

PERISKOP

107

OKT 2022

Standpunkte.
Dialog.
Konsens.

Die neutrale
Plattform
zum offenen
Meinungs-
austausch.

**Den Werkzeug-
kasten des
Immunsystems
nutzen**

Lorenzo Moretta

**Das Qualitäts-
siegel der
Osteopathie**

Margit Halbfurter

**Das Krankenhaus
der Zukunft**

Lars-Peter Kamolz

**Powerfrau
im PRAEVENIRE-Vorstand**

Interview mit Gunda Gittler

Inhalt 107

OKT 2022



PEOPLE

Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems

Politische Entscheidungen und Weichenstellungen sind notwendig, um das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln. PERISKOP sprach deshalb mit Nationalratspräsident Mag. Wolfgang Sobotka über den Corona-Impfstatus, die wohnortnahe Versorgung sowie vor welchen Herausforderungen das Gesundheitswesen aufgrund der Digitalisierung und der Energiekrise steht.

- 4 Powerfrau im **PRAEVENIRE-Vorstand**
- 6 **Innovative Zugänge** schaffen
- 8 Die Zukunft des **österreichischen Gesundheitssystems**
- 10 Der Schlüssel zum **besseren Krankheitsverständnis**
- 11 **Elementarbausteine** als Lebensretter

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
- Leitung Periskop** Erika Stickl, BA
- Autorinnen und Autoren** Carola Bachbauer, BA, Dr. Juliane Boger-Strauß, Mag. Sophie Brunnhuber, BA, Rainald Edel, MBA, Mag. Marie-Thérèse Fleischer, BSc, Mag. Renate Haiden, MSc, Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe, Christian Lenoble, Mag. Gabriele Mayr, Mag. Wolfgang Panhölzl, Dr. Andreas Stippler, MBA, Lisa Türk, BA, Wolfgang Wagner, Mag. Julia Wolkerstorfer
- Foto Cover** Ludwig Schedl
- Grafik Design** Andrea Zimmer
- Lektorat** Mag. Sylvia Schlacher
- Druck** Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG
- 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

Ein Land bedingten Wissenschaftsvertrauens

Viele Österreicher halten Forschung und Wissenschaft für wichtig - am ehesten für die Gesundheit. Am meisten vertrauen sie ihren Hausärztinnen und Hausärzten als Wissensquelle. Nicht zuletzt auch COVID-19 hat offenbar zu Misstrauen gegenüber der Politik geführt, hat jetzt eine Spectra-Umfrage im Auftrag der PRAEVENIRE-Initiative ergeben. Führende Expertinnen und Experten fordern mehr Investitionen in Forschung und in Wissenschaftskommunikation.

- 12 **Osteopathie** – Evidenz vorhanden
- 14 Ein Land bedingten **Wissenschaftsvertrauens**
- 16 Verborgene **Volkskrankheit Depression** – Versorgungslücken müssen geschlossen werden
- 18 **E-Health-Strategie** statt Stückwerk



PIONIERS

Leukämie: Komplexe Therapie – einfach erklärt

Die CAR-T-Zelltherapie wird seit nunmehr zehn Jahren in der Behandlung von Leukämiepatientinnen und -patienten angewandt. Deren komplexen Vorgänge und Mechanismen in eine unterhaltsame Geschichte zu verpacken, damit allgemein verständlich zu machen und zu erklären, warum die Forschung dazu so wichtig ist, ist dem freischaffenden Künstler Curd Achim Reich gelungen.

- 21 PRAEVENIRE Gesundheitstage 2022: **Den Werkzeugkasten des Immunsystems nutzen**
- 22 PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach: **Perspektivenwechsel in der Diabetestherapie**
- 24 Leukämie: **Komplexe Therapie – einfach erklärt**
- 26 Das **Qualitätssiegel der Osteopathie**

© PETER HAUTZINGER, PETER PROVAZNIK, SHUTTERSTOCK

NEPHROLOGIE

IM AUFWIND

www.nephrologie-update.at



SAVE THE DATE

2.–3. Dez. 2022



SCANNEN & ANMELDEN

HOTEL WEITZER GRAZ SOWIE ONLINE

Jetzt anmelden unter nephrologie@perigroup.at



PLATTFORMEN

Die Chance, die uns die COVID-19-Impfung bietet

Die COVID-19-Pandemie zeigte bislang keine Saisonalität, sondern setzt sich mit immer neuen Varianten fort. Im Rahmen der Open Alm, dem traditionellen Höhepunkt der PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach, diskutierte eine hochkarätige Expertenrunde aus dem Gesundheitsbereich unter dem Titel „COVID-19-Potenzial ausschöpfen, jetzt impfen für den Herbst!“ welche Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung für den Herbst zu ergreifen sind und wie es mit der Impfung, als wirksamstes Präventionsinstrument, weitergeht.

- 28 **Open Alm 2022:** Die Chance, die uns die COVID-19-Impfung bietet
- 30 **Weitblick für die Ohren:** Wie **Corporate Podcasts** Ihre Kommunikation befeuern
- 31 **Das Krankenhaus der Zukunft**
- 32 **Flächendeckende Diagnose-Codierung** dringend erforderlich
- 34 **PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach: CAR-T-Zelltherapie – wo geht die Reise hin?**



POLITIK

Geld und Leistung

„Zurückgeholt“ – nach einer durch COVID-19-bedingten fast dreijährigen Pause startete die Welldone Lounge am 28. September wieder durch – mit allen Hauptinhalten: Information aus erster Hand und einem großen Get-together der Gesundheitsbranche. Für Aufmerksamkeit war jedenfalls gesorgt: Wiens Gesundheits- und Sozialstadtrat Peter Hacker lieferte eine Tour d’horizon durch Finanzierung, Struktur und Status des österreichischen Gesundheitswesens.

- 36 **Kolumne »Gesunde Zukunft«** von Juliane Bogner-Strauß
- 36 **Kolumne »Klinik News«** von Wolfgang Hilbe
- 37 **PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach: Erstmals verifizierbare Zahlen zu Diabetes in Österreich**
- 38 **PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach: Wie man Schaden minimiert, wenn es für Prävention zu spät ist**
- 40 **61. Welldone Lounge: Geld und Leistung**



PORTFOLIO

61. Welldone Lounge: Wir holen Sie zurück

Nach über zwei Jahren coronabedingter Pause, konnte die 61. Welldone Lounge unter dem Motto „wir holen Sie zurück“ wieder stattfinden. Mehr als 200 prominente Gäste aus dem österreichischen Gesundheitssektor, Wirtschaft und Politik konnten von Welldone-Geschäftsführer Robert Riedl und Mag. Hanns Kratzer, Geschäftsführer bei der PERI Group im Palmenhaus des Wiener Burggartens begrüßt werden. Ehrengast und Redner des Abends war Peter Hacker, Gesundheitsstadtrat Wien und derzeitiger Vorsitzender der Landesgesundheitsreferenten-Konferenz.

- 42 **61. Welldone Lounge:** Wir holen Sie zurück
- 46 **PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach: Wegweiser in ein neues Leben**



PRÄGNANT

Gesundheit braucht keinen Neid

Dr. Andreas Krauter, MBA ist ärztlicher Leiter der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und Leiter des Fachbereichs Medizinischer Dienst. Im Gespräch mit PERISKOP erklärt er, warum ein Plus an Kooperation und gegenseitiges Verständnis das Gesundheitswesen voranbringen würde.

- 48 **PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach: Lizenz zum Altwerden**
- 50 **PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach: Adipositas – nationales und gesellschaftliches Gesundheitsproblem**
- 52 **Kolumne »360° Blick«** von Gabriele Mayr
- 53 **Gesundheit braucht keinen Neid**
- 54 **PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach: Kommunikation entscheidet**

1. PRAEVENIRE 
 Gesundheitstage Schweiz
 im Kloster Fischingen



SAVE THE DATE
 12.–14. SEPT. 2023

praevenire-schweiz.ch



PEOPLE

Powerfrau im PRAEVENIRE Vorstand

Mit Mag. pharm. Gunda Gittler, MBA, aPh zieht erstmals seit Gründung des Vereins PRAEVENIRE – Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung eine Frau in den Vorstand ein. PERISKOP sprach mit ihr über die **BEWEGGRÜNDE DIESE FUNKTION ANZUNEHMEN** und ihre Sicht auf die Aktivitäten von PRAEVENIRE. | von Rainald Edel, MBA



Gunda Gittler leitet die Apotheke der Barmherzigen Brüder Linz und ist zuständig für den Arzneimitteleinkauf des Einkaufsverbundes der Barmherzigen Brüder. Nach ihrer Weiterbildung zum „approved Hospital Pharmacist“ absolvierte sie eine postgraduale Ausbildung an der WU Wien über „International Healthcare Management“.

Gittler nimmt seit vielen Jahren an den Gesundheitstagen in Seitenstetten, den Gesundheitsgesprächen in Alpbach sowie an zahlreichen Gipfelgesprächen teil. Sie folgt in der Vorstandsfunktion Dr. Armin Fiedler, der den Aufbau des Vereins maßgeblich geprägt hat.

PERISKOP: Wie haben Sie die Initiative PRAEVENIRE kennengelernt und über die Jahre erlebt?

GITTLER: Ich verfolge und begleite die Aktivitäten des Vereins PRAEVENIRE nun schon seit vielen Jahren. Von Anfang an hat mich der interdisziplinäre Austausch mit Ärztinnen und Ärzten der Wirtschaft und der Politik, der im Rahmen der diversen PRAEVENIRE-Gesprächsformate gepflegt wird, begeistert. Dieser vielfältige Austausch der unterschiedlichen Sichtweisen der Berufsgruppen mit der Politik ist eine Bereicherung für alle Teilnehmenden.

Krankenhausapothekerinnen und -apotheker wurden von anderen Gesundheitsberufsgruppen oft zu wenig wahrgenommen, obwohl die Aufgaben und Expertise dieser Berufsgruppe zur Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus essenziell sind. Damit das richtige Medikament zur richtigen Patientin oder zum richtigen Patienten kommt, bedarf es der Kombination aus Fachwissen, Marktkenntnis und Logistik-Know-How für das spezielle Gut Arzneimittel.

Es ist mir ein Anliegen, die Bedeutung unserer Berufsgruppe für die Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern auch in der Öffentlichkeit und bei der Politik bekannt und unsere Expertise auch vermehrt nach außen sichtbar zu machen.

Dafür bietet PRAEVENIRE eine optimale Plattform. Durch diverse Veranstaltungsformate im Rahmen von PRAEVENIRE hatten wir die Möglichkeit des Austausches und der Vernetzung mit anderen Berufsgruppen. Weiters wurden durch PRAEVENIRE-Initiativen, wie das PRAEVENIRE Weißbuch, gesundheitspolitische Entscheidungsträger in die Diskussion eingebunden und ihnen wurde praxisrelevant vor Augen geführt, wo Problemfelder liegen, und gleichzeitig Lösungsvorschläge an die Politik herangetragen.

Das Konzept von PRAEVENIRE, den Weg der Patientin, des Patienten durch das Gesundheitssystem und deren Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen, begeisterte mich von Anfang an. Im Vorstand von PRAEVENIRE möchte ich diese Herangehensweise vorantreiben.

Sie haben vor allem den interdisziplinären Austausch betont. Welche praktische Auswirkung hat dieser?

Jeder Gesundheitsberuf hat maßgeblich Anteil an der optimalen Betreuung der Patientin, des Patienten im Gesundheitssystem. Durch den interdisziplinären Austausch und die Verfolgung von Patientenpfaden lassen sich die Stärken und Schwächen des Gesundheitssystems im Hinblick auf Effizienz und Patientenbezogenheit aufdecken. Gerade an den Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Bereich kann man Versorgungslücken bzw. Mehrfachversorgung detektieren. Die Koordination dieser beiden Sektoren sollte ein vorrangiges Ziel von Gesundheitsreformen und Entwicklung von patientenorientierten Maßnahmen sein. Da ich, durch meine berufliche Tätigkeit Einblick in genau diese Schnittstellenproblematik habe, sehe ich, dass die Veranstaltungen von PRAEVENIRE nicht nur zum Verständnis der jeweiligen Probleme, sondern auch zur Wissensvermehrung unter den einzelnen Versorgern wesentlich beitragen. Daher ist es so wichtig, dass bei den diversen Formaten maßgebliche Personen aus dem Gesundheitsbereich mitmachen.

Das Rollenbild der intramuralen Apotheken hat sich in den letzten Jahren verändert und sie wurden zu einem gewichtigen Player in einem modernen Spitalsablauf. Durch die digitale Fieberkurve rücken sie nun bis ans Krankenbett vor.

Meine Berufsgruppe der Krankenhausapothekerinnen und Krankenhausapotheker stellt seit einigen Jahren unser komplexes Aufgabengebiet durch ein einfaches, klares 4-Säulen-Modell dar: Die ineinandergreifenden Kernkompetenzen sind die Klinische Pharmazie, Logistik, Produktion und der strategische Einkauf. Für die Zukunft des Gesundheitswesens ist eine Digitalisierung essenziell. Mit der Einführung der digitalen Fieberkurve haben jene Krankenhäuser, die so ein System implementiert haben, eine deutliche, qualitative Verbesserung in der Versorgung geschaffen. Wenn Patienteninformationen in einem digitalen Dokument zusammengeführt sind und diese Informationen allen Prozessbeteiligten zur Verfügung stehen, dann ist das ein großer Schritt in Richtung optimale Versorgung. Im Krankenhaus der BB in Linz wurde die Medikamentenversorgung erstmals vom manuellen Dispensieren durch die Pflegekräfte auf Verblisterung der individuellen Medikation durch die Apotheke umgestellt. Anlass war die hohe Arbeitsbelastung des Pflegepersonals durch COVID-19. Ermöglicht hat diese Umstellung in Richtung closed loop process die digitale Fieberkurve.

Weiters war es uns Apothekerinnen und Apothekern dadurch möglich, die Patientenversorgung trotz fehlender Pflegekräfte zu unterstützen und qualitativ auf einen neuen Standard zu bringen.



Sie arbeiten schon lange im Gesundheitsbereich. Wie bedeutsam ist Digital Health für die Versorgung in den nächsten drei bis fünf Jahren und wie ist die Diskussion um dieses Thema einzuordnen?

In der Digitalisierung steckt ein großes Potenzial und sie ist sicher der Weg der Zukunft. In der Coronapandemie hat die Digitalisierung in Österreich einen großen Sprung vorwärts gemacht und gezeigt, was alles innerhalb kürzester Zeit möglich ist. Ich sehe allerdings auch, dass es noch große Berührungsängste und Bedenken bei diesem Thema gibt – bei Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal aber auch Krankenhaus-Trägerorganisationen und nicht zuletzt der Politik. Bei Letzteren ist es vor allem der Bereich Datenschutz.

Seit Jahren erledigen die Österreicherinnen und Österreicher ihre Bankgeschäfte elektronisch. Aber bei Gesundheitsdaten, die helfen könnten, Behandlungen rascher durchzuführen, besteht große Unsicherheit und Angst vor dem „gläsernen Menschen“. Wie Beispiele aus Skandinavien und den baltischen Staaten zeigen, müssen wir viel stärker kommunizieren, dass die Digitalisierung eine Chance ist. Wir müssen die Vorteile für die Menschen vermitteln, beispielsweise, dass sich dadurch die Diagnostik verbessert, weil die Behandlungshistorie sofort verfügbar ist. Teure und für die Patientinnen und Patienten zeitaufwendige Mehrfachuntersuchungen fallen weg und man kann somit in der Behandlung unmittelbar fortfahren, statt diagnostisch neu beginnen zu müssen. Wesentlich dabei ist die Möglichkeit der Datenübermittlung zwischen berechtigten Gesundheitsdienstleistern.

Was bei Digital Health noch dazu kommt ist, dass wir schon jetzt sehr viele Daten sammeln, diese aber oftmals nicht, aus unterschiedlichen Ursachen, verknüpfbar und zum Vorteil der Patientinnen und Patienten und zur Generierung von Real-World-Daten verwendbar sind. Gerade in der Präzisionsmedizin benötigen wir die Real-World-Daten. Es würden sich auch viele Möglichkeiten ergeben, gesundheitsrelevante Fakten herauszulesen und in Kombination mit KI eventuell Präventionsmaßnahmen entwickeln zu können. Digitalisierung sollte unser Gesundheitssystem effizienter machen, patientenseitig transparenter und gesamt gesehen präventionsorientierter und damit kostengünstiger.

Voraussetzung für Prävention ist eine entsprechend hohe Gesundheitskompetenz – an der es nach übereinstimmender Meinung von Expertinnen und Experten sowie Studien in Österreich mangelt.

Ich erachte es als notwendig, sowohl bei der Bevölkerung als auch in der Politik Awareness für bestimmte Erkrankungen, aber auch für deren Prävention zu schaffen. Die Prävention kommt in Österreich viel zu kurz. Das liegt zu einem bestimmten Grad auch an unserem Verständnis von Medizin. In der chinesischen Medizin zum Beispiel werden Ärztinnen und Ärzte dafür bezahlt, dass sie die Menschen gesund erhalten. Im Krankheitsfall bekommen sie kein Honorar. Bei uns ist es genau umgekehrt – das System ist auf die Behandlung von Erkrankungen ausgerichtet. Für die Stärkung der Präventionsmedizin muss die Politik ein Anreizsystem für Vorsorgemaßnahmen und die Awareness für gesunde Lebensjahre bereits bei Jugendlichen in den Schulen schaffen. Zumal Schülerinnen und Schüler dieses Wissen auch nach Hause tragen und so als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wirken. Ich glaube, da können wir noch viel mehr machen.



Mit der Einführung der elektronischen Fieberkurve und dem damit verbundenen Patientenmanagement am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Linz oder der Verblisterung von Medikamenten war Gunda Gittler immer wieder unter den technologischen Pionierinnen in ihrem Bereich und hat vorgezeigt, dass Innovationen eine qualitative Verbesserung der Versorgung bewirken können.

Sollte man nicht auch die Arbeitswelt mehr nützen, um Gesundheitswissen zu vermitteln?

Die Arbeitsmedizin ist in Österreich nicht besonders groß ausgebaut. Aber, auch das hat PRAEVENIRE in zahlreichen Veranstaltungen gezeigt, dort wo Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner vorhanden sind, lässt sich mit Engagement viel bewirken. Grundsätzlich ist der Ansatzpunkt Arbeit nicht schlecht, da man sich hier lange aufhält, mit vielen Menschen in Interaktion steht und ebenfalls ein Multiplikatoreffekt gegeben ist. Auch hier ist die Politik gefragt, dass Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Ist es nicht eines der großen Probleme, dass wir keine Ziele definiert haben? Müsste man sich nicht – gerade bei Volkskrankheiten wie Diabetes – viel stärker an internationalen Benchmarks orientieren und ergebnisorientiert arbeiten?

Kinder wie Erwachsene brauchen in Bezug auf die Verbesserung Ihrer Gesundheitskompetenz einen Rahmen und ein Ziel. Apotheker sind aufgrund des niederschweligen Zugangs im

extramuralen Bereich Ansprechpartner und Begleiter der Patientinnen und Patienten in allen Belangen ihrer Erkrankungen. Nicht nur bei Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz ist die Begleitung sowie die Compliancekontrolle durch Apotheken ein wesentlicher Faktor zur Zielerreichung (beispielsweise Erreichung des Ziel-HbA1c-Wertes). Apothekerinnen und Apotheker begleiten die Patientinnen und Patienten durch die komplexen Wege im österreichischen Gesundheitssystem.

Die Bevölkerung wird immer älter, gleichzeitig scheiden immer mehr Menschen in den Gesundheitsberufen auch aus Altersgründen aus dem Berufsleben aus. Wäre es deshalb nicht dringend geboten im Sinne der Versorgung auch über die Berufsrechte zu sprechen?

Dass Berufsbilder sich ändern und angepasst werden ist eine Selbstverständlichkeit. Das ist Aufgabe der Berufsvertretungen. Dass eine Änderung von Berufsbildern aus Mangel an Fachkräften in einem Bereich stattfinden kann und andere Berufsgruppen Aufgaben, die Ihre Kernkompetenz, wie die Medikation, mit Ergebnisverantwortung übernehmen, ist sicherlich denkbar. Das findet bereits jetzt in manchen Krankenhäusern durch Delegation von den Ärztinnen und Ärzten statt.

Welche Bereiche soll der Verein PRAEVENIRE aus Ihrer Sicht besonders vorantreiben? Welche Punkte liegen Ihnen speziell am Herzen?

Die Digitalisierung liegt mir sehr am Herzen. Hier gilt es Initiativen zu schaffen, damit seitens der Politik erkannt wird, dass man für einen Digitalisierungsschub Geld in die Hand nehmen muss. Wir hören immer Industrie 4.0 – wir brauchen auch das Krankenhaus 4.0. Hier ist viel Handlungs- aber auch Geldbedarf nötig. Weiters liegt mir die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zum Wohle der Patientinnen und Patienten am Herzen. Schlussendlich muss die Medizin menschlich bleiben. Bei aller Technologisierung, Optimierung und Präzisierung darf man den Menschen nicht vergessen. „Gutes tun und es gut tun“ – der Leitspruch der Barmherzigen Brüder ist maßgeblich für mich im Umgang mit den Patientinnen und Patienten. „Das Herz befehle“, Leitspruch des Ordensgründers der Barmherzigen Brüder zeigt, dass Herzenswärme und Zuwendung einen wesentlichen Teil der Therapie darstellen. **P**





PEOPLE



Innovative Zugänge schaffen

Die Medizin befindet sich weltweit in einer großen Umbruchsphase und es kommt in vielen Bereichen zu einem deutlichen Paradigmenwechsel. Gerade die **JUNGE GENERATION DER MEDIZINERINNEN UND MEDIZINER HABEN EINEN VÖLLIG ANDEREN ZUGANG ZUM THEMA GESUNDHEIT UND INTEGRATION NEUER IDEEN**, der sich deutlich von traditionellen Konzepten unterscheidet, wie die Musikerin und Medizinerin Dr. Miriam Burger schildert. | von Rainald Edel, MBA

Immer mehr wissenschaftliche Studien attestieren Musik eine therapeutische Wirkung – beispielsweise bei Alzheimer, Bluthochdruck, psychischen Erkrankungen und Schmerz. Aber nicht nur das aktive Musizieren kann positive Veränderungen hervorrufen, auch die passive Konsumation von Musik, Klängen, Vibrationen und Rhythmen führt zu messbaren Verbesserungen.

PERISKOP: Musik und Naturwissenschaften in Form der Medizin sind große Themengebiete in Ihrem Leben. Wie passen diese Bereiche zusammen und wie ergänzen sie sich?

BURGER: Ich habe mit fünf Jahren begonnen Violine zu spielen und wurde zwölf Jahre lang professionell ausgebildet. Schon während der Ausbildung bemerkte ich, dass Musik einen großen Einfluss auf meine mentale Ebene hat. Das hat mich derart fasziniert, dass ich beschloss Medizin zu studieren, um das Gehirn und den Körper besser zu verstehen. Während des Studiums ermöglichte mir Musik auch einen guten Ausgleich. Klar war mir damals noch nicht, ob das nur spezifisch daran lag, weil ich Musikerin war, oder ob Musik generell einen ausgleichenden Effekt hat. Musik und Medizin sind für mich kein Gegensatz, sondern wirken synergistisch. Das parallele Engagement in beiden Bereichen hat sicherlich mein Mindset für meine berufliche Entwicklung geprägt. Während des Medizinstudiums in Wien begann ich als Pop-Rock Musikerin und Streicherarrangeurin zu arbeiten und spielte nach Abschluss des Studiums im Orchester von Udo Jürgens und dem 21st Century Orchester am KKL Luzern. Ich wollte aber die Medizin nicht aufgeben und habe daher die Facharztausbildung für Psychiatrie in Zürich begonnen und mich in Music as Medicine, Global Health und Mind-Body Medicine in Boston weitergebildet.

Durch Ihre musikalische und medizinische Karriere sind Sie bei der „Sound Medicine“ angekommen. Was kann man sich darunter vorstellen?

Medizin und Musik ergänzen sich in vielfältiger Weise in der Musiktherapie, z. B. in der

Neonatologie, Alzheimer- und Parkinsontherapie. Aber auch bei Gesunden wirkt Musik nachhaltig: es ist zum Beispiel nachgewiesen, dass bei langjährigen Musikerinnen und Musikern Gehirnareale stärker ausgebildet sind – z. B. das Corpus Callosum, der Balken der die beiden Gehirnhälften verbindet, sowie bestimmte Gehirnareale, die für Klang- und Sinnesverarbeitung relevant sind. Es gibt also noch viel zu erforschen.

Der Begriff Sound Medicine wird derzeit für mentale und physische Erholung durch Transzustände verwendet. Ich nenne meine Arbeit mit Klang & Vibration „Sound Medicine“ oder „Sonic Medicine“. Mein persönliches Interesse brachte mich jenseits der Musiktherapie auch zur langjährigen Beschäftigung mit den asiatischen Medizinsystemen. Im Zuge dessen bin ich auf Meditationspraktiken gestoßen, die Instrumente verwenden und große Vorteile für unser Nervensystem haben. Es geht dabei nicht nur darum zur Ruhe zu kommen, sondern auch um die Nervenregeneration. Dabei beschäftige ich mich mit den Bereichen Meditation, Vibration, Selbstwahrnehmung, neurogene Phänomene und psychische Gesundheit. In meinen Jahren in Asien habe ich die dort spezifisch eingesetzten Instrumente und Methoden näher kennengelernt. So hat beispielsweise der Gong in Südostasien eine Jahrhunderte alte Tradition im Kontext der Meditation, aber auch die tibetischen Klangschalen, und andere Instrumente. Dazu werden Klänge über eine längere Dauer eingesetzt. Durch die Klangfrequenzen, welche in einem sehr breiten Spektrum schwingen, kommt man schnell in einen meditativen Zustand – ohne Meditationserfahrung. Es wird angenommen, dass die Schwingungen der Instrumente dabei helfen, dass der Körper sich tiefenentspannen kann. Dabei wird das Nervensystem und das «Stresssystem» entspannt. Wir verlassen den Fight & Flight-Modus. Es entsteht Raum für neue Einsichten, Denkprozesse und Verhaltensänderungen.

Sie sind Mitbegründerin eines Frauennetzwerks in der Schweiz und Deutschland, das mittlerweile knapp 150 Ärztinnen umfasst.

Was war die Gründungsidee hinter diesem Zusammenschluss und was bewirkt dieser?

Das Netzwerk entstand im Rahmen eines Treffens im Jahr 2021 das von Dr. Sabine Egger initiiert wurde. Dieses Jahr wurde der in Deutschland eingetragene Verein „Mindful Medical Women“ gegründet. Das Ziel des Vereins ist es Medizin achtsamer, menschlicher aber auch für uns Ärztinnen lebensfähiger zu gestalten. Was wir immer wieder besprechen, sind Ideen zu neuen Arbeitsmodellen, wie hybride Formen, Teilzeitarbeit, mehr Möglichkeiten Familie mit Arbeit zu verbinden. Der Frauenanteil in der Medizin nimmt immer mehr zu – Tendenz steigend. Aber viele Frauen steigen aus dem Beruf aus, weil er irgendwann nicht mehr mit ihrem Lebensmodell und dem Familienleben kompatibel ist. Das ist nicht nur ein großer Ressourcenverlust für das Gesundheitssystem, sondern auch für die Betroffenen selbst. Ein Großteil der Mitglieder in dem Netzwerk arbeitet zwar noch im medizinischen Bereich, baut aber daneben ein eigenes Business auf. Daher drehen sich die Gespräche oft um Mindset, Business Skills, Arbeitsmodelle. Daneben bin ich auch Mitglied in einem Schweizer Netzwerk „Transform Medicine“, das von Dr. Janna Scharfenberg und Dr. Franziska Rudolph 2021 gegründet wurde. Auch dieses behandelt ähnliche Themen wie die „Mindful Medical Women“, ist aber geschlechtsunspezifisch. Ein besonderer Schwerpunkt ist hier unter anderem einen neuen digitalen Raum zu kreieren, der zum Neudenken und Umdenken einlädt.

Das bringt uns zu dem Punkt, dass zwischen der älteren und der jungen Generation der Medizinerinnen und Mediziner doch ein beträchtlicher Unterschied in der Berufsauffassung und Lebensgestaltung besteht.

Die bestehenden traditionellen Strukturen sind relativ eingeschränkt im Versuch mit der hohen Innovationsgeschwindigkeit mitzuwachsen oder neue Impulse zeitnah zu integrieren. Auch die Budgetierung lässt wenig Spielraum zu. Dazu kommt, dass die globale gesellschaftliche Entwicklung mit der technologischen



und digitalen Entwicklung die medizinische Versorgung vor sehr vielfältige neue Herausforderungen stellt. Die Ausbildung hat hier Aufholbedarf. Über die letzten Jahre ist der Wunsch im Medizinstudium immer größer geworden, mehr über globale Gesundheitspolitik, aber auch zu komplementären Möglichkeiten, wie der Mind-Body-Medizin, zu erfahren. Die Harvard-University ist ein Vorreiter der MBM, mit einem eigenen Institut für MBM, wo ich mich selbst auch zertifizierte. Es gibt auch zunehmend Impulse aus der Fachärzteschaft im Bezug auf „Mindfulness“. Wenn wir als Ärztinnen und Ärzte nicht achtsam und respektvoll mit unseren eigenen Ressourcen umgehen, ist das unserer Arbeit abträglich und hat direkte Auswirkungen auf die Patientenversorgung. In vielen globalen Unternehmen ist Achtsamkeit schon jahrelanger, fester Bestandteil der Firmenkultur.

Welche Rahmenbedingungen braucht es Ihrer Meinung nach, um im Gesundheitsbereich ein innovationsfreundliches Klima zu schaffen und speziell Frauen zu motivieren, sich mit einer Idee selbstständig zu machen? Gibt es hier Unterschiede zwischen der Schweiz und Österreich?

In der Gesundheitsbranche wird eine verstärkte Kollaboration zwischen dem privaten und staatlichen Sektor wichtiger denn je. Der Privatsektor hat eine andere Arbeitsdynamik. Ich bin als Frau und Ärztin selbst unternehmerisch tätig, an Forschung und Entwicklung interessiert und in Zürich und Genf in verschiedenen Ökosystemen eingebunden, z. B. am Campus Biotech oder Universität Zürich. Gerade wenn man Ärztinnen, Ärzte und Unternehmen zusammenbringt, entstehen wegweisende neue Ideen, die der Medizin nützen. Wie das in der Praxis funktionieren kann, sieht man dort, wo Kliniken, Medizin, Forschung, und Unternehmen zusammenkommen. Die Schweiz bietet Möglichkeiten für privat-staatliche Kollaboration in Spitzenforschung und Industrie, und im Unterschied zu Österreich werden Innovationshubs proaktiver gefördert. So gibt es beispielsweise verschiedene Universitäts- und Startup-Ökosysteme die vom Staat und den Kantonen unterstützt werden. Es gibt klar definierte Schnittstellen zwischen medizinischer Forschung und industrieller Technologieentwicklung – ein florierendes Ökosystem, das man auch in Österreich stärker fördern könnte.

Das Team des World Health Innovation Summit ist Teil des SDG Cities Flagship Program, bei dem es um Smart Cities und Nachhaltigkeit geht. Die Global Social Prescribing Alliance wurde von Gareth Presch und internationalen Partnern (WHO, NASP, UNGSII) gegründet. Welche neuen Ansätze für Gesundheit und Wohlbefinden sind weltweit, in Europa und speziell in Österreich erforderlich?

Von den 17 Zielen für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs), die die UN 2016 ausgegeben hat, beschäftigt uns vor allem das SDG 3: „Gesundes Leben für alle – ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“. Wesentlicher Impuls für Social Prescribing ist die Erkenntnis, dass soziale Bedürfnisse bzw. Belastungen von Patientinnen und Patienten einen wichtigen Einfluss auf deren Gesundheit haben, diese aber in der herkömmlichen Gesundheitsversorgung nur unzureichend adressiert werden. Während meiner Global Health Ausbildung an der Harvard University 2018 erhielt ich Einblick



in die Gesundheitssysteme verschiedener Staaten. Das Konzept des „Community Health Workers“ war dabei stets ein zentraler Hebel für nachhaltiges Gesundheits- und Krankheitsmanagement. Dies inspirierte auch das „Social Prescribing“, ein Konzept, mittels welchem Patientinnen und Patienten für ihre nicht-medizinischen Bedürfnisse an einen sogenannten Link Worker „überwiesen“ werden und „Social Prescriptions“, Rezepte für sozialmedizinische Interventionen, erhalten. Link Workers sind Fachkräfte, die eine Lotsenfunktion innehaben und gemeinsam mit der jeweiligen Person nicht-medizinische Maßnahmen und Aktivitäten zur Verbesserung ihres Wohlbefindens abstimmen und an entsprechende Institutionen weitervermitteln. Link Workers übernehmen damit auch eine Management Funktion – das Management in Community Health. Das Spektrum der dafür genutzten Angebote ist sehr breit und reicht von lokal zur Verfügung stehenden vielfältigen Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Sport- und Bewegungsprogrammen oder Ernährungsberatung über Sozial-, Schuldner-, Arbeits- oder Wohnberatung bis zu Gemeinschaftsaktivitäten wie Seniorentanzen, Wandergruppen oder Nachbarschaftsnetzwerken. Wir haben 2021 die Global Social Prescribing Alliance (GSPA) ins Leben gerufen mit dem Ziel, eine globale Arbeitsgruppe zu bilden, die sich der Förderung von Social Prescribing durch Förderung, Zusammenarbeit und Innovation widmet. Wir arbeiten aktiv mit 25 Mitgliedsstaaten (einschließlich Österreich) zusammen. COVID-19 forderte unsere Gesundheitssysteme heraus, und WHIS und unsere Partner legten daher ein Whitepaper dazu vor, wie wir während COVID-19 vorankommen und gleichzeitig die SDGs auf dem Global Solutions Summit 2021 (G20/T20) umsetzen können.

Seit 2019 arbeiten Sie auch als Advisor für den World Health Innovation Summit CIC. Welche Idee liegt dieser Plattform zugrunde und welche Projekte werden dadurch gefördert?

Die Idee dahinter war, eine Plattform zu kreieren, in der sich sowohl die Patientin und der Patient als auch medizinische Fachkräfte austauschen können, um Community bezogene Medizin und personalisierte Betreuung zu entwickeln und des Weiteren eine Ebene zu generieren, in der Innovation einen Platz findet, und diese auch Förderung erhält. Daraus haben sich Expertengruppen gebildet, die jeweils für die Betreuung und Entwicklung von Projekten zuständig sind. Ein Beispiel dafür ist die Zusammenarbeit mit der UNGSII Foundation, UNSDSN, um COP Olympics Changing

Miriam Burger wurde 12 Jahre lang professionell auf der Violine ausgebildet und schloss in Wien ihr Medizinstudium ab. Neben der Facharztausbildung für Psychiatrie in Zürich hat sie sich in Music als Medicine, Global Health und Mind-Body Medicine in Boston weitergebildet. Ihre Arbeit mit Klang und Vibration fasst sie unter dem Begriff „Sound Medicine“ zusammen.

the Narrative ins Leben zu rufen: COP als Hafen für globale Klimaschützer. Es geht darum, einen Event zu schaffen, bei der diejenigen zelebriert werden, die sich für den positiven Wandel einsetzen und ihn beschleunigen, indem sie alle Interessengruppen einbeziehen, um damit auch allen die Möglichkeit zu geben, einen Beitrag zu leisten. Und zwar mit dem neuen Narrativ: globale Veränderung passiert nicht nur auf Spitzenebene, sondern auch in Regionen, Ländern, Kontinenten – auf einer globalen Bühne, damit die Nachhaltigkeitsziele bis 2030 erreicht werden. Ein weiteres Beispiel ist das Konzept „Arts for SDGs“, das gemeinsam mit der WHO ins Leben gerufen wurde. Hierzu wurden Künstler aus verschiedenen Gemeinschaften auf der ganzen Welt eingeladen, ihre Werke zum Thema psychische Gesundheit auszustellen. Es ist uns auch gelungen, globale Investoren für medizinische Start-ups und R&D-Projekte zu finden. In der Zwischenzeit sind durch den World Health Innovation Summit CIC zahlreiche Projekte entstanden. P





PEOPLE

Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems

Politische Entscheidungen und Weichenstellungen sind notwendig, um das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln. PERISKOP sprach deshalb mit Nationalratspräsident Mag. Wolfgang Sobotka über den Corona-Impfstatus, die wohnortnahe Versorgung sowie **VOR WELCHEN HERAUSFORDERUNGEN DAS GESUNDHEITSWESEN AUFGRUND DER DIGITALISIERUNG UND DER ENERGIEKRISE STEHT.** | von Carola Bachbauer, BA



Der Aufbau einer gut strukturierten Gesundheitsversorgung, in der sich das Leistungsangebot an den Bedürfnissen der Menschen orientiert, war Wolfgang Sobotka schon in Niederösterreich ein großes Anliegen.

Die Gesundheitsversorgung ist eine der wichtigsten Aufgaben der Politik. Bereits in seiner Tätigkeit als Landesrat für Finanzen, Arbeitsmarkt, Gemeinden und Wohnbau in Niederösterreich beschäftigte sich Sobotka mit Themen wie dem Krankenhaus der Zukunft. Des Weiteren setzt sich der Nationalratspräsident seit vielen Jahren für die Digitalisierung und die damit verknüpften rechtlichen Rahmenbedingungen ein.

PERISKOP: Die Impfbereitschaft der Bevölkerung sinkt sowohl hinsichtlich der Grundimmunisierung als auch dem vierten Stich. Die Idee einer Impfpflicht ist gescheitert. Welche Konzepte sind seitens der Politik und explizit des Nationalrats notwendig, um der Bevölkerung die Impfung schmackhaft zu machen?

SOBOTKA: Die Tatsache, dass die Corona-Impfung am besten davor schützt, schwer zu erkranken, muss der Bevölkerung immer wieder kommuniziert werden. Deshalb erachte ich es als wichtig, dass Hausärztinnen und Hausärzte, Kommunen und Organisationen, die direkten Kontakt mit den Menschen haben, diesbezüglich eine wesentliche Aufklärungspflicht zukommt. Natürlich müssen auch die Mitglieder der Bundesregierung sowie des Nationalrates und alle Verantwortlichen versuchen, das Bewusstsein für den Schutz vor einer COVID-19-Erkrankung in öffentlichen

Reden zu steigern. Wir wissen aber, das hat nicht denselben Effekt wie ein persönliches Gespräch mit einer Vertrauensperson aus dem Gesundheitsbereich. Auch wenn die Erwartungen in Österreich höher sind, im internationalen Vergleich haben wir eine durchaus gute Impfquote. Wir haben die Pandemie zwar nicht hinter uns gelassen, aber meiner Meinung nach haben wir sie ganz gut im Griff. Was uns jetzt gelingen muss, ist der Umstieg von politisch vorgegebenen Schutzmaßnahmen zur Eigenverantwortung der Einzelnen und des Einzelnen.

Durch den Rückgang der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner und dem Trend zur Wahlartzordination sinkt der Grad der wohnortnahen Versorgung. Welche Anreize muss die öffentliche Hand setzen, um junge Medizinerinnen und Mediziner eine Kassenordination speziell in den ländlichen Regionen wieder interessant zu machen?

Das Erste, was man ändern muss, ist der Common Trunk in der medizinischen Ausbildung. Denn dieser hat sich nicht als der richtige Weg für angehende Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner gezeigt. Das zweite ist, dass eine Landpraxis durch das anfallende Arbeitspensum ziemlich herausfordernd ist. Dazu kommt für einige die mangelnde Attraktivität des ländlichen Raums. Es gibt also eine Vielzahl von Gründen, die dazu führt, dass wir hier große Herausforderungen zu stemmen haben.

Ich glaube, eine gute Antwort sind die Primärversorgungseinheiten, die zeigen, dass eine Praxis im niedergelassenen Bereich anders organisiert werden kann als die typische Einzelordination. Zudem sollten wir Pflegefachkräfte, Therapeutinnen und Therapeuten aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Psychotherapie in die Versorgung umfassender und wohnortnaher einbeziehen.

Gerade junge Medizinerinnen und Mediziner wollen vernetzter und teamorientierter arbeiten. Auch Patientinnen und Patienten profitieren von einem interdisziplinären Behandlungsansatz. Bis 2023 sollen deshalb österreichweit 75 Primärversorgungseinheiten entstehen. Derzeit gibt es konkret Pläne für knapp die Hälfte davon. Wie kann die Gründung von PVEs vorangetrieben werden, um den extramuralen Bereich zu stärken?

Ich glaube, das ist ein Prozess, der von unten getragen werden muss. Sie sagen selbst, die Ärztinnen und Ärzte wollen mehr Teamarbeit. Ich merke es immer wieder, dass Ordinationen geteilt werden, um die Öffnungszeiten besser anzupassen und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu koordinieren. Ich glaube, dort braucht es die Initiative vor Ort, die kann aus der medizinischen, der betroffenen Seite oder von der Gemeinde kommen.

Medizin und Medizintechnik entwickeln sich rasch weiter. Wie sollte das Spital der Zukunft aussehen?

Es wird meiner Meinung nach immer eine medizinische, pflegerische Spezialbehandlung in einem stationären Setting notwendig sein. Wir werden uns aber auch mit anderen Formen der Behandlung, sprich telemedizinischen Behandlungen und anderen Strukturen auseinandersetzen müssen. Es werden sich wohl in zunehmendem Maße Primärversorgungseinheiten und Vorsorgezentren etablieren müssen. Ich halte eher weniger von großen Krankenhäusern mit einer hohen Bettenanzahl und vielen Abteilungen als Erstanlaufstelle. Kleine Einheiten sind viel wendiger und damit erfolgreicher. In einem großen Haus hat man zu viele Führungs- und Zwischenebenen. Der Betrieb muss aber in Managementfragen schnell sein. Dies darf durch Hierarchien, Kontrollen und Berichtslegungen nicht zusätzlich erschwert werden. Was es sicherlich braucht, ist eine Qualitätssicherung, dass man sieht, wie erfolgreich ein medizinischer Eingriff ist, und zwar in Hinsicht auf die Patientenentwicklung, nicht nur im Entlassungsmoment, sondern auch in einem halben Jahr. Außerdem muss man sich mit den enormen Belastungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auseinandersetzen. Wir haben das bei COVID-19 gesehen. Da braucht es mehr Supervision, um mit diesen Herausforderungen fertig zu werden. Das ist in Österreich noch nicht in diesem Ausmaß vorhanden, wie wir uns das wünschen würden. Da sehe ich Aufholbedarf.

Eine Stärkung und Ausweitung der ambulanten Behandlung hätte große Auswirkung auf die benötigte stationäre Bettenkapazität. Ist das derzeitige LKF-System, das die tagesklinischen und ambulanten Behandlungen nicht berücksichtigt, noch zeitgemäß?

Wir müssen bei der Versorgungsstruktur aufpassen, dass nicht zu viele Player am Markt sind. Denn die Leistungsabrechnung über LKF- oder LDF-Punkte birgt die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten mit hohen Abrechnungspunkten begehrt sind, hingegen solche mit hohem Kostenaufwand und



REPUBLIK ÖSTERREICH
Parlament

geringer Punktzahl im System unsachgemäß verschoben werden. Ich habe seinerzeit in Niederösterreich die Situation dadurch entschärft, dass alle stationäre Gesundheitsanbieter aus einer Organisation kommen. Wenn wir zudem die Finanzierungsströme besser regulieren, dann würden wir die Patientinnen und Patienten dort behandeln, wo es für sie – somit schlussendlich auch für die Kostenseite – am effizientesten ist.

Expertinnen und Experten sind sich einig, dass komplizierte Behandlungen und Eingriffe nur an ausgewiesenen Zentren erfolgen können, die über die notwendigen Erfahrungen verfügen. Welche Schritte zur Forcierung der Zentrumsmedizin sollen gesetzt werden?

Wir brauchen nicht in jeder Region Vollversorger mit wenig Erfahrung. Stattdessen ist es notwendig, spezialisierte Versorgungseinheiten mit multidisziplinären Teams zu etablieren, in denen Patientinnen und Patienten umfassend und individuell betreut werden können und somit die Qualität und Patientensicherheit gewährleistet ist. Die Maßzahlen für die Qualität eines solchen Expertisezentrums müssen die Erfahrung und die Häufigkeit von Eingriffen sein.

Welche Auswirkungen hat die derzeitige Energiekrise auf das österreichische Gesundheitssystem? Gerade wenn man an den großen Strom-, Heiz- und Kühlbedarf der Krankenhäuser denkt.

In Österreich sind wir in der Lage, den Energiebedarf der Häuser zu decken. Sie sind mit Notstromaggregaten ausgerüstet, sodass sie auch in schwierigen Zeiten funktionieren. Ich glaube, es ist bei Neubauten unerlässlich, darauf zu achten, dass sie energieeffizient sind. Wo dies noch nicht der Fall ist, muss man nachrüsten. Niederösterreich hat seinerzeit ein großes Bauprogramm durchgeführt, um diese Nachrüstung zu gewährleisten.

Onlinediensteanbieter und Tech-Giganten drängen verstärkt in den Gesundheitsbereich. Warum ist ein öffentliches Gesundheitssystem in 20 Jahren noch relevant? Welche Herausforderungen und Chancen stellen sich dem derzeitigen österreichischen Gesundheitssystem?

Es wird in 20 oder auch in 40 Jahren genauso relevant sein wie heute. Eine Behandlung lässt sich nicht durch online zur Verfügung gestellte Informationen ersetzen. Ich glaube, dass die digitalen Möglichkeiten der Telemedizin es erleichtern, nicht notwendige Arztbesuche zu reduzieren. Ein Beispiel: Wenn ich verkühlt bin, mache ich ein Foto von meinem Rachen und schicke es meiner Hausärztin oder meinem Hausarzt. Dieser verordnet mir dann die entsprechende Medizin. Mit der Telemedizin erspare ich mir auf diesem Weg eine Autofahrt und der Hausarzt erspart sich eine Visite. Solche Vorteile zu nutzen, ist ein Gebot der Stunde. Mit der elektronischen Verschreibung und Krankenschreibung hat sich bereits sehr viel geändert. Die Einführung der e-card hat eine digitale Welt für die Bürgerinnen und Bürger eröffnet, die einerseits die gewünschte digitale Identität abbilden kann und andererseits hat man damit einen datenschutzrechtlich sicheren Austausch von Gesundheitsdaten ermöglicht. So ist zum Beispiel die Digitalisierung im operativen Bereich nicht mehr wegzudenken. Gerade hier stellt die gesicherte Übermittlung von Gesundheitsdaten eine große Erleichterung für Patientinnen und Patienten als auch deren Behandelnden dar.



Während staatliche Gesundheitsanbieter strenge Regeln befolgen müssen, agieren private Anbieter vor allem im Internet nahezu in einem rechtsfreien Raum. Welche Maßnahmen müssen EU und Bundesregierung ergreifen, um diesbezüglich Chancengleichheit zu ermöglichen?

Es ist ein allgemeines Problem, dass viele Plattformen wie Online-Medien aussehen und agieren. Während klassische Informationsan-

Die Möglichkeiten der Digitalisierung müsse man, so Wolfgang Sobotka, zum Vorteil der Patientinnen und Patienten konsequent weiterentwickeln und mit einem Regelwerk für faire und sichere Rahmenbedingungen im Onlinebereich sorgen.

gebote über einen verantwortlichen Herausgeber und eine Chefredaktion verfügen, haben Onlineanbieter das nicht. Daher muss es unser Ziel sein zu verhindern, dass falsche Botschaften überhaupt in den weltweiten digitalen Raum kommen. Ich sage nur Hände weg von anonymen Plattformen mit Gesundheitsinformationen. Hände weg von Plattformen, wo man nicht weiß, wer diese Information zur Verfügung stellt und wie valide sie ist. Bei digitalen Gesundheitsangeboten gibt es internationale Levels, wo man sich als Bereitsteller von Informationen einem Screening unterziehen muss. Sicherlich ist das Level-Playing-Field weiterzuentwickeln. Es ist wichtig, dass es ein Regelwerk für faire Verhältnisse in diesen Bereichen gibt. Aber da würde ich stark auf eine Lizenzierung bzw. ein Audit setzen.

Der Wunsch der Bevölkerung, dass Gesundheitspersonal und politisch Mandatäre greifbar und vor Ort sind, ist in letzter Zeit immer klarer zum Ausdruck gekommen. Wie kann man mehr persönlichen Kontakt und Austausch ermöglichen und die Bürgernähe als Qualitätskriterium implementieren?

Der direkte Kontakt wird nur gehen, indem wir in den Gesundheitszentren die Wertschätzung den Patientinnen und Patienten gegenüber zum Ausdruck bringen. Das heißt, dass wir sie nicht als Nummer behandeln, die aufgerufen wird, sondern ihnen als Persönlichkeit den Respekt entgegenbringen, den sie verdienen. Das zweite ist, dass man Räume schaffen muss, wo dieses Vertrauen, was ja herrscht, in einen wechselseitigen Diskurs gebracht wird. Das können Gesundheitstage oder Fitnesswochen sein. Geschickte Bürgermeisterinnen bzw. Bürgermeister wissen das zu organisieren. Wichtig ist, dass die Bevölkerung das Vertrauen zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und zu den medizinischen, pflegerischen, rehabilitativen und therapeutischen Einheiten hat. P





PEOPLE



Der Schlüssel zum besseren Krankheitsverständnis

Das Immunsystem ist bei einer Vielzahl an Erkrankungen involviert. Nicht immer ist dessen Beteiligung offensichtlich. Teilweise führen auch **UNGEWÜNSCHTE REAKTIONEN DES IMMUNSYSTEMS** zu lebensbedrohlichen Situationen. Univ.-Prof. Dr. Marta Rizzi von der MedUni Wien ist diesen Phänomenen im Bereich der B-Zellen auf der Spur. | von Carola Bachbauer, BA

Die Präzisionsmedizin und der damit verbundene Wunsch, Krankheiten besser zu verstehen und neue Therapieansätze zu finden, machen die Immunologie zu einem zentralen Baustein im Behandlungsansatz. Speziell die klinisch experimentelle Immunologie liefert neue Erkenntnisse über die Funktionsweise des Immunsystems auf individueller Patientenebene.

PERISKOP: Sie haben im Juni 2022 die Professur für Klinisch Experimentelle Immunologie an der MedUni Wien übernommen. Mit welchen Fragestellungen beschäftigt sich das Institut für Klinisch Experimentelle Immunologie?

RIZZI: Wir sind Teil des Instituts für Immunologie an der MedUni Wien. Die klinische Immunologie umfasst alle Bereiche des humanen Immunsystems – sowohl das kranke als auch das gesunde Immunsystem. Die Fragestellungen, die an uns gerichtet werden, kommen aus dem klinischen Bereich durch Beobachtung der Patientinnen und Patienten. Immer dann, wenn im Raum steht, ob bei einem Vorgang das Immunsystem beteiligt sein könnte, werden wir eingebunden. Daher ist die Immunologie lange Zeit ein Querschnittsfach gewesen, da das Immunsystem bei vielen Krankheiten beteiligt ist. In einigen Ländern, beispielsweise in Italien, ist die Immunologie ein eigenständiges Fach mit eigenen Stationen und eigener Facharztausbildung. In anderen Ländern ist es nur eine Zusatzfachausbildung. In den letzten Jahren hat generell die Bedeutung der klinischen Immunologie zugenommen, da sie eine wichtige Rolle im Verständnis von Krankheiten innehat. Jede Entzündung ist ein immunologischer Prozess. Wir kennen die immunologischen Prozesse und versuchen mit unserem Wissen die Manifestation einer Erkrankung zu erklären, aber auch wie Therapien funktionieren, welche Zielbereiche man genauer untersuchen sollte, um die Patientinnen und Patienten besser behandeln zu können. So steht meine Abteilung beispielsweise in enger Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen, wie Rheumatologie, Infektiologie, Dermatologie und Hämatologie.

Wie sieht eine Abklärung einer entzündlichen Reaktion in der Praxis aus?

Wir bekommen von der betreuenden Station eine Sammlung von Bioproben, wie Blutbestandteile, Haut- oder Gewebeproben ihrer Patientinnen und Patienten. Mit Hilfe von Hochdurchsatzanalysen schauen wir, welche Zellen, welche Moleküle vorhanden sind und welche Unterschiede es zu gesunden Zellen gibt. Wir versuchen herauszufinden, ob die Proben in ein Schema passen und immer in der gleichen Patientengruppe auftritt. In einem weiteren Schritt

Biobox

Marta Rizzi studierte Medizin an der Universität Genua, ihr PhD-Studium in Klinischer und Experimenteller Immunologie absolvierte sie in Genua und an der University of California in San Diego (USA).

Nach ihrer Facharztausbildung in Allergie und Immunologie in Genua arbeitete sie als Postdoc an der Universität Freiburg, wo sie sich im Fach Experimentelle Medizin habilitierte.

Seit 2014 arbeitet sie als Forschungsgruppenleiterin an der Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie am Universitätsklinikum Freiburg. Mit Juni 2022 übernahm Marta Rizzi die Professur für Klinisch Experimentelle Immunologie an der MedUni Wien.



wird untersucht, ob es Biomarker gibt, die eine Aussage über den Verlauf und Schweregrad der Erkrankung Auskunft geben könnten. Die dritte Ebene betrifft die sogenannten Target-Therapien. Ziele von Therapien können nicht nur Zellen, sondern auch Prozesse, bestimmte Transkriptionsfaktoren oder Signalwege sein. Wenn dieses Target an einer bestimmten Zelle – für uns sind vor allem die B-Zellen wichtig – feststellbar ist, dann wird untersucht, welche Auswirkung das im gesamten Krankheitsverlauf hat und sich darüber der Krankheitsverlauf beeinflussen lässt.

Ihr Spezialgebiet sind menschliche B-Zellen. Welche Funktion haben diese im physiologischen Kontext und bei Krankheiten?

B-Zellen oder auch B-Lymphozyten genannt, sind der zentrale Player in unserem Immunsystem. B-Zellen produzieren Antikörper, beispielsweise als Immunantwort auf eine Impfung. Zudem können sie auch den T-Zellen Antigene präsentieren und dort eine entsprechende Immunantwort auslösen. Die dritte Fähigkeit ist die Produktion von Zytokinen – ein Botenstoff. Eine besonders wichtige Funktion ist das immunologische Gedächtnis der B-Zellen, das auf Grund vorangegangener Kontakte mit einem Erreger, rasch eine immunologische Antwort parat hat. Wenn diese Fähigkeiten eingeschränkt sind oder gar nicht funktionieren, kommt es zu einer Erkrankung. Wenn beispielsweise körpereigene Zellen als „gefährlich“ erkannt werden, kommt es zu Autoimmunerkrankungen, wie der rheumatoiden Arthritis. Aber auch wenn B-Zellen keine Antikörper bilden, kommt es zu erhöhter Infektanfälligkeit in der Patientin, im Patienten. Wenn die Signalwege in den B-Zellen sich ändern, kann Immundysregulation entstehen, wie wir sie von verschiedenen entzündlichen Krankheiten her kennen. Auch ein zu großer oder zu geringer Ausstoß an Zytokinen kann zu einer Entzündung beitragen.

Gemeinsam mit Ihrem Team ist es Ihnen gelungen mittels innovativer Modellierungswerkzeuge die Dynamik des Verhaltens menschlicher B-Zellen in vitro zu untersuchen. Wie profitieren Patientinnen und Patienten davon?

Wir erforschen die Entwicklung und Funktion der B-Zellen. Um die Reifung der B-Zellen zu verstehen, entnehmen wir dazu der Patientin, dem Patienten hämatopoetische Stammzellen und lassen diese zu B-Zellen in vitro heranreifen. Wachsen keine B-Zellen, haben die Patientinnen und Patienten einen Defekt, der diesen Reifungsprozess verhindert. Genetische Defekte können der Grund für solche Ergebnisse sein. Um den Aufbau von Antikörper und Immungedächtnis

zu studieren, kultivieren wir B-Zellen von Blut oder Lymphoid-Organen und versehen sie mit verschiedenen Stimuli. Gibt es hier Auffälligkeiten oder Abweichungen zum erwarteten Verhalten der Zellen, kann dies ein Schlüssel Richtung Therapie sein. Diese in Vitro-Modelle erlauben uns am menschlichen Körper zu forschen, im Gegensatz zur herkömmlichen Forschung an Tieren. Die Forschung an Tieren ist absolut wichtig, allerdings in manchen Fällen ist es notwendig, das gesamte menschliche System zu berücksichtigen, das in Teilbereichen anders als bei Tieren funktioniert.

Sie haben sich das Ziel gesetzt, ihr Institut zu einer Drehscheibe für die B-Zell-Forschung zu machen – welchen Impuls möchten Sie geben?

Die B-Zellen-Immunologie ist für viele Fachgebiete wie Rheumatologie, Infektiologie, Neurologie, Dermatologie und Kardiologie von Bedeutung. Aufgrund dessen ist ein interdisziplinärer Austausch sehr wichtig. Ich glaube, wir können uns gegenseitig dabei helfen und unterstützen, neue Ideen und Konzepte zu finden. Zum Beispiel habe ich vor Kurzem eine Kollaboration mit der Dermatologie gestartet. In diesem Zusammenhang habe ich mich mit Themen der B-Zellen-Forschung befasst, an die ich zuvor gar nicht gedacht habe. Genau das ist ein wesentlicher Faktor, um sein Wissen zu vertiefen und zu erweitern. Denn die unterschiedlichen Fachgebiete können sich ausgezeichnet ergänzen.

Wie sehen sie die Forschungsmöglichkeiten in Wien im internationalen Vergleich?

Was mich an der MedUni Wien beeindruckt, ist die Leidenschaft an der Forschung und das akademische Umfeld. Die lebendige Atmosphäre der Universität hat mich dazu bewogen, hier her zu kommen. Man merkt, dass die MedUni Wien in Erneuerung und Verbesserung investiert und einen Forschungsbeitrag für die Zukunft leisten möchte. Hinzu kommt eine sehr offene und kollegiale Umgebung. Ein weiterer Punkt, der mich begeistert, ist die Internationalität.

Wie wichtig ist es, Studierenden und jungen Forschenden ein entsprechendes Rüstzeug zu vermitteln, welches Interesse besteht seitens Studierender an Ihrem Fachgebiet?

Die Grundlagen der Immunologie bietet eine Basis, die es ermöglicht, viele Fragestellungen in verschiedenen Gebieten zu beantworten. Und genau das ist wichtig zu kommunizieren. Dies war auch der Grund, warum ich mich damals für die immunologische Forschung entschieden habe. Zusätzlich sollte den Studentinnen und Studenten vermittelt werden, dass es in diesem Bereich noch viel zu erforschen gibt. **P**



PEOPLE



Elementarbausteine als Lebensretter

STAMM- UND IMMUNZELLTHERAPIEN gelten als innovatives Forschungsgebiet. Welche Perspektiven sich damit in der Behandlung auftun, schildert Univ.-Prof. Dr. Antonia Müller von der MedUni Wien im PERISKOP-Interview. | von Rainald Edel, MBA

Antonia Müller übernahm mit Mai 2022 die Professur für Zelltherapie und Transfusionsmedizin der MedUni Wien sowie die Leitung der Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin von MedUni Wien und AKH Wien.

PERISKOP: Was versteht man unter der Stamm- und Immunzelltherapie konkret und welche Formen gibt es?

MÜLLER: Die älteste Form der Zelltherapie ist die allogene Knochenmarktransplantation, die erstmalig im Jahr 1957 durchgeführt wurde – damals unter Verwendung von Knochenmark von Leichenspendern auf einen Leukämiepatienten. Im Rahmen einer allogenen Stammzelltransplantation werden einerseits gesunde Blutstammzellen, die die Blutbildung für den Rest des Lebens in der Empfängerin, im Empfänger sicherstellen sollen, übertragen, andererseits wird aber auch das adaptive, spezifische Immunsystem der Spenderin, des Spenders mitinfundiert und kann maßgeblich dazu beitragen, bösartige Leukämiezellen in der Empfängerin, im Empfänger als fremd zu erkennen, zu attackieren und somit die Heilungschancen zu erhöhen. Als Transplantate wurde früher Knochenmark verwendet, heutzutage meist mobilisierte aus dem Blut abgesammelte Stammzellgemische, da deutlich einfacher zu gewinnen. Die Stammzelltransplantation stellt weiterhin die einzige kurative Behandlungsform für viele Patientinnen und Patienten mit bösartigen Erkrankungen des Bluts oder schweren angeborenen Immundefekten dar. Neue Therapieformen, wie die CAR-T-Zelltherapie, versuchen lediglich den Immuneffekt der Zelltherapie zu nutzen – ohne gleichzeitig eine „große“ Transplantation des kompletten Blut- und Immunsystems durchzuführen. Hierbei werden (momentan meist körpereigene) T-Lymphozyten gentechnisch derart verändert, dass sie gegen Zielstrukturen, die auch auf den entarteten malignen Zellen zu finden sind, abgerichtet werden. Im Rahmen der gentechnischen Modifikation werden dann zugleich co-stimulatorische, verstärkende Elemente integriert, was den CAR-T-Zellen ermöglicht, einen übernatürlichen immunologischen Effekt zu vermitteln. Diese Therapieform steht derzeit nur für wenige Indikationen (Lymphome, multiple Myelome) zur Verfügung, da für andere Erkrankungen bisher keine Zielstrukturen identifiziert sind, die sicher angegriffen werden könnten, ohne dass es zu bedrohlichen Nebenwirkungen kommen könnte.

Bei welchen anderen Indikationen bieten Zellprodukte einen Therapiefortschritt?

Blut- und Knochenmarkzellen sind aufgrund ihres flüssigen Charakters ein leicht erhältliches Forschungsmaterial, welches unkompliziert und ohne Schädigung des Menschen entnommen werden kann. Daher wurde die Blutstammzelle schon in den 1980er Jahren identifiziert und ist inzwischen sehr gut charakterisiert. Anders sieht dies für solidere Gewebe aus: Auch hier werden Stammzellen mit „regenerativem Potenzial“

postuliert, sind aber bei weitem schlechter charakterisiert und stehen in der Klinik noch nicht für Gewebeersatz routinemäßig zur Verfügung. Wohl aber ist es prinzipiell möglich, Haut zu züchten und zu übertragen (z.B. bei Brandopfern), Inselzellen für Patientinnen und Patienten mit Diabetes zu isolieren und transplantieren etc.

Die Rolle der Transfusionsmedizin für sämtliche Medizinbereiche wird vielfach unterschätzt bzw. fehlt das Wissen darüber. Was sollte medizinisches und nichtmedizinisches Personal über dieses Fachgebiet wissen bzw. wo bedarf es eines Wissenstransfers?

Die transfusionsmedizinische Versorgung eines Klinikums ist zentraler Bestandteil des klinischen Kerngeschäfts: Ohne Sicherstellung der transfusionsmedizinischen Versorgung kann kein Notfall, kein Operationssaal und keine Chemotherapie bei Tumorpatientinnen und -patienten stattfinden. Eine transfusionsmedizinische Abteilung ist dann richtig gut, wenn keiner bemerkt, dass sie existiert. Die Transfusionsmedizin teilt sich im Wesentlichen in einen diagnostischen Bereich zur Bestimmung von Blutgruppen, HLA-Typisierungen und einigen Spezialuntersuchungen. Daran anhängend das Führen eines Blutdepots zur Versorgung der Patienten mit Blutprodukten. Der zweite große Teilbereich dieses Fachs ist die Hämotherapie, in welchem Patientinnen und Patienten in bestimmten klinischen Situationen einer sogenannten Apherese-prozedur unterzogen werden, in welcher zelluläre oder auch im Plasma befindliche Substanzen entfernt werden können. Ein dritter großer und wichtiger Bereich ist die Zell- und Gewebegewinnung, sowie deren Lagerung und Rückgabe, z.B. eben Blutstammzellen, Immunzellen etc.. Diese Zellen werden dann zu einem späteren Zeitpunkt aufgetaut und können transplantiert werden.

Die MedUni Wien verspricht mit dem in Bau befindlichen Zentrum für Translationale Medizin neue, auch im internationalen Vergleich führende Forschungs- und Behandlungsbedingungen. Welche Möglichkeiten und Vorteile bietet dieses Zentrum für Wissenschaftlerinnen, Wissenschaftler aber auch für Patientinnen und Patienten?

Der Transfer von Erkenntnissen aus dem Forschungslabor ist äußerst schwierig. Eine Universität und ein Zentrum, das die Infrastruktur dafür bereitstellt und ein fundiertes Know-how für derartige translationale Projekte bietet, ist für viele Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sehr attraktiv, da solche translationale Projekte nur in größeren interdisziplinären Kollaborationen, nie aber in Einzelbestrebungen, erfolgreich sein können.

Immer mehr Expertinnen und Experten sprechen sich für eine Produktion von Zellprodukten am Point of Care aus. Welche Vorteile haben solche In-House-Lösungen? Wie sieht die Lage diesbezüglich in Österreich aus?

Biobox

Antonia Müller studierte Humanmedizin an der Albert-Ludwigs Universität Freiburg im Breisgau. Praktika führten sie u.a. nach Wien (Klinik Hietzing), Kapstadt (Groote Schuur Hospital) und New York (Memorial Sloan Kettering Cancer Center). Ihre Facharztbildungen für Internistische Hämatologie und Onkologie begann sie ebenfalls in Freiburg i.Br., unterbrach diese dann aber für einen mehrjährigen Forschungsaufenthalt von 2006 bis 2012 an der Stanford University, CA. Ihre Forschung in der Division of Blood and Marrow Transplantation befasste sich mit der Pathophysiologie der Graft versus Host Erkrankung sowie Regeneration von Blutbildung und Immunfunktion mittels verschiedener präklinischer Stammzelltransplantationsmodelle. Zurück in Europa, komplettierte sie am Universitätsspital Zürich in der Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie ihre Facharztbildung und war dann dort seit 2015 als Oberärztin im Bereich der Stamm- und Immunzelltherapie tätig. Seit Mai 2022 ist sie Professorin für Zelltherapie und Transfusionsmedizin an der MedUni Wien sowie Leiterin der Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin an der MedUni Wien und am AKH Wien.



In-House-Herstellung bietet viele Vorteile: Zeitgewinn; Verwendung von frischen Zellen und Geweben und Vermeidung zellschädigender Einfrierschritte; Kosteneinsparung (wenngleich der Unterhalt der Infrastruktur ebenfalls sehr teuer ist und die Produktion auch vor Ort teuer bleibt); genaue Kenntnis über Produkteigenschaften und Inhalt; und mit am wichtigsten vielleicht die Möglichkeit, durch akademische Studien tatsächlich neuartige Konzepte zu prüfen und einen Beitrag zum Fortschritt zu liefern. Als Wissenschaftlerinnen, Wissenschaftler und Ärztinnen, Ärzte ist es nicht primär unsere Aufgabe, und wir haben auch nicht entsprechende Kompetenzen, den großen Pharmafirmen Konkurrenz zu machen und bereits etablierte CAR-T-Konstrukte nachzubauen, sondern eben vielmehr neuartige Ideen zu entwickeln und auf Richtigkeit und Machbarkeit zu überprüfen. Wenn aber CAR-T-Zellen und andere Zelltherapien in frühere Behandlungslinien rücken und aufgrund ihrer breiten Anwendung budgetrelevant für das Gesundheitswesen werden, dann ist es denkbar, dass man an gewissen großen Zentren sogenannte Herstellungszentren aufbaut und dort die Herstellung von Produkten für die reguläre Patientenversorgung durchführt. Die Gewinnung und Verarbeitung, inklusive Kryoservierung und Lagerung, sind für Häuser mit Stammzelltransplantationsprogramm Routine, für die Herstellung von CAR-T-Zellen werden zunehmend geschlossene Systeme und Kits angeboten, sodass die Herstellung technisch gut machbar sein dürfte. Große Hilfe wäre allerdings bei der Umsetzung regulatorischer Hürden und der Finanzierung der Infrastruktur und Facilities, ebenso wie der Vergütung der Herstellung der Produkte und der eigentlichen Behandlung durch die Krankenkasse bzw. alternative Vergütungsmodelle. Diese Hürden können Krankenhäuser alleine nicht bewältigen. Derartige Entscheidungen müssen auf höherer gesundheitspolitischer Ebene entschieden und getragen werden. Wohin die Reise geht, ist noch nicht sicher. Wenn man sich mit Kolleginnen und Kollegen in den USA unterhält, ist man dort schon deutlich überzeugter, dass die Herstellung zurück in die akademischen Zentren geht. Am sinnvollsten erscheint wohl die Herstellungskompetenz an den Zentren aufzubauen und spezielle Anwendungen außerhalb der Routinezulassung zu verwenden, sodass dann die zwangsläufig rasche und deutlich günstig werdende Bereitstellung von Produkten durch die Pharmaindustrie für Standardindikationen für den Hauptteil der Patientinnen, Patienten verwendet werden könnte. **P**

Osteopathie – Evidenz vorhanden

Pro Woche lassen sich rund 30.000 Österreicherinnen und Österreicher von einer Osteopathin oder einem Osteopath behandeln. Trotzdem existiert dafür kein geregeltes, anerkanntes Berufsbild. **WISSENSCHAFTLICH BELEGT IST VOR ALLEM EINE WIRKUNG BEI CHRONISCHEN SCHMERZZUSTÄNDEN**, hieß es bei den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen auf der Alten Schafalm in Alpbach in Tirol auf der Basis einer Literaturlanalyse von Univ.-Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Leiterin des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Med Uni Graz. | von Wolfgang Wagner

Rund um den Gesundheitsberuf der Osteopathinnen und Osteopathen gibt es seit vielen Jahren eine gravierende Problematik. Msc. Margit Halbfurter, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO): „Laut einer Umfrage der Statistik Austria aus dem Jahr 2019 suchen in Österreich bereits 10 Prozent aller über 15-Jährigen mindestens einmal im Jahr eine Osteopathin oder einen Osteopathen auf. Das sind bei 1.500 bis 2.000 aktiven Osteopathinnen und Osteopathen rund 30.000 Behandlungen pro Woche. Hinzu kommen noch die kinder-osteopathischen Behandlungen. Für sie gibt es in Österreich noch immer keinen gesetzlichen Rahmen.“

An der ÖGK wird es am Ende nicht scheitern.

Anno Melitopolus

Die Meinung von Gesundheitsminister Johannes Rauch, wonach die Osteopathie einen wertvollen Beitrag im Gesundheitswesen leisten könne, sei nur zu unterstreichen. Sie trage auch zur Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten bei.



Osteopathie ist wirksam

Ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie als gesetzlich anerkannter, eigenständiger Gesundheitsberuf wurde nun mit einer Studie der Med Uni Graz zur therapeutischen Wirksamkeit osteopathischer Behandlungen geschaffen.

Pro Woche lassen sich rund 30.000 Österreicherinnen und Österreicher von einer Osteopathin oder einem Osteopath behandeln. Trotzdem existiert dafür kein geregeltes, anerkanntes Berufsbild. **WISSENSCHAFTLICH BELEGT IST VOR ALLEM EINE WIRKUNG BEI CHRONISCHEN SCHMERZZUSTÄNDEN**, hieß es bei den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen auf der Alten Schafalm in Alpbach in Tirol auf der Basis einer Literaturlanalyse von Univ.-Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Leiterin des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Med Uni Graz. | von Wolfgang Wagner

Die Situation erscheint im internationalen Vergleich skurril: Patientinnen und Patienten suchen offenbar in breitem Ausmaß Linderung ihrer Beschwerden in einer Disziplin, die es offiziell in Österreich gar nicht gibt und die am ehesten im Windschatten der Physiotherapie existiert. Margit Halbfurter: „In 13 europäischen Ländern ist die Osteopathie als Gesundheitsberuf (gesetzlich; Anm.) verankert. Vorreiter war 1993 Großbritannien. Es folgten Länder wie Finnland, Dänemark, Frankreich, Portugal und die Schweiz. In Italien gibt es den Anerkennungsprozess seit verganginem Jahr. Osteopathie hat in diesen Ländern den Status eines primären Gesundheitsberufes. In sieben Ländern gibt es dafür eine akademische Vollzeitausbildung. Dänemark kommt 2024 dazu.“



Digital dazugeschaltet

- Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

Sonderbeilage Tiroler Tageszeitung, Erscheinungstermin 5. Oktober 2022

Die Situation erscheint im internationalen Vergleich skurril: Patientinnen und Patienten suchen offenbar in breitem Ausmaß Linderung ihrer Beschwerden in einer Disziplin, die es offiziell in Österreich gar nicht gibt und die am ehesten im Windschatten der Physiotherapie existiert. Margit Halbfurter: „In 13 europäischen Ländern ist die Osteopathie als Gesundheitsberuf (gesetzlich; Anm.) verankert. Vorreiter war 1993 Großbritannien. Es folgten Länder wie Finnland, Dänemark, Frankreich, Portugal und die Schweiz. In Italien gibt es den Anerkennungsprozess seit verganginem Jahr. Osteopathie hat in diesen Ländern den Status eines primären Gesundheitsberufes. In sieben Ländern gibt es dafür eine akademische Vollzeitausbildung. Dänemark kommt 2024 dazu.“

Wissenschaftliche Evidenz

Dafür ist offenbar der Effekt der manipulativen Therapie im Rahmen der Osteopathie immer besser wissenschaftlich belegt. Das hat eine Analyse der existierenden Übersichtsarbeiten zu „Wirksamkeit und Sicherheit osteopathischer Behandlungen – Systematic Overview of Reviews“ ergeben, welche Andrea Siebenhofer-Kroitzsch (Med Uni Graz) vor kurzem fertig gestellt hat. Die Literaturstudie erfolgte zwar im Auftrag der OEGO, jedoch hätte man - wie immer - „fachlich unabhängig“ gearbeitet, wie die Expertin feststellte.

Die Leiterin des Instituts für Allgemeinmedizin der Med Uni Graz und ihr Co-Autor Thomas Semlitsch haben 27 systematische Reviews auf der Basis von randomisierten kontrollierten Studien nach ihrer Aussagekraft beurteilt. 16 von ihnen wurden erst ab 2016 veröffentlicht, 13 stammten aus Europa. 15 der ausgewerteten Publikationen befassten sich mit der Wirksamkeit der Osteopathie bei Erkrankungen von Muskeln und Skelett. Die Beurteilung erfolgte nach Patientinnen- bzw. Patienten-relevanten Endpunkten wie Schmerz/Symptomatik, Funktionalität und Lebensqualität, Medikation bzw. unerwünschte Ereignisse. Es ging ausschließlich um manuelle osteopathische Behandlungsformen.

Den Weg zur Evidenz muss man gehen.

Michael Gnant

Das Ergebnis, das auch eine aktuelle Anleitung dafür sein könnte, bei welchen Beschwerden und Krankheitsbildern Patientinnen und Patienten am ehesten Hilfe durch eine Osteopathin oder einen Osteopathen in Anspruch nehmen und eine Verbesserung ihres Zustandsbildes erwarten dürfen, so die Autorin und der Autor: „Osteopathische Behandlungen sind bei erwachsenen Personen mit chronischen nicht-onkologischen Schmerzen, chronischen Kreuzschmerzen (auch während der Schwangerschaft; Anm.), akuten Nackenschmerzen und bei frühgeborenen Säuglingen (durch Verringerung der Spitalsaufenthaltsdauer; Anm.) wirksam.“

Die Anerkennung der Osteopathinnen und Osteopathen als Gesundheitsberuf ist die erste Hürde.

Andreas Huss

„Es fanden sich keine positiven Ergebnisse mit hoher Verlässlichkeit der Evidenz“, sagte die Expertin. Für die genannten Anwendungsgebiete bestünden aber in der wissenschaftlichen Literatur Hinweise auf eine „positive Wirkung mit moderater Verlässlichkeit“, wie Andrea Siebenhofer-Kroitzsch betonte. Das bedeutet, dass weitere Studien diesen Status „vermutlich nicht verändern“ werden. Keine Effekte bei einer niedrigen Verlässlichkeit der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz gibt es hingegen für Erwachsene mit akuten unspezifischen Kreuz-



Es gibt Evidenz für eine positive Wirkung mit moderater Verlässlichkeit für die Osteopathie in einigen Indikationen.

Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

schmerzen, Fibromyalgie- und Kopfschmerzpatientinnen und -patienten und zum Beispiel Personen mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung. Keine wissenschaftlichen Hinweise auf eine Wirkung existieren für Anwendungen in der Zahn- und Kieferheilkunde, bei Krebs und anderen Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Die Wissenschaftlerin: „Trotz heterogener Studienlage mit teilweise geringer methodischer Qualität der Reviews und der inkludierten randomisierten kontrollierten Studien hat sich die Evidenzlage zu Aussagen auf manuelle osteopathische Behandlungen verbessert.“

Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant (ABCSSG) betonte, dass man für neue Heilmethoden jeweils eine Wirksamkeit beweisen müsse: „Das sind wesentliche Schritte in diese Richtung. Es ist offensichtlich, dass es sich um eine junge Disziplin handelt, die tatsächlich im klinischen Alltag in Österreich schon viel weiter ist. Ich finde es toll, dass diese Studie durchgeführt worden ist.“ Es sei auch richtig, dass man Berufsbild, Aus- und Weiterbildung regle. Allerdings müsse für die einzelnen Indikationen der Osteopathie die Evidenz noch verstärkt werden. „Diesen Weg muss man gehen.“

„Mittlere oder moderate Evidenz für bestimmte Indikationen, das ist eigentlich schon relativ viel“, sagte dazu Gerald Gartlehner, Departmentleiter für Evidenzbasierte Medizin der Universität für Weiterbildung (Krems) und Co-Leiter von Cochrane Österreich. Immerhin seien auch in der modernen Medizin nur ein Drittel aller Verfahren durch gute wissenschaftliche Studien in ihren Effekten mit randomisierten kontrollierten Studien ausreichend belegt. „Ich glaube, auf diese Indikationen, wo es Evidenz gibt, sollte man sich konzentrieren. Man kann nichts für Alles verwenden.“ Die Krankenkassen sind in Österreich an die gesetzlichen Vorgaben gebunden, betonte der Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse, Andreas Huss. „Die Österreichische Gesundheitskasse setzt sich sehr intensiv auch mit neuen Gesundheitsberufen auseinander.“

Der Gesetzgeber schreibt uns vor, welche Gesundheitsberufe und Leistungen wir anzubieten haben. Wir diskutieren jetzt gerade mit dem Gesetzgeber, dass die klinischen Psychologinnen und Psychologen, die Gesundheitspsychologinnen und -psychologen in das Leistungsspektrum des ASVG aufgenommen werden. Ein ‚jüngerer‘ Gesundheitsberuf ist die Osteopathie, die noch kein Gesundheitsberuf ist. Das ist die erste Hürde.“ Bei entsprechender Gesetzesänderung und entsprechender Evidenz seien auch osteopathische Leistungen im Rahmen der von den Krankenkassen bezahlten Leistungen zu überlegen.

Genauso wie Huss drückte auch der Ärztliche Leiter der ÖGK, Dr. Andreas Krauter, seine Gratulation bezüglich der Grazer Studie und festgestellter Evidenz für die Osteopathie in einigen Indikationen aus. „Es sind Bereiche identifiziert worden, wo Evidenz vorliegt, und wir sagen können, dass uns das für die Zukunft eine Bereicherung des Leistungsangebotes bringt“, erklärte Krauter. „Ich habe auch in meinem Berufsleben immer wieder beobachtet, wie sehr in neurologischen Bereichen, insbesondere im Post-Insult-Bereich, eine solche Versorgung etwas bringt.“ Bei entsprechender Evidenz könnte die Osteopathie einen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten bringen. Man brauche aber auch die rechtliche Grundlage, um den Weg gemeinsam zu einer Ausweitung des Leistungsangebots auf diesem Gebiet gehen zu können.

Es sind Bereiche identifiziert worden, in denen Evidenz vorliegt.

Andreas Krauter

Ganz ähnlich auch Dr. Arno Melitopoulos, Leiter der Landesstelle Tirol der ÖGK und auch Leiter der Abteilung für Versorgungsmanagement 3 der ÖGK: „An der ÖGK wird es am Ende nicht scheitern. (...) Innovationen erfolgen im öffentlichen Gesundheitswesen in einem recht strikten Prozess. Man muss mit dem System auch ein wenig Geduld haben.“ Jedenfalls sei es mutig für einen möglichen neuen Gesundheitsberuf, sich einem solchen Evidenz-Check zu unterwerfen. Im Fall der Osteopathie sei das gut. „Wir wollen Leistungen, die die Versorgung gezielt verbessern. Dazu brauchen wir aber auch die formalen Voraussetzungen dafür.“ Während

Teilnehmende des Gipfelgesprächs (v. l.)

- Arno Melitopoulos
- Margit Halbfurter
- Michael Gnant
- Andreas Huss
- Franz Harnoncourt
- Andreas Krauter
- Gerald Gartlehner
- Andreas Stippler

es für die Kostenübernahme bei den Arzneimitteln ein strikt geregeltes Prozedere gebe, sei das bei Heilbehelfen zum Beispiel schon schwieriger. Bei einem neuen Gesundheitsberuf gebe es dazu noch keine Erfahrungen, wie man diesen mit seinen Angeboten in den Leistungskatalog aufnehmen könne.

Mittlere oder moderate Evidenz für bestimmte Indikationen, das ist eigentlich schon relativ viel.

Gerald Gartlehner

Jede Hilfe erwünscht

„Wir haben zwei Probleme in der Orthopädie. Wir sind Europameister im Operieren. Wir haben aber sehr viele weiße Flecken in der Schmerztherapie. Ich komme aus der Praxis und habe sehr viele chronische Schmerzpatientinnen und -patienten. Den chronischen Schmerz, den wünscht man niemand. Es geht soweit, dass sich Menschen mit chronischen Schmerzen umbringen. Jede Hand, die hilft, den chronischen Schmerz zu verhindern, ist willkommen“, sagte Dr. Andreas Stippler, Präsidialkonsultent der NÖ Ärztekammer, selbst Facharzt für Orthopädie. Man sollte auf Augenhöhe zusammenarbeiten für eine multimodale Schmerztherapie. Die gebe es in Österreich viel zu wenig. Aber, so der Experte: „Wir müssen die Spreu vom Weizen trennen.“ Qualität und Evidenz müssten gegeben sein. Bei weitem nicht nur die Krankenkassen sind dazu verpflichtet, höchste Kriterien bezüglich eines evidenzbasierten Leistungsangebotes zu erfüllen. Dr. Franz Harnoncourt, Vorstandsvorsitzender der OÖ Gesundheitsholding: „Wir sind im Spital dazu verpflichtet, nur anerkannte Methoden einzusetzen.“ Das Sammeln von Evidenz sei die einzige Möglichkeit, das Therapiespektrum zu erweitern. „Das Totschlagargument, dass die Medizin – historisch gesehen – oft nicht evidenzbasiert ist, darf uns nicht dazu verleiten, dass wir jetzt noch nicht Evidenzbasiertes draufsetzen.“ Die Osteopathie solle sich nicht – wie von ihren Gründern vor rund 120 Jahren – als „Alternativmedizin“, sondern als komplementäre Methode verstehen. Die entsprechende wissenschaftliche Absicherung sei aber notwendig. Die zweite Voraussetzung für die Zukunft: Ein klares Bekenntnis zu einer standardisierten Ausbildung ist unumgänglich. **P**

ÖSTERREICHISCHE
GESELLSCHAFT
FÜR OSTEOPATHIE

PRAEVENIRE
GESUNDHEITSGESPRÄCHE



PERFORMANCE

Ein Land bedingten Wissenschaftsvertrauens



Viele ÖSTERREICHERINNEN UND ÖSTERREICHER HALTEN FORSCHUNG UND WISSENSCHAFT FÜR WICHTIG – am ehesten für die Gesundheit. Am meisten vertrauen sie ihren Hausärztinnen und Hausärzten als Wissensquelle. Nicht zuletzt auch COVID-19 hat offenbar zu Misstrauen gegenüber der Politik geführt, hat jetzt eine Spectra-Umfrage im Auftrag der PRAEVENIRE-Initiative ergeben. Führende Expertinnen und Experten fordern mehr Investitionen in Forschung und in Wissenschaftskommunikation. | von Wolfgang Wagner

Rang besser als Deutschland ab. In Sachen Biotechnologie waren die Österreicherinnen und Österreicher unter den EU-Mitgliedsländern überhaupt am misstrauischsten. Das war der Hintergrund für die PRAEVENIRE Initiative „Wissenschaft für die Menschen“ und der Gesellschaft der Ärzte in Wien, die Spectra Marktforschungsgesellschaft (Linz) mit einer groß angelegten repräsentativen Erhebung zu beauftragen, welche die Meinungen und Einstellungen der Österreicherinnen und Österreicher zum Thema „Wissenschaft“ genauer beleuchten sollte. Präsentiert wurden die Ergebnisse der Umfrage vom März 2022 unter 1.031 direkt kontaktierten Personen am 11. Oktober im Wiener Haus der Ärzte (Billrothhaus). Fazit der genauen Analyse, so Dr. Walter Wintersberger (Spectra): „Es gibt nicht nur Schwarz, es gibt nicht nur Weiß. Die Mehrheit will, dass wir uns rational verhalten. 66 Prozent meinen, Wissenschaft und Forschung werden helfen, in Zukunft chronische Erkrankungen und Krebs besser behandeln zu können.“ Am wenigsten vertraut in Sachen Evidenzbasiertheit wird der Politik, der Regierung, der öffentlichen Verwaltung sowie den Religionsgemeinschaften.

Wir sind Nobelpreisträger – das ist ein „Córdoba-Effekt“.
Hannes Androsch

Gesundheit an der Spitze
Wissenschaft und Forschung haben immer Themen, die mehr oder weniger dringlich für die Menschen sind. Hier steht die Gesundheit für die österreichische Bevölkerung eindeutig an erster Stelle. Für 42 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher sind Fragen der Gesundheit und der Gesundheitsvorsorge jene „Themenbereiche, die jetzt angegangen werden müssen, damit wir mit Zuversicht und Optimismus den kommenden Jahren entgegen blicken können (Umfrage-text; Anm.).“ Dann folgen Demokratie, soziale Gerechtigkeit und Sicherheit (25 Prozent), Wirtschafts-, Finanzfragen, Arbeitsplätze (19 Prozent), Umweltfragen (17 Prozent) und Digitalisierung (4 Prozent). Wintersberger: „Bis 30, 35 Jahren steht die Umwelt im Vordergrund. Im Alter über 50 merkt man, dass man nicht unsterblich ist.“ 49 Prozent der Menschen dieser Altersgruppe halten die Gesundheit für besonders wichtig, 34 Prozent der 15-29-Jährigen die Umwelt.

Dies schlägt auch bei den präferierten Wissenschafts- und Forschungsbereichen durch. „Bitte investiert in Gesundheit und Umwelt“, leitete der Meinungsforscher Forderung aus den erhobenen Daten ab: 65 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher (70 Prozent der Frauen, 61 Prozent der Männer, 72 Prozent der über 50-Jährigen) wünschen sich Investitionen in Gesundheit und Gesundheitsvorsorge, 40 Prozent in Umweltfragen, 35 Prozent in Wirtschaft, Finanzen und Arbeitsplätze.

Wir dürfen die Hände nicht in den Schoß legen.
Beatrix Volc-Platzer

Hohes Gut: Evidenzbasiertheit
Im Grunde sind die Menschen in Österreich an rationalen und evidenzbasierten Entscheidungen interessiert. Die Überlegung, dass die Gesellschaft nur dann eine „Zukunft in Wohlstand“ haben dürfte, wenn „wir unsere gemeinsamen Entscheidungen vernünftig und unvoreingenommen auf der Basis gesicherten Wissens und Erkenntnissen treffen“, stimmen 79 Prozent voll oder größtenteils zu. Nur 4 Prozent befürworteten diese Aussage nur noch „sehr bedingt“ oder „gar nicht“. Die Zustimmung ist offenbar deutlich abhängig von der Bildung (46 Prozent bei Maturantinnen und Maturanten, Uni- oder FH-Absolventinnen und Absolventen, nur 37 Prozent der Personen mit abgeschlossener Lehre). Zwischen dem Land (31 Prozent) und der Stadt (Wien: 50 Prozent; Landeshauptstädte 45 Prozent) gibt es deutliche Unterschiede.

Unser Wohlstand basiert auf Wissenschaft und Forschung.
Hannes Stockinger

Die Unterscheidung zwischen Wahr und Falsch hält ein überwiegender Teil der österreichischen Bevölkerung für demokratiepolitisch wichtig. 78 Prozent stimmten voll oder größtenteils dieser Aussage zu: „Eine Demokratie kann nur dann funktionieren, wenn Bürger in der Lage sind, zwischen ‚wahren‘ und ‚falschen‘ Informationen, sogenannten ‚Fake News‘, zu unterscheiden.“ Nur insgesamt 5 Prozent waren zum Zeitpunkt der Erhebung (März 2022) „gar nicht“ oder „nur sehr bedingt“ dieser Ansicht.



Eine Frage des Vertrauens

Deutliche Defizite tun sich in Österreich allerdings dann auf, wenn es um die Quellen der Informationen geht, denen man vertrauen kann. Für 71 Prozent sind „logisches Denken“ und „Hausverstand“ die „zuverlässigsten Grundlagen zur Unterscheidung zwischen wahren und falschen Informationen.“ Dann folgen die persönliche Lebenserfahrung, wissenschaftliche Erkenntnisse und wissenschaftliche Arbeiten sowie Analysen (48 Prozent), Expertenmeinungen (40 Prozent). „Nur rund ein Drittel (31 Prozent; Anm.) sagt, dass die eigene Schulbildung hilft, zwischen Wahr und Falsch zu unterscheiden“, merkte Wintersberger kritisch an. Medien schneiden mit 25 Prozent bereits relativ schlecht ab.

Der tiefe Zwiespalt zwischen dem wirklichen Expertinnen und Experten entgegengebrachten Vertrauen und dem Misstrauen der Politik gegenüber zeigt sich in folgender Rangliste, die widerspiegelt, wem am meisten vertraut wird:

- **Wissenschaft und Forschung (Exponenten): 68 Prozent**
- **Renommiertere/bekanntere Medien: 46 Prozent**
- **Expertenkommissionen/Arbeitskreisen und NGOs: jeweils 26 Prozent**
- **Wirtschaft/erfolgreiche Unternehmen: 10 Prozent**
- **Politik, Regierung, öffentliche Verwaltung: 7 Prozent**
- **Die eigene Religionsgemeinschaft: 3 Prozent**

„Die Religion hat ausgedient. Es gibt einen Vertrauensverlust in die Politik“, sagte der Marktforscher. Ebenfalls nur 3 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher halten „Politiker, Gesundheitssprecher und politische Parteien“ für die vertrauenswürdigsten Expertinnen und Experten in Gesundheitsfragen (sehr großes Vertrauen), 6 Prozent hingegen Vertreterinnen und Vertretern alternativmedizinischer Praktiken und 7 Prozent Gesundheitsbehörden etc. (8 Prozent: Expertinnen und Experten der Pharmaindustrie). An der Spitze hingegen: Hausärztinnen und -ärzte (37 Prozent), Fachärztinnen und -ärzte (31 Prozent), diplomiertes Krankenpflegepersonal (17 Prozent) und Apothekerinnen und Apotheker (17 Prozent). Nimmt man die beiden höchsten Vertrauensgrade zusammen, kommen die Hausärztinnen und -ärzte auf 77 Prozent Zustimmung, die Fachärztinnen und -ärzte auf 73 Prozent und die Krankenpflegerinnen und -pfleger auf 63 Prozent (Apothekerinnen und Apotheker: 60 Prozent).

Das Podium der Pressekonferenz (v.l. n. r.)

- Christoph Huber
- Hannes Stockinger
- Eva Höttl
- Beatrix Volc-Platzer
- Walter Wintersberger
- Hannes Androsch



Einstellungsänderung dringend anzustreben

Für die bei der Präsentation der Umfrageergebnisse anwesenden namhaften Expertinnen und Experten sind die Daten jedenfalls ein dringender Aufruf, in Österreich mehr in Wissenschaft und Forschung zu investieren und gleichzeitig die Wissenschaftskommunikation auszubauen. Univ.-Prof. Dr. Beatrix Volc-Platzer, Präsidentin der Gesellschaft der Ärzte in Wien: „Interdisziplinarität in der wissenschaftlichen Diskussion ist extrem wichtig. Das Vertrauen in die Wissenschaft nimmt mit dem Alter zu. Wir dürfen die Hände aber nicht in den Schoß legen. Wir haben großen Nachholbedarf. Es geht darum, die Jugend bei diesem Thema abzuholen.“

Die Mehrheit will, dass wir uns rational verhalten.

Walter Wintersberger

„Wir sind Nobelpreisträger“

Der Ex-Finanzminister und langjährige Großindustrielle Dr. Hannes Androsch, auch ehemaliger Leiter des österreichischen Forschungsrates, betonte die strategische Bedeutung von Wissenschaft und Forschung für die Zukunft eines Landes wie Österreich: „Im Augenblick freuen wir uns und sind stolz unter dem Motto ‚Wir sind Nobelpreisträger‘. Das ist eine Art Córdoba-Effekt. Aber eine Schwalbe macht noch keinen Frühling. Wir sind eher im Winter.“ 1970 habe Österreich erstmals ein Wissenschaftsministerium eingeführt, um es später wieder abzuschaffen. 1970 sei die Kreditwürdigkeit Österreich von den Rating-Agenturen mit Triple A versehen worden, jetzt sei man bei einem Double A und negativem Ausblick. „Wir sind in den Innovationsratings deutlich zurückgefallen. (...) Bildung macht frei.“ Mangelnde Bildung schaffe hingegen die nächsten Sozialfälle. Oft nicht einfach sei die Situation der Letztverantwortlichen. Sie müssten aber ihre Motive klar darlegen: „Politikerinnen und Politiker müssen Entscheidungen treffen, nicht immer auf eindeutiger Faktenlage. Wenn sie sich aber an Umfragen orientieren, dann geht das schief. Zweieinhalb Jahre Pandemiemanagement sind da exemplarisch.“

Das deutsche Wissenschaftsbarometer zeigt, dass die Bevölkerung im Nachbarland zu 70 Prozent der Wissenschaft vertraut, wenn sie Basis für Entscheidungen ist, aber auf die Frage, ob sich Wissenschaft in die Politik und alltägliche Entscheidungen einmischen soll, sagen 40 Prozent explizit „nein“ – das

sei nicht ihre Rolle, erklärte Dr. Eva Höttl, Leiterin des Health Centers der Erste Group Bank AG und Mitinitiatorin der Initiative „Österreich impft“. Sie betonte die Wichtigkeit der durch die Umfrage erhobenen Meinung vieler Österreicherinnen und Österreicher, dass gemeinsame, vernünftige Entscheidungen ohne Voreingenommenheit und auf der Basis von gesichertem Wissen und Erkenntnissen die Zukunft des Landes in Wohlstand sicherstellen würden: „Es wäre entscheidend zu beginnen, wo bereits etwas an Vertrauen da ist. Die Menschen glauben Expertinnen und Experten, aber nicht Expertengremien von Regierungen.“ Für mehr Kommunikation von gesichertem Gesundheitswissen sollten mit den in Österreich rund 1.000 Arbeitsmedizinerinnen und -medizinern jene Fachleute gewonnen werden, die den Lebenswelten der Menschen in der Erwerbstätigkeit am nächsten kämen.

Österreich braucht mehr Investitionen in die Forschung.

Christoph Huber

Großforschungseinrichtungen fehlen

Im Vergleich zu Deutschland fehle es in Österreich an entschiedenem Einsatz für die Wissenschaft, betonte Univ.-Prof. Dr. Christoph Huber, Immunologe, Hämato-Onkologe und Co-Gründer von BioNTech: „Was wichtig ist? Was herauskommt im internationalen Vergleich.“ Man müsse die Menschen für Bildung und Wissenschaft begeistern. Es fehle aber auch an den Rahmenbedingungen. Huber: „Es ist wohl so, dass öffentliche Erklärungen nur bedingt von entschlossenen Taten begleitet wurden. In Deutschland gibt es riesige Großforschungsgesellschaften wie die Leibniz-Gemeinschaft, die Fraunhofer-Institute oder die Helmholtz-Gemeinschaft mit ihren Einrichtungen. Da würden jährlich mehr als zehn Milliarden Euro investiert, 40.000 Forscherinnen und Forschern die Arbeit ermöglicht. „Es braucht verstärkte Forschungsförderung. Wir müssen miteinander sprechen.“ Huber nannte den Umstand, dass beispielsweise die neue geplante Medienförderung Wissenschaftsjournalismus nicht berücksichtige, „ganz entsetzlich, vernichtend“.

„Das Eurobarometer zeigte immer das Gleiche. 30 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher sagen, dass Wissenschaft und technologische Innovation keinen Effekt auf die Schaffung von Arbeitsplätzen haben wird, 26 Prozent sprechen gar von einem negativen Effekt, nur 35 Prozent von einem positiven Impact“, erklärte Univ.-Prof. Dr. Hannes Stockinger, Präsident des Verbandes der Wissenschaftlichen Gesellschaften Österreichs. „Unser Wohlstand basiert darauf.“ Erst jahrzehntelange Grundlagenforschung hätte die Basis für die Entwicklung von COVID-19-Impfstoffen in Rekordzeit ermöglicht. In Niederösterreich habe man immerhin eine Aktion „Wissenschaft im Wirtshaus“ ins Rollen gebracht, um mehr Verständnis bei den Menschen zu schaffen. „Wenn wir Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler als Einzelne zu den Menschen gehen, bringen wir etwas weiter.“ Das große Manko: Wissenschaftskommunikation werde in der Ausbildung und Karriere von Wissenschaftlerinnen, Wissenschaftlern nicht abgebildet, komme gar nicht vor. Wissenschaftskekaps kommt nicht von ungefähr ... **P**



PERFORMANCE

Verborgene Volkskrankheit Depression – Versorgungslücken müssen geschlossen werden

DIE GESELLSCHAFTLICHEN UND VOLKSWIRTSCHAFTLICHEN KONSEQUENZEN DER VERBORGENEN VOLKSKRANKHEIT DEPRESSION SIND ENORM. Hochgerechnet auf 2021 waren geschätzte 437.000 erwachsene Patient:innen in Österreich von einer ärztlich diagnostizierten Depression betroffen, rd. 14.000 von einer therapieresistenten Depression (TRD). Durch psychische Gesundheitsprobleme entstehen jährliche Kosten für den Staatshaushalt, die der Wertschöpfung des gesamten Einzelhandels entsprechen.¹

Gerade in Krisenzeiten ist mentale Gesundheit wichtig, um mit Unsicherheiten und neuen Herausforderungen umgehen zu können. Schon vor Pandemieausbruch gaben 5,7 Prozent der Männer und 9,2 Prozent der Frauen im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 an, innerhalb der letzten zwölf Monate unter Depressionen gelitten zu haben.² Die Zahl der Fälle hat sich durch die COVID-Pandemie in einigen europäischen Ländern verdoppelt oder sogar verdreifacht³ – eine große Herausforderung für die Menschen und das Gesundheitssystem in Österreich.

„Wir müssen alle Hebel in Bewegung setzen, um von Depression Betroffene mit vereinten Kräften besser zu versorgen: Wir müssen Bewusstsein schaffen, dieselbe Wertschätzung für mentale und körperliche Erkrankungen erreichen, den niederschweligen Zugang zu Therapien sicherstellen und eine patientenzentrierte Versorgung durch integrierte Angehörigen-, Ärzt- und Pflegeteams vorantreiben“, so Alexander Müller-Vonderlind, Director Market Access and External Affairs bei Janssen Austria, der Pharmasparte von Johnson & Johnson.

Folgen für Arbeitsmarkt und Volkswirtschaft
Hochgerechnet auf das Jahr 2021 hatten geschätzte 157.000 erwachsene Patient:innen in Österreich eine mittelgradige oder schwere Depression. Davon waren rd. 14.000 therapieresistent, mit den herkömmlichen Arzneimitteln kann also kein nachhaltiger Therapieerfolg erzielt werden. „Allein aus der Versorgung dieser therapieresistenten Patient:innen erwachsen unserem Gesundheitssystem jährliche Kosten von 337 Millionen Euro“, so Univ.-Prof. Dr. Christian Helmenstein, Vorstand des Economica Instituts für Wirtschaftsforschung und Chefökonom der Industriellenvereinigung. „Die jährlichen direkten Kosten bei TRD werden für 2021 auf 113 Mio. Euro geschätzt, wobei der Anteil der Kosten stationärer Betreuung mit 62 Prozent die kostenintensivste Komponente darstellt. Die geschätzten indirekten Kosten lagen mit etwa 224 Mio. Euro sogar höher als die direkten Kosten. Und nicht nur das: Die Krankheitslast durch therapieresistente Depressionen beträgt fast 9.800 verlorene gesunde Lebensjahre.“

Versorgungsproblem Behandler:innenmangel
„Wir müssen dringend gegen das große diagnostische und therapeutische Defizit in Österreich angehen“, erklärt Prim.a Dr.in Christa Rados, Vorständin der Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin am LKH Villach. „Wir gehen davon aus, dass bis zu circa 60 Prozent der Depressionen gar nicht behandelt werden.“ In Österreich gibt es aktuell 1.707 Fachärzt:innen für Psychiatrie, 341 Ärzt:innen befinden sich in Ausbildung. Die Zahlen für Ärzt:innen in Ausbildung stiegen im letzten Jahr nicht, daher können 15 Prozent der Ausbildungsstellen und 15 Prozent der Facharztstellen in Krankenanstalten derzeit nicht besetzt werden. „Wir müssen schneller, patientenzentrierter und wohnortnäher werden: Unser Ziel muss sein, dass jede und jeder psychisch Erkrankte binnen 14 Tagen einen Ersttermin bei Fachärzt:innen bekommt, egal ob in der Stadt oder auf dem Land, egal ob arm oder reich“, ist Rados überzeugt.

Höhere Investitionen in Sozialpsychiatrie nötig
Es gilt, die integrierte Versorgung unter Einbindung von Hausärzt:innen, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen bis hin zu Apotheker:innen zu forcieren und stärker in gemeindenahen ambulanten psychiatrischen Diensten zu investieren, um dem Stadt-Land-Gefälle entgegenzuwirken. „Wir müssen die Krisenintervention flächendeckend ausrollen und in der Zielsteuerung berücksichtigen, die Primärversorgungseinheiten ausbauen und Social Prescribing, Community Nurses und School Nurses einbinden – mit einem Wort, mehr neue Modelle in der Strukturplanung mitdenken, und zwar berufsgruppenübergreifend“, so Rados. Auch Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, Professor für Allgemeine Psychiatrie an der Sigmund Freud Privat-Universität Wien, sieht einen integrativen Zugang als essenziell: „Medikamente, sozialpsychiatrische, psychologische und psychotherapeutische Behandlung müssen Hand in Hand arbeiten. Wir sollten das neue Psychotherapie-Gesetz als Chance nutzen und stärker auf das Potenzial der klinischen Psychologie und auf Multiprofessionalität setzen.“ **P**

Janssen Forum: 25 Expertenforderungen für eine bessere Versorgung
Um der Verpflichtung als starker Partner des Gesundheitssystems nachzukommen, organisierte Janssen Austria im Juni 2022 das „Janssen Forum Mental Health“ und lud über 20 hochrangige Expert:innen aus den Bereichen Psychiatrie, Psychologie, Public Health, Sozialversicherung und gesetzliche Interessenvertretungen ein, im Dialog Defizite zu definieren und Lösungswege zu erarbeiten. Aus dem Forum entstand die Publikation „Janssen Mental Health Forum 2022 – Expert:innen entwickelten im Dialog Forderungen für eine bessere Versorgung chronischer Depression in Österreich“. Die aktuelle Economica-Analyse „Volkswirtschaftliche Auswirkungen der therapieresistenten Depression“ diente als zentrale Grundlage der Diskussion. Beide Reports können unter presse@janssen.at angefordert werden.



Janssen Mental Health Forum 2022
Expert:innen entwickelten im Dialog Forderungen für eine bessere Versorgung chronischer Depression

Janssen-Cilag Pharma GmbH
Vorgartenstraße 206B
1020 Wien
www.janssen.com/austria

Janssen
PHARMACEUTICAL DIVISION OF
JOHNSON & JOHNSON

AT_CP-348494_5OKT2022



- Mag. Alexander Müller-Vonderlind, Director Market Access & External Affairs Janssen Austria
- Univ.-Prof. Dr. Christian Helmenstein, Chefökonom der österreichischen Industriellenvereinigung (IV) und Vorstand des Economica Instituts für Wirtschaftsforschung
- Prim.a Dr.in Christa Rados, Vorständin der Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin am LKH Villach
- Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, Professor für Allgemeine Psychiatrie an der Sigmund Freud Privat-Universität Wien
- Dr. Matthias Paar, Medical Lead Neuroscience & Pulmonary Hypertension Janssen Austria

Die Ansprüche an die psychiatrische Versorgung sind in den vergangenen Jahren massiv gewachsen. Wir als forschendes Pharmaunternehmen nehmen unsere Verantwortung als starker Partner des Gesundheitswesens wahr. Nicht zuletzt, indem wir den offenen Dialog der verschiedenen Interessengruppen fördern und dafür, wie mit dem Janssen Forum, Plattformen bieten.

Ramez Mohsen-Fawzi, Managing Director von Janssen Austria

Biobox

Janssen Austria arbeitet mit einem Team von mehr als 155 Mitarbeiter:innen daran, österreichischen Patient:innen Innovationen in den Bereichen Psychiatrie & Neurologie, Hämatologie & Onkologie, Immunologie, Pulmonale Hypertonie Herz-Kreislauf- & Stoffwechselerkrankungen und Infektionskrankheiten & Impfstoffe zugänglich zu machen.

www.janssen.com/austria



- ¹ Helmenstein C et al. Volkswirtschaftliche Auswirkungen der therapieresistenten Depression (Hrsg. von Economica); Aug. 2022, S.9 (Data on file)
- ² Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege, Konsumentenschutz. Österreichische Gesundheitsbefragung 2019, September 2020. https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Oesterreichische-Gesundheitsbefragung2019_Hauptergebnisse.pdf (zuletzt aufgerufen im August 2022)
- ³ Economist impact. Depression in Europe. Building resilience through awareness, improved access, integrated care, and parity of esteem. Juni 2022, abrufbar unter <https://impact.economist.com/projects/depression-in-europe/infographic> (zuletzt aufgerufen am 29.9.2022)
- ⁴ Helmenstein C et al. Volkswirtschaftliche Auswirkungen der therapieresistenten Depression (Hrsg. von Economica); Aug. 2022, S.15 (Data onfile)
- ⁵ Jacobi, J., Wittchen, H., Hölting, C. et al. (2004), Prevalence, co-morbidity and correlation of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey. Psychol Med 34:597-611.
- ⁶ Weigluni, B., Dilemma um Facharztausbildungen. Ärzte Exklusiv 5/2022, Mai 2022.



PERFORMANCE

E-Health-Strategie statt Stückwerk



Im über Jahrzehnte hinweg immer komplexer gewordenen Gesundheitswesen wird mittlerweile sprichwörtlich an allen Ecken und Enden an digitalen Lösungen gearbeitet. Sinnvoll aber wäre eine gesamtheitliche Strategie, die von möglichst vielen Menschen als nützlich erkannt wird. **DIE KRITERIEN FÜR EINEN ERFOLG** sind relativ einfach, stellen Expertinnen und Experten beim 4. PRAEVENIRE Digital Health Symposium in Seitenstetten dar. | von Wolfgang Wagner

Die zentrale Frage, so der Moderator der zweitägigen Veranstaltung (16./17. Mai 2022) Prof. Dr. Reinhard Riedl von der Berner Fachhochschule: „Wie kann man die Probleme überwinden, welche die digitale Transformation des Gesundheitswesens verhindern?“. In den Expertenrunden stelle sich schnell heraus, dass bei den direkt Beteiligten großes Wissen vorhanden sei, dieses aber erst bei den Menschen „draußen“ ankommen müsse. „Wir müssen das Wissen der Bevölkerung übermitteln“, sagte Riedl. Zwei einander entgegengesetzte Pole seien zu identifizieren: „Der Nutzen ist ferne, das Vertrauen wird sofort gefordert. Anders ist das bei kommerziellen Apps, bei denen der Nutzen nah – und die wahrgenommenen Risiken ferne sind.“ Erst über das Erkennen der Nützlichkeit für die eigene Person würde der Mensch am ehesten neue Technologien wie die Digitalisierung in Verbindung mit Gesundheit akzeptieren. Eine wahrscheinlich sinnvolle Strategie, so der Experte: Man sollte sich auf jene wahrscheinlich 80 Prozent der Bevölkerung konzentrieren, welche der Transformation ins digitale Zeitalter nicht feindlich gegenüberstehen. „Und würden wir jene 70 Prozent gewinnen, die sich beispielsweise gegen COVID-19 impfen haben lassen, hätten wir schon viel erreicht.“

Wir haben die Chance, Forschungsdatenräume zu schaffen – natürlich mit Pseudoanonymisierung der Daten. Vor zehn Jahren hat es mit Amazon begonnen. Jetzt sind wir bei der Gesundheit angekommen.

Peter Parycek

Einzigartige Chance Österreichs?

„In den vergangenen fünf bis sieben Jahren ist die digitale Transformation in der Gesellschaft immer stärker sichtbar geworden. Es entstehen ganz andere logistische Abläufe und Geschäftsmodelle. Mit COVID-19 ist eine Beschleunigung dieser Entwicklung einher gegangen“, sagte Univ.-Prof. Dr. Peter Parycek von der Donau Universität Krems.

Die digitale Transformation laufe in verschiedenen Bereichen von Wirtschaft und Gesellschaft eben unterschiedlich ab. Parycek: „Vor zehn Jahren hat es mit Amazon oder Zalando

- Thorsten Dusberger
- Stefan Sauermann



- Peter Parycek



begonnen. Bei den Reisen ging das seit 2013/2015. Jetzt sind wir bei der Gesundheit angekommen.“ Wirtschaft und Geschäftsbereiche sind aber nur ein Teil dieses Geschehens, das historische Ausmaße nimmt. „Wie sieht die neue Arbeitswelt aus? Führen über Ziele ist heute präsenter denn je. Wenn sich (räumlich; Anm.) Beziehungen auflösen, kann über Kontrolle gar nicht mehr oder nur noch schwer geführt werden.“ Der Gesundheitsbereich selbst habe sich schon vor der ins Laufen kommenden digitalen Transformation in einer oft prekären Situation befunden. Man brauche sich nur die Personalknappheit bei Ärztinnen und Ärzten oder in der Pflege anschauen.

Wir brauchen nicht „Big Data“, wir brauchen „Smart Data“ Per Machine Learning sollen Krankenhausaufnahmen sechs bis acht Wochen vor der eigentlichen Diagnose vorhergesagt werden können.

Thorsten Dusberger

Österreich könnte – so es buchstäblich nur will – laut Parycek in einer international extrem guten Ausgangslage für die Nutzung digitaler Daten sein. „Österreich hat mit der Elektronischen Gesundheitsakte ELGA ein stabiles System, das die Vernetzung sicherstellt. Das ist die Grundlage. „Darauf aufbauen ließen sich Patientenservices – inklusive Schnittstellen für die Anbindung neuer Health Apps von kommerziellen Anbietern. Der zweite potenzielle Vorteil: „Die Gesundheitsdaten liegen in vielen Bereichen in Österreich bei den Bundesländern und in deren Verfügungsgewalt. Das ist eine große Chance für Österreich. Wir haben die Chance, Forschungsdatenräume zu schaffen – natürlich mit Pseudoanonymisierung der Daten.“ Das wären potenziell „einzigartige Forschungsdaten mit hoher Anziehungskraft für die gesamte Welt.“ Die Grundlage für die Auswertung von Informationen, auch per Künstlicher Intelligenz/Big Data, seien eben die Daten selbst. Der Experte: „Brauchen wir die Zustimmung jeder einzelnen Patientin, jedes einzelnen Patienten? Wenn wir klar eine Pseudoanonymisierung vornehmen, ist keine Einwilligung zwingend notwendig.“ Natürlich müsse man die entsprechenden Regelungen dafür per Gesetz schaffen.

Egal, was wir machen, es ist ein Kommunikationsproblem. Es gibt keine dummen Fragen, es gibt nur dumme Antworten.

Stefan Sauermann

Anforderungen aus 30 Jahren Erfahrung

Für Dr. Thomas Holzgruber, Kammeramtsdirektor der Wiener Ärztekammer – er hat mittlerweile jahrzehntelange Erfahrung auf dem Gebiet der Planung, Realisierung und dem Ausrollen von Gesundheits-IT-Lösungen – sind die Anforderungen für einen Erfolg mit einfachen Kriterien zu deklinieren. Werden sie erfüllt, könne jedes Projekt relativ reibungslos zum Erfolg geführt werden:

- Gemeinsame Road Map der Stakeholder für die Planung und Priorisierung von Projekten mit Bund, Bundesländern, Sozialversicherung, Ärztekammer, Wirtschaftskammer Österreich und anderen Beteiligten (z. B. Apothekerkammer) mit an Bord. „Es gibt unterschiedliche Zugänge. Es fehlt aber komplett eine gemeinsame, strukturierte Road Map.“ Ob e-Rezept, Mutter-Kind-Pass oder andere noch geplante Lösungen, ohne Einbindung aller Beteiligten vom Projektstadium an könne es nicht gehen.
- Legal Check und Medical Check: Im ersten Fall geht es speziell um den Datenschutz, im zweiten Fall um die Frage, ob ein System überhaupt dem „State of the Art“ der Medizin entspricht. Ein über viele Jahre verfolgtes und erst via COVID-19 erfolgreich eingeführtes Projekt: der E-Impfpass. Holzgruber: „Da sind wir in Österreich absolute Vorreiter international. Wir haben das 2007 gefordert.“ Die Planung hätte das Projekt schließlich erst für 2030 vorgesehen. Im Endeffekt sei es durch die Bemühungen aller Beteiligten gelungen, den e-Impfpass binnen weniger Monate mit Februar 2021 zu verwirklichen.
- Sicherstellung und Klärung von Finanzierung und Projektmanagement. Der Kammeramtsdirektor der Wiener Ärzte-Standesvertretung: „Alle diese (IT-)Gesundheitsanwendungen kosten Geld.“ Zu klären sei, wem die einzelnen Projekte eben nützen. Projekte, welche vordringlich für die Krankenversicherungen wichtig wären, seien eben über diese zu finanzieren. „Man kann nicht nur einfach sagen: „Das machen wir jetzt.“ Holzgruber: „Und



dann braucht man ein ordentliches Projektmanagement. Man brauche einen, der wie der Hirtenhund die Schafe umkreist und schaut, dass alle zusammen bleiben und weiter arbeiten.“

– Unabdingbar: Ein Probebetrieb jedes neuen Systems, der am besten sechs Monate lang dauern sollte. Das ließe sich erwiesenermaßen mit Beteiligung der Ärzteschaft in einzelnen Regionen relativ leicht aufstellen. – Usability Check – Holzgruber: „Es muss einen Nutzerbeirat je Projekt mit ausschließlich Nutzern als Mitgliedern geben.“ – Schließlich der Rollout: Erst nach Freigabe durch den Nutzerbeirat (Usability). Holzgruber: „Man kann jedes Projekt nach diesen Kriterien herunter deklinieren.“ Eventuell wichtig: Übergangsfristen für manche Benutzergruppen, die nur langsam oder aus Altersgründen nicht mehr auf jedes neue Projekt (sofort) umsteigen wollten. Ein Problem, das sich in Zukunft vermehrt aus der Struktur der österreichischen Ärzteschaft ergeben wird, so der Wiener Kammeramtsdirektor: „Wir müssen uns im Klaren sein, dass zwei Drittel der österreichischen Ordinationen kein e-Card-System haben, weil sie Wahlärztinnen und Wahlärzte sind.“ Hier werde man wohl eine Lösung finden müssen.

Wir brauchen die Diagnosecodierung nach internationalem Standard. Da muss etwas passieren, ob es der Ärztekammer gefällt oder nicht.

Andreas Huss

Hohe Erwartungshaltung bei moderner Technik

„Technik ist Zukunft! Digitalisierung betrifft alle“ – so lauteten Key-Messages von DI Dr. Stefan Sauermann (FH Technikum Wien). Es gebe bereits jede Menge zur Qualitätskontrolle digitaler Anwendungen. Entscheidend für den Erfolg sei die Kommunikation, betonte der Experte: „Aktuell sehen wir in der Vertrauensbildung den zentralen Punkt. Dort beginnt und endet alles.“ Vertrauen funktioniert immer persönlich – in Einzelpersonen oder in Gruppen. Die Frage ist, so Sauermann: „Kann in einer rein digitalen Welt Vertrauen entstehen? Woher weiß ich, dass du (das digitale Gegenüber; Anm.) überhaupt existierst?“ Grundbedingung für Vertrauen sei bewiesene Qualität. Das müsse kommuniziert werden. „Egal was wir machen, es ist ein Kommunikationsproblem“, sagte der Fachmann. Am Ende stehe immer der Verbraucher als Einzelperson. „Es kann kein rein digitales Vertrauen geben. Wir können aber jene bestmöglich unterstützen, die bereit sind zu vertrauen. Wir werden es nie schaffen,

alle zu erwischen.“ Einen wesentlichen Teil im Kommunikationsprozess könnten kurze Erklärvideos mit einfachen Informationen spielen, die schließlich offen diskutiert werden könnten. „Es gibt keine dummen Fragen, es gibt nur dumme Antworten.“

Ärzte verpflichtet?

Andreas Huss, Obmann-Stellvertreter der Österreichischen Gesundheitskasse, sieht aus der Praxis der Versicherten in Österreich relativ wenig an Ablehnung. „Grundsätzlich erwartet der Patient oder die Patientin die Digitalisierung. Die Menschen wissen um ELGA, um die Krankenhaus-Informationssysteme, KIS etc. Und sie erwarten, dass die Daten vernetzt werden und zur Verfügung stehen“, erklärte Huss. Es sei einfach mühsam für die Betroffenen, wenn sie in Gesundheitseinrichtungen „zum sechsten Mal“ erklären müssen, was ihnen fehle. „Die Menschen haben alles andere als Angst. Nur 3 Prozent der Versicherten haben sich in Österreich von ELGA abgemeldet. Sie erwarten sich, dass die Spitäler die Daten zur Verfügung stellen und die Ärztin oder der Arzt hineinschaut.“ Eine Grundbedingung für die Zukunft, so Huss: „Wir streiten noch immer mit der Ärztekammer, ob die Ärztinnen und Ärzte jetzt zum Beispiel Long Covid als Diagnosecode eingeben. Wir brauchen die Diagnosecodierung nach internationalem Standard.“ Erst so ließe sich eine strukturierte Datenauswertung für die Versorgung, Planung und die Wissenschaft durchführen. Huss: „Da muss etwas passieren, da wird etwas geschehen. Ob es der Ärztekammer gefällt oder nicht. Darauf kann man nicht, muss man nicht Rücksicht nehmen.“ Man benötige aber auch den Gesetzgeber, der die niedergelassene Ärzteschaft zur Durchführung der ICD-Diagnose-Eingabe verpflichte. Wenn die öffentliche Hand viel Geld für das Gesundheitswesen bereitstelle, sei auch das Einspielen dieser Daten zum Nutzen der Gemeinschaft zu erwarten.

Qualität verbessern, Kosten senken

„Verbesserung der Versorgungsqualität“, „Senkung der Kosten der Versorgung“ und „Verbesserung von Forschung & Zusammenarbeit“, nannte schließlich Dr. Thorsten Dusberger (IQVIA) die zentralen Herausforderungen des Gesundheitswesens. Allerdings, derzeit würden 95 Prozent der Investitionen in die ersten beiden Bereiche fließen. Der Wert des dritten Themas sei noch nicht ausreichend anerkannt. Das Problem, so der Experte: „Die Nutzung von Gesundheitsdaten ist nicht einfach. Wir haben sehr viele Daten, aber es fällt schwer, sie intelligent zu nutzen. Wir brauchen nicht ‚Big Data‘, wir brauchen ‚Smart Data‘.“ Jedenfalls könne nur ein professionelles Vorgehen dabei helfen, die Herausforderungen der

Zukunft auf dem Gebiet der Digitalisierung zu meistern: „Fit für den Zweck“, „Fit für die Medizinprodukteverordnung“, „Fit für die Datengrundverordnungsvorschriften“ – so lauteten die Anforderungen.

IQVIA beteiligt sich an zwei Projekten, in denen in Deutschland professionell die Analyse von digitalen Gesundheitsinformationen in der Forschung eingesetzt wird: So gibt es ein Projekt zum Identifizieren besserer Wege zur Behandlung der Sepsis. Neun Kliniken in ganz Deutschland konnten so vernetzt werden, dass die Daten von 500 aufgenommenen Patientinnen und Patienten bioinformatisch ausgewertet werden. Eine Frage, die sich dadurch vielleicht klären lassen könnte: Warum weisen Sepsis-Patientinnen und -Patienten, deren für die schwere Erkrankung ursächliche Infektionen erfolgreich behandelt worden sind, noch innerhalb eines Jahres eine erhöhte Sterblichkeit auf? Das zweite Projekt, wie Dusberger darstellte: „Anhand von Pflegetagebüchern, elektronischen Krankenakten und nationalen Registern soll per Machine Learning eine frühzeitige Erkennung bevorstehender Krankenhauseinweisungen noch sechs bis acht Wochen vor der eigentlichen Diagnosestellung möglich werden.“ Auch hier ist wieder die Mustererkennung der Kernpunkt. „IQVIA hat bereits Vorhersagealgorithmen für viele medizinische Ereignisse und therapeutische Bereiche entwickelt“, fasste der Experte zusammen.

Es fehlt komplett eine gemeinsame Road Map. Man kann nicht nur einfach sagen: „Das machen wir jetzt.“

Thomas Holzgruber

„Digital Twin Society 2030“

Die Praevenire Initiative will mit Aktivitäten zur Etablierung einer „Digital Twin Society 2030“ die digitale Transformation im österreichischen Gesundheitswesen fördern. Riedl: „Wir bilden die Echtwelt-Entität in Daten ab, führen in diesem Datenraum unsere Auswertungen durch und führen die Resultate in die Echtwelt zurück.“ So können die Handelnden zum Beispiel bei der Entscheidungsfindung in medizinischen Fragen unterstützt werden. Die Voraussetzungen dafür, um das Vertrauen der Öffentlichkeit zu gewährleisten: Verteilte Datenhaltung am Ursprungsort und Verfügungsberechtigung für und durch Patientinnen, Patienten, temporäre Integration der Daten und Auswertung an einem gesicherten Ort mit Löschung der Informationen nach der Analyse sowie Retournierung der Resultate und Kontrolle der Algorithmen. **P**



20.-21. April 2023
5. Digital Health Symposium, Wien



WELLDONE

Seltene Erkrankungen häufiger erkennen

Dank www.symptomsuche.at finden Sie Seltene Erkrankungen online! Nach Eingabe der Symptome werden mögliche Erkrankungen angezeigt und Sie können die Ursachen der Beschwerden früher eingrenzen. So ist es möglich, Seltene Erkrankungen rascher zu diagnostizieren und zu therapieren – und Sie ersparen Ihren Patient:innen unnötige Irrwege.



Für einzelne Krankheitsbildbeschreibungen gibt es DFP-Fortbildungen mittels Online-Test auf www.meindfp.at.



Rare disease ribbon

Den Werkzeugkasten des Immunsystems nutzen

Das Immunsystem gilt als eines der komplexesten Netzwerke innerhalb des menschlichen Körpers. In den letzten 50 Jahren wurden die **ENTWICKLUNGEN DER IMMUNOLOGISCHEN FORSCHUNG MIT MEHREREN NOBELPREISEN BELOHNT**, etwa 2018 für die Entdeckung einer neuartigen Krebstherapie. | Marie-Thérèse Fleischer, BSc

Das Immunsystem zu verstehen, ist wesentlich, um die Fortschritte in verschiedenen kritischen Bereichen voranzutreiben, unterstreicht Prof. Dr. Lorenzo Moretta, Leiter der Abteilung für Immunologie der Kinderklinik Bambino Gesù in Rom. Darunter fallen Infektionskrankheiten, Krebs, autoimmune, entzündliche und allergische Erkrankungen. Aktuell werden sowohl Tools aus dem Werkzeugkasten des angeborenen als auch des erworbenen Immunsystems genutzt. Darüber, welchen Stellenwert jene Behandlungskonzepte haben, sprach Moretta im Rahmen der 7. PRAEVENIRE Gesundheitstage.

Angeborene und erworbene Immunität

Das angeborene Immunsystem ist allzeit bereit, Attacken von Mikroorganismen und Viren abzuwehren. Die beteiligten Zellen inkludieren neutrophile Granulozyten, Monozyten und natürliche Killerzellen (NK-Zellen). „In den allermeisten Fällen werden die Eindringlinge von dieser ersten Abwehrlinie gestoppt und der Betroffene merkt nichts von dem Infektionsgeschehen“, so Moretta. Müssen stärkere Geschütze aufgefahren werden, wird das erworbene Immunsystem aktiv, welches aus zwei Arten von Lymphozyten besteht: den T- und den B-Zellen. Diese arbeiten eng mit dem angeborenen Immunsystem zusammen, welches auf die Phagozytose und Zerstörung von Pathogenen spezialisiert ist.

Das Immunsystem zu verstehen, ist wesentlich, um die Fortschritte in verschiedenen kritischen Bereichen voranzutreiben.

Lorenzo Moretta

Die Lymphozyten weisen eine hohe Vielfalt an Rezeptoren auf, mit denen sie die Antigene von Mikroorganismen und Viren, aber auch jene von bestimmten Tumorzellen erkennen. Trifft ein Lymphozyt auf Antigene, die mit seinem Rezeptor zusammenpassen, kommt es im Rahmen der Immunantwort zu einer klonalen Vermehrung des entsprechenden Lymphozyten. Der nachgeschaltete Prozess macht das immunologische Gedächtnis aus: Einige der aktivierten Immunzellen werden zu Gedächtniszellen, welche sich bei erneutem Kontakt mit dem Pathogen rascher vervielfachen und den Eindringling eliminieren können als beim ersten Aufeinandertreffen.

Impfungen verhindern Infektionen – und Krebs

Das immunologische Gedächtnis der Lymphozyten stellt die Grundlage für Impfungen dar. Deren Erfolgsgeschichte begann im 18. Jahrhundert mit der Pockenimpfung. „Impfungen



können als Sicherheitsgurte der menschlichen Gesundheit angesehen werden“, hebt Moretta hervor. Neben den Pocken konnten auch weitere Erkrankungen wie Poliomyelitis, Diphtherie, Tetanus, Masern und Keuchhusten zurückgedrängt werden. „Allerdings sollten wir nicht zu optimistisch sein, wir haben gegen weniger als 30 Pathogene Impfstoffe“, warnt der Immunologe. Dabei kann die Aktivierung des immunologischen Gedächtnisses sogar Krebserkrankungen hintanhalten – z. B. Leber- bzw. Gebärmutterhalskrebs, dank dem Schutz vor Hepatitis-B- bzw. humanen Papillomviren. Laut Moretta sei zu hoffen, dass auch gegen das mit Magenkrebs assoziierte Bakterium *Helicobacter pylori* eine Impfung entwickelt wird. Nicht zuletzt spiegelt sich die Erfolgsgeschichte der Impfstoffe bei den COVID-19-Impfungen wider, so der Immunologe: „Die Rate an Personen, die ungeimpft hospitalisiert wurden, ist um vieles höher als bei den vollständig Geimpften.“

Allergien und Autoimmunerkrankungen behandeln

Steht eine überschießende Reaktion des Immunsystems im Vordergrund – wie bei Allergien und Autoimmunerkrankungen – werden andere therapeutische Werkzeuge benötigt. Immunzellen schütten Zytokine aus, um andere Zellen zu aktivieren und die Abwehrfunktion, etwa durch entzündliche Prozesse, aufrechtzuerhalten. Besonders Zytokine der Klasse der Interleukine stellen einen bewährten Angriffspunkt dar. Mit Antikörpern, die das Zytokin selbst oder den Zytokinrezeptor blockieren, können die entzündlichen Prozesse eingedämmt werden. Diese Vorgehensweise kann den Einsatz nebenwirkungsreicher, nicht zielgerichteter

Therapien – etwa systemisch verabreichter Kortikosteroide – reduzieren.

Stamm-, T- und NK-Zellen in der Krebstherapie

Als letzten wichtigen Einsatzbereich immunologischer Therapien nennt Moretta maligne Erkrankungen. Bei aggressiven Leukämien muss das blutbildende System nach Chemo- bzw. Radiotherapie durch eine hämatopoetische Stammzelltransplantation wieder aufgebaut werden. Dabei müssen die HLA-Merkmale auf den Immunzellen von Spenderinnen bzw. Spendern und Empfängerinnen bzw. Empfängern so gut wie möglich übereinstimmen. Jeder Mensch besitzt zwei HLA-Haplotypen, je einen von Mutter und Vater. Eine Übereinstimmung beider Haplotypen ist dank neuer immunologischer Verfahren aber nicht mehr zwingend notwendig – einer davon reicht aus, wodurch z. B. die Eltern dem Kind Stammzellen spenden können. An der Kinderklinik Bambino Gesù werden neben Stammzellen auch NK-Zellen und eine Subgruppe der T-Zellen (Gamma-/Delta-T-Zellen) transplantiert. Mit jenen NK- und T-Zellen „stellen wir von Beginn an Zellen zur Verfügung, die verbleibende Leukämiezellen bekämpfen können“, berichtet Moretta. Die 5-Jahres-Überlebensrate der so behandelten Kinder steigerte sich auf 70 Prozent.

Oberflächenmerkmale von Tumorzellen erkennen

Um sich ungestört teilen und dem Immunsystem entgehen zu können, haben Tumorzellen besondere Mechanismen entwickelt. Mit dem Oberflächenmerkmal PD-L1 hindern sie T-Zellen über deren PD-1-Rezeptor daran, die Tumorzellen zu zerstören. Mit den sogenannten Immun-Checkpoint-Inhibitoren kann diese Interaktion entweder durch Blockade von PD-L1 oder PD-1 verhindert werden, sodass die T-Zellen bei Kontakt mit den entarteten Zellen ordnungsgemäß aktiviert werden. Weitere moderne Entwicklungen in der Krebstherapie umfassen die CAR-T- bzw. CAR-NK-Zellen. Diese werden gentechnisch modifiziert und mit einem chimerischen Antigen-Rezeptor (CAR) versehen, welcher an Tumorzellen andocken kann. Während die T-Zellen von den Patientinnen und Patienten selbst stammen und in einer langwierigen und teuren Prozedur isoliert und verändert werden müssen, bietet der Einsatz der CAR-NK-Zellen viele Vorteile. „Große Mengen der NK-Zellen können vorbereitet und tiefgefroren werden – wenn die Patientinnen und Patienten ins Krankenhaus kommen, können sie sofort behandelt werden und die Kosten sind viel geringer“, betont Moretta. Insgesamt erlauben die rasanten Fortschritte innerhalb der Immunologie weitere Verbesserungen in der Prävention und Behandlung von Erkrankungen, so der Immunologe abschließend. **P**

Lorenzo Moretta ist Leiter der Abteilung für Immunologie der Kinderklinik Bambino Gesù in Rom. Er sieht im rasanten Fortschritt innerhalb der Immunologie Möglichkeiten zur weiteren Verbesserung in der Prävention und Behandlung von Erkrankungen.





PIONIERE

Perspektivenwechsel in der Diabetestherapie

Diabetes mellitus ist sowohl für die Betroffenen als auch für das Gesundheitssystem eine herausfordernde Erkrankung. Eine Heilung ist aufgrund des progressiven Charakters der Erkrankung sehr schwierig. Ziel ist es dennoch, eine anhaltende metabolische Verbesserung für Patientinnen und Patienten im Sinne einer Remission zu erreichen. Damit dies auch gelingt, **BRAUCHT ES EIN UMFASSENDES UND STRUKTURELLES UMDENKEN IN DER DIABETESTHERAPIE UND -BETREUUNG.** | von Lisa Türk, BA

Diabetes mellitus ist eine der am meisten verbreiteten Erkrankungen in Österreich. Laut Österreichischer Diabetesgesellschaft (ÖDG) sind hierzulande etwa 800.000 Menschen davon betroffen. Hinzu kommen 350.000 Prädiabetikerinnen und -diabetiker.* Expertinnen und Experten gehen außerdem von einer hohen Dunkelziffer aus. Mit über 90 Prozent aller Diabetesfälle ist TYP-2-Diabetes die häufigste Form der Erkrankung. In den kommenden Jahren ist von einer steigenden Prävalenz von TYP-2-Diabetes auszugehen, was die Notwendigkeit struktureller, ressourcentechnischer aber auch perspektivischer Veränderungen in Therapie, Betreuung und Finanzierung mit sich bringt. Die konkreten dahingehenden Herausforderungen haben Expertinnen und Experten im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs auf der Schafalm in Alpbach erörtert. Der Fokus der Diskussion lag auf dem Konzept der Remission als langfristiges Ziel, um Patientinnen und Patienten mit TYP-2-Diabetes die bestmögliche Lebensqualität bieten zu können. Diskutiert wurden außerdem der hohe Stellenwert des multidisziplinären Diabetesmanagements und die Relevanz von allgemeiner Awareness-Steigerung sowie Prävention.

Umfassendes und nachhaltiges Umdenken
Zunächst gab Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Ludvik, Vorstand i. Medizinische Abteilung Diabetologie, Endokrinologie und Nephrologie, Klinik Landstraße, Wien, einen Überblick über Brennpunkthemen und Problemfelder bei TYP-2-Diabetes. Zum einen ging er dabei auf die Korrelation von Lebensalter und Mortalität ein. „Je früher TYP-2-Diabetes auftritt, umso mehr Lebensjahre verlieren Patientinnen und Patienten im Endeffekt. Das Risiko für Komorbiditäten ist

Wir können Diabetes mellitus nicht heilen, mittels moderner Medikamente allerdings etwas dagegen unternehmen, indem wir Ereignisse wie Herzinfarkt und Schlaganfall reduzieren und die Lebensqualität der Betroffenen langfristig optimieren.

Bernhard Ludvik

erhöht – genauso wie die Gesamtsterblichkeit“, erklärte er und verdeutlichte damit nicht nur die Bedeutung einer frühen Intervention, sondern vor allem von effektiven und bewusstseinsschaffenden Präventionsmaßnahmen. Denn Spätkomplikationen führen nicht nur zu erheblichen Belastungen bei den Betroffenen und deren Familien, sondern auch zu personellen und finanziellen Herausforderungen für das System. „Österreich verzeichnet im Ländervergleich sehr hohe Krankenhausaufenthalte aufgrund von Diabetes mellitus, vor allem TYP-2 Diabetes. 33,7 Prozent der gesamten Diabetes-Kosten in Österreich entstehen durch das Therapiemanagement, 48,8 Prozent durch Spätkomplikationen. Um an diesen Stellschrauben zu drehen, braucht es ein Umdenken und tiefgreifende strukturelle Veränderungen“, betonte Ludvik.

Reizthema Remission

Grundsätzlich ist Diabetes mellitus nicht ausschließlich selbstverschuldet, sondern ist größtenteils (epi-)genetisch bedingt. „Natürlich sind Lebensstilmodifikationen, wie etwa gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung und damit Gewichtsreduktion (Anmerkung: Diabetes und Übergewicht sowie Adipositas stehen in Korrelation.), präventive und therapeutische

Ansatzpunkte. Es gibt aber auch Faktoren, die nicht oder nur schwer beeinflussbar sind. Wir können TYP-2-Diabetes nicht heilen bzw. ausschließlich mithilfe von Lebensstilmodifikationen bekämpfen. Wir können allerdings etwas dagegen unternehmen, indem wir Komplikationen vermeiden und die Lebensqualität der Betroffenen langfristig optimieren.“ Nun basiert die Remissionsdefinition in der Diabetologie entweder auf einer Senkung des HbA1c-Zielwertes auf 5,7 Prozent (inkl. prädiabetisches Stadium) für mindestens drei bis sechs Monate oder einer Remission mit einem glykämischen Zielwert von 6,5 Prozent. Die Debatte rund um die Begrifflichkeit der Remission sei in der Diabetologie deswegen ein „kontrovers diskutiertes Reizthema“, wie es Ludvik nannte, da Patientinnen und Patienten während dieser Phase definitionsgemäß nicht mehr behandelt werden dürften – etwas, das laut dem Experten, de facto nicht möglich ist. „TYP-2-Diabetes ist eine großteils genetisch bedingte Erkrankung – und gegen die Genetik können wir nichts tun“, so auch Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Clodi, Präsident der ÖDG, der weiters ergänzte: „Es anhand moderner Medikamente und Lebensstilinterventionen zu schaffen, dass Betroffene ihr Gewicht langfristig reduzieren und in eine Normalisierung der Glukose kommen, ist genau das, was ich mir als Arzt für meine Patientinnen und Patienten wünsche.“

Hoffnungsschimmer neue Medikation

Laut Ludvik ist die Remissionsdebatte aktuell deshalb derart relevant, da neue Inkretin-basierte Therapien zur Behandlung von TYP-2-Diabetes in Entwicklung sind. GIP und GLP-1 sind Darmhormone (Inkretine), die Einfluss auf die Insulinausschüttung bzw. – im Falle von GIP – auf das Fettgewebe haben. „Remission und Gewichtsreduktion gehen

PP-DE-AT-0887, OKTOBER 2022



* Jahrbuch für Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft in Österreich 2021



Hand in Hand“, so Ludvik. Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching, MBA, Abteilungsvorstand der 5. Medizinischen Abteilung mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie, stellte einen Vergleich zur ebenfalls chronischen rheumatoiden Arthritis her, bei der man Patientinnen und Patienten bereits seit 15 Jahren sofort nach der Diagnose mithilfe moderner Medikamente in einen Krankheitsstatus bringt, der idealerweise keine Einschränkungen der Lebensqualität nach sich zieht. „Diese Herangehensweise wird höchstwahrscheinlich auch auf TYP-2-Diabetes überspringen. Das Ziel ist eine möglichst rasche normale Stoffwechselsituation und die Senkung des Wertes in den Normbereich. Neuere moderne Medikamente können hierbei helfen, da sie auch effektiv eine Gewichtsreduktion herbeiführen. Damit gibt man vielen Patientinnen und Patienten eine realistische Möglichkeit, in Remission zu gehen – und auch zu bleiben“, so Fasching.

Wenn wir es nicht schaffen, die Gesundheitskompetenz und Compliance der Menschen zu erhöhen, nutzt auch das innovativste Medikament nichts.

Gerald Bachinger

Notwendigkeit von Systemänderungen

„Medikamente können noch so innovativ sein – wenn wir es nicht schaffen, die Gesundheitskompetenz und Compliance der Menschen zu erhöhen, nutzt das nichts“, regte Dr. Gerald Bachinger, Patientenanwalt und Leiter NÖ Patienten- und Pflegenachhilfe, an. Es brauche in Österreich massive Strukturänderungen und gesteigerte Ressourcen, um ein umfassendes Diabetes-Management – vom Kind bis zum Senior – zu ermöglichen. Das Ressourcen-Problem verortete OÄ Priv.-Doz. Dr. Johanna Brix, Präsidentin der Österreichischen Adipositas Gesellschaft (ÖAG), Klinik Landstraße, Wien, vor allem im niedergelassenen Bereich. „Zum einen ist dieser oftmals die erste Anlaufstelle für Betroffene, weshalb es hier gezielte Diabetes-Schulungen braucht. Zum anderen bedarf es einer adäquaten Refundierung zur Behandlung von Menschen mit Diabetes mellitus, sodass es im niedergelassenen Bereich attraktiv wird, sich zu spezialisieren.“ Mehr und mehr Ordinationen versuchen dies bereits – haben allerdings vor allem mit finanziellen Herausforderungen zu kämpfen. „Es ist nicht Sinn der Sache, sich die Honorare dann woanders zu holen. Der Sinn muss sein, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Menschen mit Diabetes gemeinsam mit anderen relevanten Gesund-

heitsberufen betreuen und diese Arbeit am Ende des Tages so abrechnen können, dass es sich lohnt“, ergänzte Ludvik. „Diesen Systemfragen stellen wir uns bereits im Rahmen einer aktuellen Studie, in der wir versuchen, aufzuzeigen, welche berufs- und vertragsrechtlichen sowie gesetzlichen Änderungen es braucht, um den Menschen eine bestmögliche Diabetesversorgung zu bieten“, erklärte Wolfgang Panhölzl, Leiter Abteilung Sozialversicherung Arbeiterkammer Wien. „Ein wesentlicher Ansatzpunkt ist allenfalls die österreichweit flächendeckende Etablierung bzw. Ausweitung von Diabetes-Zentren“, betonte Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA, Verwaltungsrat Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), und erntete die Zustimmung aller Expertinnen und Experten. Denn derartige Zentren bieten eine niederschwellige, umfassende, multimodale sowie interdisziplinäre Form der Betreuung, die gerade bei Diabetes essenziell ist.

Multiprofessionalität als Chance

Dass sich an einem erfolgreichen Diabetes-Management zahlreiche Gesundheitsberufe beteiligen müssen, unterstrich auch Mag. Gabriele Jaksch, Präsidentin des Dachverbandes der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs: „Diabetes-Betroffene brauchen sehr viele unterschiedliche Inputs, eine Berufsgruppe alleine kann diese Aufgabe nicht abdecken. Wir brauchen die Multiprofessionalität.“ Dem schloss sich auch DGKP Peter Gressl, 1. Vizepräsident des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV), an – gerade im Zusammenhang mit den bei Diabetes notwendigen Lebensstilmodifikationen und der Gewichtsreduktion. „Es ist wesentlich, auch das Lebensumfeld der Betroffenen zu analysieren und die nahen Angehörigen im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention in die Behandlung mit einzubeziehen.“ Mag. Barbara Fröschl, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), ergänzte die Notwendigkeit eines „Lotsen durch das System“, einer Diabetes-Nurse. „Vor allem wenn es um frühe Formen des Diabetes geht, ist eine System-Lotsin bzw. ein System-Lotse ein wesentlicher Erfolgsfaktor im multiprofessionellen Arbeiten.“ Im internationalen Vergleich werde außerdem deutlich, dass Länder, die multiprofessionell arbeiten, niedrigere Diabetes-Spätkomplikationsraten haben.

Kostenfaktor und Rechtliches

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Yvonne Winhofer-Stöckl, Leiterin der Diabetes-Ambulanz am AKH in Wien, kritisierte, dass innovative Therapien erst in sehr später Therapielinie erstattet werden und ergänzte weiters: „25 Prozent meiner Zeit gehen für Bewilligungen drauf. Das kann es doch nicht sein!“ Dass

Diskussionsteilnehmende (v. l.)

- Alexander Biach
- Helmut Brath
- Johanna Brix
- Martin Clodi
- Peter Fasching
- Barbara Fröschl
- Peter Gressl
- Gabriele Jaksch
- Bernhard Ludvik
- Wolfgang Panhölzl
- Bernhard Rupp
- Martin Schaffenrath
- Angelika Widhalm
- Yvonne Winhofer-Stöckl
- Herbert Puhl

Digital dazugeschaltet (v. o.)

- Gerald Bachinger
- Harald Führer

es entsprechende Regeln brauche, sodass Erstattung und Bewertung durch kontrollärztliche Dienste nicht mehr derart viel Zeit in Anspruch nehmen, bestätigte auch Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik, Arbeiterkammer Niederösterreich. „Als Arbeiterkammer achten wir darauf, unsere Mitglieder und auch die Sozialversicherung hier bestmöglich zu unterstützen, um Verbesserungen für alle Beteiligten zu erreichen“, betonte er. DI Harald Führer, Präsident von „Wir sind Diabetes – Dachorganisation der Diabetes Selbsthilfe Österreich“, ergänzte: „Das Wichtigste ist, eine Möglichkeit zu finden, die Politik und Sozialversicherungsträger davon zu überzeugen, dass es langfristig effektiv ist, in die Diabetes-Prävention zu investieren.“ Dass dies auch volkswirtschaftlich sinnvoll sei, erläuterte Dr. Alexander Biach, Standortanwalt und Direktorstellvertreter der Wirtschaftskammer Wien. „Im Vergleich mit Großbritannien ist Österreich in puncto Diabetes- bzw. Adipositas-Prävention und früher Intervention hinten nach. Die kürzlich eingeführte flächendeckende Bestimmung des HbA1c-Wertes ist zwar sicher ein Schritt in die richtige Richtung, grundsätzlich ist in Österreich hier allerdings noch Luft nach oben.“

Diabetes-Betroffene brauchen sehr viele unterschiedliche Inputs, eine Berufsgruppe alleine kann diese Aufgabe nicht abdecken. Wir brauchen die Multiprofessionalität.

Gabriele Jaksch

„Prävention und Remission“

Den Stellenwert der Prävention und frühen Intervention betonte auch Angelika Widhalm, Vorsitzende Bundesverband Selbsthilfe Österreich. „Wir brauchen eine Revolution im gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Denken, damit die Menschen endlich verstehen, dass sie ihre Gesundheit selbst in der Hand haben. Es braucht Prävention und für bereits erkrankte Menschen eine frühzeitige Intervention“, appellierte sie. Den Bogen zur Remission spannte schließlich Ludvik: „Remission und Prävention drehen sich im Kreis. Denn Prävention ist immer die Voraussetzung für eine erfolgreiche Remission. Lassen Sie uns die Ziele neu definieren, verschließen wir nicht die Augen vor der Evidenz, wehren wir uns nicht gegen die Verschreibbarkeit neuer Medikamente. Handeln wir, setzen wir gemeinsam frühzeitig an, um am Ende des Tages nicht nur Kosten zu senken, sondern vor allem Leid zu ersparen.“ P





PIONIERS



Leukämie: Komplexe Therapie – einfach erklärt

Die CAR-T-Zell-Therapie wird seit nunmehr zehn Jahren in der Behandlung von Leukämiepatientinnen und -patienten angewandt. **WIE SIE FUNKTIONIERT** und warum die Forschung dazu so wichtig ist, **ERKLÄRT EIN NEUES KINDERBUCH.** | von Mag. Marie-Thérèse Fleischer, BSc

Herr Reich, wie kam es zu der Idee, ein Kinderbuch über die CAR-T-Zell-Therapie zu schreiben?

REICH: Ich bin mit Prof. Dr. Michael Comer befreundet, der in Wien zusammen mit Hannes Stockinger, Hermann Katinger und anderen Forscherinnen und Forschern eine Plattform namens PACT (Platform for Advanced Cellular Therapies) gegründet hat. Als Künstler beschäftigte ich mich in meiner Malerei mit alten Automobilen, deren Historie ich erzähle. Michael weiß das, und auch, dass ich meine Bilder mit meinen Initialen – C.A.R. – signiere. Und er fragte mich, ob ich wüsste, was es mit CAR-T-Zellen auf sich hat, über die er mich dann aufklärte. Daraufhin fragte er mich, ob ich mir vorstellen könnte, einmal etwas ganz anderes zu malen: ein kleines Auto, ein CAR eben, das Krebszellen frisst. Ich sagte zu, aber verlor die Idee dann aus den Augen und zeichnete erst kurz vor dem nächsten Treffen mit Michael rasch einen Rohentwurf, der Michael so gut gefiel, dass er ihn auch Hannes zeigte, der begeistert war. Schließlich fragte mich Michael, ob ich rund um das gezeichnete Auto nicht eine Geschichte erfinden könnte. Dann verging wieder etwas Zeit, zuerst verwarf ich den Gedanken, denn ich bin ja Maler und kein Autor – aber eines Tages wachte ich auf und hatte eine Idee.

Worum geht es in der Geschichte?

REICH: Ein kleines Auto, das sich CAR nennt, ist ein Zauberauto, das sich noch viel, viel kleiner machen kann. Es trifft auf T-Rex und hilft ihm aus einer Klemme, wofür er von T-Rex sowohl ein paar Zähne als auch das T geschenkt bekommt. Fortan nennt er sich also CAR-T. Und anschließend rettet er – zusammen mit einem medizinischen Team ein Mädchen vor dem Krebstod. Somit ist CAR-T zum Schluss der Held der Geschichte. Ich habe dann beschlossen, ein Buch daraus zu

machen. Dieses soll für jedermann verständlich machen, was bei der CAR-T-Zell-Therapie passiert – denn 99,9 Prozent der Menschen wissen gar nichts von dieser Therapie.

Der Sinn und Zweck des Buches ist nicht unbedingt, Kinder zu belustigen, sondern Erwachsene mit der einfachsten Methode, die es überhaupt geben kann – nämlich mit einer Kindergeschichte – zu informieren, worum es bei der CAR-T-Zell-Therapie geht.

Curd Achim Reich

In welcher Form soll das Buch veröffentlicht werden?

REICH: Man kann es im Buchhandel und online erwerben. Aber es gibt auch einen zweiten Vertriebsweg: Ich suche aktiv Patinnen und Paten. Mein österreichischer Pate ist z. B. gerade 18 Jahre alt geworden und mit Begeisterung bei der Sache. Diese Patinnen und Paten sprechen Firmen an, die das Buch in einer größeren Stückzahl kaufen, eventuell mit einem Sticker „Ein Geschenk von Firma XY“ versehen und die Bücher an Kindergärten, Volksschulen, Kinderarztpraxen etc. verschenken. Wir hoffen, dass wir so zu einem Punkt kommen, wo ein Multiplikatoreffekt entsteht. Ich selbst werde natürlich in meinem Umfeld, dem Automobilsektor, ebenfalls Firmen ansprechen.

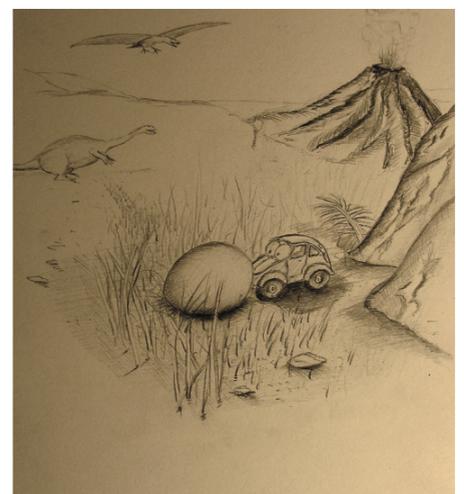
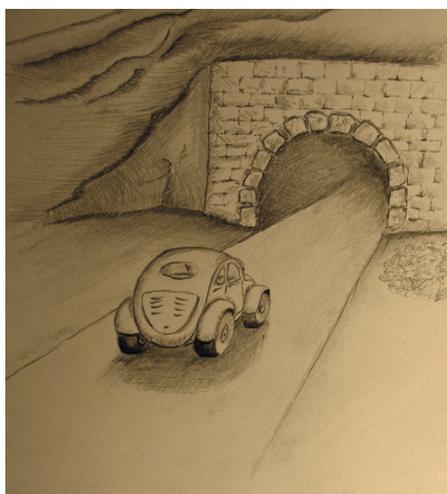
STOCKINGER: Was mich wahnsinnig freut, ist, dass sich Curd und andere medizinische Laiinnen und Laien für Wissenschaft und Forschung so begeistern können, wie wir Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler – denn das ist das Entscheidende.

Die Begeisterung für Wissenschaft weiterzugeben und Laiinnen und Laien niederschwellig am Wissen teilhaben zu lassen, hat sich Hannes Stockinger zur Aufgabe gemacht.

Bei der CAR-T-Zell-Therapie handelt es sich um eine Behandlungsform, die für jede Patientin bzw. jeden Patienten maßgeschneidert produziert wird. Die körpereigenen T-Zellen des Immunsystems werden mit einem CAR (chimären Antigenrezeptor) ausgestattet, welcher spezielle Marker auf den Leukämiezellen erkennt – und diese dann zerstört. Wie somit jungen (aber natürlich auch älteren) Patientinnen und Patienten geholfen werden kann, erzählt der freischaffende Künstler Curd Achim Reich einfühlsam in seiner Kindergeschichte. Im PERISKOP-Gespräch mit Reich und Univ.-Prof. DI Dr. Hannes Stockinger vom Zentrum für Pathophysiologie, Infektiologie und Immunologie der MedUni Wien und Präsident des Verbands der Wissenschaftlichen Gesellschaften Österreichs (VWGÖ) werden die Hintergründe des Buches und der Therapie besprochen.

Wenn die breite Öffentlichkeit über die Therapie weiß, dann erhöht das natürlich den Druck auf die Politik, die Forschung entsprechend zu fördern, sowie den Druck auf die Industrie, weiter daran zu arbeiten.

Curd Achim Reich



© KRISTIAN JUHASZ, REICH



Die komplexen Vorgänge und Mechanismen der CAR-T-Zelltherapie in eine unterhaltsame Geschichte zu verpacken und damit allgemein verständlich zu machen, ist dem freischaffenden Künstler Curd Achim Reich gelungen. Ein Teil des Erlöses kommt der Forschung zugute.

REICH: Vom Erlös des Buches wollen wir natürlich auch die Forschung unterstützen, auch wenn es nur ein Tropfen in einem Ozean darstellt. Wenn die breite Öffentlichkeit über die Therapie weiß, dann erhöht das natürlich den Druck auf die Politik, die Forschung entsprechend zu fördern, sowie den Druck auf die Industrie, weiter daran zu arbeiten. Wenn ich mir ansehe, wie viel Geld z. B. in die Kosmetikindustrie fließt – so viel Geld muss, wenn nicht noch viel mehr, doch auch investiert werden, um eine der infamsten Krankheiten endlich erfolgreich behandeln zu können. Der Sinn und Zweck des Buches ist nicht unbedingt, Kinder zu belustigen, sondern Erwachsene mit der einfachsten Methode, die es überhaupt geben kann – nämlich mit einer Kindergeschichte – zu informieren, worum es bei der CAR-T-Zell-Therapie geht.

Herr Stockinger, kommen wir zur Geschichte der CAR-T-Zell-Therapie selbst – wie und wann wurde diese entwickelt?

STOCKINGER: Die Idee der CAR-T-Zell-Therapie ist schon relativ alt. 1989 hat Zelig Eshhar vom Weizmann Institut in Israel die ersten chimären Antigenrezeptoren entwickelt und Zellen damit „bewaffnet“. 2012 bzw. 2013 war dann der Durchbruch in der CAR-Entwicklung, zufälligerweise kurz nachdem wir die Plattform PACT gegründet haben. Man hat mit den CAR-T-Zellen Verschiedenes versucht, z. B. eine HIV-Therapie, aber das hat nicht funktioniert. Der Durchbruch war dann, dass Stephan Grupp von der Forschungsgruppe von Carl June in Philadelphia die junge Patientin Emily Whitehead, die eine therapieresistente, also refraktäre, akute lymphatische Leukämie (ALL) hatte, damit erfolgreich behandelt hat. Heuer wurde das Jubiläum gefeiert, dass Emily seit zehn Jahren leukämiefrei ist. In Wien war Ulrich Jäger ein Pionier, weil er den ersten europäischen Patienten mit CAR-T-Zellen behandelt hat. Die Zulassung der CD19-CAR-T-Zellen zur Behandlung von Leukämie erfolgte im August 2017, bald danach konnte dieser Patient bereits davon profitieren.

Was ist das Besondere an dieser Therapie?

STOCKINGER: Die Therapie ist wirklich etwas Außergewöhnliches – auch die pharmazeutische Industrie hat hier einen Paradigmenwechsel erlebt. Es ist ja nicht so, dass man bei dieser

Therapie eine Substanz hat, die man in eine Pille verpacken kann, die dann fünf Jahre haltbar ist. Stattdessen muss eine hochkomplexe Zelle mittels Gentechnik generiert werden – und das hat auch die Frage aufgeworfen, ob so eine Therapie überhaupt angenommen wird, denn in Österreich ist die Skepsis gegenüber Gentechnik groß. Zusätzlich birgt die Herstellung momentan noch einen enormen Aufwand und ein hohes Risiko für die Patientinnen und Patienten. Es handelt sich ja um eine personalisierte Therapie, die aus den körpereigenen Zellen entwickelt werden muss. Die T-Zellen müssen aus dem Blut isoliert und eingefroren werden, dann in ein Labor geschickt werden, wo die Zellen über therapeutische Viren mit dem CAR transfiziert werden. Die Zellen müssen vermehrt und einer Qualitätskontrolle unterzogen werden, um Kontaminationen auszuschließen – erst dann werden die CAR-T-Zellen verabreicht. Dieser Prozess dauert sechs bis acht Wochen und bedarf spezieller Infrastruktur, da die Herstellung unter Reinraumbedingungen stattfindet.

Auf den ersten Blick mag die Therapie zwar teuer erscheinen – aber langfristig betrachtet, bekommt der Staat das Geld zurück, da die Erkrankten wieder Lebensqualität gewinnen und ins Arbeitsleben eingegliedert werden können.

Hannes Stockinger

Für welche Patientinnen und Patienten eignet sich die Therapie?

STOCKINGER: Die Therapie steckt noch in den Kinderschuhen, das muss jedem bewusst sein – sie funktioniert bei ALL ganz gut, aber auch nicht immer. Sie wird erst eingesetzt, wenn alle anderen Therapien versagt haben, da können die sechs bis acht Wochen, welche die Produktion beansprucht, zu lang sein. Die Leukämiezellen vermehren sich sehr schnell und unterdrücken die Produktion anderer Zellen, es kann also

passieren, dass die Patientin oder der Patient verstirbt, bevor die Zellen aus dem Labor zurückkommen. Oder die Zellen werden während des Prozesses kontaminiert – dann können sie nicht eingesetzt werden. Patientinnen und Patienten mit Leukämie haben hauptsächlich Leukämiezellen im Blut und nur wenige T-Zellen und zusätzlich unterdrückt die Erkrankung das Immunsystem und somit die Produktion der T-Zellen. Nicht zuletzt muss bedacht werden, dass die Industrie auch von der Herstellung profitieren möchte. In Österreich können wir uns aber glücklich schätzen, dass wir (noch) ein Gesundheitssystem haben, wo jeder, der die Therapie braucht, sie auch bekommt. Auf den ersten Blick mag die Therapie zwar teuer erscheinen – aber langfristig betrachtet, bekommt der Staat das Geld zurück, da die Erkrankten auf Grund der Rückgewinnung der Lebensqualität keine Pflege benötigen und wieder ins Arbeitsleben eingegliedert werden können.

Die Therapie ist wirklich etwas Außergewöhnliches – auch die pharmazeutische Industrie hat hier einen Paradigmenwechsel erlebt.

Hannes Stockinger

In welche Richtung entwickelt sich die Forschung bezüglich der CAR-T-Zell-Therapie weiter?

STOCKINGER: Die Zellen werden ja eingesetzt, um krankhafte Zellen im Körper aufzuspüren und zu zerstören – genau wie unser Immunsystem das tagtäglich tut, um uns gesund zu erhalten. Man versucht mittlerweile, die Technologie nicht nur bei Krebs, sondern auch bei vielen anderen Erkrankungen einzusetzen, etwa bei Herz- oder Lungenfibrose, wo sich Narbengewebe bildet. Dieses können die CAR-T-Zellen auflösen. Auch jene Zellen, die Allergien oder Autoimmunerkrankungen auslösen, versucht man, mit CAR-T-Zellen ganz spezifisch zu eliminieren. So können wir dem Immunsystem wieder auf die Sprünge helfen. Andererseits muss die Therapie so rasch wie möglich zu den Patientinnen und Patienten kommen. Hier war erst kürzlich ein Artikel im Magazin „Nature Biotechnology“, wo von einem schwammartigen Konstrukt berichtet wird, in welchem die T-Zellen direkt im Körper zu CAR-T-Zellen transformiert werden und sich dort entwickeln. Schneller zu werden, bedeutet auch, dass wir weniger personenspezifisch vorgehen werden müssen – so forscht man auch zu CAR-Zellen auf Basis anderer Zellen wie natürliche Killerzellen (CAR-NK-Zellen), die man einlagern und sofort an Patientinnen und Patienten verabreichen kann, ohne lange Vorbereitungszeit.

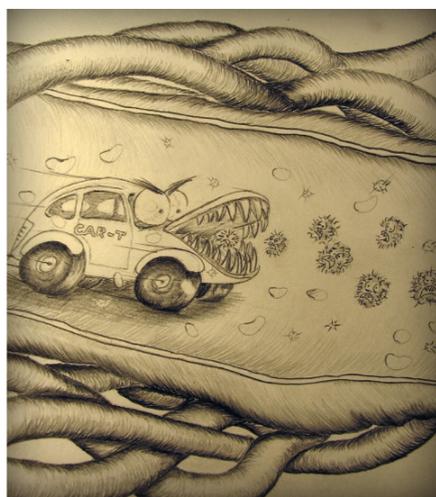
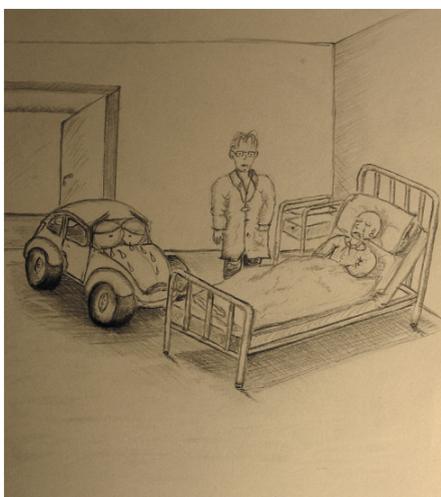
Herr Reich, werden Sie noch weitere medizinische Projekte in Angriff nehmen?

REICH: Der kleine CAR-T hat mit Sicherheit noch Verwandte.

STOCKINGER: Curd, ich habe da tatsächlich etwas Neues, viele von uns arbeiten jetzt an TRuCs (T cell receptor fusion constructs). Du musst dann also einen Truck für uns zeichnen. Es ist nämlich so, dass der T-Zell-Antigenrezeptor, die zentrale Struktur der T-Zellen, hochkompliziert ist. Die von Zelig Eshhar konstruierten CARs sind aber sehr einfach gestrickt. Mittlerweile wissen wir, dass das einige Nachteile mit sich bringt. Darum versucht man nun, den vollständigen T-Zell-Antigenrezeptor zu benutzen. Erste klinische Studien laufen bereits.

REICH: Das bekomme ich hin! **P**

© REICH





PIONIERE

Das Qualitätssiegel der Osteopathie

Ab sofort gibt es ein **OPTISCHES ZEICHEN FÜR QUALITÄT IN DER OSTEOPATHIE**. Es weist jene Osteopathinnen und Osteopathen deutlich erkennbar aus, welche die hohen Qualitätskriterien der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO) erfüllen. Damit setzt die OEGO ihre Qualitätsoffensive konsequent fort und bietet Interessentinnen und Interessenten eine Orientierung bei der Suche nach Osteopathinnen und Osteopathen. Die Präsidentin der OEGO Margit Halbfurter, MSC, D. O. gab im Gespräch mit PERISKOP Auskunft über die Beweggründe. | von Carola Bachbauer, BA

Dem Ziel, ein gesetzlich anerkannter und geschützter Gesundheitsberuf zu werden, kommt die OEGO durch gezielte Maßnahmen immer näher. Am Weg dorthin setzt sie klare und deutliche Zeichen hinsichtlich Behandlungsqualität und Patientensicherheit.

PERISKOP: Die Zahl der in Anspruch genommenen osteopathischen Behandlungen ist im Steigen begriffen. Womit befassen sich Osteopathinnen und Osteopathen im Detail?

HALBFURTER: In Österreich führen 1.500 bis 2.000 Osteopathinnen und Osteopathen rund 30.000 Behandlungen pro Woche durch. Wie viele Österreicherinnen und Österreicher die Osteopathie in Anspruch nehmen, zeigt eine Umfrage der Statistik Austria aus dem Jahre 2019. Laut dieser suchen 10 Prozent aller über 15-Jährigen mindestens einmal im Jahr eine osteopathische Behandlung auf. Zu diesen kommen noch zahlreiche kinderosteopathische Behandlungen hinzu. Die Zahlen veranschaulichen die hohe Nachfrage und wichtige Rolle der Osteopathie für die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten.

Der Ansatz der Osteopathie ist sehr komplex, einfach zusammengefasst lässt er sich jedoch wie folgt erklären: Osteopathinnen und Osteopathen arbeiten ausschließlich manuell und verwenden dabei keinerlei Hilfsmittel. Wir beschäftigen uns mit allen Körperstrukturen, das heißt Knochen, Muskeln, Gelenken, Faszien, Nerven und Organstrukturen. Zusätzlich integrieren wir das Wissen der verschiedenen Systeme des Körpers, also neurologisches, metabolisches, respiratorisches, biomechanisches System, in unsere Befundung und Behandlung. Das ist auch der Grund, warum wir bei chronischen Schmerzen so gute Erfolge erzielen können. Osteopathie beinhaltet den kompletten Umfang sämtlicher mobilisierender und manipulativer Techniken aller Gelenke, inklusive der Wirbelsäule. Aufgabe ist es, mit Hilfe des speziell geschulten Tastsinns Funktionsstörungen im menschlichen Körper zu suchen und ihn wieder in eine Selbstregulation zu bringen. Ebenso gehört zur Osteopathie das Verständnis der Anatomie und Physiologie der Organe, des Aufhängungsapparates, möglicher struktureller Zusammenhänge und wechselseitiger Beeinflussung anderer Körpersysteme. Die Osteopathie arbeitet auf Basis der Schulme-

dizin und geht von einem salutogenetischen anstelle eines pathogenetischen Ansatzes aus. Im Zentrum steht daher die Frage der Entstehung (Genese) und Erhaltung von Gesundheit (Salus). In 13 europäischen Ländern wird das Berufsbild der Osteopathin bzw. des Osteopathen als primärer Gesundheitsberuf anerkannt, darunter Frankreich, Portugal, Schweiz, Liechtenstein, Malta, Island, Finnland, Großbritannien, Zypern, Luxemburg, Dänemark, Italien und Norwegen. Nur in Österreich ist der Beruf der Osteopathin bzw. des Osteopathen nicht geschützt. Das führt dazu, dass sich jede und jeder in Österreich Osteopathin oder Osteopath nennen kann und es keine verbindlichen Qualitätsrichtlinien in der Behandlung gibt. Im Sinne der Qualitätssicherung und vor allem im Sinne unserer Patientinnen und Patienten ist es notwendig, die Osteopathie als eigenständigen, gesetzlich anerkannten Gesundheitsberuf in unserem System zu verankern. Patientinnen und Patienten haben das Recht auf höchste Behandlungsqualität.

Im Sinne der Qualitätssicherung und Patientensicherheit ist es notwendig, die Osteopathie als eigenständigen, gesetzlich anerkannten Gesundheitsberuf zu verankern.

Welche Schritte unternimmt die OEGO, um die Qualität der osteopathischen Behandlung in Österreich zu steigern?

Die zwei großen Handlungsmaximen sind die Schaffung von Evidenz und von Patientensicherheit. Diese beiden Faktoren sollen uns unserem obersten Ziel der Anerkennung des Berufsbildes näherbringen. Um dies zu erreichen, haben wir in den letzten Jahren wesentliche Schritte gesetzt. Neben der Ausarbeitung eines dem internationalen Standard entsprechenden Ausbildungscurriculums haben wir bei der Med Uni Graz eine Studie zur wissenschaftlichen Evidenzprüfung der osteopathischen Behandlung in Auftrag gegeben. Darüber hinaus wurden bereits im Vorjahr im Rahmen eines virtuellen Expertisemeetings mit Ärztinnen und Ärzten aus verschiedenen medizinischen Fachrichtungen der Stellenwert der Osteopathie auf Basis

der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz diskutiert sowie Einsatzbereiche und Indikatoren identifiziert, bei denen die Osteopathie von großem Nutzen sein kann. Zusätzlich wurden Maßnahmen ausgearbeitet, welche die Zusammenarbeit zwischen Osteopathinnen bzw. Osteopathen und den Vertretern anderer Gesundheitsberufe erleichtern soll. Um die Patientensicherheit weiter zu steigern, haben wir heuer die Behandlungsleitfäden präzisiert. Gerade die umfassende Aufklärung über Therapieziele und -abläufe sind unerlässliche Bausteine der Patientensicherheit und Behandlungsqualität. Nun haben wir uns dazu entschlossen, die Standards der OEGO auch optisch klar zum Ausdruck zu bringen und dafür ein Qualitätssiegel entwickelt.

Durch seine starke, einprägsame Symbolik wird das neue OEGO-Logo, das zugleich auch Qualitätssiegel ist, den Menschen schnell ein Begriff werden.

Welche Kriterien sind an die Vergabe des Qualitätssiegels gebunden?

Wir wollen, dass die Patientinnen und Patienten in Österreich nach besten Standards behandelt werden. Das setzt voraus, dass unsere Mitglieder über entsprechende akademische Ausbildungen (CEN-Standards sind die europäische Leitlinie) verfügen. Konkret heißt das, dass sie neben ihrer ärztlichen Approbation oder dem Abschluss im Bereich Physiotherapie noch eine 1.500 bis 2.000 Stunden umfassende theoretische und praktische Ausbildung absolviert haben, die mit einem Mastertitel abschließt. Zusätzlich müssen Osteopathinnen und Osteopathen, die das OEGO-Qualitätssiegel künftig führen wollen, neben den strengen Ausbildungskriterien auch die osteopathischen Standards der OEGO anerkennen. Mit diesen klaren Qualitätskriterien grenzen wir uns im Sinne der Patientensicherheit von Trittbrettfahrerinnen und -fahrern und oftmals gleichlautenden esoterischen Praktiken ab. Das Qualitätssiegel der Osteopathie wirkt somit in zwei Richtungen: Es gibt jenen Menschen, die eine osteopathische Leistung in Anspruch nehmen möchten, einen Hinweis über



ÖSTERREICHISCHE
GESELLSCHAFT
FÜR OSTEOPATHIE



O E G O - Z E R T I F I Z I E R T

Mitglied-Nr.: 0123456789

die Qualität der Leistung, die sie erhalten. Gleichzeitig zeichnet es jene Osteopathin und jenen Osteopathen aus, die oder der nach den strengen Kriterien der OEGO zertifiziert ist.

Wie können OEGO-zertifizierte Osteopathinnen, Osteopathen gefunden werden?

Osteopathinnen und Osteopathen, die mit dem OEGO-Zertifikat ausgezeichnet sind, können über die OEGO-Website www.oego.at gefunden werden. Des Weiteren lassen sie sich an dem Qualitätssiegel auf deren Website bzw. Visitenkarte erkennen. Zusätzlich erhalten sie eine Zertifizierungsurkunde für die Praxis. Nur zertifizierte Osteopathinnen und Osteopathen sind berechtigt, das Qualitätssiegel in Kombination mit der Mitgliedsnummer der OEGO auf ihren Praxis- und Arbeitsunterlagen zu führen. Wichtig ist hervorzuheben, dass das Qualitätssiegel ausschließlich in Verbindung mit der angeführten Mitgliedsnummer gültig ist. Mit dieser Maßnahme und den weiterhin intensiven Bemühungen hinsichtlich der Umsetzung unserer drei Kernziele – gesetzliche Anerkennung als Gesundheitsberuf, Sicherung höchster Aus- und Weiterbildung sowie niederschwelliger Zugang zu osteopathischen Behandlungen auf Kassenleistung – setzen wir einen weiteren Schritt für die Qualitätssicherung und die Patientensicherheit in der Osteopathie. Für alle zertifizierten Mitglieder, die das möchten, stellen wir ein komplettes, auf das Qualitätssiegel für Osteopathie ausgerichtetes Design zur Verfügung, das mit den Praxisdaten des jeweiligen Mitglieds personalisiert wird.

Das Qualitätssiegel der Osteopathie wirkt in zwei Richtungen: Es dient den Menschen als Orientierungshilfe bezüglich Qualität und zeichnet jene Osteopathinnen und Osteopathen aus, die nach den strengen Kriterien der OEGO zertifiziert sind.

Was ist das Besondere am Qualitätssiegel für Osteopathie?

Es repräsentiert zugleich auch das neue Logo der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie und verkörpert durch die geschwungene Anordnung der drei Logo-Elemente einen Grundsatz der Osteopathie: Das Leben stellt sich in Form von Bewegung dar. Alles muss beweglich sein. Das bedeutet, jede Struktur im Körper braucht Bewegungsfreiheit. Deshalb stand für uns fest, dass das neue Logo Bewegung und Qualität ausdrücken soll. Durch seine

Maxima Musterfrau, MSc, D.O.
KINDESTROPATHIN

Musterstraße 10/57, 0000 Wien
Tel.: +43 699 111 222 33
Fax: +43 123 456 789 10
Mail: office@musterfrau.org
www.musterfrau.org

O E G O - Z E R T I F I Z I E R T
Mitglied-Nr.: 0123456789

Visitenkarte für zertifizierte OEGO-Mitglieder im neuen OEGO-Design

O E G O - Q u a l i t ä t s s i e g e l

Maxima Musterfrau, MSc, D.O.
OSTROPATHIN

Musterstraße 10/57, 0000 Wien
Tel.: +43 699 111 222 33
Fax: +43 123 456 789 10
Mail: office@musterfrau.org
www.musterfrau.org

O E G O - Z E R T I F I Z I E R T
Mitglied-Nr.: 0123456789

Visitenkarte für zertifizierte OEGO-Mitglieder, die ihr eigenes Design weiter nutzen möchten

O E G O - Q u a l i t ä t s s i e g e l

Der OEGO-Vorstand freut sich, mit dem Qualitätssiegel für Osteopathie einen weiteren wichtigen Schritt für die Qualität und Patientensicherheit in der Osteopathie zu setzen.

Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (alphabetisch)

- Margit Halbfurter
- Thomas Marschall
- Nina Mittendorfer
- Sebastian Soika



starke und einprägsame Symbolik wird es den Menschen schnell ein Begriff werden und ihnen das Erkennen von OEGO-zertifizierten Osteopathinnen und Osteopathen einfach machen.

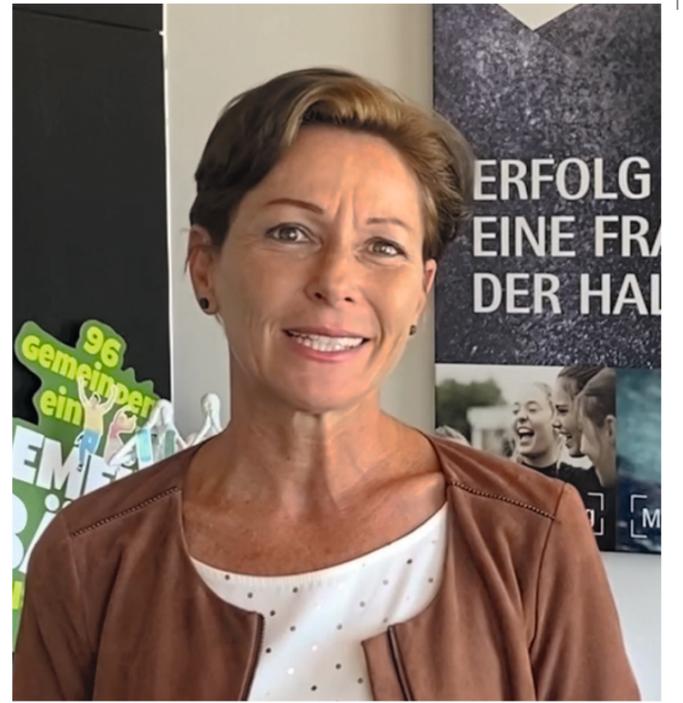
Sie haben zuvor schon die aktuelle Studie der Med Uni Graz angesprochen, deren Ergebnisse bei den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach präsentiert wurden. Welche Auswirkung hat die Studie auf die Mitglieder der OEGO und welche Reaktionen hat sie national und international hervorgerufen?

Das große Interesse an der Studie, zum einen von unseren Mitgliedern, zum anderen auch von der Ärzteschaft, freut uns sehr. Auch unsere deutschsprachigen Kolleginnen und Kollegen sowie Verbände haben den Kontakt mit uns aufgenommen und wollen die gewonnenen Ergebnisse verwerten. Die Studie hat bestätigt, was wir auch tagtäglich in der Praxis sehen: Die Patientinnen und Patienten profitieren von der Osteopathie. Diesen Evidenznachweis hat die Studie für eine Reihe von Indikationen erbracht. Die Med Uni Graz ist gerade dabei, den diesbezüglichen Bericht in einem englischsprachigen Journal zu publizieren. Das wird in den nächsten Monaten passieren und dann hoffen wir, auch internationales Interesse wecken zu können. Wir wissen aber, dass es weiterer Forschung und Studien bedarf, um noch bestehende Evidenzlücken zu schließen. Um unser Bestreben, ein gesetzlich anerkannter Beruf zu werden, voranzutreiben, sind weitere Gespräche mit der Ärzteschaft, aber vor allem mit dem Ministerium erforderlich. Grundsätzlich sehe ich vielversprechende Signale. Denn sowohl der Gesundheitsminister Johannes Rauch als auch der Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse Andreas Huss, MBA haben sich in den letzten Wochen dezidiert positiv für die Osteopathie ausgesprochen. **P**





PLATTFORMEN



Die Chance, die uns die COVID-19

Die COVID-19-Pandemie zeigte bislang keine Saisonalität, sondern setzt sich mit immer neuen Varianten fort. Im Rahmen der Open Air-Sprache in Alpbach, diskutierte eine hochkarätige Expertenrunde aus dem Gesundheitsbereich unter dem Titel „COVID-19-POTENTIALSCHUTZ DER BEVÖLKERUNG FÜR DEN HERBST ZU ERGREIFEN SIND UND WIE ES MIT DER IMPFUNG, ALS WIRKSAMSTES PRÄVENTIONSINSTRUMENT

Die Ausgangslage für den heurigen Herbst unterscheidet sich deutlich von der Situation vor zwei Jahren. Dank der raschen Entwicklung wirkungsstarker Impfstoffe gegen COVID-19, sind wir in der Lage, uns gegen das Virus zu rüsten und zu schützen. Diese Chance gelte es zu nutzen, so der einhellige Tenor der Expertinnen und Experten am Podium. Entsprechend den Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums (NIG) senkt die COVID-19-Impfung auf individueller Ebene mit den derzeit verfügbaren COVID-19-Impfstoffen nachweislich das Risiko, schwer an COVID-19 zu erkranken oder zu versterben. Während die Personengruppe 65 Jahre und älter zu 82,6 Prozent gemäß der Empfehlung des NIG geimpft ist, liegt die Impfquote bei den unter 15-Jährigen bei mageren 9,7 Prozent. Auch der Rest der Bevölkerung (15 bis 64 Jahre) liegt mit 61,9 Prozent noch weit von der angestrebten Impfquote von über 80 Prozent entfernt. (Stand August 2022)

Einfache, klare Kommunikation Richtung Bevölkerung gefordert

„Wir haben vor Kurzem mit der Aufhebung der Quarantäne ein großes Stück der Verantwortung in der Pandemiebekämpfung an die Bevölkerung weitergegeben“, erklärte die Voralberger Gesundheitslandesrätin Martina Rüscher, MBA, MSC, in ihrer Videobotschaft zur Open Alm. Daher sei es für die Politik umso wichtiger, einfach, klar und verständlich zu kommunizieren. „Im Rahmen der COVID-19-Impfung sollten wir nichts versprechen, was wir nicht halten können, aber auch sehr klar und selbstbewusst für die Impfung eintreten. Der Virus ist da und wird auch nicht mehr weggehen. Jeder und jede kann sich schützen – man kann Maske tragen, Abstand halten, Händehygiene betreiben, ein Medikament einnehmen, insbesondere, wenn man zur vulnerablen Gruppe zählt und positiv getestet ist – und man kann sich impfen lassen“, so Rüscher. Es gäbe eine breite Auswahlmöglichkeit an Impfstoffen und jede bzw. jeder könne ihren bzw. seinen individuellen Impfschutz verbessern. Diese Einschätzung teilt auch Univ.-Prof. Dr. Gerald Gartlehner, MPH, Leiter des Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation, Donau-Universität Krems. „Die Pandemie ist ganz sicher gekommen, um zu bleiben – wir werden damit leben müssen. Die große Frage ist, mit welcher Virusmutation

Teilnehmende des Gipfelgesprächs (v. l.)

- Florian Thalhammer
- Gerald Gartlehner
- Martina Rüscher (digital dazugeschaltet)
- Christa Wirthumer-Hoche
- Erwin Rebhandl
- Andreas Huss

Tiroler Tageszeitung, Erscheinungstermin 5. Oktober 2022

wir es in Zukunft zu tun haben werden“ und wies weiters besonders auf die wellenförmigen Ausbrüche hin: „Es wird immer wieder Wellen geben. Bleibt Omikron, haben wir wahrscheinlich Glück. Kommt eine andere Mutation, sieht die Situation völlig anders aus.“ Omikron und seine Untervarianten seien weniger krankmachend, aber viel ansteckender.

Breite Auswahl an wirksamen Impfstoffen

„Die COVID-Impfstoffe zählen zu den am besten untersuchten Medikamenten weltweit, deren Nebenwirkungen besser und schneller als bei jedem anderen Impfstoff bekannt

wurden. Es gibt daher fast keine Gründe, jemanden nicht zu impfen“, erklärte der Infektiologe Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer, Präsident Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin. Woran es laut Thalhammer hingegen krankt: „Wir haben zu wenig Eigenverantwortung.“ Dagegen sollte man „immunisieren“. Die österreichischen Empfehlungen seien glasklar, so der Infektiologe: „Wir sprechen von einer Grundimmunisierung mit drei Teilimpfungen. Eine Infektion ist ein immunologisches Ereignis, zählt aber nicht zur Impfung.“ Der ‚vierte Stich‘ ist für alle Altersgruppen ab dem 12. Lebensjahr vom NIG empfohlen. Die Wirksamkeit sei mit 95 Prozent zudem extrem hoch.

Wissenschaftliche Hochleistung

Die Sichtweise der europäischen Zulassungsbehörde EMA schildert Dr. Christa Wirthumer-Hoche, Leiterin der Medizinmarktaufsicht, Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit und Mitglied des EMA-Boards. „Dass die COVID-19-Impfung so rasch entwickelt wurde und ausreichend Daten zur Zulassung vorgelegt werden konnten, ist eine wirklich gigantische Leistung“, so Wirthumer-Hoche. „Die internationale Zusammenarbeit war besonders dynamisch und gut und fand in Regelmäßigkeit statt.“ Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe verschiedener COVID-19-Vakzine: mRNA-Impfstoffe (Pfizer/BioNTech, Moderna), Vektor-Impfstoffe (AstraZeneca), Protein-basierte (Novavax) – zuletzt wurde



AT-YES-008Z

© GÄTTINGER



COVID-19-Impfung bietet

Open Alm, dem traditionellen Höhepunkt der PRAEVENIRE Gesundheitsgenozial ausschöpfen, jetzt impfen für den Herbst!“ **WELCHE MASSNAHMEN ZUM UMENT, WEITERGEHT.** | von Rainald Edel, MBA



auch ein Ganzvirus-Totimpfstoff (Valneva) in der EU zugelassen. Es gibt also bereits große Auswahl. Das ist aber nicht das Ende. Es wird weiter geforscht. Wirthumer-Hoche merkte an, dass es nun eine Frage der zukünftigen Entwicklung sei, welche Mutation komme und entsprechend passe sich auch die Forschung an. Es wird kombinierte Impfstoffe, COVID-19 und Influenza geben, das alles sei in Entwicklung.

„Zusammengefasst kann man sagen: Es ist ein Segen, dass wir diese Impfstoffe haben. Wir müssen alles unternehmen, um möglichst viele Menschen, die sich bereits grundimmunisieren haben lassen, davon zu überzeugen, sich auch einen vierten Stich zu holen und darin bestenfalls noch die Sinnhaftigkeit erkennen“, appelliert Wirthumer-Hoche.

Hausarztpraxen als Informationsdrehscheibe

Die Expertenrunde verwies immer wieder stark auf die Eigenverantwortung der Bevölkerung. Dabei spiele objektive Beratung, vor allem durch Hausärztinnen und Hausärzte, eine wichtige Rolle. Wie viele Berufskolleginnen und -kollegen in Österreich ist auch Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner und Präsident AM PLUS - Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit, in seiner Praxis, der PVE in Haslach an der Mühl, nahezu täglich mit Fragen der Bevölkerung zur Impfung, zu den Impfstoffen und deren Wirkmechanismen konfrontiert. Die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten ist in der Hausarztpraxis von größter Bedeutung: Die Impfung sei eine persönliche Entscheidung. Er betonte die Wichtigkeit der mittlerweile großen Auswahl: „Wir sind froh, dass es nun auch einen Protein-basierten Impfstoff gibt. Diese Option kann man jenen Personen anbieten, die bei mRNA- und Vektorimpfstoffen – aus welchen Gründen auch immer – noch Bedenken hat-

ten. Darunter sind auch viele junge Menschen, wie die Zahlen zeigen“, so Rebhandl. Der Proteinimpfstoff ist in der EU ab einem Alter von 12 Jahren zugelassen und auch als Auffrischungsimpfung für Erwachsene ab 18 Jahren. „Die wirklichen Impfskeptikerinnen und -skeptiker wird man durch die vorhandenen Impfstoffoptionen aber auch nicht überzeugen. Doch diese Gruppe wird geringer, so dass ich schon glaube, dass wir die Impfquote noch etwas steigern können“, schilderte der Allgemeinmediziner.

Auch beim immer wieder sehr kontroversiell diskutierten Thema „Long COVID“ gibt eine aktuelle Studie Grund zur Erleichterung, denn die Anzahl von tatsächlich diagnostizierten Long COVID Erkrankten sei im einstelligen Prozentbereich angesiedelt. „Bei in der Hausarztpraxis auftretenden Verdachtsfällen verbirgt sich hinter der Vermutung von Long COVID nicht selten eine andere Erkrankung, beispielsweise eine Depression, die sich in den vorangegangenen Monaten entwickelt hat.“, schildert Rebhandl.

Niederschwelliger Impfungang ist entscheidender Faktor

„Die Haltung der ÖGK ist eindeutig: Impfen ist eine ganz wesentliche Präventionsleistung in einem Gesundheitssystem, für die sich die Sozialversicherung verantwortlich sieht“, betonte Andreas Huss, MBA, Obmann Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK). Zwar wäre rein rechtlich gesehen der Bund zuständig, jedoch habe die ÖGK hier bereits früh die Gesamtverantwortung übernommen. Was man in der Pandemie gesehen habe, ist, dass das Thema Impfen in der Vergangenheit generell stiefmütterlich behandelt wurde, was sich auch in der eher niedrigen Impfquote niedergeschlagen habe. Während sich beispielsweise in Finnland 70 Prozent der Bevölkerung

Hochkarätig besuchte PRAEVENIRE Open Alm Veranstaltung am 20. August 2022 in Alpbach.

regelmäßig gegen Grippe impfen lassen, läge man in Österreich bei 38 Prozent. Daher nütze es nichts, über das Impfen nur zu reden, sondern es bedürfe eines niederschwelligen, möglichst kostenlosen Erwachsenenimpfprogrammes, wie es das für Kinder und Jugendliche bis zum 15. Lebensjahr bereits gibt. Daher hat die ÖGK beschlossen, 2023 erstmals die Grippeimpfung nur um den Preis der Rezeptgebühr (für jene, die davon befreit sind, sogar kostenlos) anzubieten.

Stärkere Gesundheitskompetenz hilft gegen Mythen

Was es in Österreich brauche, so Gerald Gartlehner am Schluss der Diskussion, sei nicht nur evidenzbasierte Medizin, sondern auch evidenzbasierte Information für die Bevölkerung, um die Gesundheitskompetenz zu stärken wie beispielsweise in Norwegen. Im Norden hätten Mythen nur wenig Propaganda, da bereits das Grundwissen über den eigenen Gesundheitsstatus entsprechend gefördert wäre. Gesundheitskompetenz bedeutet, wie kompetent jemand sei, gesundheitliche Entscheidungen treffen zu können, beispielsweise bei einer Impfung. Die letzten EU-Studien haben gezeigt, dass Österreich bei der Gesundheitskompetenz im unteren Viertel liegt. Hier gäbe es noch einen großen Aufholbedarf, so Gartlehner. Der Präsident der Ärztekammer Tirol, Dr. Stefan Kastner, der als Zuhörer an der Open Alm teilnahm, warf einen skeptischen Blick in die Zukunft: „Ab September beginnen die ersten digitalen Impfpässe auszulassen – was dann?“ Als Vorzeigemodell sei Israel heranzuholen, dort konnte durch eine massive Durchimpfung in kurzer Zeitspanne eine weitere Welle verhindert werden. „Diese Möglichkeit sollten wir aber jetzt entscheiden und zu kommunizieren beginnen“, so Kastner. P



© GATTINGER



PLATTFORMEN

Weitblick für die Ohren: Wie Corporate Podcasts Ihre Kommunikation befeuern

PODCASTS SIND SEIT DER PANDEMIE IN ALLER MUNDE. Ob Verbrechen, Leadership oder Gesellschaftsthemen – Vielfalt ist Programm. Laut dem Digital News Report 2022 hören rund 30 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher Podcasts. Aber wie können Unternehmen dieses Potenzial nutzen? Und was ist der Unterschied zu herkömmlichen Medien?

In den letzten Jahren hat sich das Nutzungsverhalten der Menschen – zum Leidwesen traditioneller Medien – stark geändert. „On Demand“ ist das Zauberwort. Inhalte werden gezielt konsumiert, wann und wo auch immer, mit Hilfe von erfolgreichen Streaming-Plattformen wie Netflix oder Spotify. Podcasts profitieren von diesem Trend. Das Medienformat ist unkompliziert zu konsumieren, neben der Hausarbeit oder auf dem Weg zur Arbeit etwa, wie viele Studien zeigen. Mittlerweile nutzen auch immer mehr Unternehmen Podcasts, um sich über spannende Interviews oder Reportagen als Experten zu positionieren. Die Intimität eines Podcasts – das Hören von Stimmen und Geräuschen – erlaubt es, eine Verbindung mit der Zuhörerschaft aufzubauen und neben Kompetenz auch Leidenschaft und Authentizität zu vermitteln. Ein gut produzierter Corporate Podcast kann also Botschaften des Absenders oder der Absenderin nahe an der Zielgruppe positionieren. Was sollte nun bei der Kreation unbedingt beachtet werden?

Infobox

Peri Onlineexperts ist eine Full Service Agentur mit Fokus auf Strategie, Social Media, Content, Video und Web. Wir entwickeln userzentrierte Inhalte und begeistern uns besonders für Video und Audio. Wir unterstützen Sie professionell und partnerschaftlich bei der Umsetzung Ihres Podcasts von der Ideenfindung bis zum Endergebnis.

Podcast-Produktion leichtgemacht

Zunächst benötigt ein Podcast einen Host, der über die notwendige Eloquenz bzw. Stimme verfügt. Der Host, der meistens die Moderatorin bzw. der Moderator ist, muss mit den Gästen „können“ und dafür sorgen, dass ein Gespräch über den gesamten Aufnahme-Zeitraum fesselt. Weitere entscheidende Voraussetzungen für einen erfolgreichen Podcast sind die passenden Gesprächspartner – von Expertinnen und Experten bis zu Promis – und der Themenmix. Ein Gespräch muss keineswegs linear verlaufen, je nach Thema oder Experimentierfreudigkeit kann viel Platz für überraschende Wendungen bleiben. Bei der Wahl der Themen und der Länge kommt die Zielgruppe ins Spiel: welche Audience soll erreicht werden? Ein Hilfsmittel zur Definition der gewünschten Zielgruppe ist die Gestaltung einer Hörer-Persona. Diese ist der Prototyp einer Wunschköcherin oder eines Wunschköcherers und wird durch demografische

Daten, Lebensumstände, Wünsche oder auch Ängste zum Leben erweckt. Eine makellose Produktion und perfekte Aufnahmequalität ist Voraussetzung eines jeden Podcasts. Zu klären ist, ob neben dem Audiopodcast auch ein Video erstellt wird. Video-Podcasts liegen voll im Trend – sie unterstützen mit visuellen Eindrücken das Gesprochene. Auch hier ist die Qualität entscheidend: es gilt, auf ein taugliches Setting, passende Kamerapositionen, Licht und Maske zu achten. Oft reicht eine Kamera aus und das Material kann vielfältig verwertet werden, etwa auch in Form von Video-Teasern. Corporate Podcasts bieten also eine neue und innovative Möglichkeit, sich als Unternehmen nach außen und innen zu präsentieren. Über mehrere Folgen hinweg ergibt sich die Chance, die Kundennähe zu stärken und auf diese Weise viel zur Markenbindung beizutragen. **P**

PERI PERI ONLINE EXPERTS

UMFASSEND DIGITAL

- MARKETINGSTRATEGIE
- CONTENT CREATION
- VIDEOPRODUKTION
- WEBENTWICKLUNG
- SOCIAL MEDIA
- LIVE STREAM

WWW.PERIONLINEEXPERTS.AT

in f



Das Krankenhaus der Zukunft

Im September fand die Zukunftskonferenz der JOANNEUM RESEARCH in Graz statt. Unter dem THEMA „TECHNOLOGIEN FÜR MORGEN“ wurde in Keynotes, Sessions und Projektvorstellungen das breite Forschungsspektrum der JOANNEUM RESEARCH präsentiert und Technologietrends und Forschungsthemen diskutiert. | von Carola Bachbauer, BA

Univ.-Prof. Dr.med Lars-Peter Kamolz, Direktor des Zentrums COREMED - Zentrum für Regenerative Medizin und Leiter der Forschungseinheit für Sicherheit und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen der Med Uni Graz, präsentierte in seinem Vortrag das Bild eines Krankenhauses der Zukunft. Hierbei ging er in seiner Präsentation auf die Megatrends, die einen massiven Einfluss auf unsere Gesellschaft haben und infolgedessen eine Veränderung in der Krankenhausstruktur verlangen, ein und legte dar, wie das Krankenhaus von morgen aussehen wird.

Motor des Wandels

Nachhaltigkeit ist in den letzten Jahren immer bedeutsamer geworden, nicht nur in der Gesellschaft, sondern auch in unserem Gesundheitssystem. Der Klimawandel hat einen gewaltigen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen. Aber auch die Gesundheitsleistungen tragen ihrerseits zum Klimawandel bei. Konkret beträgt der Beitrag des Gesundheitssektors weltweit am Klimawandel rund 5 bis 7 Prozent. Der größte Anteil an Treibhausgas-Emissionen wird von medizinischen Produkten und Arzneimitteln sowie durch den Energieverbrauch verursacht. Dabei entstehen die Emissionen oft nicht bei der Verwendung, sondern bei Rohstoffgewinnung, Produktion und Transport von Produkten und Verpackungen. Zusätzlich hat sich in den letzten Jahren die Medizin so schnell wie noch nie entwickelt. Bahnbrechende Entwicklungen in Forschung und Digitalisierung werden die Auswertung und Nutzung riesiger Datenmengen in kürzester Zeit ermöglichen. Dies wird die Kenntnisse über Gesundheit und Gesund-Sein sowie über die Entstehung, Prävention und Heilung von Krankheiten vollkommen verändern.

Das Krankenhaus von morgen

Bisher haben Krankenhäuser als „One-Stop-Shop“ fungiert und eine breite Servicepalette, wie medizinische Behandlungen, chirurgische Eingriffe und Pflegeleistungen für kranke und verletzte Patientinnen und Patienten, angeboten. Finanzielle Einschränkungen, zunehmende Spezialisierungen und ein immer besseres Verständnis der Korrelation zwischen Größe und klinischer Qualität haben jedoch zu einem Umdenken bei den Versorgungsansätzen geführt. Aufgrund dessen werden sich in den nächsten Jahren eine Reihe von flexiblen Netz-

strukturen entwickeln, welche nebeneinander bestehen, kooperieren und dynamisch miteinander interagieren werden. Der Fokus wird vermehrt auf der Bereitstellung umfassender spezialisierter Dienste durch Exzellenzzentren liegen, während tagesklinische Zentren für Routineeingriffe zuständig sein werden. „Kleine Krankenhäuser, die das gesamte Servicespektrum unter einem Dach anbieten, wird es in Zukunft in dieser Form nicht mehr geben. Der Trend entwickelt sich dahin, dass diese kleinen Spitäler zu Gesundheitszentren werden und mit großen Krankenhäusern vernetzt sein werden“, erklärte Lars-Peter Kamolz. Dort können Patientinnen und Patienten beispielsweise zuerst begutachtet und dann zu einer spezifischen Therapie überwiesen werden. Des Weiteren wird es eine komplexe Notfallversorgung nur noch in den größten und am besten ausgestatteten Kliniken und Krankenhäusern geben. „So wurde zum Beispiel in London die Notfallbehandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten transformiert, und zwar durch acht Stroke Units für hyperakute Fälle (statt der zuvor 31 Allgemeinkrankenhäuser)“, so Kamolz. Zudem bedingt die Verlagerung der Versorgung durch mobile Behandlung zu Hause oder Tele-Health Lösungen das Wachstum spezialisierter Versorgung. Dadurch wird es in Zukunft unterschiedliche, flexible Strukturen geben, welche alle zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung beitragen. Laut einer McKinsey-Studie „Das Krankenhaus der Zukunft“ werden diese Entwicklungen vier wesentliche Auswirkungen haben. Einerseits lässt sich ein Rückgang der stationären Behandlungstage aufgrund der hohen Spezialisierung und Standardisierung feststellen, andererseits gibt es ein verstärktes Outsourcing spezialisierter klinischer Services. Des Weiteren sind mehr Anbieternetze, die Skalenvorteile in puncto Qualität und Effizienz ausschöpfen, vorhanden und es gibt eine vermehrte vertikale Integration zwischen Anbietern, die unterschiedliche Services zur Verfügung stellen.

Vier Zukunftsbilder zu einem neuen Kliniksystem

Das Zukunftsinstitut, welches sich mit der Trend- und Zukunftsforschung beschäftigt, hat vier Szenarien – Smart Hospital, Living Clinic Community, Slow Clinic und Me Clinic – entwickelt, welche aufzeigen, wie digitalisierungs- und technologieaffin die Bevölkerung wird und welche Auswirkung dies auf die Kliniklandschaft haben wird. Diese Zukunftsbilder



Lars-Peter Kamolz von der Med Uni Graz sieht große strukturelle Veränderungen auf die österreichischen Krankenhäuser zukommen. Kleine Krankenhäuser, die das gesamte Servicespektrum unter einem Dach anbieten, wird es in Zukunft in dieser Form nicht mehr geben. Der Trend entwickelt sich dahin, dass diese kleinen Spitäler zu Gesundheitszentren werden und mit großen Krankenhäusern vernetzt sein werden.

reichen von Szenarien, in denen Menschen großes Vertrauen gegenüber der „Internet-Medizin“ und der gesundheitlichen Onlineberatung haben bis zu Situationen, bei denen weiterhin Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker die wichtigsten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zum Thema „Gesundheit“ bleiben werden. „In den kommenden Jahren werden diese vier Modelle nebeneinander in der Bevölkerung existieren“, erklärte Kamolz und weist darauf hin, wie wichtig das Angebot von unterschiedlichen Modellen und Lösungen sein wird, um die gesamte Bevölkerung zu informieren.

COVID-19: Lehren für die Zukunft

Die Corona-Pandemie war eine sehr lehrreiche Zeit für die Krankenhäuser und hat zu einem Umdenken in der Krankenhausstruktur geführt. Sie hat gezeigt, wie wichtig der Zugang zu Daten ist und welche Bedeutung Digitalisierung hat. Als Beispiel dafür führte Kamolz die Telemedizin an. Durch sie mussten Patientinnen und Patienten nicht mehr ins Krankenhaus fahren, sondern die Klinik kam virtuell zu ihnen nach Hause. Dadurch leistet die Telemedizin einerseits einen gewissen Beitrag zu mehr Patientenorientierung und andererseits einen Beitrag zum Umweltschutz. Zusätzlich wird der Einsatz von künstlichen Intelligenzen immer attraktiver. Außerdem konnte mitgenommen werden, wie essenziell eine gute und klare Kommunikation ist. „Wenn wir die nächsten Jahre umgestalten wollen, müssen wir dies gut kommunizieren, damit die Leute diesen Weg mit uns gehen“, betonte Kamolz.

Gesundheitsversorgung in der Zukunft

In den nächsten Jahren wird es bei der Gesundheitsversorgung um viel mehr gehen als nur um die Patientenbehandlung. Immer mehr rückt der Fokus auf gesundes Leben, Prävention und Behandlung von älteren Personen in ihrer gewohnten Umgebung. Hierbei kann das Krankenhaus von morgen einen wichtigen und auch entscheidenden Beitrag leisten. „Krankenhäuser werden intelligenter, smarter, grüner und vor allem nachhaltiger“, ist sich Kamolz sicher. Dies trifft nicht nur auf die Erbauung von Krankenhäusern, sondern auch die Einrichtung sowie die Gerätschaften zu. Ein nachhaltiges Krankenhaus fördert also die öffentliche Gesundheit, verbessert die medizinische Versorgung und das unter kontinuierlicher Reduktion seiner Umweltauswirkungen. P





PLATTFORMEN

Flächendeckende Diagnose-Codierung dringend erforderlich

Eine solide Datengrundlage ist eine wesentliche Voraussetzung für eine evidenzbasierte Versorgungsplanung in der Gesundheitspolitik und für die Entwicklung patientenzentrierter Analysen. Während im stationären Bereich Diagnosedaten kodiert erfasst werden, ist dies im extramuralen Bereich noch nicht verpflichtend. Im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs in Alpbach diskutierte eine Expertenrunde, welche Schritte für dessen Einführung nötig wären. | von Mag. Wolfgang Panhölzl und Mag. Sophie Brunnhuber, BA

Wie viele Diabetikerinnen und Diabetiker gibt es in Österreich? Wie viele Menschen leiden an Long COVID? Fragen, die niemand in Österreich seriös beantworten kann. Nicht die Sozialversicherung, nicht das Gesundheitsministerium, kein Forschungsinstitut und auch sonst niemand. Bereits zu Beginn der Pandemie im März 2020 hat man versucht, Risikogruppen (Menschen mit Vorerkrankungen wie Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nieren-, Leber- oder Lungenerkrankungen, Personen mit einem geschwächtem Immunsystem etc) zu identifizieren. Nach wochenlangen chaotischen Diskussionen hat das Gesundheitsministerium in Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage eingestanden, dass dem Ministerium und der Sozialversicherung keine näheren Informationen zu den Risikogruppen

vorliegen. Behelfsmäßig habe der Dachverband auf Basis von Medikationsdaten – die jedoch unvollständig seien – 37.719 Personen über die mögliche Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe informiert. Der Rest ist Geschichte, es gibt nach wie vor keine genauen Informationen zu den Risikogruppen.

Schätzungen statt Zahlen

Basis für die Gesundheitspolitik in Österreich betreffend Daten zu Krankheiten sind vage Schätzungen und mehr oder weniger gut übertragbare Vergleichszahlen aus anderen Ländern. Im Executive Report der Gecko-Kommission vom 5. September 2022 wird die Betroffenheit von Long-COVID auf Basis britischer und niederländischer Studien dargestellt. Daraus ergibt sich für Long-COVID eine Prävalenz von 12,7 Prozent der an COVID Erkrankten. Die massiven ökonomi-

Diskussionsteilnehmende (v.l. n. r.)

- Andreas Huss
- Andreas Krauter
- Helmut Brath
- Reinhard Riedl
- Bernhard Rupp
- Erika Zelko
- Sabine Röhrenbacher
- Erwin Rebhandl
- Wolfgang Panhölzl
- Fabian Wächter

schen Auswirkungen werden auf Basis einer amerikanischen Studie beschrieben. Demnach sind in den USA ein Drittel aller Arbeitslosen aufgrund von Long COVID arbeitsunfähig. Kann man diese Zahlen auf Österreich übertragen? Das zu sagen ist schwer, hat man ja nicht einmal Zahlen aus der Vergangenheit, die einen Trend zeigen könnten. Auch bei Diabetes zeigt sich ein ähnliches Bild: Die Arbeiterkammer hat bei der GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) eine Diabetes-Studie in Auftrag gegeben. Auf Basis internationaler Erfolgsmodelle sollen die Voraussetzungen für ein bestmögliches Versorgungsmodell für Diabetes in Österreich mit Blickwinkel auf 2030 erarbeitet werden. Erste Ergebnisse der Studie wurden bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen in Alpbach am 20. August präsentiert. Demnach liegt die geschätzte Prävalenz für Diabetes in



© KRISZTIAN JUHASZ

© MANUELA EGGER - MOSER



Österreich zwischen rund 730.000 und 880.000 Personen (8 bis 10 Prozent der Bevölkerung). Die Zahlen an sich sind keine große Überraschung, auch bisher ging man in Fachkreisen von 500.000 bis 800.000 Diabetikerinnen und Diabetikern aus. Der GÖG ist es jedoch – in enger Kooperation mit der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) – gelungen, den Unsicherheitsbereich massiv zu verkleinern. Aber wieso braucht es dafür eine Studie? Die Antwort darauf ist sehr einfach: Weil die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht verpflichtet sind, die Krankheiten ihrer Patientinnen und Patienten nach einem einheitlichen System zu erfassen.

Möglichkeiten zur Diagnose-Codierung vorhanden – doch kaum genutzt

Erstaunlicherweise ist Österreich technisch und organisatorisch längst auf eine flächendeckende und damit verpflichtende Diagnose-Codierung vorbereitet. ICPC-2 (International Classification of Primary Care, Second edition) ist eine Klassifizierung, die von einer Arbeitsgruppe der Weltorganisation für Allgemein- und Familienmedizin (WONCA) seit über 40 Jahren speziell für die Primärversorgung und Hausarztmedizin erarbeitet und laufend erweitert wurde. Vertreterinnen und Vertreter der Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) haben sich auch daran beteiligt. Sie ist von der WHO anerkannt und in vielen Ländern weltweit in Gebrauch. Auf der Homepage der ÖGAM und des Sozialministeriums sind der Nutzen und die Hintergründe ausführlich dargestellt. Die ÖGAM arbeitet auch daran, die Codierung in den hausärztlichen Praxen zu etablieren und dabei gleichzeitig einen Mehrwert für die Anwenderinnen und Anwender zu erzielen. Aber warum gibt es keine Verpflichtung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ICPC2 zu verwenden?

Experten-Workshop soll Aufschluss bringen

Um die Hintergründe zu diesem Thema auszuleuchten, hat die AK bei den Prävenire Gesundheitstagen in Alpbach am 21. August einen hochkarätig besetzten Workshop durchgeführt.

Dr. Erwin Rebhandl, Leiter einer Primärversorgungseinrichtung (PVE) in Oberösterreich, berichtete, dass er bereits in den 1990er Jahren in einer Arbeitsgruppe zur Einführung der Diagnose-Codierung mit ICPC2 tätig war. Mit dem Hauptverband der Sozialversicherungs-

träger wurde ein fix und fertiger Gesetzesentwurf ausgearbeitet, der damals leider an den Bedenken der Ärztekammer gescheitert ist. Die große Angst der Ärztekammer war, dass die Abrechnung mit der ÖGK mit der Diagnose-Codierung verknüpft werde. Jetzt gibt es ein Umdenken z. B. von Seiten der ÖGAM. Auch Patientenanwalt Bachinger beschäftigt sich seit Jahren mit dieser Thematik. Aus Sicht der Patient:innenanwaltschaft ist die Diagnose-Codierung längst überfällig. Als Mitglied der ÖKOMED hat er Dr. Powondra, Arzt in einem Primärversorgungszentrum, eingeladen, über die Diagnose-Codierung mit ICPC2 zu referieren und hat eine gewisse Bereitschaft zur Diskussion wahrgenommen.

Chefarzt Dr. Krauter (ÖGK) berichtete von den Schwierigkeiten im Jahr 2020 für COVID-19 Risikogruppen zu identifizieren. Die einzige Möglichkeit dafür war auf die Medikamentendaten zurückzugreifen. Die sind aber nur ein Bruchteil der Daten. Die Situation war sehr unbefriedigend. Auch jetzt bei Long COVID gibt es dasselbe Problem. Aus seiner Sicht ist das eine Schande. Die Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf eine Diagnose. Obmann Huss (ÖGK) verstärkte die Position seines Chefarztes: Ja, wir brauchen eine Diagnose-Codierung, das ist insbesondere für Risikogruppen wichtig – da Medikamentendaten nicht immer valide sind, anhand von COVID und Long COVID sieht man wie problematisch dieser Bereich ist. Wir sind hier im Blindflug unterwegs sind. Wir wissen nicht, wie viele Menschen wir mit welchen Erkrankungen in Österreich haben. Aus seiner Sicht ist die Diagnose-Codierung eine conditio sine qua non bei Verhandlungen mit der Ärztekammer über den Leistungskatalog am Ende des Jahres.



Digital dazugeschaltet (v. oben)

- Martin Clodi
- Gerald Bachinger

Auch die Statements von Prof. Clodi, Obmann der Österreichischen Diabetesgesellschaft), Prof. Zelko, OA Brath und M. Mayr gingen in dieselbe Richtung: die Diagnose-Codierung sei unbedingt notwendig, nicht nur für Diabetes sondern auch für andere, insbesondere chronische Erkrankungen, für die Forschung in der Allgemeinmedizin, um Folgeerkrankungen bzw. Begleiterkrankungen zu erfassen, zur Qualitätssicherung. Diätologinnen und Diätologen sind derzeit darauf angewiesen, die Dokumentation z. B. aus den Niederlanden zu übernehmen, um den Verlauf der Erkrankung zu sehen (ICF oder so ähnlich). Prof. Riedl (Public Health – Schweiz) meinte dazu, nur wenn es eine Codierung gebe, könne die Allgemeinmedizin weiterentwickelt werden. Es wird der europäische Datenraum kommen – will Österreich dann zu den einigen wenigen Ländern gehören, die nichts dazu haben? Wir müssen eigene Daten haben, um eine gewisse Autonomie zu haben – um sich nicht auf Daten z. B. aus den USA verlassen zu müssen. Auch um eine vernünftige Entscheidung darüber treffen zu können, wie Ressourcen verteilt werden, brauche es die Codierung (Wieviel wird für welche Krankheit ausgegeben?).

Ergebnisse und Ausblicke nach dem Experten-Workshop

Leider hat keine Vertreterin bzw. kein Vertreter der Ärztekammer am Workshop teilgenommen. Die Wortmeldungen der Anwesenden können jedoch unisono als Plädoyer für die längst überfällige Einführung der verpflichtenden Diagnose-Codierung zusammengefasst werden. Durch COVID-19 und Long COVID hat das Thema wieder an Bedeutung gewonnen und der Nutzen für die Gesellschaft, für die Patientinnen und Patienten, ist für alle sichtbar. Wir haben mit ICPC2 auch ein seit Jahrzehnten etabliertes Klassifizierungssystem und sind technisch und rechtlich (Lizenzen) auf eine flächendeckende Einführung bestens vorbereitet. Die Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin – also die Vertreterinnen und Vertreter der Anwenderinnen und Anwender – fordert mittlerweile nachdrücklich diese Einführung. Die ÖGK ist fest entschlossen mit der Ärztekammer in ernsthaft Verhandlungen zur verpflichtenden Anwendung von ICPC2 einzusteigen. Mögen die Verhandlungen erfolgreich sein. Denn nur mit einer guten Datengrundlage ist eine gute Versorgung und ebenso eine Gesundheitspolitik möglich und machbar. P



Sonderbeilage Die Presse, Erscheinungstermin 1. Oktober 2022





PLATTFORMEN

CAR-T-Zelltherapie

Wo geht die Reise hin?

Die CAR-T-Zelltherapie ist als innovative zelluläre Immunbehandlung von Patientinnen und Patienten mit malignen Krebserkrankungen in Österreich in der klinischen Praxis angekommen. **DURCH INDIKATIONSERWEITERUNGEN UND GEPLANTE NEUZULASSUNGEN DIVERSE PRÄPARATE ENTSTEHEN CHANCEN - ABER AUCH HERAUSFORDERUNGEN.** Diese haben Top-Expertinnen und -Experten im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfgesprächs in Alpbach diskutiert. | von Lisa Türk, BA

Von anfänglichen Debatten zu Zertifizierungsprozessen spezialisierter Zentren, über die Etablierung von Experten-Netzwerken und die therapeutische Anwendung bis hin zum heutigen Einzug in die Regelversorgung – in der CAR-T-Zelltherapie blickt man auf zahlreiche Meilensteine zurück. In Europa ist bereits in naher Zukunft von Indikationserweiterungen, Zulassungen neuer Generationen zellulärer Behandlungen und zunehmenden Patientenzahlen auszugehen, sowohl in der kommerziellen Behandlung als auch im Zuge klinischer Studien. Mit diesen an sich positiven Entwicklungen gehen zahlreiche Fragen einher, insbesondere finanztechnischer Natur. Diesen Herbst finden nun die Verhandlungen zum Finanzausgleich statt. Die Option liegt nahe, die CAR-T-Zelltherapie in Sachen Finanzierung und Lastenausgleich neu und adäquat zu positionieren sowie zukunftsfit zu gestalten. „Wir sind in der Diskussion rund um die CAR-T-Zelltherapie schon ein großes Stück vorangekommen. Dennoch ist weiterhin Luft nach oben. Der Experten-Dialog ist wesentlich, wenn es darum geht die Versorgung schwerkranker Krebspatientinnen und -patienten stetig zu verbessern“, betonte Elham Pedram, PhD, Director Sales & Marketing, Cell Therapy bei Gilead Sciences, Kite Pharma.



CAR-T-Zelltherapien werden budgetrelevant werden – und müssen deutlich kostengünstiger werden.

Univ.-Prof. Dr. Antonia Müller

Medizinischer Ausblick

Status quo und zukunftsweisende Entwicklungen in der CAR-T-Zelltherapie veranschaulichte zunächst Univ.-Prof. Dr. Antonia M.S. Müller, Klinik für Blutserologie und Transfusionsmedizin, Medizinische Universität Wien/Allgemeines Universitätsklinikum Wien. Im Augenblick seien Behandlungen mit CAR-T-Zellen erst nach einer gewissen Anzahl von Vortherapien zugelassen. „Ein weiterer individuell-gesundheitlich sowie gesamt-ökonomisch richtungsweisender Aspekt zugunsten der CAR-T-Zelltherapie sei



die kürzere Behandlungsdauer im Vergleich zu Standard-of-Care-Therapien. „Betrachtet man Administration, Diagnostik, Inpatient Service, aktive Behandlungszeit, Entlassungsmanagement und stationäre Versorgung, fällt auf, dass vor allem Letztere im Rahmen der CAR-T-Zelltherapie deutlich kürzer als bei Standard-of-Care-Therapien ist“, so Müller. Die Kosten eines CAR-T-Zellpräparats per se seien im Vergleich zur Stammzelltransplantation teurer; ließe man das Produkt allerdings außen vor, so bräuchte die autologe Transplantationsvariante unter Einberechnung aller Posten mehr Ressourcen. CAR-T-Zelltherapien werden budgetrelevant werden – und müssen deutlich kostengünstiger werden“, betonte Müller. Mit einzubeziehen sei, so Univ.-Prof. Dr. Josef Smolle, Abgeordneter zum Nationalrat und Gesundheitssprecher der ÖVP, auch die Preisbildung aufgrund von Angebot und Nachfrage. „Das Auftreten von Konkurrenzprodukten wird die allgemeine Preisbildung mit Sicherheit dynamisch beeinflussen. Gleichzeitig muss Österreich als pharmazeutischer Standort natürlich darauf achten, dass das Ganze auf Dauer lebbar bleibt“, so Smolle. Die Kernfrage stellte schließlich Müller: „Um wie viel müssen die Kosten sinken, sodass CAR-T-Zellen für die Gesundheitssysteme finanziell tragbar werden?“ Klar sei allenfalls, dass die hohen Behandlungskosten nicht auf die Kliniken abgewälzt werden dürfen. Denn die Folge wäre nicht nur eine ungleiche Lastenverteilung, sondern vor allem eine Unterversorgung der Patientinnen und Patienten.

Neue Denkweise der Politik

Vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitssystemischen Mangelzustände – darunter

Verlust an Manpower, knappe Spitalsressourcen, Pflegenotstand und lange Wartezeiten auf Diagnosen und Therapien – erörterte Univ.-Prof. Dr. Richard Greil, Salzburger Cancer Research Institute, Universitätsklinik für Innere Medizin III, den Stellenwert moderner Medikamente. „Wir können durch den adäquaten und vor allem früheren Zugang zu innovativen Präparaten die überbordenden Probleme und Herausforderungen im Gesundheitssystem kompensieren. Diese Power und zugleich Ressource sind nicht zu unterschätzen. Was es braucht, ist eine neue Denkweise der Politik.“ Als kritisch erachtete der Experte vor allem die Unterutilisierung von CAR-T-Zelltherapien in Österreich. Die Gründe dafür seien mannigfaltig und würden von einer Überschätzung des Nebenwirkungspotenzials bis hin zu „ungerechtfertigten Rechtfertigungen“ seitens behandelnder Spezialistinnen und Spezialisten reichen. Diesen obliegt im Endeffekt allerdings die Einzelverantwortung für die Verschreibung einer Therapie. Zugunsten des Patientenwohls verlangt die österreichische Gesetzeslage von Ärztinnen und Ärzten, nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu behandeln. „Letztlich ist es aber Aufgabe der Politik, dies auch zu ermöglichen und sicherzustellen“, ergänzte Smolle. Ärztliche Entscheidungen sollten, so auch Priv.-Doz. Dr. Michael Grolitzer, MBA, Facharzt für Herz- und Gefäßchirurgie und Abgeordneter zum Wiener Landtag und Gemeinderat, keinesfalls von Medikamentenkosten getriggert sein. „Die Entscheidung für oder wider eine Behandlung ist rein medizinischen und keinesfalls politischen Ursprungs“, unterstrich Hon. Prof. Bernhard Rupp, MBA, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich.



um im Bedarfsfall die erforderlichen Kapazitäten und Strukturen für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen zu können“, so Riedl. Denn sollten die Entwicklungen in Richtung der Behandlung von soliden Tumoren oder der Möglichkeit zur Verabreichung von CAR-T-Zelltherapien im ambulanten Setting gehen, brauche man entsprechend qualifiziertes Personal und adäquate Infrastruktur. „Sinnvoll ist es, sich bereits jetzt zu diesen Themen abzustimmen – noch bevor diese möglichen Szenarien eintreten. Denn dann könnte es zu spät sein“, so Riedl.

Rechtssicherheit auf Arzt- und Patientenseite

Neben der Sicherstellung der Therapiefreiheit von Ärztinnen, Ärzten und fairen Zugangschancen zu innovativen Therapien für alle qualifizierten Patientinnen, Patienten benötige es auch Rechtsinstrumente, um die Interessen der Betroffenen durchzusetzen, wie Rupp betonte. „Wir brauchen rechtliche Regelungen, die es ermöglichen, Missstände in Sicherheit zu artikulieren – im Falle von Medizinerinnen und Mediziner ohne dabei die eigene berufliche Zukunft zu gefährden. Wir brauchen smarte Lösungen“, so Rupp. Die Patientensicht verdeutlichte auch Elfi Jirsa, Myelom- und Lymphomhilfe: „Es ist ganz wesentlich, dass Betroffenen verlässliche Informationen zu ihrer Erkrankung und den rechtlichen Gegebenheiten bekommen. Ich wünsche mir, dass Ärztinnen, Ärzte und Patientinnen, Patienten in jedem Fall miteinander vernetzt werden und die Option haben, rechtzeitig miteinander ins Gespräch zu gehen, um passende Entscheidungen zu treffen, solange dies überhaupt noch möglich ist.“

Auch der Fachkräftemangel in der Onkologie sei eine „gesellschaftliche Herausforderung“, wie die Expertinnen und Experten unisono feststellten. „Wir müssen darauf achten, dass junge Kolleginnen und Kollegen, die in Österreich ausgebildet werden, auch hier bleiben. Das Manko an Ausbildungsstellen führt seit Jahren dazu, dass engagierte Jungmedizinerinnen und -mediziner ins Ausland abwandern. Dabei hätten wir die Strukturen in Österreich, wir haben ein hoch ausgeprägtes Bildungssystem. Wir müssen es aber auch nutzen“, erklärte Dr. Gerald Michael Radner, Vorstandsmitglied der Ärztekammer für Wien.

In der Ressourcenplanung braucht es den nötigen Weitblick, um vorausschauend agieren zu können.

Benjamin Riedl

Innovationstreiber Onkologie

Grundsätzlich ist die Onkologie jenes medizinische Fachgebiet, das die meisten Neuentwicklungen von Medikamenten aufweist. Laut Positionspapier der Pharmig wurden in den letzten 20 Jahren in der Onkologie 141 neue Medikamente zugelassen. „Einige große Gamechanger haben es uns ermöglicht, die Patientenanzahl zu verdoppeln. Nachdem auch die Prävalenzen in den nächsten Jahren steigen werden, werden wir extrem viele Patientinnen und Patienten zu behandeln haben. Wir brauchen innovative Medikamente – und auch Fachkräfte. Wir müssen uns auf allen Ebenen vorbereiten – jetzt“, appellierte Prim. Doz. Dr. Hannes Kaufmann, Klinik

Favoriten. Trotz der Zulassung zahlreicher innovativer Medikamente sei, so Greil, die Entwicklung der Medikamentenkosten im Verhältnis zu den Gesamtgesundheitskosten in Österreich extrem spektakulär und praktisch seit 2004 weitgehend konstant – im Spital fallen nach Stand 2019 lediglich sechs bis zehn Prozent der Kosten auf Onkologie. Da stellt sich die Frage, weshalb die Auswirkungen der Implementierung der CAR-T-Zelltherapie derart gefürchtet werden. Nichts sollte nüchterner und neutraler betrachtet werden als jene Kosten, mit denen wir bestenfalls das Überleben von Patientinnen und Patienten sichern können“, so Greil. „Wirklich relevant ist in puncto Therapieentscheidung vor allem die Patientenselektion“, ergänzte Gorlitzer. Diese ist im Falle der CAR-T-Zelltherapie durch spezialisierte Tumorboards geregelt, in welchen Expertinnen und Experten entsprechend der Leitlinien eruieren, ob eine Patientin, ein Patient für die Therapie geeignet ist. „Dieses CAR-T-Netzwerk ist ein Best-Practice-Beispiel, das allenfalls die Verantwortung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte widerspiegelt, festhält und sichern sollte“, so Mag. Gernot Idinger, Apothekenleiter im Klinikum Steyr, Gesundheitsholding Oberösterreich.

Horizon Scanning

In Wien beobachte man die Entwicklungen der CAR-T-Zelltherapie „entspannt aber sehr genau“, man sei „in engstem Austausch mit den Expertinnen und Experten sowie den Herstellern“, wie Benjamin Riedl, MSc, Wiener Gesundheitsverbund – Abteilung für Gesundheitsökonomie, betonte. „Auch in der angesprochenen Planung von Ressourcen denken und agieren wir in Wien langfristig,

Teilnehmende des Gipfelgesprächs (v.l.)

- Stephan Rebhandl
- Gerald Radner
- Elham Pedram
- Hannes Kaufmann
- Gernot Idinger
- Robin Pancheri
- Benjamin Riedl
- Bernhard Rupp
- Bernd Schöpf
- René Resch
- Hanns Kratzer

Digital dazugeschaltet (von oben nach unten)

- Elfi Jirsa
- Josef Smolle
- Richard Greil
- Michael Gorlitzer
- Antonia Müller

Wir brauchen Entscheidungsgrundlagen, Mechanismen und Vorkehrungen – auf der Finanzausgleichsebene und auf der juristischen Ebene.

Bernhard Rupp

Schulterschluss zugunsten Betroffener

Um qualifizierten Patientinnen und Patienten die passende Therapie zukommen zu lassen, gehe es, so Smolle, am Ende des Tages vor allem darum, „an einem Strang zu ziehen und eine gemeinsame Finanzierung – aus welchen Töpfen auch immer – auf die Beine zu stellen.“ Eine Implementierung innovativer Dienstleistungen etwa ins LKF-System sei, wie Rupp ergänzte, vorerst nicht zielführend, zumal der Rechnungshof kritisiert habe, das LKF-System werde in Österreich von allen Bundesländern und Trägern unterschiedlich interpretiert und gelebt. „Die Lösung liegt meines Erachtens darin, den Kostendruck von den Trägern zu nehmen und vorerst über Extrafonds bzw. Innovationsfonds zu gehen“, erklärte Rupp. Abschließend betonte er im Hinblick auf den bevorstehenden Finanzausgleich, wie wichtig es gerade jetzt sei, als medizinische Expertinnen und Experten auf konstruktive Weise an die Politik heranzutreten und den notwendigen Weitblick in puncto innovativer Therapien zu vermitteln. „Wir brauchen den Drive forward. Wir brauchen Entscheidungsgrundlagen, Mechanismen und Vorkehrungen – auf der Finanzausgleichsebene und auf der juristischen Ebene. Andernfalls wird es uns aufstellen.“ **P**





POLITIK

Gesunde Zukunft | Folge 8

Weniger ist mehr

Spitzenmedizin braucht Spezialisierung



Der hohe Reformbedarf unserer Krankenhausstrukturen spitzt sich zu – nicht erst seit der Pandemie, die uns aufs Neue vor Augen geführt hat: Spezialisierungsprozesse der Krankenhauslandschaft machen nicht nur Sinn, sondern sind unverzichtbar geworden. Der ambulante Bereich stellt dabei einen unentbehrlichen Stein in der Brandung dar. Er versucht mit aller Kraft den Spitälern den Rücken freizuhalten, um sicheren Raum für die Behandlung schwersterkranker Menschen zu schaffen. Das gelingt uns gut. Dennoch sind neue Lösungsmodelle im ambulanten und stationären Bereich gefragt. Eine intelligente Vernetzung von Hausärztinnen und Hausärzten, niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten, Pflegeeinrichtungen, mobilen Diensten, telemedizinischen Angeboten, Primärversorgungszentren und letztendlich von spezialisierten



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

Spitälern wird zukünftig stark an Bedeutung gewinnen. Für eine krisenunabhängige Versorgung brauchen wir barrierefreie und patientenorientierte Zugänge zu den besten Behandlungen und Therapien – und das für alle. Was zählt, ist ein geschickt durchkomponiertes orchestrales Zusammenspiel: Jeder einzelne Bereich braucht klar definierte Aufgaben – wie Instrumente in einem Orchester. Für Patientinnen und Patienten ist es dabei nicht immer einfach, im Dschungel der Gesundheitslandschaft Orientierung zu finden. Umso dringlicher müssen wir sie an der Hand nehmen und sie effektiver durch das Gesundheitssystem leiten – stets entlang des „Best Point of Service“: Es geht um die bestmögliche Behandlung für jeden an der richtigen Stelle. Oder anders gesagt: Die passenden „Instrumente“ müssen an einem stimmigen Ort vorhanden sein und im richtigen Takt gespielt werden. Unser Hauptau-

genmerk soll in Zukunft darauf gerichtet werden, die Versorgung auf dem Land sicherzustellen und gleichzeitig Spezialisierungsprozesse anzukurbeln – Spezialisierungen, die auch das Potenzial der Digitalisierung berücksichtigen, sodass wir international kompetitiv bleiben. Wenn es uns gelingen soll, unsere Regionen für Medizinerinnen und Mediziner chancenreich zu gestalten, ist es notwendig, Exzellenz zu fördern, um so für Spezialistinnen und Spezialisten attraktiver zu werden. Wenn man beispielsweise nur einmal die Woche einen Blinddarm operiert, wird das kein großer Anreiz sein. Wollen wir Österreich als Anziehungspunkt für Expertinnen und Experten positionieren, müssen wir zudem bestehende Potenziale aus unseren medizinischen Wissenschaften ausschöpfen: Österreich ist beispielsweise in der Forschung im Bereich der Neurowissenschaften, in der Brustkrebsforschung sowie in der Rheumatologie auf internationalem Parkett führend beteiligt. Das sind Ressourcen, die wir bis jetzt noch nicht ausreichend genutzt haben. Das Erfolgsrezept eines progressiven Gesundheitssystems ist einfach: Den Fokus auf regionale Versorgung richten und Spezialisierungen fördern – gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten als wegweisende Koordinatoren. Früher hieß die Lösung im Umfeld von Spitals-Standortfragen: Hauptsache mehr – und am besten überall. Letztendlich lautet die gesunde und vielversprechende Strategie jedoch: Weniger ist mehr – dafür top-spezialisiert. **P**

Klinik News | Folge 1

Die Cancer Nurse

Neues Berufsbild in der onkologischen Pflege

Sämtliche Modelle der künftigen Entwicklung des Gesundheitsbereichs prognostizieren einen starken Anstieg von Krebserkrankungen. Der Grund: Die Menschen leben länger und werden älter. Krebs ist primär eine Erkrankung der älteren Menschen. Pro Jahr wächst der Anteil der über 65-jährigen in unserer Gesellschaft um 2,4 Prozent. Im gleichen Ausmaß wird daher auch die Inzidenz der Krebserkrankungen zunehmen. Da die onkologischen Behandlungen immer wirksamer werden und die Patientinnen und Patienten dadurch mit ihrer Krebserkrankung länger leben, brauchen sie auch länger medizinische Unterstützung. In Anbetracht dieser Entwicklungen müssen wir davon ausgehen, dass in zehn Jahren mindestens 40 Prozent mehr Fallzahlen in den Fachambulanzen zu bewältigen sein werden. Die dafür nötige Versorgung durch eine lineare Erweiterung der ärztlichen Kapazitäten zu gewährleisten, wird uns weder



Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe
Präsident der OeGHO

gelingen noch notwendig sein. Zum einen entwickelt sich Krebsmedizin weiter und immer mehr Leistungen, die heute noch eines stationären Aufenthaltes bedürfen, können künftig ambulant und wohnortnah durchgeführt werden. Auch ist die routinemäßige Therapie-Verabreichung durch eine Ärztin, einen Arzt in vielen Fällen nicht nötig. Zum anderen haben wir nicht genügend (onkologisch ausgebildete) Medizinerinnen und Mediziner, die einen solchen Mehrbedarf decken könnten, von den daraus resultierenden Personalkosten ganz zu schweigen. Es besteht bereits heute ein großer Bedarf, ärztliches Personal zu entlasten, bestimmte Leistungen zu delegieren und gleichzeitig die Betreuung von unseren Patientinnen und Patienten zu verbessern. Dazu bedarf es einer teamorientierten Arbeitsstruktur unter Einbindung von qualifizierten Pflegekräften – nur gemeinsam können wir eine optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Blut- und Krebserkrankungen sicherstellen.

Obwohl in der Pflege derzeit generell ein Engpass herrscht und bis 2030 voraussichtlich 75.000 Pflegekräfte fehlen werden, könnte die Situation in der onkologischen Pflege durchaus entgegen dem allgemeinen Trend verlaufen. Denn gerade eine fachliche Vertiefung, verbunden mit einer weiterführenden akademischen Ausbildung, die ein selbständigeres und verantwortungsvolles Arbeiten im klinischen Alltag ermöglicht, gilt als attraktive Chance Pflegende zu halten und neue Perspektiven zu ermöglichen. Genau diese Punkte erfüllt das in Österreich noch neue Berufsbild der Cancer Nurse. Durch, in einem Masterstudium erworbene, hohe fachliche Kompetenz und praktische Erfahrung können sie maßgeblich Onkologinnen und Onkologen entlasten, die dadurch mehr Kapazitäten für jene Patientinnen und Patienten zur Verfügung haben, die deren Leistung brauchen. Cancer Nursing stellt auch eine Karriere-Perspektive für Pflegekräfte dar, die sich auch in der Bezahlung niederschlägt. In einigen Bundesländern Österreichs werden bereits einschlägige Studienangebote für Cancer Nursing angeboten, wobei diese noch höchst unterschiedlich ausgestaltet sind. Deshalb haben sich die Österreichische Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (OeGHO) und die Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen (AHOP) das Ziel gesetzt, das Berufsbild der Cancer Nurse flächendeckend in ganz Österreich zu implementieren. Die gemeinsamen Forderungen dazu sind:

- Definition eines österreichweiten Curriculums;
- Anerkennung als Spezialbereich mit einer entsprechenden Bezahlung;
- Schaffung von entsprechenden Dienstposten an den onkologisch tätigen Abteilungen. **P**



POLITIK



zin Plus“ in Haslach, forderte neue Kooperationsmodelle zwischen den Berufsgruppen sowie künftig zwischen den Versorgungsebenen. Zahlreiche internationale Studien beweisen, und aus eigener Erfahrung kann er bestätigen, dass berufsgruppenübergreifende Kooperation einerseits Entlastung für die Ärztinnen, Ärzte und gleichzeitig eine Qualitätssteigerung in der Versorgung bewirkt.

Datenlage

Kritisch wurde die unzureichende Datenlage in Österreich erörtert. Ohne Daten ist sowohl das Versorgungsmanagement eines Landes als auch die Forschung und Wissenschaft auf Schätzungen – mit hohen Schwankungsbreiten – angewiesen, betonte Prof. Bernhard Rupp, Fachbeiratsvorsitzender und Abteilungsleiter Gesundheitspolitik der AK NÖ. Die Auswirkungen der unzureichenden Versorgung auf die Lebensrealitäten der Menschen wird auch in den täglichen Beratungen der Arbeiterkammer sichtbar: Lange Krankenstände bis zur Invalidität und Berufsunfähigkeit, sowie Arbeitsplatzverlust und Existenzprobleme können die gesellschaftspolitischen Begleiterscheinungen von Diabetes sein.

Die fehlende Diagnosekodierung bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, mache die Gesundheitskasse in einem wesentlichen Bereich blind, so Rupp, denn eine verpflichtende Kodierung, wie bereits in den PVEs könnte als Grundlage für ein bundeseinheitliches Diabetesregister dienen. Was nutzt ein Register, wenn niemand einmeldet? Dazu muss die finanzielle Ausstattung und die Möglichkeit der Dokumentation durch die Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung gestellt werden. Mit einem Diabetesregister und einer verpflichtenden Diagnose- und Leistungskodierung auch im niedergelassenen Bereich könnte die Versorgung zielgenauer gestaltet werden, ergänzte ÖGK-Verwaltungsrat Mag. Martin Schaffenrath und bestätigte, dass zu diesem Thema zwischen Ärztekammer und Sozialversicherung bereits Verhandlungen geführt werden. Als Unterstützung für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte hat Schaffenrath den Einsatz von Dokumentationsmanagerinnen und -managern vorgeschlagen.

Fazit

Die Patientinnen und Patienten sollen neben den Ärztinnen und Ärzten von den Angehörigen der unterschiedlichen Berufsgruppen, insbesondere von Pflegeexpertinnen und -experten, klinischen und Gesundheitspsychologinnen und -psychologen, Diätologinnen und Diätologen, Bewegungsberaterinnen und -berater, Physiotherapeutinnen, -therapeuten, Orthoptistinnen, Orthoptisten begleitet und betreut werden. Die für die Patientinnen und Patienten wichtige Lotsenfunktion könnten bereits jetzt schon die Diätologinnen, Diätologen und die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger übernehmen. Dazu muss man auch die Verrechnbarkeit von Leistungen der Vertreterinnen und Vertreter anderer Gesundheitsberufe, wie z. B. Wundmanagerinnen, -manager oder Diätologinnen und Diätologen mit der ÖGK herstellen. P

Gesundheitsgespräche Alpbach 2022

Erstmals verifizierbare Zahlen zu Diabetes in Österreich

Die Verbesserung der Versorgungsstruktur in Österreich bei chronischen Erkrankungen war heuer ein zentrales Thema bei den Gesundheitsgesprächen in Alpbach. Ein Workshop beschäftigte sich mit ersten Ergebnissen der AK-Diabetesstudie. | von Mag. Wolfgang Panhölzl

Warum ist der AK die Diabetes-Studie ein so großes Anliegen? Diabetes ist ein trauriges Beispiel für Politversagen im Gesundheitsbereich. So werden jährlich 300 Patientinnen und Patienten wegen Nierenversagen dialysepflichtig, rund 200 Menschen erblinden an den Folgen von Diabetes, das diabetische Fußsyndrom ist Auslöser für rund 3.000 Amputationen pro Jahr. Österreich liegt im traurigen Spitzenfeld bei schwerwiegenden Folgeerkrankungen von Diabetes, erläuterte Mag. Wolfgang Panhölzl, Leiter der Abteilung Sozialversicherung der Arbeiterkammer Wien. Wir brauchen ein multiprofessionelles Versorgungsmodell, das im ambulanten Bereich die breite Einbeziehung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe – diplomierte Krankenpflege, Diätologinnen und Diätologen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten etc. – ermöglicht und wir brauchen auch die Diagnosecodierung, um eine evidenzbasierte Versorgung und Forschung überhaupt organisieren zu können. Diese Mängel sind seit Jahrzehnten bekannt. 2007 wurde „Therapie Aktiv“ als Betreuungs- und Therapieprogramm für Diabetikerinnen und Diabetikern ins Leben gerufen. Trotz großer Bemühungen sind derzeit nur rund 15 Prozent eingeschrieben und weniger als 10 Prozent werden tatsächlich betreut. Wohlgeachtet, das Programm läuft seit 15 (!) Jahren.

Neue Zahlen zur Prävalenz
Erstmals konnten verifizierbare Zahlen, statt Schätzungen zur Prävalenz der Erkrankung, vorgelegt werden. Die belastbaren Zahlen der GÖG wurden durch Heranziehung von zahlreichen Datenquellen berechnet. Diese waren die sogenannten LEICON-Daten der Sozialversicherung (Zahlen anhand der Medikamentenverordnungen) aber auch andere Quellen, wie der IDF-Diabetesatlas, Disease Management Programm Therapie Aktiv, die

Sonderbeilage Tiroler Tageszeitung, Erscheinungstermin 5. Oktober 2022

Diskussionsteilnehmende (v. l.)

- Martin Schaffenrath, Andreas Hoyer, Peter Fasching, Wolfgang Wein, Martin Clodi, Constanze Schlegl, Bernhard Rupp, Nicole Edelmayer, Erwin Rebhandl, Barbara Fröschl, Helmut Brath, Krisztina Juhasz, Wolfgang Panhölzl, Hans-Jörg Trettler, Barbara Fisa, Herbert Puhl

Digital dazuschaltet (v. l.)

- Monika Aichberger
- Monika Mayr



ATHIS-Umfrage, Diabetesregister Tirol oder das Inzidenzregister Kinder.
Die Zahlen belegen, dass in Österreich zwischen 727.618 – 879.826 (2020) an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankte Menschen leben. Das sind 8,17 – 9,88 Prozent der Bevölkerung, wobei Männer in einem höheren Anteil betroffen sind als Frauen. 6,46 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Diabetes werden medikamentös behandelt. Dieser Prozentsatz ist doppelt so hoch wie bisher angenommen, führte Dr. Martin Clodi, Präsident der Österreichischen Diabetesgesellschaft, aus und verwies auf die volkswirtschaftliche Relevanz dieser Erkrankung. Dass „zu wenig“ Patientinnen und Patienten zu behandeln wären, müsse – anhand dieser Zahlen – keine Berufsgruppe befürchten. Anhand der hohen Zahlen waren sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer – darunter Vertreterinnen und Vertreter des Apothekerverbands, der Österreichischen Diabetesgesellschaft, der Sozialversicherungsträger, aber auch Medizinerinnen und Mediziner, sowie Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger und Angehörige anderer Gesundheitsberufe – einig, dass Verbesserungsbedarf bestehe und dieser zeitnahe Änderungen erforderlich mache. Dr. Erwin Rebhandl, Leiter des Primärversorgungszentrums „Hausarzt Medi-

© MANUELA EGGER-MOSER, KRISZTIAN JUHASZ



POLITIK

Wie man Schaden minimiert, wenn es für Prävention zu spät ist

Der Begriff Harm Reduction ist weniger bekannt, als er es sich verdienen würde. **SCHADENSMINIMIERUNG UND RISIKOMINDERUNG KÖNNEN UND SOLLEN EINEN WESENTLICHEN BEITRAG IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG LEISTEN.** Und zwar dort, wo Prävention nicht mehr möglich ist oder wo aus individuellen Gründen Lebensstiländerung und Suchtabstinenz nicht erfolgreich sind. Um dies erreichen zu können, benötigt es eine verständliche Aufklärungsarbeit und Informationsvermittlung – unter Gesundheitsfachleuten wie Betroffenen. | von Christian Lenoble

Harm Reduction, zu Deutsch Schadensminimierung, hat eine lange und erfolgreiche Geschichte – an den Beispielen der Sicherheitsgurtpflicht zur Verringerung von schweren Verletzungen bei Autounfällen oder des Nadeltauschs zur Minimierung von Folgeerkrankungen bei Drogensüchtigen. Das Konzept so breit wie möglich zu fassen, hat sich die im Mai 2022 präsentierte Seitenstettener Petition zu Harm Reduction und Risikominderung zur Aufgabe gemacht. Der Fokus wurde auf Lebensstilrisiken und Suchtverhalten in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Alkohol, Rauchen und illegale Drogen gelegt.

Essenzen der Petition

Ab 2021 wurde über ein Jahr lang das Thema Harm Reduction mit zahlreichen Expertinnen und Experten insbesondere vor dem Hintergrund der Onkologie, Orthopädie, kardiovaskulärer Erkrankungen und der Zahngesundheit diskutiert. Klar war von Anfang an, dass eine Gesellschaft frei von Suchtverhalten und vermeidbaren Lebensstilrisiken kein realistisch kurzfristig erreichbares Ziel ist und die Ansätze der Harm Reduction und Risikominderung eine Brücke darstellen, um eine nachhaltige, schrittweise Verbesserung im Lebensstil einzuleiten. Einig sind sich die Fachleute ebenso, dass Evidenzbasierung und Wissenschaftlichkeit die Grundlage aller Ansätze sein müssen. Ein aktiver Dialog mit der Wissenschaft, die kontinuierlich neue Erkenntnisse generiert und die eigenen Annahmen und Gewissheiten hinterfragt, ist daher notwendig und soll gefördert werden. Dies soll eine verbesserte Kommunikation über den State of the Art in und mit der medizinischwissenschaftlichen Community begleiten. Anzustreben ist laut Petition eine verstärkte Aufklärung und der Transfer des Wissens in die Praxis der Gesundheitsversorgung, hin zu medizinischem Fachpersonal – eine Vorbedingung, um für jene Betroffenen, deren Lebensumstände dies erfordern, pragmatische Ansätze zur Senkung von Lebensstilrisiken vermitteln zu können.

Gerade in den Bereichen Lebensstilrisiken und Suchtverhalten muss die Niederschwelligkeit und Praxistauglichkeit bei allen Angeboten ein zentraler Fokuspunkt sein. Die Begegnung und Aufklärung gilt es auf Augenhöhe mit den Betroffenen zu suchen. Ein weiteres Ziel: Innovative österreichische Projekte zu Harm Reduction und Risikominderung sollen gefördert sowie regelmäßig evaluiert werden, um in der Folge erfolgreiche Projekte vor den Vorhang zu holen und in die Regelversorgung übernehmen zu können.

Harm Reduction vs. Prävention

Als eine der zentralen Essenzen der Petition erweist sich die Betonung, dass Harm Reduction und Risikominderung als unterstützende Ansätze und Maßnahmen anzusehen sind. Prävention im Sinne von Lebensstiländerungen und Suchtabstinenz stellen unbestritten die bestmöglichen Outcomes für Betroffene dar und bleiben die primären Ziele. Harm Reduction und Risikominderung können und sollen jedoch dort einen Beitrag leisten, wo Prävention nicht wirksam war und wo aus individuellen Gründen Lebensstiländerung und Suchtabstinenz nicht erfolgreich sind. In diesem Sinne schreiben sich Harm Reduction und Risikominderung in das Konzept von „Gesundheit erhalten – schaffen – verbessern“ ein.

Für PRAEVENIRE heißt es die Arbeit zum Thema Harm Reduction mit Stakeholdern und Fachleuten aus dem Gesundheitsbereich sowie den Unterzeichnerinnen und Unterzeichnern der Petition weiter fortzusetzen. Eine Gelegenheit dazu bot sich Ende August im Böglerhof in Alpbach beim PRAEVENIRE Gipfelgespräch unter dem Titel: „Gesundheitskompetenz: Prävention und Schadens-/Risikoreduktion“. Dort erläuterte in ihrem Impulsreferat Prof. Dr. Erika Zelko, Leiterin des Instituts für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der JKU, den zentralen Unterschied zwischen Prävention und Harm Reduction: „Bei Prävention geht es um anpassende, krankheitsbezogene Maßnahmen für die gesamte Bevölkerung,



Diskussionsteilnehmender, digital dazugeschaltet

• Alfred Springer

während Risikoreduktion an die individuelle Person gerichtet ist. Dieser Paradigmenwechsel ist notwendig, wiewohl ich denke, dass die meisten Ärztinnen und Ärzte sowie andere Vertreter der Gesundheitsberufe das Prinzip der Harm Reduction bereits verfolgen – selbst wenn dies noch nicht unter diesem Begriff läuft.“ Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer, zweiter Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit, stimmt dieser Aussage zu und verweist darauf, dass vor allem das ärztliche Handeln im chronischen Bereich Prinzipien der Harm Reduction beinhalte. Zudem machte Zelko darauf aufmerksam, dass für ein nachhaltiges Gesundheitssystem nicht nur zufriedene Patientinnen und Patienten benötigt werden, sondern auch ein zufriedenes Gesundheitspersonal.

Erfolgsbeispiel: Rauchstopp vor und nach OP

Wie Harm Reduction erfolgreich sein kann, erzählte Univ.-Prof. Dr. Nikolaus Böhler, Emeritierter Vorstand der Universitätsklinik für Orthopädie und Traumatologie des Kepler Universitätsklinikums, in seiner Keynote zum Thema „Perioperativer Rauchverzicht vor und nach Operationen“: „Vor ungefähr zehn Jahren haben die Skandinavier damit begonnen, die Patientinnen und Patienten in den Vordergrund zu stellen und sie bei einer bevorstehenden Operation zu inkludieren, um so deren Risiko zu minimieren.“ Laut Böhler gibt es drei Punkte, die man vor einer Operation kurzfristig ändern kann, um eine Risikominimierung zu erlangen: Reduktion der Keime, Vorbehandlung der Blutarmut und eben ein perioperativer Rauchstopp. Zahlen zu Letzterem untermauern die Sinnhaftigkeit dieser Maßnahmen: Nichtraucherinnen, Nichtraucher haben etwa bei einer Schulterooperation ein fünfprozentiges Risiko einer Komplikation, bei Raucherinnen, Rauchern liegt dieses Risiko bei 25 Prozent. Bei einer Unterschenkelfraktur wiederum besteht für Raucherinnen, Rauchern eine um vier Wochen längere Heilungszeit. Wenn jedoch vier bis sechs Wochen

© LUDWIG SCHEDL



vor einer Operation mit dem Rauchen aufgehört wird, kann das Risiko beispielsweise bei der Endoprothetik halbiert werden. „Ein Rauchstopp sowohl vor als auch nach der Operation hat demnach in vielen Bereichen eine signifikante Wirkung“, so Böhler. Ein in Studien festgehaltener positiver „Nebeneffekt“: Eine zwölfwöchige Rauchabstinenz führt dazu, dass 30 Prozent gar nicht mehr mit dem Rauchen anfangen.

Zeitmangel und Kompetenzdefizit

So sehr unter Expertinnen und Experten Konsens darüber herrscht, dass dem Konzept der Harm Reduction künftig ein größerer Stellenwert eingeräumt werden sollte, so viele Schwierigkeiten treten beim Versuch der Umsetzung auf. „Es gibt derzeit keine Verantwortliche und keinen Verantwortlichen, der für die Information, Beratung und Förderung der Gesundheitskompetenz zuständig ist. Das System ist zersplittert. Um Aufklärungsarbeit zu ermöglichen, ist es also zuerst notwendig, festzumachen, wer freie Ressourcen hat, um im Bereich Harm Reduction etwas leisten zu können und wie diese Leistungen ins Finanzierungssystem einzugliedern sind“, betonte Daniel Peter Gressl, Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger für gemeinde- und bevölkerungsorientierte Pflege der Stadtgemeinde Judenburg. Er sprach damit zugleich das Problem an, das Harm Reduction viel Zeit, Information und Beratung braucht, für die im niedergelassenen Bereich häufig zu wenig Raum ist. Ärztinnen und Ärzte seien mit einer deutlich zu hohen Patientenfrequenz konfrontiert, was sie daran hindert, Harm-Reducti-

Diskussionsteilnehmende des Gipfelgesprächs Harm Reduction vor Ort (v.l. n. r.)

- Alexander Biach
- Barbara Fisa
- Daniel Peter Gressl
- Erika Zelko
- Nikolaus Böhler
- Reinhard Riedl
- Erwin Rebhandl
- Sabine Röhrenbacher (nicht im Bild)

on-Arbeit zu leisten.

Laut den Fachleuten liegt das Problem allerdings nicht nur an Zeit-, sondern teils auch an Wissens- und Kompetenzdefiziten. „Wir brauchen definitiv Schulung und Fortbildung für die Ärzteschaft und Vertreter anderer Gesundheitsberufe. Ideal wäre eine gemeinsame Fortbildung, die der Förderung der Zusammenarbeit dienlich wäre“, meinte Dr. Erwin Rebhandl, Präsident von AM Plus. Die Zahl jener, die mit dem Begriff Harm Reduction nur wenig anfangen können, sei laut Umfragen erschreckend groß.

Wissenstransfer zu den Betroffenen

Fest steht, dass gut geschultes Gesundheitspersonal wesentlich dazu beitragen kann, die individuelle Gesundheitskompetenz – ein Eckpfeiler eines guten Versorgungssystems – zu fördern. Eine Entlastung der Ambulanzen und der ärztlichen Bereiche wäre beispielsweise durch eine telefonische Behandlung möglich. Auch Apps könnten dabei helfen, Patientinnen und Patienten bei der Harm Reduction individuell zu begleiten. Eine weitere Option wäre die Entwicklung einer Art Gesundheitsführerschein, um Menschen in ihren verschiedenen Lebensphasen über Gesundheitsprobleme zu informieren und upzudaten. Denkmöglich sind etwa sowohl im ärztlichen als auch im nicht-ärztlichen Bereich kuratierte Fragen-Antworten-Dokumente, die ständig am neuesten Stand des Wissens gehalten werden und Auskunft über die wichtigsten Praxisthemen geben – beispielsweise zu den zentralen Fragen rund um Rauch- und Alkoholkonsum. Gelöst wären damit alle Probleme allerdings nicht, wie Prof. Dr. Reinhard Riedl, Berner Fachhochschule, Vorstandsmitglied und Digital Health Experte, bemerkte: „Ich warne davor, dass man glaubt, mit einem einfachen Frage-Antwort-Spiel alles aus der Welt schaffen zu können. Randfelder bleiben dabei immer offen. Umfragen zeigen zudem, wie schnell sich Wissen ändert.“ Solche grundsätzlich hilfreichen Informationsbanken müssten also permanent aktualisiert werden. Laut Riedl wurde es generell in den letzten Jahren, insbesondere in der Pandemiezeit, verabsäumt, den Menschen ehrlich zu erklären, wie Wissensgenerierung und

Wissenschaft funktioniert: „Das ist ein Erkenntnisprozess, der immer weitergeht. Es gibt keine ewig gültige Antwort.“

Maßgeschneiderte Maßnahmen

Einigen konnte man sich in der Fachrunde auf eine Reihe von Forderungen, um im gesamten Themengebiet Fortschritte zu machen. Mag. Barbara Fisa, MPH, Geschäftsführerin von „The Healthy Choice“, rät, Spezialistinnen und Spezialisten, wie Ernährungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler, Sportwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler, Psychologinnen und Psychologen heranzuziehen, um den Bereich von den rein ärztlichen Berufen wegzubekommen, hin zu Personen, die sich für die Betroffenen mehr Zeit nehmen und individuell beraten können. In Bezug auf Harm Reduction sollten Menschen nicht nur auf Bewegung, Ernährung und Psyche reduziert werden. Der Mensch ist in seinen Gewohnheiten und Aktivitäten breiter aufgestellt und benötigt hier ein Monitoring von vielen Faktoren des Lebensstils. Aufgrund der hohen Patientenfrequenz benötigt Österreich auch eine klar überschaubare Population at Risk. Erst diese ermöglicht eine Definition, wie viele Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Gebieten betreut werden müssen und können. Mag. Sabine Röhrenbacher, Leitung der Kommunikation und des Büros bei dem Bundesverband Selbsthilfe Österreich, tritt für eine stärkere Verankerung der Patientenvertretung im Sozialen- und Gesundheitswesen ein. Ganz allgemein wäre die Nutzung jedes einzelnen Patientenkontakts, egal in welchem Bereich, sinnvoll, um Wissen über Prävention und Harm Reduction zu vermitteln. Und dies in höchst individueller Art und Weise, wie Dr. Alexander Biach, Direktor-Stv. der Wirtschaftskammer Wien und Standortanwalt der Stadt Wien, betonte: „Jede Person hat eine eigene Geschichte. Das ist auch die Erkenntnis, die uns auf den Weg der Präzisionsmedizin gebracht hat. Die richtige Behandlung mit der richtigen Dosis zum richtigen Zeitpunkt für die richtige Patientin und den richtigen Patienten – das Grundprinzip muss auch für Prävention und Harm Reduction gelten.“ P

Harm Reduction – Auf Patient:innen individueller eingehen

Gesundheitskompetenz ist nicht nur in der Prävention wichtig, sondern auch nötig, um das Potenzial der Einzelkrebshilfen auszunutzen.

PRAEVENIRE GESUNDHEITSGESPRÄCHE

Wöchentliche Live-Video-Tipps

Redaktion: Dr. Erwin Rebhandl, Dr. Barbara Fisa, Dr. Daniel Peter Gressl, Dr. Erika Zelko, Dr. Nikolaus Böhler, Dr. Reinhard Riedl, Dr. Sabine Röhrenbacher

Tiroler Tageszeitung, Erscheinungstermin 5. Oktober 2022





POLITIK



Geld und Leistung

„Zurückgeholt“ – nach einer durch COVID-19 bedingten fast dreijährigen Pause startete die Welldone Lounge am 28. September wieder durch – mit allen Hauptinhalten: Information aus erster Hand und einem großen Get-together der Gesundheitsbranche. Für Aufmerksamkeit war jedenfalls gesorgt: Wiens Gesundheits- und Sozialstadtrat Peter Hacker lieferte eine Tour d’horizon durch **FINANZIERUNG, STRUKTUR UND STATUS DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSWESENS.** | von Wolfgang Wagner

Aktuelle Herausforderungen bei der Finanzierung des Gesundheitssystems“, war der Titel von Hackers Keynote. Einfach oder kompliziert?

Der Stadtrat: „Das Thema ist spannend. Und wenn die Erwartungshaltung so ist, dass ich hier das Geheimnis lüfte, mit welcher Position die Bundesländer in die Finanzausgleichsverhandlungen gehen, dann ist das an sich ein kurzes Referat und wir können gleich zur Diskussion übergehen. Wir erwarten uns mehr Geld. Das wird niemand weiter überraschen.“

Der Gesundheitssektor sei ein Bereich mit einem eigentlich „unglaublichen Budgetvolumen“, sagte Hacker. „Wir haben jedes Jahr weit über 30 Milliarden Euro Umsatz. Das sei eine Summe, die man sich kaum mehr vorstellen könne. Freilich, das Spannende am Gesundheitswesen sei, dass man mit den Aufwendungen direkt mehrere Wirkungen erziele. „Daher verlangen die Diskussionen, die wir da führen müssen, eine hohe Präzision, auch weil es direkt um Löhne und Gehälter von zehntausenden Menschen geht: von Menschen mit einer einfachen Ausbildung bis zu Menschen mit einer High-Excellence-Ausbildung und mit allen Abstufungen, die sich dazwischen ergeben. Es gibt Berufsgruppen sonder Zahl – von allen Medizinerinnen und Medizinern, den Pflegekräften, medizinisch-technischen Berufen bis hin zu Physikerinnen und Physiker, die wir beschäftigen.“

Wir haben Probleme in der Gesundheitspolitik, die wir schon lange mit uns herumschleppen – auch wenn die Pandemie den Fokus in den letzten zweieinhalb Jahren verschoben hat. Eines der entscheidenden Probleme dabei sieht der Gesundheitsstadtrat in der Finanzierung: „Wieso zahlen alle erwerbstätigen Österreicherinnen und Österreicher hohe Sozialversicherungsbeiträge und Steuern – die Beiträge der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber kommen dann noch dazu – und trotzdem muss man häufig privat für

Gesundheitsdienstleistungen dazuzahlen? Sei es im niedergelassenen Sektor, bei den Wahlärztinnen und -ärzten, sei es für Zusatzleistungen.“

Wir brauchen eine intelligente Weiterentwicklung der Finanzierung.

Peter Hacker

Für den Wiener Gesundheitsstadtrat hat diese Diskrepanz durchaus gewisse Sprengkraft. Hacker: „Vor diesem Hintergrund ist es völlig logisch, dass die Menschen sich fragen, was eigentlich mit ihrem Geld passiert. Denn Steuern zu zahlen hat schon auch etwas damit zu tun, Steuern zahlen zu wollen.“ Das gelte auch für die Sozialversicherungsbeiträge als Abgaben. Das Thema reiche bis zu den privaten Krankenversicherungen. „Wenn ich mir die Entwicklung der Privatversicherungen ansehe mit ihren Versprechen, es besser zu machen – dann macht mir das eigentlich Sorge. Wir vom öffentlichen Gesundheitswesen sollten diese Entwicklungen auf das Radar nehmen. Für mich stellt sich die Frage: Wieso kann eine solche Marketingstrategie eigentlich funktionieren und eine Werbung greifen, die einem verspricht, es wird besser, wenn man noch einmal zahlt?“ sagte der Wiener Gesundheitsstadtrat. Offenbar hat das mit der Verfügbarkeit von öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen zu tun.

Man dürfe daher die gesamtgesellschaftlichen Konsequenzen nicht unterschätzen. Hacker: „Es macht ja auch etwas mit den Menschen, die sich solche Aufzahlungen nicht leisten können. Was denken die sich dann zur Frage ‚Was geschieht mit meinen Beiträgen?‘ Ich bin daher überzeugt, dass wir uns in den Finanzausgleichsverhandlungen mit der Frage beschäftigen werden, wie das Geld effizienter bei den Patientinnen und

Patienten ankommt. Damit stellt sich natürlich die Frage nach der Verteilung der Mittel unter den großen ‚Playern‘ Sozialversicherung, Bund, Länder und Gemeinden. Wir werden daraus folgend die Frage der Verfügbarkeit stärker in den Fokus nehmen müssen. Nämlich die Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen, die durch Sozialversicherung und Steuergelder finanziert werden.“

Mit dem Wiederholen immer gleicher Diskussionen unter den Verantwortlichen werde es nicht getan sein. Der Wiener Gesundheitsstadtrat: „Das Gesundheitswesen ist auch ein Feld von ganz vielen Kollisionen – wie beispielsweise die lieb gewonnene Kollision zwischen Ländern und Sozialversicherung. Es gibt aber auch die ebenso lieb gewonnene Kollision im Triumvirat mit der Ärztekammer, oder gar im Quartett mit dem Bund. Das hat dazu geführt, dass wir längst Verhaltensformen entwickelt haben, um diese Debatten noch lang, über Generationen hinweg, voranzutreiben. Das hat aber auch dazu geführt, dass die Gesundheitsplanungen, die ja erfolgen, nicht für alle Player gleich verbindlich sind. Das muss sich ändern.“

Wir haben ein statisches, seit vielen Jahren und Jahrzehnten praktiziertes Gesundheitsfinanzierungssystem.

Peter Hacker

Finanzierung des Gesundheitswesens: „Gar nicht so kompliziert“

Dabei wäre aus Sicht des Gesundheitsstadtrates alles nicht so schwierig wie es dargestellt wird. Hacker: „Ich finde die Finanzierung des Gesundheitswesens gar nicht kompliziert. Es wird ja oft gesagt, das kann keiner verstehen. Eigentlich ist es aber ganz simpel: Die Menschen zahlen Steuern und Sozialversicherungsbeiträge

Stadt Wien

ge - und aus diesen Töpfen finanzieren wir das Gesundheitswesen. Der Rest ist eine Frage von Vereinbarungen.“

Der Gesundheits- und Sozialpolitiker: „Das Problem, vor dem wir stehen ist: Wir haben ein statisches, seit vielen Jahren und Jahrzehnten praktiziertes Gesundheitsfinanzierungssystem. Wir bewahren unsere lieb gewonnenen Traditionen des Sesselrückens und des Hin- und Herschiebens. Aber das wirklich Spannende ist, dass sich die Medizin währenddessen weiterentwickelt. Sie entwickelt sich so schnell weiter, dass selbst die Zehn-Jahres-Pläne, die wir machen, bereits in der Hälfte der Zeit überholt sind.“

„Hier haben wir in den bestehenden Finanzierungsmodellen die notwendige Flexibilität noch nicht erreicht. Es gibt weiterhin den getrennt finanzierten intra- und extramuralen Bereich – Punkt, Aus, Ende. Den Rest erledigen wir über eine Pauschale.“

Um eine höhere Flexibilität in der Versorgung zu erhalten, hat man vor rund zehn Jahren die Idee der Zielsteuerung umgesetzt. „Die Zielsteuerung ist in der Kernidee etwas Schlaues und hat ein bisschen etwas aufgebrochen. Die Intention war und ist, die Sozialversicherung und die Länder setzen sich zusammen, diskutieren die Projekte, die für die Gesundheitsversorgung wichtig sind und vereinbaren eine gemeinsame Finanzierung“, erklärte Hacker. Die Anzahl der bisher realisierten Zielsteuerungsprojekte ist zwar noch sehr beschränkt, aber man habe dabei Zusammenarbeit gelernt. Ein gutes Beispiel ist das Gesundheitstelefon 1450.

Trotzdem bleibt aus Bundesländersicht die Finanzierung des medizinischen Fortschrittes ein großes Problem, so Hacker: „Denn das Budget der Sozialversicherung ist – unabhängig von der medizinischen Entwicklung – durch ihre Einnahmen beschränkt. Die Einnahmen sind völlig unabhängig von der Frage, was sich in der Medizin und in der Versorgung verändert.“

Steuern zu zahlen hat etwas damit zu tun, Steuern zahlen zu wollen.

Peter Hacker

Deshalb hat man Ausgleichszahlungen vereinbart, allerdings nur auf Länderseite. So wird es verständlich, dass beispielsweise die Sozialversicherung nicht einfach die ambulante Onkologie übernehmen kann. „Um das umzusetzen, müssten wir eine intelligente Weiterentwicklung der Finanzierung gewährleisten. Wir werden intensiv diskutieren müssen, um letztlich alles, was wir am ambulanten Sektor an Settings aufgebaut haben – Primärversorgungszentren, Gesundheitszentren, Erstversorgungsambulanzen, auch den ganzen tagesklinischen Bereich – in eine eigene, klar definierte Versorgungsschiene zu bringen. Nur dann wird die Weiterentwicklung der Medizin sinnvoll abgedeckt werden können.“

Das wird Flexibilität bei allen Beteiligten notwendig machen; bei Sozialversicherung, Bund und Ländern. „Ich glaube, dass es wichtig ist, diesen Gedanken voranzubringen und damit eine dritte Säule aufzumachen. Neben dem reinen Spitalsbetrieb und dem reinen niedergelassenen Sektor werden wir einen gemischten Sektor definieren müssen. Ich bin auch überzeugt, dass dies die Säule des Gesundheitswesens sein kann, an der wir die Finanzierung aus einer Hand ausprobieren können“, sagte Hacker. **P**





PORTFOLIO



61. Welldone Lounge: Wir holen Sie zurück

Ehregast und Redner des Abends war Peter Hacker, Gesundheitsstadtrat Wien und derzeitiger Vorsitzender der Landesgesundheitsreferenten-Konferenz. | von Rainald Edel, MBA

Nach über zwei Jahren Corona-bedingter Pause, konnte die 61. Welldone Lounge unter dem Motto „Wir holen Sie zurück“ wieder stattfinden. Mehr als 200 prominente Gäste aus dem österreichischen Gesundheitssektor, Wirtschaft und Politik konnten von Welldone-Geschäftsführer Robert Riedl und Mag. Hanns Kratzer, Geschäftsführer bei der PERI Group, im Palmengarten des Wiener Burggartens begrüßt werden. „Aktuelle Herausforderungen bei der Finanzierung des Gesundheitswesens“, lautete der Titel der Keynote von Peter Hacker, ein Thema, das dem derzeitigen Vorsitzenden der Landesgesundheitsreferenten-Konferenz spürbar unter den Fingern brennt. Der Hintergrund sind die aktuell anstehenden Verhandlungen zum Ausgleich zwischen Bund und Ländern. Denn die derzeit gültige Vereinbarung wurde COVID-19-bedingt bis Ende 2023 verlängert. „Das Thema ist spannend. Wir erwarten uns mehr Geld. Aber das wird niemand überraschen“, erklärte der Wiener Gesundheitsstadtrat bei der Veranstaltung

mit zahlreichen Spitzenvertretern des österreichischen Gesundheitswesens. Die Dutzenden Milliarden, welche die österreichischen Steuer- und Beitragszahler für die Sozialversicherung aufbrächten, müssten aber in Zukunft vermehrt durch ein verbessertes Angebot begründet sein. „Das Wesentliche für die Gesellschaft spielt sich im Gesundheitswesen ab“, sagte Hacker.

Der medizinische Fortschritt, der nicht zuletzt auch Spitalsaufenthalte immer kürzer werden lässt

Notwendig sei eine intelligente Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Einerseits müssten immer kürzer werdende Spitalsaufenthalte für besonders vulnerable Patientinnen, Patienten möglichst angenehm und reibungslos verlaufen, andererseits ließe der medizinische Fortschritt viele traditionelle Zehn-Jahres-Pläne für diesen Bereich vorzeitig obsolet werden. „Wir ersetzen derzeit fast alle Wiener Spitäler durch Neubauten“, sagte Hacker. Ein- und Zweibettzimmer würden in Zukunft die Regel

sein. Andererseits sollten Tageskliniken, Primärversorgungseinheiten und andere ambulante Einrichtungen ausgebaut werden. Sozialversicherung, Bund und Bundesländer könnten hier mit Flexibilität in der Finanzierung eine dritte Säule des Gesundheitswesens schaffen und gleichzeitig die „Finanzierung aus einer Hand ausprobieren.“

PRAEVENIRE Weissbuch überreicht

Im Anschluss an die Rede von Gesundheitslandesrat Hacker, nutzte PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling die Gelegenheit, dem derzeitigen Vorsitzenden der Landesgesundheitsreferenten-Konferenz das PRAEVENIRE Weissbuch Gesundheitsstrategie 2030“ persönlich zu überreichen. Neben dem Gesundheitsstadtrat ergab sich für Schelling auch die Gelegenheit mit anderen wichtigen Stakeholdern und Entscheidungsträgern des österreichischen Gesundheitssystems über Forderungen und Handlungsempfehlungen aus dem PRAEVENIRE Weißbuch zu sprechen. **P**

© VALERIE MARIE VOITHOFER



1_Kathrin Unterholzner (PERI Change) Bernhard Hattinger (PERI Change) | 2_Hanns Kratzer (PERI Group) Peter Hacker (Stadtrat für Soziales, Gesundheit, Sport Wien) | 3_Sebastian Mörth (Medtronics) Juliane Pamme (Sanofi-Aventis) | 5_Kathrin Unterholzner (PERI Change) Johannes Oberndorfer (PERI Group) Natalie Ventuneac (PERI Change) | 6_Benjamin Riedl (Wiener Gesundheitsverbund) Hans Jörg Schelling (Präsident PRAEVENIRE) Florentin Glötzl (Wiener Gesundheitsverbund) | Benjamin Riedl (Wiener Gesundheitsverbund) Peter Hacker (Stadtrat für Soziales, Gesundheit, Sport Wien) Florentin Glötzl (Wiener Gesundheitsverbund) | 8_Martina Böck (Cushing Österreich) Kurt Widhalm (Präsident ÖAIE) | 9_Erwin Rebhandl (Präsident AMPLUS) Susanne Rabady (Präsidentin von OEGAM) | 10_Hans Jörg Schelling (Präsident PRAEVENIRE) Georg Koenne (BMBWF/Schulpsychologie) | 11_Margit Halbfurter (OEGO) | 12_Hans Jörg Schelling (Präsident PRAEVENIRE) Florentin Glötzl (Wiener Gesundheitsverbund) | 13_Helga Thurnher (Selbsthilfe Darmkrebs) Peter Hacker (Stadtrat für Soziales, Gesundheit, Sport Wien) | 14_Hans Jörg Schelling (Präsident PRAEVENIRE) Margit Halbfurter (OEGO) | 15_Hannes Stockinger (MedUni Wien) | 16_Angelika Widhalm (BVSHoE) | 17_Helene Prenner (ELGA) Ulrich Lübke (Bristol-Myers-Squibb) | 18_Günther Laufer (MedUni Wien) Peter Hacker (Stadtrat für Soziales, Gesundheit, Sport Wien) | 19_Bernhard Hattinger (PERI Change) | 20_Peter Hacker (Stadtrat für Soziales, Gesundheit, Sport Wien) | 21_Michael Gnant (Österreichische Gesellschaft für Chirurgie) Peter Hacker (Stadtrat für Soziales, Gesundheit, Sport Wien) | 22_Christoph Bollenbach (Novartis) Regina Plas (Wirtschaftskammer Wien) Volker Schörghofer (Generaldirektor-Stellvertreter Hauptverband österr. Sozialversicherungsträger) | 23_Benjamin Riedl (Wiener Gesundheitsverbund) Michael Gnant (Österreichische Gesellschaft für Chirurgie) Hans Jörg Schelling (Präsident PRAEVENIRE) Hanns Kratzer (PERI Group) | 24_Hanns Kratzer (PERI Group) Volker Schörghofer (Generaldirektor-Stellvertreter Hauptverband österr. Sozialversicherungsträger)

© VALERIE MARIE VOITHOFER



61. Welldone Lounge:
Wir holen Sie zurück



25_ Hannes Stockinger (MedUni Wien) Wolfgang Holter (St. Anna Kinderspital) Thomas Zlabinger (Philip Morris Austria) | 26_ Christoph Bollenbach (Novartis) Franziska Zehetmayr (Novartis) Friedrich Thomasberger (B. Braun Austria) Regina Plas (Wirtschaftskammer Wien) Martin Schaffenrath (ÖGK Verwaltungsrat) | 27_ Volker Schörghofer (Generaldirektor-Stellvertreter Hauptverband österr. Sozialversicherungsträger) Claudia Scharl (Europavertretung Österreichische Sozialversicherung) Hans Jörg Schelling (Präsident PRAEVENIRE) | 28_ Birgit Bernhard (Welldone) | 29_ Hanns Kratzer (PERI Group) | 30_ Robert Riedl (PERI Group) Volker Schörghofer (Generaldirektor-Stellvertreter Hauptverband österr. Sozialversicherungsträger) Peter Hacker (Stadtrat für Soziales, Gesundheit, Sport Wien) | 31_ Martin Andreas (MedUni Wien) Robert Riedl (PERI Group) Peter Hacker (Stadtrat für Soziales, Gesundheit, Sport Wien) | 33_ Veronika Stepan (Eli Lilly) | 34_ Stefan Nehrer (Donau Universität Krems) Stefanie Auer (Donau Universität Krems) | 35_ Elfi Jirsa (Myelom- und Lymphomhilfe Österreich) Wolfgang Andiel (Sandoz) | 36_ Martin Andreas (MedUni Wien) | 37_ Martin Schaffenrath (ÖGK Verwaltungsrat) Hans Jörg Schelling (Präsident PRAEVENIRE) | 38_ Robert Riedl (PERI Group) Peter Hacker (Stadtrat für Soziales, Gesundheit, Sport Wien) | 39_ Natalie Ventuneac (PERI Change) Johanna Zechmeister (Ärztchammer NÖ)

© VALERIE MARIE VOITHOFER



41_Peter Hacker (Stadtrat für Soziales, Gesundheit, Sport Wien) Benjamin Riedl (Wiener Gesundheitsverbund) Robert Riedl (PERI Group) | 43_ Natalie Ventuneac (PERI Change) Max Winiger (Next) | 44_ Robert Riedl (PERI Group) Hans Jörg Schelling (Präsident PRAEVENIRE) Michael Gnant (Österreichische Gesellschaft für Chirurgie) | 46_Hans Jörg Schelling (Präsident PRAEVENIRE) Peter Hacker (Stadtrat für Soziales, Gesundheit, Sport Wien) | 47_Hans Jörg Schelling (Präsident PRAEVENIRE) Peter Hacker (Stadtrat für Soziales, Gesundheit, Sport Wien) | 48_Kiana Reiterer (Welldone) Elham Pedram (Gilead Sciences) | 49_ Peter Hacker (Stadtrat für Soziales, Gesundheit, Sport Wien) | 50_Benjamin Riedl (Wiener Gesundheitsverbund) Regina Plas (Wirtschaftskammer Wien) Hans Jörg Schelling (Präsident PRAEVENIRE) | 51_Ralph Pariasek (Therapiezentrum 4) Margit Halbfurter (OEGO) | 52_Max Winiger (Next) Hans Jörg Schelling (Präsident PRAEVENIRE) | 53_Andreas Krauter (ÖGK) Hans Jörg Schelling (Präsident PRAEVENIRE) | 54_Hans Jörg Schelling (Präsident PRAEVENIRE) Hannes Stockinger (MedUni Wien) | 55_ Günther Laufer (MedUni Wien) Gabriele Berlakovics (MedUni Wien)



PORTFOLIO

Wegweiser in ein neues Leben

Die Diagnose „Brustkrebs“ bedeutet für fast alle Betroffenen einen massiven Einschnitt in ihr bisheriges Leben. Im Rahmen des 176. PRAEVENIRE Gipfelgesprächs zum Thema „Brustkrebs“ in Alpbach FORDERTEN DIE EXPERTINNEN UND EXPERTEN daher ein GANZHEITLICHES AUFFANG- UND BETREUNGSNETZ FÜR DIE ZEIT „DANACH“. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Brustkrebs ist mit 5.000 registrierten Neuerkrankungen weiterhin die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Österreich. Das ambitionierte Ziel der WHO, Brustkrebs bis 2030 heilen zu können, steht zwar weiterhin im Vordergrund, jedoch darf neben einer frühen Diagnose die Bedeutung einer ganzheitlichen Versorgung in einem sicheren und definierten Netzwerk nicht außer Acht gelassen werden. „Patientinnen benötigen ein Auffang- und Betreuungsnetz, um sie durch die Zeit nach der lebensverändernden Diagnose optimal zu begleiten“, so der einhellige Tenor. Dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt eine zentrale Rolle spielt, steht außer Frage. Doch die zeitlichen Ressourcen sind begrenzt und – abgesehen von der medizinischen Versorgung – braucht es eine Reihe von Unterstützung im „neuen Alltag“. Speziell ausgebildete Cancer Case Manager könnten diese Lücke füllen und die administrativen Hürden und Herausforderungen im Zusammenhang einer Krebserkrankung abdecken. Sie hätten die Aufgabe, unter anderem über arbeits- und sozialrechtliche Fragen, Wege zu finanzieller Unterstützung wie Pflegegeld, Erleichterungen oder psychoonkologische Betreuung zu informieren.

Vorbild: Onkolotse

Die Idee ist nicht neu, denn aktuell sind in manchen Spitälern bereits Breast Care Nurses im Einsatz – jedoch viel weniger, als das Gesundheitssystem im Hinblick auf den demografischen Wandel aufnehmen könnte. Zudem fehlen flächendeckend einheitliche Strukturen, die zu einer Institutionalisierung dieses neuen Berufsbildes führen könnten. 2014 wurde im deutschen Bundesland Sachsen dazu ein Leuchtturmprojekt gestartet, das im Rahmen eines Ideenwettbewerbes entwickelt wurde: die sogenannten „Onkolotsen“ (www.onkolotse.de). „Die Anforderung war, den demografischen Wandel und die steigende Komplexität an die Versorgungsanforderungen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu bewältigen. Erkenntnisse aus einem Vorprojekt mit einem Fokus auf der Verbesserung der Quality of Life nach der Diagnose Krebs flossen in die Entwicklung ein“, beschreibt DI Manfred Rieser von Saracose GmbH. Krankenhäuser konnten damit zu einer attraktiven Erweiterung der Betreuungs- und Unterstützungsangebote für Krebspatientinnen und -patienten sowie deren Angehörige beitragen sowie das medizinische Personal wesentlich entlasten. „Gleichzeitig hat das Projekt der Sächsischen Krebsgesellschaft e. V. neue Chancen zur Steigerung der Arbeitgeberattraktivität im Gesundheitswesen und regionalen Wettbewerb eröffnet“, so Rieser.

Digital dazugeschaltet (v.1.)

- Johannes Berger
- Christian Singer



Für das medizinische Personal war das neue Berufsbild „Onkolotse“ ein Schritt in Richtung einer berufsbegleitenden, persönlichen Weiterentwicklung im Sinne der Fachkraftförderung. Zielgruppen waren neben Pflegekräften auch Psychologinnen und Psychologen, Apothekenpersonal, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter mit Erfahrung in der onkologischen Begleitung, aber auch freiberufliche Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitswesen. Die erforderlichen Skills für künftige Onkolotsinnen und -lotsen sind vielfältig und reichen von der Gesprächsführung bis hin zur einfachen Lebenserfahrung. Die Kosten für die Ausbildung mit einem klar definierten Curriculum im Ausmaß von 130 Wochenstunden lag bei 1.995 Euro. Mittlerweile sind mehrere deutsche Bundesländer dem Beispiel gefolgt und neben den Kursen in Sachsen ist das Angebot auch in Schleswig-Holstein verfügbar. Sechs weitere Bundesländer haben Onkolotsen-Angebote für Betroffene. Insgesamt sind rund 250 Onkolotsinnen und -lotsen aktiv. Eine Onkolotsin oder ein Onkolotse betreut ab dem Diagnosegespräch pro Jahr zwischen 50 und 100 Patientinnen und Patienten.

Betreuung auf Rezept

Patientinnen und Patienten profitieren von den Onkolotsinnen und -lotsen, da sie nun eine permanente Ansprechpartnerin oder einen permanenten Ansprechpartner in medizinischen Einrichtungen zu Strukturen und Prozessen erhielten, die auch gleichzeitig umfassendes Know-how zum sozialen Umfeld einbringen können. Sie unterstützen etwa bei der Inanspruchnahme von psychoonkologischer Betreuung und bieten seriöse Informationen, Unterstützung und Beratung. Sie weisen den Weg durch medizinische Einrichtungen oder helfen beim beruflichen Wiedereinstieg. Neben der medizinischen Betreuung in den Spitälern finden Betroffene bei Onkolotsinnen und -lotsen das, was sie in dieser Situation wohl am dringendsten benötigen und wofür meist die wenigsten Zeitressourcen vorhanden sind: eingebettet zu sein in ein stabiles Netz von Verständnis und Fürsorge. Das Projekt wird aktuell evaluiert. Eine erste gesundheitsökonomische Einschätzung lässt bereits klar ableiten, dass Onkolotsinnen und -lotsen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit und Lebensqualität der Krebspatientinnen und -patienten beitragen und die Compliance erhöht wird.



Betroffene wünschen sich Begleitung

Mag. Claudia Altmann-Pospiscek, Bloggerin und engagierte Brustkrebs-Aktivistin, wurde selbst vor einigen Jahren mit der Diagnose „metastasierendes Mammakarzinom“ konfrontiert. „Ich habe mich sehr auf den medizinischen Teil der Erkrankung und Behandlung konzentriert und hätte mir eine Begleitung in banalen Alltagsfragen gewünscht. Wer die Diagnose bekommen hat, der verfügt dann meist nicht über die nötigen Ressourcen sich außerhalb der Erkrankung noch um administrative oder soziale Aufgaben zu kümmern“, sagt Altmann-Pospiscek aus Erfahrung. Das Herausfallen aus der Arbeitswelt, finanzielle Einschnitte und schließlich die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit hätte sie gerne mit einem Cancer Case Manager oder einer Vertreterin oder einem Vertreter aus einem vergleichbaren Berufsbild auf Augenhöhe besprochen. Dabei hatte Altmann-Pospiscek noch Glück im Unglück, denn sie wurde im Landeskrankenhaus Wiener Neustadt behandelt, das bereits Breast Care Nurses im Team hat und als Brustgesundheitszentrum zertifiziert ist. „Für stationäre Patientinnen und Patienten bieten wir die Betreuung vonseiten der Psychologie und Diätassistenz sowie einen Therapiehund an. Dennoch können die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem Erstgespräch nicht alles abdecken“, gibt Prim. Priv.-Doz. Dr. Birgit Grünberger, Leiterin der Abteilung für Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie am Landeskrankenhaus Wiener Neustadt Einblick. Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant von der Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group bricht eine Lanze für die Privatmedizin: „Hier gibt es ganz andere Zeitbudgets, daher sollten wir uns überlegen, wo das öffentliche System Lücken hat und dort Lösungen suchen. Cancer Nurses haben sich schon gut bewährt, aber wir werden auch hier bald nicht ausreichend Personalkapazitäten haben. Es wird erforderlich sein zu

AT-TR-0137

© GÄTTINGER



überlegen, welche Berufsgruppen man noch einbinden kann, wie etwa Psychologinnen und Psychologen oder Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Zudem ist es wichtig, im Team herauszufinden, wer von den Betroffenen überhaupt eine Intervention benötigt und welche. Onkolotsinnen und -lotsen wären eine ideale Ergänzung, da ihre Ausbildung leistbar ist und sie niederschwellig agieren.“ Hierzu ergänzt die Psychoonkologin Mag. Elisabeth Andritsch: „Wenn ein Angebot geplant wird, müssen wir auch die Patientinnen dazu holen, denn sie sind Expertinnen ihrer eigenen Erkrankung. Sie wissen genau, was abgesehen von der medizinischen Versorgung, am dringendsten gebraucht wird.“

Kompetenzen abgrenzen

Auch Prim. Dr. Johannes Berger von der Oberösterreichischen Gesundheitsholding hat bisher positive Erfahrungen mit den vor sieben Jahren flächendeckend eingeführten Breast Care Nurses gemacht: „Im intramuralen Sektor sehe ich Onkolotsinnen und -lotsen als eine wertvolle Ergänzung und Schnittstelle zu den Patientinnen und Patienten, sofern die Kompetenzen klar abgegrenzt sind.“ Prim. Doz. Dr. Hannes Kaufmann vom Zentrum für Onkologie und Hämatologie am Standort Klinik Favoriten und onkologische Ambulanz und interdisziplinäre Therapieambulanz an der Klinik Landstraße fordert die Begleitung nicht nur für Brustkrebs-Betroffene: „Wir wissen, wie Spitäler funktionieren, für Patientinnen und Patienten sind die Wege durch das System hingegen nicht immer so eindeutig. Daher wurden zum Beispiel in der Klinik Landstraße ehrenamtliche Patientenhilfsteams eingesetzt – ein kleiner, aber wichtiger Schritt, um rascher Unterstützung bieten zu können, wenn sie erforderlich ist.“ Auch Kaufmann warnt davor, den Mangel an Pflegekräften durch die Abwanderung in das möglicherweise attraktivere Lotsenteam weiter zu verschärfen und die Kompetenzen für Lotsinnen und Lotsen

klar von den pflegerischen und medizinischen Aufgaben zu trennen. „Ich warne davor, mit Onkolotsinnen, Onkolotsen wieder eine neue Schnittstelle einzuführen. Es wäre daher wichtig, die Berufsgruppe in die bestehende Spitalorganisation zu integrieren“, so Dipl. KH-BW Nikolaus Koller, MAS, MBA, Präsident der Krankenhaus-Manager Österreichs. Eine Evaluierung laufender Projekte bietet Raum für Optimierung und erleichtert es, passende Finanzgeber zu überzeugen. „Ärztinnen und Ärzte haben mit der medizinischen Versorgung schon alle Hände voll zu tun, für eine standardisierte Begleitung im psycho-sozialen Bereich sind wir für jede Unterstützung dankbar. Wir müssen aber sicherstellen, dass das Angebot nicht nur im Spital existiert, sondern auch mit Niedergelassenen optimal zusammengearbeitet wird“, regt Dr. Gerald Michael Radner, Vorstandsmitglied der Ärztekammer für Wien, an.

Den Personalmangel, die Qualitätssicherung in der Ausbildung sowie das Auseinanderklaffen der Angebote zwischen extra- und intramuralem Sektor beschreibt auch Onkologe Univ.-Prof. Dr. Christian Singer von der Privatklinik Döbling: „Ich würde mir Breast Care Nurses und Patient Care Manager auch im niedergelassenen Sektor wünschen. Wichtig ist es, die Projekte mit klinischen Studien zu begleiten, um den Mehrwert für die Betroffenen und das System belegen zu können.“

Dr. Arno Melitopoulos von der Österreichischen Gesundheitskasse verweist auf ein aktuelles Pilotprojekt in Niederösterreich und wünscht sich mehr dieser Initiativen, denn: „Die Verbindung von intra- und extramuralem Sektor werden wir so schnell nicht auf den Weg bringen, doch für einzelne Projekte ist es einfacher, eine Finanzierung aufzustellen.“ Ein weiteres wichtiges Versorgungsthema bringt Prim. Dr. Manfred Webersberger, Onkologische Rehabilitation in die Diskussion ein: „Die Onkologische Rehabilitation mit ihren vielfältigen Angeboten ist ein wichtiger Bestandteil

Teilnehmende des Gipfelgesprächs (v. l.)

- Karl Lehner
- Claudia Müller-Jursik
- Manfred Rieser
- Elisabeth Andritsch
- Stephan Rebhandl
- Claudia Altmann-Pospischeck
- Michael Gnant
- Birgit Grünberger
- Lisa Wiedermann
- Johannes Kaufmann
- Gerald Hütter
- Arno Melitopoulos
- Robin Pancheri
- Andreas Farkas
- Gerald Radner
- Manfred Webersberger
- Nikolaus Koller

der Therapie, doch kommt sie erst zu einem sehr späten Zeitpunkt. Es wäre wichtig, dass bei den behandelnden Onkologinnen, Onkologen schon sehr früh über Angebote wie Physiotherapie oder Sozialarbeit informiert wird. Ich könnte mir vorstellen, dass auch ein verpflichtendes Praktikum der Onkologen auf einer Onkologischen Rehabilitation den Informationsfluss verbessern könnte.“

DKGP Lisa Wiedermann bringt bereits rund zehn Jahre Berufserfahrung als Breast Care Nurse mit. Den größten Vorteil für Patientinnen sieht sie in der kontinuierlichen Betreuung durch eine Person – ein Umstand, der medizinisch und pflegerisch nicht gewährleistet werden kann. „Mein Name und meine Telefonnummer ist das Wichtigste, was sich Patientinnen von mir wünschen“, sagt Wiedermann und ergänzt: „Die meisten befinden sich in einem emotionalen Ausnahmezustand und wollen einfach aufgefangen werden und bei oft banalen Fragen eine Ansprechperson haben.“ Für diese Softfacts sieht auch Gnant ein zentrales Betätigungsfeld der Onkolotsinnen und -lotsen: „Umfassende Versorgung braucht auch jene Bereiche, die nicht im Arztbrief stehen und in die Kernkompetenz eines Tumorboards fallen. Diese sozialen oder emotionalen Themen können Onkolotsinnen und -lotsen einbringen.“ **P**

Wichtige Forderungen auf einen Blick

- Qualitätsgesicherte Ausbildung
- Klare Kompetenzen und Aufgaben
- Kein Missbrauch für administrative Tätigkeiten im Spital
- Ausweitung auch auf andere onkologische Indikationen
- Extra- und intramurale Angebote ermöglichen
- Pilotprojekte einrichten und mit Forschung begleiten, um den Nutzen zu quantifizieren





PRÄGNANT

Lizenz zum Altwerden

Österreichs Bevölkerung altert, aber nicht bei gleich guter Gesundheit wie in vergleichbaren europäischen Ländern. Expertinnen und Experten fordern daher eine gelebte und auch belohnte Primärprävention mithilfe eines „Sammelpasses“:

von Mag. Renate Haiden, MSc.

Die gesunde Lebenserwartung bildet ab, wie viele Jahre ein Mensch in einem gewissen Alter noch in guter Gesundheit verbringen wird. Entscheidend ist also nicht, wie lange man lebt, sondern auch wie viel Zeit davon man noch gesund und möglichst selbstbestimmt verbringen kann. Während Frauen in Österreich und Schweden eine gleich hohe Lebenserwartung von 84 Jahren haben, sind Österreicherinnen im Schnitt nur bis zum 57. Lebensjahr gesund. Schwedinnen hingegen erfreuen sich durchschnittlich bis ins Alter von 72 Jahren bester Gesundheit. Das bedeutet 15 Jahre mehr, die hierzulande mit Schmerzen, Leid, Spitals- oder Pflegeheimaufenthalten sowie einem Verlust der sozialen Teilhabe, Isolation, Depression, Morbidität und Mortalität verbunden ist. Angehörige werden immer öfter unfreiwillig in die Rolle der Pflegenden gedrängt. Auch für die Gesellschaft und das Gesundheits- und Sozialsystem bleibt die Entwicklung nicht ohne Konsequenzen: Ein Plus an Krankenständen und Frühpensionierungen, die Explosion der Krankheits- und Pflegekosten und ein unvermeidlicher Pflegenotstand sind evident.

Teilnehmende des Gipfelgesprächs (v. l.)

- Alexander Biach
- Barbara Fisa
- Arno Melitopoulos
- Reinhard Riedl
- Andreas Stippler

Determinanten eines gesunden Lebensstils

„Auf Grund dieser Entwicklung wäre es naheliegend, mehr in Prävention zu investieren, denn wir haben in Österreich hohe Gesundheitskosten. Zudem liegt der Pflegeanteil ab 65 Jahren bereits bei 23 Prozent. In Skandinavien sind es bei gleichen Gesundheitsausgaben wie in Österreich nur 8 Prozent. Es liegt also nahe, dieser Differenz auf den Grund zu gehen und sie auszugleichen“, sagt Mag. Barbara Fisa, Geschäftsführerin „The Healthy Choice“, im Rahmen der PRAEVENIRE Talks in Alpbach. Der größte Hebel liegt dabei bei den Lebensstilfaktoren, die zu 40 Prozent dafür verantwortlich sind, ob wir krank werden. Nur zu 30 Prozent sind die Gene ausschlaggebend, 15 Prozent sind soziale Faktoren, 10 Prozent die medizinische Versorgung und 5 Prozent die Umwelt. „Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit wären einfach umzusetzen“, bringt es Fisa auf den Punkt. So hilft etwa Bewegung, den typischen chronischen Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Übergewicht, Diabetes, Arthrose oder Rückenschmerzen vorzubeugen. „Sport wäre ein sinnvolles Medikament ohne

Nebenwirkungen“, rät die Expertin. Abbauprozesse werden verlangsamt, denn schon ab dem 30. Lebensjahr verlieren wir an Kraft und Ausdauer, ab dem 50. Lebensjahr reduziert sich die Beweglichkeit und Flexibilität deutlich. Gerade diese Aspekte sind aber für die Bewältigung des Alltags von enormer Bedeutung: „Man muss nicht Spitzensport betreiben. Bei Bewegung geht es um das Erhalten einfacher Aktivitäten, wie ohne fremde Hilfe auf die Toilette zu gehen, die Schuhe zu binden oder innerhalb einer Ampelphase die Straße zu überqueren“, bringt Fisa plakative Beispiele. Wie viel Bewegung „ausreichend“ ist, findet sich etwa in den österreichischen Bewegungsempfehlungen. Studien belegen, dass schon 20 Minuten pro Tag reichen würden, um die Mortalität zu senken, 150 Minuten pro Woche wären – je nach Zielgruppe – ein idealer Basiswert.

Motivation zu mehr Bewegung

Doch die Realität zeigt, dass Österreich hier weit davon entfernt liegt und der Faktor „Zeit“ wohl nur eine Ausrede ist. Nur 25 Prozent erfüllen die Kraft- und Ausdauerziele, doch

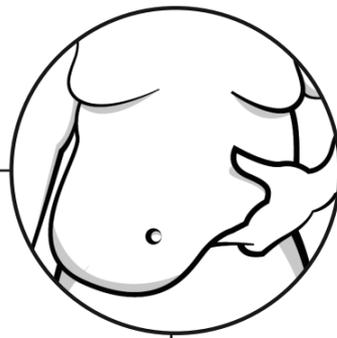


© GATTINGER

Wirkungspotenziale von Prävention am Beispiel von Übergewicht

Öffentliche Hand:
-24.170 Euro Kosten

- Pflege 5.654 Euro
- Krankenhaus 683 Euro
- Krankenstand 500 Euro
- Frühpension 17.220 Euro



Gesundheitsdiensteanbieter:
+1.815 Euro Umsatz

- Basispaket 1.275 Euro
- Sportprogramm 540 Euro

Patienten:
+3,5 gesunde Lebensjahre

- Gesunde Lebensjahre
- Weniger Selbstbehalte
- Weniger informelle Pflege

während Erwerbstätige noch recht gut im Rennen sind, geht es mit der Bewegung nach dem Pensionsantritt rapide bergab, denn dann fehlen auch die minimalen Alltagsbewegungen, wie die Fahrt zum Arbeitsplatz. „Wenn man das Aktivitätsniveau um 20 Prozent heben könnte, würden rund 30 Prozent der Bevölkerung den Bewegungsempfehlungen entsprechen. Das würde zu Einsparungen von Gesundheitskosten in der Höhe von 157 Mio. Euro führen. Zieht man den Mehraufwand von 85 Mio. ab, der dann durch Sportverletzungen entsteht, könnten unter dem Strich immer noch 72 Mio. gespart werden“, rechnet Fisa vor. Dass Bewegung vielfältige positive Auswirkungen auf die Gesundheit hätte, steht außer Frage, doch fehlt es bei den meisten Menschen an der Motivation. „In der Tradition des Mutter-Kind-Passes soll ein sogenannter ‚Best-Agers-Bonuspass‘ die Menschen vor dem Pensionsantritt auffangen und ein möglichst langes, selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden ermöglichen. Lebenserwartung soll zu Healthy Life Years werden“, beschreibt Fisa dazu ihre Präventionsidee. Damit würden die Krankheits- und Pflegekosten reduziert, aber auch ein Datenpool aufgebaut und mehr gesunde Lebensjahre generiert werden. Der Erhalt der Selbstständigkeit und die gesundheitliche Chancengerechtigkeit würden gefördert.

Sammeln für die Gesundheit: der Best-Agers-Bonuspass

Ab dem 50. Lebensjahr sollen Bürgerinnen und Bürger eine Einladung zu einer Gesundheitsuntersuchung erhalten, die jedoch gezielt um Parameter rund um Ernährung, Bewegung und mentale Gesundheit erweitert wird. Dazu sollen die Messung des Body-Mass-Index ebenso gehören wie Ernährungsprotokolle, ein Fragebogen zur Lebenszufriedenheit oder motorische Parameter. Ein interdisziplinäres Team soll für ein Erst-Assessment diesen Status quo erfassen, persönliche Ziele vereinbaren und im Alltag begleiten. Ergänzt wird der persönliche Coach durch digitale Technologien, wie Wearables oder digitale Sprechstunden. Wichtig ist es, die Menschen dort abzuholen, wo sie stehen: „Es hat keinen Sinn, in puncto Ernährung oder Bewegung Vorgaben zu machen, die keiner einhalten kann und will. Die Maßnahmen müssen auch Spaß machen“, wünscht sich Fisa. Während der Umsetzung werden Best-Agers-Bonuspunkte gesammelt, die bei Zielerreichung zum Beispiel in Form von Smartwatches, Gratisimpfungen, dem Erlass der Handygrundgebühren oder Ermäßigungen bei Sportvereinen eingelöst werden können. Sollte beim Folge-Assessment festgestellt wer-



den, dass die Ziele nicht erreicht wurden, werden die Barrieren besprochen und Gegenmaßnahmen eingeleitet. Potenzielle Gefährdungen durch die zunehmende Gebrechlichkeit können rechtzeitig durch Umwelt- und Wohnungsanalysen abgewendet werden. Fisa und ihr Team sind überzeugt, dass das Sammelpass-System funktioniert: „Der Best-Agers-Bonuspass baut auf einen verhältnispräventiven Zugang in Form von niedrigschwelliger Betreuung in Primärversorgungseinheiten oder Pflegekompetenzzentren. Gleichzeitig zielt ein verhaltenspräventiver Ansatz auf die Beeinflussung der Lebensstilfaktoren und den Einsatz unterschiedlichster motivationaler Konzepte wie Nudging oder Gamification ab. So entsteht ein volkswirtschaftlicher Nutzen durch eine Senkung der Krankheits- und Pflegekosten, aber auch ein individueller Nutzen durch die Erhaltung der Selbstständigkeit und der sozialen Teilhabe an der Gesellschaft. Die Nivellierung der Health Inequalities führen zum gesellschaftspolitischen Nutzen.“ Mit Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Gesundheitsdienstleistern soll nun in einem ersten Schritt festgelegt werden, welche Gesundheitsparameter erhoben werden müssen und welche Interventionen als sinnvoll erachtet werden. Aufseiten der Bevölkerung wird erfragt, welche Unterstützung im Alltag sinnvoll ist, um die Compliance und die Nachhaltigkeit sicher zu stellen. Aktuell hat sich die Vinzenz Gruppe, ein privater Träger von gemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen, für die Umsetzung im Rahmen eines Pilotprojektes mit 1.500 Testpersonen interessiert. Weitere Kooperations- und Finanzierungspartner werden gesucht, das Projekt soll wissenschaftliche begleitet werden. Für eine Evaluierung spricht sich auch Prof. Dr. Reinhard Riedl, Digital Health Expert und Vorstandsmitglied von PRAEVENIRE, aus: „Nur so können wir lernen, was wirkt und wie wir die Bedürfnisse am besten treffen. Dazu ist es auch notwendig, die Daten der Teilnehmenden zu nutzen. Das ist eine große Chance, mehr über Erfolgsfaktoren von Prävention zu lernen.“ Fest steht aber auch, dass Österreich ein Meister in der Politisierung von Projekten ist, aber wenig davon in den Regelbetrieb übernommen werden.

Prävention hat keine Tradition

„Eine erfolgreiche Pflegereform kann nur dort beginnen, wo wir Menschen davor bewahren, überhaupt Pflegefälle zu werden. Dass es geht, zeigen skandinavische Länder, wie z.B. Schweden, die im System bereits sehr früh zu gesundem Verhalten motivieren“, betont Dr. Alexander Biach, Direktor-Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien und Standortanwalt

der Stadt Wien. Auch er ist überzeugt, dass in Österreich ein Sammelpass-Tool eine große Hebelwirkung hätte. Wie wichtig und erfolgreich das Belohnungssystem sein kann, bringt er anhand von Beispielen: „Die Reduktion des Selbstbehaltes bei der Sozialversicherung der Selbstständigen und die Koppelung von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen an das Kinderbetreuungsgeld zeigen deutlich, dass die Bevölkerung über finanzielle Anreize zu motivieren ist.“

Dr. Arno Melitopoulos, Leiter Versorgungsmanagement 3 der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), betont, dass aktuell bereits viele Angebote vorliegen würden, aber nicht in Anspruch genommen werden: „Am einfachsten erreicht man Menschen am Arbeitsplatz. Wir sollten dort noch einmal die bestehenden Angebote analysieren und neue Vorschläge für passende Vertriebswege erarbeiten.“ Aktuell wird das Konzept der Vorsorgeuntersuchung überarbeitet, um die Erreichbarkeit der Bevölkerung zu erhöhen. „Wir werden Synergien mitdenken. Der Best-Agers-Pass kommt zu einem guten Zeitpunkt und die individuelle Betreuung der Menschen ist ein Novum, das wir bisher so nicht integriert hatten“, sagt Melitopoulos. Die große Herausforderung wird sein, das Angebot flächendeckend zu machen und zu finanzieren. „Das heißt aber nicht, dass man es nicht probieren sollte. Ich bin überzeugt, dass in einem Mutter-Kind-Pass viel Potenzial steckt, das man auch für die ältere Generation als Vorbild nehmen kann“, bekräftigt der ÖGK-Vertreter.

Dass Prävention dennoch keine Tradition in Österreich hat, weiß auch Dr. Andreas Stippler, Präsidialkonsulent der Ärztekammer für Niederösterreich. Der Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie hat vor über 20 Jahren das Projekt „Altersstark“ initiiert, in dem Bewohnerinnen und Bewohner von Pensionistenheimen zu Bewegung motiviert wurden. Auch er fordert, dass Aktivität belohnt werden müsse, jedoch dafür vor allem die nicht-ärztlichen Berufsgruppen ins Boot geholt werden müssen: „Ärztinnen und Ärzte haben den Fokus nicht auf Prävention. Ihre Zeit ist begrenzt und dort auf die Behandlung von meist akuten Erkrankungen fokussiert. Daher ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit essenziell.“

Einig sind sich die Expertinnen und Experten, dass es sich ökonomisch, sozial- und gesundheitspolitisch auszahlt, auf Prävention zu setzen, um mehr gesunde Lebensjahre zu fördern. Pilotprojekte sind gut und wichtig, um die Machbarkeit zu zeigen, sie müssen aber langfristig auch eine Perspektive für den Regelbetrieb eröffnen, um nachhaltig wirksam zu sein. P



PRÄGNANT

Adipositas – nationales und gesellschaftliches Gesundheitsproblem

Die steigende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas stellt nicht nur Betroffene, sondern auch Gesundheitssystem und Volkswirtschaft vor große Herausforderungen. Expertinnen und Experten haben die **BRENNPUNKTTHEMEN UND OPTIMIERUNGSPOTENZIALE** bei einem PRAEVENIRE Gipfelgespräch auf der Alten Schafalm in Alpbach analysiert. Der Fokus lag auf der Anerkennung der Adipositas als eigenständige chronische Erkrankung. | von Lisa Türk, BA



Rund 3,7 Millionen über 15-jährige Österreicherinnen und Österreicher sind von Übergewicht, 1,2 Millionen von Adipositas betroffen. International zeigt die EU-Initiative COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative), dass knapp 15 Prozent der 8-jährigen Buben und 17 Prozent der 8-jährigen Mädchen bereits übergewichtig sind. Laut Daten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gelten in der gesamten europäischen Region 20 Prozent der Menschen als adipös. Die Prävalenzen steigen, praktikable Lösungsansätze lassen in Österreich derzeit allerdings zu wünschen übrig. Die Adipositas ist nicht nur ein gesundheitliches Problem für die Betroffenen, sondern stellt auch die Wirtschaft vor enorme Herausforderungen. Schwerwiegende Begleiterkrankungen bringen das Gesundheitssystem an die Grenzen der Belastbarkeit. Hinzu kommt, dass Betroffene am Arbeitsmarkt sehr häufig mit Stigmatisierung und Diskriminierung konfrontiert sind. Trotzdem gilt Adipositas nach wie vor nicht als eigenständiges Krankheitsbild. Die Notwendigkeit gemeinsamer Anstrengungen für eine umfassende und multiprofessionelle Behandlung und Begleitung von Betroffenen diskutierten Expertinnen und Experten vergangenen August in Alpbach.

Wirtschaftliche Auswirkungen

Dr. Thomas Czyptionka, stv. Direktor des Instituts für Höhere Studien (IHS), Head of Health Economics and Health Policy, gab Einblicke in die ökonomischen Auswirkungen von Adipositas und Übergewicht. Adipositas strahlt in extrem viele Krankheitsbereiche aus und geht mit zahlreichen negativen Krankheitseffekten einher. „Mit steigendem Grad der Adipositas nehmen Begleiterkrankungen zu“, erörterte Czyptionka die Erkenntnisse aus internationalen Studien und fügte hinzu: „Während Normalgewichtige hierzulande im Median auf sieben Krankenstandstage pro Jahr kommen, sind es bei Personen mit hochgradiger Adipositas (ab Grad 3) 20 durchschnittliche Krankenstandstage im Jahr. Dementsprechend niedrig gestaltet sich auch das Haushaltseinkommen der Betroffenen, die in ihrer Arbeits- und somit auch Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sind.“ Aufgrund der Prävalenz der Adipositas vor allem bei jüngeren Generationen müsse man außerdem damit rechnen, dass diese Personen aufgrund von Folgeerkrankungen frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Komplexität der Adipositas

Die medizinische Perspektive der Adipositas veranschaulichte OÄ Priv.-Doz. Dr. Johanna

Diskussionsteilnehmende (v.l. nach rechts)

- Constanze Schlegl
- Thomas Czyptionka
- Wolfgang Panhözl
- Gabriele Jaksch
- Bernhard Ludvik
- Ulrike Mursch-Edlmayr
- Andreas Huss
- Johanna Brix
- Daniel Peter Gressl
- Barbara Fisa

Brix, Präsidentin der Österreichischen Adipositas Gesellschaft (ÖAG), Klinik Landstraße Wien: „Adipositas geht nicht auf eine bestimmte Ursache zurück. Die (epi-)genetische Komponente, hormonelle Gegebenheiten, psychische Faktoren und der Lebensstil eines Menschen ergeben ein komplexes Zusammenspiel“, so Brix. Lebensstiländerungen alleine seien daher im Kampf gegen die Erkrankung nicht ausreichend. Abgesehen davon findet die Erkrankung zu einem großen Teil im Gehirn statt. Nimmt der Mensch Gewicht zu, verändert auch das Gehirn seine Wahrnehmung gegenüber Geschmack und Essenseindrücken; Sättigungshormone werden reduziert. Nimmt der Mensch Gewicht ab, reduziert er zwar Körpermasse, das Gehirn allerdings kommt nicht nach. „Deshalb scheitern auch viele Diäten. Das Halten des Gewichts nach einer Diät fällt enorm schwer“, erklärte Brix.

Bariatrische Chirurgie und innovative Medikation

Zum Behandlungsmanagement der Adipositas zählt auch die bariatrische Chirurgie. Daten aus der Swedish Obese Subject Study (SOS-Studie) zeigen, dass die Mortalitätsrate nach einer bariatrischen Operation zwar sinkt, allerdings im Vergleich zu Normalgewichtigen

© KRISTIAN JUHASZ

noch immer doppelt so hoch ist. „Denn einerseits können mit einer derartigen Operation viele Spätfolgen einhergehen. Und andererseits sind Menschen, die eine bariatrische Operation erhalten haben, meist auch danach noch sehr adipös und krank – auch wenn es ihnen natürlich besser als vor der Operation geht“, erklärte Brix. Aktuell stimmt zudem ein innovatives Medikament, ein Darmhormon, hoffnungsvoll. „Erste Adipositas-Studien zeigen unter dieser Medikation nach 72 Wochen Standarddosierung einen 22-prozentigen Gewichtsverlust bei Betroffenen – ein echter Game Changer“, so Brix.

Patientensicht

Die Wichtigkeit eines respektvollen Umgangs mit betroffenen Patientinnen und Patienten unterstrich auch Mag. Barbara Andersen, Klinische- und Gesundheitspsychologin, Leiterin der Adipositas-chirurgischen Selbsthilfegruppe im AKH und persönlich Betroffene: „Viele Betroffene trauen sich nicht, nach Hilfe zu fragen und werden für ihre Erkrankung verantwortlich gemacht. Viele Patientinnen und Patienten glauben irgendwann, selbst an ihrem Zustand Schuld zu sein, was zu einer doppelten Stigmatisierung führt, die in Ohnmacht und Verzweiflung mündet.“ Abgesehen davon hätten viele Patientinnen und Patienten zwar die Voraussetzungen, mit entsprechender medikamentöser Hilfe Gewicht zu verlieren, können sich die Behandlung allerdings nicht leisten.

Finanzierung und Gerechtigkeit

Zur Leistbarkeit innovativer Medikamente ergänzte Wolfgang Panhölzl, Leiter Abteilung Sozialversicherung Arbeiterkammer Wien, Folgendes: „Der Zugang zu neuen Medikamenten ist natürlich eine Frage der Finanzierung – aber auch der Gerechtigkeit. Eine allgemeine Zugänglichkeit zu neuen Therapieformen wäre erstrebenswert.“ ÖGK-Obmann Andreas Huss, MBA, ergänzte die bereits bestehenden Bemühungen der Kasse: „Wir wollen betroffene Menschen entsprechend begleiten. Medikamentöse Therapien

Die Anerkennung der Adipositas als chronische Erkrankung ist ein Commitment zu einem zentralen gesellschaftlichen Problem. Und genau das brauchen wir – und zwar jetzt.

Johanna Brix

sollten keine Frage des Geldes, sondern der medizinischen Evidenz sein. Wenn die Evaluierungskommission empfiehlt, neue Medikamente zu erstatten, dann werden wir das auch tun. Ab einem bestimmten Body-Mass-Index (BMI; in etwa ab 40) bewilligen wir zudem

bereits bariatrische Operationen.“ OA Dr. Philipp Beckerhinn, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Adipositas und metabolische Chirurgie, verdeutlichte daraufhin die Wichtigkeit, derartige Operationen bereits ab einem BMI von 30 zu erstatten – gerade für Menschen mit Begleiterkrankungen. Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Ludvik, Vorstand der 1. Medizinischen Abteilung Diabetologie, Endokrinologie und Nephrologie, Klinik Landstraße, Wien, ergänzte an dieser Stelle die Relevanz der Patientenselektion – sowohl bei Operation als auch Medikation. „Operieren wir die falschen Patientinnen, Patienten, also solche, bei denen eine OP vermutlich zu Komplikationen führt, ist das fatal. Auch ein neues Medikament wird nicht bei jeder Patientin, jedem Patienten wirken. Daher braucht es als Ausgangspunkt zum einen eine klare Indikation für medikamentöse Therapien, eine eindeutige Identifikation geeigneter Patientengruppen und zum anderen eine engmaschige Betreuung während der Behandlung.“

Multiprofessioneller Zugang

Im Zuge der Identifikation Betroffener nehmen auch Österreichs Apotheken eine wichtige Rolle ein. „Auch wir bekommen die enorme Hilflosigkeit der Menschen zu spüren, die wir versuchen durch Sozialkompetenz und fundierte Erklärungen aufzufangen“, so Mag.pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr, Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer. Der Unterschied zu anderen chronischen Erkrankungen sei allerdings, dass man bei Adipositas „kein Handwerkszeug“ parat habe und „relativ machtlos“ sei. „Wir brauchen ein klares Bekenntnis zur Adipositas als chronische Erkrankung, um als Erstanlaufstelle im Gesundheitswesen gesichertes Wissen im Sinne einer One-Voice-Strategie vermitteln und einschlägige Empfehlungen geben zu können. Zudem brauchen wir Kaskaden, um an andere Gesundheitsberufe überweisen und eine bestmögliche Patientenversorgung gewährleisten zu können – im Optimalfall ohne Zweiklassenmedizin“, so Mursch-Edlmayr. Pro Multiprofessionalität sprach sich auch Mag. Gabriele Jaksch, Präsidentin des Dachverbandes der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs, aus. „Wir müssen im Adipositas-Management alle Gesundheitsberufe mitdenken.“ DGKP Daniel Peter Gressl, 1. Vizepräsident des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV), bestätigte: „Adipositas betrifft uns alle. Aktuell haben wir allerdings kein Auffangnetz für Betroffene. Es wäre wichtig, Zeit und Ressourcen für die Prävention zu schaffen. Wir müssen es schaffen, die Menschen in ihrem Lebensumfeld abzuholen und zu begleiten.“ Dementsprechend brauche es auch Kassenverträge für etwa Pflege und Diätologie im niedergelassenen Bereich, so Gressl und Jaksch unisono. Förderung der Gesundheitskompetenz Prävention ist gerade vor dem Hintergrund der hohen Adipositas-Zahlen bei 10- bis 19-Jähri-



Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet (v.l. nach rechts)

- Barbara Andersen
- Alexander Biach
- Philip Beckerhinn
- Gabriel Kroisleitner

gen ein valider Punkt, wie auch Dr. Alexander Biach, Standortanwalt und Direktorstellvertreter Wirtschaftskammer Wien, betonte. „In dieser Alterskohorte liegt Österreich im internationalen Vergleich in puncto Adipositas im oberen Drittel. Das sind erschreckende Fakten“, so Biach. Es sei wesentlich, seitens Sozialversicherungsträgern und Gesundheitskasse flächendeckende Präventionsprogramme mit Fokus auf jüngere Altersgruppen auszurollen. „Auch aus Sicht der ÖGK ist ein Ausrollen von Programmen, mit denen wir Kinder, Jugendliche und Eltern erreichen, der Goldstandard, um die Gesundheitskompetenz der Menschen zu fördern“, bestätigte Huss. Mag. (FH) Gabriel Kroisleitner, Leiter Arbeitsfähigkeit und Gesundheit Österreichische Bundesbahnen (ÖBB), veranschaulichte die Bemühungen der ÖBB in puncto betrieblicher Gesundheitsförderung: „Im Rahmen unterschiedlichster Programme vermitteln wir unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Gesundheitskompetenz und bieten – sofern notwendig – beratend Unterstützung. Herausfordernd ist vor allem der Transfer der vermittelten Inhalte ins Privatleben – das wird der Schwerpunkt der nächsten Jahre.“

Mag. Barbara Fisa, MPH, Senior Beraterin im Gesundheitswesen, The Healthy Choice, ergänzte: Es geht darum, den Menschen möglichst viele gesunde Lebensjahre sowie Selbstständigkeit und Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen.“ Fisa und Biach plädierten für die Einführung diverser Anreizmodelle, wie etwa im Rahmen des „Best-Agers-Bonus-Passes“: Unter Voraussetzung der Wahrnehmung diverser Gesundheitsdienstleistungen seien Bonuszahlungen und eventuell auch Steuererleichterungen durchaus wirksame Instrumente, um die Menschen aktive Teilhabe an ihrer Gesundheit zu bewegen.

Vom Behandeln ins Handeln kommen „Adipositas ist eine gesellschaftliche Herausforderung. Wir müssen vom Behandeln ins Handeln kommen. Das Thema sollte in alle Lebensbereiche einfließen – im Sinne von Health in all Policies. Es gilt, Betroffene zu ermutigen, sich nicht als Patientinnen und Patienten, sondern als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft zu sehen, die jene Unterstützung bekommen, die sie auch verdient haben“, resümierte Constance Schlegl, MPH, Präsidentin des Bundesverbandes der Physiotherapeut:innen Österreichs. Adipositas als Gesundheitsproblem, von dem zahlreiche Krankheiten ausstrahlen, sei endlich ernst zu nehmen, wie Czypionka letztlich unterstrich: „Es gilt, in Strukturen zu investieren, die eine langfristige Gewichtsreduktion für Betroffene und somit eine Entlastung für das gesamte System ermöglichen. Wir können allerdings nicht alles gleichzeitig machen, sondern sollten dieses Thema mit vollster Konzentration angehen.“ Johanna Brix betonte abschließend: „Die Anerkennung der Adipositas als chronische Erkrankung ist ein Commitment zu einem zentralen gesellschaftlichen Problem. Und genau das brauchen wir – und zwar jetzt.“ P



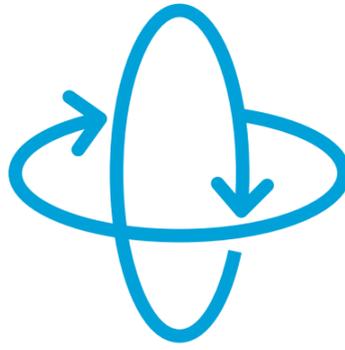
© KRISZTIAN JUHASZ



PRÄGNANT

360° Blick

Pilotprojekt aRAREness am AKH Wien: Selbsthilfe im Krankenhaus



Um Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen einen möglichst frühzeitigen Kontakt zu Selbsthilfegruppen zu vermitteln, startete nun ein wichtiges Projekt an der Kinderklinik, Medizinischer Universitätscampus AKH Wien: Mit aRAREness soll Selbsthilfe für seltene Erkrankungen im Krankenhaus institutionalisiert werden. Aufbauend auf eine grundlegende Erhebung des Ist-Zustandes in ganz Österreich wurde „aRAREness – Raising awareness for rare diseases through patient involvement and integration into the clinical environment of health care professionals“ ins Leben gerufen. Gefördert mit Mitteln aus den „Gemeinsamen Gesundheitszielen“ aus dem Rahmen-Pharmavertrag soll das Pilotprojekt dazu beitragen, Selbsthilfe für seltene Erkrankungen im Krankenhaus zu institutionalisieren. An drei Spezialambulanzen für seltene Erkrankungen an der Kinderklinik des AKH Wien (Leitung: Univ.-Prof. Dr. Susanne

Greber-Platzer, MBA) und gemeinsam mit sieben Selbsthilfegruppen werden ab sofort Kindern und deren Familien **regelmäßige Beratungen angeboten**. Im Rahmen des Projektes wird als Selbsthilfebeauftragter Max Oberweger Betroffene bei ihren Kontrollterminen in den Spezialambulanzen beraten und befragen.

Zum Einsatz im Pilotbetrieb kommen dabei Videos, die den Patientinnen und Patienten im Wartebereich der Ambulanzen gezeigt werden, das Angebot der Organisationen der Patientinnen und Patienten vermitteln und Betroffene zu Wort kommen lassen. Außerdem werden u.a. kompakte gedruckte Informationen zu den jeweiligen Selbsthilfegruppen weitergegeben. Zudem wurde ein Link zur Selbsthilfe auf der Website der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde eingerichtet – inklusive Verlinkungen zu wichtigen Stakeholdern im Bereich seltener Erkrankungen, zu den Spezialambulanzen und den Selbsthilfegruppen.



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

vertreten unterschiedliche Erkrankungsfelder: Glasknochen-Krankheit – OIA Osteogenesis imperfecta | Phosphatdiabetes – Phosphatdiabetes Österreich | Turner-Syndrom – ÖTTSI | Angeborene Fettsäureoxidationsstörungen – Fett-SOS e.V. | Angeborene Stoffwechsel-Erkrankungen – ÖGAST | MukoPolySaccharidosen – MPS Austria | Familiäre Hypercholesterinämie – FHchol Austria. Pro Rare Austria möchte mit dem Projekt die **Gesundheitskompetenz** von Kindern mit seltenen Erkrankungen **stärken** und in der Öffentlichkeit ein **Bewusstsein** für seltene Erkrankungen sowie die Leistungen der Selbsthilfe **schaffen**. Wir sind dem Team der Universitätskinderklinik sehr dankbar für das Engagement in diesem von Pro Rare Austria initiierten Projekt. Am Ende des Projekts sollen die Erfahrungen evaluiert und Empfehlungen für eine nachhaltige Zusammenarbeit entwickelt werden und somit eine Ausgangsbasis für den Regelbetrieb darstellen. **P**



Weiterführende Links:

<https://www.prorare-austria.org/projekte/arareness/>

Hinweis

Bis Jahresende 2022 können Vorträge (u.a. ein Vortrag zu aRAREness) vom **Symposium Pro Rare Austria** des **12. Österreichischen Kongresses für Seltene Krankheiten**, das am 23.-24. September 2022 stattfand, Linz auf einer passwortgeschützten Plattform nachgesehen werden. Interessierte melden sich bitte unter office@prorare-austria.org <https://forum-sk.congresspilot.com/>



Gefördert aus den Mitteln

GEMEINSAME

GESUNDHEITZIELE

aus dem Rahmen-Pharmavertrag

eine Kooperation von österreichischer

Pharmawirtschaft und Sozialversicherung

Kluge Muskeln | Folge 11

Nur ja keine Bettruhe!

Mit Muskelaufbau gegen Arthrose



Auch auf die Gefahr hin, dass Sie es vielleicht nicht mehr hören können: Bewegte Muskeln halten Sie nicht nur gesund, sondern auch klug und verjüngen obendrein Ihren Körper. Die Muskulatur ist Ihr größtes Stoffwechselorgan. Wenn Sie Ihre Muskeln bewegen, lösen Sie einen biochemischen Dialog zwischen den Muskelproteinen aus. Diese wiederum sorgen dafür, dass die Muskeln Botenstoffe aussenden, die gesundheitsfördernd mit Herz, Gehirn und allen anderen Organen kommunizieren. Kommen Schmerzen ins Spiel, dann liegt es ganz nahe, dass Ihnen nicht nach Bewegung zumute ist. Vielmehr möchten Sie sich auf die Couch zurückziehen oder im Bett verkriechen. Bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts war es durchaus noch üblich, dass Patientinnen und Patienten über Wochen hinweg Bettruhe verschrieben wurde, wenn auf dem Röntgenbild abgenützte Gelenke zu erkennen waren. Auf diese Weise sollten die Schmerzen wieder „zur Ruhe“ kommen. Der Ansatz war gut gemeint, letztendlich aber falsch. Denn im Liegen und Sitzen wird Arthrose bzw. Gelenksverschleiß nicht geheilt. Noch dazu schwinden die Muskeln, die für Ihren Stütz- und Bewegungsapparat so unverzichtbar sind. Die gut gemeinte medizinische Empfehlung war fatal: Die Beschwerden haben sich nicht gebessert, sondern wurden noch

schlimmer. Heute hat die Medizin dazugelernt: Wenn Muskeln nicht regelmäßig bewegt werden, erhöht sich das Risiko für Arthrose um satte 40 Prozent. Gelenksabnützung entstehen dann, wenn der Knorpel in den Gelenksinnenflächen zu schwinden beginnt. Das Knorpelgewebe ist eine elastische Masse, die im Grunde sehr resistent gegen Risse ist. Das Gewebe besteht zu 70 Prozent aus Wasser und zu 25 Prozent aus Kollagenfasern (der Rest sind Knorpelzellen). Als feuchte Oberfläche überzieht das Knorpelgewebe die Innenfläche der Gelenke. Die Knochen, die aufeinanderstoßen, gleiten auf dem Knorpel in den Gelenken leicht und nahezu widerstandslos (die Reibung ist dabei ähnlich gering wie jene von Schlittschuhen auf spiegelglattem Eis).

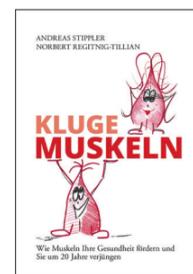


Dr. Andreas Stippler, MSc, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Ihr Knorpelgewebe kann mit mechanischer Belastung ziemlich gut umgehen: Setzt man beispielsweise den Fuß beim Joggen auf den Asphalt, strömen Gewebe und Wasser aus der Knorpelmatrix von Knie-, Hüft- oder Sprunggelenk. Wenn der Fuß wieder zur Sprungphase angehoben wird, expandiert der Knorpel in den belasteten Gelenken wieder. Die sogenannte Synovialflüssigkeit, eine transparent schimmernde Gelenkschmiere, wird von den Zellen der Gelenksinnenhaut abgesondert und versorgt den Knorpel mit wertvollen Nährstoffen. Hier zeigt sich

ganz besonders, warum Liegen und Sitzen Gift für Ihre Gelenke sind: Die Gelenkschmiere wird von den Zellen vor allem während der Bewegung produziert. Bewegungen Sie sich wenig, lässt dies das Knorpelgewebe in den Gelenken verkümmern. Meist klagen Büroangestellte, die viel sitzen, etwa über Arthrosen in den Hüften. Nicht die Überanstrengung, sondern die Inaktivität ist es, die den Knorpel angreift. Das Risiko eines Gelenksverschleißes in Knie und Hüfte steigt zudem umso mehr, je mehr überschüssige Kilos man hat: Das Fettgewebe schüttet Entzündungsstoffe aus, die über die Gelenkschmiere in die Gelenke gelangen und den Abbau von Knorpelgewebe begünstigen. Wer seine Muskeln kräftigt, kann mit Gelenksverschleiß eindeutig besser leben. Ein einmal verlorenes Knorpelgewebe ist zwar für immer verloren, bis jetzt hat die Medizin noch keine Möglichkeit gefunden, dieses wieder aufzubauen. Aber: Wird die Arthrose rechtzeitig erkannt, können Muskeln helfen, den Verlauf dieser Erkrankung zu verlangsamen und im besten Fall ganz zu stoppen. Ich möchte daher nicht aufhören, es zu predigen: Auch wenn es zwickt und zwackt oder Sie vielleicht gar schon in der Früharthrose stecken: Raus aus dem Bett, runter von der Couch, hinein in die Joggingsschuhe, rauf auf die Piste und mitten ins Leben. **P**

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



Sie können dieses Buch unter folgendem QR-Code bestellen



© PETER PROVAZNIK (2), SHUTTERSTOCK, AGNES STADLMANN



PRÄGNANT



Gesundheit braucht keinen Neid

Dr. Andreas Krauter, MBA ist ärztlicher Leiter der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und Leiter des Fachbereichs Medizinischer Dienst. Im Gespräch mit PERISKOP erklärt er, **WARUM EIN PLUS AN KOOPERATION UND GEGENSEITIGES VERSTÄNDNIS DAS GESUNDHEITSWESEN VORANBRINGEN WÜRD.** | von Mag. Renate Haiden, MSc

Die modere Patientenbetreuung sieht ein gutes Zusammenspiel verschiedener Berufsgruppen vor. In der Realität besteht allerdings noch häufig ein berufsspezifisches Silodenken.

PERISKOP: Sie plädieren für mehr Selbstreflexion bei Verantwortlichen im Gesundheitswesen. Was meinen Sie damit?

KRAUTER: Jeder, der lange in einem Bereich arbeitet, hat blinde Flecken. Die kann man nur aufdecken, wenn man die Fähigkeit zur Selbstreflexion entwickelt und sich von guten Freunden beraten lässt. Das empfehle ich jeder Entscheidungsträgerin und jedem Entscheidungsträger im Gesundheitswesen. Die ÖGK ist mit 7,4 Mio Versicherten ist ein großer Player. Es ist damit auch unsere Aufgabe, mitzuhelfen, dass wir mit anderen Stakeholderinnen und Stakeholdern gemeinsam strategische Ziele entwickeln und uns nicht in Einzelinteressen verzetteln. Es ist wichtig, die unterschiedlichen Interessen transparent zu diskutieren, aber am Ende mit einem Ergebnis alle ins Boot zu holen und dann erst in die Öffentlichkeit zu gehen. Dort muss dann die Sprache der Zielgruppe gesprochen werden, aber zuerst braucht es einen Konsens derjenigen, die Prozesse aktiv vorantreiben können. Wir haben gerade im Gesundheitswesen viele Themen, die über eine Regierungsperiode und erst recht über Bundesländergrenzen hinausgehen – da braucht es ein Commitment, dass man auf Basis von Transparenz und Vertrauen gut zusammenarbeiten will. Eine Gesellschaft kann sich nur entwickeln, wenn wir Verständnis dafür aufbringen, dass das Gemeinwohl über den Einzelinteressen liegen muss. Neid und Missgunst haben keinen Platz, wenn es um Fragen der Gesundheit geht. Wir brauchen die Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung.

Können Sie das an einem Beispiel festmachen?

Wollen wir zum Beispiel Folgekosten von Erkrankungen verhindern, braucht es weitreichende Maßnahmen in der Prävention. Da hilft es nicht, wenn wir bei einer Patientin oder einem Patienten aktiv werden, da muss auf der Systemebene gehandelt werden z.B. die sich abzeichnende Adipositas Epidemie. Schon jetzt haben wir eine stetig wachsende Anzahl an Mitmenschen, die manchmal auch dramatisch übergewichtig sind. Das hat Folgen bei den Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, der Gelenke und Wirbelsäule und wirkt sich auch dramatisch auf die Arbeitsfähigkeit aus. Derzeit sprechen wir meist nur über die Maßnahmen, können wir zukünftig teure Medikamente einsetzen oder Operationen durchführen. In Wirklichkeit müsste schon in Kindergärten und Schulen das Thema richtige Ernährung viel prominenter unterrichtet werden, ganz zu schweigen von der Bewegung, Menschen sind Bewegungswesen, 6x 45 Minuten sitzen mit ein paar Minuten Pausen dazwischen entsprechen nicht den Bedürfnissen. Menschen sind etwa 20 Minuten konzentriert und aufnahmefähig und brauchen dann wieder Bewegung und Entspannung dazwischen, hier ist dringlich ein Umdenken erforderlich! Ein ande-

res Beispiel sind Medizinerinnen und Mediziner, die sich in Gremien engagieren. Ein Präsident einer Fachgesellschaft hat oft wenig Unterstützung in seiner Krankenhausorganisation. Diese müsste doch stolz sein, wenn eine leitende Mitarbeiterin oder ein leitender Mitarbeiter diese Funktion hat und zu den führenden Expertinnen und Experten im Gesundheitssystem zählt. Oft fehlen hier das Verständnis und Unterstützung. Hier gilt es, großzügig zu denken, weil nur durch die Zusammenarbeit entwickeln wir uns weiter.

Kann der Ausbau der Primärversorgungseinheiten (PVE) eine Lösung sein, aktuellen Herausforderungen, wie der demografischen Entwicklung oder der Überlastung der Spitäler, zu begegnen?

PVE sind ein wichtiger Beitrag in der Versorgung der Bevölkerung, es geht mir aber nicht nur um die Krankenbehandlung und den Best Point of Service, sondern um Gesundheit, gesunde Lebensjahre und Prävention. Ein einziges PVE-Modell wird das nicht abbilden. Europaweit gibt es 400 verschiedene Lösungsmöglichkeiten, berufsgruppenübergreifender Versorgung von Menschen. Viel wichtiger ist doch die Frage, welche Versorgung an einem bestimmten Punkt gebraucht wird und welche Nachfrage es gibt, denn die PVE muss wirtschaftlich überlebensfähig sein. Den Patientinnen und Patienten ist nicht wichtig, welche Marke oben steht, sondern welche Leistungen sie erhalten, um gesund zu werden. Wir merken auch, dass Verträge für Einzelordnungen bei jungen Kolleginnen und Kollegen heute nicht mehr so gefragt sind. Sie wollen in Teams arbeiten, sich nicht gleich nach der Ausbildung selbstständig machen oder sich nicht Vollzeit verpflichten. Darauf haben wir reagiert und flexible Vertragsmodelle geschaffen: Jobsharing, Teilzeit oder Anstellung bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sind etwa unsere Antworten, um auf die Bedürfnisse der neuen Generation an Medizinerinnen und Mediziner einzugehen.

Wie könnte so ein Rahmen aussehen?

Gemeinden sollen einfach Strukturen schaffen, etwa Räumlichkeiten für Untersuchungen, Videosprechstunden, Rezeption und eine Basisausstattung an Medizintechnik dazu. Je nach Bevölkerungsgröße und Nachfrage können sich dort dann die passenden Anbieterinnen und Anbieter aus Gesundheitsberufen einmieten. Dazu könnte man ebenfalls nach Bedarf das Angebot um Community Nurses und andere Berufsgruppen erweitern, um die Veränderungen des Bedarfs gut abzudecken. So brauchen oft chronisch Kranke nur an bestimmten Touchpoints den Arzt oder die Ärztin, dazwischen braucht es viel eher Diätologinnen und Diätologen, Fitnesstrainerinnen und -trainer oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Für solche Entwicklungen hoffe ich auf den Goodwill der Ärztekammer und Interessenvertretungen und den Mut zu Pilotprojekten.

Warum gelingt das derzeit nicht?

Vieles ist historisch schon so verankert, dass wir uns oft nicht trauen, Neues einfach auszupro-

Andreas Krauter, ärztlicher Leiter der ÖGK, sieht Transparenz und Vertrauen als Basis für gute Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung.

bieren. Es mangelt oft auch am gegenseitigen Respekt für die einzelnen Berufsgruppen. Wir benötigen alle zusammen, die an einem Strang ziehen und allen muss Hochachtung entgegengebracht werden, dass sie sich mit unserem Leid beschäftigen. Auch hier bin ich wieder bei der Frage der Solidarität im System und dem Gemeinwohl, denn oft geht es gar nicht so sehr um Erkrankungen, sondern um die Frage, wie man Themen bearbeitet, die noch keinen Krankheitswert haben. Wie können beispielsweise angesichts des dramatischen Mangels an Kinder- und Jugendfachärztinnen und -ärzten Familien gefördert werden, wieder selbst mehr in die Verantwortung zu gehen? Wie können Eltern wieder lernen festzustellen, wann ein Arztbesuch oder die Fahrt ins Spital dringend erforderlich ist und wann es einfach nur Geduld und passende Hausmittel braucht. Auch hier brauchen wir neue Strukturen, die dieses „alte Wissen“ wieder in die Bevölkerung bringen? Frühe Hilfen sind zum Beispiel so ein Ansatz.

Die Medizin wird aber immer komplexer und die Halbwertszeit des Wissens kürzer. Wie kann man unter diesen Umständen eine gute Basisinformation gewährleisten?

Es gibt viele Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung in der medizinischen Welt und der Gutteil unserer Vertragspartnerinnen und Vertragspartner nützt jede Gelegenheit mehr Wissen über die neuesten medizinischen Entwicklungen zu erreichen. Trotzdem gibt es viele Entwicklungen, die eine hohe Komplexität für die Therapie erfordern und das bedeutet, dass Therapieentscheidungen, besonders dort wo auch hohe ökonomische Herausforderungen entstehen, durch Spezialistinnen und Spezialisten und Expertisenzentren getroffen werden.

Kommen ausreichend innovative Therapien zu den Patientinnen und Patienten?

Ich denke schon, dennoch braucht es ein klares Bild, wer was verordnen kann und eine Kosten-Nutzen-Abwägung. Nicht alles, was machbar ist, macht auch Sinn. Klar ist: Medizinerinnen und Mediziner wollen immer das Beste für die Patientinnen und Patienten. Wir können auch heute schon manche Therapien, die sehr selten gebraucht werden, aber in bestimmten Fällen Leben verlängern, auf dem internationalen Markt einkaufen, aber das sollte nicht die Regel sein. In der ÖGK wollen wir sicherstellen, dass eine moderne Versorgung mit sicherer Medizin stattfinden kann. Leider können das Studien nicht immer sicherstellen, wir benötigen aber handfeste Evidenz für die Wirksamkeit. Was heute als Innovation gepriesen wird, kann sich morgen schon als unwirksam herausstellen. Daher müssen wir parallel zur Forcierung der Präzisionsmedizin auch die molekulargenetische Diagnostik auf ein Level heben, um die Wirkung von Therapien zu belegen. Beim Einsatz von teuren Medikamenten müssen wir ganz besonders darauf achten, dass sie tatsächlich dort, wo sie therapeutischen Nutzen entwickeln, eingesetzt werden können. Ein Gießkannenprinzip können wir nicht vertreten. **P**



PRÄGNANT

Kommunikation entscheidet

Nicht erst seit der Pandemie stellen sich Stakeholder die Frage, was aus der Geschichte zu lernen ist. Im Rahmen eines Gipfelgesprächs bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen 2022 in Alpbach, diskutierten Vertreterinnen und Vertreter aus Krankenhausapotheken und der Industrie über **OPTIMIERUNGSPOTENZIALE IN DER ARZNEIMITTELVERSORGUNG – während und außerhalb von Krisen.** | von Mag. Renate Haiden, MSc



Die Gruppe ist klein, aber einem großen Wandel unterworfen: Die Rede ist von den heimischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, die in den 42 Krankenhausapotheken Versorgungsaufgaben übernehmen. Mit der Arzneimittelherstellung und einer Reihe pharmazeutischer Dienstleistungen stehen sie dafür, dass Patientinnen und Patienten optimal versorgt werden. Die zentrale Funktion ist die Sicherung des kompletten Arzneimittelprozesses im Spital, von der Beschaffung über die Unterstützung der ärztlichen Verordnung bis hin zur Anwendung. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern aus Medizin und Pflege ist ein wichtiger Beitrag für den sicheren, bedarfsorientierten und kosteneffizienten Einsatz von Arzneimitteln im Krankenhaus. Aktuell steht ein Thema ganz oben auf der Agenda, das nicht allein durch die COVID-19-Pandemie getriggert ist: die Sicherstellung einer hochwertigen Arzneimittelversorgung.

Herausforderungen durch die Pandemie
„Die vier Säulen zur Patientensicherheit – strategischer Einkauf, Logistik, Herstellung und klinische Pharmazie – sind unsere Kernaufgaben, die sich gegenseitig beeinflussen. Gerade die Erfahrungen während der Pandemie haben gezeigt, dass diese Zusammenarbeit auf kurzem Weg essenziell ist, um Herausforderungen wie Lieferengpässe oder auch die Verteilung der COVID-19-Arzneimittel zu meistern. Die laufende Abstimmung und Kommunikation stellen sicher, dass wir die zur Verfügung stehenden Mittel effizient verwalten können“, beschreibt Mag. Martina Jeske MSc, aHPH, Leiterin der Anstaltsapotheke bei Tirol Kliniken die Situation. So einfach stellte sich die erwünschte Kooperation aber gerade am Beginn der Pandemie nicht dar: „Die Möglichkeit zur Beschaffung und Verteilung von COVID-19 therapie-relevanten Arzneimitteln hat sich im Rahmen der Pandemie geändert und war vielfach nicht mehr innerhalb der etablierten Strukturen möglich. Bestimmte Arzneimittel zur Behandlung von

Diskussionsteilnehmende (v. l.)

Gernot Idinger, Ulrich Lübcke, Gunda Gittler, Kerstin Schorn, Christa Wirthumer-Hoche, Sabine Röhrenbacher, Martina Jeske, Claudia Mraz, Thomas Schöffmann, Fabian Waechter (Moderation), Rudolf Weis

SARS-CoV-2-Infektionen waren von den Anstaltsapotheken nicht mehr direkt bei den Pharmafirmen beziehbar und standen zudem in einem begrenzten Ausmaß zur Verfügung. Andere waren nur durch sehr frühzeitigen und zentralen Einkauf der Republik Österreich erhältlich und lieferbar, zu einem Zeitpunkt an dem tatsächlicher Bedarf und Wirksamkeit schwer abschätzbar war“, so Jeske weiter. Der klare und einhellige Wunsch der Krankenhausapothekerinnen und -apotheker lautet daher: rasch wieder zurück zum Ursprungszustand, wo Einkauf, Logistik, Herstellung und klinische Pharmazie in der Hand kompetenter Expertinnen und Experten liegen. „Wir wissen, welche Präparate für eine sichere Therapie nötig sind und wie wir diese beschaffen können“, stellt Jeske stellvertretend für die Gruppe klar. Wie es in der Krise zu dieser Logistikköpfung kommen konnte, erklärt DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche, Leiterin der AGES Medizinmarktaufsicht: „In Europa wurde vereinbart, dass nur Regierungen bestimmte

© MANUELA EGGER-MOSER

Arzneimittel kaufen konnten, um eine gerechte Verteilung, zum Beispiel der Impfstoffe, in der Krise sicherzustellen. Daher wurden Verteilungsschienen über den Großhandel und das Bundesheer etabliert.“ Doch auch Wirthumer-Hoche macht keinen Hehl daraus, dass es vernünftig wäre, wieder zu den ursprünglichen Kompetenzen zurückzukehren und weist auf eine weitere Fehlentwicklung hin: „Die Behörde war aufgrund von Vorgaben der Europäische Arzneimittel-Agentur EMA bei bestimmten Arzneimitteln in der Rolle abzuschätzen, welche Mengen gekauft werden und das zu einem Zeitpunkt, wo es noch nicht einmal ein zugelassenes Produkt oder Evidenz zur Wirksamkeit gab.“ Bisher lag die Aufgabe der Mengenschätzung und Bestellung aufseiten der Pharmaindustrie. Um zu diesem durchaus sinnvollen System zurückzukehren, bedarf es jedoch eines Beschlusses der EMA.

Die vier Säulen zur Patientensicherheit – strategischer Einkauf, Logistik, Herstellung und klinische Pharmazie – sind unsere Kernaufgaben, die sich gegenseitig beeinflussen.

Martina Jeske

Personalentwicklung am Scheideweg

Zeitgleich mit der Pandemie hat sich auch im Apothekenbereich die Personalsituation verschärft. So mussten zum Beispiel Fremdfirmen für die Reinraumreinigung ihre Leistung einstellen, was zu großen Herausforderungen bei der Zytostatikaherstellung geführt hat. Doch auch Win-win-Situationen sind entstanden, wie Mag. Gunda Gittler, aPhP, Leiterin der Apotheke des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Linz, beschreibt: „Wir haben Medikamente für die Stationen verblüht, um die Pflege zu entlasten.“ Krankenhausapothekerinnen und -apotheker waren in der Herstellung von Händedesinfektion, der PCR-Testung oder der Aufbereitung der Impfdosen involviert. Das hat auch dazu geführt, dass mit ohnehin knappem Personal noch zusätzliche Überstunden angefallen sind. „Wir haben einen massiven Überhang an Urlaubstagen, die jetzt abgebaut werden müssen und nun zu Knappheiten führen“, sagt Dr. Wolfgang Ibrom, aPhP, Apothekenleiter am Ordensklinikum Elisabethinen Linz. Weniger Plasmaspender und damit Verzögerungen bei der Verfügbarkeit neuer Spenderprodukte von sechs bis neun Monaten verzeichnete Kerstin Schorn, Leiterin der Abteilung Patient Value and Access bei Takeda. Spätfolgen der Pandemie ortet auch Mag. Ulrich Lübcke, Leiter des Field Access bei Bristol Myers Squibb: „Da viele Patientinnen und Patienten die Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsprogramme nicht wahr genommen haben, sehen wir nun mehr Tumore, die sich bereits in einem stark metastasierten Stadium befinden. Hier ist eine Behandlung eine große Herausforderung. Zudem sind viele onkologische Patientinnen und Patienten nicht mehr ins Krankenhaus zu ihrer verordneten Dauertherapie gekommen.“ Auf europäischer Ebene, so Wirthumer-Hoche, habe die Bürokratie zugenommen und in Österreich sei der Hemmschuh „Föderalismus“ einmal mehr deutlich geworden. Positive Entwicklungen sieht Mag. Gernot Idinger, aPhP, Leiter der Anstaltsapotheke des Landeskrankenhauses

Steyr: „Die Lernkurve in unserer Organisation ist rasch und massiv gestiegen. Ich denke, dass wir uns hier auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene, etwa im Hinblick auf die Digitalisierung, wirklich weiterentwickelt haben.“ Jeske ergänzt: „Wir haben einen deutlichen Qualitätsschub verzeichnet.“

Schmerzversorgung im intra- und extramuralen Spannungsfeld

„Fehlende Rohstoffe und steigende Nachfragen haben bei schmerz- und fiebersenkenden Medikamenten am Beginn der Pandemie für Knappheit gesorgt“, erinnert sich Gittler. Doch sowohl intra- als auch extramural konnten hier Alternativen zur Verfügung gestellt werden. Nichtsdestotrotz sollte künftig weiterhin das Augenmerk darauf liegen, Produktionsstandorte wieder nach Österreich zurückzuholen. Denn auch aktuell sind rund 400 Arzneimittel nicht lieferbar, davon einige orale Antibiotika. „Wenn wir nur ein oder zwei Hersteller haben, kann das System rasch kippen“, warnt Gittler. Importe aus dem europäischen Ausland können sich rasch zum Problem auswirken, vor allem, wenn es um Standorte in Nicht-EU-Ländern wie Großbritannien geht. „Produkte, die wir intramural verschreiben, waren extramural nicht verfügbar, das hilft Patientinnen und Patienten nicht“, wirft Mag. Dr. Birgit Oeser, aPhP, Apothekenleitung im Franziskus Spital in Wien ein. „Wenn es um ausreichende Bevorratung geht, so können v. a. großvolumige Produkte, die palettenweise geliefert werden, wie Infusionsflaschen, rasch auch ein Platzproblem in den Spitätern aufwerfen“, so Jeske. Dass die Schmerztherapie besonders unter Knappheiten leidet, weiß Dr. Thomas Schöffmann, Geschäftsführer bei Grünenthal Österreich, und beschreibt die Situation in Österreich, die nicht nur krisenbedingt ist: „Die Schmerztherapie hat in Österreich ohnehin schon keine gute Lobby. Schmerzzambulanzen waren die Ersten, die in der Krise geschlossen wurden. Hausärztinnen und Hausärzte sind so frustriert vom schlechten Versorgungsangebot, dass sie ihre Patientinnen und Patienten gar nicht mehr weiter überweisen.“ Die meisten Arzneimittel in der Schmerzmedizin sind niedrigpreisig – mit Blick auf die Inflation und die Energiekosten könnte sich das rasch ändern. Produkte, die aktuell schon unter der Rezeptgebühr liegen, könnten rasch vom Markt verschwinden und die Versorgung zusätzlich beeinträchtigen. „Im Falle von Kontingentierungen werden Spitäler vorrangig versorgt“, sagt Schöffmann.



Brennpunkt Arzneimittelversorgung

Nicht erst seit der Pandemie stellen sich Stakeholder die Frage, was aus der Geschichte zu lernen ist. Im Rahmen eines Gesprächs bei der PRAEVENIRE Gesundheitsforum 2022 im Alpbach diskutierten Vertreter aus Krankenhauspapotheken und der Industrie über Optimierungspotenziale in der Arzneimittelversorgung – während und außerhalb von Krisen.

Die Frage ist, was aus der Geschichte zu lernen ist. Im Rahmen eines Gesprächs bei der PRAEVENIRE Gesundheitsforum 2022 im Alpbach diskutierten Vertreter aus Krankenhauspapotheken und der Industrie über Optimierungspotenziale in der Arzneimittelversorgung – während und außerhalb von Krisen.

Die Frage ist, was aus der Geschichte zu lernen ist. Im Rahmen eines Gesprächs bei der PRAEVENIRE Gesundheitsforum 2022 im Alpbach diskutierten Vertreter aus Krankenhauspapotheken und der Industrie über Optimierungspotenziale in der Arzneimittelversorgung – während und außerhalb von Krisen.



Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet (in alphabetischer Reihenfolge)

- Wolfgang Ibrom
- Stefan Mohr
- Birgit Oeser

Energiekosten verteuern auch Arzneimittelproduktion

Die steigenden Energiepreise wirken sich unter anderem auch auf die Herstellung von Infusionen aus, da die Dampfdruck-Sterilisierung energieintensiv ist. „Wir können noch keine Preise für das kommende Jahr sagen und wir wissen auch noch nicht, ob wir als kritische Infrastruktur eingestuft werden“, beschreibt Rudolf Weis, Verkaufsleiter bei Fresenius Kabi, die Situation. Eine Anpassung an den Erzeugerpreisindex – unter Einbeziehung der Energiekosten – würde Preiserhöhungen von bis zu 20 Prozent bedeuteten. Langfristige Lieferverpflichtungen aufgrund von Ausschreibungen, könnten so nicht mehr kostendeckend erfüllt werden. „Wir wollen zwar alle die Rohstoffproduktion nach Europa holen, aber wir sind bei dieser Entwicklung preislich nicht konkurrenzfähig“, so Weis. Unterjährige Preisanpassungen sowie die Verringerung des Angebotes sind nach Ansicht aller Expertinnen und Experten zu erwarten. „Es braucht eine Kennzeichnung für in Europa hergestellte Produkte, denen Vorteile eingeräumt werden sollten, um das Bewusstsein für die Versorgungssicherheit auch in der Öffentlichkeit zu verbessern“, fordern Wirthumer-Hoche und auch Lübcke sowie Mag. Claudia Mraz, verantwortlich für Market Access bei MSD. Ein weiterer Wunsch, der geäußert wurde, ist, dass innovativen Arzneimitteln in der Gesundheitspolitik einen höheren Stellenwert eingeräumt wird.



Im Fokus: Patientinnen und Patienten

Bei allen versorgungsseitigen Unsicherheiten setzen die Krankenhausapothekerinnen und -apotheker auf die enge Zusammenarbeit und die verstärkte Kommunikation innerhalb der Branche, aber auch mit den Behörden und der Industrie. „Eine Lösung für alle Produkte und mit allen europäischen Ländern wird es nicht immer geben, aber ich bin zuversichtlich, dass wir im Einzelfall das bestmögliche Ergebnis für die Patientinnen und Patienten erzielen können“, resümiert Jeske. Auch Schorn bekräftigt, dass die Industrie meist international gut aufgestellt ist und im Krisenfall als bewährter Partner zur Verfügung gestanden ist. Ihre Vielseitigkeit haben die Krankenhausapothekerinnen und -apotheker gut unter Beweis gestellt: „Wir haben die Krise gemeinsam bisher mit unkomplizierten und unkonventionellen Lösungen sehr gut bewältigt, aber für große Themen wie Lieferengpässe oder die Schmerztherapie braucht es Strukturen und Anreize von der Politik“, betont Mag. Dr. Stefan Mohr, stellvertretende Apothekenleitung des LKH-Univ. Klinikum Graz. Damit bei aller Zusammenarbeit der Nutzen für die Patientinnen und Patienten nicht vergessen wird, macht Mag. Sabine Röhrenbacher vom Bundesverband Selbsthilfe Österreich einmal mehr auf den „Health in all Policies“-Ansatz aufmerksam: „Wir benötigen das Bewusstsein in allen Politikbereichen. Die Nutzung der Daten zwischen extra- und intramuralem Bereich wäre ein wichtiger Schritt, um viele der Herausforderungen rascher zu lösen.“ Eine offene Kommunikation, Transparenz und der partnerschaftliche Dialog werden auch künftig die Planungs- und Versorgungssicherheit unterstützen. P

Tiroler Tageszeitung, Erscheinungstermin 5. Oktober 2022



TERMINNE

DAS PRAEVENIRE JAHR



2023