

PERISKOP

110

APR 2023

Standpunkte.
Dialog.
Konsens.

Die neutrale
Plattform
zum offenen
Meinungs-
austausch

**Die hohe
Kunst der
Politik kommt
vom Können**

Josef Smolle

**Mehr Effizienz
im Gesund-
heitsbereich
nötig**

Ralph Schallmeiner

**Der neue Macher
im Hintergrund**

Günter Waxenecker

Vorreiterrolle in der Patientenversorgung

Interview mit Priv.-Doz. Dr. Valerie Nell-Duxneuner

Inhalt **110**

APR 2023



PEOPLE

Der Facharzt für Informatik

PRAEVENIRE begrüßt ein neues Teammitglied: Der Digitalisierungsexperte und vormalige ELGA-Chef Dr. Franz Leisch wechselte mit Anfang Mai in die Position des CDO (Chief Digital Officer) im gemeinnützigen Verein PRAEVENIRE. Der Mediziner und Informatiker hat große Pläne.

- 4 **Vorreiterrolle** in der Patientenversorgung
- 6 **Der Facharzt für Informatik**
- 8 **Starker Partner** bei Seltenen Erkrankungen
- 10 **Der neue Macher** im Hintergrund

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, MSc, Dr. Juliane Bogner-Strauß, Mag. Sophie Brunnhuber, BA, Rainald Edel, MBA, Mag. Renate Haiden, MSc., Ulrike Holzer, Andreas Schmallegger, BA, Mag. Dora Skamperls, Univ.-Prof. Dr. Rudolf Taschner, Wolfgang Wagner
Foto Cover	Ludwig Schedl
Grafik Design	Martina Eichhorn, Manuela Pöschko, Andrea Zimmer
Lektorat	Mag. Sylvia Schlacher
Druck	Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG
Auflage	6.000 Erscheinungsweise: 6 x jährlich Einzelpreis: Euro 30,00

DIE ZEITSCHRIFT UND ALLE DARIN ENTHALTENEN BEITRÄGE UND ABBILDUNGEN SIND URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZT. NAMENTLICH GEKENNZEICHNETE ARTIKEL GEBEN DIE MEINUNG DER AUTORIN ODER DES AUTORS UND NICHT DER REDAKTION WIEDER. BLATTLINIE: INFORMATIONEN AUS DEM GESUNDHEITS-, PHARMA- UND WELLNESSBEREICH SOWIE AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK.



PERFORMANCE

Diabetes: Forderungen an die Gesundheitspolitik

Seit über 50 Jahren setzt sich die Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG) für die Anliegen der Menschen mit Diabetes mellitus ein und fordert die stetige Verbesserung der Versorgung von Betroffenen. Im Gespräch mit PERISKOP ging Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Clodi, Präsident der ÖDG, näher auf die diabetesbezogenen Brennpunkthemen sowie die Forderungen der ÖDG an die Gesundheitspolitik ein.

- 12 Diabetes: **Forderungen an die Gesundheitspolitik**
- 14 Spitzenplatz für **eine Visionärin**
- 16 Zu wenig vernetzt? Über **Primärversorgung und das Krankenhaus der Zukunft**
- 18 Die **Bedeutung pharmakoökonomischer Effizienz** in der Kostendämpfung



PIONIERE

Kritische Zeit für Österreichs Gesundheitswesen

Die aktuellen Finanzausgleichsverhandlungen sind von zentraler Bedeutung für die Zukunft. Es gibt sowohl Interessenskonflikte als auch Gemeinsames zwischen Bund, Bundesländern und Sozialversicherung. Der Ausgang der Gespräche ist offen, sagte Dr. Alexander Biach, Vizedirektor der Wiener Wirtschaftskammer, bei der Präsentation des PRAEVENIRE Jahrbuchs 2022/2023 in Wien.

- 20 **Kolumne »360° Blick«** von Ulrike Holzer
- 20 **Kolumne »Gesunde Zukunft«** von Juliane Bogner-Strauß
- 21 **Klinische Forschung** bringt Innovation
- 22 ÖGK muss Budget für **Gesundheitsförderung & Prävention künftig verdreifachen**
- 23 **Ankündigungsriesen – Umsetzungszwänge**
- 24 Viele Probleme bei **Kinder- und Jugendgesundheit**
- 26 **Kritische Zeit** für Österreichs Gesundheitswesen

© KRISTIAN JUHASZ, MIRJAM REITHER, MANUELA EGGER-MOSER

SAVE THE DATE

6.-10. JULI



PRAEVENIRE GESUNDHEITSGESPRÄCHE
in Alpbach 2023

in f www.praevenire.at



32



PLATTFORMEN

Höchste Zeit für Reformen

Kommt es nicht zu einer grundlegenden Anpassung von Strukturen und Leistungserbringung, droht im österreichischen Gesundheitswesen ein Crash. Prophylaxe so früh wie möglich, optimale Versorgung extramural und „Ambulantisierung“ möglichst vieler Leistungen der Spitäler müssen ineinandergreifen, forderten führende österreichische Expertinnen und Experten bei der Vorstellung des PRAEVENIRE Jahrbuchs 2022/2023. Die Zeit drängt wie nie zuvor.

- 28 Programm PRAEVENIRE **Gesundheitstage im Stift Seitenstetten**
- 30 **Finalisten** des Start-up-Pitches
- 31 **All-in-One-Tool** für den Pflegealltag
- 32 **Höchste Zeit** für Reformen
- 36 Buchvorstellung: **Digitale Wohlfahrtsgesellschaft. Der Weg in eine digitalisierte Zukunft**



46



PORTFOLIO

Patientenstimme gesetzlich verankern und solide finanzieren

Im Jahr 2018 wurde der Bundesverband der Selbsthilfe Österreich (BVSHOE) aus der Taufe gehoben. Dessen Vorstand wurde heuer im Frühjahr wiedergewählt. PERISKOP sprach mit der Vorsitzenden Angelika Widhalm, der stellvertretende Vorsitzenden Waltraud Duven sowie mit Mag. (FH) Sabine Röhrenbacher, die neu zur Geschäftsführerin bestellt wurde, über Anliegen, Ziele und Pläne des Bundesverbandes.

- 42 Digital Health: **Zurück in die Zukunft**
- 44 **Kolumne » Thinktank Gesundheit «** von Rudolf Taschner
- 45 **Wie Events immer digitaler werden**
- 46 **Patientenstimme gesetzlich verankern** und solide finanzieren



36



POLITIK

Arzneimittelengpässe – Management und Forderungen

Hunderte Arzneimittel sind in Österreich nicht oder nur eingeschränkt verfügbar. Das verursacht Unannehmlichkeiten, Managementprobleme und Schwierigkeiten in der optimalen Versorgung von Patientinnen und Patienten. Dies betonten für den extra- und auch den intramuralen Bereich Dr. Erwin Rebhandl (AMPlus) und Mag. Gunda Gittler (öffentliche und Krankenhausapotheke Barmherzige Brüder/Linz) bei der Vorstellung des PRAEVENIRE Jahrbuches 2022/2023.

- 36 **Arzneimittelengpässe – Management und Forderungen**
- 38 **Die hohe Kunst der Politik** kommt vom Können
- 40 **Mehr Effizienz** im Gesundheitsbereich nötig



52



PRÄGNANT

Ein Bindeglied mit Herz

Schwerstkranken mit einem Bedarf an Unterstützung im Bereich der Seltenen Erkrankungen fallen im Gesundheitssystem oft durch den Rost. Im Gesundheitswesen ist kein Platz für diese Menschen, es fehlen Zeit und Ressourcen. PERISKOP sprach mit Matthias Elmer, der mit seiner Firma Careformance, die er gemeinsam mit seiner Frau Arlette betreibt, diese Lücke schließt.

- 48 **Darmgesundheit 2030: Wo kann und muss optimiert werden?**
- 50 Medizin trauert um **Peter Ferenci**
- 51 **Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Osteopathie** nun auch wissenschaftlich publiziert
- 52 **Ein Bindeglied** mit Herz
- 54 Tausende Patientinnen und Patienten **warten auf ihren Operationstermin**
- 55 Vom Juristen zum **Gründer des führenden Innovationsmediums**

© MANUEL BAAUER, KRISTIAN JUHASZ (3), MIRJAM REITHER

UPDATE 2.3
NEPHROLOGIE
FORSCHUNG – STATE OF THE ART – HANDS-ON GESUNDHEITSPOLITIK

www.nephrologie-update.at



SAVE THE DATE
09.–10. Juni 2023

congress Schladming sowie online



SCANNEN & ANMELDEN

Jetzt anmelden unter nephrologie@perigroup.at

Vorreiterrolle in der Patientenversorgung

Das Hanusch Krankenhaus stellt das Herzstück in der medizinischen Versorgungsleistung der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) dar. PERISKOP sprach mit dessen neuen medizinischen Direktorin, Priv.-Doz. Dr. Valerie Nell-Duxneuner, über die **HERAUSFORDERUNGEN, KONZEPTE UND ZIELE** in der Patientenversorgung sowie über die Vorteile einer integrierten Versorgung. | von Rainald Edel, MBA

Im August 2022 hat Valerie Nell-Duxneuner die ärztliche Leitung des Hanusch-Krankenhauses übernommen, der größten der 89 Gesundheitseinrichtungen der ÖGK. Ein weiterer Karriereschritt für die Internistin, die sich als eine der ersten Frauen 2013 im Fach Rheumatologie habilitierte. Ihre internationale Ausbildung und langjährige Erfahrung als Internistin im Fachbereich Rheumatologie, Krankenhausmanagerin und stellvertretende Chefärztin der ÖGK haben Nell-Duxneuner geprägt. Sie ist Mitglied der österreichischen Heilmittellevaluierungskommission und der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien.

PERISKOP: Welche Herausforderung stellt die ärztliche Leitung eines so großen Gesund-

heitsbetriebes dar und welche Ziele haben Sie sich dafür gesetzt?

NELL-DUXNEUNER: Mir macht diese Aufgabe aus mehreren Gründen riesige Freude. Zum einen ist mir das Haus und seine Abläufe seit vielen Jahren eng vertraut, da ich nach meiner Ausbildung an der MedUni Wien – mit einer Unterbrechung, wo ich im Hauptverband der Sozialversicherungsträger die VPM - Vertragspartner Medikamente und auch die HEK die Heilmittellevaluierungskommission kennen gelernt habe – acht Jahre hier auf der 1. Medizinischen Abteilung beschäftigt war. Zum anderen kenne und schätze ich auch dessen Betreiber, die ÖGK, für die ich seit 2007 in verschiedenen Positionen tätig war, so unter anderem als ärztliche Leiterin des ebenfalls zur ÖGK gehörigen Rehasentrum Mein Peterhof in

Baden und als stellvertretende Chefärztin der ÖGK und stellvertretende Fachbereichsleiterin des Medizinischen Dienstes.

Ich bin der Meinung, dass die ÖGK auch die richtige Einstellung zum Betrieb eines so großen Krankenhauses hat. Denn hier werden Patientinnen und Patienten aus allen sozialen Schichten nach dem höchsten medizinischen Standard behandelt. Das ist ein Anspruch, den auch ich und meine Kolleginnen und Kollegen haben und den wir auch in der Ausbildung unseren jungen Kolleginnen und Kollegen mitgeben. Das ist eines unserer höchsten Assets. Das ist eine schöne und interessante Aufgabe. Allerdings müssen wir schauen, dass wir für diesen Anspruch auch in allen Bereichen immer am Ball bleiben.

Das Hanusch-Krankenhaus ist das einzige öffentliche Schwerpunktspital in der Bundeshauptstadt, das nicht dem Wiener Gesundheitsverbund angehört. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit diesem?

Wir gehören zu den sieben Wiener Schwerpunktkrankenhäusern. Deshalb ist es sehr wichtig, im Einklang mit der Stadt Wien und deren Krankenhäusern zu arbeiten, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die Abstimmung innerhalb Wiens wurde in Zeiten der Coronapandemie sogar noch intensiviert und hat sehr gut funktioniert. Ich würde sagen, dass es die Krankenhäuser noch mehr zusammengeschweißt hat. Wir haben in den letzten Jahren einige Dinge etabliert, die sehr gut funktionieren. So finden regelmäßige Abstimmungstreffen trägerübergreifend statt.

Patientinnen und Patienten aus allen sozialen Schichten nach dem höchsten medizinischen Standard zu behandeln, ist eine schöne und interessante Aufgabe, für die man allerdings immer am Ball bleiben muss.

Valerie Nell-Duxneuner

Das Hanusch-Krankenhaus ist das einzige Spital der ÖGK und die Chance für die Gesundheitskasse unmittelbar zu analysieren, wo Nahtstellen zwischen intra- und extramuraler Versorgung liegen und wo welche Behandlung optimalerweise durchgeführt werden kann. Wie wichtig sind solche Informationen?

Seit rund zehn Jahren gibt es in Wien das Konstrukt unseres ÖGK-Gesundheitsverbundes, der ein Alleinstellungsmerkmal im Gesundheitswesen darstellt. Dieser umfasst unser Krankenhaus und fünf strahlenförmig

Valerie Nell-Duxneuner hat im August 2022 die ärztliche Leitung des Hanusch-Krankenhauses übernommen.





Valerie Nell-Duxneuner ist mit dem Hanusch-Krankenhaus und dessen Abläufen bestens vertraut, da sie acht Jahre auf der 1. Med. Abteilung des Hauses tätig war.

Ein weiteres Beispiel für die Innovationskraft hier am Haus sind die zwei neuen Projekte auf Basis von Künstlicher Intelligenz (KI) in der Radiologie, die bei der Abklärung von Bildmaterial des Pet-CT und der Knochendiagnostik dienen. Fünf weitere KI-Projekte befinden sich bereits in der Pipeline. Gerade für die bildgebenden Fächer sehe ich den Einsatz von KI als essenziell.

Noch weiter ausgebaut gehört die Vernetzung im digitalen Bereich. Wir stehen im Bereich der Digitalisierung erst am Anfang. Nicht nur die ÖGK, sondern das gesamte Gesundheitssystem. Durch die Coronapandemie hat dies einen irrsinnigen Schub bekommen. Jetzt ist es unsere Aufgabe diesen weiter zu verfolgen. Dafür ist die ÖGK aus meiner Sicht durchaus bereit im Sinne der Versicherten zu schauen, die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Ein Leuchtturmprojekt, das zugleich zeigt, was durch Digitalisierung möglich ist, sind die virtuellen Tumorboards, die wir schon implementiert haben. Diese bieten zum Beispiel den Teilnehmenden die Möglichkeit bei der Beurteilung eines Falles virtuell durchs Mikroskop auf das gleiche Präparat zu schauen.

Ebenfalls eine Neuheit ist die interdisziplinäre onkologische Nachsorge-Ambulanz (IONA). Das Hanusch-Krankenhaus arbeitet mit den Gesundheitszentren in Form des hämatologischen Verbundes zusammen und versorgt damit circa 50 Prozent der hämatologischen Fälle in Wien. Um für die Tumorpatientinnen und -patienten nach erfolgreicher Therapie eine umfassende Betreuung noch ins Erwachsenenalter zu ermöglichen, wurde die IONA geschaffen, die eng an die Expertise der hämatologischen Abteilung des Hanusch-Krankenhauses, angebunden ist. Damit konnten wir eine erfolgreiche Schnittstellenversorgung vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter aufbauen und den über die Jahrzehnte immer drängender werdenden Bedarf für die medizinische und psychosoziale Versorgung der geheilten Personen abdecken.

Ebenfalls auf der Agenda hier am Haus steht eine Neuorganisation der zentralen Unfall- und Notfallaufnahme (ZNA), für die wir die Strukturen für ein neues Triage System entwickeln. Damit wollen wir die Wege der Patientinnen und Patienten, die mit einem Unfall oder Notfall zu uns kommen, noch besser gestalten. Räumlich wird die ZNA im gleichen Trakt wie die Unfall- und Intensivstation sein.

Das Hanusch-Krankenhaus ist zwar keine Universitätsklinik, dennoch besteht eine enge Verbindung zur Wissenschaft. In welchen Bereichen der Forschung ist es eingebunden?

Zum einen sind wir ein Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Wien und Partner bei zwei Ludwig Boltzmann Instituten und zwei Karl Landsteiner Instituten und zum anderen haben wir hier am Haus mit dem Zentrum für Medizinische Genetik, die einzige Einrichtung dieser Art außerhalb des universitären Bereichs. Gerade der Bereich der Genetik gewinnt immer mehr an Bedeutung – nicht nur im onkologischen, sondern beispielsweise auch im osteologischen oder kardiologischen Bereich. Durch die immer stärker personalisierte Medizin und als Voraussetzung Targeted Therapies überhaupt anbieten zu können, braucht es die Voraussetzungen genetisch medizinische Untersuchungen. So ein Institut am Haus zu haben ist natürlich ein riesiges Plus in der Ausbildung junger Medizinerinnen und Mediziner. **P**

über das Stadtgebiet verteilte Gesundheitszentren. Damit bieten wir tatsächlich eine integrierte Versorgung und können optimal mit den Vertragspartnern der ÖGK im niedergelassenen Bereich zusammenarbeiten. In der täglichen Praxis bewährt sich diese Versorgungskaskade. Wir sehen, dass die Ärztinnen und Ärzte des niedergelassenen Bereichs, die die generelle Betreuung der Patientinnen und Patienten gewährleisten, gerne an die Gesundheitszentren überweisen, wenn es speziellere, spezifischere Fragestellungen gibt. Denn hier stehen Fachärztinnen und Fachärzten aus den verschiedenen Bereichen zur Verfügung, die eng an die Fachbereiche hier am Haus angebunden sind. Wenn es um multimorbide Patientinnen und Patienten, spezifische Therapien und ganz spezielle Abklärungen oder stationäre Betreuung geht, dann stehen wir mit unserem Leistungsportfolio zur Verfügung. Da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zudem auch an allen Standorten innerhalb des Verbundes eingesetzt werden, können wir die Patientinnen und Patienten tatsächlich am Best Point of Service betreuen. Das ist ein Modell, das sehr zukunftsweisend ist und wir hier eine absolute Vorreiterrolle aber auch ein Alleinstellungsmerkmal innerhalb des Gesundheitswesens innehaben. Durch die Fusionierung der Gebietskrankenkassen zur ÖGK ergibt sich nun die Chance, dieses Modell auf alle Bundesländer zu erweitern und das Hanusch-Krankenhaus österreichweit als Kompetenzzentrum zu etablieren.

Durch die insgesamt 89 Gesundheitseinrichtungen der ÖGK, die neben den vorgenannten auch noch Rehabzentren, Sonderkrankeanstalten und zahnmedizinische Einrichtungen umfasst, haben wir natürlich einen guten Einblick und die Erfahrung, welche Versorgungsebene optimal für den jeweiligen Fall geeignet ist. Das ist ein Riesenvorteil für die ÖGK, denn wir haben die unvoreingenommene unabhängige Meinung von Expertinnen und Experten quasi im Haus.

Innovationen sind immens wichtig und es gilt kontinuierlich mit den Entwicklungen mitzugehen.

Valerie Nell-Duxneuner

Die medizinische Forschung und Entwicklung sind von einer rasanten Dynamik geprägt. Sie haben zuerst von der Notwendigkeit gesprochen immer am Ball zu bleiben. Welchen Niederschlag findet das in der ÖGK und am Hanusch-Krankenhaus?

Innovationen sind immens wichtig und es gilt kontinuierlich mit den Entwicklungen mitzugehen. Dazu braucht es zum einen die nötige Infrastruktur und zum anderen auch die Unterstützung seitens des Trägers. Hier beweist die ÖGK ihre Kraft, indem sie den Neubau des Pavillon 6 und die Erweiterung unseres Zentral-OPs initiiert hat. Das bringt nicht nur Vorteile und Synergien, die schlussendlich den Patientinnen und Patienten zugutekommen, sondern auch die Möglichkeit für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hier am Haus noch besser im Team zu arbeiten und dabei die modernste Intrastruktur zu nützen. Eine dieser Innovation ist unser neuer OP-Roboter, den wir seit Anfang des Jahres haben und der bereits im urologischen sowie demnächst im chirurgischen Bereich im Einsatz steht. Patientinnen und Patienten profitieren dadurch in vielfacher Hinsicht. Denn damit lassen sich Eingriffe noch präziser, kleiner und mit noch weniger Blutverlust und Gewebeschädigung gestalten. Hinzu kommt, dass die Maschine auch den Tremor der Operateurin bzw. des Operateurs ausgleicht und so eine gleichbleibende Qualität über den gesamten Verlauf gewährleistet ist. Das ist ein wichtiger Zukunftsaspekt der Chirurgie. Daher ist es auch besonders wichtig, dass unsere jungen Kolleginnen und Kollegen lernen mit solchen Systemen umzugehen.



PEOPLE

Der Facharzt für Informatik

PRAEVENIRE begrüßt ein neues Teammitglied: Der Digitalisierungsexperte und vormalige ELGA-Chef Dr. Franz Leisch wechselte mit Anfang Mai in die Position des CDO (Chief Digital Officer) im gemeinnützigen Verein PRAEVENIRE. **DER MEDIZINER UND INFORMATIKER HAT GROSSE PLÄNE.** | von Mag. Dora Skamperls

Nur eine erlesene Handvoll an Fachleuten in Österreich bringt jene sehr spezifischen Kenntnisse in Medizin und Informatik mit, mit denen Franz Leisch aufwarten kann. Er war sowohl maßgeblich am ELGA-Gesetz beteiligt als auch für die erfolgreiche Weiterentwicklung des Mega-Projekts ELGA verantwortlich. Die ELGA-Anwendung e-Medikation, der rasch umgesetzte elektronische Impfpass und der Grüne Pass haben während der Coronapandemie gezeigt, wie wichtig es ist, e-Health in kompetente Hände zu legen.

PERISKOP: Herr DI Dr. Leisch, Sie sind Mediziner und Informatiker, haben also eine spezielle, sehr fachspezifische Ausbildung. Wie kamen Sie auf die Idee, diese beiden Fachgebiete zu verknüpfen?

LEISCH: Ich hatte immer schon ein Faible für die Informatik und Computer, aber ich war begeisterter Mediziner und habe dann bei der Arbeit als Arzt in der Ambulanz erkannt, wie hilfreich es wäre, wenn man Informationen von Voruntersuchungen zur Verfügung hätte. Ich sah die einzige Möglichkeit, Verbesserungen herbeizuführen, darin, selbst Informatik zu studieren. Ich kam also selbst auf die Idee, mich zu einer Art „Facharzt der Informatik“ zu machen. Ich habe sozusagen mein eigenes Fachgebiet definiert, möchte aber dazusagen, es gibt einige von uns. Aber nur eine Handvoll.

Was ist Ihr bisheriger Werdegang?

Die letzten fünf Jahre war ich Geschäftsführer der Elektronischen Gesundheitsakte GmbH, eigentlich das Leuchtturmprojekt der Digitalisierung des österreichischen Gesundheitswesens. Ich habe dort festgestellt, wie schwierig es ist, es allen recht zu machen, weil man Bund, Länder und Sozialversicherung als seine Eigentümer hat. Das macht diese Position sehr schwierig. Vorher war ich fünf Jahre lang im Gesundheitsministerium als Referent tätig für e-Health und Internationales. In dieser Funktion durfte ich auf der einen Seite das Gesundheitstelematikgesetz entscheidend mitverhandeln, habe aber auch die ELGA GmbH ab der Gründung begleitet. Ich habe die ersten Pilotprojekte der ELGA aufgesetzt, wie die e-Medikation. Zwischen Ministerium und der ELGA GmbH war ich fast fünf Jahre für die VAMED tätig, wo ich die IT aller Gesundheitseinrichtungen der VAMED strategisch koordiniert und geleitet habe.

Wie möchten Sie Ihre Erfahrungen in die neue Position als CDO bei PRAEVENIRE einbringen? Was sind Ihre Ziele?



Franz Leisch hat in seiner neuen Position als CDO beim gemeinnützigen Verein PRAEVENIRE große Pläne.

Ich werde meine langjährige Erfahrung in dem Bereich nutzen und einbringen. Das eigentliche Ziel ist, dass Abläufe durch IT im Gesundheitswesen nicht komplizierter werden, sondern einfacher. Digitalisierung soll als Instrument dienen, um den Herausforderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden. Ich denke da vor allem an den Personalmangel. Es gibt so viele Einsatzmöglichkeiten, die das Leben verbessern können. Ich bin überzeugt, dass PRAEVENIRE eine großartige Plattform bietet, um diese Themen aus der Theorie in die Praxis zu überführen und in die Diskussion mit der Politik und den Entscheidern zu bringen.

Es herrscht ein Wildwuchs verschiedener Softwares, sehen Sie einheitliches System für alle Bundesländer am Horizont?

Wenn man in dem Bereich gearbeitet hat, ist klar: Ein einheitliches System wird nicht realisierbar sein. Sie können aber die Qualität

der bestehenden Systeme verbessern und vor allem auf Schnittstellen setzen. Da gibt es ganz große Initiativen, in Europa, aber auch in Österreich mit Health Level 7 und Integrating the Healthcare Enterprise (IHE), wo man darauf setzt, bestehende Systeme kompatibel zu machen. Bestehende Systeme anzupassen, ist teilweise eine größere Herausforderung, als neue einzuführen, aber auch mit den Schnittstellen kann man sicher etwas verbessern.

Ihr großer fachlicher Schwerpunkt liegt in der Digitalisierung. Was planen Sie für die beiden PRAEVENIRE Großveranstaltungen in diesem Jahr – die 8. PRAEVENIRE Gesundheitstage in Stift Seitenstetten und die 10. PRAEVENIRE Gesundheitstage in Alpbach. Letztere immerhin ein Jubiläum?

Die Digitalisierungsthemen liegen eigentlich am Tisch, auch in Hinblick auf die 15A-Gespräche, die gerade stattfinden. Es wird eine



Franz Leisch sieht Handlungsbedarf bei der Kommunikation zwischen Politik und Stakeholdern.

Sie haben in Bezug auf die Akzeptanz eines digitalen Gesundheitsdatensystems das Wort „Kollateralnutzen“ verwendet. Wie sehen Sie das heute – was ist noch zu tun, um die Akzeptanz in der Bevölkerung zu steigern?

Wenn durch die Anwendung von digitalen Systemen das Leben der Bevölkerung unmittelbar leichter wird, dann werden sie das auch nutzen. Wenn ich einfacher einen Arzttermin vereinbaren kann, wenn ich schneller und unkomplizierter etwas bekomme. Das gleiche gilt auch für die Gesundheitsberufe selbst, die Werkzeuge brauchen, die ihnen bei der täglichen Arbeit Nutzen bringen. Wenn man Transparenz bei den Daten schafft, kann man aus diesen Informationen Verbesserungsvorschläge und somit einen Kollateralnutzen gewinnen. Gesundheitsdaten haben drei Aspekte: der direkte Nutzen für die Behandlung, danach vielleicht ein Forschungsbefit, und – wenn man den Bereich forciert – noch eine Förderung für einen sehr kreativen Wirtschaftszweig im Bereich der Programmierung.

Wie sehen Sie das Thema Anreizsysteme – nicht nur finanzielle. Wenn ich Blut spenden gehe, bekomme ich zum Beispiel einen kleinen Betrag dafür.

Die Frage ist, was ist ein Nutzen – es muss nicht immer Geld sein. Da muss man sich mit Patientenvertretern, Verhaltensforschern und Marktforschern kurzschließen, was für die Menschen einen Nutzen bringen könnte. Ich sehe die Rolle der Expertinnen und Experten – mir ist lieber der Begriff Fachleute – darin, der Politik einen gewissen Entscheidungsrahmen zu geben. Ich bin am Schluss beim Impfpass-Projekt eine Strategie mit den Auftraggebern gefahren wie bei Robert Lembkes Beruferaten: A, B oder C sind legitime Lösungen, wir würden aber B empfehlen. So wurden zumindest Entscheidungen getroffen, die im Bereich des Sinnvollen und Machbaren waren – aber es wurde nie unsere Empfehlung genommen. Ich hätte mir für PRAEVENIRE vorgenommen, diese Bandbreite an Entscheidungsmöglichkeiten offen zu diskutieren. **P**



tolle Möglichkeit sein, das auch bei diesen Veranstaltungen breit zu diskutieren. Auf der einen Seite sehe ich natürlich aktuelle Themen wie Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs), andererseits Dinge, die noch viel näher liegen – z. B., dass wir endlich die Bilddatenübertragung über ELGA schaffen. Für diese brennende Aufgabe müssen Grenzen bzw. Sektoren überwunden werden. Ein ganz großer Schwerpunkt wird auf Ebene der Europäischen Union mit dem sogenannten European Health Data Space gesetzt – da hat die Pandemie sehr viel bewirkt. Hier werden sowohl die Primärdaten-nutzung als auch die Sekundärdatennutzung forciert. Hier könnte Österreich sicher schon Vorarbeit leisten und sich darauf vorbereiten. Last, but not least in diesem ganzen Dschungel der digitalen Themen ist es ganz wesentlich, Ausbildungsmaßnahmen anzudenken – eine Art Digitalakademie, wo wir Ärztinnen und Ärzte und Gesundheitsberufe auf die Herausforderungen im Umgang mit digitalen Medien und Werkzeugen, aber auch Künstlicher Intelligenz (KI) hin schulen.

Sie werden nun u. a. beim Thema Digitalisierung des Gesundheitswesens eng mit PRAEVENIRE Vorstand Prof. Reinhard Riedl zusammenarbeiten, der u. a. für die Organisation des alljährlichen PRAEVENIRE Digital Health Symposions verantwortlich zeichnet. Haben Sie hier schon Pläne geschmiedet?

Ich freue mich sehr auf die Zusammenarbeit, wir werden ein gutes Team sein. Gerade bei der Digitalisierung muss man auch über die Grenzen schauen. Wenn wir hier mit der Schweiz, aber auch mit Deutschland zusammenarbeiten können, bietet das viele Möglichkeiten. Die Vorbereitung auf den European Health Data Space, aber auch eine Akademie für den praktischen Einsatz der Digitalisierung im Gesundheitswesen, Bilddatenaustausch und die bahnbrechenden Möglichkeiten von KI und DiGAs für die Gesundheitsversorgung sind Berührungspunkte und Themen, an denen wir im Detail arbeiten werden.

d-Health ist das neue Modewort – aber in der Bevölkerung ist noch nicht angekommen, worum es hier eigentlich geht. Wo sehen Sie die Defizite bzw. Herausforderungen in Österreich?

Wie wir schon angesprochen haben, die Digitalisierung muss nützlich sein. Wenn eine digitale Anwendung nützlich ist – und da möchte ich auf das Beispiel aus der Pandemie mit der e-Medikation gehen –, dann wird sie auch akzeptiert. Wir müssen es schaffen, die digitalen Anwendungen so zu gestalten, dass sie laufend kommunizieren und die Menschen einen persönlichen Nutzen davon haben. Es muss ein Umdenken stattfinden in vielerlei Hinsicht – von den Ärztinnen und Ärzten, die

solche Apps verordnen, aber auch von staatlichen Institutionen, die sie programmieren. Warum soll alles der Staat machen – vielleicht wäre es eher die Aufgabe des Staates, ein innovatives unternehmerisches Klima zu schaffen für Start-ups?

Eines Ihrer Steckenpferde sind die sog. DiGAs, die digitalen Gesundheitsanwendungen in Form von Apps, die ärztlich verordnet werden können – wie Sie auch im vergangenen Jahr bei den PRAEVENIRE Talks auf der Schafalm in Alpbach deutlich gemacht haben. Führt hier der Zug für Österreich schon ab?

Ganz im Gegenteil. Eigentlich sind wir in der privilegierten Lage, dass hier in Deutschland und anderen Ländern Vorarbeit geleistet wurde. Das können wir für uns nutzen. Was spricht dagegen – es gibt in Deutschland sehr gute Applikationen –, diese auch in Österreich zuzulassen und zu erstatten? Wenn eine App nachgewiesenen Nutzen bringt, dann kann man sie wie ein Medikament oder ein Medizinprodukt zulassen und erstatten. Die zweite Frage, wo andere Länder in Vorleistung gegangen sind, ist die Schaffung einer Innovationsatmosphäre. Es wurden Anreize für Unternehmen gesetzt, solche DiGAs zu entwickeln und daran auch zu scheitern. Da wir in Österreich ein sehr kleiner Markt mit wenigen Einwohnerinnen und Einwohnern sind, wäre es sinnvoll, eine Kooperation im DACH-Raum einzugehen und einen gemeinsamen DiGA-Markt zu schaffen.

Sie haben einmal getwittert: „Die Intransparenz ist der Sargnagel des Gesundheitssystems.“ Hat sich seither etwas bewegt? Wo liegen Ihrer Meinung nach die größten Defizite in der Kommunikation an die Bevölkerung?

Ich war seinerzeit von der Transparenz bei der Einführung von Obama-Care fasziniert – man konnte Obama in den Sitzungen live verfolgen und alle Papiere von Europa aus transparent einsehen und lesen. Ich habe diese Informationen sogar für ELGA genutzt – die Diskussionen über Opt-out und Opt-in wurden damals in den USA sehr transparent und auf fachlicher Ebene geführt. Ich hätte den Anspruch, dass in Österreich ähnlich transparent mit Unterlagen umgegangen wird, zum Beispiel jenen der Bundeszielsteuerungskommission oder der ELGA-Gremien. In Bezug auf das Landespapier für die Gesundheitsreform bin ich der Meinung, die Länder sollten das selbst veröffentlichen und ihre Forderungen an den Bund somit auch öffentlich darstellen. Für die Bevölkerung sind diese internen Diskussionen und Entscheidungsprozesse eine Blackbox, sie werden weder kommuniziert noch erklärt. Die Sorge der Politik vor dem Willen der Bevölkerung ist größer als die Realität, die Bevölkerung ist hier schon viel mündiger als angenommen.



PEOPLE



Ein wahrer Diamant an der Donau

Die Danube Private University (DPU) in Krems-Stein hat sich in den letzten Jahren einen hervorragenden Ruf in der Forschung erworben und ist als **INNOVATIVE, MODERNE INSTITUTION FÜR DIE WACHAU** auch ein wirtschaftlicher Motor. PERISKOP sprach mit Robert Wagner, MA über ein familiäres Abenteuer mit internationalem Impact. | von Mag. Dora Skamperls

Humanmedizin zu schreiben. Wir wollten aber zunächst mit einem Studiengang starten, das war die Zahnmedizin. Der Antrag wurde genehmigt und wir konnten mit August 2009 beginnen, die ersten Studiengänge durchzuführen. Das bedeutete für uns damals, dass wir dafür sorgen mussten – weil wir ja keine Förderung erhielten –, eine Infrastruktur für die Lehre in der Zahnmedizin aufzubauen. Wir haben Gebäude gefunden, Ausstattung angekauft und Personal angeworben, um die Zahnmedizin aufzubauen. Das Gleiche machen wir jetzt mit der Humanmedizin. Dieser Studiengang wurde 2018 gegründet und hier konnten wir parallel Forschungsinfrastruktur aufbauen und mit den Forschungsthemen beginnen.

Die Exzellenz der DPU im Bereich der Forschung ist in der Fachwelt unbestritten, was uns viele Türen in der Lehre öffnet.

Robert Wagner

Wie kamen Sie auf die Idee, eine Universität zu gründen? Warum in Krems-Stein?

Wir sind ein Familienunternehmen und es war eine unternehmerische Idee, das zu machen. Die ganze Familie ist seit Beginn 2006 für die Universität tätig und wir haben sie zunächst mit Eigenkapital aufgebaut. Dadurch sind wir auch unabhängig von den Interessen Dritter. Als die Gründung von Privatuniversitäten in Österreich ermöglicht wurde, hatten wir im Familienkreis besprochen, ob wir dieses Abenteuer gemeinsam wagen.

Die Wachau war uns natürlich ein Begriff. Stein hat einen wunderschönen Altbestand, doch war der Ort kaum bewohnt und ziemlich verwahrlost. Die Politik hatte Sorge, dass Krems-Stein zum Museum mutiert. Die DPU war hier Teil der Strategie des Landes Niederösterreich, diese Region positiv zu entwickeln. Seitdem wir dort investieren – mittlerweile sind es 50 Millionen Euro –, sehen wir auch aufgrund unserer Studierenden, die dort Mietwohnungen suchen, dass viel renoviert und für gutes Geld vermietet wird. Es ist jetzt eine ganz andere Klientel vorhanden, wodurch Geschäfte entstehen, die es andernfalls nicht gegeben hätte. Wir haben sogar für eine Belebung des Tourismus gerade am Wochenende gesorgt, da

die Studierenden viel besucht werden. Durch die vielen kulturellen, sportlichen und kulinarischen Initiativen in der Region ist auch für die Studierenden wiederum ein enormer Benefit aufseiten der Lebensqualität gegeben.

Gab es Bedarfe oder Wünsche, die an Sie herangetragen wurden in Bezug auf die Zahnmedizin?

Das kam direkt von den Zahnärztinnen und Zahnärzten, Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern, die wir persönlich kannten. Sie haben uns darauf hingewiesen, was ihnen noch fehlt in Ergänzung zum öffentlichen Ausbildungsbereich – das wäre eine Privatuniversität, die auf ein sehr gutes Betreuungsverhältnis setzt, die eine moderne Ausbildung anbietet und schneller als öffentliche Universitäten auf Veränderungen und Innovationen eingehen kann. Diese an uns herangetragen Bedarfe waren mit ein Grund, warum wir uns für die Zahnmedizin entschieden haben. Vonseiten der Zahnärzteschaft gab es großen Zuspruch. Der Widerstand aus der Zahnärztekammer hat sich in der Zwischenzeit auch vollständig aufgelöst.

Die DPU hat einen sehr hohen Anspruch, was die Leitbilder betrifft – Zitat: „Die DPU steht für Exzellenz in Lehre, Wissenschaft und Forschung.“ Was ist damit genau gemeint?

Man muss sich als Privatuniversität hohe Ziele setzen. Eine Privatuniversität darf nicht zu einer Geldmaschine werden, wo profitmaximierend ausgebildet wird. Exzellenz in der Lehre ist infrastrukturell und personell zu verstehen, aber auch, vom Konzept her immer auf dem neuesten Stand zu sein.

Die Exzellenz der DPU im Bereich der Forschung ist in der Fachwelt unbestritten, was uns viele Türen in der Lehre öffnet. Dadurch konnten wir für unsere kleine Universität Lehrpersönlichkeiten gewinnen wie Prof. Dr. Axel Pries, Vorstand der Charité Berlin und Präsident des World Health Summit, der jetzt Dekan Humanmedizin an der DPU ist.

Die DPU legt großen Wert auf internationale Kooperationen in der Lehre und Forschung. Welche Perspektiven geben Sie Ihren Studierenden in diesem Zusammenhang?

Unsere Studierenden werden im Rahmen ihrer Abschlussarbeiten auch in drittmittelgeförderte Projekte eingebaut. Wir haben beispielsweise eine Kooperation mit dem Inserm in Paris

Robert Wagner ist Direktor Strategische Hochschulplanung, Wissenschaft und Management der Danube Private University (DPU) in Krems-Stein und Gesellschafter der PUSH GmbH. Er zeichnet für die gesamte Organisation der DPU mitverantwortlich und sieht die optimale Positionierung der Privatuniversität mit ihren Alleinstellungsmerkmalen innerhalb der universitären Landschaft Österreichs als eine seiner wichtigsten Aufgaben.

PERISKOP: Herr Wagner, die DPU wurde 2009 gegründet und hat seither international einen Ruf als Eliteuniversität in der Zahnmedizin errungen. Derzeit sind über 2000 Studierende inskribiert. Erzählen Sie, wie alles begann.

WAGNER: Wir haben 2006 begonnen, einen Antrag für eine Universität für Zahn- und

Robert Wagner ist stolz auf die Kooperation der kleinen, aber feinen DPU in Krems-Stein mit der MedUni Wien.



DANUBE PRIVATE UNIVERSITY Austria

(Institut national de la santé et de la recherche médicale). Hier haben unsere Studierenden die Möglichkeit, für ihre Abschlussarbeit nach Paris zu gehen und dort Laborarbeiten zu tätigen, die dann auch veröffentlicht werden. Es gibt unterschiedliche internationale Austauschprogramme im Rahmen des Studiums. Wir sind auch Mitglied der IUSOH, einer weltweiten Vereinigung von dentalen Universitäten – die Nippon Dental University ist hier die vorsitzende Universität.

Die DPU ist ein starker Wirtschaftsfaktor und Motor für die Region.

Robert Wagner

Was bedeutet es für die Spitalslandschaft in Österreich, wenn kleinere Universitäten mit einem hohen Anspruch wie die DPU als Player vorhanden sind?

Traditionell gab es in den großen Metropolen Wien, Innsbruck und Graz die öffentlichen Universitäten für Medizin. Ich finde, die großen öffentlichen Universitäten gehören auch in diese Metropolen. Was können Privatuniversitäten leisten? Sie können in ländlichen Regionen Akzente setzen, wo es Schwerpunktkrankenhäuser gibt, die einen Großteil der Versorgung der Bevölkerung übernehmen. Durch eine Akademisierung der Klinikstandorte werden diese als Arbeitsplatz für erstklassige Medizinerinnen und Mediziner interessant. Vergleichsweise kleine bzw. dislozierte Klinikstandorte in Österreich würden auf andere Weise kaum in den Genuss einer universitären Anbindung kommen. Es sind zwar die meisten Kliniken Lehrkrankenhäuser verschiedener öffentlicher Universitäten, aber sie werden stiefmütterlich behandelt. Auch die Akkreditierungs- und Zertifizierungsprozesse der öffentlichen Universitäten werden an diesen dislozierten Standorten nicht gelebt. Über die intensiven Bemühungen der Privatuniversitäten werden an kleineren Standorten u. a. auch Ausbildungsplätze für junge Medizinerinnen und Mediziner geschaffen. Über Stipendienprogramme einzelner Bundesländer wird dann auch garantiert, dass die jungen Ärztinnen und Ärzte an den Standorten bleiben und dort die Versorgung sichern.

Grundsätzlich holt man als Universität viele junge, aktive Menschen an die Standorte, die für eine enorme – auch wirtschaftliche – Belebung der Region sorgen. Da wir als Privatuniversität ein sehr internationales Publikum haben, sorgt das natürlich auch für

Robert Wagner sieht die DPU als wichtige Ergänzung zum breiten Angebot öffentlicher Universitäten.



Das moderne Gebäude der DPU fügt sich harmonisch in die Landschaft des Weltkulturerbes und steht für die moderne, zukunftsorientierte Philosophie der Privatuniversität in Krems-Stein.



eine Internationalisierung des Standortes. Die Universität ist ein starker Wirtschaftsfaktor und Motor für die Region. Hier kommen jeden Monat zweistellige Millionenbeträge auf den Standort zu, die über private Initiative erwirtschaftet werden – und nicht durch das Ausgeben öffentlicher Gelder.

Welche Alleinstellungsmerkmale hat die DPU und was kann die DPU als Ergänzung zur universitären Landschaft Österreichs singulär beitragen?

Unser Alleinstellungsmerkmal ist die sehr gute Betreuungsrelation, die bei 1:9 liegt – also ein hauptberufliches Vollzeitäquivalent für neun Studierende. Wir haben Kleingruppen und eine sehr familiäre Atmosphäre. Wir glänzen dadurch, dass wir klein und fein sind. Die Breite an Themen ist etwas, das nur die öffentlichen Universitäten können. Das kann man als Privatuniversität nur schlechter machen. Wir merken, dass unsere Studierenden auch das Bedürfnis nach einem familiären Umfeld haben. Das sind sehr verbindliche Persönlichkeiten, die darauf bedacht sind, eine gute Kommunikation und Kontakte zu pflegen. Mit dem Campus und der Anwesenheitspflicht haben wir hier eine ganz andere Form des Studierens, die auch andere Menschen anspricht. Über das Studium hinaus bieten wir unseren Studierenden sportliche oder kulturelle Aktivitäten an. Wir haben dafür eigene Häuser für Kunst und Kultur in Unterloiben gebaut. Wir sorgen also für Internationalisierung und einen weiten Horizont nicht nur, indem wir die Studierenden im Rahmen von Austauschprogrammen in die Welt hinausschicken, sondern auch die Welt zu uns holen.

Sie haben im Studienfach Humanmedizin einige Forschungsk Kooperationen für Ihre Studierenden. Welche nationalen und internationalen Kooperationen möchten Sie hier nennen?

Wir sind derzeit parallel in elf Forschungsförderungsprojekte eingebunden, zum Beispiel drei EU-Projekte, zwei FWF-Projekte, ein FFG-Projekt, zwei GFF-NÖ-Projekte, ein Projekt der EU-LAC-Interest-Group, das von der FECYT geleitet wird und in dem sich europäische mit lateinamerikanischen und karibischen Institutionen verbinden, oder ein Projekt

der europäischen Raumfahrtgesellschaft ESA. Bei den geförderten Projekten fließen sehr hohe Summen in die Region und direkt in die Partnerkliniken für die klinischen Studien, die dort durchgeführt werden. Hier werden an den Klinikstandorten medizinische Qualität, Infrastruktur und Personal aufgebaut, was nicht nur der Region, sondern auch unmittelbar den Patientinnen und Patienten zugutekommt. Bei unseren Forschungsprojekten haben wir einen onkologischen Schwerpunkt. Beispielsweise forschen wir an einer Maske mit einem Sensor, der aus Biomarkern in der Atemluft Erkrankungen wie Tuberkulose, aber auch Lungentumore frühzeitig erkennen kann. Auf dpu-research.at finden sich viele unserer Projekte. Abgesehen davon sind wir auch einige strategische Kooperationen eingegangen, beispielsweise mit der MedUni Wien, mit der wir an einem Projekt zur medizinischen Bildgebung mit Künstlicher Intelligenz arbeiten, der University of Cambridge, Bari, Brescia oder Basel. Unsere Studierenden haben sich jetzt auch einem Netzwerk aus den USA angeschlossen, einem Journal Club of Science, in dem sie mit allen US-Eliteuniversitäten verbunden sind. Wir sind sehr stark im internationalen Forschungsbereich verankert.

Jede universitäre Einrichtung in Österreich unterliegt gewissen Qualitätssicherungsprozessen, die standardisiert sind. Welche Qualitätssicherungsinstrumente finden auf die DPU Anwendung?

Es gibt alle sechs Jahre einen Reakkreditierungsprozess, der für alle Privatuniversitäten gilt. Das ist eine Stärke der Privatuniversitäten und fördert deren Weiterentwicklung, weil sie sich hier immer wieder den Input von Expertinnen und Experten und der Akkreditierungsagentur einholen können. Dazu kommt, dass man zwischen diesen Reakkreditierungsphasen auch Änderungsanträge stellt, wenn man beispielsweise einen bedeutenden Kooperationspartner neu hinzugewinnt oder einen Kooperationspartner wechselt. Die öffentlichen Universitäten unterliegen nicht diesen strengen Qualitätssicherungsprozessen. Da geht es eher um Auditierungen und Zertifizierungen, die aber eine wesentlich geringere Bedeutung haben, als es bei den Privatuniversitäten der Fall ist. **P**



PEOPLE

Der neue Macher im Hintergrund

Die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) gilt nicht von ungefähr als eine der effizientesten und professionellsten Aufsichts- und Zulassungsstellen in Europa. Aktuelle Herausforderungen stehen mit der **SICHERUNG DER MEDIKAMENTENVERSORGUNG** im Raum. PERISKOP sprach mit dem neuen Leiter der Medizinmarktaufsicht DI Dr. Günter Waxenecker. | von Mag. Dora Skamperls



Seit 1. April 2023 leitet DI Dr. Günter Waxenecker eine der wichtigsten Einheiten der AGES, die unter anderem für die Sicherstellung der Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität von Arzneimitteln und Medizinprodukten in Österreich Verantwortung trägt. Eine Aufgabe, deren Bedeutung hochaktuell ist und nicht zuletzt durch die jüngsten Engpässe bei Arzneimitteln in die mediale Aufmerksamkeit rückte. Waxenecker betonte im Zusammenhang der Versorgungsproblematik die Wichtigkeit einer engen europäischen Zusammenarbeit aller Stakeholder und die Nutzung bzw. Erweiterung aller Ressourcen.

PERISKOP: Zum aktuellen Thema Lieferengpässe – sind die dzt. Regelung und die Liste ausreichend? Was kann die AGES hier noch tun, um die Versorgung zu stabilisieren?

WAXENECKER: Wir sind sehr froh, dass wir das Vertriebsbeschränkungsregister und das Parallelexportverbot haben. Das wurde ja erst mit 1. April 2020 eingeführt und wir haben daraus eine Menge gelernt. Aber das deckt nur eine gewisse Bandbreite an Informationsqualität

Günter Waxenecker leitet seit 1. Jänner 2023 die AGES Medizinmarktaufsicht. Er ist seit 2007 in der AGES Medizinmarktaufsicht tätig und leitet seit 2019 die Abteilung Biologie, Präklinik und Statistik.

ab und es braucht noch weitere Maßnahmen, um für die Zukunft gewappnet zu sein. Hier gibt es bei uns auf der Zulassungsseite mit der Nutzen-Risikoabwägung eine strikte Demarkationslinie zur Kosten-Nutzenabwägung bei der Erstattung. Wir versuchen derzeit auf europäischer Ebene, die Systeme der Mitgliedsstaaten zu vernetzen. Das beginnt mit der Definition eines Lieferengpasses. In Österreich haben wir das damals in der Verordnung definiert, dass eine Meldepflicht besteht, wenn eine Nichtverfügbarkeit für zwei Wochen gegeben ist oder wenn über vier Wochen keine ausreichende Lieferfähigkeit gegeben ist. Diese Informationen erhalten wir vom jeweiligen Zulassungsinhaber oder dessen Vertriebsfirma, aber das ist eine andere Informationsqualität als jene, die z. B. der Großhandel hat.

Die ursprüngliche Idee war, dass wir eine Vorlaufzeit haben und schon eine Meldung erhalten, während das Produkt noch verfügbar ist. Allerdings werden Produkte immer kurzfristiger gemeldet, wodurch der Informationsvorsprung und die Voraussicht, die wir uns daraus erhofft haben im derzeitigen Vertriebsbeschränkungsregister nicht mehr völlig gegeben ist. Da müssten also zukünftig auch noch weitere Informationsqualitäten wie z. B. des Großhandels verstärkt abgefragt werden. Auch sind die Informationserwartungen, die am Point of Care von Arzt-, Apotheker- und Patientenseite bestehen teilweise andere. Dort will man primär in Echtzeit wissen, ob das Produkt in der nächsten Apotheke gerade verfügbar ist und nicht nur ob es ein Lieferproblem gibt.

Es braucht somit sicher weitere Maßnahmen, damit die Lieferverpflichtungen seitens des Zulassungsinhabers noch besser erfüllt werden können. Eine unserer Möglichkeiten liegt in der Kommunikation und Transparenz, damit wir frühzeitig über die Situation Bescheid wissen, und das hängt auch von der Kommunikationsqualität mit dem Großhandel und den Wirkstoffherstellern ab. Bei einem Bedarfsanstieg um das Fünf- bis Sechsfache müssen die Prognoseinstrumente besser werden. Jeder Stakeholder muss in seiner Zuständigkeit bessere Maßnahmen treffen, bspw. wenn sich Zulassungsinhaber um ein Double-Sourcing kümmern und gezielt Redundanzen in der Zulieferkette aufbauen, dass also z. B. mehrere Wirkstoffhersteller verfügbar sind. Es wird auch mehr on stock gekauft, denn was früher in wenigen Wochen verfügbar war, wird heute mit Vorlaufzeiten bis nächstes Jahr bestellt. Das geht bis zu den Apotheken, die jetzt teilweise wieder verstärkt mit magistralen Zubereitungen beginnen. Es wird das ganze Bündel an Maßnahmen brauchen.

Sind die derzeitigen Regelungen ausreichend, um bei Engpässen nicht in Österreich zugelassene, aber international bewährte Medikamente einzuführen? Braucht es eine Nachschärfung der Bestimmungen bzw. eine „Fast Lane“, um solche Medikamentenimporte unbürokratischer abzuwickeln und zu beschleunigen?

Wir sind bekannt dafür, und das ist auch eines unserer Schlüssel-Assets, dass wir sehr serviceorientiert agieren, wenn es um die Prozesse geht. Die einfache Arzneiwareneinfuhr gibt es schon lange, man kann noch zwei Monate nach der Einfuhr aus dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) die Meldung an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) liefern. Da sehe ich keine großen administrativen Hürden. Wir haben auch bei Änderungsanträgen für Produkte, wo es einen Versorgungsengpass und eine hohe Kritikalität gibt, ein eigenes Schema entwickelt, wo wir diese bevorzugt behandeln und bearbeiten. Jeder versucht grundsätzlich sein Bestes, und daher ist es wichtig, mit der Task Force eine unparteiische Plattform zu bieten und alle Stakeholder zusammenzubringen. Die Task Force wurde 2018/19 von meiner Vorgängerin gegründet und wir haben mittlerweile 18 Stakeholder dabei, und diese Plattform entwickeln wir ständig weiter.

Es kann nie genug Anreize geben, wobei das große Schlagwort die Innovation ist. Wie innovationsfreundlich können wir sein?

Günter Waxenecker

Sind die derzeitigen Förderungen für die Arzneimittelherstellung in Europa bzw. insbesondere in Österreich ausreichend oder braucht es hier mehr Anreize für die Betriebe, um die Erzeugung wieder zu uns zu bringen bzw. hier zu belassen?

Es kann nie genug Anreize geben, wobei das große Schlagwort die Innovation ist. Wie innovationsfreundlich können wir sein? Wir als Behörde haben hier eine Rolle zu erfüllen, wo wir in den Prozessen den Antragstellern und Stakeholdern entgegenkommen, aber in der Qualität der Begutachtung keinen Abstrich machen dürfen. Je mehr Innovation in den Produkten und in der Herstellung liegt, umso länger haben wir die Produkte in Europa. Ich gehe davon aus, dass man sich auch mit der Revision der Pharmagesetzgebung in Richtung patientenspezifischere, individuellere Therapieformen entwickelt und sehr nah an der Pati-

entin, am Patienten, in den Krankenhäusern produzieren muss.

Wir benötigen daher auch weiter bestens ausgebildetes, qualifiziertes Personal in der Begutachtung und Inspektion, weil Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner auf Augenhöhe die beste Visitenkarte für die Standortsicherung Österreichs sind. Es geht um regulatorische Gewissheit und Sicherheit für die Firmen angesichts der hohen Investitionen, die nötig sind.

Digitale Gesundheitsanwendungen – welche Herausforderungen gibt es bei der Bewertung und Zulassung?

Auch hier ist es für uns wichtig, dass wir uns klar von der Erstattung abgrenzen. Bis es zur Erstattung kommt, gibt es auf Basis des CE-Zertifikats, das ohnehin notwendig ist, noch eine Lücke. Hier könnten wir für eine Art „Vertrauensiegel“ die Infrastruktur bereitstellen. Es geht darum, Cyber-Security-Maßnahmen, Interoperabilitäten und technische Rahmenbedingungen sicherzustellen. Damit hängt eine andere Dimension der Finanzierungsproblematik zusammen, weil man sich mit speziellen Kompetenzen ausstatten muss.

Wie sieht die Zusammenarbeit mit anderen Zulassungsstellen (z. B. Paul-Ehrlich-Institut (PEI)) und auf europäischer Ebene aus?

Wir sind sehr stark bei den zentralen Zulassungsverfahren und wissenschaftlichen Beratungsverfahren im Rahmen der Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA), da sind wir wirklich zu einer der führenden Arzneimittelagenturen Europas geworden. Wir sind an dritter Stelle in der wissenschaftlichen Beratung und in den letzten Jahren immer zwischen fünfter und zehnter Stelle als Rapporteur oder Co-Rapporteur bei den zentralen Zulassungsverfahren. Wenn man in die Zukunft blickt, gibt es einen klaren Trend in Richtung zentrale Zulassungsverfahren, also müssen wir auch schon vorausschauend bei den nationalen Zulassungsverfahren eine europäische Qualität anbieten. Wir tauschen uns auch im regulatorischen Bereich aus, um die Best Practice aus Europa mit nach Österreich zu nehmen. Bspw. bei den Liefer einschränkungen, aber natürlich auch bei vielen anderen Themen, ist genau dieses Netzwerk aus rd. 5.000 Expertinnen und Experten extrem wertvoll.

Das PEI hat bei Therapie-Allergenen eine deutliche Reduktion auf knapp 300 evidenzbasierte Produkte herbeigeführt. Wäre das auch in Österreich nötig? Auch in anderen Anwendungsbereichen fehlt teilweise die Evidenz – braucht es eine Durchleuchtung des gesamten Spektrums? Ist es sinnvoll, dies auf nationaler Ebene umzusetzen?

Die Richtung ist vorgegeben und wir waren und sind dazu in intensivem Austausch mit dem PEI und ja, es steht die Revision der Pharmagesetzgebung im Raum. Mit dem ersten Entwurf war ja schon Ende März 23 zu rechnen, jetzt wurde es also kurz nach Ostern. Es ist sinnvoll, zu sehen, was auf europäischer Ebene passiert, und nicht im nationalen Alleingang etwas zu entwickeln. Aus dieser Basis lassen sich die Folgeschritte ableiten.

Die Zulassung von Impfstoffen und Therapien gegen SARS-CoV2 hat gezeigt, wie rasch, aber dennoch gründlich eine Prüfung und Zulassung erfolgen kann – ein Tempo, das auch für künftige Zulassungen den Takt vorgegeben soll? Wenn ja, für welche Produkte? Natürlich werden wir die Erfahrungen aus der Phase der Pandemie auch im Zulassungswesen



mitnehmen. Es waren damals Ausnahmesituationen und -möglichkeiten und entsprechend großer Druck da, der dazu geführt hat, dass sehr viele Ressourcen bereitgestellt wurden. Wir haben Personal aufgestockt, um diese Verfahren schneller abarbeiten zu können. Die Firmen haben viel mehr kooperiert, wo sie sonst eigentlich in einem kompetitiven Setting miteinander tätig sind. Sie haben Daten ausgetauscht, sie sind auch durch die finanzielle Absicherung durch die jeweiligen Institutionen viel mehr in Vorlage gegangen. Aber viele Aspekte werden bleiben, beispielsweise wird man sich für weitere Ausnahmesituationen den Rolling Review überlegen, aber auch hier muss man die Endlichkeit der Ressourcen bedenken. Wir haben ein europäisches gutachterliches Netzwerk, wo wir einen Berg an Verfahren in der wissenschaftlichen Beratung und zentralen Zulassungsverfahren vor uns herschieben. Wir benötigen als nationale Zulassungsbehörde auch eine nachhaltige Finanzierung, um den Mitarbeitern kompetitive Gehälter bezahlen zu können. Daher engagiere ich mich stark in der Gebührenverordnung, damit wir auch eine nachhaltige Finanzierung für unser Engagement auf europäischer Ebene bekommen.

Im internationalen Vergleich – wie schnell ist Österreich bei der nationalen Zulassung? Welche Notwendigkeit besteht für nationale Prüfungen und Zulassungen, wenn es ohnehin auch EMA-Zulassungen gibt?

Es ist gesetzlich geregelt, dass es unterschiedliche Arten der Zulassung geben soll und muss, und das macht je nach Firmengröße und Produkt auch durchwegs Sinn. Grundsätzlich ist für nationale Zulassungen der Verfahrenslauf im AMG festgehalten. Wir haben einen Clock-Stop im Verfahren, wo die Firmen wissen, je länger sie für die Antwort brauchen, umso länger dauert das Verfahren. Im gegenseitigen Anerkennungsverfahren wiederum, wo die englischen Texte schon abgenommen sind, gibt es durchwegs Unterschiede in der nationalen Umsetzungsphase. Das dauert in manchen Mitgliedsländern länger, wir gehören zu denjenigen, die am schnellsten in der Umsetzung sind.

Klinische Studien sind von enormer Bedeutung für den Forschungs- und Pharmastandort Österreich. Gleichzeitig bemängelt wird der hohe bürokratische

Günter Waxenecker vertritt Österreich als Experte auf europäischer sowie internationaler Ebene in verschiedenen Gremien. Neben seiner Tätigkeit in der AGES lehrt er an Fachhochschulen und der Veterinärmedizinischen Universität Wien.

Aufwand, bis die Zulassung einer Studie erteilt wird. Braucht es hier eine beschleunigende Reform?

Die Clinical Trials Regulation ist gerade eingeführt worden, um den bürokratischen Aufwand einzufangen. Diese wurde 2014 begonnen und die letzte Umsetzungsphase wurde am 31.01.2022 abgeschlossen. Es hakt noch am Clinical Trials Information System, an dieser zentralen europäischen Datenbank. Davor war es so, dass wenn sie Studienzentren z. B. in drei Mitgliedsstaaten hatten, dann mussten sie in diesen drei Ländern auch jeweils parallel das volle Dossier einreichen – ein überaus beanspruchender administrativer Aufwand. Jetzt hat man das zentralisiert, und das ist gut so. Wir stellen auch den Chair der Clinical Trials Coordination Group, die zentral tätig ist, um gegenüber dem IT-Service der EMA als Ansprechpartner und Stakeholder aufzutreten.

Bei den Liefer einschränkungen, aber natürlich auch bei vielen anderen Themen, ist das europäische Netzwerk aus rund 5.000 Expertinnen und Experten extrem wertvoll.

Günter Waxenecker

Welche Rolle spielt für die AGES-Medizinmarktaufsicht (AGES-MEA) die Erfassung von Real-World-Data zur Arzneimittelsicherheit und Pharmakovigilanz?

Speziell in der Pharmakovigilanz sind ja Real-World-Daten. Das kann man auf die Spitze treiben mit der Frage, was sind Real-World-Daten im Vergleich zu Daten aus standardisierten klinischen Studien – die sind ja auch echt. Nur gibt es in der Datenerfassung des europäischen Gesundheitsdatenraumes sehr viele digital gelagerte Daten, wo uns eher früher als später ein Modus einfallen muss, wie man auf unserer Ebene mit den Sekundärdaten arbeiten kann. Es steht außer Frage: Der Goldstandard der randomisierten kontrollierten klinischen Studien bleibt, da gibt es Konsens. Wo wissenschaftlich noch ein Stück mitzugehen ist, ist die Frage, wie kann ich Real-World-Daten zu Real-World-Evidence führen. Wir arbeiten mit der medizinischen Statistik der MedUni Wien und mit anderen Universitäten, z. B. Uppsala und Göteborg zusammen – die EMA vergibt auch Forschungsprojekte – wo wir mit unseren Fachexpertinnen und -experten viele Fragestellungen erarbeiten.

Wohin soll sich die AGES-MEA entwickeln, was sind Ihre Schwerpunkte?

Unser starkes europäisches Engagement wird auch weiterhin ein starker Qualitätsparameter sein, damit wir in Österreich internationales Niveau anbieten können. Neben der Arzneimittelqualität und der Wirksamkeit steht auch ganz klar die Patientensicherheit im Vordergrund. Und in Hinblick auf den Arzneimittelmarkt: Bisher haben wir weitgehend nur über die Anzahl der Zulassungen gesprochen, aber wir werden auch immer mehr in Anspruch genommen, wenn es um die Versorgungsqualität geht. Wir müssen wissen, wie viel von welchen Produkten gerade wo am Markt ist. Bei den Digitalisierungsinitiativen müssen wir jetzt rasch den ersten Schritt vor dem zweiten gehen. Da haben wir in Österreich ein gutes und brauchbares Ökosystem, wo man sich kennt und austauscht und solche Initiativen auch fruchtbringend weiterbringen kann. P



PERFORMANCE

Diabetes: Forderungen an die Gesundheitspolitik

Seit über 50 Jahren setzt sich die Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG) für die Anliegen der Menschen mit Diabetes mellitus ein und fordert die stetige Verbesserung der Versorgung von Betroffenen. Im Gespräch mit PERISKOP ging Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Clodi, Präsident der ÖDG, näher auf die diabetesbezogenen Brennpunktt Themen sowie die **FORDERUNGEN DER ÖDG AN DIE GESUNDHEITSPOLITIK** ein. | von Carola Bachbauer, BA, MSc



Im Fokus des Interviews standen die Präventionsmaßnahmen, neue Medikationen und das Disease Management Programm Therapie aktiv.

PERISKOP: Diabetes zählt zu den am weitesten verbreiteten Krankheiten in unserer Gesellschaft. In Österreich leiden derzeit über 600.000 Personen an Diabetes – Tendenz steigend. Welche Gründe hat diese Entwicklung und warum wird die Zuckerkrankheit immer noch von der Bevölkerung unterschätzt?

CLODI: Diese Tendenzen lassen sich anhand aktueller Zahlen der Gesundheit Österreich (GÖG) illustrieren. Auf Basis der Daten der Sozialversicherung liegt die geschätzte Prävalenz von Diabetes-Typ-2 in Österreich zwischen 730.000 und 890.000 Menschen. Das entspricht 8,17 bis 9,88 Prozent der Bevölkerung. Die Ursache dieser Entwicklung beruht auf der negativen Gewichtsentwicklung, d. h. auf der Zunahme des durchschnittlichen Körpergewichtes der europäischen Bevölkerung. In der Europäischen Union (EU) und in Österreich sind über 50 Prozent aller Menschen übergewichtig bzw. adipös. Rechnet man aus den 50 Prozent die Gruppe der adipösen Menschen heraus – Personen mit einem BMI über 30 kg/m² – sind das ca. 20

Martin Clodi ist Präsident der ÖDG und Vorstand der Abteilung für Innere Medizin am Konventhospital der Barmherzigen Brüder in Linz.

Prozent. Ob die österreichischen Daten exakt diesem europäischen Berechnungsmodell entsprechen, ist leider nicht genau erhebbar. Grund dafür ist, dass die österreichische Datenqualität in Bezug auf Diabetes aufgrund von Übergewicht oder anderen Faktoren leider nicht sehr gut ist.

Des Weiteren zeigen Daten aus den USA, dass die körperliche Aktivität in den letzten Jahrzehnten stark abgenommen hat. Waren die Menschen 2009 noch 160 MET-Stunden pro Woche aktiv, waren es im Jahr 2020 nur mehr 142 MET-Stunden pro Woche und im Jahr 2030 werden es nur mehr 126 MET-Stunden pro Woche sein. (Die Abkürzung MET kommt aus dem Englischen und steht für Metabolic Equivalent of Task und dient dazu verschiedene körperliche Aktivitäten zu vergleichen und den Energieverbrauch einzuschätzen.) D. h. die Menschen werden schwerer und machen weniger Bewegung. Genau diese Faktoren führen durch Abnahme der Muskelmasse und Zunahme der Fettmasse, zu Insulinresistenz und verminderter Glukoseaufnahme. Es kommt dadurch zu einem früheren Ausbruch der Erkrankung. Grundsätzlich ist Diabetes-Typ-2 eine genetisch festgelegte Erkrankung und nicht eine Wohlstands- oder Volkskrankheit.

Auf Basis der Daten der Sozialversicherung liegt die geschätzte Prävalenz von Diabetes-Typ-2 in Österreich zwischen 730.000 und 890.000 Menschen. Das entspricht 8,17 bis 9,88 Prozent der Bevölkerung.

Martin Clodi

Welche Präventionsmaßnahmen können diesem Trend entgegenwirken? Auf welchen Ebenen sollte angesetzt werden?

Aus dem vorher Gesagten ergibt sich, dass das Ziel der Prävention mehr Bewegung und ein Normalgewicht sein muss.

Auf welchen Ebenen man ansetzen soll, ist schwer zu sagen. Wichtig ist, dass man früh beginnt. Es sollten Initiativen im Vorschul-, Schul- und Teenageralter gesetzt werden. Zusätzlich müssen die Eltern angewiesen und auf das Risiko von Übergewicht und Adipositas hingewiesen werden. Es gibt in anderen Ländern sehr gute Initiativen. Diese reichen von der täglichen Sportstunde in der Schule bis zur Markierung von Lebensmitteln. Es gibt auch extreme Ideen, wie den Sozialversicherungsbeitrag abhängig vom Body-Mass-Index zu machen. Das befürworte ich nicht.

Österreich ist Spitzenreiter in der stationären Behandlung und bei Amputationen sowie bariatrischen Operationen. Neu am Markt sind medikamentöse Therapien, die auf GLP1-Rezeptor-Agonisten basieren. Allerdings sorgen diese in letzter Zeit für immer mehr Schlagzeilen als Schlankmacher-Medikamente.

Wie problematisch sind diese auf Inkretinen basierenden Präparate bzw. in welchen Fällen wären diese und die neueste Version GLP1- und GIP-Rezeptor-Agonisten medizinisch indiziert?

Österreich wird immer als Spitzenreiter in der stationären Behandlung, bei Amputationen und bei nicht diagnostiziertem Diabetes angeführt. Zahlen belegen jedoch, dass dies nicht der Fall ist und Österreich sich im oberen Mittelfeld befindet. Dänemark gilt als Vorreiter in der Behandlung des Diabetes, jedoch haben die Dänen ähnliche Zahlen wie Österreich. Deutschland hat übrigens mehr stationäre Behandlungen bei Diabetes-Typ-2 vorzuweisen. Des Weiteren stimmen die Zahl der Amputationen laut einer Studie von Univ.-Prof.

Dr. Harald Sourij, MBA, 2. stv. Leiter der Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie der Med Uni Graz, und Daten aus Tirol nicht. Woher die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) bzw. die International Diabetes Federation (IDF) ihre Daten herhaben, wissen wir nicht genau. Nach einem E-Mail-Austausch mit der IDF habe ich nun schwarz auf weiß, dass z.B. die Zahlen der undiagnostizierten Diabetes-Patientinnen und -Patienten im IDF-Atlas nur geschätzt wurden. Dies ist enorm problematisch, da die Politik Zahlen der IDF als valide annimmt und auf Basis dieser Zahlen handelt. Die ÖDG möchte dem entgegenreten. Eine Erhebung der Gesamtzahlen ist jedoch nicht einfach. Dazu würden wir Daten der Sozialversicherungen, der Krankenhausträger und aus anderen Bereichen benötigen. Diese sind uns jedoch nicht zugänglich. Es wäre hier eine Aufgabe der Politik und der Gesundheit Österreich Fakten zu erheben und diese z. B. über die ELGA auszuwerten.

Die neuen Medikamente GLP1-Rezeptor-Agonisten und die dualen Agonisten, die bisher auf dem Markt kamen und in Zukunft noch kommen werden, sind wirklich tolle innovative Medikamente, die definitiv einen Benefit in der Therapie und für Menschen mit Diabetes und Adipositas bzw. Übergewicht bringen werden. Wir können uns glücklich schätzen, dass die medikamentöse Therapie in den letzten ein bis zwei Jahrzehnten durchschlagende Erfolge gerade im Bereich der Stoffwechselerkrankungen gebracht hat. Hier kann auch die ganze Lipidstoffwechselsituation hinzugerechnet werden.



Die ÖDG fordert, dass die HbA1c-Bestimmung auch in die Vorsorgeuntersuchung aufgenommen wird.

Für Primärversorgungseinheiten (PVE) ist diese bereits obligatorisch. Ein wesentlicher Punkt sind die Diabeteszentren. Diese spiegeln die sogenannte zweite Ebene wider und sind das Bindeglied zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Spitalsambulanzen. Spitalsambulanzen sollten nur für akute Komplikationen und komplexe Probleme zuständig sein. Denn sie sind sehr teure Instrumente und nehmen die wichtige ärztliche und pflegerische Ressource der Krankenhäuser in Anspruch. Daher ist es ratsam, weitere Diabeteszentren österreichweit zu initiieren. In Wien Favoriten wurde das erste Diabeteszentrum im März eröffnet und es werden wahrscheinlich in anderen Bundesländern weitere folgen. Das ist auf jeden Fall wünschenswert. **P**

ÖDG



Die Österreichische Diabetesgesellschaft sieht es als ihre Aufgabe, Maßnahmen zu setzen, die der Entstehung des Diabetes mellitus vorbeugen und gleichzeitig die Gesundheit und Lebensqualität von Menschen mit Diabetes mellitus verbessern. Welche Schwerpunkte hat die ÖDG diesbezüglich gesetzt?

Wir haben einige Initiativen wie die Bewegungsbox und die Ernährungsbox, die über die ÖDG bezogen werden können. Viele Vorstandsmitglieder sind in ihren jeweiligen Bundesländern in den Sozialversicherungen aktiv, um den Patientinnen und Patienten Schulungsvideos und Schulungsmaterial zur Verfügung zu stellen. Die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten steht hierbei im Vordergrund. Dies ist mit den Maßnahmen Bewegung und Gewichtsreduktion als Basis gesetzt. Im Weiteren sollten die Restriktionen, die auf manchen Medikamenten in der Erstattung liegen, reduziert werden. Auch hier versuchen wir, mit den Sozialversicherungsträgern in Kontakt zu treten.

Eine zentrale Forderung der ÖDG ist die Verbesserung der Betreuungsstruktur für Menschen mit Diabetes. Welche Maßnahmen werden hier besonders wichtig? Wie motiviert man Ärztinnen und Ärzte, bei Therapie aktiv mitzuwirken?

Wir sind der Meinung, dass das Disease-Management-Programm „Therapie aktiv“ durchaus ein Erfolg ist. Laut LEICON-Daten bekommen derzeit 460.000 Patientinnen und Patienten Medikamente. Aktuell haben wir 110.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei Therapie aktiv. Somit sind ca. 20 bis 25 Prozent aller medikamentös behandelten Patientinnen und Patienten bei dem Programm eingeschrieben. Zusätzlich steigt die Teilnehmerzahl von Jahr zu Jahr. Eine Evaluierung zu Therapie aktiv zeigt, dass die Versorgung für die Patientinnen und Patienten von Vorteil ist, Morbidität und Mortalität sinken und die Betreuungskosten zurückgehen.

Sie fordern außerdem ein nationales Diabetesregister. Wie soll dieses umgesetzt werden? Was hat eine Umsetzung bislang gebremst?

Wie schon oben angeführt kann die ÖDG ein nationales Diabetesregister nur fordern. Allein die schiere Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Diabetes kann nur durch eine zentrale Bundesstelle überblickt werden. Dies wäre über ELGA gut und einfach möglich. Aus unserer Sicht sollten Bundesstellen daran arbeiten, brauchbare Zahlen zu bekommen. Warum es an der Umsetzung hapert, können wir leider nicht beantworten.

Die Unterstützung der Forschung und die Verbreitung von wissenschaftlichen Erkenntnissen ist eine wichtige Tätigkeit der ÖDG. Welche Forschungsthemen sollten besonders gefördert werden?

Ohne Wissenschaft und Forschung kann keine evidenzbasierte sinnvolle Weiterentwicklung der medizinischen Betreuung stattfinden. Die

ÖDG vergibt alljährlich einen hochdotierten Forschungspreis, der allerdings in Bezug auf Kosten einer größer angelegten Studie nur ein Tropfen auf dem heißen Stein ist. Große Studien, wie zuletzt im Bereich des Diabetes, kosten zwischen 50 und 150 Millionen Euro. Aufgrund dessen sind wir hier besonders auf die Pharmaindustrie angewiesen. Hier sollten zusätzlich nationale Forschungsgrants in größerem Ausmaß zur Verfügung stehen. Des Weiteren sollten die EU sowie die einzelnen Bundesregierungen mehr in Wissenschaft und Forschung investieren.

Um Einschreibungen in das Programm „Therapie aktiv“ zu fördern, wäre z. B. eine verpflichtende Teilnahme für alle Wahlärztinnen und -ärzte sowie Kassenpraxen wünschenswert.

Martin Clodi

Die langjährige Forderung der ÖDG bezüglich der österreichweiten Erstattung der Bestimmung des Langzeitblutzuckerwertes HbA1c für den gesamten niedergelassenen Bereich von der Österreichischen Gesundheitskasse wurde im Jahr 2021 erfüllt. Warum ist dieser Wert für die Diabetesvorsorge und Früherkennung wichtig?

Die Bestimmung des Werts ist wichtig, um zu erkennen, in welchem Blutzuckerbereich ein Mensch – eventuell eine Patientin, ein Patient – angekommen ist. Ist der HbA1c-Wert grenzwertig, sollte ein oraler Glukosetoleranztest angeschlossen werden, um die Diagnose zu sichern. Würden wir heute diese Untersuchung in ganz Österreich durchführen, könnten wir nach den Zahlen der Gesundheit Österreich 100.000 Personen mit einem Diabetes neu diagnostizieren. Hier ist es wichtig, anzuführen, dass die Entwicklung des Diabetes progredient ist. D. h., Personen, die heute im April noch annähernd normale Blutzuckerwerte haben, können im Dezember schon an Diabetes erkrankt sein. Somit handelt es sich hierbei um keinen statischen Befund, sondern um etwas, das sich im Lauf der Zeit natürlich entwickelt. Deshalb hoffen wir, dass die HbA1c-Bestimmung auch in die Vorsorgeuntersuchung aufgenommen wird.

Es besteht schon seit längerem die Forderung, die Diabetesversorgung im niedergelassenen Bereich zu verbessern. Welche Aufgaben könnten hier PVE/Diabeteszentren/Facharztpraxen für Endokrinologie spielen?

Am besten läuft die Diabetesversorgung im niedergelassenen Bereich in Ordinationen, die beim Programm „Therapie aktiv“ mitmachen. Um Einschreibungen in das Programm „Therapie aktiv“ zu fördern, wäre z. B. eine verpflichtende Teilnahme für alle Wahlärztinnen und -ärzte sowie Kassenpraxen wünschenswert.



PERFORMANCE

Spitzenplatz für eine Visionärin

Seit November 2022 ist Nicole Schlautmann Country Managerin der Pfizer Corporation Austria. Damit steht sie an der Spitze der Pfizer Vertriebsniederlassung in Wien, die 220 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt und rund 100 Medikamente am österreichischen Markt vertreibt. PERISKOP sprach mit Nicole Schlautmann **ÜBER IHRE PLÄNE UND SCHWERPUNKTE, DATENNUTZUNG UND GLOBALE WIE PERSÖNLICHE VERANTWORTUNG.** | von Mag. Dora Skamperls

Seit der COVID-Pandemie ist das Pharmaunternehmen Pfizer in aller Munde. Seit 170 Jahren entwickelt und produziert Pfizer Arzneimittel. Das Unternehmen beschäftigt weltweit rund 83.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und engagiert sich stark in der Forschung zu innovativen Wirkstoffen, u. a. im Bereich der Gentherapien. Pfizer in Österreich hat innerhalb des globalen Unternehmensnetzwerkes einen besonderen Stellenwert, nicht zuletzt durch die Produktionsstätte (Pfizer Manufacturing) in Orth an der Donau.

PERISKOP: Sie sind seit rund neun Jahren für Pfizer tätig. Was fasziniert Sie an diesem Unternehmen, was zeichnet es aus?

SCHLAUTMANN: Für mich hat die Arbeit bei Pfizer zwei Säulen, die mich faszinieren und antreiben. Das eine ist die Wissenschaft – nicht erst seit der Pandemie sind wir von unserer Mission „Science will win“ geleitet. Ich bin an Naturwissenschaften, insgesamt an Wissenschaft interessiert und zum anderen ist das, was wir machen, auf medizinische Durchbrüche fokussiert. Wir entwickeln Medikamente, die einen klaren positiven Einfluss auf das Leben von Menschen und damit der Gesellschaft insgesamt haben können.

Die zweite Säule, die mir genauso wichtig ist, ist das Team. Es sind ganz neue und moderne Arbeitsbilder bzw. Jobprofile entstanden und weiter in Arbeit. Wir setzen stark auf agile Arbeitsweisen und sind darauf fokussiert, dass wir die technologischen Möglichkeiten, die wir heute schon haben, auch nutzen – auf der wissenschaftlichen Seite, um Medikamente zu entwickeln, aber auch, um die Rahmenbedingungen der Mitarbeitenden optimal zu gestalten. Dann auch, um die Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten zu fördern. Das macht mich unheimlich stolz.

Sie haben zuvor den Bereich Rare Diseases in Deutschland geleitet – ein Gebiet, das in Ihrer Karriere bislang eine große Rolle gespielt hat. Welchen Stellenwert haben Forschung und Entwicklung für Seltene Erkrankungen und Gentherapien bei Pfizer und für die Versorgung in einem solidarischen Gesundheitssystem?

Ich bin sehr von der Maxime angetrieben, dass jede und jeder Anspruch auf eine wirksame und gut verträgliche Therapie hat. Dabei sollte es nicht relevant sein, ob eine Erkrankung häufig oder selten ist. Als großes Unternehmen können wir auf Ressourcen zurück-



Nicole Schlautmann will die Vorreiterrolle von Pfizer Österreich dazu nutzen, um eine globale Vorbildfunktion einzunehmen.

greifen, die es uns ermöglichen, im Bereich der Seltene Erkrankungen viel zu erreichen – so etwa bei Gentherapien. Vieles, was wir bei den Rare Diseases lernen, ist auch über diesen Bereich hinaus wichtig. Wie zum Beispiel, dass wir die Patientinnen und Patienten mehr in den Fokus des Gesundheitssystems setzen müssen. Wir sollten nicht vom Elfenbeinturm heraus entscheiden, wie das System aussehen soll, sondern aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten. So gut das System ist – es gibt auch viele Chancen und Möglichkeiten, es einfacher für Anwendende und kosteneffektiver für die Gesundheitskassen zu gestalten. Zudem müssen wir sicherstellen, dass wir die Chancen, die der medizinische Fortschritt heute bringt, nicht verpassen.

Ich bin sehr von der Maxime angetrieben, dass jede und jeder Anspruch auf eine wirksame und gut verträgliche Therapie hat.

Nicole Schlautmann

Sie haben einen erfolgreich geführten und zukunftsorientierten Standort übernommen. In welche Richtung wollen Sie die Pfizer Corporation Austria weiterentwickeln, welche Schwerpunkte wollen Sie setzen?

Es ist ein großartiges Team, das sehr dynamisch und motiviert ist und mich sehr offen aufgenommen hat. Ein besseres Fundament für alles, was wir noch erreichen wollen, können wir gar nicht bekommen. Die wichtigen nächsten Schritte sind: die Patientinnen und Patienten noch mehr in den Fokus zu bringen. Dafür haben wir ein Department aufgestellt, das sich ganz bewusst mit der Patient Journey auseinandersetzt. Dieses Team wird mit den Patientenorganisationen, den Fachgesellschaften, der Politik und mit Vertretern des Erstattungswesens sprechen, um zu sehen, wie wir das Ganze gemeinsam weiterentwickeln können. Mit einem gemeinsamen Verständnis für die großen Hürden werden wir uns für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem einsetzen, das sich stärker als bisher an den Interessen von Patientinnen und Patienten orientiert.

Das zweite für mich essenzielle Thema ist die effektive Nutzung aller neuen, digitalen Kanäle für unsere Kommunikation, Stichwort Omnichannel-Approach. Wenn wir als Länderorganisation ein innovatives Medikament in die Hände bekommen, das potenziell Menschenleben retten kann, und wir nutzen nicht alle Möglichkeiten der Kommunikation und der digitalen Technologie, um sicherzustellen, dass alle Behandelnden dieses Medikament kennen, dann haben wir unseren Job nicht richtig gemacht. Diese Verantwortung nehme ich sehr ernst und das Unternehmen ebenso.

Der dritte Aspekt, der mir persönlich wichtig ist: Ich glaube, dass wir die Herausforderungen sowohl des Unternehmens als auch gesamtgesellschaftlich nur lösen können, wenn wir als Unternehmen die Gesellschaft, die wir mit unseren Therapien unterstützen, auch repräsentieren. Verabsäumen wir das, wissen wir nicht, was Teile der Gesellschaft brauchen, wie wir kommunizieren müssen, um diese abzuholen und zu informieren.

Stichwort digitale Transformation: Wie sieht Ihre diesbezügliche Vision aus, an welchen Stell-schrauben und Parametern muss gedreht werden, um dies Realität werden zu lassen?

Ich habe mit vielen Patientenorganisationen in den letzten 15 Jahren zusammengearbeitet. Datenschutz ist immens wichtig, er wird mir heute aber nicht differenziert genug diskutiert. Es wird sehr oft nur auf den Schutz von Daten fokussiert, nicht aber auf die Möglichkeiten, die uns sinnvolle Anwendung von Daten bringen. Warum sprechen wir nicht über Patientinnen oder Patienten, die aufgrund der strukturierten Zusammenführung ihrer Daten in einem Algorithmus oder mit KI-gestützter Bildgebung überlebt haben? Es wäre wichtig, diese Diskussion signifikant ausgewogener zu führen. Der Grund, warum ich hier so emotional werde, ist zum einen – da stehen Menschenleben dahinter. Der zweite Grund ist, wir haben in Österreich im Gegensatz zu vielen anderen Ländern wesentlich besseres Wissen darüber, wie wir Daten so aufstellen, dass diese auch besser geschützt sind. Wir wären in der Lage, in der Erforschung von Datensystemen eine Vorreiterrolle einzunehmen. Und zwar mit solchen Systemen, die mit guter Datensicherheit aufgestellt sind. Kriminelle Elemente wird es immer geben – aber lassen wir uns doch von dieser Angst nicht alle Chancen nehmen. Der zweite zentrale Aspekt ist die Kommunikation. Wie bekommen wir eine Kommunikation hin, die diesen komplexen Sachverhalt einfach zugänglich für alle darstellt? So, dass eine ausgewogene Meinungsbildung möglich ist, weg von diesem Gegeneinander und dem Extremen hin zu den Fakten: Was habe ich davon, wenn ich meine Daten der Forschung zur Verfügung stelle? Was hat die Gesellschaft davon?

Es ist mir wichtig, klar zu formulieren: Das Coronavirus ist gekommen, um zu bleiben.

Nicole Schlautmann

Pfizer hat ein sehr vielfältiges Portfolio und eine vielversprechende Pipeline. Welchen Beitrag leistet die österreichische Niederlassung im Bereich Forschung und Entwicklung, aber auch in der Produktion und Versorgung?

Österreich hat eine zentrale Bedeutung für das globale Unternehmen, sowohl unsere Niederlassung in Wien als auch unsere Produktionsstätte in Orth. Die Agilität und die Bereitschaft, Innovationen voranzutreiben und auch mal etwas auszuprobieren, sind im österreichischen Team ungemein hoch. Das heißt, ich kann Projekte pilotieren, neue Ideen vorantreiben. Wir sind weit vorne im Bereich digitale Kommunikationsmöglichkeiten, da können die Kolleginnen und Kollegen anderer Länderniederlassungen auch einiges von uns lernen. Das zeichnet Pfizer übrigens seit jeher aus, dass auch die lokalen Besonderheiten erkannt, gefordert und gefördert werden. Zudem haben wir mit der Pfizer Manufacturing, die mein Kollege Martin Dallinger sehr erfolgreich in Orth führt, eine zentrale Rolle innerhalb des Unternehmens. Hier werden zwei Impfstoffe für den weltweiten Export hergestellt und auch Qualitätsfreigaben für andere Impfstoffe durchgeführt.

Wie wichtig sind Klimaschutz- und Nachhaltigkeitsziele für die öffentliche Wahrnehmung eines Unternehmens?

Das eine ist die Wahrnehmung am Markt und das andere ist die persönliche Überzeugung – nicht nur von mir, sondern auch von unserem



Nicole Schlautmann lebt die Pfizer-Mission „Science will win“, ist sich aber auch der großen persönlichen Verantwortung bewusst, die eine Management-Position in einem globalen Unternehmen mit sich bringt.

CEO Albert Bourla. Pfizer Global setzt sich wissenschaftsbasierte Ziele zur Treibhausgasreduktion und hat sich verpflichtet, seine Emissionen bis 2040 auf Netto-Null zu senken. Als Unternehmen können wir die Gesellschaft nicht nachhaltig unterstützen, wenn wir unsere Klimaziele nicht erreichen. Wir nutzen diese Vorreiterrolle auch als Vorbildfunktion. Deshalb finde ich es wichtig, diese Ziele spezifisch zu formulieren und messbar nachzuvollziehen. Und das tut das Unternehmen global und selbstverständlich auch auf lokaler Ebene. Mit einer gewissen Position kommt auch eine Verantwortung. Die Verantwortung liegt nicht nur darin, das Unternehmen so erfolgreich wie möglich zu führen, sondern bezieht sich auf die Auswirkungen der unternehmerischen Tätigkeit auf Gesellschaft und Umwelt.

Wir sollten nicht vom Elfenbeinturm heraus entscheiden, wie das System aussehen soll, sondern aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten.

Nicole Schlautmann

Pfizer hat sich in der Coronapandemie maßgeblich im Bereich Impfstoffentwicklung und Herstellung sowie in der Entwicklung einer antiviralen Therapie engagiert. Am Übergang von der Pandemie zu einer endemischen Erkrankung stellt sich die Frage, welche Auswirkung hat dieses Engagement auf die zukünftigen Aktivitäten bei Pfizer?

Es ist mir wichtig, klar zu formulieren: Das Coronavirus ist gekommen, um zu bleiben. Wir müssen als Gesellschaft damit weiterleben. Wir haben Werkzeuge in der Hand, um dieses Leben so optimal wie möglich zu gestalten. Es gibt Impfstoffe, es gibt antivirale Medikamente. Wir müssen sicherstellen, dass diese auch sinnhaft genutzt werden. Long COVID

betrifft zehntausende Menschen in Österreich, von denen viele monatelang am Arbeitsmarkt ausgefallen sind. Was das wirtschaftlich mit einem Land macht, darf man durchaus einmal diskutieren. Das sind Arbeitskräfte, die dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen – wir dürfen diesen Impact nicht unterschätzen. Wenn Sie fragen, was hat das mit dem Unternehmen gemacht: unglaublich viel. Wir setzen uns im Denken keine Grenzen. Die Arbeitsweise hat sich grundlegend verändert. Wir stellen an uns selbst viel höhere Ansprüche, was Ziele angeht.

Das Thema Liefer einschränkungen beschäftigt die pharmazeutische Industrie, das Gesundheitswesen in Österreich und ist weltweit ein „heißes Eisen“.

Welche Möglichkeiten sehen Sie aus Herstellersicht, um in den einzelnen Ländern bzw. Regionen resilienter zu werden?

Der Produktionsprozess von pharmazeutischen Produkten ist sehr komplex, oftmals braucht es mehrere Produktionsstätten, um ein Arzneimittel herstellen zu können. Neben der Produktion per se werden Rohstoffe und Technologien benötigt. Daher ist eine Produktion sicher(er), wenn man auf ein weltweites Netzwerk zurückgreifen und auch weltweite Lieferketten nutzen kann und Alternativen hat, damit Waren und Material ungehindert fließen können. Resilienz in den Produktionsprozessen kann daher mehr Sicherheit bringen, als die Produktion im eigenen Land zu haben. Wir versuchen – gerade, wenn es um essenzielle Medikamente geht –, die Prozesse so aufzustellen, dass es einen Plan B gibt. Die Problematik der Lieferengpässe können wir aber nicht allein als Industrie, sondern nur gemeinschaftlich lösen.

Was mir in Österreich sehr positiv auffällt, ist die Gesprächsbereitschaft aller Beteiligten, sowohl innerhalb der Pharmaindustrie, also zwischen den verschiedenen Firmen, als auch mit den anderen Stakeholdern. Da ist in Österreich eine Kultur, die das lebt.





PERFORMANCE

Zu wenig vernetzt? Über Primärversorgung und das Krankenhaus der Zukunft

Der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE widmet sich in seiner Arbeit intensiv der Zukunft des Spitalswesens. Unter dem Titel „Spital 2030 – Wo geht die Reise hin?“ werden seit Herbst 2022 in regelmäßigen Abständen Gespräche unter ausgewählten Expertinnen und Experten geführt. Ziel ist, auf Basis langjähriger Erfahrung und Erkenntnissen aus der Praxis, **NEUE WEGE ZU EINEM MODERNEN VERSTÄNDNIS DER KRANKENHÄUSER AUFZUZEIGEN.** | von Andreas Schmallegger, BA

Deben dem aktuell in den Medien täglich zu verfolgenden Diskurs über den vermeintlichen schlechten Zustand des Gesundheitssystems zeigen sich nun auch verstärkt Probleme, welche durch die mittlerweile endemisch gewordene Coronapandemie bei weitem nicht hervorgerufen, aber mehr als deutlich spürbar wurden. Die grundsätzlichen Strukturen in der Gestaltung von und Orientierung der Kapazität der Häuser an reiner Bettenanzahl und an einzelnen, nach Fachgebieten belegten Einheiten, ist nicht mehr zeitgemäß. Dass Österreich generell in der Gesundheitsversorgung bis heute sehr krankenhauslastig denkt und handelt rächte sich nun in den letzten Jahren doppelt: Es gibt eine klar erkennbare Tendenz, dass Patientinnen und Patienten in Ambulanzen als vermeintliche Erstanlaufstelle für gesundheitliche Probleme drängen. Hier ist speziell in den vergangenen zwei Jahren auch der größte und schnellste Kostenanstieg im Gesundheitssystem zu beobachten. Im niedergelassenen Bereich wird die Etablierung einer dezidierten Primärversorgung in kleineren Einheiten erschwert. Gleichzeitig hat auch der niedergelassene Bereich mit Versorgungsproblemen zu kämpfen, nicht nur, aber vor allem im ländlichen Raum. Die grundlegende Strukturplanung geschieht nach wie vor top-down, wobei regionalen Interessen und Eigenheiten große Bedeutung zukommt.

Sektorengrenzen verhindern Modernisierung
Aus Sicht mancher innerhalb der Strukturen Tätiger ist in Folge die erste Grundvoraussetzung für eine zeitgemäße Organisation der Gesundheitsversorgung die Überwindung der

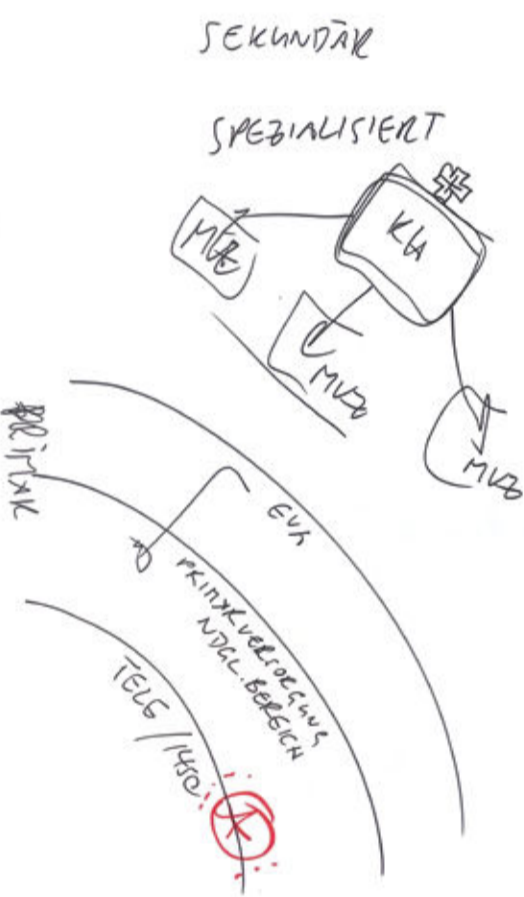
Sektorengrenzen. Als Beispiele seien angeführt: Ausbildungen sind je nach Bundesland unterschiedlich organisiert, Regelungen, Bestimmungen und Finanzierungen unterscheiden sich ebenso regional. Ein paar Kilometer, und damit das Überqueren einer Bundesländergrenze, bedeutet oft andere rechtliche Grundlagen, Finanzierungen und damit auch für Patientinnen und Patienten andere Gesundheitsversorgung. Unsicherheiten und das Empfinden von Ungerechtigkeiten werden dadurch nur gefördert. Selbst ELGA, für manche bis heute das Schreckgespenst eines gläsernen Menschen, ist nicht sektorenübergreifend aufgestellt und somit in der Praxis selbst für die grundlegendste medizinische Versorgung überraschend wenig hilfreich. Die Gesellschaft, deren Ansprüche an die Gesundheitsversorgung sowie die Krankheitsbilder ändern sich immer schneller. Gleichzeitig kann ein österreichisches Spital nicht selbstverständlich, geschweige denn rasch und unkompliziert, auf die letzte Diagnose von Patientinnen und Patienten zugreifen, wenn diese außerhalb des Hauses gemacht wurde. Datenerfassung, Datentransfer und Datenauswertung stecken in diesem Bereich in Österreich noch „in den Kinderschuhen“, wie im Gespräch attestiert wurde. Mit diesem Mangel an Daten der Gesundheitsversorgung existiert auch keine Kostenwahrheit im – durch Beiträge der Bevölkerung solidarisch finanzierten – Gesundheitssystem. Gleichzeitig existiert hierzulande durch die Wahlarztdynamik de facto mittlerweile ein „zweites System“ parallel zur öffentlichen Gesundheitsversorgung. Angeführt wurden nun drei Paradigmen der hiesigen Gesundheitsversorgung, welche es zu hinterfragen gilt: Öster-

reich denkt, zum ersten, stark hierarchisch. In der (Zuweisungs-)Praxis führen die Abläufe und der grundsätzlich komplett offene Zugang in das Spitalssystem für Patientinnen und Patienten allerdings dazu, dass es „sechs bis sieben“ Stufen in der Versorgung gibt. Betrachtet man Länder, welche eine etablierte und klar definierte Primärversorgung aufweisen, so gibt es dort zwei Ebenen: Primärversorgung und in nachgelagerter Folge die Spitäler. Zum zweiten wird in diesem, auf einem Stufenbau basierenden System eben jener so hoch geschätzte Stufenbau regelmäßig erodiert. Vor allem wenn es um Ressourcenallokation geht, wird gerne davon ausgegangen, dass die Ebenen beliebig miteinander austauschbar seien – ein inhärent widersprüchliches und damit auch wenig zielführendes Vorgehen. Zum dritten: Länder mit etablierter Primärversorgung weisen, im Unterschied zu Österreich, keine Garantie für Patientinnen und Patienten auf, sofort vollen Zugang zum Spitalswesen zu haben. Hierzulande ist für viele die erste Anlaufstelle für gesundheitliche Probleme die Ambulanz. Es muss somit fundamental anders gedacht werden in der Frage: Wo schicke ich die Menschen hin? Und was kann nun getan werden? Antworten darauf, basierend auf nachweislich funktionierenden Ansätzen und Jahrzehnten beruflicher Praxis sowie wissenschaftlicher Auswertung von Patientenströmen oder Evaluationen von Pilotprojekten gibt es reichlich. Im Dialog der Expertinnen und Experten wurden folgende Ansätze eingebracht:

Pragmatismus statt Paradigmenpflege
Im Sinne der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung braucht es



© LUDWIG SCHEDL



Expertinnen und Experten zum Thema Spital 2030 (v.l.):

Bernhard Rupp, Gunda Gittler, Karl Lehner, Herwig Ostermann, Stephan Kriwanek, Wilhelm Marhold

Arbeitsskizze der Diskussionsrunde

pragmatische Ansätze: Berufsgruppen, welche bereits existieren – Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Diätologinnen und Diätologen u.a. – müssen vernünftig eingesetzt werden, um eine niederschwellige erste Anlaufebene zu bieten. Weiters bedarf es an Zusatzausbildungen und damit verbunden mehr Kompetenzen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in der Primärversorgung. Die Abhängigkeit dieser Berufsgruppen von Zuweisungen durch Medizinerinnen und Mediziner sei zu überdenken. Die rechtlichen Grundlagen zu Gründung und Betrieb von Gesundheitseinrichtungen wie Gemeinschaftspraxen oder kleinere Labors sind unnötig restriktiv und sollten dringend gelockert werden. Wenn Spitäler die erste Anlaufstelle sind und fürs erste auch bleiben, muss folgerichtig überlegt werden, was dort verändert werden kann, um den Ansprüchen gerecht zu werden. Dies würde bedeuten, Berufsgruppen multidisziplinär aufzuwerten, den „ärztlichen Leistungen“ wie im ASVG formuliert gleichzustellen wo diese Versorgungsleistungen sinnvollerweise erbringen können, um dann

in Folge die Krankenhäuser zu verändern, von 24/7 Anlaufstellen zu Tages- und Wochenklinien. Es gelte, das „Konzept Polyklinik zu überdenken.“

Mit einer multidisziplinären Herangehensweise verbunden ist auch, Kompetenzen anders zu verteilen und Grenzen aufzubrechen. Dies muss nicht zwangsläufig umfassende Reformierungswut bedeuten, in der Praxis bedeutet dies eher sinnvolle Anpassungen in Arbeitsanläufen, welche sich organisch ergeben. Als konkretes Beispiel sei die in der Hochphase der Pandemie entstandene Praxis, Medikamente in Spitälern durch die Anstaltsapotheke fertig verblistern zu lassen, was nachweislich nicht nur zu einer deutlich messbaren Zeitersparnis führte, sondern auch bessere Qualitätskontrolle und somit einen höheren Standard mit sich bringt.

In Bezug auf die eingangs erwähnte Fixierung des österreichischen Gesundheitssystems auf die Errichtung großer Einrichtungen mit quantifizier- und publizierbaren Bettengrößen wurde weiters eindringlich darauf hingewiesen, dass der medizinische und technische Fortschritt die benötigten Strukturen stellenweise in einem Tempo verändert, mit welchem ein bis dato üblicher Planungs- und Baufortschritt quasi nicht mehr schritthalten kann. Als Beispiel genannt wurde hier der Einsatz von telemetrischer Sensorik auf Beobachtungsstationen, welcher einen noch vor 20 Jahren als essenziell erachteten, großen (Betten)Aufwand merklich reduziert hat. Flexibilität in der Planung (von Gesundheitseinrichtungen) wird einer der wichtigsten Aspekte werden müssen. Flexibilität, welche ebenso gelebte Multidisziplinarität benötigt, um effektiv wirken zu können.

Besser informierte Menschen für eine treffsichere Versorgung

Wo es hingegen nach Ansicht vieler Expertinnen und Experten weniger Flexibilität brauchen wird, ist im ersten Zugang in das Gesundheits- und speziell das Spitalssystem. Stichwörter sind hier wiederum die Ambulanzen und das Thema Patientensteuerung. Ausgehend von der Erkenntnis, dass den Spitälern vorgelagerte primäre Anlaufstellen auch entsprechende Organisation brauchen werden, sind die konkreten Vorschläge hier folgende: Eine bundesweit einheitlich telefonische Zuweisung nach Vorbild anderer Länder wäre durchaus möglich – wenn 1450 bundesweit einheitlich und nicht föderalistisch unterschiedlich organisiert wäre, und entsprechend der klar definierten Aufgabe einer Patienten-

steuerung die entsprechenden Ressourcen und Vernetzung ins Gesundheitssystem zur Verfügung gestellt käme. Wo im Bereich der Spitäler die Krankenhauspharmazie aufgrund ihrer Kompetenz unterstützen kann, so könnten auch in der Primärversorgung die Apotheken einen wertvollen Beitrag als rund um die Uhr verfügbare Erstanlaufstelle mit Kontrollfunktion leisten, beispielsweise bei Impfungen und Dauerverordnungen.

Gewünscht wird weiterhin eine bessere Information als auch Erziehung der Bevölkerung zu einer auch in ihrem Interesse bestmöglichen, effizienten Nutzung der vorhandenen Gesundheitseinrichtungen. Es wäre im Geiste der Zeit mittlerweile auch mehr als überfällig, offizielle digitale Möglichkeiten für Erstinformation und Zuweisung zu schaffen.

Für KI gibt es vielfältige, konkrete Anwendungsmöglichkeiten, wie sie stellenweise bereits umgesetzt werden: Der Einsatz von KI bei der Brustkrebsdiagnose (als auch in anderen Auswertungsverfahren) hat deutlich gezeigt, dass diese hier treffsicherer arbeitet, als der Mensch. KI-Unterstützung kann weiterhin bei Ausbildung und Dokumentation Zeit- und Qualitätsgewinne bringen und wird so beispielsweise im Haus der Barmherzigen Brüder Linz eingesetzt. Monitoring und Betreuung chronischer Krankheiten ist ein weiteres Anwendungsgebiet, in welchem sich im digitalen Zeitalter laufend mehr und zunehmend effiziente wie auch effektive Lösungen ergeben. In der Abwicklung von Verwaltungs- und Routinetätigkeiten, wie Dokumentation und anderen Tätigkeiten, welche abseits der Betreuung von Patientinnen und Patienten erledigt werden, sind die möglichen Zeiterparnisse signifikant.

Was im Bereich der Dokumentation, Diagnoseübermittlung, Evaluation und generell die potenziellen technischen Möglichkeiten betreffend oft betont wurde, blieb als Fazit des Dialoges auch als letzter fundamentaler Wunsch: Es sei nicht zuletzt auch ein Paradigmenwechsel in der Vernetzung und Entscheidungsfindung der Stakeholder notwendig. Es ist sinnlos, zu versuchen, systemische Probleme punktuell zu lösen. Vielmehr wird sich in den nächsten Jahren aufgrund der herausfordernden Rahmenbedingungen zunehmend ungeschminkt zeigen, ob sich die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger entschlossen haben, das System einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung umfassend auf eine langfristig gesunde Basis zu stellen. **P**



PERFORMANCE

Die Bedeutung pharmakoökonomischer Effizienz in der Kostendämpfung

Der Einsatz neuer Arzneimittel steigert oft die Ausgaben, kann aber auch Effizienz bringen. Welche aktuellen Ansätze es gibt und wie sich diese in der Praxis umsetzen lassen, war Thema des 3. PRAEVENIRE Dialogs zu **KOSTENDÄMPFUNGSPFADEN IM GESUNDHEITSSYSTEM.** | von Andreas Schmallegger, BA

Der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE hat sich seit Anfang 2022 zwei Initiativen verschrieben, welche die Sicherstellung der solidarischen Gesundheitsversorgung im Fokus haben. Die Projekte „Kostendämpfungspfade im Gesundheitswesen“ und „Spital 2030“ legen dabei das Augenmerk auf konkrete Lösungsansätze, wie sie von ausgewählten Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen in den Gesprächen identifiziert werden. In der dritten Runde des Themas „Kostendämpfungspfade“ wurde gegärtnert: Unter „low hanging fruits“ versteht man einfach erreichbare Ziele. Im Sinne der Kostendämpfung ist es momentan von besonderem Interesse, leicht erreichbare, kosteneffiziente Lösungen zu identifizieren. Dr. Thomas Czypionka vom Institut für höhere Studien präsentierte hierzu eine Untersuchung zu sinnvollen pharmakoökonomischen Ansätzen in der Kostendämpfung. Pharmakologische Neuerscheinungen lassen zuerst üblicherweise erhöhte Kosten vermuten. Das Interesse von PRAEVENIRE liegt hier besonders in der Frage: Kann eine Änderung von Therapiekonzepten auch kostendämpfend wirken?

Neue Therapien für kürzere Behandlungen

Die Antwort lautet schlichtweg: Ja. Konkret betrachtet wurde zuerst das Antibiotikum Dalbavancin, das bei Infektionen von Haut und Weichgewebe zum Einsatz kommt. Diese Infektionen bedeuten oft mehrtägige Spitalsaufenthalte, da wiederholte Antibiotika-Infusionen erforderlich sind. Dalbavancin wird nun einmalig verabreicht, da die Eliminationshalbwertszeit des Medikamentes mit 372h die notwendige Behandlungsdauer abdeckt. Patienten können somit nach erfolgter Verabreichung meist häuslich betreut werden. In der Modellierung des Zeitaufwandes ergab sich drei Jahre nach der Einführung eine Zeiterparnis in der stationären Verweildauer von 782 Belagstagen pro 1.000 Fällen. Das zweite untersuchte Beispiel war die Anwendung Parentaler Eisentherapie. Modellrechnungen zeigen hier, dass die Anwendung von Fe-Derisomaltose (FDI) zu weniger Infusionen pro Behandlungszyklus gegenüber der Verwendung von Fe-Carboxymaltose (FCM) führt. Phosphatmonitoring ist, anders als bei FCM, bei der Anwendung von FDI nicht notwendig. FDI zeigt weiters gegenüber FCM geringes Risiko für Hypophosphatämie und Osteomalazie. All dies ergibt deutlich weniger primären als auch sekundären Behandlungsaufwand bei besserer Lebensqualität für Patientinnen und Patienten aufgrund verringerten Risikos. Die reine Kostenersparnis bei der An-

wendung von Fe-Derisomaltose läge bei 135€ pro Patient über fünf Jahre. Die zwei vorgestellten Beispiele demonstrieren somit deutlich, wie durch die Adaptierung von Therapie-schemata Aufwände reduziert werden können.

Zeit als immer noch wertvollstes Gut

Die direkt quantifizierbaren Kostenersparnisse in der Anschaffung dieser Pharmazeutika stehen den Zeitersparnissen im Prozess dabei noch weit hinterher. Bedenkt man die Personalproblematik im Gesundheitswesen und dass sie sich in den nächsten Jahren schon allein aufgrund demografischer Grundlage nicht bessern wird, so sollte der Identifizierung und schnellen Anwendung von Pharmazeutika, die nachweislich weniger Behandlungsschritte und kürzere Aufenthalte mit sich bringen, besondere Aufmerksamkeit zukommen. Von Bedeutung müssen in der kostenbewussten Anwendung gewisser Therapien in Zukunft vermehrt auch nicht alleine die Anschaffungskosten, sondern eine Betrachtung des Behandlungsprozesses insgesamt sein. Eine Änderung einer medikamentösen Therapie, die in insgesamt signifikant weniger Behandlungen, Verweildauer und Zeitaufwand für alle Beteiligten resultiert, stellt summa summarum eine Entlastung für

das Gesundheitssystem als Ganzes als auch für Patientinnen und Patienten selber dar. Eine Auffassung, die von allen Beteiligten des Gesprächs geteilt wurde, war: Wir müssen Effizienz gewinnen. Die größte und nachhaltigste Wirkung kommt dabei allokativer Effizienz zu, die als Ergebnis politischer Prozesse und Entscheidungen nicht beliebig, geschweige denn schnell und treffsicher zugleich beeinflusst werden kann. Adaptierungen bei Therapie-schemata können aber die technische Effizienz erhöhen und abseits direkter, offensichtlicher Kosten innerhalb des Behandlungsprozesses deutliche (Zeit-)Ersparnis bringen – und stellen somit eine jener begehrten „low hanging fruits“ dar, um kurzfristig Veränderung herbeizuführen.

In der Anwendung von Infusionstherapien und Möglichkeiten zu einer effizienten Anwendung dieser hielten die versammelten Expertinnen und Experten im Gespräch folgende zentralen Punkte fest: Der mit Abstand größte relative Kostenteil kommt subkutanen onkologischen Therapien zu. Geht es um die Verabreichung von Infektionstherapien grundsätzlich, so werden diese nicht immer am Best Point of Care eingesetzt. Schlussendlich spielt die Finanzierung von Therapien, und damit auch



© BEN LEITNER



die Entscheidung darüber, wo diese eingesetzt werden, eine zentrale Rolle. In diesem Zusammenhang kommt auch dem Begriff des Prozessmanagements und der Prozessoptimierung viel Bedeutung zu. Betrachtet man die Anwendung einer (Infusions-)Therapie, von Diagnose über Aufnahme zu Abwicklung und Entlassung, so gibt es durchaus Potenzial als auch konkrete Möglichkeiten, diese kosteneffizienter zu gestalten und Patientinnen und Patienten ein „Pendeln“ in ein Krankenhaus oder einen mehrtätigen stationären Aufenthalt zu ersparen. Als Beispiel wurden neben den eingangs exemplarisch vorgestellten Möglichkeiten der Anpassung von Therapien, weg von Mehrfach- zu Einfachgaben wo möglich, im Gespräch weiters die ausgelagerte Behandlung chronisch entzündlicher Darmkrankheiten in Wien genannt als auch die Existenz einer dezierten onkologischen Ordination in Deutschland zu subkutaner onkologischer Therapie, inklusive Produktion vor Ort. Letzteres ein, um aus dem Gespräch zu zitieren, „beeindruckendes“ Beispiel, das aber hierzulande entsprechende (rechtliche) Voraussetzungen bräuchte, um diese Versorgung überhaupt anbieten zu können.

Klinische Pharmazie hätte wichtige Kontrollfunktion

Im PRAEVENIRE Interesse der Kostendämpfung für das Gesundheitssystem diskutierten die versammelten Expertinnen und Experten weiterhin, wie über einen längeren Zeitraum laufende Therapien in Zukunft organisiert werden können, um sowohl für Patientinnen und Patienten als auch das Gesundheitssystem möglichst effizient abgewickelt zu werden. Die Grundprämisse ist: Therapien müssen möglichst am Best Point of Care erfolgen – und dieser Ort ist nicht zwangsläufig, außer medizinisch notwendig, ein Krankenhaus. Für die Verabreichung speziell von Infusionstherapien im niedergelassenen Bereich fehlen allerdings derzeit die Finanzierung wie auch die Ausstattung. Im Bereich der chronischen Krankheiten zeigt sich nun die erfreuliche Entwicklung, dass sich zeitgemäße Erkennt-

v. l. n. r. Wilhelm Marhold, Stephan Kriwanek, Gunda Gittler, Christian Cebulla, Thomas Czipionka

nisse zur Versorgung langsam durchsetzen – neben den bereits angeführten Modellen zu Infusionstherapien außerhalb der Krankenhäuser wurde beispielsweise in Wien mit Ende April eine neue Diabetesambulanz eröffnet. Eine flächendeckende laufende Betreuung für notwendige Therapien und chronische Krankheiten auch außerhalb der Spitäler wäre grundsätzlich sehr begrüßenswert. Ermöglicht werden müsste diese schlussendlich durch Entscheidungen der Politik in der grundlegenden Gesetzgebung zur Finanzierung als auch Regelungen betreffend den Betrieb medizinischer Zentren oder kleinerer Ambulanzen. Wege für Patientinnen und Patienten können verkürzt und Krankenhäuser in ihrer täglichen Arbeit entlastet werden. Eine stärkere Miteinbeziehung der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten in den Prozess könnte Ärztinnen und Ärzte in Teilbereichen entlasten und durch integrales, bewusstes Medikamentenmanagement Qualität sichern, Komplikationen vermeiden und Kosten dämpfen. Digitale, durchgängige Erfassung von Medikationen wurde als Grundvoraussetzung hierfür betont. Durch den Einsatz der klinischen Pharmazie in österreichischen Krankenhäusern, der ambulanten Versorgung oder Ordinationseinrichtungen könnte so die Polypharmazie mit allen ihren Folgen, wie Nebenwirkungen oder die unnötige Verschreibung von Heilmitteln, deutlich reduziert werden und damit eine Kostenreduktion sowohl beim Medikamentenverbrauch als auch in der Therapie von Nebenwirkungen erzielt werden. In diesem Zusammenhang wurde auf die Erfahrung mit ca. 2.000 Akutaufnahmen von Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Blutungen in der Klinik Donaustadt in den Jahren 2012 bis 2022 hingewiesen: 50 Prozent davon waren medikamentenassoziiert. Die durchschnittliche Dauer der Aufenthalte betrug sechs Tage, bei einem durchschnittlichen Erythrozytenkonzentrat („Blutkonserven“-)Verbrauch von 4 und einer Letalität im einstelligen Prozentbereich. Im Gespräch hoben die Expertinnen und Experten grundsätzlich die Bedeutung einer qualitativen Überprüfung von Verschreibungen („Medikamentenchecks“) deutlich hervor.

Verringerte Aufwände durch bewusstes Medikationsmanagement

Aktuell bleiben auch weiterhin die grundlegende Notwendigkeit einer umfassenden Digitalisierung, vorrangig der Möglichkeit des unkomplizierten Austausches behandlungsrelevanter Daten innerhalb des Gesundheitssystems. Auch Verschreibungen einfach, lückenlos und schnell abzurufen, ist bis heute nicht möglich. Die Problematik des Verlassens auf Selbstauskünfte von Patientinnen und Patienten besteht weiterhin. Ebenso bleibt als Dauergast des Diskurses zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung der Themenkomplex des Spannungsfeldes der Versorgung zwischen Spitalsbereich und niedergelassenem Bereich – und der nur zaghaft entstehenden, ersten Versuche einer klar definierten Primärversorgung.

In Bezug auf die im Fokus liegenden Möglichkeiten zur Kostendämpfung durch die Änderung von Therapieschemata lässt sich abschließend festhalten: Bei Infusionstherapien müssen nachweisbar effizientere Einmalgaben, wo möglich, forciert werden. Effizienter Medizinprodukteinsatz ist Teil bewussten Umgangs mit Ressourcen des Gesundheitssystems. Und speziell in der derzeit angespannten Versorgungslage muss Prozessmanagement, das abseits der reinen Anschaffungskosten den Gesamtaufwand von Therapien in Betracht zieht, grundlegender Bestandteil in der Organisation dieser sein. Die Expertise der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten ist hier zu nutzen. Eine präventive, empirisch belegte, effiziente Medizinprodukteauswahl schützt Patientinnen und Patienten vor Nebenwirkungen, beugt Diskussionen um Kosten vor und es gilt, gerade unter dem Gesichtspunkt eines ökonomischen Denkens, „an mehr zu denken als nur Sparen“, wie es einer der Teilnehmenden des Gesprächs formulierte. Effizienz, zielführende Allokation und das Bewusstsein, dass Aufwand in der medizinischen Versorgung zu einem sehr großen Teil kostbare und inhärent lebensentscheidende Zeit bedeutet, müssen Grundlage der Entscheidungen über die Versorgung der Menschen sein. **P**

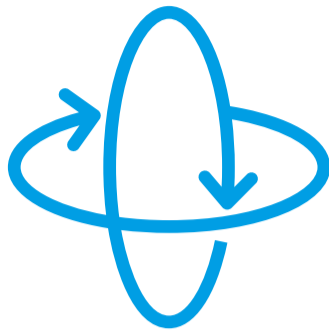




PIONIERE

360° Blick

Seltene Erkrankungen in der Schule – Schärfung des Bewusstseins



Rund 450.000 Menschen in Österreich leben mit einer Seltene Erkrankung (SE). Diese Erkrankungen sind meist erblich, oft komplex, chronisch, invalidisierend, progressiv und degenerativ, manchmal auch lebensbedrohlich. 70 Prozent der Seltene Erkrankungen manifestieren sich bereits in der Kindheit.

Im Schnitt vergehen etwa fünf Jahre bis zur Diagnose, in denen betroffene Personen verschiedene ärztliche Angebote aufsuchen, lange keine oder falsche Diagnosen bzw. Therapien erhalten, oft auf Unverständnis stoßen oder nicht ernstgenommen werden. Seltene Erkrankungen sind außerdem geprägt durch eine Vielfalt an Symptomen und Anzeichen, die sich nicht nur von Erkrankung zu Erkrankung unterscheiden, sondern auch bei Betroffenen mit der gleichen Erkrankung. Viele Seltene



Ulrike Holzer
Obfrau Pro Rare Austria

Erkrankungen zeigen sich auch auf den ersten Blick gar nicht. Frühzeitige Bewusstseinssteigerung in der Schule, bei Lehrenden und Schülerinnen und Schüler, ist nicht nur aus diesem Grund sehr wichtig und hilft dabei, eine Grundlage zu bilden, in der Gemeinschaft besser und bewusster zu agieren und den Schulbesuch für betroffene Kinder möglichst problemlos zu ermöglichen - als grundlegende Voraussetzung für eine Berufsausbildung und -ausübung. Im Rahmen eines Projekts, das von der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit initiiert wurde, fand eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen der Pädagogischen Hochschule (PH) Salzburg Stefan Zweig und Pro Rare Austria unter der Mitwirkung unserer Vorstandsmitglieder und einiger Mitgliedsorganisationen statt. Das Projekt mit dem Titel „Wissen hilft! Umgang

mit seltenen Erkrankungen in der Schule“ unter der Leitung von Mag. Dr. Nicola Sommer von der PH Salzburg in Kooperation mit der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit bietet Fortbildungsseminare an der PH Salzburg an, in denen aktive Lehrerinnen und Lehrer und ebenso Studierende darauf vorbereitet werden, wie sie das Thema SE im Unterricht behandeln können. Betroffene bzw. Angehörige von Betroffenen kommen in den Seminarinhalten zu Wort, geben einen Einblick in den Alltag mit einer Seltene Erkrankung und den Lehrenden Hinweise zum Umgang mit betroffenen Schülerinnen und Schüler. Im (Schul-)Alltag gibt es für Kinder mit Seltene und/oder chronischen Erkrankungen viele Hürden, weshalb das Bewusstsein bei Lehrpersonen besonders wichtig ist. Diesen Kindern muss ein gleichberechtigter Zugang zu Bildung ermöglicht werden – je mehr Wissen also über Seltene Erkrankungen und deren vielfältige Erscheinungsformen vorhanden ist, desto besser kann individuell auf die Kinder eingegangen und können potentielle Missverständnisse vermieden werden. Im Rahmen dieses Projektes erstellte der Salzburger Lehrer Manuel Preishuber Unterrichtsmaterial in Form einer Musterschulstunde für die Altersstufe 7/8 Jahre. Dieser Unterrichtsplan kann überall leicht umgesetzt werden; er wurde in verschiedene Sprachen übersetzt und in der diesjährigen Kampagne zum Rare Disease Day als herausragend ausgezeichnet. Die Auseinandersetzung mit dem Thema seltene Erkrankungen, aber auch mit Gemeinschaft, Freundschaft und Diversität stehen dabei im Mittelpunkt. **P**

mit seltenen Erkrankungen in der Schule“ unter der Leitung von Mag. Dr. Nicola Sommer von der PH Salzburg in Kooperation mit der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit bietet Fortbildungsseminare an der PH Salzburg an, in denen aktive Lehrerinnen und Lehrer und ebenso Studierende darauf vorbereitet werden, wie sie das Thema SE im Unterricht behandeln können. Betroffene bzw. Angehörige von Betroffenen kommen in den Seminarinhalten zu Wort, geben einen Einblick in den Alltag mit einer Seltene Erkrankung und den Lehrenden Hinweise zum Umgang mit betroffenen Schülerinnen und Schüler.

Im (Schul-)Alltag gibt es für Kinder mit Seltene und/oder chronischen Erkrankungen viele Hürden, weshalb das Bewusstsein bei Lehrpersonen besonders wichtig ist. Diesen Kindern muss ein gleichberechtigter Zugang zu Bildung ermöglicht werden – je mehr Wissen also über Seltene Erkrankungen und deren vielfältige Erscheinungsformen vorhanden ist, desto besser kann individuell auf die Kinder eingegangen und können potentielle Missverständnisse vermieden werden. Im Rahmen dieses Projektes erstellte der Salzburger Lehrer Manuel Preishuber Unterrichtsmaterial in Form einer Musterschulstunde für die Altersstufe 7/8 Jahre. Dieser Unterrichtsplan kann überall leicht umgesetzt werden; er wurde in verschiedene Sprachen übersetzt und in der diesjährigen Kampagne zum Rare Disease Day als herausragend ausgezeichnet. Die Auseinandersetzung mit dem Thema seltene Erkrankungen, aber auch mit Gemeinschaft, Freundschaft und Diversität stehen dabei im Mittelpunkt. **P**



Link zum Unterrichtsplan:
https://www.prorare-austria.org/fileadmin/user_upload/Rare_Disease_Day_Unterrichtsplan_7-8Jahre_DE.pdf



Gesunde Zukunft | Folge 11

Zerrissen

Diskrepanzen erfordern neue Denkmodelle



Die Kooperation aller Player im öffentlichen Gesundheitswesen muss enger werden, um Ressourcen zu bündeln und neue Herausforderungen gut zu meistern. Wir hatten in den 90er-Jahren österreichweit etwa 20.000 Ärztinnen und Ärzte im System, heute sind es 47.000 (in der KA-Ges, der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m. b. H, gibt es derzeit so viele Köpfe wie noch nie). Doch was auf den ersten Blick gut klingt, birgt Zwiespältigkeit: Die Medizin entwickelt sich unfassbar schnell, was zu einem höheren Spezialisierungsgrad führt – ein Phänomen, das wir europaweit beobachten, ebenso den deutlichen Anstieg der Teilzeitbeschäftigten. Trotz steigenden Personals krankt die Versorgung in der aktuellen Form. Eine Diskrepanz, die neue



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

Denkmodelle und Umstrukturierungen erfordert. Denn ein Blick weg von den Zahlen hin zu den Menschen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, verdeutlicht: Zerrissenheit macht krank. Hanna ist Ärztin in einem Landeskrankenhaus. Sie arbeitet im Rahmen einer Teilzeitanstellung an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wir fragen sie, was sie brauchen würde, um ihre Arbeit als zufriedenstellend zu erleben: „Am schlimmsten ist die Zerrissenheit. Es wohnen zwei Seelen in meiner Brust. Ich bin Medizinerin und Mutter und kann mich hier nur dann voll einlassen, wenn ich sicher bin, dass mein Kind gut betreut wird und es sich wohl fühlt. Es geht ja nicht mehr darum, Frauenrechte zu erkämpfen, sondern um die Anerkennung, dass das Gesundheitssystem ohne Ärztinnen schlicht zusammenbrechen würde. Da helfen ganz elementare Infrastrukturen, wie ein Betriebskindergarten, aber auch „kleine“ kinderfreundliche Ausstattungen wie beispielsweise Stillbereiche. „Familienfreundlichkeit“ steht manchmal nur am Eingangsschild des Krankenhauses, wird aber nicht ernsthaft praktiziert. Der Spagat zwischen Beruf und Familie muss gelingen. Andernfalls kann eine Ärztin, die auch Mutter ist, keine gute Ärztin sein.“ Kollege Philip arbeitet als Diplomkrankenschwester in Vollzeitform. Was für ihn das Wichtigste ist? „Dienstplansicherheit und Erholungsphasen. Wir haben hier seit Jahren einen enormen Leistungsdruck und müssen in immer kürzerer Zeit immer mehr schaffen. Es fehlt mir, mich wirklich auf die Patientinnen und Patienten einlassen zu können. Wenn uns das genommen wird, sind wir von Menschlichkeit weit entfernt. Und wenn mir die Kräfte ausgehen, kann ich hier keine gute Arbeit leisten.“ Heute steht außer Zweifel, dass die physische und psychische Gesundheit ganz wesentlich von den Arbeitsbedingungen beeinflusst wird. Ausreichende Erholungsphasen, flexible und familienfreundliche Arbeitszeitmodelle sowie Dienstplansicherheit sind nur einige der Akutmaßnahmen, die gesetzt werden müssen. Effiziente Umstrukturierung bedeutet aber auch die Aufstockung der insbesondere fachärztlichen Ausbildungsplätze und attraktiver Stipendienmodelle. Letztendlich müssen wir uns mit den neuen Lebensentwürfen nachwachsender Ärztinnen und Ärzte gut auseinandersetzen, um die Zukunft des Gesundheitssystems wirkungsvoll formen zu können. **P**

zusammenbrechen würde. Da helfen ganz elementare Infrastrukturen, wie ein Betriebskindergarten, aber auch „kleine“ kinderfreundliche Ausstattungen wie beispielsweise Stillbereiche. „Familienfreundlichkeit“ steht manchmal nur am Eingangsschild des Krankenhauses, wird aber nicht ernsthaft praktiziert. Der Spagat zwischen Beruf und Familie muss gelingen. Andernfalls kann eine Ärztin, die auch Mutter ist, keine gute Ärztin sein.“

Kollege Philip arbeitet als Diplomkrankenschwester in Vollzeitform. Was für ihn das Wichtigste ist? „Dienstplansicherheit und Erholungsphasen. Wir haben hier seit Jahren einen enormen Leistungsdruck und müssen in immer kürzerer Zeit immer mehr schaffen. Es fehlt mir, mich wirklich auf die Patientinnen und Patienten einlassen zu können. Wenn uns das genommen wird, sind wir von Menschlichkeit weit entfernt. Und wenn mir die Kräfte ausgehen, kann ich hier keine gute Arbeit leisten.“

Heute steht außer Zweifel, dass die physische und psychische Gesundheit ganz wesentlich von den Arbeitsbedingungen beeinflusst wird. Ausreichende Erholungsphasen, flexible und familienfreundliche Arbeitszeitmodelle sowie Dienstplansicherheit sind nur einige der Akutmaßnahmen, die gesetzt werden müssen. Effiziente Umstrukturierung bedeutet aber auch die Aufstockung der insbesondere fachärztlichen Ausbildungsplätze und attraktiver Stipendienmodelle. Letztendlich müssen wir uns mit den neuen Lebensentwürfen nachwachsender Ärztinnen und Ärzte gut auseinandersetzen, um die Zukunft des Gesundheitssystems wirkungsvoll formen zu können. **P**

Klinische Forschung bringt Innovation

Michael Lugez, General Manager für Bristol Myers Squibb Österreich und Schweiz, **ÜBER DEN HOHEN STELLENWERT KLINISCHER FORSCHUNG, DEREN GROSSEN NUTZEN FÜR PATIENT:INNEN** und ihre Bedeutung für den biomedizinischen Standort Österreich.

Knapp über 100 Mitarbeiter:innen arbeiten bei BMS in Österreich am Standort Wien. Gemeinsam mit Universitätskliniken und weiteren Krankenhäusern führt Bristol Myers Squibb derzeit mehr als 50 klinische Studien in Österreich durch.

PERISKOP: Sie haben vor rund eineinhalb Jahren die Leitung von Bristol Myers Squibb in Österreich und der Schweiz in einer für unsere Gesellschaft generell sehr schwierigen Zeit übernommen. Was konnte in dieser Zeit im Bereich der Biopharmazie in Österreich erreicht werden?

LUGEZ: Als General Manager für Österreich und die Schweiz bin ich für zwei starke und faszinierende Märkte verantwortlich. Besonders spannend ist es, dass sich in der Gesundheitsbranche gerade sehr viel tut. Das fordert mein Team und mich, gleichzeitig treibt es unsere Arbeit auch enorm voran. Der Schwerpunkt von BMS liegt in der Erforschung, Entwicklung und Herstellung innovativer Medikamente, die das Leben von Betroffenen verbessern und gleichzeitig einen Mehrwert für Gesellschaften und Gesundheitssysteme schaffen. Knapp über 100 Mitarbeiter:innen arbeiten bei BMS in Österreich am Standort Wien. Gemeinsam mit Universitätskliniken und weiteren Krankenhäusern führt Bristol Myers Squibb zurzeit in Österreich mehr als 50 klinische Studien durch. Das Ziel, durch innovative Behandlungen und Medikamente das Leben von Menschen mit Erkrankungen wie Krebs oder Herz-Kreislaufleiden zu verbessern, haben wir in unserem Arbeitsalltag immer vor Augen. Diese Mission motiviert uns Tag für Tag, als ein großartiges Team über Grenzen hinweg unser Bestes zu geben. Bei allen Projekten steht dabei der Mensch im Mittelpunkt.

Bristol Myers Squibb ist mit seinen klinischen Studien eines der führenden Pharmaunternehmen in Österreich. Welche Rolle spielt die klinische Forschung für die Patient:innen sowie für den Forschungsstandort Österreich?

Österreich hat eine lange Tradition in der klinischen Forschung und viele Pilotprojekte beginnen hier. Die Teilnahme an klinischen Studien ermöglicht es den Menschen, früher Zugang zu innovativen Medikamenten zu erhalten, was nicht nur den Patient:innen zugutekommt, sondern auch die Medizin voranbringt. Klinische Studien sind heute der Goldstandard, um die Sicherheit und Wirksamkeit neuer Medikamente wissenschaftlich fundiert zu erforschen und zu belegen. Dank der Bereitschaft unserer Studienteilnehmer:innen können so wertvolle Ergebnisse gewonnen werden, die im besten Fall Behandlungsstandards verbessern oder Therapien für bislang nicht – oder nicht aus-

Biobox

Michael Lugez absolvierte sein MBA-Studium an der IAE La Sorbonne in Frankreich. Er startete seine Karriere in der Pharmabranche und übernahm 2019 nach mehreren Führungsrollen, unter anderem in Frankreich und in Großbritannien, die Position als General Manager bei Bristol Myers Squibb Schweden. Seit September 2021 verantwortet er nun als General Manager bei BMS die Länder Österreich und Schweiz.



reichend – behandelbare Erkrankungen, wie beispielsweise viele Krebsarten, entwickeln. Mit Hilfe der klinischen Forschung stärkt Österreich seine Position als wichtiger Forschungsstandort. Studienärzt:innen können bei länderübergreifenden Studien mit anderen Standorten zusammenarbeiten und so an der internationalen Spitzenforschung teilnehmen. Darüber hinaus entlasten klinische Studien das Gesundheitssystem finanziell und tragen zur Wertschöpfung bei. BMS legt den Schwerpunkt seiner Tätigkeit auf die klinische Forschung und nimmt damit eine Vorreiterrolle ein, wenn es darum geht, innovative Therapien für Patient:innen in verschiedenen Bereichen zugänglich zu machen.



Ihrer Karriere umfasst bereits Stationen in Frankreich und Schweden. Was kann Österreich von diesen Ländern lernen?

Ich würde mir wünschen, dass die Wissenschaftsskepsis in der österreichischen Bevölkerung, wie sie jährlich in der Eurobarometer Umfrage im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern gezeigt wird, nicht so ausgeprägt wäre. Österreich ist ein großartiger Forschungsstandort – nicht nur im Bereich der klinischen Forschung. Ich denke auch, dass die anderen Länder auch viel von Österreich lernen können. Ich erlebe hier, dass ein Dialog auf Augenhöhe mit allen Akteur:innen des Gesundheitssystems möglich ist und sehr offen über Themen, wie der Weiterentwicklung onkologischer Versorgungsstrukturen, psychologischer und emotionaler Unterstützung oder der Nachhaltigkeit des Gesundheitssystem trotz neuer Herausforderungen diskutiert wird.

Klinische Forschung ist die Brücke, über die Innovationen aus den Laboren zu den Patient:innen gelangen.

Michael Lugez

Welche aktuellen Schwerpunkte gibt es? An welchen medizinischen Problemen wird gerade besonders geforscht?

Wir sind davon überzeugt, dass die Pharmabranche über die Bereitstellung von Medikamenten hinaus mehr tun kann, um Menschen mit Erkrankungen, ihre Angehörigen, Gesellschaften und Gesundheitssysteme zu unterstützen. Als forschendes pharmazeutisches Unternehmen ist es unsere Vision, dass die Innovationen aus der Forschung in unseren Laboren in klinischen Studien weiterentwickelt werden, um innovative Therapien schnellstmöglich anbieten zu können. Es bedeutet aber auch, dass wir zum Beispiel mittels Digitalisierung und innovativem Studiendesign, Daten wieder zurück in die Labore geben können, die die Forschung weiter vorantreiben und beschleunigen. Denn nach einer erfolgreichen Therapie ist die gesamte Gesellschaft gefordert – Stichwort Arbeitgeber und Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag, Enttabuisierung von schweren Krankheiten im sozialen Umfeld etc. Auch hier möchten wir unsere gesellschaftliche Verantwortung wahrnehmen. Wir wollen mit Menschen mit Erkrankungen sowie deren medizinischem und therapeutischem Umfeld partnerschaftlich in Kontakt treten, um ihre Bedürfnisse besser zu verstehen und auch weiterhin in Zukunft wertvolle Innovationen zu schaffen. **P**

 bms.com/at

 Bristol Myers Squibb



PIONIERE

ÖGK muss Budget für Gesundheitsförderung & Prävention künftig verdreifachen

Hat sich mit der Umbenennung der Gebietskrankenkassen in „Gesundheitskasse“ auch die inhaltliche Ausrichtung dieses Sozialversicherungsträgers geändert? Der stellvertretende ÖGK-Obmann Andreas Huss, MBA pocht bei den 7. PRAEVENIRE Gesundheitstagen in Seitenstetten auf **MEHR FINANZIELLE MITTEL FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG.** | von Rainald Edel, MBA

Im Jänner 2020 wurden die ehemaligen neun Gebietskrankenkassen zur ÖGK zusammengeschlossen. Eine inhaltliche Anpassung, die dem Namen „Gesundheitskasse“ gerecht werde, habe jedoch von Seiten des Gesetzgebers nicht stattgefunden, kritisiert Andreas Huss, Obmann-Stellvertreter der ÖGK, in seiner Keynote bei den 7. PRAEVENIRE Gesundheitstagen in Seitenstetten. „Wenn wir den Weg von der Krankenkasse zur Gesundheitskasse konsequent zu Ende gehen wollen, müssen wir mehr Geld in die Hand nehmen“, mahnt er. Derzeit würde die ÖGK lediglich 1,4 Prozent ihrer Mittel in gesundheitsfördernde Maßnahmen investieren. Das sei viel zu wenig, um auch abseits der „Reparaturmedizin“ etwas anbieten zu können, sagt Huss. Die Arbeitnehmer-Interessenvertretung in der ÖGK habe sich dazu bekannt, dass die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention massiv angehoben werden müssen, um auch dem Namen Gesundheitskasse gerecht zu werden. Natürlich müsse sich eine Kranken- bzw. Gesundheitskasse überwiegend um kranke Menschen kümmern, aber es sei nötig, einen gewissen Anteil der Einnahmen auch für die Erhaltung der Gesundheit der Menschen auszugeben. „Wir haben uns das Ziel gesteckt bis 2030 5 Prozent unserer Beitragseinnahmen für die Gesundheitsförderung auszugeben, was eine Verdreifachung der bisherigen Mittel bedeutet“, kündigt Huss an.

Wie notwendig die Förderung der Gesundheit sei, zeigen nationale und internationale Statistiken. So sind beispielsweise in Schweden die Menschen bis zum 72. Lebensjahr gesund, in Österreich hingegen im Durchschnitt nur bis knapp über 60 Jahre. Allerdings gibt es, so Huss, hierzulande ein deutliches West-Ost-Gefälle. Während die Bevölkerung in Vorarlberg, Tirol, Salzburg ebenfalls bis rund 70 Jahre gesund ist, liegt dieser Wert im Osten und Süden des Landes bei 62 Lebensjahren. „Da müssen wir die Ärmel aufkrepeln und schauen, wie wir diese Menschen ebenfalls gesund erhalten können“, so der ÖGK-Vizeobmann.

Großes Präventionspotenzial

Österreich ist in der Prävention psychischer Erkrankungen eher schlecht aufgestellt, konstatiert Huss. „Wir haben zwar die Psychotherapie ausgebaut – allerdings richtet sich diese an bereits kranke Menschen. Wir müssen schauen, dass wir für gesunde Menschen, die noch nicht psychisch krank, aber belastet sind,

Präventionsleistungen anbieten“, so Huss. Um hier Abhilfe zu schaffen, sollen Psychologinnen und Psychologen in das ASVG als Leistungsträger aufgenommen werden und Personen die psychisch belastet sind, präventiv betreuen. Die ÖGK plant generell bei Vorsorgeprogrammen nachzubessern. „Bei Menschen mit metabolischem Syndrom, Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Vorstufen zu diesen Erkrankungen schauen wir tatenlos zu, bis diese sich tatsächlich manifestieren“, ärgert sich Huss. Österreich hat bei diesen Indikationen eine relativ hohe Anzahl an Neuerkrankungen und liegt im europäischen Schnitt nicht besonders gut. Deshalb hat der ÖGK-Verwaltungsrat 2021 beschlossen, dass die ÖGK künftig auf Menschen mit gesundheitlichen Risiken aktiv zugehen, ihnen Bewegungs- und Ernährungsprogramme anbieten und helfen soll, ihren Lebensstil entsprechend zu adaptieren. Die ÖGK sei nun dabei, entsprechende Präventionsprogramme für die zuvor genannten Indikationen auszurollen.



Funktionierende Programme stärken und ausbauen

„Wir haben prinzipiell ein gut funktionierendes Brustkrebs-Vorsorgeprogramm, das über ein Einladungssystem funktioniert“, schildert Huss. Allerdings müsse dies wieder auf Vordermann gebracht werden, da pandemiebedingt die Vorsorgezahlen eingebrochen sind. Ein ebenso wichtiges Präventionsprogramm zum Bereich Darmkrebs gibt es seit Jahren in Vorarlberg. „Die Vorsorgekoloskopie müssen wir österreichweit ausrollen. Hier brauche es, ähnlich wie beim Brustkrebsprogramm, ein Einladungssystem, damit möglichst alle Menschen ab dem 50. Lebensjahr regelmäßig daran teilnehmen. Auch die allgemeine Gesundheitsvorsorge müsse gestärkt werden und die Teilnehmerquote durch ein aktives Einladungsmanagement wieder auf Vor-Corona-Niveau



Andreas Huss vertritt den Arbeitnehmerflügel im ÖGK-Verwaltungsrat und ist in jeder ersten Jahreshälfte turnusmäßig stellvertretender Obmann der ÖGK.

gehoben werden, mahnt Huss. Ein weiterer Bereich, der eine verstärkte Aufmerksamkeit seitens der ÖGK bedarf, seien chronisch kranke Menschen. „Es ist wichtig, sie in ihrer Lebenssituation so gut wie möglich zu betreuen und sie so lange wie möglich zu stabilisieren“, so Huss. Österreich habe zum Beispiel kein gut ausgestattetes Disease-Management-Programm für Diabetikerinnen und Diabetiker. Hier sei zwar schon einiges gelungen, aber es brauche mehr Diabeteszentren und vor allem Versorgungsdaten. „Wir müssen sehen, wie diese Menschen in die Krankheit gestartet sind, wie die Behandlungspfade und Behandlungserfolge aussehen. Aber auch, wie wir Folgeerkrankungen wie Erblindung oder Amputationen hintanhalten können“, schildert Huss.

Settingorientierte Gesundheitsvorsorge

Im Sinne des Konzepts „Health in All Policies“ müsse, so Huss, eine Gesundheitskasse auch andere gesellschaftliche Bereiche wie Wohn- oder Umweltpolitik begleiten unterstützen. Die betriebliche Gesundheitsförderung sei dabei nicht zu unterschätzen. In Österreich waren im Mai des Vorjahres bereits über 1.700 Betriebe mit einem Siegel für betriebliche Gesundheitsförderung ausgezeichnet, von der bereits 600.000 Beschäftigte profitieren. „Bei rund 3,5 Mio. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben wir allerdings noch ein Stück Arbeit vor uns. Wir wollen alle Betriebe, Beschäftigte und betriebliche Vertrauenspersonen davon überzeugen, dass betriebliche Gesundheitsförderung ein wichtiges Setting in der Gesundheitsversorgung darstellt“, kündigt Huss an.

Kindergesundheit stärken

„Ich bin froh, dass wir in der Bundeszielsteuerungskommission beschließen konnten, die ‚Frühen Hilfen‘ österreichweit einheitlich auszurollen. Damit können wir Kinder, die in prekären Verhältnissen zur Welt kommen, unterstützen, gesund aufzuwachsen“, schildert Huss. Ein weiteres relevantes Thema ist die Kinderzahngesundheit. Wenn es gelingt, Zähne bis zum 18. Lebensjahr gesund zu erhalten, bleiben sie auch im Erwachsenenleben lange gesund. „Deshalb ist es uns wichtig, ein kostenloses Kinderzahnprogramm anzubieten, dass von der Mundhygiene über die Fissurenversiegelung bis zur Zahnsperre geht, um die Kinderzähne entsprechend gesund zu halten und gut zu beobachten“, betont Huss. Die Bundesregierung hat die ÖGK-Forderung nach Aufnahme eines Kinderzahngesundheitsscreenings (45 Prozent Kariesrate bei Sechsjährigen) sowie logopädische und ergotherapeutische Screenings nicht in den neuen Eltern-Kind-Pass aufgenommen. „Das ist extrem bedauerlich, weil wir damit frühzeitig Krankheits- und Entwicklungsauffälligkeiten bemerken und behandeln hätten können“, so Huss. Weiters läuft zu den Themen gesunde Ernährung und Bewegung in einzelnen Bundesländern das Programm „Tigerkids“, das neben Kindern indirekt auch deren Familien anspricht. Auch die tägliche Turnstunde sei nach wie vor eine Forderung der ÖGK, erklärt der ÖGK-Vizeobmann.

Der Weg von der Kranken- zur Gesundheitskasse ist also kein Sprint, sondern ein Marathon. „Es gibt viele Aufgaben, aber dafür müssen wir auch mehr Geld in die Hand nehmen“, appelliert Huss abschließend. **P**

Sonderbeilage Kurier, Erscheinungstermin 4. Juli 2022





PIONIERE

Vorstellung PRAEVENIRE Jahrbuch 2022/23

Ankündigungsriesen – Umsetzungszwerge

PRAEVENIRE-Präsident Hans Jörg Schelling drückte bei der Vorstellung des Jahrbuches 2022/2023 aufs Tempo: **DIE AKTUELLEN HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZUR REFORM DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSWESENS** unter Mitarbeit von mehreren hundert Expertinnen und Experten liegen vor. Doch die Politik schreitet noch zu zögerlich und zu langsam voran, kritisierte Schelling. Rascher medizinischer Fortschritt, demografischer Wandel und zunehmende Personalprobleme rufen nach neuen Lösungen. | von Wolfgang Wagner

Man müsse das österreichische Gesundheitswesen so reformieren, dass die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt gestellt werden und die Versorgung für die entsprechenden Zielgruppen entsprechend gesteuert wird“, stellte Schelling, ehemals Chef des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, seiner Keynote voran. Keine Frage, der Präsident der Initiative hat gerade auf diesem Gebiet lange Erfahrung. Der Ex-Finanzminister, ehemals auch federführend an der Gesundheitsreform ab 2009 mit neuem Zielsteuerungsmechanismus und Kostendämpfungspfad beteiligt, mit Ironie der Erfahrung: „Im Grunde begleiten mich die Themen Gesundheit, Gesundheitsreform und Gesundheitsversorgung seit meiner Kindheit. Und ich werde heuer 70.“

Politik auf dem Bremspedal?

Im Verein mit jeweils 500 bis 800 österreichischen Expertinnen und Experten erarbeite die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit jeweils umsetzbare Vorschläge, um ein solidarisches und für die Menschen leistbares Gesundheitswesen zu erhalten und weiterzuentwickeln, sagte Schelling. Man habe für 2022/2023 mit dem Fokus Spital 2030 ein völlig neues Thema aufgenommen. „Die Gesundheitsversorgung beginnt bei den Hausärztinnen und Hausärzten und geht bis zum Krankenhaus. Das Unangenehme, das geschehen ist: Die Politik hat bisher sehr reserviert auf die Vorschläge reagiert.“ Hier fehle es an der Umsetzung, obwohl gerade PRAEVENIRE „sehr zielführende Vorschläge“ vorstelle und vorgestellt habe, die gut und einfach zum Nutzen aller umgesetzt werden könnten. Schelling: „Österreich ist kein Land der Revolution, es ist ein Land der Evolution. Wenn wir die in unserem Weißbuch vorgeschlagenen Schritte umsetzen, werden wir ein zukunftsfittes Gesundheitswesen haben.“ Man dürfe jedenfalls nicht nachlassen, der Politik zu sagen: „Setzt diese Maßnahmen endlich im Sinne der Patientinnen und Patienten um.“ Im Endeffekt gehe es ja um die Interessen jeder einzelnen Staatsbürgerin und jedes einzelnen Staatsbürgers. Der Präsident der PRAEVENIRE Initiative an das

Publikum bei der Präsentation des Jahrbuches: „Die Quelle allen Geldes sind Sie, ob über Ihre Steuern oder Ihre Sozialversicherungsbeiträge.“ Und wenn zum Beispiel die Bundesländer Abgänge in ihren Spitälern aufwiesen, springe erst recht wieder der Staat mit Finanzmitteln zur Abdeckung ein.

Digitalisierung vorantreiben

An einer Entwicklung geht in einem auf die zukünftigen Herausforderungen vorbereiteten Gesundheitswesen kein Weg vorbei: an der Digitalisierung. Schelling: „Die Digitalisierung müssen wir über die Aufklärung der Bevölkerung zum Nutzen der Auswertung von Daten vorantreiben.“ Es könne ja nicht weiterhin so sein, dass beispielsweise im niedergelassenen Bereich durchgeführte bildgebende Untersuchungen (CT, MRT) – also die Bilder – nicht auch gleich an Spitäler weitergeleitet werden und es dadurch oft zu Doppeluntersuchungen kommt. Gerade im Umgang mit Daten und mit ihrer Auswertung habe das österreichische Gesundheitswesen in der COVID-19-Pandemie deutliche Schwächen gezeigt. So habe man zeitweise nicht gewusst, wie viele Betten in den österreichischen Krankenhäusern zur Verfügung standen. Ein großes Thema im PRAEVENIRE Jahrbuch: Gesundheitskompetenz und Prävention. „Die kostenlosen Vorsorgemaßnahmen und die Früherkennung müssen ausgebaut werden. Dies sei die beste Möglichkeit, die Zahl der in Gesundheit erlebten Lebensjahre zu vermehren. Hier schneidet Österreich im internationalen Vergleich (OECD) seit langem eher schlecht ab.“

Wohnortnahe Versorgung

„Es ist eben so: Wir sind Ankündigungsriesen und Umsetzungszwerge“, meinte Schelling zum großen Anliegen der Verbesserung der Primärversorgung mit einer möglichst wohnortnahen Betreuung. „Wir hätten 72 Primärversorgungseinheiten geplant. In Wirklichkeit haben wir 40. Möge es gelingen, dass wir auf die 72 PVEs kommen.“ Ähnlich dringend ist laut den Vorschlägen der Expertinnen und Experten für ein zukunftssicheres Gesundheitswesen in Österreich der Ausbau der Früherkennungsprogram-

Welche Brennpunkte es im Gesundheitssystem noch gibt, erläuterten bei der Präsentation des PRAEVENIRE Jahrbuchs 2022/23 (v.l.): Wilhelm Marhold, Markus Wieser, Erwin Rebhandl, Gunda Gittler, Karl Lehner, Alexander Biach

me. Der PRAEVENIRE Präsident: „Je früher eine Erkrankung erkannt wird, desto mehr kann man dagegen tun. Das ist die große Chance. Und wenn eine Heilung nicht möglich ist, so kann man viele Krankheiten zumindest erträglicher machen. Die frühe Diagnose sollte in eine möglichst frühe Therapie übergeleitet werden.“ Ganz speziell wichtig sei das bei Krebserkrankungen. Auf der anderen Seite könnte zum Beispiel in der Orthopädie eine frühe Diagnose von Problemen und eine darauf folgende konservative Versorgung viele Operationen verhindern helfen. Schließlich gehe es auch um den Ausbau der Disease-Management-Programme in der Versorgung chronisch Kranker. Man sollte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte durchaus auch zur Teilnahme verpflichten können, müsse ihnen aber den Mehraufwand entsprechend abgelden, betonte Schelling. Ein zentrales Thema seien auch die Gesundheitsberufe. In Österreich gebe es viele bestausgebildete Angehörige anerkannter Gesundheitsberufe. Doch man müsse das Berufsrecht und ihre Kompetenzen so adaptieren, dass sie auch ihre Ausbildung in der Praxis umsetzen könnten. Derzeit seien viele Kompetenzen auf die Ärzteschaft „zentralisiert“. Hier müsse eine Anpassung erfolgen.

Reformschritte in den Spitälern dringend notwendig

Rehabilitation sei immer wichtig, betonte Schelling. Man sollte aber auch quasi eine „Kontroll-Reha“ schaffen, um den Erfolg solcher Maßnahmen über längere Zeit zu garantieren. „Wer einen Herzinfarkt hat, wird im Spital hervorragend versorgt, dann kommt die Rehabilitation – und dann wird man als gesund entlassen. Ein Jahr später sind die Werte dann oft wieder genauso schlecht wie vor dem Herzinfarkt“, resümierte der PRAEVENIRE Präsident. In der Pflege sollte nach Möglichkeiten gesucht werden, die Angehörigen zu entlasten. Das könne auch über die zeitweise Bereitstellung von Pflegepersonal erfolgen, um zum Beispiel Urlaub und Erholung zu gewährleisten. Ein neues und von der Politik dringend aufzugreifendes Thema: die Spitäler. „Wir haben in den Krankenhäusern einen enormen medizinischen Fortschritt, auf der anderen Seite einen enormen Alterungsprozess der Bevölkerung. Die Spitäler werden sich massiv ändern müssen“, meinte Schelling. Ein Grundproblem sei weiterhin die fragmentierte Finanzierung des Gesundheitswesens. Der PRAEVENIRE Präsident: „Wir werden es nicht schaffen, eine Finanzierung aus einem Topf sicherzustellen. Das wäre das Richtige. Aber man könnte doch aus einem Topf die niedergelassenen Ärzte und die Ambulanzen finanzieren – und aus einem anderen Topf den stationären Bereich.“ Damit könnten schon viele Probleme gelöst werden bzw. eine effizientere Steuerung im Gesundheitswesen erfolgen. **P**



„Setzt die im PRAEVENIRE Jahrbuch aufgezeigten Maßnahmen endlich im Sinne der Patientinnen und Patienten um“, appellierte PRAEVENIRE Präsident Hans Jörg Schelling an die Politik.





PIONIERE

Vorstellung PRAEVENIRE Jahrbuch 2022/23

Viele Probleme bei Kinder- und Jugendgesundheit

Psychische Belastungen sind durch die aktuell multiplen Krisen stark gestiegen. Trotz eines Aufholprozesses im Bereich der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche existiert noch immer „deutlich Luft nach oben“. Das erklärten Gesundheitsexpertinnen und -experten anlässlich der Vorstellung des PRAEVENIRE-Jahrbuchs 2022/2023. Gefordert wurden unter anderem ein **KINDER- UND JUGENDGESUNDHEITSSTAATSSEKRETARIAT SOWIE EINE KINDER- UND JUGENDGESUNDHEITSMILLIARDE.** | von Wolfgang Wagner

Kinder und Jugendliche haben in den vergangenen Jahren besondere Belastungen zu tragen gehabt. Manchmal scheint es, als würde das einfach nicht enden. Univ.-Prof. Dr. Paul Plener, Leiter der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie von MedUni Wien und AKH: „Im Rahmen der vielfältigen Krisen, die wir erlebt haben, von der Coronapandemie, der Teuerung, der Klimakrise, vor der wir stehen, bis zu dem Krieg in unmittelbarer Nachbarschaft sehen wir eine Zunahme der psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen.“ Die Psyche leidet, die Auswirkungen sind vielfältig. Der Experte, auch Vizepräsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie: „Dies zeigt sich vor allem im Bereich von Angststörungen, Depressionen, Essstörungen, aber auch in einer deutlichen Zunahme von suizidalen Gedanken und Suizidversuchen.“

Die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP) warnt schon seit Langem vor den Effekten der multiplen Krisen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Während der Personal-mangel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie österreichweit seit Jahren bekannt ist und sich nichts Wesentliches geändert hat, hat sich laut der Fachgesellschaft der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Belastungen im Laufe der COVID-19-Pandemie auf etwa jeden dritten Jugendlichen erhöht.

Schon vor Ausbruch der Pandemie fehlten in Österreich 50 Prozent der benötigten Krankenhausbetten in diesem Bereich. Im Februar 2021 wiesen dann mehr als die Hälfte, nämlich 55 Prozent der Jugendlichen, depressive Symptome auf, 47 Prozent Angstsymptome, 22,8 Prozent litten an Schlaflosigkeit. Bei knapp 60 Prozent zeigte sich ein gestörtes Essverhalten. Diese Zahlen wurden im Jahr 2022 im Rahmen einer ÖGKJP-Veranstaltung genannt. Pro Jahr fehlen in Österreich 60.000 bis 80.000 Therapieplätze für Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichen Entwicklungsstörungen und Erkrankungen insgesamt, haben Erhebungen gezeigt (Wartezeiten bis zu ein Jahr und mehr).

Drimal mehr Jugendliche nach Suizidversuchen betreut

Plener nannte dazu Erfahrungen der Wiener Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die er leitet: „Wir haben am Wiener AKH im Vergleich zum Jahr vor der Pandemie im vergangenen Jahr dreimal so viele Jugendliche nach Suizidversuchen betreut. Dieser Trend ist weiter aufrecht. Das heißt, dass wir helfen müssen.“ Da seien Anstrengungen auf den verschie-



densten Ebenen notwendig, wie der Kinder- und Jugendpsychiater betonte: „Es geht um eine umfassende Prävention sowohl in der Schule als auch in den Ausbildungsbetrieben.“ Man müsse unbedingt Lehrlingsausbildung und somit die Gruppe der Lehrlinge mit einbeziehen. Es gehe um umfassende Suizid- und Mobbing-Prävention.

Oft werden psychische Belastungen und Krisen einfach übersehen. „Es braucht einen Link zwischen Personen in der Schule, die da sind, wenn es Kindern und Jugendlichen schlecht geht, die aber auch weitervermitteln können zu einer nachfolgenden Therapie.“ Solche Verbindungsstellen könnten Schulärztinnen und -ärzte sein, Schulpsychologinnen und -psychologen, aber

Der Präsident der AK NÖ und Obmann des Fördervereins Kinder- und Jugendrehabilitation Markus Wieser engagiert sich seit Jahren stark für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.



auch Sozialarbeiterinnen und -arbeiter oder die aus Pilotprojekten bekannten „School Nurses“. Zusätzlich sei eine Ausweitung der ambulanten Therapieangebote auf Kassenkosten dringend erforderlich. „Es geht aber auch um einen Ausbau der stationären Behandlungsplätze. Hier brauchen wir eine Verdoppelung der Betten, um auf einen europäischen Standard zu kommen“, forderte Plener. Neue Betreuungsformen wie „Home Treatment“, bei dem multiprofessionelle Therapieangebote direkt in die Familien gebracht würden, müssten endlich umgesetzt werden. „Die Projekte sind gelaufen. Wir wissen, wie es funktioniert. Wir müssen es umsetzen. Das wird auch Geld kosten“, erklärte der Kinder- und Jugendpsychiater. Hier investiertes

Eltern von Kindern mit stationärer Rehabilitation benötigen einen Freistellungsanspruch mit Entgeltfortzahlung.

Markus Wieser

Geld schaffe längerfristig einen hohen „Return on Investment“ und könne vor allem Leid der Betroffenen mildern bzw. verhindern.

Deutliche Fortschritte und anhaltende Defizite

Markus Wieser, Präsident der Arbeiterkammer Niederösterreich und Obmann des Fördervereins Kinder- und Jugendrehabilitation, verwies auf Statements zu den wichtigsten Zukunftsfragen: Versorgungssicherheit, Daseinsvorsorge und Absicherung von Lieferketten – hier auch im Bereich des Gesundheitswesens. Ganz wesentlich sei die Zukunft der Gesundheits- und Pflegeversorgung.

Schutz, Erhalt und Absicherung der Gesundheit wären gerade im Bereich der Kinder und Jugendlichen von überragender Bedeutung. „Im Bedarfsfall gehören dazu auch eine altersgerechte Rehabilitation und Therapien für berufstätige Eltern von chronisch kranken Kindern, die eine stationäre Rehabilitation unterstützen. Für diese Zeit fordern wir einen Freistellungsanspruch mit Fortzahlung des Entgelts nach dem Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen darf nicht von finanziellen, arbeitsrechtlichen oder bürokratischen Bedingungen abhängen“, sagte Wieser.

Nach Jahren der Bemühungen sei es in Österreich gelungen, entsprechende stationäre Rehabilitationsangebote für Kinder und Jugendliche nach Erkrankungen oder nach Abteilung zu gewährleisten, in nächster Zukunft werde das sechste und vorerst letzte Rehabilitationszentrum für diese Altersgruppen in Tirol eröffnet. „Kinder und Jugendliche sind aber keine kleinen Erwachsenen. Sie verdienen ein Gesundheitssystem, das ihre besonderen Bedürfnisse nicht nur kennt, sondern auch berücksichtigt“, betonte der Präsident der AK NÖ.

Hilfe für Eltern und Betreuende

Hier muss es laut Wieser noch zu einer deutlichen Verbesserung der Rahmenbedingungen für Eltern und Betreuende von rehadefizienten Kindern und Jugendlichen kommen: „Ein wesentlicher Punkt sind die Mitaufnahme und Therapieangebote für Familienangehörige.“ Ein Kind oder ein Jugendlicher nach schwerer akuter Erkrankung oder auch mit einer chronischen Erkrankung und Rehabilitationsbedarf stelle für das gesamte Familiensystem oft eine gewaltige Belastung dar. Hier müssten mehr Hilfen angeboten werden.

Wieser: „Es muss über den politischen Teller rand geblickt werden. Den sorgengeplagten Eltern zu sagen, ‚Sie haben ja keine Diagnose, Sie haben nur Sorgen und Ängste für die Familie oder das erkrankte Kind. Deshalb erhalten Sie keine Leistungen von der Sozialversicherung‘, das ist zynisch.“

Hier sollte die Idee sogenannter „Sekundärpatientinnen und -patienten“ umgesetzt werden, um auch für die Angehörigen und Betreuenden eine Versorgung sicherzustellen. In der Kinder- und Jugend-Onkologie funktioniert das bereits teilweise, dies sollte aber auch auf zusätzliche Indikationen ausgedehnt werden. Begleitung und Freistellung müssten viel breiter möglich werden. „Pflegerurlaub reicht da nicht aus“, sagte Wieser.



Im Endeffekt entscheide sich bei Kindern und Jugendlichen, wie die Gesellschaft in der Zukunft aussehen werde. In Zeiten vielfältiger Krisen, im Umfeld der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie, müssten jetzt Bund und Sozialversicherung schnell Nachbesserungen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit vornehmen. Schließlich gebe es zum Beispiel bereits eine wachsende Unterversorgung mit Fachärztinnen und Fachärzten im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit mit Kassenvertrag. „Das lässt die Alarmpfeifen läuten“, sagte der NÖ AK-Präsident.

Wir haben dreimal so viele Jugendliche nach Suizidversuchen zu betreuen als vor der Corona-Pandemie.

Paul Plener

Spezialisiertes Staatssekretariat und Gesundheitsmilliarde

Eine prinzipielle Forderung an die Bundespolitik, wie Wieser erklärte: „Ein Staatssekretariat für Kinder- und Jugendgesundheit im Gesundheitsministerium mit Querschnittskompetenz.“ Dieses könne ressortübergreifend Initiativen setzen.

Eine zweite Forderung: „Eine Kinder- und Jugendgesundheitsmilliarde, mit der spezifische Probleme in diesem Bereich gemildert oder beseitigt werden können.“ Jeder Cent, der auf diesem Gebiet sinnvoll ausgegeben werde, bringe später ein Vielfaches an Gewinn für jede und jeden Einzelnen und die Gesellschaft zurück.

„Diese Kinder- und Jugendgesundheitsmilliarde ist aufgrund der sich vergrößernden Kinderarmutsgefährdung mehr als gerechtfertigt“, betonte Wieser. Etwa 18 Prozent der bis zu 17-Jährigen in Österreich seien bereits chronisch krank, litten zum Beispiel an Rheuma,

Markus Wieser fordert ein eigenes Staatssekretariat für Kinder- und Jugendgesundheit im Gesundheitsministerium sowie eine Kinder- und Jugendgesundheitsmilliarde.

Digital dazu geschaltet:
• Paul Plener



Typ-1-Diabetes, anderen Stoffwechselleiden oder psychischen Erkrankungen. Hier müsse die Versorgung deutlich verbessert werden.

Die medizinischen Fortschritte seien enorm. Auch bei Einrechnung schwerer Krankheiten erlebten mehr als 90 Prozent der chronisch kranken Kinder das Erwachsenenalter. „Hier muss die Transitionsmedizin verstärkt werden. Nur weil jemand 18 Jahre alt wird, darf er nicht aus der Versorgung fallen. Viele Betroffenen benötigen ein Leben lang Betreuung und Begleitung“, sagte Wieser. „Wir haben für alle Generationen, von Jung bis Alt, die Verantwortung.“ Schließlich müsse es auch zu verstärkten Bemühungen um Gesundheitskompetenz der Menschen kommen. Hier müsse viel mehr auf die individuellen Bedürfnisse Rücksicht genommen werden. Der Gesundheitspädagogik sei wesentlich mehr Raum zu geben. „Wie kann man Kindern und Jugendlichen mit oder ohne chronische Erkrankung mit Unterstützung dazu verhelfen, dass sie immer mehr eigenverantwortlich gute Entscheidungen für die eigene Gesundheit treffen? Wir wissen, dass das Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter entscheidend für das Gesundheitsverhalten als Erwachsener ist.“

Hier gebe es Nachholbedarf, was quasi eine „Alphabetisierung“ bezüglich gesundheitsrelevanter Inhalte und Informationsangebote betreffe. Sprachliche und intellektuelle Barrieren müssten überwunden werden. Es sei zwar jedem möglich, ein Fertigmöbel-Regal nach einer Bauanleitung ohne besondere Sprachkenntnisse unter Zuhilfenahme der Anleitung aufzubauen, für das Verstehen der Gesundheits-Website des öffentlichen Gesundheitsportals Österreichs (www.gesundheit.gv.at) sei aber Deutsch auf Maturaniveau notwendig. „Was für eine schöne Welt. Es gibt noch viel zu tun“, zitierte Wieser den Begründer eines bekannten schwedischen Möbelhauses (siehe Bedienungsanleitung/Regal). „Die Politik ist gefordert“, fügte der Präsident der NÖ Arbeiterkammer hinzu.





PIONIERE

Vorstellung PRAEVENIRE Jahrbuch 2022/23

Kritische Zeit für Österreichs Gesundheitswesen

Die aktuellen FINANZAUSGLEICHsverhandlungen sind von zentraler Bedeutung für die Zukunft. Es gibt sowohl Interessenskonflikte als auch Gemeinsames zwischen Bund, Bundesländern und Sozialversicherung. Der Ausgang der Gespräche ist offen, sagte Dr. Alexander Biach, Vizedirektor der Wiener Wirtschaftskammer, bei der Präsentation des PRAEVENIRE-Jahrbuchs 2022/2023 in Wien. | von Wolfgang Wagner

Unter dem Titel „Finanzausgleichsverhandlungen – die zentralen Punkte für das Gesundheitssystem“ – umriss Dr. Alexander Biach, ehemals Chef des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, die komplexen Gespräche, die – nach einer COVID-19-bedingten Verlängerung des geltenden Finanzausgleichs – am besten im Sommer dieses Jahres, spätestens Ende des Jahres abgeschlossen sein sollten.

„Alles, was jetzt verhandelt wird, ist die Basis für den notwendigen Systemwechsel“, so Biach. Es handle sich um einen Drei-Stufen-Prozess. Dazu werden Finanzausgleichsverhandlungen im Rahmen von 15a-Vereinbarungen geführt über die Finanzierung der Spitäler und die grundsätzliche Zusammenarbeit mit Sozialversicherungsträgern und Bundesländern. „Formell sind eigentlich nur Bund und Bundesländer beteiligt“, erklärte der Experte. Es sei aber sinnvoll, die Sozialversicherung einzubinden.

Darauf folgt in der zweiten Stufe das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit mit Änderungen in der Sozialversicherungsgesetzgebung, im Krankenanstalten-

und Ärztegesetz etc. „Dort wird die Zusammenarbeit mit der Sozialversicherung festgelegt, es gibt aber auch in den anderen Gesetzen Novelierungen, meinte Biach. Und schließlich, so der Experte: „Auf der Basis der Gesetze und Verordnungen kommen die Zielsteuerungsverträge.“ Einer für den Bund, neun für die Bundesländer. „Darum geht es eigentlich. Von der Kindergesundheit über die Medikamentenversorgung bis zu den Primärversorgungseinheiten.“

Was teilweise übersehen wird: In den gesetzlichen Bestimmungen für die Zusammenarbeit der Player im Gesundheitswesen ist ein wesentlicher Punkt enthalten – der sogenannte „Kostendämpfungspfad“. „Die Ausgaben sollen jährlich nicht um mehr als 3,2 Prozent steigen“, erklärte Biach. Dies sei unter dem derzeitigen PRAEVENIRE Präsidenten Hans Jörg Schelling, ehemals Chef des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger und späterer Finanzminister, 2012 festgelegt worden.

Herausforderung: Kostendynamik

„Die große Frage ist, wie wir die Kostendynamik in den Griff bekommen“, erläuterte der Fach-

Der zentrale Punkt in der Keynote von Alexander Biach, Vizedirektor der Wiener Wirtschaftskammer war, wie man die Kostendynamik in den Griff bekommen kann.

mann mit Hinblick auf die erste große Herausforderung im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen zum Gesundheitswesen. Fakt ist, wie die Zahlen eindeutig belegen: Von 2012 bis 2019 lag man in Österreich bei den Ausgaben der öffentlichen Hand regelmäßig unter einem Zuwachs von 3,2 Prozent pro Jahr. Wahrscheinlich hat aber hauptsächlich COVID-19 die Kosten seit 2020 stark in die Höhe getrieben. „Wir liegen hier schon bei mehr als 35 Milliarden Euro (2021; Anm.), die das öffentliche Gesundheitssystem in Anspruch nimmt. Das ist schon eine sehr starke Dynamik. Die muss man in den Griff bekommen. Sonst werden die weiteren sinnvollen Maßnahmen nur schwer umzusetzen sein“, warnte Biach.

Es würde eventuell Sinn machen, Spitalsambulanzen und den niedergelassenen Bereich durch die Sozialversicherung zu finanzieren.

Alexander Biach

Sieht man sich die Zahlen im Detail an, ergibt sich folgendes Bild:

- 2012 lag die gewünschte Ausgabenobergrenze für das öffentliche Gesundheitswesen in Österreich bei 21,873 Mrd. Euro. Real wurden 21,663 Mrd. Euro aufgewendet.
- 2015 sollten es maximal 24,675 Mrd. Euro sein, tatsächlich betragen die Ausgaben 23,861 Mrd. Euro.
- Auch 2017 (26,483 Mrd. Euro laut Kostendämpfungspfad versus in Realität 25,855 Mrd. Euro) wurde das Ziel übertroffen.
- 2018: 27,410 Mrd. Euro als Obergrenze, 26,990 Mrd. Euro tatsächlich ausgegeben (2019: 28,342 Mrd. Euro versus echter Ausgaben von 28,168 Mrd. Euro).
- 2020 überschritten die tatsächlichen Ausgaben mit 30,042 Mrd. Euro statt der Obergrenze von 29,277 erstmals den Kostendämpfungspfad.
- 2021 klappte bereits die Lücke zwischen Planung (30,214 Mrd. Euro) und den wirklich in Anspruch genommenen Finanzen (35,207 Mrd. Euro; Schnellschätzung der Statistik Austria; Anm.).

Starke Unterschiede gibt es allerdings bei den Kostensteigerungen der einzelnen Sektoren des öffentlichen Gesundheitswesens, so Biach. Die Ausgaben für die Fondspitäler, die vor allem von den Bundesländern getragen werden, betragen im Jahr 2012 noch 11,65 Mrd. Euro. Im Jahr 2021 waren es bereits 16,4 Mrd. Euro. „Das ist in den vergangenen zehn Jahren schon





Wir lassen bei den digitalen Gesundheitsanwendungen unheimlich viel Geld liegen.

Alexander Biach

die Sozialversicherung finanziert. Dann würden die Verschiebungen zwischen den Sektoren wegfallen.“

Die Sozialversicherung hätte damit auch mehr Mitspracherechte, Bund und Länder könnten ein Entlastungspaket für den stationären Bereich andenken. Das Problem, wie Biach erklärte: „Ich bin mir nicht sicher, ob es hier zu sehr großen Bewegungen kommt.“ Es gibt durchaus Annäherungspunkte der „Player“ bei den Finanzausgleichsverhandlungen. So soll ein gemeinsamer Finanzierungstopf – je ein Drittel durch Bund, Bundesländer und Sozialversicherung – im Ausmaß von 70 Mio. Euro geschaffen werden, um besonders teure Medikamente und Therapien zu bezahlen.

Umsetzung fraglich

Fraglich sei allerdings die jeweilige Umsetzung von im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen beschlossenen Maßnahmen. Biach: „Nur ein Beispiel. Wir haben uns das Ziel gesetzt, 75 Primärversorgungseinheiten zu realisieren. Wir haben jetzt 40. In der Umsetzung ist nicht sehr viel weitergegangen. Da sollte es Dynamik geben.“

Ähnlich sei das bei der Digitalisierungsoffensive, die längst auch im Gesundheitswesen rollen sollte. „Da lassen wir unendlich viel Geld liegen, weil wir zu sehr auf unsere Daten schauen und uns fürchten, bevor wir die Chancen sehen“, sagte Biach. Hier sei mit den digitalen Gesundheitsanwendungen beispielsweise Deutschland quasi „davon galoppiert.“ „Wir lassen hier jährlich eine Bruttowertschöpfung von 132 Millionen Euro allein für den Gesundheitsbereich liegen.“

In Deutschland könnten Ärzte gesundheitsrelevante APPs mit in klinischen Studien bewiesenen Effekten auf Kassenkosten verschreiben. Das könne auch Arztkosten sparen und für eine bessere Versorgung zwischen Kontrollterminen sorgen. „Wir sind hier in Österreich noch sehr auf ELGA konzentriert.“ Bundesländer und Sozialversicherung würden aber beide danach trachten, das eHealth-Budget zu erhöhen und 1450 deutlich auszubauen. Die Telefon-Hotline sollte ja nicht nur in Corona-Zeiten verwendet werden.

Mehr gesunde Lebensjahre

Schließlich geht es um mehr Gesundheitskompetenz, mehr Vorsorge, Früherkennung und damit mehr gesunde Lebensjahre. „Wir haben immer mehr über 65-Jährige. Das entspricht keinem Kostendämpfungspfad (2012: rund 1,5 Millionen, 2022: 1,75 Millionen; Anm.).“ Das Problem liege darin, dass Österreich bei der gesunden Lebenserwartung deutlich hinter vergleichbaren Staaten liege – was die Kosten im Gesundheitswesen automatisch weiter antreibe. In Österreich erlebe jeder Mensch derzeit im Durchschnitt 59 Jahre gesund, in Schweden seien es um die 72 Jahre, sagte Biach. Ein weiteres Beispiel für die Probleme, so Biach: „Österreich hat ab einem Alter von 65 Jahren etwa 22 Prozent Pflegefälle. In anderen Ländern, die etwa gleich viel für Gesundheit ausgeben, zum Beispiel Finnland oder Schweden, liegt die Rate der pflegebedürftigen über 65-Jährigen bei acht Prozent.“ Prävention müsse also gefördert werden und könnte massiv Geld für andere Investitionen im Gesundheitswesen freimachen. **P**

eine große Steigerung um 41 Prozent“, sagte Biach. Die Krankenversicherungen zahlen davon im Rahmen ihres Pauschalbetrages rund ein Drittel. Auch hier gab es eine Steigerung: Für die Anstaltspflege stellten die Krankenkassen im Jahr 2012 rund 4,5 Mrd. Euro zur Verfügung. 2021 waren es bereits knapp 5,9 Mrd. Euro. Der Unterschied in der Finanzaufbringung zwischen Bundesländern und den Krankenversicherungen und ein Kernpunkt vieler Diskussionen, so Biach: „Die Sozialversicherung steigert ihren Beitrag zu den Spitälern immer im Ausmaß ihres Beitragswachstums.“ Letzteres ist natürlich konjunkturabhängig, was Biach – halb ironisch – mit dem Quotum „Geht’s der Wirtschaft gut, geht’s den Spitälern gut“ in Abwandlung eines Slogans der Wirtschaftskammer quitierte. „Das ist lange Zeit gut gegangen, bis die Kosten im Spitalsbereich eine gewisse Eigendynamik bekommen haben“, meinte der Experte. Genau das erfolgte aber besonders im Bereich der ambulanten Versorgung in den Krankenanstalten. „Die stationären Kosten stiegen nicht so wie die ambulanten Kosten“, stellte Biach fest. „Die Aufwendungen für die Versorgung im ambulanten Spitalsbereich stiegen von rund 1,7 Mrd. Euro im Jahr 2012 auf 3,54 Mrd. Euro im Jahr 2021. Das waren also um 105 Prozent mehr.“

Auf der anderen Seite kostete der stationäre Bereich der Fondsspitäler in Österreich im Jahr 2012 rund 8,985 Mrd. Euro. Im Jahr 2021 waren es 11,700 Mrd. Euro. Die Steigerung betrug absolut also rund 2,7 Mrd. Euro oder 30 Prozent. Hingegen lag die Erhöhung der Ambulanzkosten mit einem Sprung von 1,73 Mrd. Euro auf 3,54 Mrd. Euro im gleichen Zeitraum in Prozent wesentlich höher. Hingegen blieb die Zahl der in den Spitalsambulanzen versorgten Patientinnen und Patienten (Frequenzen) relativ gleich: Sowohl 2012 als auch im Jahr 2021 waren es jeweils um die 17 Millionen solcher Fälle. „Im stationären Bereich ist die Aufenthaltsdauer sogar noch zurückgegangen“, sagte Biach. Im Spitalsbereich stiegen die Kosten signifikant, aber nicht die Frequenzen. Ganz anders zeige sich die Entwicklung im niedergelassenen Bereich mit den Ausgaben der Krankenversicherungen für die Hausärzte, Fachärzte, Ambulanzen etc. Dort machten die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2012 rund 3,684 Mrd. Euro aus. Im Jahr 2021 waren es 5,464 Mrd. Euro. „Zwischen 2012 und 2021 hatten wir damit eine Steigerung von 48 Prozent.“

„Das ist die Kritik am System“, kommentierte Biach die Unterschiede in der Kostenentwick-

Alexander Biach tritt für eine gemeinsame Finanzierung von niedergelassenem und spitalsambulanten Bereich durch die Gesundheitskasse ein.

lung speziell zwischen Spitalsambulanzen und dem niedergelassenen Bereich. Im Letzteren sollten ja viele Erkrankungen diagnostiziert und behandelt werden, für die derzeit häufig die Spitalsambulanzen aufgesucht werden. Die Frage sei, ob dahinter nicht auch System liege. Die Antwort sei, wer das bezahle. „Die Kosten für den niedergelassenen Bereich zahlt die Sozialversicherung. Die Kosten für die Spitäler zahlen zu einem großen Teil die Bundesländer. Das ist der Kernpunkt der Diskussionen“, erklärte der Fachmann.

„Die Länder haben gesagt, dass sie mit ihren Geldern nicht mehr auskämen. Sie bräuchten mehr Geld für die Spitäler. Deshalb sollte der Pauschalbeitrag (Krankenkassen; Anm.) flexibilisiert werden und steigen. Er sollte in der gegenwärtigen Form für den stationären Bereich erhalten bleiben, zusätzlich zu den sechs Milliarden Euro soll es noch eine komplette Übernahme der ambulanten Spitalskosten geben“, schilderte Biach. Die Antwort der Sozialversicherung sei natürlich gewesen, dass es kein Rütteln am Pauschalbeitrag geben könne. „Das kann auch nicht die Lösung sein.“

Trotzdem sei aber bereits Bewegung in den Verhandlungen zu registrieren. Biach: „Es kam der Vorschlag auf, der ein wenig seltsam geklungen hat, einen dritten Topf aufzumachen, in dem die Sozialversicherung, die Bundesländer und der Bund einzahlen, um Gruppenpraxen, Primärversorgungseinheiten oder selbstständige Ambulatorien zu finanzieren.“

Finnland hat acht Prozent Pflegebedürftige im Alter über 65, Österreich 22 Prozent.

Alexander Biach

Vorgeschlagene Lösung: Zwei Töpfe für Finanzierung

Das setzte sich bisher nicht durch. „Wenn man das System wirklich umstellen will, müsste man in Wahrheit die Problembereiche auflösen: dass aus manchen Gründen vom niedergelassenen Bereich in den Spitalsbereich verschoben wird. Man müsste auch der Sozialversicherung die Möglichkeit geben, im Spitalsbereich ein bisschen mehr mitzureden“, sagte Biach.

Fazit, so der Experte: „Es würde Sinn machen, darüber nachzudenken, ob man nicht den ambulanten Spitalsbereich und den niedergelassenen Bereich mit Hausärztinnen und -ärzten und Fachärztinnen und -ärzten über





8. PRAEVENIRE GESUNDHEITSTAGE im Stift Seitenstetten

Kongressprogramm 2023

Montag 22. Mai 2023



14:00–14:30 Uhr

Eröffnung PRAEVENIRE Gesundheitstage 2023

Moderation	Alice Herzog
Begrüßung	Abt Petrus PILSINGER Stift Seitenstetten
Eröffnungsrede	Dr. Hans Jörg SCHELLING Präsident PRAEVENIRE (VIDEOBOTSCHAFT)
Keynote	LH Mag. Hans Peter DOSKOZIL Burgenländischer Landeshauptmann und Vorsitzender des Aufsichtsrats von Gesundheit Burgenland (ANGEFRAGT)

BLOCK I

Frühdiagnose & Therapie (Prävention)

Modul 1

14:30–15:15 Uhr

Prävention & frühe Diagnose

Moderation	Alice Herzog
Keynote I (10–15')	„VVV – Fokus Gesundheit“ Präsident Markus WIESER Präsident der Arbeiterkammer NÖ
Keynote II (10–15')	„Fokus Bewegung“ Univ.-Prof. Dr. Stefan NEHRER Dekan - Fakultät für Gesundheit und Medizin Donau-Universität Krems
Podiumsdiskussion (30')	Bianca GROSS, MAS Geschäftsführerin der FSW-Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH Univ.-Prof. Dr. Richard CREVENNA, MBA, MMSc Vorstand der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin, Medizinische Universität Wien Univ.-Prof. Dr. Stefan NEHRER Donau-Universität Krems Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard RUPP, MBA Leiter d. Abteilung Gesundheitspolitik der AK NÖ Priv.-Doz. Rektor Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang SPERL Rektor der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg Präsident Markus WIESER Präsident der Arbeiterkammer Niederösterreich

Modul 2

15:15–16:00 Uhr

Orthopädie 2030

In Kooperation mit der Gesellschaft für Orthopädie

Moderation	Alice Herzog
Keynote I (10')	„Orthopädie als Garant für Lebensqualität“ Prim. Dr. Vinzenz AUERSPERG Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Steyr
Keynote II (10')	„Adipositas und Rauchen“ Univ.-Prof. Dr. Nikolaus BÖHLER Kepler Universitätsklinikum Linz
Keynote III (10')	„Abgestufte Leistungserbringung sichert Versorgungsqualität“ Dr. Andreas STIPPLER, MSc Ärztekammer für Niederösterreich, Bundesfachgruppenobmann für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ANGEFRAGT)
Podiumsdiskussion (30')	Prim. Dr. Vinzenz AUERSPERG Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Steyr (ANGEFRAGT) Univ.-Prof. Dr. Nikolaus BÖHLER Kepler Universitätsklinikum Linz Univ.-Prof. Dr. Stefan NEHRER Donau-Universität Krems Dr. Andreas STIPPLER, MSc Ärztekammer für Niederösterreich, Bundesfachgruppenobmann für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

BLOCK II

Frühdiagnose & Therapie (Prävention)

Modul 1

16:30–17:30 Uhr

Diabetes 2030

Moderation	Alice Herzog
Keynote I (10–15')	„Optimierung der Versorgung in der Diabetestherapie aus Sicht der ÖDG“ Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin CLODI Präsident Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG)
Keynote II (10–15')	„Ziele der Diabetestherapie“ OA DR. Michael RESL Facharzt für Innere Medizin am Konventhospital der Barmherzigen Brüder Linz, Erster Sekretär Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG)
Podiumsdiskussion (30')	Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin CLODI Präsident Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG) Dr. Thomas CZYPIONKA Institut für Höhere Studien, Leiter Health Economics & Health Policy OA DR. Michael RESL Facharzt für Innere Medizin am Konventhospital der Barmherzigen Brüder Linz, Erster Sekretär Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG) Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard RUPP, MBA Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik d. AK NÖ Univ.-Prof. Dr. Thomas C. WASCHER Präsident der Diabetes Initiative Österreich, Leiter der Diabetes Ambulanz des Hanusch-Krankenhauses

Modul 2

17:30–18.30 Uhr

Diabetes 2030

Moderation	Alice Herzog
Keynote I (10–15')	„Erstdiagnose und Versorgung von Menschen mit Diabetes im hausärztlichen Bereich“ Dr. Stephanie POGGENBURG Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM)(DIGITAL)
Keynote II (10–15')	„Erstdiagnose und Versorgung von Menschen mit Diabetes aus Sicht der PVE“ Dr. Erwin REBHANDL PRAEVENIRE Vorstandsmitglied und Präsident von AM PLUS
Keynote III (10-15')	„Herausforderungen in der Versorgung von Kindern mit Diabetes“ Priv.-Doz. Dr. Maria FRITSCH Klinische Abteilung für Allgemeine Pädiatrie der Medizinischen Universität Graz
Podiumsdiskussion (30')	Priv.-Doz. Dr. Maria FRITSCH Klinische Abteilung für Allgemeine Pädiatrie der Medizinischen Universität Graz Dr. Erwin REBHANDL PRAEVENIRE Vorstandsmitglied und Präsident von AM PLUS Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard RUPP, MBA Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik d. AK NÖ Univ.-Prof. Dr. Thomas C. WASCHER Präsident der Diabetes Initiative Österreich, Leiter der Diabetes Ambulanz des Hanusch-Krankenhauses

Dienstag 23. Mai 2023



BLOCK III

Onkologie & Rare Diseases

Modul 1

14:00–15:00 Uhr

Brain Health 2030

Moderation	Alice Herzog
Keynote I (10)	Dr. Thomas CZYPIONKA Institut für Höhere Studien, Leiter Health Economics & Health Policy (ANGEFRAGT)
Keynote II (10)	Univ.-Prof. Dr. Stefanie AUER Stv. Dekanin der Fakultät für Gesundheit und Medizin, Stv. Leiterin des Departments für Klinische Neurowissenschaften und Präventionsmedizin und Leiterin des Zentrums für Demenzstudien der Donau Uni Krems
Podiumsdiskussion (40')	Univ.-Prof. Dr. Stefanie AUER Stv. Dekanin der Fakultät für Gesundheit und Medizin, Stv. Leiterin des Departments für Klinische Neurowissenschaften und Präventionsmedizin und Leiterin des Zentrums für Demenzstudien der Donau Uni Krems Dr. Thomas CZYPIONKA Institut für Höhere Studien, Leiter Health Economics & Health Policy (ANGEFRAGT) Andreas HUSS Obmann-Stv. ÖGK (ANGEFRAGT) Mag. Brigitte JURASZOVICH Abteilungsleiterin-Stv. der Abteilung Langzeitpflege bei Gesundheit Österreich GmbH (ANGEFRAGT) Dr. Erwin REBHANDL PRAEVENIRE Vorstandsmitglied und Präsident von AM PLUS

Modul 2

15:00–16:00 Uhr

Lebergesundheit 2030

Moderation	Alice Herzog
Keynote I (10)	„Leber in Not – Ernährung bei Lebererkrankungen aus Sicht der aktuellen Leitlinien“ Prim. Univ.-Prof. Dr. Ludwig KRAMER Klinik Hietzing Wien
Keynote II (10)	„Herausforderung seltene Lebererkrankungen – gar nicht so selten?“ Univ. Prof. Dr. Michael TRAUNER Medizinische Universität Wien
Podiumsdiskussion (40')	Dr. Thomas CZYPIONKA Institut für Höhere Studien, Leiter Health Economics & Policy (ANGEFRAGT) Andreas HUSS Obmann-Stv. ÖGK Prim. Univ.-Prof. Dr. Ludwig KRAMER Klinik Hietzing Wien Univ. Prof. Dr. Michael TRAUNER Medizinische Universität Wien Angelika WIDHALM Vorsitzende HHÖ – Plattform Gesunde Leber

BLOCK IV

Onkologie & Rare Diseases

Modul 1

16:30–17:30 Uhr

Onkologie 2030

Moderation	Univ.-Prof. Dr. Michael GNANT Co Moderation PERI Group
Keynote I (10–15')	„Onkologie der Zukunft“ Dr. Thomas CZYPIONKA Institut für Höhere Studien, Leiter Health Economics & Health Policy (ANGEFRAGT)
Keynote II (10–15')	„Die Rolle der Industrie als Innovationstreiber – Welche Sorgen und bedenken gibt es aus akademischer Sicht.“ Univ.-Prof. Dr. Richard GREIL Klinikvorstand der Univ.-Klinik für Innere Medizin III an der Paracelsus Medizinische Privatuniversität (ANGEFRAGT)
Podiumsdiskussion (30')	Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Zsuzsanna BAGO-HORVATH MedUni Wien Dr. Thomas CZYPIONKA Institut für Höhere Studien, Leiter Health Economics & Health Policy (ANGEFRAGT) Mag. pharm. Gunda GITTNER Leiterin der Anstaltsapotheke im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz Univ.-Prof. Dr. Michael GNANT Medizinische Universität Wien Univ.-Prof. Dr. Richard GREIL Klinikvorstand der Univ.-Klinik für Innere Medizin III an der Paracelsus Medizinische Privatuniversität (ANGEFRAGT) Mag. Karl LEHNER Geschäftsführer der Oberösterreich. Gesundheitsholding GmbH (ANGEFRAGT) Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard RUPP, MBA Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik d. AK NÖ

Modul 2

17:30–18:30 Uhr

Onkologie 2030

Moderation	Alice Herzog
Keynote I (10–15')	„Ist HER2-Low eine neue Entität?“ Prim. Univ.-Prof. Dr. Sigurd F. LAX Leiter des Instituts für Pathologie, LKH Graz II
Keynote II (10–15')	„HER2-Low in der Klinischen Praxis“ OÄ Priv.-Doz. Dr. Kathrin STRASSER-WEIPPL, MBA 1. Medizinische Abteilung Zentrum für Onkologie und Hämatologie, Wilhelminenspital (VIDEOBOTSCHAFT)
Podiumsdiskussion (30')	Mag. pharm. Gunda GITTNER Leiterin der Anstaltsapotheke im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz Univ.-Prof. Dr. Michael GNANT Medizinische Universität Wien Univ.-Prof. Dr. Richard GREIL Klinikvorstand der Univ.-Klinik für Innere Medizin III an der Paracelsus Medizinische Privatuniversität (ANGEFRAGT) Prim. Univ.-Prof. Dr. Sigurd F. LAX Leiter des Instituts für Pathologie, LKH Graz II Mag. Karl LEHNER Geschäftsführer der OÖ Gesundheitsholding GmbH (ANGEFRAGT) Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard RUPP, MBA Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik d. AK NÖ

Mittwoch 24. Mai 2023



BLOCK V Wissenschaft & Forschung Modul 1

14:00–15:00 Uhr

Österreichische Maßnahmen und Innovationen zur Sicherstellung der Arzneimittel am Markt

Moderation	Alice Herzog
Keynote I (15–20')	„Lieferengpässe von Arzneimitteln in Österreich und der EU – Ursachen, Analyse und Maßnahmen“ Prof. DI Dr. Christa WIRTHUMER-HOCHE ehem. Geschäftsfeldleiterin AGES Medizinmarktaufsicht
Keynote II (15–20')	„Neue innovative Herstellverfahren von Wirkstoffen und Arzneimitteln“ Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Johannes KHINAST TU-Graz, Institut für Prozess- und Partikeltechnik
Keynote III (15–20')	„Förderung des österreichischen Wirtschaftsraums, speziell für die Produktion von Arzneimitteln“ Mag. Eva LANDRICHINGER Generalsekretärin im Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (BMAW)
Keynote IV (15–20')	„Analyse der Lieferkettenprobleme – Fokus auf die Lieferketten von Arzneimitteln“ Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr. Peter KLIMEK Medizinische Universität Wien

Modul 2

15:00–16:00 Uhr

Österreichische Maßnahmen und Innovationen zur Sicherstellung der Arzneimittel am Markt

Moderation	Alice Herzog
Podiumsdiskussion (60')	Dr. Barbara FORSTER Legal Council der PHARMIG Mag. pharm. Gunda GITTLER , a.H.P.h. Leiterin der Anstaltsapotheke im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Johannes KHINAST TU-Graz, Institut für Prozess- und Partikeltechnik Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr. Peter KLIMEK Medizinische Universität Wien Mag. Eva LANDRICHINGER Generalsekretärin im Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (BMAW) Prof. DI Dr. Christa WIRTHUMER-HOCHE ehem. Geschäftsfeldleiterin AGES Medizinmarktaufsicht

BLOCK VI Wissenschaft & Forschung Modul 1

16:30–17:30 Uhr

Darmgesundheit 2030

Moderation	Alice Herzog
Impuls	„Pilotprojekt Vorsorgekoloskopie“ (Video Manfred BRUNNER) ÖGK Vorarlberg
Keynote I (10')	„Darmkrebsvorsorge aus klinischer Sicht“ Prim. Univ.-Prof. Dr. Rainer SCHÖFL Ordensklinikum Linz
Keynote II (10')	„Organisiertes Darmkrebs-Früherkennungsprogramm – don't wait!“ Prim. Priv.-Doz. Dr. Andreas MAIERON Universitätsklinikum St. Pölten
Keynote III (10')	„Ergebnisse der IHS Studie“ Dr. Thomas CZYPIONKA Institut für Höhere Studien, Leiter Health Economics & Health Policy (ANGEFRAGT)
Podiumsdiskussion (30')	Dr. Thomas CZYPIONKA Institut für Höhere Studien, Leiter Health Economics & Health Policy (ANGEFRAGT) Andreas HUSS Obmann-Stv. ÖGK Doris KIEFHABER , Geschäftsführerin Österreichische Krebshilfe (ANGEFRAGT) Prim. Priv.-Doz. Dr. Andreas MAIERON Universitätsklinikum St. Pölten Prim. Univ.-Prof. Dr. Rainer SCHÖFL Ordensklinikum Linz Elisabethinen

Modul 2

17:30–18:30 Uhr

Darmgesundheit 2030

Moderation	Alice Herzog
Keynote I (10')	„Das Darm-Mikrobiom – ein therapeutisches Ziel?“ Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Vanessa STADLBAUER-KÖLLNER , MBA Medizinische Universität Graz, Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Zentrum für Biomarkerforschung
Keynote III (10')	„Das Reizdarmsyndrom (RDS)- ein heterogenes Krankheitsbild mit zu wenig Aufmerksamkeit?“ Univ. Prof. Dr. Gabriele MOSER Fachärztin für Innere Medizin & Psychotherapeutin (ANGEFRAGT)
Podiumsdiskussion (30')	Ing. Evelyn GROSS ÖMCCV (ANGEFRAGT) Andreas HUSS Obmann-Stv. ÖGK Univ. Prof. Dr. Gabriele MOSER Fachärztin für Innere Medizin & Psychotherapeutin (ANGEFRAGT) Angelika WIDHALM Bundesverband Selbsthilfe Österreich (ANGEFRAGT) ASSOZ. PROF. PRIV.-DOZ. DR. VANESSA STADLBAUER-KÖLLNER, MBA Medizinische Universität Graz, Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Zentrum für Biomarkerforschung

Donnerstag 25. Mai 2023



BLOCK VII Pflege & Betreuung Modul 1

14:00–15:00 Uhr

Organisation und Finanzierung

Moderation	Alice Herzog
Keynote I (10')	Dr. Monika RIEDEL Health Economics and Health Policy Senior Researcher, Sprecherin für Pflege, IHS
Keynote II (10-15')	„Herausforderungen von Strukturen in der ambulanten Pflege“ Michael TESAR , MBA, DGKP (I) Geschäftsführung, Fachliche Leitung Pflege bei Curaplus
Podiumsdiskussion (30')	Dr. Alexander BIACH Direktor-Stv. der Wirtschaftskammer Wien und Standortanwalt der Stadt Wien Ingrid KOROSEC ÖVP-Sozialsprecherin Bgm. Dipl.-Ing. Johannes PRESSL Präsident des NÖ Gemeindebundes Dr. Monika RIEDEL Health Economics and Health Policy Senior Researcher, Sprecherin für Pflege, IHS Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard RUPP , MBA Leiter d. Abteilung Gesundheitspolitik d. AK NÖ Constance SCHLEGL , MPH Präsidentin Physio Austria Michael TESAR , MBA, DGKP (I) Geschäftsführung, Fachliche Leitung Pflege bei curaplus

Modul 2

15:00–16:00 Uhr

Pflegekräfte und Angehörige

Moderation	Alice Herzog
Keynote I (10')	Dr. Mario TASOTTI Fachgruppenobmann-Stv. der Fachgruppe Wien Personenberatung und Personenbetreuung
Keynote II (10')	Birgit MEINHARD-SCHIEBEL Präsidentin Interessensgemeinschaft pflegende Angehörige (VIDEOBOTSCHAFT)
Keynote III (10')	Mag. Martina BRUCKNER Pflegedirektion Klinikum Schärding Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH
Podiumsdiskussion (30')	DGKP Karin HAMMINGER Initiatorin und Vorstandsvorsitzende der Österreichischen Bundesinteressengemeinschaft für Agenturen der Personenbetreuung Mag. Martina BRUCKNER Pflegedirektion Klinikum Schärding Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH Ingrid KOROSEC ÖVP-Sozialsprecherin Mag. Elisabeth POTZMANN Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband Dr. Mario TASOTTI Fachgruppenobmann-Stv. der Fachgruppe Wien Personenberatung und Personenbetreuung

BLOCK VIII Pflege & Betreuung Modul 1

16:30–17:30 Uhr

Digitalisierung

Moderation	Alice Herzog
Keynote I (10-15')	Dr. Anne BUSCH BEng MSc Leiterin Masterstudiengang Health Care Informatics, FH Wiener Neustadt
Keynote II (10')	„Künstliche Intelligenz in der Pflege“ Dr. Rainer PLANINC Geschäftsführer der cogvis GmbH
Podiumsdiskussion (30')	Dr. Anne BUSCH BEng MSc Leiterin Masterstudiengang Health Care Informatics, FH Wiener Neustadt FH-Prof. Mag. Dr. Irmtraud EHRENMÜLLER FH Oberösterreich Dr. Rainer PLANINC Geschäftsführer der cogvis GmbH Ingrid KOROSEC ÖVP-Sozialsprecherin

Modul 2

17:30–18:30 Uhr

Prävention

Moderation	Alice Herzog
Keynote I (10')	„Best Agers Bonus Pass“ Dr. Alexander BIACH Direktor-Stv. der Wirtschaftskammer Wien und Standortanwalt der Stadt Wien
Keynote II (10')	„Demenzprophylaxe durch Bewegung“ Prof. Dr. Kurt LEITNER Sportmediziner
Podiumsdiskussion (40')	Univ. Prof. Norbert BACHL Sportmediziner und Hochschullehrer Mag. Barbara FISA The Healthy Choice Mag. Harald JANISCH Wirtschaftskammer Wien Ingrid KOROSEC ÖVP-Sozialsprecherin Prof. Dr. Kurt LEITNER Sportmediziner

Freitag 26. Mai 2023



08:30–09:30 Uhr

PRAEVENIRE Networking Brunch

Keynote (15') „Essenzen der 8. PRAEVENIRE Gesundheitstage“
PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg **SHELLING**

Keynote (30') LH Mag. Hans Peter **DOSKOZIL** | Burgenländischer Landeshauptmann und Vorsitzender des Aufsichtsrats von Gesundheit Burgenland (ANGEFRAGT)

09:45–11:30 Uhr

Podiumsdiskussion Ein NEUER Vertrag für mehr Gesundheit

Am Ende der nun laufenden Finanzausgleichsverhandlungen soll in weiterer Folge auch ein neuer Zielsteuerungsvertrag stehen. Ein NEUER Vertrag für mehr Gesundheit. Die Plattform PRAEVENIRE hat sich in den Tagen zuvor mit den wesentlichen Kapiteln dieses Vertrags beschäftigt. Die Ergebnisse dieser Diskussionen soll nun in einer finalen Abschlussrunde von Experten behandelt werden.

Am Podium

Dr. Alexander **BIACH** | Direktor-Stv. der Wirtschaftskammer Wien und Standortanwalt der Stadt Wien
Dr. Thomas **CZYPIONKA** | Institut für Höhere Studien, Leiter Health Economics & Health Policy (ANGEFRAGT)
LH Mag. Hans Peter **DOSKOZIL** | Burgenländischer Landeshauptmann und Vorsitzender des Aufsichtsrats von Gesundheit Burgenland (ANGEFRAGT)
Peter **HACKER** | Amtsführender Stadtrat für Soziales, Gesundheit und Sport (ANGEFRAGT)
Andreas **HUSS** | Obmann-Stv. ÖGK (ANGEFRAGT)
Univ.-Prof. Dr. Herwig **OSTERMANN** | Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH (ANGEFRAGT)
Johannes **RAUCH** | Gesundheitsminister (ANGEFRAGT)

ab 11:30 Uhr

Ausklang

PREISE, PAKETE UND ANMELDUNG UNTER:





PLATTFORMEN

Finalisten des Start-up-Pitches

Neben der Gewinnerin ilvi qualifizierten sich beim 5. PRAEVENIRE Digital Health Symposium noch vier weitere Unternehmen für das Finale und **PRÄSENTIERTEN IHRE INNOVATIVEN, DIGITALEN PRODUKTLÖSUNGEN** den Teilnehmerinnen und Teilnehmern. | von Rainald Edel, MBA

Instruclick

OP-Logistik neu gedacht

Die Materialversorgung für OPs ist ein großes, oft nicht beachtetes Problem im Spitalsablauf. Geprägt von einer Vielzahl manueller Prozesse, Lagersichtungen, Bestellungen und dem Her- und Wegräumen von Material braucht es eine erhebliche Anzahl an fachlich hochqualifizierten Personen, die sich um diesen Bereich kümmern. Hinzu kommt, dass es durch Überlastung leicht zu Fehlbestellungen kommt, die erst recht personalintensiv per Telefon wieder korrigiert werden müssen, schildert Lukas Schober, Gründer der in Wien ansässigen Plattform Instruklick. All das führt dazu, dass OP-Termine abgesagt werden müssen, was einer intensiveren Nutzung der OP-Kapazitäten entgegensteht.



Mit Instruklick wurde über die letzten drei Jahre gemeinsam mit 21 Krankenhäusern, elf Industrieunternehmen und vier Aufbereitungsunternehmen eine digitale Lösung für den Ausleihprozess chirurgischer Instrumente und zur Optimierung des Lagerbestands bei gleichzeitiger Zeitersparnis und Minimierung des manuellen Arbeitsaufwands geschaffen. Das System liest automatisch OP-Pläne aus, ermittelt das benötigte Material und die relevanten Instrumente und organisiert deren zeitgerechte Anlieferung. Nach dem Eingriff wird das nicht mehr benötigte Material wieder abgeholt und gleich der Wiederaufbereitung zugeführt.

<https://www.instruklick.com>

Mindahead

Fit im Kopf

Die Fallzahlen bei demenziellen Erkrankungen werden sich in den nächsten Jahren verdoppeln, warnt Manuel Kraus, CPO und Co-Founder der Mindahead UG aus Berlin. Heilen lassen sich zu diesem Formenkreis



gehörnde Erkrankungen meist nicht. Allerdings gibt es einige Maßnahmen, die Betroffene setzen können, um den Verlauf hinauszuzögern. Genau hier setzt die digitale Plattform zur Früherkennung von Demenz und zur Behandlung von Frühstadien der Demenz von Mindahead an. Denn die einzige mögliche Maßnahme ist eine Änderung des Lebensstils, und zwar in den Bereichen, die wichtig sind: Kognitiv, sozial und körperlich aktiv zu sein. „Dafür haben wir eine Therapieform adaptiert, die eigentlich für Depression entwickelt worden ist – das nennt sich Verhaltensaktivierung“, so Kraus. Das ist eine von zwei Therapiemöglichkeiten, zu der es überhaupt Evidenz gibt, dass sie Demenz aufhalten oder zumindest das Risiko um rund 40 Prozent senken kann. Das ist die Basis, auf der wir unser Produkt entwickeln. Das Geschäftsmodell dahinter – in Österreich noch nicht so verbreitet: Die DIGa, eine App, die der Arzt verschreiben kann und die Krankenkasse erstattet. Ein gutes Beispiel, wie digitale Gesundheitsanbieter eine Lücke im Markt füllen können.

<https://mindahead.info>



XR Console

Virtuelles Training

Gerade für Personen, die in risikoreichen, komplexen Berufen im Gesundheitsbereich, produzierenden Unternehmen, in der Industrie

oder als Einsatzkräfte tätig sind, ist Training unerlässlich. Hier müssen jeder Handgriff sitzen und der Überblick gewahrt bleiben. „Wir bauen digitale Trainingsmöglichkeiten in Extended Reality. Eine VR-Brille reicht, um beispielsweise den OP oder die Industrieanlage im heimischen Wohnzimmer entstehen zu lassen. So wird teure Infrastruktur nicht für Trainingszwecke blockiert. Zum anderen kann man so Situationen trainieren, die sonst aufgrund der Gefährdungslage für andere oder sich selbst nicht trainierbar wären“, erklärt Sebastian Egger-Lampl, Research Specialist von XR Console. Mit der MED1stMR-Trainingslösung werden medizinische Ersthelfer in Mixed-Reality (MR)-Umgebungen geschult, um ihr Situationsbewusstsein, ihre Widerstandsfähigkeit und ihr effektives Verhalten bei medizinischen Notfällen in hochkomplexen und unvorhersehbaren Situationen zu verbessern. Durch die Möglichkeit, Fehler zu machen und daraus zu lernen sowie die immer wieder leicht veränderte Situation pro Trainingsdurchgang, erwirbt man bei dieser Form des Trainings schnell aktive Handlungskompetenz.

<https://xrconsole.net>



Treetop Medical

Leitlinien aus der Cloud

Das medizinische Wissen, das Ärztinnen und Ärzte am Patientenbett brauchen, hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Es ist deutlich komplexer und dynamischer als noch vor wenigen Jahren. „Daher sind Word und PDF nicht mehr die geeigneten Formate, um dieses Wissen zu transportieren. Wir haben deshalb ein cloudbasiertes digitales Umfeld gebaut, in das alle Stakeholder – von Fachgesellschaften, über Kompetenzzentren bis zu Tumorboards – einen durchgängigen Informationsfluss haben“, schildert Dr. Michael Roiss Founder & CEO, der Schweizer Treetop Medical. Die innovative Architektur ermöglicht einen plattformunabhängigen Zugriff ohne Implementierungsaufwand. Dokumente wie Aufklärungsbögen und Anforderungsformulare werden zentral in der Anwendung verwaltet und gezielt an relevanten Stellen der Leitlinien hinterlegt. Auch die Erstellung und Aktualisierung von Leitlinien ist einfach. Mit wenigen Klicks können beispielsweise Diagnosepläne und Flowcharts aktualisiert werden und stehen in Echtzeit allen Nutzerinnen und Nutzern zur Verfügung. So können Wissen und Evidenz rasch von den klinischen Studien und der Fachgesellschaft ans Patientenbett gelangen und das in einem zukunftsfähigen digitalen Format. Das System ist bereits bei zwei Schweizer Kliniken bereits im Einsatz.

<https://treetop-medical.com>

All-in-One-Tool für den Pflegealltag

Fünf Start-ups gaben beim Start-up-Pitch im Rahmen des 5. PRAEVENIRE Digital Health Symposium Einblick in die spannende und dynamische Welt der INNOVATIVEN JUNGUNTERNEHMERSZENE IM GESUNDHEITSBEREICH. Gewinnerin des Contests war die ilvi GmbH mit ihrer digitalen Lösung für den Pflegebereich. | von Rainald Edel, MBA

Die Digitalisierung ist aus dem Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken. Mit großer Spannung wurden deshalb die Präsentationen der fünf Finalisten des Start-up-Pitch-Contests von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des 5. PRAEVENIRE Digital Health Symposiums verfolgt. Das Publikum am stärksten überzeugen konnte dabei das Unternehmen ilvi GmbH aus Gleisdorf mit „ilviClinic“. Diese Applikation vereinfacht die Dokumentation und Durchführung von Arbeitsabläufen im klinischen Umfeld und dient als universelle Schnittstelle zwischen Anwenderinnen, Anwendern, Patientinnen, Patienten und Zielsystem. Mit dem Ziel, die Lebens- und Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten zu verbessern und die Gesundheitsversorgung der Zukunft zu sichern, hat das 2018 als Spin-off der Berger Medizintechnik GmbH gegründete Unternehmen sich auf die Entwicklung und den Vertrieb von flexiblen medizinischen Softwarelösungen spezialisiert. Durch die digitale Optimierung von Dokumentations- und Arbeitsprozessen in Krankenhäusern, Pflegeheimen und im Home-Care-Bereich gelingt es dem Start-up ilvi, das medizinische Personal zu entlasten und die Gesundheitsversorgung der Zukunft durch Prozesssicherheit und Kosteneffizienz zu sichern.

Umfassende digitale Erfassung mit Handheld

„Wir wollen Erfassungszeiten reduzieren, Kosten einsparen und das medizinische Personal entlasten bei gleichzeitiger Steigerung der Dokumentation“, brachte DI Elke Zens, CEO von ilvi GmbH, in der dreiminütigen Präsentation die schlagenden Argumente der von ihr präsentierten Softwarelösung ins Treffen. Die Software läuft auf allen handelsüblichen Healthcare-zertifizierten Devices. Als Healthcare-Mitarbeiterin, -Mitarbeiter kann man sich mit bestehender Nutzerkarte auf dem Device registrieren. Die Patientin bzw. der Patient kann einfach durch Scannen eines QR-Codes oder Barcodes am Benutzerarmband identifiziert werden. Damit können alle relevanten Daten der gewünschten Person eingesehen und erfasst werden. Zum Beispiel die Vitalwerte, das Essensprotokoll, aber auch eine Wundbilddokumentation sind möglich. Jegliche alphanumerischen Werte der Patientin, des Patienten können auf den Device erfasst werden. Des Weiteren können Fremdapplikationen mit medizinischem Kontext von anderen Anbietern in die Software integriert werden. Vorteil hierbei ist, dass die Software anderen Herstellern einen Datenaustausch ermöglicht. Sind alle Werte erfasst, landen diese mit wenigen Klicks im Zielsystem, wie dem Krankenhausinformationssystem, der Pflegedokumentation oder jeglichem anderen Zielsystem, in dem man die Daten ablegen möchte. Ein Referenzkunde des Unternehmens sind die geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz, die mit der ilvi-Lösung ausgestattet sind.

Lösung für den Homecare-Bereich

Zudem hat der steirische Anbieter innovativer medizinischer Softwarelösungen in den letz-



ten Jahren unter dem Produktnamen ilviHOME auch eine telemedizinische Lösung für den Homecare-Bereich entwickelt. Es ermöglicht eine durchgängige Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten im häuslichen Umfeld – von der Datenerfassung bis hin zum Kontakt zu Angehörigen und dem medizinischen Personal. Durch die kontinuierliche Aufzeichnung wertvoller diagnostischer Daten kann das medizinische Personal rasch auf gesundheitliche Veränderungen der Patientin, des Patienten reagieren. ilviHOME kann an die speziellen Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer und deren Behandlungsplan angepasst werden und erlaubt ebenfalls die Integration von Fremdapplikationen. Die einfache und übersichtliche Benutzeroberfläche ermöglicht die Anwendung durch Personen aller Altersgruppen. Das intuitive Kachelssystem unterstützt Anwenderinnen und Anwender bei der korrekten Datenerfassung und Bedienung.

Seit September des Vorjahres wird ilviHOME im Rahmen des vom Universitätsklinikum Köln geleiteten Forschungsprojekts eliPfad auch wissenschaftlich evaluiert. Ziel dieser Studie ist, die gesundheitliche Versorgung und Eigenständigkeit älterer multimorbider Menschen zu verbessern und wiederholten akuten Rehospitalisierungen vorzubeugen. Dabei wurden 1.000 Patientinnen und Patienten, älter als 60 Jahre und multimorbid, am Ende ihres Krankenhausaufenthaltes mit der digitalen Lösung von ilvi ausgestattet.

Reinhard Riedl (li., Moderation) und Lisa Holzgruber (re., Moderation) gratulierten der Gewinnerin des Start-up-Pitch-Contests, ilvi-CEO Elke Zens.

Diese läuft auf einem handelsüblichen Tablet und spiegelt in einfacher Art und Weise den Behandlungsplan der jeweiligen Studienteilnehmerin, des Studienteilnehmers wider.

Solide Pipeline

In den vergangenen knapp fünf Jahren konnte das steirische Unternehmen ein ansehnliches Produktportfolio aufbauen. Mit seinen Lösungen will ilvi dazu beitragen, die Berufsbilder in der Pflege wieder attraktiver zu machen. Ziel ist es, ein Umfeld zu schaffen, in dem nicht nur die Pflegeleistung mit den vorhandenen Ressourcen langfristig gemanagt werden kann, sondern auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität möglich ist. Neben den beiden im Rahmen des Start-up-Pitch-Contests vorgestellten Produkten verfügt das Unternehmen mittlerweile über eine Reihe weiterer innovativer Lösungen. So wurde beispielsweise mit ilviBRIDGE eine Plug-in-Hardware-Produktgruppe entwickelt, die eine drahtlose Datenübertragung für verschiedene medizinische Anwendungen ermöglicht. Diese stellt den sicheren Datenaustausch zwischen nicht netzwerkfähigen medizinischen Geräten und ilviCLINIC her, um Messdaten automatisch an das Zielsystem zu übertragen.



Das gesamte Portfolio von ilvi finden Sie unter <https://www.ilvi.io/ilvismart>



PLATTFORMEN

Vorstellung PRAEVENIRE Jahrbuch 2022/23

Höchste Zeit für Reformen

Kommt es nicht zu einer grundlegenden **ANPASSUNG VON STRUKTUREN UND LEISTUNGSERBRINGUNG**, droht im österreichischen Gesundheitswesen ein Crash. Prophylaxe so früh wie möglich, optimale Versorgung extramural und „Ambulantisierung“ möglichst vieler Leistungen der Spitäler müssen ineinandergreifen, forderten führende österreichische Expertinnen und Experten bei der Vorstellung des PRAEVENIRE Jahrbuchs 2022/2023. Die Zeit drängt wie nie zuvor. | von Wolfgang Wagner

Kommt es nicht zu einer grundlegenden Anpassung von Strukturen und Leistungserbringung, droht im österreichischen Gesundheitswesen ein Crash. Prophylaxe so früh wie möglich, optimale Versorgung extramural und „Ambulantisierung“ möglichst vieler Leistungen der Spitäler müssen ineinander greifen, forderten führende österreichische Expertinnen und Experten bei der Vorstellung des PRAEVENIRE Jahrbuchs 2022/2023. Die Zeit drängt wie nie zuvor. Einen wichtigen Teil der PRAEVENIRE Initiativen stellt derzeit das Thema „Fokus Spital 2030“ dar. Neben vielen anderen namhaften Expertinnen und Experten federführend ist hier Dr. Wilhelm Marhold, von 2005 bis 2014 Generaldirektor des damaligen Wiener

Kritik am System übte der ehemalige Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbundes, Wilhelm Marhold: Die Medizin des 21. Jahrhunderts kann nicht in Strukturen des 20. Jahrhunderts betrieben werden.

Krankenanstaltenverbundes. Der Gynäkologe mit jahrzehntelanger Erfahrung im österreichischen Spitalswesen anlässlich der Präsentation des Jahrbuchs der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030: „Es vergeht kein Tag, an dem nicht Mängel im österreichischen Spitalswesen in den Medien aufscheinen. Wie viele Pressemeldungen über Unzulänglichkeiten der Spitalsversorgung braucht es noch, bis sich etwas ändert?“ Der Experte nannte zu den aktuellen Problemen gleich mehrere schlagende Beispiele: „Die niederösterreichische Ärztekammer hat vor kurzem gemeldet, dass man in dem Bundesland derzeit ein Jahr auf eine künstliche Hüfte warten muss. Das ist zumeist keine Akutoperation, aber ein Jahr, das ist schon lang. Die Menschen haben ja Schmerzen.“

Für Experten kennzeichnen auch Nachrichten aus der Steiermark die Dramatik der Situation: „Von dort gab es vor wenigen Tagen Meldungen, wonach mehr als 600 freie Betten in den Abteilungen der KAGes-Spitäler gesperrt sind oder gesperrt werden sollen, weil das Personal fehlt bzw. überlastet ist.“ Das ist die Kapazität eines mittleren Zentralkrankenhauses. In Wien hat die Klinik Landstraße rund 700 Betten.“ In der Öffentlichkeit werde aber derzeit falsch reagiert, so Marhold: „Es macht keinen Sinn, mit dem ‚Flammenwerfer‘ herumzugehen und einmal die Ärzteschaft, einmal die Krankenkassen anzugreifen. Ich übe Kritik am System, nicht an den Ärztinnen und Ärzten oder den Mitarbeitenden im Pflegewesen, die dort arbeiten müssen. Wenn wir so weitermachen wie bisher, fährt das System an die Wand.“ Das gelte für die Spitäler, laut vielen Expertinnen und Experten gilt das aber genauso für das österreichische Gesundheitswesen als Ganzes.

Betten-, Stationssperren und das Auflassen von Abteilungen sind kein Beitrag zum Strukturwandel.

Wilhelm Marhold

Strukturen der Entwicklung der Medizin anpassen!

Der wesentlichste Punkt, wie der Gynäkologe und erfahrene Krankenhausmanager darstellte: „Die moderne Medizin kann rascher und gezielter versorgen und braucht neue Strukturen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten. Wir können die Medizin des 21. Jahrhunderts nicht in Strukturen des 20. Jahrhunderts betreiben. Der enorme technologische Fortschritt der Medizin muss in der Organisation des Krankenhausbetriebes und in der Spitalsfinanzierung abgebildet werden.“ Derzeit reagiere das österreichische Gesundheitswesen auf Engpässe und Mängel kontraproduktiv, mit dem Sperren von Bettenstationen und Leistungskürzungen. Marhold pointiert: „Zum Zusperrern holt man einen Schlosser. Spitalsmanager müssen kreative Lösungen für die Weiterentwicklung der Spitäler liefern. Bettensperren, Stationssperren und das Auflassen ganzer Abteilungen sind kein Beitrag zum Strukturwandel und generieren nur Versorgungsengpässe und Verluste der Ver-



sorgungs-, aber auch der Ausbildungsqualität.“ An sich sind die österreichischen Krankenhäuser gut ausgestattet. Rund 16,5 Milliarden Euro an öffentlichen Geldern flossen 2021 in die österreichischen Spitäler. Doch Engpässe und Probleme in der Versorgung der Patientinnen und Patienten gibt es trotzdem. Dringend gehörten die Strukturen im österreichischen Spitalswesen der modernen Medizin und den aktuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und der in den intramuralen Bereich Tätigen angepasst. Marhold: „Wir müssen verkrustete Strukturen auflösen.“ Der wichtigste Reformschritt für die nächste Zukunft, und 2030 ist, wie viele Expertinnen und Experten betonen, ein bereits sehr knapper Zeithorizont für längst fällige Änderungen: „Wir brauchen eine ‚Ambulantisierung‘ von bisher stationär in den Spitälern erbrachten Leistungen. Wir müssen viel mehr auf tagesklinisch durchgeführte Eingriffe setzen. Dazu benötigen wir auch viel mehr tagesstationäre Einrichtungen, in denen Patientinnen und Patienten drei, sechs, neun oder zwölf Stunden, nicht aber über Nacht, betreut werden.“ Marhold sieht hier ein enormes Potenzial: „Es gibt in Österreich die Möglichkeit, pro Jahr rund 800.000 bisher stationär erbrachte Leistungen tagesklinisch durchzuführen. Nur 15 Prozent der Patientinnen und Patienten benötigen ein ‚Overnight-Treatment‘. Mehr ‚tagesstationär‘, weniger ‚nachtstationär‘. Wir sind derzeit nur bei rund 200.000 tagesklinisch durchgeführten Eingriffen. Die moderne Medizin ermöglicht, dass immer mehr Eingriffe schonender und ohne Notwendigkeit von stationären Aufnahmen durchgeführt werden. Das müssen wir in den Spitälern ermöglichen.“ Es gibt (mögliche) Vorreiter auf diesem Gebiet. Marhold: „Mit der laparoskopischen Chirurgie („Schlüsselloch“-Chirurgie; Anm.) lassen sich immer mehr Eingriffe schonender und ambulant durchführen. Das gilt für die Gynäkologie und die HNO genauso wie für die Bauchchirurgie, Orthopädie und viele andere Fachbereiche.“

Kein Tag vergeht ohne Medienmeldungen über Mängel in den Spitälern Österreichs.

Wilhelm Marhold

Funktionsdenken statt Bettendenken

Das bedeute aber ein Umdenken der Verantwortlichen im österreichischen Spitalswesen. „Wir müssen vom Bettendenken ins Funktionsdenken kommen“, forderte der Experte. Auch das Denken in fachspezifischen Bettenstationen sei veraltet. „Spitalsbetten sollten multidisziplinär belegt werden. Die Privatkliniken machen uns das vor“, meinte Marhold. Das ermögliche eine Optimierung des Personaleinsatzes und somit mehr Effizienz. Für den Experten wäre eine solche Entwicklung mit erheblichen Vorteilen verbunden, es müssten jene Potenziale gehoben werden, welche die moderne Medizin biete. „Mit einer vermehrten tagesklinischen Versorgung fallen für das Pflegepersonal und die Ärztinnen und Ärzte Nachtdienste weg. Das gibt die Möglichkeit 20-, 30- oder 40-Stunden-Beschäftigungen nach den Bedürfnissen des Personals zu schaffen. Damit kann man eine bessere und auch geforderte Work-Life-Balance ermöglichen.“ Tagesarbeit sollte zu einem bisher unbekanntem Ausmaß die belastenden Nachtdienste im Spital ersetzen und so die Lebensqualität und Zufriedenheit von Pflege- und ärztlichem Personal erhöhen.



Marhold: „Neue Spitalsstrukturen sind im Interesse des Personals und im Sinne von besseren Einsatzzeiten. Der ‚Ärztmangel‘ in den Spitälern ist selbst gemacht. Man hat die Auswirkungen der EU-Arbeitszeitrichtlinie in den Spitälern unterschätzt. Man hat die Auswirkungen des Themas ‚Work-Life-Balance‘ der nachkommenden Generation von Ärztinnen und Ärzten unterschätzt.“ Im Endeffekt habe man damit auch die Fehlzeiten von (ärztlichem) Personal in den Krankenhäusern falsch berechnet. Da gehe es um Teilzeit, Karenzierungen, Fortbildungen, Zeitausgleich etc. Verschärft hat sich das noch in den vergangenen drei Jahren durch die Pandemie-Krankenstände. Die Anzahl der Dienstposten sei zwar aufgestockt worden, aber seit Jahren zu gering. „Die Medizin-Universitäten bilden nach den Einschätzungen der eigenen Kapazitäten aus und nicht nach dem gesellschaftlich relevanten Bedarf. Wir haben in Österreich paradoxerweise – bezogen auf die Bevölkerungszahlen – mehr Medizin-Studienplätze als die Schweiz oder Deutschland, aber trotzdem einen ‚Mangel an Ärztinnen und Ärzten‘.“ Hier kommen laut dem Experten aber auch noch zwei weitere Faktoren zum Tragen: „Die Abwanderung nach dem Medizinstudium ins Ausland ist enorm und größer als der Zuzug nach Österreich. Die postpromotionelle Ausbildung ist für Jungärztinnen und -ärzte im Ausland offenbar attraktiver als jene in Österreich.“

Andere Finanzierungsmechanismen notwendig

Freilich, die Spitäler und ihre Beschäftigten – genauso die Träger der Krankenhäuser, in Österreich zumeist die Bundesländer – dürfen bei den notwendigen Änderungen im Großen und im Detail nicht allein gelassen werden. So ist für die notwendige „Ambulantisierung“ der Spitalsmedizin auch das Finanzierungssystem der Krankenhäuser umzustellen. Die in Zukunft vermehrt tagesklinisch durchzuführenden medizinischen Leistungen an Patientinnen und Patienten müssten gemäß eines detaillierten Leistungskatalogs bezahlt werden und dürften nicht „in Ambulanzpauschalen“ untergehen, so Marhold. So könnten die entsprechenden Anreize für die Spitalserhalter geschaffen werden. Immerhin koste ein

Der Gesundheitsbereich steckt in der Krise – mit Spannung erwartet wurden die Handlungsempfehlungen und Lösungsansätze aus dem neuen PRAEVENIRE Jahrbuch 2022/2023.

Digital dazu geschaltet:
● Andreas Stippler



über Nacht belegtes Spitalsbett in Österreich derzeit im Durchschnitt rund 1.100 Euro, haben Expertinnen und Experten errechnet. Sinnvollerweise sollten Finanzierung und Strukturplanung bzw. Steuerung im Gesundheitswesen in einer Hand liegen, meint der Wiener Fachmann. Die Ausformung müsse eben verhandelt werden. „Den enormen medizintechnologischen und medizinwissenschaftlichen Fortschritt muss man im Spitalsmanagement wirtschaftlich und strukturell abholen“, lautete deshalb eine Hauptforderung des ehemaligen Chefs der städtischen Wiener Spitäler.

Tausende warten auf ihre geplanten Eingriffe für Knie- und Hüftgelenks-Endoprothesen.

Andreas Stippler

Barrieren niederreißen!

Für eine strukturelle Reform im österreichischen Gesundheitswesen ist aber auch das Niederreißen von Barrieren notwendig. Mag. Karl Lehner, Geschäftsführer der OÖ Gesundheitsholding: „Die Spitäler sind die Spitze der Pyramide des Gesundheitswesens. Wir müssen uns wesentlich mehr damit beschäftigen, dass wir die Sektorengrenzen in unserem Gesundheitswesen überschreiten. Wir haben Betonwände zwischen den Sektoren.“ Es müsse für die am Gesundheitswesen beteiligten Institutionen und Berufsgruppen viel leichter möglich werden, gemeinsam Initiativen zu setzen. Lehner: „Warum sollten ein Spital, eine niedergelassene Radiologin, ein niedergelassener Radiologe nicht gemeinsam ein Großgerät, zum Beispiel einen Magnetresonanztomografen, betreiben? Warum sollte eine Primärversorgungseinheit nicht im oder vor den Toren eines Spitals betrieben werden können? Wir haben in Österreich keine Kultur des Gate-Keeping. Wenn wir aber keine Kultur des Gate-Keeping haben, schlage ich vor, die Patientinnen und Patienten dort zu empfangen, wo sie ankommen.“ Klar sei, dass das Krankenhaus für Akutfälle bereit sein müsse. Doch chronisch Kranke etc. →





sollten eben ambulant bzw. im niedergelassenen Bereich versorgt werden. „Wir könnten uns dadurch eine Menge Geld, Ineffizienzen und Fehlsteuerungen ersparen“, betonte Lehner. Das könnte schließlich auch zu einer Reform in der Finanzierung führen, sagte der Experte: „Wenn wir diese Sektorengrenzen angehen, wäre es auch möglich, den spitalsambulanten und den niedergelassenen Bereich aus einem Topf zu finanzieren.“ Zusätzlich müsse es auch in Österreich möglich werden, die Menge an vorhandenen Daten anonymisiert für Planung und Steuerung zu nutzen. „ELGA muss wesentlich effizienter werden.“ Schließlich seien auch wesentliche Verbesserungen im Bereich der Ausbildung für Gesundheitsberufe notwendig. „Wir müssen danach trachten, eine Ausbildung ab dem Alter von 15 Jahren zu haben. Wir brauchen Teilzeit- und berufsbegleitende Formen der Ausbildung – von der Pflegeassistenz bis zum Bachelor. Wenn jeder Lehrling für seine Ausbildung bezahlt wird, sollte das auch für die Gesundheitsberufe gelten“, so Lehner.

Wir haben Betonmauern zwischen den einzelnen Sektoren im Gesundheitswesen.“

Karl Lehner

Beispiel Orthopädie

Wie kommt man zu weniger Spitalsfrequenzen? Wie können Wartelisten für notwendige Eingriffe wieder abgebaut werden? Ein Beispiel für die derzeitige teilweise dramatische Situation inklusive möglicher Lösungsvorschläge bietet die Orthopädie in Österreich. Derzeit mangelt es an allen Ecken und Enden, wie Dr. Andreas Stippler, MSc Bundesfachgruppenobmann für Orthopädie und chirurgische Orthopädie darstellte: „Es gibt

Für eine strukturelle Reform im österreichischen Gesundheitswesen ist das Niederreißen von Barrieren notwendig, erklärt Karl Lehner.

große Probleme für unsere Patientinnen und Patienten. Tausende warten auf ihre geplanten Eingriffe. Allein im Krankenhaus Stockerau (NÖ; Anm.) ist die magische Grenze von 1.000 auf geplante Eingriffe wartenden Patientinnen und Patienten überschritten.“ Die Situation sei einfach als „prekär“ zu bezeichnen, sagte der Bundesfachgruppenobmann. Die Ursache klingt sprichwörtlich „banal“, ist es aber nicht. Stippler: „Dort fehlen die OP-Pflegerinnen und -Pfleger, welche die Patientinnen und Patienten von den Zimmern in den Operationssaal schieben und wieder zurück.“ Die Ursachen für Chaos und chaotische Zustände seien vielfältig, wie der Bundesfachgruppenobmann erklärte. „Einerseits gibt es seit der Coronapandemie viele ‚Aufholoperationen‘. Viele Abteilungen sind in den Zeiten der Pandemie zu Corona-Abteilungen umgewandelt worden. Das hat zu einem ersten Rückstau an Operationen geführt.“ Der zweite Grund: „Das Personal ist ausgepowert. Nicht nur die Ärztinnen und Ärzte, auch die Pflegekräfte. Hier fehlt es an Personal. Dadurch kommt es zu den Tausenden Patientinnen und Patienten, die auf ihre geplanten Knie- und Hüftgelenksoperationen und somit auf Befreiung von ihren Schmerzen warten.“

OECD-Zahlen

Die Zahlen des OECD-Berichts „Health at a Glance“ (2022) mit dem Vergleich der wesentlichen Daten für das Gesundheitswesen der Mitgliedsländer der Organisation sprechen zu diesen Feststellungen eine deutliche Sprache: 2019 lag demnach Österreich mit 229 Knie- oder Hüftgelenksendoprothesen pro 100.000 Einwohner an zweiter Stelle bei der Frequenz dieser Operationen in der EU. An erster Stelle war Finnland (242/100.000). Unter den OECD-Mitgliedsländern lag nur noch die Schweiz mit 260 solcher Eingriffe pro 100.000 über diesem Wert und damit am ersten Rang. Während aber in Finnland die

Frequenz im Jahr 2020 nur auf 235/100.000 Einwohner zurückging und in der Schweiz mit 256/100.000 ebenfalls praktisch unverändert blieb, stürzte Österreich auf 181 Operationen pro 100.000 Einwohner ab. Das lässt erkennen, woher in Österreich der nunmehrige Nachholbedarf kommt. Der OECD-Durchschnitt für diese Eingriffe lag 2019 bei 133/100.000 Einwohner, im Jahr darauf bei 104, was jedenfalls auch insgesamt für einen Corona-bedingten Rückgang spricht.

Wenn wir jeden Lehrling in der Ausbildung bezahlen, muss das auch für die Gesundheitsberufe gelten.“

Karl Lehner

Strukturelle Probleme

Bei langen Wartelisten im Bereich der elektiven Eingriffe schlägt aber noch eine weitere – dieses Mal strukturelle – Bedingung zu. Stippler: „Dazu kommt auch noch, dass die Fächer für Orthopädie und Traumatologie zusammengelegt worden sind. Wir haben damit auch ein Strukturproblem. Durch diese Zusammenlegung ist es zu einer Verringerung der Kapazitäten für geplante Operationen gekommen. Wir müssen immer wieder einen Operationssaal freihalten, um unfallchirurgische Patientinnen und Patienten versorgen zu können.“ Ein zusätzliches Problem, so der Bundesfachgruppenobmann: „Wir haben im niedergelassenen Bereich auch zu wenige Angebote in der konservativen Orthopädie. Wir sind im internationalen Vergleich Europameister im Operieren von Knie- und Hüftgelenken mit Endoprothesen. Es fehlen aber im niedergelassenen Bereich die Alternativen, um Patientinnen und Patienten mit Hüft- und Kniegelenksendoprothesen adäquat versorgen zu können. Das Problem zieht sich von der Ausbildung zu den Operationskapazitäten bis hin zu mangelnden Strukturen im niedergelassenen Bereich.“

Vielfältiges Maßnahmenpaket notwendig

Zur Behebung der Schwierigkeiten bedürfe es jedenfalls vielfältiger Maßnahmen, sagte der Bundesfachgruppenobmann. Diese müssten auch darauf abzielen, möglichst wenige Patientinnen und Patienten in eine Lage kommen zu lassen, in der nur noch der künstliche Gelenkersatz helfen kann. „Wir brauchen strukturierte und evidenzbasierte Angebote für Personen mit Knie- oder Hüftgelenksarthrose. Da gibt es ermutigende Zahlen aus Dänemark und Australien.“

Man könne durch eine optimale konservative Versorgung wohl auch den großen zahlenmäßigen Anfall von Patientinnen und Patienten für die Versorgung künstlicher Gelenke in bestimmten Grenzen halten. Gleichzeitig gelte es aber auch, die Operationskapazitäten auszubauen. „Die Zahl der Operationen wird trotzdem immer mehr steigen, weil immer mehr Patientinnen und Patienten aus der Baby-Boomer-Generation in die Pension und damit ins Alter kommen, in dem diese orthopädischen Eingriffe nachgefragt werden. Wir brauchen also mehr Ausbildung, nicht nur im operativen, sondern auch im konservativen Bereich, um die Patientinnen und Patienten insgesamt besser betreuen zu können“, sagte Stippler. Am Willen der österreichischen Orthopädinnen und Orthopäden mangle es nicht, so Stippler: „Wir reichen der Politik die Hände und ersuchen um Lösungen.“ P

Buchvorstellung

Digitale Wohlfahrtsgesellschaft. Der Weg in eine digitalisierte Zukunft

Wie kann Wien zur Digitalisierungshauptstadt werden? Mit dieser und anderen Fragen setzt sich der zweite Band der Reihe „Wiener Perspektiven“ unter dem Titel „Digitale Wohlfahrtsgesellschaft. Der Weg in eine digitalisierte Zukunft“ auseinander. Fokus des Buches liegt vor allem auf dem Themenkreis Digitalisierung und der stetig wachsenden Bedeutung dieser technologischen Strömung. | von Carola Bachbauer, BA, MSc



Das Buch

Digitale Wohlfahrtsgesellschaft. Der Weg in eine digitalisierte Zukunft

Seitenzahl: 192 Seiten

Herausgeber:
Elisabeth Kaiser, Marcus Schober

Preis: 24,00 €

Verlag: ÖGB Verlag

ISBN-Nr.: 978-3-99046-621-6

Die Digitalisierung ist aus unserem Alltag nicht mehr wegzudenken. Insbesondere die Pandemie hat gezeigt, wie wichtig sie für die Wirtschaft, den Staat, aber auch die Gesellschaft und jede Einzelne bzw. jeden Einzelnen geworden ist. Zusätzlich bildet die die Basis für ökonomischen Wohlstand und trägt einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität in einer Stadt bei. Daher setzt auch die Stadt Wien angesichts der Digitalisierung auf technologischen Fortschritt, der dem Wohl der Menschen zugutekommen soll. Ganz in diesem Sinne thematisieren Expertinnen, Experten und Politikerinnen, Politiker in diesem zweiten Band wie es in Wien gelingen kann, durch digitale Steuerungsinstrumente eine Verbesserung der Lebensbedingungen zu erreichen, was auf europäischer Ebene bereits für ein digitales Europa getan wurde, wohin der Weg der Digitalisierung in Zukunft führen kann und welche Auswirkungen die Digitalisierung auf

das Arbeitsverhältnis bzw. das Arbeitsrecht hat. Darüber hinaus werden Themen wie die sozialen Transformationen durch Digitalisierung und Ökologisierung aus frauenpolitischer Perspektive, die gerechte Verteilung des digitalen Kapitals sowie die Auswirkungen des technischen Fortschritts auf den Bildungsbereich beleuchtet.

Chancen und Risiken der Digitalisierung

In dem Buch werden nicht nur die Stärken, sondern auch Gefahren der Digitalisierung beleuchtet. Beispielsweise kann die Digitalisierung flexible Arbeitsstrukturen schaffen und so zur Schonung des Klimas beitragen, aber auch in Bezug auf Teilnahmemöglichkeiten und Partizipation bringt der technologische Fortschritt viele Vorteile. Bei allen Möglichkeiten, die die Digitalisierung bietet, birgt sie jedoch nicht nur Chancen, sondern auch Risiken wie Cyberkriminalität, Entfremdung, Dauerüberwachung, die Gefahr eines gläsernen Menschen

sowie eine deutliche Verschiebung von Machtstrukturen. So thematisiert das Buch auch die Frage nach einer sicheren Nutzung der Digitalisierung.

Buchreihe Wiener Perspektiven

Herausgeberin bzw. Herausgeber der kommunalpolitischen Buchreihe Wiener Perspektiven sind Mag. Elisabeth Kaiser, stv. Direktorin der Wiener Bildungsakademie und Leiterin des Lehrgangs „Digitalisierung in Wien“, und Mag. Marcus Schober, Direktor der Wiener Bildungsakademie. Ziel dieser Reihe ist eine Auseinandersetzung mit aktuellen sowie gesellschaftspolitisch relevanten Themengebieten durch Beleuchtung unterschiedlicher Facetten durch Expertinnen, Experten und Politikerinnen, Politiker aus diversen Bereichen. Dabei sollen jene Aspekte und Lebensbereiche behandelt werden, die Wien und die Lebensqualität der Menschen in dieser Stadt ausmachen.

22. – 23. Juni 2023 Hotel Savoyen, Wien

#oegwk

13. ÖSTERREICHISCHER GESUNDHEITSWIRTSCHAFTS- KONGRESS 2023



JETZT ANMELDEN UNTER
oegwk.at/anmelden



POLITIK

Vorstellung PRAEVENIRE Jahrbuch 2022/23

Arzneimittelengpässe – Management und Forderungen

Hunderte Arzneimittel sind in Österreich nicht oder nur eingeschränkt verfügbar. Das verursacht Unannehmlichkeiten, Managementprobleme und **SCHWIERIGKEITEN IN DER OPTIMALEN VERSORGUNG VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN**. Dies betonten für den extra- und auch den intramuralen Bereich Dr. Erwin Rebhandl (AMPLUS) und Mag. Gunda Gittler (ÖFFENTLICHE UND KRANKENHAUSAPOTHEKE BARMHERZIGE BRÜDER/LINZ) bei der Vorstellung des PRAEVENIRE Jahrbuches 2022/2023. | von Wolfgang Wagner

Wie sich die Arzneimittelengpässe auf den Alltag in der hausärztlichen Praxis auswirken, schilderte Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner und Begründer einer Primärversorgungseinheit in Haslach im oberen Mühlviertel, zu Beginn seiner Keynote: „Ich kann aus der praktischen Tätigkeit berichten. Wir hatten in der vergangenen Herbst- und Wintersaison mit sehr vielen Infektionen zu kämpfen, die auch antibiotikapflichtig waren. Und da hatten wir in den vergangenen Wochen immer wieder große Probleme damit, ob die richtigen Medikamente verfügbar sind“, sagte Rebhandl.

In der täglichen Praxis müsse man einfach alle möglichen Wege beschreiten, um nach Lösungen für die einzelnen Patientinnen und Patienten zu suchen, meinte der Hausarzt. Die Mangelsituation habe allerdings auch manche potenziell positiven Auswirkungen, wie das PRAEVENIRE Vorstandsmitglied erklärte: „Man beginnt schon, noch einmal genau zu überlegen, ob ein Antibiotikum wirklich notwendig ist, und setzt Antibiotika sehr sparsam ein.“ Das könne allerdings nicht die einzige Lösung sein, so der Hausarzt: „Es gibt natürlich Patientinnen und Patienten, bei denen ein Antibiotikum angebracht ist. Wir kontrollieren den klinischen Verlauf und die Entzündungsparameter genau. Gerade in den vergangenen zwei bis drei Wochen haben wir sehr viele bakterielle Infektionen im Halsbereich zu behandeln gehabt, zum Teil durch Streptokokken bedingt. Und da hatten wir sehr häufig das große Problem, in der Apotheke das dafür richtige Antibiotikum – Penicillin V – nicht verfügbar zu haben.“

Bei Lieferengpässen setzt man Antibiotika noch restriktiver ein.

Erwin Rebhandl

Vorteile im PVE-Team

Die zweite und verfügbare Wahl: ein Breitbandantibiotikum (Amoxicillin/Clavulansäure). „Das wurde dann von der Apotheke magistral hergestellt“, schilderte Rebhandl die Probleme aus der täglichen Praxis. „Das bedeutet einen großen Aufwand, ist sehr unangenehm und für die Patientinnen und Patienten belastend“, resümierte der Hausarzt. Darüber hinaus sei es



natürlich bis zu einem gewissen Maß riskant, im Fall des Falles nicht das evidenzbasierte, optimale Antibiotikum verfügbar zu haben. „Die Lösung, Patientinnen und Patienten in solchen Situationen in den stationären Bereich zu verweisen, halte ich nicht für angebracht und sinnvoll.“ Eine schnelle Lösung der Probleme mit der Lieferfähigkeit so wichtiger Arzneimittel wie Antibiotika sei dringend angesagt. Allerdings, auch in solchen Fällen scheint die Organisationsstruktur einer Primärversorgungseinheit einen günstigen Effekt zu haben. Rebhandl: „Ich bin sehr froh, dass ich in einer Primärversorgungseinheit mit einem großen Team arbeite. Ich kann solche Aufgaben wie die Nachfrage in Apotheken, wo ein Arzneimittel zur Verfügung steht, delegieren.“

Warnungen seit Jahren

Die österreichische Politik kann sich ob der aktuellen Liefer- und Versorgungsengpässe

Ich bin sehr froh, dass ich in einer Primärversorgungseinheit mit einem großen Team arbeite.

Erwin Rebhandl

nicht so schnell aus dem Spiel nehmen. „Die Lieferengpässe hatten wir schon länger vor der Pandemie. Ich war mit Kolleginnen und Kollegen aus den Krankenhausapotheken schon 2014/2015 deshalb im Gesundheitsministerium“, sagte Mag. Gunda Gittler, Leiterin der öffentlichen Apotheke und der Krankenhausapotheke der Barmherzigen Brüder in Linz und PRAEVENIRE Vorstandsmitglied. Die Expertin: „Wir haben schon damals massiv vor Engpässen gewarnt.“ Diese hätten im Endeffekt mehrere Konzentrationstendenzen in Ländern wie Indien und China durch die Pharmaindustrie aufgrund der Preisentwicklung für viele Arzneimittel in den Abnehmerländern. Lieferschwierigkeiten aus Asien haben oft auch logistische Probleme als Ursache. Tender-Ausschreibungen in verschiedenen Ländern Europas können die Problematik weiter befeuern, weil das zur Abhängigkeit von wenigen Produzenten/Anbietern führt.

Lieferengpässe bedeuten einen großen Aufwand, sind sehr unangenehm und für die Patientinnen und Patienten belastend.

Erwin Rebhandl

Apotheken garantieren Versorgung

In allen diesen Schwierigkeiten – verstärkt noch durch die COVID-19-Pandemie – hätten sich die Apothekerinnen und Apotheker in Österreich, ob in der öffentlichen Apotheke oder in der Spitalsapotheke, als Garanten des Arzneimittel-Managements herausgestellt. Gittler: „Das zeigt die tägliche Praxis. Die Apothekerinnen und Apotheker können durch ihre genaue Kenntnis des Arzneimittelmarktes und der Arzneimittel vom Besorgen bis zur Anwendung eine wichtige Unterstützung sein und Hilfe auch für die Ärztinnen und Ärzte bieten.“ Darüber hinaus spielten die Apothekerinnen und Apotheker auch eine bedeutende

Rolle in der Vernetzung aller Beteiligten – extra- und intramural. „Das ist wichtig, wenn es darum geht, kurzfristig Therapieschemata umzustellen und kurzfristig Arzneimittel zu substituieren“, erklärte die Expertin. Schließlich haben die Erfahrungen in der Coronapandemie auch alten Fähigkeiten des Apothekerstandes wieder zu neuem Wert verholfen. Gittler: „Wir haben unsere ureigenste Disziplin: Wir können Arzneimittel magistral herstellen. Das haben wir in der Pandemie bewiesen.“ Das habe am Beginn von COVID-19 für dringend benötigte Desinfektionsmittel gegolten, neuerdings für Antibiotika-Zubereitungen besonders für Kinder.

Wir haben unsere ureigenste Disziplin: Wir können Arzneimittel magistral herstellen.

Gunda Gittler

Dringende Forderungen

Aus der gegenwärtigen Situation ergeben sich aber auch dringende Forderungen, die an die Verantwortlichen zur Bewältigung der Liefer- und Versorgungspässe zu richten seien, betonte die Expertin. „Wir haben im intramuralen Bereich eine Lagertiefe von mindestens 14 Tagen zu halten. Das ist gesetzlich vorgeschrieben. Unsere Vorlieferanten aus der Pharmaindustrie haben keine gesetzliche Pflicht zur Lagerhaltung.“

Aus dieser Situation sei jedenfalls abzuleiten, dass auch die Pharmaindustrie zur Einrichtung von „nationalen Lagern“ per Gesetz verpflichtet werden müsse. „Vor allem haben wir in der Pandemie gesehen, dass die Lastwagen an den Grenzen gestanden sind. Ich glaube, dass es wichtig ist, nationale Lager einzurichten, und zwar auf gesetzlicher Basis.“ Zu Beginn der COVID-19-Pandemie hat sich laut der Expertin klar herausgestellt, wie rasch auch in der EU die Grenzbalken selbst für potenziell lebensrettende Produkte wieder heruntergehen könnten.

„Eine ganz große Forderung ist, dass wir wieder Arzneimittelproduktionen nach Europa zurückholen. Da ist die Politik angesprochen, Förderungen für Betriebsansiedelungen bereitzustellen“, betonte die Expertin. Über die österreichischen Krankenhausapotheken hinweg – vor allem für die Bundesländer – hätten sich längst Einkaufsverbände etabliert, innerhalb derer man sehr genau Kenntnisse über die jeweils aktuelle Situation habe.

Die Sache der Rückholung von Arzneimittelproduktionen kann laut Gittler aber nur längerfristig angegangen werden. Die Probleme



Auch unsere Vorlieferanten sollten eine gesetzliche Pflicht zur Lagerhaltung haben.

Gunda Gittler

hätten auch etwas mit der Forderung von Krankenkassen etc. nach möglichst niedrigen Preisen zu tun, hatte das PRAEVENIRE Vorstandsmitglied bereits in der jüngeren Vergangenheit aufgezeigt. „Die Pharmaindustrie hat die Produktionen ja nicht aus ‚Spaß‘ nach Indien oder China verlagert bzw. lässt dort herstellen“, so die Apothekerin. Das Rückholen von Pharmaproduktionen und Lagerhaltung würde aber den Wiederaufbau von Know-how und höhere Preise für Arzneimittel bedeuten. „Das ganze Problem muss auch auf EU-Ebene angegangen werden.“ Die Krankenhausapotheken seien jedenfalls Kompetenzzentren auf vier Säulen: Einkauf, Logistik, klinische Pharmazie und Produktion.



„Die Krankenhausapothekerinnen und -apotheker begleiten die Arzneimittel vom Einkauf bis zur Anwendung“, erklärte Gittler.

Die Lieferengpässe hatten wir schon länger vor der Pandemie.

Gunda Gittler

Auch Digitalisierung ist eine Hilfe

Interdisziplinär werde in der Arzneimittelversorgung und in der Anwendung auch mit den verschiedensten anderen Berufsgruppen – von den Ärztinnen und Ärzten bis zur Pflege – zusammengearbeitet. „In Oberösterreich entlasten wir zum Beispiel die Pflege durch patientenindividuelle Zusammenstellung und Verblisterung der Arzneimittel. Das ist auch ein Beitrag, um die Ärztinnen und Ärzte zu entlasten, damit sie sich mehr den Patientinnen und Patienten direkt widmen können“, sagte das PRAEVENIRE Vorstandsmitglied. Hier spielt die Digitalisierung im Gesundheitswesen eine bedeutende Rolle. Bei den Barmherzigen Brüdern in Linz gibt es schon seit 2004 die „elektronische Fieberkurve“ mit der gesamten Patientendokumentation. Die Verordnung der Arzneimittel auf deren Basis erfolgt elektronisch unter Mitwirkung klinisch tätiger Krankenhausapothekerinnen und -apotheker. Dann werden die Medikamente für jede und jeden einzelne/-n Patientin bzw. Patienten im „Multi Dose-Verfahren“ durch Automaten verpackt. Die Patientinnen und Patienten erhalten damit zu jedem vorhergesehenen Einnahmezeitpunkt die Tabletten etc., die zusammengehören. Das System ist vierfach gegen Fehler abgesichert. Versorgt werden die einzelnen Stationen des Krankenhauses mit rund 200 Betten sowie rund 2.200 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner. „Wir verblistern sogar geteilte Tabletten“, hat Gittler dazu festgestellt. „Pro Monat werden auf diese Weise rund 500.000 Tabletten in 250.000 Blistersäckchen ausgeliefert. Die Fehlerquote beträgt 0,04 Prozent.“ Für die Patientinnen und Patienten steht bei dem System die Sicherheit vor Verwechslungen, Dosierungsfehlern etc. im Vordergrund. Auf der anderen Seite erlaubt das Verfahren ein durchgängiges Arzneimittelmanagement von der Bestellung bis zum Verbrauch. Das Pflegepersonal wird dadurch eindeutig entlastet, weil das „Einschachteln“ von Medikamenten entfällt. Für manche Patientinnen bzw. Patienten wird sogar der Bedarf für zu Hause verblistert. Das durchgängig digitalisierte System erlaubt auch ein schnelles Reagieren auf Liefer- und Versorgungspässe. **P**

Ursachen für Liefer- und Versorgungspässe

Schon seit einigen Jahren machen sich zunehmend Liefer- und Versorgungspässe auch in Europa bemerkbar.

Dahinter steckt ein ganzes Bündel an Ursachen:

- Das waren die Gründe für Vertriebsbeschränkungen im Jahr 2022 in Österreich: Verzögerung in der Herstellung (61 Prozent), erhöhter Bedarf (18 Prozent), Verzögerungen in der Auslieferung (11 Prozent), regulatorische Änderungen (6 Prozent), Qualitätsprobleme (4 Prozent)
- Speziell bei den Engpässen von Generika steckt eine zum Teil seit vielen Jahren registrierte Problematik: So wurde auch in den reichsten Staaten enormer Preisdruck ausgeübt. Das Resultat: Die Produktion von Vorprodukten, Wirkstoffen und teilweise die gesamte Herstellung wurde von Pharmaunternehmen nach Indien und China ausgelagert.
- Nicht nur Vorprodukte und Wirkstoffe können knapp werden: Die Lieferkettenproblematik betraf in der jüngeren Vergangenheit auch Verpackungsmaterial etc.: Ein Wirkstoff kann vorhanden sein, ein Fläschchen für die Abfüllung eines Arzneimittels aber nicht.
- Konzentration der Produktion an wenigen Standorten. Fällt eine Produktionsstätte aus technischen oder anderen Gründen aus, gerät die Versorgung schnell ins Wanken.
- 80 Prozent der Liefer- und Versorgungspässe sind regional bzw. national. In der EU soll deshalb ein System zur Überwachung der Situation in den Mitgliedsländern aufgebaut werden. Dann könnte es leichter zu einem Austausch vorhandener Arzneimittel kommen. Dafür ist aber auch eine Neuregelung bezüglich der Fach- und Gebrauchsinformationen (z. B. englischsprachig, digital) notwendig.
- Die Vorlaufzeiten für die Arzneimittelherstellung haben sich auf bis zu ein Jahr und länger ausgedehnt. Plötzlich vermehrter Bedarf (z. B. verstärkte Influenza-/Grippewelle nach COVID-19) bringt leicht Probleme mit sich.



POLITIK

Die hohe Kunst der Politik kommt vom Können

Univ.-Prof. Dr. Josef Smolle ist als Dermatologe, Venerologe und Abgeordneter zum Nationalrat das, was man einen **TOP-GESUNDHEITSEXPERTEN IN DER POLITIK** nennt. Mit PERISKOP sprach er über seine Perspektiven für Österreichs Gesundheitssystem. | von Mag. Dora Skamperls

Josef Smolle war von 2008 bis 2016 Rektor der Med Uni Graz und fühlt sich bis heute der Lehre und der Ausbildung junger Medizinerinnen und Mediziner sehr verpflichtet. In seiner Person vereint sich der Praktiker, der Lehrer, der Wissenschaftler und der Mensch mit viel Können und Wissen, die er in die hohe Kunst der Politik erfolgreich einbringt.

PERISKOP: Herr Prof. Smolle, Sie sind Dermatologe und haben sich im Rahmen Ihrer Professur an der Med Uni Graz mit Neuen Medien in der medizinischen Lehre und interaktiven elektronischen Lehr- und Lernmethoden beschäftigt. Wie wichtig ist die Vermittlung von Digital Skills und Data Literacy in der Ausbildung der Gesundheitsberufe?

SMOLLE: Das muss in der Ausbildung der Gesundheitsberufe eine Rolle spielen und spielt auch eine Rolle, aber die Digitalisierung im Gesundheitswesen muss man mehrschichtig anschauen. In der Dateneingabe ist die Belastung der Gesundheitsberufe eine Mehrfache geworden. Kaum je wird in den Gesundheitsberufen gesagt: Hurra, die Digitalisierung entlastet uns im Arbeitsalltag. Es gibt Ausnahmen: Positives Beispiel ist die digitale Radiologie. Wo profitieren die Gesundheitsberufe sonst von der digitalen Dateneingabe? Ein Positivum ist die Verfügbarkeit. Wo man früher in einem Archiv kramen musste, hat man es heute digital verfügbar. Das wird allerdings durch den Datenschutz zum Teil wieder konterkariert. Allein einen digitalen Befund von einem anderen Krankenhaus anzufordern und zu bekommen, verlangt wieder Papierformulare und einen großen administrativen Aufwand. Das nächste große Asset der Digitalisierung ist die Möglichkeit, riesige Datenmengen auszuwerten. Leider wird das viel zu wenig gemacht, und auch wenn es gemacht wird, ist es im Alltag der Gesundheitsberufe nicht unmittelbar spürbar. Trotzdem glaube ich, dass man auf diesem Weg der Auswertung und Vernetzung der vorhandenen Daten weitermachen muss. Das Austria Micro Data Center, das ja gesetzlich geregelt ist, ist ein sehr gutes Instrument, hier einen entscheidenden Schritt weiterzukommen.

Kaum je wird in den Gesundheitsberufen gesagt: Hurra, die Digitalisierung entlastet uns im Arbeitsalltag.

Josef Smolle

In Ihrer wissenschaftlichen Arbeit beschäftigen Sie sich unter anderem mit der Früherkennung von Hauttumoren mittels neuer, bildgebender Verfahren. Welche Bedeutung haben solche gerätetechnischen Weiterentwicklungen, wenn die daraus folgenden Datenmengen nicht in flächendeckenden Informationssystemen auch für die Forschung genutzt werden können?

Ich halte den Aufbau von wirklich flächendeckend nutzbaren Datenbanken und der Vernetzung von vorhandenen Datenbanken im Interesse der Steuerung des Gesundheitswesens und des Erkennens von epidemiologischen Veränderungen für eine ganz wichtige Maßnahme. Zusammen mit einer sehr ausgeprägten Wissenschaftsskepsis in Österreich gibt es auch eine sehr ausgeprägte Datenskepsis. Wenn es um diagnostische Methoden geht,



Josef Smolle sieht die Primärversorgung als Rückgrat des Gesundheitssystems und fordert deren Ausbau und Kompetenzerweiterung.

wie zum Beispiel die Klassifikation von Hauttumoren oder auch generell in der Pathologie, so braucht es ja einen ganz breiten Datensatz. Wenn man dann die Künstliche Intelligenz (KI) daraufsetzt, und das funktioniert technisch vielfach schon recht gut, ist entscheidend, dass der Datensatz, von dem das System lernt, auch entsprechend gut war – nicht nur groß, sondern auch das gesamte Spektrum der Möglichkeiten umfassend, für die es angewendet werden soll.

Wie können wir die einzelnen Akteure in den Bundesländern, die auf ihren Datenschätzen sitzen, dazu bringen, die Daten in ein System zusammenzuführen?

Die Entwicklung dieser Krankenhausinformationssysteme ist eine sehr dynamische. Manche Länder oder Spitalsträger haben hier eine Vorreiterrolle eingenommen und waren früh mit einem bestimmten System dran, andere etwas später, haben vielleicht schon ein moderneres System genommen. Bis zur Umstellung dauert es wieder eine Zeit, und so hat sich eine sehr differenzierte Landschaft entwickelt. Ich habe nicht die Illusion, dass man überall irgendwann das einheitliche System haben wird, wohl aber die Hoffnung, dass die Systeme gut miteinander vernetzbar sein werden.

Welche Bedeutung werden Ihrer Meinung nach in Zukunft Vorsorgeprogramme und -untersuchungen zur Entlastung des Gesundheitssystems haben wie ein jährlicher Bewegungs- und Mobilitäts-Check oder der „Best-Agers-Bonuspass“?

Die Implementierung des Facharztes für Allgemeinmedizin und Familienmedizin ist nicht einfach nur ein Umittel der praktischen Ärztinnen und Ärzte, sondern soll mit einer Erweiterung des Portfolios einhergehen. Da gehört die Präventionsarbeit ganz massiv dazu.

Manche Probleme in den nachgeordneten Bereichen hätten wir nicht, wenn die Primärversorgung flächendeckend bestens funktionieren würde.

Josef Smolle

Ich sehe auch eine große Chance für digitale Gesundheitsanwendungen, die in der Motivation der Entwicklung und Aufrechterhaltung eines gesunden Lebensstils sehr förderlich sein können.

PRAEVENIRE fordert, alle vom Nationalen Impfgremium empfohlenen Impfungen kostenlos zu ermöglichen. Denken Sie, es ist möglich, die Impfbereitschaft mittels Aufklärung und solcher niederschweligen Angebote zu erhöhen?

Aufklärung ist wichtig. Die kostenlose Bereitstellung steigert vielleicht in manchen Sektoren die Bereitschaft, erhöht in anderen Sektoren aber möglicherweise die Impfskepsis, das haben wir schon erlebt. Grundsätzlich darf ein soziales Gesundheitssystem nicht nur auf Reparieren setzen, sondern auch auf Präventionsmaßnahmen – und da ist Impfung eine der allerwichtigsten. Wenn das zunehmend im Rahmen des solidarischen Gesundheitssystems zur Verfügung gestellt wird, halte ich das für eine gute Entwicklung, auch in epidemiologischer Hinsicht; ein Beispiel ist die HPV-Impfung, wo Österreich eines der ersten Länder war, wo die Impfung nicht nur für Mädchen, sondern auch für Knaben kostenlos angeboten wurde, und die kürzlich bis 21 Jahre ausgeweitet worden ist.

Thema Darmgesundheit – können Sie ein paar Punkte zum Status quo des österreichweiten Koloskopie-Programms darstellen? Wie stehen Sie zu der PRAEVENIRE Forderung, das Mikrobiom als eigenes Organ zu betrachten?

Mikrobiomforschung ist im Moment ein großer Boom. Im Moment zeigt jede Studie, wie wichtig das Mikrobiom ist, aber es gibt noch kaum Ergebnisse, die sagen: Wenn das Mikrobiom so oder so ist, dann bedeutet das dieses oder jenes – oder wir müssen das Mikrobiom auf diese oder jene Weise verändern, damit wir etwas Bestimmtes erzielen. So weit ist man noch lange nicht. Deshalb ist weitere Forschung wichtig.

Koloskopie ab einem gewissen Alter in regelmäßigen Abständen ist eine sinnvolle Maßnahme. Ich könnte mir vorstellen, dass man hier ein ähnliches Einberufungssystem wie beim Brustkrebs macht. Es gibt auch neue Entwicklungen, wie der gentechnische Nachweis von Krebszellen im Stuhl, etc. Generell muss Prävention viel mehr in den allgemeinen Verpflichtungen dessen, was von der Sozialversicherung gezahlt wird, beinhaltet sein.

In vielen ländlichen Regionen gibt es immer weniger ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich. Welche Konzepte erachten Sie als sinnvoll, um die Primärversorgung nachhaltig zu sichern?

Die Primärversorgung ist das Rückgrat der Gesundheitsversorgung. Manche Probleme in den nachgeordneten Bereichen hätten wir nicht, wenn die Primärversorgung flächendeckend bestens funktionieren würde. Das umfasst das gesamte Spektrum von der allgemeinmedizinischen Einzelordination bis zum komplett ausgebauten Primärversorgungszentrum. Dazwischen kann es die Primärversorgungsnetzwerke geben, die – disloziert – ein ähnliches Spektrum anbieten wie Primärversorgungszentren. Dann gibt es natürlich noch weitere unterschiedliche Formen der Vernetzung und Zusammenarbeit der Allgemeinmedizin mit anderen Gesundheitsberufen. Man muss hier das kassenärztliche allgemeinmedizinische System so erweitern, dass genau



Es ist eine Frage der Patientensicherheit, dass man Spitalsversorgung schwerpunktmäßig organisiert.

Josef Smolle

diese Vernetzungsaktivitäten und das breite Abdecken des Bedarfs der Erstversorgung entsprechend gewährleistet sind. Wenn man dem noch ein gut ausgebautes 1450 vorschaltet, das die Patientinnen und Patienten in Form einer „Patientenlenkung light“ zum Best Point of Service hinführt, und dieses Angebot auch vor Ort vorhanden ist, dann würde das der Primärversorgung und allen nachgeschalteten Institutionen guttun. Dann wäre etwas Telefonisches oder Digitales der erste Einstieg, aber die entscheidende Lotsenfunktion spreche ich der Allgemeinmedizin zu.

Ein Dauerbrenner im Fokus der Medien ist der Bereich der Pflege und Betreuung. Welche Konzepte – abgesehen von der Attraktivierung der Gesundheitsberufe – gibt es, die für eine Entlastung sorgen können?

Beim Begriff Pflege muss man zwei völlig unterschiedliche Welten gesondert betrachten. Das eine ist die Alten- und Langzeitpflege und Pflege zu Hause, und das andere ist die Pflegekraft im Spital. Die Entwicklung muss in die Richtung gehen, dass die Pflege zu Hause besser unterstützt wird, dass auch hier die externen Hilfestellungen für die Pflege zu Hause weiter ausgebaut werden. Auch ein Zwischenmodell muss in Form des betreuten Wohnens ausgebaut werden, wo dann eine Betreuungskraft für mehrere Wohneinheiten vorgehalten werden kann. Meines Erachtens nicht denkbar ist eine 24-Stunden-Betreuung einer Einzelperson im Angestelltenverhältnis, das ist für niemanden finanzierbar.

Welche Rolle spielen in Österreich pflegende Angehörige und wie können sie besser geschult und von gesetzlicher Seite entlastet werden?

Von gesetzlicher Seite wurde als erster Schritt der Pflegebonus für die Pflege zu Hause eingeführt als ein Signal in die richtige Richtung. Das Zweite ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer Pflegeeinrichtung. Und dann brauchen die pflegenden Angehörigen natürlich auch eine fachliche Unterstützung, wobei Schulungsangebote durchaus auch in digitaler Form hilfreich sein werden.

Das Spitals- und Gesundheitsmanagement hinkt vielen innovativen Entwicklungen hinterher. Warum ist das System so träge und wie kann optimiert werden, um auch den veränderten Anforderungen des jungen

Die KI ist nur so gut wie die zugrundeliegenden Daten, daher muss über allem die Kontrolle durch den Menschen stehen, so Josef Smolle.

Personals an ihre Jobs zu begegnen?

In der Spitalslandschaft haben wir sicher in Österreich das große Problem, dass es sehr viele kleine Spitäler gibt, die aus einer Motivation von vor ungefähr 100 Jahren entstanden sind, doch mittlerweile hat sich die Medizin massiv geändert. Vieles ist so spezialisiert, dass es nur konzentriert an wenigen Stellen, dafür aber von eingeschworenen, routinierten Teams qualitativ gut gemacht werden kann. Das ist natürlich eine politische Herausforderung. Es ist schwer, einer Bezirksstadt begreiflich zu machen, dass das, wo Krankenhaus draufsteht, vielleicht in absehbarer Zeit andere Funktionen haben wird. Gleichzeitig muss man aber der Gesamtbevölkerung vermitteln, dass es eine Frage der Patientensicherheit ist, dass man Spitalsversorgung schwerpunktmäßig organisiert. Das Ganze ist noch akzentuiert durch die vor einigen Jahren stattgefundenen wichtige und überfällige Reduktion der ärztlichen Arbeitszeit. Das führt nämlich dazu, dass man für die ärztliche Arbeit in einem kleinen Spital, die sich früher auf eine Handvoll von Chirurgen und Chirurgen aufgeteilt hat, plötzlich an die 20 Dienstposten erhalten muss – und das geht zulasten der Erfahrung, Routine und Patientensicherheit.

Prävention muss viel mehr in den allgemeinen Verpflichtungen dessen, was von der Sozialversicherung gezahlt wird, beinhaltet sein.

Josef Smolle

Wie sieht das Spital der Zukunft für Sie aus – Stichworte Ambulantisierung und Bettenzahl bzw. Bettenfunktion?

Wenn man mehr ambulant macht und gleichzeitig schaut, dass die ambulante Nachbetreuung gut gesichert ist, was wieder in Richtung Primärversorgung geht, dann muss diese flächendeckend gewährleistet sein. Dann kommt man sicher mit deutlich weniger Betten aus, wie viele andere Länder zeigen, die auch ein recht gutes Gesundheitssystem haben. Das, was stationär verbleibt, wird sehr spezialisiert sein. Für problematisch halte ich die verlockende Idee der multidisziplinären Belegung einer Station, weil man dabei ignoriert, dass auch die Pflege etwas Hochspezialisiertes ist. Das geht allenfalls bei ganz einfachen Routinedingen, nicht jedoch in der komplexen Spitzenmedizin. Die Zentralkrankenhäuser oder Zentralkliniken sind allerdings auch nicht nur zur Vorhaltung von Betten da, sondern sie sind Expertisezentren. Und bei seltenen Krankheiten reicht manchmal ein einziges Zentrum für das ganze Land. Das ist eine Frage der Qualität und Effizienz. In der Realität geht es schon in diese Richtung. **P**



POLITIK

Mehr Effizienz im Gesundheitsbereich nötig

Eine **GROSSZÜGIGE REFORM DES SYSTEMS** ist seit Langem überfällig, wie zuletzt auch die Expertinnen und Experten im Rahmen der Präsentation des PRAEVENIRE Jahrbuchs eindringlich warnten. Die Bundesregierung zeigt nun den Willen, die Probleme anzupacken. PERISKOP sprach mit dem Gesundheitssprecher Ralph Schallmeiner, Die Grünen, über Ideen und Positionen seiner Partei zu vordringlichen Themen der Gesundheitsversorgung. | von Rainald Edel, MBA

Ralph Schallmeiner gehört seit 2019 dem Nationalrat an und ist der Gesundheitssprecher seiner Partei, Die Grünen. Seit 2021 ist der gelernte Großhandelskaufmann zudem Vizebürgermeister der Marktgemeinde Thalheim bei Wels.

PERISKOP: In vielen ländlichen Regionen gibt es immer weniger ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich. Welche Konzepte erachten Sie als sinnvoll, um die Primärversorgung nachhaltig zu sichern?

SCHALLMEINER: Die Grundfrage ist, wie schaffen wir es, dass alle Personen in Österreich den gleichen Zugang zu den gleichen guten Leistungen erhalten, ohne dafür zusätzliches Geld in die Hand nehmen zu müssen? Daher ist es wichtig, dass es einen lebendigen niedergelassenen Bereich mit Krankenkassenzugang gibt. Es scheitert aber nicht an der Zahl der Ärztinnen und Ärzte – wir haben die größte Ärztedichte in Europa. Gerade für den ländlichen Bereich stellt sich auch die Frage, wie man die Versorgung mit Psychologinnen und Psychologen sowie die diversen Therapieberufe mit Kassenverträgen sicherstellen kann. Ein Baustein ist die derzeit laufende Reparatur des aus meiner Sicht nicht sehr glücklichen PVE-Gesetzes aus dem Jahr 2017. Wir wollen, dass Primärversorgungseinheiten (PVE) leichter zu gründen sind, und zwar durch die Hereinnahme der nichtärztlichen Gründungsmitglieder und damit mehr Arbeit auf Augenhöhe zwischen den Berufsgruppen. Auch die Möglichkeit der Ausprägung als Netzwerk wird helfen. Da ein PVE erst ab einer Größenordnung von drei- bis viertausend Einwohnern wirtschaftlich Sinn macht, bleiben viele Gemeinden übrig, die unter dieser Grenze liegen. Diese müssen wir uns noch gesondert anschauen. Wobei es in solchen kleineren Gemeinden nicht immer so schwer ist, eine ärztliche Versorgung zu finden – Stichwort Hausapotheke. Ich glaube aber auch, dass es eine Verantwortung der Kommunen gibt, auch die müssen diesbezüglich mehr Engagement zeigen. Grundvoraussetzung ist, einen guten Gesamtvertrag zu erzielen. Denn wir sehen deutlich, in jenen Bundesländern, in denen die Verträge wenig attraktiv sind, bestehen auch die größten Probleme bei der Nachbesetzung. Hier müssen Sozialversicherungen und Ärztekammer aufeinander zugehen. Es wäre vielleicht sinnvoll, auf ein anderes Honorierungssystem umzusteigen und sich Best-Practice-Beispiele aus anderen Ländern anzuschauen.

Wie sehen Sie die Rolle der Gesundheitsberufe und deren Expertise im Gesundheitssystem der Zukunft? Welche Möglichkeiten



Ralph Schallmeiner ist Abgeordneter zum Nationalrat und seit 2019 Gesundheitssprecher, Die Grünen.

sehen Sie, die Gesundheitsberufe zu attraktiveren, um zukunftsorientiert den Personalbedarf abzudecken?

Neben dem wohnortnahen Zugang zu Kasernenordnungen der wichtigsten Fachrichtungen, wie Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Gynäkologie, Augenheilkunde etc. braucht es auch die viel stärkere Einbindung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in das Versorgungssystem. Wir bilden hochqualifizierte Pflegekräfte an Fachhochschulen aus, die dann in der Realität ihr Wissen und Können nicht anwenden dürfen. Das ist hochgradig frustrierend für die Ausgebildeten. Wir sind in einem System gefangen, in dem wir die Qualifikation hochausgebildeter Personen einfach nicht anerkennen. Das muss sich dringend ändern, dann wird unser Gesundheitssystem auch effizient. Das gibt zum Beispiel den Pflegekräften die Motivation, im System zu bleiben, weil sie anwenden können, was sie gelernt haben, einhergehend mit einer Gehaltssteigerung, da Kompetenz und Verantwortung auch entsprechend honoriert werden muss. Einen Effekt, den wir in Skandinavien sehen, ist, dass man mit so einer Aufstellung viel näher an der Bevölkerung ist, mehr Zeit für die jeweilige Person zur Verfügung steht

und die Kommunikation auch mehr auf Augenhöhe mit den Patientinnen und Patienten erfolgen kann.

Auch wenn es während der Coronapandemie einen gewissen Boost gegeben hat, tritt die Digitalisierung im Gesundheitsbereich in Österreich bislang weitgehend auf der Stelle. Als Grund hört man oft, dass einer Lösung der Datenschutz im Weg stünde – allerdings sind andere Länder, wie die skandinavischen Staaten, schon viel weiter. Muss man bei uns umdenken?

Schweden hat beispielsweise eine ganz andere Transparenzkultur, diese kann man nicht mit Österreich vergleichen. Auch wenn ich niemand bin, der einen überbordenden Datenschutz vertritt, bin ich dagegen, wie es manche fordern, dass man die in ELGA enthaltenen Gesundheitsdaten einfach für alle zugänglich macht. Der Datenschutz muss in jedem Fall gewährleistet sein, auch wenn das der Industrie nicht gefällt. Gleichzeitig muss aber auch die Möglichkeit bestehen, dass jede und jeder Einzelne seine Daten zum Beispiel im Rahmen von Studien freiwillig offenlegt und diese Entscheidung jederzeit widerrufen kann. Daher braucht es hier eine gute und saubere Lösung.

Österreich hat mit ELGA seit einigen Jahren ein elektronisches Basissystem für die Gesundheitsversorgung, das allerdings, so die Kritik von Anwenderinnen, Anwendern und Patientenseite, noch einige Schwachstellen hat. Welche Ausbaupläne gibt es dazu?

Ich bin froh, dass wir uns bei ELGA einig sind, dass diese die zentrale Plattform ist. Wir haben die Herausforderung des European Health Data Systems, was für Österreich der zentrale Punkt sein wird. Wir müssen beispielsweise schauen, dass wir alle Ärztinnen und Ärzte hier einbringen, und nicht nur wie derzeit die Krankenhäuser und PVE in Form der Diagnosecodierung. Hier müssen alle anderen Formen im niedergelassenen Bereich ebenso eingebunden werden. Das heißt, dass auch die Wahlarztpraxen verpflichtend über einen ELGA-Anschluss verfügen müssen. Wir brauchen in Zukunft auch die zentrale Aufbewahrung für alle bildgebenden und diagnostischen Verfahren, wo nun endlich der Turbo zur Umsetzung gestartet wurde. Denn es kann nicht sein, dass ein und dieselbe Untersuchung dreimal gemacht wird, bis die Patientin, der Patient endlich zu einer Diagnose kommt. Klar ist aber in allen Fällen, dass der Datenschutz prioritär ist und jede und jeder Hoheit über ihre bzw. seine Daten haben muss.

Inwieweit sollen aber dennoch anonymisierte Daten, die es oftmals ja schon gäbe, zum Beispiel im Rahmen von Krankheitsregister für Auswertungen zur Verfügung stehen?

Wenn wir ein gutes Gesundheitswesen haben wollen, müssen wir es auch planen können. Dazu braucht es natürlich Daten als Grundlage. Was passiert, wenn diese nicht zur Verfügung stehen, hat sich während der Coronapandemie gezeigt. Das heißt, in Zukunft werden auch die Bundesländer nicht daran vorbeikommen, ihre Daten sauber zentral anzumelden, damit wir eine verbindliche Planung im Gesundheitswesen haben. Zentraler Punkt ist auch hier die DSGVO – das muss datenschutzrechtlich sauber gelöst sein. Und das ist möglich, das zeigen uns andere Länder. Denn die DSGVO gilt ja auch in den zuvor angesprochenen skandinavischen Ländern, und die sind deutlich weiter als wir – trotz Einhaltung des Datenschutzes.

Welche Rolle spielen die Digital Natives, eine neue Generation hoch technikaffiner junger Ärztinnen und Ärzte, als Multiplikatoren für zukünftige Entwicklungen im Gesundheitssystem?

Ohne Digitalisierung wird in Zukunft im Gesundheitssystem nichts mehr gehen. Junge Ärztinnen und Ärzte sind sicherlich deutlich offener und aufgeschlossener gegenüber digitalen Hilfsmitteln und setzen diese auch breitflächig ein. Ein gutes Beispiel dazu ist die Diagnosecodierung, die für junge Menschen gar kein Diskussionspunkt mehr ist, sondern eine Selbstverständlichkeit. Gleiches ist im Pflegebereich zu beobachten, wo es sehr gute digitale Unterstützungsmöglichkeiten gibt, die die Dokumentation wesentlich erleichtern und zeiteffizient machen, wenn man sie einsetzt. Allerdings braucht es noch eine Lösung für die digitalen Angebote für Patientinnen und Patienten, die sogenannten DiGAs.

Ein Dauerbrenner im Fokus der Medien ist der Bereich der Pflege und Betreuung. Welche Konzepte – abgesehen von der genannten Attraktivierung der Gesundheitsberufe – gibt es, die für eine Entlastung sorgen können?

Neben dem wohnortnahen Zugang zu Kassenordinationen der wichtigsten Fachrichtungen braucht es auch die viel stärkere Einbindung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in das Versorgungssystem.

Ralph Schallmeiner

Wir stecken gerade mitten in der Pflegereform, die 20 verschiedene Einzelprojekte beinhaltet. Hier wird man schauen müssen, ob das ausreichend ist. Aber ich gehe davon aus, dass wir durch die Reform wieder mehr Personen in die Ausbildung für Pflegeberufe bekommen. Anschauen müssen wir uns aber auch, warum so viele Pflegekräfte nach sechs bis sieben Jahren wieder aus dem Berufsfeld ausscheiden. Die am häufigsten genannten Gründe sind die Planbarkeit der Arbeitszeiten und die Work-Life-Balance. Um hier anzusetzen, bräuchte es aber mehr Personal. Um das zu durchbrechen, wird es nötig sein, die Reform sauber umzusetzen und Pflegekräfte aus dem Ausland anzuwerben. Wobei man hier den Bereich der Anerkennung ausländischer Qualifikationen deutlich vereinfachen und beschleunigen muss.

Im PRAEVENIRE Jahrbuch fordern die Expertinnen und Experten, alle vom Nationalen Impfgremium empfohlenen Impfungen kostenlos zu ermöglichen. Denken Sie, es ist möglich, die Impfbereitschaft mittels Aufklärung und niederschweligen Angeboten zu erhöhen?

Impfen ist eine der wichtigsten medizinischen Errungenschaften der letzten Jahrhunderte. Daher wäre es wichtig, möglichst vielen Personen das nationale Impfprogramm kostengünstig bzw. gratis zur Verfügung zu stellen. Die größte Hürde sehe ich dabei, wie Impfen in Österreich organisiert ist, da die Finanzierung auf Bund, Länder, teilweise Gemeinden und Sozialversicherung aufgesplittert ist. Unser Wunsch wäre, das zu vereinheitlichen und zumindest jenen, die es sich nicht leisten können, die Impfungen kostenlos zur Verfügung zu stellen. Begleitend braucht es dazu eine Kommunikation, die die Menschen anspricht und nicht nur informiert, welche Impfungen es gibt, sondern erklärt, warum es wichtig ist, sich impfen zu lassen. So wäre es gut, wenn man Jugendliche beispielsweise für die HPV-Impfung anspricht, dass man dazu die Bundesjugendvertretung (BJV) einbindet, damit die Sprache der Kampagne auf Augenhöhe mit der Zielgruppe erfolgt.

Ein aktuelles Thema ist die Arzneimittelversorgung in Österreich. Wie reagiert die Politik auf die veränderten Umstände, die zu dieser Situation geführt haben?

Das Thema ist vielschichtig. Man muss sich ansehen, was dem Problem zugrunde liegt. Sicher zu kurz greifen Erklärungsmodelle, dass es nur am Preis läge, da ja auch andere Länder in Europa betroffen sind. Es wären die Sozialversicherung, die Industrie und auch der Großhandel gefordert, sich zu überlegen, wie man einen Einkauf bestmöglich gestalten könnte. Dabei müssen sowohl die Liefersicherheit gewährleistet sein als auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Pharmabetriebe berücksichtigt werden. Dazu gehört meiner Meinung auch ein ein-

heitlicher Einkauf für alle Bundesländer, denn nur so bekommen wir das notwendige Marktgewicht. Sicherlich hilfreich wäre auch hier das Thema Daten, da man durch die zuvor erwähnten Diagnosecodierung natürlich eine viel bessere Planbarkeit des Bedarfs hat. Aber auch auf europäischer Ebene muss das Thema organisiert werden, sowohl der Bereich Einkauf als auch die Produktion. Zwar hat es diesbezüglich in den letzten Jahren schon einige Vorstöße gegeben, von einem fertigen Konzept sind wir allerdings noch weit weg.

Wie sieht das Spital der Zukunft für Sie aus – Stichworte Ambulantisierung und Bettenzahl bzw. Bettenfunktion?

Wir haben zwei Patientengruppen in den Spitälern – einerseits jene, die schnell wieder von dort weg wollen, und jene, die froh sind, dass sie drinnen sind. Für beide Gruppen müssen wir passende Angebote schaffen. Grundsätzlich sehe ich in der ambulanten, kurzen Versorgung eher die Zukunft. Was nicht heißt, dass ich die Betten in Frage stelle, sondern die Form. Was uns fehlt, und das betrifft die zuvor angesprochene zweite Gruppe, sind Übergangspflegeeinrichtungen. Dieser Bereich gehört für die Krankenhäuser definiert. Damit kann man aber den Bereich der Akutversorgung entlasten. Aber auch hier stellt sich die Frage, wie man nichtärztliches Personal hier optimal einsetzen kann. **P**

Ralph Schallmeiner tritt für eine Vermittlung von Gesundheitsinformationen auf Augenhöhe und in der Sprache der jeweiligen Zielgruppe ein.



Digital Health: Zurück in die Zukunft



Das 5. PRAEVENIRE Digital Health Symposium am 20. und 21. April unter dem Motto **SHAPE THE FUTURE. AUTOMATION - ROBOTICS - AI - CYBER SECURITY** präsentierte nicht nur die aktuellen Entwicklungen der Digitalisierung im Gesundheitssystem, sondern legte auch den Finger in die vielen offenen Fragen und Herausforderungen. | von Mag. Dora Skamperls

Der sensationelle Erfolg des 5. PRAEVENIRE Digital Health Symposiums ist ein deutliches Signal für die hohe Bedeutung des Themas Digitalisierung – exemplarisch im Gesundheitswesen – für die kommenden Jahre und Jahrzehnte. Die Keynotes anlässlich des Openings zeigten eindrücklich die dramatische Dringlichkeit einer Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Forderungen nach Digitalisierung des Gesundheitswesens könnten nämlich bald veraltet wirken. Die Entwicklung läuft auf Hochtouren und überholt bereits das System.

„Jede Krankenanstalt ist eine kritische Infrastruktur.“ – hinter diesem scheinbar offensichtlichen Hinweis steht eine enorme Verantwortung für die Implementierung digitaler Systeme. Während die vielgestaltigen Herausforderungen der Digitalisierung in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit wenig verankert sind, arbeiten im Hintergrund die besten Köpfe des Landes an KI-Systemen, digitalen Gesundheitsanwendungen, Robotik und vor allem auch rechtlichen Grundlagen und Cyber Security, um die Digitalisierung auf einer sicheren und zukunftsfähigen Basis umsetzen zu können.

„Bis zum Ende durchdenken“

Bei der von Prof. DI Dr. Reinhard Riedl, Dozent an der Berner Fachhochschule, und Lisa Holzgruber, MBA, MSc, Gründerin der rotatable GmbH, hochkarätig moderierten Veranstaltung beschäftigten sich Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen an zwei Tagen mit vier Themenblöcken: „Die Basis: Von eHealth nach dHealth – die datengetriebene Zukunft des Gesundheitswesens“, „Roboter – Entlastung für Pflege und Chirurgie“, „KI in der medizinischen Versorgung – durch Qualitätsmanagement zur Erfüllung ethischer Ansprüche“ und „Digitale Sicherheit und Resilienz: Notwendig für Vertrauen und entscheidend in Krisen“. Riedl betonte

in seiner Begrüßung die „Notwendigkeit, die Digitalisierung anhand konkreter Beispiele aus der Praxis bis zum Ende durchzudenken.“ Begleitet wurde die Veranstaltung von einem Pitch Contest junger Start-ups aus dem Digitalisierungsbereich und einer Event-App mit Live-Umfragemöglichkeit.

Vorteile für alle aufzeigen

Im Rahmen des Symposiums in Wien diskutierten mehr als hundert Teilnehmerinnen und Teilnehmer breite Aspekte der Digitalisierung der medizinischen Versorgung und des Gesundheitswesens insgesamt: vom Chirurgie- oder Pflegeroboter bis zu Cyber Security und rechtlichen Aspekten. Bei der Digitalisierung handle es sich um eine Entwicklung, die Abläufe im Gesundheitswesen ganz breit und an den verschiedensten Stellen dieses komplexen Systems verändere, so Organisator Reinhard Riedl, „Man muss die Vorteile für die Menschen bzw. Patientinnen und Patienten sowie das Gesundheitspersonal aufzeigen. Tatsächlich ergänzen zum Beispiel Gesundheits-Apps auf Rezept die konventionelle Versorgung. Das führt zur ‚Selbstermächtigung‘ der Betroffenen. Technisch am nächsten ist doch den meisten von uns das Handy.“

Apps auf Rezept

In Deutschland können Ärztinnen und Ärzte zertifizierte Gesundheits-Apps mit bewiesenem Nutzen (z. B. bei orthopädischen Problemen, bei psychiatrischen Erkrankungen etc.) bereits auf Kassenrezept verschreiben. In Österreich gibt es dafür noch kein System. Auch für das Gesundheitspersonal sind unterstützende Systeme schnell als Positivum ersichtlich – beispielsweise, wenn Roboter in einer Krankenhausapotheke die individuelle medikamentöse Therapie für Patientinnen und Patienten fehlerlos zusammenstellen, abpacken und liefern oder unterstützend in der Pflege tätig werden. Diese Anwendungen haben sich teilweise bereits durchgesetzt. Wenn,

so Riedl, Vorteile von digitalisierten Technologien unmittelbar in der täglichen Arbeit ersichtlich werden, führt an ihnen kein Weg vorbei. „High-End-Roboter in der Chirurgie können als Handwerkszeug für eine wesentliche Verbesserung der Präzision der Eingriffe sorgen“, erläutert der Experte. Oft geäußerte rechtliche Einwände gegen Aspekte der Digitalisierung könnten – bei offensichtlichen Vorteilen der Technik gegenüber herkömmlichen Verfahren – schnell überwunden sein, so Riedl: „Man ist in der Medizin gesetzlich verpflichtet, in Diagnose und Therapie nach dem Stand der Technik zu handeln. Wo beispielsweise Künstliche Intelligenz für bessere Ergebnisse sorgt, wird sie einzusetzen sein – aber nicht ohne Kontrolle durch Fachexpertinnen und -experten.“

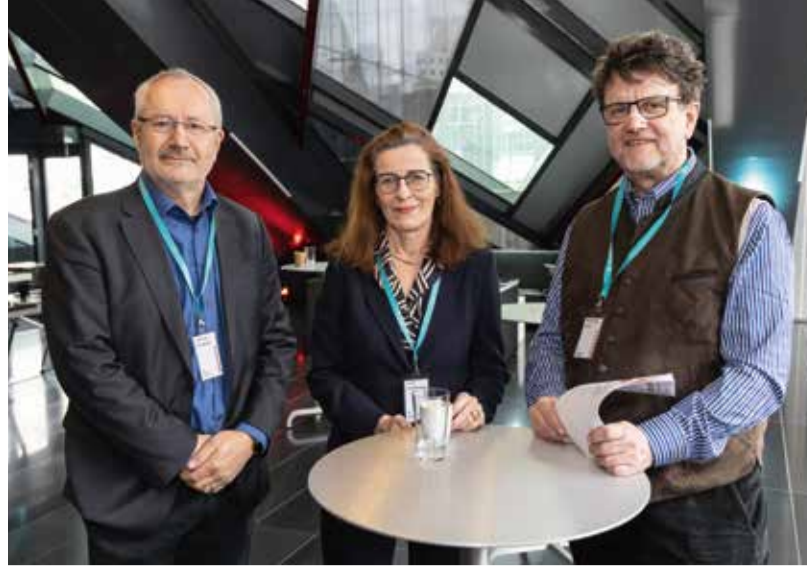
KI erhöht medizinische Genauigkeit

Ein Beispiel: An Millionen Fallbeispielen trainierte Analysesysteme weisen Radiologinnen und Radiologen in der bildgebenden Diagnostik (Röntgen, Computertomografie, Magnetresonanztomografie etc.) im Zweifelsfall auf verdächtige Signale bzw. Strukturen hin und können so die Genauigkeit erhöhen. Oder umgekehrt: Die individuelle Therapieentscheidung trifft natürlich die Ärztin, der Arzt, aber ein KI-Programm dahinter macht sie bzw. ihn auf mögliche Fehler aufmerksam. Wichtig – so der Experte – wäre ein Bekenntnis der Politik, die Digitalisierung unter entsprechenden technischen und rechtlichen Vorkehrungen auch im Gesundheitswesen vorantreiben zu wollen. Dazu gehört auch eine die Privatsphäre garantierende Verarbeitung personenbezogener Daten: „Das kann dadurch geschehen, dass die Daten in einem sicheren Datenraum zusammengeführt werden, wo nur ein vorher kontrollierter Algorithmus sie sieht, und nach der Verwendung dort wieder gelöscht werden.“, schilderte der Experte eines vieler möglicher Systeme. „Je unmittelbarer der daraus resultierende Gewinn für den einzelnen



Beim 5. PRAEVENIRE Digital Health Symposium mit dem Titel "Shape the Future" wurde deutlich, wie dringend eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems erforderlich ist – vor allem im Bereich der Digitalisierung.





Menschen ist, desto eher wird er zustimmen“, sagt Riedl. Im Spitalskontext, wo Patientinnen und Patienten direkt und unmittelbar Nutzen erwarten, sei die Bereitschaft zum Daten teilen schon heute hoch. Angesichts der Skepsis in Österreich, müssten Forschung und Medizin aber auf die europaweite Zusammenarbeit setzen, in der der Datenschutz garantiert ist.

„Die Alarmglocken müssen läuten“

„Österreich hat mehrfach Meilensteine gesetzt, aber jetzt werden wir von den Entwicklungen überrollt – wir kommen viel zu wenig ins Tun! Nur zwei Prozent unserer Mittel werden in Vorsorge investiert, nur 15 Prozent unserer Daten werden sinnvoll genutzt“, macht Landesrätin Martina Rüscher, MBA, MSc auf die Defizite der Entwicklung aufmerksam. Österreich sei weltweit eines der Länder mit der geringsten Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung: „Kinder können nicht mehr auf einem Bein stehen – die Alarmglocken müssen läuten!“ Eine gezielte Vorsorge und die Stärkung des Vertrauens in Medizin, Wissenschaft und Forschung durch gezielte Förderung auch im Bildungsbereich sei unumgänglich.

Finanzierung retten

In diese Bresche schlägt auch Dr. Alexander Biach, Direktor Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien. In den letzten zehn Jahren seien die Kosten für Spitäler von 11 Mrd. auf 16,4 Mrd. Euro angestiegen, Tendenz steigend. Das führe unweigerlich zum Kollaps des Gesundheitssystems. „Wir stehen vor dem ernstesten Problem, wie finanzieren wir dieses Gesundheitssystem? Augen zu und durch

oder nutzen wir die Gunst der Stunde und sagen: digital vor ambulant vor stationär?“ Wir können nur mit der optimalen Vernetzung der Gesundheitsdaten und der Einführung digitaler Gesundheitsanwendungen, bspw. Apps auf Verordnung durch die Ärztin oder den Arzt, sowie durch gleichzeitige Förderung der Eigenverantwortung bei den Patientinnen und Patienten unser Gesundheitswesen retten. „Derzeit sind digitale Gesundheitsanwendungen noch nicht sexy genug. Aber nur so können wir die hohe Qualität des österreichischen Gesundheitssystems erhalten“, ist Biach überzeugt.

Den Datenschatz Österreichs nutzen

Florian Tursky, MSc, MBA, Staatssekretär im Finanzministerium, betont in seiner Begrüßung die hohe digitale Kompetenz Österreichs, das mehrfach im internationalen Vergleich Geschichte schrieb: „Österreich war mehrfach internationale Benchmark – beispielsweise mit der Einführung der e-card 2005 und ELGA 2013.“ Nun ginge es dringlich darum, diesen Weg weiterzugehen und uns nicht immer mehr von anderen überholen zu lassen. „Wir müssen die Daten bestmöglich schützen, aber gleichzeitig die Chancen der Digitalisierung nicht verpassen. Der enorme Datenschatz Österreichs muss besser genutzt werden, um den administrativen Aufwand zu verringern und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Die Medizinerinnen und Mediziner sollen wieder mehr Zeit für ihre Patientinnen und Patienten haben.“

Rechtsrahmen schaffen

MR Mag. Wolfgang Ebner, CSE vom Staatssekretariat für Digitalisierung und Telekom-

Mehr als hundert Teilnehmerinnen und Teilnehmer diskutierten am Symposium in Wien die vielfältigen Aspekte der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

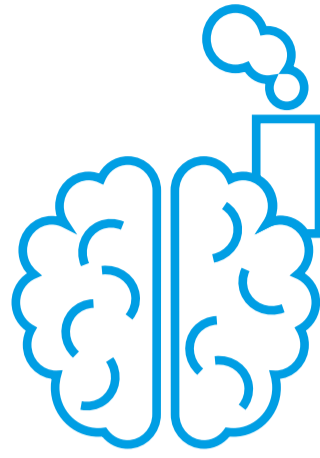
munikation betont die Notwendigkeit, von eHealth zu dHealth zu gelangen. Die Patientin bzw. der Patient müsse immer stärker in den Mittelpunkt rücken, es brauche eine optimale Vernetzung aller digitalen Anwendungen und der Daten, um die Akzeptanz und Nutzung durch die Anwender zu stärken. „Wir brauchen für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen, aber auch für KI in der Gesundheit einen starken Rechtsrahmen“, so Ebner. Auch die digitale Sozialversicherung und ein Lückenschluss aller Anwendungen in ELGA seien dringende Aufgaben: „In Österreich gibt es schon 275.000 digitale Führerscheine, fast jeder hat eBanking. Wir brauchen auch die digitale e-card, damit die Menschen jederzeit Zugriff auf ihre Gesundheitsinformationen haben.“ In der Bevölkerung sei der enorme Nutzen für alle durch eine anonymisierte Vernetzung aller Patientendaten wenig bekannt. Die medizinische Forschung und somit eine enorme Verbesserung von Heilungschancen und Therapien sei nur durch die richtige Nutzung der Sekundärdaten überhaupt möglich. Wenn wir viel mehr Krebspatientinnen und -patienten in naher Zukunft durch die Nutzung unserer Patientendaten heilen könnten – wie viel Motivation brauchen wir noch? **P**





Thinktank Gesundheit

Alzheimer – der Kampf gegen das große Vergessen



Laut bestehender Prognose wird sich die Zahl der Demenzerkrankten bis zum Jahr 2050 verdoppeln. Mit diesen steigenden Zahlen geht die Notwendigkeit einher, sich mit der **FORSCHUNG ZU BEHANDLUNG VON MORBUS ALZHEIMER** sowie der wirtschaftlichen Kostenbelastung auseinanderzusetzen.

Alzheimer ist eine neurodegenerative Erkrankung und die häufigste Form der Demenz. Bei der Krankheit führen spezifische neuropathologische Veränderungen wie die Anhäufung von bestimmten Eiweißablagerungen – pathologisch konfigurierten Amyloid-beta Plaques und neurofibrillären Tangles – im Gehirn zu fortschreitendem Verlust von Neuronen und deren Verbindungen. Klinisch werden diese neuropathologischen Veränderungen von einem allmählichen Verlust der kognitiven Fähigkeiten begleitet. Warum jemand an Demenz erkrankt, konnte bis heute noch nicht geklärt werden. Man weiß jedoch, dass ungefähr 10 bis 20 Jahre bevor erste Symptome wahrgenommen werden die Abbauvorgänge im Gehirn bereits eingesetzt haben.

Die Zahl der Betroffenen steigt

Schätzungen zufolge leiden rund 150.000 Menschen in Österreich an Demenz, wovon circa 100.000 an Alzheimer erkrankt sind. Etwa 65 Prozent aller Erkrankten sind Frauen. Fachleute gehen davon aus, dass bereits im Jahre 2050 mit einer Verdoppelung der Demenzerkrankungen zu rechnen ist. Jedoch bildet diese Hochrechnung nur einen Teil dessen ab, was uns in Zukunft bevorsteht. Denn die Zunahme betrifft „nur“ die Zahl der Betroffenen, die eine definitive Demenzdiagnose haben. Die zunehmende Anzahl von Menschen mit sogenanntem „subjective cognitive decline“ die ebenfalls einer differenzialdiagnostischen Abklärung bedürfen bzw. diese erforderlich wird, sind bislang nicht einkalkuliert. Somit wird die Zahl der Betroffenen wahrscheinlich noch höher werden.

Auch wirtschaftlich gesehen erweisen sich die verschiedenen Demenzformen als schwere Kostenbelastung. Aktuelle Berechnungen des Instituts für Höhere Studien (IHS) zufolge werden die Kosten durch Demenz für das Gesundheitssystem auf 2,6 Mrd. Euro im Jahr geschätzt. Diese werden durch direkte Medizinkosten wie Arztbesuche, Medizinprodukte sowie Kosten für die Pflege verursacht. In dieser Berechnung sind die informellen Pflegekosten durch Angehörige und in Form von Eigenkosten jedoch nicht eingerechnet. Das wären zusätzlich noch 1,5 Mrd. Euro. Somit machen die geschätzten 4,1 Mrd. Euro Ausgaben für Demenz bis zu 10 Prozent der österreichischen öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben aus. Dadurch würde es sich auch volkswirtschaftlich rentieren, Alzheimer zu verhindern.

Ärztliche Diagnose von Demenz bzw. Alzheimer

Die frühzeitige Erkennung von Alzheimer ist für eine rechtzeitige und angemessene Behandlung der Patientinnen und Patienten sowie für die Maximierung des

Nutzens von Therapien und Prävention von entscheidender Bedeutung. Bei ersten Anzeichen von Vergesslichkeit oder bei Veränderung der Denkleistung, sollten Betroffene eine Fachärztin, einen Facharzt für Neurologie aufsuchen. Zunächst kann auch die Hausärztin bzw. der Hausarzt ein wichtiger Ansprechpartner sein. Die korrekte und frühzeitige Diagnose der Symptome ist wichtig, um einerseits diese von anderen Krankheitsbildern abzugrenzen, Aufwendungen durch Fehlbehandlungen zu minimieren und andererseits die Selbständigkeit und die kognitiven Fähigkeiten der Erkrankten länger zu erhalten.

Die Diagnostik lässt sich in zwei Schritte einteilen: Feststellung der demenziellen Symptome und genaue Klärung der Ursachen. Im ersten Schritt stellt die Ärztin, der Arzt fest, ob demenzielle Symptome vorliegen und wie stark diese ausgeprägt sind. Dabei stellt die körperliche Untersuchung mit der Erhebung der Anamnese in der Regel die erste diagnostische Maßnahme dar. Nach Bedarf wird ein Demenz-Test durchgeführt. Oft kann es auch zu einer Befragung der Angehörigen kommen, damit sich die Ärztin, der Arzt ein vollständiges Bild aller Veränderungen machen kann.

Bei einer möglichen Demenzerkrankung müssen des Weiteren die Ursachen für die Symptome geklärt werden und eine Abgrenzung zu anderen Erkrankungen stattfinden. Mögliche Methoden der Differentialdiagnostik sind dabei Ultraschall des Gehirns, Labordiagnostik (z. B. Blutwerte), Elektroenzephalographie (EEG) sowie weitere bildgebende Verfahren, wie Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT). In Einzelfällen kann auch eine Untersuchung des Nervenwassers (Liquordiagnostik) durchgeführt werden. Anhand der Ergebnisse

kann die Ärztin, der Arzt bestimmen, um welche Demenzform es sich handelt, in welchem Stadium sich die oder der Betroffene befindet und eine zielgerichtete Behandlung einleiten.

(Wie) kann man Demenz behandeln?

Aktuell gibt es für die meisten Demenzerkrankungen keine Behandlung, die zur Genesung führt. Aus diesem Grund liegt das Hauptziel der Therapie darin, die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und ihrer Familienmitglieder zu verbessern.

Bei der medikamentösen Behandlung von Demenzpatientinnen und -patienten wird häufig auf sogenannte Antidementiva zurückgegriffen. Hierbei kommen beispielsweise Arzneimittel zum Einsatz, welche das Enzym unterdrücken, das für den natürlichen Abbau von Acetylcholin verantwortlich ist. Die Blockierung der Wirkung des Botenstoffs Glutamat, dem auch eine

schädliche Rolle im Krankheitsverlauf zugeschrieben wird, ist ein weiterer Ansatzpunkt für medikamentöse Behandlungen. Derartige Präparate können bei einigen Erkrankten zu einer Verbesserung des Gedächtnisses und der Konzentration führen. Gelegentlich verzögern die Medikamente auch die Entwicklung der Symptome. Der tatsächliche Krankheitsverlauf im Gehirn kann durch die medikamentöse Therapie jedoch nicht verzögert oder gestoppt werden. Da mit einer Demenz auch Depressionen oder andere Begleitsymptome wie Unruhe, Sinnestäuschungen, Angst oder Schlafstörungen einhergehen können, kommen mitunter auch eine Reihe von Arzneimitteln beispielsweise Antidepressiva zum Einsatz.

Demenz vorbeugen

Bis zu 40 Prozent der Demenzerkrankungen können vermutlich durch die Vermeidung von Risikofaktoren verhindert werden. Darunter fallen die gesamte Bevölkerung betreffende Faktoren, wie der Zugang zur Bildung, die Intensität der körperlichen Aktivität und das Ausmaß an Luftverschmutzung sowie übliche Faktoren, wie Rauchen, Bluthochdruck und Übergewicht. Zusätzlich ist seit mehreren Jahren bekannt, dass ein Zusammenhang zwischen Isolation und Demenz besteht. Des Weiteren ist Gehörverlust zu neun Prozent die Hauptursache für Demenzerkrankungen. Mithilfe von regelmäßigen Kontrollen, einer optimalen Versorgung mit Hörakustikprodukten und die ausreichende Schulung von anderen Sinnesorganen, können die Wahrnehmungen im Alter gefördert werden und somit Vorsorgemaßnahmen gegenüber Demenzerkrankungen getroffen werden.

Vorsichtiger Ausblick und Heilungschancen

Alle derzeit in Europa verfügbaren Interventionen wirken, indem sie die Verfügbarkeit bestimmter Neurotransmitter erhöhen und so die kognitive Funktion vorübergehend stabilisieren. Jedoch versagen diese Präparate irgendwann und die Demenz schreitet fort. Zurzeit gibt es noch keine krankheitsmodifizierende Therapie, auch wenn die medizinische Forschung mit großem Engagement daran arbeitet. Beispielsweise teilte die Universität Innsbruck 2021 mit, dass Alzheimerzellen sich in ihrem Stoffwechsel ähnlich verhalten wie Krebszellen.

Das Positive dabei: In der Krebstherapie gibt es bereits Wirkstoffe, die dieses Verhalten kontern. Trotzdem müssen noch viele Fortschritte gemacht werden, bevor die Alzheimererkrankung oder andere Formen der Demenz aufgehalten bzw. sogar geheilt werden können. Dazu ist von entscheidender Bedeutung, dass die Forschung in Bezug auf eine frühe Erkennung, eine bessere Klassifizierung durch objektive Biomarker und schließlich krankheitsverändernde Therapien weiter voranschreitet. **P**



Abg.z.NR Univ.-Prof. Dr. Rudolf Taschner,
Leiter des Wiener Wirtschaftskreises



Wie Events immer digitaler werden

Die digitale Transformation hat längst die Veranstaltungsbranche erfasst. Die Coronakrise hat einen Strukturwandel, der bereits zuvor begonnen hatte, noch einmal enorm beschleunigt. Dabei wird vor allem **DER TREND ZU HYBRIDEN UND RÄUMLICH VERTEILTEN VERANSTALTUNGEN NOCH WEITER ZUNEHMEN**. Von der Veranstaltungsplanung über Marketing und Engagement bis hin zur Durchführung hat Digitalisierung die Art und Weise verändert, wie Events organisiert, verwaltet und sogar erlebt werden.

Die Pandemie als Game-Changer – mit anderen über Fachthemen remote zu diskutieren, an Produkt-Launches per Livestream teilzunehmen oder den Vortragenden während einer Onlinetagung Fragen in Echtzeit per Smartphone zu stellen, wurde binnen kürzester Zeit Realität. Während der Pandemie zeigte sich rasch, dass digitale Events nicht nur eine Notlösung sind, sondern auch Vorteile bieten. Insbesondere bei Veranstaltungsformaten mit Fokus Informations- und Wissensvermittlung können digitale oder hybride Events eine größere Reichweite erzielen und neue Zielgruppen gewinnen. Viele Beispiele demonstrieren, dass Events mit digitalen Komponenten sehr effektiv sein können. Die Vorstellung eines neuen und innovativen Produkts kann in Kombination mit einem Livestream, der direkt in einem Pop-up-Studio im Rahmen des Events produziert wird, einen viel größeren und internationaleren Kundenkreis ansprechen als ein rein analoger Event. Digitale Tools, zum Beispiel Chats oder Umfragen, erlauben es Teilnehmende, sich unkompliziert und mit einer geringeren Hemmschwelle einzubringen. Darüber hinaus sind Beiträge der Teilnehmenden im digitalen Raum häufig fokussierter als im analogen Setting. Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass die meisten Events immer auch eine Erlebniskomponente beinhalten. Daher muss die Wahl des Veranstaltungsformat bzw. der eingesetzten Tools auf das Kommunikationsziel abgestimmt werden.

Infobox

Peri Onlineexperts ist seit 2023 Teil der Welldone Werbung und PR GmbH. Ihr Fokus liegt auf Strategie, Social Media, Content, Video und Web. Wir entwickeln userzentrierte Inhalte und begeistern uns besonders für Video und Audio. Wir begleiten Sie gerne bei der Umsetzung Ihres hybriden Events.

Welche Tools gibt es?

Es gibt bereits eine Vielzahl an nützlichen Tools, um ein Event digital zu gestalten. Die folgende Auswahl bietet einen kleinen Einblick:

- **Digitales Einladungsmanagement**
Eventmanagement-Plattformen unterstützen dabei, Veranstaltungen effizient zu planen und durchzuführen. Digitales Einladungsmanagement bietet eine Reihe von Funktionen, die die Eventkommunikation mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern optimiert. Personalisierte Inhalte und automatisierte Abläufe sorgen für eine reibungslose Kommunikation, die auf die Interessen und Bedürfnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer abgestimmt ist. Die Erfassung aller Kontaktpunkte mit den Teilnehmenden ermöglicht es zudem, aussagekräftige Daten zu sammeln und diese als Basis für fundierte Entscheidungen zu nutzen. Die gezielte Auswertung dieser Kontaktpunkte – auch über mehrere Veranstaltungen hinweg – ermöglicht die Erstellung zuverlässiger Profile der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Damit wird die exakte Abstimmung weiterer Maßnahmen in Marketing und Vertrieb möglich.
- **Event-Apps**
Mithilfe von Event-Apps können Veranstalter und Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf vielfältige Weise miteinander interagieren. Eine der wichtigsten Funktionen besteht darin, Veranstaltungsinformationen auf eine benutzerfreundliche Art und Weise bereitzustellen. Dazu gehören die Anzeige des Programms, Informationen zu Rednerinnen und Rednern und Sponsoren sowie die Möglichkeit zur Registrierung und zum Ticketkauf. Eine weitere wichtige Funktion

von Event-Apps ist die Möglichkeit, Teilnehmende miteinander zu vernetzen. Teilnehmerinnen und Teilnehmer können sich in der App anmelden, um Informationen über andere Teilnehmende zu erhalten und sich mit ihnen zu vernetzen. Event-Apps können auch dazu beitragen, die Interaktion während der Veranstaltung zu fördern. Dazu gehört die Möglichkeit, Fragen an Vortragende zu stellen, Umfragen durchzuführen und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in interaktive Aktivitäten einzubinden. Zudem können Echtzeit-Updates gegeben und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über Änderungen im Programm oder spezielle Angebote informiert werden.

- **Livestreams**
Ein Livestream bietet die Möglichkeit, Zuseherinnen und Zuseher unkompliziert an einem Event teilnehmen zu lassen, ohne physisch anwesend zu sein. Bei Produktpräsentationen etwa kann per Stream eine exklusive Erfahrung mit einem breiten Publikum geteilt werden. Das bedeutet: Livestreams können weltweit zugänglich gemacht werden, einzige Voraussetzung ist ein Device mit Internetverbindung. Mittlerweile ist eine Vielzahl an Streaming-Plattformen verfügbar, was große Flexibilität bietet. So können Streams problemlos und äußerst kosteneffizient auf Social-Media-Plattformen wie YouTube, LinkedIn, Facebook oder Instagram gestreamt werden. Nach dem Stream können Zuschauerzahlen, Zuschauerinteraktionen und das Engagement komfortabel gemessen werden, was wertvolle Einblicke liefert, auf welche Inhalte das Publikum reagiert. **P**



PERI ONLINE EXPERTS

UMFASSEND DIGITAL

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

WWW.PERIONLINEEXPERTS.AT



PORTFOLIO

Patientenstimme gesetzlich verankern und solide finanzieren

Im Jahr 2018 wurde der Bundesverband der Selbsthilfe Österreich (BVSHOE) aus der Taufe gehoben. Dessen Vorstand wurde heuer im Frühjahr wiedergewählt. PERISKOP sprach mit der Vorsitzenden Angelika Widhalm, der stellvertretenden Vorsitzenden Waltraud Duven sowie mit der neu bestellten Geschäftsführerin Mag. (FH) Sabine Röhrenbacher, über **ANLIEGEN, ZIELE UND PLÄNE** des Bundesverbandes. | von Rainald Edel, MBA

In Österreich gibt es rund 1.700 Selbsthilfegruppen und -organisationen, von denen 80 österreichweit tätig sind und die Kriterien einer Mitgliedschaft erfüllen. Der BVSHOE hat 36 Mitgliedsorganisationen, weitere zwölf Organisationen sind ihm als Mitgliedsinteressierte in enger Assoziation verbunden. Der Vorstand des BVSHOE ist ehrenamtlich tätig.

PERISKOP: Den BVSHOE gibt es seit nunmehr fünf Jahren, wo liegen dessen Aufgaben und Schwerpunkte?

RÖHRENBACHER: Unsere Hauptaufgabe ist die Patientenorganisationsvertretung mit dem Ziel der Stärkung der Selbsthilfe in Österreich. Dazu gehört auch, die Vernetzung der Patientenorganisationen und deren Anliegen als Drehscheibe in das Gesundheitssystem einzubringen und wichtige Informationen aus diesem an die Mitglieder weiterzuleiten.

WIDHALM: Als starke Stimme für Patientinnen und Patienten bündeln wir die übergeordneten Patientenangelegenheiten unserer Mitgliedsorganisationen und Mitgliedsinteressierten, bringen sie bei den entsprechenden Stellen des Gesundheits- und Sozialsystems und anderen involvierten Organisationen bzw. Stakeholdern vor und verfolgen diese, damit es zu einer Erledigung kommt. Das können je nach Thema die Sozialversicherungen, aber auch die Ärztekammer oder bei sozial- und arbeitsrechtlichen Problemen die Arbeiter- und Wirtschaftskammer sein. Wir haben auch Parteistellung, bekommen alle relevanten Gesetze und Verordnungen zur Stellungnahme und sitzen in allen relevanten Gremien des Ministeriums und der Sozialversicherungen. Seit Neuestem wurden wir beispielsweise als einzige Patientenvertretung in den ELGA-Nutzerbeirat berufen.

DUVEN: Wir nehmen uns nicht nur der Probleme der Patientinnen und Patienten an, sondern kümmern uns auch um die Anliegen der Menschen, die sich in der Selbsthilfe engagieren und arbeiten, beispielsweise damit diese ihre Arbeiten für die Selbsthilfe- und Patientenorganisationen besser erledigen können. Eine große Aufgabe ist auch, dass die Selbsthilfe für die Öffentlichkeit sichtbar wird. Dazu haben wir eine erfolgreiche Awareness- und Imagekampagne mit einem Imagefilm als Herzstück gelauncht und im Vorjahr die erste Staffel unseres Podcast begonnen, dessen Reichweite ständig zunimmt.

Was waren im Verlauf der ersten fünf Jahre Highlights, die Sie erreichen konnten?

WIDHALM: Wir haben sehr bald Themen herausgearbeitet, die relevant waren, so den

besseren Zusammenschluss und die Kommunikation untereinander, aber auch die Verankerung der Selbsthilfe- und Patientenorganisationsarbeit im gesetzlichen Bereich. Das kann aber nur gelingen, wenn es eine entsprechende Basisfinanzierung gibt. Gelungen ist uns, dass die Selbsthilfe in Österreich als mittlerweile nicht mehr wegzudenkendes fixes Standbein im Gesundheits- und Sozialsystem anerkannt ist. Man hat erkannt, dass wir viele ergänzende Aufgaben im Gesundheits- und Sozialsystem zum Wohle der Patientinnen und Patienten übernehmen und umgekehrt diese wertvolle Patientensicht ins System einbringen. Das ist wichtig.

RÖHRENBACHER: Es ist gelungen, die Zusammenarbeit der traditionell als Einzelkämpfer auftretenden Selbsthilfe- und Patientenorganisationen zu fördern und eine Stimmung der gegenseitigen Unterstützung und des Zusammenhalts zu schaffen. Auch bezüglich der zuvor angesprochenen Arbeit in den Gremien ist zu bemerken, dass wir mittlerweile als starker Partner wahrgenommen und zur Mitarbeit eingeladen werden. Auch der Weg zu einem patientenzentrierten Gesundheitssystem, die Patienten- und Bürgerbeteiligung, hat sich in den letzten Jahren stark zum Positiven gewandelt.

DUVEN: Ein wirkliches Leuchtturmprojekt war auch unsere Arbeit im Bereich ELGA, die wir seit Beginn angestrebt haben. Auch dass es uns gelungen ist, ein gutes tragfähiges Vertrauensverhältnis zu den Playern im Gesundheits- und Sozialbereich aufzubauen und uns als verbindlicher Partner mit Handschlagqualität zu positionieren.

Wir konnten ein tragfähiges Vertrauensverhältnis zu den Playern im Gesundheitsbereich aufbauen und uns als verbindlicher Partner mit Handschlagqualität positionieren.

Waltraud Duven

Der Vorstand der BVSHOE ist ein für fünf Jahre gewähltes Gremium, das ehrenamtlich tätig ist. Sie wurden in Ihren Funktionen als Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende heuer bestätigt. Zudem wurde beschlossen, das Büro durch Sie, Frau Röhrenbacher, als Geschäftsführerin weiter zu professionalisieren. Was waren die Gründe, warum man die Organisation nach fünf Jahren nachgeschärft hat?

DUVEN: Sicher einer der Gründe war, dass wir in den ersten Jahren enorm viel dazugelernt haben, auch wenn wir schon zuvor Jahrzehnte in Selbsthilfeorganisationen tätig waren.

Man darf auch nicht vergessen, dass wir im Vorstand alle als Betroffene aus Selbsthilfe- und Patientenorganisationen kommen und chronisch krank sind. Daher kann es auch passieren, dass man aus Krankheitsgründen ausfällt oder es nicht mehr schafft, sich aktiv einzubringen. Die Arbeit in Gremien im In- und Ausland kostet auch Kraft. Daher kam der Punkt, wo wir gesehen haben, dass wir zusätzlich eine breitere Außenvertretung brauchen.

RÖHRENBACHER: Zuvor war ich fast seit Gründung des BVSHOE als Leiterin für das Büro und die Kommunikation zuständig, da gerade am Anfang die Öffentlichkeitsarbeit besonders wichtig war.

WIDHALM: Jetzt ist der Punkt gekommen, noch einen Schritt weiterzugehen und ähnlich wie die meisten anderen Organisationen und Verbände eine Geschäftsführung zu implementieren. So aufgestellt, wollen wir die begonnenen Projekte noch professioneller vorantreiben, den erfolgreichen Kurs fortsetzen und noch schlagkräftiger werden.

Welche Herausforderungen stellen sich dem Verband, welche Ziele für die Zukunft hat man sich gesetzt?

WIDHALM: Ein großes Thema in der Selbsthilfe und bei Patientenorganisationen ist die Nachfolge. Da die Arbeit in Selbsthilfe- und Patientenorganisationen ehrenamtlich und freiwillig geschieht, muss man sich das Engagement auch leisten können. Deswegen sind die zuvor erwähnte Formalisierung im Beteiligungsgesetz sowie die ausreichende Finanzierung so wichtig. Wir werden die PR und Kommunikation in den nächsten fünf Jahren weiter ausbauen, stärken und intensivieren müssen. Denn mein großes Ziel ist, dass in fünf Jahren in jeder Ordination, Ambulanz, Spital oder sonstigen Gesundheitseinrichtung Informationen zu Selbsthilfe- und Patientenorganisationen zu finden sind und jede Österreicherin, jeder Österreicher weiß, dass es solche Organisationen gibt und was sie tun. Durch die US-Filmindustrie ist leider das Wort Selbsthilfe in Österreich negativ besetzt. Dadurch glauben viele Menschen, das brauchen sie nicht, dazu sei ihr Zustand noch viel zu gut. Das ist ein Irrglaube. Denn je früher man Selbsthilfe- und Patientenorganisationen einbindet, umso früher und besser ist die Patientin, der Patient versorgt und wird in der Patient-Journey unterstützt. Diese kom-





plizierten Wege durch das Gesundheits- und Sozialsystem kennen Patientenorganisationen aus Erfahrung. Das Wissen um Gesundheit sowie Selbsthilfe- und Patientenorganisationen muss daher schon ab der Volksschule gelehrt werden und muss sich auch in den Curricula des Medizinstudiums und der (akademischen) Ausbildung von Gesundheitsberufen wiederfinden.

DUVEN: Wir wollen in den nächsten Jahren auch die Menschen in Österreich in ihrer Gesundheitskompetenz stärken insbesondere bei den Patientenrechten braucht es noch einige Aufklärungsarbeit.

Wir wollen die begonnenen Projekte noch professioneller vorantreiben, den erfolgreichen Kurs fortsetzen und noch schlagkräftiger werden.

Sabine Röhrenbacher

Braucht es auch eine Änderung der gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zur Stärkung der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen in Österreich?

WIDHALM: Mit ein Grund, warum Österreich der europäischen Entwicklung hinterherhinkt, ist auch die mangelnde finanzielle Ausstattung der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen. Daher brauchen wir in Österreich sowohl ein gesetzlich geregeltes Mitspracherecht in allen Belangen des Gesundheits- und Sozialwesens

als auch eine solide Finanzierung, ähnlich dem deutschen Modell.

DUVEN: In Deutschland sind die Krankenkassen und ihre Verbände gesetzlich dazu verpflichtet, für die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen, wobei es neben einer Basis- auch eine Projektförderung gibt. Damit kann man eine große und schlagkräftige Organisation aufbauen und auch halten.

WIDHALM: Als Bundesverband ist unsere Ansprechenebene die Bundesebene, mit Ministerien, Sozialversicherung, Arbeiter-

Mit großem Engagement und professionell aufgestellt wollen (von links) Waltraud Duven (stellvertretende Vorsitzende), Sabine Röhrenbacher (Geschäftsführerin) und Angelika Widhalm (Vorsitzende) den eingeschlagenen Kurs des BVSHOE fortsetzen.



Angelika Widhalm
Selbst lebertransplantiert und
Vorsitzende des BVSHOE und der
HHÖ - Plattform Gesunde Leber

Gesunde Leber

Die Leber ist das zentrale Gesundheitsorgan, durch das alle anderen inneren Organe beeinflusst werden. Das betrifft den kardiovaskulären Bereich genauso wie den gastroenterologischen und viele weitere. Wenn wir schauen, dass die Leber gesund bleibt, ersparen wir uns 80 Prozent der Diabeteserkrankten in zehn Jahren. Von allen Lebererkrankungen ist die Fettleber in den Industrieländern das Top-Thema und die Hauptsache für Lebertransplantationen. Die Fettleber und die dramatischen Folgen werden anfangs nicht ernst genommen, unterschätzt und so meist zu spät diagnostiziert. Es gibt bislang nur wenige Therapieoptionen.

Die Ursache für die Verfettung der Leber ist der Abbau von Fruktose, der zur Bildung von Triglyzeriden führt, welche in der Leber und im Fettgewebe abgelagert werden. Durch zu viel Fruktose steigen die Risiken für Diabetes und Leberkrebs. Durch Umstellung der Ernährung auf „gesunde“, nicht industriell gefertigte Nahrungsmittel, möglichst wenig Alkohol und ausreichend Bewegung kann jeder Mensch dem Risiko, eine Fettleber zu entwickeln, und den damit verbundenen dramatischen Folgeerkrankungen entgegenwirken.

Wir brauchen ein gesetzlich geregeltes Mitspracherecht und eine solide Finanzierung, ähnlich dem deutschen Modell.

Angelika Widhalm

und Wirtschaftskammer. Die Gesundheit ist Landessache. Es gibt zwar derzeit für Selbsthilfe- und Patientenorganisationen Förderungen auf unterschiedlichen Ebenen, allerdings muss man oft, wenn man öffentliche Gelder in Anspruch nimmt, auf andere Unterstützungsleistungen, beispielsweise der Industrie, verzichten. Damit müssen sich die Organisationen zwischen öffentlichen Fördergebern und Industriesponsoring entscheiden. Dadurch werden Abhängigkeiten geschaffen.

RÖHRENBACHER: Die Selbsthilfe in Österreich will unabhängiger werden. Auch die noch größere Transparenz ist ein wichtiges Thema und Ziel, das wir uns gesetzt haben.

WIDHALM: Eine Regelung, ähnlich wie in Deutschland, würde die Finanzierung der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen von der Bundesebene bis zur kleinsten Organisation abdecken und ausreichend Mittel zur Verfügung stellen, damit die Erfahrungsexpertise zum Wohle aller ins System eingebracht werden kann. Nur so können wir zu einem patientenzentrierten Gesundheits- und Sozialsystem kommen. **P**



PRÄGNANT

Darmgesundheit 2030: Wo kann und muss optimiert werden?

Darmerkrankungen sollen verstärkt in den Fokus der Gesundheitsversorgung für Menschen in Österreich rücken. Daher setzt der Verein PRAEVNIRE mit der Initiative „Darmgesundheit 2030“ **EINEN FOKUS AUF WEITERE OPTIMIERUNGSPOTENZIALE IN DER VERSORGUNG.** | von Mag. Renate Haiden, MSc

In dem 178. PRAEVNIRE Gipfelgespräch haben Expertinnen und Experten sowie Stakeholderinnen und Stakeholder eine Reihe relevanter Themen rund um die Darmgesundheit beleuchtet, den Status Quo und Fortschritte sowie dringende Handlungsfelder diskutiert. Es handelt sich dabei um eine Fortsetzung einer ersten Bestandsaufnahme, die bereits den dringendsten Optimierungsbedarf offengelegt hat. Ziel ist es, eine zukunftsfähige Vision zur Darmgesundheit im Rahmen der solidarischen Gesundheitsversorgung in Österreich zu erarbeiten und diese als Forderungen an die Gesundheitspolitik zu konkretisieren. Dazu gehört etwa die intensive Erforschung des menschlichen Mikrobioms, um eine bessere Diagnostik und Prognoseabschätzung gastrointestinaler infektiöser Krankheitsbilder ebenso zu erhalten wie das therapeutische Potenzial zu nützen. Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

(CEDs) sollen bei der Versorgungsoptimierung im Mittelpunkt stehen. Hier sind mehr ausgewiesene, spezialisierte Zentren erforderlich, da sich eine adäquate Behandlung im niedergelassenen Bereich schwierig gestaltet. Ein niederschwelliger Zugang für Betroffene kann eine bessere Ausschöpfung der Möglichkeiten von medikamentösen Therapien und der Nachsorge gewährleisten. Die frühzeitige Erkennung von Darmkrebs könnte ein österreichweit koordiniertes Koloskopieprogramm sowie mehr Awareness in der Bevölkerung sicherstellen. Basis all dieser Überlegungen ist eine Zusammenarbeit quer über alle relevanten Berufsgruppen, um eine flächendeckende Versorgung für alle Betroffenen zu gewährleisten. Die Entwicklung eines strukturierten Programms in Kombination mit niederschweligen Angeboten schafft auf lange Sicht ökonomische Vorteile und erspart den Betroffenen sowie ihrem Umfeld viel persönliches Leid.

nur mehr bei etwa 50 Prozent“, fasst Brunner den Nutzen der Vorsorge und Früherkennung zusammen. Knapp 24.000 Menschen haben daher bereits von diesem Programm allein in Vorarlberg profitiert. Rund 15 Millionen Euro an Folgekosten konnten damit über zehn Jahre eingespart werden. „Würden wir das auf ganz Österreich hochrechnen, so hätten wir ein Einsparpotenzial von 357 Millionen Euro an medizinischen Kosten und etwa 1,3 Milliarden an volkswirtschaftlichen Kosten“, rechnet Brunner vor und betont aber auch, dass es breite Awareness benötigt, um diese frühzeitige Diagnosemöglichkeit auch in Anspruch zu nehmen. „Eine Darmspiegelung ist eine der wichtigsten Vorsorgemaßnahmen, die aber nur dann in diesem Umfang greifen kann, wenn es strukturierte Programme gibt“, so der ÖGK-Chef.

Mehr Aufklärung ist erforderlich

Mehr Aufklärung fordert in diesem Zusammenhang auch Univ.-Prof. Dr. Monika Ferlitsch, von der Klinischen Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie der MedUni Wien und Beirätin für Kolonkarzinom-Vorsorge in der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH): „In Österreich erkranken täglich zwölf Menschen an Darmkrebs, sechs sterben im selben Zeitraum. Das muss nicht sein.“ Die Vorbereitung auf die Untersuchung und die Durchführung der sanften Koloskopien benötigen heute kaum mehr länger als 24 Stunden. Damit entfallen unangenehme und zeitaufwendige Vorbereitungen und auch die Angst vor der Koloskopie selbst ist längst unbegründet – ein Wissen, das bisher bei den Patientinnen und Patienten noch nicht angekommen ist. In Deutschland wird ein Darmkrebsvorsorgeprogramm extra- und intramural angeboten, jedoch ist die Teilnahmequote rückläufig. Warum, hat eine Studie offengelegt, wie Mag. Anita Frauwallner, Gründerin und Geschäftsführerin des Instituts AllergoSan, erklärt:

Vorteile der Früherkennung

Bereits seit dem Jahr 2007 gibt es in Vorarlberg ein Früherkennungsprogramm zur Darmkrebsvorsorge. „Insgesamt haben bisher 42,8 Prozent aller Menschen ab dem 50. Lebensjahr das Programm durchlaufen“, sagt Manfred Brunner, Leiter der Landesstelle Vorarlberg der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK). Die Ergebnisse können sich durchaus sehen lassen: Rund die Hälfte der erhobenen Befunde waren unauffällig, bei 23.000 wurden benigne und bei 889 Menschen maligne Polypen entdeckt. 92 Prozent davon wurden im Stadium 1 und 2 detektiert und lediglich 8 Prozent im Stadium 3 und 4. „Wenn man weiß, dass benigne Polypen meist der Anfang einer späteren Darmkrebserkrankung sind und diese direkt bei einer Vorsorgekoloskopie entfernt werden können, so können wir hier auf beachtliche Erfolge hinweisen. Maligne Polypen im Stadium 1 und 2 können auch noch sehr gut behandelt werden. Erst im Stadium 3 und 4 liegen die Überlebenschancen



Sonderbeilage Kurier, Erscheinungstermin 15. September 2022





„Menschen fühlen sich nach der Untersuchung unwohl und erzählen das weiter. Wir haben in zehn Zentren nach der Untersuchung ein hochspezifisches Probiotikum für einen Zeitraum von vier Wochen verabreicht und 80 Prozent der Patientinnen und Patienten haben sich besser gefühlt.“ Diese fördernde Maßnahme klingt attraktiv, würde jedoch weitere Kosten nach sich ziehen, die von der Kasse übernommen werden müssten. Dr. Karl Skriner von der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und klinische Immunologie an der Charité Berlin schlägt vor, passende Schnelltests anzubieten, und fordert eine stärkere Kooperation zwischen der Zahnmedizin und der Gastroenterologie. „Es gibt bereits Tests, die bei der Zahnärztin, dem Zahnarzt durchgeführt werden können und die Bakterienbesiedlung einfach abbilden. Dann könnten gezielt nur bestimmte Personen, die als Risikogruppe identifiziert wurden, zur Koloskopie weiter überweisen werden.“ Als Kooperationspartnerin bietet sich Constance Schlegl, MPH, Präsidentin Physio Austria an: „Unsere Berufsgruppe hat rund 400.000 physiotherapeutische Behandlungen und damit Patientenkontakte pro Woche. Da erreichen wir viele Menschen im persönlichen Gespräch und könnten niederschwelliges Informationsmaterial weitergeben.“ Zudem wünscht sich Schlegl auch gezielte Weiterbildungsangebote für Physiotherapeutinnen und -therapeuten, denn der Bewegungsmangel spielt eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Darmkrebs. Ergänzt wird diese Forderung von Dr. Julia Traub, MSc vom Verband der Diätologen Österreichs, die den Beitrag ihres Berufsverbandes im Hinblick auf die Bedeutung der Ernährung bei Darmkrebs herausstreicht. „Je mehr Gesundheitsberufe die aktive Patientenkommunikation übernehmen, umso besser“, fordert Dr. Stefan Kastner, Facharzt für Chirurgie und Präsident Ärztekammer für Tirol. Mag. pharm. Andreas Hoyer, erster Vizepräsident im Österreichischen Apothekerverband, und Mag. pharm. Gunda Gittler, MBA, aHPh, Leiterin der Anstaltsapotheke im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz, betonen die Unterstützung vonseiten ihrer Berufsgruppe. Auch Angelika Widhalm vom

Diskussionsteilnehmende (v.l.):
 Andreas Hoyer, Barbara Fisa, Wolfgang Wein, Karl Skriner, Stefanie Auer, Gunda Gittler, Anita Frauwallner, Stefan Kastner, Johannes Oberndorfer (Moderation), Angelika Widhalm, Manfred Brunner, Silvia Bodi, Constance Schlegl, Gerald Oppeck

Digital dazu geschaltet:
 ● Monika Ferlitsch
 ● Evelyn Groß
 ● Julia Traub
 ● Harald Vogelsang



Bundesverband Selbsthilfe beschreibt, dass gerade Patientenorganisationen sehr niederschwellig für mehr Awareness sorgen können.

Vom Wissen zum Handeln

Warum die Vorsorgekoloskopie trotz aller Einigkeit auf Expertenseite und der beeindruckenden Zahlen aus Vorarlberg noch nicht auf dem Weg ist, liegt wie häufig im Gesundheitswesen an der Finanzierung: Österreichweit gültige Tarifen fehlen, ein Entwurf zum Screeningprogramm und zu Qualitätssicherungsmaßnahmen liegen längst vor. Intramurale Angebote könnten eine Übergangslösung sein, bis extramural die derzeit noch fehlenden Kapazitäten ausgebaut wären. Wie zentral gerade die Tariffrage ist, beschreibt MR Dr. Gerald Oppeck, Präsident IG-Endoskopie: „Wir hatten bei mancher Medizintechnik zwischen 1995 und 2015 Preissteigerungen von 1.000 Prozent. Dazu kommen höhere Kosten von Einmalartikeln, die steigenden Personalkosten und die Inflation. Die Verzahnung von Qualität und Kosten muss auch in den Tarifen abgebildet sein.“ Damit rückt die Finanzierung eines Vorsorgeprogramms in das Zentrum der Diskussion, vor allem, wenn auch künftige Entwicklungen, wie etwa künstliche Intelligenz, miteinkalkuliert werden sollen. Eine Koloskopie zur Vorsorge und eine kurative Koloskopie werden derzeit aus unterschiedlichen Finanztopfen finanziert. Deutlich wird auch hier die Knappheit der Ressourcen: „Im Spital haben wir keine ausreichenden Kapazitäten und auch im niedergelassenen Sektor fehlt es am Angebot. Wie wissen jetzt schon nicht, wohin wir die Patientinnen und Patienten schicken sollen“, berichtet Kastner. Sein Wunsch wäre, einen Finanztopf zu befüllen, aus dem über eine systematische Einladung der Patientinnen und Patienten die Vorsorge finanziert wäre. „Eine Vorsorge in den intramuralen Sektor zu verlegen, würde eine Gesetzesänderung erfordern, weil Spitäler nicht für Vorsorge zuständig sind. Spitäler könnten aber eine hochwertige Endoskopie-Ausbildung anbieten“, schlägt Dr. Silvia Bodi, MSc, Stellvertretende Direktorin Medizin und Pflege, Leitung Strategie und Qualität Medizin, NÖ Landesgesundheitsagentur, vor. Sie ist von der Wichtigkeit

eines Vorsorgeprogramms überzeugt, denn auch im eigenen Haus wurde ein derartiges Projekt durchgeführt und von 25.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern haben rund 40 Prozent das Angebot in Anspruch genommen. Der Erfolg zog weite Kreise: „Sogar private Unternehmen haben angefragt, ob wir für die Belegschaft ein Screening durchführen könnten“, freut sich Bodi.

CED: Netzwerke und spezialisiertes Personal

Nicht nur bei der Darmkrebsvorsorge ist die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten eine zentrale Voraussetzung für den Erfolg. Auch bei der chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED) hilft Awareness und Früherkennung. „Wir haben zu wenig Expertinnen und Experten für CED, daher kommt die Diagnose oft sehr spät, häufig wird nicht State of the Art behandelt und eine Weiterüberweisung wäre längst fällig gewesen, damit Spätfolgen nicht überhandnehmen. Therapien wären vorhanden, doch der passende Zugang fehlt. Selbst mit der CED-Diagnose hat man in Spezialzentrum lange Wartezeiten“, skizziert Ing. Evelyn Groß, Präsidentin Österreichische Morbus Crohn-Colitis ulcerosa Vereinigung (ÖCCV), die Patientenperspektive. Ao. Univ.-Prof. Dr. Harald Vogelsang, Facharzt für Gastroenterologie und Hepatologie und Experte in der CED-Forschung, beschreibt das internationale Vorzeigemodell der CED-Nurses und fordert umfassende CED-Netzwerke auch in Österreich: „Wir benötigen mehr Ressourcen, um die Betroffenen zu betreuen, denn wir haben oft schon sehr junge Patientinnen und Patienten, die dann auch entsprechend früh invalid werden. Dass CED ein klassisches Beispiel für eine interdisziplinäre sowie extra- und intramurale Behandlung ist, betont auch Kaspar: „Im täglichen Spitals- oder Praxisalltag ist es schwer, für diese Patientengruppe ausreichend Zeit aufzubringen.“ An der Universitätsklinik für Innere Medizin der Universität Innsbruck haben sich daher CED-Boards etabliert, die nach Ansicht Kaspars einen ähnlichen Weg wie Tumorboards einschlagen sollten und verpflichtend für eine bestimmte Patientenklitel einzubinden sind, aber auch mit niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten eng zusammenarbeiten müssten. **P**



PRÄGNANT

Medizin trauert um Peter Ferenci

Anfang April verstarb nach langer Krankheit der vielfach ausgezeichneten Arzt UNIV.-PROF. DR. DR.H.C. Peter Ferenci. Mit seiner Forschung ebnete Ferenci den **WEG DER HEPATOLOGIE NACHHALTIG.** | von Mag. Sophie Brunnhuber, BA

Über viele Jahrzehnte war Peter Ferenci als Professor an der Klinischen Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie der Universität Wien bzw. MedUni Wien tätig. Neben seiner wissenschaftlichen Karriere war er Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH), der ASNEMGE (Vorläufer der UEGF) und der Europäischen Gastroenterologie Federation (UEGF).

Vorreiter in der Hepatologie

Peter Ferenci wurde 1948 in Budapest geboren und promovierte 1972 an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien. 1981 führte ein Max-Kade-Stipendium Ferenci an das National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) am National Institutes of Health (NIH) in Bethesda, USA. Diesen Forschungsaufenthalt nutzte er zur Entwicklung der GABA-Hypothese der hepatischen Enzephalopathie, die annimmt, dass beim Leberversagen das inhibitorische GABA-erge Neurotransmittersystem aktiviert ist. Ziel seiner Therapie ist es, die inhibitorische Aktivität zu beeinflussen. Im Anschluss gründete Ferenci eine Arbeitsgruppe für experimentelle Hepatologie und wurde 1990 außerordentlicher Universitätsprofessor. Sämtliche Schwerpunkte seiner wissenschaftlichen Karriere brachten ihm auf dem internationalen Parkett Weltruhm ein. Nach seiner Pensionierung arbeitete und forschte Peter Ferenci unermüdlich weiter und konnte kürzlich sein

50-jähriges Dienstjubiläum an MedUni Wien begehen. Eine seiner bedeutendsten Leistungen ist die Erstellung der Guidelines zur Diagnose und Therapie der hepatischen Enzephalopathie mit internationalen Fachleuten im Jahr 2002.

Einfluss auf Hepatitis-C-Therapie

Bereits vor der Identifizierung des Hepatitis-C-Virus führte Ferenci als Leiter der Arbeitsgruppe für chronische Virushepatitis an der Klinischen Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie als Erster in Europa Studien zur Interferontherapie durch und beeinflusste damit die gesamte Entwicklung der Hepatitis-C-Therapie.

Forschung zu Morbus Wilson

Ferencis Forschung veränderte auch das Verständnis von Morbus Wilson. Im Auftrag der European Association for the Study of the Liver (EASL) erstellte Ferenci die klinischen Guidelines zur Diagnose und Therapie von Morbus Wilson, wodurch Wien heute als eines der führenden Zentren für Morbus Wilson gilt. Sein eigens entwickelter Diagnosescore („Leipzig-Score“) ist internationaler Standard.

Für sein Werk erhielt er zahlreiche Ehrungen und Auszeichnungen, wie beispielsweise das Österreichische Ehrenkreuz für Wissenschaft und Kunst 1. Klasse im Jahr 2019. Peter Ferenci wurde mit dem Recognition Award der European Association for the Study of the Liver (2008) und dem Masters Award der World Gastroentero-



logy Association (2019) ausgezeichnet. Er war Fellow der American Association of the Study of the Liver (AASLD) und Fellow der American Gastroenterology Association (AGA).

Der Peri Group wird Ferenci wegen seiner wissenschaftlichen Begeisterung und seiner unermüdlichen Teilnahme an verschiedenen Veranstaltungen in geschätzter Erinnerung bleiben. Sein Einsatz für die Behandlung und Heilung von Hepatitis C führte ihn zu diversen Events und Diskussionsrunden der Peri Group. Sein fachliches Know-how und sein unermüdlicher Einsatz für Betroffene machten ihn zu einem geschätzten Diskussionspartner und liebgewonnenen Freund. **P**



7. AM PLUS PVE-TAGUNG IN HASLACH



23. bis 24. Juni 2023

PRIMÄRVERSORGUNG von Gesundheitsförderung bis zur wohnortnahen Rehabilitation

Tagung für Ärzt:innen, Gesundheitsberufe, für politische Verantwortungsträger:innen und Bürgermeister:innen

Im Fokus dieses breiten und intensiven Austausches stehen heuer folgende Themen:

- Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz – die Rolle der PVE
- Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation in PVE
- Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung einer Gemeinde durch die PVE-Gründung

WANN Freitag, 23.06.2023 | 14.00 bis 18.30 Uhr – anschl. Abendessen
Samstag, 24.06.2023 | 09.00 bis 14.00 Uhr

WO Pfarrsaal Haslach
Kirchenplatz 1 | 4170 Haslach an der Mühl

PROGRAMM Das detaillierte Programm finden Sie unter:
www.amplusgesundheit.at

KONTAKT office@amplusgesundheit.at

TEILNAHMEGEBÜHREN (inkl. USt., Verpflegung und Materialien; exkl. Nächtigung und Reisekosten)

- reguläre Teilnahmegebühr: € 225,- | Frühbucherbonus bis 31. Mai: € 200,-
- reduzierte Teilnahmegebühr*: € 150,- | Frühbucherbonus bis 31. Mai: € 135,-

(* für Mitglieder jener Berufsgruppen, die außerordentliche Mitglieder bei AM Plus und Kooperationspartner der Tagung sind, sowie für Studierende.)

Kooperationspartner:



Unterstützer:



Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Osteopathie werden bald auch wissenschaftlich publiziert

Im Rahmen des PRAEVENIRE Talks in Seitenstetten wurden 2022 die Ergebnisse der Überblicksstudie zur „WIRKSAMKEIT UND SICHERHEIT OSTEOPATHISCHER BEHANDLUNGEN“ der Med Uni Graz präsentiert. Diese legen dar, in welchen Anwendungsbereichen die Osteopathie Erfolge verzeichnet. Nun wurden die Erkenntnisse der Arbeit zur Publikation in einem international renommierten Journal eingereicht. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

Um die Qualität der osteopathischen Behandlungen in Österreich zu steigern, hat die OEGO eine Überblicksstudie mit dem Titel „Wirksamkeit und Sicherheit osteopathischer Behandlungen“, durchgeführt vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz, in Auftrag gegeben. Prof. Dr. med. univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Leiterin des Instituts für Allgemeinmedizin der Med Uni Graz, und ihr Co-Autor Univ.-Ass. Mag. Thomas Semlitsch, Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Med Uni Graz, haben dafür 27 systematische Reviews auf der Basis von randomisierten kontrollierten Studien nach ihrer Aussagekraft beurteilt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Osteopathie bei erwachsenen Personen mit chronischem, nicht-onkologischem Schmerz, chronischem unspezifischem Kreuzschmerz, Kreuzschmerz während der Schwangerschaft, bei akutem Nackenschmerz sowie bei frühgeborenen Säuglingen wirksam ist. Zusätzlich besteht eine mögliche Wirksamkeit bei erwachsenen Personen mit postpartalem Kreuzschmerz, chronischem Nackenschmerz, Migräne, dem Reizdarmsyndrom und bei Kindern mit otitis media (Mittelohrentzündung). Nun wurden die Erkenntnisse der Literaturstudie zur Publikation in einem international renommierten Journal eingereicht. „Wir freuen uns, wenn die Studie, welche die Evidenz der Osteopathie unterstreicht, in einer international anerkannten Fachzeitschrift veröffentlicht ist. Die Publizierung bietet die Möglichkeit, die Wichtigkeit einer professionellen und sicheren Integration der Osteopathie in die klinische Praxis einem breiten Publikum des Gesundheitswesens darzulegen“, betonte Margit Halbfurter, MSc D.O., Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO).

Wirksamkeit und Sicherheit osteopathischer Behandlungen

Eine weitere Publikation, die die Evidenz der Osteopathie zeigt und demonstriert, welchen wertvollen Beitrag sie zur Verbesserung der Versorgung diverser Krankheitsbilder leisten kann, ist der Projektbericht „Osteopathie: Wirksamkeit und Sicherheit bei Schmerzen des Bewegungs- und Stützapparates und Überblick über Ausbildungs- und Qualitätsanforderungen“, welcher im November 2022 von HTA Austria - Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH veröffentlicht wurde. Dieser untermauert die Sicht der OEGO auf die Wirksamkeit der Osteopathie und attestiert die positive Wirkung osteopathischer Anwendungen im Bereich Nacken- und Kreuz-

schmerzen. Zusätzlich besteht eine mögliche Wirksamkeit bei Schulter- und Fußschmerzen. Laut dem HTA-Projektbericht konnte darüber hinaus belegt werden, dass die Osteopathie aufgrund der kaum berichteten Nebenwirkungen als eine sichere Behandlungsform angesehen werden kann und durch osteopathische Leistungen keine statistisch oder klinisch signifikanten Verschlechterungen auftreten. Zudem wird in der Arbeit betont, dass eine gesetzliche Regulierung der Ausbildung, Praxis und Weiterbildung erforderlich ist, um das Vertrauen in die Osteopathie zu stärken und die Patientensicherheit zu gewährleisten. „Die Studie der Med Uni Graz sowie die Erkenntnisse des HTA-Projektberichts stimmen uns positiv und bilden eine wertvolle Basis für unsere weitere Arbeit, um dem Ziel der gesetzlichen Anerkennung des Berufsbilds der Osteopathie näher zu kommen“, so Halbfurter.

Anerkennung des Berufsbilds

In Österreich ist das Berufsbild der Osteopathin, des Osteopathen im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern nicht gesetzlich geregelt und geschützt. Folglich gibt es eine Vielzahl von Ausbildungen, die weder adäquat sind noch der europäischen Norm entsprechen. 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 für die Patientensicherheit ist es notwendig, die Osteopathie als eigenständiges, gesetzlich anerkanntes Berufsbild in unserem Gesundheitssystem zu verankern. Patientinnen und Patienten haben das Recht auf höchste Behandlungsqualität“, erklärte Halbfurter.

Die Qualität sichtbar machen

Bis die Osteopathie als Gesundheitsberuf anerkannt ist, bedarf es zum Schutz der Patientinnen und Patienten einer klaren Auszeichnung jener Osteopathinnen und Osteopathen, die die strengen Qualitätsvorgaben der OEGO erfüllen. Deshalb hat sich die OEGO dazu entschlossen, die Standards auch optisch klar zum Ausdruck zu bringen, und hat dazu ein Qualitätssiegel entwickelt. „Die Osteopathinnen und Osteopathen, die künftig das OEGO-Qualitätslogo führen wollen, müssen über einen Abschluss einer OEGO-geprüften Ausbildung verfügen und die osteopathischen Standards der OEGO anerkennen“, informierte Halbfurter.


Mit diesen klaren Qualitätskriterien grenzt sich die OEGO im Sinne der Patientensicherheit von Trittbrettfahrern und oftmals gleichlautenden esoterischen Praktiken ab. „Das Gütezeichen wirkt in zwei Richtungen. Zum einen



Margit Halbfurter, MSc D.O., Präsidentin der OEGO.

gibt es jenen Menschen, die eine osteopathische Leistung in Anspruch nehmen möchten, einen Hinweis über die Qualität, die sie erhalten. Zum anderen zeichnet es jene Osteopathinnen und Osteopathen aus, die nach den strengen Regeln der OEGO zertifiziert sind“, sagte Halbfurter.

Das Gütezeichen der Osteopathie

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, Praxischildern bzw. Visitenkarte erkennen. Zusätzlich erhalten sie eine Zertifizierungsurkunde für die Praxis. Nur zertifizierte Osteopathinnen und Osteopathen sind befugt, das Qualitätssiegel in Kombination mit der Mitgliedsnummer sowie einem QR-Code, der direkt auf das Kurzprofil der jeweiligen Osteopathin, des jeweiligen Osteopathen auf der OEGO-Website führt, auf ihren Praxis- und Arbeitsunterlagen zu führen. Dieses Qualitätssiegel ist ausschließlich in Verbindung mit der angeführten Mitgliedsnummer gültig. Die OEGO setzt mit dieser Maßnahme und den weiterhin intensiven Bemühungen in Bezug auf die drei Kernziele der OEGO – Gesetzliche Anerkennung als Gesundheitsberuf, Sicherstellung der Aus- und Weiterbildung sowie niederschwelliger Zugang zu osteopathischen Behandlungen – einen weiteren Schritt für die Qualitätssicherung und Patientensicherheit in der Osteopathie. 



PRÄGNANT

Ein Bindeglied mit Herz

Schwerstkranke mit einem **BEDARF AN UNTERSTÜTZUNG IM BEREICH DER SELTENEN ERKRANKUNGEN** fallen im Gesundheitssystem oft durch den Rost. Im Gesundheitswesen ist kein Platz für diese Menschen, es fehlen Zeit und Ressourcen. PERISKOP sprach mit Matthias Elmer, der mit seiner Firma Careformance diese Lücke schließt. | von Mag. Dora Skamperls

Careformance ist ein Schweizer Start-up, das mittlerweile in der Schweiz flächendeckend und in Österreich erfolgreich im Bereich der Unterstützung und Begleitung chronisch Kranker tätig ist. Persönliche Schlüssel-erlebnisse haben das Ehepaar Matthias und Arlette Elmer veranlasst, eine systemrelevante Lücke im Gesundheitssystem zu schließen. Mit beim Interview dabei war das langjährige Careformance-Teammitglied Sandraarena (Business Development), die maßgeblich für die Entwicklung des Standorts Österreich verantwortlich zeichnet.

PERISKOP: Wie kam es zur Gründung Ihres Unternehmens und welche Werte werden bei Ihnen gelebt. Was motiviert Sie?

ELMER: Meine Frau Arlette Elmer war schon seit mehreren Jahren in diesem Bereich tätig. Als Bindeglied zwischen Pharmafirma, Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen bzw. Patienten können wir uns durchaus als systemrelevant einstufen. Das ist für uns immer der Knackpunkt: Kann eine Ärztin oder ein Arzt die Patientinnen und Patienten so begleiten, dass sie oder er immer auf dem aktuellen Stand ist, wie es der Patientin oder dem Patienten gerade geht? Wie kommen sie an Informationen über den Verlauf einer Therapie? Wir sind also Therapieoptimierer und stellen sicher, dass die Therapie auch wirklich getreulich umgesetzt wird. Die Ärztin oder der Arzt hat in der Regel keine Zeit, das zu überprüfen, die Pharmafirma darf das nicht überprüfen – also wer bleibt dann? In dieser Lücke springen wir ein. Die Verbesserung der Compliance und der Adhärenz sind unsere zwei großen Themen.

Es ist immer das Ziel, Patientinnen und Patienten zur Selbstständigkeit zu bringen, dass die Therapie selbstständig umgesetzt werden kann. Aber was passiert nachher, wenn das sogenannte Onboarding abgeschlossen ist und die Patientinnen und Patienten unterschreiben, dass sie sich die Therapie selbst verabreichen können? Wer bleibt dann am Ball?

Was war der Auslöser, in diesen Bereich einzusteigen, gab es da eine Art Schlüssel-erlebnis?

Für mich persönlich waren das die Schilderungen meiner Frau, was sie bei diesen Patientinnen und Patienten trifft, wie froh die Patientinnen und Patienten sind, wenn jemand zu ihnen nach Hause kommt, ihre Bedürfnisse aufnimmt.

Zeit haben – das ist ein ganz wichtiges Element, dass die Nurses, die diesen Home Care umsetzen, Zeit haben für die Patientinnen und Patienten und sich auch der nicht zwingend medizinischen Probleme etwas annehmen. Wir leisten eine sogenannte Bezugspflege. Meistens kommen – wenn irgendwie möglich – dieselben zwei Pflegefachpersonen. Die Pflegefachperson weiß, worauf bei der jeweiligen Patientin oder dem Patienten Wert gelegt werden muss. Das Vertrauen und die Vertrautheit sind neben den fachlichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen sehr wichtig.

SANDRA ARENA: Sehr wichtig ist auch der Miteinbezug der Angehörigen – sofern das gewünscht ist – was wesentlich zum Therapieerfolg der Patientinnen und Patienten beiträgt. Diese werden dann auch fachlich und persönlich begleitet.

Häufig übernehmen nahestehende Personen nach einer Einschulung diese Aufgaben. Die Bezugspflege mit Einbezug von Vertrauenspersonen ist somit wesentlich effizienter und ressourcenschonend.

Nachdem Sie nun bereits in der Schweiz flächendeckend im Einsatz sind, konnten Sie nun auch bereits in Österreich erfolgreich Fuß fassen?



Sandraarena ist für die Entwicklung des Standorts Österreich verantwortlich.

Pharmafirmen dürfen ein Patienten-Support-Programm nicht außer Acht lassen. Ohne Betreuung ist eine Therapie kaum nachhaltig möglich.

Matthias Elmer

In der Schweiz sind wir flächendeckend im Einsatz für verschiedene Auftraggeber, wir betreuen aktuell rund 650 Patientinnen und Patienten. Über 90 Prozent sind nach dem Onboarding selbstständig. Voraussetzung ist ein sauberes Onboarding in Absprache mit der Ärztin bzw. dem Arzt, und nachher die kontinuierliche nachhaltige Begleitung. Dazu gehört nicht nur eine medizinische Unterstützung, sondern ein ganzheitlicher Service auch in administrativen Belangen. Das hat sich in der Schweiz gut etabliert.

In Österreich haben wir gut Fuß gefasst, indem wir jetzt für zwei Pharmafirmen österreichweit im Einsatz sind. Wir konnten unser Team so ausbauen, dass wir möglichst kurze Distanzen zu den Patientinnen und Patienten haben. Wir haben einen Notfalldienst, die Nurses sind 24 Stunden und sieben Tage die Woche erreichbar. Die häufigsten Probleme können auch telefonisch gelöst werden. Wichtig für die Patientinnen und Patienten ist, zu wissen, dass jemand für sie erreichbar ist. Wir bewegen uns nur im Bereich der Seltenen Erkrankungen. Da geht es pro Therapiefeld nicht um viele Patientinnen und Patienten. Zwei Gebiete sind hier zahlenmäßig am größten, die Immunglobuline und die Hämophilie. Dann folgt das hereditäre Angioödem.

Wie läuft die Zusammenarbeit mit den Pharmafirmen genau ab?

Im Bereich der Seltenen Erkrankungen gibt es nicht so viele große Player. Die Verträge werden für die einzelnen Medikamente abgeschlossen. Es gibt aufseiten der Auftraggeber eine klare Erwartungshaltung und wir bringen unsere Erfahrungen ein.

Wer wäre denn vom System her für diese Patientinnen bzw. Patienten zuständig? Gäbe es Ihr Unternehmen nicht, wo würden diese Menschen denn sonst landen?

Mit der spitalexternen Pflege in Österreich kenne ich mich zu wenig aus. In der Schweiz gibt es die sogenannte „Spitex“, die spitalexterne Pflegeinstitution – das wäre eine Möglichkeit. Diese Institutionen haben in der



Arlette und Matthias Elmer schließen mit ihrem Start-up Careformance eine Lücke im Gesundheitssystem.

kann, also im Kleinkindalter, dann erspart das natürlich längerfristig enorme Kosten und Nebenwirkungen. Wir müssen ja immer über die Lebenszeit rechnen.

Was schätzen Ihre Patientinnen und Patienten am meisten an Ihrer Dienstleistung?

Die Zeit, die sich eine Fachperson nehmen kann, das Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse, die kontinuierliche Begleitung und Unterstützung, das sind die wichtigsten Aspekte.

Was macht Ihre Arbeit beschwerlich, wo sind etwaige Hürden?

Ein Teil ist das Thema Administration. Es werden seitens der Regulierer immer höhere Anforderungen gestellt. Wir lassen uns in der Schweiz jetzt als Pflegeorganisation zertifizieren. Der Aufwand dafür ist hoch. Dann muss eine Zertifizierung jährlich und dann dreijährlich rezertifiziert werden.

Andererseits sind auch die Anforderungen der Auftraggeber hoch. Wir haben bereits zwei große Audits durchgemacht durch die globalen Instanzen der jeweiligen Unternehmen, da werden unglaubliche Anforderungen gestellt.

Frau Marena, was schätzen Sie als Mitarbeiterin an dieser Art der Patientenbetreuung?

Ich finde die Arbeit extrem sinnstiftend und ich finde es sehr wichtig, dass die Supportprogramme für die Patientinnen und Patienten weiter ausgebaut werden können, weil diese sonst durch das Raster fallen. Sie finden hier nirgendwo eine Basis, außer sie wären stationär. In Österreich haben einzelne spezialisierte Ärztezentren Nurses für solche Fälle, aber die Patientinnen und Patienten müssen dafür in die Ordination oder in die Klinik gehen, zu Hause gibt es die nicht.

Gibt es genug Personal für diese Zwecke?

Bisher haben wir immer in kurzer Frist Personal gefunden. Wir hatten in der Schweiz und Österreich auch hohe Stabilität, keine Abgänge bisher, sondern es scheinen alle in unserem Ziel und Geist tätig zu sein. Auch für sie als Pflegenden ist es sehr positiv, sie sind eigenverantwortlich unterwegs, sie müssen und dürfen sich selbst organisieren und können sich auch Zeit nehmen.

Welche Botschaft möchten Sie interessierten Pharmafirmen und Stakeholdern mitgeben?

Den Pharmafirmen möchten wir aufzeigen, dass wir ein spezialisierter verlässlicher Partner in der Home Care bei Seltenen Erkrankungen sind. Unser Kerngebiet sind alle Therapien mit intravenöser oder subkutaner Verabreichung. Pharmafirmen dürfen ein Patienten-Support-Programm nicht außer Acht lassen. Ohne Betreuung ist eine Therapie kaum nachhaltig möglich. Wir unterstützen die Pharmafirmen in der Umsetzung ihres Versprechens an die Patientinnen und Patienten.

Wir haben vorher schon vom Bindeglied gesprochen – das ist unsere Aufgabe, unsere Mission, dass wir das Bindeglied sein können zwischen Pharma, Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten, damit die Therapie auch erfolgreich verläuft.

Wir wollen alle Patientinnen und Patienten aus einem Therapiegebiet unterstützen, egal, welches Medikament sie erhalten. Im Moment hängt es von der Medikation ab, welchen Support sie erhalten. Das ist auch unsere Botschaft an das Gesundheitssystem und die Ersteller, hier einen Ausgleich zu schaffen. **P**

Wir leisten eine sogenannte Bezugspflege. Das Vertrauen und die Vertrautheit sind neben den fachlichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen sehr wichtig.

Matthias Elmer

Regel keine Erfahrung mit Therapien für Seltene Krankheiten, zudem fehlt ihnen die Zeit für eine Bezugspflege.

Welche Patientinnen oder Patienten sind auf Ihre Unterstützung angewiesen? Gibt es noch weitere Patientengruppen, die Sie betreuen könnten?

Grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten mit Seltenen Krankheiten. Es geht ja immer um das Erlernen dieser Therapien, wobei für uns die Infusionstherapien im Zentrum stehen, ob subkutan oder intravenös. In diesen Therapiebereichen sind unsere Nurses sehr erfahren, das ist unsere Kernkompetenz. Wenn Sie an einen Hämophilie-Patienten denken mit katastrophal schlechten Venen, weil schon seit Jahren oder Jahrzehnten immer wieder gestochen wurde, dann sind unsere Nurses die Expertinnen, irgendwo einen Weg zu finden, wo sie noch stechen und auch treffen können. Man muss dieses Bild von den Patientinnen und Patienten nachschärfen – es handelt sich um schwer kranke Menschen, die

auch bspw. nicht lange Zeit in einem Wartebereich einer Ambulanz verbringen können. Solche Menschen haben häufig wenig sozialen Kontakt, und wenn eine Nurse in Bezugspflege kommt, dann freuen sie sich und sagen, das ist das Highlight meiner Woche, dass jemand vorbeikommt und sich Zeit nimmt, mit mir zu reden.

Ihre Patienten haben Seltene Erkrankungen, was würden Sie sich vonseiten der Gesellschaft für diese Menschen wünschen?

Dass die Gesellschaft Verständnis für die Beeinträchtigung und die Krankheitsbilder dieser Menschen hat. Die sieht man oft nicht, wie beim hereditären Angioödem – das Ödem liegt innerlich und verursacht Schmerzen, aber man sieht es nicht. Diese Menschen sind dann in dieser Zeit nicht in der Lage, einer Beschäftigung nachzugehen. Das Zweite sind die administrativen Hürden und der Kostendruck. Wenn auf chronisch kranke Menschen je nach Versicherungsmodell noch Kosten abgewickelt werden, verursacht dies oftmals Existenzängste. Diese Menschen kommen oft mit kleineren Beträgen schon in Existenznot.

Glauben Sie, dass innovative Therapieformen, wie z. B. Gentherapien, sich in Zukunft positiv auf die Kosten für die Patientinnen und Patienten auswirken können?

Das kann durchaus sein. Die Einmalspritze gegen Hämophilie, die in den USA zugelassen wurde, kostet etwa eine Million Dollar. Wenn diese rechtzeitig angewendet werden



PRÄGNANT

Vorstellung PRAEVENIRE Jahrbuch 2022/23

Tausende Patientinnen und Patienten warten auf ihren Operationstermin

Während der Coronapandemie und aufgrund des Personalmangels mussten bzw. müssen zahlreiche Knie- und Hüftoperationen verschoben werden. Noch immer heißt es für viele Patientinnen und Patienten: Geduld haben und warten. Dr. Andreas Stippler, MSc, Bundesfachgruppenobmann der Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, erläuterte im PERISKOP-Interview die derzeitige Lage und führte aus, **WELCHE MASSNAHMEN NOTWENDIG** sind, um die Wartezeiten auf Operationen zu verringern. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

Lange Wartezeiten sind für Betroffene nicht nur ärgerlich, sondern auch belastend, vor allem, wenn es zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität oder einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kommt. Die Gründe für die Dauer sind vielseitig. Ein Ausbau der konservativen Therapiemöglichkeiten wäre dringend notwendig.

PERISKOP: Das Thema Wartezeiten auf Operationstermine sorgte in der Vergangenheit immer wieder für Schlagzeilen. Warum ist es jetzt so akut und inwieweit ist die chirurgische Orthopädie davon betroffen?

STIPPLER: Seit Jahren können in Österreich weniger Operationen durchgeführt werden, als notwendig wären oder zumindest geplant sind. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die Wartezeiten für Patientinnen und Patienten immer länger werden und sich der Terminstau kontinuierlich vergrößert. Die Orthopädie ist davon besonders stark betroffen. So gibt es noch immer einen Rückstau aufgrund der Einschränkungen während der coronabedingten Lockdowns, finanzielle Engpässe und einen massiven Personalmangel. Allein im relativ kleinen Krankenhaus Korneuburg warten derzeit über 1.000 Patientinnen und Patienten auf einen Operationstermin. Die langen Wartezeiten können für die Betroffenen extrem belastend sein, vor allem, wenn es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität oder einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kommt. Zusätzlich führt die vor Jahren erfolgte Zusammenlegung des Fachs Orthopädie mit der Traumatologie zu Kapazitätseinbußen, da für Akutfälle immer ein Operationssaal bereit gehalten werden muss.

Wie könnten die Kapazitäten im chirurgischen Bereich erweitert werden? Gibt es hier einen Stufenplan bezüglich rasch und längerfristig umzusetzender Maßnahmen?

Zum einen sind die Politik, aber auch die Betreiber der Krankenhäuser gefordert, dieses Problem jetzt und vor allem tatsächlich anzugehen. Es müssen rasch Maßnahmen ergriffen werden, um die Wartezeiten auf Operationen zu reduzieren. Das heißt konkret, für einen Ausbau der operativen Kapazitäten zu sorgen, und zwar durch Erweiterung der Anzahl an Operationssälen und eine Intensivierung der Bespielung von Operationssälen. Außerdem brauchen wir mehr Ausbildungsangebote nicht nur im operativen, sondern auch im konservativen Bereich, um die Patientinnen und Patienten besser betreuen und die große Anzahl an Betroffenen, die auf ihre Operation warten, abbauen zu können. Deshalb fordere ich Verhandlungen und strecke den Entscheidungsträgern beide Hände entgegen.



Andreas Stippler vertritt als Bundesfachgruppenobmann der Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie die Anliegen der Orthopädinnen und Orthopäden.

Es werden dringend Lösungen im Interesse unserer Patientinnen und Patienten benötigt.

Gibt es eine erste Maßnahme, die ganz besonders wichtig ist?

Die erste Maßnahme ist immer ein Gespräch und eine Quantifizierung des Problems. Wir haben feststellen müssen, dass das Problem der Wartezeiten im Osten größer ist als im Westen. Die Wartezeiten betragen zwischen vier Wochen und zwei Jahren. Ein erster wichtiger Schritt wäre deshalb zu schauen, wie man flächendeckend in Österreich einen Ausgleich schaffen kann.

Sie haben zuvor die fehlenden konservativen Ansätze angesprochen. Welche Möglichkeiten gäbe es hier, die Leiden bzw. Wartezeiten von Betroffenen erträglicher zu machen?

Anhand des Beispiels Australien sieht man, dass die eine oder andere Operation durch eine konservative Therapie ersetzt und die Beschwerden zumindest gleich gut oder sogar effizienter behandelt werden können. In Australien hat man begonnen, Patientinnen und Patienten, die bereits auf der Warteliste gestanden sind, intensiv mit einem entsprechenden konservativen Programm zu behandeln. Dadurch konnten 27 Prozent der Betroffenen wieder von der Warteliste hinuntergenommen werden. Ich glaube, dass konservative Maßnahmen eine gute Möglichkeit sind, um die Anzahl der wartenden Patientinnen und Patienten zu reduzieren. Eine weitere Lösungsmöglichkeit gibt es im Bereich der ambulanten Rehabilitation, und zwar das Modell des Rapid Recovery. In Amerika ist „a hip a day“, die schnelle Hüfte, bereits ein Schlagwort. Bei diesem Konzept kommt die Patientin, der Patient nur noch einen Tag ins Spital und wird entsprechend vorher und nachher ambulant betreut. Damit ist der Aufenthalt im Krankenhaus sehr kurz und die Kapazität der Operationszahlen kann leicht erhöht werden. Des Weiteren ist ein Ausbau der orthopädischen Versorgung auch im niedergelassenen Bereich notwendig. Denn die Generation der Baby-

boomer erreicht jetzt das Pensionsalter. Somit wird die Zahl der Patientinnen und Patienten mit Gelenkarthrose demnächst stark ansteigen.

Prävention spielt in Verbindung mit Arthrose eine wichtige Rolle. Welche Faktoren sind hier relevant, um einer Erkrankung vorzubeugen?

Die Ernährung ist einer der wichtigsten Therapieansätze in der Prävention. Für eine entzündungshemmende Ernährung sollten vor allem Gemüse und gesunde, pflanzliche Öle zu sich genommen und der Zucker- und Fleischkonsum reduziert werden. Besonders rotes Fleisch und Wurst enthalten viele entzündungsfördernde Stoffe. Außerdem ist eine adäquate Bewegung ein wichtiger Faktor. Denn der Knorpel „ernährt“ sich durch Zug sowie Druck und dies kann durch Bewegung unterstützt werden. Darum möchte ich hier noch einmal einen Appell aussprechen. Bitte bewegen Sie sich! Machen Sie immer wieder Sitzunterbrechungen! Die sind wichtig. Denn der zunehmend sitzende Lebensstil führt nicht nur zu einer mangelnden Muskelkraft, sondern auch zu mehr Arthrosefällen.

Was ist notwendig, um konservative Therapieangebote flächendeckend der Bevölkerung zur Verfügung zu stellen? Gibt es überhaupt genug Orthopädinnen und Orthopäden im niedergelassenen Bereich? Ist auch eine Kombination mit anderen Gesundheitsberufen hierzu notwendig?

Wir sind gerade dabei, mit der österreichischen Gesundheitskasse ein Pilotprojekt zu starten und hier die entsprechenden ersten Maßnahmen zu ergreifen. Ich glaube, es gibt genug interessierte Orthopädinnen und Orthopäden. Wir als Fachärztinnen und -ärzte für Orthopädie sind es gewohnt, im Team zu arbeiten. Wir arbeiten mit Bandagistinnen und Bandagisten, Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftlern, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Osteopathinnen und Osteopathen zusammen. Ich glaube, es ist die Aufgabe der Orthopädin, des Orthopäden, die richtige, individuelle Mischung an Berufsgruppen für jede Patientin und jeden Patienten zusammenzustellen.

Welche Bedeutung hat die Osteopathie für die Orthopädie?

Die Thematik der Osteopathinnen und Osteopathen ist uns Orthopädinnen und Orthopäden sehr wichtig. Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern ist das Berufsbild der Osteopathin, des Osteopathen in Österreich nicht gesetzlich geregelt und geschützt. Ich glaube, es ist an der Zeit, diese hoch qualifizierte Fachgruppe anzuerkennen. Dies ist auch im Sinne einer partnerschaftlichen Betreuung für die Patientinnen und Patienten von Bedeutung. **P**



Vom Juristen zum Gründer des führenden Innovationsmediums

Der brutkasten ist ein österreichisches Medienhaus, das sich an all jene richtet, die daran glauben, dass Innovation die Zukunft gestaltet. Aus der österreichischen Innovationsszene ist der **BRUTKASTEN** inzwischen nicht wegzudenken. Dabei **BIETET** er **NICHT NUR EINE AUSTAUSCH- UND INFORMATIONSPLATTFORM FÜR DIE GRÜNDUNGSSZENE, SONDERN AUCH ANGEBOTE FÜR EVENTS, UNTERNEHMENSPOSITIONIERUNG UND CO.** | Autor: Redaktion brutkasten

CEO und Co-Founder Dejan Jovicovic erzählt im Interview, wie er in der Personalabteilung von „Die Presse“ und „Wirtschaftsblatt“ vom „Startup-Virus“ gepackt wurde und Gründer des heute führenden österreichischen Innovationsmediums wurde.

Wie kam die Idee zur Gründung des brutkasten zustande?

Ich bin studierter Jurist und habe ursprünglich bei Presse und Wirtschaftsblatt als Leiter der Personal- und Rechtsabteilung gearbeitet. In dieser Zeit bin ich durch Kooperationsanfragen vermehrt mit Startups in Kontakt gekommen. Das hat mich total inspiriert. Man könnte sagen, ich wurde zuerst vom Medien-Virus und dann vom Startup-Virus gepackt. Diese beiden Punkte vereint, haben dann den brutkasten ergeben. Die Vision war von Beginn an, eine wachsende, innovationsgetriebene Community multimedial zu begleiten und jene unternehmerisch tätigen Köpfe, die mit ihren Ideen, Geschäftsmodellen und Lösungen diese Welt weiterbringen wollen, dabei zu unterstützen. Die Frage, wie der Journalismus der Zukunft wirtschaftlich auf gesunden Beinen stehen kann, gepaart mit meiner Faszination für den unternehmerischen Geist der Innovationsszene, hat mich zur Gründung und schließlich zum Buy-out des brutkasten gebracht.

brutkasten hat mit der Berichterstattung zu Startup- und Innovationsthemen gestartet. Wie hat sich die Produktpalette seit 2014 weiterentwickelt?

Ich glaube, dass wir heute eine der innovativsten Produktpaletten in der österreichischen Medienlandschaft haben. Einerseits bieten wir unseren Leser:innen redaktionellen, freien Content rund um Wirtschafts- und Innovationsthemen an. Diesem Bereich sind wir seit der Gründung treu geblieben. Andererseits liegt es in unserer DNA sehr rasch neue, multidigitale und analoge Formate auszuprobieren. Dazu gehört unter anderem die bezahlte Berichterstattung. Außerdem erarbeiten wir mit unseren Kund:innen maßgeschneiderte Werbeformate. Dazu gehört nicht nur eine intensive Beratung, sondern auch die Umsetzung und Ausspielung über unsere Kanäle. Das sind beispielsweise Videoformate, Textformate, Podcastformate, Banner- oder auch Newsletter-Platzierungen. Als weiteren Bereich haben wir inzwischen auch ein zahlpflichtiges Business-Abo entwickelt, das sich an Entscheider:innen in der etablierten Wirtschaft und das C-Level richtet, für die wir zugeschnittene Insights liefern.

Inwieweit hat die Corona-Pandemie die Formate des brutkasten geprägt?

Im Zuge der Pandemie haben wir einen weiteren Geschäftsbereich ausgebaut. Wenige-

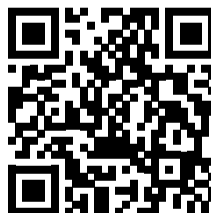


Wochen nach dem ersten Lockdown im März 2020 haben wir die erste digitale Konferenz in Österreich mit 2.500 Teilnehmer:innen umgesetzt. Daraus haben sich viele weitere Anfragen von Kund:innen ergeben. Das Feld rund um virtuelle, hybride und analoge Vernetzungsevents ist heute aus unseren Agenturleistungen nicht mehr wegzudenken. Man kann also sagen: brutkasten bietet seinen Kund:innen neben Sichtbarkeit, Werbung und Vernetzung auch Events, Informationen über brandaktuelle Themen sowie tiefgründige Recherchen. Dabei greifen wir sowohl für unsere Kund:innen, als auch redaktionell vertiefende Schwerpunkte auf, die den Finger am Puls der Zeit haben.

Was wäre ein Beispiel für derartige Schwerpunkte?

Wir sehen aktuell vor allem bei HealthTechs ein großes Potenzial, da sie ein extremer Innovationstreiber sind. Die Biotechnologie ist in den nächsten 50 Jahren sicherlich das Feld mit den größten unternehmerischen Chancen. Heuer ist Künstliche Intelligenz durch ChatGPT und Co. in aller Munde. Im Gesundheitsbereich weiß man allerdings schon

Hier gehts zu unserer neuen Mediapage!



seit Jahren, dass ein Mainstreaming der KI ein absoluter Gamechanger für die Branche ist. Daten gelten als die Pille der Zukunft. Um den sich aktuell abzeichnenden Shift von Heilung hin zur Prävention zu erleichtern, wird also auch die Datenerfassung eine wichtige Rolle spielen. Dazu gehören ein solidarisches Datenverständnis ebenso wie die Berücksichtigung des Datenschutzes. Bei inhaltlichen Schwerpunkten wie diesen wird sich natürlich auch beim brutkasten einiges tun. Startup-Erfolgsgeschichten wie jene vom Wiener BioTech-Startup Arkeon sind da für mich ein großartiges Beispiel dafür, wie aus der Forschung marktfähige Produkte produziert werden. Unternehmertum und Gründung sind letztendlich nicht nur Herausforderung, sondern auch Schlüssel.

Ich habe den brutkasten gegründet, um den Gestalter:innen der Zukunft einen medialen Begleiter zu bieten. Sie zu vernetzen, sie zu inspirieren und sie zu informieren. Wir versorgen sie mit Nachrichten, die die restliche Medienwelt nicht aufgreift. Trends und Innovationen im Tech- und Gesundheitsbereich sind nur ein Beispiel dafür. **P**

 brutkasten

SAVE THE DATE



3. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH am Fuße der Rax 2023

  www.praevenire.at



28. JUNI

Kinder- und Jugendgesundheit 2030. Im Fokus stehen vier spannende Versorgungsthemen: Aktuelle Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen. Von der Krise zur Pille? Psychopharmakaverschreibungen bei Kindern und Jugendlichen. Plötzlich erwachsen! Transitionsmedizin als Begleitung in die Erwachsenenmedizin. Aktuelles aus der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation. Anmeldung und Informationen unter: umsetzen@praevenire.at

Eine Veranstaltung des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE – Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung in Kooperation mit dem FÖRDERVEREIN Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich.

••• FÖRDERVEREIN
Kinder- und
Jugendlichenrehabilitation
in Österreich

