

PERISKOP

102

DEZ 2021

Standpunkte.
Dialog.
Konsens.

Die neutrale
Plattform
zum offenen
Meinungs-
austausch.

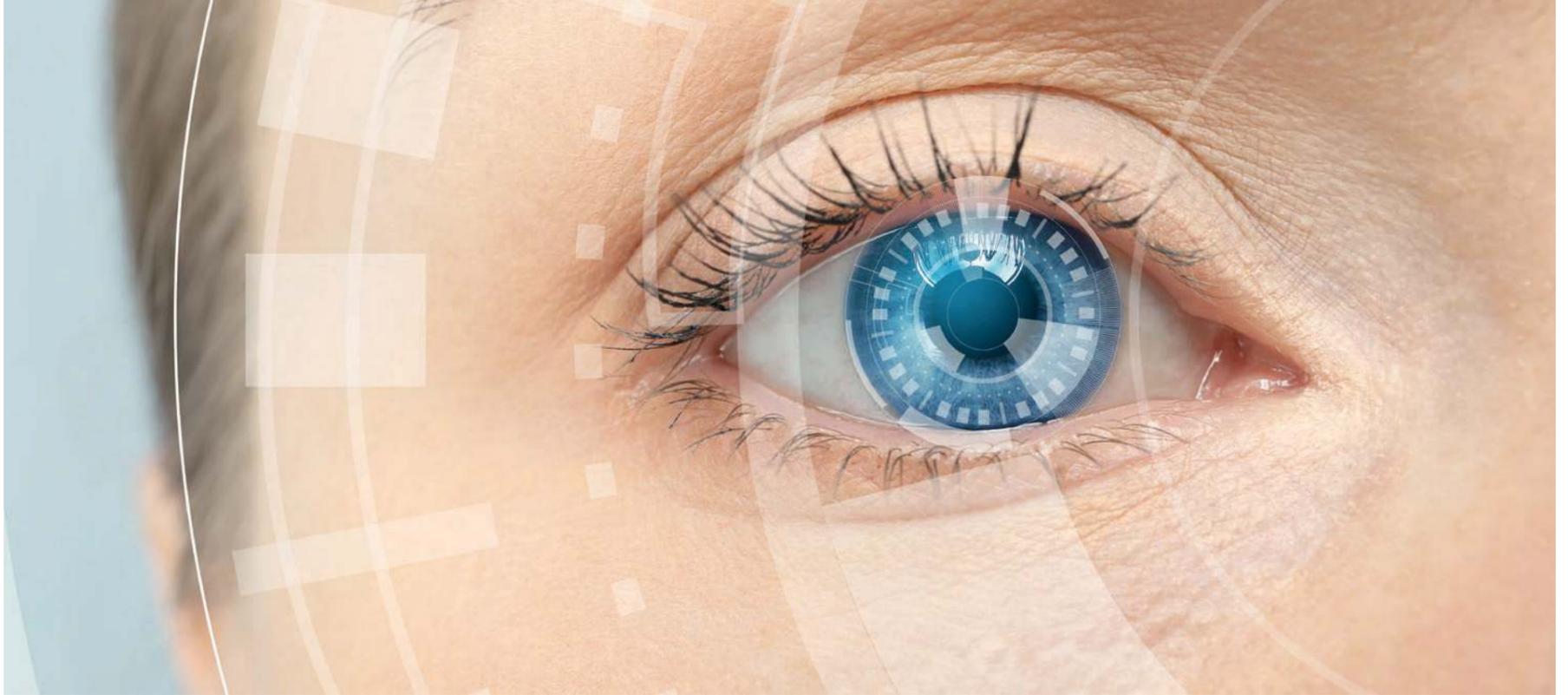
**Demenz und
Alzheimer**
National Brain
Health Plan

**Rückenwind
für Apotheken
nutzen**
Thomas Veitschegger

**Mehr Frauen
in IT-Berufen**
Irene Fialka und
Reinhard Riedl

Das Potenzial zwischenmenschlicher Wertschätzung

Interview mit Stefanie Auer



Augenabteilung Hanusch-Krankenhaus

Die führende Augenklinik in Wien

Die Augenabteilung des Hanusch-Krankenhauses der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) in Wien hat seit jeher einen ausgezeichneten Ruf in der Bevölkerung und im Gesundheitswesen. In den vergangenen zehn Jahren ist die Bedeutung dieser Abteilung noch weiter gewachsen. Als eine der aktivsten Augenabteilungen Österreichs mit entsprechend hohem Patientenaufkommen ist das Ziel, eine qualitativ hochwertige medizinische und chirurgische Betreuung zu leisten, und die hohen Patientenansprüche zu erfüllen.

Die Augenabteilung des Hanusch-Krankenhauses besteht aus einer Bettenstation, der Tagesklinik und zahlreichen Ambulanzen sowie den Augen-Ambulanzen in den vier ÖGK-Gesundheitszentren in Wien: Gesundheitszentrum Mariahilf, Gesundheitszentrum Landstraße, Gesundheitszentrum Favoriten und Gesundheitszentrum Floridsdorf. Insgesamt sind derzeit 32 Ärztinnen und Ärzte an der Augenabteilung beschäftigt. Im Jahr werden insgesamt etwa 25.000 operative Eingriffe durchgeführt und mehr als 75.000 ambulante Patientinnen und Patienten betreut (Stand 2020). Mit fast 9.000 Katarakt-Operationen ist das Hanusch-Krankenhaus sogar österreichweit führend. Die Zusammenarbeit mit den Augenambulanzen der Wiener Gesundheitszentren der ÖGK ermöglicht eine wohnortnahe Versorgung durch Spitalsärztinnen und Spitalsärzte — eine organisatorische und medizinische Meisterleistung mit einer großen Versorgungswirksamkeit. Die Augenabteilung im Hanusch-Krankenhaus ist in ihrem rund 8-jährigen Bestehen nicht mehr wegzudenken und hat für das österreichische Gesundheitssystem Systemrelevanz. Insbesondere im Großraum um Wien kann mit ihr eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung in Verbindung mit den Augenambulanzen der Gesundheitszentren nachhaltig sichergestellt werden. Das Ziel ist klar: Patientinnen und Patienten die beste Behandlungsqualität bei höchstmöglicher Effizienz zu bieten und gleichzeitig menschlich und einfühlsam im Umgang zu sein. Die Augenabteilung im Hanusch-Krankenhaus konnte sich als das führende Zentrum für Graue Star-Operationen in Österreich etablieren und liegt gemessen an der jährlichen Anzahl an durchgeführten Operationen auf dem 1. Platz — ununterbrochen seit 2015. Das Leistungsspektrum wurde in viele Richtungen ausgebaut, Prozesse wurden laufend verbessert und eine völlig neue Art der Patientinnen- und Patientenaufklärung etabliert. Neben herausragenden Leistungs-

zahlen zeichnet sich die Augenabteilung durch aktive wissenschaftliche Forschung aus. Diese ermöglicht Innovationen im klinischen Bereich und bietet jungen Kolleginnen und Kollegen die Chance, sich auch abseits von Universitätskliniken zu habilitieren.

Ambulanz für intravitreale Injektionen

Trotz der Coronapandemie und den Lockdowns behielt die Augenabteilung des Hanusch-Krankenhauses den Weitblick, in dem es rasch reagierte und zahlreiche Akutmaßnahmen praktisch über Nacht umgesetzt hat. Die Ärzteschaft wurde in drei Teams aufgeteilt, um im Falle einer Infektion mit nachfolgender Quarantäne für alle Kontaktpersonen dennoch den Betrieb aufrechterhalten zu können. Zusätzlich zu den spitalsweit gültigen Maßnahmen wurden an der Augenabteilung erweiterte Anpassungen zum Schutz der Patientinnen und Patienten und des Personals umgesetzt. Der Notbetrieb an der Augenabteilung beinhaltete Operationen von höchster Dringlichkeit inklusive dazugehörige postoperative Kontrollen, sowie die Aufrechterhaltung der Notfallambulanz — beides unter Einhaltung der vorgegebenen Schutzmaßnahmen. Eines der wesentlichsten und dringendsten Anliegen zur Patientenversorgung während der Coronapandemie war und ist die Weiterführung der Ambulanz für intravitreale Injektionen (IVOM). Das Hanusch-Krankenhaus in Wien führt jährlich mehr als 13.000 IVOM-Eingriffe durch. Die IVOM-Behandlung mit Anti-VEGF-Medikamenten wird bei Patientinnen und Patienten mit altersbezogener Makuladegeneration, mit diabetischem Makulaödem (DMÖ) und Makulaödem nach retinalen Zentralvenen (ZVV) — oder Astvenenverschlüssen (AVV) eingesetzt, allerdings mit unterschiedlicher Dringlichkeit. In einem ersten Schritt wurden alle Patientinnen und Patienten der IVOM-Ambulanz anhand der Dringlichkeit ihrer Behandlung triagiert. Im gesamten Hanusch-Krankenhaus waren die Ambulanzen auf Notbetrieb umge-

stellt und vor Betreten des Spitals rigorose Eingangskontrollen zum Schutz aller Patientinnen und Patienten und des Personals implementiert. Diese zentral koordinierte und für alle Disziplinen verpflichtende Eingangskontrolle machte einen IVOM-Betrieb in der nötigen hohen Behandlungsfrequenz nicht plan- und durchführbar, da die Patientenzahl den Triageprozess innerhalb kürzester Zeit überlastet hätte. Der Injektionsservice wurde daher in das Gesundheitszentrum Favoriten verlegt, wo entsprechend ausgestattete Eingangskontrollen durchgeführt werden sowie Behandlungsräumlichkeiten der Zahnambulanz mit großen Wartebereichen zur Verfügung gestellt werden konnten. Die Patientinnen und Patienten wurden telefonisch von Ärztinnen und Ärzten der Netzhautambulanz verständigt und nach Dringlichkeit gereiht Termine vergeben. Innerhalb einer Woche konnte der Injektionsbetrieb — angepasst an die vorgegebenen Schutz- und Hygienemaßnahmen — in alter Besetzung an neuem Ort — wieder aufgenommen werden. Da die Schutzmaßnahmen für Patientinnen und Patienten, Arzt-, Pflege- und Verwaltungspersonal aufwendig waren und die Aufenthalte der Patientinnen und Patienten im Ambulanzbereich gering gehalten werden sollten, wurden vermehrt bilaterale Injektionen durchgeführt, und ein Treat-and-Freeze Behandlungsschema ausgewählt. Dadurch konnte die zeitliche Exposition für alle Beteiligten auf ein Minimum reduziert werden. Von besonderem Interesse war für uns, warum Patientinnen und Patienten nicht an der Behandlung teilnehmen konnten oder wollten. Es zeigte sich, dass etwa fünf Prozent der Patientinnen und Patienten nicht ihre regelmäßige Injektionstherapie weiterführen konnten. Weitere fünf Prozent wollten aufgrund von persönlichen Gründen die Injektionstherapie aussetzen, das Durchschnittsalter dieser Patientengruppe war 82 Jahre. Ihnen wurde nach zwei Wochen ein erneuter IVOM-Termin angeboten. Durch all diese Maßnahmen war es möglich, den

Rückstau, der durch die verordnete Injektionspause entstanden war, sehr schnell aufzuholen. Die Triagierungsmaßnahmen konnten nach nur wenigen Wochen wieder eingestellt werden, da alle Patientinnen und Patienten an ihren regulären Terminen behandelt werden konnten.

Unser Hauptanliegen ist die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Augenpatientinnen und -patienten in Wien.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Oliver Findl,
Primarius der Augenabteilung seit 2009

Fortbildungen per Videokonferenz

Fortbildungen per Videokonferenz haben sich mittlerweile bewährt und sind im Alltag angekommen. Nicht nur zur Kommunikation innerhalb des Teams haben sich zeitgemäße Konzepte wie Videokonferenzen und Cloudspeicher für Organigramme bewährt. Ein Ausbau der Spezialambulanzen in den Gesundheitszentren wird auch von den Patientinnen und Patienten sehr positiv wahrgenommen. Zudem wird im Gesundheitszentrum Landstraße eine Spezialambulanz für Netzhaut, Glaukom, Liderkrankungen und trockenes Auge angeboten. Im Gesundheitszentrum Floridsdorf wurden die Spezialambulanzen für Netzhaut und Glaukom erweitert und im Gesundheitszentrum Favoriten werden weiterhin an zwei Tagen pro Woche IVOMs angeboten. Im Gesundheitszentrum Mariahilf finden seit Mai 2020 durchgehend die Voruntersuchungen vor Katarakt-Operation statt, was zu einer Entlastung der Tagesklinik am Hanusch-Krankenhaus und geringeren perioperativen Verweilzeiten geführt hat. Parallel zur Übernahme der Katarakt-Voruntersuchungen hat das Gesundheitszentrum Mariahilf das Angebot weiter ausgebaut und bietet nun auch eine Spezialambulanz für Hornhaut und das trockene Auge an. In Ergänzung zum Angebot in allen Gesundheitszentren sind weitere telemedizinische Projekte in Planung. Die Pandemie hat dazu geführt, dass lang bewährte und gut eingespielte Abläufe angepasst wurden. Damit ist es gelungen, einen weiteren Schritt in Richtung noch patientenorientierter und dennoch effizienter und zukunftsorientierter medizinischer Versorgung zu schaffen.

IOL ohne Kapselsack

Patientinnen und Patienten mit Pseudoexfoliationssyndrom oder mit okulärem Trauma in der Anamnese haben durch eine Schwäche des Aufhängungsapparates der Linsenkapsel ein erhöhtes Risiko für Dislokationen der Intraokularlinse (IOL). Im letzten Jahrzehnt war international ein Anstieg der Fälle spät-dislozierter Kunstlinsen bei den genannten Patientinnen und Patienten zu verzeichnen. Dies kann einerseits durch die Zunahme der Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten nach Katarakt-Operation, sowie andererseits durch die verbesserten Operationstechniken, die die Entfernung des Kapselsackes im Rahmen der Kataraktoperation seltener notwendig werden ließen, erklärt werden. Seit 2010 werden an der Abteilung für Augenkrankheiten Vorderkammer-Linsenimplantationen aufgrund des höheren Risikos der Hornhautendothelschädigung nicht mehr durchgeführt. Vorderkammerlinsen können in den Jahren nach der Operation zu Endothelzellverlust führen und daher auch ursächlich für eine Dekompensation der Hornhaut gesehen werden. Eine endothelschonendere Operationsmethode ist daher die Fixation der IOL an der Rückseite

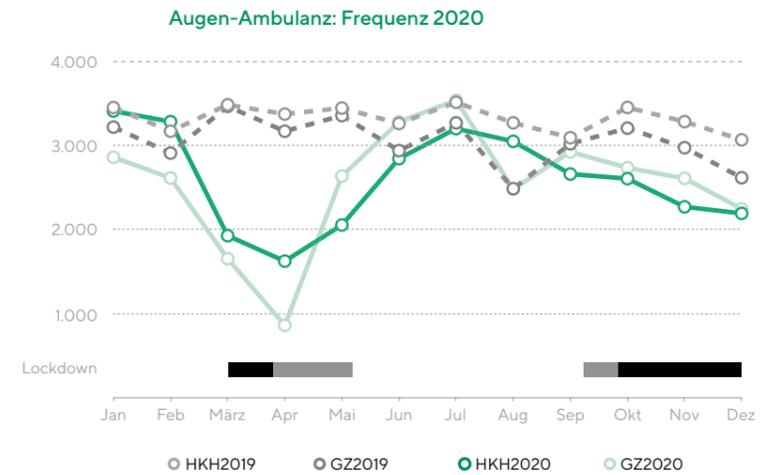
der Iris. Die Linse kann ohne Nähte durch spezielle Haptiken, die ins Irisgewebe eingeklemmt werden, fixiert werden. Seit 2017 wird vorwiegend eine neue sklerale Fixationstechnik nach Yamane durchgeführt. Dabei werden die dünnen Haptiken der Kunstlinsen mit Nadeln durch die Sklera geführt und die Enden der Haptiken dann mit einem Kauter „geflanscht“. Dadurch weisen diese dann einen stabilen Halt an der Sklera auf, ohne dass Nähte gesetzt werden müssten, die üblicherweise nach mehreren Jahren brechen können. Die Operation wird in Lokalanästhesie und meist tagesstationär durchgeführt. In den letzten vier Jahren konnte diese Technik an der Abteilung für Augenkrankheiten sukzessive die retropupilläre Artisanlinsenimplantation in ihrer Bedeutung überholen, sodass 2020 von 65 Linsentäuschen bereits 52 Augen mit der Yamane Fixation versorgt werden konnten.

Neuer Trend in der Makulachirurgie

„Foveal Sparing ILM Peeling“ stellt einen neuen Trend in der Makulachirurgie dar, der bei der chirurgischen Versorgung von Makulaforamina und der myopen Foveoschisis in ersten Untersuchungen das Potenzial zu besseren postoperativen Visusergebnissen gezeigt hat. An der Augenabteilung im Hanusch-Krankenhaus wird diese Operationsmethode seit kurzem eingesetzt, wobei sich bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Makulaforamina die Kombination des „foveal sparing ILM Peelings“ mit der inzwischen bewährten Technik der ILM flaps kombinieren lässt — eine komplett neue Modifikation beider Techniken. Im Bild werden das präoperative und drei Monate postoperative OCT Bild eines Patienten, der mittels Vitrektomie mit „foveal sparing ILM Peeling“ kombiniert mit einem temporalen ILM flap und Gastamponade versorgt wurde, gezeigt.

Anbindungen und die Harmonisierung dieser Datenstruktur

Im Rahmen der Digitalisierung der Augenambulanzen (Einführung der Software HEYEX EMR) im Augenverbund zeigte sich im Jahr 2020 ein weitestgehend stabiler Betrieb in der Tagesroutine. Das Hauptthema beim Projekt dieses Jahres war vor allem die Anbindung datenliefernder Untersuchungsgeräte (Autorefraktoren, Phoroptoren) und diverser Fremdsysteme. Hierunter fallen vor allem HEYEX2, Haag Streit EyeSuite und Zeiss Forum. In einem ersten Schritt wurden in allen Systemen die Patientenstammdaten an die Stammdaten der Patientinnen und Patienten aus Orbis (patientenführendes Krankenhausinformationssystem) angeglichen. Hierzu mussten Stammdaten von mehr als 100.000 Patientinnen und Patienten exportiert, auf Fehler geprüft und teilweise händisch korrigiert werden. Im Anschluss daran wurden die entsprechenden Schnittstellen eingerichtet und über diese der Datenaustausch zu den Fremdsystemen gewährleistet. Durch die Anbindungen und die Harmonisierung dieser Datenstruktur ist es nunmehr möglich, eine durchlaufende ambulante Krankengeschichte zu jeder einzelnen Patientin bzw. jedem einzelnen Patienten über den gesamten Augenverbund zu gewährleisten. Somit konnte das Konzept der vom Hanusch-Krankenhaus in die Gesundheitszentren ausgelagerten Spezialambulanzen beibehalten und noch weiter ausgebaut werden. Dies ist ein sehr wichtiger Schritt hinsichtlich der Strategie, die Patientinnen und Patienten auf hohem medizinischem Niveau möglichst wohnortnahe in Spezialambulanzen betreuen zu können. **P**



Operative Eingriffe am Auge 2020:

21.582

(ohne Laser- und kleine Lid Eingriffe)

Quelle: Kliniksuche.at (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz), 2020
Zahlen aus 2019 weil 2020 Daten für Österreich erst im Herbst 2021 verfügbar

Katarakt-OPs

6.694
Katarakt-OPs 2020

26%
der Kat-OPs Wiens durch Hanusch-KH (2019)

-23% gegenüber 2019
-32% österreichweit

29%
der in Wien durchgeführten Glaukom-OPs durch Hanusch-KH

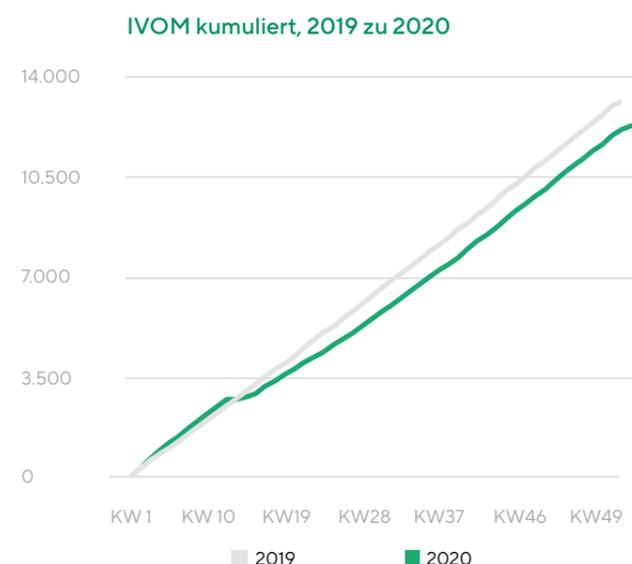
49%
der in Wien durchgeführten Schiel-OPs durch Hanusch-KH

29%
der in Wiens Augenabteilungen durchgeführten Lid-OPs durch Hanusch-KH (2019)

IVOM

12.303
IVOM 2020 gegenüber 2019 **-7%**

31%
der IVOM Wiens durch Hanusch-KH (2019)



Inhalt 102

DEZ 2021



6



PEOPLE

Über das Potenzial zwischenmenschlicher Wertschätzung

Univ.-Prof. Dr. Stefanie Auer ist stellvertretende Dekanin der Fakultät für Gesundheit und Medizin, stellvertretende Leiterin des Departments für Klinische Neurowissenschaften und Präventionsmedizin sowie Leiterin des Zentrums für Demenzstudien an der Donau Universität Krems. Mit PERISKOP sprach sie über das Entwicklungspotenzial der Demenzversorgung in Österreich, die Bedeutung von Bewusstseinsbildung und positiver Kommunikation sowie die Schlüsselrolle eines wertschätzenden Umgangs mit den Betroffenen und ihren Familien.

- 6 Stefanie Auer: **Über das Potenzial zwischenmenschlicher Wertschätzung**
- 8 Thomas Veitschegger: **COVID-19-Rückenwind für Apothekerinnen und Apotheker**
- 10 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: **Entscheiden unter Stress**
- 11 Thomas Czypionka: **Einflussreichster Gesundheitsökonom Österreichs**
- 12 **Periskopin Leader: Mehr Frauen in (Health-)IT-Berufen — ein Plädoyer**

Impressum

Medieninhaber	Welldone Werbung und PR GmbH Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien Tel. 01/402 13 41-0, Fax: DW-18, E-Mail: redaktion@periskop.at
Herausgeber	PERI Consulting GmbH, Mag. Hanns Kratzer Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien
Redaktionsanschrift	Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien Tel. 01/402 13 41-0, Fax: DW-18, E-Mail: redaktion@periskop.at
Chefredakteur	Robert Riedl
Autorinnen und Autoren	Dr. Juliane Bogner-Strauß; Dr. Eva Höltl; Rainald Edel, MBA; Mag. Dren Elezi, MA; Mag. Beate Krapfenbauer; Mag. Gabriele Mayr; Mag. Christian Lenoble; Mag. Alfred Riedl; Dr. Andreas Stippler, MSc; Lisa Türk, BA; Wolfgang Wagner
Foto Cover	Peter Hautzinger
Design	Josefine Fuchs; Katharina Harringer; Andrea Zimmer
Lektorat	Birgit Maria Pfaffinger, BA; Mag. Sylvia Schlacher; Lisa Türk, BA
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

Ganzheitliche Behandlung auf Basis medizinischer Evidenz

Wenn sich Schmerzen und andere Einschränkungen nicht bessern, suchen mittlerweile viele Menschen Hilfe in einer osteopathischen Praxis. PERISKOP sprach mit den Vorstandsmitgliedern der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie Thomas Marschall, MSc D.O. und Sebastian Soika, MSc D.O. über das Leistungsspektrum der Osteopathie, die Nahtstellen zu medizinischen Fachrichtungen und die Notwendigkeit einer rechtlichen Absicherung des Berufsbildes und seiner Methoden.

- 14 **Kolumne »Gesunde Zukunft«** von Juliane Bogner-Strauß
- 14 Buchvorstellung: **Raus aus der Pflegefalle**
- 15 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: **Wohnortnahe Versorgung — auch in Zeiten der Pandemie**
- 16 PRAEVENIRE Gipfelgespräch: **Die Intramuralen: Wo geht die Reise hin?**
- 18 Thomas Marschall und Sebastian Soika: **Ganzheitliche Behandlung auf Basis medizinischer Evidenz**
- 20 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: **Das Zeitfenster nutzen!**



PIONIERS

Lufthygiene mit Aufholbedarf

An den Ursprüngen der modernen Infektiologie und Mikrobiologie war die Tuberkulose ein Schreckensgespenst. Ihre Zurückdrängung durch die modernen Behandlungsmöglichkeiten hat das Thema Lufthygiene jahrzehntelang ins Abseits geraten lassen. SARS-CoV-2 aber hat diese Situation geändert. Neue wirkungsvolle und praktikable Möglichkeiten zur Luftdesinfektion in Innenräumen werden entwickelt. UV-basierte Systeme könnten hier in Zukunft eine bedeutende Rolle spielen.

- 22 **Lufthygiene mit Aufholbedarf**
- 24 PRAEVENIRE Talk in Bad Hofgastein: **Kurs auf Onkologie 2030**
- 25 **Kolumne »Gemein(d)sam«** von Alfred Riedl
- 26 PRAEVENIRE Gipfelgespräch in Alpbach: **Demenz — Erkrankung mit gesamtgesellschaftlicher Auswirkung**
- 27 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: **Klinikübergreifende Rotationsplanung 2.0**

PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche auf der Alten Schafalm

Das Alpbachtal – ein Ort der Inspiration und des Austauschs für visionäre Denkerinnen und Denker. Gesundheit, Politik & Wirtschaft – die Gipfeltreffen auf der Alten Schafalm bieten eine einzigartige Denkwerkstatt voller Chancen.

Info unter: office@periconsulting.at

Impressionen des Events 2021:





PLATTFORMEN

Servitengasse in neuem Glanz

In den letzten Monaten hat die PERI Group ihr Veranstaltungszentrum in der Wiener Servitengasse modernisiert und technisch aufgerüstet. Nunmehr sind Gipfel- und Hintergrundgespräche sowie kleine Empfänge in stilvollem Rahmen und mit allen Erfordernissen digitaler Übertragungen und Zuspelungen möglich.

- 28 Frischzellenkur für die PERI Group: **Mit Kompetenz und Empathie an die Spitze**
- 30 PERI Group: **Servitengasse in neuem Glanz**
- 32 PRAEVENIRE Talk in Bad Hofgastein: **Nur keine Gesundheitsutopien!**
- 34 Initiative Wund?Gesund!: **Leistungsharmonisierung im Fokus**



POLITIK

Über niederschwellige Aufklärungskommunikation im Pandemiefall

Verständliche und nachvollziehbare Erklärungs- und letztlich Überzeugungsarbeit gegenüber der Bevölkerung sind wesentliche Elemente in der Bekämpfung einer Pandemie. Public Health-Experte OA Assoc.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Hans-Peter Hutter von der Medizinischen Universität Wien (Zentrum für Public Health) sprach bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten über Herausforderungen und Chancen einer Krisenkommunikation, die im Optimalfall alle Menschen auf einen gemeinsamen Weg mitnimmt.

- 36 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: **Einheitlicher Patientenzugang und nachhaltige Finanzierung**
- 37 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: **Über niederschwellige Aufklärungskommunikation im Pandemiefall**
- 38 Gehirngesundheit: **Die richtigen Wege rechtzeitig planen**
- 40 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: **Roboter als Lösung für den Pflegeengpass?**
- 41 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: **Migration und ihre Folgen für das Gesundheitssystem**



PORTFOLIO

Coronamanagement — bewegte Zeiten für die Arbeitswelt

Die krisenbedingten Veränderungen haben in den vergangenen Monaten nicht nur eine rasche Implementierung neuer gesundheitspolitischer sowie logistischer Vorgehensweisen, sondern auch ein hohes Maß an Flexibilität innerhalb österreichischer Betriebe gefordert. Markus Wieser, Präsident der Arbeiterkammer Niederösterreich (AK Niederösterreich) und Vorsitzender des Österreichischen Gewerkschaftsbundes Niederösterreich (ÖGB NÖ), sprach mit PERISKOP über Herausforderungen, Schwerpunkte und Lösungsvorschläge im Pandemiemanagement mit besonderem Fokus auf die Situation der Pflege.

- 42 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: **Drehscheibe für die Diabetesversorgung**
- 43 Kolumne »Public Health« von Eva Höttl
- 43 Kolumne »Starke Muskeln« von Andreas Stippler
- 44 **Markus Wieser: Coronamanagement — bewegte Zeiten für die Arbeitswelt**
- 46 PRAEVENIRE Gesundheitsforum 2021: **Working People in Seitenstette, Tag 3**



PRÄGNANT

Personenzentrierte und lebensbegleitende Betreuung

„Lebenswelten chronisch kranker Menschen im Spannungsfeld der Sektoren“, lautete der Titel des 15. Symposiums des „Competence Center integrierte Versorgung“ der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK). Gerade bei den chronischen Erkrankungen zeigen sich offenbar die strukturellen Mängel eines an sich guten Gesundheitswesens wie in Österreich am schärfsten.

- 48 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: **Über die Chancen digitaler Daten im Gesundheitswesen**
- 49 **Unterschätztes Risiko obstruktive Schlafapnoe**
- 50 **Therapieoption für Lungen- und Schilddrüsenkarzinom**
- 51 Weinsegnung: **Geschichte trifft Zukunft**
- 52 PRAEVENIRE Gipfelgespräch: **Vorsorge und Früherkennung — entscheidende Faktoren bei Diabetes**
- 53 **Kolumne »360°Blick« von Gabriele Mayr**
- 54 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021: **Personenzentrierte und lebensbegleitende Betreuung**

© MARTIN HORMANDINGER, AK-NÖ/VYHNALEK.COM, PETER PROVAZNIK, RICHARD TANZER

SAVE THE DATE



PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM

7. PRAEVENIRE Gesundheitstage
im Stift Seitenstetten

Die 7. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten befassen sich u. a. mit Finanzierung, Innovation, Gesundheitsberufe, Gesundheitskompetenz, Standortpolitik sowie solidarischer Versorgung.

18.—20.
MAI
2022



PEOPLE

Gehirngesundheit

Über das Potenzial zwischenmenschlicher Wertschätzung

UNIV.-PROF. DR. STEFANIE AUER ist stellvertretende Dekanin der Fakultät für Gesundheit und Medizin, stellvertretende Leiterin des Departments für Klinische Neurowissenschaften und Präventionsmedizin sowie Leiterin des Zentrums für Demenzstudien an der Donau Universität Krems. Mit PERISKOP sprach sie über das Entwicklungspotenzial der Demenzversorgung in Österreich, die Bedeutung von Bewusstseinsbildung und positiver Kommunikation sowie die Schlüsselrolle eines wertschätzenden Umgangs mit den Betroffenen und ihren Familien. | von Lisa Türk, BA

Laut bestehender Prognosen wird in Österreich über kurz oder lang fast jede Familie von einer Alzheimer — respektive Demenzerkrankung — betroffen sein. Mit den zunehmenden Zahlen gehen die Notwendigkeit optimierter Versorgungsstrukturen und Bewusstseinssteigerung bei der gesamten Bevölkerung in punkto Gehirngesundheit einher.

PERISKOP: Von Demenz betroffene Menschen haben häufig mit Stigmatisierung, Tabuisierung und Berührungängsten von Seiten der Gesellschaft zu kämpfen. Welche Beweggründe stehen hinter Ihrem Engagement auf diesem Themengebiet?

AUER: Von Beginn an hat mich vor allem das Potenzial der betroffenen Personen fasziniert. Ein Schlüsselerlebnis hatte ich während meiner Zeit als Psychologin an der New York University. Damals herrschte eine geradezu nihilistische und rein medizinisch-diagnostische Sichtweise auf dieses Krankheitsbild vor. Die Diskrepanz zwischen medizinischer und psychologischer Diagnostik war enorm. Aus psychologischer Perspektive betrachtet, war für mich eindeutig, dass Menschen mit Demenzerkrankungen keinesfalls als unfähig oder persönlichkeitslos abzustempeln sind. Betroffene werden nach wie vor viel zu oft in eine Kategorie eingeordnet, die ihnen ihre Kompetenzen abspricht und ihnen keinesfalls gerecht wird — ganz im Gegenteil. Es hat mich fasziniert, wie ressourcenreich Menschen mit Demenz

weiterhin agieren und reagieren können, wenn das Umfeld nur die Möglichkeiten dazu bietet. Im Rahmen einer Studie konnten wir den Effekt eines positiven Gesprächsklimas belegen: Dank Empathie und zwischenmenschlicher Wertschätzung gelang uns ein besserer Zugang zu den Patientinnen und Patienten. Wir alle haben das grundlegende Bedürfnis, von unserem Umfeld auf wertschätzende und mitfühlende Art und Weise behandelt zu werden. Wir alle haben das Recht auf Selbstbestimmung, auf eine möglichst lange berufliche und vor allem soziale Teilhabe. Diese nicht-pharmakologischen therapeutischen Überlegungen und Interventionen waren die ursprünglichen Beweggründe für meine Arbeit auf diesem Gebiet — und sie begleiten mich bis heute.

Wie haben Sie Ihre Vision umgesetzt und worauf sind Sie besonders stolz?

Die Implementierung der Demenzservicestellen war für mich ein besonderes Highlight. Denn Menschen, die ganz am Anfang einer Demenz stehen, wünschen sich vor allem eines: Gewissheit. Sie wollen wissen, was sie erwartet und wie sie mit den bevorstehenden Veränderungen umgehen können. Anhand der Demenzservicestellen hat sich gezeigt, dass Betroffene, die bereits in einem frühen Stadium entsprechende Unterstützung und Aufklärung erfahren, eine Diagnose schlussendlich besser verarbeiten können. Demenzerkrankungen beginnen meist mit milden Symptomen und

Das Potenzial betroffener Menschen hat mich von Beginn an fasziniert.

Stefanie Auer

progredieren Schritt für Schritt bis in die schwersten Stadien. Die Zeit bis dorthin ist allenfalls zu nutzen, um die Kompetenz und Selbstbestimmtheit der Menschen möglichst lange aufrecht zu erhalten.

75 Prozent der weltweit von Demenz betroffenen Personen haben laut Alzheimer's Disease International (ADI) keine Diagnose. Wird in Österreich aktuell ausreichend, beziehungsweise früh genug diagnostiziert?

Österreich reiht sich in punkto Diagnoseraten im Europavergleich in die mittlere Kategorie ein. Im ländlichen Bereich werden etwa 20 Prozent, im städtischen Bereich etwa 30 Prozent der Betroffenen diagnostiziert. Fakt ist: Hätten die genannten 75 Prozent der weltweit Betroffenen eine Diagnose, wären die medizinischen Einrichtungen nach derzeitigem Stand mit der Versorgung heillos überfordert. Aktuell ist das Gesundheitssystem nicht adäquat auf die steigenden Demenzzahlen vorbereitet. Es mangelt an Aufklärung im Vorfeld einer Diagnose und letztlich auch an medizinischen Strukturen, die eine solche anbieten können. In Wien wartet man auf einen Diagnostiktermin etwa sechs Monate. Das ist sehr lange — vor allem wenn man sich die psychische Belastung der Menschen mit Verdacht auf eine Demenzerkrankung während der Wartezeit vor Augen führt. Zudem hat eine Umfrage von ADI ergeben, dass ganze 95 Prozent der Gesamtbevölkerung sich vor einer Demenzdiagnose fürchten. Daher braucht es niederschwellige Anlaufstellen für Leute, die sich Sorgen um ihre Gehirngesundheit machen. Die Gesundheitssysteme müssen auf diese Menschen reagieren, sie ernst nehmen und ihnen zuhören.

Alzheimer und Demenz sind eher negativ behaftete Begriffe, während die Gehirngesundheit positive und präventive Aspekte impliziert. Wie stehen Sie zur derzeitigen Kommunikationsweise?

Es wäre bereits viel damit gewonnen, negativ konnotierte Begriffe durch positive sprachliche Bilder — wie etwa jenes der Gehirngesundheit — zu ersetzen. Es braucht Health Literacy auf Basis einer motivierenden Kommunikation gegenüber der Bevölkerung. Denn durch einen gesunden Lebensstil können die Menschen aktiv zu ihrer Gehirngesundheit beitragen. Obgleich das Alter der größte Risikofaktor im Hinblick auf eine Demenzerkrankung ist, leiden auch viele junge Menschen darunter. Konkret sind laut epidemiologischer Untersu-

Demenzforscherin Stefanie Auer im Gespräch mit Johannes Oberndorfer, Executive Consultant der PERI Group.



© PETER HAUZINGER





chungen etwa acht Prozent aller von Demenz betroffenen Menschen unter 65 Jahre alt. Junge Menschen haben nun aber andere Bedürfnisse, befinden sich mitten im Berufsleben, in der Familienplanung oder haben kleine Kinder. Daher ist es essenziell, den unterschiedlichen Lebenswelten der Menschen im Rahmen der Vorsorge- und Versorgungsstrukturen Rechnung zu tragen.

Zudem wäre es wichtig, das Thema Demenz in alle Berufsgruppen und Bevölkerungsschichten mit einzubinden. Vor einigen Jahren wurde etwa bei der Polizei erfolgreich ein Projekt ins Leben gerufen, um Polizistinnen und Polizisten im Berufsalltag fitter im Umgang mit von Demenz und Alzheimer betroffenen Personen zu machen, diese als solche zu erkennen und auch Amtshandlungen entsprechend zu adaptieren. Dank derartiger bewussteinbildender Maßnahmen erreicht man letztlich eine gesteigerte Wertschätzung im Umgang miteinander. Sensibilisierung und Expertise sind auch im Zuge der Ausbildung von Medizinerinnen sowie Mediziner und allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gefragt. Vor allem Hausärztinnen und Hausärzte, die in vielen Fällen die erste Anlaufstelle für Menschen, die sich Sorgen um ihr Gedächtnis machen, sind, nehmen eine zentrale Rolle bei der Erkennung beginnender kognitiver Defizite ein. Der Mangel an zeitlichen Ressourcen, aber auch fehlende Strukturen führen aktuell häufig dazu, dass besorgte Menschen und deren Angehörige nicht ausreichend angehört und Diagnosen somit zeitverzögert oder schlimmstenfalls gar nicht gestellt werden.

Wie verläuft die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit im Hinblick auf Diagnose und Therapie in Österreich als föderalistisch strukturiertes Land?

Gerade, wenn es darum geht, Menschen mit Demenz in den einzelnen Krankheitsphasen optimal und bedürfnisgerecht zu versorgen, spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin und allen anderen nicht-pharmakologischen therapeutischen Feldern eine große Rolle. Die Österreichische Demenzstrategie sammelt derzeit „Best-Practice-Modelle“ — diese sollten auf ihre Wirksamkeit geprüft und bundesweit umgesetzt werden. Allerdings wäre es wichtig, Best-Practice-Modelle vor den Vorhang zu holen und diese gemeinsam entlang wissenschaftlicher Kriterien zu evaluieren. Zusätzlich braucht es eine klare Definition gemeinsamer Ziele. Großes Potenzial sehe ich in der Analyse von Diagnosezahlen und Nachbetreuungsmaßnahmen. In diesem

Stefanie Auer und Johannes Oberndorfer sprachen über die Wichtigkeit, Menschen mit Demenzerkrankungen zuzuhören und sie ernstzunehmen.

Kontext wäre es sinnvoll, Leuchtturmprojekte ins Leben zu rufen. Man könnte etwa anhand eines Kriterienkatalogs klare Maßnahmen zur Steigerung der Diagnosezahlen festlegen, diese evaluieren und anschließend österreichweit ausrollen. Auch die Demenzservicestellen ließen sich auf Bundesebene ausweiten und könnten eine standardisierte niederschwellige Grundversorgung bieten.

Wäre es eine Option, die Demenzservicestellen im Zuge der Ausweitung der Primärversorgungszentren (PVE) mitzudenken?

Das wäre eine großartige Möglichkeit, bereits bestehende Strukturen adäquat zu nutzen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit optimal zu stärken. Man muss das Rad nicht immer neu erfinden. Eine wohnortnahe und niederschwellige Grundversorgung erfordert allerdings Organisation und Koordination — diese muss das Gesundheitssystem den Familien abnehmen.

Welche Maßnahmen liegen Ihnen besonders am Herzen, um die Bedeutung der Gehirngesundheit im Gesundheitssystem zu stärken?

Eine Demenzdiagnose kommt derzeit einem Urteil gleich. Durch einen stärkeren Fokus auf die frühen Stadien einer kognitiven Verschlechterung, könnte man nicht nur die medizinischen Parameter optimieren, sondern auch die Familien

besser auffangen. Auf diese Weise gibt man den Familien die Möglichkeit, ihre Kräfte zu mobilisieren und die erforderlichen logistischen sowie organisatorischen Strukturen zeitgerecht aufzubauen. Die medizinische Diagnose wird dann als weniger starker Einschnitt erlebt. Im Vorfeld der Diagnose sollte ein positives Lebenskonzept mit dem Betroffenen und den Angehörigen erarbeitet werden. Oberösterreich ist hier mit der Implementierung der Demenzservicestellen in das Kassensystem einen mutigen Weg gegangen. Eine Option mit vermutlich großem Effekt wäre auch, die Gehirngesundheit im Zuge von ein bis zwei Fragen in die routinemäßige Vorsorgeuntersuchung mit aufzunehmen, um mehr Bewusstsein bei den Menschen zu erzeugen — und zwar noch bevor eine etwaige Demenzerkrankung mit voller Wucht einschlägt.

Nun leben wir seit knapp zwei Jahren inmitten einer Pandemie. Viele Menschen leiden unter Einsamkeit, Depressionen oder Schlafstörungen. Inwiefern wirken sich psychische Gegebenheiten und Schlafmangel auf eine Demenzerkrankung aus?

Schlafstörungen können laut rezenter neuropsychologischer Untersuchungen in direktem Zusammenhang mit Demenz stehen. So gelten etwa Schlafspindeln, plötzliche Ausbrüche oszillierender Gehirnaktivität, als potenzielle Biomarker für eine durch Alzheimer bedingte Demenz. Im Rahmen zahlreicher Studien konnte vor allem auch Einsamkeit als Risikofaktor belegt werden. Gerade die Coronapandemie hat verdeutlicht, dass Isolation und in weiterer Folge Depression zu einer Verschlechterung der Demenzsymptomatik führen können.

Aus diesem Grund sollten insbesondere Austausch und Vernetzung der Betroffenen und ihrer Familien im Rahmen von Selbsthilfegruppen gefördert werden — auf stadien- und bedürfnisgerechte Weise. Hier schließe ich den Kreis: Die Gesellschaft aber auch die Wissenschaft müssen lernen, Menschen mit Demenz besser zuzuhören und sie nicht automatisch in ein Schema hineinzupressen. Es braucht lebensbejahende, positive und motivierende Kommunikations- und Umgangsformen, um Betroffenen und ihren Familien die Chance zu geben, sich zeitgerecht auf den Weg zu machen und sich dieser neuen Lebensaufgabe zu widmen. Denn die meisten Familien wollen ihre Lieben pflegen und begleiten. Um ihr Potenzial tatsächlich auszuschöpfen, benötigen sie jedoch die Unterstützung und Wertschätzung der gesamten Gesellschaft. **P**

Es braucht lebensbejahende, positive und wertschätzende Kommunikations- und Umgangsformen.

Stefanie Auer

Stefanie Auer über die Bedeutung einer gesteigerten Awareness in punkto Gehirngesundheit.





PEOPLE

Neues Präsidium, routinierte Führung: Die Mitglieder des Verbandes, in dem 95 Prozent der selbstständigen Apothekerinnen und Apotheker Österreichs vertreten sind, haben gewählt. Mit 1. Jänner hat der Oberösterreicher Mag. Thomas Veitschegger das Präsidentenamt für die kommende Funktionsperiode von fünf Jahren übernommen. Ihm zur Seite stehen als erster Vizepräsident der niederösterreichische Apotheker Andreas Hoyer und als zweiter Vizepräsident der Wiener Apotheker Alexander Hartl. Veitschegger, Apotheker aus Bad Leonfelden, war zuvor sowohl zweiter als auch erster Vizepräsident des Verbandes gewesen und fungiert auch als Präsident der oberösterreichischen Apothekerkammer. „Die Zulassung für die dritte Funktionsperiode im Verband konnte ich erst mit einem Zwei-Drittel-Votum bekommen. Irgendwie könnte ich damit der längst dienende Funktionär im Verband werden“, meinte der Neugewählte im PERISKOP-Gespräch mit durchaus selbstironischem Lächeln. Mangel an Erfahrung und Routine in standes- und gesundheitspolitischen Fragen wird man Veitschegger wohl nicht vorwerfen können.

Tour d'Horizon

Der frisch gewählte Verbandspräsident gibt das Interview — notgedrungenermaßen — via Zoom. In der dritten Novemberwoche ist in Oberösterreich, so wie in Österreich insgesamt, die COVID-19-Situation mehr als ernst, in der Apotheke enorm viel zu tun. Die überblicksmäßige Tour d'Horizon, wie sie Veitschegger darstellte: „Im Grunde sind wir über Nacht in diese pandemiebedingte Krise geraten. Aber den österreichischen Apotheken ist es hervorragend gelungen, den niederschweligen Zugang zu unserem Versorgungsangebot, natürlich inklusive der Arzneimittelversorgung, aufrecht zu erhalten. Wir wollen den Rückenwind, den wir durch unsere Leistungen bekommen haben, auch nach COVID-19 nützen, um unser Service weiterzuentwickeln. Das gilt aber auch für unsere wirtschaftlichen Rahmenbedingungen.“

Die Zeit ab Beginn des Jahres 2020 sei eine riesige Herausforderung gewesen — für das Personal der öffentlichen Apotheken genauso wie für die Betriebe insgesamt. Nur ein Beispiel, so Veitschegger: „Da sind etwa die

Nachdienste der öffentlichen Apotheken. Es gibt in vergleichbaren Ländern nirgends so viele Apotheken, die über Nacht Dienst tun wie in Österreich. Aber während anderswo in der Nacht mehr bezahlt wird, finanzieren wir das aus unserer eigenen Tasche. In Deutschland gibt es beispielsweise zehn Cent mehr auf jedes Rezept, das in der Nacht eingelöst wird. Damit wäre uns schon geholfen.“

Der COVID-19-Dauerlauf

Was zunächst für viele wie eine — hoffentlich — zeitmäßig begrenzte Krise ausgesehen haben mag, hat sich mittlerweile zu einem veritablen COVID-19-Dauerlauf mit immer neuen Herausforderungen entwickelt. Sprichwörtlich im „Auge des Hurrikans“ — Österreichs öffentliche Apotheken mit ihren täglich 400.000 Kundenkontakten.

Der Verbandspräsident schilderte hier durchaus kritische Situationen in der Zeit seit Ausbruch der Pandemie: „Am Anfang ging es darum, die Versorgung mit Desinfektionsmittel sicherzustellen. Die Industrie konnte nicht ausreichend liefern. Das haben wir als Apothekerinnen und Apotheker geschafft.“

Interview

COVID-19-Rückenwind für Apothekerinnen und Apotheker

In den vergangenen zwei Jahren haben die fast 1.400 öffentlichen Apotheken Österreichs einmal mehr ihre Rolle als stabile, funktionierende und niederschwellige Institution im Gesundheitswesen bewiesen. „Diesen Schub werden wir für die Zeit nach der Pandemie mitnehmen und nutzen“, sagte der neue **PRÄSIDENT DES ÖSTERREICHISCHEN APOTHEKERVERBANDES MAG. PHARM. THOMAS VEITSCHEGGER.** | von Wolfgang Wagner

Der nächste Punkt, Gewährleistung eines möglichst friktionsfreien Betriebes der Apotheken. Öffentliche Apotheken dürfen und können nicht zusperren. Während vor allem während der ersten Wochen bis hin zu Monaten die medizinische Versorgung in Österreich teilweise zurückgefahren wurde, waren die Apotheken immer da, immer geöffnet. Veitschegger: „Hier war der Schutz unserer Teams entscheidend. Das gelang zum Teil durch die Schaffung von zwei von einander unabhängigen Crews. Dann mussten wir natürlich unsere Apotheken schnellstens so einrichten, dass unser Personal besser geschützt war, z. B. mit Plexiglaswänden und persönlicher Schutzausrüstung.“

Das Herz der Funktion der Apotheken, die Arzneimittelversorgung selbst, war mit einem Mal selbst potenziell gefährdet. Der Standespolitiker: „Grundstoffe für Arzneimittel kamen aus China oder Indien. Hier gab es Probleme. Wir haben gemeinsam mit dem pharmazeutischen Großhandel eine Bevorratung geschafft. Wir mussten auch mehr beraten.“ Hier sei übrigens auch an die Zukunft zu denken: „Wir werden in Europa vermehrt wieder eine Arzneimittelproduktion benötigen, um nicht völlig abhängig zu sein.“ Schnell sei es übrigens auch gelungen, die COVID-19-Antigentests via Apotheken zu etablieren. Zunächst auf freier wirtschaft-

licher Basis, dann über entsprechende Verhandlungen von Apothekerkammerpräsidentin Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr mit Gesundheitsministerium und Krankenkassen auf der Ebene des öffentlichen Gesundheitswesens — mit den Apotheken im Zentrum.

Zusätzliche sinnvolle Leistungen für die Krankenversicherten müssen in Zukunft bezahlt werden.

Thomas Veitschegger

Was aktuell zu bemerken sei: „Die Menschen werden ungeduldiger und aggressiver in den Apotheken. Das gilt besonders, wenn es Probleme mit den COVID-19-Tests gibt.“ Das sei natürlich verständlich, im Endeffekt bekämen aber Apothekerinnen und Apotheker, PKAs und das gesamte Apothekenpersonal hier Kritik zu spüren, für die sie selbst nichts könnten. „Alle tun ihr Bestes.“ Wenn nicht alles bei Testkapazitäten, Schnelligkeit der Auswertung und Rückmeldungen gelinge, sei die Apotheke als erster „Point-of-Service“ eben jene Stelle, die völlig unverschuldet zum Handkuss komme bzw. verantwortlich gemacht werde.

Herausforderungen für den Apothekerverband

Freilich, gerade der Österreichische Apothekerverband hat die Aufgabe, die Anliegen der öffentlichen Apotheken zu vertreten und seinen Mitgliedern ein möglichst optimales Serviceangebot zu liefern. Und hier stehen natürlich auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen im Mittelpunkt. „Wir haben drei große Herausforderungen als Verband. Die erste sind die Serviceleistungen für unsere Mitglieder. Für sie und für die nachkommenden Apotheker als Neugründer oder Käufer stehen Wirtschafts- und Rechtsberatung im Vordergrund. Zweitens brauchen wir eine exzellente Zusammenarbeit mit der Apothekerkammer. Drittens geht es um die wirtschaftliche Situation der Apotheken“, stellte Veitschegger fest.

Bisher endlose Verhandlungen

Fast schon eine endlose Story sind die Wirtschaftsverhandlungen mit dem Dachverband der Sozialversicherungen. „Diese Wirtschaftsverhandlungen sind bis dato zu keinem Ende gelangt. Sie dauern schon zwei Jahre. Wenn wir neue Serviceleistungen für die Krankenversicherten ansprechen, dann müssen die auch bezahlt werden“, meinte der neue Verbandschef.



67 Prozent der Umsätze der öffentlichen Apotheken in Österreich entfallen auf Arzneimittel, die von den Krankenkassen bezahlt werden. Die Median-Apotheke hat im Jahr 2015 einen Gesamtumsatz von 2,832 Mio. Euro gemacht, 2019 waren es 3,174 Mio. Euro. Der Krankenkassenumsatz stieg von 1,914 Mio. Euro auf 2,135 Mio. Euro. Nimmt man den Umsatz mit den Kassenrezepten her, schlägt die sinkende Marge zu: 2011 lag sie für die öffentlichen Apotheken noch bei 18,18 Prozent, 2019 waren es nur noch 14,20 Prozent. Das bedeutet bei zwischen 2010 und 2019 jährlich fast immer sinkenden Großhandelspreisen für Arzneimittel natürlich ein erhebliches Problem. 2019 stieg beispielsweise der Verbraucherpreisindex um 1,5 Prozent, der Pharma-Großhandelsindex um 0,2 Prozent. Das kalkulatorische Ergebnis liegt für die Median-Apotheke bei nur noch 1,8 Prozent.

„Wir sind ‚Umsatzkaiser‘, haben aber immer weniger Gewinn“, stellt Veitschegger fest. „Die Personalkosten steigen. Wir haben wachsende Fixkosten.“ Das könne sich auf Dauer nicht mehr ausgehen. Da müssten die Gespräche mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger eben darauf hinaus laufen, dass für „sinnvolle Leistungen“ für die Krankenversicherten in den Apotheken in Zukunft auch gezahlt werde.

„Das ‚Margenmodell‘ bleibt die Basis. Aber Add-on-Leistungen der öffentlichen Apotheken werden bezahlt werden müssen. Wir haben z. B. Apotheker, die speziell für die Betreuung von Onkologie-Patientinnen und -Patienten ausgebildet sind. Die Medikationsanalyse ist eine ähnliche Sache. Dafür braucht man Zeit und Personal. Das ist ein Aufwand“, sagte Veitschegger.

Neue Tests — die Impfungen

Auf der anderen Seite: Kann man die Medikation optimieren und womöglich vereinfachen, spart das Kosten und reduziert gleichzeitig Komplikationen durch Polypharmazie. Mögliche Leistungen für die Kunden der öffentlichen Apotheken gäbe es genügend. „Wir haben z. B. eine Kooperation mit einem Start-up-Unternehmen für COVID-19-Antikörpertests (neutralisierende Antikörper; Anm.). Das System erlaubt auch Untersuchungen auf den Vitamin D-Spiegel. Dieser ist z. B. wichtig für das Immunsystem. Man könnte auch auf FSME-Antikörper nach der Impfung testen“, sagte Veitschegger. Alles das muss aber auch finanziert werden. Auch die Durchführung von PCR-Untersuchungen mit Kleinlabors direkt in Apotheken werde in Zukunft wahrscheinlich ein Thema werden.

Dabei wären die österreichischen Apothekerinnen und Apotheker durchaus bereit, auch für sie völlig neue Aufgaben zu erfüllen. „Wir haben bereits mehr als 1.500 Apothekerinnen und Apotheker, die sich für die Durchführung von Impfungen ausbilden haben lassen — etwa für die Durchführung von Influenza-Impfungen, wo keine allergischen Reaktionen auftreten.“ Die Ausbildung ist durchaus herausfordernd, wie Teilnehmende berichteten. Längerfristig könnte so ein neues, niederschwelliges Angebot für die Routineimpfungen entstehen — abseits der völlig neuen COVID-19-Impfung und mit Blick auf die Erhöhung der Durchimpfungsraten ganz allgemein.

Ein anderes Thema: Der Apothekerverband ist dabei, eine digitale Plattform für Apotheken für die Einrichtung von Online-Shops zu installieren. Hier hat der Verband die

Präsident des Österreichischen Apothekerverbandes, Thomas Veitschegger



Vorarbeiten in Kooperation mit AGES und Behörden geleistet, um den Apotheken einen sicheren Einstieg zu ermöglichen. Ein anderes Projekt: Schon jetzt gibt es Apotheken, die mit „drd-doctors online“ zusammenarbeiten. „Das sind ‚niedergelassene‘ österreichische Online-Wahlärztinnen und -ärzte, die z. B. eine dringende notwendige Beratung durchführen, wenn Ordinationen geschlossen haben. Das kann auch zu Randzeiten sein“, sagte Veitschegger. Zwar müsse die Patientin oder der Patient für den Service zahlen, Hilfe könne das aber natürlich im Fall des Falles sein.

Personalprobleme in Sicht

Und dann ist da das Personal ein großes Thema für die öffentlichen Apotheken in Österreich. „COVID-19 hat den Personalbedarf steigen lassen. Wir sind bei den Apothekerinnen und Apothekern seit COVID-19 ohne Arbeitslosigkeit“, sagte der neue Verbandspräsident. Es gebe zwar einige arbeitslose Apothekerinnen und Apotheker. Ihrer Zahl stünden aber entsprechend viele offene Stellen gegenüber — mit regionalen Unterschieden.

Personalsorgen gebe es aber auch bei den PKAs und bei sonstigem Personal. Veitschegger: „Wir gehen auf die geburtenschwachen Jahrgänge zu.“ Das würden in Zukunft auch die österreichischen Apotheken zu spüren bekommen. Wobei zumindest bei den Pharmazeutinnen und Pharmazeuten in Zukunft in Österreich vermehrt Ausbildungsangebote vorhanden sein werden. „Im nächsten Jahr wird der erste Jahrgang an Pharmazeutinnen und Pharmazeuten in Salzburg fertig. An der Paracelsus Privatuniversität wurde ein hochkomplexes Studium geschaffen. Zum Teil läuft das gemeinsam mit dem Medizinstudium.“

Auch wirtschaftliche Belange werden berücksichtigt, hinzu kommt auch eine Ausbildung im Krankenhaus. Mit jährlich rund 150 Absolventinnen und Absolventen des Pharmaziestudiums in Wien, 75 bis 100 in Graz und etwas weniger in Innsbruck könnte man prinzipiell für die Zukunft gerüstet sein.

Auch bei den Pharmazeutisch-Kaufmännischen Angestellten tut sich etwas. Veitschegger: „Hier gibt es eine Zusatzausbildung für die ‚Chefunterstützung‘. Das reicht von der EDV bis zum Einkauf und wird sich auch im Kollektivvertrag auswirken.“

Die öffentlichen Apotheken sind hier in Österreich in einer speziellen Situation. Der Verbandspräsident: „80 bis 90 Prozent unserer Angestellten sind Frauen.“ Kinder und Familienleben führen oft zum vorübergehenden (Teil-)Ausstieg aus dem Berufsleben. Die Rückkehr findet dann zumeist über Jahre hinweg in zeitlich reduziertem Ausmaß statt. Hier muss die öffentliche Apotheke eben entsprechend attraktive Rahmenbedingungen bieten und bieten können, um in der Zukunft zu bestehen.

Und dann hat COVID-19 — ähnlich wie in anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens — mittlerweile doch auch zu Zeichen von Überlastung bis hin zum Burn-Out geführt. „Es gibt bei uns durchaus Beschäftigte, die sich überlegen, ob sie nicht in einen anderen Beruf wechseln könnten. Sie fragen sich, ob sie sich das weiterhin antun sollen, unter diesen Belastungen in den Apotheken zu arbeiten“, erklärte der Standespolitiker. Veitschegger: „Wir haben also eine ganze Menge an Themen. Aber wir wollen eben den jetzt vorhandenen ‚Rückenwind‘ für uns nutzen, um Dinge zu verbessern und zu bewegen.“ **P**



PEOPLE

Entscheiden unter Stress

Bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten widmete sich **DR. SILVIA MAIER** von der Jungen Akademie Schweiz, einem Fördernetzwerk zur Unterstützung innovativer, kreativer und interdisziplinärer Projekte, den neuronalen Mechanismen der Entscheidungsfindung und Selbstregulierung. In ihrer Keynote erklärte sie, mit welchen Herausforderungen Menschen konfrontiert sind, wenn sie unter Einfluss von Stress Entscheidungen treffen müssen. | von Mag. Dren Elezi, MA

Bei komplexen Entscheidungen geht es oft darum, sich zugunsten langfristiger Ziele gegen kurzfristige Belohnungen zu entscheiden. Ein klassisches Beispiel dafür ist gesunde Ernährung. Entscheiden wir uns für die gesunde Frucht oder das süße, zuckerhaltige Kuchenstück zur Nachspeise? Bereits eine anstrengende Sitzung am Morgen kann beeinflussen, ob wir nach dem Mittagessen zu einem zusätzlichen Stück Kuchen greifen. „Die gesunde Ernährung entspricht in diesem Fall einem langfristigen lohnenswerten Ziel, während beispielsweise ein Schokoriegel eine Verführung durch den Geschmack und somit eine kurzfristige

Belohnung darstellt, die für das Gehirn sofort verfügbar ist. Diese müsste in diesem Beispiel in jedem Fall abgelehnt werden, um das Langzeitziel, die eigene Gesundheit, zu erreichen“, erklärte Dr. Silvia Maier, Neuroökonomin und Forscherin an der Translational Neuro modeling Unit der Universität Zürich und der ETH Zürich bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. Bei Ernährungsentscheidungen wird das langfristige Ziel einer gesunden Ernährung den kurzfristigen, sofort verfügbaren Zielen, wie dem Belohnungsaspekt durch Geschmack, somit gegenübergestellt. „Die kurzfristige Belohnung und der gute Geschmack arbeiten, wenn man dem Verlangen nachgibt, gegen das langfristige Ziel“, erklärte die Forscherin, die sich seit vielen Jahren damit beschäftigt, wie das Gehirn des Menschen und äußere Umstände die eigene Entscheidungsfindung beeinflussen. In ihren Forschungen versucht die Expertin zu verstehen, wie unser Gehirn uns ermöglicht, Ziele zu verfolgen und zu erreichen.

Der hohe Stresspegel ist ein Faktor, der den Wunsch nach einer sofortigen Belohnung verstärkt.

Silvia Maier

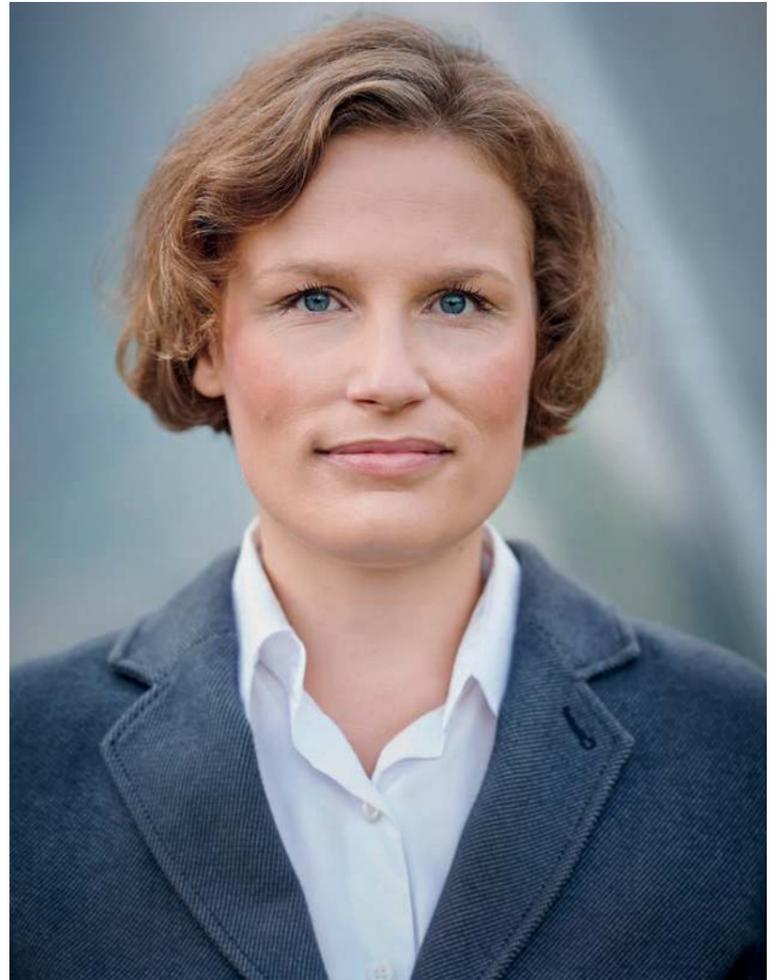
Belohnung darstellt, die für das Gehirn sofort verfügbar ist. Diese müsste in diesem Beispiel in jedem Fall abgelehnt werden, um das Langzeitziel, die eigene Gesundheit, zu erreichen“, erklärte Dr. Silvia Maier, Neuroökonomin und Forscherin an der Translational Neuro modeling Unit der Universität Zürich und der ETH Zürich bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. Bei Ernährungsentscheidungen wird das langfristige Ziel einer gesunden Ernährung den kurzfristigen, sofort verfügbaren Zielen, wie dem Belohnungsaspekt durch Geschmack, somit gegenübergestellt. „Die kurzfristige Belohnung und der gute Geschmack arbeiten, wenn man dem Verlangen nachgibt, gegen das langfristige Ziel“, erklärte die Forscherin, die sich seit vielen Jahren damit beschäftigt, wie das Gehirn des Menschen und äußere Umstände die eigene Entscheidungsfindung beeinflussen. In ihren Forschungen versucht die Expertin zu verstehen, wie unser Gehirn uns ermöglicht, Ziele zu verfolgen und zu erreichen.

Das Marshmallow-Experiment

Selbstregulation spielt laut Maier eine wesentliche Rolle bei der Entscheidungsfindung. „Dazu gibt es das berühmte Marshmallow-Experiment, in dem Menschen ihre Selbstregulationsfähigkeiten anwenden müssen: Kinder bekommen ein Marshmallow, und wenn sie darauf verzichten, es sofort zu essen, bekommen sie später mehr. Reines Zügeln von Impulsen ist dabei nicht der einzige Weg zum Erfolg.

Auswirkungen von Stress auf Entscheidungen

Studien der Universität Zürich beschreiben, wie Stress das Gehirn dazu verleitet, die Selbstkontrolle herabzusetzen, wenn es mit einer Wahl konfrontiert wird. „Menschen, die unter Stress stehen, haben größere Schwierigkeiten bei der Selbstkontrolle als jene, die den Tag entspannt verbringen“, betonte Maier. Bereits mäßiger Stress könne Menschen dazu verleiten, eher zur Schokolade als zum Apfel zu greifen. Die Expertin hob zwar hervor, dass das eigene Selbstkontrollsystem auch unter Stress funktioniere, allerdings sei es für gestresste Probanden deutlich schwieriger, diesen kurzfristigen und sofort verfügbaren Belohnungen zu widerstehen. „Je mehr Geschmack aufgegeben werden muss, desto öfter scheitert die Stressgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe“, erklärte die Forscherin. „Die gelingende Selbstregulation hängt vom erfolgreichem Zusammenspiel der Regionen im präfrontalen Kortex ab, damit langfristige Ziele berücksichtigt werden. Hier ist besonders das Zusammenspiel zwischen Kortex und subkorticalen Regionen wichtig, um Zielsteuerung nicht nur von kurzfristiger Belohnung abhängig zu machen und kluge, langfristige Handlungen zu planen“, erklärte Maier. Hier spielen zwei Bereiche eine wesentliche Rolle. „Der ventromediale Präfrontalkortex, ein Bereich, der beim Entscheiden dafür zuständig ist, abzuwägen, welche Handlungsoptionen vorhanden sind bzw. welche Optionen eine Person bevorzugt. Dieser Bereich muss mit der Region des dorsolateralen Präfrontalkortex korrespondieren, wenn es darum geht, langfristige Ziele zu verfolgen. Ein Zusammenspiel zwischen diesen Gehirnregionen ist wichtig, um die



Silvia Maier von der Jungen Akademie Schweiz

Sonderbeilage Kurier, Erscheinungstermin 18. Juni 2021



Zielsteuerung nicht nur von der kurzfristigen Belohnung abhängig zu machen. Die optimale Selbstkontrolle erfordert ein präzises Gleichgewicht der Interaktionen zwischen den beteiligten Gehirnregionen“, so Maier. Im Fall von gestressten Probanden bedeutet das, dass sie die Selbstkontrolle zwar aktivieren können, dass allerdings in den schwierigsten Entscheidungen die Kontrolle unter Stress zu schwach ist, um einer Versuchung zu widerstehen. Grund dafür ist laut der Expertin das Stresshormon Cortisol, das die kurzfristigen Belohnungssignale verstärkt, während die Stärke des Zielerreichungssignals durch den empfundenen Stress sinkt. Die Fähigkeit zur Selbstkontrolle ist so an mehreren Punkten des neuronalen Netzes empfänglich für Störungen. **P**

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030
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 Krammer | Icahn School of Medicine
- **Schutz vor Corona mit Carrageen — Stand der Forschung** Dr. Andreas Grassauer | Marinomed



Einflussreichster Gesundheits- ökonom Österreichs

Bereits zum achten Mal hat „Die Presse“ gemeinsam mit der „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ und der „Neuen Zürcher Zeitung“ die einflussreichsten Wirtschaftsforscher des Jahres ermittelt. PERISKOP sprach mit **DR. THOMAS CZYPIONKA**, Leiter der Gesundheitsökonomie am IHS, der auf Platz sechs genannt wird über den Wert sowie die Bedeutung derartiger Rankings und die damit verbundenen Gefahren. | von Rainald Edel, MBA

In Krisenzeiten sind Ökonomen besonders gefragt. Das spiegelt sich auch im „Ökonomenranking 2021“ wider. Neben der Basiskategorie Forschung wurden noch die Subkategorien Medien, Politik sowie Social Media bewertet.

PERISKOP: Sie wurden durch die Zeitungen „Die Presse“, „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ und der „Neuen Zürcher Zeitung“ zu einem der bedeutendsten Ökonomen in Österreich gekürt. gekürt. Wie wichtig erachten Sie solche Rankings für die Wissenschaft?

CZYPIONKA: Es ist interessant, dass man bei einer entsprechenden Problemlage, wie sie die Coronakrise darstellt, auch mit einem Nischenthema, das sonst weniger häufig diskutiert wird, auf den insgesamt sechsten Platz eines Rankings kommen kann. Auf den ersten fünf Plätzen liegen Ökonomeninnen und Ökonomen, die sich mit allgemeinen Wirtschaftsthemen beschäftigen, bzw. Direktorinnen und Direktoren von für die Ökonomie relevanten Instituten.

Wird in Folge derartiger Rankings den Aussagen und der Ausführung der genannten Personen noch mehr Bedeutung beigemessen?

Ich würde schon sagen, dass so eine Nennung einen positiven Verstärkungseffekt mit sich bringt. Denn wenn eine Person im Ranking auf einem guten Platz genannt wird, wird sie bekannter. Dadurch wird sie häufiger von Medien gefragt oder von Politikerinnen und Politikern genannt. Allerdings ist das nicht immer gut. Nur weil eine Person in einer Bewertung weit vorne steht, heißt das nicht automatisch, dass sie zu jedem Thema, zu dem sie befragt wird auch die beste Antwort liefern kann. Wir sehen gerade jetzt in der Pandemie, dass viele Personen rasch zu Expertinnen oder Experten erklärt werden, obwohl sie in dem Bereich aktuell gar keine Forschung betreiben. Das überprüfen Journalistinnen und Journalisten zu wenig und gehen stark nach einer bloßen Empfehlung oder danach, wer die markigsten und schlagzeilenfähigsten Aussagen tätigt. Wer in der Pandemie zur Pandemie forscht, hat oft nicht die Zeit, ins ÖR-Mittagsjournal oder ins ZIB-Studio zu kommen. Dadurch passiert eine Art Negativselektion, insofern als dadurch oft Leute gesucht werden und in die Medien kommen, die nicht zu dem Thema forschen aber genügend Zeit haben.

Die Coronapandemie hatte starke Auswirkungen auf die Wirtschaft. Aber auch im Gesundheitssektor selbst zeigen sich die Probleme deutlicher als bisher. Hat die Gesundheitsökonomie durch die Pandemie auch an Bedeutung gewonnen?

Ich fürchte, sie hat in der Pandemie sogar etwas an Bedeutung verloren, weil hier sehr oft medizinisches, epidemiologisches oder virologisches Wissen gefordert wird und ökonomische Expertise oft zu kurz kommt. Dabei

könnte die Gesundheitsökonomie einiges beitragen, um die Pandemie effizienter in den Griff zu bekommen. Allerdings sind manche ökonomischen Aspekte nur sehr schwer vermittelbar, da die ökonomische Expertise sowohl bei Entscheidungsträgern als auch in der Gesamtbevölkerung nicht sehr gut ist.

Wäre es nicht wichtig, dass Ökonomeninnen und Ökonomen genau diese Zusammenhänge viel stärker öffentlich äußern? Oder ist das eine Botschaft, die einfach nicht ankommt?

Ich glaube, dass in der momentanen Situation die öffentliche Stimmung sehr aufgeregt ist und jedwedes rationales Argument nicht sehr gut zieht. Solche Botschaften muss man der Politik aber auch der Bevölkerung in einer weniger aufgeregten Situation versuchen, näherzubringen.

Neben der Kategorie Forschung wurde auch die Kategorie Medien bewertet. Inwieweit ist es für Forschende wichtig, in Publikumsmedien vertreten zu sein?

Ich glaube, es ist Pflicht der Wissenschaft aufzuklären und nicht nur darauf zu achten, in irgendwelchen wissenschaftlichen Journalen, die weder die Öffentlichkeit noch die Politik oder andere Entscheidungsträger lesen, vertreten zu sein. Daher ist es wichtig, Erkenntnisse öffentlich zu äußern. Dass diese dann oft nicht gehört werden, liegt daran, dass wir hierzulande eine unzureichend ausgeprägte Kultur in Bezug auf Wissenschaft haben.

Gerade jetzt in der Coronapandemie kommt es zu einer bislang unüblichen Häufung von Auftritten akademischer Expertinnen und Experten. Besteht hier nicht die Gefahr, dass akademisch auszutragende Diskurse plötzlich zu Diskussionen in der breiten Allgemeinheit werden und in Folge zu mehr Verunsicherung als zur Klärung beitragen?

Das hängt von der Kultur in einem Land ab. Z. B. werden in England sehr viel mehr Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler befragt und zu Debatten eingeladen. Dies ist bei uns erst seit der COVID-19-Krise in namhaftem Umfang der Fall. In einem Land, in dem dies keine Tradition hat, kann es manchmal sogar etwas verstörend wirken, wenn eine Expertin bzw. ein Experte etwas sagt und andere richten ihm in den Medien etwas dazu aus. Wenn es dazu keine Tradition gibt und dieser Diskurs nicht verstanden wird, kann das auch schädlich sein.

Wenn man sich die Kritik an den Regierungen derzeit ansieht, dann wird einerseits vorgeworfen die Politik höre zu wenig und gleichzeitig zu viel auf die Wissenschaft. Welchen Input soll und kann die Wissenschaft der Politik liefern?

In Österreich fehlt es an Transparenz in der Diskussion und in der Beratung der Politik. Nicht verwunderlich, dass oft auch keine



Thomas Czipionka ist auch Vizepräsident des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE – Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung



Das gesamte Ranking finden Sie unter:

www.diepresse.com/6034300/wer-die-einflussreichsten-ökonominnen-und-ökonomisten-sind

1	Ernst Fehr UZH Zürich 537 Punkte	1	17	9
2	Christoph Badelt Wifo Wien 451 Punkte	16	1	2
3	Gabriel Felbermayr IWH Kiel, desgen. Wifo Wien 315 Punkte	7	2	4
4	Margit Schratzenstaller Wifo Wien 281 Punkte	15	11	1
5	Monika Köppl-Turyna Eco Austria 258 Punkte	13	6	3
6	Thomas Czipionka IHS 198 Punkte	8	3	11
7	Friedrich Schneider UZH Linz 182 Punkte	3	8	16



Rechtfertigungsnotwendigkeit gesehen wird, zu begründen, weshalb eine bestimmte Entscheidung getroffen wurde. Das fällt uns jetzt in der Pandemie massiv auf den Kopf, weil das Vertrauen nicht da ist. Denn wenn man so massive Einschnitte setzt und keine Hinweise nennen kann, weshalb man das macht, geht viel Vertrauen verloren. Das heißt, wir müssen weg von der Unkultur, bei der in einem Hinterzimmer ausgesuchte Personen — vielleicht nicht einmal ausgewiesene Expertinnen und Experten für ein Thema, sondern persönliche Bekannte — die Politik beraten.

Ausgewiesen wurde ja auch die Anzahl der Tweets, welche die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gepostet haben. Inwieweit ist es wichtig und notwendig, dass man seine Erkenntnisse, Standpunkte, etc. auch via Social Media mit der Bevölkerung teilt?

Wissenschaft hat eine Rechtfertigungsnotwendigkeit. Wenn Wissenschaft als Entscheidungsgrundlage der Politik dient, dann besteht auch eine Rechtfertigungsnotwendigkeit gegenüber der Bevölkerung. Social Media bietet dazu eine gute Möglichkeit. Es gibt natürlich bei Social Media auch Aspekte, die ich durchaus problematisch sehe, beispielsweise, dass Äußerungen ungefiltert und ohne Beweise einfach verbreitet werden können und große Gefolgschaft finden. Einem echten intensiven Diskurs mit professionellen Twitterern können sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler allerdings leider oft nicht aussetzen. Denn dazu fehlt die Zeit. **P**



PEOPLE

Digitalisierung und Frauen

Mehr Frauen in (Health-)IT-Berufen — ein Plädoyer

Trotz zahlreicher **BEMÜHUNGEN ZUR STEIGERUNG DES FRAUENANTEILS IN MINT-BERUFEN** gelten der IT- und im Speziellen der Health-IT-Bereich nach wie vor als männlich besetzte Domänen. Dr. Irene Fialka, CEO des Universitären Business Inkubators (UBI) IINITS und Managing Director von Health Hub Vienna, und Prof. Dr. Reinhard Riedl, Leiter des transdisziplinären BFH-Zentrums Digital Society an der Berner Fachhochschule, diskutierten die dahingehenden gesellschaftlichen Gründe, Herausforderungen und Lösungsansätze im Gespräch mit PERISKOP. | von Lisa Türk, BA

Der Anteil der Frauen bei Ausbildungsabschlüssen im Informatikbereich lag in der Schweiz vor zwei Jahren bei lediglich elf Prozent. Auch in Österreich bestehen in puncto Besetzung der MINT-Fächer, respektive -Berufe, nach wie vor gravierende geschlechterspezifische Unterschiede. Ausgehend von den tendenziell rückläufigen Zahlen weiblich besetzter Stellen im IT-Bereich, hat Dr. Irene Fialka gemeinsam mit einem Gründerinnen-Team die Initiative Women in Health IT (w-HIT) ins Leben gerufen — mit der Mission, einerseits Digitalisierung und Personalisierung im Gesundheitssystem als Chance zu nutzen und andererseits historisch gewachsene gesellschaftliche Rollenmodelle aufzuzeigen, um die IT-Domäne für junge, vor allem aber weibliche Talente attraktiver zu machen. „Frauen sind in den Bereichen Medizin und Digitalisierung der Medizin

unterrepräsentiert. Eines der Hauptziele von Women in Health IT ist es, dem Gender Bias entgegenzuwirken“, betont Fialka.

Gender Equality von Kindheit an

Die Gleichstellung der Geschlechter ist gesellschaftlich betrachtet ein allgegenwärtiges und sehr komplexes Thema, das unzählige Faktoren miteinander vereint. Vor allem aber stellt Gender Equality eine generationenübergreifende Herausforderung dar. Die steigende Lebenserwartung der Menschen geht mit einer Intensivierung von Generationenkonflikten einher. „Werden die Menschen immer älter, bleiben auch tradierte Muster und Normen länger erhalten. Zudem wird der Abstand zwischen den Generationen immer größer, Großeltern kümmern sich im Alltag oftmals um ihre Enkelkinder, welchen sie — meist unterbewusst — Werte weitergeben, die sich zum Teil jedoch nicht mit jenen Werten decken, die

für die jüngere Generation wünschenswert und fortschrittlich wären“, so Fialka.

Geschlechterbezogene Bilder und Vorstellungen entwickeln sich laut der Expertin zumeist bereits in jungen Jahren. Erziehung sowie soziales, aber auch schulisches Umfeld sind maßgeblich an der Vermittlung von Rollenbildern und Förderung von Talenten beteiligt. „In vielen Fällen führt ein unterbewusst internalisiertes Verständnis stigmatisierter geschlechterspezifischer Eigenschaften dazu, dass etwa ein mathematisches Talent bei einem Mädchen nicht erkannt und somit auch nicht gefördert wird“, erläutert Fialka. So zeigen sich auch im Zuge der PISA-Studien nach wie vor erhebliche geschlechterspezifische Leistungsunterschiede in den Bereichen Mathematik und Naturwissenschaft. Nicht außer Acht zu lassen ist zudem das seit eh und je — auch wohl aus Gründen einer vereinfachten Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie — weiblich besetzte elementarpädagogische Berufsbild. Fialka holt an dieser Stelle weiter aus und beruft sich auf eine Studie, im Zuge welcher in Großbritannien Eltern zu den schulischen Interessen und Vorlieben ihrer Kinder befragt wurden. Die Schülerinnen und Schüler erhielten die gleiche Fragestellung. Die größte Differenz in der Wahrnehmung von Eltern und Kindern zeigte sich im Fach Informatik: Während 30 Prozent der befragten Mädchen angaben, Informatik zu mögen, schätzten lediglich fünf Prozent ihrer Eltern das Fach als Interessensbereich ihrer Tochter ein. Im Zuge nachfolgender Analysen und Gespräche stellte sich heraus, dass viele Eltern aus Angst, das eigene Kind in einem Fach nicht ausreichende Unterstützung zu können, ihre eigenen Defizite unterbewusst auf ihre Kinder projizierten. „Dieses psychologische Phänomen lässt in intensiver Form auch beim Lehrpersonal beobachten. Ein Fach, wie etwa Informatik, zu unterrichten, in dem die eigenen Kompetenzen und vielleicht auch die eigene Ausbildung bescheiden sind, ist stets eine Herausforderung“, resümiert Fialka.

Ebenso hat eine vor einigen Jahren in Österreich durchgeführte Studie den Bias verdeutlicht, der bereits bei Volksschulkindern selbst besteht. Die befragten Mädchen und Buben hatten dabei bereits sehr klare und vorgefertigte Vorstellungen von typisch weiblichen bzw. männlichen Stärken und Schwächen. Um diesbezügliche Rollenbilder nachhaltig aufzuweichen und letztlich zu demontieren, gilt es laut Fialka, bereits von Kindesbeinen an ein anderes und geschlechterneutrales Verständnis von Verhaltensweisen und Vorlieben zu vermit-



Für eine gesamtgesellschaftliche Weiterentwicklung in Richtung Gender Equality braucht es Awareness auf beiden Seiten.

Irene Fialka

keln. Denn diese hängen stets eng mit der Wahl der Ausbildung, des Studiums und letztlich des Berufes zusammen.

Genderneutraler und chancengleicher Zugang zu Ausbildungen

Prof. Dr. Reinhard Riedl verweist an dieser Stelle auf Schweizer Studien, denen zufolge ein unbewusster Gender Bias auch bei jungen, frisch ausgebildeten Lehrerinnen beobachtbar ist — sogar nach einer expliziten Schulung für den Informatikunterricht. Trotz über aktueller 600 Projekten und Initiativen, das Interesse von Mädchen und jungen Frauen für den IT-Bereich zu wecken, nimmt das allgemeine Interesse für IT- und MINT-Berufe laut Umfragen derzeit zwischen dem Alter von 14 und 20 Jahren ab. Riedl unterstreicht im Kontext von Ausbildung und Studium vor allem den chancengleichen und gendergerechten Zugang. „Genderneutraler Unterricht ist zu wenig. Er muss in der Schule gendergerecht sein. An der Hochschule sollte das Studium so gestaltet werden, dass Vorerfahrungen, beispielsweise im Programmieren, keinen Vorteil bringen. Dies bietet für Frauen und Männer, für Programmierfähige wie für Nicht-Programmierer erfahrene Vorteile“, so Riedl. Damit sei man in Amerika bereits erfolgreich, wie auch die teils 50-prozentigen Quoten weiblicher Absolventinnen im IT-Bereich zeigen.

Für Fialka liegen die Interessensabnahme für den IT-Bereich und die geschlechterspezifisch ungleichen Verhältnisse im Kontext der Ausbildungen vor allem in Studieneignungs- und Aufnahmeprüfungen begründet. „Hier gilt es allerdings, noch weiter zurückzudenken. Mädchen, die immer wieder hören, dass Mathematik und Informatik nichts für sie seien, glauben das letztlich wirklich. Die Folge: Sie sind oftmals eingeschüchtert und trauen sich nicht, sich für ein Studium zu bewerben. Ich halte es für sehr wichtig, die allgemeine Awareness dahingehend zu steigern und junge Mädchen sowie Frauen in ihrem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Neigungen zu stärken.“

Laut Reinhard Riedl ist auch ein gendergerechter, anstatt genderneutraler Ansatz anzudenken, da Effekte und Veränderungen im Hinblick auf einen Gender Bias hier rascher zu erreichen sind. „Es wäre ebenso wichtig, Mädchen das für den Informatikbereich charakteristische Experimentieren und Ausprobieren näher zu bringen. Dies könnte beispielsweise über Framings oder Settings erfolgen, in denen es um für Mädchen interessante Themen geht“, so der Experte. Optisch ansprechenderes und ästhetisches Spielzeug, das auch Mädchen zum Experimentieren und Erforschen einlädt, könnte laut Riedl einen potenziellen Lösungsansatz darstellen.

Fialka ergänzt an dieser Stelle die Relevanz einer zumindest „optischen Verteilung“ als Instrument gegen vorgefertigte Rollenbilder, Denkweisen und Wahrnehmungen. „Wenn wir ständig sehen, dass nur Männer Informatik oder Mathematik unterrichten, prägt sich dieses Bild in unser Gedächtnis ein und wird im Laufe der Zeit zu einer Art self-fulfilling-prophecy. Ein 50:50-Verhältnis wäre bereits ein wichtiger Schritt.“

Frauenquote und Women in Health IT

Um die wirtschaftliche und zielgerichtete Kreativität der beteiligten Akteure zu steigern, wäre es laut Reinhard Riedl ebenso eine Option, zum Großteil männlich belegte

Studiengänge, wie etwa Informatik oder Wirtschaftsinformatik, nur nach erfolgter Erfüllung einer gewissen Frauenquote zu starten. „Die Frauenquote gilt allerdings in den Köpfen der Menschen aktuell als eher negativ besetztes Instrument. Es gilt daher allenfalls, dieses Konzept politisch besser und ansprechender zu vermitteln“, gibt Fialka im Zuge eines politischen Appells zu bedenken. Sie ergänzt hier auch den Aspekt der COVID-19-Pandemie. Diese hat in den vergangenen ein- und einhalb Jahren — wohl großteils auch aufgrund zusätzlicher Kinderbetreuungszeiten, die meist von Frauen abzudecken waren — zu deutlichen Rückschritten in puncto Frauenquote geführt — vor allem in Führungspositionen. „Es ist ein psychologisch gut erklärbares Phänomen, sich in Krisenzeiten auf tradierte, bewährte und in diesem Kontext patriarchale Strukturen und Muster zu berufen“, erläutert Fialka.

Gerade hier setzt nun Women in Health IT an. Neben dem Fokus auf Digitalisierung, Präzisionsmedizin und in weiterer Folge qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für Männer und Frauen gleichermaßen, hat sich die Initiative zum Ziel gesetzt, vor allem Frauen und deren Talente im Berufsfeld der Digitalisierung und Informatik zu stärken, zu repräsentieren und damit eine Vorbildwirkung mit nachhaltigem Effekt in Richtung Gender Equality zu erzielen. „Dazu braucht es einerseits insbesondere die Integration von Frauen auf der Entscheidungsebene genauso wie in jedem anderen Bereich. Andererseits benötigt es Diversität sowohl im Hinblick auf Gender als auch Kultur, Kooperationen mit ähnlichen Netzwerken und den Austausch innovativer Köpfe, um die allgemeine Awareness zu steigern. Hier besteht weiterhin

großes Entwicklungspotenzial für Women in Health IT“, so Fialka.

Verantwortung auf beiden Seiten

In puncto Diversität hebt die Expertin besonders die Wichtigkeit, sowohl Frauen als auch Männer in die Thematik der Gender Equality mit einzubeziehen, als Kernphilosophie von Women in Health IT hervor. Der intensive Austausch unter den Geschlechtern führt auch auf männlicher Seite zu mehr Awareness und Sensibilisierung dieser Thematik gegenüber. „Um wirklich voranzukommen, Rückschritte zu vermeiden und Fortschritte sowie gesamtgesellschaftliche Weiterentwicklung zu beschleunigen, braucht es Aktionen und Bewusstsein auf beiden Seiten“, unterstreicht Fialka. Ein dahingehend wichtiger Schritt sei, auch den Anteil der Männer in frauendominierten Berufen zu erhöhen und dies der Gesellschaft als etwas Positives, Erstrebenswertes und Normales zu vermitteln. Zudem sei die Rolle des Mannes in der Kinderbetreuung in Form einer etablierten Väterkarenz zu stärken — ein Appell auch an die Betriebe, hier aktiv(er) zu werden. „Nur indem alle Akteurinnen und Akteure gemeinsam an einem Strang ziehen, können wir alteingesessene gesellschaftliche Muster, Rollenbilder und geschlechterspezifische Benachteiligungen beschleunigt und nachhaltig überwinden.“ Abschließend betont Fialka, wie wichtig es letztlich ist, stets auch die eigenen Denkmuster und Handlungsweisen im Zusammenhang mit einem potenziellen unterbewussten Gender Bias zu hinterfragen. Auf diese Weise übernimmt jede Einzelne, jeder Einzelne Verantwortung in einem gesamtgesellschaftlich höchst relevanten, allgegenwärtigen und allumfassenden Diskurs. 

Von einem chancengleichen Zugang zu Ausbildungen im IT-Bereich profitieren beide Geschlechter gleichermaßen.

Reinhard Riedl





PERFORMANCE

Gesunde Zukunft | Folge 3

Goldstück Primärversorgung

Primärversorgungseinheiten bieten heute teamorientierte, niederschwellige und nachhaltige Lösungskonzepte für die Gesundheitsversorgung von morgen.



Sie gelten als Hoffnungsträger für ein weitsichtig und interdisziplinär aufgestelltes Gesundheitssystem: Primärversorgungszentren positionieren sich im Kampf gegen den regionalen Ärztinnen- und Ärztemangel als attraktives Zukunftsmodell der Allgemeinmedizin und setzen einen Meilenstein in der Behandlung von Patientinnen und Patienten.

Es ist die Mischung, die es ausmacht: Gesundheitsnetzwerke vereinen unterschiedliche Disziplinen unter einem Dach und ermöglichen damit Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten, die den Menschen auf Basis eines integrativen Versorgungskonzepts in seiner Ganzheitlichkeit sehen.

Geht es beispielsweise um psychotherapeutischen Unterstützungs-

bedarf, haben Primärversorgungseinheiten großes Potenzial, zur Enttabuisierung psychischer Belastungen beizutragen: Wenn es zur Selbstverständlichkeit wird, dass Allgemeinmedizin und Psychotherapie unter einem

Dach zusammenwirken, schwinden die Hemmschwellen dahingehend, der Psyche die gleichrangige Bedeutung wie dem Körper zu verleihen. Wir brechen damit nach und nach vorherrschende Tabus, was insbesondere in der Zeit der Pandemie, in der seelische Belastungen erheblich ansteigen, essenziell ist. In Primärversorgungszentren finden sich neben der Allgemeinmedizin bzw. der hausärztlichen Akutbetreuung sowie psychotherapeutischen Begleitung hervorragende Angebote — von der Gesundheitsvorsorge und Diabetes-Betreuung



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

über Akut-Labore oder Wundmanagement bis hin zu Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Sozialarbeit, Pflegeberatung oder telemedizinischen Services. Die Patientinnen und Patienten profitieren von einem breit aufgestellten Behandlungsspektrum sowie flexiblen Öffnungszeiten. Internationale Studien und Erfahrungen bestätigen, dass sich eine Stärkung der primären Gesundheitsversorgung deutlich positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirkt, wie es sich beispielsweise in den Niederlanden, Belgien und den skandinavischen Ländern seit Jahren zeigt.

Auch aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte bzw. Therapeutinnen und Therapeuten ist das Arbeiten im Team, bei guter Work-Life-Balance, attraktiv, finanzielle Risiken werden geteilt, man sieht Patientinnen und Patienten auch dann gut behandelt, wenn man auf Urlaub ist.

Der Blick in die Zukunft der Primärversorgung zeigt jedoch sehr deutlich, dass neben all diesen Chancen verbesserte Rahmenbedingungen erforderlich sind: Medizinerinnen und Mediziner brauchen eine langfristige finanzielle Absicherung, die über die aktuelle fünfjährige Pilotphase hinaus reicht, sowie flexiblere Ausschreibungen und Vergaben von Kassenstellen. Die Steiermark ist führend bei der Errichtung von Primärversorgungszentren und setzt konsequent auf den weiteren Ausbau der primären Gesundheitsversorgung. Bis 2025 ist eine Aufstockung der derzeit zwölf Einrichtungen auf 30 Einheiten geplant.

Gemeinsam wissen wir mehr — dieser Grundsatz gilt auch in der Primärversorgung. Wir können den Menschen dann die beste medizinische Versorgung bieten, wenn wir groß denken, uns interdisziplinär aufstellen und den visionären Austausch mit anderen Fachexpertinnen und -experten nicht nur zulassen, sondern aktiv anregen. **P**

Buchvorstellung

Raus aus der Pflegefalle

Dieses Buch thematisiert Maßnahmen, die sich gegen eine Pflegebedürftigkeit im Alter bewähren, und wie die Selbständigkeit von älteren Menschen erhalten und wiedergewonnen werden kann.

Die Rufe nach Veränderung beim Thema Pflege werden immer lauter. Die Behandlung der akuten Probleme reicht nicht — es braucht vor allem ein funktionierendes Präventionskonzept. Entscheidend für die Zukunft des Pflegewesens sei vor allem die Prävention vor Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit. „Pflegefalle“, „Pflegereform“ und das Schlagwort vom „Pflegekräftemangel“ kennzeichnen viele diesbezüglichen Diskussionen in Österreich. In ihrem neu veröffentlichten Buch „Raus aus der Pflegefalle“ weisen Mag. Barbara Fisa, MPH, Univ. Prof. Dr. Norbert Bachtl und Dr. Alexander Biach darauf hin, dass ein Großteil der chronischen Erkrankungen und deren Risikofaktoren durch persönliches Verhalten bzw. den Lebensstil vermieden bzw. verhindert und insbesondere deren Progredienz minimiert werden kann. Die Autorin und die Autoren gehen diesem Phänomen auf den Grund und schildern, welche gesundheitspolitischen Maßnahmen sich im Kampf gegen eine Pflegebedürftigkeit im Alter bewähren.

Problemlösungen zur Reduktion der Pflegenotwendigkeit

Das vorliegende Buch macht es sich zur Aufgabe, Möglichkeiten aufzuzeigen, die

zur Verwirklichung der vorhin genannten Ziele wesentlich beitragen können. Es bietet Problemlösungen zur Reduktion der Pflegenotwendigkeit, die auf den entsprechenden Voraussetzungen für eine zukunftsorientierte Gestaltung des Gesundheitssystems beruhen. Die Autorin und die Autoren beleuchten dabei den Gesundheitsbereich aus allen Perspektiven und analysieren die zu erwartenden Entwicklungen, den Einfluss der Pflegefälle auf die (Volks-)Wirtschaft und gehen der Frage nach, wie man für die Menschen im Digitalzeitalter neue praxisnahe Angebote schaffen kann. In ihrer Analyse betrachten sie medizinische Aspekte, soziale Fragestellungen und politische Herausforderungen — als Pflegefall, Pflegepersonal, angehörige Person, Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber, Dienstnehmerin bzw. Dienstnehmer oder Ärztin bzw. Arzt. Von der bestehenden Problematik der negativen Konsequenzen von chronischen Erkrankungen auf Multimorbidität und Immobilität im Altersgang ausgehend, werden zunächst die wichtigsten Fakten über das Gesundheitssystem in Österreich sowie die Pflege, insbesondere bezogen auf Kosten und Arten der Pflege, dargelegt. Zudem erklärt es praxisnah, wie jeder und jede mit den richtigen

Präventionsmaßnahmen und einem achtsamen Lebensstil, sein Risiko, ein Pflegefall zu werden, maßgeblich verringern kann. Es unterstützt die Entscheidungen verantwortlicher politischer Entscheidungsträger, gibt aber auch Hinweise auf Lebensstiländerungen, die jeder für sich persönlich vornehmen kann. Die Autorin und die Autoren schlagen vor, einen Best-Agers-Bonuspass einzuführen, der bei Einhaltung bestimmter Zielvorgaben Bonusleistungen im Sinne einer Gesundheitserhaltung und Gesundheitsverbesserung anbietet. Damit sollen Motivation, Eigenverantwortung und Nachhaltigkeit in der Prävention erzielt werden. Wesentlich und als Basis aller Vorschläge wird die Implementierung von e-Health erachtet, also die Digitalisierung aller Leistungserbringer sowie der entsprechenden Leistungen in einem zentralen Datensystem. Zudem betonen sie, dass die Themen Pflege und Pflegeprävention oft nicht die Aufmerksamkeit erhalten, die sie verdienen. Durch gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Maßnahmen könne, so die Expertin und die Experten, die Selbständigkeit von älteren Menschen erhalten, gefördert oder sogar wiedergewonnen werden. **P** MAG. DREN ELEZI, MA



Das Buch

Raus aus der Pflegefalle

Seitenzahl: 143 Seiten

Autoren:

Barbara Fisa, Norbert Bachtl, Alexander Biach

Preis: 30,83€

Verlag: Springer-Verlag Berlin Heidelberg

ISBN-Nr.: 978-3-662-63395-3

Wohnortnahe Versorgung — auch in Zeiten der Pandemie

Bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten betonte **DR. REINGARD GLEHR, ALLGEMEINMEDIZINERIN UND MITGLIED DER INITIATIVE „ÖSTERREICH IMPFT“**, dass es im Kampf gegen COVID-19 nicht nur wichtig sei, über Intensivkapazitäten und deren mögliche Überlastung zu sprechen, sondern auch über wohnortnahe Versorgung, die eine ebenso wichtige Rolle spielt. Denn man dürfe im Diskurs nicht vergessen, dass im niedergelassenen Bereich die Versorgung der vielen nicht intensiven Fälle erfolgt. | von Mag. Dren Elezi, MA

Wer bisher von klassischer wohnortnaher Versorgung sprach, meinte meist wohl eher eine Hausärztin, einen Hausarzt, oder eine Apotheke in der Umgebung. Inzwischen haben sich die medizinischen Ansprüche gewandelt, weshalb eine neue Primärversorgung auch als wichtiger Baustein in der Modernisierung des Gesundheitssystems betrachtet wird. Das Ziel: In Primärversorgungseinheiten sollen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen zusammenarbeiten und so eine umfassende wohnortnahe Versorgung mit erweiterten Öffnungszeiten sowie eine gemeinsame Patientenbetreuung garantieren. Zwar gibt es in Österreich bereits vereinzelt solche Zentren und Netzwerke, doch sollen diese in Zukunft noch stärker ausgebaut werden. Expertinnen und Experten betonen einhellig die Wichtigkeit dieses Modells. Eine von ihnen ist Allgemeinmedizinerin Reingard Glehr, Sprecherin der Initiative „Österreich impft“. Im Rahmen der 6. PRAEVENIRE Gesundheitstage erklärte die Ärztin in ihrer Keynote, warum die Primärversorgung und die Zusammenarbeit der verschiedenen dort tätigen Gesundheitsberufe vor allem während der Coronapandemie wichtig sind. „Es braucht die Betreuung und das Monitoring von leichten und mittelschweren Erkrankungen zu Hause, um die Spitäler zu entlasten und Kapazitäten dort freizuhalten. Und dazu braucht es aufsuchende Dienste, wie es eben Hausärztinnen und Hausärzte sind, aber eventuell in der Zukunft auch Pflegekräfte, um das Hausärztesystem in gewissen Bereichen zu entlasten, bzw. deren Kompetenzen zu nutzen. Außerdem braucht es eine Nachbetreuung aller COVID-19-Erkrankten — insbesondere bei psychischen und körperlichen Post-COVID-19-Syndromen“, erklärte Glehr. Vor allem im psychischen Bereich sei die Betreuung zunehmender Angststörungen ein wesentlicher Punkt. Es sei laut der Expertin vor allem zu Beginn der Pandemie für Betroffene sehr schwierig gewesen, einen psychotherapeutischen Dienst aufzusuchen. „Zwar gab es zahlreiche Hotlines, aber diese sind nicht immer die Lösung“, so Reingard Glehr.

Vertrauensfördernde Maßnahmen in Zeiten der Pandemie notwendig

Wie in jeder Krise wächst mit der Verunsicherung der Menschen auch das Bedürfnis nach Informationen. „Es braucht auch hier Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzte, die sich besonders in Zeiten der Pandemie als essenzielle Begleiter und Ratgeber um die Sorgen der Patientinnen und Patienten kümmern können“, so Glehr. Zahlreiche Studien bestätigen, so die Allgemeinmedizinerin, dass deren Verfügbarkeit und Zuwendung bei



Die Bevölkerung wünscht sich eine kontinuierliche, niederschwellige, wohnortnahe medizinische Betreuung durch die Hausärztinnen und Hausärzte.

Reingard Glehr

Genesung eine wichtige Rolle spielen und für die Menschen wichtige Aspekte sind, die man nicht außer Acht lassen darf. „Eine Studie des Marktforschungsinstitutes IMAS 2018 hat ergeben, dass die österreichische Bevölkerung sich eine kontinuierliche, niederschwellige, wohnortnahe medizinische Betreuung wünscht — vor allem durch die Hausärztinnen und Hausärzte“, erläuterte Glehr.

Zudem betonte sie: „Was braucht es, um eine wohnortnahe Versorgung sicherstellen zu können? Ein wichtiger Punkt sind sichere und verlässliche Informationsquellen. Es braucht daher eine direkte Kommunikation von Politik und den oberen ausführenden Gesundheitsplayern an die ausführenden Gesundheitsdienste, damit entsprechende Informationen an die Patientinnen und Patienten weitergeleitet werden. Denn es hat sich gezeigt, dass viele Menschen besonders während der Anfangsphase der Coronakrise durch die Informationsflut, mit der sie konfrontiert wurden, heillos überfordert waren. Und das in einer Phase, in der noch relativ wenig über COVID-19 bekannt war.“

Sonderbeilage Kurier, Erscheinungstermin 18. Juni 2021



Chancen für Netzbildung

Die Coronakrise hat dem österreichischen Gesundheitssystem deutlich seine Verwundbarkeit vor Augen geführt. Vor allem in ländlichen Gegenden, in welchen die Anzahl der Hausärztinnen und Hausärzte von Grund auf bereits gering ist, fällt in einem solchen Szenario die Erstanlaufstelle für Patientinnen und Patienten aus. „Netzwerke sind daher vor allem in ruralen Gegenden essenziell, weil es hier vor allem um Informationsaustausch geht, aber auch um Kompensation bei Ausfall einzelner Ärztinnen und Ärzte sowie der regionalen Krankenhäuser. Auch die Nutzung struktureller und logistischer Synergien, wie wir es beim Testen und beim Impfen sehen, wo sich Hausärztinnen und Hausärzte zusammenschließen und gemeinsame Impfstraßen nutzen, um möglichst viele Menschen in kurzer Zeit impfen zu können, funktioniert das nur durch Netzbildung, so die Expertin. Zudem bräuchte es eine geteilte Verantwortung hinsichtlich Monitoring von Patientinnen und Patienten, eine gemeinsame Supervision bzw. Intervention und eine gegenseitige psychische Entlastung“, forderte Glehr.

Informationsgeber für die Bevölkerung

Ein positives Beispiel, wie die dezentralen und zentralen Strukturen zusammenarbeiten können, zeige sich vor allem beim Testen und Impfen. „Durch soziale Medien entstehen oftmals Unsicherheiten und falsche Eindrücke, mit denen Patientinnen und Patienten zu uns kommen, wo wir dann bestmöglich versuchen zu helfen und zu beraten. Hier sind wir Ärztinnen und Ärzte und auch die anderen Gesundheitsberufe ein wichtiger Informationsgeber für die Bevölkerung“, so Glehr abschließend. P



Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021

KEYNOTES

- **Wohnortnahe Gesundheitsversorgung in Slowenien-Impulse für Österreich** Prof. Dr. Erika Zelko | Uni Maribor, Abt. für Allgemein- und Familienmedizin
- **Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung im Pandemiefall: Lektionen aus der Coronapandemie für die Zukunft** Dr. Reingard Glehr | Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin in der Allgemeinmedizin, Initiative „Österreich impft“
- **Chancen und Herausforderungen niederschwelliger Aufklärungskommunikation im Pandemiefall** OA Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dipl.-Ing. Dr. med. Hans-Peter Hutter | MedUni Wien, Zentrum für Public Health
- **Wohnortnahe Versorgung aus Sicht der Niedergelassenen** MR Dr. Johannes Steinhart | Vizepräsident und Obmann der Kurie niedergelassene Ärzte der Ärztekammer für Wien

PODIUMSDISKUSSION

- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD | Ärztekammer Wien
- Dr. Alexander Biach | Wirtschaftskammer Wien
- Andreas Huss, MBA | ÖGK, Arbeitnehmer Obmann
- Mag. Elisabeth Potzmann | ÖGKV
- Mag. Michael Prunbauer | NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft
- Dr. Erwin Rebrandl | OBGAM, AM Plus
- Prof. Dr. Reinhard Riedl | Berner FH



PERFORMANCE



Die Intramuralen: Wo geht die Reise hin?

Die Pandemie hat gezeigt, dass eine **STARKE ROLLE DER ÖSTERREICHISCHEN ANSTALTSAPOTHEKEN** die beste Voraussetzung für die Krisenfestigkeit und Qualität des heimischen Versorgungswesens darstellt. Anerkennung und Wertschätzung seitens der gesundheitspolitischen Verantwortlichen außerhalb der Spitäler wird den Hospital Pharmacists allerdings kaum zuteil. | von Mag. Christian Lenoblee

Für Verwunderung und Unmut bei den Krankenhausapotheken sorgte Ende September die Präsentation eines Rechnungshofberichts (aus dem Jahr 2018) im Rechnungshofausschuss des Nationalrats. Unter dem Titel „Arzneimittelbeschaffung für ausgewählte Krankenanstalten in Salzburg und Tirol“ wurden unter anderem die Nichteinhaltung von vergaberechtlichen Bestimmungen bei der Medikamentenbeschaffung, mangelnde Nutzenbewertung von Arzneimitteln und eine Kostenexplosion aufgrund überhöhter Einkaufspreise kritisiert. „Leider eine Vermischung von Kraut und Rüben, aus der sachlich nicht fundierte Rückschlüsse gezogen wurden“, meinte Mag. pharm. Günter Fellhofer, vormals Landesapotheker Salzburg, zur Berichtspräsentation und scheint damit der gesamten heimischen Zunft der Hospital Pharmacists aus der Seele zu sprechen. „Man kann aus den durch innovative Therapien bedingten Ausgabensteigerungen und den Kostenerhöhungen aufgrund von Lieferschwierigkeiten doch nicht darauf schließen, dass die Apotheken schlecht, bzw. zu überhöhten Preisen eingekauft haben. Der Krankenhauspharmazie Plan- und Prozesslosigkeit sowie schlechtes Management vorzuwerfen, zeugt von Unkenntnis. Das genaue Gegenteil ist der Fall“, so Fellhofer, der den Krankenhausapotheken in Österreich ein ausgezeichnetes Zeugnis ausstellt. Wie ist es um das berufliche Selbstverständnis der heimischen Hospital Pharmacists bestellt? Welchen Beitrag leisten sie zur Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten? Welche Aufgaben erfüllen sie im Alltag und insbesondere in Pandemiezeiten? Und wie werden ihre Leistungen sowohl krankenhausern intern als auch aus der (politischen) Außenperspektive beurteilt? Mit diesen Fragen konfrontierte das PRAEVENIRE Gesundheitsforum Ende Oktober die Betroffenen selbst. Der Titel des 148. PRAEVENIRE Gipfelgesprächs: „Die Intramuralen: Wo geht die Reise hin?“

Breites Portfolio

Das grundsätzlich umfangreiche Leistungsportfolio der Hospital Pharmacists skizzierte eingangs Mag. pharm. Gernot Idinger vom Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum: „Durch ihre Expertise managen Krankenhausapothekerinnen und Krankenhausapotheker auf Basis von vier Säulen — Produktion, Einkauf, klinische Pharmazie und Logistik — den Prozess der Versorgung mit Medikamenten im Krankenhaus.“ Produktion bedeutet in der Regel, für Frühgeborene, geriatrische Patientinnen und Patienten sowie Risikopatientinnen und -patienten maßgeschneiderte Arzneimittel, die nicht am Markt verfügbar sind, zeitnah herzustellen. Strategischer Einkauf steht für einen bedarfsorientierten, hochwertigen und ökonomischen Arzneimitteleinkauf im Sinne der Versorgungs- und Patientensicherheit. Bei der Logistik ist es die Aufgabe der Hospital Pharmacists, dafür zu sorgen, dass das richtige Medikament in der richtigen Dosierung und Qualität rechtzeitig bei der richtigen Patientin bzw. beim richtigen Patienten ankommt. Im Bereich der klinischen Pharmazie lautet wiederum das prioritäre Ziel, dass die Patientinnen bzw. Patienten so viele Medikamente wie notwendig und so wenige Medikamente wie möglich erhalten. „Mein Wunsch wäre es, dass in jedem Spital des Landes zumindest eine klinische Pharmazeutin bzw. ein klinischer Pharmazeut tätig ist, auch wenn es größenbedingt keine Anstaltsapotheke gibt. Das würde für eine unglaubliche Qualitätsverbesserung sorgen“, sagte Mag. pharm. Karina Hartenstein, Landesklinikum Horn-Allensteig, in diesem Zusammenhang — und bekam Unterstützung von Mag. pharm. Dr. Birgit Oeser vom Franziskusspital Wien Margareten: „Studien zeigen z. B.: Ist keine klinische Pharmazeutin, kein klinischer Pharmazeut vor Ort, geht die Anzahl der Medikamentenanfragen nach unten.“ Das habe nicht zuletzt und trotz aller Vorteile der Digitalisierung mit der Bedeutung

Diskussions- teilnehmende (v.l.)

- Birgit Oeser, Franziskusspital
- Günter Fellhofer, vormals Landesapotheker Salzburg
- Elisabeth Messinger, KH Barmherzigen Brüder Wien
- Gunda Gittler, KH Barmherzigen Brüder Linz
- Gernot Idinger, Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum
- Karina Hartenstein, Landesklinikum Horn-Allensteig

der persönlichen Präsenz von Hospital Pharmacists zu tun. „Man braucht beides: Einerseits die digitale ortsunabhängige Integration in den Behandlungsprozess und andererseits die physische Präsenz, um direkter Ansprechpartner sein zu können.“ Die Wichtigkeit der engen Kooperation auf allen Kanälen und Ebenen mit Patientinnen und Patienten sowie mit der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal führte ebenfalls Mag. pharm. Marion Alt vom Krankenhaus Oberwart ins Treffen: „Wir tragen somit zunehmend auch zur Qualitätssicherung der Prozesse bei — quasi die fünfte Säule unseres Portfolios.“

Die Hospital Pharmacists müssen versuchen, Praktikerinnen und Praktiker in die Arbeitskreise zu bringen, die sich auf internationaler und vor allem nationaler Ebene bilden.

Gernot Idinger

Expertise in der Krise

„Es geht um die gelungene Kombination dieser Standsäulen. Da muss eines ins andere greifen. Nur mit Expertise in all diesen Bereichen kann man vernünftig und schnell reagieren“, betonte Dr. Elisabeth Messinger vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien. Dass dies in der Praxis funktioniert, habe gerade die Pandemie gezeigt. „Wir haben die Krise pragmatisch und zugleich innovativ abgearbeitet und rasch auf neue Situationen reagiert, etwa am Beispiel der Übernahme der Aufgabe, Nährlösungen für PCR-Tests zu portionieren.“ Wie außergewöhnlich fordernd die Pandemiezeiten waren und noch sind, erläuterte etwa Mag. pharm. Alice Poier, KH Barmherzigen Brüder Graz: „Unsere Zusatzaufgaben reichten von der Beschaffung der Schutzbekleidung über die



Arzneimittelbevorratung und -verteilung und die Desinfektionsmittelherstellung bis hin zur kompletten Organisation der Impfstreifen.“

Von einer erfolgreichen Krisenbewältigung sprach auch Dr. Wolfgang Ibrom, Elisabethinen Linz, und strich dabei vor allem die Rolle der Anstaltsapotheken als Koordinatoren im Spital hervor: „Wir wurden mit Bezug zum Krisenstab des Landes Oberösterreich mit der Durchführung der Impfkoordination betraut, also mit der Bestellung und Verteilung, aber auch mit der Portionierung der Impfdosen hinsichtlich der besonderen Hygieneerfordernisse für Hochrisikopatientinnen und -patienten. Während Applikationen auf der Impfstreifen Aufgabe der Arbeitsmedizin waren, hat die Krankenhauspharmazie komplett die logistische Seite übernommen.“ Ähnliches berichtete Mag. pharm. Dr. Iris Wille, A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt: „Wir haben in der Krise die Lieferschwierigkeiten bei Arzneimitteln ohne Hilfe von Dritten bestens bewältigt, den Einkauf und die Bevorratung von Medizinprodukten und Schutzbekleidung erledigt oder, gemeinsam mit der Haustechnik, innerhalb von wenigen Stunden COVID-19-Stationen eingerichtet und ausgestattet.“ Das alles habe sehr gut geklappt.

Die besondere Aufgabe als Krisenmoderator hob zudem Mag. pharm. Thomas Schweiger, KH Barmherzigen Schwestern Wien hervor: „Als Hospital Pharmacist hat man einen fachlichen Gesamtblick, den man nutzt, um Ärztinnen und Ärzte bzw. Pflegerinnen und Pfleger, aber auch Verwaltungsverantwort-

Diskussions- teilnehmende, abgebildet (in alphabetischer Reihenfolge)

- Marion Alt, KH Oberwart
- Günther Graninger, LKH Feldkirch
- Wolfgang Ibrom, Elisabethinen Linz
- Alice Poier, KH Barmherzigen Brüder Graz
- Bernd Schneider, Kardinal Schwarzenberg Klinikum
- Alexander Weigl, AKH Linz
- Iris Wille, KH Elisabethinen Klagenfurt
- Martin Wolkersdorfer, Landesapotheke Salzburg

Diskussions- teilnehmende, nicht abgebildet (in alphabetischer Reihenfolge)

- Alexandra Pointinger, AKH Linz
- Thomas Schweiger, KH Barmherzigen Schwestern Wien

Sonderbeilage Die Presse,
Erscheinungstermin
27. November 2021



liche zu unterstützen. Da geht es nicht zuletzt um die Moderation zwischen Menschen und Berufsgruppen in einem komplexen Mengengelage.“

Ambivalentes Standing

„Wir haben uns in der Pandemie als wertvoll erwiesen und bei Hochrisikopatientinnen sowie -patienten guten Eindruck hinterlassen, dass man sagen kann: Für unser Image als Hospital Pharmacists hat die Krise auch Positives mit sich gebracht“, sagte Dr. Martin Wolkersdorfer, Landesapotheke Salzburg. „Wir waren in vielen Lösungsstrategien eingebunden, was im Krankenhaus auch wertgeschätzt wurde“, berichtete Mag. pharm. Alexandra Pointinger, AKH Linz, ebenso wie ihr Vorgesetzter Dr. Alexander Weigl vom Kepler UK Med Campus III, AKH Linz: „Intern bekommen wir durch die Geschäftsführung der Kepler Klinik das Feedback, dass man weiß, was man an uns hat und zufrieden ist. Das hat sich zuletzt vor allem bei der Impfstoffportionierung gezeigt, die wir dank bester Umgebungsbedingungen in kontrollierter Qualität erledigen konnten.“ Ähnlich äußerte sich Mag. pharm. Günther Graninger, LKH Feldkirch: „Wir waren in der schwierigen Zeit der letzten zwei Jahre sehr präsent und das wurde von den Landeskrankenhäusern in Vorarlberg auch entsprechend wahrgenommen.“

Auch laut Wolfgang Ibrom hat man durch die Pandemie einen echten Aufschwung erfahren, der aber leider nicht mit einer von außen wahrgenommenen Aufwertung einhergegangen ist. „Die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten haben Außerordentliches geleistet, aber es gab dafür kaum Resonanz von Medien oder Politik. Unsere Leistungen werden meines Erachtens zu wenig wertgeschätzt. Ähnliches beklagen übrigens die Hospital Pharmacists in Deutschland.“ Das sah auch Mag. pharm. Bernd Schneider, Kardinal Schwarzenberg Klinikum (Schwarzach im Pongau), so: „Im Haus selbst werden wir enorm geschätzt. Zur Politik hin wird jedoch bewusst — Stichwort Rechnungshofbericht — ein anderes Bild erzeugt und die Bedeutung der Krankenhausapotheken für die Aufrechterhaltung eines Spitalsbetriebs nicht ausreichend wahrgenommen.“ Für Iris Wille ist das bedauernd: „Es fehlt unserer Berufsgruppe die adäquate Außendarstellung.“

Vernetzung und Kommunikation

Wie kann die Brücke zwischen spitalsinterner Anerkennung und mangelnder Wertschätzung von außerhalb geschlagen werden? „Wir müssen einfach der Politik, also den Gesundheitslandesrätinnen und Gesundheitslandesräten, viel klarer kommunizieren, mit welch-

hohem Qualitätsstandard wir eine Vielzahl von Tätigkeiten erledigen und so der Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten in Österreich dienen“, sagte Elisabeth Messinger. Um gehört zu werden, muss man freilich auch an den richtigen Stellen präsent sein, wie Günther Fellhofer betonte: „Das Problem ist, dass die Vertreterinnen und Vertreter unserer Zunft nicht in den überregionalen Gremien repräsentiert sind. Es wird also über unsere Köpfe hinweg entschieden.“

Relevant ist dies vor allem bei dem vom Rechnungshof kritisch beleuchteten Bereich des Einkaufs von Arzneimitteln, wie Mag. Gunda Gittler, MBA, aPhD vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz feststellte: „Europaweit ist ein Zentralisierungsprozess bei der Beschaffung in Gang. Die EU-Kommission hat bereits eine Behörde für die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen eingerichtet (HERA), um die Entwicklung, Herstellung und Verteilung von Arzneimitteln, Impfstoffen und anderen medizinischen Maßnahmen sicherzustellen.“

Die Krankenhausapotheken haben in der Pandemie Außerordentliches geleistet. Hausintern wird das geschätzt, aber es gab dafür kaum Resonanz von Medien oder Politik.

Wolfgang Ibrom

Wollen wir das? Wo wir doch gerade in der Krise bemerkt haben, dass wir die Beschaffung eher mit einer klugen, praxisnahen Mischung aus dezentralen und zentralen Mitteln bewältigen können — was wiederum eine Kernkompetenz von Praktikerinnen und Praktikern der Krankenhauspharmazie ist.“ Dass man die gewichtige Rolle in diesem Prozess nicht aus der Hand geben sollte, davon ist auch Gernot Idinger überzeugt: „Der HERA-Zug ist bereits abgefahren. Jetzt gilt es, so schnell wie möglich in den Zug einzusteigen. Die Hospital Pharmacists müssen versuchen, Praktikerinnen und Praktiker in die Arbeitskreise zu bringen, die sich auf internationaler und vor allem nationaler Ebene bilden.“ Nur wenn man an Bord ist, könne man mitreden und mitentscheiden.

Blick in die Zukunft

Einig waren sich die Diskussionsteilnehmenden, dass eine starke Rolle der österreichischen Anstaltsapotheken die beste Voraussetzung für die Krisenfestigkeit und Qualität des heimischen Versorgungswesens darstellt. Um diese Rolle optimal wahrnehmen zu können, müsse die Sichtbarkeit der Berufsgruppe verbessert und mit Information und Stärkung der Awareness das Leistungsportfolio nach außen getragen werden. Ziel ist, dass den gesundheitspolitischen Akteurinnen und Akteuren bewusst wird, dass die Expertisen der Krankenhausapotheken für Planungs- und Entscheidungsprozesse im österreichischen Gesundheitssystem unerlässlich sind. Hospital Pharmacists, so die einhellige Meinung der Diskutantinnen und Diskutanten sind im Kontext der klinischen Pharmazie, des Entlassungs- und Qualitätsmanagements sowie der Produktion, der Logistik und des Einkaufs das Bindeglied innerhalb der Spitäler und gerade im Zeitalter der Digitalisierung der Garant für eine optimale Zusammenarbeit aller Stakeholder. **P**



PERFORMANCE

Osteopathie

Ganzheitliche Behandlung auf Basis medizinischer Evidenz

Wenn sich Schmerzen und andere Einschränkungen nicht bessern, suchen mittlerweile viele Menschen Hilfe in einer osteopathischen Praxis. PERISKOP sprach mit den Vorstandsmitgliedern der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie **THOMAS MARSCHALL, MSC D.O. UND SEBASTIAN SOIKA, MSC D.O.** über das Leistungsspektrum der Osteopathie, die Nahtstellen zu medizinischen Fachrichtungen und die Notwendigkeit einer rechtlichen Absicherung des Berufsbildes und seiner Methoden. | von Rainald Edel, MBA

Osteopathie ist eine eigenständige, ganzheitliche und manuelle Diagnose- und Behandlungsmethode, die den menschlichen Körper aktiviert und die Heilkräfte fördert.

PERISKOP: Das Fach der Osteopathie wird zunehmend bekannter, allerdings ist vielen noch nicht klar, womit sich Osteopathinnen und Osteopathen konkret befassen. Wie sieht das Leistungsportfolio aus und was bedeutet der gesamtheitliche Ansatz?

SOIKA: Die Osteopathie arbeitet auf Basis der Schulmedizin, geht aber von einem salutogenetischen und nicht pathogenetischen Ansatz aus. Im Zentrum steht daher die Frage der Entstehung (Genese) und Erhaltung von Gesundheit, nicht die Krankheit.

MARSCHALL: Aufgabe der Osteopathie ist es, Funktionsstörungen im menschlichen Körper zu suchen und ihn wieder in eine Selbstregulation zu bringen. Die Besonderheit, die Osteopathinnen und Osteopathen von anderen medizinischen Berufen unterscheidet, ist der speziell geschulte Tastsinn.

SOIKA: Fast wie ein Sommelier, der über die Jahre gelernt hat, anhand des Geschmacks nicht nur Weinsorte sondern auch Produzent, Lage und Jahrgang zu unterscheiden, kann auch die Osteopathin bzw. der Osteopath einen unglaublich feinen Tastsinn erlernen und immer weiter verfeinern.

MARSCHALL: Die Osteopathie kann in allen Fachbereichen der Schulmedizin eingesetzt werden. Gerade die Diagnostik schätzen Ärztinnen und Ärzte an unserer Arbeit besonders. Denn dort, wo die Diagnosestellung der Schulmedizin mittels Geräten und Labor aufhört, fängt die Spurensuche der Osteopathie durch den feinen Tastsinn an.

MARSCHALL: Die Osteopathie behandelt den gesamten Menschen sowohl in seinen gesunden, als auch in seinen kranken Zuständen und hat nichts mit Esoterik oder Wellnessbehandlungen zu tun. Ziel ist immer, einen individuell möglichst optimalen Gesamtzustand zu erreichen. Allerdings gibt es auch klare Kontraindikationen — Gründe weshalb man nicht behandeln soll, Zustände, im Zuge derer man gar nicht behandeln darf oder bestimmte Bereiche, die man nicht behandeln darf. Daher fordert die OEGO auch die rechtliche Regelung als eigenständigen Gesundheitsberuf mit vorgeschriebenen Ausbildungsstandards.

Welche Evidenzen gibt es zur Wirksamkeit und welcher Mehrnutzen ergibt sich für Patientinnen und Patienten durch die Osteopathie?

SOIKA: Mittlerweile gibt es eine sehr gute Evidenzlage zur Osteopathie, die auch Nutzen

und Mehrwert klar belegt. Die Osteopathie kommt ursprünglich aus den USA, wo sie auch als Universitätsstudium gelehrt wird. Daher stammen auch die meisten Studien bislang aus den USA. In der EU ist die Osteopathie derzeit nur eine Zusatzausbildung für Personen mit einem Gesundheitsberuf. Daher gibt es hier deutlich weniger Mittel für die Forschung und somit auch nur wenig große Studien. Seit mehr als zehn Jahren gibt es in Österreich auch eine akademische Ausbildung zum Master of Science in Osteopathie. Allerdings stoßen die dabei verfassten Masterarbeiten aus Zeit- und Kostengründen an ihre Grenzen und können nur in kleinen Bereichen die Studienlage zur Osteopathie vergrößern.

Dennoch würden sie natürlich eine gute Basis für größere Studien bieten.

MARSCHALL: Der Mehrnutzen für Patientinnen und Patienten besteht immer dort, wo durch Beziehung einer Osteopathin, eines Osteopathen die Diagnose und Behandlung über das durch die Schulmedizin mögliche und übliche Ausmaß hinausgehen. Das Wesentliche dabei ist, dass die beiden Ansätze in Abstimmung und Austausch erfolgen und ineinander greifen, bzw. aufeinander aufbauen. Das heißt, die Osteopathie kann in beide Richtungen eine Unterstützung oder eine Hilfestellung sein. So kann beispielsweise ein verordnetes Medikament besser wirken, wenn das entsprechende Gewebe besser durchblutet ist.

Der einzige Grund und zugleich das oberste Ziel eines einheitlichen Ausbildungsstandards und der Reglementierung der Berufsausübung ist die Patientensicherheit.

Thomas Marschall



Durch Nahtstellenmanagement sollen organisatorische Grenzen überwunden werden. Wie sieht die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen im Bereich der Osteopathie aus?

MARSCHALL: Da die Grundlage der Osteopathie die Basisfächer der Schulmedizin sind, und sich die Osteopathie als komplementäre Ergänzung zur Schulmedizin versteht, gibt es zu fast allen Fachrichtungen der Medizin enge Verbindungen und Anknüpfungspunkte. Zugunsten von optimalem Austausch und funktionierender Zusammenarbeit in der Praxis ist der gegenseitige Respekt unumgänglich.

SOIKA: Ich sehe noch einen gewissen institutionellen Nachholbedarf an den Nahtstellen zu den diversen medizinischen Fachrichtungen. Derzeit erfolgt die Zusammenarbeit hauptsächlich auf individueller Ebene.

Um das Bild der Osteopathie besser und transparenter darzustellen, wäre es daher wichtig, verstärkt auf Kongressen vertreten zu sein und auch in den Ärztekammern präsenter zu werden. Nur so lassen sich falsche Vorstellungen und mangelndes Wissen über unsere Tätigkeit aufklären. Umso wichtiger ist eine berufsrechtliche Reglementierung, die auch klar die Grenze zu Esoterik und Wellnessbehandlungen zieht.

MARSCHALL: Eine Berufsgruppe, mit der es häufig einen sehr guten Austausch gibt, sind Zahnärztinnen und Zahnärzte. Gerade der ganzheitliche Ansatz, der unseren beiden Berufsgruppen innewohnt, führt automatisch zu einer sehr engen Zusammenarbeit.

Wann wird eine Osteopatin bzw. ein Osteopath typischerweise hinzugezogen?

MARSCHALL: Generell sehen wir, dass gerade chronischen und Schmerzpatientinnen und -patienten, die oft eine Odyssee durch diverse fachärztliche Ordinationen hinter sich haben, bis sie in der Osteopathie landen.

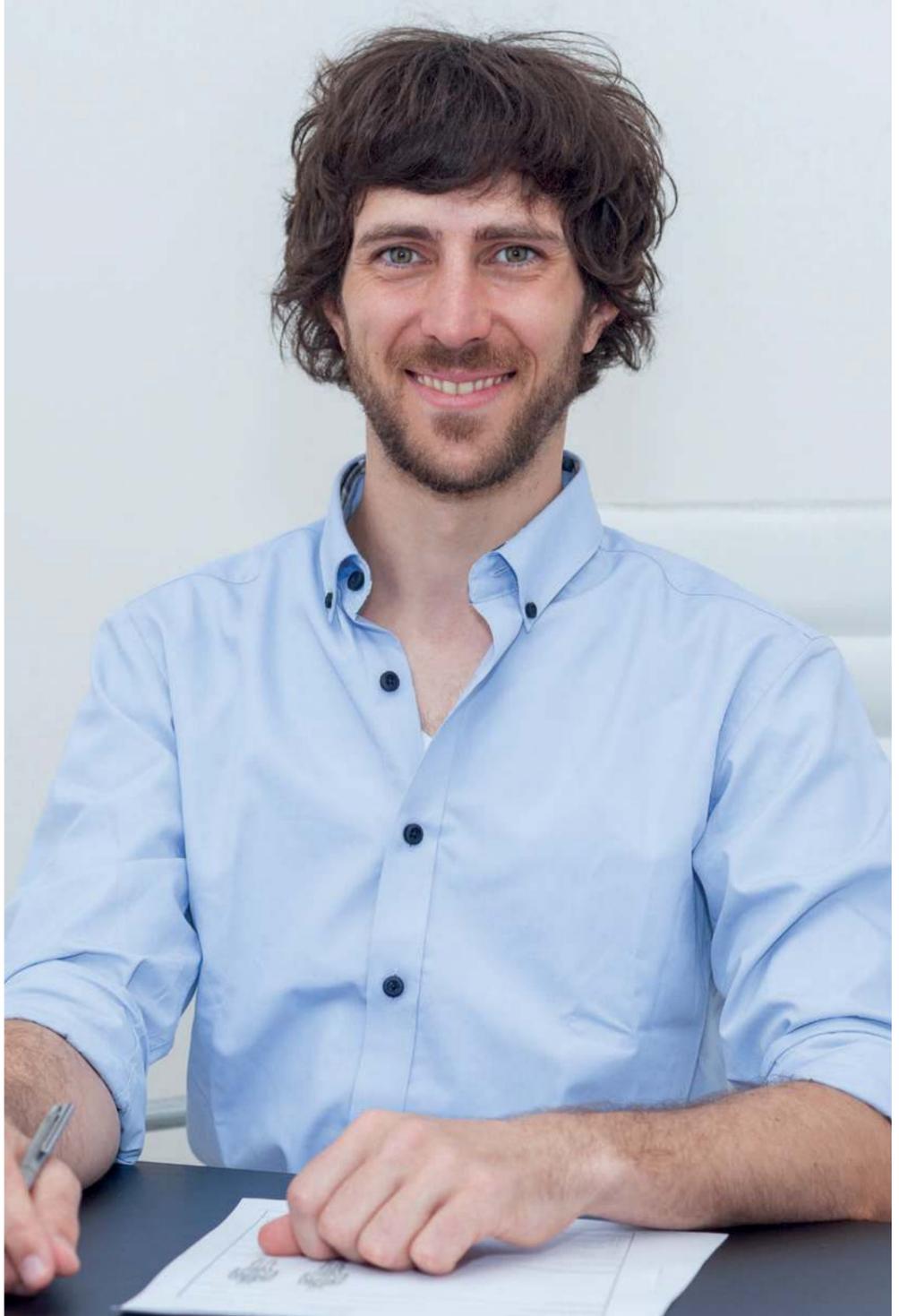
SOIKA: Wenn beispielsweise eine Patientin bzw. ein Patient mit Schmerzen in der Herzgegend zur Internistin, zum Internisten geht — und das ist wichtig, dass er zuerst dorthin geht —, wird gar nicht so selten keine Ursache gefunden. Denn das Herz ist aus kardiologischer Sicht gesund, die Patientin bzw. der Patient ist leistungsfähig, aber die Beschwerden sind nach wie vor vorhanden. Hier kann beispielsweise die Osteopathie eine blockierte Rippe als Ursache des Schmerzes ausfindig machen, die mit internistischen Diagnosen nicht auffindbar gewesen wäre. Aber ich würde die Patientin bzw. den Patienten nicht ohne vorangehende internistische Abklärung behandeln. Auch wenn sich im Verlauf der Behandlung eine unerwartete Veränderung, Verschlechterung oder ein zusätzliches Problem ergeben, gilt es ausnahmslos, die Patientin, den Patienten an die überweisende Ärztin oder den Arzt zu schicken.

MARSCHALL: Z. B. kann die Osteopathie bei typischen Beschwerden von Schwangeren, wie Übelkeit oder Schmerzen im unteren Rücken, gut helfen. Wenn eine Schwangere beispielsweise keine paracetamolhaltigen Medikamente nehmen möchte, ist der Weg zur Osteopatin, zum Osteopathen eine gute Alternative.

Auch im Bereich der Gastritis gibt es immer wieder Fälle, in denen Patientinnen und Patienten zwar Protonenpumpenhemmer, also Magenschutz, einnehmen, sich aber keine Besserung einstellt. Auch hier kann die Osteopathie zu einer bestimmungsgemäßen Wirkung des Wirkstoffs, einem Rückgang entzündlicher Reize und somit mehr Beschwerdefreiheit verhelfen.

Mittlerweile gibt es eine sehr gute Evidenzlage zur Osteopathie, die auch Nutzen und Mehrwert klar belegt.

Sebastian Soika



Welche Ausbildung — im Sinne der OEGO — muss eine Osteopatin, ein Osteopath absolvieren, um den Beruf ausüben zu können?

MARSCHALL: Unser Ziel ist, dass Ausbildungen zur Osteopatin, zum Osteopathen strenge Standards erfüllen. Hier erscheint uns als OEGO der internationale CEN-Standard eine gute Richtlinie, die auch eine Vergleichbarkeit der Ausbildung über nationale Grenzen hinaus gewährleistet.

SOIKA: Die palpativen Fähigkeiten und das fachliche Wissen darüber, was erspürt wird, gehören in der Osteopathie eng zusammen. Der Bereich der Patientensicherheit nimmt einen sehr großen Anteil in der Ausbildung ein. Darunter fallen auch sämtliche medizinische Test- und Diagnoseverfahren, wie neurologischer Untersuchung inklusive der Hirnnerventests, Abhören von Herz und Lunge, Blutdruckmessungen, orthopädische Tests — alle mit dem Ziel, den Patientinnen und Patienten ausreichend Sicherheit zu gewährleisten.

Eines der vorrangigen Ziele der OEGO ist es, einen gesetzlichen Standard für die Ausbildung und die Reglementierung des osteopathischen Berufsstandes in Österreich zu erreichen. Warum ist die gesetzliche Anerkennung so wichtig?

MARSCHALL: Es ist wichtig, dass wir ein anerkannter Beruf sind. Ein Berufsregister führen können, das all jene Personen umfasst, die im Sinne der Ausbildungsstandards der OEGO eine beruflich qualitativ hochwertige Osteopathieausbildung haben. Das dient der Patientensicherheit und dem Qualitätsmanagement unseres Berufsstandes, den wir erreichen wollen. Auch im Sinne der von der EU angestrebten Personen- und Erwerbsfreiheit ist dieser Schritt nötig. Denn derzeit kann eine Person, die ein fünfjähriges Vollzeitstudium in Belgien absolviert hat, in Österreich nicht als Osteopatin oder als Osteopath tätig werden, es sei denn,

sie oder er hat auch eine Physiotherapieausbildung oder eine ärztliche Ausbildung.

SOIKA: Langfristig betrachtet, würden das Berufsrecht und die damit verbundene reglementierte Ausbildungsrichtlinie auch die Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufsgruppen stärken, da man so die „schwarzen Schafe“ an der vermeintlich gleichlautenden Berufs- und Methodenausübung hindert. Damit steigt automatisch auch das Vertrauen in den Berufstand — sowohl seitens Ärzteschaft als auch Patientinnen und Patienten. Denn dann ist gesichert, dass es nur eine qualitativ hochwertige und eindeutige Behandlung und Behandlungsrichtlinie gibt. Ein Berufsregister regelt auch indirekt die Fortbildungspflicht, etc.

Wozu führt es, wenn es keinen gesetzlichen Standard gibt und der Berufsstand nicht reglementiert wird?

MARSCHALL: Der einzige Grund und zugleich das oberste Ziel eines einheitlichen Ausbildungsstandards und der Reglementierung der Berufsausübung ist die Patientensicherheit.

SOIKA: Wie wichtig diese ist, zeigt ein Beispiel aus den Niederlanden: Ein Baby kam bei einer Cranio-Sacral-Therapie, von einer nicht fachgerecht ausgebildeten Person vorgenommen wurde, ums Leben. Das zeigt, wie entscheidend die hohe und verbindliche Ausbildungsqualität, die Kenntnisse der Anatomie, etc. sind, da die Patientin, der Patient durch eine falsche Anwendung Schaden nehmen kann.

MARSCHALL: Daher ist es unverantwortlich, dass jeder Mensch in Österreich die Berufsbezeichnung Osteopatin, Osteopath führen oder Methodenbezeichnungen der Osteopathie völlig legal für seine Dienstleistung verwenden darf. Das führt zu gefährlichen Verwechslungen und Täuschungen auf Patientenseite. Und bei negativen Erlebnissen kommt eine ganze Berufsgruppe in Verruf. **P**



Das Zeitfenster nutzen!

In seiner Keynote widmete sich der Obmann der österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) Andreas Huss, MBA, bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten dem **BEDARF EINER ALLUMFASSENDEN PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG** in Österreich und forderte Maßnahmen für einen weiteren Ausbau von flächendeckenden Impfangeboten, um die Impfwilligkeit der österreichischen Bevölkerung zu erhöhen. | von Mag. Dren Elezi, MA

Der Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse betonte in seiner Keynote, dass sich durch die Coronapandemie ein Zeitfenster aufgetan hat, um Verbesserungen in wichtigen Bereichen des Gesundheitswesens umzusetzen. Dies gilt etwa beim Thema der psychosozialen Versorgung oder des niederschweligen Zugangs zu Impfungen. Viele Menschen, die an psychischen Erkrankungen leiden, taten sich vor Corona schwer, darüber zu reden und Hilfe zu suchen. Durch die Pandemie wurden psychische Probleme allerdings zum breit diskutierten Thema. „Wir müssen psychische Erkrankungen endlich entstigmatisieren“, betonte Andreas Huss bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen. Wären Therapie und Beratung stärker im Portfolio der Krankenversicherungen verankert, könnte man ein flächendeckendes Angebot schaffen und in vielen Fällen verhindern, dass Menschen psychisch erkranken. In diesem Sinne, so Huss, habe die ÖGK bereits 2020 beschlossen, ihr psychotherapeutisches Angebot um ein Drittel zu erweitern. „Das heißt, mindestens 1,23 Prozent der Anspruchsberech-

tigten sollen die Psychotherapie als Sachleistung erhalten. Mehr als 20.000 Menschen können dadurch zusätzlich versorgt werden. Für besonders vulnerable Gruppen, wie Kinder oder Menschen mit Traumatisierungen, werden zusätzliche Stundenkontingente geschaffen.

300.000 zusätzliche Psychotherapiestunden

Darüber hinaus wird es in allen Bundesländern Erstanlaufstellen bzw. Clearingstellen geben, die den Zugang zur Therapie beschleunigen, um eine bessere Koordination zu gewährleisten. Es braucht Maßnahmen, um den Menschen einen schnellen Zugang bzw. kostenfreie Therapieplätze zur Psychotherapie zu ermöglichen. 30 Stunden sind ab dann bewilligungsfrei. Die Telepsychotherapie soll hier weiters als wichtige Ergänzung dienen. Wir sprechen also von Maßnahmen, die wir jetzt schon umgesetzt haben oder die wir schon beschlossen haben oder die in Umsetzung sind.“ Im Oktober 2021 wurde zudem ein rascherer Ausbau der Psychotherapie auf Kassenkosten auf Vorschlag der Arbeitnehmervertreterinnen und -vertreter im Verwaltungsrat der ÖGK beschlossen.

Andreas Huss in seiner Keynote bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten.

Ursprünglich wurde das zeitliche Ausbauziel trotz pandemiebedingt absehbarem Mehrbedarf in der Bevölkerung in der Vergangenheit auf Wunsch der Dienstgebervertreterinnen und -vertreter im Verwaltungsrat bis 2023 gestreckt. Mit dem neuerlichen Beschluss wird der kassenfinanzierte Ausbau auf jährlich zusätzlich 300.000 Therapiestunden anstatt mit Ende 2023 bereits mit Ende 2022 im Endausbau für alle ÖGK-Versicherten zur Verfügung stehen.

Psychotherapie alleine kein Allheilmittel

Laut Andreas Huss braucht es neben dem wichtigen Ausbau der Psychotherapie aber auch ein Gesamtpaket zur psychosozialen Versorgung, denn diese ist mehr als „nur Psychotherapie“. „Die Psychotherapie alleine ist nicht das Allheilmittel. In der psychosozialen Versorgung brauchen wir in Österreich einen Ausbau in voller Breite. Wir brauchen insbesondere auch für Kinder und Jugendliche multidisziplinäre psychosoziale Versorgungszentren. Es braucht auch psychologische Möglichkeiten in der Schule, aber vor allem Sozialarbeit sollte auf einer Ebene mit anderen Maßnahmen stehen.“

Dieser Bereich steht derzeit häufig an letzter Stelle, ist aber bei jungen Menschen in prekären familiären Situationen besonders wichtig. Für seinen Ausbau liegen laut Huss viele konkrete Verbesserungsmaßnahmen auf dem Tisch, die bereits oftmals besprochen und für wichtig und richtig erachtet wurden. So ist beispielsweise das Konzept der „Frühen Hilfen“ schon seit einigen Jahren sehr erfolgreich in Umsetzung, aber noch immer nicht in allen Bezirken verfügbar. Dieses Angebot für junge Familien in prekären Situationen soll flächendeckend und bedarfsorientiert ausgebaut werden. Für die flächendeckende Ausrollung von multidisziplinären psychosozialen Versorgungszentren für Kinder und Jugendliche gibt es genügend erfolgreiche regionale Best-Practice-Beispiele. In diesen Zentren ist neben der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychologie vor allem auch die so wichtige Sozialarbeit im Versorgungspaket enthalten. Maßnahmen, die der Bund laut Andreas Huss bereits angehen könnte, sind etwa die Aufnahme von psychologischen Leistungen ins ASVG, die Erneuerung des Psychotherapie-Gesetzes und das Bekenntnis zu einer staatlichen Ausbildung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die Aufnahme der Leistungen von Psychologinnen und Psychologen per Gesetz in den Leistungskatalog der Krankenversicherung könnte besonders in der Prävention von psychischen Erkrankungen einen wertvollen Beitrag leisten. Auch der Fokus auf den Ausbau der Primärversorgungszentren würde bei einer breiter aufgestellten psychosozialen Versorgung helfen.

Das Thema Impfen muss in Österreich entemotionalisiert werden.

Andreas Huss

Viel Potenzial beim niederschweligen Zugang zu Impfungen

Beim niederschweligen Zugang zu Impfungen in Österreich sieht Huss einen zweiten wesentlichen Bereich im Gesundheitssystem mit viel Potenzial. Laut Statistiken liegt Österreich im internationalen Vergleich im Hinblick auf Impfquoten und Impfwilligkeit tendenziell weit hinter vergleichbaren Ländern zurück. Zum Vergleich: Ein Ranking aus dem Jahr 2019 zeigt, dass in den letzten fünf Jahren nur 49 Prozent der Menschen geimpft wurden. In Finnland lag die Rate bei 72 Prozent bzw. in Deutschland bei 69 Prozent. In Österreich besteht laut Huss daher noch viel Luft nach oben. Als wesentliche Präventionsmaßnahme sei es daher nur logisch, so Huss, dass Impfungen in das Leistungsportfolio der Krankenkassen aufgenommen werden. Nicht zuletzt, da man dafür auch die Infrastruktur — etwa die rund 270 Gebäude der ÖGK — einbeziehen könne.

Impfen ist laut Huss eine der wesentlichen Präventions- und Gesundheitsförderungsaufgaben und sollte im Leistungsportfolio der sozialen Krankenversicherung enthalten sein. „Impfen verfügt über eine Erfolgsgeschichte, wie etwa die Ausrottung der Pocken. Dieses Erfolgsmodell ließe sich auf viele andere Impfungen umlegen, wenn wir eine höhere Durchimpfungsrate hätten. In der heftigen Grippesaison 2016/17 betrug die Influenza-Impfrate in Österreich aber gerade einmal acht Prozent. Viele der 4.436 Toten hätten durch Impfungen verhindert werden können. Es ist aus meiner Sicht daher besonders bedenklich, dass bei vielen standardisierten Impfungen



ein Rückgang der Durchimpfungsrate zu verzeichnen ist. Das Thema Impfen muss in Österreich entemotionalisiert werden“, so der Experte.

Erwachsenen-Impfprogramm in das Leistungsportfolio der ÖGK

Während es bis zum vollendeten 16. Lebensjahr in Österreich derzeit ein weitgehend kostenloses Kinderimpfprogramm gibt, ist Impfen für Erwachsene weiterhin nur eine freiwillige Leistung und generell kostenpflichtig. Aktuell sind Impfungen in Österreich staatlich zu organisierende Maßnahmen, jedoch keine gesetzlich verankerten Leistungen der Krankenversicherung. Hierzulande gibt es derzeit ausschließlich ein kostenloses Kinderimpfprogramm, dessen Finanzierung von Bund, Ländern sowie der Sozialversicherung getragen wird. Erwachsene müssen im Wesentlichen Vorsorgeimpfungen privat finanzieren, sofern es keine Zuschüsse der Länder bzw. der Krankenversicherungen gibt. In den Bundesländern Wien, Burgenland, Kärnten, Salzburg und Oberösterreich bieten die jeweiligen Länderstellen der ÖGK (in Form von unterschiedlichen Modellen) jedoch beispielsweise Influenza-Impfprogramme als freiwillige Leistung an und übernehmen zumindest die Kosten für den Impfstich. „Um die Impfwilligkeit der Österreicherinnen und Österreicher (vor allem bei Risikogruppen, wie etwa der Altersgruppe der über 50-Jährigen oder jener mit Vorerkrankungen) anzukurbeln

Sonderbeilage Kurier,
Erscheinungstermin
15. Juli 2021

Österreichische
Gesundheitskasse

PRÄVENIRE
GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

„Jetzt gibt es ein Zeitfenster, das wir nutzen müssen“

Zukunftsthemen. Andreas Huss über psychosoziale Versorgung und Impfangebote

Wir müssen psychische Erkrankungen endlich entemotionalisieren“, sagte Andreas Huss bei den PRÄVENIRE Gesundheitsfragen. Der Öbmann-Sollverwalter der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) betonte, dass sich durch die Corona-Pandemie ein Zeitfenster aufgemacht habe, um Verbesserungen in wichtigen Bereichen des Gesundheitswesens umzusetzen. Dies gelte etwa beim Thema der psychosozialen Versorgung oder beim niederschweligen Zugang zu Impfungen.

Viele Menschen, die an psychischen Erkrankungen leiden, seien sich vor Corona schwerer darüber zu reden und Hilfe zu suchen, sagte Huss. Durch die Pandemie wurden psychische Probleme allerdings zum breiten Diskurs (siehe auch Bericht unten).

Psychosoziale Versorgung sei aber mehr als Psychotherapie. „Wir brauchen insbesondere für Kinder und Jugendliche multidisziplinäre, psychosoziale Versorgungszentren. Es braucht auch psychologische Möglichkeiten in der Schule, aber vor allem Sozialarbeit sollte auf einer Ebene mit anderen Maßnahmen stehen.“ Dieser Bereich sei derzeit häufig an letzter Stelle, sei aber bei jungen Menschen in prekären familiären Situationen besonders wichtig. Versuche man Therapie und Beratung stärker in Portfolio der Krankenkassen zu integrieren, könne man ein flächendeckendes Angebot schaffen und in vielen Fällen verhindern, dass Menschen psychisch erkranken. In diesem Sinne, so Huss, habe die ÖGK im vergangenen Jahr beschlossen, ihr psychotherapeutisches Angebot um ein Drittel zu erweitern.

Menschen erreichen Beim niederschweligen Zugang zu Impfungen in Österreich sieht Huss einen zweiten Bereich mit viel Potenzial. Damit Impfungen Erfolgsgeschichten werden, brauche es hohe Durchimpfungsraten. In der heftigen Grippesaison 2016/17 betrug die Influenza-Impfungsrate in Österreich aber beispielsweise gerade einmal acht Prozent. Viele der 4.436 Toten hätten durch Impfungen verhindert werden können. Gleichzeitig brauche es einen einfachen Zugang bis zum vollendeten 16. Lebensjahr, wie es in Österreich derzeit ein weitgehend kostenloses Kinderimpfprogramm für Erwachsene sei. Für Erwachsene ließe sich allerdings eine freiwillige Leistung und generell kostenpflichtig. Als wesentliche Präventionsmaßnahme sollen Impfungen in das Leistungsportfolio der Krankenkassen aufgenommen werden. Nicht zuletzt, da man dafür auch die Infrastruktur — etwa die rund 270 Gebäude der ÖGK — einbeziehen könne. Mehr Impfungen sporen langfristig sehr viel Geld — und natürlich ersparen sie Menschen vor allem viel Leid.

Gelebte Solidarität Ein Beispiel für gute Impforganisation sei Israel, wo Impfungen während der Pandemie über die großen Krankenkassen abgewickelt wurden. Der Digitalisierungsgrad des Prozesses war sehr hoch, was Vieles erleichterte — von der Identifikation der Risikogruppen bis zu Impfeinladungen und Terminbuchungen. An positiven Beispielen und Erfahrungen — auch aus Österreich — müsse man jetzt anknüpfen.

„Impfen soll ein Beitrag zu niederschweligen, solidarischen Präventionsleistungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung sein“, sagte Huss, denn: „Impfen ist gelebte Solidarität.“

und eine höhere Impfquote zu erzielen, wird es notwendig werden, ein niederschwelliges, kostengünstiges Erwachsenen-Impfangebot bereitzustellen“, erklärte der ÖGK-Obmann. Die ÖGK plant daher, als Teil des Programms der Arbeitnehmerkurie, bis spätestens 2023 ein Erwachsenen-Impfprogramm in ihrem Leistungsportfolio zu etablieren und die dafür benötigte Impfflogistik bereitzustellen. Langfristiges Ziel soll sein, den Impfplan für Erwachsene — in enger Kooperation mit dem Gesetzgeber — auszubauen, als Krankenversicherungsleistung

In der psychosozialen Versorgung brauchen wir in Österreich einen Ausbau in voller Breite.

Andreas Huss.

im ASVG gesetzlich zu verankern, Kosten zu sparen sowie Erkrankungen und Todesfällen präventiv entgegenzuwirken. „Dadurch soll eine möglichst niederschwellige, kostengünstige und flächendeckende Versorgung mit allen vom Nationalen Impfgremium (NIG) empfohlenen Impfungen gewährleistet werden. Ein ganz wesentlicher Aspekt des geplanten Erwachsenen-Impfprogramms ist die COVID-19-Schutzimpfung“, erklärte Huss.

Voraussetzung und Kostenfrage für die Etablierung eines Erwachsenen-Impfprogramms im ÖGK-Leistungsportfolio

Für Huss bedeuten mehr Impfungen auch, den Menschen viel Leid zu sparen, weshalb es hier aus seiner Sicht durchaus noch Aufholbedarf gibt. „Es handelt sich um eine wichtige Maßnahme, mit der wir den Menschen viel Leid ersparen, ihnen Lebensqualität wiedergeben und schlussendlich auch langfristig bei Erkrankungen und Erkrankungsfolgen sehr viel Geld einsparen können“, so Huss. Um ein solches Erwachsenen-Impfprogramm als Kassenleistung möglichst effizient und effektiv umsetzen zu können, braucht es die Mitwirkung des Gesetzgebers bei der Finanzierung. ÖGK-Obmann Huss plädiert daher dafür, dass die Regierung — ebenso wie beim Kinderimpfprogramm — auch beim Erwachsenen-Impfprogramm für 2/3 der Kosten aufkommt. Im Gegenzug dazu wird die ÖGK die notwendige Impfflogistik (Vertragsärzte, Vertragsapotheken, Verwaltung und Organisation etc.) bereitstellen.

Es braucht einen klaren Auftrag des Gesetzgebers

Impfen sei zum einen Prävention als auch ein Gesundheitsschutz und somit Aufgabe der sozialen Krankenversicherung, so Huss. Die ÖGK brauche jetzt noch den klaren Auftrag des Gesetzgebers, dann könne es losgehen. Wie die Krankenversicherung Impfprogramme schnell und gut umsetzen kann, sieht man derzeit in Israel, wo Impfungen während der Pandemie über die großen Krankenkassen abgewickelt wurden. Der Digitalisierungsgrad des Prozesses war sehr hoch, was Vieles erleichterte — von der Identifikation der Risikogruppen bis zu Impfeinladungen und Terminbuchungen. An positive Beispiele und Erfahrungen — auch aus Österreich — müsse man jetzt anknüpfen. „Impfen soll ein Beitrag zu niederschweligen, solidarischen Präventionsleistungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung sein“, sagte Huss, denn: „Impfen ist gelebte Solidarität. Investieren wir jetzt in unsere Gesundheit. Jetzt sind der richtige Zeitpunkt und das richtige Zeitfenster dafür.“



PIONIERE

Lufthygiene mit Aufholbedarf

An den Ursprüngen der modernen Infektiologie und Mikrobiologie war die Tuberkulose ein Schreckensgespenst. Ihre Zurückdrängung durch die modernen Behandlungsmöglichkeiten hat das Thema Lufthygiene jahrzehntelang ins Abseits geraten lassen. SARS-CoV-2 aber hat diese Situation geändert. Neue wirkungsvolle und praktikable Möglichkeiten zur **LUFTDESINFEKTION IN INNENRÄUMEN** werden entwickelt. UV-basierte Systeme könnten hier in Zukunft eine bedeutende Rolle spielen. | von Wolfgang Wagner

Das SARS-CoV-2 und andere respiratorische Viren vermehren sich im Atemtrakt und werden via Tröpfchen und Aerosole mit der Atemluft ausgeschieden. Die Virenübertragung durch Letztere in geschlossenen Räumen stellt einen wesentlichen Infektionsweg dar. Das wird mit der kälteren Jahreszeit immer wichtiger, wenn sich die Menschen vermehrt in Innenräumen aufhalten", sagte schon im August 2020 der Wiener Virologe Univ.-Prof. Dr. Norbert Nowotny von der Universität für Veterinärmedizin anlässlich einer Pressekonferenz zu diesem Thema. Die COVID-19-Pandemie war damals gerade ein paar Monate „alt“, die nächste „Welle“ an Infektionen im Herbst jenen Jahres stand noch bevor.

Im Endeffekt hat sich die Sache erst in den vergangenen Wochen auch im Jahr 2021 wiederholt — dieses Mal bedenklicher Weise trotz des Vorhandenseins einer wirksamen Impfung. Fazit: Hygienemaßnahmen spielen weiterhin eine enorm wichtige Rolle in der Eindämmung von COVID-19. Dazu gehört — abseits von Händedesinfektion, Distanzhalten an öffentlichen Orten, Flächendesinfektion z. B. in medizinischen Einrichtungen — die Lufthygiene in Innenräumen.

Fälschlicherweise erhielt 1709 die „Malaria“ ihren Namen. Der italienische Arzt Francesco Torti, Leibarzt von Angehörigen der d'Este-Dynastie, hatte die seit der Antike vorherrschende Ansicht, „schlechte Luft“ würde die

heutige Tropenkrankheit durch „Ausdünstungen“ der Sümpfe hervorrufen, als Name für die Krankheit verwendet. Der Malaria als durch Moskitos übertragene Parasitenerkrankung ist per Lufthygiene jedenfalls nicht beizukommen. Aber es gibt andere Infektionen, die auf dem Luftweg übertragen werden können. Das betrifft sowohl bakterielle als auch virale Infektionen: Die bereits genannte Tuberkulose, die Masern, Influenza, RSV, Feuchtblattern und auch Pilzinfektionen kommen auf diesem Weg zustande.

Ob nun durch die Erreger selbst oder in Form von erregerkontaminierten Aerosolen die krankheitsverursachenden Bakterien, Viren oder Pilze „schwirren“ in Innenräumen herum. Nicht zuletzt deshalb wird in OP-Sälen und auf Infektionsabteilungen in Spitälern durch spezielle Klimatechnik vorgesorgt. Zum Beispiel durch eine laminare Strömung der Luft. Das ist eine Bewegung ohne Verwirbelungen und Querströmungen. Laminar Flow ist ein nach unten gerichteter, turbulenzarmer, gleichmäßiger Luftstrom ohne Rückströmung. Die Luft fließt dabei in parallelen Stromlinien. Dies verhindert, dass Partikel aufgewirbelt werden. In einem Raum, der von Laminar Flow durchströmt wird, werden vorhandene Partikel wie Staub, Haarschuppen oder Keime herausgeschwemmt. Es bleibt nur sterile, hochreine Luft.

Die Frage aber ist, wie man die Luft in Innenräumen überhaupt frei von potenziell krankheitserregenden Viren und Bakterien machen oder zumindest ihre Konzentration so herab-

setzen kann, dass die Gefahr einer Infektion minimiert wird. In vollständig klimatisierten Gebäuden wird beispielsweise versucht, der Problematik mit in die Belüftungsanlagen eingebauten Filtern Herr zu werden. Wirklich zentral klimatisiert sind aber die wenigsten Gebäude, in denen sich Menschen aufhalten. Und: Im Endeffekt kommt es auf die sichere Reduktion, bzw. die Beseitigung von Krankheitserregern am Ort einer möglichen Übertragung, also in Einzelräumen, an. Dort muss der Effekt einer Maßnahme auch direkt messbar werden.

Mit der UV-C-Bestrahlung werden Keime zuverlässig reduziert und damit auch die Hygiene- und Lagerbedingungen verbessert.

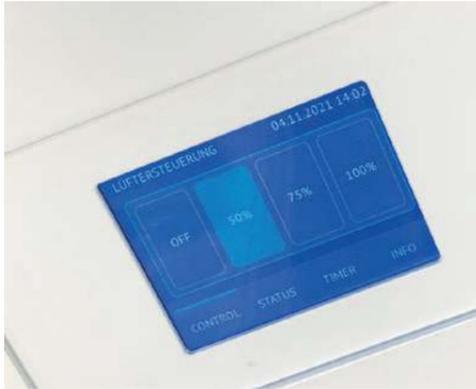
Karl Skriner

UV-C mit hohem Wirkungsgrad

Deutsche Virologinnen, Virologen, Physikerinnen und Physiker haben für solche Anwendungen mit der Luftdesinfektionsanlage UV-Cero 300 (ReTecCom; www.uv-cero.de) ein System entwickelt und vorgestellt, das in Sachen Praktikabilität und Wirksamkeit sehr gute Daten vorweisen kann. Es basiert auf der Zerstörung potenziell krankheitserregender Partikel in der Luft durch ultraviolettes Licht. Die Geräte saugen die Luft in Innenräumen an. Der Luftdurchsatz beträgt je nach Einstellung zwischen

Karl Skriner von der Berliner Universitätsklinik Charité hat mit seinem Team das auf UV-C-Basis funktionierende System zur Luftdesinfektion getestet.





Deutsche Virologinnen, Virologen, Physikerinnen und Physiker haben die Luftdesinfektionsanlage UV-Cero 300 entwickelt. Deren Prinzip basiert auf der Zerstörung potenziell krankheitserregender Partikel in der Luft durch ultraviolettes Licht.

Die COVID-19-Pandemie hat die Notwendigkeit von neuen Möglichkeiten zur Lufthygiene wieder akut werden lassen. Der Experte: „Es geht bei Technologien zur Verhinderung von Infektionen auf dem Luftweg in Innenräumen immer darum, die Konzentration potenziell infektiöser Partikel zu reduzieren. Bei einer Reduktion um drei Log-Stufen, also um 99,999 Prozent, wird das Risiko um 90 Prozent reduziert.“ Je größer die Verringerung der Partikelkonzentration, desto besser. Die bisher verwendeten Testverfahren zur Überprüfung von Luftdesinfektionsmethoden sind vor allem auf Labormessungen aufgebaut. Assadian: „Wir brauchen aber möglichst praxisnahe Untersuchungen. Im Laufe der COVID-19-Pandemie treten an uns und viele andere Stellen die Entwickler und Erzeuger vieler solcher Systeme heran.“ Man benötigt dringend objektive und verlässliche Prüfungen derartiger Geräte.

Eine Möglichkeit will das LKH Wiener Neustadt in Zukunft selbst anbieten. Der Krankenhaushygieniker: „Wir sind dabei, am Krankenhaus Wiener Neustadt eine Prüfstraße aufzubauen. Hier wollen wir Maßnahmen zur Luftdesinfektion testen und prüfen. Und zwar unter Praxisbedingungen, wie sie in Räumlichkeiten mit Patientinnen und Patienten, z. B. in Ambulanzen, täglich gegeben sind. Da kann man nach festgelegten Parametern z. B. zwei Wochen lang den Status der Lufthygiene mit oder ohne Intervention testen.“ Dies müsse natürlich gemäß aller für solche Aktivitäten geltenden Normen erfolgen. Eines der Ziele: Die Verantwortlichen sollen fundierte Befunde über die Effizienz von Luftdesinfektionsverfahren erhalten, auf die sie sich bei ihren Entscheidungen verlassen können.

Einsatz in keimbelasteter Umgebung

Karl Skriner hat mit seinem Team das auf UV-C-Basis funktionierende System zur Luftdesinfektion getestet. Für ihn gibt es zahlreiche mögliche Einsatzgebiete: „Das können z. B. Räumlichkeiten sein, die besonders keimarm sein müssen. Ich denke da eventuell an Räume, in denen man für die sogenannten ‚Schmetterlingskinder‘ die Verbände wechselt und in welchen jegliche Infektionsgefahr verhindert werden sollte.“ Auch Räume, in denen beispielsweise Patientinnen und Patienten mit der chronischen Lungenerkrankung Mukoviszidose medizinisch versorgt werden, wären ein potenzielles Einsatzgebiet — eben immer dort, wo es auf eine möglichst geringe Keimbelastung ankommt.

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verwenden zur Messung der Kontamination Membranen, welche die Belastung durch Viren oder Bakterien anzeigen. Damit lässt sich faktisch ein Real-Time-Monitoring durchführen. Denkbar ist sogar der Einsatz von fluoreszierenden Farben. Bei Kontrolle der Membranen zeigt ein Aufleuchten den Kontaminationsgrad der Umgebungsluft mit Partikeln an.

Skriner sieht Einsatzmöglichkeiten für das Luftdesinfektionssystem auch im Schutz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in gefährdeten Räumen. „Wenn wir nicht zeigen können, dass die Atemluft keimfrei ist, kommen die Leute nicht.“ Desinfektion und möglichst aktueller Nachweis einer weitgehend gegen null reduzierten Belastung durch potenziell krank machende Viren, Bakterien, Hefen, Pilze, etc. könnten einander auf diese Weise ergänzen. 

150 und 300 Kubikmeter pro Stunde und Gerät. Die Geräte selbst werden an der Raumdecke oder an einer Seitenwand in etwa zwei Meter Höhe installiert und benötigen außer einem Stromanschluss keine anderen Voraussetzungen. Die Installation erfolgt an den vorgesehenen Orten, da keimhaltige Aerosole eben vor allem im Raum herumschwirren. Der Clou: Die angesaugte Luft wird in dem flachen UV-Cero 300-Gerät durch Kanäle so geleitet, dass UV-C-Licht aus installierten Lampen (Frequenz 254 Nanometer) rund zwei Sekunden auf sie einwirkt. Das denaturiert, das heißt zerstört, die Erbsubstanz von Krankheitserregern (DNA, RNA) zuverlässig. Entscheidend erscheint hier vor allem die Dauer der Bestrahlung.

Da es sich um keine Filteranlage handelt, sind die Geräte absolut wartungsfrei. Die UV-C-Lampen in Stabform haben eine Lebensdauer von rund 9.000 Stunden. Erst nach der vorgesehenen Betriebsdauer nimmt die Leistung langsam ab. Ein interessanter Nebeneffekt: Bei Betrieb der Anlage kommt es auch zur Neutralisation von unangenehmen Gerüchen, was beispielsweise in Büros eine Rolle in Sachen Lufthygiene spielen kann.

Objektive Prüfberichte

Der Geräuschpegel liegt bei 38 bis 54 dB, je nach Regelung. Und das ist wohl von der Raumgröße abhängig, in der die Luft mit einem Gerät „gereinigt“ werden soll: Bei 50 Prozent Leistung können pro Stunde bis zu 150 Kubikmeter Luft desinfiziert werden, bei hundert Prozent sind es Räume von bis zu 300 Kubikmetern. Für größere Anwendungen kommt die Installation von weiteren Anlagen in Frage. Die Konstruktion verhindert jede potenziell schädliche UV-Strahlung außerhalb der Geräte. Dazu gibt es einen Prüfbericht der deutschen Gesellschaft zur Förderung von Medizin-, Bio- und Umwelttechnologien e. V. vom 4. Jänner 2021 nach DIN EN ISO 15858 2017.

An der Berliner Universitätsklinik Charité hat sich Dr. Karl Skriner, Leiter der Arbeitsgruppe Immunoproteomics (Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie), mit UV-Cero 300 und dem Wirkungsgrad der Geräte beschäftigt. Der positive Bericht stammt vom 25. Juni 2021. Skriner und sein Team befassen sich seit längerem mit der Entwicklung von Membranen, auf denen Krankheitserreger mit verschiedenen Testsystemen nachgewiesen werden können. „Wir haben Ihre Luftdesinfektionsanlage, UV-Cero‘ umfangreichen Tests unterzogen. In der Luft vorhandene Mikroorganismen — wie Viren (SARS-CoV-2, Influenza), Bakterien, Hefe- und Schimmelpilze, werden durch diese

Anlage eliminiert“, fasste Skriner, Leiter der Arbeitsgruppe Immunoproteomics an der Klinik in Berlin, die Ergebnisse zusammen. Was die Fachleute als Prinzip feststellen: „Die kurzwellige UV-C-Strahlung hat bei 254 Nanometern eine intensive bakterizide Wirkung, und wir haben dabei festgestellt, dass Ihr Gerät auch Krankenhauskeime eliminiert. Das UV-C-Licht wird von der DNA der Mikroorganismen absorbiert und zerstört dort ihre Struktur. Auf diese Weise werden die lebenden Bakterienzellen inaktiviert. Somit gefährden diese Keime nicht mehr die Gesundheit von Personal und Patientinnen sowie Patienten. Mit der UV-C-Bestrahlung werden somit Keime zuverlässig reduziert und in weiterer Folge auch die Hygiene- und Lagerbedingungen verbessert.“

Die Hygiene hat sich mit dem Thema Luft seit rund 70 Jahren nicht mehr beschäftigt. Doch das ändert sich mit SARS-CoV-2 wieder — und wird auch so bleiben.

Ojan Assadian

In den Tests wird bewiesen, dass die Reduktion der von potenziellen Krankheitserregern um rund 99,9 Prozent erfolgt. Das umfasste auch potenziell gefährliche Keime, wie Staphylococcus aureus (typischer Krankenhauskeim), Clostridium difficile, Escherichia coli, Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium (Sepsiserreger), Acinobacter baumannii (Pneumonien) oder Pseudomonas aeruginosa (Krankenhauskeim). „Wir sind der festen Überzeugung, dass mit Inbetriebnahme Ihrer Anlage bei uns eine enorme Verbesserung der Hygienebedingungen in allen eingesetzten Bereichen erreichen wird“, stellten jedenfalls die Berliner Expertinnen und Experten fest.

Die Anwendung solcher Systeme könnte sehr vielfältig sein: Von OP-Sälen über Intensivstationen in Krankenhäusern, Räumlichkeiten in Spitälern, in denen sich potenziell SARS-CoV-2-Infizierte aufhalten können bis hin zu Laborräumen, Büros und Räumen im privaten Bereich.

„Wir brauchen praxisnahe Tests“

„Die Hygiene hat sich mit dem Thema Luft seit rund 70 Jahren nicht mehr beschäftigt. Vorher machte das die Tuberkulose notwendig. Doch mit SARS-CoV-2 ändert sich das wieder und wird auch so bleiben“, sagte Univ.-Prof. Dr. Ojan Assadian, Hygieniker und ärztlicher Direktor des LKH Wiener Neustadt, zur aktuellen Problematik.



Kurs auf Onkologie 2030

In der Prävention von Krebserkrankungen und in der Umsetzung der zunehmend komplexer werdenden Therapien, benötigt Österreich einen Schub in Richtung **PRÄVENTION, GEMEINSAME STANDARDS, EINHEITLICHES VORGEHEN UND VERGLEICHBARE DOKUMENTATION**. Pilotprojekte sollen auch die politisch Verantwortlichen davon überzeugen, dass Innovation gut für die Patientinnen und Patienten und für Finanzen ist, stellten Expertinnen und Experten bei einem PRAEVENIRE Talk in Bad Hofgastein fest. | von Wolfgang Wagner

Zum bisherigen Verlauf und zu den Zwischenergebnissen des PRAEVENIRE-Projektes „Onkologie 2030“ sagte Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant (MedUni Wien): „Wir haben letztlich vier Projekte definiert. Das erste im Bereich Prävention. Da würde es wohl das exemplarische Darmkrebs-Vorsorgeprojekt verdienen, dass es auch in anderen Regionen begonnen wird. ‚rb‘ ist hier wie immer das Rauchen. Im Wesentlichen geht es darum, dass man eine Region überzeugen sollte, spezifische Interventionsmaßnahmen zu setzen.“ Der zweite Punkt: Wie sollte sich die Gesundheitspolitik gemeinsam mit den führenden Krebspezialistinnen und -spezialisten auf die Herausforderungen einer personalisierten Krebsmedizin vorbereiten? Gnant: „Wir haben festgestellt, dass es unsachliche Zugangsbarrieren gibt, dass es Bundesländerunterschiede gibt. Es gibt bis zu 200 Prozent unterschiedliche Kosten, was mit Zugang zu Innovation zusammenhängt und es gibt das schreckliche Wort ‚Patiententourismus‘. Das existiert leider wirklich.“ Nach einem ähnlichen Modell, sei es intramural oder extramural, wäre die Idee, dass es für definierte Therapiepfade beim Lungenkarzinom, beim Multiplen Myelom und beispielsweise im extramuralen Bereich beim PIK3-mutierten Mammakarzinom in der zweiten Therapielinie keine Diskussion mehr über die von Fachleuten verschriebenen Therapien geben sollte, betonte Gnant. „Unsere Idee war, in einzelnen Regionen, Bundesländern oder Gebietskörperschaften, verkürzte Zugangswege zu schaffen und das auch zu begleiten mit Qualitätsmanagement und Kostenkontrolle, um zu zeigen, dass ein Zugang zur innovativen Präzisionsonkologie in verbesserter Weise möglich ist.“

Kolonkarzinom-Vorsorge in Niederösterreichs Spitälern

Ein Vorsorge-Vorzeigeprojekt in beschränktem Rahmen wird jetzt in Niederösterreich im Bereich der Beschäftigten der NÖ Landes-

Teilnehmerinnen und Teilnehmer des PRAEVENIRE Talks:

- 1 Marija Balic
- 2 Gunda Gittler
- 3 Reinhold Glehr
- 4 Michael Gnant
- 5 Birgit Grünberger
- 6 Thomas Grünberger
- 7 Susanne Kaser
- 8 Hannes Kaufmann
- 9 Karl Lehner
- 10 Wolfgang Popp
- 11 Martin Schaffenrath
- 12 Harald Titzer

gesundheitsagentur auf den Weg gebracht, wie Prim. Priv.-Doz. Dr. Birgit Grünberger (Hämatologie/Onkologie LKH Wiener Neustadt) berichtete: „Es macht wirklich jeder Mitarbeiter der LGA den FIT-Test. Wenn der positiv ist, kommen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter automatisch zu einer Koloskopie, wo der Termin ausgemacht wird.“

Problem „Chefärztinnen und Chefarzte“

Wo sich Probleme auftun: Bei der Bewilligung von innovativen (oralen) Krebstherapeutika für die niedergelassene Praxis, wo eine Chefarztbewilligung notwendig wird. Hier scheint Oberösterreich einen sehr positiven Weg zu gehen. Mag. Gunda Gittler, MBA, aHPh, Leiterin der Krankenhausapotheke der Barmherzigen Brüder (Linz): „In Oberösterreich gibt es eine Zielvereinbarung mit den Krankenhäusern, so wie es auch im niedergelassenen Bereich ist. Im Bereich der Onkologie gibt es für die oralen Therapeutika eine erleichterte Chefarztpflicht.“ Erst im Nachhinein erfolge ein Monitoring. „Die Abteilungen, die diese Therapien veranlassen, verschreiben diese ja nicht wahllos, sondern gezielt. Das ist eine bürokratische Erleichterung.“ Von der Krankenhausapotheke erhielten die Patientinnen und Patienten auch entsprechendes Informationsmaterial, wie die Therapie am besten einzunehmen bzw. zu managen ist. Hier spießt es sich in anderen Bundesländern. Birgit Grünberger: „Das Projekt, das man in Oberösterreich hat, ist wirklich traumhaft. Daran scheitert es in Niederösterreich wirklich schwer. Es funktioniert bei der Bewilligung mit den Chefärztinnen und Chefarzten sehr schleppend. Wir haben wirklich einen Gap: wann verschreibe ich das Medikament und wann startet die Therapie. Wir haben auch keine Chefarztin und keinen Chefarzt vor Ort.“

„Krebs zu verhindern, das ist die kostengünstigste und effizienteste Behandlung, die wir den Patientinnen und Patienten anbieten können“,

betonte Prim. Doz. Dr. Hannes Kaufmann, Leiter des Zentrums für Onkologie und Hämatologie an der Klinik Favoriten in Wien. Auch in der Bundeshauptstadt sind die Onkologen mit Problemen mit den Chefärztinnen und Chefarzten konfrontiert. „Das Modell aus Oberösterreich mit der Chefarzt-freien Verschreibung ist für uns ein ganz großes Thema. Insofern, als wir die ganzen Freigabemodelle mit der Krankenkasse digitalisiert haben und keine direkten Ansprechpartner mehr haben“, sagte der Onkologe. Früher hätte man offene Fragen mit dem chefarztlichen Dienst im direkten Telefongespräch schnell klären und einen Konsens herbeiführen können. Das sei derzeit kaum mehr möglich. Kaufmann: „Jetzt ist es so, dass einfach abgelehnt wird, und wir wissen nicht warum. Es ist wahnsinnig schwer, jemand zu erreichen.“ Damit werde der Zugang erschwert. Gut, so Kaufmann, sei an dem oberösterreichischen Modell, das auch von Mag. Karl Lehner, MBA, Geschäftsführer der OÖ Gesundheitsholding präsentiert wurde: „Wenn es von einer Fachabteilung verschrieben wird, braucht man keine Chefarztpflicht. Ein Modell wäre, dass Medikamente, die von der EMA in der Onkologie zugelassen werden, ohne Regulative frei verschreibbar werden. Dann würde man den Zugang für alle gleich schaffen.“ Als eines der reichsten Länder Europas, sollte sich Österreich das auch leisten können, betonte Kaufmann. Dass die Kosten nicht explodieren würden, müsste sich darstellen lassen.

Der chefarztliche Dienst war nicht abschaffbar

Schlechte Erreichbarkeit von Chefärztinnen und Chefarzten sollte es nicht geben, sagte Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA, Verwaltungsratsmitglied der ÖGK: „Wir wollten noch unter dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger die Chefarztpflicht generell abschaffen. Da ist ein großes Rumoren unter den Chefärztinnen und Chefarzten bei den Gebietskrankenkassen herumgegangen. ‚Nein,“

Krebs rechtzeitig erkennen und bekämpfen

Darum, wie Krebspatienten optimal behandelt werden können, drehte sich die Diskussion „Onkologie 2020“.



die Chefarztpflicht muss bleiben, hieß es. „Für unsere Ärztinnen und Ärzte draußen muss der chefarztliche Dienst jedenfalls erreichbar sein. Das sollte nicht passieren. Und wenn es doch passiert, muss ich mich entschuldigen.“ Lehner strich die Vorteile von Standards, Leitlinien und Dokumentation hervor. Oft hätte er früher die Frage gestellt, warum eine Abteilung oder ein Krankenhaus „teurer“ oder „billiger“ verfähre. Der Manager: „Die Fragen stellen wir nicht mehr. Weil alle nach denselben Leitlinien arbeiten. Jetzt stellen wir andere Fragen. Schaffen wir es, dass Dinge, die vor uns stehen, in Summe, beim Träger in Oberösterreich, Österreich oder darüber hinaus unter den Rahmenbedingungen geleistet werden können.“

Damit ist auch die Frage der Tumorregister verbunden. Laut dem Wiener Onkologen sollte man doch die Tumorregister in Oberösterreich und Niederösterreich kombinieren können. Hier könnte man die Daten für eine Modell-erkrankung poolen und so zu aussagekräftigen Informationen kommen und zeigen, dass leitliniengerechtes Vorgehen im Endeffekt auch kostengünstig sei.

Das Problem, so Birgit Grünberger, sei, dass in Niederösterreich jede Krebspatientin und jeder Krebspatient in ein einheitliches Tumorregister eingegeben wird: „Das mit dem Datenabgleich ist wirklich ärgerlich. Was wir schon mit der IT gestritten haben. Man möchte es nicht glauben, woran das scheitern kann. Wir sind da wirklich dran. Aber manche Daten kann man nicht

Sonderbeilage
Salzburger Nachrichten,
Erscheinungstermin
15. Oktober 2021



kombinieren. Es war ein IT-Problem, nicht ein Problem der beiden Träger oder eine Geldfrage.“ Lehner betonte — wie auch ÖGK-Verwaltung — dass man sich für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Oberösterreich und Niederösterreich für ein Projekt zur Kombination der beiden Tumorregister — in Oberösterreich wurden schon rund 60.000 Erkrankungsfälle aufgenommen — einsetzen werde: „Ich glaube, dass wir auch in diesem Fall flott etwas bekommen.“ Freilich, Probleme gibt es in der Onkologie auch anderweitig. Dr. Reinhold Glehr, Arzt für Allgemeinmedizin in Hartberg in der Steiermark, verwies auf die Notwendigkeit, auch die Hausärztinnen und Hausärzte ausreichend zu informieren: „Die Patientinnen und Patienten informieren sich im Internet oder in Journalen. Sie machen die Hausärztinnen und Hausärzte auf Dinge aufmerksam, die sie selbst nicht wissen. Die Erkrankten drängen uns in die Rolle des Ermöglichers. Sie stellen Fragen, die sie der Onkologin oder dem Onkologen nicht stellen.“

Hier könnte auch eine Rolle für auf die Betreuung von Tumorpatientinnen und -patienten spezialisierte Angehörige des diplomierten Krankenpflegepersonals entstehen. Der Präsident der Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen, Harald Titzer, BSc, MSc: „Die Sorge um die Versorgungskapazitäten teilen wir.“ Mit der Ausrichtung der Pflegeausbildung zum Generalistentum könnte das Pflegepersonal aber nicht ausreichend für die Betreuung von Tumorpatientinnen und -patienten spezialisierte Fähigkeiten erwerben und haben. Dies sollte in Zukunft bedacht werden. In Langzeitbetreuung und Nebenwirkungsmanagement würden sich hier Möglichkeiten für eine verstärkte Einbindung von diplomiertem Pflegepersonal auftun. Nicht immer sind die Voraussetzungen optimal für eine ebenso optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten, auch in der Entscheidungsfindung über das Vorgehen. Prim. Univ.-Prof. Dr. Thomas Grünberger, Vorstand

der Abteilung für Chirurgie an der Klinik Favoriten in Wien: „Bei uns hat nach wie vor nicht jede Patientin und jeder Patient eine Chance, für einen metastasierten Dickdarmkrebs ein adäquates Tumorboard zu besuchen. Ein adäquates Tumorboard, das ist, wo Spezialistinnen und Spezialisten drinnen sitzen, die nicht nur die medikamentöse Therapie, sondern auch die chirurgische Therapie des Kolonkarzinoms abschätzen können.“ Hier sollten Zentren definiert werden, wo Patientinnen und Patienten auch für eine Zweitmeinung hinkommen könnten. „Onkologische Erkrankungen sind wahrscheinlich einfacher in Register einzugeben als andere chronische Erkrankungen, die primär im niedergelassenen Bereich therapiert werden“, sagte Univ.-Prof. Dr. Susanne Kaser, Präsidentin der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG). Die ÖDG hätte eine langjährige Forderung nach einem Diabetes-Register erhoben. Wichtig sei, dass auch Co-Morbiditäten dabei sind. Eine rezente britische Studie habe z. B. gezeigt, dass Diabetikerinnen und Diabetiker nicht primär an Herz-Kreislauf-Erkrankungen versterben, sondern an Krebs. Deshalb sollte man überlegen, ob man nicht auch Screening und Früherkennung mehr für einzelne Patientengruppen präzisieren könnte. Die Hürden für Patientinnen und Patienten in Österreich sind seit langem bekannt. Die komplexe Gesundheitsversorgung hat die Tendenz, sich immer mehr aufzufächern. Das kann Benachteiligungen bedeuten, die man nicht akzeptieren sollte. Der Wiener Lungenspezialist Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Popp: „Ich bin ein bisschen im Zweifel, ob wir nicht eine Zwei- oder Drei-Klassenmedizin haben. Die erste Klasse ist die, die den Zugang zu optimaler Versorgung bekommt — die, die die richtigen Beziehungen hat. Die zweite Klasse ist die, die eine Zusatzversicherung hat und wo ein bisschen Eminenzmedizin betrieben wird, sofern sie von der Zusatzversicherung bezahlt wird. Und die dritte Klasse ist die, die irgendwo einen Zugang bekommt.“

Gemein(d)sam

Ärztmangel am Land: Viele Lösungsvorschläge, wenig Umsetzung



Die Zahl an Neuinfektionen ist erschreckend hoch, immer mehr Menschen müssen ins Krankenhaus und die Intensivstationen kommen an ihr Limit. Gleichzeitig herrscht im ganzen Land ein Pflege-Notstand und medizinisches Personal steht vor der totalen Erschöpfung. Die Herausforderungen der Pandemie, eine angemessene, ausreichende und umfassende medizinische Versorgung und Betreuung im ländlichen Raum flächendeckend aufrechtzuerhalten, wurden schon in den Jahren vor der gesundheitlichen Krise drängend. COVID-19 hat diese nur verstärkt. Klar dabei ist: Die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen und zeitgemäßen allgemeinmedizinischen wie auch fachärztlichen Versorgung zu gewährleisten, ist keine Aufgabe der kommunalen Ebene, sondern des Bundes und der Länder. Die kommunale Ebene ist in Prozesse wie z. B. die Festlegung

der Stellenpläne und die Ausschreibung von Kassenstellen wenn überhaupt, nur marginal eingebunden. Als Gemeindebund warnen wir schon seit Jahren vor einem drohenden medizinischen Engpass, gerade in den ländlichen Regionen. Als Antwort hören wir meist, dass die Gemeinden die Praxisgründung von Ärztinnen und Ärzten finanziell fördern sollen. Wir sagen aber ganz klar: Wir sind nicht dafür da, die Arztpraxen zu finanzieren, weil Krankenkassen, Dachverband, Ärztekammer und Co. versagen. Die Lösung des Ärztemangels darf also nicht den Gemeinden umgehängt werden. Die Gemeinden sind aber vor allem die ersten Ansprechpartner für die Anliegen der Bürgerinnen und Bürger, und müssen vor diesen rechtfertigen, wieso es keinen Allgemeinärztin bzw. keinen Allgemeinarzt im Ort gibt. Die Gemeinden werden zunehmend in die „Ausfallshafter“-Rolle für Lücken in

der gesundheitlichen Versorgung gedrängt. Dies hat auch eine große finanzielle Belastung der Gemeinden zur Folge, wenn es etwa um das Bereitstellen von Ordinationsinfrastruktur geht, um jungen Ärztinnen und Ärzten Anreize zu geben bzw. es ihnen zu ermöglichen, im ländlichen Raum eine Praxis eröffnen und nachhaltig führen zu können. Die Gründe für die vorherrschenden Verteilungsprobleme (Stadt/Land, Kassenarzt/Wahlarzt, Krankenhaus/Ordination aber auch ärztliche/krankenpflegerische Tätigkeit) sind vielfältig. Ebenso vielfältig müssen daher die Maßnahmen sein um gegenzusteuern und die Attraktivität des Landarztberufs nicht zuletzt auch für Frauen wieder zu erhöhen. Auf kommunaler Ebene werden bereits seit Jahren Lösungen gesucht. Dabei haben sich mancherorts die Kooperationen bewährt. Ein Versorgungszentrum mit mehreren Ärztinnen und Ärzten und mit verschiedenen fachlichen Schwerpunkten kann den Bürgerinnen und Bürgern längere Öffnungszeiten und eine umfangreichere Betreuung bieten. Neue und innovative Primärversorgungszentren sind wertvolle Versorgungsformen der Zukunft. Finanziell setzt es derzeit Gemeinden aber zu sehr unter Druck. Klar muss also sein: Eine nachhaltige Verbesserung im ganzen Land kann sich nur zeigen, wenn Bund und Länder ihre Verantwortung wahrnehmen, und die Gemeinden das nicht alleine stemmen lassen. In einem Positionspapier des Bundesvorstandes des Gemeindebundes zum Thema finden sich zahlreiche Vorschläge für Reformmaßnahmen, wie etwa familienfreundliche Kassenverträge, mehr Transparenz bei Stellenplänen und Ausschreibungen, Reform des Wahlarztsystems, Reduktion von bürokratischen Aufgaben, Anreize zur Ergreifung des hausärztlichen Berufs, Harmonisierung der Gehälter, Verbesserung der wirtschaftlichen Perspektive für junge Hausärztinnen und Hausärzte im ländlichen Raum und laufende Informationsbereitstellung für die Gemeinden sowie deren Einbindung.



Mag. Alfred Riedl,
Präsident des Österreichischen
Gemeindebundes



PIONIERE

Unter dem Titel „Gesellschaftliche Bedeutung der Demenz in Österreich: Herausforderungen und Lösungsansätze“ gab Dr. Thomas Czypionka, Leiter der Forschungsgruppe Gesundheitsökonomie und -politik am Institut für Höhere Studien (IHS), zu Beginn des Gipfelgesprächs erste Einblicke in eine aktuelle Studie des IHS zum Thema Demenz in Österreich. „Trotz zunehmender Relevanz gibt es hierzulande bisher nur wenig Evidenz zu dieser Erkrankung“, erklärte Czypionka. Die tatsächliche Prävalenz ist nicht bekannt. Studien gehen von 128.000 bis 147.000 Fällen aus. „Durch Unterversorgung, Unterdiagnostizierung und Mangel an zugelassenen Therapien für manche Formen von Demenz, kommt es zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz“, so Czypionka. Folglich sind auch die Auswirkungen von Demenz in Österreich nicht systematisch erfasst. Um die Herausforderungen zu adressieren und Lösungen zu schaffen, ist eine Verbesserung der Datenlage erforderlich. Auch zum Ausmaß der sozialen Dimension durch die Beeinträchtigung der Betroffenen und Angehörigen sowie zu Präventionsstrategien war bislang wenig bekannt. „Unsere aktuelle Studie bildet erstmals möglichst umfassend die Kosten der Demenz ab, die in unterschiedlichen Bereichen anfallen“ so Czypionka. Grob können dabei drei Positionen unterschieden werden: Direkte medizinische sowie nicht-medizinische Kosten, etwa für Diagnostik und Behandlung oder Medikamente bzw. Pflege und Betreuung. Indirekte Kosten, etwa durch verringerte Beschäftigung von informell Pflegenden, und intangible Kosten, etwa durch die psychische und physische Belastung von Betroffenen und Pflegenden. „Jährlich verursacht Demenz mehr als 2,6 Mrd. Euro an Kosten für medizinische Versorgung bzw. formelle Pflege und Betreuung. Dazu kommt noch der sehr bedeutende Faktor der informellen Pflege, den wir in der Studie ebenfalls beleuchten“, schilderte Czypionka.

Ausschlussdiagnose

Univ.-Prof. Dr. Peter Dal-Bianco, Präsident Österreichische Alzheimer Gesellschaft, fügt in der Diskussion hinzu, dass es für Vergesslichkeit sehr viele unterschiedliche Ursachen geben kann: „Demenz ist eher als Ausschlussdiagnose zu betrachten“. Gemeinsam mit der GÖG hat die Österreichische Alzheimer Gesellschaft ein Demenzregister vorbereitet und strukturiert. „Dadurch versprechen wir uns valide Daten aus dem niedergelassenen Bereich, dem Krankenhaus- sowie dem Pflegebereich“, so Dal-Bianco. Bezüglich Medikamenten-Innovationen und Forschung erklärte er, dass sich viele Pharmabetriebe aus diesem Bereich zurückgezogen haben.

Prävention stärken

Sowohl Betroffene als auch deren Angehörige fürchten eine Diagnose Demenz, erklärt die Allgemeinmedizinerin Prof. Dr. Erika Zelko von der Universität Maribor. Gerade der Wunsch von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen, dass die Betroffenen möglichst lange zu Hause wohnen bleiben wollen, spiegelt sich in den Zahlen des IHS wieder. Um das zu ermöglichen, bedarf es intensiverer interdisziplinärer Zusammenarbeit. Ein starker Fokus müsse, so Zelko, auch auf die Prävention gelegt werden, da man so ein Leben ohne größere Hürden ermöglichen könne. Gerade Bewegung und ein aktiver Lebensstil seien diesbezüglich wichtige Beiträge. Gerade in der Diagnose stelle die Demenz Ärztinnen und Ärzte vor große Herausforderungen, schildert Assoc.-Prof. Dr. Martin



Demenz

Erkrankung mit gesamtgesellschaftlicher Auswirkung

Die Zahl der **DEMENZKRANKEN IN ÖSTERREICH** steigt laufend an. Die Krankheit stellt nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch das Gesundheitssystem und die gesamte Gesellschaft vor enorme Herausforderungen. Ausgehend von der ersten Versorgungsstudie des IHS zu Demenz in Österreich, diskutierten Expertinnen und Experten in einem hybriden Gipfelgespräch auf der alten Schafalm des Böglerhofs in Alpbach die daraus resultierenden gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen sowie Lösungsansätze im Umgang mit der Erkrankung. | von Rainald Edel, MBA

PRAEVENIRE Gipfelgespräch auf der Schafalm in Alpbach v.l.: Reinhold Glehr, Reingard Glehr, Heimo Pernt, Martin Andreas, Hanns Kratzer, Michael Kreppel-Friedbichler, Christa Wirthumer-Hoche, Ilda Sabanovic, Michael Demel, Antonia Croy, Bernhard Rupp, Alexander Biach, Erwin Rebhandl, Erika Zelko, Arno Melitopoulos-Daum

Digital dazugeschaltet:

- Thomas Czypionka
- Peter Dal-Bianco



Andreas, Programmleiter Herzklappenchirurgie und herzchirurgische Hybrid-OP — Abteilung für Herzchirurgie an der MedUni Wien, AKH Wien. Denn beispielsweise können die häufigen Stürze der Betroffenen sowohl eine kardiale Ursache haben, als auch durch die Demenz bedingt sein. Eine Ursachenforschung sei krankheitsbedingt oftmals schwierig. „Je nach Schweregrad der Erkrankung gilt es, gemeinsam mit anderen Berufsgruppen ein individuelles Programm für die jeweilige erkrankte Person zu finden und sie in ihrer Lebenssituation bestmöglich zu unterstützen“, schilderte der Allgemeinmediziner Dr. Reinhold Glehr von der Steirischen Akademie für Allgemeinmedizin. Den Fokus auf die Angehörigen legte der Allgemeinmediziner Dr. Erwin Rebhandl, Präsident der Oberösterreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin und Betreiber einer Primärversorgungseinheit: „Wir Hausärztinnen und Hausärzte kennen die Betroffenen meist schon aus der Zeit vor der Erkrankung und müssen die Angehörigen schon frühzeitig in der Betreuung beachten. Wir brauchen sowohl für die Betroffenen als auch die Angehörigen Betreuungsoptionen — soziale Einrichtungen die helfen, dass die Erkrankten in Aktivitäten des sozialen Lebens integriert werden.“ Für eine Entstigmatisierung und mehr Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung für Demenzerkrankungen trat Dr. Reingard Glehr, Ärztin für Allgemeinmedizin, ein. „In Zukunft müssen auch die mobilen Dienste im Sinne der multiprofessionellen Betreuung stärker eingesetzt werden, um eine flächendeckende, wohnortnahe Betreuung zu gewährleisten“, nannte Glehr ein weiteres Handlungsfeld.

Koordinierte Vorgehensweise

„Man muss auch finanziellen Belastungen durch die vorhin angesprochenen nicht-medikamentösen Therapien und Unterstützungsangebote berücksichtigen. Diese den Betroffenen zu ermöglichen, kostet Geld, das über das Pflegegeld

nicht abgedeckt ist und oftmals durch die Familien aufgebracht wird“, mahnte Antonia Croy, Präsidentin der Selbsthilfeorganisation „Alzheimer Austria“. „Abseits von Krebstherapien werden wir in Zukunft viel mehr Therapieoptionen für Krankheiten wie Diabetes oder Alzheimer brauchen. Daher ist es wichtig, dass Unternehmen auch in diesem Bereich intensiv forschen“, sagte DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche, Leiterin der AGES Medizinmarktaufsicht.

Auf die unterschiedlichen Zuwachsraten verwies Dr. Arno Melitopoulos-Daum von der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK). Bei genauerer Betrachtung der Erkrankungszuwächse zeigte sich, dass während die Zunahme bei Frauen fast stagniere, sich die Fallzahlen bei Männern mit einem Plus von 24 Prozent geradezu exponentiell entwickeln. „Ich glaube, dass das Thema Alzheimer in der öffentlichen Pflege-Diskussion zu kurz kommt. Sowohl bei der PflegegeldEinstufung als auch bei der Personalausstattung bei Pflegeeinrichtungen wird dieser Indikation nach wie vor zu wenig Beachtung geschenkt“, erklärte Hon.-Prof.(FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA von der Arbeiterkammer NÖ.

Statt häppchenweise durch Bund, Länder und Gemeinden einzeln, müssen im Rahmen der Zielsteuerung die Themen Gesundheit und Pflege akkordiert angegangen werden, appellierte Dr. Alexander Biach, Direktor-Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien. So könnten leichter Akzente beispielsweise im Bereich der Demenz gesetzt werden. Organisatorisch sollte die Koordination und Abwicklung bei der PVA liegen, die bereits bisher die PflegegeldEinstufungen mache. Als medizinische Anlaufstelle sieht Biach die Primärversorgungseinheiten als ideal für die Prävention, da diese nicht nur in ihren Mindestanforderungen das Thema enthalten haben, sondern auch über das entsprechende Netzwerk wie Ernährungsberatung, Physio- und Ergotherapie etc. verfügen. **P**

Klinikübergreifende Rotationsplanung 2.0

Bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten präsentierte CEO und Co-Founderin von „rotable“ Lisa Holzgruber, MBA, MSC ihr erfolgreiches Start-up, das sie mit dem Ziel gegründet hat, das **MANAGEMENT UND DIE VERWALTUNG VON ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN IN AUSBILDUNG** zu transformieren. Die cloud-basierte Software-Lösung bildet die Komplexität der klinikübergreifenden Rotationsplanung vollständig ab und ermöglicht Krankenhäusern, Ärztinnen und Ärzten den Zeit- und Arbeitsaufwand für administrative Aufgaben zu minimieren. | von Mag. Dren Elezi, MA

Im Gesundheitssystem ist Digitalisierung ein essenzieller Faktor, um komplexe Vorgänge zu vereinfachen. Gerade die Coronapandemie hat gezeigt, welche Bedeutung der effizienten Allokation und der Entlastung von medizinischen Personalressourcen zukommt. Als frühere Leiterin des DoctorsPoint der Vinzenz Gruppe Wien hat Lisa Holzgruber, MBA, MSc, Mitgründerin von rotatable, bereits viel Erfahrung gesammelt, wie komplex und perso-

Wir gehen in Österreich von einem Einsparungspotenzial von mindestens 60 Stunden pro Woche im Krankenhaus aus.

Lisa Holzgruber

nalaufwändig die herkömmliche Rotationsplanung ist. „Die Rotationsplanung von Ärztinnen und Ärzten in Ausbildung und Pflegeauszubildenden verursacht einen enormen Verwaltungsaufwand für medizinisches Fachpersonal in Krankenhäusern. So werden in Österreichs Spitälern dafür im Schnitt 200 Stunden pro Woche aufgewendet — und dies zu 50 Prozent von Ärztinnen und Ärzten. Die ärztliche Rotationsplanung geschieht dabei oft manuell. Das bindet zum einen Personalressourcen“, betonte Lisa Holzgruber in ihrer Keynote.

Digitalisierungs- und Automatisierungsdefizit

Über diesen hohen Verwaltungsaufwand mit erheblicher Personalressourcenbindung hinausgehend, gibt es laut Holzgruber eine Reihe von Qualitätseinbußen, die mit dieser manuellen Handhabung in Work-Arounds einhergehen. „Für die manuelle Handhabung in Work-Arounds werden meist Excel-Listen verwendet, die in Papierform in Büros aufgehängt werden und oftmals nicht tagesaktuell gehalten werden können. Zudem sind diese häufig durch einen unvollständigen Planungshorizont und eine erhebliche Fehleranfälligkeit gekennzeichnet, da die Komplexität eines Rotationsplans über 72 Monate nicht abgebildet werden kann. Am Beispiel von maßgeblichen Qualitätseinbußen, Intransparenz, asymmetrischer Information, einer geringen Planungssicherheit, Compliance-Lücken oder der erschwerten Möglichkeit persönliche Präferenzen berücksichtigen zu können zeigt sich, dass die Handhabung in manuellen Workarounds zu einer Vielzahl unerwünschter Folgen führen kann“, kritisierte die Expertin. Befragungen zeigen, dass 60 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte bemängeln, dass Rotationspläne nicht umgesetzt werden, keine ausreichende Gesamtstruktur und erschwerte



Rotationsmöglichkeiten vorhanden sind. „Ausbildungsärztinnen und -ärzte nannten insbesondere die fehlende Strukturierung der Weiterbildungsabschnitte als Barriere. 90 Prozent der befragten Jungärztinnen und -ärzte stufen eine strukturierte Ausbildungsrotation als sehr wichtig ein. Und etwa vier von zehn Ärztinnen und Ärzten sind unzufrieden mit der Ausbildung“, berichtet sie.

Die Lösung zur automatisierten Rotationsplanung

Auf der Suche nach einer geeigneten Software stellte Holzgruber fest, dass jedes Krankenhaus mit ähnlichen Herausforderungen im unterdigitalisierten Workforce-Management kämpft und entschied sich daher, gemeinsam mit ihren Co-Foundern Yannick Dues und David Gangl eine Lösung zu schaffen. Das 2020 gegründete Start-up „rotatable“ entwickelte eine Software-Lösung, die es Spitälern ermöglichen soll, die ärztliche Rotationsplanung automatisiert durchzuführen sowie zugehörige Verwaltungstätigkeiten und eine budgetgerechte Planung von Dienstposten „mit wenigen Klicks“ abzuwickeln. „rotatable wurde mit dem Ziel gegründet, Effizienzen zu schaffen, d. h. das medizinische Fachpersonal zu entlasten, und die Planungsqualität im Sinne aller Beteiligten zu steigern“, so Holzgruber. „Auf kurzfristige Änderungen wie Unterbrechungszeiten lässt sich umgehend reagieren und ein aktualisierter Rotationsplan erstellen. Damit ist auch weniger Aufwand für die Planung und mehr Zeit für Patientinnen und Patienten verbunden. Auch die Planung (Planungshorizont von bis zu 72 Monaten, Reduktion der Stehzeiten) und Administration

lassen sich intuitiv und effizient vornehmen, womit lange Einschulungsphasen vermieden werden“, erklärt die Start-up-Gründerin. Als standardisierte, cloudbasierte Lösung ist die Software — in Krankenhäusern und Ausbildungsstätten — in nur wenigen Schritten einsatzbereit, womit ein langwieriges und kostspieliges Implementierungsprojekt nicht notwendig ist. Auch eine Anbindung an bestehende IT-Systeme ist nicht zwingende notwendig. Mit der Software soll zudem ein effizienter Ressourceneinsatz, eine nachhaltige Kosteneinsparung sowie eine Steigerung der Ausbildungsqualität und Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der ärztlichen Rotationsplanung gewährleistet werden. Die Lösung wird dann primär von allen Personen genutzt, die am Rotationsplanungsprozess beteiligt sind (z. B. Ärztliche Direktion, Abteilungsleitung, Personalmanagement, Ausbildungsverantwortliche).

Einsparungspotenzial von mindestens 60 Stunden pro Woche und Krankenhaus

Das Team von rotatable entwickelt den Algorithmus selbst. Die cloud basierte Software-Lösung bildet die Komplexität der klinikübergreifenden Rotationsplanung vollständig ab und schafft laut dem Unternehmen eine neue Datenbasis mit Informationen, die aktuell nicht zugänglich sind. Mit dieser Datenbasis trainiert das Start-up den Algorithmus schrittweise, und ermöglicht dem System Pläne automatisch anzufertigen. „Wir gehen in Österreich von einem Einsparungspotenzial von mindestens 60 Stunden pro Woche und Krankenhaus aus. Die Vorteile liegen auf der Hand: Die Zeitersparnis entlastet die Ärzteschaft und steigert die Ausbildungsqualität durch Transparenz und mehr Planungssicherheit. Man kann insofern von einer sinnvollen Investition in die Zukunft sprechen“, so Lisa Holzgruber. rotatable vereint alle Bereiche, die für die ärztliche Rotationsplanung notwendig sind, womit es in Krankenhäusern erstmals möglich wird, das Ärzteausbildungsmanagement über die gesamte Ausbildungsdauer, unter Berücksichtigung der Dienstpostenplanung und aller gesetzlichen Ausbildungsvorgaben, intuitiv, automationsunterstützt und häuserübergreifend durchzuführen. „Durch die Softwarelösung von rotatable gehören Excel-Listen und sonstige Work-Arounds der Vergangenheit an“, so die Gründerin abschließend. Die erste Version soll Anfang 2022 am Markt verfügbar sein, Rotatable konnte aber bereits Pilotkunden sowie mehreren Beta-Test-Kundinnen und -Kunden für eine nutzer zentrierte Entwicklung gewinnen. P

Sonderbeilage Die Presse, Erscheinungstermin 18. Juni 2021





PLATTFORMEN



Frischzellenkur für die PERI Group

Mit Kompetenz und Empathie an die Spitze

Österreichs führendes Kommunikationsnetzwerk der Gesundheitsbranche setzt 2022 auf Expansion und stellt im Rahmen eines Generationenwechsels die professionellen und personellen Weichen für die Zukunft.

JOHANNES OBERNDORFER, KÜNFTIGER GESCHÄFTSFÜHRER IN DER PERI GROUP, im Gespräch über seine Vision, seine Philosophie und das enorme Potenzial der Gruppe, die dank Expertise und wertschätzendem zwischenmenschlichen Miteinander stets am Puls der Zeit und Wissenschaft agiert. | von Lisa Türk, BA

Johannes Oberndorfer wird das Management der PERI Group künftig als Executive Consultant verstärken, während sich der Gründer Robert Riedl ausschließlich auf strategische, beratende und vernetzende Tätigkeiten konzentrieren wird. Auf diese Weise soll das unternehmensspezifische Know-how auf Basis jahrzehntelanger Erfahrung erhalten bleiben und um innovative Ideen ergänzt werden.

PERISKOP: Sie sind seit vielen Jahren als Medienprofi in der Gesundheitsbranche tätig. In den vergangenen knapp sechs Jahren waren Sie Geschäftsführer der RMA Gesundheit GmbH. Wo sehen Sie die Meilensteine Ihrer bisherigen Karriere?

OBERNDORFER: Um den Bogen zu spannen, möchte ich zunächst ganz an den Anfang meiner beruflichen Laufbahn zurückkehren. Aufgrund meiner Faszination für einerseits Gesundheitsthemen und andererseits Medien hatte ich schon früh den Wunsch, diese beiden Leidenschaften in meinem Beruf miteinander zu verbinden. Ich bin nun mittlerweile seit knapp 15 Jahren in der Gesundheitsbranche tätig. Mein erster Berührungspunkt mit der Gesundheitskommunikation war die Gründung der Apothekenfachzeitung „Pharmazeutical Tribune“ bei den Medizin Medien Austria. Im Rahmen der Entwicklung dieser Fachzeitung kristallisierte sich mein Interesse für Themen rund um Gesundheit, Pharmazie, Innovation

und Forschung noch deutlicher heraus, weshalb ich im Zuge meines weiteren Karrierewegs die Neuausrichtung des Magazins „HAUSARZT“ innerhalb der damaligen Styria Multi Media Corporate übernahm. Mein damals kleines Team und ich waren die ersten, die sich in einem zu dieser Zeit sehr an Lifestyle-Themen orientierten Verlagshaus mit Medizin und Gesundheit intensiver auseinandersetzten. In einem Verlag einen bis zum damaligen Zeitpunkt unangestasteten Themenbereich zu etablieren, war äußerst lehrreich und auf positive Weise herausfordernd für mich. Schon damals war mir die enorme Bedeutung des Gesundheitsbereichs auch für die Zukunft bewusst. Besonders erfolgreich wurde der „HAUSARZT“, für den ich in Summe zehn Jahre verantwortlich war, im Zuge eines kompletten Relaunches und einer Neupositionierung als Praxismagazin für Primärversorgung. Nach einiger Zeit etablierten mein Team und ich diverse Veranstaltungsserien rund um den „HAUSARZT“ und neue Formate wie das Magazin „Arzt ASSISTENZ“ und das Gesundheitsportal gesund.at. Mit dem Launch der „Arzt ASSISTENZ“ waren wir die ersten, die diese Zielgruppe in den Fokus nahmen. Der mit dem Berufsverband der ArztassistentInnen (BdA) ins Leben gerufene jährliche Kongress wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie der Industrie als Fixpunkt im Fortbildungskalender etabliert und sehr erfolgreich. Seit eh und je motiviert es mich, auch Produkte und Dienstleistungen für

Johannes Oberndorfer (o.l.) verstärkt künftig das Management der PERI Group als Executive Consultant. Gründer Robert Riedl konzentriert sich auf strategische, beratende und vernetzende Tätigkeiten.

jene Gesundheitsberufe zu entwickeln, die der Allgemeinheit vielleicht weniger präsent, jedoch in punkto optimaler Patientenversorgung gleichermaßen relevant sind.

Mit der Gründung der RMA Gesundheit GmbH im Jahr 2016 kamen dann die redaktionelle Verantwortung für die 127 RMA-Wochenzeitungen sowie das etablierte MINI MED Studium hinzu. Mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung auf niederschwellige Weise zu stärken, wurde ich Mitglied der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK), wo ich mein Wissen in das Kernteam einbringen durfte.

Ich setze stark auf das Potenzial meiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die tagtäglich hervorragende Arbeit leisten.

Johannes Oberndorfer

Wo liegt nun der gemeinsame Nenner mit der PERI Group? Inwiefern ergänzen Sie das Unternehmen Ihres Erachtens besonders gut?

Die Kernphilosophie der PERI Group knüpft im Grunde ebenfalls an den Gedanken an, die einzelnen Gesundheitsberufe und die Wissenschaft zu stärken — im Rahmen eines interdisziplinären und praxisnahen Dialogs, bei dem stets der Mensch im Mittelpunkt steht. Im Zuge

PERI GROUP
Einfach umfassend.

dieses Diskurses, den das Unternehmen initiiert und fördert, diskutieren und evaluieren Expertinnen und Experten auf unabhängige Weise praxisrelevante Möglichkeiten und Schritte, die letztlich zu einer optimierten Versorgung der Patientinnen und Patienten im österreichischen Gesundheitssystem beitragen. In ihrem Selbstverständnis nehme ich die PERI Group als eine Art Drehscheibe wahr, welche eine Interessensvernetzung auf Augenhöhe fördert, um letztlich eine einheitliche und abgestimmte, vor allem aber evidenzbasierte Botschaft nach außen hin zu formulieren. Die PERI Group ermöglicht all ihren Partnerinnen und Partnern, ihr Gesicht zu wahren und legt größten Wert auf ein wertschätzendes sowie konstruktives Miteinander. Der Fokus aller Vorgehensweisen beruht auf Konsens und Lösungsorientiertheit — ohne die unterschiedlichen Interessen und Parteien gegeneinander auszuspielen. Auf diese Weise entsteht eine vertrauensvolle Gesprächsbasis auf Grundlage wissenschaftlicher Evidenz. Diese Werte und Vorstellungen zeichnen sowohl das Unternehmen als auch mein persönliches berufliches Leitbild aus.

Die PERI Group hat über die letzten 40 Jahre ein gewaltiges Netzwerk an Know-how, Stakeholdern, Partnerinnen und Partnern sowie Ideen geschaffen. Von der Wissenschaft über Beratung, Werbung und Öffentlichkeitsarbeit bis hin zur Onlineexpertise bildet die Gruppe auf in Österreich einzigartige Art und Weise zahlreiche höchst relevante Themenkreise rund um die Gesundheitskommunikation ab. Um am Puls der Zeit zu bleiben, gilt es, dieses Netzwerk nun zu stärken und auszubauen. Nach einer gewissen Zeit ist es außerdem wichtig, interne Unternehmensstrukturen zu evaluieren. Im Sinne des internen, aber auch externen Selbstverständnisses sind Stärken und Schwächen zu eruieren, um letztlich eine zeitgemäße Weiterentwicklung der Unternehmenskultur voranzutreiben — eine Aufgabe, die ich in meiner Führungsposition als essenziell erachte.

Die PERI Group ist eine Art Drehscheibe, die Vernetzung auf Basis zwischenmenschlicher Wertschätzung zugunsten einer evidenzbasierten Botschaft fördert.

Johannes Oberndorfer

Auf welche konkreten Bereiche werden Sie sich im Rahmen Ihrer Managementrolle fokussieren?

Ausgehend von meiner Erfahrung im Zusammenhang mit der Entwicklung von Magazinen, möchte ich zunächst das PERISKOP als Trägermedium hochrelevanten Inhalts für die Gesundheitsbranche strategisch weiterentwickeln. Im Sinne eines gezielten Content Marketing sehe ich insbesondere crossmediale Produkte und Dienstleistungen, etwa in Form einer gestärkten Onlinepräsenz, von Podcasts oder Fernsehbeiträgen, als Chance, um letztlich auch neue Zielgruppen zu erreichen und die Marke PERISKOP à la longue weiter aufzuladen. Ein weiterer gemeinsamer Nenner mit der PERI Group und gleichzeitig ein Bereich, der mir sehr am Herzen liegt, ist die Steigerung der allgemeinen Gesundheitskompetenz. Bereits während meiner Zeit als Geschäftsführer bei der RMA Gesundheit GmbH gelang es meinem Team und mir, im Rahmen des MINI MED Studiums Europas größte niederschwellige Fortbildungsreihe für Laien zu etablieren. Die Brücke entsteht hier insbesondere im Zusammen-

hang mit dem Förderverein PRAEVENIRE, im Zuge dessen ich vorhabe, den Themenkreis der Gesundheitskompetenz weiter auszubauen. PRAEVENIRE steht für qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen, die im Konsens mit der Welt der Stakeholder sind. Mein Ziel ist es, das Vertrauen in diese Plattform zu stärken und weiterzuentwickeln — sowohl österreichweit als auch international.

Können Sie bereits einen Ausblick auf bestimmte Projekte geben, die Sie in nächster Zeit umsetzen werden?

Im Rahmen vom PRAEVENIRE Gesundheitsforum starten wir bereits 2022 ein erstes Pilotprojekt, die PRAEVENIRE Summer School, die voraussichtlich von 22. bis 24. Juni im Stift Seitenstetten stattfinden wird. Unter dem Titel „Wissenschaft für die Jugend“ möchten wir den Oberstufenschülerinnen und -schülern des Stiftsgymnasiums einen Einblick in die Wissenschaft und deren Funktionsweise geben. Führende Köpfe sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unseres Landes werden gemeinsam mit den Jugendlichen Themen und Empfehlungen erarbeiten, die anschließend auch ins PRAEVENIRE Weißbuch — Zukunft der Gesundheitsversorgung übernommen werden sollen. Bereits inmitten der derzeitigen Konzeption und Planung unterschiedlicher interaktiver Settings erfahren wir unglaubliches Engagement und große Begeisterung seitens aller Beteiligten. Meine Vision ist es, die vorletzte Schulwoche an vielen weiteren Schulen in Österreich zur Wissenschaftswoche zu machen und dieses Pilotprojekt somit auszurollen. Gerade in Zeiten wie diesen, die durch tiefe Verunsicherung geprägt sind, gilt es, das Vertrauen der Menschen in die Wissenschaft wiederherzustellen, die Wissenschaft greifbar, nachvollziehbar und niederschwellig zu gestalten. Ich bin sehr zuversichtlich, dass sich die Summer School vom Piloten 2022 rasch und positiv weiterentwickeln wird. Letztlich geht es auch darum, in einem kleinen Rahmen Wissen in punkto Steigerung der Gesundheitskompetenz zu generieren, die gewonnenen Erkenntnisse evidenzbasiert zu evaluieren und sie anschließend auf komplexere Themen zu transferieren und auszuweiten.

Wie wird sich die Zusammenarbeit im Zuge der kommenden Projekte innerhalb des Teams und insbesondere auf Führungsebene gestalten?

Der Kerngedanke dieses Geschäftsführerwechsels beruht im Grunde auf der Idee, gemeinsam das Beste aus zwei Welten und Generationen im Sinne eines dynamischen und zeitgemäßen Leistungsportfolios miteinander zu verbinden. Robert Riedl bleibt daher für mich allenfalls ein Sparringpartner, von dessen Erfahrung und dichtem Netzwerk ich sowohl auf strategisch-professioneller als auch persönlicher Ebene profitieren kann. Operative Dinge, wie etwa die Unternehmens- und Mitarbeiterführung, werden ab Anfang 2022 schrittweise in meinen Zuständigkeitsbereich übergehen.

Als Führungskraft liegen mir vor allem das Empowerment und die Weiterentwicklung meiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr am Herzen. Es gilt, in einem wertschätzenden Miteinander und auf Augenhöhe zu eruieren, an welchem Punkt eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter in ihrer, seiner Karriere steht, wo Stärken und Schwächen und schließlich Ziele liegen. Denn im Sinne einer modernen und zeitgemäßen Unternehmensführung geht es darum, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu motivieren, zu begleiten, ihre Talente ans Tageslicht zu bringen und optimal einzusetzen,



Die PERI Group — Leitbild und zentrale Werte

Die PERI Group hat über die letzten 40 Jahre ein Leistungsangebot geschaffen, das auf zielgruppenadaptierte und dynamische Weise ganzheitliche Lösungsansätze für zahlreiche Themenkreise der Gesundheitsbranche bietet. Das Unternehmen steht für professionelle, evidenzbasierte und unabhängige Gesundheitskommunikation mit und für Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Konsens und gegenseitige Wertschätzung bilden die Grundlage des gemeinsamen Diskurses, der stets den Mensch in seiner Gesamtheit, eingebettet in das soziale System, in den Mittelpunkt stellt. Neben der Steigerung der Akzeptanz gegenüber der Wissenschaft und der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist das zentrale Anliegen des Unternehmens, sinnvolle (Charity-)Projekte im Gesundheitswesen optimal zu unterstützen und zum Erfolg zu führen.

Die PERI Group fasst mit der PERI Business Development GmbH, PERI Change GmbH, PERI Consulting GmbH, PERI Market Access GmbH, PERI Online-experts GmbH, Update Europe GmbH, Welldone Werbung und PR GmbH zahlreiche Spezialistinnen und Spezialisten, die über hohe Fachkompetenz, fundiertes Wissen, soziale Kompetenz, Teamspirit und Innovationsgeist verfügen, unter einem Dach zusammen.

ihnen Fortbildungen und letztlich auch jene Freiheiten zu ermöglichen, die sie für ein produktives Arbeitsklima und glückliches Berufsleben benötigen. Ich habe vor, die personellen Kompetenzen in der PERI Group zu kanalisieren, zu bündeln, zu stärken, gegebenenfalls zu ergänzen und stark auf das Potenzial meiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu setzen, die tagtäglich hervorragende Arbeit leisten. Erfolgreiche und empathische Unternehmensführung manifestiert sich vor allem anhand eines Teams, das die Visionen, Ideen und Werte des Unternehmens mitträgt und nach außen hin authentisch repräsentiert. Denn am Ende des Tages spiegelt sich das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stets auch in der Qualität der Dienstleistungen und in der Kundenzufriedenheit wider, die auch künftig die Visitenkarte der PERI Group bleiben soll. P





PLATTFORMEN



Das Servitenviertel in Wien, unweit der Wiener Universität, der Votivkirche, dem Palais Liechtenstein sowie in unmittelbarer Nachbarschaft von Sigmund Freuds Berggasse und der durch Heimito von Doderer berühmt gewordenen Strudlhofstiege gelegen, gehört zu den schönsten und stimmungsvollsten Grätzeln Wiens. Ein Ort, der dazu einlädt, sich zu treffen und auszutauschen. Für eine Agenturgruppe wie die PERI Group ist es wichtig, über geeignete Veranstaltungsräumlichkeiten zu verfügen, in denen Gipfel-

gespräche mit Expertinnen und Experten aus ganz unterschiedlichen Fachrichtungen der Wissenschaft abgehalten werden können. Aber auch journalistische Hintergrundgespräche, Vernetzungstreffen, etc. brauchen einen entsprechenden Rahmen, um dem Gedankenaustausch einen gebührenden Platz einzuräumen. Dass dies nicht immer in den Alltag einer Agentur passt, ist naheliegend. Daher hat die PERI Group schon seit vielen Jahren eine Wohnung in der Wiener Servitengasse für diese Zwecke adaptiert. In einem stilvollen Altbau vis-à-vis des für das Grätzeln namens-

gebenden Servitenklosters gelegen, sorgt diese Wohnung für das nötige Ambiente, um den Gedankenaustausch zu ermöglichen.

Neuester technischer Stand

Gerade die Coronapandemie hat gezeigt, wie wichtig nicht nur die physische Begegnung, sondern auch das digitale Aufeinandertreffen, bzw. die Kombination dieser beiden Varianten in Form von hybriden Veranstaltungen ist. Um für heutige und künftige Anforderungen gerüstet zu sein, hat sich die PERI Group dazu entschlossen, einen großzügigen Umbau

Servitengasse in neuem Glanz

In den letzten Monaten hat die PERI Group ihr Veranstaltungszentrum in der **WIENER SERVITENGASSE MODERNISIERT** und technisch aufgerüstet. Nunmehr sind Gipfel- und Hintergrundgespräche sowie kleine Empfänge in stilvollem Rahmen und mit allen Erfordernissen digitaler Übertragungen und Zuspelungen möglich. | von Rainald Edel, MBA



und eine Adaption der Räume vorzunehmen, um möglichst viele Veranstaltungszwecke bestmöglich abzudecken.

Eines der wichtigsten Erfordernisse war die Ausstattung der Räumlichkeiten mit leistungsfähigem Internet. Nur so ist die digitale Einbindung dislozierter Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer möglich. Eine gut platzierte Kamereinrichtung und ein entsprechend großer Bildschirm verlängern den Besprechungstisch — das Herzstück des Veranstaltungszentrums in der Servitengasse — in den virtuellen Raum hinein. Eine neue

indirekte Beleuchtung sorgt für stimmungsvolles Licht, das den optischen Rahmen unterstreicht. Da es für Gipfelgespräche mit Expertinnen und Experten, Hintergrundgespräche mit Journalistinnen und Journalisten sowie Vorträge wichtig ist, Fotos der Vortragenden, Gäste etc. zu machen, wurde auch bei den Kastenfenstern auf eine entsprechende Reduktion der Blendwirkung geachtet, ohne deren stilvollen Charakter dabei zu schmälern.

Da es bei den Veranstaltungsformaten der PERI Group nicht nur um den Austausch

von Fakten und Meinungen geht, sondern der Netzwerkcharakter und der informelle Austausch einen hohen Stellenwert haben, wurde im Zuge der Ausstattung der Räume auch diesen Bedürfnissen Rechnung getragen. Für deren individuellen Charakter sorgt auch die Möglichkeit für zeitgenössische Künstlerinnen und Künstler, ihre Werke immer wieder in den Räumen präsentieren können. Auf diese Weise ergibt sich für die Gesprächsteilnehmenden ein zusätzlicher Anknüpfungspunkt für Small Talk und lockeren Austausch untereinander. **P**



PLATTFORMEN

Nur keine Gesundheitsutopien!

In der Gesundheitspolitik werden oft ambitionierte Ziele gesetzt. Doch gerade was Lebensstilrisiken und Suchtverhalten angeht, bleiben Zero Targets für viele Betroffene oft nur Wunschträume. Welche Rolle die Risikominderung für die Einzelne und den Einzelnen spielen könnte, woraus sich für die Gemeinschaft insgesamt eine **SCHADENS-MINDERUNG** ergebe, wurde bei einem PRAEVENIRE Talk in Gastein diskutiert. | von Wolfgang Wagner

Ob Nikotin, Alkohol, illegale Drogen oder ein insgesamt ungesunder Lebensstil — sie gehören auch zur menschlichen Existenz. Das PRAEVENIRE Gesundheitsforum beschäftigt sich bereits seit 2019 mit den Themen „Harm Reduction“ und „Risikominderung“. Am Ende dieses Weges, der im Mai 2021 in Seitenstetten gestartet und im August in Alpbach weitergeführt wurde, soll eine Petition zu diesen beiden Themenbereichen stehen. In Bad Hofgastein diskutierten im September Expertinnen und Experten aus Medizin und Pharmazie, welche Strategien auf dem Weg zu einem gesünderen Lebensstil eingeschlagen werden sollten.

Unterschiedliche Begriffe

Wobei für ein evidenzbasiertes Vorgehen zunächst einmal eine saubere Definition der Begriffe notwendig ist. Der Wiener Suchtforscher Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer: „Harm Reduction und Risikominderung sind nicht ganz dasselbe.“ Unter Risikominderung würden vor allem im Drogenbereich Strategien und Maßnahmen verstanden, um ein individuelles Gesundheitsrisiko im Rahmen von Substanzgebrauch bzw. Substanzmissbrauch zu verringern. „Harm Reduction ist ein viel weiterer Begriff, der auf die gesamte Gemeinschaft ausgerichtet ist.“ Ein schlagendes Beispiel aus einem anderen Bereich der Prävention, so Springer: „Impfungen verringern das Infektions- oder Erkrankungsrisiko der Einzelnen und des Einzelnen, damit bewirkt man aber auch eine Harm Reduction für die gesamte Gesellschaft.“

„Wichtig ist ein verständnisvoller und ein auf die Betroffenen eingehender Zugang“, sagte der Experte, der darauf verwies, dass derartige Strategien bereits in den 1970er-Jahren als Innovation entstanden sind. „Abschreckende Methoden waren damals echt ‚Pfui‘. Diese abschreckenden Zigarettenpackungen — das wäre 1970 nicht umgesetzt worden. Es bringt nichts, wenn man mit jeder Zigarettenpackung den Tod vorgeführt bekommt.“

Die Zeit nach COVID-19 nützen, um neue Präventionskampagnen zu starten.

Martin Andreas

Wenn man also längerfristig wirksame Aktivitäten auf diesem Gebiet setzen wolle, müsse man die Motivlage für Verhalten erforschen und daran arbeiten, betonte Springer. Dass sich Menschen via Rauchen oder anderem Verhalten mit hoher Wahrscheinlichkeit schädigen, das sei ihnen sowieso bewusst. Man könne eine Änderung am besten herbeiführen, wenn man auf die individuelle oder gruppen-

spezifische Situation der Menschen eingehe, in der gesundheitsschädliches Verhalten erfolge. „Wenn das gelingt, kann man für die Einzelne und den Einzelnen viel erreichen, was dann auch für die Gemeinschaft von Nutzen ist“, stellte der Experte fest.

„Zum Beispiel: In der ganzen Diskussion um das Rauchen geht es letztlich um die Schädlichkeit. Die jungen Leute rauchen aber nicht, weil sie sich schädigen wollen. Es gibt positive Zuschreibungen des Rauchens, eine soziale Bedeutung und eine soziale Funktion“, meinte Springer. Erst mit dem Bearbeiten dieser Einstellungen könne man zu einer Motivation in Richtung Risikominderung und Harm Reduction kommen. „In der Präventionsarbeit mit Jugendlichen sollte die Bedeutung, die dem Rauchen für sie zukommt, viel stärker artikuliert und bearbeitet werden.“

Zahn- und Mundgesundheit

Oft wird das Rauchen vorrangig als Problem in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs (speziell Lungenkarzinom) gesehen. Doch im Grunde geht es um viel mehr. Prof. Dr. Dirk Ziebolz, Oberarzt für Zahnerhaltung und Parodontologie am Universitätsklinikum Leipzig: „Das Rauchen stellt in der Zahnmedizin ein sehr großes Problem dar. Da ist zunächst das orale Krebsrisiko. Neben Alkohol birgt das Rauchen, bei Männern auch die HPV-Infektion, ein Krebsrisiko, das dramatisch ist. An bösartigen oralen Tumoren versterben noch immer die meisten Patienten.“ Es gebe bei diesen Erkrankungen auch bei anfänglich erfolgreicher Behandlung ein hohes Rezidivrisiko.

Das zweite Risiko sei die chronische Parodontitis. „Da gehen Knochen und Zähne verloren. Hinzu kommt die chronische Entzündung“, sagte Ziebolz. „Das Rauchen nimmt einen zentralen Punkt ein. Aber wir sehen in Deutschland auch, dass die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, relativ gering ist. Es verändert sich verhältnismäßig wenig.“

In der Zahnmedizin seien jedenfalls die Prinzipien von Risikominderung und Harm Reduction bisher noch wenig angekommen. Der Experte: „Harm Reduction spielt bisher noch keine Rolle. Man weiß vor allem nur, dass Rauchen ‚schlecht‘ ist.“ Risikominderung und die dabei verwendeten Mittel und Strategien müssten erst zum Thema gemacht werden. Die deutschen Zahnärztinnen und Zahnärzte sind allerdings derzeit auf dem Weg zu neuen Präventionsaktivitäten: „Wir versuchen derzeit, neue Aufklärungskampagnen zu starten. Auf der Basis eines Aufklärungspapiers wollen wir Info-Flyer für das zahnärztliche Team mit ‚Wege zum Rauchstopp‘ und eine Broschüre für Patientinnen und Patienten erstellen.

Wir brauchen aber auch die neuen Medien. Wir generieren Apps für die Patientinnen und Patienten, so auch eine App zur Verhaltensänderung. Ich glaube, die Jungen greifen nicht zum Telefon. Die muss man über die neuen Kommunikationskanäle erreichen. Das ist ein relativ neues Feld.“ Wichtig: Alle Informationen müssten jedenfalls wissenschaftlich abgesichert sein.

In der COVID-19-Pandemie hat man schon gesehen, dass die Leute mehr Respekt vor der eigenen Gesundheit haben.

Martin Schaffenrath

Viel zu tun ...

„Die Apothekerinnen und Apotheker könnten im Rahmen von Risikominderung und Harm Reduction eine wesentliche Rolle einnehmen bzw. tun dies über ihre Beratungstätigkeit bereits“, erklärte Mag. Gunda Gittler, MBA, aPhP (Apothek Barmherzige Brüder/Linz). „Wir klären die Patientinnen und Patienten auf. Dass sie aber sofort mit dem gesundheitsschädlichen Verhalten aufhören, das geht zumeist nicht.“

Einen wesentlichen Schritt in der Risikominderung am Beispiel Rauchen, könnten jedenfalls die Nikotinersatzprodukte darstellen. Sie sind nicht verschreibungspflichtig. Das hat den Nachteil, dass sie nicht von den Krankenkassen bezahlt werden“, sagte die Krankenhausapothekerin. Anders sei das mit den in der Rauchertherapie verwendeten Medikamenten

Sonderbeilage
Salzburger Nachrichten,
Erscheinungstermin
15. Oktober 2021



(Bupropion etc.). In der Risikominderung durch diese pharmakologischen Mittel dürfe man nicht vergessen, dass Zigarettenrauch neben dem Nikotin 4.800 Schadstoffe enthalte. Besonders gefährlich seien die polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffe mit ihren vielfältig gesundheitsschädigenden Effekten bis hin zum Einfluss auf Enzymsysteme, die den Abbau von Arzneimittelwirkstoffen im Körper beeinflussen. So müsse man beispielsweise beim Reduzieren des Rauchens und gleichzeitiger Verwendung von Neuroleptika auch deren Dosis verringern. Insgesamt solle man überlegen, ob die Gesellschaft nicht rauchfreie Alternativen stärker forcieren sollte. Denn insgesamt komme es auf Bemühungen an, das Leben der Einzelnen und des Einzelnen weniger schädlich zu gestalten und sich nicht ausschließlich auf einzelne Bestandteile menschlichen Verhaltens zu konzentrieren. Auch einseitige Ernährung — z. B. strikt vegan — könne Risiken bergen, eine Reduktion des Alkoholkonsums sei immer angebracht. „Es ist viel zu tun“, sagte die Krankenhausapothekerin.

Wir haben im Krankenhaus Steyr ein Programm laufen, bei dem die Patientinnen und Patienten aktiv mit einer Nikotinersatztherapie unterstützt werden.

Gernot Idinger

Früher Start in der Prävention

„Ich hätte gerne, dass man dort anfängt, wo die Menschen noch keine Patientinnen und Patienten sind, und dass man schaut, dass sie es gar nicht erst werden“, lautet der Wunsch von Prim. Priv.-Doz. Dr. Birgit Grünberger, Leiterin der hämatologisch-onkologischen Abteilung am LKH Wiener Neustadt. „Wir müssen ganz am Anfang ansetzen, damit es gar nicht soweit kommt.“

Die Teilnehmenden am PRAEVENIRE Talk

- 1 Martin Andreas
- 2 Gunda Gittler
- 3 Birgit Grünberger
- 4 Gernot Idinger
- 5 Wolfgang Popp
- 6 Bernhard Rupp
- 7 Martin Schaffenrath
- 8 Alfred Springer
- 9 Dirk Ziebolz



In der COVID-19-Krise habe ungesundes Verhalten massiv zugenommen. „Es ist dramatisch, was da in den nächsten Jahren auf uns zukommt“, sagte die Onkologin. „Das Szenario ist gruselig.“ Man soll möglichst rasch vom Kindesalter an einen gesundheitsfördernden Lebensstil propagieren. Vermehrter Alkoholkonsum und vermehrtes Rauchen während der Pandemiekrise würden zusammen mit fehlender Bewegung und schlechten Ernährungsgewohnheiten für noch mehr Gesundheitsprobleme sorgen. „Wir haben noch zusätzlich den massiven Zuwachs an Hepatosteatose, die Fettleber, durch die ganzen Softdrinks, die Jugendliche konsumieren. Wir haben dadurch auch einen Zuwachs an Leberkrebs, nicht nur durch Alkohol“, betonte Birgit Grünberger.

Zu einem gesünderen Lebensstil bewegen

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) sei gerade dabei, erfolgreiche Programme aus der Gebietskrankenkassen-Vergangenheit möglichst breit auszurollen, kündigte Mag. Martin Schaffenrath MBA, MBA, MPA Mitglied des Verwaltungsrates der ÖGK, an. Er nannte das „Rauchfrei Telefon“ (0800 810 013) als Beispiel. Es wurde schon vor Jahren von der NÖ-Gebietskrankenkasse eingerichtet.

Schaffenrath: „Man hat nicht jemandem gesagt ‚Ab morgen hörst du mit dem Rauchen auf‘. Unsere Intention war es, die Anruferinnen und Anrufer zu einer Änderung ihres Lebensstils zu bewegen.“ Schaffenrath machte auch auf ein Faktum aufmerksam, das eigentlich den Zugang zu den Menschen in Sachen Prävention erleichtern sollte: „Ich möchte da eine Lanze brechen. In der COVID-19-Pandemie hat man schon gesehen, dass die Leute mehr Respekt vor der eigenen Gesundheit haben. Wir müssen die Leute eben mehr beraten.“ Aus Datenschutzgründen sei es freilich bisher nicht gelungen, über das „Rauchfrei Telefon“ auch einen Zweitkontakt mit Rückruf herzustellen. Diesen Plan habe man verworfen müssen, sagte der ÖGK-Verwaltungsrat.

Die Zeit nach COVID-19 und die Bereitschaft der Menschen, sich mehr mit der eigenen Gesundheit zu beschäftigen, stellen auch für den Wiener Herzchirurgen Assoc. Prof. PD Dr. Martin Andreas, MBA, PhD, MEBCTS eine neue Chance dar: „Man sollte die Zeit nutzen, um neue Präventionskampagnen zu starten. Corona wird hoffentlich bald vorbei sein.“

Seit Jahren wird „Health in all Policies“ gefordert, ebenso, dass bei allen Kontakten zwischen Patientinnen und Patienten und dem Gesundheitswesen potenziell gesundheitsschädliches Verhalten angesprochen wird. Ein solches Beispiel präsentierte Mag. Gernot Idinger, aHPh, Leiter der Anstaltsapothek Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum: „Seit Jahren unterstützen wir an unserem Krankenhaus Menschen, die vom Rauchen weggewonnen wollen, wovon sie natürlich einen großen Nutzen haben. Wir haben in Steyr ein Programm laufen, bei dem sie aktiv mit einer Nikotinersatztherapie unterstützt werden.“

Man sollte auf Risikominderung bzw. Harm Reduction mit allen verfügbaren Mitteln setzen, um positive Anreize zu haben.

Wolfgang Popp

Die Mittel werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt.“ Gleichwohl gebe es in der Gesellschaft noch viel zu tun. Bei jungen Erwachsenen beobachte er mit Sorge, dass das Rauchen noch immer „cool“ sei. Zudem weist Idinger auf einen weiteren Risikofaktor für die Gesundheit hin: So haben Depressionen im Laufe der Pandemie in der Bevölkerung stark zugenommen.

Für Hon.-Prof.(FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik in der Arbeiterkammer Niederösterreich, geht es in Zukunft darum, die unumstritten positiven Erfahrungen mit Risikominderung und Harm Reduction aus der Drogen- und Alkoholtherapie auf andere Bereiche auszuweiten. Harm Reduction soll eben auch z. B. beim Rauchen zum „Optionsklavier“ gehören. Das müsse aber für die in diesem Bereich tätige Beamtenenschaft und für die Politik aufbereitet werden. „Es geht um eine Nutzen-Risiko-Ab-schätzung“, sagte Rupp.

Schadensminderung ohne Illusionen

Im Endeffekt komme es auf ein realistisches Vorgehen an, betonte Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Popp, Lungenfacharzt an der Privatklinik Döbling in Wien. Ständig „den Teufel auszutreiben“, das sei wohl nicht die richtige Strategie. „Wir werden die Welt nicht kurzfristig rauchfrei machen — das ist eine Illusion. Wir werden auch immer den Alkohol um uns herum haben. Wir werden bis auf weiteres die Droge Nikotin haben. Es ist eben eine Suchtkrankheit.“

Stattdessen solle man auf Risikominderung bzw. Harm Reduction mit allen verfügbaren Mitteln setzen, um positive Anreize zu haben. „Die Nikotinersatztherapie ist eine tolle Sache, ob man das nun in der Apotheke oder in Trafiken anfängt.“ Immerhin hätten sich in Schweden mit risikoreduzierenden Ersatzprodukten (z. B. Nikotinpouches, Tabakerhitzer, e-Zigaretten) und dem Vermeiden von Zigaretten große Erfolge gezeigt: „Das hat dazu geführt, dass man in Schweden im Vergleich zum restlichen Europa fast keinen Lungenkrebs mehr hat.“ P



5. Dialogforum der Initiative Wund?Gesund!

Leistungsharmonisierung im Fokus

EFFIZIENTES UND INNOVATIVES WUNDMANAGEMENT beschleunigt den Heilungsprozess, reduziert Kosten und steigert das Patientenwohl. In diesem Sinne organisierte die Initiative Wund?Gesund! — erstmals virtuell — ihr bereits 5. Dialogforum. Zahlreiche Anwesende konnten sich einen guten Überblick über den Ist-Stand der Wundversorgung in Österreich verschaffen und nutzten die Möglichkeit mit Andreas Huss, MBA, Obmann der ÖGK, über die Zukunft der Wundversorgung zu diskutieren. | von Mag. Dren Elezi, MA

Die Initiative Wund?Gesund! möchte verstärkt über Chancen und Möglichkeiten einer modernen Wundmedizin aufklären und mehr Transparenz im Bereich der Verbandstoffe für die optimale Patientenversorgung erreichen. Als ein Zusammenschluss aus Unternehmen und Kooperationspartner aus dem Gesundheitswesen vertritt die Initiative Wund?Gesund! die Anliegen der Branche mit dem Ziel, langfristig das Patientenwohl zu optimieren, um einer modernen Wundmedizin und nachhaltigen Wundbehandlung („State of the Art“) einen deutlichen Schritt näher kommen. In diesem Sinne organisierte die Initiative das 5. Dialogforum, um sich über die Zukunft in der österreichischen Wundversorgung auszutauschen. Mit seinem Vortrag zum Thema „Herausforderungen und Verbesserungspotenziale in der Wundversorgung — unter Berücksichtigung der Veränderungen durch die COVID-19-Pandemie“ lieferte der Impulsgeber des Abends Andreas Huss, die Grundlage für eine interessante Diskussion und betonte die Bedeutung des Dialogforum Wund?Gesund! für diesen wichtigen Austausch. „Für mich ist es in erster Linie wichtig, mit Partnerinnen und Partnern, Selbsthilfegruppen aber auch Herstellern von Medizinprodukten im regelmäßigen Austausch zu sein und zu erfahren, welche neuen Anwendungsmöglichkeiten und Therapieoptionen vorhanden sind und was die Versicherten sowie diejenigen, die in der Wundversorgung tätig sind, benötigen. Ich halte es daher für sehr sinnvoll, sich mit Stakeholdern über entsprechende Wünsche, Ideen und Vorstellungen auszutauschen.“

Ziel: ein einheitliches Versorgungssystem

In seinem Vortrag präsentierte Huss auch seine Vorstellungen zur Weiterentwicklung der Versorgung für die Versicherten in der Wundversorgung. „Die ÖGK hat beim Thema Wundversorgung noch Aufholbedarf. Wenn die ÖGK aber einen Sinn und Zweck hat, dann ist es das Ziel, ein einheitliches Versorgungssystem in allen Bereichen der Versorgung herzustellen. Einen wesentlichen Bereich nimmt hier selbstverständlich auch die Wundversorgung ein“, betonte der Obmann der ÖGK. Laut Huss habe man in diesem Bereich erst begonnen Harmonisierungsschritte zu setzen. „In der Wundversorgung haben wir aufgrund der neun unterschiedlichen Systeme auch viele Unterschiede festgestellt. Ich bitte um Verständnis, dass wir bei der Fülle an Harmonisierungsbedarf die sich durch die Fusion ergeben hat, die Wundversorgung nicht ganz oben priorisiert gehabt haben, aber jetzt gehen wir sie an“, versicherte Huss. Das Ziel der ÖGK ist klar: „Wir möchten diese

unterschiedlichen Vorgangsweisen im Sinne einer optimalen Wundversorgung vereinheitlichen und harmonisieren“, so Huss.

Nicht auf moderne Wundmedizin verzichten

Patientinnen und Patienten, die auf „rückertastbare“ Produkte angewiesen sind sollen

laut der Initiative Wund?Gesund! nicht auf moderne Wundmedizin verzichten müssen. Daher solle verstärkt auf Mehrwertprodukte statt Zweiklassenmedizin gesetzt werden. Laut Huss sei dieses Thema ein wesentliches für eine Verbesserung der Wundversorgung. „Ich sehe Selbstbehalte und Rezeptgebühren

Obmann der ÖGK, Andreas Huss, diskutierte beim Dialogforum der Initiative Wund?Gesund! den Ist-Stand der Wundversorgung.



in einer gutfunktionierenden Gesundheitsversorgung grundsätzlich sehr kritisch, denn sie treffen Menschen im unteren Einkommensdrittel am stärksten. Die Einnahmen im Wundbereich über Selbstbehalte belaufen sich für die ÖGK auf 1,9 Mio. Euro pro Jahr.“ Das sei laut Huss zwar nicht unerheblich, „aber die Kosten für die Wundversorgung betragen immerhin ca. 36 Mio. Euro.“ Laut Huss analysiere man daher das bestehende Abgabesystem unter Einbeziehung aller erwähnten Stakeholder und versuche Vorteile und Nachteile in diesen Abgabesystemen zu erheben. Um für die österreichweite Harmonisierung all dieser Leistungen der Wundversorgung die nötige Expertise zu haben, um entsprechende Schritte und Ziele setzen zu können, setze man in der ÖGK auf die Eingliederung des Competence Center Heilbehelfe und Hilfsmittel in die ÖGK. „Wir müssen diese Kompetenz auch in der ÖGK entsprechend aufbauen bzw. sie zum Teil aus dem Competence Center beziehen. „Aus diesem Grund bündeln wir unsere Expertise und versuchen das Competence Center Heilbehelfe und Hilfsmittel (CC HBHI) in die ÖGK zu bekommen“, so der ÖGK-Obmann.

Wir möchten die unterschiedlichen Vorgangsweisen im Sinne einer optimalen Wundversorgung harmonisieren.

Andreas Huss

Wann damit zu rechnen sei, bis die Harmonisierung in die Endphase kommt beantwortet Huss wie folgt: „Dieses Thema haben wir uns bei der ÖGK für das Jahr 2022 vorgenommen“. Zudem erklärte er, dass auch die Wundversorgung in den Ordinationen Teil dieser Harmonisierungsschritte sei. „Die Wundversorgung in der Ordination bzw. besonders bei Primärversorgungseinrichtungen funktioniere sehr gut. Hier haben wir professionelle Wundmanagerinnen und Wundmanager, die sich um die Wunde kümmern. Zudem forcieren wir auch die Pflegevisite, damit Wundmanagerinnen und Wundmanager auch zur Visite rausfahren können. Diese Bereiche haben wir im Fokus und werden uns bei der Leistungsharmonisierung genauer ansehen müssen.“ Wichtig sei für Andreas Huss aber vor allem, dass die Wundversorgung eine Kassenleistung ist, die auch entsprechend honoriert wird.

Sparen mit und nicht an modernen Wundprodukten

Laut der Initiative Wund?Gesund! sind moderne Wundprodukte ein wesentlicher Bestandteil eines funktionierenden Gesundheitssystems. „Durch ein effizientes und innovatives Wundmanagement kann der Genesungsprozess beschleunigt, (Folge)Kosten reduziert und das Patientenwohl um ein Vielfaches gesteigert werden“, erklärte Mag. Philipp Lindinger, Sprecher der Initiative Wund?Gesund!. Für die Patientinnen und Patienten bedeutet dies eine Beschleunigung des Heilungsverlaufes, eine Reduktion der Schmerzen und der Zusatzkosten. „Zudem kann eine Verbesserung Lebensqualität durch die Minimierung der Geruchsbelästigung und Schmerzen beim Verbandwechsel sowie der Förderung der gesellschaftlichen Reintegration durch geringere Einschränkungen im täglichen Leben verbessert werden“, ergänzte Mag. Martina Laschet, Sprecherin der Initiative Wund?Gesund!. Laut Huss sei man hier auch für einen Dialog gerne bereit: „Für einen Wunschkatalog mit Optimierungsvorschlägen bzw. Ideen sind wir



v.l.: Die Sprecher der Initiative Wund?Gesund! Mag. Martina Laschet und Mag. Philipp Lindinger.

Neben zahlreichen Mitgliedsunternehmen haben folgende Kooperationspartner am 5. Dialogforum der Initiative Wund?Gesund! digital teilgenommen:

- AWA — Austrian Wound Association
- Österreichische Gesellschaft für Chirurgie
- Wund Pflege Management GmbH
- Wundmanagement Niederösterreich
- Wundmanagement Wien

DIALOGFORUM GEMEINSAM FÜRZUKUNFT UND ZUSAMMENHANG.
WUND?GESUND!

WUND?GESUND!
www.wund-gesund.at

offen. Auch Pilotprojekte, die eine optimale Wundversorgung in einem Bundesland organisieren, halte ich für einen sinnvollen Vorschlag. Gleichzeitig stellt Andreas Huss klar: „Ziel der Harmonisierung ist es mit Sicherheit nicht, Produkte aus dem Leistungskatalog zu reduzieren. Vielmehr soll dies zum Anlass genommen werden, den Produktkatalog im Sinne einer optimalen und modernen Wundversorgung zu überarbeiten. Kolleginnen und Kollegen aus Wundversorgung berichten, dass sie gerne mit verschiedenen Produkten arbeiten möchten, da Menschen auch unterschiedliche Bedürfnisse haben. Diese Produktvielfalt soll für Patientinnen und Patienten weitgehend erhalten bleiben“, bekräftigte Huss ein Anliegen der Initiative Wund?Gesund!.

Disease Management Programm nach dänischem Vorbild

„Zum Thema Versorgung der Diabetikerpatientinnen und -patienten haben wir als Arbeitnehmerinteressenvertreter in der ÖGK bereits ein umfassendes Programm entwickelt. Zum Disease Management Programm ‚therapie aktiv‘ soll — ähnlich dem dänischen Vorbild der Stenokliniken — zusätzlich eine Zentrumslösung geschaffen werden“, betonte Huss. Wundmanagerinnen und Wundmanager sollen laut Huss niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern entsprechend unterstützen. Ähnlich wie die Initiative Wund?Gesund! sieht auch Huss besonders den Bedarf der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Die Idee, so Huss, dass Diabetikerinnen und Diabetiker, die neu diagnostiziert wurden, die Möglichkeit zur sogenannten Ersteinstellung haben aber auch gleichzeitig eine Art Schulung geboten wird, wo sie sich im Sinne der Verbesserung der Gesundheitskompetenz über ihre Erkrankung informieren können, wie sie damit umgehen müssen oder was sie beim Thema Ernährung beachten müssen. „Die Patientinnen und Patienten sollen dann über das ganze Jahr hinweg bei der niedergelassenen Versorgung betreut werden, wo Verlaufskontrollen durchgeführt und dokumentiert werden. Patientinnen und Patienten können sich auf diese Weise auch neueste Informationen über ihre Erkrankung holen.“

Telemedizin — gekommen um zu bleiben!

Die Telemedizin, die vor der Coronapandemie von weiten Teilen der Gesundheitsversorger

noch vehement abgelehnt wurde, sei laut dem ÖGK-Obmann „gekommen um zu bleiben.“ Es haben sich laut Huss viele niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit dem Thema angefreundet. „Wir haben mit dem von der ÖGK programmierten System ‚visit-e‘ ein webbasiertes und sicheres System, mit dem wir telemedizinische Angebote (in sechs Bundesländern) abwickeln können. Für die Wundversorgung beobachte man laut Huss nun das sogenannte EU-Projekt „HealthNet“ in Kärnten, wo ausgewählte Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden per Bildschirm zu Hause betreut werden. Ein aufwendiger Weg ins Krankenhaus, deren einziger Anlass oft die Beurteilung solcher Wunden ist, kann damit vermieden werden. „Die Wundversorgung über telemedizinische Möglichkeiten ist natürlich ein Zukunftsthema, dem wir uns bald widmen. Wir evaluieren nun die Funktionalität bzw. die Möglichkeiten von HealthNet, um ein ähnliches Projekt auf ganz Österreich auszurollen.“ Zudem betonte Huss, dass auch das Thema Tele nursing für die Zukunft denkbar sei.

Wir möchten unseren Versicherten die höchste Versorgungsqualität zur Verfügung stellen.

Andreas Huss

Gute Ausbildung um Qualität der Versorgung zu gewährleisten

Bezüglich den Qualitätskriterien betonte Andreas Huss, dass entsprechend ausgebildete Fachkräfte notwendig sind, um die Qualität der Wundversorgung gewährleisten zu können. „Wir haben für alle Gesundheitsberufe, die wir den Versicherten vertraglich oder als Leistung anbieten, unsere Qualitätsstandards. So muss beispielsweise eine Physiotherapeutin eine entsprechende Ausbildung haben und einen entsprechenden Erfahrungsnachweis vorweisen. Das gleiche gilt auch für Wundmanagerinnen bzw. Wundmanager, die aus Sicht der ÖGK auch eine Ausbildung vorweisen müssen. Das Thema Ausbildung sei ein Bereich, bei dem es noch Aufholbedarf gibt. „Wir möchten unseren Versicherten die höchste Versorgungsqualität zur Verfügung stellen und das geht nur mit bester Ausbildung“, bekräftigte Huss. **P**



POLITIK

Innovative Therapien

Einheitlicher Patientenzugang und nachhaltige Finanzierung

Vor dem Hintergrund des rasanten medizinischen Fortschritts im Bereich innovativer Therapien stellen sich die Grundsatzfragen nach der Sicherstellung einer solidarischen Patientenversorgung und nach zukunftsweisenden Finanzierungsmodellen. Top-Expertinnen und -Experten haben bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten die wichtigsten strukturellen und ökonomischen Aspekte einer State-of-the-Art-Versorgung mit **NEUARTIGEN THERAPIEN IM INTRAMURALEN BEREICH** analysiert. | von Lisa Türk, BA



Expertinnen und Experten erörtern beim hybrid stattgefundenen PRAEVENIRE Gipfelgespräch das Thema „Therapieinnovationen im intramuralen Bereich: einheitlicher Patientenzugang und nachhaltige Finanzierung“. Im Bild v.l.: Alexander Herzog, Gernot Idinger, Christa Wirthumer-Hoche, Angelika Widhalm, Ronald Pichler

Digital Teilnehmende: v.l.: Gerald Bachinger, Martina Jeske, Philipp Jost, Michael Mayrhofer

Videobotschaft: Jörg Weber



Sonderbeilage Die Presse, Erscheinungstermin 21. Mai 2021 und Erscheinungstermin 5. Juni 2021



Einer der wichtigsten Eckpfeiler eines solidarischen Gesundheitssystems ist der chancengleiche Zugang zu innovativen Therapien. Um Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung mit neuartigen Behandlungen zu ermöglichen, gilt es vor allem die Frage nach der Finanzierung und Finanzierbarkeit zu klären. Dahingehend erörtert Dr. Roland Pichler, Head of Public Affairs & Market Access des Verbands der pharmazeutischen Industrie Österreich (Pharmig), im Zuge seines Impulsvortrags fünf Prinzipien, die er unter folgenden Stichworten zusammenfasst: Patientenzugang, Patientennutzen, Kooperation, Nachvollziehbarkeit und Infrastruktur. In der Praxis habe sich deren Funktionstüchtigkeit — im Sinne einer

Zugunsten von Budgetzielen an der Patientin oder am Patienten zu sparen, ist kontraproduktiv.

Alexander Herzog

richtungsweisenden Lösung für innovative Therapien — bereits am Behandlungsmodell der spinalen Muskelatrophie (SMA) gezeigt. „Die Kernelemente sind ein auf Bundesebene eingerichteter Fonds mit einer die Bundesländergrenzen übergreifenden Finanzierung sowie die Definition der infrage kommenden Patientinnen und Patienten auf Basis medizinischer Fachexpertise mit einem daraus resultierenden

einheitlichen Patientenzugang zu innovativen Arzneimitteln“, so Pichler. Auch Univ.-Prof. Dr. Philipp Jost, Abteilungsleiter der klinischen Abteilung für Onkologie am LKH-Universitätsklinikum Graz und Lehrender für Onkologie an der Medizinischen Universität Graz, erachtet eine derartige Finanzierung auf Bundesebene und eine gebündelte fachliche Expertise für richtungweisend: „Gerade in der Onkologie ist der Innovationsschub enorm und verursacht hohe Kosten, deren Finanzierung Fragen aufwirft, die auf Bundesebene zu beantworten sind. Medizinische Expertise sollte allenfalls der Kern der Indikationsstellung sein und im Rahmen von Expertenboards weitergegeben werden.“

Spitals-HEK: Kritik und Lösungsvorschläge Während die Kostenerstattung von Regeltherapien im extramuralen Bereich über Beschlüsse der Heilmittelbewertungskommission (HEK) geregelt ist, fehlt ein solches System im intramuralen Setting in puncto Implementierung innovativer Therapien. Daher wurde im Jahr 2018 seitens des Dachverbands der Sozialversicherungen die Spitals-HEK als Pilotprojekt initiiert. Ein HEK-System, das im extramuralen Setting im Zusammenhang mit Regeltherapien funktioniert, lässt sich — so die einstimmige Meinung der Diskussionsteilnehmenden — jedoch nicht 1:1 auf die Implementierung innovativer Therapien in Spitälern ummünzen. „Es gibt kein Antragsverfahren, keine Parteienstellung, keine Transparenz. Das bereitet uns Sorgen“, so Pichler.

Mag. Gernot Idinger, Lead Buyer der Oberösterreichischen Gesundheitsholding GmbH und Leiter der Anstaltsapothek des Klinikums Pyhrn-Eisenwurzen, bemängelt zudem die Besetzung des Entscheidungsgremiums der Spitals-HEK: „Eine Besetzung mit nicht-medizinischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern ist nicht zielführend. Stattdessen braucht es Sachverständige aus dem medizinischen und pharmazeutischen Bereich, denn die Basis der Entscheidungsfindung hat stets die ärztliche Expertise zu sein.“

Laut Mag. Martina Jeske, Leiterin der Anstaltsapothek des LKH Innsbruck, mangelt es bei der Spitals-HEK zudem an der Nähe zum klinischen Alltag, an der Abstimmung mit den bestehenden Entscheidungsfindungsgremien sowie an Transparenz. „Vor allem im Hinblick auf die Finanzierungsfrage sind bei der Entscheidungsfindung transparente Kommunikation gegenüber Zahlerinnen und Zahlern sowie Qualitätssicherung gefordert. Es gilt, offen und ehrlich darzulegen, wie an klar definierte Erfolgskriterien angelehnte Entscheidungsprozesse ablaufen“, appelliert sie. Zu gesteigerter Transparenz und Qualitätssicherung würde laut Gerald Bachinger, Patientenanwalt NÖ und Sprecher der Patientenanwälte, „eine externe Evaluierung und Publikation der bisherigen Bewertungen der Spitals-HEK einen wichtigen Beitrag leisten.“

Im Hinblick auf das Prinzip der Bestversorgung erläutert Univ.-Prof. Dr. Michael Mayrhofer, Dekan der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Johannes Kepler Universität Linz, die rechtlichen Gegebenheiten in Österreich: „Ökonomische Aspekte dürfen lediglich bei gleichwertigen Therapien eine Rolle spielen. Andernfalls wäre eine ökonomiegetriebene Entscheidung rechtswidrig. Hier gilt es, niederschwellige Rechtsschutzinstrumente für Patientinnen und Patienten zu schaffen, die rasch zu sicheren Entscheidungen führen.“ Für Angelika Widhalm, Vorsitzende des Bundesverbands Selbsthilfe Österreich (BVSHÖ), wäre zudem die Präsenz der Patientenvertretung in allen Entscheidungsgremien anzudenken — Stichwort partizipative Patientenbeteiligung und informative Transparenz.

Patientin und Patient im Mittelpunkt

An der Patientin oder am Patienten zugunsten von Budgetzielen zu sparen, die eine etwaige Therapieverzögerung oder Einschränkung des Zugangs nach sich ziehen könnten, sei — so der einstimmige Tenor der Expertinnen und Experten — in jedem Fall kontraproduktiv und gegen die Prinzipien einer chancengleichen Spitalsversorgung, die sich in Österreich bis dato durch einen raschen Patientenzugang zu neuartigen Arzneimitteln ausgezeichnet habe. Dies müsse unbedingt beibehalten werden. Denn laut Pharmig-Generalsekretär KommR Mag. Alexander Herzog würde „eine Einschränkung mit einer Schädigung Österreichs als Standort für medizinische Forschung und klinische Studien einhergehen — zulasten der Patientinnen und Patienten.“ Denn durch die Teilnahme an Studien können diese von medizinisch-therapeutischen Innovationen profitieren — ohne dass Kosten für das Gesundheitssystem entstehen. Die gegebenen Herausforderungen sind laut DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche, Leiterin der AGES Medizinmarktaufsicht, allenfalls in Kooperation mit allen relevanten Akteurinnen und Akteuren, darunter auch Zulassungsbehörden, zu bewältigen. „Versorgungssicherheit zum Wohle der Patientin und des Patienten erreichen wir, indem wir gemeinsam an einem Strang ziehen“, resümiert und appelliert sie abschließend. P

© MARKUS SPITZAUER, PETER PROVAZNIK, DIE FOTOGRAFEN, M. KANIZAJ, MONIKA AIGNER, PERI ONLINE EXPERTS



POLITIK



Public Health

Über niederschwellige Aufklärungskommunikation im Pandemiefall

Verständliche und nachvollziehbare Erklärungs- und letztlich Überzeugungsarbeit gegenüber der Bevölkerung sind wesentliche Elemente in der Bekämpfung einer Pandemie. Public Health-Experte OA Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dipl.-Ing. Dr. Hans-Peter Hutter von der Medizinischen Universität Wien (Zentrum für Public Health) sprach bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten über **HERAUSFORDERUNGEN UND CHANCEN EINER KRISENKOMMUNIKATION**, die im Optimalfall alle Menschen auf einen gemeinsamen Weg mitnimmt. | von Lisa Türk, BA

Neben Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung, politischer Beratung zu gesundheitsrelevanten Entwicklungen, Aufsicht und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Umwelthygiene sowie Umweltmedizin und Mitwirkung bei sozialkompensatorischen Aufgaben gelten auch Infektionsschutz und medizinisches Krisenmanagement als Teilgabengebiet von Public Health. Das integrative sowie praxis- und politikorientierte Fach basiert auf der Wissenschaft und Praxis der Förderung der individuellen und gesellschaftlichen Gesundheit und der Verbesserung der Lebensqualität. Ausgehend von Infektionsschutz und medizinischem Krisenmanagement befasst sich Public Health in der Coronapandemie insbesondere mit der Abschätzung und Abwägung von Gesundheitsrisiken und demnach mit individuellen und kollektiven Maßnahmen zum Schutz vor Schädigungen. Im Zentrum von Forschung, Datenanalysen und anschließender Etablierung von Maßnahmen steht dabei vor allem auch eine adäquate Kommunikation seitens Wissenschaft(en), Politik und Medien der Bevölkerung gegenüber.

Die Kunst der Krisenkommunikation — ein Balanceakt

Risikokommunikation basiert auf zwei elementaren Bestandteilen. Auf der einen Seite geht es darum, eine bestimmte Gefahr quantifizier- bzw. handhabbar zu machen. „Risikoabschätzung ist ein Prozess aus verschiedenen Schritten und Stufen, der letztlich in der Risikocharakterisierung und damit auch in einem Umformen zu Maßnahmen im Kontext eines Risikomanagements mündet“, so Hans-Peter Hutter im Zuge seiner Keynote „Chancen und Herausforderungen niederschwelliger Aufklärungskommunikation im Pandemiefall“ bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen. Die Risikoabschätzung sei ein transparenter, wissenschaftlicher und studienbasierter Prozess. Das zweite wesentliche Element der Krisenkommunikation basiert auf der Risikowahrnehmung, die sich — im Gegensatz zur Risikoabschätzung — subjektiv gestaltet und auf individuellen Erfahrungen beruht. „Vermischen sich nun subjektive Einschätzungen im Sinne einer Risikowahrnehmung mit wissenschaftlichen Erkenntnissen im Sinne

einer Risikoabschätzung, so entsteht eine Kluft. Die Kunst der Risikokommunikation ist es, hier einen Ausgleich zu schaffen, um zu einer umsichtigen Haltung zu bewegen — uns selbst aber auch unseren Mitmenschen gegenüber“, so Hutter. Insbesondere gilt es, die Gratwanderung zwischen Unterschätzung und Überschätzung im Zusammenhang mit Risiken zu schaffen. Im Kontext der Pandemie geht es laut Hutter darum, über niederschwellige, verständliche und fundierte Aufklärung einerseits Verharmlosung, andererseits aber auch Verängstigung, Hysterie und somit psychischen Druck zu verhindern. „Es ist ein Balanceakt zwischen der Krankheitslast aufgrund der Pandemie und der Krankheitslast aufgrund negativer Effekte durch Maßnahmen herzustellen“, betonte Hutter. Ziel der Risikokommunikation sei es letztlich, die Menschen in ihren Zweifeln und Befürchtungen abzuholen und über Beziehungsmedizin auf einen gemeinsamen Weg mitzunehmen.

Wissenschaftliche Dynamik — Chance und Herausforderung

Eine funktionierende Risikokommunikation zielt demnach auch darauf ab, das Vertrauen der Bevölkerung (wieder)herzustellen — sowohl in die Wissenschaft als auch in die Politik. Die rasche Verfügbarkeit von wissenschaftlichen Informationen aus unterschiedlichen Fachbereichen ist laut Hutter zum einen enorm wichtig, um in der Erforschung und Bekämpfung von SARS-CoV-2 möglichst schnell und effizient vorgehen zu können. Zum anderen bringen Vorabpublikationen das Risiko über-eilter Falschmeldungen mit sich, die letztlich zu Verwirrung und Vertrauensverlust führen können. „Transparenz und rasche Verfügbarkeit wissenschaftlicher Informationen und unterschiedlicher Sichtweisen sind essenziell im Hinblick auf ein epidemiologisches Verständnis der aktuellen Situation sowie auf eine Implementierung weiterer Maßnahmen. Die entstandene Flut an Informationen hat allerdings zu einer Dynamik geführt, die sich verselbstständigt und in vielen Fällen Falschmeldungen nach sich gezogen hat.“ Hier bedarf es dringend konstruktiver Überlegungen im Umgang mit dieser Entwicklung, die letztlich gravierende Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft hat — sowohl gesundheitliche als auch wirtschaftliche, ethische und soziale.

Die Kunst der Risikokommunikation ist es, zu einer umsichtigen Haltung zu bewegen – uns selbst und unseren Mitmenschen gegenüber

Hans Peter Hutter

Public Health — über integratives Denken zur Gesamtsicht

Die Coronapandemie hat eine Lupe auf unsere Systeme gehalten. Sie hat Herausforderungen aber auch Chancen aufgedeckt, die es nun wahrzunehmen gilt, um notwendige Ressourcen im Krisenfall künftig rasch zur Verfügung zu stellen. Hutter betonte insbesondere die Wichtigkeit, die unterschiedlichen Sichtweisen der beteiligten Disziplinen in einem gemeinsamen Communiqué zusammenzufassen und über die Wiedereinsetzung eines Obersten Sicherheitsrats (OSR) weiterzugeben. „Public Health hat hier die Aufgabe, integrativ zu denken und der Bevölkerung eine Gesamtsicht zu vermitteln“, resümierte der Experte. Dahingehend braucht es nicht nur eine Abkoppelung der Wissenschaftskommunikation von der Politik, sondern auch eine Stärkung und einen Ausbau des Österreichischen Gesundheitsdienstes (ÖGD) auf Basis von Beziehungsmedizin und Vertrauensarbeit. Abschließend plädierte Hutter dafür, allenfalls gemeinsam an einem Strang zu ziehen, um den Menschen fundierte Informationen zu kommunizieren und Vertrauenswürdigkeit zu vermitteln. **P**

Sonderbeilage Kurier, Erscheinungstermin 18. Juni 2021



PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

Block 5 | Wohnortnahe Versorgung

Programm im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage 2021

KEYNOTES

- **Wohnortnahe Gesundheitsversorgung in Slowenien-Impulse für Österreich** Prof. Dr. Erika Zelko | Uni Maribor, Abt. für Allgemein- und Familienmedizin
- **Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung im Pandemiefall: Lektionen aus der Coronapandemie für die Zukunft** Dr. Reingard Glehr | Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin in der Allgemeinmedizin, Initiative „Österreich impft“
- **Chancen und Herausforderungen niederschwelliger Aufklärungskommunikation im Pandemiefall** OA Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dipl.-Ing. Dr. Hans-Peter Hutter | MedUni Wien, Zentrum für Public Health
- **Wohnortnahe Versorgung aus Sicht der Niedergelassenen** MR Dr. Johannes Steinhart | Vizepräsident und Obmann der Kurie niedergelassene Ärzte der Ärztekammer für Wien

PODIUMSDISKUSSION

- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Andreas, MBA, PhD | Ärztekammer Wien
- Dr. Alexander Biach | Wirtschaftskammer Wien
- Andreas Huss, MBA | ÖGK, Arbeitnehmer Obmann
- Mag. Elisabeth Potzmann | ÖGKV
- Mag. Michael Prunbauer | NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft
- Dr. Erwin Rebhandl | OBGAM, AM Plus
- Prof. Dr. Reinhard Riedl | Berner FH



© PETER PROVAZNIK



POLITIK

Gehirngesundheit

Die richtigen Wege rechtzeitig planen

Demenz- und Alzheimererkrankungen stellen insbesondere in einer überalternden Gesellschaft große Herausforderungen für Versorgungs- und Pflegesysteme dar. Im Rahmen der INITIATIVE „NATIONAL BRAIN HEALTH PLAN“ hat der Verein PRAEVENIRE Top-Expertinnen und -Experten zu einer Kick-Off-Veranstaltung eingeladen, um die diesbezüglichen Optimierungspotenziale und Chancen zu diskutieren. Die Kernaspekte basierten auf Bewusstseinsbildung, Prävention und Früherkennung — stets mit Fokus auf die Betroffenen und ihre Familien. | von Lisa Türk, BA

Alzheimer's Disease International (ADI) schätzte im Jahr 2019 die Zahl der von Alzheimer betroffenen Menschen weltweit auf über 50 Mio. — mit einer erwarteten Zunahme auf 152 Mio. bis zum Jahr 2050. In Österreich leiden laut Österreichischer Alzheimer Gesellschaft (ÖAG) aktuell etwa 140.000 Menschen an Demenz. Bis zum Jahr 2050 ist laut Statistiken von einer Zunahme auf bis zu 260.000 Demenzerkrankungen auszugehen. Zudem ist hierzulande mit indirekt sowie direkt durch Alzheimer und Demenz verursachten Kosten von zehn Prozent der gesamten Gesundheitskosten, die sich aktuell auf 41 Mrd. Euro belaufen, zu rechnen. „Demenz ist keine Randerscheinung, sondern eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung, deren Bekämpfung zukunftsweisender Strategien und Herangehensweisen bedarf“, betonte Univ.-Prof. Dr. Stefanie Auer, stellvertretende Dekanin der Fakultät für Gesundheit und Medizin, stellvertretende Leitern des Departments für Klinische Neurowissenschaften und Präventionsmedizin sowie Leiterin des Zentrums für Demenzstudien der Donau Universität Krems.

Demenzversorgung in Österreich — Status quo

Um den genannten zunehmenden gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen gesundheitspolitisch entgegenzutreten, legt die Österreichische Demenzstrategie bereits Ziele und Ansätze von einer frühzeitigen Diagnose bis hin zur Sicherstellung von Teilhabe und Selbstbestimmung der Betroffenen fest. Betrachtet man die aktuelle Situation der Demenzversorgung aber ganzheitlich, besteht auf mehreren Ebenen noch Optimierungsbedarf. So stellen neben systemischen und finanziellen Belastungen auch mangelnde Awareness sowie ein fehlendes ganzheitliches Wissen über die Erkrankung Herausforderungen dar. Informationsmangel, Falschinformationen, Stigmatisierung und Tabuisierung der Erkrankung resultieren häufig in Barrieren, welche die betroffenen Familien daran hindern, Rat und Unterstützung einzuholen. „Einerseits gilt es, durch proaktive und positive Kommunikation das Bewusstsein gegenüber der Erkrankung sowohl bei der Bevölkerung als auch bei Ärztinnen und Ärzten sowie Health Care Professionals zu stärken. Andererseits sind neue

Reaktionsmuster weg von einer Tabuisierung hin zu mehr Verständnis und Angstreduktion im Umgang mit Demenzerkrankungen zu implementieren“, erläuterte Auer. Neben einer Intensivierung der Bewusstseinsbildung brauche es zudem konkrete begleitende niederschwellige Angebote, um den Menschen eine zeitgerechte Diagnose und möglichst lange selbstbestimmte Teilhabe am Sozial- und Erwerbsleben zu ermöglichen.

Prävention und Disease Education als Schlüsselemente

Da wissenschaftliche Erhebungen gezeigt haben, dass bis zu 40 Prozent des Erkrankungsrisikos bei Demenz durch Lebensstilfaktoren zu beeinflussen ist, ist das Thema Prävention künftig in den Fokus zu rücken. „Durch eine Implementierung entsprechender den jeweiligen Lebensstadien gerechter Präventivmaßnahmen könnten Demenzerkrankungen auf einen späteren Lebenszeitpunkt hinausgezögert werden. Dies würde nicht nur die Versorgungs- und Pflegesysteme entlasten, sondern auch die Lebensqualität der Betroffenen samt ihrer Familien über viele Jahre hinweg verbessern“, so Univ.-Prof. Dr. Peter Dal-Bianco, Präsident der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft. Zustimmung äußerte auch Dr. Eva Hörtl, Leiterin des Gesundheitszentrum Erste Bank Group AG, und ergänzte: „Prävention ist nur durch gebündelte Anstrengungen zu erreichen, demnach in alle gesellschaftlichen und beruflichen Settings zu implementieren und keinesfalls auf lediglich ein Krankheitsbild zu beschränken. Es braucht strukturelle und prozessuale Überlegungen, um das Potenzial der Prävention auszuschöpfen — etwa im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen oder von Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz, an dem man einen Großteil der Bevölkerung erreichen könnte.“ Dr. Alexander Biach, Direktor-Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien und Standortanwalt für Wien brachte neben einer Steigerung des Einsparungspotenzials durch

Beim Gipfelgespräch „National Brain Health Plan“ waren vor Ort anwesend (v.l.): Bärbel Klepp, Barabara Zavec, Alexander Biach, Eva Hörtl, Christoph Goger, Beate Wimmer-Puchinger, Walter Struhal, Elisabeth Stögmann, Christian Bancher, Antonia Croy





Prävention auch den Best-Agers-Bonus-Pass als Präventionstool ein. „Der Vorsorgepass für Erwachsene könnte allenfalls zu einer Motivationssteigerung in Richtung gesundem Lebensstil bei der Bevölkerung beitragen.“ Sowohl Dr. Christoph Dachs, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, als auch Karin Laschalt, Leiterin der Demenzservicestellen der MAS Alzheimerhilfe, schrieben insbesondere Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern eine wichtige Rolle in der Demenzprävention und Früherkennung zu. „Hausärztinnen und -ärzte sind meist die erste Anlaufstelle und daher besonders gefordert, gesundheitlich-kognitive Veränderungen wahrzunehmen“, so Laschalt. Dachs ergänzte: „Es gilt, sich dieser Verantwortung bewusst zu sein und die Betroffenen gegebenenfalls an spezialisierte Zentren weiterzuleiten.“ Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger, Präsidentin des Berufsverbandes Österreichischer Psychologinnen und Psychologen, assoziierte die präventiven Chancen durch Lebensstiländerungen mit der Relevanz, die Health

Prävention kann Demenzerkrankungen auf ein höheres Lebensalter hinauszögern.

Peter Dal-Bianco

Literacy der Bevölkerung zu stärken. „Im Rahmen entsprechender Gesundheitskampagnen mit Schwerpunkt auf Gesundheitskompetenz könnte den Menschen zielgruppenspezifisch, einheitlich und verständlich vermittelt werden, welche Anzeichen auf eine beginnende Demenz hindeuten und welche Aktionen zu setzen sind. Alzheimer und Demenz sind nach wie vor mit Angst behaftet, werden verleugnet und bleiben daher in vielen Fällen unbehandelt — insbesondere in jungen Jahren.“ Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung hat demnach direkten Einfluss auf den Zugang zu Behandlungen und in weiterer Folge auf die Diagnosestellung.

Früherkennung als Chance

75 Prozent der weltweit von Demenz betroffenen Menschen haben aktuell keine Diagnose. „Zusätzlich zur Verleugnung kognitiver Veränderungen seitens Betroffener braucht es erfahrungsgemäß oftmals bis zu fünf Arztbesuche, um zu einer adäquaten Diagnose zu gelangen“, berichtete Antonia Croy, Präsidentin des Selbsthilfevereins „Alzheimer Austria“. Da die Abklärung und Abgrenzung neurodegenerativer Erkrankungen von einer normalen Alltagsvergesslichkeit gerade im Frühstadium schwierig sind, plädiert Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Elisabeth Stögmann, Leiterin der Ambulanz für Gedächtnisstörungen und Demenzerkrankungen am AKH Wien, dafür, vor allem den Aspekt der Früherkennung in den Fokus zu rücken. „Werden Patientinnen und Patienten klinisch diagnostiziert, so ist die Erkrankung meist schon weit fortgeschritten. Therapien greifen folglich nicht mehr entsprechend“, so die Expertin. Das Gesundheitsunternehmen

Digital dazu geschaltet:

- Stefanie Auer
- Christian Dachs
- Peter Dal-Bianco
- Reinhold Glehr
- Andreas Huss
- Karin Laschalt
- Josef Marksteiner



Sonderbeilage Die Presse, Erscheinungstermin 4. Dezember 2021 und Kurier, Erscheinungstermin 4. Dezember 2021

Roche Austria, das als Unterstützer der Initiative „National Brain Health Plan“ fungiert, forscht seit Jahren an Disease Modifying Treatments (DMTs), welche die Progression von Alzheimer- und Demenzerkrankungen künftig verlangsamen könnten. „Ein eventueller ziel-führender Einsatz von DMTs geht allenfalls mit der Relevanz einer frühzeitigen Diagnose einher, um den für diese Therapie geeigneten Patientinnen und Patienten zum richtigen Zeitpunkt die passenden Arzneimittel zukommen zu lassen“, stimmte auch Mag. Christoph Goger, Medical Expert Neuroscience/Alzheimer's Disease bei Roche Austria, zu. „Die Entwicklung von DMTs läutet medizinisch gesehen eine völlig neue Ära ein, in welcher Früherkennung und präklinische Phase an zusätzlicher Bedeutung gewinnen werden“, bekräftigte auch Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Bancher, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Neuropathologie.

Optimierung der Versorgung

Mit der Dringlichkeit einer frühzeitigen Diagnose tun sich auch Fragen in punkto niederschwelliger Versorgungsoptimierung auf. Aufgrund des in Österreich bestehenden Datenmangels zu Demenzerkrankungen, gilt es zunächst, die bestehenden Bestrebungen in Richtung Aufbau von Demenzregistern allenfalls voranzutreiben. „Auf diese Weise können künftige systemische, aber auch finanzielle Herausforderungen abgeschätzt und Vorgehensweisen besser geplant werden“, unterstrich Prim. Univ.-Prof. Dr. Josef Marksteiner, Leiter der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie A am Landeskrankenhaus Hall. „Es braucht eine Art Landkarte, die Best-Practice-Modelle in einzelnen Bundesländern erfasst, und aufzeigt, wie man wechselseitig im Rahmen flächendeckender Ausweitungen und einer Implementierung

österreichweiter Standards voneinander lernen könnte“, betonte auch Prim. Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Walter Struhal, Leiter der Klinischen Abteilung für Neurologie des Universitätsklinikums Tulln. Laut Dal-Bianco ist vor allem auch eine Schnittstellenverbesserung zwischen extramuralem und intramuralem Bereich anzustreben. „Es braucht Leitlinien, die klar darlegen, dass Menschen mit Verdacht auf Demenzerkrankungen an spezialisierte Zentren, wie etwa Memory Kliniken oder Gedächtnisambulanzen weitergeleitet werden.“ Stögmann gab allerdings die aktuelle Verfügbarkeit spezialisierter Zentren und lange Wartezeiten zu bedenken. „Um den niederschweligen Zugang für Betroffene zu verbessern, könnten

Demenz ist keine Randerscheinung, sondern eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung.

Stefanie Auer

auch Primärversorgungszentren mit zertifizierten Memory Departments künftig eine wichtige Rolle einnehmen“, schlug die Expertin vor. Dr. Reinhold Glehr, Ärztin für Allgemeinmedizin in Hartberg, unterstrich insbesondere die Relevanz der interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit. „Etwa die Einbindung des Sozial- und Pflegebereichs spielt bei Demenzerkrankungen eine wesentlich größere Rolle als bei anderen Krankheiten. Die angesprochenen Guidelines sollten daher auch dem multiprofessionellen Zusammenspiel Rechnung tragen.“

Optimierung der Pflegesituation

Im Sozial- und Pflegebereich gilt es, in Österreich „in eine intensive Pflegeoffensive zu gehen“ — so Andreas Huss, MBA, Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK). „Neben einer fairen Honorierung des Pflegepersonals müssen vor allem Arbeitsbedingungen und Image des Pflegeberufs verbessert werden. Es gilt, jungen Menschen Karriereperspektiven zu bieten und sie dazu zu motivieren, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Vor allem aber muss die Altenpflege aufgewertet werden“, unterstrich Huss. Demenzerkrankungen betreffen jedoch nicht nur professionelle Pflegeberufe, sondern gesamte Familien. Angehörige müssen in vielen Fällen physisch und psychisch belastende Aufgaben in Pflege und Betreuung übernehmen — zusätzlich zu ihrem regulären Job. Die Dringlichkeit einerseits der Schulung sowie Entlastung der Familien und andererseits der flächendeckenden Implementierung sozialversicherungs- sowie arbeitsrechtlicher Maßnahmen im Falle zu pflegender Angehöriger wurde daher konsensual bestätigt. Zum Wohle der von Demenz und Alzheimer betroffenen Menschen und ihrer Familien gilt es, an einem Strang zu ziehen, um Patient Journey und Versorgungssituation in Österreich den prognostizierten Entwicklungen anzupassen — und diese bestenfalls zu verlangsamen. **P**





POLITIK

Roboter als Lösung für den Pflegeengpass?

Die **PERSONALDECKE IM PFLEGEBEREICH IST DÜNN**. Daher wäre es naheliegend, wie im Industriesektor zeit- und arbeitskraftintensive Routinetätigkeiten an Roboter zu übertragen. Dass in naher Zukunft Menschen von Maschinen betreut werden, wäre allerdings doch noch zu weit gedacht, erklärte Hon.-Prof. Dr. Rainer Hasenauer vom Institut für Marketing Management an der Wirtschaftsuniversität bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. | von Rainald Edel, MBA

In entwickelten Ländern zeigt sich die Knappheit an professionellen Pflegekräften immer deutlicher. In Deutschland werden beispielsweise bis 2030 130.000 Pflegekräfte fehlen. Allein für Oberösterreich wird bis 2025 ein Personalmangel von 1.600 Stellen im Pflegebereich prognostiziert. „Das ist eine riesige Zahl — vor allem wenn man bedenkt, dass die Ausbildungsqualität sehr hoch sein muss. Dazu kommt, dass Pflege kein einfacher Beruf ist und es Menschen braucht, die intrinsisch motiviert sind“, erläuterte Hasenauer, der neben seiner Tätigkeit am Institute für Marketing-Management an der WU Wien auch im Project-Advisory-Board des INiTS tätig ist. Es stellt sich die Frage, wie man diese Engpässe beseitigen kann. Seit 2016 begleitet der Experte ein Forschungsprojekt, das sich mit der Frage beschäftigt, wie Digitalisierung helfen kann, den drückenden Pflegeengpass zu beseitigen. Im Fokus steht die Umschichtung der vorhandenen Zeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hauptsächlich zugunsten empathischer Leistungen, die den Bewohnerinnen und Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung direkt zukommen. Möglich wird dies, wenn repetitive, eher triviale Arbeiten, wie beispielsweise Transporte, robotisiert werden würden.

Ausgangssituation

Es brauche dringend die Akzeptanz der zu pflegenden Menschen und die Bereitschaft, die neuen digitalen Angebote anzunehmen. Leistungen in der Pflege schon heute durch Roboter zu ersetzen, wäre technisch kein Problem. Weltweit werde an den verschiedensten Anwendungsgebieten geforscht und entwickelt. Die Palette reicht von Patientenmanipulations- und Mobilitätshilfen über Rehabilitationsroboter, Unterstützung im betrieblichen Hol- und Bringservice bis hin zu Emotional-, Entertainment-Companion-Robots. In einigen Bereichen haben diese digitalen Helfer bereits Marktreife erreicht. „Die Technologie-Einsatzbereitschaft ist kein Kriterium für die Akzeptanz von digitalen Maschinen in der stationären Alten- und Pflegeversorgung. Viele Dinge kommen nicht auf den Markt, weil wichtige Verhaltens- und Ethikfragen ungelöst sind“, erklärte Hasenauer. Eine wichtige Grundlage in punkto Auffassung seitens Betroffener über den Einsatz von Robotern schuf eine Untersuchung in zwölf österreichischen stationären Pflegeeinrichtungen. Dabei wurden die Bewohnerinnen und Bewohner in der Altersgruppe zwischen 65 und 100 Jahren unter anderem befragt, wie sie es fänden, wenn ein Roboter in ihr Zimmer käme und Kaffee oder Wäsche bringen oder ihnen ein Roboter am Gang im Altenheim begegnen würde. „Wir wissen aus der Medizin, dass alte Menschen bei starken Blutdruckschwankungen ein unbekanntes Objekt viel größer und dramati-



scher wahrnehmen, als es tatsächlich ist. Das ist eines der Probleme, die noch nicht gelöst sind“, erläuterte Hasenauer. Die Umfrage ergab, dass 23 Prozent der Befragten begeistert wären, ein Viertel hingegen skeptisch war und mehr Information bräuchte, um Vertrauen zu fassen. Ein weiteres Viertel war beunruhigt und das letzte Viertel sprach sich klar dagegen aus. „Das Ergebnis war nicht überraschend, aber es war gut, diese Werte einmal gezielt abgefragt zu haben“, resümierte Hasenauer. Er rät generell bei neuen Technologien die „Opinion dynamics“ — die Meinungsdynamik — anzusehen. An seinem Institut kommen dazu Methoden, die aus der statistischen Physik stammen, zum Einsatz. „Durch solche Simulationen kann man sichtbar machen, wo Widerstand oder die Bereitschaft, Innovationen anzunehmen, bestehen“, erklärte Hasenauer. Die Literatur teilt Roboter in drei große Gruppen. Assistive Robots, AR wie Rehabilitationshilfen, Rollstühle, Gehhilfen, Exoskelette, die sich teilweise von selbst unter Kollisionsvermeidung bewegen. SIR — das sind sozial interaktive Roboter, die die Aufgabe haben, aktiv oder passiv zu interagieren. Diese werden schon im Bereich der Alzheimerpflege eingesetzt, um den Patientinnen und Patienten zu helfen, sich zu verorten. Dann gibt es noch die Gruppe der Sozial assistiven Roboter, der SAR — jene Gruppe, auf die sich das das Forschungsteam um Hasenauer konzentriert — die Hilfsdienste verrichten. Neben der Entlastung wäre damit auch die Chance für Pflegeassistentinnen und -assistenten gegeben, sich zu Fachkräften der Altenpflege zu qualifizieren, womit in Summe

Living Labs sind eine gute Methode, um die Wirkung der Digitalisierung auf das Gehirn älterer Menschen, deren Wahrnehmung und Stimmung valide festzustellen.

Rainer Hasenauer

Sonderbeilage Kurier, Erscheinungstermin 15. Juli 2021



mehr hochqualifiziertes Personal zur Verfügung stünde.

Empirische Erfahrungen sammeln

Eine bewährte Methode, soziale Experimente durchzuführen, sind sogenannte Living Labs. Darunter sind keine baulichen Maßnahmen zu verstehen, sondern organisatorisch-technische Einrichtungen, die erlauben, den Alltag von Menschen zu beobachten, zu begleiten und zu sehen, wie die Reaktionen ausfallen — beispielsweise wenn sie am Gang einem Roboter begegnen oder generell in ihrem Alltag ein Roboter aufscheint. „Wir sind gerade dabei, ein Living Lab zu errichten. Die Betriebsdauer ist auf zwei bis drei Jahre ausgelegt, da viele Effekte langfristig sind und es zu Verhaltensänderungen kommt, wenn immer wieder digitale Maschinen in der Umgebung sind“, schilderte Hasenauer. Erforscht werden soll dort „CareSAR“, eine Roboterlösung auf Living-Lab-Basis, die die Aufgabe hat, einfache Dienstleistungen wie Transporte oder nächtliche Inspektionsleistungen zu übernehmen. Hasenauer berichtete von einem möglichen Szenario, in dem ein CareSAR in der Nacht einen Patienten verängstigt und verwirrt am Gang aufgefunden hat, der ohne Hilfe nicht mehr in sein Zimmer zurückfindet. Die diensthabenden Pflegekräfte seien zu diesem Zeitpunkt in einem anderen Gebäudeteil beschäftigt und hätten den Patienten erst sehr viel später gefunden. Ein weiteres Aufgabenfeld, das Roboter und digitale Lösungen übernehmen könnten, wären Dokumentationen. Hier könnte ein Großteil automatisiert werden, was zu einer zeitlichen Entlastung der Pflegekräfte beitragen würde. „Um die gezeigten Personalengpässe teilweise zu vermeiden, ist es daher zwingend notwendig, Living Labs einzurichten, die viele der heute noch unklaren Fragen beantworten werden. Denn nur so lassen sich reale Anforderungen an die Funktionalität von SAR/SIR unter Dauerbedingungen im Alltag zeigen und beweisen“, so Hasenauer abschließend. P

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030
Block 2 | Optimierung der Gesundheitsversorgung & Pflege

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 Czyponka | 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 stellv. Geschäftsführer MVZ CytoMol Zytologie und Molekularbiologie Frankfurt GbR

Migration und ihre Folgen für das Gesundheitssystem

Österreich liegt mit 18 Prozent zugewanderter Bevölkerung eher am oberen Rand der EU-Statistik, wobei fast die Hälfte aus anderen EU-Staaten stammt. Welche Auswirkungen diese Entwicklung auf das heimische Gesundheitssystem hat, erläuterte **UNIV.-PROF. DR. RAINER MÜNZ** in seinem Vortrag bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. | von Rainald Edel, MBA

Rund 1,6 Mio. in Österreich lebende Menschen wurden im Ausland geboren und gehören zur Gruppe der Zuwanderer erster Generation. Weitere 560.000 Menschen sind zwar in Österreich geboren, haben aber zugewanderte Eltern und werden als Zuwanderer zweiter Generation bezeichnet. In Summe haben 24 Prozent der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. „Auf Grund der Dimension hat dies deutliche Auswirkungen auf das Gesundheitssystem, das darauf reagieren muss“, so Münz, Mitglied im unabhängigen Expertenrat für Integration im Bundeskanzleramt.

Wir werden bunter

Die größte Gruppe sind Personen, die in Deutschland zur Welt gekommen sind, gefolgt von Bosnien-Herzegowina, Türkei, Serbien und Rumänien. Diese Menschen kommen aus ganz unterschiedlichen Herkunftsmilieus. Während die Gesundheitssysteme von Österreich und Deutschland weitgehend gleich sind, besteht zum Beispiel zu Syrien ein beträchtlicher Unterschied. Wien und das Vorarlberger Rheintal sind die Gegenden mit dem höchsten Anteil von im Ausland geborenen Personen, gefolgt von den Landeshauptstädten sowie Grenzregionen, die sich teilweise auch mit touristischen Regionen überlappen. „Von der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist rund ein Viertel in Österreich geboren und rund ein Drittel noch nicht lange hier“, so Münz. Letztere Gruppe sei insofern eine wichtige Zielgruppe, da man hier gute Deutschkenntnisse nicht unbedingt voraussetzen könne.

Folgen für das Gesundheitssystem

Im Durchschnitt kommen Personen, die aus einem Nicht-EU-Staat zuziehen, mit einem viel geringeren Bildungsgrad ins Land. Gut ein Drittel der Männer (36,2 Prozent) und fast die Hälfte der Frauen (44,1 Prozent) aus Drittstaaten haben nur einen Pflichtschulabschluss oder gar keinen Abschluss. Schlechte Bildungsstandards werden auch an die nächste Generation vererbt. „Erhebungen der Bildungsstandards in Deutsch und Mathematik bei Kindern ergaben, dass zwei Drittel dieser Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund nach acht Schulstufen nicht sinnerfassend lesen, einfache Texte schreiben oder einfache Kalkulationen durchführen können. Was auch eine Erklärung dafür ist, dass diese Kinder nicht in eine Lehre gehen, sondern nach dem Polytechnischen Lehrgang auf dem Arbeitsmarkt landen, wo für viele kein Bedarf ist“, schilderte Münz. Das gelte auch für eine prozentuell kleinere Gruppe einheimischer Kinder, die allerdings aufgrund des Anteils an der Gesamtbevölkerung quantitativ mehr sind. „Diese Bildungslücken haben direkten Einfluss auf das Gesundheitssystem, da man davon ausgehen kann, dass diese Menschen auch keinen Beipackzettel bzw. Arztbrief verstehen können“, so Münz.

Viele Zugewanderte seien zudem anders geprägt als Personen, die in Österreich aufgewachsen sind. Das habe Konsequenzen — z. B. auf die Körperwahrnehmung, das Gesundheitsbewusstsein, die Bereitschaft mit dem Gesundheitssystem zu interagieren und Symptome zu benennen. Dies mache das typische Arztgespräch schwieriger. „Ein Teil der Zugewanderten leidet zudem an gesundheitlichen Problemen oder Erkrankungen, die sich deutlich von jenen der einheimischen Bevölkerung unterscheiden“, erläuterte Münz. Als Beispiele nannte er hierbei chronische Unterernährung während der Kindheit, Genitalbeschneidungen sowie Kriegs- und Foltertraumata. Letzterer Punkt betrifft weit über 100.000 Personen, die aus Kriegsgebieten wie Afghanistan, Irak, Syrien und Tschetschenien nach Österreich gekommen sind.

Die eigene Gesundheit und das Gesundheitssystem verstehen

„Die meisten Zugewanderten sind in anders aufgebauten und strukturierten Gesundheitssystemen sozialisiert worden“, erklärte Münz. Die Folge sehe man in der Überlastung von Ambulanzen. Zuwanderer gehen in erster Linie in eine Ambulanz und nicht zu einer niedergelassenen Ärztin oder Arzt. „Es erscheint wie eine Fehlfunktion, könnte aber auch eine rationale Überlegung sein, denn die Wahrscheinlichkeit, dass in einem Spital jemand die Muttersprache spricht, ist wesentlich höher als in einer Ordination. Im Speziellen betrifft das Menschen, bei denen im Herkunftsland Ambulanzen den Entry-Point ins Gesundheitssystem darstellen“, so Münz. Die Mehrheit der Zugewanderten habe eine andere Muttersprache und viele sprechen schlecht oder gar kein Deutsch. Das Verständnis unseres Gesundheitssystems und die Interaktion mit diesem bauen allerdings auf Sprachkenntnissen auf — das gilt für allgemeine Gesundheitsinformationen ebenso wie für Arzt- bzw. Patientenbriefe, Beipackzettel oder die mündliche Kommunikation. „Einige der Menschen, die zu uns kommen, können mit diesen Informationen nichts anfangen. Das hat sich auch während der COVID-19-Pandemie gezeigt, bei der die öffentliche Kommunikation im Wesentlichen auf Deutsch erfolgt“, erklärte Münz. Das erzeuge auch ein Gesundheitsrisiko bei der Mehrheitsbevölkerung. „Die Health Literacy muss bei jenen, die zugewandert sind, gestärkt werden — das ist Teil des Integrationsprozesses. Aber wenn 25 Prozent der Bevölkerung einen Migrationshintergrund haben und die Mehrheit davon nicht deutschsprachig sozialisiert wurde, dann ist es völlig klar, dass auch das Gesundheitssystem eine Diversity Literacy aufbauen muss“, betonte Münz. Damit meinte er den Aufbau der Fähigkeit, auf diese Zielgruppe zuzugehen. Das Gesundheitssystem muss der zunehmenden Diversität derer, die es



Es ist notwendig, die Health Literacy bei jenen, die zugewandert sind, zu stärken. Zugleich muss auch das Gesundheitssystem eine Diversity Literacy aufbauen.

Rainer Münz

Sonderbeilage Kurier,
Erscheinungstermin
15. Juli 2021



in Anspruch nehmen (sollten), besser Rechnung tragen. Es brauche in stärkerem Umfang mehrsprachige Informationen und Kommunikationswege. „Es bedarf auch einer Weiterbildung des Gesundheitspersonals durch Diversity Trainings, Sensibilisierung und Einführung in die Kultur wichtiger Zuwanderergruppen. Was auch helfen würde, so Münz, wäre mehr Diversität unter Ärztinnen und Ärzten, insbesondere extramural, also im niedergelassenen Bereich. Hier stehe ganz besonders die Frage im Mittelpunkt, wie man einheimische Kinder mit Migrationshintergrund soweit bringen könne, dass sie ein Medizinstudium absolvieren, um die Bevölkerung in dem Bereich, in dem es nötig ist, besser abholen zu können.

Gesundheits- und Pflegepersonal von morgen

„Der zukünftige Bedarf ist schon jetzt absehbar“, so Münz. Es gehe zum einen um einen Ersatz für ausscheidende Kräfte und zum anderen zeichnet sich ein Zusatzbedarf durch die alternde Bevölkerung ab. Um dieses bevorstehende Problem in Angriff zu nehmen, gebe es, so Münz, drei Strategien: „Die erste ist die Rekrutierung aus dem Ausland — das haben wir bisher schon gemacht. Die zweite wäre, aus dem großen Pool Unterbeschäftigter mit Migrationshintergrund mehr Personen für diese Berufe zu gewinnen. Hier gibt es zwar kleinere Anstrengungen, aber solange es einfacher ist, jemanden aus dem Ausland direkt einzufliegen, als jemanden hier zu sozialisieren, wissen wir, wie das ausgeht“, schilderte Münz. Als dritte Strategie nannte er die Retention — die längere Verweildauer von nicht ärztlichem Personal im Gesundheitssystem zu vergrößern. „Gerade heimische Kräfte haben im Verhältnis zu ihrer Ausbildungsdauer eine zu kurze Verweildauer. Dies zu verändern, würde eine bessere Bezahlung, mehr Anerkennung und günstigere Arbeitsbedingungen erfordern“, resümierte Münz abschließend. **P**



PORTFOLIO

PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030

Drehscheibe für die Diabetesversorgung

Bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten gab der Allgemeinmediziner **DR. ERWIN REBHANDL** in seiner Funktion als PRAEVENIRE Vorstandsmitglied einen Einblick in den aktuellen Arbeitsprozess der PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030. | von Mag. Beate Krapfenbauer

Chronische Erkrankungen sind für Betroffene sehr bedrückend und belasten das österreichische Gesundheits- und Versorgungssystem. Deshalb standen sie für das PRAEVENIRE Gesundheitsforum von Anfang an im Fokus. Diabetes wurde im Rahmen von PRAEVENIRE Gemeindeprogrammen, Keynotes und Gipfelgesprächen wiederholt in den Mittelpunkt gestellt und dieses Jahr wurde die PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030 gestartet. Ihr Ziel ist, eine von Expertenmeinung getragene, zukunftsfähige Vision der Diabetesversorgung im Rahmen einer solidarischen Gesundheitsversorgung in Österreich zu erarbeiten. Diese Vision soll in gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen im Rahmen eines umfassenden Kapitels „Diabetes 2030“ im kommenden PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2021/22) zusammengefasst und dann in den gesundheitspolitischen Diskurs eingebracht werden. Bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten gab Allgemeinmediziner und PRAEVENIRE Vorstandsmitglied Dr. Erwin Rebhandl einen Zwischenbericht der bisherigen Aktivitäten und bestätigte zu Beginn seiner Keynote: „Wir müssen uns mit der Entwicklung von Diabetes befassen und sowohl die weltweiten Zahlen, europaweite Tendenzen als auch die Prognosen für Österreich im Auge behalten. Denn die OECD hat zum Thema Diabetes sehr hohe Zahlen an Erkrankten und vergleichsweise hohe Kosten für das Gesundheitssystem wie für die Erkrankten festgestellt. Aufgrund der Entwicklungen müssen wir mit einer stark steigenden Anzahl an Diabeteserkrankungen rechnen.“

Drei Ebenen kennzeichnen den Patientenpfad

Im oberösterreichischen Ort Haslach an der Mühl hat Rebhandl das Gesundheitszentrum „Hausarztmedizin plus“ im Sinne einer wohnortnahen Primärversorgung mitgegründet. Das in diesem Haus umgesetzte Konzept mit ganzheitlichem Ansatz kommt Menschen mit chronischen Erkrankungen besonders zugute. Denn für sie sind neben den drei Hausärzten folgende versorgungsrelevante Gesundheitsberufe in das Team eingebunden: Ordinationsassistenten, Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP), Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, Psychotherapie, Sozialarbeit und Hebamme. Das Miteinander der Berufe wird tagtäglich gelebt und damit ist für Menschen mit Diabetes eine ganzheitliche und vor allem wohnortnahe Versorgung unter einem Dach gegeben. Alle gemeinsam tragen zur Versorgung bei. Für den Weg des der Patientin oder des Patienten durch die Versorgungsstruktur könnte die Primärversorgung (in der Hausarztpraxis oder im Primärversorgungszentrum) als niederschwellige und daher erste Anlaufstelle von drei Versorgungsebenen gesehen werden. Auf der zweiten Ebene steht die fachärztliche Betreuung im niedergelassenen Bereich (z. B. Internistinnen und Internisten, Neurologinnen und Nephrolo-

Gesundheitsbildung von Kindheit an, Prävention, Identifikation und Prädiabetiker-Betreuung müssen lückenlos in das Versorgungskonzept integriert werden.

Erwin Rebhandl



gen, Psychologinnen und Psychologen etc. mit Diabetesschwerpunkt) und auf der dritten die Spitalsebene mit ambulantem und stationärem Bereich. Dabei nimmt die Hausärztin bzw. der Hausarzt eine zentrale Rolle ein. „Wir begleiten Menschen mit Diabetes auf ihrem Weg, schreiben sie in das Disease-Management-Programm (DMP) „Therapie Aktiv“ ein, wir weisen sie den Therapeutinnen bzw. den Therapeuten zu, überweisen sie zu Fachärztinnen und -ärzten oder in die Spitalsambulanz. Wir sind also der Dreh- und Angelpunkt für die Patientinnen und Patienten.“ So zeichnet Rebhandl den idealen Patientenpfad nach, den die Expertinnen, Experten und Stakeholder in den PRAEVENIRE Gipfelgesprächen entwickelt haben. Wichtig ist, dass die Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik so gestaltet werden, dass die Durchlässigkeit der Ebenen in alle Richtungen gegeben ist und die Patientin bzw. der Patient auf ihrem bzw. seinem Weg nicht verloren geht.

zu vermeiden. Denn diese sind sowohl für die einzelnen Betroffenen als auch für das Gesundheitssystem mit hohen Kosten verbunden. „Hier sehe ich die Hauptaufgabe bei der Primärversorgung, z. B. Präventionsmaßnahmen im Zuge der Vorsorgeuntersuchung zu setzen.“ Wichtig für die Stärkung des Bewusstseins für diese „Volkskrankheit“ sei natürlich auch die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, wie den Apotheken, den Selbsthilfegruppen bis hin zu den Lehrkräften in den Schulen, zur Wissensvermittlung über chronische Erkrankungen. Damit schließt er den Kreis mit dem grundlegenden Thema, Awareness durch Aufklärung zu schaffen. In diesem Sinne ist es die Aufgabe der PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030, die Expertisen und Optimierungspotenziale medial zu thematisieren und im Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2021/22) für die Gesundheitspolitik festzuhalten. **P**

Sonderbeilage Kurier, Erscheinungstermin 15. Juli 2021



Aufklärung, Früherkennung und Begleitung

Ein wichtiges Drehkreuz im Versorgungssystem ist das „Therapie Aktiv“-Programm. Empfohlen wird, dass alle mit Diabetes befassten Stakeholder die Patienten darauf aufmerksam machen. Denn es ist das einzige DMP in Österreich, das finanziert und gefördert wird. Hier gibt es noch Aufholungsbedarf. „Mein Wunsch wäre, dass wir Prädiabetes auch als Diagnose anerkennen und Prädiabetikerinnen bzw. Prädiabetiker in das DMP aufnehmen können. Denn ich glaube, dass hier viel Potenzial liegt, das manifeste Auftreten der Erkrankung zu verhindern, was sich letztendlich auf die Lebensqualität und auch auf das Gesundheitsbudget positiv auswirkt.“ Mit dem Stichwort Prädiabetes wies Rebhandl auf den Appell der teilnehmenden Expertinnen und Experten hin, dass Risikopersonen früh identifiziert werden müssen, um bessere Therapieerfolge zu erzielen, die Krankheit im Fortschritt verlangsamen zu können und Folgeschäden

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030
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

ÖDG Österreichische Diabetes Gesellschaft helfen, heilen, forschen



Public Health | Folge 2

Impfwissen kann Leben retten

Gesundheitskompetenz ist entscheidend



Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen, um sich vor einer ansteckenden Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Impfquoten ist es möglich, einzelne Krankheits-erreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. So ist etwa die Elimination der Masern ein erklärtes und auch erreichbares Ziel der Gesundheitspolitik. Mindestens 95 Prozent der Bevölkerung müssen laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) zwei Masern-Impfungen aufweisen um die Krankheit realistisch ausgerottet werden. Dass das nicht gelungen ist, zeigen etwa 13.200 Masernfälle in 30 europäischen Ländern 2019, davon war fast die Hälfte (48,1 Prozent) der Fälle über 20 Jahre alt. Die Impfskepsis und das Misstrauen in Impfungen sind allerdings so alt wie die Impfungen selbst. Waren es im 19. Jahrhundert die Angst, sich „tierische Substanzen“ injizieren zu lassen (Pockenimpflicht für Kinder in Großbritannien 1853) oder die Unterstellung, mit der Impfung nur Profit machen zu wollen (Tollwutimpfung Ende 19. Jahrhundert), so waren es in den 20er Jahren des

20. Jahrhunderts bei der Entwicklung von Impfstoffen gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten die den Impfungen beigefügten Aluminiumsalze, die über Jahrzehnte und zum Teil bis heute in Zusammenhang mit verschiedenen Erkrankungen gebracht werden. Bis heute konnte keine Studie einen Zusammenhang zwischen Impfung und Autismus zeigen. Ähnlich schwierig gestaltete sich die Impfkampagne gegen Polio. Diese Erkrankung gilt als große Bedrohung, vor allem für Kleinkinder unter fünf Jahren. Seit August 2020 gilt die Kinderlähmung in Afrika als ausgerottet — dank der Schutzimpfung. Nach wie vor kämpfen allerdings in Afghanistan und Pakistan die Impfkampagnen mit großen Widerständen und gewaltsamen Zwischenfällen. Verbreitete Fake-Videos über angebliche Schäden durch die Impfung führen zu beträchtlicher Verunsicherung in Teilen der Bevölkerung, etwa dass der Westen durch die Polio-Impfung muslimische Kinder unfruchtbar machen wolle. Die Coronapandemie bedroht mit ihren Auswirkungen auf Gesundheit, Bildung und Wirtschaft die Menschen weltweit in beispiellosem



Dr. Eva Hörtl, Arbeitsmedizinerin im Health Center der Erste Bank AG

Ausmaß. Der Wunsch nach einem Impfstoff prägte das Jahr 2020 und tatsächlich konnte die Wissenschaft einen wirksamen und sicheren Impfstoff in Rekordzeit liefern und damit abertausende Menschenleben retten. Dennoch wird die Impfungen gegen COVID-19 von Beginn an von einer Welle an Desinformation und zum Teil grotesken Verschwörungslegenden begleitet. Als Hauptursache für Impfskepsis gelten einerseits der kurze Zeitraum, in dem die Impfungen auf den Markt kamen, andererseits neue Technologien, wie mRNA- oder Vektorimpfstoffe. Ein zentraler Faktor für die Impfbereitschaft ist eine hohe Gesundheitskompetenz in puncto Impfentscheidungen („Impfwissen“) und eine adäquate Risikoeinschätzung, was Erkrankung und Impfung betrifft. Tatsächlich hat jeder fünfte Österreicher Probleme, Informationen in Sachen Impfung zu finden, verstehen, beurteilen, und anzuwenden (Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz, 2021) Die Arbeitswelt mit ihren knapp vier Millionen Beschäftigten stellt in unserer Gesellschaft das größte Präventionssetting dar. In den Unternehmen und Betrieben sind Menschen zu erreichen, die in der Vergangenheit häufig aus ganz unterschiedlichen Gründen die empfohlenen Schutzimpfungen nicht haben durchführen lassen. Zusätzlich besteht eine deutlich erhöhte geografische Mobilität der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, so dass Ereignisse wie die Masernepidemie in Serbien 2018 sich rasch verbreiten kann. „Neue“ Arbeitsumgebungen, wie etwa open-space Büros oder Callcenter, erfordern ein besonderes Augenmerk auf Infektionsschutzmaßnahmen und Informationen zu Impfmöglichkeiten. Ansteckende Infektionskrankheiten haben natürlich — etwa durch Ausfall größerer Personengruppen, Quarantäneregelungen wie bei COVID-19 oder Masern — auch Auswirkungen auf die business-continuity von Unternehmen. Infektionsschutz, Impfberatungen und das Durchführen von Schutzimpfungen sollten daher — im Interesse der ArbeitnehmerInnen und der Unternehmen — stärker als in der Vergangenheit, einen klaren Platz in der arbeitsmedizinischen Tätigkeit haben. **P**

Kluge Muskeln | Folge 6

In Spannung — Wenn das Muskelorchester schwächelt



Wir alle kennen sie, tun sie oft ab als „nebensächlich“, „nicht so schlimm“, es ist ja „nichts“. Und doch können sie nicht nur unangenehm sein, sondern zu extremen Schmerzen führen: Verspannungen zeigen sich dann in Ihrem Körper, wenn sich Ihre Muskeln klar und bestimmt bei Ihnen beschweren: „Mach mal Pause!“ „Runter vom Gas!“ „Schau auf Dich!“ Stellen Sie sich Ihre Muskeln als ein Orchester vor: Die einzelnen Musiker rinnen und Musiker, Ihre Muskeln, sind ausgezeichnete Teamplayer, die es verstehen, selbst hochkomplizierte Bewegungssinfonien zu spielen. Sind jedoch einzelne Teammitglieder mit dem vorherrschenden Tempo überfordert oder gar geschwächt, kann das Orchester im Gesamten aus dem (Lebens-)Takt geraten. Das macht sich ganz klar durch Verspannungen bemerkbar, die dann auftreten, wenn Muskelmusikerrinnen oder -musiker schlicht beleidigt sind und signalisieren: „Da komm ich nicht mehr mit!“ Es gibt unterschiedliche Auslöser für Verspannungen: Eine bestimmte Fehlhaltung oder einseitige Belastung, eine sportliche Überforderung, vor allem aber ein stressiger Lebensstil. Auf Stress (und Angst) reagiert das Muskelsystem — als

Erbe der Evolution — mit erhöhter Anspannung: Der Körper stellt sich auf Kampf oder Flucht ein, Stresshormone setzen den Blutdruck unter Hochdruck, die Muskeln verspannen sich und ringen verstärkt nach Sauerstoff und Nährstoffen, um der Stresssituation standhalten zu können. Eine an sich schlaue und wichtige Fähigkeit des Körpers, um auch in stressigen Ausnahmesituationen gut funktionieren zu können. Wenn Stress und Anspannung jedoch zu einer chronischen Lebensgewohnheit werden und hochgefährliche Körpersysteme nicht mehr zur Ruhe kommen, sind Muskelverspannungen vorprogrammiert. Ein Mensch, der bei ständigem Zeitdruck (und fehlendem Ausgleich) durchs Leben rast, versetzt auch seine Muskeln in einen permanenten Ausnahmezustand und damit unter Strom. Eine gestresste Seele manifestiert sich in Form von verhärteten Muskeln, genauso wie Ängste und Sorgen. Wenn die ersten Signale Ihrer Muskeln — „Geh mal vom Gas!“ — überhört werden, dauert es meist nicht mehr lange, bis das Orchester komplett aus dem Takt gerät, Sinfonien nicht mehr gut klingen und Ihr Körper letztendlich nur mehr schreit: Plötzlich auftretende Schmerzen, wie es bei Ischiasbeschwerden oder einem



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

Hexenschuss der Fall ist, sind das letzte Notprogramm Ihres Mechanismus, der über längere Zeit überhört wird und letztendlich auf eine schmerzhaft Weise in die Bewegungsunfähigkeit bzw. zur Ruhe gezwungen wird. Halten stressige Zeiten in Ihrem Leben an, stockt das Adrenalin in Ihren Muskeln: Der Körper geht in die Totenstarre, die Muskeln verspannen und verkümmern letztendlich. Gehen Sie bewusst achtsamer mit Stress um und vertrauen Sie der Kraft regelmäßigen Muskeltrainings. Gut trainierte Muskeln schwemmen das Adrenalin aus, wodurch Stress nachlässt. Auch die progressive Muskelentspannung, die der US-amerikanische Physiologe Edmund Jacobson entwickelt hat, unterstützt Ihren Körper dabei, wieder in die Entspannung zu kommen. Bei diesem Programm lernen Sie, Ihre Muskeln bewusst anzuspannen und wieder zu entspannen. Doch das ist nur ein Beispiel von vielen. Finden Sie das für Sie passende Bewegungs- und Entspannungstraining. Nehmen Sie sich regelmäßige Auszeiten. Erlauben Sie sich, zu entspannen. Hören Sie auf die klaren Signale Ihres Körpers. Geben Sie Ihren Bedürfnissen Raum. Warten Sie nicht darauf, bis Ihr Körper vor Erschöpfung schreit. Es ist nie zu spät für den ersten Schritt zu sich selbst. **P**

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





PORTFOLIO

Arbeiterkammer Niederösterreich im Gespräch

Coronamanagement — bewegte Zeiten für die Arbeitswelt

Die krisenbedingten Veränderungen haben in den vergangenen Monaten nicht nur eine rasche Implementierung neuer gesundheitspolitischer sowie logistischer Vorgehensweisen, sondern auch ein hohes Maß an Flexibilität innerhalb österreichischer Betriebe gefordert. Markus Wieser, Präsident der Arbeiterkammer Niederösterreich (AK Niederösterreich) und Vorsitzender des Österreichischen Gewerkschaftsbundes Niederösterreich (ÖGB NÖ), sprach mit PERISKOP über **HERAUSFORDERUNGEN, SCHWERPUNKTE UND LÖSUNGSVORSCHLÄGE IM PANDEMIE-MANAGEMENT** mit besonderem Fokus auf die Situation der Pflege. | von Lisa Türk, BA

Die Expertinnen und Experten der AK Niederösterreich agieren seit Beginn der Coronapandemie im Spannungsfeld zwischen dem Schutz der Gesundheit österreichischer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie den sich ständig verändernden Regeln und Verordnungen, welche auch die Arbeitswelt massiv betreffen. Da Letztere im Vollziehungsprozess aufgrund der gegebenen Strukturen mit der Betriebswelt teils nicht optimal kompatibel sind, ergibt sich ein Balanceakt, der besondere Situationselastizität erfordert.

PERISKOP: Nach wie vor sind es bewegte Zeiten für Österreich. Welche Gegebenheiten und Herausforderungen haben Sie als Präsident der AK Niederösterreich in den vergangenen Monaten ganz besonders geprägt? Wie haben Sie das bisherige Coronamanagement erlebt?

WIESER: Allem voran hat die 3G-Regelung am Arbeitsplatz die Betriebe vor große logistische und organisatorische Herausforderungen gestellt. Einerseits waren die entsprechenden Testmaterialien nicht vorhanden, andererseits zog die Überlastung der Labors lange Wartezeiten und verspätete Testergebnisse nach sich. In Niederösterreich als Flächenbundesland mit insgesamt 573 Gemeinden hat sich der Mangel an entsprechenden Kapazitäten und Strukturen im Hinblick auf verpflichtende PCR-, respektive Antigen-Tests am Arbeitsplatz sehr rasch gezeigt. Man darf zudem nicht vergessen, dass die österreichische Betriebslandschaft vor allem aus Klein- und Mittelbetrieben (KMU) besteht, die meist nicht die Option auf zertifizierte betriebliche Teststraßen hatten. Als Reaktion auf diese Gegebenheiten hat sich die AK Niederösterreich aktiv und erfolgreich für die Zertifizierung betrieblicher Teststraßen und Anerkennung auch nichtmedizinisch qualifizierten Personals für die Durchführung der Tests eingesetzt, um letztlich allen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Niederösterreich flächendeckende Testoptionen und eine ordnungsgemäße Teilhabe am Arbeitsleben zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang ist allerdings kritisch anzumerken, dass nicht alle Berufsgruppen in die Krisenstäbe eingebunden wurden. Das betrifft etwa den Bereich der mobilen Pflege, der gerade jetzt in Krisenzeiten besonders relevant ist, und dies auch weiterhin sein wird.



COVID-19 hat eine Lupe auf das österreichische Gesundheitssystem gehalten, Optimierungsbedarf aufgezeigt und Entwicklungen beschleunigt.

Markus Wieser

Welche konkreten Angebote und Leistungen hat die AK Niederösterreich nun für ihre Mitglieder gesetzt?

Die AK Niederösterreich befindet sich stets mitten im Geschehen und am Puls der jeweils aktuellen Entwicklungen — sei es bei 3G am Arbeitsplatz, Lockdown, Kurzarbeit, Diskussionen über Risikogruppen oder Überlegungen zu Impfpflicht und Schaffung eines entsprechenden Gesetzes bis 1. Februar 2022. Jede Aussage, jede Ankündigung im Zusammenhang mit Corona war demnach eins zu eins auch Thema bei der AK Niederösterreich. Ausgehend davon haben wir — neben der flächendeckenden Ausweitung zertifizierter Teststraßen und Autorisierung nichtmedizinisch qualifizierten Personals zur Durchführung von Tests — ins-

besondere die Coronaberatungsleistungen vervielfacht. Als Interessensvertretung ist es einerseits unsere Kernaufgabe, die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu schützen. Andererseits haben wir den Auftrag, jegliche Konsequenzen, die im Rahmen von Verordnungen und Bestimmungen zwar angedacht sind, deren Umsetzung jedoch aufgrund der gegebenen Strukturen an Grenzen stößt, abzufedern und bestenfalls zu optimieren.

Insbesondere im Bereich der Pflege haben sich zusätzlich zu den präpandemischen Gegebenheiten neue Herausforderungen ergeben. Denken Sie, dass die Krise einen einschneidenden und nachhaltigen Einfluss auf das Berufsbild der Pflege haben wird?



COVID-19 hat eine Lupe auf das österreichische Gesundheitssystem gehalten, Optimierungsbedarf aufgezeigt und Entwicklungen beschleunigt. Laut einer Studie der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) werden hierzulande bis zum Jahr 2030 etwa 75.000 zusätzliche Arbeitskräfte im Bereich der Gesundheit und Pflege gebraucht — Zahlen, die bereits vor Corona bekannt waren. Das nun Erlebte, die Situation in den Krankenhäusern, die medial sehr präsenste Auslastung von Personen, die im Pflegebereich tätig sind, all diese Gegebenheiten tragen mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht gerade zu einer Aufwertung dieses Berufsbildes bei. Die AK Niederösterreich hat mit dem Institut für Jugendkulturforschung in Niederösterreich bereits Anfang 2021 eine Studie beauftragt, im Zuge derer Jugendliche zu ihrer Wahrnehmung gegenüber dem Pflegeberuf befragt wurden. Der Grundgedanke: Um zielgerichtete und treffsichere Maßnahmen und Strategien in punkto Attraktivierung der Gesundheit und Pflege zu setzen, ist es entscheidend, die Erwartungen und Einstellungen der Jugendlichen zum Pflegeberuf in direktem Dialog zu eruieren. Unser Fokus lag immer auf der Zielgruppe, für uns war es maßgeblich, mit der Jugend und nicht über die Jugend zu sprechen. Nun hat die Studie ergeben, dass es zwar für über 50 Prozent der Befragten bereits innerhalb der Familie Berührungspunkte mit dem Thema Pflege gab, sich allerdings nur 17 Prozent der befragten Jugendlichen vorstellen können, sofort einen Pflegeberuf zu ergreifen. Insgesamt 43 Prozent sind einem Job im Bereich Gesundheit und Pflege gegenüber grundsätzlich aufgeschlossen — allerdings nur unter entsprechend attraktiven Arbeitsbedingungen. In Anbetracht der aktuell stressigen und sehr belastenden Bedingungen ist es eher unwahrscheinlich, dass wir diese 43 Prozent auch tatsächlich für Gesundheits- und Pflegeberufe gewinnen können. Hier gilt es demnach zu eruieren, welche zusätzlichen Ansätze notwendig sind.

Wie fielen die bisherigen Reaktionen auf die Studie aus? Welche konkreten Kernforderungen und Lösungsansätze leiten Sie daraus ab?

Die AK Niederösterreich setzt einen speziellen Fokus auf den Ausbildungsverlauf. Wir haben kürzlich einen Antrag verabschiedet mit Hinweis auf die Relevanz des Erhalts der Diplombildung im Gesundheits- und Pflegebereich. Denn Erfahrungen haben gezeigt, dass die vielseitig diskutierte Akademisierung des Pflegeberufs alleine nicht zielführend ist. Obgleich die Politik weiter an Ausbildungsmodellen festhält, welche den Jugendlichen nicht zusagen, haben unsere Studienergebnisse in anderen Bundesländern Anklang und rasche Verbreitung in Fachkreisen erfahren. Fakt ist, dass es geordnete Strukturen im Sinne einer angemessenen finanziellen und sozialversicherungsrechtlichen Absicherung für Menschen braucht, die in diesen wichtigen Bereich einsteigen wollen — ganz gleich, ob es sich dabei um Erst-, Quer- oder Wiedereinstieg handelt. Zugleich neues Konzept und wesentlicher Eckpfeiler in diesem Zusammenhang ist die Ausbildungs-GesmbH. Ziel ist es, hierdurch ein juristisches Vehikel zu schaffen, das eine bestmögliche Ausbildung, angemessene finanzielle Abgeltung und einen umfassenden Sozialversicherungs- sowie Arbeitnehmerschutz sicherstellt. Angelehnt an das Ausbildungskonzept der Polizei, sollen auch Studierende der Pflege mit einem Entgelt von etwa 1.700 Euro entlohnt werden. Gerade im Erwachsenenbereich, etwa im Zuge eines

Quereinstiegs, sollen im Rahmen dieser Gesundheitsagentur faire Bezahlung, finanzielle Abgeltung und somit auch Leistbarkeit einer beruflichen Umorientierung sichergestellt sein, ohne Interessentinnen und Interessenten dabei mit zusätzlichen Kosten zu belasten.

Denken Sie auch über Möglichkeiten einer Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger nach?

Die Pflege von Familienmitgliedern ist generell ein Thema, das in der Gesellschaft zunehmend an Bedeutung gewinnt. Menschen, die ihre Lieben zu Hause selbst pflegen, sind oft dazu gezwungen, ihren regulären Beruf aufzugeben — verbunden mit finanziellen Einbußen und sozialversicherungsrechtlichen Konsequenzen. Die Ausbildungs-GesmbH kann auch in diesem Bereich eine Möglichkeit darstellen, pflegende Angehörige zu beschäftigen. Ein Konzept, bei dem die AK Niederösterreich in diesem Zusammenhang mitgewirkt hat, wurde bereits vor einem halben Jahr im niederösterreichischen Landtag diskutiert, jedoch leider abgelehnt.

Die Optimierung der Sicherstellung der solidarischen Gesundheitsversorgung ist allgemein ein omnipräsentes Thema in der Gesundheitspolitik. Welche Schwerpunkte wird die AK Niederösterreich 2022 in diesem Zusammenhang setzen? Welche Learnings sind aus der Krise abzuleiten?

Wir haben in der AK Niederösterreich das Memorandum der 3V für Österreichs Zukunft präsentiert. Der zentrale Fokus liegt dabei auf konkreten Lösungsvorschlägen zu den Themen Veränderungen der Arbeitswelt, Verteilungsgerechtigkeit und Versorgungssicherheit. Um Letztere zu gewährleisten, setzen wir uns besonders im Bereich der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation für den Schutz und die Absicherung berufstätiger Eltern chronisch kranker Kinder, die eine stationäre Rehabili-

Markus Wieser im Gespräch über krisenbedingte Herausforderungen für die Arbeitswelt.

Es braucht geordnete Strukturen im Sinne einer angemessenen finanziellen und sozialversicherungsrechtlichen Absicherung für Menschen, die im Gesundheits- und Pflegebereich arbeiten.

Markus Wieser



tation benötigen, ein. Wir wollen sicherstellen, dass die betroffenen Kinder von ihren Eltern bei der Rehabilitation ohne arbeits- und sozialrechtliche Konsequenzen begleitet werden können. Die Versorgung unserer Kleinsten und Schutzbedürftigsten darf auf keinen Fall von finanziellen, arbeitsrechtlichen oder bürokratischen Belangen abhängen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt im Bereich der flächendeckenden, chancengleichen patienten- und versicherungsorientierten Leistungsharmonisierung in Österreich — frei nach dem Motto: „Gesundheit und Genesung dürfen nicht von der Postleitzahl abhängig sein.“ Es darf nicht das nächstgelegene Spital ausschlaggebend für die Versorgung sein, vielmehr gilt es, Strukturen zu schaffen, die es den Menschen ermöglichen, die bestmögliche Versorgung zu erhalten, die entsprechenden Gesundheitseinrichtungen zu erreichen und einen einheitlichen Zugang zu Medikamenten und medizinischen Dienstleistungen zu bekommen. In punkto Versorgungssicherheit kommt auch die Thematik des medizinischen Personalmangels zu tragen. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung und Emanzipation der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe anzudenken, da beispielsweise Community Nurses bei einzelnen Patientengruppen und Indikationen das Potenzial hätten, einen Teil des regionalen Ärztemangels zu kompensieren und insgesamt als Unterstützung für das Gesundheitssystem zu fungieren. Letztlich hat uns die Pandemie Verbesserungsbedarf im Hinblick auf die Krisenresilienz unserer Systeme aufgezeigt. Als Vertreter der österreichischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer würde ich mir insbesondere eine Ausschöpfung des diesbezüglichen Potenzials der Betriebe wünschen. Denn eine Ansiedelung der Betriebe im Bereich der medizinischen Versorgung schafft nicht nur Sicherheit, sondern auch Arbeitsplätze und allgemein gute Voraussetzungen für Österreich als möglichst autonomen Wirtschafts- und Produktionsstandort. **P**



PORTFOLIO

PRAEVENIRE Gesundheitsforum 17. bis 21. Mai 2021

Working People in Se

Tag 3 — 19. Mai 2021



Monika Aichberger



Stefanie Auer



Gerald Bachinger



Birgit Bernhard



Juliane Bogner-Strauß



Andreas Bracher



Thomas Czipionka



Peter Ertl



Barbara Fisa



Gerald Gartlehner



Gerald Gingold



Michael Gnant



Andreas Grassauer



Birgit Grünberger



Rainer Hasenauer



Alexander Herzog



Wolfgang Hilbe



Michaela Hinterholzer



Erol Holawatsch



Gernot Idinger

© MONIKA AIGNER, MARKUS SPITZAUER (4), PETER PROVAZNIK (9), LUDWIG SCHEDL, FRANZ HELMREICH, SKOKANITSCH/UNI KREMS, ABCSG, BECHYNA, KATHARINA SCHIFFL

itenstetten



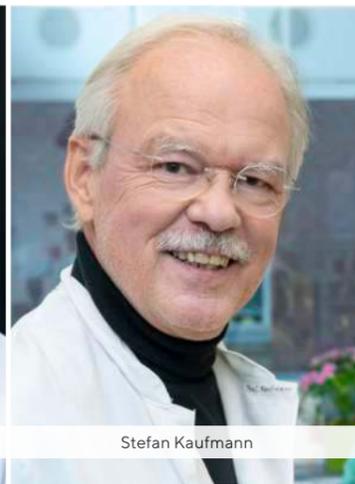
Hans Ikenberg



Martina Jeske



Philipp Jost



Stefan Kaufmann



Florian Krammer



Hanns Kratzer



Silvia Maier



Michael Mayrhofer



Ronald Pichler



Abt Petrus Pilsinger



Michael Prunbauer



Reinhard Riedl



Hans-Jörg Schelling



Erich Schweighofer



Ronald Söllner



Hannes Stockinger



Fabian Waechter



Angelika Widhalm



Christa Wirthumer-Hoche

SAVE THE DATE
7. PRAEVENIRE
Gesundheitstage
im Stift Seitenstetten
18.–20. MAI 2022

Jetzt anmelden:





PRÄGNANT

Digital Twin Society

Über die Chancen digitaler Daten im Gesundheitswesen

Bereits ab 2030 könnten Digital Twins vielen Menschen zu mehr gesunden Lebensjahren verhelfen. Über Chancen, Motivation aber auch Herausforderungen auf dem Weg zu einer digitalen Zukunftsvision des österreichischen Gesundheitswesens sprach **PROF. DR. REINHARD RIEDL** von der Berner Fachhochschule bei den 6. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. Das Herzstück einer sogenannten Digital Twin Society: über die Sammlung und Nutzung der „Daten der Vielen“ zu einer personalisierten Präzisionsmedizin zu gelangen. | von Lisa Türk, BA



Der Nutzen für die Einzelne bzw. den Einzelnen resultiert aus den Daten der Vielen.

Reinhard Riedl

des Computational Thinking haben gezeigt, dass Fortschritt nur durch Standardisierung möglich ist und Resilienz in verteilten standardisierten Systemen, nicht aber in zentralisierten Lösungen zu finden ist“, analysierte Riedl. Zur Lösung komplexer Probleme brauche es das Wissen von Vielen, dass es zusammenzuführen gelte. In der Entwicklung einer personalisierten Präzisionsmedizin werde es künftig darum gehen, noch mehr Daten als bisher zu nutzen und die gesamte Epigenetik in den Prozess der Dateninterpretation miteinzubeziehen. Die große Herausforderung dabei: die auf Basis maschineller Analysen von gesundheitsbezogenen Daten gewonnenen Diagnosen, die das bis dato bekannte System sprengen und dessen bisheriger Vorstellung von Gesundheit und Krankheit häufig widersprechen. Oftmals werde bemängelt, dass KI und Big Data dem Menschen keine genauen Erklärungen im Hinblick auf die Diagnosefindung liefern. „Der Anspruch an die KI, die exakte rationale Denkweise hinter ihren Entscheidungen zu erklären, ist der falsche Ansatz. Das wäre wesentlich manipulativer als eine KI, die uns zwar Darstellungen empfiehlt, unser menschliches Denken jedoch nach wie vor herausfordert. Es gilt daher, formale Methoden zu entwickeln und zu erlernen, die es ermöglichen, die Qualität der Entscheidungen der KI einerseits ab- und einzuschätzen und andererseits mit der KI zusammenzuarbeiten“, so Riedl.

Vertrauensvolle Datennutzung und ethische Aspekte

Mit der Bereitstellung respektive Nutzung von Daten ist zumeist auch die Angst vor Datenmissbrauch und Freiheitseinschränkung verbunden — nicht nur seitens der Bevölkerung. „Viele Digitalisierungsversuche sind in der Vergangenheit gescheitert, da auch die Verantwortlichen gefürchtet haben, dass an sich legitim zur Nutzung freigegebene Daten in einem Datenschutzskandal enden“, gab Riedl zu bedenken. Aus diesem Grund braucht es aus seiner Sicht überzeugende Narrative, Road Maps für vernünftige, breit angelegte Diskussionen, die auf Use Cases und Best Practice-Beispiele verweisen und ausgereifte IT-Lösungen, an die es höchste Ansprüche zu stellen gilt. „Zudem bedarf es einer vertrauenswürdigen Governance auf Basis langfristig definierter Regeln, welchen die Bevölkerung vertraut“, so Riedls politischer Appell. Es gilt, den Menschen klar und deutlich zu vermitteln, dass die Akzeptanz im Hinblick auf die Bereitstellung von Daten einen maximalen gesundheitlichen Nutzen mit sich bringt — individuell und gesamtgesellschaftlich. Stellt sich die oder der einzelne die Eigeninteressen ins Zentrum, wird die Weiterentwicklung über Durchschnittssysteme hinaus blockiert. Agiert die oder der Einzelne hingegen als Teil der Gesellschaft und unterstützt diese somit bei der Bereitstellung digitaler Tools, wird der Weg für eine individuell auf gesundheitliche Besonderheiten, Stärken, Schwächen und Risiken zugeschnittene Präzisionsmedizin im Sinne einer künftigen Digital Twin Society geebnet. P

Ein Digital Twin bezeichnet ein digitales Abbild, das die wesentlichen Eigenschaften einer materiellen oder immateriellen Entität darstellt. Diese digitale Repräsentation erfolgt auf der Basis von homomorphen, standardisierten Datensätzen, die auf viele Entitäten umzumünzen sind. „Es geht darum, die Entitäten der realen Welt digital abzubilden, sodass wir in der digitalen Welt mittels entsprechender Werkzeuge und Algorithmen Probleme analysieren und Lösungen eruiieren können. Es geht also um eine Verlagerung der Lösungsentwicklung in die digitale Welt und eine anschließend Umsetzung in der realen Welt“, erörterte Riedl im Zuge seiner Keynote „Digital Twin Society“ das zugrundeliegende Konzept einer möglichen digitalen Transformation im österreichischen Gesundheitswesen.

Auf dem Weg zu einer Digital Twin Society 2030, einer Vision des künftigen soziotechnischen Ökosystems der Digital Health, gehe es nun im Kern darum, die Lücke zwischen dem digital Möglichen und den realen Geschehnissen zu verkleinern, um letztlich das Bestmögliche für jede einzelne Patientin und jeden einzelnen Patienten herauszuholen. Motivation und Ziel dahinter basieren auf den Ansätzen der personalisierten Präzisionsmedizin, die punktgenaue und frühzeitige Diagnosen sowie individuell zugeschnittene Präventions-, Versorgungs- und Nachfolgemaßnahmen ermöglicht und somit einen wichtigen Beitrag für die einzelne Patientin und den einzelnen Patienten und das gesamte Gesundheitssystem leistet.

Daten der Vielen

Das Neue am Konzept des Digital Twin beruht nicht auf der Repräsentation eines Menschen und dessen Gesundheitszustand anhand von Messdaten — das gibt es, so Riedl, in der Medizin schon seit vielen Jahren. Wirklich neu seien die Sammlung von Daten entlang vieler Personen, die Steigerung der Datenqualität mittels Big Data und — dank Maschinenintelligenz — die Erweiterung der Analyse- und Interpretationsmöglichkeiten über das Menschenmögliche hinaus. So haben etwa auch zahlreiche wissenschaftliche Publikationen in der Vergangenheit bereits gezeigt, dass das Zusammenspiel aus Mensch und Künstlicher Intelligenz (KI) vor allem in der Diagnostik Treffsicherheit und Effizienz mit sich bringt. Eine Chance, die laut Riedl insbesondere in der klinischen Praxis noch weiter auszubauen und zu nutzen sei.

„Der Nutzen für die Einzelne bzw. den Einzelnen resultiert aus den Daten der Vielen“, betonte der Experte. Diese Datensammlung bringe die Möglichkeit mit sich, die gesundheitliche Entwicklungshistorie im Körper besser einzuschätzen, die Zukunft exakter zu antizipieren und letztlich eine personalisierte Dateninterpretation im Sinne einer personalisierten Diagnose vorzunehmen.

Herausforderungen

Die Standardisierung von Krankheitsdiagnosen hat zu einer Differenzierung von Krankheitsbildern und somit zu einem genaueren Verständnis der Diversität und Komplexität von Krankheiten geführt. „Die vergangenen Jahre

Sonderbeilage Kurier, Erscheinungstermin 18. Juni 2021



Unterschätztes Risiko obstruktive Schlafapnoe

Rund 300.000 Personen in Österreich leiden an obstruktiver Schlafapnoe. PERISKOP sprach mit dem Neurologen und zertifizierten Schlafmediziner **PRIV.-DOZ. DR. MICHAEL SALETU** sowie mit **DR. ANNA VAVROVSKY**, von der Academy for Value in Health, über das Krankheitsbild, dessen Verlauf, Komorbiditäten und wirtschaftliche Folgen. | von Rainald Edel, MBA

Schnarchen ist zwar lästig, aber harmlos. Setzt dabei wiederholt der Atem aus oder fällt er sehr flach aus, führt dies allerdings zu gesundheitlichen Problemen.

PERISKOP: Wie wird obstruktive Schlafapnoe (OSA) definiert?

SALETU: Bei der OSA kommt es aufgrund eines Rachen-Schlund-Kollapses zu einem partiellen oder kompletten Verschluss der oberen Atemwege. Laut Internationaler Leitlinien besteht eine obstruktive Schlafapnoe, wenn 15 Atempausen (Apnoe) pro Stunde Schlaf erfüllt sind oder die Person mehr als fünf Atempausen und eine klinische Zusatzsymptomatik, wie exzessive Tagesschläfrigkeit, hohen Blutdruck oder ein kardiovaskuläres Ereignis hat. Der Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) setzt sich aus der Anzahl aller respiratorischen Ereignisse zusammen, entweder durch den kompletten Kollaps des Rachens — der Apnoe — oder dem Teilkollaps — der Hypopnoe. Noch genauer ist der Respiratory-Distress-Index, der auch Atemflusslimitation oder Weckereignisse berücksichtigt. Das Hauptproblem der Patientinnen und Patienten ist der Mangel an Schlafqualität aufgrund von Atempausen und damit assoziiertem Weckreiz, was zu Tagesschläfrigkeit führt. 50 Prozent der Patientinnen und Patienten sind allerdings asymptomatisch.

Wie wird der Schweregrad der Erkrankung definiert?

SALETU: Bei einem AHI-Score von 15 bis 30 spricht man von einer behandlungswürdigen Situation. Die durchzuführende Behandlung kann aus Interventionen, wie Gewichtsreduktion oder Lage-Positionstraining bestehen. Ab einem Score von 30 spricht man von einer therapiepflichtigen Störung. Zur Behandlung muss in diesem Fall versucht werden, die Atemwege offen zu halten. Personen mit einem AHI von über 30 haben ein zweifach höheres Risiko eines Schlaganfalls — unabhängig von anderen Erkrankungen.

Wie wirkt sich OSA auf den Organismus von Betroffenen aus?

SALETU: Die OSA führt zu einer Störung der Schlafarchitektur. Zunächst kommt es zu einer Störung des REM-Schlafes, weniger der Tiefschlafphasen. Das führt zum Gefühl mangelnder Schlafqualität, zu Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Durch den Rachen-Schlund-Kollaps besteht ein klarer Zusammenhang mit Bluthochdruck. Der Abfall und der darauffolgende Anstieg des Sauerstoffgehalts triggern Entzündungsmechanismen, die die Gefäße schädigen und zu kardiovaskulären Endpunkten, wie Vorhofflimmern, hohem Blutdruck oder Metabolischen Syndrom, sprich Diabetes, führen. Die OSA ist eigentlich auch eine entzündliche Erkrankung, verursacht durch oxidativen Stress.



Michael Saletu und Anna Vavrovsky über das Krankheitsbild und die wirtschaftlichen Folgen der obstruktiven Schlafapnoe.

Wie viele Personen sind in Österreich von einer OSA betroffen? Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?

SALETU: Internationale Zahlen sprechen von 15 Prozent der Bevölkerung, die eine behandlungswürdige bzw. behandlungspflichtige OSA haben. Man geht von 300.000 Personen in Österreich aus. Wenn man sich das Gesamtkollektiv der Erkrankten von 18 bis 80 Jahren anschaut, sind Männer stärker betroffen. Frauen sind bis zur Menopause geschützt, ab dann fällt das Progesteron, das in diesem Fall als Schutzhormon wirkt, ab, da es den Atemweg und die Rachen-Schlund-Muskulatur stabilisiert. Dadurch beginnen Frauen ab 50 ebenfalls zu schnarchen und haben Atemaussetzer.

Welche Symptome erfordern eine Abklärung der OSA?

SALETU: Die Leitsymptome sind meist lautes und unregelmäßiges Schnarchen, Polyurie, morgendliche Abgeschlagenheit und mangelnde Schlafqualität. Wenige Betroffene wachen durch die Atemaussetzer auf. Mundtrockenheit und morgendliche Kopfschmerzen sind ebenfalls häufige Symptome. Gerade für den hausärztlichen Bereich ist der STOP-BANG-Risiko-Score für obstruktive Schlafapnoe ein ideales Hilfsmittel. Ist dieser positiv, ist die betroffene Person eine Kandidatin bzw. ein Kandidat für ein Screening. Leider kommt es immer noch vor, dass junge Patientinnen und Patienten mit hohem Blutdruck und Übergewicht keine Polygrafie bekommen.

Welche gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen von Schlafapnoe sind bekannt?

VAVROVSKY: Laut einer aktuellen Untersuchung aus dem Sleep Magazine 2021 besteht eine 17-fache Erhöhung des Verkehrsunfallrisikos. Aber auch die direkten Folgeschäden der Erkrankung, wie Schlaganfall und Herzinfarkt, verursachen zusätzliche Kosten durch Behandlungen auf Intensivstationen. Arbeitsausfälle oder Produktivitätseinbußen aufgrund von Abgeschlagenheit führen ebenso zu gesellschaftlichen Kosten.

Gibt es auch Studien bzw. Kennzahlen zur Lage in Österreich?

VAVROVSKY: Die konkreten durch OSA anfallenden Kosten wurden in einer Analyse, die wir 2016 veröffentlicht haben. Wir konnten belegen, dass 68 Prozent der entstehenden Kosten durch assoziierte Erkrankungen entstehen und nur knapp ein Drittel durch die Schlafapnoe selbst. Das heißt, wenn man die Grunderkrankung behandelt, hat dies einen überproportionalen Einfluss auf die Kosten, die durch die Folgeerkrankung entstehen.

Welche Behandlungsmethoden gibt es?

SALETU: Die Behandlungsmethoden richten sich nach dem Schweregrad der Erkrankung. Konservative Therapien beziehen sich auf Gewichtsreduktion, Lagepositionstraining und Lifestyle-Modifikationen. Bei Betroffenen mit einem BMI unter 30, die eine mittelgradige Schlafapnoe haben, sind Unterkieferverlagerungsschienen eine Behandlungsoption. Ebenfalls dem Konzept der Weitung der Atemwege folgt auch die Standardbehandlung der Schlafapnoe, die CPAP-Therapie. Hierbei wird durch eine Luftsäule der Atemweg geschient und geweitet. Für Patientinnen, Patienten, die keine CPAP-Therapie vertragen, besteht eine kieferchirurgische Behandlungsoption. Relativ neu sind auch HNO-chirurgische Verfahren — Stimulationsverfahren, bei denen der Nervus hypoglossus angeregt und die Zunge in der Nacht nach vorne verlagert werden. Ziel aller Methoden ist die direkte respiratorische Behandlung, wodurch Kollaps, nachfolgender Atemstillstand und dessen Folgen ausbleiben. Wichtig ist, die Patientinnen und Patienten über die Möglichkeiten und Alternativen aufzuklären.

Wie viele Patientinnen und Patienten brauchen eine medikamentöse Zusatzbehandlung?

SALETU: Knapp sechs Prozent der Betroffenen leiden trotz Behandlung mit CPAP oder Alternativtherapie unter einer residualen exzessiven Tagesschläfrigkeit (ETS). Können andere Ursachen, wie Schlafmangel, Depressionen oder weitere Erkrankungen, Komorbiditäten sowie Medikamenteneinnahmen ausgeschlossen werden, gibt es eine symptomatische Behandlungsoption der Tagesschläfrigkeit auf Basis des Wirkstoffs Solriamfetol. Die Hauptursache des Atemwegskollapses lässt sich nicht alleine medikamentös behandeln. Die Österreichische Gesellschaft für Schlafmedizin erarbeitet derzeit ein Konsensuspapier zur Definition und zum Therapiemanagement der rETS.

Wie wirkt Solriamfetol?

SALETU: Solriamfetol ist ein selektiver Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNDRI). Durch die vermehrte Ausschüttung der beiden Botenstoffe Noradrenalin und Dopamin, der beiden Schlüsseltransmitter unserer Wachheit, kommt es zu einer Erhöhung der Aufmerksamkeit und Reduktion der Schläfrigkeit. **P**

Weiterführende Informationen zum Stellenwert von Solriamfetol bei Patientinnen und Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe (OSA) und exzessiver Tagesschläfrigkeit (EDS) finden Sie im New Drugs Statement der Update Europe update. europe.at/solriamfetol





PRÄGNANT

Präzisionsmedizin

Therapieoption für Lungen- und Schilddrüsenkarzinome

Das traditionsreiche Pharmaunternehmen Eli Lilly verbindet zur Entwicklung von Therapien Fürsorge mit Forschergeist. Mit diesem Ansatz ist im Februar 2021 das Erlangen der Zulassung für eine auf einem RET-Inhibitor basierende **THERAPIE ZUR BEHANDLUNG VON BESTIMMTEN LUNGEN- UND SCHILDDRÜSENKARZINOMEN** gelungen. PERISKOP sprach mit dem Geschäftsführer von Eli Lilly Österreich DI Mario Haller und der Leiterin des Bereichs Onkologie DI Veronika Stepan über die Veränderung der Pharmaforschung und den Beitrag, den die Präzisionsmedizin in der Behandlung leisten kann. | von Rainald Edel, MBA

Genau 100 Jahre nach der Firmengründung 1876 wurde die österreichische Niederlassung von Eli Lilly in Wien gegründet. Das Pharmaunternehmen konnte durch seinen Pioniergeist immer wieder bedeutende Durchbrüche erzielen, wie etwa das erste kommerziell hergestellte Insulin (1923), die Massenproduktion des Antibiotikums Penicillin, den ersten Impfstoff gegen Polio oder das erste gentechnisch hergestellte Humaninsulin.

PERISKOP: In welchen Bereichen ist Eli Lilly heute tätig?

HALLER: Unser Portfolio ist historisch gewachsen und daher sehr divers. Neben Diabetes sind wir auch schon sehr lange im Bereich der Onkologie tätig. Recht jung für uns ist dagegen noch das Feld der Autoimmunerkrankungen, wo wir beispielsweise in den Bereichen Psoriasis, Psoriasisarthritis, atopische Dermatitis und rheumatoide Arthritis tätig sind. Unser Portfolio werden wir im Bereich Schmerz oder zukünftig im Bereich neurodegenerative Erkrankungen (wir forschen seit mehr als zwei Jahrzehnten im Bereich Alzheimer) ergänzen. Daneben gibt es noch Bereiche, die historisch gewachsen sind, aber nicht mehr im Mittelpunkt stehen, wie etwa die Neurologie und Psychiatrie oder die Osteoporose.

In welchen Bereichen erwarten Sie mit den in Ihrem Haus entwickelten Therapieoptionen den größten Durchbruch?

HALLER: Wir sind überzeugt, im Bereich der Diabetestherapie und bei Alzheimer erneut Meilensteine in den nächsten Jahren setzen zu können. Wir definieren uns aber über jede individuelle erfolgreiche Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit einem unserer

Mario Haller und Veronika Stepan im Interview mit PERISKOP.

Medikamente — das ist ein Durchbruch für den betroffenen Menschen und für uns.

Sie gehören seit über 19 Jahren dem Konzern an und verantworten als Managing Director seit sieben Jahren die Geschicke von Eli Lilly in Österreich. Rückblickend betrachtet, auf welche Erfolge sind Sie stolz?

HALLER: Die Transformation unseres Produktportfolios war eine sehr große Herausforderung. Wir lernten neue Krankheiten und Patientengruppen in Kontakt zu treten. Das haben wir in Österreich sehr gut geschafft — darauf bin ich sehr stolz.

Welche Ziele möchten Sie noch erreichen?

HALLER: Anton Innauer sagte einmal in einem Gespräch: „Den Erfolgreichsten fällt es oft am schwersten, sich schnell in einem wechselnden Umfeld zu verändern.“ Tatsache ist, das Gesundheitswesen wird sich über die nächsten Jahre weiter verändern — sei es durch neue Kanäle in der Kommunikation oder neue Player. Daher ist für mich die Frage zentral: Wie schaffen wir es als Team, kontinuierlich erfolgreich zu sein? Mein großes Ziel ist, so flexibel und agil wie bisher zu bleiben und keine Scheu davor zu haben, etwas Neues anzupacken — trotz des Risikos, möglicherweise zu scheitern. Das Ziel ist, uns kontinuierlich an der Spitze zu halten.

Im Frühjahr erhielt der Konzern eine EU-Zulassung für eine auf einem RET-Inhibitor basierende Therapie. Wie funktioniert dieser Behandlungsansatz?

STEPAN: Sowohl beim fortgeschrittenen RET-Fusions-positivem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) als auch beim fortgeschrittenen RET-Fusions-positivem Schilddrüsenkarzinom (MTC) lassen sich bei einem Anteil der Patientinnen und Patienten molekulare Veränderungen im Genom der Krebszelle nachweisen. Diese Alterationen (Mutationen oder Fusionen) führen zum Wachstum oder zu einem verzögerten Absterben von Krebszellen und bieten einen potenziellen Ansatz für eine zielgerichtete Therapie. Beim fortgeschrittenen Lungenkarzinom weisen rund 69 Prozent der Patientinnen und Patienten einen solchen onkogenen „Treiber“ auf. Wie Patientinnen und Patienten mit Treibermutationen in den Genen EGFR+, ALK, ROS1, NTRK, BRAF und MET können nun auch jene mit der eher seltenen RET-Treiberalteration zielgerichtet behandelt werden. Grundvoraussetzung für jede zielgerichtete Therapie ist eine molekularbiologische Analyse des Tumorgenoms.

RET-Mutationen oder Fusionen führen dazu, dass eine in der Zellmembran sitzende Rezeptortyrosinkinase aktiviert wird und über eine Signalkaskade zu einem verstärkten Wachstum der Krebszelle führt. Ein RET-Inhibitor kann die Aktivität der Kinase hemmen und somit den Signalweg blockieren, wodurch die Krebszellen nicht mehr wachsen können. Das kann zum Absterben und damit zu einer Schrumpfung des Tumors führen.

In der Onkologie gibt es eine klare Verschiebung in der Behandlung in Richtung Präzisionsmedizin. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach für eine noch erfolgreichere und effizientere Krebsbehandlung in Österreich nötig?

STEPAN: Die Präzisionsmedizin ist ein großer und wichtiger Schritt vorwärts. Vor allem in der Onkologie kann dadurch gezielt therapiert werden. Neben der hohen Wirksamkeit kann auch das Nebenwirkungsrisiko im Vergleich zu einer Chemotherapie, die sehr breit im Körper wirkt, überschaubarer gehalten werden. Die Herausforderung dabei ist, jenes Patientenkollektiv zu identifizieren, das genau von dieser zielgerichteten Therapie profitiert. Ein ganz wichtiger Eckpfeiler ist daher die molekulare Diagnostik. Österreich ist da schon sehr gut aufgestellt. Aktuell bestehen allerdings in jedem Krankenhaus bzw. Bundesland verschiedene Testmöglichkeiten und Strukturen, die unter anderem zur Verwendung unterschiedlicher Methoden von unterschiedlicher Sensibilität und Sensitivität führen. Auch der Zeitfaktor spielt, gerade bei aggressiven Tumoren, eine große Rolle: Je schneller das Testergebnis vorliegt, desto schneller können weitere nötige Schritte zur Initiierung einer Behandlung in die Wege geleitet werden. Dazu zählt auch das häufig erforderliche Ansuchen beim Chefarzt. Zur weiteren Optimierung bräuchte es verstärkt überregionale Strukturen und einheitliche Standards.

Ab welchem Therapiestadium sollten Therapieansätze der Präzisionsmedizin eingesetzt werden?

STEPAN: Grundsätzlich je eher umso besser — sofern die Zulassung dies ermöglicht. Tendenziell besteht seitens der Kostenträger eher die Tendenz, dies nach hinten zu schieben, da gängige Therapien oft deutlich günstiger sind. Aus Sicht des Patientennutzens sollten Präzisionstherapien aber so früh wie möglich eingesetzt werden. Beim Lungenkarzinom sieht man auch schon tolle Erfolge in der Erstlinie.

Ein ganz wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang ist noch der Zugang zur Medikation. Wie beurteilen Sie hier die Lage in Österreich?

STEPAN: Der Zugang zu innovativen Therapien und somit auch zu neuen Behandlungsmöglichkeiten im Bereich der Präzisionsmedizin, ist in Österreich im Vergleich zu anderen Ländern gut.

Die Herausforderung besteht jedoch darin, dass eine Abbildung dieser Therapien im Regelwerk des Erstattungskodex (EKO) häufig schwierig ist — nämlich aufgrund jener Faktoren, die eine zielgerichtete Therapie ausmachen, wie etwa ein kleines, sehr spezifisches Patientenkollektiv, neue Indikationen (z. B.: Pan-Tumor) und die Frage nach der Vergleichstherapie. Häufig befinden sich diese Therapien außerhalb des EKO und können auf individuellen Antrag bei der entsprechenden Krankenkasse bewilligt werden. Für diesen Fall wäre eine österreichweite Harmonisierung des Bewilligungsvorgehens im Sinne einer Chancengleichheit der Patienten wünschenswert. **P**

PP-ON-AT-0285 OKTOBER 2021





Weinsegnung des „NOVIZE 2021“

Geschichte trifft Zukunft

Mit der Übernahme des STIFTSWEINGUTS HERZOGENBURG hat sich Dr. Hans Jörg Schelling vor über zehn Jahren den lang ersehnten Traum erfüllt, ein Weingut zu betreiben. Der Präsident vom Verein PRAEVENIRE setzt zeither auf eine besondere Rezeptur: Fruchtige Frische, Liebe zum Detail und Tradition am Puls der Zeit. Im November 2021 wurde ein vielversprechender Jahrgang gesegnet. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Am Freitag, den 12. November 2021, lud PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling zur Weinsegnung des „NOVIZE 2021“ durch Probst MMag. Petrus Stockinger. Der Festabend fand aufgrund der angespannten COVID-19-Situation unter Ausschluss der Öffentlichkeit im kleinen Rahmen statt. Taufpate des mittlerweile elften NOVIZEN war TV-Star Johann Lafer. Für den Sternekoch, der sich als lang-jähriger Freund Schellings sehr über die Patenschaft freute, war klar: „Der Jahrgang wird wieder viele Weinkennerinnen und Weinkenner überzeugen.“ Als „NOVIZE“ wird in Anlehnung an die Regeln der Ordensgemeinschaft der erste Wein des Jahrgangs bezeichnet.

Passion zwischen Tradition und Moderne

Unter dem Leitspruch „Tradition neu erlebt“ wurde das barocke Weinschloss des Stiftsweinguts restauriert, modernste Kellertechnik installiert und die Weingärten rekultiviert.

Ein Traum wurde zur Realität: Heute werden 13 Hektar Rebfläche bewirtschaftet und rund 70.000 Flaschen Wein produziert. Verarbeitet werden die Trauben der besten Lagen des Traisental — Inzersdorf, Getzersdorf, Nussdorf und Wielandthal. Vielfältige Weinspezialitäten und Auszeichnungen, darunter zahlreiche Goldmedaillen und Salon Award, bestätigen den erfolgreichen Weg des pas-

sionierten Weinkenners Hans Jörg Schelling, der das Weingut in Eigenregie führt. Schelling ist stolz auf den beständigen Erfolg des Stiftsweinguts: „Es ist stets die Mischung, die es ausmacht. Die bewusste Kombination aus Tradition, Moderne, Liebe zum Detail, Leidenschaft und Innovation begleitet unser Handeln seit Anbeginn. Diese Rezeptur prägt unsere Haltung und unseren Wein.“

Botschafter in der Top-Gastronomie

Das Stiftsweingut Herzogenburg hat sich in den vergangenen zwölf Jahren in der Spitzengastronomie etabliert — und es blickt auf eine lange Geschichte zurück. Schon beim ersten Blick ins Weinschlüssel formt sich ein harmonisches Bild, in welchem Geschichte auf Zukunft trifft. Direkt neben einer hochmodernen pneumatischen Presse befinden sich zwei alte Pressen aus dem 19. Jahrhundert, eine davon ist nach wie vor im Einsatz. Der Mix aus Tradition und Moderne spiegelt sich auch in den Etiketten wider: Hip gestaltet symbolisiert der Kragen eines Mönchs das traditionsreiche Stift Herzogenburg. „Nur wer seine Wurzeln kennt, kann seine Zukunft gestalten“, schloss Schelling die Weinsegnung des vielversprechend fruchtigen Jahrgangs im Zeichen eines goldenen Herbst.

Finden Sie weiterführende Informationen zum Stiftsweingut Herzogenburg unter: www.stiftsweingut-herzogenburg.com





PRÄGNANT



Vorsorge und Früherkennung — entscheidende Faktoren bei Diabetes

Mit der Erstattung des HbA1c-Wertes im niedergelassenen Bereich durch die ÖGK ist ein Meilenstein der Früherkennung von Diabetes gelungen. Über weitere Potenziale diskutierten Expertinnen und Experten beim PRAEVENIRE Gipfelgespräch zum **THEMA VERSORGUNGSOPTIMIERUNG** von Diabetes. | von Rainald Edel, MBA

Es war eine lang gehegte Forderung der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG), die HbA1c-Wert-Bestimmung österreichweit und einheitlich in den Leistungskatalog der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) aufzunehmen. Im Oktober teilte die ÖGK mit, dass dieser wichtige Früherkennungsparameter sowohl bei der Vorsorgeuntersuchung als auch bei Blutuntersuchungen, die der niedergelassene Bereich anordnet, erstattet wird. Ein Schritt den die Gipfelgesprächsteilnehmenden einhellig begrüßten, allerdings mahnten sie auch, dass die Verbesserung der Betreuung von Prädiabetikerinnen und Prädiabetikern bzw. Menschen mit Typ-2-Diabetes weiter forciert werden müsse.

Diabetesregister und digitaler Diabetespass

Bei chronischen Erkrankungen ist eine frühzeitige Diagnose ebenso bedeutend wie eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Versorgung. Laut Schätzungen wissen bis zu 20 Prozent der Menschen mit Typ-2-Diabetes noch nichts von ihrer Erkrankung. „Die Aufnahme des HbA1c-Wertes in die Erstattung war ein wichtiger Schritt, da wir auf diese Weise viele Patientinnen und Patienten früher entdecken und somit auch früher therapieren können“, erklärte Univ.-Prof. Dr. Susanne Kaser, Präsidentin der Österreichischen Diabetesgesellschaft 2020/21. Das nächste

Die Teilnehmenden am Gipfelgespräch

- 1 Gerald Bachinger
- 2 Reinhold Glehr
- 3 Joakim Huber
- 4 Martin Hülsmann
- 5 Susanne Kaser
- 6 Gert Mayer
- 7 Arno Melitopoulos-Daum
- 8 Joe Meusburger
- 9 Herwig Ostermann
- 10 Anna Rab
- 11 Martin Schaffenrath
- 12 Thomas Szekeres
- 13 Marc-Michael Zaruba

große Ziel ist die Einführung eines nationalen Registers sowie eines persönlichen digitalen Diabetespasses“, gab Kaser die weitere Richtung zur Verbesserung der Versorgungslage bei Diabetes vor. Aufgrund des chronischen Charakters der Erkrankung sei Diabetes ein Indikator, der Defizite in der Versorgungskette des Gesundheitssystems aufzeigt, befand Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann, Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Dies deckt sich auch mit dem Blickwinkel der Allgemeinmedizin. „Bereits in der Grundversorgung müssen wir einheitlich dokumentieren und codieren, dann ließe sich schnell erkennen, wo eine Minderversorgung vorliegt“, erklärte der Allgemeinmediziner Dr. Reinhold Glehr. „Diabetes betrifft derzeit rund zehn Prozent der Bevölkerung. Der HbA1c-Wert kann im Screeningverfahren helfen, Patientinnen und Patienten frühzeitig zu identifizieren und, sofern man sie in ein Register einträgt, im Krankheitsverlauf zu überwachen“, ergänzte der Präsident der Österreichischen und Wiener Ärztekammer Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres. Dass man bezüglich der notwendigen Daten für ein Diabetesregister schon weiter sein könnte, stellte auch Dr. Arno Melitopoulos-Daum, Leiter Fachbereich Versorgungsmanagement drei der ÖGK, fest: „Bei einer ordentlichen Diagnose und Leistungsdocu-

mentation nach ITC-10 hätten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eigentlich schon einen Registereintrag.“

„Auch der elektronische Diabetespass wäre ein Schritt, um erforderlichen Daten zu erhalten“, erklärte Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA, Mitglied des Verwaltungsrates der ÖGK. Mit dem entsprechenden politischen Willen erachtet er es als realistisch, diesen in die Tat umzusetzen. Er verweist auf die rasche Einführung des elektronischen Impfpasses in der COVID-19-Pandemie, die gezeigt habe, dass mit der Notwendigkeit und Nachdruck einiges möglich ist. „Beim elektronischen Diabetespass müssen daher ebenso alle gemeinsam an einem Strang ziehen“, appellierte Schaffenrath. Auch aus Sicht der Patientenrechtschutz spricht alles für ein Register. „Bei Registerlösungen ist nicht der Datenschutz das Problem, hier gäbe es bereits sichere Lösungen. Vielmehr ist es der Mut, ins Tun zu kommen. Der gläserne Patient wird nur von den Gesunden gefürchtet, nicht von Kranken — diese sind an datengestützten Lösungen interessiert“, betonte Dr. Gerald Bachinger, NÖ Patientenanwalt und Sprecher der Patientenanwälte Österreichs.

Komorbiditäten im Auge behalten

Sowohl im elektronischen Diabetespass als auch in einem Diabetesregister wäre es wichtig,

© SHUTTERSTOCK (2), PETER PROVAZNIK (6), WILD UND TEAM SALZBURG, PRIVAT (5), GARHARD GATTINGER, GERNOT GLEISS, BERNHARD NOLL

Informationen zu Komorbiditäten, wie kardialen und/oder renalen Erkrankungen, zu erfassen. „Das würde nicht nur eine enorme Qualitätsverbesserung mit sich bringen, sondern auch eine deutliche Erleichterung für alle, die in die Behandlung eingebunden sind“, schilderte Kaser die Vorteile. Wie wichtig der Blick über den Tellerrand der eigenen Disziplin ist, betonte Univ.-Doz. Dr. Martin Hülsmann von der Universitätsklinik für Innere Medizin II, MedUni Wien, AKH Wien: „Viele Patientinnen und Patienten, die zur Herzkatheter-Untersuchung kommen, haben Diabetes. Ähnliches sehen wir bei den Nierenerkrankungen. Diese drei Erkrankungen sind eng miteinander verlinkt.“ Die Wichtigkeit fundierter Daten unterstrich auch Univ.-Prof. Dr. Gert Mayer, Direktor der Universitätsklinik für Innere Medizin IV — Nephrologie und Hypertensiologie in Innsbruck: „Es braucht nationale Daten. Wie eine relativ große multinationale Studie zeigt, ist der Verlauf hinsichtlich des Fortschreitens der Nierenerkrankung, wie auch der kardiovaskulären Komplikationen in den Ländern völlig unterschiedlich.“

Bis 2040 wird sich die Zahl der Diabeteskranken noch um ein Drittel auf 650 Millionen Menschen steigern. Somit werden auch die damit assoziierten Folgeerkrankungen massiv zunehmen. „Um dies zu bewältigen, ist es wichtig, Disease-Management-Programme (DMP) voranzutreiben. Eine Studie aus Graz zeigt, dass zwei Drittel der Patientinnen und

Patienten bei Herzkatheteruntersuchungen schon davor ein Problem mit dem Blutzucker gehabt haben, und an Diabetes Erkrankte eine 2,5-fach höhere Wahrscheinlichkeit für eine Herzschwäche haben“, mahnte OÄ Dr. Anna Rab von der Abteilung Innere Medizin am LKH Villach. „Oftmals sind wir die ersten, die bei einer Patientin bzw. einem Patienten Prädiabetes feststellen. In der Behandlung sehen wir häufig, dass innovative Therapien positive Effekte z. B. bei kardiovaskulären Ereignissen haben. Die EMA verfolgt diesen Ansatz mittlerweile gezielt“, schilderte Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Marc-Michael Zaruba von der Univ.-Klinik für Innere Medizin III in Innsbruck. Durch Register ließen sich, so Zaruba, Klinikaufenthalte vermeiden — ein Vorteil für die Betroffenen und das System. Der Einsatz weiterer Biomarker für Screening- bzw. Früherkennungszwecke (z. B. bei Herzmuskelschwäche oder Nierenerkrankungen) wurde diskutiert. Der Wert diverser Biomarker ist durch Studien belegt, die Umsetzung aber vor allem im niedergelassenen Bereich noch unklar.

Verbesserungspotenziale

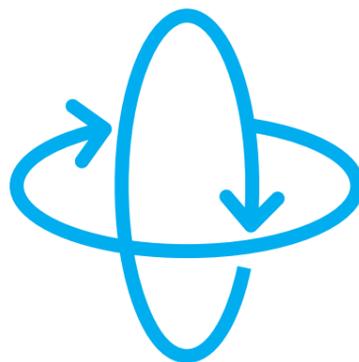
„Aus meiner Sicht ist vor allem die flächendeckende Behandlung ein entscheidender Faktor, der noch nicht optimal funktioniert. Wir müssen einen besseren Zugang zur Diät- und Lebensstilberatung und zur medizinische Betreuung schaffen“, erklärte Priv.-Doz. Dr. Joakim Huber, Präsident der Österreichischen Adipositas Gesellschaft und Vorstand Innere

Medizin Franziskus Spital Landstraße. Das DMP „Therapie aktiv“ ist ein strukturiertes Betreuungsprogramm für Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetiker und umfasst neben regelmäßigen Kontrollbesuchen auch eine entsprechende Dokumentation des Krankheitsverlaufs. Die Deckungsrate des Programmes sollte unbedingt forciert werden, indem Digitalisierungspotenziale genutzt und die Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme motiviert werden. Telemedizinische Konsiliarlösungen wären zudem eine weitere Möglichkeit zur Verdichtung der Diabetesversorgung in ländlichen Regionen. Unterschiede in den Leistungskatalogen zwischen den Bundesländern sollten aufgehoben werden. Dazu ergänzte Mag. Martin Schaffner, MBA, MBA, MPA: „Bestehende, noch aus der Zeit vor der Schaffung der ÖGK herrührende Unterschiede werden von Seiten der ÖGK bereits aktiv in einem umfassenden Harmonisierungsprozess bearbeitet. Das ist ein Unterfangen mit einem sehr hohen Komplexitätsgrad und wird Stück für Stück im Sinne unserer Versicherten umgesetzt.“ „Wir haben Defizite und Herausforderungen. Zur Versorgungsoptimierung ist wichtig, dass alle Beteiligte an einem Strang ziehen, die Expertise von Selbsthilfe-Initiativen miteinbezogen und in die während der Pandemie vernachlässigte Versorgung wieder Bewegung hineinkommt“, appellierte Joe Meusburger, Obmann der Diabetes Selbsthilfe Vorarlberg und Vorstandsmitglied von „Wir sind Diabetes“ Österreich. 



360° Blick

aRAREness: Selbsthilfe und Krankenhaus in Österreich — Situationsanalyse



Das Projekt aRAREness behandelt die Frage, welche Initiativen zur Stärkung der Selbsthilfe in österreichischen Krankenhäusern bereits umgesetzt wurden, wie bewährte Systeme funktionieren und wie diese auf den komplexen Bereich der seltenen Erkrankungen umzulegen sind.

Als erste Phase im Projekt aRAREness wurde von Pro Rare Austria eine Situationsanalyse zum Status Quo der Selbsthilfe im Krankenhaus in Österreich erhoben.

Basierend auf

- einer leitfadensbasierten Befragung von 22 Expertinnen und Experten aus der sozialwissenschaftlichen Forschung, dem Gesundheitswesen, der medizinischen Selbsthilfe und der Selbsthilfeunterstützung
- einer umfassenden Literaturrecherche
- Gesprächen, den Websites und Informationsmaterialien einiger Landesdachverbände für Selbsthilfe und anderer gemeinnütziger Vereinigungen, die sich mit dem Thema Selbsthilfefreundlichkeit befassen
- einer Online-Befragung unter den Pro Rare Austria Mitgliedern und

durch Webinare mit den Patientenvertreterinnen und — vertrettern wurde ein Ist-Zustand erhoben.

Die Analyse zeigt, dass die Vorteile der Zusammenarbeit zwischen Patientenvertreterinnen, Patientenvertretern, Klinikerinnen und Klinikern unumstritten sind, sowohl im Hinblick auf die Außen-, als auch auf die Innenwirkung. Grundsätzlich herrscht allerdings Einigkeit unter den Befragten des Status Quo, dass die Zusammenarbeit nur dann funktionieren kann, wenn es die ehrliche Bereitschaft dafür gibt und sich die Kooperationspartner auf Augenhöhe begegnen. Für den Bereich der seltenen Erkrankungen ergeben sich u. a. aufgrund der geringen Betroffenenzahlen und räumlichen Streuung zwangsläufig Grenzen der Zusammenarbeit; die Analyse legt allerdings dar, dass ungeachtet dessen Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter



Mag. Gabriele Mayr, Projektleitung aRAREness und Assistenz der Geschäftsleitung Pro Rare Austria — Allianz für seltene Erkrankungen

oft bilaterale Kooperationen mit ihren medizinischen Expertinnen und Experten aufbauen und es weiters einen Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Kooperationen zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern und der Vermittlung von Betroffenen zu geben scheint. Hier könnte künftig auch das selbsthilfefreundliche Krankenhaus ansetzen. Die Interviews fanden Ende 2019/Anfang 2020 statt und in einigen Bundesländern gibt es mittlerweile bereits weitere Fortschritte wie z. B. den Start der Etablierung von selbsthilfefreundlichen Rehabilitationseinrichtungen zu verzeichnen.

Ein großer Dank gebührt allen Organisationen sowie Expertinnen und Experten, die an der Erstellung dieses Status Quo beteiligt waren — für die engagierte Zusammenarbeit, die Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung bzw. an Gesprächen und für das Teilen der breiten Expertise.

Die Situationsanalyse ist eine wichtige Arbeitsbasis für weitere Schritte im Projekt aRAREness. Sie finden das gesamte Dokument hier: www.prorare-austria.org/newsroom/aktuelles/news/arareness-selbsthilfe-und-krankenhaus-in-oesterreich-situationsanalyse/ 

Save the Date

Um mehr über all unsere Aktivitäten zu erfahren und mit uns gemeinsam unser **10-Jahres-Jubiläum** zu begehen, laden wir Sie herzlich zu unserem kommenden **Pro Rare Austria Tag der seltenen Erkrankungen am Samstag, 26. Februar 2022** ein. Wir halten 2022 Rückschau auf alles, was wir bis jetzt erreicht haben, und blicken in die vor uns stehende nächste Dekade von Pro Rare Austria. Die Veranstaltung soll hybrid unter Einhaltung der zu diesem Zeitpunkt allgemein gültigen COVID-19-Sicherheitsmaßnahmen geplant werden.

Details: www.prorare-austria.org/newsroom/veranstaltungen/





PRÄGNANT

Das System krankt und zwar gewaltig. „Wir sind Ankündigungsgiganten, aber Umsetzungszwerge“, stellte Dr. Hans Jörg Schelling, Präsident des Vereins PRAEVENIRE und früherer Finanzminister, bei der Podiumsdiskussion im Rahmen des Symposiums provokant in den Raum. Als ehemaliger Vorsitzender des Verbandsvorstandes im damaligen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger weiß er, wovon er spricht und nennt ein symptomatisches Beispiel: die telefonische Gesundheitsberatung 1450. Ohne die COVID-19-Pandemie hätte diese Telefonnummer wohl nie wirklich einen so hohen Bekanntheitsgrad und eine solche Wertigkeit erlangt wie es jetzt der Fall ist. Im Grunde genommen bräuchte es gerade für chronisch kranke Menschen und deren Angehörige solche Initiativen, um sie bei einer komplexen und lebenslangen Erkrankung von Beginn an adäquat begleiten zu können. Schelling, der mit der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 das PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) mit wichtigen und dringenden Handlungsempfehlungen für die Entscheidungsträger des Gesundheitswesens publizierte, weiß: „Wir sind zu langsam.“

Drei-Säulen-Modell für die Versorgung

Viele, viele kleine Pilotprojekte an den verschiedensten Ecken und Enden des Gesundheitssystems mit langer Entwicklungszeit und wenig Aussicht auf österreichweite Ausrollung sind jedenfalls nicht der Weg, um das Gesundheitssystem zukunftssicher zu machen. Daran sei auch die anhaltende Zersplitterung der Finanzierung schuld. Schelling empfiehlt rasch umzusetzende Verbesserungsschritte

und realistische Finanzierungsmodelle. Die Forderung nach der Finanzierung „aus einer Hand“ sieht er kritisch: „Jeder will die nehmende Hand sein. Besser wäre es, von einem oder mehreren Töpfen zu sprechen, die gefüllt werden müssen, bevor Gelder entnommen werden können. Wir haben deshalb für das PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ mit Expertinnen und Experten in zahlreichen Arbeitsgruppen und Gipfelgesprächen Vorschläge zur Finanzierung ausgearbeitet. Den extramuralen Bereich und die Ambulanzen gemeinsam aus einem Topf zu finanzieren, wäre ein erster Schritt.“

Über allen sonstigen Fragen müsse einfach folgendes Ziel stehen: chronische Erkrankungen möglichst zu verhindern und im Fall des Falles ein Leben mit hoher Lebensqualität zu ermöglichen. Der PRAEVENIRE Präsident schlägt ein Drei-Säulen-Modell vor: „Die erste fußt auf der Steigerung von Gesundheitskompetenz und Präventionsmaßnahmen, um chronische Erkrankungen zu vermeiden. Die zweite Säule besteht aus Früherkennung und Vorsorge.“ Je früher eine Erkrankung erkannt werde, desto früher könne eine therapeutische Intervention erfolgen und der Krankheitsverlauf meist abgeflacht werden. „Die dritte Säule ist ein Disease Care Management. Das wird aber nur funktionieren, wenn wir es für Betroffene und Betreuende verpflichtend gestalten.“

Disease Care Management bzw. spezifische Disease Management Programme (DMP) sind besonders in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen eine Möglichkeit, die Betreuung über Fächer- und Berufsgrenzen hinweg zu

Prävention, Früherkennung und Disease Care Management sind die drei Säulen des Gesundheitswesens.

Hans Jörg Schelling

optimieren und das Beste für den einzelnen Betroffenen herauszuholen. Doch bei einer bisher anhaltend geringen Beteiligung wie bei „Therapie aktiv“, dem DMP für Menschen mit Diabetes in Österreich, gilt es laut Schelling, neue Wege zu beschreiten. Die meisten Menschen wissen gar nicht, dass es ein solches Programm gibt. Für die Ärztinnen und Ärzte ist es ein erheblicher bürokratischer und zeitlicher Aufwand, der nicht entsprechend honoriert wird.“ Hier müsse man die Bekanntheit und Attraktivität eben so steigern, damit die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowohl seitens der Patientinnen und Patienten als auch seitens der Ärztinnen und Ärzte größer werde. Helfen könne ein Online-Register, in dem jede Patientin und jeder Patient die nächste Ärztin bzw. den nächsten Arzt mit DMP-Engagement findet. Als Motivation für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten könnte ein gemischtes System bei den Honoraren mit Basisfinanzierung plus Outcome-Prämierung angestrebt werden.

Wege aus dem Labyrinth

In eine ähnliche sprichwörtliche Kerbe schlug die steirische Gesundheits-Landesrätin Mag. Dr. Juliane Bogner-Strauß: „Es geht nicht nur um die Fragmentierung des Gesundheitssystems. Fragen der Finanzierung, das ist der größte Hemmschuh. Wir haben Datenschutz, dabei hätten wir einen Datenschatz. Die Steiermark geht immer wieder neue Wege auf nicht ausgetretenen Pfaden. Wir haben viele Pilotprojekte. Die lernen zwar das Fliegen, aber der Luftraum ist begrenzt. Wir sitzen alle im selben Boot.“

Die ehemals unter dem damaligen Hauptverband-Chef Schelling begründete Zielsteuer-

Personenzentrierte und lebensbegleitende Betreuung

„Lebenswelten chronisch kranker Menschen im Spannungsfeld der Sektoren“, lautete der Titel des **15. SYMPOSIUMS DES „COMPETENCE CENTER INTEGRIERTE VERSORGUNG“** der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK). Gerade bei den chronischen Erkrankungen zeigen sich offenbar die strukturellen Mängel eines an sich guten Gesundheitswesens wie in Österreich am schärfsten. | von Wolfgang Wagner



1



2

Teilnehmende der Podiumsdiskussion

- 1 Juliane Bogner-Strauß
- 2 Stephan Gremmel
- 3 Martina Hagspiel
- 4 Arno Melitopoulos
- 5 Hans Jörg Schelling
- 6 Romana Ruda (Moderatorin)



3

© PETER PROVAZNIK, CHRISTOPH LIEBENTRITT, CARO STRASNIK

ungsstruktur im österreichischen Gesundheitswesen hätte schon viel gebracht, so Dr. Arno Melitopoulos (ÖGK). „Was man nicht geschafft hat, das ist die Finanzierungsverantwortung.“ Diese Probleme habe man eben nicht ganz aufgelöst, was sich schon einfach im Entlassungsmanagement von Spitalspatientinnen und -patienten an einem Beispiel zeige: Im Krankenhaus werden Arzneimittel verschrieben, die Kostenübernahme außerhalb des Krankenhauses treffe dann die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) und andere Versicherungsträger.

Grundlegend, so Bogner-Strauß, seien jedenfalls Gesundheitsbildung und Gesundheitskompetenz. Gesundheitswissen müsse bereits im Kindergarten und in den Schulen breit vermittelt werden. Das könne auch ein Mittel sein, um Fake News zu begegnen. Die Landesrätin: „Falsche News und richtige News sollte gelehrt werden zu differenzieren. Ich habe in der Schule drei Mal ‚Steinzeit‘ gelernt. Ich denke, man könnte ein Mal Steinzeit gegen ‚Gesundheit‘ eintauschen.“

Fragmentierung der Versorgung historisch und sachlich bedingt

Das „Wundermittel“ namens „Integrierte Gesundheitsversorgung“ gibt es jedenfalls nicht. Von zu großen Erwartungen sollte man Abstand nehmen und Ursache und Geschichte eines großteils fragmentierten Gesundheitswesens berücksichtigen, brachte Dr. Peter Berchtold, der sich an der Universität Bern dem Management von Medizin in Organisationen des Gesundheitswesens widmet, in die Diskussion ein.

Der Experte nannte ein für die Medizin historisches Beispiel: Anfang der 1990er hätte man die „Evidence Based Medicine“ ausgerufen. Damit würde alles besser werden, lautete die Erwartung. Berchtold: „Natürlich ist Evidence Based Medicine wichtig. Aber alle Versprechen hat sie nicht erfüllt.“ Aktuell verspricht die „Integrierte Versorgung“ im Gesundheitswesen ähnliche Erwartungen. Man stoße aber bald auf grundsätzliche Probleme: „Es ist praktisch nicht möglich, ‚die‘ gruppenintegrierte Versorgung zu definieren.“ Zu viele Erwartungen würden zusammenkommen: reine Effizienzsteigerung sei oft kontraproduktiv, optimale interprofessionelle Zusammenarbeit von Spezialistinnen und Spezialisten nicht einfach in der Praxis aufgrund von Schnittstellenproblemen durchzuführen. Dafür seien historische und gute faktische Gründe verantwortlich. Der Experte: „Die Leistungserbringung ist von Professionalität und rigider Arbeitsteilung geprägt. Die Gesundheitsversorgung ist im Kern und in ihren Grundsätzen fragmentiert und muss es sein. Der Normalzustand des Gesundheitssystems ist die Fragmentierung.“ Sonst könne man nicht hoch effizient und mit jeweils höchster Qualität standardisierte Leistungen erbringen. Berchtold: „Unsere Gesundheitssysteme sind seit jeher dazu da, Patientinnen und Patienten mit akuten Erkrankungen zu versorgen. Zwei Drittel aller Erkrankungen treten akut auf.“ Bei der Behandlung einer Herzinfarktpatientin z. B. müsse jeder Handgriff, jeder Ablauf in der kürzest möglichen Zeit „sitzen“ und die Zusammenarbeit reibungslos erfolgen. Hier habe die Standardisierung und Fragmentierung ihren größten Wert.

Der Vorteil einer fächerübergreifenden Integrierten Versorgung kommt dann zum Vorschein, wenn eine Diabetespatientin bzw.

Leistungserbringung ist von Professionalität und Arbeitsteilung geprägt.

Dieter Berchtold

Mit einem Stapel Papier als Patientin von Bundesland zu Bundesland.

Martina Hagspiel



4

ein Diabetespatient auch eine Nierenspezialistin bzw. einen Nierenspezialisten oder eine Augenuntersuchung benötigt.“ Hier müsse das Gesundheitswesen in Zukunft eben eine zweite Schiene der Versorgung chronisch kranker, oft multimorbider Patientinnen bzw. Patienten schaffen: „Wir brauchen eine Differenzierung zwischen ‚Normalfall‘ und komplexer Versorgung.“

Disease Management für chronisch Kranke

Ein großes Defizit und eine große Herausforderung ist im österreichischen Gesundheitswesen auch der Informationsfluss, was allein schon Patientendaten angeht, wie Martina Hagspiel (Influcancer/Kurvenkratzer) als Patient Advocate und ehemalige Krebspatientin erklärte: „Es ist ‚lustig‘, wenn man das Krankenhaus wechselt. Es ist nicht ganz ‚lustig‘, wenn eine Patientin oder ein Patient das Bundesland wechselt.“ Trotz der Digitalisierungsbestrebung im österreichischen Gesundheitswesen sei sie selbst „mit einem Stapel ausgedrucktem Papier“ nach Graz gekommen. „Und es gibt in Österreich auch kein zentrales Verzeichnis, das zeigt oder beschreibt, wie ich zu einer für mich passenden Studie kommen kann.“

In der Onkologie hat sich in den vergangenen Jahren durch die Fortschritte in der Medizin und bei innovativen Therapien ein fundamentaler Wandel vollzogen: Bei immer mehr Patientinnen und Patienten gelingt es, die Krebs-erkrankung soweit zu therapieren, dass eine akute Krebserkrankung nicht zum Tod führt, sondern sich zu einer chronischen Erkrankung entwickelt. Hagspiel: „Was bis heute fehlt, ist ein Care Management für chronisch Kranke.“ „Onco Nurses“ seien hier ein Lösungsmodell und oft die erste Ansprechperson für Patientinnen und Patienten. Dieser Gesundheitsberuf sei aber noch nicht entsprechend geregelt. Ähnliches gelte für die Möglichkeit, bereits während der noch andauernden Therapie wieder — entsprechend den eigenen Möglichkeiten — zu arbeiten. Viele Aspekte der Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit stehen auf unsicherem Boden. Arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen sind auf die besonderen Bedürfnisse (Therapiezeiten etc.) von chronisch Erkrankten auszurichten.

Schelling verwies in diesem Zusammenhang auf alte Pläne des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger: „Wir hatten das Konzept



5



6

eines Heil-Krankenstandes fertig. Es liegt seit der Zeit im Hauptverband, nunmehr Dachverband. Ein Konzept in der Schublade nützt den Patientinnen und Patienten allerdings nichts.“

Schließlich, so Hagspiel, müssten Selbsthilfegruppen und Patient Advocates auch vom Gesundheitssystem finanziell aktiv gefördert werden. Ihre Expertise und das wertvolle Erfahrungs- und Erlebnisswissen von Patientinnen und Patienten müsste in politische Planungen (Stichwort: Versorgungs- und Patientenpfad) und bei der Gesetzgebung Eingang finden. PRAEVENIRE Präsident Schelling meinte, es müsse bei aktuell 36 Mrd. Euro Gesundheitsausgaben pro Jahr wohl möglich sein, davon 50 Mio. Euro Selbsthilfeorganisationen und Patientenvertretungen zur Verfügung zu stellen.

Komplexe medizinische Problemlagen und soziale Notlagen charakterisieren die Situation der Patientinnen und Patienten sowie Klientinnen und Klienten des Wiener „Neunerhaus“, wo Obdachlose und Menschen ohne aufrechte Krankenversicherung versorgt werden: „Die Orientierung im System stellt eine große Herausforderung dar. Es braucht jemanden, der jenen Menschen, die verarmt oder nicht krankenversichert sind, bei der Navigation durch den komplexen Versorgungspfad hilft. Wir sollten das Gesundheitssystem inklusiver machen“, sagte Dr. Stephan Gremmel, ärztlicher Direktor des „Neunerhaus“. **P**

Eine entgeltliche Einschaltung der NÖ LGA

Verantwortung auf Knopfdruck.

**Pflegeberuf und Pflegeausbildung.
Jetzt bewerben!**

Mein Job mit Zukunft. Ein Leben lang. Gesundheit und Pflege zählen zu den absoluten Zukunftsbranchen. Wir, die NÖ Landesgesundheitsagentur, bieten unseren MitarbeiterInnen zahlreiche Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten zur persönlichen Entfaltung. Wir bieten sichere Arbeitsplätze mit einem Höchstmaß an Flexibilität. Damit jede und jeder seine eigene Zukunft in der LGA mitgestalten kann.

MEHR ALS EIN JOB. MEIN LEBEN LANG.

In unseren Kliniken und Pflegezentren – in ganz Niederösterreich.

