolitik enthalten soll. Da der Ansatz insbesondere in Bezug auf Lebensstilrisiken und Suchtverhalten von besonderer Bedeutung ist, wird die Petition den Fokus auf fünf ausgewählte Themen legen: Bewegung, Ernährung, Alkohol, Tabak und Drogen.

„Laut Studien haben Menschen in Österreich 57 Lebensjahre bei guter psychischer und physischer Gesundheit zu erwarten. In Europa

Seitenstettener Petition zu Harm Reduction und Risikominderung

Mit der Petition hat sich das **PRAEVENIRE Gesundheitsforum** das Ziel gesetzt, den gesundheitspolitischen Diskurs und damit die Nutzbarmachung des Potenzials von Schadens- und Risikominderung für die Menschen in Österreich zu fördern. Die Petition bezieht sich auf die Themen Bewegung, Ernährung, Alkohol, Tabak und Drogen. In einem ersten Schritt soll das Thema in drei ausgewählten Feldern (Onkologie, Orthopädie, kardiovaskuläre Erkrankungen) diskutiert werden. Nach dem erfolgreichen Kick-off zur Petition wird nun intensiv mit Expertinnen und Experten an der Ausarbeitung gearbeitet. Die Präsentation ist im Rahmen der PRAEVENIRE Gipfelgespräche auf der alten Schafalm in Alpbach im August geplant.

liegt der Schnitt bei 64, in Schweden z.B. sind es sogar 73 Jahre. Und das bei gleicher Lebenserwartung. Diese Zahlen zeigen, dass wir in zu geringem Ausmaß schadensverhütend leben“, betonte ao. Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna, MSc, MSc, MBA, Vorstand der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin an der Medizinischen Universität Wien, bei der Kick-off-Veranstaltung zur Seitenstettener Petition zu Harm Reduction und Risikominderung. Am Wissen rund um die Vorteile eines gesunden Lebensstils scheitert es nicht. „Wir wissen heute, dass ausreichende Bewegung im Zusammenspiel mit einem sinnvollen Ernährungsverhalten das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko in Zusammenhang mit Krebs und kardiovaskulären Erkrankungen um bis zu 35 Prozent senken kann“, so Crevenna. Dieses Wissen gelte es umzusetzen, indem Menschen von Kindesbeinen an zur Aktivität ermutigt werden. Evidenz dazu, welche konkreten Wirkungen ein gesundheitsfördernder Lebensstil hat, gibt es auch im orthopädisch-traumatologischen Bereich, wie o. Univ.-Prof. Dr. Catharina Chiari, MSc, Vizepräsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie (ÖGO), schilderte: „Wir wissen aus Erfahrung, dass beispielsweise eine Rauchabstinenz vier bis sechs Wochen vor und nach einer Operation dazu führt, dass es wesentlich weniger Komplikationen wie Wundheilstörungen, schlechte Knochenheilung oder schlechtes Einheilen von Implantaten gibt. Das ist ein Bereich, wo es wissenschaftliche Belege und konkrete Ansätze gibt.“ Dieses Wissen müsse laut Chiari im Sinne der Patientenorientierung besser genutzt werden und aktiv in die Operations- und Behandlungsplanung miteinbezogen werden.

Individuell und ganzheitlich

„Es geht um das Erkennen von Risiken, vor allem bei Verhaltensmustern, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit schädlich sind, und damit um das Ändern von Gewohnheiten. Wir sollten unseren Patientinnen und Patienten glaubhaft vermitteln können, welches Verhalten zu welchen gesundheitlichen Folgen führt“, erklärte der Allgemeinmediziner MR Dr. Reinhold Glehr, der den Blickwinkel und die Rolle von Hausärztinnen und Hausärzten ins Spiel brachte. Dafür brauche es laut dem Experten evidenzbasierte Argumente und einen nötigen Anreiz, auf denen die ärztliche Kompetenz aufbaut und die zur Verhaltensänderung motivieren. Wie schwer diese Änderungen jedem Einzelnen fallen können, weiß man insbesondere im Bereich der Ernährung. Laut Dr. Marlies Gruber,

Geschäftsführerin „forum. ernährung heute“ ist „das qualitative Angebot an Lebensmitteln in Österreich sehr gut. Die Balance zu finden zwischen Energieaufnahme durch Essen und Energieverbrauch durch Bewegung, ist aber ein individuell komplexes Thema.“ Wichtig sei laut Gruber, dass dabei ein ebenso persönlicher wie ganzheitlicher Ansatz verfolgt wird: „Das ‚Richtige‘ zu essen, reicht als alleiniger Ansatz nicht. Beim Thema Übergewicht etwa kommen auch Faktoren wie Stress, Schlaf und Genuss mit in die Rechnung, ebenso wie biologische und genetische Prädispositionen.“ Für eine ganzheitlich orientierte Information plädierte auch Mag. Georg Jillich, Präsident des Österreichischen Kneippbundes: „Es sollte unser aller Anliegen sein, Gesundheitskompetenz bei den Menschen herauszubilden. Dafür braucht es ein ausgewogenes Paket an evidenzbasierten Informationen, die gut kommuniziert werden müssen.“ Drei Ebenen seien laut Jillich entscheidend: Information, Motivation im Sinne von Bewusstseinsbildung in einfacher Sprache und das Schaffen von Erlebnissen.

Reduzieren statt eliminieren

Die Historie, begriffliche Bedeutung und zunehmende Wichtigkeit des Konzepts von Harm Reduction und Risikominderung beleuchtete Dr. Hans Haltmayer, Beauftragter für Sucht und Drogenfragen der Stadt Wien, der darauf verwies, dass der Begriff aus der Zeit der HIV-Epidemie komme. „Nachdem Suchtmittelabhängigkeit nicht einfach zu ändern ist“, so Haltmayer, „hat man erfolgreich dazu beigetragen, dass der Drogenkonsum zumindest nicht zur Infektion mit dem Virus führt.“ Diese Maßnahmen waren laut dem Experten der Grund, dass in Österreich in den 1990er-Jahren die Rate von HIV-Erkrankungen bei Drogenabhängigen vergleichsweise niedrig war. „Das Prinzip von Harm Reduction und Risikominderung ist demnach nicht primär die Eliminierung von Schaden und Risiko, sondern deren Reduktion“, erklärte Haltmayer. Dabei appellierte er, dass man dieses Thema ideologiebefreit angehen müsse, denn „wir sollten nicht werten, wie jemand lebt, sondern Menschen mit alternativen Angeboten für einen Weg gewinnen, der ihnen persönlich weniger schadet.“ Das es sich dabei um einen Weg mit vielen kleinen Schritten handelt, ist den Expertinnen und Experten bewusst. „Es hat keinen Sinn, stur ein Ziel zu verfolgen, das nicht erreichbar ist. Wir werden wohl nie in einer Welt ohne Tabak, Alkohol, Zucker oder Gewalt leben. Das ist unrealistisch. Aber wir können den Konsum Schritt



für Schritt reduzieren, indem wir sinnvolle Alternativen entwickeln und anbieten, die den Betroffenen machbar erscheinen. Damit ist schon sehr viel gewonnen“, betonte Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Popp, Facharzt für Lungenheilkunde. Ein pragmatischer Ansatz, der auch von Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich, geteilt wurde: „Eine suchtfreie Gesellschaft ist eine Illusion. Ideologisieren hat keinen Sinn. Man muss akzeptieren, dass für viele Menschen ein kompletter Verzicht unvorstellbar ist, eine Reduktion oder ein Ersatz aber denkbar. Das ist die erfolgsversprechende Idee, um Menschen individuell dort abzuholen, wo sie ganz persönlich sind“, so Rupp.

Schrittweiser Prozess, der Zeit braucht

„Menschen, die mit einer Typ2-Diabetes-Erkrankung konfrontiert werden, sind im Schnitt knapp über 50 Jahre alt. Ihnen jetzt zu erzählen, sie müssten sich ab heute nur noch gesund ernähren, viel bewegen und sofort zum Rauchen aufhören, bringt nicht viel. Es überfordert Patientinnen und Patienten. Lebensgewohnheiten auf einen Schlag zu ändern, wäre ja selbst für einen völlig gesunden Menschen eine

Die Expertinnen und Experten bei der Kick-off-Veranstaltung im Mai zur Seitenstettener Petition zu Harm Reduction und Risikominderung. Gruppenfoto v.l.: Bernhard Rupp, Georg Jillich, Catharina Chiari, Wolfgang Popp, Hans Haltmayer

Digital Teilnehmende: v.l.: Martin Andreas, Richard Crevenna, Patrick Gasselich, Reinhold Glehr, Michael Gnant, Marlies Gruber, Susanne Kaser, Martin Schaffenrath



Überforderung“, so Univ.-Prof. Dr. Susanne Kaser, Präsidentin der Österreichischen Diabetesgesellschaft, die ebenfalls von einem schrittweisen Prozess im Sinne der Harm Reduction und Risikominderung sprach. Es gehe eben nicht darum, Menschen alles Schädliche auszutreiben, sondern gemeinsam Ziele zu vereinbaren, die schrittweise erreicht werden und den Schaden reduzieren sollen. Dafür brauche es laut Kaser ausreichend Zeit, um Gewohnheiten zu ändern, sowie auch Zeit für Ärztinnen und Ärzte und für Patientinnen und Patienten, um miteinander zu kommunizieren. Zudem müssen auch die Rahmenbedingungen geschaffen werden — ein Auftrag für die Behörden, Institutionen und die Politik. Das sah auch Mag. Patrick Gasselich so, Abgeordneter zum Wiener Landtag und Gemeinderat: „Wir sind dafür bereit, das Thema wird von Seiten der Politik besprochen. Das Wissen um seine Bedeutung ist vorhanden. Was es für die Umsetzung braucht, sind solche Gesprächsdiskussionen und Petitionen, damit wir von Expertinnen und Experten Fakten und Handlungsempfehlungen auf den Tisch bekommen, um weitere Schritte setzen zu können und auf Basis dieser auf politischer und gesetzlicher Ebene aktiv zu werden.“ Auch Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA,

Mitglied im Verwaltungsrat der Österreichischen Gesundheitskasse, ÖGK, signalisierte seine Bereitschaft: „Wir sprechen von einem Thema, das die ganze Gesellschaft betrifft. Da ist es natürlich wichtig, dass sich auch die Sozialversicherungsträger hier einbringen.“ Einig waren sich alle Expertinnen und Experten, dass man die Entstehung der Petition zu diesem wesentlichen Thema tatkräftig unterstützen will. „Wünschenswert wäre, dass daraus sehr konkrete Umsetzungen und eventuell Pilotprojekte erwachsen“, betonte Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, Präsident der Österreichischen Studiengruppe Brustkrebs und Darmkrebs, ABCSG. Laut Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD, Programmleiter der Herzklappenchirurgie an der Univ.-Klinik für Herzchirurgie der Med-Uni Wien, soll die Petition die ganzheitliche Betrachtung der Thematik unterstützen und die Situation der Betroffenen damit auch in den Fokus rücken. „Aber die klare Grundlage dazu müssen die wissenschaftlichen Fakten zu schädlichem Verhalten und etwaigen Alternativen sein. Strikte Evidenzbasierung und der wissenschaftliche State of the Art müssen Basis der Petition sein, die nun entstehen wird“, so Andreas. P



Sonderbeilage Die Presse, Erscheinungstermin 29. Mai 2021



PLATTFORMEN

PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030

Bewusstseinsbildung und bedarfsgerechte Betreuung

In Österreich werden je nach zitierter Quelle zwischen 600.000 und 800.000 Menschen mit Diabetes mellitus gezählt, weitere 350.000 Personen scheinen in Studien als Prädiabetiker auf. Deshalb hat das PRAEVENIRE Gesundheitsforum zahlreiche Expertinnen und Experten heuer im Frühjahr zu drei Gipfelgesprächen im Rahmen der PRAEVENIRE INITIATIVE „DIABETES 2030“ eingeladen, um die Optimierungspotenziale in der österreichischen Diabetesversorgung — von der Prävention beginnend über alle wichtigen Versorgungsfelder hinweg — zu diskutieren. | von Mag. Beate Krapfenbauer

Die rasch steigende Anzahl an Betroffenen zeigt, wie wichtig und notwendig die öffentliche Thematisierung und wie hoch der gesundheitspolitische Handlungsbedarf sind: Weltweit sind knapp zehn Prozent der Erwachsenen von Diabetes mellitus betroffen, in Österreich gibt es jährlich 33.000 neue Diabetes-Fälle.

Awareness, Prävention und Identifikation

Diabetes- und Adipositas-Prävention müsse bereits in der Kindheit beginnen, lautete das über allem stehende Plädoyer der Teilnehmenden. Mehr Bewegungszeit (z. B. in der Nachmittagsbetreuung) sowie das Wissen über gesunde Ernährung beeinflussen die Lebensweise positiv. Nicht zu unterschätzen ist die Multiplikatorenrolle von Kindern und Jugendlichen, denn sie tragen ihr Gesundheitswissen aus der Schule in ihre Familien und Peer Groups. Optimal wäre es daher, ein Schulfach Gesundheitskompetenz einzuführen, in dem auch Diabeteswissen vermittelt wird. Darüber hinaus sollten die Pädagoginnen und Pädagogen selbst mit fundiertem Gesundheitswissen ausgebildet werden, um eine faktenbasierte Wissensvermittlung und eine qualifizierte Betreuung von Kindern mit Diabetes zu gewährleisten. Damit könnte der Umgang mit Diabetes in der Schule im Zusammenwirken von Eltern, Kindern, Lehrpersonal und Schularztin bzw. Schularzt auf Augenhöhe stattfinden.

Faktenbasierte, wirkungsvolle Aufklärungsarbeit legt auch den Grundstein in der Gesamtbevölkerung zu einer bewussteren Wahrnehmung der im Volksmund so genannten „Zuckerkrankheit“. Um die Health Literacy in der Bevölkerung zu stärken, empfehlen Kommunikationsexpertinnen und -experten

alle analogen und digitalen Medienkanäle — von Arzt-Patientengespräch, Selbsthilfegruppen, Freizeitvereinen, Fachzeitschriften, Broschüren bis zu Web- und App-Lösungen — zu nutzen, um die jeweiligen Zielgruppen spezifisch und gezielt anzusprechen. Eine umfassende Medienstrategie muss Alter, sozialen Status, Bildungsniveau, Sprachbarrieren, regionale Gegebenheiten und Kulturunterschiede berücksichtigen. Mit gestärkter Awareness für Diabetes-Risikofaktoren wie ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und Prädisposition ist eigenverantwortliches Handeln und Empowerment möglich und Selbstverantwortung kann für Patientinnen und Patienten selbstverständlich werden.

Im Fall einer Diabeteserkrankung ist die Früherkennung beziehungsweise frühe Identifikation von Risikofaktoren ausschlaggebend für den weiteren Verlauf. Bleibt Diabetes unentdeckt oder wird es unzureichend versorgt, besteht das Risiko schwerer und lebensbedrohlicher Komplikationen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen, Erblindung und Amputation der unteren Gliedmaßen. Deshalb müssen einerseits Patientinnen und Patienten motiviert werden, die kostenlose jährliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch zu nehmen. Andererseits sind gesundheitspolitische Rahmenbedingungen so zu setzen, dass Krankenkassen, Ärzte- und Apothekerschaft sowie Gesundheitsberufe ihre Klientinnen und Klienten bei Präventionsmaßnahmen umfassender unterstützen können. Beispielsweise könnte im Zuge der Vorsorgeuntersuchung der HbA1c-Wert (Diabetes-Indikator) bei Bedarf aufgenommen werden. Diese für Patientinnen und Patienten einfache und für das Gesundheitssystem günstige Ergänzung in der Labordiagnostik

kann Folgekosten in der Reparaturmedizin einsparen. Für die Identifikation von Risikopersonen und das Erkennen nicht informierter Betroffener sei anzudeuten, auch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe miteinzu-beziehen, so die Teilnehmenden. Beispielsweise ist die Apotheke für viele Menschen ein niederschwelliger Anknüpfungspunkt für ihre Gesundheitsfragen. Diese wohnortnahe Infrastruktur wäre zudem vergleichsweise einfach (kurze Zeit-Weg-Komponente) für Screenings und Kontrollmessungen erreichbar.

Strukturierte, transparente Betreuung

Mittlerweile gilt Diabetes in der Medizin als gut behandelbar. Verbesserungspotenzial in der österreichischen Diabetesversorgung liegt vor allem darin, eine transparentere Struktur im Versorgungspfad zu schaffen und unter Einbeziehung (neuer) Gesundheitsberufe und (spezifischer) Gesundheitseinrichtungen festzulegen, wer welche Tätigkeiten und Bereiche am besten abdecken kann und wie Mehrfunktionalitäten in der Versorgung vermieden werden können. Eine breit angelegte Studie wäre dafür als Grundlage zu initiieren, die den Versorgungsbedarf von Grund auf neu plant, mit einer fundierten Finanzierungs- und Personalbedarfsforschung sowie der Planung von Miteinsatz der Sozialversicherungsträger. Das könne laut der teilnehmenden Gesundheitsökonominnen einem strukturierten Ausbau der Diabetesversorgung zugrunde gelegt werden. Darauf aufbauend müsse eine klare Versorgungsstruktur geschaffen werden, bei der die Hausarztpraxis oder Primärversorgungseinrichtung erste und zentrale Anlaufstelle ist. Diese Vertrauensärztin bzw. dieser Vertrauensarzt sollte eine zentrale Rolle spielen und bei der Navigation durch das System begleiten und seine Patientinnen und Patienten umfassend

betreuen. Dazu gehören die Einbindung in das Disease-Management-Programm (DMP) und die Überweisung zu spezialisierten Fachkräften, Diabetologen, Bewegungstherapeuten, Ernährungsberatern, zu psychosozialen Diensten bzw. zu spezifischen Gesundheits- und Rehabilitationseinrichtungen sowie spezialisierten Pflegepersonen (APN), je nach Bedarf und Anforderungen an die Therapie. Diese Beratungstätigkeit der Allgemeinmediziner sollte entsprechend im Leistungskatalog honoriert werden. Zudem sind von der öffentlichen Hand vermehrt Anreize zu setzen, damit Ärztinnen und Ärzte am Disease-Management-Programm (DMP) „Therapie aktiv“ teilnehmen. Obwohl das DMP bereits seit 15 Jahren in Österreich besteht, ist es noch ausbaufähig und auch bei Betroffenen immer noch zu wenig bekannt.

Die Expertinnen und Experten stellten im Zuge der drei PRAEVENIRE Gipfelgespräche die Grundsatzfrage, ob zusätzlicher Bedarf an spezialisierten Gesundheitseinrichtungen zwischen der Ebene der Primärversorgung und der Spezialambulanzen gegeben ist. Laut OECD-Ländervergleich ist in Österreich ein relativ hoher Anteil an Spitalaufenthalten von Menschen mit Diabetes zu verzeichnen. Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte (mit diabetologischer Zusatzqualifikation) bzw. Diabeteszentren müssen als zweite Ebene zwischen dem niederschweligen Zugang über den Hausarzt (als erste Ebene) und den Spezialambulanzen (als dritte Ebene) ausgebaut werden. Das würde den Spitalsbereich entlasten, individuelle, gezielte Behandlungen durch Spezialistinnen und Spezialisten aller Gesundheitsberufe ermöglichen und die Therapietreue der Menschen mit Diabetes fördern. Die Expertinnen und Experten waren überwiegend der Meinung, dass nicht unbedingt neue Einrichtungen aufgebaut werden müssen. Es fehle vielmehr in den vorhandenen Einrichtungen an Diabetes-Fachleuten, damit eine ganzheitliche und individuelle Versorgung gegeben wäre. Kinder und Jugendliche brauchen eine Versorgung mit multidisziplinärem Ansatz (Familienberatung, Diabetologe, Sozialarbeiter, Psychologe). Dabei ist auf die Transition zu achten: Jugendliche dürfen am Übergang von der Pädiatrie in die Erwachsenenversorgung nicht verloren gehen. Es ist daher wichtig, ihr Verständnis für eine durchgehende Versorgung zu schärfen und sie für ein gesundheitsförderliches Leben zu motivieren. Ziel der diskutierten Neustrukturierung ist eine umfassende Betreuung und Versorgung der Menschen mit Diabetes bzw. Prädiabetes, die eine Vernetzung der (Fach-)Ärzterschaft und den Diabetes-spezifischen Gesundheitsberufen vereinfacht.

Gesundheitsberufe-Netzwerk

Bis dato ist eine Zusammenarbeit zwischen der medizinischen Betreuung und den Gesundheitsberufen einzelfallabhängig. Die Gesundheitspolitik ist angefordert, die Vernetzung zu fördern, eine interdisziplinäre Kooperation zu unterstützen und die Kommunikation zwischen dem stationärem und dem niedergelassenen Bereich zu vereinfachen.

Im intramuralen Bereich bräuchte es eine Ressourcenerweiterung für die Psychodiabetologie. Oft seien Psychologinnen und Psychologen für mehrere Bereiche im Krankenhaus zuständig und zu wenig auf die komplexen Anforderungen im Umgang mit Diabetikerinnen und Diabetikern spezialisiert, berichten die teilnehmenden Vertreterinnen und Vertreter aus dem Fachgebiet Mental-Health-Issues.

Im niedergelassenen Bereich wäre eine engere Einbindung nicht-ärztlicher, auf Diabetes spezialisierter Gesundheitsberufe prinzipiell notwendig, um eine umfassende, ganzheitliche Therapie zu ermöglichen. Auch hier könnte die psychosoziale Versorgung verbessert werden, indem ein wohnortnahe und breiter aufgestelltes Angebot an psychosozialen Diensten entwickelt wird. Besonders Patientinnen und Patienten mit bildungsfernem, sozial schlechter gestelltem Background oder Migrationshintergrund seien mit der Akzeptanz der Erkrankung, ihrer Therapie, der Einbettung in den (Familien-)Alltag und mit krankheitsbedingten Rückschlägen überfordert.

Mit der früheren Einbindung der Nephrologie in das DMP könnte eine weitere Versorgungslücke überbrückt werden. Weiters ist spezifischer Versorgungsbedarf besonderer Formen von Diabetes, z. B. von Patientinnen mit Gestationsdiabetes mellitus (GDM), vorhanden, der wohnortnah — auch außerhalb der Spitalambulanzen — sicherzustellen ist. Auch die Etablierung von neuen Gesundheitsberufen wie der auf Diabetes spezialisierten Pflegeperson (Academic Advanced Practise Nurses (APN) for Diabetes Care) ergänzen eine umfassende Diabetesbetreuung im niedergelassenen Bereich.

Digitalisierung und Finanzierung

Im Sinne der Verdichtung des Versorgungsnetzwerkes zeigt sich die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorteilhaft. Das seit der Coronapandemie erkannte Digitalisierungspotenzial muss versorgungswirksamer genutzt werden. So sind Telemonitoring und Telekonsultation besonders im ländlichen Raum eine weg- und zeitunabhängige Kontaktmöglichkeit, um die persönliche Betreuung zu ergänzen.

zen. Webseiten und Apps werden bereits von Selbsthilfegruppen, Initiativen, Therapeuten und Trägern von (Reha-)Einrichtungen für Schulungen, zur Information und Wissensvermittlung, zu Bewegungs- und Ernährungcoaching erfolgreich eingesetzt. Die Teilnehmenden haben darauf hingewiesen, dass allerdings digital weniger affine Personen oder Menschen mit Behinderungen dabei wie auch bei ihren Diabetes-spezifischen technischen Anwendungen (Insulin-Pumpentherapien, Glukose-Sensoren-Monitoring oder Closed-Loop-Systeme) Unterstützung benötigen.

Die Folgen von Diabetes stellen für Patientin und Patient als auch für das System eine Herausforderung dar: Auf Patientinnen und Patienten hat die Erkrankung große Auswirkungen wie verminderte Lebensqualität, höhere Gesundheitskosten und sie stellt eine Belastung für Familienangehörige dar. Auf Systemebene werden die direkten Kosten von Diabetes sowie damit assoziierte Folgeerkrankungen und lebensbedrohliche Komplikationen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen, Erblindung, Amputationen etc.) für Österreich auf 4,8 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt. Für 2030 lassen aktuelle Zahlen und Trends Kosten von mehr als acht Milliarden Euro vermuten. Ein Sondertopf für die Diabetesversorgung wird von den teilnehmenden Finanzexpertinnen und -experten als eine geeignete Lösung zur Finanzierung gesehen. Mit einer gesicherten Finanzierung könnte der Grundstein für eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur gelegt werden, das „Hin und Her“ zwischen extra- und intramuralem Bereich aufgelöst und die Spannung zwischen den Gesundheitsberufen abgebaut werden. **P**

Diskussionsteilnehmende

(in alphabetischer Reihenfolge)

- Mag. pharm. Monika **Aichberger**
- Prim. Priv.-Doz. Dr. Hannes **Alber**
- Mag. Dora **Beer**
- OA Dr. Helmut **Brath**
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin **Clodi**
- Dr. Christoph **Dachs**
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter **Fasching**
- Mag. pharm. Gunda **Gittler**, aHPH
- Dr. Reingard **Glehr**
- Prof. Andrea **Hofbauer**, MSc, MBA
- OÄ Assoc.-Prof. PD. Dr. Sabine **Hofer**
- Peter **Hopfinger**
- Mag. Georg **Jilich**
- Univ.-Prof. Dr. Susanna **Kaser**
- Univ.-Prof. Dr. Renate **Klauser-Braun**
- Mag. Veronika **Macek-Strokosch**
- Univ.-Prof. Dr. Gert **Mayer**
- Mag. Wolfgang **Panhözl**
- Mag. Michael **Prunbauer**
- Dr. Erwin **Rebhandl**
- Mag. Romana **Ruda**
- Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard **Rupp**, MBA
- Mag. Martin **Schaffnerath**, MBA, MBA, MPA
- Barbara **Semlitsch**, MSc
- Univ.-Prof. Dr. Harald **Sourij**
- Prim. Priv.-Doz. Dr. Harald **Stingl**
- Dr. Adalbert **Strasser**
- Dr. Artur **Wechselberger**

Unterstützer der PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030



© KATHARINA SCHIFFL, PRIVAT; JOHANNA GRABNER, APA FOTOSERVICE/NEUMAYR; BEIGESTELLT; OGAM; PETER PROVAZNIK (7); BEIGESTELLT; PRIVAT; RICHARD JANZER

© PETER PROVAZNIK (5); BERNHARD NOLL/VERBAND DER DIATOLOGEN ÖSTERREICH; OGAM; WILD UND TEAM/SALEZBURG; STIBER, SISI/FÜGLER; WIR SIND DIABETES; GERNARD GATTINGER



CAR-T-Zelltherapie

Status quo und Ausblick

Die CAR-T-ZELLTHERAPIE eröffnet als innovatives, entwicklungsfähiges und richtungweisendes Verfahren neue Perspektiven auf eine gezielte Immuntherapie maligner Krebserkrankungen. Auf Initiative von Gilead Sciences haben Top-Expertinnen und -Experten im Zuge der 6. PRAEVENIRE Gesundheitstage die derzeitige Situation im österreichischen Gesundheitssystem beleuchtet. Das Kernthema: eine effiziente und nachhaltige Vernetzung medizinischer, struktureller und ökonomischer Aspekte zugunsten einer optimalen Patientenversorgung. | von Lisa Türk, BA

Die CAR-T-Zelltherapie stellt als innovative zelluläre Immuntherapie einen entscheidenden Durchbruch in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit lebensbedrohlichen Krebserkrankungen dar. Der Mehrwert ergibt sich für Betroffene aus der potenten einmaligen Anwendung; auf ökonomischer Seite steht der aktuell sehr hohen Therapiekosten ein Einsparungspotenzial durch die Reduzierung anderer Behandlungskosten gegenüber. In Österreich ist die CAR-T-Zelltherapie nun seit etwa drei Jahren im Einsatz — mit Erfolg. Mit zunehmender Vertrautheit dieser Technologie gegenüber ist in den kommenden Jahren

von einem Anstieg der Patientenzahlen auszugehen. Zusätzlich ist mit einer Ausweitung der Therapieeinsatzgebiete zu rechnen, die in rascher Kadenz neue verfügbare Generationen zellulärer Behandlungen in Aussicht stellt. Mit der fortschreitenden Etablierung dieser innovativen Therapieform im österreichischen Gesundheitssystem ergeben sich nun offene Fragen und Herausforderungen für die beteiligten Akteure aus medizinischen, strukturellen und ökonomischen Bereichen. Die Kernfrage: Welche fachlichen, finanziellen und politischen Systeme sind langfristig erforderlich, um allen betroffenen Patientinnen und Patienten in Österreich einen hürdenfreien, flächendeckenden

Die Gesundheitsexpertinnen und -experten erörterten beim PRAEVENIRE Gipfelgespräch das Thema CAR-T. Gruppenfoto v. l.: Bernd Schöpf, Elham Pedram, Wolfgang Ibrom, Edgar Starz, Hanns Kratzer (Moderation)

Digitale Teilnehmende: Jakob Rudzki, Clemens Schmitt, Elfi Jirsa, Ulrich Jäger, Amaya Echevarria, Gernot Idinger, Michael Gorlitzer

Zugang zu innovativen Behandlungen wie der CAR-T-Zelltherapie gewährleisten zu können?

Expertengespräch — der Status quo

„Bedarf von innovativen Therapien im Krankenhaus am Beispiel von CAR-T“ lautete in diesem Zusammenhang der Titel des von Gilead Sciences initiierten Gipfelgesprächs im Rahmen der 6. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten im Mai 2021. Ziel war es, einerseits ein Resümee der praktischen Umsetzung der letzten drei Jahre CAR-T-Zelltherapie in Österreich darzulegen und andererseits den verantwortlichen Stakeholdern einen Ausblick auf künftige Entwicklungen, Herausforderungen und Erfordernisse zu vermitteln.

„Die geringe Toxizität und gute Wirksamkeit der CAR-T-Zelltherapie haben die medizinischen Erwartungen bislang eindeutig erfüllt. Wir verzeichnen bereits Langzeiterfolge mit einer Überlebensrate von 85 Prozent nach einem Behandlungsjahr“, erläutert Univ.-Prof. Dr. Ulrich Jäger von der Medizinischen Universität Wien eingangs. Des Weiteren wurden in Österreich durch die erfolgreiche Implementierung des CAR-T-Zellnetzwerks, bestehend aus sechs spezialisierten Expertenzentren, die entsprechenden Rahmenbedingungen und Strukturen für eine optimale und sichere Patientenversorgung geschaffen. Im Rahmen dieses Netzwerks ist es gelungen, Therapiealgorithmen zu entwickeln, die österreichweite Standards festlegen, um gemeinsam effiziente und fundierte Entscheidungen treffen zu können — stets dynamisch und am Puls der Zeit. „CAR-T ist jedoch eine Therapie erster Generation, die sich laufend weiterentwickelt

und sich ihren Stellenwert im österreichischen Gesundheitssystem daher erst erkämpfen muss“, weist Univ.-Prof. Dr. Clemens Schmitt vom Kepler Universitätsklinikum auf die bestehenden Limitationen hin.

Strukturelle Herausforderungen

Denn trotz der erfolgreich implementierten Strukturen, der ausreichend vorhandenen Kapazitäten an den Zentren und stetig steigenden Patientenzahlen ist die CAR-T-Zelltherapie einigen Patientinnen und Patienten noch immer nicht zugänglich. Die Mehrzahl setzt sich derzeit aus Studien- nicht jedoch Routinepatientinnen und -patienten zusammen. Abgesehen davon erfolgt die CAR-T-Anwendung aktuell zu einem noch sehr späten Behandlungszeitpunkt. „Es ist daher essenziell, die Zuweisungssysteme, die Zusammenarbeit mit den zusehenden Zentren und die Patientenselektion zu optimieren, um möglichst frühzeitig jene Patientinnen und Patienten zu identifizieren, die auch tatsächlich von der CAR-T-Zelltherapie profitieren“, betont Jäger. Selektionierung ist laut Elfi Jirsa (Myelom- und Lymphomhilfe) auch aus Patientensicht enorm wichtig, um nicht unnötige Hoffnungen bei Betroffenen und Angehörigen zu wecken.

Dr. Jakob Rudzki von der Universitätsklinik für Innere Medizin V Innsbruck appelliert in diesem Zusammenhang an Bewusstseinsbildung bei den Zuweiserzentren: „Es bedarf zusätzlicher Aufklärung bei der Patientenzuweisung, da die Identifizierung der richtigen Patientinnen und Patienten in einem adäquaten, nicht zu späten Erkrankungsstadium ausschlaggebend für den Behandlungserfolg

InterviewBox — Gilead Sciences

Wie lauten Mission und Vision von Gilead?

Gilead hat sich die Erforschung, Entwicklung und Bereitstellung innovativer Therapeutika für Menschen mit lebensbedrohlichen Krankheiten und „unmet medical need“ zum Ziel gesetzt. Darunter: HIV, Hep C, COVID-19, Lebererkrankungen, Hämatologie/Onkologie, Infammatorische und Respiratorische Erkrankungen und Kardi-ovaskuläre Erkrankungen. Gileads Vision: „Eine gesündere Welt für die gesamte Menschheit.“

Welche zentralen Werte zeichnen das Pharmazie- und Biotechnologieunternehmen aus?

Die „Core Values“ von Gilead stützen sich auf Integrität, Inklusion, Teamwork, Verantwortlichkeit und Expertise.

Welche Herangehensweise verfolgt Gilead?

Neben der Erforschung und Bereitstellung innovativer Therapeutika für lebensbedrohliche Erkrankungen verfolgt Gilead einen multidisziplinären Ansatz, an dem alle relevanten Stakeholder beteiligt sind. Das Ziel: Lösungen für etwaige Limitationen und Herausforderungen auf Basis eines gemeinsamen Diskurses zu finden, um letztlich allen Patientinnen und Patienten den Zugang zu Therapien für lebensbedrohliche Erkrankungen gewährleisten zu können.

Die Erfolgsgeschichte des Unternehmens?

Durch den kontinuierlichen Fokus auf Forschung und Innovation seit mehr als 30 Jahren sind Gilead bahnbrechende pharmazeutische und biotechnologische Fortschritte im Bereich lebensbedrohlicher Erkrankungen gelungen — die Patientin bzw. der Patient steht dabei stets im Mittelpunkt. Kite Pharma als Teil von Gilead gilt als führendes Unternehmen im Zusammenhang mit der CAR-T-Zelltherapie.

ist“, so der Experte. Zuweiserkarten und Webinare/Educationals können als Unterstützung in der Informationsvermittlung und Kontaktaufnahme zwischen kleineren zuweisenden Zentren und großen Fachzentren fungieren. Aus medizinischer Perspektive benötigt es laut Schmitt an dieser Stelle „Hilfsmittel, die den Weg weisen, wann man aus der Standardtherapie aussteigt und zu welchem Zeitpunkt man CAR-T-Zellen sinnvoll einsetzt.“ Hier könnten künftig etwa DNA-Analysen eine tragende Rolle spielen. Von einer generellen Vorverlegung der CAR-T-Technologie in eine frühere Therapielinie kann den Expertinnen und Experten zufolge aufgrund des aktuellen Datenmangels allerdings (noch) nicht ausgegangen werden.

Dezentrale Lösungen denkbar?

Die CAR-T-Zelltherapie geht neben strukturellen Herausforderungen mit einem immensen finanziellen, personellen und organisatorischen Aufwand für die Krankenanstalten einher. Laut Dr. Wolfgang Ibrom (Ordens-klinikum Linz) bestehen derzeit bei CAR-T-Zellen zwar keine Lieferengpässe aufgrund der Coronapandemie; allerdings könnte die Ausweitung der Technologie in naher Zukunft durchaus mit einer Lieferknappheit einhergehen. „Dezentrale Lösungen auf Basis von Inhouse-Expertise, bei welcher CAR-T-Zellen vor Ort genetisch aufbereitet und angeboten werden, minimieren nicht nur Lieferengpässe und stärken den heimischen Forschungs- und Wirtschaftsstandort, sondern verringern auch auf Patientenseite Wartezeiten und die Notwendigkeit von Bridging Therapies“, so Ibrom. Zusätzliche Chemotherapien würden somit dank interner Produktionsstätten eher wegfallen — ein für die Patientinnen und Patienten zeitlicher, gesundheitlicher und für das Gesundheitssystem finanzieller Nutzen.

Auf dem Gebiet der Eigenproduktion durch Zelllabors wird an größeren Standorten im Zusammenhang mit Lieferunabhängigkeiten und Preissenkungen zwar geforscht, allerdings sind hier patentrechtliche Aspekte zu beachten. Denn bei der CAR-T-Zelltherapie handelt es sich nicht um eine klassische Arzneimitteltherapie sondern um ATMPs auf Basis autologer Zellen. „Natürlich wäre eine Produktion vor Ort sehr attraktiv. Ein Universitätszentrum zum Produktionszentrum heranreifen zu lassen, bringt jedoch allherhand Hürden und langwierige Prozesse mit sich“, erläutert Rudzki. Die Expertinnen und Experten sind sich außerdem einig, dass vor allem die Qualitätskontrolle in diesem Kontext ausschlaggebend ist. Im Moment hätten kleinere Kliniken dazu nicht die entsprechenden Instrumente und würden allgemein zu geringe Fallzahlen verzeichnen. Auch Versorgungsqualität und Follow-up-Management seien an den versierten Zentren derzeit besser. Ein durchaus attraktives Szenario, um die CAR-T-Zelltherapie voranzutreiben, wäre allerdings die länderübergreifende Zusammenarbeit mit kleineren Patientenzahlen im Kontext von Nischenprodukten. Hier gilt es,

Wissenschaft und Entwicklung in Österreich intensiver zu fördern und etwaige bürokratische Hürden weitgehend auszumerzen, um „Forschung zu leben, neue Erkenntnisse gewinnen und schließlich auch in eine lebendige Behandlung wie eben die CAR-T-Zelltherapie umformen zu können“, so Rudzki.

Ökonomische Herausforderungen

Wie sind innovative, hochpreisige Behandlungsformen im Krankenhausesektor nun finanzierbar? Ibrom betont die Wichtigkeit einer engeren Kooperation zwischen CAR-T-Zentren und Pharmaindustrie, um vor allem im Hinblick auf bevorstehende Indikationserweiterungen budgetäre Planungssicherheit zu erhalten — Stichwort „Horizon Scanning“. Mag. pharm. Gernot Idinger, aPhP (Anstaltsapotheke, Landeskrankenhaus Steyr) unterstreicht den ökonomischen Stellenwert der Patientenselektion durch das CAR-T-Zellnetzwerk. Zudem rechnet man in den nächsten Jahren mit einer Ausweitung von Methode und Einsatz aufgrund der Indikationserweiterungen und in weiterer Folge mit einer Preissenkung.

Mag. Dr. Edgar Starz (Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H) hebt allem voran die Wichtigkeit eines realistischen Finanzierungsmodells für die Transmissionsphase hervor. Bis der Wettbewerb die Preisgestaltung auf natürlichem Weg regelt, brauche es zunächst einen Finanzierungstopf außerhalb der Regelbudgets — flächendeckend, geordnet und solidarisch für alle innovativen Therapieformen in ganz Österreich. Co-finanziert werden solle dieser Topf seitens Bund, Sozialversicherung und Pharmaindustrie. In diesem Zusammenhang erachtet Starz insbesondere Gremien wie das CAR-T-Zellnetzwerk als wegweisend. „Der Basisschritt liegt in der evidenzbasierten Bewilligung eines Sachverständigenremiums, das Entscheidungen in Bezug auf Patientenselektion und Therapieeinsatz trifft, die nicht vom Rechtsrat limitiert werden.“ Priv.-Doz. Dr. Michael Gorlitzer (Wiener Landtag und Gemeinderat) stellt aus ärztlich-politischer Sicht die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt: „Ein Menschenleben sollte keinen Preis haben.“ Ausgehend davon schildert er das Dilemma, einerseits Patientinnen und Patienten mittels CAR-T-Zelltherapie zu heilen, andererseits jedoch nicht ausreichend finanzielle Mittel dafür zur Verfügung zu haben. Finanzierungstopf außerhalb der Regelbudgets, lokale Eigenproduktion der CAR-T-Zellen sowie die Herstellung etwaiger alternativen Gentherapien wären seiner Ansicht nach realistische Lösungsansätze.

Patient im Mittelpunkt

Letztlich geht es im Zuge aller medizinischen, strukturellen und ökonomischen Überlegungen immer um die Patientinnen und Patienten. „Eine ganzheitliche und langfristige Sicht ist essenziell“, hebt Jirsa hervor. Anhand der fundierten und selbstreflektierten Steuerung der Patientenströme durch das Expertenetzwerk kann die CAR-T-Zelltherapie frühzeitig die richtigen Patientinnen und Patienten erreichen. Hierbei gilt es einerseits, auf einen offenen, ehrlichen Informationsaustausch mit den Betroffenen zu setzen, um die Erwartungen an die Therapie adäquat und realistisch zu managen. Andererseits sollen bestehende Kapazitäten genutzt und die Therapiealgorithmen je nach neu gewonnen Erkenntnissen im dynamischen System nachhaltig angepasst werden — auf Basis eines gemeinsamen Diskurses aller beteiligten Stakeholder. P



© PETER PROVONIK (4), PRIVAT (2), GILEAD/MATERN, GREGOR HOHENEIDER

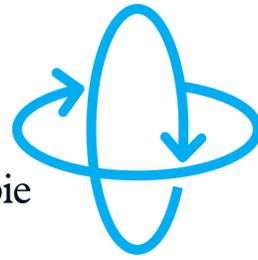
Sonderbeilage Die Presse, Erscheinungstermin 5. Juni 2021





POLITIK

360° Blick



Frühzeitige Diagnose und Therapie für seltene Erkrankungen mithilfe des Neugeborenen-Screenings

Das Neugeborenen-Screening ermöglicht für Kinder mit seltenen Erkrankungen die Vermeidung einer diagnostischen Odyssee und den frühzeitigen Zugang zu Therapien.

Nach wie vor liegt die durchschnittliche Dauer bis zur Diagnose von seltenen Erkrankungen (SE) bei drei bis fünf Jahren. Der Weg bis zur Diagnose stellt sowohl für die Betroffenen als auch für das Gesundheitssystem teilweise eine große Belastung dar. Die Wirksamkeit von Therapien hängt häufig davon ab, wie frühzeitig sie gestartet werden können. Der schnellste und einfachste Weg zur frühzeitigen Diagnose kann durch das Neugeborenen-Screening erfolgen. Viele der SE, die chronisch und fortschreitend sind, können bereits nach der Geburt nachgewiesen werden. Somit können Hindernisse für eine rechtzeitige Diagnose minimiert, die Betreuung und Behandlung des Kindes besser geplant und fundierte Entscheidungen über zukünftige Schwangerschaften getroffen werden.

Das Früherfassungsprogramm umfasst in Österreich seit den sechziger Jahren das Neugeborenen-Screening. Dabei werden

aktuell 29 genetische Zielkrankheiten durch eine Blutabnahme nach der Geburt überprüft. Das Angebot ist für alle Neugeborenen kostenlos. Im Fall einer Diagnose von Krankheiten werden die Eltern informiert und mögliche Therapien umgehend eingeleitet. Je nach Diagnose kann sogar verhindert werden, dass eine Krankheit zum Ausbruch kommt. Die Kriterien für die Aufnahme einer Krankheit in das Neugeborenen-Screening umfassen einen schweren Krankheitsverlauf, die Möglichkeit einer raschen Diagnosestellung und das Vorhandensein einer effektiven Therapie.



Mag. Elisabeth Weigand, MBA
Geschäftsführung Pro Rare Austria

Österreich screenet im internationalen Vergleich eine hohe Anzahl an Krankheiten. Dennoch besteht Handlungsbedarf, sind doch noch nicht alle Krankheiten abgedeckt, die diese Kriterien erfüllen. Beispiele dafür sind Spinale Muskelatrophie (SMA) und Lysosomale Speicherkrankheiten (LSD) sowie bestimmte

Formen von MukoPolySaccharidosen (MPS), für die es zugelassene Medikamente und wirkungsvolle Therapien gibt, die den Ausbruch oder einen schweren Verlauf verhindern können. Aktuell läuft eine Initiative zur Aufnahme von SMA, die von zahlreichen Organisationen unterstützt wird, u. a. von der für die Durchführung des Neugeborenen-Screening zuständigen Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, AKH Wien ebenso wie von Pro Rare Austria. Für SMA ist für das österreichische Neugeborenen-Screening-Programm der Nachweis einer genetischen Variante, an deren Umsetzung im Moment gearbeitet wird, neu zu etablieren.

Pro Rare Austria setzt sich dafür ein, dass zumindest alle seltenen Erkrankungen in das Neugeborenen-Screening aufgenommen werden, für die es wirksame Therapien gibt, die den Ausbruch der Krankheit verhindern oder den Verlauf für die Betroffenen verbessern können.

Europaweit bestehen bis heute große Unterschiede bei den Screening-Ansätzen, sowohl bei der Durchführung des Neugeborenen-Screenings als auch bei der Weiterverfolgung positiver Ergebnisse einschließlich unterschiedlicher Ansätze zur Gesundheitsversorgung und sozialen, wirtschaftlichen und psychologischen Unterstützung von Familien. EURORDIS – Rare Diseases Europe weist in den kürzlich veröffentlichten „Key Principles for Newborn Screening“ auf diese Diskrepanzen hin und fordert einen harmonisierten und integrierten Gesundheitsansatz mit dem höchstmöglichen Gesundheitsstandard für Neugeborene und einem verbesserten Zugang für alle zur Behandlung diagnostizierter seltener und komplexer Erkrankungen. **P**

Rare2030 Foresight Study:
www.eurordis.org/publication/recommendations-rare-2030-foresight-study
Pro Rare Austria:
www.prorare-austria.org/newsroom/aktuelles/

Gemein(d)sam

Diskussion über „Community Nurses“ gefordert



Auch der neue Gesundheitsminister Wolfgang Mückstein hat sich nach seinem Amtsantritt rasch der Pflegereform angenommen und von vielen Seiten zahlreiche Inputs und Anregungen bekommen. Die Taskforce Pflege legte ja im Februar 2021 mit 17 Zielsetzungen und 63 Maßnahmenvorschlägen ein Zwischenesumme aus den umfangreichen Rückmeldungen und Forderungen der Stakeholder vor. In weiterer Folge wurden weitere Forderungen und Ideen öffentlich vorgetragen. Der Österreichische Gemeindebund bringt sich bei vielen Gelegenheiten intensiv in die inhaltlichen Diskussionen ein. Wir haben auch schon mehrmals öffentlich klargestellt, dass man sich bei der Pflegereform nicht in „Wünsch dir was“-Diskussion verlieren soll, sondern die wesentlichen Eckpunkte angehen muss. Diese sind aus unserer Sicht: das Personalproblem, die Entlastung der Pflegenden

Angehörigen und eine nachhaltige Finanzierung des gesamten Pflegesystems. Klar ist, dass es in Zukunft mehr Geld für den Pflegebereich brauchen wird, vor allem wegen der demografischen Entwicklung. Bei einem ersten inhaltlichen Austausch mit dem neuen Minister Mitte Juni haben wir mit ihm unsere zentralen Anliegen bei der Pflegereform diskutiert und klargestellt, dass sich die Gemeinden jedenfalls nicht mit Anschubfinanzierungen zufrieden geben werden. Bund, Länder und Gemeinden sind aufgrund der Organisations- und Finanzierungsfragen wesentliche Player, die bei der Pflegereform den Ton angeben müssen. Daher drängt der Gemeindebund auch darauf, sich jetzt nicht mit vielen Detailfragen oder Qualitätsdebatten zu verzetteln, sondern rasch eine Lösung auf den Tisch zu legen.



Mag. Alfred Riedl,
Präsident des Österreichischen
Gemeindebundes

Auf der Tagesordnung beim Gespräch mit dem Minister stand vor

allem das Thema „Community Nurses“. Laut Regierungsprogramm sollen in 500 Gemeinden Community Nurses etabliert werden. In der aktuellen Diskussion herrscht ein Bild der Community Nurses vor, das weit über Beratung und Koordination von Pflegeleistungen im Sinne eines Case Managements – das es bereits in einigen Bundesländern gibt – hinausgeht. Vielmehr sollen sie auch in der Prävention (Hausbesuche bei 75+ Personen und Schulungen) sowie der gesundheitlichen Basisversorgung bis hin zu Sozialberatung aktiv werden. Bis 2024 sollen dafür rund 54,2 Mio. Euro aus ARF-Zuschüssen der EU für 500 Community Nurses bereitgestellt werden. Abhängig von Qualifikation und Dienstalter könnten mit diesen Mitteln jährlich aber nur rund 250 bis 300 diplomierte Kräfte finanziert werden, jedoch ohne jegliche Infrastruktur (Büro, Dienstwagen etc.). Ob diese Zahl für 500 Pilotgemeinden reicht und ob Community Nurses in weiterer Folge über den künftigen Finanzausgleich vom Bund abgegolten werden, steht auf einem anderen Blatt. Fraglich ist auch, wie Nicht-Pilotgemeinden damit umgehen und ob der Druck steigt, künftig in jeder Gemeinde eine Community Nurse zu installieren. Bevor nun durch eine solche Anschubfinanzierung im Schnell-schuss-Verfahren ohnehin schon knappes Gesundheits- und Pflegepersonal in den Gemeinden zum Einsatz kommen soll, sollte aus Sicht des Gemeindebundes im Detail besprochen werden, wie und welche gewünschten und auch finanzierbaren Leistungen regional und wohnortnahe und unter Einbindung der bestehenden Träger (Stichwort: Doppelgleisigkeiten vermeiden und Synergien nutzen) effektiv und effizient angeboten werden können und wer dieses Personal beschäftigt und finanziert. Klar ist aus Sicht des Gemeindebundes schon jetzt: Die Gemeinden werden die Community Nurses finanzierungstechnisch sicher nicht übernehmen können, auch wenn die Koordinierungsrolle und Funktion dringend benötigt wird. **P**

© DANIELA MATEJSCHEK, SHUTTERSTOCK (3), PHILIPP MONIHART

© MARKUS SPITZLENER

Österreich mit großen Potenzialen im Gesundheitsbereich

Bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten im Mai dieses Jahres hob **AO. UNIV.-PROF. DR. THOMAS SZEKERES, PHD** die bedeutende Rolle von Österreicherinnen und Österreichern bei der Entwicklung von Impfstoffen gegen COVID-19 hervor, kritisierte Ideen der Politik, Gesundheitsausgaben in Österreich an das Wirtschaftswachstum zu koppeln, und betonte die gute aber optimierbare Struktur des Gesundheitssystems. | von Mag. Dren Elezi, MA

In seiner Keynote legte der Präsident der Wiener und Österreichischen Ärztekammer ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres, PhD den Fokus auf die bedeutende Rolle von Österreicherinnen und Österreichern bei der Produktion von Impfstoffen gegen COVID-19: „Die Pandemie war und ist ein großes Thema, das uns in den letzten Monaten bzw. eineinhalb Jahren wie kein anderes beschäftigt und beeinflusst hat. Ich möchte einleitend aber kurz die gewichtige Rolle von Österreicherinnen und Österreichern bei der Entwicklung von Impfstoffen hervorheben. Da fällt mir zum einen Univ.-Prof. Dr. Christoph Huber ein, Mitbegründer und Ratgeber von BioNTech, dem Unternehmen, das gemeinsam mit dem Pharmariesen Pfizer weltweit als erstes die Zulassung eines Impfstoffes gegen COVID-19 beantragt hat. Ich denke auch an die Familie Kattinger aus Klosterneuburg, die sich mit ihrem kleinen Unternehmen Polymun Scientific auf Lipid-Nanopartikel spezialisiert hat“, erinnerte der Präsident der Wiener und Österreichischen Ärztekammer bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. Lipid-Nanopartikel „ummanteln“ den zentralen Baustein der neuesten Impfgeneration, mRNA. Das stabilisiert den Impfstoff und schützt ihn vor dem Verfall und sorgt somit dafür, dass die mRNA leichter in die Körperzellen transportiert werden kann. Dort setzt sie verschiedene Reaktionen in Gang, an deren Ende eine Immunisierung gegen das SARS-CoV-2-Virus steht. In diesem Zusammenhang gab Szekeres zu bedenken, dass Christoph Huber „bereits im Herbst 2020 angekündigt hat, dass sein Unternehmen einen marktreifen Impfstoff gegen COVID-19 anbieten wird. Leider hat man ihm nicht sofort Glauben geschenkt.“ Die Folge war, so der Experte, dass die Chance geblieben ist, dass ein rechtzeitig ausreichend Impfstoff in Österreich zur Verfügung hatten. Ländervergleiche mit Israel oder den USA zeigen, dass diese Staaten bereits Monate vorher reagiert haben. Das tut mir persönlich leid, denn wir hätten hier als kleines Land die Chance gehabt, ausreichend Impfstoff zu besorgen, und haben diese Chance, gemeinsam mit der EU, vertan.“

wickeltes Gesundheitswesen da“, zeigte sich Szekeres erfreut. „Wir haben in Österreich relativ viel für Gesundheit ausgegeben. Die Folge ist ein hochentwickeltes und leistungsfähiges Gesundheitswesen. Wir waren immer vergleichbar mit Ländern wie Deutschland und der Schweiz. Österreich hat im Schnitt

So hervorragende Fachleute Österreich hat, so gut steht im Grunde auch unser hochentwickeltes Gesundheitswesen da.
Thomas Szekeres

zehn Prozent vom BIP für Gesundheit ausgegeben, Deutschland liegt mit einem Prozent darüber, die Schweiz mit einem Prozent darunter.“ Zudem merkte Szekeres an, dass, verglichen mit dem Wirtschaftswachstum, die Ausgaben für die Gesundheit in Österreich, wie oft behauptet, nicht explodiert seien. „Ein Blick auf die absoluten Zahlen zeigt, dass die Ausgaben für Gesundheit parallel zur Wirtschaft gestiegen sind.“ Das heiße aber nicht, so Szekeres, dass es nichts zu verbessern gebe. „Zunächst muss ich Kritik an der vor einigen Jahren aufgekommene politischen Idee üben, die Gesundheitsausgaben an das Wirtschaftswachstum zu koppeln. Das Motto, nicht mehr auszugeben als man einnimmt, klingt nämlich auf erste Logik, ist es aber gerade im Gesundheitswesen nicht“, so Szekeres. Denn das Wachstum der Wirtschaft habe nichts mit der Gesundheit der Menschen zu tun. Wenn es überhaupt zuletzt einen Zusammenhang zwischen den beiden Kenngrößen gibt, so sei es eher umgekehrt proportional, schilderte er. Die Pandemie habe eindrucksvoll gezeigt, dass Gesundheitsausgaben explodieren können, während die Wirtschaft einbricht. Daher mache eine Kopplung auch keinen Sinn. „Ich hoffe also, dass sich die Politik von der Idee der Koppelung verabschiedet.“

Struktur des Gesundheitssystems gut aber optimierbar

Auch die Struktur unseres Gesundheitssystems ist laut Szekeres nicht schlecht, aber dennoch zugleich optimierbar. „Wir bemühen uns in diesem Sinne, den Best Point of Service zu finden bzw. Leistungen dort anzubieten, wo sie medizinisch und wirtschaftlich am besten erbracht werden können. Unser System ist aktuell sehr spitallastig und wir bräuchten ein besseres Angebot im niedergelassenen



POLITIK

Thomas Szekeres, der in seiner Keynote bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten die bedeutende Rolle von Österreicherinnen und Österreichern bei der Entwicklung von Impfstoffen gegen COVID-19 betonte

Bereich, also mehr Krankenkassenärztinnen und -ärzte mit niederschwelligem Zugang.“ Die Möglichkeit, den niedergelassenen Kassenbereich und den ambulanten Spitalsbereich besser zu verzahnen, wäre laut dem Präsidenten der Ärztekammer durch ein neues Finanzierungsmodell durchaus gegeben – damit die Patientinnen und Patienten nicht mehr hin- und hergeschickt werden. Projekte zur Zusammenarbeit von Sozialversicherungen und Bundesländern gibt es bereits. „Die Idee dahinter lautet: Patientinnen und Patienten sollen weiterhin Leistung auf hohem Niveau bekommen, aber die Leistung soll nicht unbedingt an der teuersten Stelle im System erbracht werden.“ Ein Thema, dem man sich mehr widmen müsse, so Szekeres abschließend, sei der Bereich der Prävention, „nämlich der ‚echten‘ Prävention, für die man sich in Zukunft mehr engagieren muss“, appellierte er. **P**

Sonderbeilage Die Presse,
Erscheinungstermin
5. Juni 2021



**PRAEVENIRE Initiative
Gesundheit 2030**
**Block 6 | Standort,
Finanzierung, Ver-
sorgung & Struktur**

Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021

KEYNOTES

- **Erfahrungen aus der Gesundheitsmetropole Wien**
Dr. Alexander Biach | Wirtschaftskammer Wien
- **Die Pharmaindustrie in der nahen und fernen Zukunft: Chancen u. Hürden**
Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Johannes Khinast | TU Graz, Institut für Prozess- und Partikeltechnik
- **Impfstoffzulassung „COVID-19“ EU Ebene und Österreich: Herausforderungen**
DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche | AGES Medizinmarkt-aufsicht
- **Wie wichtig ist Spitzenforschung für den Standort**
Prof. Dr. Thomas A. Henzinger | IST Austria
- **Finanzierung, Versorgung und Struktur**
ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres, PhD | Präsident der Wiener und Österreichischen Ärztekammer
- **PDMS der Zukunft/Chancen der Digitalisierung in der Anästhesie und Intensivmedizin**
Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller | Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie



Das Potenzial von Gesundheitsdaten zur Optimierung der Gesundheitsversorgung

Jede Medikamentengabe, jeder Herzschlag wird mittlerweile elektronisch aufgezeichnet — Daten, die für Wissenschaft und Forschung von größtem Interesse sind. Doch wenn man diesen Datenschatz für entsprechende Auswertungen anzapfen will, wird dies mit dem Verweis auf den Datenschutz verweigert. Im **PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH** in Wien wurde das Potenzial wissenschaftlicher Gesundheitsdatennutzung in Österreich in den Fokus gerückt und nach Lösungen gesucht, die eine datenschutzkonforme Nutzung ermöglichen würden. | von Rainald Edel, MBA

Für Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich, aber auch für die Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten, sind Daten unerlässlich. Unter der Prämisse, dass eine verantwortungsvolle, rechtlich klar regulierte und gesicherte Datennutzung vielfache Vorteile brächte, fand im Frühjahr ein PRAEVENIRE Gipfelgespräch statt. Profitieren kann nicht nur jede und jeder Einzelne sondern auch die Gesellschaft sowie der Forschungs- und Wirtschaftsstandort Österreich. Denn die Nutzung anonymisierter Gesundheitsdaten ermöglicht nicht nur eine bessere Versorgung von Patientinnen und Patienten, beispielsweise weil Krankheiten, z. B. seltene Krebserkrankungen, schneller anhand ihrer „Muster“ erkannt und behandelt werden könnten. Auch für die Forschung sind solche Daten unerlässlich — sowohl für die Pharmazeutische Industrie, als auch für Universitäten. Denn nur wo die Datenlage gesichert ist, können klinische Studien betrieben werden — und diese ermöglichen es Erkrankten wiederum, frühzeitig mit innovativen Therapien behandelt zu werden. Ebenfalls durch die anonymisierte Auswertung von Daten mit Gesundheitsrelevanz, lassen sich neu auftretende Infektionsgeschehen oder andere Entwicklungen besser erkennen. Daraus lassen sich dann unmittelbar Entscheidungen zur besseren Versorgung der Bevölkerung, beispielsweise im Hinblick auf die Aufstockung von Betten, oder die ausreichende Bereitstellung von Medikamenten rascher treffen. Gerade letztere Aspekte wurden während der Coronapandemie immer wieder breit medial thematisiert.

Ausgehend von konkreten Anwendungen, wurde im Gipfelgespräch versucht, die Barrieren für einen sinnvollen und modernen Umgang mit Gesundheitsdaten in Österreich zu benennen sowie Maßnahmen und Ideen zu diskutieren, die den Zugang zu anonymisierten Gesundheitsdaten verbessern würden. Unter den Teilnehmenden des Gipfelgesprächs herrschte Einigkeit: Sollten keine Veränderungen des Status quo in diesem Bereich erreicht werden, läuft Österreich Gefahr, den globalen Anschluss zu verlieren.

Veränderungsbereitschaft gegeben

Die Coronapandemie hat der breiten Öffentlichkeit gezeigt, wie wichtig Daten in der Wissenschaft sind — sowohl zur Beurteilung der Lage als auch zur Erforschung von Impfstoffen und Arzneimitteln gegen das SARS-CoV-2-Virus. „Durch die Pandemie konnten Journalistinnen und Journalisten Awareness schaffen. Sie haben der Bevölkerung erklärt, wie Entwicklungsprozesse für Tests und Medikamente aussehen und warum es dabei auch Daten braucht. Darauf muss man jetzt aufbauen und dieses breite Verständnis weiter fortführen“, argumentierte Susanne Erkens-Reck, MSc, Geschäftsführerin von Roche Austria. Auf das müsse man aufsetzen und

dieses breite Verständnis noch einen Schritt weiter fortführen. Dr. Irene Fialka, Geschäftsführerin der INiTS, dem Universitären Gründer-service, verwies in dem Zusammenhang auf eine 2020 veröffentlichte Gallup-Studie die zeigt, dass die Bevölkerung durchaus bereit ist, Daten herzugeben, wenn dies Nutzen stiftet. Ähnlich beurteilt die Lage auch Priv.-Doz. Dr. Johannes Pleiner-Duxneuner, Präsident der GPMed und Medical Director der Roche Austria: „Es braucht mehr Aufklärung darüber, dass die Nutzung von anonymisierten Daten für Forschungszwecke der Gesellschaft etwas bringt. Die Vorteile müssen klarer vermittelt werden.“ Univ.-Prof. Dr. Renate Kain, Stellvertretende Präsidentin der Österreichischen Plattform für Personalisierte Medizin und Leiterin des Klinischen Instituts für Pathologie der MedUni Wien gab zu bedenken: „Das, was wir unter Daten verstehen, ist für die Öffentlichkeit viel zu wenig definiert. Es geht nicht um die Krankheitsgeschichte einer einzelnen Person. Wir brauchen Daten, aus denen die konkreten, personenbezogenen Aspekte entfernt wurden.“ Zudem müsse die Öffentlichkeit auch effektiv darüber informiert werden, dass diese Daten anonymisiert sind. Ähnlich argumentiert auch Hubert Wackerle, Geschäftsführer IT-Services der Sozialversicherung GmbH: „Die Angst vor Nachteilen durch eine Nutzung von Gesundheitsbezogenen Daten wäre ja nur berechtigt, wenn man mit personalisierten Daten arbeiten würde, das ist aber nirgends angedacht. Man muss intensiv kommunizieren, dass es sich nicht um Daten im Sinn einer konkreten Person mit ihren Gebrechen und Leiden geht, sondern um die Muster die in den Daten stecken“. Diese Idee griff auch Univ.-Prof. Dr. Tanja Stamm, Leiterin der Sektion Outcomes Research am Zentrum für Medizin, Statistik, Informatik, Intelligente Systeme der MedUni Wien auf: „Es gibt auf EU-Ebene die Initiative www.datasaveslives.eu — wir müssen zeigen dass es für den Einzelnen einen Wert hat, wenn die Daten auswertbar sind. Letztlich bringt es sowohl einen Nutzen für die Gesellschaft als Ganzes als auch für den Einzelnen“.

Die Teilnehmenden am Gipfelgespräch waren sich einig, dass Umdenken über die Nutzung von Gesundheitsdaten in der gesundheitspolitischen Debatte stärker zu verankern sind und durch öffentlichkeitswirksame Awarenessschaffung und Aufklärung über die Vorteile wissenschaftlicher Gesundheitsdatennutzung für die Forschung weiter vorgeschrieben werden sollte.

Wirtschaftsfaktor Gesundheit

„Wir verlieren unglaublich viel durch den Faktor Zeit, wenn wir Daten nicht rasch zur Verfügung haben“, so Fialka. Dies betreffe sowohl den Bereich der Wertschöpfung als auch der Forschung. „Was man sowohl der Bevölkerung als auch der Politik vermitteln muss ist: Wenn nicht heimische Daten zur Verfügung stehen, wandern Forscherinnen und Forscher

in andere Länder ab, wo der Zugang zu Daten schneller und unkomplizierter ist. Wissen, Jobs und Wertschöpfung entstehen damit nicht in Österreich“, warnte Fialka. Internationale Vergleiche zeigen, dass Österreich gerade beim Zugang zu forschungsrelevanten Daten wie z. B. Registerdaten hinter Ländern wie z. B. Dänemark, Niederlande oder Schweden zurückliegt. „Diese Einschränkungen behindern die Forschung. In einer Analyse der Bertelsmann Stiftung über die Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten wird Österreich in die Gruppe der ‚Länder mit eingeschränkten gesetzlichen Möglichkeiten‘ eingestuft“, erklärte DI Regina Plas, Expertin für Wirtschaftspolitik der Wirtschaftskammer Wien. Von Seiten der WKW wurde die Idee präsentiert, über den internationalen Vergleichsindex „Tatsächliche Datennutzung“ der Bertelsmann Stiftung Aussagen über den Zusammenhang von Datennutzung und wirtschaftlicher Performance statistisch zu belegen. „Erste Analysen legen nahe, dass zwischen Ländern, in denen Gesundheitsdatennutzung stärker vorkommt und Ländern, die einen tendenziell höheren Wertschöpfungsanteil im Gesundheitsbereich aufweisen, ein Zusammenhang besteht und dieser zudem mit einem höheren F&E-Anteil in Unternehmen im Gesundheitsbereich einhergeht“, so Plas. Ziel wäre es, konkrete wirtschaftliche Auswirkungen (etwa zusätzliche Wertschöpfung) einer erweiterten Datennutzungsmöglichkeit für Forschung in Österreich zu berechnen.

Die wirtschaftlichen Aspekte sind nicht zu vernachlässigen, denn der Gesundheitssektor ist weit größer als gemeinhin angenommen und umfasst nicht nur klassische Gesundheitsunternehmen sondern erstreckt sich über viele



© SHUTTERSTOCK, PETER PROVAZNIK (2), THOMAS MEYER, MARKUS SPITZAUER, RAINER SCHODITSCH, MEDUNI WIEN, HJ BRÜCKENBERGER, FOTOWEINWURM, KATHARINA SCHIFFEL, FELICITAS MATERN, DIETER SAJOVIC, LUDWIG SCHEDL

Sektoren. „Mit rund 27 Mrd. Euro erbringen die Gesundheitswirtschaft und die mit ihr verbundenen Branchen der regionalen Wiener Volkswirtschaftsleistung und bietet 236.000 Menschen einen Arbeitsplatz“, umreißt Dr. Alexander Biach, Standortanwalt Wien und Vizedirektor der Wirtschaftskammer Wien, die wirtschaftliche Dimensionen der Gesundheitswirtschaft. Von einer Optimierung der Wettbewerbs- und Standortbedingungen profitieren laut der Standortanwaltschaft Wien, volkswirtschaftlich nachweis- und berechenbar 22 Branchen. „Wir glauben, dass eine kluge Datennutzung signifikante Zuwächse im Wirtschaftswachstum und im Beschäftigungsbereich nach sich ziehen würde“, erklärte Biach. Kluge Rahmenbedingungen für die Forschung bergen, so der Standortanwalt, ein enormes volkswirtschaftliches Potenzial, mit einem Multiplikatoreffekt über den originären Gesundheitsbereich hinaus.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Unumstritten ist laut den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Gipfelgesprächs, dass es Regulierungen bedarf, die vor Datenmissbrauch schützen. Der Zugang und die Nutzung von Daten müssen klar geregelt und kontrolliert werden. Im Rahmen der Diskussion wurde von Erfahrungen aus der Praxis berichtet, dass ein laut geltenden rechtlichen Regelungen möglich scheinender Datenzugriff meist nicht an genuin datenschutzrechtlichen Gründen, sondern an immateriälgüterrechtlichen Eigeninteressen der Datenhalter bzw. politischen Überlegungen scheitert. „In diesem Sinne bietet der Datenschutz eine vortreffliche Begründung, der zur Ablehnung von Projekten und Anfragen vorgeschoben werden kann, um Eigeninteressen zu bewahren“, schilderte Univ.-Prof. Dr. Nikolaus Forgó, Vorstand Institut für Innovation & Digitalisierung im Recht, Universität Wien. Sowohl die DSGVO, als auch einschlä-

gige nationale Bestimmungen, allen voran das Forschungsorganisationsgesetz (FOG), versuchen sehr ausdifferenziert die Interessen und Grundrechte der einzelnen betroffenen Patientin, oder des Patienten und die der Wissenschaft sowie der Allgemeinheit in ein Gleichgewicht zu bringen. „Für datenhaltende Stakeholder und politische Entscheidungsträger gibt es zu wenig Anreize, um Daten auszutauschen“, so Forgó. Das Forschungsorganisationsgesetz ermögliche zwar bereits heute, dass Registerdaten zu Forschungszwecken freigegeben werden. „Es besteht aber in der Umsetzung nach wie vor eine hohe Hürde, da für die Freigabe von Daten eine Verordnung der zuständigen Ministerien geschaffen werden müsste“, so Forgó. Im Zuge der COVID-19-Pandemie habe es diese Freigabe von Daten zu Forschungszwecken — anonyme Daten, nicht auf Basis des FOG — gegeben. „Andere Länder haben hier einen durchaus offeneren Zugang zu anonymisierten Gesundheitsdaten (Beispiel Dänemark oder Israel). Diese Standorte sind natürlich auch für die Forschung sehr attraktiv“, betonte Forgó. Aktuell arbeitet auf Ministeriumsebene die AG Registerforschung an der Integration von seit 2018 erarbeiteten legislativen, technischen und prozessualen Voraussetzungen. Der Rat für Forschung und Technologieentwicklung für Österreich hat die Bundesregierung in seiner „Empfehlung zur Registerdatenforschung“ aufgefordert, die nationalen Rahmenbedingungen für datengetriebene Wissenschaft zu optimieren.

Politischer Wille gefragt

Für ao. Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann, Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), fehlt es zum einen an einem grundlegenden und auch übergreifenden Konsens zu einer gemeinsamen Nutzung von Routinedaten. Zum anderen hätten jene Staaten, die Daten aus dem Gesundheitsbereich syste-

Gesundheitsexpertinnen und -experten erörterten beim hybrid stattgefundenen PRAEVENIRE Gipfelgespräch das Thema: Wissenschaftliche Gesundheitsdatennutzung und ihr Potenzial für die Optimierung der Gesundheitsversorgung.

- 1 Alexander Biach
- 2 Susanne Erkens-Reck
- 3 Irene Fialka
- 4 Nikolaus Forgó
- 5 Renate Kain
- 6 Franz Leisch
- 7 Herwig Ostermann
- 8 Regina Plas
- 9 Johannes Pleiner-Duxneuner
- 10 Tanja Stamm
- 11 Hubert Wackerle
- 12 Christa Wirthumer-Hoche

matisch und verknüpft für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung stellen, zunächst eine Infrastruktur geschaffen, die eine strukturierte Datenerfassung erlaube. Die Gesundheitsdatenlandschaft in Österreich ist sehr zersplittert. Ostermann schlug daher die Erstellung einer klaren und einfachen Übersicht vor, wer in Österreich Kurator welcher Daten und für welche Zwecke ist. Dies würde die Übersichtlichkeit der Situation erhöhen, die Interessenslagen transparenter und damit mögliche Hürden und Widerstände besser antizipier- und auch überwindbar machen. „Solange nicht alle Akteure, die Daten halten, Willens sind, diese einer Struktur zuzuführen, mit der man sie für gesellschaftlich relevante Zwecke nutzbar machen kann, werden wir weiter in unseren Silos denken und letztlich unbefriedigende Antworten erhalten“, so Ostermann. Selbst eine Organisation wie die AGES hat Probleme bei der Datenbeschaffung, obwohl diese für die Sicherstellung der Versorgung wichtig sind und der Erfüllung der Transparenz gegenüber der EU-Behörden dient. „Wir würden dringend die derzeit verschlüsselten Daten aus der e-Medikation brauchen, um Informationen über den Bedarf der österreichischen Bevölkerung an Arzneimitteln zu bekommen“, schilderte DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche, Leiterin der AGES Medizinmarktaufsicht. „Wir hätten über ELGA an sich strukturierte Daten — nur es fehlt an politischer Unterstützung, damit diese genutzt werden können. Die Frage ist, wer die Datenhoheit hat — hier wäre eine neutrale Stelle sinnvoll“, sagte Dipl.-Ing. (FH) Dr. Franz Leisch, Geschäftsführer der ELGA GmbH. Aus seiner Sicht wäre es sinnvoll, wenn ein politischer Akteur, Ministerium, Bundeskanzleramt etc. ein Pilotprojekt ins Leben rufen würde und anhand eines Themas die Problematik Lösungen und Bedürfnisse um die Datennutzung ausprobieren würde. P

Sonderbeilage Kurier, Erscheinungstermin 28. Juni 2021



PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021

Österreichs Onkologie am Scheideweg

An sich ist die **VERSORGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN BRUSTKREBSPATIENTINNEN** gut. Doch in Sachen innovativer Therapien befindet sich das Land offenbar auf dem Scheideweg: zwischen Erhalt seiner international guten Position beim Zugang für Patientinnen und einem Abrutschen ins Negative, hieß es bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. | von Wolfgang Wagner

Bei einem hybrid organisierten Gipfgespräch zum Thema Mammakarzinom sagte Gilead Sciences Geschäftsführerin Amaya Echevarria: „Es ist Teil unserer Mission, den Zugang zu innovativen Therapien zu fördern.“ Das Unternehmen habe mit Therapien, welche Krankheiten und das Leben von HIV/Aids- oder Hepatitis-C-Patientinnen und Patienten nachhaltig verändert haben, in den vergangenen Jahrzehnten Entscheidendes geleistet. „Unser Engagement geht aber jetzt mit dem Fokus auf Hämatologie und Onkologie über die Virologie hinaus.“

Auch wenn im Hintergrund immer wieder Bemühungen gefahren werden, Kosten und Aufwand zu senken, beim Mammakarzinom handelt es sich weiterhin um ein mehr als bloß „sichtbares“ Problem. In Österreich erkrankten im Jahr 1983 laut Statistik Austria 3.382 Frauen an einem Mammakarzinom. 2018 wurde diese Diagnose bei 5.565 Patientinnen gestellt. Gleichzeitig erlagen der Erkrankung im Jahr 1983 in Österreich 1.462 Frauen, im

Jahr 2018 waren es 1.623. Das belegt enorme Fortschritte in Diagnose und Therapie der Erkrankung, die in Österreich 2017 rund 28 Prozent der Neuerkrankungsfälle bei Frauen sowie 17 Prozent aller Krebssterbefälle ausmachte.

Die Statistik ist eine Sache. Hinter jeder Zahl aber stecken Schicksale von Einzelpersonen — in diesem Fall Frauen. Mag. Claudia Altmann-Pospischeck (Claudias Cancer Challenge): „Ich habe 2013 aus heiterem Himmel einen Knoten in meiner Brust gespürt und bin gleich zum Gynäkologen gegangen, war vorher jedes Jahr beim Gynäkologen und habe keine genetische Vorbelastung.“ Die Diagnose lautete von Anbeginn auf ein metastasiertes Mammakarzinom mit Beteiligung von Leber und Knochen, später kamen noch andere Manifestationen hinzu.

Krebs ist nur „Beifahrer“

Die damals zu erwartende Überlebenszeit: zwei Jahre. „Ich bin durch die Stadien von Schockstarre, Todesangst bis zum Hader ‚Warum ich?‘ gegangen. Ich bin in Dauertherapie. Ich habe es geschafft, den Krebs fast acht Jahre in Schach zu halten. Ich sehe den Krebs als Beifahrer und lasse mir nicht ins Lenkrad greifen. Ich möchte das Steuer weiter in den Händen halten“, sagte die Patientin, Aktivistin speziell für Frauen mit metastasiertem Brustkrebs und Bloggerin. „Ich will besonders mehr Bewusst-

Der Föderalismus ist eine Geißel.

Michael Gnant

sein für metastasierten Brustkrebs schaffen.“ Claudia Altmann-Pospischeck weiß wohl besonders gut, wie groß der medizinische Fortschritt

in der Onkologie in den vergangenen Jahrzehnten war: „Vor 30 Jahren wäre ich mit einem ‚Regeln’s Ihre Dinge‘ nach Hause geschickt worden.“ In Österreich gebe es zum Glück sehr zeitnah Zugang zu den innovativsten Therapien. Gleichzeitig könne man nur jeder Betroffenen raten, sich nach einer Brustkrebsdiagnose möglichst schnell an eines der zertifizierten Brustgesundheitszentren für eine optimale Versorgung zu wenden.

Bei Krebs kann man mit einer Therapie nicht monatelang warten.

Gunda Gittler

Achtung auf klinische Wissenschaft!

„Vielen ist in Österreich nicht bewusst, wie gut wir aufgestellt sind, was den Zugang zu innovativen Medikamenten darstellt. Es ist relativ gut gelungen, moderne Entwicklungen rasch zugänglich zu machen“, sagte der Präsident der Österreichischen Krebshilfe, Univ.-Prof. Dr. Paul Sevelda. Ein wesentlicher Fortschritt sei auch die Etablierung der interdisziplinären Brustgesundheitszentren gewesen. Mit einem Manko: „Wir wollten, dass sie im Strukturplan Gesundheit verankert werden. Das ist nicht gelungen.“ Weiterhin würden sie als private Initiativen geführt. Aber: „Mehr als 90 Prozent der Patientinnen werden in diesen zertifizierten Brustgesundheitszentren behandelt und bekommen auch Zugang zu klinischen Studien.“ Mit der ABCSG hätte Österreich auch eine sehr erfolgreiche Organisation für klinische Studien mit internationalem Ansehen.

Doch es gelte gerade in dieser Hinsicht Vorsicht walten zu lassen. Sevelda: „Was ich mit einer gewissen Sorge sehe: dass klinische Studien zunehmend nur noch an den Uni-

versitätskliniken und einigen sehr großen Spitälern durchgeführt werden.“ Hier gerate Österreich in Gefahr, dass andere Krankenhäuser bzw. Abteilungen den Anschluss verlieren: zu den Studien, zur frühzeitigen Beschäftigung mit neuen Therapien und zur Patientenversorgung unter den innovativsten Gesichtspunkten. Es sollten in Österreich, auch von staatlicher Seite her, Maßnahmen getroffen und Unterstützung in finanzieller und organisatorischer Hinsicht geboten werden, um den immer größer werdenden Aufwand durch die Mitarbeit an der klinischen Forschung auch weiterhin für kleinere Abteilungen und Spitäler abzufangen.

Schlechtpunkt für Föderalismus in Onkologie

Mit „2,5 zu eins“ charakterisierte Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant (Österreichische Gesellschaft für Chirurgie) den derzeitigen Status in Sachen Onkologie und Brustkrebs in Österreich. Ein Pluspunkt sei eindeutig die Etablierung von mittlerweile 25 interdisziplinären Brustgesundheitszentren. Die Brustgesundheitszentren — obwohl deren Etablierung eine EU-Forderung war — müssen weiterhin von privaten Gesellschaften finanziert werden. „Bei den klinischen Studien sind wir, was Brustkrebs betrifft, gut. Am Ende des Tages haben rund 30.000 Krebspatientinnen und -patienten in den vergangenen 30 Jahren in Österreich an klinischen Studien teilgenommen. Von dort kommt der gesamte Fortschritt“, sagte Gnant. 80 Prozent der Patientinnen mit einer frühen Brustkrebsdiagnose könnten derzeit bereits geheilt werden. Und sieben, acht, neun oder zehn Jahre erreichbare Überlebenszeit von Frauen mit in einem späteren Stadium diagnostizierten Mammakarzinom wären ehemals als Fallberichte in die wissenschaftliche Literatur gekommen, gelten jetzt aber bereits als normal. Der „Schlechtpunkt“ betrifft laut dem Chirurgen der zunehmend schwieriger werdende

Sonderbeilage Die Presse, Erscheinungstermin 5. Juni 2021



Zugang zu innovativen Therapien. „Der Föderalismus ist eine Geißel, weil wir die Frage des Zugangs zu Innovation letztlich extrem kleinteilig entscheiden. Es bleibt beim Engagement des Behandlers oder der Behandlerin, manchmal erschreckender Weise sogar der Patientin, des Krankenträgers, wie rasch Therapien zugänglich gemacht werden. Wir haben extreme Unterschiede zwischen den Bundesländern, was die Ausgaben betrifft.“ Es gebe eindeutig Patiententourismus für den Zugang zu bestimmten Behandlungsformen von einem Bundesland zum nächsten.

Das CAR-T-Zell-Netzwerk ist ein Vorbild.

Gernot Idinger

Der österreichische Weg: „Triage unter der Budel!“

Gnant warnte: „Jetzt führen wir in Wahrheit in österreichischer Weise unter der Budel die Triage durch, indem die Träger alle möglichen Gründe haben, warum irgendetwas ewig dauert.“ Das führe automatisch in eine „Mehrklassenmedizin“ — sozial, lokal oder regional bedingt. Der Chirurg: „Wir sollten auf ein Niveau kommen, wo in Güssing genauso behandelt wird wie im ersten Wiener Gemeindebezirk.“ Und das müsse ohne Getzete und Gerenne um Bewilligungen erfolgen, was immer öfter der Fall sei. Für ein Land wie Österreich — mit der halben Einwohnerzahl einer Stadt wie Istanbul — müsse es einheitliche Standards und auch eine einheitliche Bewertung von innovativen Therapien in der Onkologie geben. „Es ist so, dass wir in Wahrheit an einem Scheideweg stehen. Es kommen in den nächsten zwölf Monaten zwei Antikörper-Drug-Konjugate, ein neuer Tyrosinkinasehemmer und neue SERDs auf den Markt. Da werden uns die Augen ins Weiße rollen, was die Preisvorstellungen angeht.“

Hier könnte in Zukunft nur ein möglichst frühes Bestimmen des durch neue Therapien erzielbaren Wertes für Patientinnen und Patienten, Gesundheitssystem und Gesellschaft sowie ein faires Ausverhandeln des allfälligen Preises helfen. „Was ich fies finde: Dass ‚Qualitäts-, Innovations- oder Exzellenz-Gremien geschaffen werden, was in Wahrheit nur ein Wegstreichen und Wegstreichen ist. Die Wahrheit ist den Menschen zumutbar.“

Die Patientinnen haben keine Zeit

Die Krankenhausapothekerinnen und -apotheker sehen sich jedenfalls als Expertinnen und Experten in mehrerer Hinsicht gefordert. „Wir sind in einer Vermittlerposition zwischen Patient, Arzt, Industrie und Verwaltung“, sagte Mag. pharm. Gunda Gittler, aHPH (Apotheker

der Barmherzigen Brüder/Linz). Der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt solle die Therapiefreiheit nach dem optimalen Standard ermöglicht werden, für die Patientinnen und Patienten die beste individuelle Lösung für die Therapie gesucht werden, mit Verwaltung und Industrie Lieferung und Finanzierung vereinbart werden.

„Wir versuchen, mit der Industrie zu kooperieren und neue Modelle zu entwickeln, z. B. Pay-by-Performance“, erklärte die Krankenhausapothekerin. Entscheidend für die Zukunft wäre das Schaffen eines Finanzierungsmodells auch für Therapien, die mit Jahreskosten von 100.000 Euro und mehr verbunden seien. Ein System, das „im Sinne der Patientinnen und Patienten einen gleichen Zugang zu innovativen Therapien über alle Bundesländer hinweg schafft.“

Man sollte nicht versuchen, innovative Behandlungsstrategien über verschiedenste Health Technology Assessment-Gremien zu verdrängen. Ein zentraler nationaler Einkauf, wie er derzeit für solche Therapien in Portugal Einzug gehalten habe, führe nachweislich zu längeren Wartezeiten. „Bei Krebs kann man mit einer Therapie nicht monatelang warten. Ich habe keine Zeit, monatelang auf eine Therapieentscheidung zu warten, bis sehr teure Medikamente (in Boards; Anm.) bewilligt werden.“ Natürlich gebe es in Österreich auch Patiententourismus.

Vorbild CAR-T-Zell-Netzwerk?

Ganz ähnlich äußerte sich auch Mag. Gernot Idinger, aHPH, Krankenhausapotheker in Steyr und bei der OÖ Gesundheitsholding für den Arzneimitteleneinkauf verantwortlich. „Wir haben derzeit einen sehr, sehr guten Zugang zu innovativen Therapien.“ Das sei auch der Entwicklung der Biosimilars geschuldet, die zu einer großen Entlastung geführt hätten. Doch, so der Experte: „Ich sehe den Zugang unter Umständen (in der Zukunft; Anm.) massiv gefährdet.“ Wie in Seitenstetten erklärt wurde, seien vor allem praxisferne HTA-Gremien mit dem simplen Spar- bzw. Verhinderungs- oder Verzögerungsauftrag ein Risiko.

Idinger präsentierte das österreichische CAR-T-Zell-Netzwerk als positives Gegenbeispiel: „Mit der CAR-T-Zell-Plattform ist es den Ärztinnen und Ärzten gut gelungen, die Therapieleitlinien selbst zu gestalten. Hier haben ‚Fachleute an der Front‘ die Hand drauf.“ Gremien mit Expertinnen und Experten, die „nichts mehr mit den Patientinnen und Patienten zu tun haben“, seien eindeutig ein falscher Weg.

Druck aufrecht erhalten

Jedenfalls bleibt es wohl auch an den Betroffenen, den öffentlichen Druck aufrecht zu erhalten. „Mir ist es zu leise. Wenn sich herausstellt, dass bei den Frauen gespart wird — das geht gar nicht“, sagte Univ.-Prof. Dr. Beatrix Wimmer-Puchinger, die an prominenter Stelle auch am österreichischen Frauengesundheitsplan mitgearbeitet hat. Das Beste für die Frauen, da bin ich für’s Kampagnisieren.“

Fazit, so die Psychologin: unterstützende Hilfsangebote — „mehr psychologische Betreuung“ — der Ausbau von Netzwerken der Initiativen von Betroffenen und mehr Gesundheitskompetenz für Frauen müssten gerade nach der COVID-19-Pandemie gewährleistet werden. „Nix geht ohne Nix. Wir müssen dranbleiben und noch mehr in die Breite gehen“, sagte Beatrix Wimmer-Puchinger. P



Diskussionsteilnehmende

(in alphabetischer Reihenfolge)

- Mag. Claudia Altmann-Pospischeck | Claudias Cancer Challenge
- Mag. pharm. Gunda Gittler, aHPH | Apotheke der Barmherzigen Brüder in Linz
- Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant | Österreichische Gesellschaft für Chirurgie
- Mag. Gernot Idinger, aHPH | Anstaltsapotheker, Landeskrankenhaus Steyr
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Paul Sevelda | Österreichische Krebshilfe
- ao. Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger | gemeinsam gesund/Bundesverband Österreichischer PsychologInnen



Impfen und Ethik

Corona als Spiegel der Gesellschaft

IMPFEN ALS GESUNDHEITS- UND GESELLSCHAFTSPOLITISCHES THEMA lässt sich aus unterschiedlichen ethischen, kulturellen und ideologischen Blickwinkeln betrachten. Auf welche Weise konkurrierende Interessenslagen im Sinne eines verbindenden gesellschaftlichen Diskurses überwunden werden und fundiertes Gesundheitswissen als Basis für Entscheidungen etabliert werden kann, haben Top-Expertinnen und -Experten im Rahmen eines Gipfelgesprächs bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen in Seitenstetten erläutert. | von Lisa Türk, BA

Die Coronakrise hat nicht nur medizinische, ökonomische und politische, sondern auch enorme gesellschaftliche Herausforderungen mit sich gebracht. „Gerade im Zusammenhang mit der Thematik des Impfens haben mediale Berichterstattung und politische Vorgehensweisen an vielen Stellen zu Verunsicherung und Orientierungslosigkeit geführt“, eröffnet Keynote-Speaker Univ.-Prof. DDR. Ferdinand Waldenberger, Inhaber des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomie und Organisationsethik an der Fakultät für Medizin der Sigmund Freud Privatuniversität Wien, das PRAEVENIRE Gipfelgespräch zum Thema „Impfen und Ethik“. Die mit zunehmender Unsicherheit einhergehende Überforderung der Gesellschaft schürt Ängste und Skepsis, welche in weiterer Folge den Nährboden für postfaktische

Verschwörungstheorien, übersimplifizierte populistische Positionen und technokratische Regierungsformen darstellen. In welcher Form kann nun die öffentliche Aufbereitung eines derart komplexen, technologisch-wissenschaftlichen Themas medizinischen Laien ermöglichen, eine ethisch-moralische und fundierte Gesundheitsentscheidung zu treffen? Und wie kann eine gesellschaftliche Trendwende im Zusammenhang mit der Wiederherstellung des Vertrauens der Bevölkerung in medizinische Expertise und die Politik gelingen?

Appell an die Politik

„Die Politik hat in der Krise die Aufgabe, ethische Dilemmata aufzuzeigen und als verbindender und starker Wegweiser zu fungieren“, erläutert Waldenberger. Es gelte angemessene, verhältnismäßige und nachhaltige Entscheidungs-

gen im Sinne des Gemeinschaftswohls zu treffen — stets unter Abwägung gesundheitlicher und ökonomischer Überlegungen. „Aktuell steigt in der Gesellschaft allerdings die Tendenz zu einer singulären Weltanschauung, die zu einer enormen Polarisierung und einem Verlust der Solidarität führt. Wir brauchen politische Verantwortung — hier und jetzt“, führt der Hartberger Allgemeinmediziner Dr. Reinhold Glehr aus. Auch Franz Bittner, Patientenumbudsmann der Ärztekammer für Wien, betont den Aspekt der zunehmenden Polarisierung. Uneingeschränkte Möglichkeiten der Mitsprache, Teilnahme an öffentlichen Diskursen und Patientenbeteiligung seien einerseits Kern einer Demokratie. „Andererseits entstehen sehr leicht Stimmungen für oder gegen etwas — speziell in Ausnahmesituationen.“

Prim. Univ.-Prof. DDR. MMag. Barbara Maier, Vorstandin der gynäkologisch-geburtshilflichen

Die Gesundheitsexpertinnen und -experten erörtern beim PRAEVENIRE Gipfelgespräch das Thema Impfen & Ethik. Gruppenfoto v. l.: Ferdinand Waldenberger, Gunda Gittler, Fabian Waechter (Moderation), Petra Apfalter, Reinhold Glehr, Wolfgang Wein

Digitale Teilnehmende: Claudia Altmann-Pospishek, Franz Bittner, Barbara Maier, Nikolas Popper, Michael Prunbauer



© PETER PROVAZNIK (3), BIRGIT MÄCHTINGER, PRIVAT (2), FELICITAS MATERN

Abteilung der Klinik Ottakring und Vorsitzende der Ethikkommission der Fakultät für Medizin an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien, sieht die derzeitige Problematik im Hinblick auf die Impfdebatte in einer Schieflage von Individual- und Sozialethik sowie mangelnder „values clarification“ begründet. Zunächst einmal brauche es ihrer Ansicht nach eine klare Definition von Autonomie und Gerechtigkeit. „Es ist die Aufgabe der Politik, Autonomie als Beziehungskonzept zu kommunizieren und ein Bewusstsein dafür zu schaffen, inwieweit individuelle ethische Entscheidungen auch sozial ethisch zu verantworten sind. Das gleiche gilt für Gerechtigkeit. Eine Gesellschaft kann nicht funktionieren, wenn individuelle Rechte verabsolutiert, soziale Pflichten

Es ist Aufgabe der Politik, ein Bewusstsein zu schaffen, inwieweit individuelle ethische Entscheidungen auch sozial ethisch zu verantworten sind.

Barbara Maier

jedoch nicht mehr wahrgenommen werden.“ Ein weiteres Problem ergibt sich aus der Zusammenarbeit zwischen Politik und Wissenschaft. Die wissenschaftliche Bandbreite ist laut Mag. Michael Prunbauer von der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft für Laien nicht fass- respektive abgrenzbar. Die Politik habe an dieser Stelle den klaren Auftrag, „rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die wissenschaftlichen Laien Sicherheit und Orientierung vermitteln und in weiterer Folge die Offenheit gegenüber Verschwörungstheorien minimieren.“ Glehr sieht die derzeitige politische Herausforderung in der Unmöglichkeit begründet, wissenschaftliche Komplexität und Vielfaltigkeit in eine Eindeutigkeit hineinzuzwingen: „Die Politik kann immer nur eine Teilmeinung der Gesellschaft vertreten, kann immer nur einen Teil der Wissenschaft wiedergeben. Die Erwartung, dass die Wissenschaft, kommuniziert durch den Filter der Politik, von der Gesellschaft einheitlich anerkannt wird, ist unrealistisch — im Grunde ein unlösbarer Konflikt.“

Die Rolle der Expertinnen und Experten

Aufgrund der aus dem Zusammenspiel zwischen Politik und Wissenschaft resultierenden Komplexität sehen sich Expertinnen und Experten in der Krise mit enormen Anforderungen und zunehmendem Erwartungsdruck konfrontiert. „Technokratisch anmutende Regierungsformen, wie sie derzeit an manchen Stellen vorherrschen, gehen einerseits mit der Gefahr der Missverwendung der Wissenschaft einher. Andererseits birgt die seitens Expertenpartie an vielen Stellen nicht vorhandene Public Health Expertise das Risiko einer politischen Instrumentalisierung“, erläutert Waldenberger und appelliert insbesondere an eine adäquate



Sonderbeilage Die Presse, Erscheinungstermin 5. Juni 2021



Selbstreflexion und Selbstbeschränkung. Laut Glehr ist es außerdem wichtig, seitens einzelner Expertinnen und Experten öffentliche Entscheidungsvorgewohnungen, die grundsätzlich Sache der Politik sind, zu vermeiden, um ungesichertem Wissenstransfer und Vertrauensverlust in die Wissenschaft entgegenzuwirken. Für Pharmaexperte Mag. DDR. Wolfgang Wein ergeben sich wissenschaftliche Herausforderungen und Unsicherheiten in der Krise auch aufgrund „zeitlicher Diskrepanz und Geschwindigkeit. Die Erwartung, innerhalb von zehn bis zwölf Monaten ein wirksames Vakzin inklusive Supply für sieben Milliarden Menschen bereitzustellen, ist nicht realistisch.“ Die Leiterin des Instituts für Hygiene, Mikrobiologie und Tropenmedizin am Ordensklinikum Elisabethinen Linz Prim. Univ.-Prof. Dr. Petra Apfalter, DTHM betont allem voran die Relevanz eines konstruktiven Umgangs: Im Sinne einer ganzheitlichen Sicht, sei es essenziell, den unterschiedlichen Meinungen und Herangehensweisen in der Krise Offenheit und Neugier entgegenzubringen. „Stigmatisierung und Respektlosigkeit sind hier fehl am Platz. Wir müssen es schaffen, wieder gemeinsam an einem Strang zu ziehen“, hebt sie hervor. Dr. Nikolas Popper, Vorsitzender von DEXHELPP und CSO sowie Gründer der dwh GmbH, ergänzt diesbezüglich die Notwendigkeit zusätzlicher Expertenkooperationen. Hier fehle es an Transparenz, wann sich welche Expertinnen und Experten weshalb zu einem bestimmten Thema äußern. Seines Erachtens gilt es zudem, zu lernen, mit einem gewissen Ausmaß an Unsicherheit umzugehen: „Wie lange die Coronavakzine wirken, ob sie gegen Mutationen wirken, wissen wir zu gegebenem Zeitpunkt nicht. Anhand von Modellen und Hochrechnungen können wir lediglich Eventualitäten und Szenarien aufzeigen“, erklärt Popper. Damit geht auch ein Verständnis für Wandelbarkeit und Dynamik der Wissenschaft einher. „Wissenschaft entwickelt sich stetig weiter — gerade wenn es sich um ein relativ neues Virus wie SARS-CoV-2 handelt. Die Expertenrolle impliziert daher auch, diese Vielfaltigkeit und Komplexität der Öffentlichkeit klar und deutlich zu kommunizieren“, resümiert Maier.

Die Rolle der Medien

Die Coronakrise hat zu einer Erweiterung der Expertenrolle um eine zusätzliche Komponente geführt: die öffentliche Kommunikation mit wissenschaftlichen Laien. Die wichtigsten Eckpfeiler in diesem Zusammenhang: Transparenz, Nachhaltigkeit und Glaubwürdigkeit. Bittner zufolge sind im Zusammenspiel zwischen Medien und Expertinnen und Experten zwei Bereiche hervorzuheben: Einerseits die Ebene der Expertinnen und Experten, welche von den Medien benötigt werden, um die Bevölkerung zu informieren — nicht immer auf einheitliche Weise. Andererseits die Ebene der Wirtschaft, die via Medien versucht, ihre Position einzubringen. Im Sinne einer transparenten, reflektierten und möglichst objektiven Berichterstattungen läge es an den Expertinnen und Experten, vor allem aber an den Medien, etwaigen angstmachenden Kontexten nicht zu verfallen: „Explosionsartige Effekthascherei, basierend auf Einzelaktionen, ist schlichtweg unqualifiziert und verantwortungslos“, kritisiert Waldenberger. Zusätzlich warnt er eindringlich vor dem Echo Chamber Effect und plädiert für Offenheit: „Mediale Polarisierung, sei es in Form von Social Media oder traditionellen Medien, zieht oftmals die Bildung von Bubbles nach sich: Die Menschen hören nur mehr das, was sie hören wollen, umgeben sich nur mit Bekanntem. Die Folge: Meinungen verfestigen sich, Entscheidungen werden nicht mehr vernunft- sondern emotionsbasiert getroffen.“

Der Schlüsselfaktor im Zusammenhang mit evidenzbasierten moralischen Gesundheitsentscheidungen liegt jedoch allem voran in einer patientengerechten Sprache begründet. „Die medial aufbereiteten komplexen Sachverhalte sind für Personen ohne entsprechende wissenschaftliche Vorbildung nur schwer zu verstehen und nachzuvollziehen. Es bedarf verständlicher Informationen unter transparenter Herausarbeitung des Nutzen-Risiko-Profils, um bei der Bevölkerung gesteigerte Gesundheitskompetenz als Entscheidungsbasis zu erreichen“, erläutert Mag. Claudia Altmann-Pospishek (Claudias Cancer Challenge). Und Mag. pharm. Gunda Gittler, aPhP, Leiterin der Anstaltsapotheke am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz, ergänzt: „Impfungen stellen die medizinische Erfolgsstory schlechthin dar. Es ist eine soziale Aufgabe, sich impfen zu lassen — die mit Impfungen einhergehenden ethischen und sozialen Aspekte müssen medial intensiver beleuchtet werden.“

Impfen als Akt der Solidarität

„Komplexe Situationen sind stets als Spiegel der Gesellschaft zu betrachten“, resümiert Waldenberger. Verunsicherungen und Ängste bilden den Nährboden für Fake News, Egoismus, Stigmatisierung und letztlich gesellschaftliche Spaltung. Gerade in pandemischen Zeiten wäre es essenziell, den Blick wieder auf das Gemeinsame, auf Solidarität und zwischenmenschliche Fürsorge zu richten: „Die Impfung möglichst großer Teile der Bevölkerung gegen SARS-CoV-2 stellt im Speziellen für immunsupprimierte Patientinnen und Patienten und Personen, die nicht geimpft werden können, einen Akt der Fürsorge dar“, unterstreicht Maier in diesem Kontext. Und Bittner ergänzt: „Seitens Politik und Medien gilt es, den Menschen aus ethischer Perspektive klar zu vermitteln, dass individueller

Die Impfung ist ein Teil unseres Gesellschaftsvertrags. Sie ist das einzig akzeptable moralische Verhalten.

Ferdinand Waldenberger

Freiheitsanspruch immer an dem Punkt endet, an dem andere potenziell geschädigt werden.“ Zudem bedarf es einer öffentlichen, suffizienten Folgenanalyse: Eine Verzögerung des Impfschritts etwa durch Impferweigerung oder persönliche Präferenzen im Hinblick auf spezielle Impfstoffe ziehe Maier zufolge als logische Konsequenz auch eine Verlängerung der gesamten Pandemie nach sich. „Die Impfung ist ein Teil unseres Gesellschaftsvertrags. Sie ist das einzig akzeptable moralische Verhalten in dieser Pandemie — ein Preis, den jeder von uns in die Gesellschaft für das, was wir von ihr erhalten, einzahlt“, so Waldenberger. Moral könne allerdings nicht verordnet oder rechtlich verankert werden; jeder Mensch sei durch Selbstreflexion zu einer „Nachdenkpflicht“ angehalten — diese wiederum gelte es, politisch und medial zu vermitteln. Denn fest steht allenfalls: Die Rückkehr zur Normalität kann nur unter gemeinsamer Kraftanstrengung erfolgen. Ein konstruktiver und zwischenmenschlich wertschätzender Diskurs kann nur entstehen, wenn alle beteiligten Personengruppen und Stakeholder an einem Strang ziehen. Denn Politik, Wissenschaft, Medien und Gesellschaft sind gerade im Hinblick auf Coronapandemie und Impfdebatte keinesfalls isoliert voneinander zu betrachten — vielmehr gehen sie Hand in Hand miteinander. P

Onkologie 2030

Am Puls der Zeit: Krebsversorgung neu denken

Über die wichtigsten Zukunftsthemen im Bereich der Onkologie diskutierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Themenblocks zur PRAEVENIRE INITIATIVE „ONKOLOGIE 2030 – FOKUS IMMUNONKOLOGIE“ bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Mai 2021 im Stift Seitenstetten. | von Mag. Beate Krapfenbauer

Die PRAEVENIRE Initiative „Onkologie 2030 – Fokus Immunonkologie“ engagiert sich dafür, dass jede Patientin und jeder Patient die für sie und ihn bestmögliche Therapie zum richtigen Zeitpunkt erhält. Daher haben sich Expertinnen und Experten sowie Stakeholder aus der Gesundheitsbranche bereits bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen 2017 zusammengetan, um das sogenannte Seitenstettener Manifest zur künftigen onkologischen Versorgung in Österreich zu erarbeiten. In zehn Punkten wurden jene Rahmenbedingungen verankert, die wesentlich für die Onkologie sind, um in den Bereichen der Wissenschaft und Forschung, der Diagnostik und der damit einhergehenden frühestmöglichen Therapie, der personalisierten Medizin, der Versorgungsstruktur sowie in der Digitalisierung am Puls der Zeit zu sein. Seither wurde das Seitenstettener Manifest von den wichtigsten Akteurinnen und Akteuren im onkologischen Setting stetig weiterentwickelt. Impulsgeber war der Wiener Brustkrebspezialist und PRAEVENIRE Scientific Council Member Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, der seit der ersten Formulierung des zehn Punkte umfassenden Programms das Projekt federführend vorangetrieben hat. Zu Beginn des Themenblocks gab der Medizinnobelpreisträger Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Harald zur Hausen in Form eines Videostatements einen exklusiven Einblick in seine aktuelle Forschung: Er überprüft in einer Studie die Hypothese, dass bestimmte Faktoren in Rindfleisch und Kuhmilch beim Menschen eine Krebsbildung begünstigen. Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant zog im Anschluss in seiner Keynote zum Themenblock „Onkologie 2030 – Fokus Immunonkologie“ eine Zwischenbilanz des Seitenstettener Manifests und gab Einblick in die in der Krebsforschung zu erwartenden Entwicklungen. Abgerundet wurde der Überblick zur onkologischen Versorgung durch Video-Expertenstatements zu vier Problemfeldern. OA Dr. Christian Schauer, Priv.-Doz. Dr. Birgit Grünberger und Mag. Karl Lehner, MBA, erörterten die Frage, was der Anspruch, dass der Patient das Recht auf die beste Therapie hat, in der Praxis bedeutet. Prim. Univ.-Prof. Dr. Felix Keil betonte die Wichtigkeit von Tumorboards und interdisziplinärem Besprechungen. Prim. Univ.-Doz. Dr. Hannes Kaufmann führte aus, warum komplexe Therapieentscheidungen nur von Spezialisten und nicht von Generalisten getroffen werden sollten. Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Eisterer, OA Univ.-Doz. Dr. Ansgar Weltermann und Mag. Karl Lehner, MBA, schilderten die Rolle von Tumorzentren in der Exzellenzkonkologie und die Einbindung wohnortnaher Einrichtungen für die Vor- und Nachbehandlung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Podi-



umsdiskussion (siehe Bild) tauschten sich über diese Themenfelder sowie über nun zu setzende Schritte und Maßnahmen aus.

Herausforderungen und Handlungsbedarf

Die in rascher Folge auf den Markt kommenden medizinischen Innovationen und die stetige Verbesserung der onkologischen Versorgung wirken sich positiv auf die Überlebensdaten Krebskranker aus. So listet die OECD-Health-Statistics in einem Vergleich der Industrienationen zum Thema sinkende Krebssterblichkeit Österreich auf die sechstbeste Stelle im Vergleich mit anderen Industrienationen. Dennoch stehen vielfache Herausforderungen an, die zu bewältigen sind: der Wissenstransfer von klinischer Forschung an die Industrie bis hin zur Anwendung innovativer Therapien bei den Patientinnen und Patienten, die Vielzahl innovativer Behandlungsmethoden und über 150 Registrierungen neuentwickelter Medikamente seit 2011 und nicht zuletzt die demographische Entwicklung hinsichtlich der älter werdenden Bevölkerung und die damit verbundenen steigenden Diagnose- und Therapiekosten. Allerdings ist die Versorgung wie auch die Therapiefinanzierung der rund 360.000 Krebspatientinnen und -patienten innerhalb Österreichs nicht einheitlich, sondern von Wohnort und Spitalträger abhängig. Für Patientinnen und Patienten existieren teils einschneidende regionale Unterschiede in der Bewilligung innovativer Therapien. Ziel eines solidarischen und finanzierbaren Gesundheitssystems sollte jedoch sein, die Chancengleichheit für den Zugang zur individuell medizinisch besten Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Deshalb muss jetzt gehandelt werden. Und deshalb stand die Versorgungsthematik im Mittelpunkt des Themenblocks „Onkologie 2030 – Fokus Immunonkologie“.

Wir engagieren uns dafür, dass jede Patientin und jeder Patient die bestmögliche Therapie zum richtigen Zeitpunkt erhält.

Michael Gnant



Versorgungsstrukturänderungen

Die onkologische Versorgung in Österreich agiert im weltweiten Spitzenfeld. Aufgrund des demographischen Wandels und der damit einhergehenden steigenden Inzidenzraten bei Krebserkrankungen (jährliche Steigerung von zwei Prozent) sind strukturelle Modifikationen dringend notwendig. Besonderes Optimierungspotenzial gibt es hinsichtlich des Zugangs zur Spitzenmedizin und Therapiebegleitung. Dabei muss das Maß der Versorgungsstruktur der Patient bzw. die Patientin sein und die onkologische Betreuung muss zu ihm bzw. ihr kommen. Das kann mit einer mehrstufigen Versorgung gelingen. Beispielsweise könnte die Therapieentscheidung und -entwicklung durch hochspezialisierte Ärztinnen und Ärzte im Exzellenzzentrum stattfinden, wo die spitzemedizinische Expertise liegt. Die Therapiebegleitung und -begleitung hingegen sollten möglichst wohnortnah in der Region durchgeführt werden. Denn beispielsweise Patientinnen und Patienten für eine Bluttransfusion quer durch ein Bundesland zu fahren, ist wenig zielführend und für das Gesundheitssystem kostspielig. Es ist nicht möglich, die onkologische Spitzenmedizin überall vorhalten zu können, aber es ist sinnvoll, die Therapiebegleitung zu den Betroffenen zu bringen. Voraussetzung, um die onkologische Betreuung wohnortnah durchführen zu können, ist die Nahtstelle vom Exzellenzzentrum zum regionalen Spital bis in den niedergelassenen Bereich (Haus- und Facharztpraxis, Primärversorgungszentrum etc.) zu schließen. Wer, wo und wann die für sie bzw. ihn beste Therapie bekommt („Best Point of Service“), sind offene Fragen. Es braucht daher eine klare Definition, was die Exzellenzzentren leisten können und müssen und was im wohnortnahen Bereich an Betreuungs- und Versorgungsleistung erbracht werden soll.

Immunonkologie als treibende Kraft

Festzustellen ist, dass bereits eine hohe Interdisziplinarität innerhalb der onkologisch relevanten Bereiche vorhanden ist. Die Entwicklung sollte weiter zu einer Interprofessionalität geführt werden. Zudem ist ein stärkeres Zusammenwirken der Stakeholder aus Wissenschaft & Forschung, Medizin, Gesundheitspolitik, Industrie, der Patientenvertreter und der österreichischen Krankenversicherungsträger in der Sicherstellung von State-of-the-Art-Versorgung in der Onkologie eine Forderung. Die Bedeutung der Krebsforschung für Österreich sollte bewusst gemacht und nicht unterschätzt werden, denn sie ist mit ihren vielen aktuellen Forschungsergebnissen DAS Innovationsgebiet in der Medizin: Ein Drittel aller medizinischen Innovationen kommt aktuell aus dem onkologischen Forschungsbereich. Und seit über fünf Jahren sind mittlerweile auch immunonkologische Therapien bzw. Krebsimmun-



Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021

VIDEO

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

KEYNOTE

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

PODIUMSDISKUSSION

- Mag. pharm. Gunda Gittler, aPh | Anstaltsapothekerin der Barmherzigen Brüder Linz
- Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant | MedUni Wien
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe | OeGHO, Klinik Ottakring, 1. Med. Abt. – Zentrum für Onkologie und Hämatologie mit Ambulanz und Palliativstation
- Dr. Markus Klamminger | Medizin und Pflege in der NÖ Landesgesundheitsagentur
- Mag. Michael Prunbauer | NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft

VIDEOSTATMENTS

- Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Eisterer | Vorstand der Abteilung für Innere Medizin und Hämatologie am Klinikum Klagenfurt & Vizepräsident
- Priv.-Doz. Dr. Birgit Grünberger | Landesklinikum Wiener Neustadt, Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie
- Prim. Univ.-Doz. Dr. Hannes Kaufmann | Klinik Favoriten, 3. Med. Abteilung, Zentrum für Onkologie und Hämatologie
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Felix Keil | Vorstand der 3. Medizinischen Abteilung für Hämatologie und Onkologie am Hanusch Krankenhaus
- Mag. Karl Lehner, MBA | OÖ Gesundheitsholding
- OA Dr. Christian Schauer | Präsident der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie der ÖGGG
- OA Univ.-Doz. Dr. Ansgar Weltermann | Leiter des Tumorzentrums OO & des Zentrums für Tumorerkrankungen des Ordensklinikums Elisabethinen Linz



Diskussionsteilnehmende v.l.: Gunda Gittler, Markus Klamminger, Birgit Bernhard (Moderation), Michael Gnant, Michael Prunbauer und Wolfgang Hilbe (digital) bei der Podiumsdiskussion.

Expertenstatements per Video: Wolfgang Eisterer, Birgit Grünberger, Hannes Kaufmann, Felix Keil, Karl Lehner, Christian Schauer, Ansgar Weltermann, Harald zur Hausen



therapien klinischer Alltag. Daher gibt es bereits beeindruckende wissenschaftliche Daten und Erfahrungen aus der Praxis zu den Outcomes von Immuntherapien und dem Patientennutzen. Die Immunonkologie kann zu jenen Agenden gezählt werden, die die medizinische Forschung inhaltlich vorantreibt. Sie steht auch deshalb im Fokus der PRAEVENIRE Initiative „Onkologie 2030“, weil durch die Entzifferung der Zusammenhänge zwischen Immunabwehrzellen und Krebszellen der „Traum“, das eigene Abwehrsystem zu trainieren, den Krebs als fremd zu erkennen und sozusagen selbst abzuwehren, für Betroffene in Erfüllung gehen kann. Noch ist dieses therapeutische Konzept weiterhin ein Innovationsfeld der Forschung. Prognosen lassen auf eine Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten hoffen. Daher ist die Gesundheitspolitik gefordert, Rahmenbedingungen so zu setzen, damit die neuesten methodologischen Innovationen in den alltäglichen Kampf gegen Krebs integriert werden können und der Patientin bzw. dem Patienten der Zugang zu innovativen Therapien sowie entsprechende Zentren bzw. wohnortnahe Versorgungsstruktur bereitgestellt werden.

Unterstützung des Seitenstettener Manifests 2021



Neuinstellung und Finanzierung von Innovationen
Der Einsatz hochinnovativer und gleichzeitig kostenintensiver Therapien bringt eine budgetäre Verantwortung gegenüber Trägern und Zahlern mit sich, die landesweit einheitliche Richtlinien und Kriterien braucht. Insbeson-

dere bei innovativen Therapieformen stellt die Finanzierungsfrage eine zentrale Dimension dar: Die Rolle von objektiver Outcome-Orientierung in der Bewertung von Therapien, eine breitere gesundheitsökonomische Einordnung der Kosten und Benefits auf gesellschaftlicher Ebene, die Frage nach der Rolle von „Real World Data“ zur Beurteilung, die Einbeziehung von Patient Reported Outcomes (PROs) sowie die Frage nach den erwartbaren weiteren Innovationen (Horizon Scanning) sind wiederkehrende Punkte. Voraussetzung für eine solche einheitliche Finanzierung onkologischer Versorgung (von Prävention über Diagnostik bis hin zu Therapie und Rehabilitation) ist eine bundesweit einheitliche Finanzierungsstrategie. Der Behandlungspfad könnte somit unabhängig von Finanzierungsstrategien (Eintopf-, Zweitopfstrategie) oder Krebsart durchgehend gewährleistet sein. Beispielsweise kann die CAR-T-Zelltherapie als vorbildliches Beispiel für die Finanzierung im Bereich der Onkologie und auch anderer hochpreismedizinischer Therapien genannt werden. Mehr Mittel braucht es jedenfalls für Wissenschaft und Forschung, die in Österreich unterfinanziert sind. Zur Zeit hat Österreich in der gesamten EU die geringsten Fördermittel für klinische Forschung. Hier besteht Aufholbedarf, damit die Forschungstätigkeit eine bedeutendere Rolle in der internationalen Scientific Community einnehmen kann und damit die Krebsforschung am Standort Österreich am Puls der Zeit bleibt. P



PRÄGNANT

Gesunde Zukunft | Folge 2

Keine Ruhe nach dem Sturm

Die Coronapandemie flacht ab. Die Reise zurück in eine vertraute Normalität hat begonnen. Doch nicht für jeden.



Das Gesundheitssystem kann wieder vorsichtig aufatmen. Das Infektionsgeschehen hat sich stabilisiert, kritische Situationen in den Spitälern haben sich beruhigt. Wir sind auf dem Weg zurück in ein Leben, das an die Zeit vor der Pandemie erinnert. Für viele Menschen ist nichts, wie es einmal war.

bis 7.000 Personen; das heißt, zehn bis 15 Prozent der Infizierten leiden an den Folgen von Corona und brauchen neue, auf sie abgestimmte, Behandlungen. In ganz Österreich sind derzeit etwa 60.000 Personen von „Long COVID“ betroffen.



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

Österreichs Gesundheitssystem hat viel gemeistert und steht doch vor völlig neuen Herausforderungen. „Long COVID“ verlangt nach gebündelten Maßnahmen, neuen Lösungen, gezielter Aufmerksamkeit und Akzeptanz: Hirn- und Nervenschädigungen, Fatigue, Konzentrationschwierigkeiten, Schlafstörungen, psychische Belastungssymptome, der Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn, Muskelschmerzen sowie Herz- und Lungenprobleme (bis hin zur pulmonalen Hypertonie) können

durch „Long COVID“ zum Vorschein kommen. Was wir jetzt dringend brauchen, sind gute Diagnosen: Ärztinnen und Ärzte müssen die möglichen Folgen einer Coronavirus-Infektion erkennen können, sodass die adäquate Behandlung für die betroffenen Patientinnen und Patienten sichergestellt ist — unabhängig davon, ob sich diese an ein Spital wenden oder an die Hausärztin bzw. den Hausarzt.

Menschen, die an den Folgen einer Coronavirus-Infektion leiden, brauchen adaptierte Strukturen, gute Diagnostikerinnen und Diagnostiker und eine abgesicherte Stütze durch die Sozialversicherung. Das Post-COVID-Syndrom muss ernst genommen werden und die Behandlung gezielt auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmt sein — vor allem auch im Zuge der Rehabilitation. Dabei darf das Fatigue-Syndrom nicht übersehen werden, das es betroffenen Menschen unmöglich macht, mehrere Therapieeinheiten pro Tag zu absolvieren. Im Vordergrund steht vielmehr das Erspüren und Respektieren der gegebenen Grenzen. Es ist wichtig, sich nicht zu überfordern, mit kleinen dosierten Einheiten vorerst zufrieden zu sein, auch wenn der Wunsch nach der gewohnten Leistungsfähigkeit groß ist.

Die aktuellen Infektionszahlen erscheinen gering — die Pandemie ist jedoch noch nicht besiegt. Die noch sehr junge Krankheit „Long COVID“ wird die Medizin noch lange beschäftigen.

Vielleicht hat Corona die Welt ein Stück langsamer gemacht. Die Uhr unserer Leistungsgesellschaft tickt jedoch nach wie vor schnell. Menschen, die von „Long COVID“ betroffen sind, brauchen Zeit, um wieder ganz gesund zu werden — und die Akzeptanz, in ihrem eigenen Tempo genesen zu dürfen. **P**

Kluge Muskeln | Folge 3

Muskeltraining versus Anti-Aging-Creme

Experiment Pobacke



Ihnen ist zu heiß zum Trainieren? Dann ist heute der perfekte Zeitpunkt, um sich anstelle von Schokolade folgende Argumente genussvoll auf der Zunge zergehen zu lassen: Muskeltraining hält schlank, schützt vor Demenz und macht Sie biologisch jünger. Soweit so gut. Doch wussten Sie auch, dass Muskeltraining obendrein wie eine Anti-Aging-Creme wirkt und Sie damit um Jahre jünger aussehen könnten?

ren untersucht. Die Probanden wurden nach folgenden Kriterien zusammengestellt: Die Hälfte von ihnen war körperlich mindestens drei Mal pro Woche aktiv. Die andere Gruppe hielt es bei der notwendigsten Bewegung von knapp einer Stunde Bewegung pro Woche. Die Hautproben wurden den Probanden jeweils aus der Pobacke entfernt — ein Körperteil, welcher der Sonne nicht so häufig ausgesetzt ist. Das Ergebnis war interessant: Die Hautproben der Personen aus der aktiven Gruppe sahen unter dem Mikroskop deutlich jünger aus als jene aus der inaktiven Gruppe. **P**

Der Effekt bewegter Muskeln steht einer Anti-Aging Behandlung um nichts nach. Und sie halten, was sie versprechen: Muskeln, die bewegt werden, kommunizieren mit vielzähligen Stellen des Körpers. So auch mit der Haut: Forscher der McMaster University in Ontario konnten bei Studienteilnehmern, die ihre Muskeln trainieren, eine Verjüngung der Haut um 20 Jahre nachweisen. Verantwortlich für diesen netten Nebeneffekt regelmäßigen Trainings ist ein bestimmtes Myokin, der Muskelbotenstoff „Interleukin 15“. In einem Experiment wurden Hautproben von 29 Männern und Frauen im Alter von 20 bis 86 Jah-

ren untersucht. Die Probanden wurden nach folgenden Kriterien zusammengestellt: Die Hälfte von ihnen war körperlich mindestens drei Mal pro Woche aktiv. Die andere Gruppe hielt es bei der notwendigsten Bewegung von knapp einer Stunde Bewegung pro Woche. Die Hautproben wurden den Probanden jeweils aus der Pobacke entfernt — ein Körperteil, welcher der Sonne nicht so häufig ausgesetzt ist. Das Ergebnis war interessant: Die Hautproben der Personen aus der aktiven Gruppe sahen unter dem Mikroskop deutlich jünger aus als jene aus der inaktiven Gruppe. Dabei wurden die Eigenschaften der Hornschicht und der Lederhaut unter die Lupe genommen. Die Hornschicht ist die äußerste sichtbare Hautschicht der Epidermis, die bei den trainierten Probanden deutlich dünner war als bei der untrainierten Gruppe. Die Lederhaut, bestehend aus Bindegewebsfasern, war hingegen auffallend dicker — Eigenschaften, die ein Merkmal jugendlicher Haut sind. Der Hautaufbau der aktiven Gruppe ähnelte insgesamt deutlich mehr jenem von 20- bis 30-Jährigen — und das obwohl die Probanden teils schon über 65 Jahre alt waren.



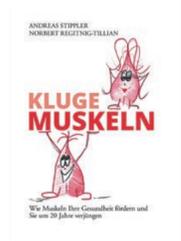
Dr. Andreas Stippler, MSc, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Um letztendlich auszuschließen, dass die jünger wirkende Haut womöglich „nur“ mit anderen Faktoren zu tun hatte, wie gesunder Ernährung, Lebensstil oder den Genen, wurde die Probe aufs Exempel gemacht: Bei einer weiteren Testgruppe drehte es sich um inaktive über 65-jährige Probanden, denen ein Trainingsprogramm verordnet wurde: Die Personen sollten zwei Mal wöchentlich moderat Joggen oder Radfahren und das satte drei Monate lang. Vor Trainingsbeginn wurde wie gehabt eine Hautprobe aus der Pobacke entnommen. Drei Monate später brachte das Experiment Gewissheit: Die äußere Hornschicht ist dünner geworden, das Bindegewebe in der Lederschicht hat sich verdickt. Der Hautaufbau war nicht mehr mit dem von über 65-jährigen Probanden, sondern mit dem von 20- bis 40-Jährigen vergleichbar.

Verantwortlich für diesen Verjüngungseffekt ist also das Myokin Interleukin 15, das dann ausgeschüttet wird, wenn Muskeln bewegt werden. Interleukin 15 war in den Hautproben nach dem dreimonatigen Trainingsprogramm um 50 Prozent erhöht.

Ist Ihnen immer noch zu heiß zum Trainieren? **P**

Im Buch „Kluge Muskeln“ wird erklärt, wie man mit schlaun 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



© PETER PROVAZNIK (2), SHUTTERSTOCK (2)

© PETER PROVAZNIK

Orthopädie 2030

Fortschritte in der Endoprothetik

UNIV.-PROF. DR. REINHARD WINDHAGER, Leiter der Universitätsklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie im AKH Wien, schilderte bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten, welche Fortschritte die Orthopädie im Bereich des Gelenkersatzes zu verzeichnen hat, welche Rolle Patient Related Outcome Measures spielen und was er sich für die Zukunft in den Bereichen der Zertifizierung der Prozessqualität und beim österreichischen Endoprothesenregister erhofft. | von Mag. Dren Elezi, MA



Reinhard Windhager schilderte bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten die Fortschritte der Orthopädie im Bereich des Gelenkersatzes.

Bei der Endoprothese, auch Gelenkersatz genannt, handelt es sich um ein Implantat, das dauerhaft im Körper verbleibt und ein geschädigtes Gelenk ganz oder teilweise ersetzt. Rund 40.000 Hüft- und Knieendoprothesen werden in Österreich derzeit pro Jahr implantiert, im Jahr 2030 sollen es laut Prognosen bis zu 50.000 sein. „Mit der steigenden Zahl der Hüft- und Knieimplantationen wachsen auch die Herausforderungen. Entsprechend wird natürlich die Frequenz der Revisionen ansteigen“, so o. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Windhager, Leiter der Univ.-Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie im AKH Wien. Zahlen aus England zeigen laut dem Experten die Zunahme, die in erster Linie die ältere Bevölkerung betrifft.

„Von Hüft- und Knieendoprothesen sind vor allem die ältere Bevölkerung betroffen.“ Tatsache ist laut Windhager auch, dass sich das Profil der Patientinnen und Patienten ändert und geändert hat, wie man etwa an der Zunahme des BMI-Index bei Patientinnen und Patienten mit Knie und Hüftendoprothese erkennen kann. Was die Haltedauer der Prothesen betrifft, so korrigiert Windhager eine landläufig kursierende Zahl: „Der Volksmund spricht von durchschnittlich 15 Jahren. Wenn wir davon sprechen, dass nach 15 Jahren die Prothesen zu wechseln wären, dann müsste wir von einer Revisionsrate von mehr als 50 Prozent sprechen. Ergebnisse aus weltweit etablierten Registern zeigen aber, dass selbst nach 30 Jahren noch etwa 70 Prozent der Implantate funktionieren und die Revisionsrate nach 15 Jahren lediglich bei 15 Prozent liegt.“ Weniger positiv sei, dass der Prozentsatz der Patientinnen und Patienten, die über Restbeschwerden klagen (elf Prozent bei Hüft-, 18 Prozent bei Knieimplantaten) trotz aller Fortschritte seit Jahrzehnten konstant ist. Wichtig ist dennoch, darüber Bescheid zu wissen. Was sich messen lässt, führt dazu, dass Technologiesprünge nachweisbar werden und Effizienz und Kostenrelevanz demonstriert werden können.

Jüngere Entwicklungen

In den vergangenen Jahren hat es bei der Behandlung von Knorpelschäden bei Hüft- und Kniegelenken enorme Fortschritte gegeben. Die Fortschritte der letzten Jahre waren einerseits bedingt durch Verbesserung der Implantate sowohl für Knie- als auch Hüftgelenkersatz, basierend auf jahrelangen systematischen Analysen von Versagensmechanismen anhand großer Datenmengen wie den Endoprothesenregistern. Fortschritte wurden in den letzten Jahren vor allem aber auch im Bereich der Visualisierung gemacht. „Mit heutigen Technologien können wir Simulationen durchführen, die uns erlauben, die verschiedenen Belastungssituationen der Prothesen genauer darzustellen, um darauf zu reagieren und dies bei Implantationen zu berücksichtigen“, so Windhager. Zu den Schlagworten des Fortschritts zählt auch das individuelle Implantat, das für jede einzelne Patientin und jeden einzelnen Patienten konzipiert wird — wobei die Ergebnisse aber unter den Erwartungen liegen und der Prozentsatz der Personen mit Restbeschwerden damit bis dato nicht gesenkt werden konnte.

Ergebnisse aus weltweit etablierten Registern zeigen aber, dass selbst nach 30 Jahren noch etwa 70 Prozent der Implantate funktionieren.

Reinhard Windhager

Sonderbeilage Die Presse, Erscheinungstermin 5. Juni 2021



An Bedeutung gewonnen hat — und wird sicherlich in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen — zuletzt die Robotik in Form von assistierenden Robotern, die Chirurginnen und Chirurgen unterstützen und so dabei helfen, Arbeitsschritte und Fehlerquellen zu überspringen. Als Schlagwort der Zukunft gilt zudem die Präzisionsmedizin, die bei der Endoprothetik in Form der Personalisierung (im Sinne der Patientenselektion), der Präzisierung von Problembereichen und der Prozessoptimierung Einzug halten kann. Prozessoptimierung bedeutet dabei in erster Linie eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten im Spital bei größter Versorgungssicherheit. Der Trend zur ambulanten Durchführung von Implantationen ist bereits gegeben und zeigt, dass die Rate der auftretenden Komplikationen dadurch nicht höher wird. „Patientinnen und Patienten treten unterschiedlich an uns heran und äußern Wünsche, die wir berücksichtigen müssen. Diese Bedürfnisse zu erfassen, ist wesentlich, die Ansprüche der einzelnen Gruppen sind manchmal eklatant unterschiedlich.“ Wichtig sei laut Windhager,

Prozessoptimierung durch Robotik

was am Ende bei Patientinnen und Patienten ankommt. So genannte Patient Related Outcome Measures (PROMS) gewinnen in dem Zusammenhang enorm an Bedeutung bzw. haben in der Medizin bereits an Bedeutung gewonnen und sind mittlerweile sicherlich eine wesentliche Hauptzielgröße neben dem Überleben der Implantate.

„Wir wünschen uns eine Zertifizierung der Prozessqualität in Form von mehr Zentren, die Zentralisierung von Revisionen, eine leistungsgerechte Finanzierung und ein produktspezifisches Register“, betonte Windhager. In Österreich ist die Durchdringung mit zertifizierten Zentren noch sehr gering, ganz im Gegensatz zu Deutschland, wo bereits mehr als 400 Zentren bestehen.

Wünsche an die Zukunft

„Vor allem brauche Österreich laut dem Experten ein funktionierendes österreichisches Register mit Produktdaten. Als Vorbild dient Deutschland. Das österreichische Pendant zum deutschen Endoprothesenregister ist das A-IQI-System, das vom Gesundheitsministerium gemeinsam mit den Gesellschaften für Orthopädie und Unfallchirurgie entwickelt wurde und durch Verschlüsselung von Diagnose und Leistungs-codes auf Basis des europäischen Endoprothesenregisters praktisch alle Eingriffe, die in Österreich durchgeführt werden in Bezug auf Diagnose, Therapie und vor allem Komplikationen sowie Reoperationen gewährleistet, jedoch ohne Produktdaten. Dort ist das Register mittlerweile verpflichtend und der Bundestag hat beschlossen, das freiwillige Endoprothesenregister zu übernehmen. **P**

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

Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021

KEYNOTES

- **Psychiatrie 2030: Einsatz von Apps in der Psychiatrie** | Prof. Dr. Thomas Berger | Universität Bern
- **Diabetes 2030** | Dr. Erwin Rebhandl | AM Plus & OBGAM
- **Orthopädie 2030: Fokus Endoprothetik** | o. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Windhager | MedUni Wien, Universitätsklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
- **Gesundheitskompetenz von Volksschülerinnen und -schüler im Alter von 8–10 Jahren** | Univ.-Prof. Dr. Daisy Kopera, EMBA, MEd | MedUni Graz, Uniklinik für Dermatologie, Zentrum für Ästhetische Medizin
- **Ärztliche Rotationsplanung auf Knopfdruck** | Lisa Holzgruber, MBA, MSc | Rotable

Endoprothetik: Fortschritte und Wünsche

Orthopädie 2030. Mit der steigenden Zahl der Hüft- und Knieimplantationen wachsen auch die Herausforderungen. Die Hoffnungen ruhen auf neuen Technologien und einem Ö-Register. Bei der Endoprothese, auch Gelenkersatz genannt, handelt es sich um ein Implantat, das dauerhaft im Körper verbleibt und ein geschädigtes Gelenk ganz oder teilweise ersetzt. Rund 40.000 Hüft- und Knieendoprothesen werden in Österreich derzeit pro Jahr implantiert, im Jahr 2030 sollen es laut Prognosen bis zu 50.000 sein. „Mit der steigenden Zahl der Hüft- und Knieimplantationen wachsen auch die Herausforderungen. Entsprechend wird natürlich die Frequenz der Revisionen ansteigen“, so o. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Windhager, Leiter der Univ.-Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie im AKH Wien. Zahlen aus England zeigen laut dem Experten die Zunahme, die in erster Linie die ältere Bevölkerung betrifft.



PRÄGNANT

Therapieallergene

Fahrplan für Österreich — Learnings aus Deutschland

Mit der Therapieallergeneverordnung (TAV) hat Deutschland einen entscheidenden Schritt in Richtung evidenzbasierte Therapeutika für die Allergenspezifische Immuntherapie (AIT) gesetzt. In Österreich fehlt eine solche Überleitungsbestimmung. In einem GIPFELGESPRÄCH IM RAHMEN DER 6. PRAEVENIRE GESUNDHEITSTAGE im Stift Seitenstetten diskutierten Expertinnen und Experten, welche Schritte in Österreich und Europa notwendig und sinnvoll wären. | von Rainald Edel, MBA

In Österreich werden die meisten Präparate zur allergenspezifischen Immuntherapie bis dato als Individualrezeptur („Named-Patient-Products“) gemäß der spezifischen Verordnung für „De- oder Hyposensibilisierung“ nach §7a Arzneimittelgesetz im Rahmen einer Qualitätszulassung zugelassen. Ein Studienachweis zur Sicherheit und Wirksamkeit bzw. der Nachweis eines positiven Nutzen-Risiko-Verhältnisses ist bei diesen Individual-Rezepturen keine Voraussetzung für die Zulassung. Der Problematik der fehlenden Evidenz hat sich nun auch die Europäische Union angenommen. Sie hat sich das Ziel gesetzt, dass auch in diesem Bereich nach Möglichkeit nur noch Therapien mit ausreichender Evidenz zum Einsatz kommen sollen. Mit Blick auf Deutschland, das schon seit 2008 versucht, dieses Problem mit Hilfe der TAV aus dem Weg zu räumen, und unter Berücksichtigung der derzeit gültigen rechtlichen Rahmenbedingungen, diskutierten hochkarätige Expertinnen und Experten beim Gipfelgespräch in Seitenstetten, welche Lösungsansätze für Österreich passend wären.

Umstieg auf evidenzbasierte Präparate

Weltweit wird die Allergenspezifische Immuntherapie nach ganz unterschiedlichen Standards und Verfahren durchgeführt, schilderte Dr. Andreas Horn, Facharzt für HNO und Allergologe in Heidelberg, in seiner Keynote beim Gipfelgespräch. So werden beispielsweise die Allergene in den USA nach wie vor mit der Allergiebar individuell nach Maßgabe der jeweils behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes zusammengemischt — ähnlich dem Vorgehen in Deutschland, bei dem vor der TAV-Ära auch Individual-Mischungen verabreicht wurden, die zwar industriell hergestellt wurden, die aber regelmäßig nach Sensibilisierungsmuster und weniger nach klinischer Relevanz beauftragt wurden. Gemeinsam mit dem Gesetzgeber hat

Ziel der TAV ist, den Wildwuchs nicht evidenzbasierter Therapien, deren Wirkung ungewiss ist, zu beenden.

Andreas Horn

das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) 2007 festgestellt, dass der Zustand der nicht evidenzbasierten Allergiebehandlungen nicht länger haltbar ist und daher Individualrezepturen für gängige Allergene vom Markt zu nehmen sind. Zu groß erachtete man das Risiko für die Patientinnen und Patienten, wenn man zu wenig über das Nutzen-Risiko-Verhältnis der Therapien wisse. „Die Gefahr besteht, dass sich eine allergische

Erkrankung sogar noch zum Asthma verschlimmert, wenn Präparate eingesetzt werden, deren Wirksamkeit nicht in entsprechenden klinischen Studien dokumentiert ist oder für die es keine Daten gibt. Auch kann sich bei Patientinnen und Patienten, die mit einer unzureichenden Individualrezeptur behandelt werden, das Allergenspektrum ausweiten“, warnte Horn. Um einen gesetzlich transparenten Rahmen für den Umstieg auf evidenzbasierte Behandlungen zu schaffen, wurde 2008 in Deutschland die Therapieallergeneverordnung (TAV) erlassen. Diese umfasst die Hauptallergene Gräser, Birke und Frühlüher, Hausstaubmilbe, Bienen- und Wespengifte sowie alle Mischungen, die eine oder mehrere Allergene aus dieser Liste enthalten. Ziel der TAV ist es, den Wildwuchs nicht evidenzbasierter Therapien zu beenden und nur noch arzneimittelrechtlich zugelassene Präparate mit klinischer Evidenz verordnungsfähig zu haben. Jenen Therapieallergenen, bei denen ein Behandlungsnutzen eventuell realistisch erschien und die keine reguläre arzneimittelrechtliche Zulassung haben, sollte hingegen die Möglichkeit gegeben werden, diesen mit Hilfe entsprechender doppelblinder, placebo-kontrollierter Studien zu belegen. „Wir hatten ursprünglich über 6.550 nicht regulär zugelassene Präparate in Deutschland im Einsatz. Davon wurden 178 zur TAV

angemeldet. Derzeit befinden sich noch 61 im Prozess“, schilderte Horn. Sämtliche nach 2008 entwickelten Präparate müssen eine reguläre Zulassung beantragen und Sicherheit, Wirksamkeit und Dosierung im regulären Zulassungsverfahren unter Beweis stellen.

Trotz der Reduktion auf knapp ein Prozent der ursprünglich im Markt befindlichen Individualrezepturen, sieht Horn die Therapieoptionen nicht eingeschränkt. „Es gab schon vor der TAV genügend Präparate, die einen regulären Zulassungsprozess durchlaufen haben. Dazu kommen noch unabhängig von der TAV neu entwickelte und den aktuellen Anforderungen entsprechende Produkte, sodass es in Summe eine gute Auswahl gibt“, so Horn, der zwar einräumte, dass dieser Schritt eine Beschneidung der Therapiefreiheit und somit ein Eingriff in die ärztliche Tätigkeit sei — aber aus seiner Sicht ein sinnvoller. Eine Übersicht aller derzeit in Deutschland zugelassenen Präparate finde man auch auf der Website des Paul-Ehrlich-Instituts. „Die dort gelisteten zugelassenen Präparate erfüllen die zum Zulassungszeitpunkt geltenden Kriterien — die daraus resultierenden Unterschiede im Evidenznachweis werden immer wieder kritisiert“, schilderte Horn.



Andreas Horn präsentierte die Erfahrungen mit der deutschen TAV

© HNO AM NECKAR

© MATTHIAS NEHMERT

Im Rahmen einer im Jänner 2021 veröffentlichten Arbeit untersuchten Horn gemeinsam mit Claus Bachert und Detlef Brehmer, bei welchen der seit 2008 im TAV-Prozess befindlichen Präparate Studien durchgeführt wurden und ob Produkte kurz vor der Zulassung stünden. Dazu wurden alle Studien auf clinicaltrialregister.eu und dem amerikanischen clinicaltrialregister.gov herangezogen. „Von insgesamt über 334.000 dort gelisteten Studien blieben 36 für die TAV relevanten Studien der Phase II und Phase III bei insgesamt 63 Präparaten übrig. Wenn man diese 63 Präparate nach homologen Gruppen (z. B. die Zusammenfassung der Frühlüher-Gruppe: Birke, Erle, Hasel) sortiert, verbleiben noch 33 Produkte. Davon resultieren bei 16 Studienaktivitäten, beim Rest findet man auch 13 Jahre nach Beginn der TAV keinerlei Studienaktivität. Nur bei knapp der Hälfte der durchgeführten Studien erfolgte auch eine Veröffentlichung des Ergebnisses in Form einer Originalpublikation. Lediglich ein Präparat hat es mittlerweile geschafft den TAV-Prozess zu vollenden. In Deutschland vollziehe sich bereits ein Paradigmenwechsel, bei dem Evidenz und dokumentierte Wirksamkeit stärker in den Mittelpunkt gestellt werden, berichtete Horn.

Rahmenbedingungen ändern

„Die Probleme sind uns nicht neu. Auch in Österreich haben wir regulär zugelassene Therapieallergene, aber die Mehrzahl der Produkte ist nach einem vereinfachten Verfahren zugelassen, bei dem wir nur die Qualität und die Herstellung prüfen, es aber keinen Nachweis über die Wirksamkeit gibt. Diese Bestimmung stammt aus der Vergangenheit — wir drängen darauf, dass diese überarbeitet wird“, schilderte DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche die heimische Lage aus der Sicht des BASG. Um möglichst viel Erfahrung im weiteren Umgang mit nicht regulär zugelassenen Therapieallergenen zu sammeln, wurde eine Zusammenarbeit der AGES mit dem PEI auf die Beine gestellt. Die rechtlichen Rahmenbedingungen zu verändern, liege nicht in der Kompetenz des BASG bzw. der AGES sondern beim Gesetzgeber und beim Gesundheitsministerium. Auf EU-Ebene werde derzeit eine Leitlinie erarbeitet, die darauf abzielt, den generellen Standard für Therapieallergene zu harmonisieren. „Daneben kann es nationale Besonderheiten geben — wobei ich den Standpunkt vertrete, dass diese möglichst wenige sein sollten“, betonte Wirthumer-Hoche. Da seitens der EU die Arzneimittelgesetzgebung aufgegriffen wurde, sieht Mag. Dr. Peter Platzer von der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit ein ideales Zeitfenster, die wichtigsten Aspekte der Leitlinie in den Gesetzesprozess einzubringen — so vor allem eine Liste mit den wichtigsten Allergenen, die mit Studien zu verknüpfen wären. „Diese Liste werde umfangreicher sein als jene in der TAV. Ziel müsse es sein, dass in Europa die gleichen Maßstäbe gelten“, so Platzer. Sollte eine europäische Richtlinie nicht zustande kommen, sei der Plan B, in Österreich eine ähnliche Übergangsregelung zu implementieren, wie die deutsche TAV.

Klinische Wirksamkeit priorisieren

Die derzeit geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen für die Allergenspezifische Immuntherapie (AIT) und den Einsatz von Therapieallergenen in Österreich erörterte Humanmedizinerin und Rechtsanwältin Mag. DDr. Astrid E. Hartmann, LL.M (Cambridge) in ihrer Keynote. Als die beiden wichtigsten Rechtsmaximen für medizinische Behandlungen sieht die Juristin zum einen

Astrid E. Hartmann umriss den Rechtsrahmen, in dem AIT stattfinden, und welche Zulassungstendenzen sich national und auf EU-Ebene abzeichnen.



den aus dem Zivilrecht abzuleitenden Rechtsanspruch der Patientin bzw. des Patienten auf Therapiewirksamkeit und zum anderen den Rechtsanspruch auf eine Behandlung, die evidenzbasiert nach dem aktuellen Stand der ärztlichen Wissenschaft und Forschung zu erfolgen hat. „Präparate, deren klinische Wirksamkeit bestätigt wurde, sind daher eindeutig zu priorisieren. Das Wissen über Präparate, deren Wirksamkeit in einer DBPCR-Studie (doppelblind, placebo-kontrolliert, randomisiert) nicht oder bisher nicht dargelegt wurde, kann man folglich nicht ignorieren. Therapien, zu denen es keinerlei Studien oder sonstige (klinische) Datenlage gibt, kann man daher nur bei ganz seltenen Allergenformen, für die es keine evidenzbasierten Alternativen gibt, akzeptieren“, fasste Hartmann die wichtigsten Behandlungsgrundsätze zusammen. Für die bei der AIT in Österreich vielfach üblichen Individualtherapien bedeute dies, dass auch diese wirksam sein müssen. Während bei regulär zugelassenen Präparaten die Wirksamkeit durch die Zulassungsstudien hinreichend evidenzbasiert erwiesen ist, könne dies bei nur qualitativgeprüften Produkten im Streitfall zu einem Problem werden, da hier die behandelnde Ärztin bzw. der Arzt mitunter die Therapieempfehlung konkret rechtfertigen muss, warnt Hartmann.

Auch seitens der EU zeige sich eine klare Priorisierung evidenzbasierter Therapien. So legt beispielsweise die Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel fest, dass Arzneimittel einer nachgewiesenen Wirksamkeit bedürfen. „Aus 2019 gibt es zudem noch Empfehlungen, laut denen Arzneimittel ohne nachgewiesene Evidenz nur mehr dann verabreicht werden dürfen, wenn zumindest Wirksamkeit und Sicherheit in sogenannten Anwendungsbeobachtungen geprüft sind“, schilderte die Juristin. Noch deutlicher auf Evidenz pocht die seit Mai 2021 geltende Medizinprodukteverordnung (MDR), nach der alle Medizinprodukteklassen der Pflicht zur klinischen Bewertung unterliegen — selbst Medizinprodukte, wie beispielsweise

Rollstühle etc. „Selbst in diesen Fällen reicht zur Zulassung nicht mehr der Verweis auf Literatur, sondern man muss auch klinische Daten, die die Eignung und Wirksamkeit belegen, vorlegen“, so Hartmann.

Präparate, deren klinische Wirksamkeit bestätigt wurde, sind eindeutig zu priorisieren.

Astrid Hartmann

Bezüglich der rechtlichen Seite der unterschiedlichen Zulassungswege in Österreich, verwies Hartmann, auf §19 Arzneimittelgesetz (AMG), wonach die Zulassung einer Arzneispezialität zu versagen bzw. aufzuheben ist, wenn die Wirksamkeit nicht ausreichend nachgewiesen werden kann oder klinische Daten für die Behandlung nicht geeignet sind oder nicht dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entsprechen. Dadurch sieht Hartmann die Behörde nicht nur zum Zeitpunkt der Zulassung sondern laufend in der Pflicht. Daher ist ihrer Meinung nach die reine Prüfung der Qualität des Herstellungsprozesses für die Zulassung, nicht aber der Sicherheit und Wirksamkeit einer (standardisierten) Therapieform vor diesem Hintergrund problematisch. „Das heißt aber nicht, dass Individualrezepturen, beispielsweise Magistrale Zubereitungen, gänzlich unmöglich sind“, betonte Hartmann.

Eine weitere wichtige, aber oft unbekanntere Tatsache ist, dass die Gebrauchsinformation bei einem verkürzten Zulassungsverfahren nicht behördlich überprüft wird. „Daher müssen in solchen Fällen die Patientinnen und Patienten besonders darauf hingewiesen werden, ob die Sicherheit und Wirksamkeit geprüft wurden“, leitete Hartmann zum dritten Themenkomplex über, der ihr am Herzen lag: der korrekten Aufklärungspflicht gegenüber den Patientinnen und Patienten. Fehlt diese oder wurde ihr nur ungenügend nachgekommen, drohe ein Prozessrisiko. Für eine korrekte Aufklärung ist es laut der Rechtsprechung des OGH notwendig, dass die Patientin bzw. der Patient über alle indizierten, üblichen und →



somit gleichwertigen Behandlungsmethoden informiert wird und die jeweiligen Risiken und Erfolgchancen dargelegt werden. Sie warnte, dass im schlimmsten Fall sogar eine Ärztin bzw. ein Arzt für die nachteiligen Folgen eines lege artis erfolgten Eingriffs haften würde, wenn die Patientin oder der Patient bei ausreichender Aufklärung nicht in die Behandlung eingewilligt hätte. Daher sollte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt, wenn es zu einem Präparat Evidenz bezüglich Dosis und Wirkung gibt, dies auch der Patientin bzw. dem Patienten kommunizieren und im Therapiesetting berücksichtigen.

Geteilte Meinung

„Ich glaube, dass wir hier in eine grundsätzliche Diskussion einsteigen, weil wir mit der AIT eine Behandlungsform haben, die von ihrem Charakter her einzigartig ist, da sie nachhaltige und präventive Aspekte beinhaltet“, sagte Dr. Petra Ziegelmayer, Leiterin des Zertifikatskurses Allergologie und Klinische Immunologie an der Karl Landsteiner Privatuniversität in Krems. Wichtig sei aus ihrer Sicht, dass die Allergologie wieder rasch aus dem Eck der Lifestyle-Therapie herauskomme und eine Bewertung auf Basis der Quality-of-Life-Kosten stattfindet. „Patientinnen und Patienten sollten möglichst rasch zu einer effizienten Therapie kommen. Den Ansatz, dass die Studien zu jenen Therapieallergenen, die wir dringend brauchen, rasch und auf europäischer Ebene gestartet werden, ist extrem wichtig“, betonte Gundula Koblmiller, MSc, von der Österreichischen Lungenunion. Für Dr. Rudolf Schmitzberger von der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde ist „Quality and Safety first“

Die Expertinnen und Experten beim Gipfelgespräch Therapieallergene: Fahrhan von Österreich — Learnings aus Deutschland. Gruppenfoto v.l.: Hanns Kratzer (Moderation), Martin Fuchs, Petra Ziegelmayer, Gundula Koblmiller, Gunther Sturm, Stefn Wöhrl, Rudolf Schmitzberger

Digitale Teilnehmende: v.l.: Peter Platzer, Felix Wantke, Christa Wirtthumer-Hoche, Pia Zhang

oberste Maxime. „Wir müssen aufpassen, dass wir durch die Diskussion über Evidenz nicht das Kind mit dem Bade ausschütten und in der Bevölkerung letztlich die Erkenntnis übrig bleibt, die AIT wäre eh nicht wirksam“, warnte Schmitzberger. Die Aufklärungspflicht erachtet Dr. Martin Fuchs, Allgemeinmediziner und ehem. Chefarzt der SVA als durchaus wichtig, aber „als zweitverordnender Allgemeinmediziner muss ich realistisch eine Therapie engen Preiskorsetts einen Anreiz für jene Unternehmen geben müsse, die die Qualitäts-, Wirksamkeits- und Sicherheitsnachweis erbracht haben. Mag. Pia Zhang von der Arbeiterkammer Wien betonte: „Aus Patientensicht ist es natürlich wichtig zu berücksichtigen, wenn Präparate in Deutschland als nicht wirksam eingestuft werden.“ Diese Erkenntnisse müssen auch in Österreich bei Therapieverordnungen berücksichtigt werden. Dies geschehe auch, bestätigte Univ.-Doz. Dr. Felix Wantke vom Floridsdorfer Allergiezentrum. „In den letzten Jahren wurden Tabletten für die vier Hauptallergene massiv gepusht, allerdings gibt es viele Patientinnen und Patienten, die diese Therapieform wegen der lokalen Nebenwirkungen nicht vertragen. Daher muss es für diese Präparate immer auch eine subkutane Präparation mit Zulassung geben, damit man ausweichen kann“, so Wantke. P

Wir haben es bei einer AIT, die sich über drei Jahre erstreckt, mit einem dynamischen Verlauf zu tun, während dessen die Patientin bzw. der Patient die Option hat, auszusteigen oder die behandelnde Ärztin bzw. der Arzt auf Grund neuer Ereignisse die Therapie ändern muss. Daher ist die enge Abstimmung dieser beiden so wichtig“, betonte Priv.-Doz. Mag. Dr. Stefan Wöhrl von der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie. Zudem merkte er an, dass im Gegensatz zu Deutschland Provokationstests von den heimischen Kassen nicht übernommen und damit deutlich seltener durchgeführt werden, dabei wären diese in der Diagnose sehr hilfreich. Auch Ass.-Prof. Dr. Gunter Sturm

vom Ambulatorium für Allergie und Klinische Immunologie sprach den Diagnoseaspekt an: „Entscheidend für die Wirksamkeit der Therapie ist die richtige Diagnose der vorhandenen Allergien, speziell bei Mehrfachallergien — dies ist komplexer als es auf den ersten Blick erscheint.“ Aus seiner Sicht würden zusätzliche Schulungen in der Diagnose das generelle Therapie-Outcome verbessern. Er appellierte zudem an die Politik, dass es statt des bisherigen engen Preiskorsetts einen Anreiz für jene Unternehmen geben müsse, die die Qualitäts-, Wirksamkeits- und Sicherheitsnachweis erbracht haben. Mag. Pia Zhang von der Arbeiterkammer Wien betonte: „Aus Patientensicht ist es natürlich wichtig zu berücksichtigen, wenn Präparate in Deutschland als nicht wirksam eingestuft werden.“ Diese Erkenntnisse müssen auch in Österreich bei Therapieverordnungen berücksichtigt werden. Dies geschehe auch, bestätigte Univ.-Doz. Dr. Felix Wantke vom Floridsdorfer Allergiezentrum. „In den letzten Jahren wurden Tabletten für die vier Hauptallergene massiv gepusht, allerdings gibt es viele Patientinnen und Patienten, die diese Therapieform wegen der lokalen Nebenwirkungen nicht vertragen. Daher muss es für diese Präparate immer auch eine subkutane Präparation mit Zulassung geben, damit man ausweichen kann“, so Wantke. P



Mehr Zeit für die Ausbildung!

Bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten forderte **DR. GERALD GINGOLD**, Vizepräsident und Obmann der Kurie angestellte Ärzte der Ärztekammer für Wien, mehr Zeit für die Ausbildung von angehenden Ärztinnen und Ärzten und schilderte die Herausforderungen, die sich durch zunehmende Arbeitsverdichtung und Personal-mangel im Spital ergeben. | von Mag. Dren Elezi, MA

Am Ende ihrer Ausbildung müssen Ärztinnen und Ärzte zur selbstständigen Berufsausübung fähig sein. „Das bedeutet, dass sie die Verantwortung für eine Diagnosestellung und eine dementsprechende Therapie tragen — oder zumindest wissen müssen, wohin die Patientin bzw. der Patient überwiesen werden muss“, betonte Dr. Gerald Gingold, seit März 2021 Vizepräsident und Obmann der Kurie angestellte Ärzte der Ärztekammer für Wien in seiner Keynote. Gingold, als Spitalsarzt in der Klinik Favoriten tätig und Vorsitzender des Ausschusses für ärztliche Ausbildung in der ÖÄK (Österreichische Ärztekammer), kennt die Hürden und Herausforderungen der Ausbildung angehender Ärztinnen und Ärzte gut und betonte daher, dass es besonders wichtig sei, „dass sie in Zukunft eine bessere Situation in ihrer Ausbildung und Karriere vorfinden, als das zu meiner Ausbildungszeit der Fall war“, so der Experte.

Angehende Ärztinnen und Ärzte benötigen Zeit, damit sie aktiv lernen und ihre Arbeit gemeinsam mit ihren Ausbildungsfachärztinnen und -ärzten reflektieren können.
Gerald Gingold

Die Novellierung der Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO), die mit 1. Juni 2015 in Kraft getreten ist, legte hier laut Gingold bereits die allgemeinen Grundsätze der neuen Ausbildung zur Ärztin bzw. zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin bzw. zum Facharzt sowie deren Umfang fest. Wesentlich war dabei der Umstieg von der reinen Absolvierung von Monaten ohne bestimmten Aufbau auf eine sequenzielle Ausbildung, in der man beginnend mit einer Basisausbildung weitere Stufen nach einem bestimmten Schema zu absolvieren hat. „Die Basisausbildung wird im Anschluss an das Studium absolviert und umfasst zumindest neun Monate in konservativen und chirurgischen Fächern“, so Gingold. Sie soll dazu befähigen, Patientinnen und Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung zu betreuen, den Stationsalltag zu bewältigen und in Notsituationen fachgerecht handeln zu können. Zudem sollen die Ärztinnen und Ärzte am Ende der Basisausbildung in der Lage sein, die häufigsten Krankheitsbilder zu erkennen und zu behandeln. „Das sind neun

Monate in denen chirurgische und konservative Inhalte erlernt werden und zumindest eine Rotation verpflichtend zu absolvieren ist.“ Laut Gingold sei mit dieser Ausbildungsreform eine deutliche Verbesserung gelungen, die den angehenden Ärztinnen und Ärzten einen besseren Einblick in das spätere Aufgabengebiet des niedergelassenen Bereichs ermöglicht.

Arbeitsverdichtung und Personal-mangel

Obwohl das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) seit mittlerweile sechs Jahren in Wien umgesetzt wird, gebe es laut Gingold nach wie vor große Probleme, welche die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte massiv erschweren und immer weniger Zeit für die Patientinnen und Patienten ermöglichen. „Das Problem, das wir seit längerem haben, ist die hohe Arbeitsverdichtung und damit das Time Management. Insbesondere angehende Ärztinnen und Ärzte benötigen laut Gingold ausreichend Zeit, damit sie aktiv lernen, ihre Arbeit gemeinsam mit ihren Ausbildungsfachärztinnen und -ärzten reflektieren können und nicht durchgehend mit Patientinnen und Patienten oder einem hohen administrativen Aufwand eingespannt sind.“ Die Ausbildung sei laut dem Experten auch kein maschineller Prozess, der sich in Zukunft durch die zunehmende Digitalisierung verändern lassen wird. „Im Gegenteil: Hier bleibt stets die Interaktion zwischen Menschen im Vordergrund. Dazu zählen auch Empathie bzw. der regelmäßige Patientenkontakt, etwas, das Ärztinnen und Ärzte erlernen und im späteren Berufsleben mitbringen müssen. Zeit ist der Faktor, der uns hier bestimmt. Und eine qualitativ hochwertige Ausbildung und Weitergabe von vorhandenem Wissen und wertvollen Erfahrungen benötigt einfach ausreichend Zeit.“ Laut Gingold müsse der Faktor Zeit daher bereits in der Personalbedarfsberechnung eingeplant werden. Angesichts dessen, dass in den kommenden Jahren und Jahrzehnten viele Spitalsärztinnen und -ärzte das Pensionalter erreicht haben, „ist es wichtig, dass in Spitälern das vorhandene Wissen zeitnah an die nächste Generation weitervermittelt wird.“

Investition in Infrastruktur und Arbeitsbedingungen

„In der Pandemie haben wir gesehen, dass ein gutes Gesundheitssystem sehr viel weiterbringt. Durch die Pandemie sind viele Ärztinnen und Ärzte und andere Berufsgrup-



Gerald Gingold hob in seiner Keynote bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen den Aspekt der Ausbildung von angehenden Ärztinnen und Ärzten hervor.

pen im Gesundheitswesen aber ausgepowert und erschöpft. Daher wird es umso wichtiger sein, finanzielle Mittel in die Infrastruktur, Digitalisierung und bessere Arbeitsbedingungen zu investieren“, appellierte der Experte. Auch flexible Arbeitszeitmodelle seien ein wesentliches Thema: „Es gibt viele junge Ärztinnen und Ärzte, die als Teilzeitkraft arbeiten wollen. Wir müssen auch auf alleinerziehende Väter und Mütter Rücksicht nehmen, bestimmte Prozesse verändern und verbessern, um in Zukunft ausgebildete Ärztinnen und Ärzte halten zu können und nicht ans Ausland zu verlieren. Um diesen und weiteren Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen, müssen alle Verantwortlichen an einen Tisch geholt werden“, so Gingold abschließend. P

Sonderbeilage Kurier, Erscheinungstermin 24. Juni 2021



PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030
BLOCK 4
Block 4 | Gesundheitsberufe und Ausbildung

Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021

KEYNOTES

- **Bedeutung der Arbeitsmedizin generell und in Pandemie**
Dr. Eva Hörtl | Erste Bank AG, Health Center, Initiative „Österreich impft“
- **Der europäische Facharzt für Orthopädie & Traumatologie — eine Vision?**
Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer | Donau-Universität Krems, Fakultät für Gesundheit und Medizin
- **Was kommt technologisch auf den Sektor Radiologie zu — Genereller Einfluss auf die Medizin**
Univ.-Doz. Dr. Franz Frühwald | Institut Frühwald & Partner Diagnosezentrum
- **Ausbildung**
Dr. Gerald Gingold | Vizepräsident und Obmann der Kurie angestellte Ärzte der Ärztekammer für Wien

PODIUMSDISKUSSION

- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD | MedUni Wien/Ärzttekammer Wien
- Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer | Donau-Universität Krems, Fakultät für Gesundheit und Medizin
- Mag. Michael Brunnbauer | Patientenanwaltschaft Niederösterreich
- Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp | Arbeiterkammer Niederösterreich



© AGES/PINRENZ, FOTO WILKE, LUDWIG SCHEDL, PRIVAT, MARKUS SPITZAUER

© MARKUS SPITZAUER



PRÄGNANT

Hausarzt: Ein Beruf mit Zukunft?

Beim HAUSARZT DIALOG-TAG Ende April 2021 im Ordensklinikum Linz diskutierten namhafte Expertinnen und Experten die künftige Rolle der Primärversorgung. Die Veranstaltung wurde gemeinsam mit dem Fachmagazin HAUSARZT, der OBGAM sowie dem Ordensklinikum Linz umgesetzt und war DFP-approbiert. | von Mag. Karin Martin



Es gal ob Stadt oder Land: Die hausärztliche Versorgung ist für die Bevölkerung essentiell. In der Coronakrise hat sie sich nach anfänglichen Schwierigkeiten gut eingependelt. Da in ganz Österreich aber Kassenstellen immer öfter nur schwer nachbesetzt werden können, kommt der Attraktivierung des Berufsbilds eine wichtige Rolle zu. Prim. Dr. Werner Saxinger, Vorstand der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten am Klinikum Wels-Grieskirchen und Abgeordneter zum Nationalrat, kündigte beim diesjährigen Hausarzt DIALOG-Tag im Ordensklinikum Linz an, dass noch 2021 wichtige Schritte in diese Richtung gesetzt werden sollen, die im Regierungsprogramm festgeschrieben sind. Dazu zählen die Fachärztin bzw. den Facharzt für Allgemeinmedizin oder mehr Möglichkeiten der Zusammenarbeit in der Primärversorgung.

Fünf-Minuten-Medizin?

Die Jungärztinnen und -ärzte von heute möchten keine „Einzelkämpferinnen bzw. Einzelkämpfer“ in ihren Ordinationen mehr sein. „Ganz unbestritten wird der Gedanke, im Team zu arbeiten, immer stärker“, bestätigte Mag. Jakob Hochgerner, Gesundheitsdirektor der oberösterreichischen Landesverwaltung. „Jungärztinnen und -ärzte schrecken auch zurück vor vollen Wartezimmern, der „Fünf-Minuten-Medizin“, fügte Prof. Dr. Kathryn Hoffmann vom Zentrum für Public Health der MedUni Wien hinzu. Mag. Franz Kiesel von der Österreichischen Gesundheitskasse relativierte anhand eines Rechenbeispiels diese „Fünf-Minuten-Medizin“ in Kassenpraxen stark, was folglich für Aufregung in der Diskussion sorgte. Prim. Saxinger entgegnete: „Ich würde Sie gern einmal einladen, am Vormittag in eine Allgemeinordination zu schauen, wo 20 bis 40 Personen im Warteraum sitzen, mit den verschiedensten Bedürfnissen und Krankheiten. Die wollen reden, die wollen ernst genommen werden. Wenn wir Jungärztinnen und -ärzte für die Allgemeinmedizin begeistern wollen,

dann müssen wir das System ändern. Jetzt ist es schon oft Fließbandarbeit. Das akzeptiert die nachkommende Generation nicht mehr.“ Primärversorgungseinrichtungen (PVE) sind für Mag. Kiesel — wie auch für die anderen Expertinnen und Experten — „ein riesiger Fortschritt, weil sie für alle Beteiligten Vorteile bringen“. Dr. Erwin Rebhandl, Hausarzt in Haslach und ehemaliger OBGAM-Präsident, betonte die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen: Seit ihm das in seiner PVE möglich sei, habe er um zirka 50 Prozent mehr Zeit für die einzelnen Patientinnen und Patienten. Als weitere Forderungen auf Hausarzteseite nannte er: ein klares, modernisiertes Leistungsspektrum, z. B. Ultraschall, neue Honorierungsmodelle mit mehr Puschalen sowie eine Verminderung des bürokratischen Aufwands.

Neue Regeln der Inanspruchnahme

Eine mangelnde Attraktivität des Berufs hänge oft mit konkreten Erlebnissen im Behandlungsallday zusammen, die von einem geringen Respekt gegenüber dem öffentlichen Gesundheitssystem geprägt seien, brachte Mag. Hochgerner einen weiteren Aspekt ein. In diesem Sinne sei es wichtig, dass den Gatekeepern im System der gebührende Respekt entgegengebracht werde: „Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner werden in Zukunft mit gewaltigen Herausforderungen konfrontiert sein“, gab er zu bedenken. „Andere Regeln der Inanspruchnahme könnten erforderlich werden. Sonst wird man in den Ordinationen schlicht überrannt — und findet sich damit in einer unattraktiven Arbeitssituation wieder.“ Einig waren sich alle Diskutierenden am Podium darüber, dass die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung weiter gesteigert werden sollte und dass im ländlichen Raum auch der Gemeindeentwicklung eine wichtige Rolle zukommt. Prof. Hoffmann: „Eine gute Infrastruktur lockt Menschen aufs Land — und so auch junge Leute, die Hausärztinnen und Hausärzte werden wollen.“

Der HAUSARZT — Praxismagazin für Primärversorgung, Ausgabe Mai 2021.



Bei der Veranstaltung waren — unter Einhaltung der COVID-19-Maßnahmen — drei Teilnehmende der Podiumsdiskussion vor Ort (v. r.: Erwin Rebhandl, Jakob Hochgerner und Franz Kiesel mit Moderator Johannes Oberndorfer, Geschäftsführer der RMA Gesundheit), sowie zwei Online zugeschaltet (Kathryn Hoffmann, Werner Saxinger).

Nachgefragt: Wie optimistisch sind Sie?



„Wenn es uns gelingt, die Fachärztin bzw. den Facharzt für Allgemeinmedizin zu installieren und Zusammenarbeitsmodelle anzubieten, dann werden wir viele junge Kolleginnen und Kollegen begeistern können, in die Allgemeinmedizin zu gehen.“ **Prim. Dr. Werner Saxinger | Dermatologe am Klinikum Wels-Grieskirchen und Politiker**



„Ich sehe mich durch die Diskussion bestätigt in der Sichtweise, dass die Hausärztin bzw. der Hausarzt eine extrem wichtige Rolle spielen muss im Gesundheitssystem. Wie auch jetzt schon. PVE sind ein riesiger Fortschritt. Sie bringen für alle Beteiligten Vorteile.“ **Mag. Franz Kiesel | Leiter Versorgungsmanagement 1, Österreichische Gesundheitskasse**



„Durch die Pandemie ist die Bedeutung der Allgemeinmedizin sichtbar geworden. Ich finde es großartig, dass PVE jetzt möglich sind. Daneben müssen aber auch Einzel- und Gruppenpraxen bestmöglich gefördert werden.“ **Prof. Dr. Kathryn Hoffmann | Zentrum für Public Health der MedUni Wien**



„Damit die Allgemeinmedizin schon vom Studienbeginn an präsent ist, wäre es wichtig, dass die Lehrpraxis nicht zur Gänze erst am Ende der Ausbildung absolviert wird, sondern ein Teil schon zu Beginn.“ **Dr. Erwin Rebhandl | Hausarzt in Haslach und ehemaliger OBGAM-Präsident**



„In Oberösterreich haben wir ein gutes organisches Wachstum der PVE. Diese können nicht in die Landschaft ‚hineinverordnet‘ werden, sondern müssen immer gemeinsam mit den bestehenden Primärversorgern gesehen werden. In diesem Sinne sind wir auf dem richtigen Weg.“ **Mag. Jakob Hochgerner | Gesundheitsdirektor der oberösterreichischen Landesverwaltung**

Über die Veranstaltung: Hausarzt DIALOG-Tag im Ordensklinikum Linz

Beim Hausarzt DIALOG-Tag, einer gemeinsamen Veranstaltung des Fachmagazins HAUSARZT, der OBGAM und dem Ordensklinikum Linz, referierten am 24. April 2021 Spitals- und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf Augenhöhe ausgewählte medizinische Themen. Zur Mittagszeit konnten auch Laien — über minimed.at oder Facebook-Live-Stream — an der hochkarätig besetzten Podiumsdiskussionsrunde zum Thema „Visionen der (haus-)ärztlichen Versorgung inklusive der Rolle von Hausärztinnen und -ärzten in der Krise“ teilnehmen. Das Interesse an der Ärztinnen- und Ärztförderung und der Podiumsdiskussion war sehr groß.

Weitere Infos: minimed.at | obgam.at | ordensklinikum.at

© WOLFGANG LEHNER, ULLIENGLER, ÖÖK, MEDUNI WIEN/MATERN, PETER PROVAZNIK, WAKOLBINGER, SHUTTERSTOCK.COM/ALPHASPIRIT.IT, NEW AFRICA

Datencockpit für Intensivmediziner

Wie digitale Systeme Ärztinnen und Ärzten bei der Entscheidungsfindung helfen den Outcome im Operationsaal und auf der Intensivstation zu erhöhen, präsentierte **UNIV.-PROF. DR. KLAUS MARKSTALLER** in seiner Keynote bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. | von Rainald Edel, MBA

Anästhesie und Intensivmedizin, sei es im Operationsaal oder auf der Intensivstation, erfolgt in einem komplexen Arbeitsumfeld und muss rasch auf sich wandelnde Situationen reagieren. Eine Fülle von Informationen ist in einem dynamischen Prozess zeitgleich relevant. „Ärztinnen und Ärzte sowie Fachkräfte müssen darauf oftmals schnell reagieren — teils ohne die Patientin oder den Patienten vorher zu kennen, beispielsweise wenn es sich um einen Notfall handelt“, erklärte Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller, Leiter der Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemein Intensivmedizin und Schmerztherapie an der MedUni Wien. In komplexen Systemen geschehen Fehler, teils banaler Natur — aber mit großen Auswirkungen. „Studien, zeigen, dass medizinische Fehler die dritthäufigste Todesursache in westlichen Ländern darstellen“, schilderte Markstaller. Fehler ziehen sich durch den gesamten Behandlungspfad und werden durch Schnittstellen begünstigt — vom Hausarzt in der Klinik, vom Notarztteam in den Schockraum, vom Operationsaal in die Intensivstation oder bei der Überstellung auf die Normalbettenstation.

Digitales Management

„Die Conclusio aus alldem: Für den Patienten-Outcome ist es entscheidend, sich diese Schnittstellen genauer anzusehen, um Fehler so gut wie möglich zu vermeiden und Prozesse im Sinne des Patienten zu optimieren“, sagte Markstaller. Zwar gäbe es in den meisten Krankenhäusern keine händischen Aufzeichnungen mehr, dennoch seien nicht alle Dokumentationen digitalisiert — eine weitere potentielle Fehlerquelle. Eine Möglichkeit dagegen bieten sogenannte Patienten-Dokumentations-Management-Systeme, kurz PDMS. „Diese Systeme erfassen sämtliche Vitaldaten der Patientin, des Patienten im Sekundentakt und zeigen in Kombination mit den eingegebenen Arzneimittel-daten unmittelbar auf, wie die Reaktionen in Abhängigkeit von der Medikamentenabgabe ausfallen“, so Markstaller. PDMS sammeln aber nicht nur Informationen während der Behandlung, sie sind auch mit dem klinischen Informationssystem vernetzt — womit der Behandlerin, dem Behandler sämtliche relevanten Informationen über die Patientin, den Patienten wie Labor-daten, Infos über Vorerkrankungen, etc., zur Verfügung stehen. Wenn eine Person wiederaufgenommen wird, liegen auch sämtliche Daten aus früheren Aufhalten vor. Ein weiterer Vorteil: PDMS dokumentieren wer, wann, was an Information eingegeben hat. Diese Nachvollziehbarkeit der Datenentstehung ist auch ein Fortschritt in forensischer Hinsicht. „Die Vorteile sind umfassender Natur. Sie reichen von der besseren Datenlesbarkeit und der Entlastung der Dokumentationsarbeit für Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte über die Übersichtlichkeit der Darstellung, die zur raschen Informationsfindung beiträgt, bis hin zur



hohen, strukturierten Dokumentationsqualität. Dazu kommt noch die orts- und zeitunabhängige Verfügbarkeit der Daten und die einfache Auswertbarkeit“, fasst Markstaller zusammen. Dadurch werde nicht nur das Qualitätsmanagement unterstützt, sondern auch die Sicherheit der Patientin, des Patienten enorm erhöht. Die Nachteile, die dem gegenüberstehen, sind vergleichsweise klein. Am ehesten fallen noch Probleme des Datenschutzes ins Gewicht. Gerade wenn in einem Krankenhaus mehrere Hersteller verwendet werden, kann zudem die Integration und Vernetzung der Patientendaten noch eine technische Herausforderung bedeuten.

„Entscheidende“ Hilfe

„Die Präzisionsmedizin, zu der wir im Gesundheitswesen alle hin wollen, ist in meinem Fachbereich, in der Anästhesie und Intensivmedizin, letztlich nur durch Big Data erreichbar. Wir haben von jeder Patientin, jedem Patienten jeden Herzschlag, jeden Blutdruck, jede Medikamentengabe und die Reaktion auf so eine Intervention. Ziel ist es, die Unmenge an Daten nicht nur quasi in Echtzeit zu verarbeiten,



Studien haben gezeigt, dass die Empfehlungen solcher CDS-Systeme den Empfehlungen jener Ärztinnen und Ärzte entsprechen, die die besten Ergebnisse erzielen. Klaus Markstaller

sondern daraus auch individuelle Vorhersagen abzuleiten. Das würde die Anästhesie und die Intensivmedizin auf ein höheres Niveau heben“, erklärt Markstaller. „Prinzipiell interessieren uns Clinical Decision Support Systems (CDSS), die sich passiv — sprich auf Anforderung des Users —, aber auch aktiv selbst melden. Das kann entweder posthoc nach einer Behandlung beziehungsweise an einer Schnittstelle erfolgen oder in Echtzeit, etwa während einer OP, bei der sie der behandelnden Person sagen, was der nächstrichtige Schritt wäre.“ Das „Wissen“ des Systems, welche Schritte zu setzen wären, kann entweder durch vorübergehende Eingabe aufgebaut oder selbstlernend durch Künstlicher Intelligenz generiert werden.

Durch Machine- und Deep-Learning, in Kombination mit Echtzeitanalysen und selbstständiges Lernen, sind diese Systeme in der Lage, eine Prognose abzugeben und zu sagen, welcher Schritt als nächstes für das Überleben der Patientin, des Patienten richtige wäre. „Studien haben gezeigt, dass die Empfehlungen solcher Systeme den Empfehlungen jener Ärztinnen und Ärzte entsprechen, die die besten Ergebnisse erzielen. Die Systeme funktionieren also bereits und sie stellen für das Fach der Anästhesie und der Intensivmedizin die Präzisionsmedizin in Aussicht.“ Am AKH Wien wird gerade das THALEA II Projekt (Telemonitoring and Telemedicine for Hospitals Assisted by ICT for Life saving co-morbid patients in Europe As part of a Patient personalised care program of the EU) implementiert. Dieses bereitet die Daten für Intensivpatientinnen und -patienten, wie in einem Cockpit auf. Damit kann der Arzt die Patientin, den Patienten auf Video sehen und erhält auch sämtliche fallbezogene Informationen. Zudem ist das CDS eingebettet, das Hinweise gibt, wie, individuell auf den jeweiligen Patienten abgestimmt, die Behandlung zu gestalten wäre. „Wir hoffen, über diesen Weg der precision oder personalised medicine das Patienten-Outcome signifikant zu erhöhen. Entsprechende Studien dazu werden vorbereitet“, so Markstaller abschließend.



Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021

KEYNOTES

- **Erfahrungen aus der Gesundheitsmetropole Wien**
Dr. Alexander Biach | Wirtschaftskammer Wien
- **Die Pharmaindustrie in der nahen und fernen Zukunft: Chancen und Hürden**
Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Johannes Khinast | TU Graz, Institut für Prozess- und Partikeltechnik
- **Impfstoffzulassung „COVID-19“ EU Ebene und Österreich: Herausforderungen**
DI Dr. Christa Wirthner-Hoche | AGES Medizinmarktaufsicht
- **Wie wichtig ist Spitzenforschung für den Standort**
Prof. Dr. Thomas A. Henzinger | IST Austria
- **Finanzierung, Versorgung und Struktur**
ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres, PhD | Präsident der Wiener und Österreichischen Ärztekammer
- **PDMS der Zukunft/Chancen der Digitalisierung in der Anästhesie und Intensivmedizin**
Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller | Universitätsklinik für Anästhesie Allgemein Intensivmedizin und Schmerztherapie



PRAEVENIRE Talk auf der Schafalm

THEMA

WISSENSCHAFT FÜR DEN MENSCHEN

WANN UND WO

FREITAG, 20. AUGUST 2021 UM 17:00 c.t.
Böglerhof | Dorf 166, 6236 Alpbach

IMPULSSTATEMENTS

Wissenschaft in der Gesellschaft

Hannes Androsch

mRNA Technologien

Christoph Huber

Coronapandemie bewältigen

Eva Höttl

Energiewende

Georg Brasseur

Lösungsansätze

Arthur Thöni

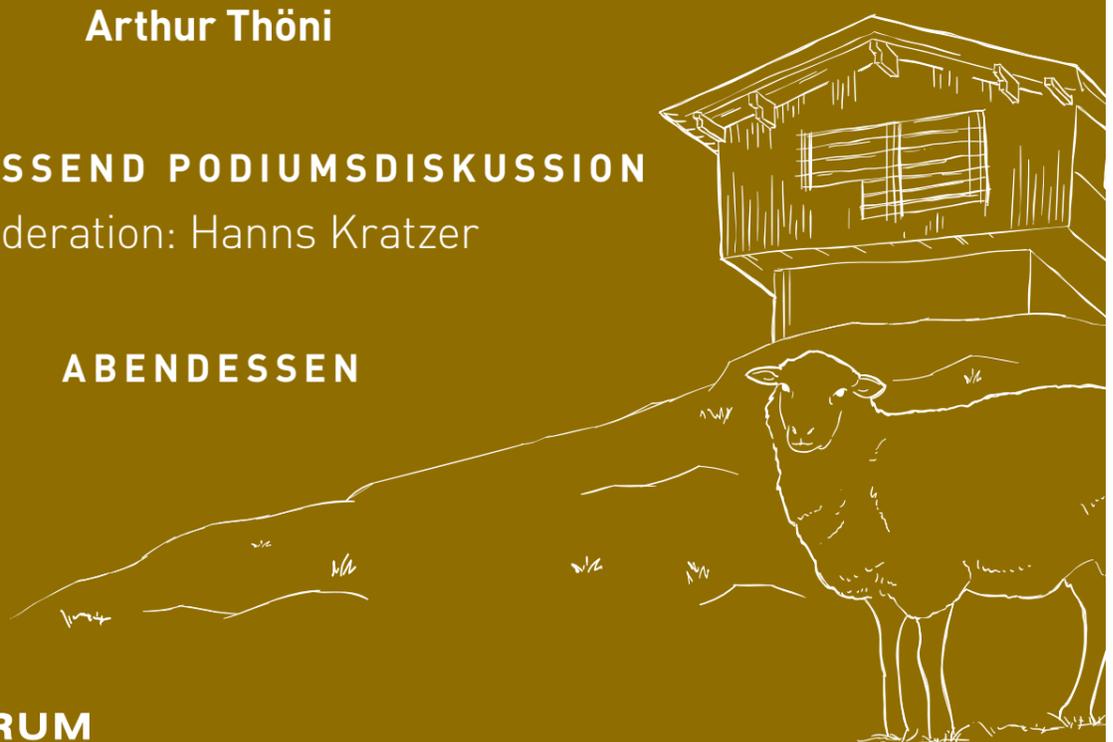
ANSCHLIESSEND PODIUMSDISKUSSION

Moderation: Hanns Kratzer

ABENDESSEN



**PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM**
für eine lebendige Zukunft



ANMELDUNG UNTER: umsetzen@praevenire.at