

PERISKOP

A portrait of a woman with long, wavy brown hair, smiling slightly, wearing a dark blue top. The background is plain white.

112

AUG 2023

Standpunkte.
Dialog.
Konsens.

Die neutrale
Plattform
zum offenen
Meinungs-
austausch.

Medizin muss menschlich bleiben

Interview mit Naghme Kamaleyan-Schmied

**Prähabilitation
als Therapie-
programm**
Andreas Stippler

**Wege aus der
Pflegemisere**
PRAEVENIRE Open Alm

**Diabetes-
betreuung in den
Griff bekommen**
Erwin Rebhandl

10



PEOPLE

Kann das Darm-Mikrobiom unsere Leber krank machen?

Lebererkrankungen werden häufiger und gehen mit einer Verminderung der Diversität des Darm-Mikrobioms einher. PERISKOP sprach mit Univ.-Prof. Dr. Vanessa Stadlbauer-Köllner, Fachärztin für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie, über den Zusammenhang zwischen Darmbakterien, Leber und Immundefunktion sowie über ihre Aufgaben und Ziele als Leiterin der Arbeitsgruppe Infektiologie und Mikrobiom der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH).

- 4 Medizin muss **menschlich bleiben**
- 6 Danube-Frauenpower in der Spitzenforschung
- 8 Prähabilitation als Therapieprogramm
- 10 Kann das Darm-Mikrobiom unsere Leber krank machen?

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
Autorinnen und Autoren	Carola Bachbauer, BA, MSc, Dr. Juliane Boger-Strauß, BA, Rainald Edel, MBA, Mag. Beate Krapfenbauer, Johannes Mantl, Dr. Ernest G. Pichlbauer, Mag. Dora Skamperls, Dr. Andreas Stippler, MSc, Wolfgang Wagner, Mag. Elisabeth Weigand, MBA, Mag. Julia Wolkerstorfer
Foto Cover	Krisztian Juhasz
Grafik Design	Martina Eichhorn, Manuela Pöschko
Lektorat	Birgit-Maria Pfaffinger, BA
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.

14



PERFORMANCE

Spital 2030: Schicksalshaft plus fehlgesteuert

Die Probleme im österreichischen Gesundheitswesen, speziell im Spitalswesen, beruhen auf dem komplexen Zusammenspiel vieler Faktoren. Nur zum Teil sind sie unabwendbar, zum Beispiel die demografische Entwicklung, was die Personalressourcen betrifft. Hinzu kommt bisher zu geringes Reagieren der Politik auf die Herausforderungen, hieß es bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten.

- 12 Die Osteopathie als **eigenständige Behandlungsmethode**
- 14 **Schicksalshaft** plus fehlgesteuert
- 16 **Darmkrebsvorsorge**: Zu wichtig, um ein Tabuthema zu sein
- 18 „Zukunftstechnologie CAR-T“ in der Versorgungswirklichkeit angekommen

23



PIONIERS

Gesundheitsbereich hat Pionierrolle bei Nachhaltigkeit

Anlässlich der 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach vom 6. bis 10. Juli 2023 fand ein PRAEVENIRE Talk zur Versorgungssicherheit im Gesundheitsbereich statt. Paul Rübig und Karl Lehner diskutierten über nachhaltige Energiekonzepte.

- 20 **Innovatives Versorgungskonzept** für Kinder und Jugendliche
- 23 Gesundheitsbereich hat **Pionierrolle bei Nachhaltigkeit**
- 24 **ELGA** könnte mehr
- 26 Lebergesundheit 2030: **Eine unterschätzte Herausforderung für die Gesundheit**

PRAEVENIRE SCHWEIZ
LAUNCHEVENT 

Hotel Krone Unterstrass, Zürich



PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM

SAVE THE DATE
14. SEPT. 2023
praevenire-schweiz.ch

Anmeldung und mehr Informationen



© CHRISTIAN JUNGWIRTH, KRISZTIAN JUHASZ, EBERHARTER



PLATTFORMEN

PRAEVENIRE Wissen in Bayern geschätzt

Nur wenige Tage nach den Digital Health Gipfelgesprächen in Alpbach fand am 12. Juli der zweite Bayerische e-Health-Kongress in Augsburg statt. Bei unseren Nachbarn wurde man auf die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Digital Health durch PRAEVENIRE in Österreich aufmerksam und lud PRAEVENIRE Chief Digital Officer Dr. Franz Leisch ein, bei der Diskussionsrunde „ePA für alle – lernen von den Nachbarn“ die Situation in Österreich darzustellen und die wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse der Gespräche in Alpbach zusammenzufassen.

- 28 PRAEVENIRE Open Alm: **Wege aus der Pflegemisere**
- 30 Kinder- und Jugendgesundheit 2030: „**Es geht um praktische, umsetzbare Lösungen.**“
- 32 PRAEVENIRE Wissen in Bayern geschätzt
- 34 **PVE als treibender Motor** in der Gesundheitsversorgung und Vorsorge



PORTFOLIO

Digitalisierung im Gesundheitswesen: Hilft das den Menschen?

Nach der starken und kritischen Keynote von AK NÖ-Präsident Markus Wieser ging es am zweiten Tag des 5. PRAEVENIRE Digital Health Symposions am 21. April um das Thema „KI in der medizinischen Versorgung – durch Qualitätsmanagement zur Erfüllung ethischer Ansprüche“.

- 42 Digital Health Symposium: No risk, no fun? – **Risiken der digitalen Datensicherheit**
- 44 **Kolumne »Arthrose 2.0«** von Andreas Stippler
- 44 **Kolumne »Rezeptblock«** von Ernest G. Pichlbauer
- 45 **PERI Onlineexperts:** LinkedIn und Personal Branding: Notwendigkeit oder Hype?
- 46 **Digital Health Symposium:** Digitalisierung im Gesundheitswesen: Hilft das den Menschen?



POLITIK

Ein stabiles Fundament für die Zukunft bauen

Bei der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG) werden Ausbildung und Personalbindung großgeschrieben. PERISKOP sprach mit Mag. Karl Lehner, MBA, über seine Zukunftsperspektiven.

- 36 **Den Personal-Blindflug** im Gesundheitssystem beenden
- 37 **Großes Goldenes Ehrenzeichen** der Republik für Markus Wieser
- 38 **Wanted: Hausärztinnen und Hausärzte in der Praxis**
- 40 **Ein stabiles Fundament** für die Zukunft bauen



PRÄGNANT

Wege aus der Arzneimittelkrise

Anlässlich der 8. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten vom 22. bis 26. Mai 2023 sprachen Österreichs führende Gesundheitsexpertinnen und -experten zum hochaktuellen Thema „Österreichische Maßnahmen und Innovationen zur Sicherstellung der Arzneimittel am Markt“.

- 49 **Kolumne »Gesunde Zukunft«** von Juliane Bogner-Strauß
- 49 **Kolumne »360° Blick«** von pro rare
- 50 **Diabetesbetreuung** in den Griff bekommen
- 52 **Wege aus der Arzneimittelkrise**

SAVE THE DATE



**6. PRAEVENIRE
DIGITAL HEALTH SYMPOSION
SO/Vienna 2024**

Anmeldung und mehr Informationen



**18.-19.
APRIL**

Medizin muss menschlich bleiben

Dr. Naghme Kamaleyan-Schmied ist Mitglied des Vorstands der Ärztekammer für Wien und niedergelassene Hausärztin mit einer Kassenordination im 21. Wiener Gemeindebezirk. PERISKOP sprach mit der streitbaren Allgemeinmedizinerin über **EINE MEDIZINISCHE VERSORGUNG, DIE NIEMANDEN AUSGRENZT UND DAS MENSCHLICHE IN DEN VORDERGRUND STELLT.** | von Mag. Dora Skamperls

Das Thema Wahlärztinnen und -ärzte und die immer schlechter werdende Versorgung mit Kassenmedizin ist kein Füller für das Sommerloch, sondern legt den Finger in die Wunde einer mittlerweile dramatischen Situation, die das gesamte Gesundheitssystem in seinen Grundfesten erschüttert. Die Österreichische Ärztekammer kämpft seit Langem darum, dass Ärztinnen und Ärzte gehört werden – denn wenn diese etwas mit Nachdruck fordern, ist schon lange Feuer am Dach. Naghme Kamaleyan-Schmied spricht in ihrer Funktion als Vorstandsmitglied der Ärztekammer für Wien über ihre persönlichen Erfahrungen als Kassenärztin und die Notwendigkeit, sich jetzt nicht mehr in Randthemen zu erschöpfen, sondern mit aller Kraft an einem Strang zu ziehen.

PERISKOP: Sie ließen kürzlich mit Ihrer Idee aufhorchen, Kassenordinationen durch geförderte Fixanstellung anderer Gesundheitsberufe zu Mini-PVE aufzuwerten. Nun wird es ja in der Praxis bereits häufig so gelebt, dass in Kassenordinationen über externe freiberufliche Kräfte zusätzliche Leistungen angeboten werden, die den Versorgungsumfang erheblich erweitern. Was ist der Vorteil an Ihrer Idee?

KAMALEYAN-SCHMIED: Der Vorteil ist, dass sich die Ärztinnen und Ärzte in dieses System hin-

eintrauen würden, wenn es auch staatlich gefördert ist. Derzeit kommt es zu einer Diskrepanz zwischen den PVE, die für ihre Angestellten Geld erhalten, und den Hausarztordinationen, die dadurch im Nachteil sind. Einzelordinationen sollten genauso gefördert werden, wenn sie Nichtmedizinerinnen bzw. -mediziner anstellen – um bei Tätigkeiten wie Blutabnahmen, Wundversorgung, Infusionen, Diätologie u.s.w. entlastet zu werden. So hätten wir über kürzesten Zeitraum die Möglichkeit, in ganz Österreich die bestehenden Hausarztordinationen so weit aufzuwerten, dass wir eine flächendeckende Grundversorgung erreichen – die effizienter und breiter ist als die, die wir jetzt haben. Der Vorteil aus meiner Sicht als Hausärztin ist, dass ich mit den gleichen Grundvoraussetzungen wie die PVE arbeiten kann.

Wo sehen Sie die größten Defizite am derzeitigen Hausarztsystem aus der Sicht der Patientinnen und Patienten?

Wir sind zu wenige im Kassensystem – es gibt also nicht zu wenige Ärztinnen und Ärzte, sondern zu wenige mit einem Kassenvertrag. Es gibt kaum Kinderärztinnen und -ärzte, Dermatologinnen und Dermatologen, Gynäkologinnen und Gynäkologen – und Hausärztinnen bzw. Hausärzte. Genau diese Fächer liegen von der Bezahlung her weit hinter den anderen. Wir haben nicht mehr genug Zeit für die einzelnen Pati-

entinnen und Patienten, und das spüren sie auch. Wir haben einerseits das Problem, dass viele junge Kolleginnen und Kollegen sich die Bewältigung dieser Masse an Patientinnen und Patienten, die auf jeden Hausarzt und jede Hausärztin kommt, nicht zutrauen. Andererseits ist eine Fünf-Minuten-Medizin auch keine befriedigende Arbeitssituation. Was ist die Lösung? Ich selbst versuche, viel zu delegieren. Ich habe Angestellte, die mir vieles abnehmen – wodurch ich mehr Zeit für meine Patientinnen und Patienten habe. Das bedeutet finanziell für mich aber einen enormen Aufwand bis hin zum Verlustgeschäft. Deshalb muss man sich ansehen, ob es in Ordnung ist, dass ein PVE staatlich gefördert wird und somit längere Öffnungszeiten und mehr Personal zur Verfügung bekommt. Das bedeutet letztlich, dass PVE in Konkurrenz zur Einzelordination treten.

COVID-19 hat alle Fehler unserer Gesellschaft bei der Gesundheitskompetenz aufgezeigt.

Naghme Kamaleyan-Schmied

PERISKOP: Wie beurteilen Sie die Gesundheitskompetenz der Österreicherinnen und Österreicher?

KAMALEYAN-SCHMIED: Die Gesundheitskompetenz ist ein massives Thema. Hausärztinnen und Hausärzte leisten hier viel, aber wir können so wichtige Dinge wie die Edukation, die nebenbei passiert, nicht als Leistung abrechnen. Ich habe ein Schulprojekt gegründet – Med4School –, wo Hausärztinnen und Hausärzte bereits in der Volksschule beginnen, Kindern Gesundheitskompetenz zu vermitteln: Wofür sind Rettung oder Arztfunkdienst zuständig, wann rufe ich wo an, was ist Rat auf Draht, was ist Krisenintervention? Wenn die Gesundheitskompetenz nicht von Anfang an gelehrt wird, tappen Menschen auch in Internetfallen. COVID-19 hat in Wahrheit alle Fehler unserer Gesellschaft in dieser Hinsicht aufgezeigt. Die Hausärztinnen und Hausärzte sollten für die wichtige Aufgabe und Leistung der Edukation entsprechend honoriert werden.

Die Bundesregierung hat mit dem Digital Austria Act auch Verbesserungen bei der Digitalisierung im Gesundheitsbereich in Aussicht gestellt. Neben Verbesserungen im Bereich der ELGA sollen auch DiGAs in Österreich Teil der Versorgung werden. Wie beurteilen Sie aus hausärztlicher Sicht diese Entwicklungen?

Prinzipiell bin ich der Meinung, dass die Digitalisierung unbedingt forciert werden muss. In Hinblick auf DiGAs sehe ich das Problem nicht bei den jungen Menschen, sondern unsere älteren Patientinnen und Patienten, von denen

Naghme Kamaleyan-Schmied wünscht sich eine Abkehr von der Fünf-Minuten-Medizin durch angemessene Honorare für Kassenärztinnen und -ärzte sowie eine Förderung von Kassenordinationen nach dem Vorbild der PVE.





viele alles andere als technikaffin sind. Außerdem gibt es viele Parameter, die zu beachten sind. Ich kann nicht von jemandem, der schwer depressiv und antriebslos ist, erwarten, sich aus dem Internet eine App herunterzuladen und sich damit zu beschäftigen. Ich warne davor, alles über Apps abzuwickeln. Wir können nicht die gesamte Bevölkerung mit solchen Apps therapeutisch begleiten und versorgen. Während COVID-19 haben wir gesehen, dass der persönliche Kontakt unersetzlich ist. Auf der anderen Seite gibt es das Argument, wir hätten zu wenige Menschen, die in Gesundheitsberufen arbeiten wollen. Doch ich bin überzeugt: Wenn die Rahmenbedingungen stimmen, wird das ganz anders sein. Die Politik beschäftigt sich mit solchen Randthemen, die durchaus nice to have sind – für jene, die es machen können und wollen. Aber das löst unsere Probleme nicht. Was ELGA betrifft, hat für uns als Hausärztinnen und Hausärzte der derzeitige Funktionsumfang wenig Nutzen. Innerhalb der fünf Minuten, die ich für meine Patientin oder meinen Patienten Zeit habe, die Akte in ELGA zu öffnen und alle Daten dort durchzugehen, ist nicht machbar. Dann hätte ich gar keine Zeit mehr, mit der Patientin bzw. dem Patienten zu reden. So, wie ELGA jetzt ist, ist es für mich eher eine Belastung.

Wie stehen Sie zur europäischen Idee des Patient Summary, das als schnelle Übersicht in ELGA integriert werden soll?

Das fordert die Österreichische Ärztekammer schon lange. Ich selbst habe eine solche Kurzak- te für jede und jeden meiner Patientinnen bzw. Patienten, wo ich mir handschriftlich die wichtigsten Fakten herausschreibe, und mache für jeden Befund ein kleines Summary für mich selbst. Das lese ich dann schnell quer und habe alle relevanten Informationen in Kürze vor mir.

Seitens der Politik wird das Versorgungsmodell PVE stark gepusht, allerdings kommt dessen Ausrollung nur zögerlich in Schwung. Gleichzeitig sind viele Hausarztpraxen unbesetzt. An welchen Stellschrauben müsste gedreht werden, um mehr Ärztinnen und Ärzte für die Arbeit in der primären Versorgungsebene zu begeistern?

Dazu muss ich noch einmal den Begriff Primärversorgung definieren. Primärversorgung ist

Naghme Kamaleyan-Schmied sieht die Versorgung der Bevölkerung durch Hausärztinnen und Hausärzte als einen wesentlichen sozialen Faktor in der Gesundheitspolitik.



nicht an eine Immobilie mit 500 Quadratmetern gebunden, sondern an die einzelne Ärztin bzw. den einzelnen Arzt. Die Patientin oder der Patient kommt zu mir, weil sie oder er von mir als Medizinerin überzeugt ist und mir vertraut. Das ist Primärversorgung. Nehmen wir an, die Politik erreicht alle ihre Ziele und wir haben morgen 120 PVE. Und nehmen wir an, jedes PVE könnte 10.000 Menschen versorgen – was de facto nicht der Fall ist. Dann hätten wir bei 120 PVE rund 1,2 Mio Menschen versorgt. Das sind rund zehn Prozent der Bevölkerung. Wenn wir die tatsächlichen Durchschnittszahlen nehmen, kommen wir auf eine Versorgung von weniger als sieben Prozent. Es ist wunderbar, wenn wir PVE haben, besonders in Ballungsräumen. Wir diskutieren aber überproportional über eine Lösung für maximal zehn Prozent der Bevölkerung, während wir 90 Prozent im Regen stehen lassen.

Die Frage, wie wir Ärztinnen und Ärzte in die PVE bekommen, ist falsch gestellt. Wir müssen fragen, wie wir Medizinerinnen und Mediziner dazu motivieren können, als Hausärzte zu arbeiten. Das schaffen wir nur – und dann egal, in welcher Organisationsform –, wenn die Rahmenbedingungen, das Honorar passen und der bürokratische Aufwand nicht täglich drei Stunden in Anspruch nimmt. Und wenn sich nicht jeder in alles einmischt – bis hin zu meinen Öffnungszeiten. Wir sind in einem Versorgungsnotstand und gleichzeitig können junge Frauen mit Kindern keine Kassenordination eröffnen, wenn sie bspw. ausschließlich am Vormittag arbeiten wollen. Das kann es im Jahr 2023 nicht mehr geben.

PERISKOP: Zwar wurden nun durch die Novelle zum PVE-Gesetz die Gründungsvoraussetzungen etwas gelockert, allerdings ist nicht davon auszugehen, dass dies der Durchbruch ist. Seitens der Wirtschaftskammer und der ÖGK wurde nun der Vorschlag eingebracht, mithilfe von Ambulatorien, die in der Gründung keine ärztliche Beteiligung zwingend vorsehen, und dort angestellten Ärztinnen und Ärzten Versorgungslücken aufzufüllen. Untergräbt dies nicht die Idee der ärztlichen Selbstständigkeit und Unabhängigkeit?

KAMALEYAN-SCHMIED: Wir sehen in den Ländern, wo es solche rein am finanziellen Gewinn orientierte Ambulatorien gibt, wie zum Beispiel Großbritannien, dass die Versorgung massiv schlecht ist. Dort wartet man bis zu neun Monate auf einen Termin. Solche Institute arbeiten gewinnorientiert. Etwas, das ich als Verlustgeschäft mache, weil ich es aus Verantwortung den Patientinnen und Patienten gegenüber anbiete, wie die INR-Bestimmung, wird dort eben nicht gemacht. Das Menschliche tritt in solchen Instituten in den Hintergrund.

Seitens der Politik wird die rasante Zunahme der Wahlarztpraxen mit Sorge beobachtet und es kursieren immer wieder Ideen, wie man diese wieder in das solidarische Krankenkassensystem reintegrieren könnte. Mit welchen Maßnahmen und von wem sollte dieser Trend verändert werden?

Hier hat man den Blick auf das große Ganze verloren und richtet den Blick auf eine Gruppe, die maximal drei Prozent der Honorarsumme ausmacht. Ich bin persönlich sehr froh, dass wir die Wahlärzte haben, denn die Menschen, die es sich leisten können, gehen dorthin und bekommen das, was sie wollen – nämlich Zeit. Und von der ärztlichen Seite aus betrachtet, warum werde ich Wahlarzt? Ich kann als Arzt arbeiten, ich kann mir für meine Patientinnen

und Patienten Zeit nehmen. Ich kann leistungsorientierte Honorare berechnen. Die Arbeit als Allgemeinmedizinerin ist großartig, aber das Rundherum ist extrem belastend. Lange Wartezeiten, Frust, lähmend langsame Bewilligungen, überbordende Bürokratie – das möchten sich viele junge Kolleginnen und Kollegen nicht mehr antun. Menschen bekommen die Sozialversicherung vom Lohn abgezogen, aber wenn sie dann eine Leistung benötigen, erhalten sie diese nicht – das erzeugt viel Bitterkeit.

PERISKOP: Gerade dort, wo es kassenärztliche Alternativen gibt, sieht man aber dennoch, dass Patientinnen und Patienten lieber Wahlarztordinationen aufsuchen, was sind aus Ihrer Sicht die Gründe? Menschen geben für alle möglichen Dinge Geld aus – warum nicht auch für die Gesundheit?

KAMALEYAN-SCHMIED: Ich sehe viele Menschen in meiner Ordination, die keine solche Alternative haben. Armut ist real, und für viele Menschen ist es sogar schwierig, die Rezeptgebühr zu bezahlen. Wir haben auf der einen Seite Menschen, die sich fast in das Wahlarztsystem hineingezwungen sehen, da sie andernorts einfach nicht die Leistung erhalten, die sie sich wünschen – und weil sie es sich leisten können, bezahlen sie. Der andere Teil der Gesellschaft wird kaum noch beachtet. Gesundheit ist nur auf dem Papier ein Grundrecht. In der normalen Vorsorgeuntersuchung sind nicht einmal das LDL-Cholesterin und Schilddrüsenparameter dabei. Wir müssen viel mehr in der Vorsorge tun.

Wir sind in einem Versorgungsnotstand und gleichzeitig können junge Frauen mit Kindern keine Kassenordination eröffnen, wenn sie ausschließlich am Vormittag arbeiten wollen.

Naghme Kamaleyan-Schmied

Bei Vorschlägen zur Optimierung des Gesundheitssystems bringt die Politik gerne das Argument der unterschiedlichen Zuständigkeiten bei der Leistungsabgeltung in die Diskussion ein. Das endet oft in einer Pattsituation. Aus Sicht einer Ärztin – was wären Ihre Wünsche an die Entscheidungsträger?

Sie sollen das große Ganze sehen und sich nicht in Ideen und Details verrennen, während wir die Grundversorgung nicht aufrechterhalten können. Wir hatten einmal ein ausgezeichnetes Gesundheitssystem, und ich glaube, dass unsere Grundstruktur auch immer noch hervorragend ist. Aber man muss jetzt mal gründlich renovieren. Wir brauchen frisches Geld im System, es muss adäquat bezahlt werden. Ich kann nicht mit 6,70 Euro brutto einen Patienten bzw. eine Patientin versorgen. Der Politik muss die Gesundheit so viel wert sein, wie sie den Patientinnen und Patienten wert ist – da muss man fair sein, denn wenn ein Politiker selbst beim Wahlarzt 150 Euro und mehr bezahlt, warum ist die Leistung beim Kassenarzt dann nur 6,70 Euro wert? Wenn Ärztinnen und Ärzte etwas für Ihre Patientinnen und Patienten fordern, dann hat das ja Gründe. Wenn wir wohnortnahe Leistungen anbieten, ist das kosteneffizienter. Wir müssen diese notwendigen wohnortnahen Leistungen bedarfsorientiert definieren, viel genauer, als dies derzeit der Fall ist. Wenn wir Einzel-PVE ermöglichen, dann hätten wir morgen 800 PVE allein in Wien. 

Danube-Frauenpower in der Spitzenforschung

Die Danube Private University (DPU) in Krems hat als einen ihrer **FORSCHUNGSSCHWERPUNKTE DIE ANALYSE MEDIZINISCHER BILDGEBUNG MIT HILFE VON KÜNSTLICHER INTELLIGENZ**. PERISKOP sprach mit Ramona Woitek, Julia Furtner-Srajer und Olgica Zaric. | von Mag. Dora Skamperls

Die DPU plant, in Wiener Neustadt ein medizinisch-technologisches Forschungszentrum (MTFZ) zu etablieren, bei dem Onkologie das Kernthema sein wird. Es wird vier Forschungsschwerpunkte geben, wobei der erste der hier angesprochene sein soll, nämlich die KI-unterstützte medizinische Bilddatenauswertung am Research Center for Medical Image Analysis and Artificial Intelligence (MIAAI). Weiters die Biosensorik, ein ebenfalls an der DPU bereits bestehender Forschungsschwerpunkt, der sich in Richtung Onkologie weiterentwickeln soll. Andere Forschungsschwerpunkte werden die klinische Onkologie sowie Data Sciences for Medicine sein. Die Etablierung des hier angesprochenen Forschungsschwerpunktes MIAAI war eine Idee von Ramona Woitek, die diese auch im Rahmen der Vertragsverhandlungen konkret weiterentwickelte. Die wissenschaftliche Leiterin dieses Forschungszentrums an der DPU erzählt über ihre Aufgaben und Ziele für diese hochspezialisierte Forschungsgruppe.

Maximale Information aus der Bildgebung
WOITEK: „Wir haben gemeinsam mit Dir. Robert Wagner an der DPU einen Forschungsschwerpunkt gegründet, der sich *Medical Image Analysis and Artificial Intelligence* nennt. An der DPU hatte ich die einmalige Gelegenheit, diese Forschungsgruppe aufzubauen und meine Ideen für Forschungsprojekte in diesem Bereich umzusetzen. Wir arbeiten hier mit radiologischer Bildgebung und wollen über das verhältnismäßig simple Interpretieren von Bildgebung, wie es im klinischen Alltag durchgeführt wird, hinausgehen. Wenn in der Radiologie beispielsweise ein Tumor gefunden wird, wird dieser in ein bis zwei Dimensionen abgemessen, dann wird seine Lage beschrieben und das Aussehen. Das ist meist die gesamte Information, die aus der radiologischen Bildbeurteilung folgt. Unser Forschungsschwerpunkt hat es sich zur Auf-

Gruppenfoto Folge-seite v. l. n. r.: Robert Wagner (DPU, Direktor Strategische Hochschulplanung, Management und Wissenschaft), Julia Furtner-Srajer (Stv. Leiterin MIAAI), Ramona Woitek (Leiterin MIAAI), Olgica Zaric (Researcher MIAAI).

gabe gemacht, ein Maximum an Information aus der Bildgebung zu extrahieren. Dafür verwenden wir computergestützte Methoden und u. a. Techniken des maschinellen Lernens bzw. der KI, um mithilfe dieser detaillierten Bildgebungs-Features, auch Radiomics genannt, sogenannte Prädiktoren zu erzeugen. Mit diesen können wir klinisch wichtige Variablen wie den Therapieerfolg vorhersagen. Dafür verwenden wir nicht nur radiologische Daten, sondern auch eine Vielzahl anderer Daten, aus dem klinischen und molekularen Bereich, und führen diese zusammen, um die Genauigkeit der Vorhersagen zu erhöhen. Eine Erkrankung, auf der momentan einer unserer Schwerpunkt bei derartigen Arbeiten liegt, ist das Mammakarzinom.“

Von Cambridge nach Krems

„Nach meiner Zeit im AKH erhielt ich 2017 im Rahmen eines Auslandsstipendiums an der University of Cambridge die Gelegenheit, bei einer hochspezialisierten Forschungsgruppe am Mammakarzinom zu forschen. Wir haben damals auch einen zusätzlichen Fokus auf die Bedürfnisse der Patientinnen gesetzt und diese über Umfragen erhoben. Bei Patientinnen, die neoadjuvante Chemotherapien oder neue Immuntherapeutika erhalten, bedeutet das eine oft monatelange Therapie mit vielen Nebenwirkungen. Diese lange Phase der Unsicherheit, ob die Therapie erfolgreich ist, ist für die Patientinnen nicht nur physisch, sondern auch psychisch sehr belastend. Natürlich ist es da interessant, schon in einer frühen Phase vorhersagen zu können, ob und wie dieser Tumor auf die Therapie ansprechen wird, ob eine Modifikation der Medikation oder sogar ein Einschluss in eine klinische Studie sinnvoll wäre. In Cambridge haben wir damals auch eine Umfrage unter Patientinnen mit Ovarialkarzinom zum Thema KI in der Medizin gemacht. Wenn KI raschere Diagnosen, schnellere und präzisere Therapien und optimierte Terminfindung unterstützt, wird sie zumeist positiv angenommen. Länger werdende Wartezeiten sind auch in Österreich ein Thema.“

Zeit, Kosten und Aufwand sparen

„Frau Dr. Zaric schlägt einerseits den Weg ein, Tumore aus molekularer Sichtweise zu betrachten. Hier wird beispielsweise die Natriumkonzentration im Tumor mittels MRT gemessen, um den Verlauf während der ersten Therapiezyklen besser beurteilen zu können. Andererseits verfolgen wir auch den Weg, Texturen von Tumoren auf Bildern zu quantifizieren, damit die KI besser damit arbeiten kann. Dafür ziehen wir unterschiedliche Bilddaten heran. Einerseits gibt es die Möglichkeit, die Daten unmittelbar aus der Diagnosestellung zu verwenden: Mammografie, MRT, Ultraschall. Diese Bilddaten werden ohnehin generiert und erzeugen daher keine

zusätzlichen Kosten im System. Wenn wir aus diesen Bildern ein Maximum an Informationen herausholen können, maximieren wir damit den Gewinn, ohne die Kosten stark zu erhöhen.“

Molekulare Geheimnisse des Tumors aufdecken

„Um die molekulare Charakterisierung von Tumoren mithilfe der Bildgebung weiter voranzutreiben schlägt das Team um Frau Dr. Zaric den Weg ein, die Natriumkonzentration im Tumor mittels MRT zu messen, um den Verlauf und das Ansprechen während der ersten Therapiezyklen besser beurteilen zu können. Zusätzlich zu bereits etablierten Techniken können so weitere und tiefergehende Informationen gewonnen werden. Natrium ist für viele Tumorprozesse entscheidend. Ebenso die Zuckeraufnahme und Zuckerverstoffwechsel, wie sie im PET-Scan untersucht werden. Gemeinsam mit der Universität Cambridge arbeiten wir an einer Technik, die den Zuckerverstoffwechsel von Mammakarzinomen ohne den Einsatz radioaktiver Substanzen untersucht. Diese neue Methode stellt dynamisch dar, wie der Tumor Zucker aufnimmt und dort in Laktat verwandelt wird. Wir konnten zeigen, dass damit relativ genaue Vorhersagen möglich waren, welche Patientinnen einen kompletten Therapie-Response erreichen werden und welche nicht. Derzeit befinden wir uns noch im Stadium der Forschung – wenn diese Methoden aber genügend validiert sind, um in den Kliniken Anwendung zu finden, können solche Auswertungen sehr rasch erfolgen. Es ist auch zu bedenken, dass die Biopsie von Tumorgewebe mit anschließender Sequenzierung und Auswertung wesentlich aufwendiger und kostenintensiver ist als die standardmäßige Tiefenanalyse von Bilddaten mithilfe von KI.“

Hochspezialisierte Forschungsgruppe

„Neben der MedUni Wien sind wir an der DPU eine von wenigen Gruppen, die sich in Österreich mit Radiomics-Studien beschäftigen. Wir arbeiten auch mit dem Hochfeld MR-Zentrum der MedUni Wien zusammen, wo es zum Beispiel um Gehirntumore geht. Da werden hochauflösende MR-Spektroskopiebilder von Gehirntumoren erzeugt, die die Metabolite des Tumors zeigen. Aus einer solchen Bildgebung werden zusätzliche Variablen gewonnen, die dann mithilfe von Machine Learning zusammengeführt und ausgewertet werden. Es geht insgesamt um präzise Diagnostik, um Patientinnen und Patienten nicht unnötig mit weniger erfolgversprechenden Therapien zu belasten bzw. umgekehrt, die optimale Therapie frühzeitig zu finden. Diese Forschung hat auch internationale Relevanz, denn nicht in allen Ländern können Biopsien mit Sequenzierungen des Tumorgewebes standardmäßig durchgeführt werden, während Bildgebung



fast überall auf der Welt gemacht wird. Wenn wir ein Standardverfahren der multifokalen Auswertung von Bilddaten mit KI entwickeln können, kann das vielen Patientinnen und Patienten große Vorteile bringen. Insofern könnte diese Methode auch zur vielzitierten Demokratisierung der Gesundheit einen Beitrag leisten. Für die Präzisionsmedizin ist eine genaue molekulare Analyse sogar erforderlich.“

Prognostische Biomarker anhand von Bilddaten

FURTNER-SRAJER: „Ich war 14 Jahre am AKH Wien tätig, bevor ich im Oktober letzten Jahres zur DPU gewechselt bin. Schon früh während meines Studiums habe ich mich für das Gehirn als Organ und hier besonders für die Neuroradiologie interessiert. Meine derzeitige Forschungsarbeit konzentriert sich auf Gehirntumore, seien es primäre Gehirntumore wie z.B. Gliome oder sekundäre, also Gehirnmetastasen. In unserer Forschungsgruppe geht es u.a. um die Entwicklung prädiktiver oder prognostischer Biomarker anhand von Bilddaten, und zwar in Hinblick auf das Therapieansprechen, aber auch die Prognose. Wir schauen dabei nicht nur auf den Tumor selbst, sondern auch auf zusätzliche im Bild enthaltene Informationen wie z.B. die muskuläre Situation der Patientin bzw. des Patienten. Dies wird allgemein schon häufig gemacht, bei neuroonkologischen Patienten und Patientinnen jedoch noch selten angewandt, da auf den vorhandenen radiologischen Bildern des Gehirnschädels nur wenige Muskeln abgebildet sind. Hier arbeiten wir derzeit an der Etablierung der Kopf-Hals-Muskulatur als standardisierter Parameter zur Sarkopeniediagnostik, also der Erfassung einer reduzierten Muskelmasse und Muskelfunktion. Insbesondere der Temporalismuskel hat diesbezüglich in Vorarbeiten schon vielversprechende Ergebnisse vor allem hinsichtlich Krankheitsprognose bei neuroonkologischen Patientinnen und Patienten geliefert.“

Technische Umsetzung der Bilddatenauswertung

ZARIC: „Für mich als Medizinphysikerin ist es enorm wertvoll, dass ich im Rahmen dieser Forschungsgruppe mit Radiologinnen zusammenarbeiten kann, die wissenschaftlich denken und nicht ausschließlich auf ihren klinischen Arbeitsbereich fokussiert sind. Dieser fachliche Austausch über klinische und praktische Fragestellungen und deren technische Lösbarkeit ist für mich sehr wichtig. Unsere interdisziplinäre Forschungsgruppe arbeitet an der Entwicklung von KI-Modellen, vor allem zur Klassifizierung von Tumoren in Subtypen und Phänotypen sowie zur Vorhersage des Therapieansprechens etc. Wir wollen diese Modelle auch auf multiparametrische MRT anwenden, wozu auch Natrium-MRT zur Bestimmung des Natriumgehalts von Tumoren gehört. Ich

konnte die Technik bereits erfolgreich anwenden und für diagnostische Zwecke bei Mammakarzinom weiterentwickeln. Natrium-MRT ist eine sehr sensitive Technik, die sich für die Beurteilung des Therapieansprechens beim Mammakarzinomen gut eignet. In Kombination mit KI könnte Natrium-MRT eine hochspezifische Bildgebungstechnik in der Onkologie werden. Die Technik dahinter ist eine enorme Herausforderung und es gibt derzeit in Europa nur wenige Forschungsgruppen, die sich damit befassen – was eine enge Kooperation befördert. Wir arbeiten hier beispielsweise mit der Universität Heidelberg, Erlangen und natürlich der MedUni Wien mit dem Exzellenzzentrum für Hochfeld-MR um Univ.-Prof. Dr. Siegfried Trattnig zusammen.“

Die von Prof. Woitek und der Forschungsgruppe am MIAAI geleistete Arbeit an der DPU ist wegbereitend für die internationale Forschung im Bereich Radiomics. Prof. Woitek ist eine internationale Autorität für onkologische Radiologie und Brustkrebs. Die Forschungsleistung ihrer Gruppe hat das Potenzial, unser Verständnis für die Rolle und den klinischen Nutzen der Informationen, die aus medizinischer Bildgebung gewonnen werden können, radikal zu verändern.

Jean Araham, Professor of Precision Breast Cancer Medicine an der University of Cambridge und Direktorin der Cambridge Breast Cancer Research Unit

Molekulares Verhalten von Tumoren

„Die Idee hinter meiner Forschungsarbeit ist Radiomics, also Tumorcharakteristika von standardmäßig angefertigter struktureller Bildgebung, mit Biomarkern aus der molekularen Bildgebung zu verknüpfen. Die Informationen, die wir mit hochspezialisierten und komplexen MRT-Techniken erhalten, bilden eine Herausforderung in der Auswertung. Wir haben noch einen langen Weg vor uns. Wir nähern uns dem Ziel aus verschiedenen Richtungen an, in der Hoffnung, dass wir uns irgendwann in der Mitte treffen und unsere Erkenntnisse systematisch verknüpfen können. Die DPU gibt uns die Möglichkeit, unsere vielfältigen fachlichen Kenntnisse nicht nur in der Forschung einzubringen, sondern auch in einem hochqualitativen Rahmen den Studentinnen und Studenten zu vermitteln.“ 



Die Menschen hinter dem MIAAI

Univ.-Prof. Dr. Ramona Woitek, MD, PhD, MBA ist Professorin für Radiologie und Leiterin des Research Center for Medical Image Analysis and Artificial Intelligence (MIAAI) an der DPU Krems. Ihre Ausbildung und ihren PhD absolvierte sie an der MedUni Wien und arbeitete bis 2017 am AKH Wien, Universitätsklinik für Radiologie und Nuklearmedizin. Fünf Jahre war sie an der Universität von Cambridge in unterschiedlichen Funktionen am Department of Radiology tätig. Nach ihrer Habilitation im Fach Radiologie an der Medizinischen Universität Wien wechselte sie 2022 zur DPU.

Univ.-Prof. Priv.-Doz. Dr. med. Julia Furtner-Srajer, MD, PhD, MBA ist Professorin für Neuroradiologie und Stv. Leiterin des Research Center for Medical Image Analysis and Artificial Intelligence (MIAAI). Sie studierte an der MedUni Wien, wo sie auch ihre Habilitation 2020 abschloss. Währenddessen war sie an der Universitätsklinik für Radiologie und Nuklearmedizin/AKH Wien unter anderem als Koordinatorin für klinische Studien und in mehreren Führungspositionen tätig. Seit 2022 arbeitet und forscht sie an der DPU.

Dr. Olgica Zaric, MSc, PhD ist Dozentin für Medizinphysik und forscht am Research Center for Medical Image Analysis and Artificial Intelligence (MIAAI). Sie studierte Physikalische Chemie an der Universität Belgrad, Serbien, und absolvierte ihren PhD an der MedUni Wien, wo sie auch weiter tätig war bis sie 2022 für Forschung und Lehre an die DPU wechselte.

Ass.-Prof. Dr. Sepideh Hatamikia ist Biomedizintechnikerin und ihre Forschung konzentriert sich auf medizinische Bildverarbeitung, künstliche Intelligenz (maschinelles Lernen und Deep Learning) und die Entwicklung von 3D-gedruckten Bildphantomen. Sie leitet den Bereich Computational Imaging innerhalb des MIAAI.

Univ.-Prof. Dr. Kyung-Eun (Anna) Choi ist Forschungspsychologin mit einem zusätzlichen Master-Abschluss in Interkulturellen Studien. Sie ist Professorin für Versorgungsforschung an der DPU und Leiterin der Forschung im Gesundheitswesen am MIAAI. Gleichzeitig ist sie an der Medizinischen Hochschule Brandenburg tätig.

Weitere Mitglieder des Forschungsteams:

Der Soziologe Dr. Sebastian Fitzek, PhD verfügt über 16 Jahre Erfahrung in Lehre und Forschung in den Sozial- und Politikwissenschaften und ist in der Lehre und in der Abteilung Gesundheitsevaluation des MIAAI tätig.

Die Forschung des Physikers Dr. Geevarghese George, PhD am MIAAI fokussiert in enger Zusammenarbeit mit anderen Forschern und Spezialisten auf dem Design und der Entwicklung von Pipelines für maschinelles Lernen und Deep Learning zur Analyse medizinischer Bilder.

Dr. Amirreza Mahbod, PhD ist Elektrotechniker und Biomedizintechniker. Seine Hauptforschungsgebiete sind medizinische Bildanalyse, Computer Vision, maschinelles Lernen und die Entwicklung neuartiger Deep-Learning-basierter Methoden für die histologische Bildanalyse.

Der Medizininformatiker Dr. Florian Schwarzhans, PhD beschäftigt sich in seiner Forschung mit medizinischer Bildverarbeitung mithilfe automatischer graphbasierter Segmentierungsalgorithmen, Deep-Learning Methoden für die Bildklassifizierung und Segmentierung sowie mit parallelen Algorithmen für die medizinische Bildverarbeitung und -analyse mithilfe von CUDA.

Dr. Inna Servetnyk ist Fachärztin für klinische und molekulare Pathologie, lehrt Pathologie und Histologie an der DPU und arbeitet in Forschungsprojekten mit dem MIAAI zusammen. Ihr Hauptfachgebiet ist die Tumopathologie.

SM Ragib Shahriar Islam, MSc ist derzeit beim Austrian Centre for Medical Innovation and Technology (ACMIT) angestellt und arbeitet im Rahmen seines PhD-Studiums an gemeinsamen Forschungsprojekten mit dem MIAAI. Seine Arbeit befasst sich mit der Optimierung der Bildgebungstrajektorie der Cone Beam Computed Tomography (CBCT).



Prähabilitation als Therapieprogramm

Bei den 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach vom 6. Bis 10. Juli 2023 trafen sich namhafte Expertinnen und Experten zum PRAEVENIRE Talk mit dem Titel „PRÄHABILITATION“ – ANGESICHTS DER DEMOGRAFISCHEN ENTWICKLUNG EIN ZUKUNFTSTHEMA MIT HOHER RELEVANZ. | von Mag. Dora Skamperls

Vier Top-Fachleute aus dem Gesundheitswesen trafen sich in Alpbach zum Talk über ein hoch innovatives Konzept der ÖGK für Arthrose, das mit wissenschaftlicher Beratung des angesehenen Orthopäden Dr. Andreas Stippler zunächst in Niederösterreich ausgerollt werden soll. Das Modell der Prähabilitation kann auch für andere Bundesländer und weitere Krankheitsbilder als Pilotprojekt fungieren, wobei die ÖGK hier als Innovationsmotor wirksam wird. ÖGK-Chefarzt Dr. Andreas Krauter, Dr. Arno Melitopoulos, Leiter der Abteilung Versorgungsmanagement 3 der ÖGK, und Mag. Monika Peer-Kratzer, Landesvorsitzende Tirol Physio Austria, diskutierten mit Andreas Stippler über die Zukunftslösung

eines interprofessionellen integrierten Versorgungsmodells für die nachhaltige Entlastung des Gesundheitssystems.

Edukation, Ernährung und Bewegung

STIPPLER: „Wir haben uns nach internationalen Kriterien angesehen, was die State-of-the-Art-Therapie für Arthrose im Moment ist, und haben festgestellt, dass es die Basistherapie für Arthrose in Österreich noch nicht in dieser Form gibt. Das wäre ein strukturiertes Programm, das aus drei Punkten besteht: Edukation, Ernährung und Bewegung. Wir sind in Österreich schon sehr weit mit medikamentöser Versorgung und den anderen Therapien, aber eine strukturierte Basistherapie wie zum Beispiel

beim GLA:D®-Programm in Dänemark (Good Life with osteoArthritis in Denmark) oder dem NEMEX-Programm in Australien (Neuromuscular Exercise) haben wir nicht. Aus diesen beiden Modellen haben wir für Österreich etwas maßgeschneidert und dürfen das gemeinsam mit der ÖGK umsetzen. Unser Pilotprojekt wird mit Kooperation und wissenschaftlicher Begleitung der Donau-Universität unter der Führung von Prof. Nehrer ausgerollt. In das Programm werden nun 100 Knie- und 100 Hüftarthrosen aufgenommen und so behandelt. Auch in Hinblick auf die sehr hohen Operationszahlen in Österreich ist das für die Patientinnen und Patienten als wertvolle Innovation zu sehen. Das Programm kann helfen, Operationen entweder später durchzuführen oder sogar zu verhindern. Mit GLA:D® konnte man rund 20 Prozent der Patientinnen und Patienten wieder von den Operationslisten streichen. Wir bringen mit diesem multiprofessionellen Ansatz eine moderne, an der Prävention orientierte Medizin nach Österreich.“

Vor- und Nachsorge rund um die OP

„Wenn nun doch operiert werden muss, betreuen wir die Patientinnen und Patienten in einem sechswöchigen Programm vor und nach der OP. Das Modell der ‚Rapid Recovery‘ bzw. ‚Fast-track Surgery‘ gibt es schon seit den 1970er-Jahren. Das kam aus der Allgemeinchirurgie und war damals ein Quantensprung im Denken. Der Ansatz, so früh wie möglich zu mobilisieren und nicht etwa zehn Tage nach der OP im Bett zu liegen, war revolutionär. Heute ist es in vielen Ländern Standard, am Tag der OP wieder aufzustehen. Deshalb muss vor der Operation bereits eine Vorbereitung stattfinden, auch im Sinne der Edukation und einer Änderung des Lebensstils – Venenprophylaxe, Raucherentwöhnung etc. So können Patientinnen, Patienten bereits am zweiten oder dritten Tag nach der OP wieder ins ambulante Rehab-Setting zurück. Das ist auch aufgrund der wesentlich verbesserten chirurgischen Methoden möglich. Der neue Ansatz wäre nun, die stationäre Rehab durch ambulante zu ersetzen – das gibt es bereits in vielen europäischen Ländern –, sodass die Rehabilitation der Entwicklung in der modernen Chirurgie Rechnung trägt. Patientinnen und Patienten haben heute wesentlich geringere Komplikationen, wie Thrombosen, Lungenproblematiken oder Infekte. Die ambulante Rehab ist besonders für Menschen geeignet, die noch im Berufsleben stehen und interessiert sind, schneller wieder fit zu werden. Bis jetzt waren wir gewohnt: OP-Termin, Operation und dann stationär warten auf die Rehab. Davon müssen wir nachhaltig weg.“

In den Niederlanden beispielsweise kommen Physiotherapeuten sogar vor der OP zu den Patientinnen, Patienten nach Hause und schauen sich die Lebens- und Wohnverhältnisse genau an. Das ist im Sinne der Sturzprophylaxe und Optimierung der Rehab wichtig – beispielsweise

v.l.: Andreas Krauter, Arno Melitopoulos und Monika Peer-Kratzer diskutierten mit Andreas Stippler über die Zukunftslösung Prähabilitation als integriertes Versorgungsmodell.



können Gefahren wie rutschige Teppiche etc. im Vorfeld schon erkannt werden. Es wäre sinnvoll, so etwas auch in Österreich bei infrage kommenden Patientinnen, Patienten umzusetzen.“

Teilhabe am aktiven Leben fördern

PEER-KRATZER: „Es braucht in der Öffentlichkeit eine Entstigmatisierung der Arthrose als endgültige Diagnose. Ein aktives Leben mit der Erkrankung ist möglich und das muss auch klar kommuniziert werden. Es gibt internationale Studien, die besagen, dass durch spezifische, effiziente Übungen einerseits die Schmerzen halbiert werden können – was bemerkenswert ist. Andererseits wird das Immunsystem gekräftigt und es findet durch die gezielte Bewegung auch eine Edukation statt. So werden Kosten eingespart, noch bevor sie überhaupt entstehen, denn wie der Name schon sagt – das Therapie-konzept der Prähabilitation setzt schon lange vor der Operation an. Das bedeutet, dass auch der Krankenhausaufenthalt postoperativ zumeist wesentlich kürzer ist. Es gibt bei der Prähabilitation ja zwei Ansätze – zuerst ein interprofessionelles Therapiekonzept, um Operationen überhaupt zu vermeiden; und auf der anderen Seite die präoperative Vorbereitung, um eine sogenannte ‚Rapid Recovery‘ zu erreichen. Das vorrangige Ziel des hier für Österreich entwickelten Programms der Prähabilitation soll aber sein, Arthrose so zu behandeln, dass wir zunächst gar nicht über Operationen sprechen müssen.“

Multiprofessionelle Betreuung

„Das Programm erstreckt sich über drei bis sechs Monate und wird von den Patientinnen und Patienten sehr gut aufgenommen. Es gibt mittlerweile hoch evidenzbasierte Tests in der Physiotherapie, mit deren Hilfe Parameter wie Beweglichkeit, Kraft, Fehlhaltungen etc. ermittelt werden können. Daraus entwickeln wir ein individuelles Übungsprogramm. Ein Team aus der Orthopädie, der Physiotherapie, der Sportwissenschaft und Diätologie und ggf. Psychologie arbeitet eng zusammen, um dieses interprofessionelle Therapieprogramm gemeinsam mit den Betroffenen zu realisieren. Motivation und Schmerzverarbeitung spielen dabei auch eine Rolle. Im Zuge der physiotherapeutischen Betreuung und Edukation erklären wir den Patientinnen und Patienten, warum sie Schmerzen haben könnten, wie Schmerz funktioniert und was bei chronischem Schmerz passiert. Der zweite Ansatz, nämlich die Vor- und Nachsorge einer Operation, hat eine wesentliche Funktion für die rasche Rekonvaleszenz. Vor der OP werden der Stoffwechsel angekurbelt, die Muskulatur gelockert, die Kraft verbessert – insgesamt wird das Gelenk auf den Eingriff

v.l.: Arno Melitopoulos, Andreas Krauter und Monika Peer-Kratzer sehen im Prähab-Konzept einen Schritt in die richtige Richtung.



optimal vorbereitet. Aber auch auf der psychischen Seite werden durch die gute Vorsorge und Beratung Ängste abgebaut. Das wirkt sich enorm positiv auf den Outcome der OP aus. Ein weiterer Faktor, der sich sehr positiv auswirkt, ist die Implementierung des sogenannten Buddy-Systems. Die Patientin bzw. der Patient nimmt eine vertraute Person zur Physiotherapie vor der OP mit, sodass auch diese nach der OP unterstützend wirken kann. Ein solches Buddy-Programm, das sich ‚Patientenschule‘ nennt, besteht an der Uniklinik Innsbruck bereits seit 2018. Hier braucht es ein multimodales Prozessmanagement, ein OP-Management in einer neuen Sichtweise.“

Gesamtkonzept als Erfolgsfaktor

KRAUTER: „Das genannte Programm bietet den richtigen Ansatz, einerseits die Edukation und Diätologie zu fördern, und gibt andererseits den Menschen einen Ausblick, trotz geschädigter Gelenke in einer hohen Qualität weiterzuleben. Es ist auch im Sinne der Patientinnen und Patienten, Operationen zu vermeiden. Aber es geht nicht nur um die Operation an sich, sondern in weiterer Folge um die Teilhabe am Leben – die Beweglichkeit, wie lange kann jemand zu Hause leben, wie viel Hilfe wird benötigt etc. Das hat langfristig massive Auswirkungen im System. Daher stehe ich diesem Konzept maximal positiv gegenüber. Nach der Evaluationsphase sollte dieses nicht nur in der Physiotherapie, sondern auch im klinischen Setting in den Regelbetrieb eingebunden werden.

Wir bezahlen ja alle diese Therapien, aber teilweise ungerichtet und unabhängig voneinander. Es geht hingegen um das Management und die Organisation in der Gesamtschau sowie um eine verbindliche Umsetzung abseits von Einzelinteressen, das Auflösen von Schnittstellen. Im Rahmen der Prähabilitation werden diese Einzeltherapien sinnvoll zusammengefasst, aufeinander abgestimmt und erfahren so einen echten Mehrwert. Das kann für uns auch als Lehrbeispiel fungieren für viele andere Krankheitsbilder, dass wir aufhören, in Einzelinterventionen zu denken. Das Davor und Danach müssen miteinbezogen werden und dazu braucht es gute Beratung der Patientinnen und Patienten. Die Entwicklung solcher innovativen Konzepte gemeinsam mit Partnern aus dem Gesundheitswesen ist auch Aufgabe meiner Abteilung bei der ÖGK.“

Prähab und Rehab als Einheit sehen

„Natürlich müssen wir für jede Form der Multimorbidität auch die Versorgung sicherstellen. Nicht alle Patientinnen, Patienten werden für ein solches Prähab-Programm infrage kommen. Deshalb muss auch die stationäre Rehabilitation für solche Patientinnen, Patienten, die sie brauchen, weiter als Möglichkeit aufrecht bleiben. Die ambulante Rehab ist für die meisten Patientinnen, Patienten die Zukunft, doch müssen wir gemeinsam mit den Gesellschaften die Vorbereitung treffen, dass die Übergänge von einer in die andere Betreuung bereits im Vorfeld gut

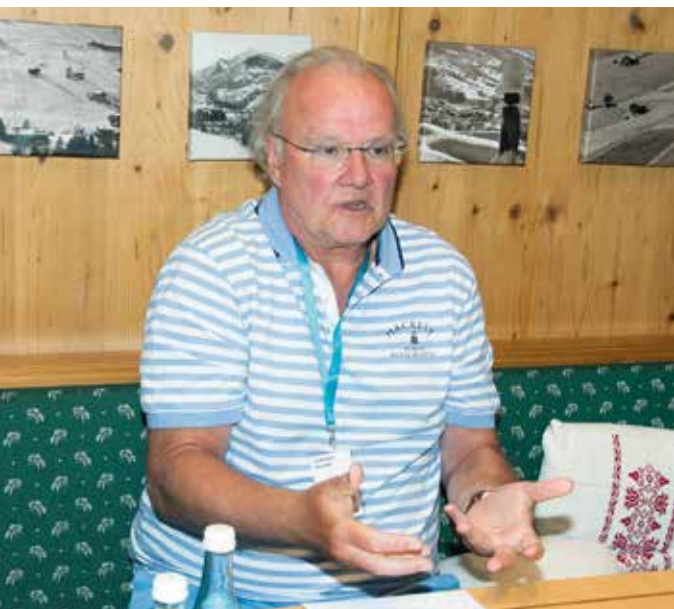
organisiert ist. Wichtig ist, das Denken so zu verändern, dass Prähabilitation und Rehabilitation zu einer Einheit verschmelzen. Und zwar nicht nur in der Orthopädie, sondern bei jedem größeren chirurgischen Eingriff, bei onkologischer Therapie, bei Diabetes, bei elektiven Eingriffen – von der gesamten Herz- und Lungenthematik, immunologischen Fragestellungen bis hin zur psychologischen Betreuung.“

ÖGK als Innovationsmotor

MELITOPULOS: „Das Arthrose-Projekt hat alle Systempartner und den Bund überzeugt, weshalb es auch finanziert wird. Der integrierte Versorgungsansatz der Prähabilitation in einer frühen Phase, wo noch Hoffnung und Perspektiven bestehen, ist die Zukunft. Man gibt damit Patientinnen und Patienten im Rahmen dieses Pakets unter höchst kompetenter medizinischer Begleitung einen klaren Ausblick auf die nächsten Wochen, Monate und Jahre. Im Zusammenspiel mit der Physiotherapie und der Ernährung ist das ein umfassendes Konzept. Auf vielfältige Probleme werden hier umfassende Antworten gegeben. Es gab durchaus Widerstände, wie immer bei Projekten, die außerhalb des Krankenhauses stattfinden. Mir macht es Spaß, gemeinsam mit Andreas Krauter in der ÖGK und mit kompetenten Partnerinnen und Partnern diese Bedenken und systemischen Stigmata zu zerstreuen. Ich bin überzeugt, dass das gut funktionieren wird. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten gibt es auch viele ‚weiche‘ Faktoren, die für das Konzept sprechen.“

Prähab als Teil eines Prozesspakets

Wir haben mit der Prähabilitation ein Musterbeispiel, das auch gemeinschaftlich getragen wird, wo die Grundgedanken des FAG repräsentiert sind: Ambulanzen und den stationären Bereich entlasten, innovative Lösungen suchen, die den Patientinnen und Patienten näherstehen etc. Hier könnte dieses Pilotprojekt in Niederösterreich auch für andere Bundesländer Pate stehen. Natürlich gibt es in Bezug auf die Finanzierung eine juristische Ausprägung. Wenn wir die Prähab als Teil der Krankenbehandlung verstehen, ist das ein Abgehen von herkömmlichen Denkmustern: Traditionell wird unter Krankenbehandlung etwas verstanden, das nach einem Unfall oder einem Eingriff stattfindet. Wir können die Prähab aber auch im Bereich der Prävention verorten. Im Prinzip geht es um die Frage der Definition, wann eine Krankenbehandlung beginnt. Nach meinem Verständnis wäre die Prähab ein Teil der Krankenbehandlung, die ab Diagnose bzw. im zweiten Modell ab Feststehen des OP-Termins geplant und durchgeführt wird. Vor- und Nachsorge müssen mit der OP in einem Prozesspaket gesehen werden. Hier werden aber auch organisationale Grenzen überschritten, indem die Vor- und Nachsorge teilweise nicht mehr Sache des Spitals sind, sondern ausgelagert werden. Das wird im Rahmen solcher standardisierten Programme möglich sein, wie es nun für die Arthrose in Niederösterreich entwickelt wurde.“ **P**



Andreas Stippler: Eine State-of-the-Art-Basistherapie für Arthrose gibt es in Österreich noch nicht.



Kann das Darm-Mikrobiom unsere Leber krank machen?

Lebererkrankungen werden häufiger und gehen mit einer Verminderung der Diversität des Darm-Mikrobioms einher. PERISKOP sprach mit Univ.-Prof. Dr. Vanessa Stadlbauer-Köllner, Fachärztin für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie, über den **ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DARMBAKTERIEN, LEBER UND IMMUNFUNKTION SOWIE ÜBER IHRE AUFGABEN UND ZIELE** als Leiterin der Arbeitsgruppe Infektiologie und Mikrobiom der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH). | von Carola Bachbauer, BA, MSc

Die Expertin gab Einblicke in die probiotische Forschung, die Erkenntnisse über das wichtige Zusammenspiel von Leber und Darm bei der Bekämpfung und Behandlung von Lebererkrankungen gewinnen konnte.

PERISKOP: Sie sind Leiterin der Arbeitsgruppe Infektiologie und Mikrobiom der ÖGGH. Mit welchen Aufgabengebieten befasst sich die Arbeitsgruppe? Wer ist Teil Ihres Teams?

STADLBAUER-KÖLLNER: Die ÖGGH als Fachgesellschaft ist so strukturiert, dass die Arbeitsgruppenleiterinnen und -leiter gemeinsam mit dem Präsidenten die Interessen der Fachgesellschaft nach außen hin vertreten. Das sind vor allem die Bereiche Aus- und Weiterbildung, Wissenschaft und Praxis. Die Arbeitsgruppe für Infektiologie und Mikrobiom beschäftigt sich mit der Prophylaxe, Diagnose und Therapie von Infektionen im Bereich der Gastroenterologie und Hepatologie, dem Einsatz von Probiotika und dem Stellenwert der normalen intestinalen Mikroflora in der Pathogenese von Erkrankungen. Bezüglich des Teams habe ich kein strukturiertes unter mir. Für jedes Projekt suche ich mir Kolleginnen und Kollegen aus der Fachgesellschaft, aber auch interdisziplinär aus anderen Health Care Professionals zum Beispiel im Bereich der Pflege oder der Diätologie.

Die Arbeitsgruppe Infektiologie und Mikrobiom beschäftigt sich mit der Prophylaxe, Diagnose und Therapie von Infektionen im Bereich der Gastroenterologie und Hepatologie, dem Einsatz von Probiotika und dem Stellenwert der normalen intestinalen Mikroflora in der Pathogenese von Erkrankungen.

Vanessa Stadlbauer-Köllner

Welche konkreten Ziele haben Sie sich als Leiterin der Arbeitsgruppe gesetzt?

Meine Funktionsperiode ist auf zwei Jahre mit der Möglichkeit der einmaligen Wiederwahl befristet. Für die ersten zwei Jahre habe ich mir vorgenommen im Bereich Aus-, Weiterbildung und Kommunikation nach außen aktiv zu werden. Hier möchte ich meinen Fokus auf Themen wie die Antibiotika assoziierte Diarrhö, die Clostridioides difficile Infektion, die Helicobacter pylori Infektion oder auch das Mikrobiom bei Muskelschwund und bei Lebererkrankung legen. Dazu gibt es mehrere Wege. Eine Möglichkeit ist schriftliche Informationsmateri-

alien zu erstellen und diese auf unserer Homepage in der Rubrik „Wissenswertes in Kürze“ zu veröffentlichen. Eine andere ist, dass ich in die Organisation von Fortbildungsveranstaltungen eingebunden bin. Zum Beispiel werde ich beim Theodor Escherich Symposium – einem Mikrobiomsymposium in Graz – eine klinische Session als ÖGGH-Vertreterin durchführen oder im Rahmen der Tagung „Frühling der Hepatologie“ ein Pre-Symposium zum Thema Sarkopenie bei Lebererkrankungen organisieren. Bei diesen Tätigkeiten geht es mir darum, das Thema Mikrobiom stärker publik zu machen. Dies umfasst auch die wissenschaftliche Standortbestimmung: Wo stehen wir? Was wissen wir? Was können wir bereits in der klinischen Praxis verwenden?

In welchen Bereichen der Mikrobiomforschung wäre Ihrer Meinung nach eine Schwerpunktsetzung und Awarenessbildung notwendig, um den aktuellen epidemiologischen Trends entgegenzuwirken?

Das Wichtigste in der Mikrobiomforschung ist den Schritt in die klinische Praxis zu wagen. Denn aus der Forschung wissen wir schon viel darüber, wie Mikrobiomveränderungen mit Erkrankungen zusammenhängen und wie man eventuell das Mikrobiom beeinflussen. Das Problem ist jedoch, dass noch keine gute Möglichkeit der Mikrobiomdiagnostik angeboten werden kann, da bisher keine Normwerte für eine Mikrobiomzusammensetzung definiert wurden. Bei einem Blutbild zum Beispiel ist bekannt, wann ein Wert im Normalbereich ist und wann nicht. Beim Mikrobiom ist eine Diagnostik dadurch erschwert, da Bakteriengruppen überlappende Funktionen haben und sich gegenseitig ersetzen können. Dazu ist es auch notwendig, das aus der Forschung vorhandene Wissen zu kommunizieren – sowohl in Fachkreisen als auch in die Gesellschaft zu bringen und so die Gesundheitskompetenz zu steigern. Es ist zwar noch nicht in allen Bereichen der höchste Grad an klinischer Evidenz vorhanden – also mehrere multizentrische placebokontrollierte Studien, aber wir haben in einigen Bereichen schon sehr gute Daten, die wir nutzen können. Beispielsweise wissen wir bei der Antibiotika assoziierte Diarrhö, dass wir über eine Mikrobiom-Modulation sowohl in der Prophylaxe mit Probiotika als auch in der Therapie neben den Antibiotika mit der Stuhltransplantation arbeiten können.

Die heutige Ernährung und der Lebensstil führt vor allem bei jungen Menschen zu einem stetigen Anstieg der Prävalenz von Lebererkrankungen wie die metabolisch assoziierte Fettlebererkrankung (MASLD) – Welche Maßnahmen gibt es derzeit zur frühen Diagnose dieser Krankheiten?

Die Fettlebererkrankung ist ein großes klini-

sches Problem, mehr als 1/3 der Bevölkerung ist betroffen. Ein generelles Bevölkerungsscreening, wie bei Brust- oder Darmkrebs ist allerdings nicht empfohlen bzw. sinnvoll, da wir außer der Empfehlung für einen gesunden Lebensstil noch wenig therapeutische Möglichkeiten haben. Jedoch besteht im Rahmen der Gesundenuntersuchung die Möglichkeit die Gamma-Glutamyltransferase (Gamma GT) zu bestimmen. Zusätzlich werden dabei die Größe und das Gewicht erhoben. Wenn eine Adipositas vorliegt oder erhöhte Gamma GT, müssen weitere Untersuchungen durchgeführt werden, um eine andere Lebererkrankung zu erkennen bzw. auszuschließen und den Schweregrad der Lebererkrankung zu bestimmen.

Überlegenswert wäre, dass die Blutuntersuchung in der Gesundenuntersuchung angepasst wird, denn die Gamma GT ist kein besonders guter Parameter. Hier wäre zwei andere Leberwerte – Aspartat-Aminotransferase (AST) und die Alanin-Aminotransferase (ALT) – gut geeignet. Anhand diesen kann eine Formel mit Alter und den Thrombozyten aus dem Blutbild berechnet werden, welche angibt, ob ein Fibrosiserisiko besteht (FIB-4 score).

Wir konnten sowohl bei der Zirrhose als auch bei der Einnahme von Protonenpumpenhemmern zeigen, dass die Zufuhr von speziellen Bakterien positive Effekte auf die Darmbarriere haben und eine bakterielle Translokation verhindern kann.

Vanessa Stadlbauer-Köllner

Welche Möglichkeiten gibt es zur Prävention und zur Behandlung? Gibt es eine abgestufte Vorgehensweise?

Zurzeit sieht der Patientenpfad folgendermaßen aus: Im Bereich der Allgemeinmedizin wird der Verdacht auf eine Lebererkrankung gestellt. Dann erfolgen weitere Abklärungen, gegebenenfalls unter Zuhilfenahme der niedergelassenen internistischen Kolleginnen und Kollegen, um die Ursache zu erkennen. Sollte ein Risiko für eine Fibrose bestehen, zum Beispiel anhand des FIB-4 scores, erfolgt die Zuweisung entweder an eine Krankenhausambulanz mit hepatologischen Schwerpunkt oder an niedergelassene Internistinnen und Internisten mit hepatologischen Schwerpunkt. Dort wird mit Hilfe einer ultraschallbasierten Methode (Ultraschall-elastographie) festgestellt, ob eine Leberfibrose vorliegt. Je nach Befund gibt es ein abgestuftes Vorgehen entweder zurück zur Allgemeinmedi-

zin, wo der Fokus auf Lebensstil- und Präventionsmaßnahmen liegt, oder wenn zum Beispiel eine Leberzirrhose vorliegt, erfolgen weitere Untersuchungen und eine Therapie der Zirrhose.

Welche Unterstützung gibt es für eine lebensstilbezogene Veränderung? Welche Alternativen außer die Lebensstiländerung stehen zur Verfügung?

Eine Lebensstilveränderung fällt Betroffenen häufig schwierig, da sie eine Diät und Sport umfasst. Bisher gibt es in Österreich diesbezüglich wenig finanzielle Unterstützung. Meistens müssen diätologische Ernährungsberatungen von den Patientinnen und Patienten selbst bezahlt werden. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus stehen zwar Diätologinnen und Diätologen zur Verfügung, mit einer einmaligen Beratung ist es jedoch meist nicht getan. Genauso ist es bei der Bewegung. Es gibt zwar die stoffwechselbezogene ambulante Reha. Meiner Erfahrung nach werden Patientinnen und Patienten mit Fettlebererkrankung dort nur selten zugewiesen. Bei der Prävention muss meiner Ansicht nach viel früher angesetzt werden. Bereits in den Schulen sollte Gesundheitskompetenz vermittelt werden. Dies ist in den Lehrplänen noch nicht ausreichend verankert. Zusätzlich wäre es wünschenswert, wenn diätologische Beratungen von der Krankenkasse erstattet werden. Und natürlich, um wieder aufs Mikrobiom zurückzukommen, ist das Mikrobiom ein interessanter Ansatzpunkt für die Prävention. Denn Mikrobiom-Modulation kann dabei helfen, dass das Abnehmen leichter fällt. Studien zeigen zum Beispiel, dass Probiotika den Leptinspiegel – Leptin ist das Hormon, das an der Steuerung von Hunger- und Sättigungsgefühl beteiligt ist – sowie bestimmte Bereiche des Fettstoff-, des Zuckerstoffwechsels und sogar das Gewicht positiv beeinflussen können. Eine unserer Studien kam zu dem Ergebnis, dass adipöse Menschen mit Typ-2-Diabetes im Durchschnitt 2,5 cm Hüftumfang abgenommen haben, ohne, dass sie zusätzlich eine Diät oder Sport gemacht haben, wenn sie ein Probiotikum eingenommen haben, im Vergleich zur Placebo-Gruppe.

2018 wurde Ihr Artikel zum Thema „Probiotika bei Lebererkrankungen“ in der Zeitschrift „Wiener klinisches Magazin“ veröffentlicht. Welche Erkenntnisse konnten Sie über den Zusammenhang zwischen Lebererkrankungen und Veränderungen des Mikrobioms gewinnen? Welche Rolle spielen Probiotika bei der positiven Beeinflussung der Darm-Leber-Achse?

Der Übersichtsartikel zeigt, dass bei einer Leberzirrhose das Mikrobiom stark verändert ist und somit die Diversität abnimmt. Dadurch wird das Mikrobiom anfälliger auf Schäden von außen. Keime können in den Körper gelangen und eine Barrierestörung, eine Entzündungsreaktion verursachen, die Leberfunktion verschlechtern oder zu Komplikationen wie Infektionen führen. In dem Artikel haben wir einerseits diese Veränderungen beschrieben. Andererseits haben wir aufgezeigt, dass Magenschutzmedikamente bei Leberzirrhose das Mikrobiom negativ beeinflussen. In weiteren Studien ist es uns gelungen diese Veränderungen durch die Gabe von Probiotika wieder rückgängig zu machen. Wir konnten sowohl bei der Zirrhose als auch bei der Einnahme von Protonenpumpenhemmern zeigen, dass die Zufuhr von speziellen Bakterien positive Effekte auf die Darmbarriere haben und eine bakterielle Translokation verhindern kann. Andere Forschungsgruppen haben zum Beispiel auch gezeigt, dass Probiotika Infektionen nach einer Lebertransplantation oder die Entstehung eines Leberkomas verhindern können.



Als Leiterin der Arbeitsgruppe Infektiologie und Mikrobiom der ÖGGH möchte Vanessa Stadlbauer-Köllner das Thema Mikrobiom stärker publik machen.

Das Mikrobiom ist ein interessanter Ansatzpunkt für die Prävention. Denn Mikrobiom-Modulation kann dabei helfen, dass das Abnehmen leichter fällt.

Vanessa Stadlbauer-Köllner

Gibt es bereits Erfahrungen bei der Gabe von indikationsspezifischen Probiotika bei bestimmten Symptomen?

Mittlerweile gibt es nicht nur Erfahrungen, sondern auch in Guidelines festgehaltenen Empfehlungen und Daten aus Metanalysen. Da wäre die Vorbeugung der Antibiotika assoziierten Diarrhö zu nennen, bei der Studien gezeigt haben, dass die Gabe von Probiotika das Durchfallrisiko um 60 Prozent reduzieren kann. Die Metaanalyse ist diesbezüglich noch vorsichtig und empfiehlt Probiotika, wenn das Risiko einer Antibiotika assoziierten Diarrhö hoch ist – also vor allem bei älteren Menschen. Ich persönlich meine, dass die prophylaktische

Verwendung von Probiotika bei jeder Antibiotikagabe indiziert ist. Denn es ist eine sichere, sehr gut verträgliche Intervention mit einer niedrigen „number needed to treat“. Das heißt, es müssen wenige Menschen behandelt werden, um einen positiven Effekt zu erzielen. Eine weitere Indikation, welche bereits in den Guidelines verankert ist, ist das irritable Darmsyndrom, auch als Reizdarmsyndrom bekannt. In den aktuellen deutschen Guidelines ist zusammengefasst, welche Probiotika dabei Wirkungen zeigen. Bei den Lebererkrankungen insbesondere zur Vorbeugung des Leberkomas und bei den Stoffwechselerkrankungen gibt es Daten. Es gibt noch viele andere Indikationen, zum Beispiel Durchfallerkrankungen in der Pädiatrie. Metaanalysen legen dar, dass die Durchfalldauer mit Probiotika um einen Tag verkürzt werden kann. Auch bei dem zu Beginn erwähnten Helicobacter pylori sagen die europäischen Guidelines klar, dass Probiotika aktuell einen Helicobacter pylori nicht alleine heilen können, die zusätzliche Gabe jedoch den Erfolg der Helicobacter Eradikation fördert, da die Beschwerden durch die Therapie geringer sind und die Behandlung besser durchgehalten wird. **P**



Anlässlich des Welttags der Osteopathie (22. Juni) fand ein PRAEVENIRE Gipfelgespräch statt, bei dem die **ROLLE DER OSTEOPATHIE ALS EIGENE FACHRICHTUNG SOWIE IHR BEITRAG ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG** von Expertinnen und Experten thematisiert und erörtert wurde. | von Carola Bachbauer, BA., MSc.

© KATHARINA HOFMANN, KATHARINA SCHIFFL



Die sachgerechte Durchführung einer osteopathischen Behandlung erfordert ein hohes Maß an Kenntnissen und Fertigkeiten und stellt somit durchaus eine eigene Disziplin dar.

Peter Voitl



Die Osteopathie als eigenständige Methode hilft in vielen Fällen, menschliches Leid und Leiden zu lindern und bei der Heilung zu helfen.

Wilhelm Marhold

Eigenständige, manuelle Therapieform

Anschließend an diesen Exkurs in die Vergangenheit legten die Expertinnen und Experten ihre Sicht zur Osteopathie als eigenständiges Behandlungskonzept dar und setzten sich mit der Frage „Wo kann die Osteopathie als Zusatzbehandlung eingesetzt werden“ auseinander. Hier betonte Prim. Dr. Andreas Kainz D.O, Abteilung für physikalische Medizin an der Wiener Privatklinik und Vizepräsident des Europäischen Registers für Osteopathische Ärzte (EROP): „Hinter der Osteopathie steckt ein eigenes Konzept mit Philosophie. Dieses lässt sich keinem anderen Berufsstand unterordnen.“ Des Weiteren erklärte der Experte: „Deshalb ist zum Beispiel auch die Abgrenzung zwischen manueller Medizin bzw. Chiropraktik und Osteopathie so wichtig.“ Die Chiropraktikerin, der Chiropraktiker behandelt die Gelenke mit gezielten schnellen Impulstechniken, den sogenannten Manipulationen. Das Konzept der Osteopathie, die den Körper als Funktionseinheit sieht, wird hierbei nicht berücksichtigt. Prim. MedR. Ass.Prof. DDr. Peter Voitl, MBA, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, erklärte: „Die sachgerechte Durchführung einer osteopathischen Behandlung erfordert ein hohes Maß an Kenntnissen und Fertigkeiten und stellt somit durchaus eine eigene Disziplin dar. Die Anerkennung als eigene qualifizierte Fachrichtung ist naheliegend, auch weil dies zu einer weiteren Aufwertung der Osteopathie beitragen kann. In weiterer Folge können die entsprechenden Abrechnungsmöglichkeiten seitens der zuständigen Sozialversicherungsträger angedacht werden, in Deutschland übernehmen bereits einige Krankenkassen die Kosten.“



Ich bin überzeugt vom Wert der Akademisierung der osteopathischen Ausbildung. Diese Verwissenschaftlichung unterstützt die Universität für Weiterbildung Krems mit dem Lehrgang zum Master of Science in Osteopathie. Durch das Angebot dieser universitären Ausbildung und der einhergehenden Akademisierung der Osteopathie fördern wir die Weiterentwicklung dieses Faches.

Stefan Nehrer



Wertvolle Ergänzung in der Gesundheitsversorgung

„Das osteopathische Leistungsspektrum ist ein eigener Bereich der Behandlung. Mit ihrer Hilfe können Beschwerden gelindert werden, wo andere medizinische Berufe an ihre Grenzen stoßen“, erklärte Kainz. Als Beispiel führte der Arzt die Ambulanz an, wo Ärztinnen und Ärzte bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen mit der herkömmlichen medikamentösen Behandlung oft nicht die gewünschten Ziele erreichen. Mithilfe der Osteopathie können hier jedoch Erfolge erzielt werden. Ähnliche Erfahrungen machte Mayer-Fally: „Die schulische Medizin ist unsere Basis und mit exaktem anatomischen und physiologischen Wissen kann die Osteopathie in vielen Bereichen der Allgemeinmedizin ergänzend eingesetzt werden, da die regulativen Prozesse des gesamten Körpers mitberücksichtigt werden. Hierbei beschränkt sich die Therapie nicht nur auf Knochen, Gelenke oder Muskeln, sondern umfasst auch andere Bereiche wie Organe. Zum Beispiel habe ich in der Praxis sehr gute Erfahrungen mit der osteopathischen Behandlung von Harnwegsinfekten gemacht.“

Dr. Erwin Rebhandl, Arzt für Allgemeinmedizin und Präsident von AM PLUS, berichtete: „Die Osteopathie bietet für funktionelle und strukturelle Störungen eine eigene Diagnostik sowie gute und schonende Behandlungsoptionen an. Aufgrund dessen ist die Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Fachbereich mit definierter Ausbildung und klar umschriebener Tätigkeit wünschenswert.“ Zusätzlich bringe eine Kooperation von Hausärztinnen und Hausärzten mit gut ausgebildeten Osteopathinnen und Osteopathen für die Patientinnen und Patienten zahlreiche Vorteile. Dr. Wilhelm Marhold, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, pflichtete bei: „Die Osteopathie als eigenständige Methode hilft in vielen Fällen, menschliches Leid und Leiden zu lindern und bei der Heilung zu helfen.“ Auch Voitl teilte seine Erfahrung aus der Praxis: „Die Indikationen für Osteopathie



Die Osteopathie bietet für funktionelle und strukturelle Störungen eine eigene Diagnostik sowie gute und schonende Behandlungsoptionen an. Aufgrund dessen ist die Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Fachbereich mit definierter Ausbildung und klar umschriebener Tätigkeit wünschenswert.

Erwin Rebhandl

bei Kindern können vielfältig sein. Dazu gehören unter anderem: Schädelasymmetrien (z.B. Plagiozephalie), Verdauungsprobleme (z.B. Blähungen, Verstopfung), Schlafstörungen, Verspannungen im Nacken- und Schulterbereich, Entwicklungsverzögerungen, Haltungsschwächen, Kopfschmerzen, Probleme im Bewegungsapparat (z.B. bei Fehlstellungen der Wirbelsäule). Es ist jedoch wichtig, vor einer osteopathischen Behandlung immer eine gründliche Anamnese durchzuführen und mögliche Kontraindikationen auszuschließen.“

Einbeziehung der Ärzteschaft

Für eine umfassende und ganzheitliche Patientenbetreuung ist eine enge Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und anderen Gesundheitsberufen essenziell. Laut Halbfurter sei vollkommen klar, dass eine „Erstdiagnose“ nur von Medizinerinnen und Medizinern gestellt wird. Durch die Weiterleitung der Ärztin oder des Arztes an die Osteopathin, den Osteopathen und eine anschließende Zusammenarbeit könne für Patientinnen und Patienten ein optimales Ergebnis erzielt werden.

Abschließend betonte die OEGO-Präsidentin: „Ganz wichtig ist mir zu sagen, dass Osteopathie niemals ein Ersatz für Physiotherapie sein kann, auch nicht umgekehrt. In der Praxis arbeiten wir wunderbar und interdisziplinär zusammen und schätzen unsere wertvolle Arbeit im Sinne der Patientinnen und Patienten. Die Osteopathie kann aber auch keine integrative Methode der Physiotherapie sein. Hoffentlich konnte dies mit den Fakten, die wir heute dargelegt haben, klar aufgezeigt werden.“ **P**

Hinter der Osteopathie steckt ein eigenes Konzept mit Philosophie. Dieses lässt sich keinem anderen Berufsstand unterordnen.

Andreas Kainz





PERFORMANCE

Spital 2030:

Schicksalshaft plus fehlgesteuert

Die Probleme im österreichischen Gesundheitswesen, speziell im Spitalswesen, beruhen **AUF DEM KOMPLEXEN ZUSAMMENSPIEL VIELER FAKTOREN**. Nur zum Teil sind sie unabwendbar, zum Beispiel die demografische Entwicklung, was die Personalressourcen betrifft. Hinzu kommt bisher zu geringes Reagieren der Politik auf die Herausforderungen, hieß es bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. | von Wolfgang Wagner

Spital 2030 und Kostendämpfungspfade nutzen“, lautete der Titel der Diskussionsrunde im Rahmen der PRAEVENIRE Initiative „Spital 2030“. Doch in Österreich besteht das Gesundheitswesen aus einem System kommunizierender Gefäße bzw. bei Weitem nicht immer wirklich koordiniert zusammenarbeitender Teile. So stand zwar zunächst die Zukunft der Krankenhäuser im Mittelpunkt des Gesprächs, doch wurden auch sehr schnell andere Bereiche der Gesundheitsversorgung einbezogen.

„Das Spital hat ein Anrecht darauf, adäquat finanziert zu werden. Wenn man von Qualität in der Medizin spricht, ist Qualität im Wirtschaften kein Widerspruch dazu. Es ist unethisch, schlechte Medizin zu machen. Es ist genauso unethisch, schlecht zu wirtschaften“, sagte Dr. Wilhelm Marhold, ehemaliger Generaldirektor der städtischen Wiener Spitäler, in seinem Eingangsstatement. Die im Krankenhaus Tätigen hätten aber auch ein Anrecht auf eine moderne und adäquate Struktur. „Wir erleben derzeit die Medizin des 21. Jahrhunderts. Wir betreiben die Spitalmedizin in Strukturen des vergangenen Jahrhunderts.“ Jedenfalls sei es falsch, wenn man behauptet, dass die Menschen in Österreich quasi die Spitäler „stürmen“ würden. So sei die Zahl der stationären Aufnahmen in den Krankenhäusern laut den Daten des Gesundheitsministeriums zwischen 2012 und 2021 (inklusive) um 21 Prozent zurückgegangen. „Die Spitalkosten sind in Österreich in den vergangenen zehn Jahren von rund neun Milliarden Euro auf 11,7 Mrd. Euro gestiegen. Das sind rund 30 Prozent“, zitierte Marhold offizielle Zahlen, die auch der ehemalige Chef des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, Dr. Alexander Biach, präsentiert hätte.

Wenn aber eine weniger versorgungswirksame Wahlärztin oder ein weniger versorgungswirksamer Wahlarzt mehr verdient als eine hoch versorgungswirksame Kassenärztin, ein hoch versorgungswirksamer Kassenarzt, dann führt das zu einer Fehlallokation.

Josef Smolle

Ganz anders sehe es bei den Spitalsambulanzen aus. „Die Zahl der Ambulanzpatientinnen und -patienten stagniert seit zehn Jahren. Sie erhöhte sich von 17,1 Millionen im Jahr 2012 auf 17,3 Millionen im Jahr 2021. Die Kosten im ambulanten Spitalsbereich sind aber von 1,7 Mrd. Euro auf 3,5 Mrd. Euro gestiegen. Das sind plus 105 Prozent“, sagte Marhold. Dahinter stehe eine ‚stille Ambulantisierung‘ der österreichischen Krankenhäuser. „Nur 15 Prozent der Patientinnen und Patienten in den sogenannten ‚kleinen Fächern‘ wie HNO, Urologie, Gynäkologie oder Dermatologie benötigen ein ‚Overnight-Treatment‘“, sagte der Experte. Hier müsse man die Strukturen ändern: in Richtung von mehr „Ambulantisierung“, weniger Patientinnen und Patienten im Spital während der Nacht, weniger Nachtarbeitszeit für Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte, Chancen für flexiblere Arbeitszeiten samt Teilzeitangeboten etc. „Natürlich muss diese Ambulantisierung auch bezahlt werden“, forderte Marhold. Die Spitäler dürften nicht auf den Mehrkosten für die Restrukturierung und für vermehrte High-Tech-Leistungen sitzen bleiben. Für eine solche Reform benötige man aber noch mehr. „Man braucht Mut, Kreativität und ein hohes Maß an Kommunikation. Man muss die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von der Primärärztin oder vom Primararzt

bis zur Portierin bzw. zum Portier mitnehmen und sie für die Idee begeistern.“

Völlig geänderte Arbeitswelt

Josef Zellhofer, Vorsitzender der ÖGB/ARGE-Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe, sieht die Situation in den österreichischen Krankenhäusern als Folge einer jahrzehntelangen Entwicklung: „Wir hatten immer wieder ‚Kostendämpfung‘. Da gab es die Zusammenlegung von Spitälern. Dort sind Beschäftigte zum Teil sofort in Pension gegangen. Die Nachbesetzungen verliefen schleppend.“

Die Arbeitssituation und Erwartungen der Beschäftigten in der Pflege hätten sich dramatisch gewandelt. „Als ich in der Hämatologie begonnen habe, haben wir gewusst: Neue Leukämiepatientinnen und -patienten kommen im Frühjahr und im Herbst. Wir haben 60 oder gar 70 Stunden ‚geruacht‘. Aber wir haben auch gewusst, im Sommer gibt’s dafür Urlaub und Erholung. Heute kommen die Diagnosen rund um die Uhr. Die Patientinnen und Patienten bleiben oft nur zwei bis drei Tage. Stationär bleiben die Patientinnen und Patienten, die am pflegeintensivsten sind. Diese Rotation mit immer kürzeren Verweildauern ist eine psychische Belastung“, sagte Zellhofer. „Die ‚neue‘ Generation will 40 Stunden in der Woche arbeiten.“

Angelpunkt: Personal

„Ein Bett ohne Personal ist relativ wenig wert.“ identifizierte Dr. Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich, in seinem Statement gleich zu Beginn den Angelpunkt für die meisten Probleme und auch für allfällige Lösungsansätze im Spitalswesen. Bei der Ärzteschaft habe man die Schwierigkeit, dass sie wegen mangelnder Attraktivität der Arbeit im Krankenhaus nach Alternativen suche. Auch für die Pflege gelte, so Rupp: „Wir haben es mittlerweile mit einer neuen Generation zu tun, die an die Personalisten völlig neue Ansprüche stellt.“ Das habe die Personalabteilungen zum Teil völlig überrascht. „Immer weniger Leute wollen Vollzeit arbeiten. Die Schere zwischen den Ansprüchen und den Personalressourcen geht immer weiter auf.“ Auf dem Ausbildungs- und auf dem Arbeitsmarkt herrsche, so Rupp, eben ein Konkurrenzkampf zwischen den verschiedenen Berufsfeldern: „Wir brauchen eine gute Ausbildung und eine gute Bezahlung. Zukünftige Polizistinnen und Polizisten im ersten Ausbildungsjahr bekommen 2.100 Euro im Monat. Maurerlehrlinge erhalten im ersten Lehrjahr mehr als 1.000 Euro im Monat. Da



Die Schere zwischen den Ansprüchen und den Personalressourcen geht immer weiter auf.

Bernhard Rupp

können wir mit 600 Euro in Niederösterreich (Entschädigung für Pflegepersonal in Ausbildung; Anm.) ‚einpacken‘. Wir müssen von den Arbeitsbedingungen und von der Bezahlung her wettbewerbsfähig sein, damit sich das noch jemand antut.“

Die Bevölkerung wächst

„Die Baby-Boomer gehen in Pension. Österreich ist von sieben Millionen auf neun Millionen Einwohnerinnen und Einwohner gewachsen“, sagte DDr. Wolfgang Wein, Lead Consultant der W & W Pharmaconsult GmbH. Man müsse die Probleme rational angehen. Sie müssten zunächst in ihren einzelnen Teilen identifiziert und dann gelöst werden. Eine Randbedingung, mit der Österreich jedenfalls zu tun hat, so Wein: „Viele, die neu zu uns gekommen sind, waren gewohnt, in Polikliniken zu gehen und nicht zur niedergelassenen Ärztin bzw. zum niedergelassenen Arzt.“ Jetzt würden diese Menschen mit ihren gesundheitlichen Problemen sehr oft in die Spitalsambulanzen kommen.

„Es wird noch viel teurer als wir uns das vorstellen können“

Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant vom Comprehensive Cancer Center (CCC) der MedUni Wien verwies auf ein ganzes Spektrum an derzeit negativ wirkenden Einflüssen. Im Gesundheitswesen sind die Steuerungszyklen lang, weil die Ausbildungszyklen lang sind. Daher ist die Politik leider immer hintennach, wenn sie nur kurzfristig denkt. Hinzu sind Fehlsteuerungen gekommen: „Wir hatten zu viele Spitäler, das wurde zumindest im Ansatz arrondiert – aber gleichzeitig hat man ohne Not ein Ärzte-Arbeitszeitgesetz (als letztes Land in der EU) unnötig scharf durchgesetzt. Das hat tausende Vollzeitäquivalente an ärztlicher Leistung gekostet. Und viel zu viele Leistungen werden stationär erbracht. Das alles hat sich verdichtet, und nun ist scheinbar kein Geld mehr da ist.“ Rein sachlich betrachtet würden die medizinischen Berufe noch nie so gut bezahlt wie jetzt. Trotzdem sei die Zufriedenheit so gering wie nie zuvor. Hier müsse jetzt an vielen Schrauben gleichzeitig gedreht werden. Aber: „Die Kostendämpfung wird realistischerweise nicht gelingen. Es wird noch viel teurer als wir uns das heute vorstellen können, das Lizit um die Gehälter haben Landeshauptleute bereits begonnen. Wir werden mehr ausbilden müssen, in allen Gesundheitsberufen. Und wir werden vor allem in der Pflege programmiert und geregelt qualifizierte Zuwanderung benötigen“, sagte Gnant.

Mangelnde Kooperationsmöglichkeiten

Oft liegt es aber auch an Systemproblemen. „Wir müssen das System insgesamt anschauen. Die Gesundheitsdiensteanbieter (Spitäler, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Alten- und Pflegeheime etc.) dürfen noch immer nicht so zusammenarbeiten, wie sie es könnten. Wir haben auch keine Anreiz-



systeme. Wir hätten genug Personal. Aber wo ist der Anreiz, dass jemand von einer Teilzeit von 25 auf 28 Stunden erhöht oder von 32 auf 38 Stunden? Wo ist der Anreiz, dass jemand in Vollzeitbeschäftigung Überstunden macht? Wir haben auch viele Pflegekräfte, die nach dem Antritt der Pension noch zwei oder drei Jahre helfen könnten. Doch die Zuverdienstgrenzen sind einfach zu gering“, erklärte Mag. Karl Lehner, Geschäftsführer der Oberösterreichischen Gesundheitsholding GmbH. In einer Situation, in der man in den kommenden Jahren in der Pflege einen Personalbedarf von rund 70.000 Beschäftigten haben werde, sei schnelles Handeln erforderlich. „In den vergangenen sechs Jahren sind die ersten Baby-Boomer in Pension gegangen. In den nächsten acht bis zehn Jahren geht der Rest in Pension. Von ‚unten‘ kommen maximal 60 Prozent nach“, sagte der Experte. Das werde man auch mit Personal aus dem Ausland nicht allein schaffen.

Zu geringe Akzeptanz von Selbsthilfe

Für mehr Akzeptanz der Selbsthilfeorganisationen in den Krankenhäusern setzte sich Andreas Röhrenbacher von der Hepatitis Hilfe Österreich – Plattform Gesunde Leber ein. „Wir haben endgültig herausgefunden, dass ein Spitalssystem oder ein Gesundheitssystem entweder effizient ist oder krisensicher. Wir haben das Gesundheitswesen, vor allem die Spitäler, effizienter gemacht, was uns in der COVID-19-Krise Ressourcen gekostet hat“, merkte er zunächst kritisch an. Im Endeffekt könnten Selbsthilfegruppen im Spital durch eine verbesserte Vorbereitung und „Nachbereitung“ rund um Operationen die Aufenthaltsdauern verkürzen, speziell die Regenerationsphasen der Patientinnen und Patienten. „Man kann auch vor allem die Compliance nach Operationen erhöhen. Dafür muss im Spital aber auch Raum sein. Und ein ‚Raum‘ kann nicht nur ‚hinten im dritten Stock bestehen, wo alle Patientenflyer an einem Ort deponiert werden“, sagte Röhrenbacher.

Gesundheitswesen als Kostenfaktor

„Wer das Gesundheitswesen vor allem als Kostenfaktor sieht, wird gern Kostendämpfungspfade gehen. Der Teufel liegt aber im Detail. Die Demografie ist hier nicht eingeflossen, die Überalterung ist nicht eingeflossen. Die Energiekosten sind nicht eingeflossen. Die Valorisierung der Gehälter ist nicht eingeflossen. Wir sind in diesem Jahr bei mehr als sieben Prozent Kostensteigerung, werden im nächsten Jahr bei acht Prozent sein, sodass Kostendämpfungspfade von drei oder vier Prozent illusorisch sind“, sagte Priv.-Doz. Dr. Paul Sungler, Geschäftsführer der Gemeinnützigen Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft GmbH. „Was sehr bedenklich stimmt, ist die Zunahme

Diskussions- teilnehmende vor Ort (v. l. n. r.):

- Andreas Röhrenbacher
- Wilhelm Marhold
- Michael Gnant
- Wolfgang Wein
- Josef Zellhofer
- Karl Lehner
- Bernhard Rupp

Diskussions- teilnehmende, digital dazu- geschaltet

- Josef Smolle
- Paul Sungler



Es ist unethisch, schlechte Medizin zu machen.

Es ist genauso unethisch, schlecht zu wirtschaften.

Wilhelm Marhold

der Medikamentenkosten. Wir haben trotz hoher Budgetansätze schon im ersten Quartal dieses Jahres sieben Millionen Euro mehr Kosten in der Onkologie. Das kommt vor allem von der onkologischen Diagnostik“, erklärte Sungler. Hinzu kämen die Aufwendungen für Gentherapien, zum Beispiel für Babys mit Spinaler Muskelatrophie (SMA), in Zukunft auch für Menschen mit schwerer Hämophilie. „Die Sozialversicherungen geben sich da bedeckt und sagen: Das ist universitäre Medizin. Alles, was teuer ist, bleibt im Spital.“ Zusätzlich fehle es an einer Steuerung der Patientenströme. Jeder könne mit dem geringsten „Wehwehchen“ weiterhin sofort und ohne Zuweisung eine Spitalsambulanz aufsuchen. Sollte man nicht akzeptieren, „dass Gesundheit etwas kostet“, werde sich das System ad absurdum führen.

Krise im Bereich der zwischenmenschlichen Dienstleistungen

Hinter den derzeitigen Problemen liegen laut dem ÖVP-Gesundheitssprecher und ehemaligen Rektor der MedUni Graz, Univ.-Prof. Dr. Josef Smolle, aber ganz sicher auch tiefere Probleme. „Die Statistik Austria hat Zahlen veröffentlicht, dass heute um 13 Prozent mehr Personal in den Spitälern beschäftigt ist als vor zehn Jahren. Auch in der Pflege sind es um zehn Prozent mehr als vor zehn Jahren. Vor zehn Jahren hat das funktioniert, heute nicht mehr.“ Mit etwas mehr Geld, weniger Arbeitszeit etc. würden sich Unzufriedenheit und Frustrationen nicht so leicht beheben lassen. Laut Smolle würden die beteiligten Berufsgruppen durch immer mehr zu übernehmende Aufgaben überfordert. Das wachsende Anspruchsdenken bis zur zeitweiligen Unverschämtheit verstärke das. „Auch rechtlich werden die Berufsgruppen überfordert, indem wir sagen: ‚Wenn wir euch nicht lückenlos kontrollieren – und das geht nur, wenn ihr lückenlos dokumentiert – werdet ihr wahrscheinlich etwas Schlechtes tun‘.“ Das ergebe einen „toxischen Cocktail“, aus dem man erst herausfinden müsse. Der auf vielen Ebenen bemerkbar gewordene Versorgungsengpass sei, so der ÖVP-Gesundheitssprecher, auch systembedingt: Wir haben 48.700 aktive Ärztinnen und Ärzte. Das ist ein europäischer Spitzenwert. Wenn aber eine weniger versorgungswirksame Wahlärztin oder ein weniger versorgungswirksamer Wahlarzt mehr verdient als eine hoch versorgungswirksame Kassenärztin, ein hoch versorgungswirksamer Kassenarzt, dann führt das zu einer Fehlallokation.“ 



PERFORMANCE

Darmkrebsvorsorge: Zu wichtig, um ein Tabuthema zu sein

Um unseren Darm gesund zu halten und Veränderungen im Gewebe – wie z. B. Polypen oder Darmkrebs – frühzeitig zu erkennen, **IST DIE DARMSPIEGELUNG EINE DER WICHTIGSTEN VORSORGEUNTERSUCHUNGEN**. Die Koloskopie hat sich in den letzten Jahren technisch und wissenschaftlich sehr verbessert, dennoch scheuen nach wie vor viele Menschen die an sich harmlose Untersuchung. Aufgrund dessen lag der Fokus vierer Keynotes bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten auf dem Thema Darmgesundheit. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

Erkrankungen im Verdauungstrakt und im Darmbereich gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen des Menschen. Dennoch sind sie immer noch ein Tabu- und Vertrauens Thema. Um zukunftsfähige Strategien für die Darmgesundheit im Rahmen der solidarischen Gesundheitsversorgung in Österreich zu erarbeiten, startete der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE im Vorjahr die „Initiative Darmgesundheit 2030“.

Darmkrebsvorsorge aus klinischer Sicht

„Eine bzw. einer von 20 Österreicherinnen und Österreichern wird an Dickdarmkrebs erkranken und eine bzw. einer von 40 wird daran sterben“, mit diesen drastischen Worten eröffnet Prim. Univ.-Prof. Dr. Rainer Schöfl vom Ordensklinikum Linz, Barmherzige Schwestern Elisabethinen, seine Keynote zum Thema Darmgesundheit. Am häufigsten erkranken Personen zwischen 45 und 85 Jahren – Männer häufiger als Frauen. Dank Früherkennung und verbesserter Behandlungsmöglichkeiten ist die Darmkrebssterblichkeit in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangen. „Mit der Koloskopie und dem neuen

fäkalen immunologischen Test (FIT) gibt es sehr gute Untersuchungsmöglichkeiten“, so Schöfl. Eine Koloskopie ist die beste Methode, um Polypen oder Darmkrebs in einem frühen Stadium zu entdecken. Zudem können die früh entdeckten Polypen sofort und schonend abgetragen werden. Jedoch kann es in seltenen Fällen bei einer Koloskopie zu Darmperforationen kommen. Zusätzlich ist die Vorbereitung auf eine Darmspiegelung für Patientinnen und Patienten mit einem relativ hohen Aufwand verbunden. Der FIT ist hingegen für die Patientinnen und Patienten mit weniger Belastung verbunden. Der Test kann einfach zu Hause durchgeführt werden. „Mithilfe eines kleinen Spatels kann eine Stuhlprobe entnommen werden. Diese wird in ein Röhrchen mit Flüssigkeit gesteckt und luftdicht verschraubt. Anschließend wird der Test von Fachleuten ausgewertet.“, beschreibt Schöfl. Dadurch kann nachgewiesen werden, ob Blut im Stuhl vorhanden ist, welches mit bloßem Auge nicht zu erkennen ist. Durch die unkomplizierte Handhabung des Stuhltests ist, wie aus anderen Staaten bekannt, wo der FIT bereits eingeführt wurde, die Akzeptanz gegenüber der Koloskopie deutlich höher. Jedoch kön-

nen kleine Polypen mit dem FIT übersehen werden. Ein weiterer Nachteil des FIT ist, dass ein positiver Test trotzdem einer Koloskopie zur Abklärung des Grunds bedarf. Des Weiteren gibt es Patientengruppen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, für die der FIT nicht geeignet ist. Um in Österreich den FIT einführen zu können, müssen laut dem Experten die organisatorischen Rahmenbedingungen angepasst werden. Denn zurzeit betragen die Wartezeiten auf eine Koloskopie zum Beispiel in Oberösterreich sechs Monate oder mehr. Mit dem Wissen, dass die Patientin, der Patient Blut im Stuhl hat und es sich hier vielleicht um Darmkrebs handeln könnte, sind diese langen Wartezeiten nicht tragbar.

Organisiertes Darmkrebs-Früherkennungsprogramm: Ergebnis „überraschend und enttäuschend“

Wie Schöfl, plädiert auch Primarius Doz. Dr. Andreas Maieron vom Universitätsklinikum St. Pölten für ein staatlich organisiertes Darmkrebs-Früherkennungsprogramm. Ziel ist die Früherkennung, wie Maieron erläutert: „Wir wissen heute, dass 15 Prozent der Betroffenen metastasiert sind und diese Patientinnen und Patienten somit wesentlich schlechtere Überlebenschancen haben. Erkennt man hingegen bereits frühe Krankheitsstadien, führt das zu weniger Leiden und klar höheren Überlebensraten.“ Aufgrund dessen startete Maieron ein Darmkrebs-Früherkennungsprogramm bei seinem Arbeitgeber der NÖ Landesgesundheitsagentur. Bei diesem Projekt wurden alle über 50-jährigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (n= 10.239) mithilfe eines Einladungsschreibens dazu aufgefordert einen FIT niederschwellig im Krankenhaus abzugeben. „Für jene Personen, die einen negativen Test hatten, war das Projekt abgeschlossen. Für jene, die einen positiven Test hatten, haben wir eine zeitnahe Koloskopie angeboten“, erklärt der Experte. Die Teilnehmerzahlen seien jedoch ernüchternd. 3.063 Personen gaben einen FIT ab. Das entspricht einer Teilnehmerquote von 25 Prozent (32 Prozent Frauen und 22 Prozent Männer). Zusätzlich zu dem FIT wurde bei dem Vorsorgeprogramm auch Pyruvatkinase M2 (PKM2), ein Tumormarker, gemessen. „747 Tests waren positiv. Davon haben nur 84 Prozent den Koloskopietermin wahrgenommen“, berichtet Maieron. Aber nicht nur die Teilnehmerquote sei ernüchternd, auch die Qualität der durchgeführten Koloskopien lässt zu wünschen übrig. So führt der Facharzt an, dass 5,9 Prozent keine Sedierung hatten.

Am Podium v. l. n. r.:

- Herbert Puhl (Moderation)
- Andreas Maieron
- Angelika Widhalm
- Rainer Schöfl
- Thomas Czypionka





Nur 68 Prozent haben eine propofolhaltige Sedierung bekommen. Der Rest ist nach wie vor mit Midazolam oder mit einer Mischung von Pethidin, Ketamin sediert worden, welche keine geeignete Sedierung sei. Außerdem wäre die Rate der entdeckten Polypen frustrierend. „Es wurden bei 38 Prozent Polypen entdeckt. 33 Prozent waren histologische Polypen, adenome Polypen waren 13 Prozent. Das heißt 20 Prozent war hyperplastische Polypen, die man hätte, drin lassen sollen“, erklärt Maieron und fügt hinzu: „Eine nicht angereicherte Patientengut sollte eine Adenomdetektionsrate von 25 Prozent haben. Da es sich bei unserer Testgruppe jedoch um ein angereichertes Patientengut handelte, hätte die Adenomdetektionsrate höher sein müssen.“

Ergebnisse der IHS-Studie

In seinem Vortrag stellt Dr. Thomas Czipionka vom Institut für Höhere Studien und Leiter Health Economics & Health Policy die Ergebnisse der Studie „Gastroenterologische und hepatologische Versorgung in Österreich“, welche im Auftrag der Österreichischen Ärztekammer und Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) durchgeführt wurde, vor. „Ziel der Studie war es, mithilfe von qualitativen und quantitativen Methoden den derzeitigen Stand der gastroenterologisch-hepatologischen Versorgung in Österreich zu analysieren, zu bewerten sowie den zukünftigen Bedarf an Gastroenterologinnen, Gastroenterologen und Hepatologinnen, Hepatologen abzuschätzen“, erklärt Czipionka. Die Analyse zeigt, dass Erkrankungen aus dem Bereich der Gastroenterologie und Hepatologie eine hohe Prävalenz und Bedeutung für die Versorgung aufweisen. Die Versorgung diesbezüglich ist allerdings sehr heterogen und unterliegt kaum einer Planung. Dies betrifft zum einen die Schnittstellen zwischen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, extramuralen und intramuralen Fachärztinnen und -ärzten und der stationären Versorgung und zum anderen die Schnittstelle zu anderen Fachrichtungen, insbesondere der Chirurgie. Außerdem scheint es vielerorts ein starkes Gefälle zwischen Zentrum und Peripherie zu geben. „Die vorgenommene GAP-Analyse ergab folgendes: Im intramuralen Bereich wird im Jahr 2030 voraussichtlich eine Lücke von 83 Personen klaffen, da die Zahl verfügbarer Ärztinnen und Ärzte mit Gastroenterologie und Hepatologie-Qualifikation zwischen 2021 und 2030 um 27 Prozent abnehmen, während der Bedarf voraussichtlich um vier Prozent steigen wird. Auch im niedergelassenen Bereich wird bis zum Jahr 2030 eine Lücke zwischen Angebot und Nachfrage entstehen, diese ist sogar um einiges größer als im

intramuralen Bereich, es werden im Jahr 2030 voraussichtlich 144 bis 188 Personen fehlen“, berichtet der Experte.

Das Darmmikrobiom – ein therapeutisches Ziel?

Ist von Darmerkrankungen die Rede, rückt in den letzten Jahren das Thema Darmmikrobiom immer stärker in den Vordergrund. „Dieses Habitat für Mikroorganismen, insbesondere Bakterien, hat eine hohe genetische Vielfalt, eine hohe Stoffwechselaktivität und beeinflusst daher auch die Funktionen des Körpers ganz entscheidend“, sagt Univ.-Prof. Dr. Vanessa Stadlbauer-Köllner von der Medizinischen Universität Graz. Vice versa haben Ernährung, die Umwelt und die Einnahme von Medikamenten eine starke Wirkung auf das Mikrobiom. Dabei kann es schnell zu einem Teufelskreis kommen. „Zu viel Zucker, zu viel Fett und zu viel Alkohol gefährden die Gesundheit und können sich negativ auf das Darmmikrobiom auswirken“, so Stadlbauer-Köllner. Indem die Diversität des Mikrobioms abnimmt, wird es anfälliger auf Schäden von außen. Keime können in den Körper gelangen und eine Barriestörung, eine Entzündungsreaktion verursachen, die Leberfunktion verschlechtern oder zu Komplikationen wie Infektionen führen. Ein weiterer wesentlicher Faktor, der eine Störung des Darmmikrobioms hervorruft, sind Medikamente. Häufig können Medikamente gegen Depressionen, Diabetes oder Blutdruckmedikamente als Nebeneffekt das Darmmikrobiom beeinflussen. Aber auch Antibiotika haben Nebenwirkungen. „Bis zu einem Viertel der Antibiotika-Therapien führen vor allem bei Kindern und älteren Menschen zu einer Antibiotika-assoziierten Diarrhö. Der Grund dafür ist, dass Antibiotika nicht sehr selektiv vorgehen und auch Bakterien des Darmmikrobioms abtöten. Dadurch wird die Diversität drastisch gesenkt. Studien zeigen jedoch, dass die Gabe von Probiotika das Durchfallrisiko um 60 Prozent reduzieren kann“, erklärt Stadlbauer-Köllner. Zum Schluss ihres Vortrags geht Stadlbauer-Köllner näher auf ihre Forderungen bzw. Wünsche bezüglich des Darmmikrobioms ein: „Wir brauchen dringend eine Definition der Normwerte für die Mikrobiomzusammen-

Bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten präsentierte Thomas Czipionka die Ergebnisse der IHS-Studie „Gastroenterologische und hepatologische Versorgung in Österreich“. Rainer Schöfl und Andreas Maieron gingen in ihren Vorträgen näher auf die Darmgesundheit ein und betonten die Wichtigkeit des Darmkrebs-Früherkennungsprogramms.

Vortragende, digital dazugeschaltet

- Vanessa Stadlbauer-Köllner



setzung damit Diagnostik betrieben werden kann. Wir müssen auch eine Wissensbasis zu Medikamenten-Mikrobiom-Interaktion aufbauen und das Mikrobiom in die Entwicklung von Therapeutika einbeziehen. Außerdem ist es notwendig, neue regulatorische Strukturen zu schaffen, um mikrobiombasierte Therapien gut anwenden zu können, denn die Regeln, die für Arzneimittel gelten, sind weder für Stuhltransplantationen noch für Pre-, Pro- und Symbiotika geeignet.“

Essenzen aus der Podiumsdiskussion

In der anschließenden Podiumsdiskussion wurden die Themen der vier Keynotespeaker aufgegriffen und vertiefend diskutiert. So berichtet Schöfl: „Das zukünftige österreichische Konzept wird sich dahingehend entwickeln, dass ein FIT alle zwei Jahre oder eine Koloskopie alle zehn Jahre durchgeführt werden sollte. Hoffentlich wird der FIT die Darmgesundheit weiter vorantreiben und durch die bessere Akzeptanz mehr Menschen dazu bewegen, eine Darmvorsorge zu machen. Hinsichtlich Früherkennung von Dickdarmkrebs sind beide Konzepte, wenn sie konsequent durchgezogen werden, gleichwertig. Ich glaube, dass zurzeit der FIT ein guter Kompromiss zwischen Leistung und Kosten ist.“ Der Gastroenterologe und Hepatologe vermutet, dass die Zukunft der Darmversorgung in nicht invasiven Tests liegt. Bezüglich Qualität betont Maieron nochmals die Wichtigkeit einer lückenlosen Dokumentation von Koloskopien. Diese würde nicht nur zu verbesserten Ergebnissen führen, sondern auch eine gute argumentative Grundlage schaffen, um Kosten zu reduzieren. Auch auf die Attraktivierung des Faches wurde in der Diskussionsrunde näher eingegangen. Hierbei hat Czipionka klare Forderungen: „Es bedarf Maßnahmen, um unter angehenden Medizinerinnen und Mediziner mehr Interesse für die Gastroenterologie und Hepatologie zu wecken, beispielsweise durch eine gute, strukturierte Ausbildung. Zudem sollte der vertragsärztliche Bereich besser gefördert und Kassenstellen wieder attraktiver gemacht werden.“ Zum Schluss der Podiumsdiskussion wurde das Thema Health Literacy und Awareness aufgegriffen. Hierbei stellt Angelika Widhalm vom Bundesverband Selbsthilfe Österreich klar, dass im Bereich der Awareness-, Aufklärungs- und Informationsarbeit noch großer Aufholbedarf bestehe. Hier sei vor allem eine zielgruppenspezifische Aufklärung notwendig. Nur mit der Stärkung der Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung sei es möglich, dass das Einladungssystem greifen kann. **P**

Die Presse, Erscheinungstermin 20. Juni 2023





PERFORMANCE

„Zukunftstechnologie CAR-T“ in der Versorgungswirklichkeit angekommen

Vor fünf Jahren war die **CAR-T-ZELLTHERAPIE DIE ERSTE INNOVATIVE THERAPIE**, die für Patientinnen und Patienten mit aggressiven Lymphomen und einer zuvor begrenzten therapeutischen Option einsetzbar war. Sie eröffnet neue Perspektiven für eine gezielte Immuntherapie maligner Erkrankungen. Im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs in Alpbach erörterten Expertinnen und Experten, was sich durch deren **ÜBERLEITUNG IN DIE ROUTINEVERSORGUNG GEÄNDERT HAT, WELCHES VERBESSERUNGSPOTENZIAL ES GIBT** und welche Lehren man daraus für die Einführung anderer innovativer Therapien ziehen kann. | von Rainald Edel, MBA

In Österreich ist die CAR-T-Zell-Therapie seit 2018 für Patientinnen und Patienten verfügbar. 2019 wurde das Austrian CAR-T Cell Network mit derzeit sechs großen Zelltherapiezentren gegründet. Das Ziel des Netzwerks ist eine Optimierung der Routineversorgung und ein Vorantreiben der Wissenschaft auf dem Gebiet der zellulären Therapien gegen maligne Erkrankungen. Patientinnen, Patienten, die für eine CAR-T-Zell-Therapie infrage kommen, haben bereits mindestens eine Therapielinie hinter sich und insgesamt eine eher ungünstige Prognose. Trotzdem profitiert ein wesentlicher Teil an Betroffenen von der CAR-T-Zell-Therapie und es scheint noch relevantes Verbesserungspotenzial zu geben. Mit zunehmender Erfolgsquote mit der Therapie steigen auch die Patientenzahlen. Die zwei Impulsvorträge von Univ.-Prof. Dr. Richard Greil (Salzburger Landeskliniken) und Univ.-Prof. Dr. Antonia Müller (AKH Wien) zeigten den gegenwärtigen Behandlungsstandard und wo aus Expertensicht noch Verbesserungspotenziale liegen.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Gipfelgesprächs v.l.: Hanns Kratzer, Elham Pedram, Robin Panche-ri, Edgar Starz, Christa Wirthumer-Hoche, Josef Zellhofer, Bernd Schöpf, Sabine Röhren-bacher, Gunda Gittler, Bernhard Rupp

Gefestigtes Therapieergebnis

„In Österreich sind nicht alle von der EMA zugelassenen kommerziellen CD-19-CAR-T-Produkte zugänglich“, schilderte Müller in ihrem Vortrag. Aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte erfreulich ist, dass sich das aus den Studien bekannte Plateau bezüglich progressionsfreiem Überleben und Gesamtüberleben nun auch im Behandlungsalltag zeigt. Im Langzeit-Follow-up der letzten fünf Jahre zeigt sich auch in den Real-World-Studien ein Gesamtüberleben von 35 bis 40 Prozent. Bei jenen Patientinnen und Patienten, die auf die Therapie angesprochen und eine Komplettremission erreicht haben, war das Ergebnis noch besser – hier liegt der Wert in einigen Studien bei über 60 Prozent. Studien zum Vergleich von CAR-T-Zell-Therapien mit dem Standard of Care im Sinne der autologen Transplantation bei Frührezidiven konnten eine Überlegenheit der CAR-T-Zell-Therapie zeigen. Nur ein Drittel der Patientinnen und Patienten in den positiven Studien sprachen auf Chemotherapie an, die restlichen zwei Drittel wurden zwar einer Chemotherapie zugeführt, konnten

davon aber nicht profitieren. Die frühe Anwendung von CAR-T ist auch bei ungünstiger Prognose vorteilhafter als die späte Anwendung. CAR-T-Zellen in der zweiten Therapielinie sind somit in den Standard of Care eingekehrt. „Aufgrund des Nebenwirkungsprofils von CAR-T-Zell-Behandlungen sollten wir darüber nachdenken, ob diese nicht bei knappen stationären Ressourcen ambulant verabreicht werden sollten und nur Hochrisikopatientinnen und -patienten hospitalisiert werden müssten. Medizinisch wäre dies möglich, auch andere Länder praktizieren das bereits“, erklärte Müller. Allerdings müsse man dafür die ambulante Versorgung ausbauen und bereitstellen. In Österreich ergäbe sich noch eine weitere Hürde, da teure Medikamente auf Grund der Vergütungssituation üblicherweise stationär gegeben werden. Vor dem Hintergrund des Personal- und Pflegenotstandes im stationären Bereich wäre die Verabreichung im ambulanten Setting daher dringend anzustreben. Summa summarum sind viele Produkte in vielen Indikationen verfügbar. Da immer mehr Pati-



entinnen und Patienten CAR-T-Zell-Therapien erhalten, geht die Zahl der Stammzelltransplantationen zurück. Während die allogene Stammzelltherapie immer mehr ihre Rolle bei der Behandlung der meisten Lymphome und dem Multiplen Myelom verliert, wird die autologe Stammzelltherapie auch weiterhin für einige Krankheiten angewandt, allerdings in einer hinteren Therapielinie. Auch aufgrund der hohen Therapiekosten stellt sich die Frage, ob nicht eine dezentrale, patientennähere Produktion der CAR-T-Zellen in akademischen Zentren möglich wäre. Spanien hat diesbezüglich als erstes Land diesen Weg beschritten und mit großer Unterstützung nationaler und regulatorischer Kräfte in Barcelona ein solches Zentrum aufgebaut. „Es ist nicht unser Ziel, den industriellen Herstellern Konkurrenz zu machen, allerdings muss auch die Therapie finanzierbar bleiben“, betonte Müller.

Die CAR-T-Zellen in der zweiten Therapielinie sind in den Standard of Care eingekehrt.

Antonia Müller

Breiterer Einsatz wäre möglich

Einen Überblick über das „Arsenal“ der modernen Onkologie gab Richard Greil zu Beginn seines Vortrages. Wobei er betonte, dass alle Therapieoptionen sowohl einzeln als auch in Kombination verabreicht werden und teilweise auch in Konkurrenz. Auch im Bereich der Studien zeigt die Onkologie eine hohe Dynamik. So gab es im Jahr 2022 550 Studien mit CAR-T-Zellen im Bereich der Non-Hodgkin-Lymphome, zum Multiplen Myelom etwa 120 und zur chronisch lymphatischen Leukämie etwa 80 Studien. „In Zukunft besonders wichtig ist die sehr schwer zu behandelnde akute myeloische Leukämie (AML), da hier die Herausforderungen deutlich höher sind als bei den Lymphomen“, schilderte Greil. Demgegenüber laufen bei den bispezifischen monoklonalen Antikörpern nur 59 Studien zu den Non-Hodgkin Lymphomen und 13 zu chronisch lymphatischen Leukämien. Daneben gibt es eine Fülle an Studien zu den soliden Tumoren.

Bei den Antikörper-Wirkstoff-Konjugaten (ADC) zeigt sich eine kontinuierliche, intensive Entwicklung in den letzten 30 Jahren. Hier sei vor allem China die treibende Kraft, die den Entwicklungs- und Forschungsmarkt übernehmen wird, so Greil. ADCs sind neben dem Einsatz bei hämatologischen Neoplasien vor allem im Bereich der soliden Tumore, wie dem Brustkrebs, aber auch des Bronchial- und des Blasenkarzinoms, eine wertvolle Therapieoption. Im Rahmen seines kurzen Therapieüberblicks ging Greil zuletzt noch auf die mRNA-Vaccine ein, die die individuellste Behandlungsform darstellen, da diese auf jeden Tumor speziell adaptiert werden.

Alle derzeit am Markt verfügbaren kommerziellen CAR-Ts sind von der zweiten Generation. Der „neuere“ Myelom CAR hat zwei Anti-BCMA-Bindungsdomänen im Vergleich zum „älteren“ Anti-BCMA-CAR. Die „Innovation“ ist somit eine alternative Struktur der Antigen-Bindungsdomäne. Wie eine aktuelle Vergleichsstudie zeigt, kann man mit dieser neuesten Form der CAR-T-Zell-Therapie auch Hochrisikopatientinnen und -patienten sehr erfolgreich behandeln. „Wir sind beim Multiplen Myelom mittlerweile angekommen, wo wir hinwollten. Wir hatten in der Vergangenheit einen extrem schlechten Zugang zu der neuesten

Behandlungstechnologie und hätten bezüglich der Handelsware drei bis vier Jahre Wartezeit gehabt. Mittlerweile bekommen wir zumindest in zwei Zentren in Österreich diese Medikation in absehbarer Zeit auch für die Routineanwendung. Aber der wichtigste Punkt ist, dass wir im Rahmen von klinischen Studien das Medikament haben. Denn so lässt sich der optimale Behandlungsanspruch aufrechterhalten“, schilderte Greil. Anhand dreier Patientenbeispiele zeigte er, welche Möglichkeiten und Erfolge sich auch bei vordergründig schlechten Voraussetzungen mit einer CAR-T-Zell-Behandlung erzielen lassen. Im Gegensatz zu den vorhergehenden Therapielinien konnte in den geschilderten Fällen eine komplette Remission erzielt werden. Das zeigt, dass der österreichische Algorithmus zur routinemäßigen Anwendung einer CAR-T-Zell-Therapie noch zu restriktiv ist. „Algorithmen, Guidelines etc. sind zwar eine gute Richtlinie, dürfen aber niemals regulatorisch aktiv werden“, warnte Greil. CAR-T-Zell-Behandlungen, aber auch alle anderen innovativen onkologischen Behandlungen, sieht Greil als typische Zentrumsmedizin, wo es gilt, möglichst früh Erfahrungen und Kompetenz aufzubauen. Demgegenüber steht er der Diskussion in Österreich, dass dies eine Form der Breitenversorgung werden könnte, und man so tut, als wäre dies auch in der Peripherie machbar, äußerst kritisch gegenüber. Er sieht Überlegungen, Patientinnen und Patienten am Aufsuchen von Kompetenzzentren zu hindern, als „absolut inakzeptabel und lebensbedrohlich“.

Die Zahl der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten in der Immunonkologie ist riesig. „So günstig ist die Situation für Patientinnen und Patienten noch nie gewesen. Allerdings wird es eine gleichmäßige Versorgung im österreichischen Gesundheitssystem niemals geben“, so Greil. Denn je mehr moderne Therapien kommen und je höher der Kostendruck auf Ärztinnen und Ärzte wird, umso weniger kommen solche Therapien zum Einsatz.

Die Zahl der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten in der Immunonkologie ist riesig. So günstig ist die Situation für Patientinnen und Patienten noch nie gewesen.

Richard Greil

Versorgungssicherheit mit Weitblick gewährleisten

„Der Algorithmus zur Auswahl von Patientinnen und Patienten für eine CAR-T-Behandlung war wohlüberlegt und hat initial sicher große Hilfe geleistet“, schilderte Univ.-Prof. Dr. Nina Worel von der MedUni Wien. Wichtig sei, dass von den zuweisenden Zentren alle Patientinnen und Patienten vor allem rechtzeitig an einem CAR-T-Zell-Zentrum vorgestellt werden. Denn je später dies erfolgt, umso schlechter sei der Outcome. Da die Anzahl an Behandlungsfällen die Kapazitäten der bisherigen CAR-T-Zell-Zentren überstiegen hat, wurde in Niederösterreich ein weiteres Zentrum aufgebaut, um Patientinnen und Patienten weiterhin zeitgerecht und adäquat versorgen zu können. Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA von der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich verwies in diesem Zusammenhang auf die nach wie vor ungelöste Frage

Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet

- Thomas Czypionka
- Richard Greil
- Antonia Müller
- Nina Worel



der inländischen Gastpatientinnen und -patienten. Denn es gibt noch immer nicht in jedem Bundesland ein CAR-T-Zentrum. Auch, dass man für Versorgung mit innovativen Therapien in Österreich auf klinische Studien angewiesen sei, sieht er kritisch und konstatierte: „Unser Krankenhaussystem ist auf innovative teure Therapien nur bedingt vorbereitet.“ Aus Sicht der Krankenhausträgergesellschaften stand bei Einführung der CAR-T-Zell-Therapie die Befürchtung im Raum, dass die Therapiekosten die Budgets überfordern könnten. „Heute kann man retrospektiv sagen, dass das im Endeffekt keine Rolle spielte“, schilderte Mag. Dr. Edgar Starz, Einkaufsleiter der Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft.

Aus pharmazeutischer Sicht stellt die CAR-T-Zell-Behandlung in Österreich eine rechtliche Herausforderung dar. „Spanien hingegen hat sehr klare Regelungen entwickelt, die den pharmazeutischen Prozess von der Zell-Rohstoffgewinnung bis zum fertigen CAR-T-Medikament abbildet“, berichtete Mag. Gunda Gittler, Leiterin der Apotheke der Barmherzigen Brüder in Linz und PRAEVENIRE Vorstandsmitglied. Relativ früh, schon nach der Zulassung der ersten beiden CAR-T-Produkte in Österreich, startete die Diskussion der Eigenproduktion, schilderte DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche, ehemalige Leiterin der AGES-Medizinmarktaufsicht, die sich zum damaligen Zeitpunkt gegen eine solche ausgesprochen hat. „Wenn man die Wahl zwischen Arzneispezialität der Pharmaindustrie und einem Eigenprodukt hat, sollte auf das Fertigprodukt und nur in Notsituationen auf eine Eigenproduktion gesetzt werden“, schilderte sie. Denn gerade bei den Advanced Therapy Medicinal Products (ATMPs) sei die Zulassung sowohl für die Produktion als auch für die Produkte sehr komplex und nehme einige Zeit in Anspruch. Es sei ihr aber bewusst, dass man gerade in Zeiten, in denen eine Änderung der Gesetzgebung diskutiert wird, auch etwas in Hinblick auf die Hospital-Exemptions bei den ATMPs tun müsse. „Auch bei der dezentralen Produktion wird sich etwas ändern, da müssen wir flexibler werden“, so Wirthumer-Hoche.

Den ethischen Aspekt der Behandlung mit innovativen, aber zugleich kostenintensiven Therapieoptionen brachte Josef Zellhofer, Vorsitzender der ÖGB/ARGE-Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe ein: „Man muss einen Spagat zwischen Ethik und ökonomischer Rechnung schaffen.“ Bezüglich der aufgeworfenen Frage, wo idealerweise eine CAR-T-Therapie durchzuführen ist, im ambulanten oder stationären Bereich, mahnte er, dass man dies noch gar nicht abschätzen kann. „Wir haben ein Problem im Bereich der Pflege, welche ebenfalls immer spezialisierter wird, wodurch in der Hämatologie und in anderen Bereichen das Personal ausgehen wird“, so Zellhofer. Zudem hätten Tageskliniken das gleiche Problem. Auch Dr. Thomas Czypionka vom Institut für Höhere Studien sieht die Onkologie aufgrund der Erfahrungen aus Studien, die das IHS durchgeführt hat, als Sonderfall. „Die Diagnose und Behandlung gehört zentralisiert, weil sie sehr spezifisch ist, und die Entwicklung rasch voranschreitet“, so Czypionka. Erst müsse man lernen, neue Therapien anzuwenden, entsprechend Ärztinnen und Ärzte ausbilden und erst dann könne man über Versorgungsstufen nachdenken. Aus Sicht der Patientenorientierung wäre es wichtig, wenn Betroffene in die ökonomischen Entscheidungen miteinbezogen werden, regte Mag. (FH) Sabine Röhrenbacher, Geschäftsführerin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich (BVSHOE) an. Auch müssen aus ihrer Sicht Studien breiter ausgerollt und bekannter gemacht werden. 





PIONIERS

Innovatives Versorgungskonzept für Kinder und Jugendliche

Im Bereich der Rehabilitation hat es Markus Wieser, Präsident der AK Niederösterreich und Obmann des Fördervereins Kinder und Jugendlichenrehabilitation, schon bewiesen: Privates Engagement und Hartnäckigkeit können Verbesserungen im solidarischen Gesundheitssystem bewirken. Als nächsten Schritt plant er nun die **MEDIZINISCHE VERSORGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN IM NIEDERGELASSENEN BEREICH MITTELS SCHWERPUNKTZENTREN** zu optimieren. | von Rainald Edel, MBA



Mit dem „3V für Österreichs Zukunft“ genannten Memorandum hat sich die Arbeiterkammer Niederösterreich das programmatische Ziel gesteckt, wichtigen Zukunftsthemen – Veränderung der Arbeitswelt, Verteilungsgerechtigkeit und Versorgungssicherheit – weiterzuentwickeln. Aus persönlicher Betroffenheit gründete Markus Wieser 2009 den Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation, der es schaffte, spezifische Reha-Angebote für diese Zielgruppe in Österreich zu etablieren. Nun greift er abermals die Versorgung der jüngsten Bevölkerungsgruppe auf und möchte deren medizinische Versorgung verbessern.

PERISKOP: Für Kinder oder Jugendliche eine Kassenärztin, einen Kassenarzt zu finden ist mittlerweile in allen Bundesländern schwierig. Worin besteht die Herausforderung?

WIESER: Ich verfolge schon länger eine Idee, wie man die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen speziell in der Flächenversor-

gung verbessern kann. Denn wir haben gerade im niedergelassenen Bereich eklatante Versorgungsprobleme in allen Bundesländern. Wenn man sich Niederösterreich als größtes Flächenbundesland ansieht, gibt es nach wie vor einen großen Bedarf sowohl in der Allgemeinmedizin als auch insbesondere in der Kinder- und Jugendheilkunde. Wenn es um Lösungen geht, neigen Entscheidungsträger in Österreich gern zum „Kasterlendenken“ – sprich: Eine Idee muss in ein schon vorhandenes Schema passen, damit es realisiert werden kann. Mit diesem Problem waren wir auch zu Beginn unseres Engagements für die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation konfrontiert, bei der ebenfalls zu Anfang überlegt wurde, unter welche Indikation diese fallen könnte, damit ein Reha-Aufenthalt möglich wäre. Wir haben uns dadurch nicht beirren lassen und eine Lösung gefunden, die den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer Familien gerecht wird und nicht diesem Kategoriedenken. Daher war auch bei der medizinischen Versorgung der jüngsten Gesellschaftsmitglieder die Herausforderung,

Die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist Markus Wieser, Präsident der AK Niederösterreich und Obmann des Fördervereins Kinder- und Jugendlichenrehabilitation, ein großes Anliegen.

wie man außerhalb dieses Schubladendenkens eine Lösung entwickeln kann.

Wie sieht Ihr Vorschlag konkret aus?

Um Kinder und Jugendliche im extramuralen Bereich tatsächlich vollumfänglich und qualitativ hochwertig zu versorgen, braucht es in vielen Fällen mehr, als eine typische Kassenordination leisten kann. Aus dieser Anforderung heraus entwickelten wir das Konzept der medizinischen Kompetenzzentren für Kinder und Jugendliche. Hierbei kam uns zugute, dass kürzlich das Gesetz für Primärversorgungseinheiten (PVE) novelliert wurde. Dies sieht nun auch die Schaffung von Primärversorgungseinheiten für Kinderheilkunde vor. Neben der typischen Gründung eines PVE durch den Zusammenschluss mehrerer Ärztinnen und Ärzte, gibt es noch einen zweiten Weg, nämlich durch Gründung eines selbstständigen Ambulatoriums. Dies kann auch durch private Rechtsträger, wie beispielsweise einen gemeinnützigen Verein erfolgen. Auch hier kam uns die aktuelle Rechtslage zugute, da die bisher sehr aufwendige Prüfung für die Errichtung deutlich einfacher geworden ist und auch die Betriebsform als Kinder-PVE möglich wurde. Das brachte uns auf die Idee in Anlehnung an den Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation einen gemeinnützigen Verein zu gründen, der so ein selbstständiges Ambulatorium betreibt. Um die Versorgung sicherzustellen, braucht es dafür neben einer ärztlichen Leitung, Kinderärztinnen und Kinderärzte, um die Betriebszeiten optimal abzudecken. Zudem besteht die Möglichkeit, mit den Kinder- und Jugendabteilungen der umliegenden Spitäler entsprechend eng zusammenzuarbeiten. Verstärkt werden soll das Team in so einem Zentrum um Fachärztinnen und Fachärzte anderer Fachrichtungen, wie Orthopädie, Kardiologie, HNO, Chirurgie, Psychiatrie, die sich auf Kinder spezialisiert haben, sowie Kinderphysio-, -ergotherapie und Logopädie. Ziel wäre es, sowohl die Kinder als auch die Eltern zu betreuen. Wir wissen es auch der Kinderrehabilitation,

Um Kinder und Jugendliche im extramuralen Bereich tatsächlich vollumfänglich und qualitativ hochwertig zu versorgen, braucht es in vielen Fällen mehr, als eine typische Kassenordination leisten kann.

Markus Wieser



Durch die multidisziplinäre Versorgung, wie in einem PVE, und die tageweise anwesenden Fachärztinnen und Fachärzte können solche Zentren die Spitäler maßgeblich entlasten.

Markus Wieser

Kräfte in all jenen Fällen, in denen eine speziellere Abklärung notwendig ist, die Patientinnen und Patienten zu den dort tätigen Spezialistinnen und Spezialisten schicken und in Fällen, in denen es nötig ist, an die jeweiligen Klinikabteilungen weiterleiten.

Bei den von Ihnen zuvor genannten Fachdisziplinen, vor allem im ärztlichen Bereich, herrscht teilweise großer Mangel, vor allem im niedergelassenen Bereich. Was soll diese Zentren so attraktiv machen, dass die benötigten Ärztinnen und Ärzte hier arbeiten wollen?

Dadurch, dass es eine ärztliche Leitung gibt, kann man die ärztliche Versorgung viel leichter auf mehrere Personen splitten und so genau jene Beschäftigungs- und Dienstformen anbieten, die individuell gewünscht sind. Durchaus vorstellbar ist es, zum Beispiel in Niederösterreich mit der NÖ Landesgesundheitsagentur in Kontakt zu treten und hier jenen Kräften, die gerne auch im niedergelassenen Bereich einige Stunden arbeiten möchten, aber dennoch die enge Anbindung an ein Klinikum schätzen, ein entsprechendes Angebot zu machen. Zudem wären diese Zentren auch für Jungärztinnen und -ärzte, die noch zögern, sich selbstständig niederzulassen, eine Möglichkeit, den Betrieb und Ablauf im extramuralen Bereich kennenzulernen, da es sich ja im Prinzip um eine klassische PVE handelt. Gerade das Arbeiten in multidisziplinären Teams, aber auch die lange andauernden Betreuungsverhältnisse, die von der Diagnose über Therapie, einer allfälligen Nachbetreuung reicht und auch das bisher nur schwach vertretene Gebiet der Transitionsmedizin aufgreifen soll, macht die Mitarbeit an so einem Zentrum besonders spannend und attraktiv. Da an solchen Zentren eine große Bandbreite an Fällen behandelt werden soll und durch

die multidisziplinären Ansätze auch Therapieoptionen aufgezeigt werden, die nicht alltäglich sind, bieten sich diese auch als Ausbildungsstätten an – sowohl für Ärztinnen und Ärzte, die eine Lehrpraxis im Rahmen der Facharztausbildung machen, als auch für jene fertigen Spezialistinnen und Spezialisten, die noch weitere praktische Erfahrung sammeln wollen.

Ein wesentlicher Aspekt eines solchen Projektes ist auch die Finanzierung des laufenden Betriebs. Wie sollte dieser erfolgen?

Grundsätzlich sind die Ambulatorien Vertragspartner der ÖGK bzw. der anderen Sozialversicherungen. Damit könnten all jene Leistungen, die auch in anderen PVE anfallen, als Kassenleistungen abgerechnet werden. Noch im Detail zu klären ist die Abrechnung der jeweiligen Fachärztinnen und Fachärzte, da diese ja nur stundenweise im Zentrum tätig sind. Aber auch hier bin ich zuversichtlich, dass man mit den Sozialversicherungen entsprechende Lösungsmodelle erarbeiten kann.

Ein solches Kompetenzzentrum braucht natürlich entsprechende Räumlichkeiten. Haben Sie auch diesbezüglich Überlegungen angestellt?

Hier gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Denkbar ist, dass beispielsweise eine Gemeinde entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung stellt, wie das bei PVE üblich ist. Denkbar wäre aber auch, dass der Trägerverein hier in Vorleistung tritt und eine Finanzierung übernimmt, die dann aus dem laufenden Betrieb wieder getilgt wird. Ich denke, das wird schlussendlich vom konkreten Standort und den Rahmenbedingungen abhängen.

In welcher räumlichen Dichte sollen diese Zentren errichtet werden?

Da Einrichtungen in dieser Konzeption neuartig sind, werden wir ähnlich, wie wir es bei der Kinderrehabilitation gemacht haben, zuerst schauen, dass wir einen Musterbetrieb errichten. Wenn sich das bewährt, ist es sowohl denkbar, dass wir beispielsweise in Niederösterreich Schritt für Schritt in jeder der fünf Gesundheitsregionen so ein Zentrum einrichten. Ebenso ist aber denkbar, dass auch andere auf diese Idee aufspringen und so ein Angebot errichten. Für solche Pläne ist es aber noch etwas zu früh. **P**



wie wichtig es bei einem schwer kranken Kind ist, dass auch die Eltern ein entsprechendes Angebot und Unterstützung bekommen. Die Spezialistinnen und Spezialisten müssen aber nicht jeden Tag vor Ort sein. Es würde wahrscheinlich reichen, wenn es je nach Bedarf des jeweiligen Zentrums einzelne, fixe Tage sind, an denen diese zusätzlichen Fachleistungen angeboten werden und auffällige Fälle abgeklärt und einer allfällig weiteren Behandlung zugeführt werden können. Sollte im Anschluss an eine Therapie eine Rehabilitation nötig sein, wird auch gleich die entsprechende Antragsstellung durch den Verein übernommen. Ein Leistungsbaustein in diesem Zusammenhang sollte auch die Reha-Nachsorge sein. Wie wir aus den Erfahrungen des Fördervereins wissen, ist ein Check-up einige Wochen bzw. Monate später, ob die in der Rehabilitation erlernten Kompetenzen und Fähigkeiten noch vorhanden sind, besonders wichtig.

Ein großes Thema, gerade bei Kindern und Jugendlichen, ist das Übergewicht. Gibt es auch dazu ein entsprechendes Angebot?

Ernährung und die stark steigende Zahl der übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen braucht eine besondere Aufmerksamkeit. Hier reicht es meiner Meinung nach nicht aus, „nur“ eine Diätologin oder einen Diätogen im Team zu haben. Denn in diesem Bereich ist eigentlich immer das ganze soziale Umfeld miteinzubeziehen. Deshalb soll es in den Zentren auch Vorträge und Schulungen zum Thema Ernährung geben. Durch dieses umfassende Leistungspaket der Kompetenzzentren können wir die jungen Patientinnen und Patienten sehr umfassend begleiten und die Versorgung in der Fläche qualitativ maßgeblich stärken.

Welche Versorgungswirkung erwarten Sie sich?

Ziel ist es, dass diese Kompetenzzentren die Spitalsstrukturen maßgeblich entlasten. Denn aufgrund des derzeitigen Mangels bei der ärztlichen Versorgung werden die Spitalsstrukturen massiv überlastet, sodass teilweise jene Kinder und Jugendlichen, die tatsächlich die hochwertige Versorgung der Spitalsambulanzen oder des stationären Bereichs benötigen, nicht mehr entsprechend versorgt werden können. Sinnvoll wäre es, wenn die etablierten niedergelassenen

Nicht „Kasterlidenken“ sondern der Bedarf der jungen Patientinnen und Patienten steht für Markus Wieser im Mittelpunkt.

Die Kompetenzzentren für Kinder- und Jugendmedizin sollen nicht nur die Versorgung verbessern, sondern, so Markus Wieser, auch für Ärztinnen und Ärzte eine attraktive Chance bieten, in diesem Bereich tätig zu werden.



SAVE THE DATE



4. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH am Fuße der Rax 2024

  www.praevenire.at



Kinder- und Jugendgesundheit 2030. Im Fokus stehen spannende Versorgungsthemen.

Wir freuen uns, wenn Sie sich den Termin vormerken.

Weitere 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



25.-26. JUNI 2024



Gesundheitsbereich hat Pionierrolle bei Nachhaltigkeit

Anlässlich der 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach vom 6. bis 10. Juli 2023 fand ein PRAEVENIRE Talk zur **VERSORGUNGSSICHERHEIT IM GESUNDHEITSBEREICH** statt. Paul Rübzig und Karl Lehner diskutierten über nachhaltige Energiekonzepte. | von Mag. Dora Skamperls

Im Rahmen der 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach 2023 fand am 9. Juli ein hochkarätiger Talk zum Thema „Versorgungssicherheit – Energie im Gesundheitsbereich“ statt. Unter der Moderation von Dr. Franz Leisch, ehemaliger ELGA-Chef und PRAEVENIRE Chief Digital Officer, brachten Ing. Dr. Paul Rübzig, Mitglied des European Economic and Social Committee und Buchautor, sowie Mag. Karl Lehner, MBA, Geschäftsführer der Oberösterreichische Gesundheitsholding (OÖG), ihre Expertise aus makroökonomischer Sicht und der praktischen Perspektive des Krankenhausbetreibers ein und lieferten wertvolle Erkenntnisse.

Entscheidungen für die Zukunft

Paul Rübzig betonte die Bedeutung langfristiger Planung auf europäischer Ebene: „In den nächsten zwei Jahren werden viele Entscheidungen getroffen, die für unsere Zukunft maßgeblich sind.“ Er unterstrich die Notwendigkeit, sich von Ideologien zu verabschieden und konkrete Maßnahmen zur nachhaltigen Gestaltung der Welt zu ergreifen: „Wir müssen weg von der Ideologie hin ins Tun.“ Dabei hob er Bildung und praktische Fähigkeiten als grundlegende Voraussetzungen hervor und warnte davor, die Ziele in bestimmten Bereichen zu überschreiten, um die Glaubwürdigkeit bei der Bevölkerung nicht zu gefährden. Rübzig betonte die Bedeutung von Wasser und erneuerbarer Energie für das Überleben der Menschheit. Das Thema Wasser sei auf europäischer Ebene noch „unterbelichtet“. Die Europäische Kommission habe sich auf „Five Missions“ verständigt – resiliente Städte, Regionen, Krebsbekämpfung, nachhaltiger Schutz und Nutzung von (Acker-)böden und Wasser. Die kaskadische Nutzung von Wasser sei ein Königsweg, um eine bestmögliche Trinkwasserqualität bis zum Abwasser zu gewährleisten. Ebenso sei die weltweite Datensammlung über Wasserressourcen ein wichtiges Thema.

Nachhaltigkeit kostet, ist aber alternativlos

Karl Lehner präsentierte die neue Konzernstrategie der OÖG. Den OÖG gibt es seit 20 Jahren, wobei der Konzern in den letzten Jahren wesentlich gewachsen sei. Es wurden fünf Kernstrategien definiert, dazu wurde eine sechste implementiert – und zwar Nachhaltigkeit als alles überspannende Strategie. Er betonte die Vorbildfunktion des Unternehmens und die steigende Relevanz von Themen wie Nachhaltigkeit,

Genderngerechtigkeit und Klimaschutz, insbesondere für die jüngere Generation. Lehner erläuterte die Maßnahmen, die der OÖG ergriffen hat, um nachhaltiger zu werden, darunter die Installation von PV-Anlagen mit sehr großen Kapazitäten und die Sicherstellung der energietechnischen Absicherung von Operationssälen und Intensivstationen.

In den letzten zwei Jahren wurde ein Energiecheck über alle Standorte gemacht, um Maßnahmen in Richtung klimafreundliches Krankenhaus zu entwickeln: „Wir gehen raus aus den Fossilien“. Für jedes Klinikum wurde ein exakter Maßnahmenplan inkl. Kosten und Zeitschiene erarbeitet. „Nachhaltigkeit kostet, aber nichts zu tun, kostet längerfristig erheblich mehr.“ EU-Förder- und Finanzierungsinstrumente sollen verstärkt genutzt werden. Auch nachhaltiges Bauen sei ein wichtiges Thema: „Was wir heute bauen, haben wir vierzig Jahre – daher müssen wir gut bedenken, was und wie wir bauen.“ Des Weiteren diskutierte die Expertenrunde über die Bedeutung des Wassermanagements im Gesundheitssektor. Rübzig betonte, dass Wasser zunehmend zu einem Kostenfaktor werde und Menschen Zugang zu erschwinglichem Wasser haben müssten. Er unterstrich die Bedeutung der Speicherung von Wasser im Boden und die Förderung durch geeignete Bepflanzung und Bodenqualität. Dies werde bei der Planung von Grünflächen rund um Gesundheitseinrichtungen zunehmend berücksichtigt, so Lehner.

Abwasser als Frühwarnsystem

Ein zentrales Thema des Talks war die Rolle des Abwassers als Frühwarnsystem für Krankheiten und die Analyse von Medikamentenwirkungen. Die Analyse von Abwasserproben ermöglicht wichtige Erkenntnisse über das Vorkommen und die Ausbreitung von Krankheiten. Zudem können mittels Machine Learning Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten oder Impfstoffen analysiert werden. Ein Abwassermonitoring wurde während der Pandemie etabliert, dies sei ein wesentlicher Lerneffekt aus der Pandemie, erklärte dazu Karl Lehner. Beispielsweise sei COVID-19 vier Tage vorher im Abwasser nachweisbar, bevor es im Körper des Menschen Symptome entwickelt. Im Abwasser von Krankenhäusern kann also festgestellt werden, wie viele COVID-19 Patientinnen und Patienten in vier Tagen akut sein werden, und dies ermögliche eine bessere Vorbereitung und Planung der Situation. „Dieses Frühwarn-

Beim PRAEVENIRE Talk zur Versorgungssicherheit im Gesundheitsbereich diskutierten Experten über nachhaltige Energiekonzepte. Dabei stellte Paul Rübzig sein neues Buch „Emergency Preparedness – Nachhaltige #Lebensmittel #WASSER #Energie Zukunft“ vor.



Das Buch

Emergency Preparedness

Nachhaltige #Lebensmittel #WASSER #Energie Zukunft

Seitenzahl: 256 Seiten, Hardcover

Herausgeber: Paul Rübzig, Achim Kaspar

Preis: 39,80 €

Verlag: Trauner Verlag

ISBN-Nr.: 978-3-99151-077-2



system aus dem Abwasser ist etwas, was wir weiter etablieren müssen. Es kann noch weitere und schwerere Pandemien geben, daher müssen wir aus dem lernen“, so Rübzig.

Konkrete Forderungen

Die Diskussion endete mit konkreten Forderungen an die österreichische Gesundheitspolitik, darunter die Stärkung von Diagnose- und Analysetools, ein verbessertes Wassermanagement und ein Vorausdenken in Richtung Kommunikationsresilienz in Krisensituationen: klare Kommunikationsstrategien seien für den Fall von Blackouts oder Katastrophen entscheidend. Rübzig betonte die Wichtigkeit von Instrumenten wie dem Options Assessment, Impact Assessment, Risk Assessment und der Lifetime-Analytics. Analysen von Lifetime Cycle Cost und Value Chain erfolgen in EU-Kommission sehr stümperhaft. Das wäre eine wichtige Aufgabe, hier Konzepte zu entwickeln und umzusetzen. Die 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach 2023 haben gezeigt, dass die Versorgungssicherheit im Energiebereich eine zentrale Herausforderung für den Gesundheitssektor darstellt. Die Diskussionen und Erkenntnisse der hochkarätigen Expertenrunde bieten wertvolle Impulse für nachhaltige und zukunftsorientierte Lösungen. Paul Rübzig stellt sein neues Buch „Emergency Preparedness – Nachhaltige #Lebensmittel #WASSER #Energie Zukunft“ PRAEVENIRE zur Verfügung, um sie zugunsten des Fördervereins für Kinder- und Jugendrehabilitation zu verkaufen.

Vorwort zum Buch

Die Welt verändert sich jeden Tag, und wir müssen gute Optionen für unsere Zukunft finden. Die Bewertung von Optionen mit der richtigen Zukunftsstrategie kann helfen, die richtigen Entscheidungen zu treffen. Folgenabschätzungen können uns zeigen, wie wir es besser machen und Risikobewertungen nutzen können, um die besten Lösungen zu finden. Die Ziele der nachhaltigen Entwicklung erfordern viel Innovation, damit Investitionen sich auszahlen und die Menschen profitieren. Wir brauchen Nahrungs- und Futtermittel, Wasser und sanitäre Einrichtungen, Abwasserentsorgung, erneuerbare und effiziente Energieerzeugung und eine saubere und blaue Wirtschaft der Ozeane. Der Europäische Forschungsraum, die Forschungs- und Innovationsstrategie und die fünf Missionen können dazu beitragen, mit höherer Bildung, Qualifikation und beruflicher Bildung das Bewusstsein für Notfallvorsorge und neue Technologien zu schärfen. Die Wertschöpfungskette und Lebenszyklusstudien sollten eine globale Nachhaltigkeitsentwicklung mit einem Klein- und Mittelbetriebe (KMU) – und Wettbewerbsfähigkeitstest fördern. Von der Universität bis zum Kindergarten müssen wir das vorhandene Wissen in Kombination mit neuen Lern- und Lehrtechnologien nutzen. KMU und Familienunternehmen können eine große Rolle bei der Entwicklung individueller, personalisierter Lösungen mit Dienstleistungen und Produkten spielen, die von informierten Verbrauchern ausgewählt werden könnten. Deshalb haben wir beschlossen, gemeinsam mit Wissenschaftlerinnen, Wissenschaftlern, Forscherinnen und Forschern und innovativen Unternehmern ein wissenschaftsbasiertes Buch zu erstellen, das Aufschluss darüber gibt, was der Steuerzahler finanzieren sollte und wie die Bürger davon profitieren können. Alle Institutionen und Organisationen sind dafür verantwortlich, die richtigen Antworten zu liefern. Tun Sie es einfach. Lassen Sie uns einen neuen Prozess mit Hilfe von Finanzsteuerung, Datenbanken und maschinellem Lernen beginnen, um eine vertrauenswürdige Zukunft vorherzusagen. **P**



PIONIERS

ELGA könnte mehr

Bei der Konzeption der elektronischen Gesundheitsakte war Österreich am Beginn führend. Doch die „Realverfassung“ Österreichs hat zu Stolperstricken geführt, die ihre Zukunft gefährden. **MEHR FRÜHZEITIGE ZUSAMMENARBEIT, MEHR PARTNERSCHAFT UND MEHR RESSOURCEN SEIEN DRINGEND ERFORDERLICH**, sagten Expertinnen und Experten bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. | von Wolfgang Wagner

Dr. Stefan Sabutsch, Geschäftsführer der ELGA GmbH, führte in einem Impulsstatement folgende Aufgabenbereiche der Gesellschaft an:

- Strategische Koordinationsaufgaben
- IT-Architektur
- Definition von Dokumentenformat-Standards
- Implementierung
- Integrationstests
- Roll-Out
- Informationssicherheit
- Öffentlichkeitsarbeit
- Entwicklung von zukünftigen e-Health-Anwendungen

Mit den Dritteigentümern Bund, Bundesländer und Sozialversicherung gibt es ein komplexes Eigentumsverhältnis, die Ressourcen sind mit einem Budget von 23,6 Mill. Euro begrenzt. Was in der Öffentlichkeit oft untergeht, so Sabutsch: „Nicht verantwortlich ist die ELGA GmbH für die e-card, das e-Rezept, eKOS, EMS und die Gesetze.“

Wiederum oft in der gesundheitspolitischen Debatte nicht berücksichtigt: Die Benutzeroberflächen für die einzelnen Funktionen werden nicht von ELGA, sondern von den Softwareanbietern der Ordinationen, Krankenhäuser, Apotheken bzw. weiteren Gesundheitsdiensteanbieter zur Verfügung gestellt.

Weiterhin Lücken

Längst werden in Österreich noch nicht alle bereits vorhandenen Funktionen von ELGA ausreichend genutzt. Das betrifft auch wesentliche Systempartner. „Die Entlassungsbriefe kommen derzeit hauptsächlich von den Fondspitalern.“ Pflege-Entlassungsbriefe gebe es noch nicht in allen Bundesländern, hier liege man bei 20 Prozent der ärztlichen Entlassungsbriefe. „Die Laborbefunde bekommen wir derzeit nur von intramuralen Labors“, führte der ELGA-Geschäftsführer ein weiteres Manko an. Das gleiche gelte für die Radiologiebefunde. Ambulanzbefunde steuerten seit 2022 nur einige Krankenanstalten bei.

Die e-Medikation werde auf der einen Seite vorwiegend vom extramuralen Sektor benützt. Auf der anderen Seite, so Sabutsch: „Über den e-Impfpass sind schon rund 22 Millionen Impfungen enthalten.“ Bei den Bilddaten sei man derzeit noch in lokalen Pilotprojekten aktiv. Ohne Zweifel, ELGA erfreue sich bei der Bevölkerung großer Akzeptanz. „96,8 Prozent der Bürgerinnen und Bürger nehmen daran teil. Die Opt-Out-Rate beträgt 3,2 Prozent und nimmt ab.“

Der aktuelle Benutzungsstand von ELGA

über das Gesundheitswesen hinweg, so der Geschäftsführer der Betreibergesellschaft:

- 69 Prozent der österreichischen Krankenanstalten sind angeschlossen, allerdings hier 100 Prozent der öffentlichen und nur 55 Prozent der privaten Krankenanstalten.
- Die niedergelassenen Kassenärztinnen und Kassenärzte benutzen ELGA zu 84 Prozent (99 Prozent lesen und schreiben die e-Medikation, 40 Prozent lesen e-Befunde, 80 Prozent benutzen den e-Impfpass).
- Bei den Pflegeheimen sind nur acht Prozent vertreten, bei den Ambulatorien 15 Prozent, die öffentlichen Apotheken hingegen zu gar 97 Prozent.

Die Bürgerinnen und Bürger vertrauen auf ELGA und erwarten, dass die Gesundheitsdaten in ELGA verfügbar sind, wenn sie gebraucht werden.

Stefan Sabutsch

Eindeutige „Renner“ sind die e-Medikation und der e-Impfpass. Sabutsch: „Im System sind mehr als 150 Millionen Verordnungen aus 18 Monaten bei 7,5 Millionen e-Medikationsverordnungen pro Monat. Ebenfalls enthalten sind mehr als 20 Millionen Impfungen, davon 18 Millionen COVID-19-Impfungen. Es sind rund 65 Millionen e-Befunde verfügbar. ELGA kann gut genutzt werden. Die Bürgerinnen und Bürger vertrauen auf ELGA und erwarten, dass die Gesundheitsdaten in ELGA verfügbar sind, wenn sie gebraucht werden. Für einen ‚Gesamtüberblick‘ über die Patientinnen und Patienten fehlen noch viele Informationen“, fasste der Experte die Situation zusammen.

Von den Ärztinnen und Ärzten geschätzt

„ELGA aus Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft“ – für Dr. Alexander Moussa, Leiter des Referats für e-Health in Ordinationen im Rahmen der Österreichischen Ärztekammer und Allgemeinmediziner in Hartberg in der Steiermark, ist das ein durchaus positiv zu bewertendes, jedoch komplexes Bild. „Wir schätzen ELGA, auch die Wahlärztinnen und Wahlärzte schätzen ELGA. Sie wollen daran teilnehmen“, erklärte Moussa.

Auf der anderen Seite gebe es mehrere Problemfelder, so der ÖÄK-e-Health-Referatsleiter:

- Es existiert keine einheitliche Benutzeroberfläche.

Diskussionsteilnehmer, digital dazu-geschaltet

- Alexander Biach



Hintere Reihe:
Andreas Huss, Reinhard Riedl, Stefan Speiser
Mittlere Reihe:
Alexander Moussa, Andreas Röhrenbacher, David Maurer, Stefan Sabutsch
Vordere Reihe:
Manfred Müllner, Mona Dür, Franz Leisch, Maria Lesterl, Thomas Mück

- Seit 1. Jänner 2023 gibt es Kontaktbeschränkungen (kein Einblick in ELGA und e-Health-Anwendungen bei Visiten und Betreuung in Pflegeheimen).
- Noch längst nicht alle Befunde sind in ELGA enthalten.
- Die Finanzierung der Anbindung des niedergelassenen Bereiches und Kostenfreiheit der Benutzung der Befundspeicher für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sollten geklärt bzw. gegeben sein.
- Es fehlt eine bessere Einbindung der Wahlärztinnen und Wahlärzte.

Die Benutzungsfrequenzen je nach Funktion sprechen eine deutliche Sprache, so Moussa: „Die e-Medikation macht 87 Prozent der ELGA-Nutzung aus, dann kommen mit neun Prozent der e-Befund und mit vier Prozent der e-Impfpass.“ Worauf es der niedergelassenen Ärzteschaft bezüglich ELGA am meisten ankommt: verbesserte Benutzbarkeit, Schaffung eines schnell abrufbaren „Patient Summary“ mit allen notwendigen Informationen, Notfalldaten und für die gemeinsame Weiterentwicklung des Systems eine frühzeitige Kooperation auf Augenhöhe aller Systempartner.

Stolperdrähte

Deutlich skeptisch zum aktuellen Stand von e-Health, ELGA & Co. in Österreich äußerte sich Univ.-Doz. Dr. Thomas Mück, Präsident der Österreichischen Computergesellschaft



© KRISTIAN JUHASZ



ELGA ist heute als bestehende Plattform ein funktionierendes System. Es wird aber noch nicht ausreichend genutzt.

David Maurer

(auch GD.-Stv. AUVA): „Wir hatten wunderbare Voraussetzungen. ELGA wurde erstmals in den 2000er-Jahren propagiert. Bei den theoretischen Grundlagen waren wir europaweit führend. Es wurde relativ rasch die legislative Basis erarbeitet. Doch ab diesem Zeitpunkt haben wir begonnen, uns in Stolperdrähten der österreichischen Realverfassung zu verheddern.“ ELGA müsse deutlich breitenwirksamer werden – zum Beispiel durch Einbindung der Zahnärztinnen, Zahnärzte und der Wahlärztinnen, Wahlärzte. Ähnliches gelte für die Labor- und Radiologiebefunde, die auch „schreibende“ Teilnahme der Krankenanstalten in der e-Medikation (nur rund 20 Prozent). „Wir haben in Summe eine sehr gute Verbreitung von ELGA mit 9,1 Millionen Personen im Zentralen Patientenindex. Angeschlossen sind 2.200 Krankenanstalten, Ambulatorien und medizinische Einrichtungen. 11.500 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte benutzen die e-card-Infrastruktur, ebenso rund 1.400 Apotheken“, stellte Dr. Alexander Biach, Direktor-Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien und ehemals Chef des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, fest. Im OECD-Vergleich zurückgefallen sei Österreich allerdings bei den digitalen Gesundheitsleistungen. Biach: „Österreich liegt mit 80 Prozent Verbreitung bei der Ausgestaltung von digitalen Angeboten bei Ärztinnen und Ärzten. Damit sind wir eigentlich im hinteren Teil der Digitalisierung in diesem Bereich angelangt.“ Prof. Mona Dür von der Duervation GmbH betonte in diesem Zusammenhang, dass möglichst alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen an ELGA angebunden werden müssen: „Ich bin Ergotherapeutin. Aber es geht immer primär um die Ärztin und den Arzt. Wenn wir wollen, dass das System niederschwellig und praktikabel bezüglich der Daten ist, dann geht es darum, dass alle Gesundheitsberufe Zugang haben.“ Bei der wenigen Zeit, welche die Angehörigen der Gesundheitsberufe für ihre Tätigkeiten an Patientinnen und Patienten jeweils hätten, seien schneller Zugang und optimale Aufarbeitung der enthaltenen Informationen entscheidend. „Im internationalen Vergleich werden wir für das, was wir (mit ELGA, e-card etc.; Anm.) haben, beneidet“, erklärte Andreas Huss, MBA,

Im Rahmen der 8. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten erarbeiten Digitalisierungs- und Gesundheitsexpertinnen und -experten konkrete Handlungsempfehlungen rund um das Thema ELGA.



Die Presse, Erscheinungstermin 20. Juni 2023



Obmann-Stellvertreter der Österreichischen Gesundheitskasse. „Wir sprechen sehr konstruktiv mit der Ärztekammer.“ Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten etc. sollten natürlich ebenfalls dabei sein. Alle Befunde müssten letzten Endes bei der Hausärztin bzw. beim Hausarzt zusammenlaufen. Von den Wahlärztinnen und Wahlärzten seien leider bisher nur rund 460 von 11.000 vertreten. In Zukunft würden mit einer einheitlichen Diagnosekodierung und den Laborbefunden in ELGA weitere wichtige Schritte gesetzt werden. Die Radiologinnen und Radiologen würden weiters die Bilddaten kostenlos zur Verfügung stellen. Die Abläufe in der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten seien einfach auf ihre ureigenen Interessen und Bedürfnisse abzustimmen. „Was können wir an diesen Abläufen ändern?“, fragte Mag. Maria Lesterl, Geschäftsführerin des Gesundheitszentrums der Selbstständigen (SVA) in Wien. Ein gutes EDV-System und darin Informationen auf dem letzten Stand seien – inklusive einer optimalen Patientenzentriertheit des Prozederes – entscheidend. „ELGA ist heute als bestehende Plattform ein funktionierendes System. Es wird aber noch nicht ausreichend genutzt“, erklärte David Maurer von der Siemens Healthcare Diagnostics GmbH. Man benötige aber für den weiteren Ausbau eine „Allianz der Willigen“. Man sollte die ELGA-Plattform unter strengen Kriterien auch für private Anbieter und die Industrie öffnen. Die Technologie für bessere und umfassende Serviceangebote sei jedenfalls vorhanden. „Es gibt einen ‚Elefanten‘ im Raum, um den man sich sehr kümmern muss“, meinte Prof. Dr. Reinhard Riedl, Forschungsprofessor an der Berner Fachhochschule. Man dürfe nicht ignorieren, dass auch auf dem Gebiet der Digitalisierung des Gesundheitswesens sehr oft sprichwörtliche Stellvertreterkriege ausgefochten werden. „Wenn es Interessenskonflikte gibt, werden die sicher an Pappkameraden ausgetragen“, sagte Riedl. Frühe und ehrliche Information, Interessensausgleich und das Ansprechen von Problemen seien entscheidend.

Man muss mehr investieren und alle Partner frühzeitig einbinden.

Manfred Müllner

„Wir können mit ELGA extrem viele Daten nutzen. Das ist für die Patientinnen und Patienten von großem Vorteil“, betonte Andreas Röhrenbacher von der Hepatitis Hilfe Österreich. Die einzelne Patientin bzw. der einzelne

Datensicherheit ist das höchste Gut.

Andreas Röhrenbacher

Patient müsse aber auch bestimmen können, wer und wer nicht Zugang erhält. „Datensicherheit ist das höchste Gut.“ Auf der anderen Seite: Wenn man als Patientenvertreter erzählt bekomme, wie bei ein und derselben Person verschiedene Ärztinnen und Ärzte einander widersprechende medizinische Maßnahmen ergriffen, werde die Bedeutung solcher Systeme für die Qualität der Gesundheitsversorgung noch klarer.

Wahlärztinnen und Wahlärzte besser ausgestattet als Kassenordinationen?

Von der Gesundheitspolitik wird derzeit auch die notwendige Anbindung der Wahlärztinnen und Wahlärzte an ELGA diskutiert. Hier könnten sich in der Vergangenheit auch deutliche Fehlteile eingeschlichen haben. Stefan Speiser, Gründer und Geschäftsführer von LATIDO Health Tech, einem Softwareanbieter für Wahlarztordinationen: „Ich bin der Meinung, dass die meisten Wahlärztinnen und Wahlärzte (mit EDV; Anm.) besser ausgestattet sind als viele Kassenärztinnen und Kassenärzte.“ Terminvergaben, Messenger-Dienste etc. – das spiele sich in diesem Bereich oft auf der Basis modernster Cloud-Technik ab, während bei ELGA noch immer die e-card als Zutritts-hemmschuh wirke. Der Zug in Richtung Digitalisierung läuft bei den Wahlärztinnen und Wahlärzten jedenfalls immer schneller. Speiser: „Das Unternehmen wurde vor sieben Jahren gegründet. Es hat mittlerweile 20 Mitarbeiter. In rund 1.500 Wahlarztpraxen haben wir bisher Systeme installiert. Vergangenes Jahr waren es rund 400, heuer wahrscheinlich weitere 500.“ E-Medikation und e-Impfpass – diese erfolgreich via ELGA laufenden Systeme seien nur so schnell erfolgreich etabliert worden, weil eben alle Beteiligten schon frühzeitig an einem Strang gezogen hätten. Oft fehle es aber gerade an der frühzeitigen Einbindung der auf diesem Gebiet tätigen Unternehmen, kritisierte schließlich Dr. Manfred Müllner vom FEEI – Fachverband der Elektro- und Elektronikindustrie. Nur in Partnerschaften auf Augenhöhe ließen sich Projekte, zum Beispiel der Eltern-Kind-Pass, auch schnell und optimal realisieren. Schließlich müsse auch mehr Geld aufgewendet werden. Müllner: „Hier muss man viel mehr investieren.“ Das ELGA-Jahresbudget (23,6 Mill. Euro) sei „im Vergleich zu den Gesundheitsausgaben die dritte Kommastelle hinter der Null“. **P**

Lebergesundheit 2030:

Eine unterschätzte Herausforderung für die Gesundheit

Im Rahmen der 8. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten stand der Auftakt der neuen PRAEVENIRE Initiative „Lebergesundheit 2030“ am Programm. **DIESE VERFOLGT DAS ZIEL, DIE LEBERGESUNDHEIT INS BLICKFELD GESUNDHEITSPOLITISCHER STRATEGIEN UND PLANUNGEN ZU RÜCKEN.** Aus diesem Grund gingen im Zuge eines Gipfelgesprächs Expertinnen und Experten vertiefend auf die jüngsten Erkenntnisse aus der medizinischen Forschung ein und formulierten Forderungen, um den Herausforderungen entsprechend zu begegnen. | von Carola Bachbauer BA, MSc

In Österreich ist jede bzw. jeder Dritte von einer nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung (NAFLD) bzw. metabolisch assoziierten Fettlebererkrankung (MASLD) betroffen. Etwa 70 Prozent davon leiden zusätzlich an Übergewicht, Adipositas oder Diabetes – Tendenz stark steigend. Die Kombination aus einer Fettlebererkrankung und Übergewicht kann das Risiko, an einer chronischen Lebererkrankung zu erkranken, erhöhen. Solche chronischen oder seltenen Lebererkrankungen bedeuten für Betroffene ein langer Leidensweg. In schweren Fällen können sie zu lebensbedrohlichen Komplikationen wie Leberversagen oder Krankheiten wie Leberkrebs führen. Die Behandlung von Lebererkrankungen erfordert oft eine umfassende medizinische Betreuung und kann eine Vielzahl von Interventionen wie Medikamente, chirurgische Eingriffe oder sogar eine Lebertransplantation erfordern.

Übergewicht und Adipositas in Österreich
Zu Beginn des Gipfelgesprächs gab Dr. Thomas Czypionka, stellvertretender Direktor des Instituts für Höhere Studien (IHS), Head of Health Economics and Health Policy, einen Einblick in die aktuelle Datenlage von Übergewicht und Adipositas in Österreich:

„2,8 Mio. Menschen in Österreich sind übergewichtig. 1,3 Mio. der Österreicherinnen und Österreicher sind adipös. Laut Prognosen wird die Zahl der Übergewichtigen in zehn bis 20 Jahren um 50 Prozent steigen.“ Diese Prognose ist besonders alarmierend, da ein Zusammenhang zwischen Übergewicht, Lebererkrankungen und dem metabolischen Syndrom besteht. Um Lebererkrankungen und den damit verbundenen hohen Behandlungskosten entgegenzuwirken, empfahl Czypionka bereits bei den Kindern anzusetzen. Denn häufig sind ungesunde Ernährung sowie Bewegungsmangel Hauptursache für Übergewicht und somit kausal für Fettlebererkrankungen. Ein guter Ansatz sei laut dem Experten hierbei die gesundheitspolitische Strategie „Health in All Policies“, welche darauf abzielt, die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf einer breiten Basis wirksam und nachhaltig zu fördern. Besonders wichtig sei es in Schulen sowie im alltäglichen Leben anzusetzen. Als Beispiel führte Czypionka an, dass Schülerinnen und Schüler bei der Zubereitung des Schulessens eingebunden werden sollten, um so das Bewusstsein für eine gesunde Ernährung zu steigern und den Konsum von hochprozessierten Nahrungsmitteln mit hohem Fruktosegehalt zu vermeiden. Zusätzlich könnten Social Media Plattformen dazu genutzt werden, um das Ernährungsverhalten von Jugendlichen durch Influencer positiv zu

beeinflussen. Bezüglich Bewegungsmangel schlug der Experte vor, dass bei der Architektur der Fokus mehr auf eine bewegungsförderliche Bauweise gelegt werden sollte, die Menschen dazu bewegt, beispielsweise anstatt des Liftes die Stiegen zu nehmen.

70 Prozent der Patientinnen und Patienten erhalten ihre Diagnose einer Leberzirrhose erst, wenn sie aufgrund von Komplikationen bereits ins Krankenhaus müssen. Dies ist nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für das Gesundheitssystem sehr belastend.

Vanessa Stadlbauer-Köllner

Der Zusammenhang von Ernährung und Lebererkrankungen

Nach wie vor würden laut den Gipfelgesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmern Kinder und Jugendliche in den Kindergärten und Schulen vermehrt ungesunde Speisen serviert bekommen. Alle Bemühungen hier Änderungen vorzunehmen, wären im Sand verlaufen. Laut Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich (AK NÖ), gäbe es jedoch nicht nur in den Kindergärten und Schulen erheblichen Aufholbedarf bezüglich gesunder Ernährung sondern auch in der Arbeitswelt. Nur wenige Unternehmen bieten die Möglichkeit eines Kantinenessens an, häufig sei der Weg zum nächstgelegenen Supermarkt notwendig. „Die AK NÖ hat mehrere Jahre ein Projekt am Laufen gehabt, das sich mit der gesunden Ernährung an Baustellen beschäftigt hat. Leider waren die Ergebnisse sehr ernüchternd. Solange Wurstsemmeln und Cola zu einem günstigen Preis angeboten werden und die Alternativen teuer sind, ist eine Umstellung nur sehr schwierig. Hier bräuchte es Maßnahmen einerseits des Arbeitgebers und andererseits der Lebensmittelindustrie.“, so Rupp. Prim. Univ.-Prof. Dr. Ludwig Kramer, Vorstand der 1. Medizi-

nischen Abteilung des Krankenhauses Hietzing, betonte: „Man muss gezielt versuchen flüssige Kohlenhydrate in der Ernährung zu minimieren und stattdessen mehr natürliche Faserstoffe zu sich zu nehmen. Zur Verbesserung der Haltbarkeit werden jedoch viele Faserstoffe gezielt aus industriellen Lebensmitteln entfernt und oberflächenaktive Moleküle sowie Stabilisatoren zugesetzt. Dies wirkt sich negativ auf unsere Gesundheit aus.“ Deshalb sei es dem Experten zufolge wichtig, bei Themen wie Lebererkrankungen, Adipositas bzw. Ernährung auch in den Diskurs mit der Lebensmittelindustrie zu treten, um hier eine Veränderung bewirken zu können.

Wesentlicher Faktor: Das Mikrobiom

Unlösliche Ballaststoffe haben einen positiven Effekt auf das Darmmikrobiom, welches bei der Entstehung von alkohol-assoziiierter Lebererkrankung, MASLD sowie auch für Virushepatitiden und seltene Lebererkrankungen relevant ist. „Studien haben gezeigt, dass bei einer Leberzirrhose das Mikrobiom stark verändert ist und somit die Diversität abnimmt. Dadurch wird das Mikrobiom anfälliger auf Schäden von außen. Keime können in den Körper gelangen und eine Barrierestörung, eine Entzündungsreaktion verursachen, die Leberfunktion verschlechtern oder zu Komplikationen wie Infektionen führen. Die Zufuhr von speziellen Bakterien hat positive Effekte auf die Darmbarriere. So können Probiotika beispielsweise Infektionen nach einer Lebertransplantation oder die Entstehung eines Leberkomas verhindern“, erklärte Univ.-Prof. Dr. Vanessa Stadlbauer-Köllner von der Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie der Med Uni Graz.

Diätologische Behandlung und Ernährungstherapie bei Fettlebererkrankungen

Eine wesentliche Rolle bei Lebererkrankungen spielt auch deren Behandlung. Diese benötigt Univ. Prof. Dr. Petra Munda von der Klinischen Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie der MedUni Wien, zufolge jedoch viel Zeit. „Häufig muss den Patientinnen und Patienten erst klar gemacht werden, welche Auswirkungen eine Lebererkrankung auf ihr Leben hat. Auch der empfohlene Therapieansatz der Lebensstilveränderung, welcher eine Diät und Sport umfasst, fällt den Betroffenen oft schwer und benötigt eine durchgehende Betreuung“, erklärte die Expertin. Häufig bleibt dafür im niedergelassenen Bereich oder in den Ambulanzen nur wenig Zeit. Aufgrund dessen sei eine diätologische Begleitung bei Patientinnen und Patienten mit Fettlebererkrankungen besonders wichtig. Allerdings wird diese Behandlung von der österreichischen Sozialversi-



Die Presse,
Erscheinungstermin
20. Juni 2023





Über 350 Millionen Menschen haben chronische Hepatitis, schätzungsweise 80 Prozent von ihnen haben keinen Zugang zu der benötigten Versorgung.

Gottfried Hirnschall

cherung derzeit nicht erstattet. Eine Ausnahme stellen die Primärversorgungseinheiten dar. Hier werden die Kosten einer diätologischen Behandlung übernommen. Laut Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner, PRAEVENIRE Vorstandsmitglied und Präsident von AM PLUS, hätte dies eine positive Auswirkung auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Fettlebererkrankung. Aufgrund dieser Erkenntnisse ist die Finanzierung von diätologischen Leistungen im extramuralen Bereich eine Notwendigkeit. Ein weiteres Problem bezüglich diätologischer Behandlung sprach Mag. Barbara A. Schmid, freiberufliche Diätologin aus Wien, an. Sie möchte besonders auf die Trittbrettfahrer im Bereich Ernährungsberatung aufmerksam machen. „Diätologinnen und Diätologen müssen eine sechssemestrige akademische Ausbildung auf einer Fachhochschule absolvieren. Mit erfolgreichem Abschluss ‚Bachelor of Science in Health Studies‘ wird die Berufsberechtigung sowie die Berufsbezeichnung ‚Diätologin‘ / ‚Dietologe‘ verliehen. Für die Berechtigung der Berufsausübung ist, wie für Angehörige anderer Gesundheitsberufe, die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister Voraussetzung. Sämtliche andere Berufe im Bereich der Ernährung mit selbsternannter Betitelung, wie Ernährungsberaterinnen, -berater, Ernährungscoaches, -trainierinnen und -trainer, -managerinnen und -manager, beraten kranke Menschen ohne die vom Gesetz vorgeschriebene Berufsberechtigung. Mangelnde Kompetenzen und Scharlatanerie in der Ernährungsberatung bzw. Nahrungsergänzungsmittelberatung ist ein großes Gesundheitsrisiko für Patientinnen und Patienten“, erklärte die Diätologin. Hierbei sei es laut Schmid wichtig, durch gezielte Schritte in Kommunikation bzw. Finanzierung der diätologischen Behandlung im extramuralen Bereich; das heißt diätologische Behandlung auf Krankenschein,

PRAEVENIRE Gipfelgespräch-Diskussions-teilnehmende (v.l.n.r.):

- Petra Munda
- Ludwig Kramer
- Erwin Rebhandl
- Angelika Widhalm
- Bernhard Rupp
- Barbara A. Schmid
- Herbert Puhl (Moderation)
- Gottfried Hirnschall

Diskussions-teilnehmende, digital dazu-geschaltet

- Vanessa Stadlbauer-Köllner
- Thomas Czypionka



einerseits die Ernährungstherapie leistbar und andererseits sicher zu machen.

Bei allen internistischen Erkrankungen, wie auch bei Lebererkrankungen, erläutert Diätologin Schmid, sei es wichtig, aufbauend auf die medizinische Diagnose ein diätologisches Assessment durchzuführen: Das biopsychosoziale Gesamtbild der Patientinnen und Patienten zu beurteilen, realistische Ziele mit den Patientinnen und Patienten zu formulieren und anhand dessen individuelle, diätologische Maßnahmen zu setzen. Untersuchungen zeigen, dass eine kontinuierliche diätologische Begleitung, vor allem bei internistischen Erkrankungen und Adipositas langfristig durch Verhaltensänderung zur Verbesserung führt und mit einer geringeren Medikamenteneinnahme einhergeht.

Gesundenuntersuchung

„70 Prozent der Patientinnen und Patienten erhalten ihre Diagnose einer Leberzirrhose erst, wenn sie aufgrund von Komplikationen bereits ins Krankenhaus müssen. Dies ist nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für das Gesundheitssystem sehr belastend“, erklärte Stadlbauer-Köllner. Aufgrund dessen wäre für eine Früherkennung von Lebererkrankungen eine Modifizierung der Vorsorgeuntersuchung ratsam. Momentan wird im Rahmen der Gesundenuntersuchung die Gamma-Glutamyltransferase (Gamma GT) bestimmt. Diese ist jedoch kein besonders guter Parameter. Zwei andere Leberwerte – Aspartat-Aminotransferase (AST) und die Alanin-Aminotransferase (ALT) – hätten in der Vorsorgeuntersuchung höhere Aussagekraft. Anhand diesen kann nämlich eine Formel mit Alter und den Thrombozyten aus dem Blutbild berechnet werden, welche angibt, ob ein Fibrosierisiko besteht (FIB-4 score). Ohne diesen Wert ist es Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner kaum möglich, eine höhergradige Fibrose zu diagnostizieren. Die Sozialversicherung scheue jedoch davor zurück, neue Parameter in die Vorsorgeuntersuchung aufzunehmen, da dies aufgrund des hohen Volumens an Patientinnen und Patienten in der Prävention sehr kostenintensiv sein könnte. Aufgrund dessen sei es notwendig, für neue Parameter, wie beispielsweise bei den Werten AST und ALT, klar zu definieren, wann und bei welchen Patientengruppen diese bestimmt werden sollen. So könnte die Mes-

sung der beiden Leberwerte voraussichtlich sogar langfristig Kosten einsparen und Leid reduzieren.

Health in All Policies

Um die Strategie Health in All Policies (wieder) in Bewegung zu bringen, braucht es klare Zielsetzungen. Im Jahr 2016 wurde die erste globale Hepatitis-Strategie vorgestellt, mit dem Ziel bis 2030 die Mortalität von Hepatitis deutlich zu verringern. „Die Strategie der WHO zielt darauf ab, bis 2030 Neuinfektionen mit Hepatitis B und C um 90 Prozent und Todesfälle um 65 Prozent zu reduzieren“, sagte Dr. Gottfried Hirnschall, International Public Health Experte. Hier wurden bereits Erfolge verbucht, allerdings sei der Zugang zu Präventions-, Test- und Behandlungsdiensten für Hepatitis weltweit nach wie vor viel zu gering. „Über 350 Millionen Menschen haben chronische Hepatitis, schätzungsweise 80 Prozent von ihnen haben keinen Zugang zu der benötigten Versorgung“, fügte er hinzu. Laut des Experten müsse jedoch ein Paradigmenwechsel von Hepatitis zu einem breiteren Liver Health Approach und den Querverbindungen zu anderen Erkrankungen wie Diabetes stattfinden. Des Weiteren sei es hier notwendig klar zu definieren, was erreicht werden sollte, wieviel dafür investiert werden müsste, und dies in nationale Gesundheitspläne zu integrieren. In diesem Zusammenhang sprach Czypionka auch den nationalen Aktionsplan an. „Zurzeit werden die Gesundheitsziele sehr groß und breit ausgearbeitet. Ihre Wirkung ist jedoch eher bescheiden. Hier bedarf es meiner Meinung nach klare und weniger Ziele, um effektiv zu sein“, so der Experte. Abschließend betonte Angelika Widhalm, Vorsitzende Hepatitis Hilfe Österreich - Plattform Gesunde Leber: „Lebererkrankungen werden häufiger. Dennoch gibt es bei Gesundheitskompetenz und Präventionsmaßnahmen, früher Diagnostik und innovativen Therapien dringenden Handlungsbedarf, wie wir in diesem Gipfelgespräch aufgezeigt haben.“ Auch im Bereich der Awareness müsse man aktiver werden. Hier sei es vor allem wichtig, die breite Öffentlichkeit in einer einfachen Sprache zu informieren. „Lebergesundheit muss in unserem Gesundheitssystem präsenter werden und ich hoffe, dass wir hier mit der Hilfe der PRAEVENIRE Initiative Lebergesundheit 2030 einen Schritt in die richtige Richtung leisten.“ **P**



PLATTFORMEN

PRAEVENIRE Open Alm:

Wege aus der Pflegemisere

Die Pflege ist am Limit. Es braucht daher **EINEN KOMPLETTEN NEUSTART**, statt ein Flickwerk wie bisher, so der Tenor der Expertinnen und Experten bei der diesjährigen Open Alm. Lösungen müssen daher großzügig gedacht und von der gesamten Gesellschaft getragen werden. | von Rainald Edel, MBA

Österreich verfügt über ein Gesundheitssystem, in dem Menschenwürde, Selbstbestimmung, Information und Unterstützung der Betroffenen nicht nur großgeschrieben werden, sondern auch gesetzlich verankert sind. Allerdings gerät dieser Anspruch zunehmend ins Wanken, denn Pflegekräfte stoßen aufgrund von Personalmangel an ihre Grenzen und müssen immer öfter wesentliche Pflegeschritte auslassen. Das von der Bundesregierung geschnürte Pflegepaket erachten Expertinnen und Experten eher als Kosmetik und sehen noch keine Trendwende. Deshalb hat sich der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE für seinen traditionellen Höhepunkt der PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach dieses Themas angenommen. Unter dem Titel „Professionelle Pflege an der Grenze des Machbaren: Ursachen verstehen und Lösungen finden“ diskutierte eine hochkarätige Expertenrunde Lösungswege aus der Krise und benannte klare Handlungsschritte, die sich deutlich von denen der Bundesregierung unterscheiden.

Studie zu Pflegemissstand

Wie dramatisch die Situation in Österreich bereits ist, legt Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer, Professorin für Pflegewissenschaft an der Karl Landsteiner Privatuniversität, anhand der „MISSCARE Austria“ Studie dar, an der sie selbst mitgewirkt hat. Diese zeigt, dass Pflegepersonen aufgrund von Ressourcenknappheit und Schwierigkeiten in der Beziehung, Zusammenarbeit und Kommunikation im Team

Es brauche eine Entbürokratisierung, damit Personal zu uns kommt. Vertrauen statt Barrieren ist das entscheidende Schlagwort.

Othmar Karas

Impulsstatement online

• Othmar Karas



v.l. Karl Lehner, Markus Golla, Hanna Mayer, Hanns Kratzer (Moderation), Heidemarie Staflinger, Michael Tesar

notwendige Pflegeleistungen auf Allgemeinstationen im Krankenhaus implizit rationieren müssen, um den Betrieb aufrechterhalten zu können. Teilweise werden Pflegeleistungen weggelassen oder nur mit einer für die Patientinnen und Patienten nachteiligen Verzögerung durchgeführt. Dieses Phänomen wird als „Missed Nursing Care“ bezeichnet. „Aufgrund der impliziten Rationierung kommt es zu einer fehlenden Versorgungsqualität, zu verminderter Patientensicherheit sowie auch zu negativen personalbezogenen Outcomes“, fasst Mayer die wichtigsten Eckpunkte zusammen. Misscare sei aber nicht Ausdruck fehlender Qualifikation, sondern ein Frühwarnindikator für Missstände im System. Auch wenn die Studie im Spitalbereich gemacht wurde, ließen sich die Ergebnisse auch auf die Langzeitpflege umlegen. Die Ursachen für Misscare seien die fehlenden Personalressourcen, aber auch die schwierige Zusammenarbeit und Kommunikation in interprofessionellen Teams. Im Endeffekt befinde sich die Pflege momentan in einem Teufelskreis von fehlender Qualität, die oft zum Verlassen des Berufs führt und eine Verschlechterung des Images nach sich zieht. Daher würden simple Lösungen wie „mehr Leute rein“ nicht greifen, zumal man immer die gleichen Fehler mache und eher auf Deprofessionalisierung in Form von Assistenzberufen setze, die das Image der Pflege weiter schwächen. Ein tauglicher Ausweg wäre aus Mayers Sicht, das Gesundheitssystem anders zu denken, um den Bedarf neu zu bauen.

Fünf-Punkte-Plan

Obwohl die durch die Studie nun wissenschaftlich belegten Fakten durchaus schon länger bekannt sind, habe Österreich nichts getan, bemängelt der Vizepräsident des Europäischen Parlaments und Präsident des Hilfswerks Österreich, Dr. Othmar Karas in seinem Video-statement. „Der Bedarf an in der Pflege tätigen Menschen steigt stetig. Wir benötigen bis ins Jahr 2030 knapp 90.000 neue Fachkräfte. Der generelle Personalmangel im Gesundheitsbereich ist noch um ein Vielfaches höher“, erklärt er. Um diesen Mangel zu lösen, bedarf es einer gezielten Arbeitsmigration. Allerdings zeige der Vergleich mit anderen Ländern, dass Österreich

eine intelligente Strategie fehle, um Personen aus dem Ausland, die an einem Pflegeberuf bei uns interessiert sind, den Weg nach Österreich zu ebnen. So habe sich beispielsweise in den letzten Jahren nichts im Bereich Nostrifikation getan. Das ist angesichts der demografischen Entwicklung nicht mehr tolerierbar. Das Hilfswerk Österreich habe deshalb einen Fünf-Punkte-Plan entwickelt, wie Österreich den Zuzug von Pflegekräften aus Drittstaaten einfach und ethisch korrekt abwickeln sollte. Es brauche, so Karas eine Entbürokratisierung, damit Personal zu uns kommt. „Vertrauen statt Barrieren“ sei das entscheidende Schlagwort dabei.

Gründe für den Verbleib in der Pflege

Im österreichischen Gesundheitsberuferegister sind 165.000 Personen in der professionellen Pflege registriert, die als diplomierte Pflegekräfte, Pflegefachassistenten bzw. in Pflegeassistentenberufen arbeiten. „Allerdings brauchen wir schon in sieben Jahren mindestens 75.000 zusätzliche Pflegekräfte – eher mehr. Stellt sich die Frage: Woher kommen diese und was braucht es dazu“, erklärt MMag. Heidemarie Staflinger von der Arbeiterkammer Oberösterreich. Die Probleme, wie sie die Studie schildert, kenne man seit vielen Jahren. Zwar versuche man jetzt durch die Pflegelehre junge Menschen für die Pflege zu begeistern. Aber nur in sehr geringem Ausmaß versuche man erfahrene Kräfte in diesem Berufsbild zu halten. Wobei hier die Schuld nicht in der Verwaltung zu suchen sei, sondern in der Politik und den Rahmenbedingungen.

Aufgrund der impliziten Rationierung kommt es zu einer fehlenden Versorgungsqualität, zu verminderter Patientensicherheit sowie auch zu negativen personalbezogenen Outcomes.

Hanna Mayer

Eine deutsche Studie der Bertelsmannstiftung zum Thema „Ich Pflege wieder, wenn...“ zeigt, dass die Gründe für einen Verbleib im Pflegeberuf auf folgenden Punkten lägen: in einer größeren Wertschätzung, mehr Anerkennung – auch in Form von Gehalt, mehr Zeit für Pflege, Bürokratieabbau sowie echter Anerkennung durch Politik und Führung. Die Ergebnisse





seien, so Staflinger, auch auf Österreich umlegbar. Ein wichtiger Schritt zur Verbesserung sei aus ihrer Sicht: „Weg mit allem Geplänkel.“ In diesem Sinn sei auch der Föderalismus im Gesundheitsbereich zu überdenken, da man sich mit diesem die Zuständigkeiten zuschiebe und nicht zur Lösung beitrage. Was es brauche, sei ein Miteinander.

Wir kennen die Probleme, daher gilt es, Partikularinteressen auszublenden und einen Schulterschluss herzustellen.

Michael Tesar

Pflegemangel als globales Phänomen

Prof.(FH) Markus Golla, BScN, MScN, Studiengangsleiter am Institut für Pflegewissenschaft, übt Kritik an der Zahl der Ausbildungsplätze. Umgelegt auf die Gemeinden, gäbe es pro Ort einen Absolventen – das gehe sich nicht aus. Ebenso kritisch sieht er die Pflegelehre, da es im Vorjahr über alle Branchen 8.000 Lehrstellen gab, die keinen Lehrling gefunden haben. „Die Annahme, dass jetzt Scharen in diesen neuen Beruf strömen werden, ist schon statistisch gesehen nicht realistisch“, so Golla. Es gäbe aber auch ein gesellschaftliches Problem, das man berücksichtigen müsse, da die Österreicherinnen und Österreicher vom Gesundheitssystem ein „All-inklusive-Rundumpaket erwarten“, das teilweise aus einem Anspruchsdenken heraus missbraucht werde. Daher müsse man die Gesellschaft ins Boot holen, wenn man über Pflege spricht. Der globale Pflegemangel liegt derzeit bei 14 Mio. Pflegepersonen. Daher müsse man sich nicht nur in Österreich, sondern global Lösungen einfallen lassen. Und in zehn Jahren werde sich die Situation noch weiter dramatisch zuspitzen. Alle Berufsgruppen im Gesundheitsbereich müssen ohne Standesdünkel an einen Tisch kommen, einen großen Reset starten und Lösungen für Österreich entwickeln. Allerdings

sollte man dabei nicht wieder versuchen, Ideen aus dem Ausland zu stehlen, sondern taugliche Konzepte entwickeln und die Pflege in der Gesetzgebung entsprechend berücksichtigen. Unumgänglich sei, dass alles, was in den Ausbildungen unterrichtet werde, auch tatsächlich in der Praxis angewendet werden darf.

Lösungen in der Praxis

„Wir haben mit 16.000 Menschen so viele in unserem Konzern wie noch nie“, berichtet Mag. Karl Lehner, MBA, Geschäftsführer bei Oberösterreichische Gesundheitsholding. Auch in der Ausbildung sowohl der konzerneigenen FH-Gesundheitsberufe als auch den an allen Standorten angesiedelten Krankenpflegeschulen gäbe es Rekorde, dennoch habe man auch in Oberösterreich Personalsorgen. Man setze zwar in der Ausbildung auf höchste Qualität und konnte sich bislang die Bewerberinnen und Bewerber aussuchen. Doch mit dem immer steigenden Bedarf gehe auch die Gefahr einher, Personen zu rekrutieren, die doch nicht für einen Pflegeberuf geeignet sind. In Oberösterreich setze man zur Entlastung der Pflegekräfte auf einen Skillmix und habe zusätzlich bei Administrativkräften aufgestockt und eigene medizinische Dokumentationsassistentinnen und -assistenten den Stationen zur Verfügung gestellt. Schon lange etabliert sei bei der Oberösterreichischen Gesundheitsholding auch die Möglichkeit der Weiterentwicklung und Unterstützung. Auch Lehner sieht die Lösung vor allem in einem Miteinander von Arbeitgebern und Arbeitnehmern im Gesundheitsbereich. Grundsätzlich würden sich im Gesundheitsbereich alle bemühen, die Situation zu verbessern, sowohl im Bereich der Ausbildung als auch bei der Arbeitsmigration und seitens der Trägerorganisationen. Nur in Summe funktioniere es nicht. Es gilt, das Problem bei der Wurzel zu packen. So werden Unsummen in den klinischen Bereich gepumpt, während bei den mobilen Diensten im extramuralen Bereich geknausert werde. „Wir kennen die Probleme, daher gilt es, Partikularinteressen auszublenden und einen Schulterschluss herzustellen“, erklärt Michael Tesar, MBA, DGKP, Geschäftsführer und fachliche Leitung Pflege bei Curaplus. Es müssen einige Weichen gestellt werden, sowohl bei den Länderkompetenzen als auch bei den §15a-Vereinbarungen im Rahmen der derzeit laufenden Finanzausgleichsverhandlungen, um langfristige Lösungen zu schaffen.

Jubiläum

Die diesjährigen PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach stellten zugleich ein Jubiläum dar. Denn heuer veranstaltete das PRAEVENIRE Gesundheitsforum - Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung zum zehnten Mal seine Gesundheitsgespräche in Alpbach. Gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie den Gästen der Open Alm wurde im Anschluss an den traditionellen Höhepunkt der PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche dieses Jubiläum gefeiert. **P**



oben, v.l. Hanns Kratzer (Moderation), Michael Tesar, Markus Golla, Heidemarie Staflinger, Hanna Mayer, Karl Lehner



unten: Tortenanschnitt zum zehnjährigen Jubiläum der PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach mit Robert Riedl, Hanns Kratzer und zahlreichen Gästen





PLATTFORMEN

3. PRAEVENIRE Gipfelgespräch „Kinder- und Jugendgesundheit 2030“

„Es geht um praktische, umsetzbare Lösungen.“

Der jährliche Fixtermin der Leadership-Kampagne des Fördervereins für Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich und der PRAEVENIRE Initiative Kinder- und Jugendgesundheit brachte dieses Jahr **ERFOLGE FÜR DIE KINDERREHA, EXPERTENBESTÄTIGUNG BISHERIGER FORDERUNGEN** und die Weiterarbeit an dringend erforderlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Pädiatrie in Österreich. | von Mag. Beate Krapfenbauer

Beim dritten PRAEVENIRE Gipfelgespräch am Fuße der Rax ist das im Vorjahr von Markus Wieser formulierte Ziel „Hirschwang soll das neue Alpbach für die Kinder- und Jugendgesundheit werden“ näher gerückt. Am 28. Juni 2023 erarbeiteten mehr als 100 Gesundheitsexpertinnen und -experten in Workshops zu vier Themen und basierend auf dem jeweiligen fachlichen Impulsvortrag wichtige und dringend erforderliche Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung, psychischen Gesundheit, Transitionsmedizin und Kinder-Rehabilitation. Der Gründer und Obmann des Fördervereins für Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich konnte die tagesaktuelle Erfolgsmitteilung bekanntgeben, dass im Sozialausschuss der Beschluss für einen Gesetzesentwurf auf Rechtsanspruch für Eltern zur Begleitung der Kinder beim Reha-Aufenthalt und eine finanzielle Absicherung während dieses Zeitraums getroffen worden ist. „Es ist erfreulich, dass nun dieser längst überfällige Rechtsanspruch umgesetzt wird“, berichtete Wieser, der dieses Jahr das Große Goldene Ehrenzeichen für Verdienste um die Republik Österreich erhielt. Er erklärte im Plenum die bedeutende Tragweite: „Mit der nunmehrigen Entscheidung auf Rechtsanspruch für Begleitung wurde ein Meilenstein für die Gesundung der Kinder umgesetzt. Damit ist auch die Verteilung der Aufenthalte in den Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche über das ganze Jahr hindurch besser planbar.“

Zwei grundlegende, im Vorjahr formulierten PRAEVENIRE Forderungen sind nach wie vor zur Umsetzung seitens der Politik offen. Das sind die von Wieser geforderte Gesundheitsmilliarde und ein Staatssekretariat, beides speziell für die Kinder- und Jugendgesundheit. Die Bedeutsamkeit dieser Idee bestätigten die Podiumsgäste. Ulrike Königsberger-Ludwig, Gesundheitslandesrätin in Niederösterreich und Mag. Alexander Hagenauer, Generaldirektor-Stellvertreter in der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) unterstrichen in der Eröffnungsdiskussion aus ihrer jeweiligen Perspektive einmal mehr, dass Kinder und Jugendliche unsere Zukunft seien und jede Investition in ihre Gesundheit, ihr psychisches und physisches Wohlbefinden und in die spezifische Versorgungsstruktur ein Vielfaches bringt. Königsberger-Ludwig ist von der Idee eines Kinder- und Jugendstaatssekretariats

überzeugt: „Wir brauchen Nahtstellen statt Schnittstellen zwischen den Ressorts und das nicht nur in Niederösterreich, sondern bundesweit.“ Hagenauer sieht die Aufgabe der Stakeholder in ihren jeweiligen Wirkungskreisen darin, Verantwortung zu übernehmen und gemeinsam mit Therapeutinnen, Therapeuten, Ärztinnen und Ärzten Lobbying-Anwältinnen und -Anwälte für die Kinder und Jugendlichen zu sein. Für ihn sind die wesentlichen Bausteine das Impfen als Präventionsmaßnahme, die funktionale Therapie als wesentlicher Bestandteil der Versorgungslandschaft, die Qualitätssicherung in der Kinder-Reha und auch die Stärkung der psychischen Gesundheit.

Thema 1: Gesundheitsversorgung

Prim. MR Ass.-Prof. DDr. Peter Voitl, MBA betonte in seiner Keynote beunruhigende Trends wie den Mangel an kompetenten Gesundheitsanbietern. Er wies insbesondere darauf hin, dass das Angebot im niederschweligen, solidarischen Gesundheitsbereich zunehmend weniger werde, die Privatmedizin boome und die Zahl an Wahlarztordinationen steige. Das sei zwar wirkungsvoll in einem Teil des Spektrums, aber für die meisten Eltern wird es zunehmend schwierig, in Akutsituationen an leistbare Versorgungsmöglichkeiten zu kommen. Aus seiner Sicht habe das duale Versorgungs- und Befundsystem – niedergelassener Bereich und das Spital – ausgedient. Der Facharzt stellte unterschiedliche Modelle gegenüber und betonte, dass nicht allein finanzielle Überlegungen Entscheidungsgrundlage seien. Vielmehr sieht sich der Ärztenachwuchs teils mit langwierigen Bedarfsprüfungen, Bewilligungsverfahren oder komplizierten Gesellschaftsverträgen konfrontiert. Pädiatrische Versorgungszentren sieht er als einen möglichen Lösungsweg, mit ihrem interdisziplinärem Leistungsangebot und den erweiterten Öffnungszeiten. Durch die größeren Kapazitäten und die Verbreitung des fachlichen Spektrums sei eine Verkürzung der Wartezeiten und generell kürzere Wegstrecken zu erwarten. Die Rechtsgrundlage für Verträge mit den Sozialversicherungsträgern bewege sich für Primärversorgungseinheiten (PVE) im Rahmen des Gesamtvertrages zwischen der Ärztekammer und den Krankenkassen. Dies garantiere ein sehr hohes Maß an Rechtssicherheit und Kündigungsschutz. Voitl schloss an seine Ausführungen die wichtigsten Forderungen an die Politik an: Es braucht Investitionen in die

medizinische Infrastruktur, die Schaffung von besserer Anreize für das Gesundheitspersonal, den Ausbau der Telemedizin und die Förderung von Forschung und Entwicklung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin.

Thema 2: Psychische Gesundheit

Univ.-Prof. Dr. Paul Plener, Leiter der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der MedUni Wien, zeigte mit seiner Keynote „Von der Krise zur Pille? Psychopharmakaverschreibungen bei Kindern und Jugendlichen!“ wie es um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bestellt ist. Basis für seine Ausführungen waren u. a. eine internationale Meta-Analyse, die von einer Verdoppelung von Angst und Depression unter COVID-19 im Vergleich zu vorpandemischer Zeit ausgeht. Dem entspricht eine von September bis November 2021 durchgeführte österreichische Online-Studie. Mehr als die Hälfte der 14- bis 20-Jährigen leiden an depressiven Symptomen (z. B. Angststörungen, Schlafstörungen, suizidale Gedanken). Er erwähnte auch die Ö3-Jugendstudie (<https://www.oe3jugendstudie.at/ergebnisse.php>), weil sie klar zeigt, dass die häufigsten als schwere Belastung empfundenen Themen nicht mehr nur COVID-19, sondern auch der Krieg in der Ukraine, die Wirtschaftskrise, der Klimawandel und die aufgehende Schere zwischen Arm und Reich sind. Plener merkte an, dass sich vor allem die „GenZ“ alleingelassen fühlt. Denn als junge Erwachsene bekommen sie weniger Aufmerksamkeit als Kinder oder ältere Menschen.

Hinsichtlich Verschreibung von Psychopharmaka informierte Plener, dass in Österreich nur drei SSRI (eine Klasse von Antidepressiva) für Kinder zugelassen sind, obwohl viele Studien und Meta-Analysen belegen, dass SSRI und SNRI gute Wirkung bei einigen Indikationen zeigen. Somit gilt deren Einsatz oft als Off-Label-Use. Bei Benzodiazepinen ist die Lage verschärft, hier ist nur Diazepam in einer psychiatrischen Indikation zugelassen. Ärztinnen und Ärzte, die helfen wollen, fühlen sich darüber hinaus mit der rechtlichen Problematik alleingelassen. „Psychopharmaka sind nicht per se ‚schlecht‘, sie können eine wirksame Unterstützung sein. Wer nicht bereit ist, in Prävention zu investieren, zahlt eben die Therapiekosten“, mahnt der Experte für selbstverletzende und suizidale Verhaltensweisen bei Jugendlichen. Plener fordert daher mehr For-



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





schungsunterstützung für Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen. Allem voran stellt er die Notwendigkeit für Präventionsmaßnahmen. Hierfür seien aus seiner Sicht die Schulen der Ort, um frühzeitig aktiv zu werden und Kinder mit psychischen Problemen vor dem Entstehen chronischer Problematiken auffangen zu können.

Thema 3: Transitionsmedizin

Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Holter sprach in seiner Keynote „Plötzlich erwachsen! Transitionsmedizin als Begleitung in die Erwachsenenmedizin“ über den bis dato noch wenig beachteten Übergang von der Kinder- zur Erwachsenenmedizin und den Bedarf von Transitionsprogrammen, um einen langfristigen Therapieerfolg sichern zu können. Der Ärztliche Direktor des St. Anna Kinderspitals in Wien berichtete über die Interdisziplinäre Onkologische Nachsorgeambulanz IONA. Das wegweisende Best-Practice-Modell setzt sich aktiv dafür ein, die Transitionsmedizin, die Übergänge von der pädiatrischen zur erwachsenen medizinischen Versorgung multidisziplinär und möglichst nahtlos zu gestalten. IONA fußt auf dem Drei-Säulen-Modell, das die medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung (der Kinder und ihrer Familie) miteinbezieht. In vielen Fällen stellt die Transition den Anschluss an die Rehabilitation dar, bei dem junge Patientinnen, Patienten den Übergang in die Erwachsenenmedizin bewältigen müssen. Während beispielsweise das Berliner Transitionsprogramm organbezogen arbeitet, wird im St. Anna Kinderspital mit IONA, einem Projekt der ÖGK und der Stadt Wien, ein interdisziplinäres Betreuungskonzept umgesetzt, das Beratung zu psychischen Problemen, sozialrechtlichen Fragen, arbeitsmarktspezifischen Angelegenheiten, Informationen über Spätfolgen u. v. m. bietet. Zudem wird ein individuelles Langzeit-Nachsorgekonzept entwickelt. Da die psychischen Traumatisierungen lebenslang Auswirkungen haben können, setzen sich auch Survivor-Organisationen für die Verstärkung psychosozialer Rehabilitation ein. Holter fordert, die Standards einer modernen Transitionsmedizin im gesamten Gesundheitswesen auszurollen. Der Familienstruktur und psychosozialen Aspekten muss mehr Beach-

tung geschenkt werden. Er weist darauf hin, dass es einen strukturierten Übergang derzeit nur in ausgewählten Vorzeigemodellen gibt, dabei braucht es dringend flächendeckende Lösungen. Eine der größten Herausforderungen stelle der spezialisierte Fachkräftemangel dar.

Thema 4: Kinder- und Jugendlichenreha

„Kinder- und Jugendrehabilitation muss das gesamte familiäre Umfeld mit einbeziehen“, unterstrich Dr. Gudrun Seiwald, Reha-Zuständige bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK). In ausgewählten Fällen zeigt sich die Familienorientierte Reha (FOR) als zielführend, die Therapiebegleitung gilt als Erfolgskriterium. Deshalb ist die Ergänzung im „Arbeitsvertragsrechtsanpassungsgesetz“, mit der die Begleitung der Kinder während des Reha-Aufenthalts für alle Indikationen rechtlich und finanziell abgesichert ist, ein wichtiger Meilenstein.

Seiwald berichtete über Aktuelles aus der Kinder- und Jugendrehabilitation. Seit 2018 wurden sechs Kinder- und Jugendrehabazentren in Österreich eröffnet, knapp 7.800 Kinder

Podiumsgäste und Vortragende (v. l.)

- Alexander Hagenauer
- Markus Wieser
- Paul Plener
- Gudrun Seiwald
- Ulrike Königsberger-Ludwig
- Peter Voithl
- Wolfgang Holter
(kleines Bild)



konnten bis dato rehabilitiert werden. Insgesamt stehen 343 Betten zur Verfügung, das Durchschnittsalter der stationär aufgenommenen Kinder liegt bei knapp über zehn Jahren. Dabei gibt es deutliche Unterschiede hinsichtlich der Indikationen, beispielsweise werden psychische Gesundheitsprobleme bei Kindern über 14 Jahren häufiger. Die Evaluierungsstudie 2022 (Beauftragter: Förderverein Kinderreha), bei der die Patientenerfahrungen abgefragt wurden, zeigt ein sehr positives Feedback, aber auch ein Problemfeld auf: Die Freizeit- und Beschäftigungsbetreuung am Wochenende ist zu optimieren.

Für Seiwald besteht, aus ihrer Sicht der Antragsprüfung, Ausbildungs- und Aufklärungsbedarf für die Zuweiserinnen und Zuweiser und eine Notwendigkeit für eine umfangreichere Vorbefundung, um sicherzustellen, dass die Kinder und Jugendlichen in die für sie passenden Einrichtungen zugeteilt werden. Diagnostik, Zuweisung und Abstimmung vor dem stationären Reha-Aufenthalt sind entscheidend für den Erfolg. Seiwald betonte auch die Bedeutung der Vernetzung von Zuweisern, Behandlern und Eltern, um eine anhaltende Nachsorge sicherzustellen.

Zu lösende Problemfelder sind vor allem der Fachkräftemangel. Und im Sinne vorausschauender Planung ist es notwendig, über erweiterte Reha-Formen nachzudenken. Beispielgebend wäre die gemeinsame Rehabilitation von Familienmitgliedern, wenn sowohl das Kind als auch seine Eltern psychische Erkrankungen haben. Dafür gibt es zurzeit in Österreich keine Einrichtungen.

PRAEVENIRE Forderungen im Detail

Die von den Arbeitsgruppen formulierten dringend erforderlichen Maßnahmen werden wieder im PRAEVENIRE Jahrbuch (Version 2023/24) zusammengefasst und an die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger überreicht. Die Arbeit wird nächstes Jahr beim 4. PRAEVENIRE Gipfelgespräch am Fuße der Rax am 26. Juni 2024 im Parkhotel Hirschwang fortgesetzt. Infos und Impressionen zum Netzwerktreffen und Aktuelles zu den Aktivitäten lesen Sie auf <https://praevenire.at/kindergesundheit/> und <https://www.foerderverein-kinderreha.at/> 



Kurier,
Erscheinungstermin
21. Juli 2023



PLATTFORMEN

PRAEVENIRE Wissen in Bayern geschätzt

Nur wenige Tage nach den Digital Health Gipfelgesprächen in Alpbach fand am 12. Juli der zweite Bayerische e-Health-Kongress in Augsburg statt. Bei unseren Nachbarn wurde man auf die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Digital Health durch PRAEVENIRE in Österreich aufmerksam und lud PRAEVENIRE Chief Digital Officer Dr. Franz Leisch ein, bei der Diskussionsrunde „EPA FÜR ALLE – LERNEN VON DEN NACHBARN“ die Situation in Österreich darzustellen und die wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse der Gespräche in Alpbach zusammenzufassen. | von Rainald Edel, MBA

Am 12. Juli 2023 fand in Augsburg der zweite Bayerische E-Health-Kongress statt. Das Ziel der Veranstaltung war es, bereits bestehende Lösungen im Gesundheitsbereich zu präsentieren. Des Weiteren diente der interdisziplinäre Austausch mit hochkarätigen Gästen sowie Impulsvorträgen und Podiumsdiskussionen mit namhaften Expertinnen und Experten dazu, Verbesserungen im Bereich der Digitalisierung aus Bayern für Deutschland auf den Weg zu bringen.

„Wir haben in Deutschland kein Problemerkennungsdefizit, sondern ein Umsetzungsdefizit. Wir zeigen heute, was in Bayern schon möglich ist und was konkret umgesetzt wird“, begrüßte Bayerns Gesundheits- und Pflegeminister Klaus Holetschek die rund 500 Gäste des Kongresses. Unter dem Motto „Vom Reden zum Machen! E-Health-Standort Bayern“



Bild li: Zeit zum Austausch und Netzwerken: Klaus Markstaller, Franz Leisch.

Bild re: Bayerns Gesundheits- und Pflegeminister Klaus Holetschek eröffnete den zweiten Bayerischen E-Health-Kongress.

präsentierte das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege seine 13 Förderprojekte und zeigte dem interdisziplinären Fachpublikum: Wenn der Mensch im Zentrum steht, lässt sich mit technischen Lösungen seine Gesundheit und Pflege verbessern. Es konnte gezeigt werden, was bereits in Sachen Digitalisierung geht und wie die Hürden der digitalen Transformation in Gesundheit und Pflege genommen werden können.

„Wir müssen die Chancen der Digitalisierung in Gesundheit und Pflege entschlossen ergreifen, um die Versorgung für die Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern. Deutschland hat hier noch großen Nachholbedarf. Deshalb brauchen wir Veranstaltungen wie unseren E-Health-Kongress. Auf dieser zentralen bayerischen Plattform können sich Fachleute aus Politik, Wissenschaft, Wirtschaft und Verwaltung über die digitale Transformation in Gesundheit und Pflege informieren, aus-

Wir müssen das Thema Digitalisierung mit seinen Chancen und Risiken richtig anpacken und nicht nur die technische Seite betrachten.

Klaus Holetschek

tauschen und zukunftsweisende Projekte aus Bayern direkt kennenlernen“, so Holetschek. Der Minister ergänzte: „Ich bin überzeugt davon, dass E-Health und E-Care die Medizin und die Versorgung in der Pflege entscheidend positiv beeinflussen können, um beispielsweise Pflegekräfte zu entlasten. Für eine hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung auch in ländlichen Regionen ist die Digitalisierung besonders wichtig. Digitale Prozesse entlasten und schaffen mehr Zeit für andere Aufgaben. Sie verbessern das, worauf es am meisten ankommt: die Versorgungsqualität und die Patientenzufriedenheit.“ Holetschek führte aus: „Aber klar ist: Wir müssen das Thema Digitalisierung mit seinen Chancen und Risiken richtig anpacken und nicht nur die technische Seite betrachten. Deshalb möchte ich auch diejenigen ansprechen, die Bedenken haben, wenn wir neue technische Lösungen in einem so sensiblen Bereich wie Gesundheit und Pflege anwenden: Der Mensch steht immer im Mittelpunkt. Dafür steht auch unser E-Health-Kongress, auf dem wir zeigen, was durch die Digitalisierung in der Medizin und Pflege bereits möglich ist und wie es dem Wohl der Patientinnen und Patienten direkt zugutekommt.“

Der Minister unterstrich: „Wenn wir Forschung und Innovation zu unser aller Wohl





Gerade bei so fundamentalen Themen wie der Digitalisierung ist der länderübergreifende Erfahrungsaustausch sehr wichtig.

Franz Leisch

vorantreiben wollen, dann brauchen wir eine gute Datengrundlage. Denn eine koordinierte Sammlung an gesundheitsrelevanten Daten und deren Auswertung eröffnen ungeheure Chancen, um die Forschung beispielsweise bei der Krebsbekämpfung voranzubringen.“ Holetschek erklärte dazu: „Dabei gilt es aber, ganz klar zu beachten: Der Datenschatz muss immer im Zusammenhang mit dem Datenschutz gedacht werden. Die Menschen müssen sich immer darauf verlassen können, dass ihre Daten sicher sind. Bei dem Thema Digitalisierung in der Medizin und Pflege braucht es Kommunikation auf Augenhöhe und einen entsprechenden rechtlichen Rahmen, damit die Bürgerinnen und Bürger von Beginn an mitgenommen werden. Beides ist vom Bund bisher ungenügend umgesetzt worden!“ Zum Abschluss seiner Eröffnungsansprache betonte er: „Mit dem 2. Bayerischen E-Health-Kongress zeigen wir einmal mehr, dass wir in Bayern lösungsorientiert und multiperspektivisch handeln, nah an den Bürgerinnen und Bürgern sind und nicht nur reden, sondern auch machen!“

Europäische Beispiele

Etwas kürzer als die elektronische Gesundheitsakte ELGA in Österreich, nämlich erst seit Jänner 2021, steht die elektronische Patientenakte (ePA) jedem gesetzlich Versicherten in Deutschland zur Verfügung. Allerdings wird diese in der Praxis kaum genutzt. Warum dies so ist und wie ähnliche Systeme in anderen Ländern strukturiert sind, erläuterte eine hochkarätige Diskussionsrunde unter dem Titel „ePA für alle – Lernen von den Nachbarn“. Nach einem Videoimpuls „ePA für alle!“ durch Lena Dimde (gematik GmbH) und dem Impulsvortrag zu „sundhed.dk – that’s how we do it!“ von

(Lilse Svanholm, Director of Center for Health Innovations, Dänemark) folgte die Podiumsdiskussion mit Christian Weigand, Medical Valley Digital Health Application Center GmbH (dmac), Franz Leisch, Chief Digital Officer bei der österreichischen Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung PRAEVENIRE, Viktoria Prantauer, Patient Advocate, thechiefpatientofficer.com sowie Prof. Dr. Georgios Raptis, OTH Regensburg. Zusammengefasst zeigte sich aus den Impulsvorträgen, dass Deutschland noch großen Nachholbedarf hat, insbesondere im Vergleich zu Dänemark, auch wenn Lösungen in anderen Ländern nicht eins-zu-eins auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind. Wie auch der Bayrische Gesundheits- und Pflegeminister kamen die Keynote-Speaker zu dem Schluss: Erst, wenn die elektronische Patientenakte befüllt ist und ein Großteil der Versicherten sie auch nutzt, wird ihr Vorteil spürbar.

Gamechanger Widerspruchslösung (Opt-out)

Vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden Entwurfes zur Novellierung des Digitalgesetzes in Deutschland diskutierten die Teilnehmenden, welche Faktoren bezüglich der ePA zu berücksichtigen wären. Denn soweit aus dem Entwurf bekannt ist, plant die deutsche Bundesregierung, wie nicht zuletzt auch von Bayern gefordert, einen Systemwechsel bei der Bereitstellung der ePA von Opt-in zu Opt-out. „Wenn man ePA zum Durchbruch verhelfen will, ist diese Umstellung unumgänglich“, erklärte Franz Leisch, der vor seinem Engagement für das PRAEVENIRE Gesundheitsforum die Einführung von ELGA in Österreich als Geschäftsführer verantwortete. Denn wie ein Vergleich der europäischen Länder zeige, ist überall dort, wo man sich aktiv von der Teilnahme an einem elektronischen Gesundheitssystem abmelden kann, die Akzeptanz und Teilnahme in der Bevölkerung deutlich höher als in jenen Ländern, die wie Deutschland ihre Bevölkerung zu einer aktiven Teilnahme einladen. „In Österreich haben sich in Summe nur rund drei Prozent der gesetzlich Versicherten von ELGA abgemeldet“, so Leisch. Allerdings sollte Deutschland in der Umsetzung jenen Fehler

Die Diskussionsrunde zur Widerspruchslösung: Viktoria Prantauer, Georgios Raptis, Franz Leisch, Christian Weigand, Richard Gutjahr (Moderation)

vermeiden, den Österreich bei der Einführung von ELGA gemacht habe, insbesondere der administrativ schwierige und kaum genutzte Widerspruch im Einzelfall („situatives Opt-out“). „Wie sich zeigt, führt dies zu einer Verunsicherung und zu einem Vertrauensverlust aufseiten der Ärztinnen und Ärzte, da man so nicht weiß, ob ein Datensatz wirklich vollständig ist, andererseits hemmt es wegen organisatorischer Umsetzungsschwierigkeiten den Anschluss von niedergelassenen Laboren an ELGA“, so Leisch. Grundsätzlich fahre Österreich mit der Opt-out-Lösung im Gesundheitsbereich gut, das zeigt z.B. die Widerspruchsregelung bei der Organspende. „Natürlich muss man bei Einführung solcher Lösungen auch die Bevölkerung entsprechend einbinden, aufklären und manche Ängste nehmen, die teilweise berechtigt entstehen. Aber auch, wenn man die Zustimmung in der Bevölkerung hinter sich weiß, ist es schwierig, sie zu dem aktiven Schritt der Teilnahme zu bringen. Hingegen werden jene Personen, die eine Maßnahme aus Überzeugung nicht mittragen, aus eigenem Antrieb aktiv“, schilderte Leisch. Ein weiterer Vorteil, wenn man eine Opt-out-Regelung vorsieht, ist, dass man vom Start weg die kritische Größe erreicht hat. Somit ist auch für die Anwenderinnen und Anwender im Gesundheitssystem die Motivation gegeben, das digitale Tool aktiv zu nutzen.

Auch hinsichtlich des geplanten Europäischen Gesundheitsdatenraumes sei es wichtig, dass die einzelnen Gesundheitssysteme über entsprechende Daten verfügen, die datenschutzkonform und sicher erhoben werden. „Österreich hat bei der Errichtung von ELGA von Anfang an auf Standards wie HL7 gesetzt. Seit 2018 für Terminologien wird auch auf SNOMED CT gesetzt. Die Abkürzung steht für Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms und ist eine der bedeutendsten und umfassendsten medizinischen Terminologien, da mehr als 311.000 eindeutig identifizierte, logisch definierte sowie hierarchisch angeordnete Begriffe enthalten sind. Dadurch halten unsere Gesundheitsdaten internationale Standards ein, und das erleichtert auch den europäischen Austausch“, stellte Leisch dar.

Informationsaustausch über Grenzen hinweg

„Gerade bei so fundamentalen Themen, wie der Digitalisierung, ist der länderübergreifende Erfahrungsaustausch sehr wichtig“, so Leisch zum Abschluss des Kongresses. Neben den offiziellen Vorträgen und Podiumsdiskussionen waren es vor allem die persönlichen Gespräche mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die oftmals neue, tiefere Einblicke gegeben und auch Erkenntnisse zutage gebracht haben, die wieder der Diskussion bei PRAEVENIRE Veranstaltungen zugutekommen. „So konnte ich beispielsweise mit Prof. Dr. Klaus Markstaller, der seit Jänner 2023 neuer Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender am Universitätsklinikum Augsburg ist, kürzlich über die praktische Anwendung von e-Health an deutschen Kliniken sprechen“, berichtete Leisch. Zuletzt leitete Markstaller die Klinik für Anästhesie an der Medizinischen Universität in Wien, dem AKH und kennt dadurch die österreichischen Digital-Health-Systeme und die damit verbundenen Herausforderungen besonders genau. Diese Netzwerke und Verbindungen sind, so Leisch, eine wichtige Ressource des PRAEVENIRE Gesundheitsforums und tragen dazu bei, dass in Gipfelgesprächen und Diskussionsrunden nicht nur die österreichische Perspektive betrachtet wird, sondern auch über den eigenen Tellerrand hinaus Lösungen und Handlungsempfehlungen entwickelt werden können. **P**





PLATTFORMEN

PVE als treibender Motor in der Gesundheitsversorgung und Vorsorge

Die bereits siebente jährliche Tagung von AM PLUS, der Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit, in Haslach an der Mühl stand unter dem Titel: Primärversorgung von Gesundheitsförderung bis zur wohnortnahen Rehabilitation. In den Vorträgen, der Diskussion sowie durch Gesundheitsminister Rauch wurde **DIE WICHTIGKEIT DES MULTIDISZIPLINÄREN ANSATZES IN PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEITEN (PVE)** nochmals betont. | von Rainald Edel, MBA

Die Etablierung eines leistungsfähigen Systems der Primärversorgung ist eines der wichtigsten Reformvorhaben im österreichischen Gesundheitswesen. Unverzichtbarer Eckstein dabei die PVE, deren Wirksamkeit und faktische Bedeutung für die Versorgungslandschaft immer weitreichender werden. Im Fokus, der siebenten Jahrestagung von Am PLUS in Haslach an der Mühl standen die Themen: „Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz – die Rolle der PVE“, „Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation in PVE“ sowie „Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung einer Gemeinde durch die PVE-Gründung“. Höhepunkt und Schluss der zweitägigen Veranstaltung bildete eine Podiumsdiskussion zum Thema „Zukunftsperspektiven für PVE“ an der Vertreterinnen und Vertreter von Gesundheitsberufen, der Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) sowie der Ärztekammer Oberösterreich teilnahmen.

Gesundheitsförderung und Prävention stärken

„Eine gute Primärversorgung ist ganz sicher ein Hebel, an dem wir ansetzen müssen. Ein zweiter Hebel ist eine verbesserte Gesundheitsförderung, da haben wir in Österreich keine große Tradition, aber das müssen wir ändern“, sagte Andreas Huss, MBA, Obmann Stellvertreter der ÖGK. Wenn man sich nun „Gesundheitskasse“ nenne, dann müsse auch Gesundheit drin sein, so der

Eine gute Primärversorgung ist ganz sicher ein Hebel, an dem wir ansetzen müssen. Ein zweiter Hebel ist eine verbesserte Gesundheitsförderung, da haben wir in Österreich keine große Tradition, aber das müssen wir ändern.

Andreas Huss

Vizeobmann. Bis zum Jahr 2030 will die ÖGK fünf Prozent ihrer Beitragseinnahmen für Gesundheitsförderung und Prävention verwenden – eine Verdreifachung der bisherigen Aufwendungen für diesen Bereich. Die PVE könnten, so Huss, zu einem Zukunftsmodell für Ärztinnen und Ärzte werden, denn: „Die junge Generation will keinesfalls mehr in Einzelarztpraxen“. Gesund sind Menschen dann, wenn in drei Bereichen alles stimmt: in der Krankheitsprävention, in der Gesundheitsförderung und in der eigenen Gesundheitskompetenz, erinnerte Mag. Dr. Daniela Rojatz vom Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Gesundheitssystem in der GÖG. Die Primärversorgung ist ein wichtiger Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsversorgung. Es ist wichtig, dass Maßnahmen entsprechend den regionalen Bedürfnissen ergriffen werden. Konkret braucht es dafür, so Rojatz, die Integration von Gesundheitsförde-



Primärversorgungstagung von 6. und 7. Juni 2024:



Teilnehmerinnen und Teilnehmer der AM PLUS Tagung in Haslach an der Mühl (v. l.): Anna Glück, Erwin Rebhandl, Daniel Peter Gressl, Andreas Huss, Max Oberleitner

rung und Krankheitsprävention in die Primärversorgungseinheiten, die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsförderungsdiensten in der Region, einschließlich aufsuchender Dienste (mobile Dienste, psychosoziale Dienste usw.) sowie die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und die Zusammenarbeit mit der Gemeinde und mit lokalen Gruppen. Auf die Plattform Gesundheitskompetenz und die von ihr entwickelten Gesprächstrainings für Gesundheitsfachkräfte verwies Dr. David Fuchs, Abteilungsleiter Palliative Care im Ordensklinikum der Barmherzige Schwestern in Linz. Diese seien nicht nur für junge Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter relevant, sondern könne auch älteren, versierten Kräften noch zusätzliche Impulse und Hilfestellungen bieten. Am Ordensklinikum in Linz werden diese Trainings beispielsweise in der Abteilung von Fuchs aktiv angewandt. Patientenzentrierte Kommunikation hat vielfältige positive Auswirkungen sowohl auf die Patientinnen und Patienten als auch auf das Personal hob Fuchs hervor. Es gebe dadurch sowohl messbare körperliche als auch psychologische Effekte.

In der Gesundheitsförderung ist es wichtig, dass PVE Maßnahmen entsprechend den regionalen Bedürfnissen ergreifen.

Daniela Rojatz



Mit freundlicher Unterstützung von:





Wohnortnahes Rehabilitationsangebot

Den Schwerpunkt der Rehabilitation von Long-COVID-Fällen am PVE in Haslach stellte Mag. Andrea Winter, Psychotherapeutin in der PVE Haslach vor. In der Behandlung stütze man sich auf fachspezifische Studien. Um den Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung bieten zu können, werden die Therapeutinnen und Therapeuten auch regelmäßig auf fachspezifische Fortbildungen geschickt. Der multidisziplinäre Ansatz der PVE kommt auch in diesen Fällen zur Anwendung, beispielsweise in den Fallbesprechungen, bei denen sich die einzelnen Berufsgruppen in das individuelle Behandlungskonzept der Betroffenen einbringen. Die Erfahrungen aus der Betreuung werden gesammelt und evaluiert. Das Gesundheitszentrum in Haslach zusammen mit den Aktivitäten des GES.UND Büros der Non-Profit-Organisation PROGES seien österreichweit ein Vorzeigeprojekt und richtungsweisend, wie bei der diesjährigen Tagung erneut bestätigt wurde. Das rehabilitative Setting ist schon jetzt im Berufsbild Pflege enthalten, führte Daniel Peter Gressl vom Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) aus. Ebenso gehörten Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung auf Gemeindeebene zu den Aufgabenfeldern der Pflege. Dazu gehört es auch, Programme zu erstellen, wie man rehabilitative Maßnahmen wohnortnah wirksam umsetzt. Die rehabilitative Pflege sei die Mitte zwischen Gesundheits- und Krankenpflege, schilderte Gressl.

PVE als Stärkung des Gemeindelebens

Die Hintergründe zur Entstehungsgeschichte der Primärversorgungseinheit (PVE) in Haslach an der Mühl schilderte dessen Bürgermeister Dominik Reisinger. Für ihn liegen die Vorteile auf der Hand. Durch den Entschluss, die hausärztliche Versorgung von ursprünglich zwei Hausarztpraxen auf eine PVE umzustellen, wurde eine umfassende, barrierefreie Grundversorgung unter einem Dach im Ortskern geschaffen, bei der fast 30 Menschen aus unterschiedlichen (Gesundheits-)Berufen Beschäftigung gefunden haben. Zudem wirke sich die PVE mitten im Zentrum auch belebend auf die umliegenden Geschäfte und Betriebe aus, da

Oben v. l.:
David Fuchs
Dominik Reisinger
Constance Schlegl
Daniela Rojatz

Unten:
Das Videostatemet für
AM PLUS von Bundesminister Johannes Rauch



Eine der Grundvoraussetzungen für die Ansiedlung einer PVE ist ein entsprechendes räumliches Angebot seitens der Gemeinde dafür zu schaffen.

Max Oberleitner

sich mit dem Arztbesuch auch weitere Erledigungen verbinden lassen. Durch die erweiterten Öffnungszeiten können auch jene Gemeindegewohnerinnen und Gemeindegewohner, die zur Arbeit auspendeln, die ärztlichen Leistungen im Ort in Anspruch nehmen. Durch das vielfältige Angebot habe sich das Gesundheitszentrum zu einem „One Stop Shop“ in Sachen Gesundheit etabliert.

Die Idee, ein Gesundheitszentrum zu errichten, gab es in der oberösterreichischen Gemeinde Schwertberg schon lange, berichtete der Bürgermeister Mag. Max Oberleitner. Entscheidend dafür, dass daraus nun eine PVE wird, die Ende nächsten Jahres eröffnet werden soll, waren die Inputs aus der AM Plus Tagung im Vorjahr, schilderte er. Damit es zur Errichtung der PVE kommt, bevor die noch bestehenden Hausarztordinationen aus Altersgründen endgültig zusperren, habe es vieler intensiver Gespräche mit der Ärztekammer und der ÖGK bedurft, erklärte der Bürgermeister. Eine der Grundvoraussetzungen, die für die Ansiedlung einer PVE notwendig sei, ist ein entsprechendes räumliches Angebot dafür seitens der Gemeinde zu schaffen. In Schwertberg wurde der ehemalige Bauhof bzw. das Altstoffsammelzentrum der Gemeinde, das sich in günstiger Lage im Ortszentrum befand, abgesiedelt, um Platz für die PVE und andere wichtige Einrichtungen der Gemeinde zu schaffen. Da die Baukosten zur Errichtung das Gemeindebudget überstiegen, suchte man sich einen Investor in Form einer gemeinnützigen Wohnbaugesellschaft, die das Bauwerk unter Mitbestimmung der Nutzungseigenschaften und Bedürfnisse der Gemeinde errichtet.

Diskussion Zukunftsperspektiven PVE

Der flächendeckende Ausbau der PVE ist Bundesminister Johannes Rauch ein großes Anliegen, wie der Minister in seinem Videostatemet zu Beginn der Diskussion betonte. Die vor einigen Wochen angekündigte massive Aufstockung der Anzahl von derzeit rund 40 auf 121, soll durch 100 Millionen Euro aus dem europäischen Resilienzfond unterstützt werden. Die Novelle des Primärversorgungsgesetzes wird mit 1. August in Kraft treten und sieht neben einer Vereinfachung der Gründung von PVE auch die Schaffung zum Beispiel spezialisierter Kinder-PVE vor. Wichtig für den Ausbau sei, so Rauch, der regelmäßige Austausch mit Expertinnen und Experten aus der Praxis, um gemeinsam die nächsten Schritte zu planen. PVE bieten für MTD (Physiotherapeutinnen, Physiotherapeuten, Logopädinnen, Logopäden, Ergotherapeutinnen, Ergotherapeuten, Diätologinnen, Diätologen, etc.) eine gute Möglichkeit, sich einzubringen. In der Praxis gäbe es aber noch einige Hürden bei den Arbeitsbedingun-

gen zu überwinden, erklärte Anna Glück vom Berufsverband Logopädie Austria. Auf das Potenzial in der Gesundheitsförderung durch PVE und die extra dafür geschaffenen Rahmenbedingungen verwies Dr. Daniela Rojatz von der GÖG und betonte, dass es wichtig sei, Maßnahmen entsprechend den regionalen Bedürfnissen zu ergreifen. Das Ziel bis 2025 121 PVE zu eröffnen, hält Andreas Huss zwar für „sportlich“, er ist aber dennoch guter Dinge dieses Ziel zu erreichen. Durch die neuen gesetzlichen Bestimmungen seien die Gründungen beschleunigt worden und es komme langsam Bewegung in die Sache. So habe beispielsweise die ÖGK in Wien neun Kinder-PVE ausgeschrieben, für die es bereits Bewerberinnen, Bewerber gäbe, so Huss. Auch in den anderen Bundesländern wären einige PVE-Projekte bereits in der Pipeline, darunter auch Tirol, wo man auf Grund der Topografie dieser Versorgungsform bislang skeptisch gegenüberstand. Begeistert zeigte sich Huss über die während der Tagung gezeigten Projekte aus den PVE Haslach (OÖ) und Böheimkirchen (NÖ). Diese zeigen, dass „PVE tatsächlich die ‚Eierlegendewollmilchsau‘ sei, die man sich in der Gesundheitsversorgung wünscht“. Oberösterreich sei punkto PVE sehr gut aufgestellt, betonte Dr. Wolfgang Hockl, Leiter des Referats für Primärversorgungseinheiten der oberösterreichischen Ärztekammer und Gründungsmitglied der PVE in Enns.

Primärversorgung muss viel stärker im Gesamtsystem der Versorgung gedacht und verstanden werden.

Erwin Rebhandl

Auch in Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen sehe er, dass der Trend in Richtung PVE gehe. Wenn man den extramuralen Bereich so stärken möchte, dass er den Spitalsbereich nennenswert entlastet, braucht es die Einbindung aller Berufsgruppen, betonte Daniel Peter Gressl. Gerade bei jenen Gesundheitsberufen im niedergelassenen Bereich, die lange Zeit auf sich allein gestellt waren, brauche es Zeit, sich an neue Formen der Zusammenarbeit zu gewöhnen. Zudem bemängelte er, dass es noch einiger gesetzlicher Rahmenbedingungen, sowie personeller und finanzieller Ressourcen bedürfe, um den niedergelassenen Bereich tatsächlich zu stärken. Primärversorgung müsse viel stärker im Gesamtsystem der Versorgung gedacht und verstanden werden, appellierte Dr. Erwin Rebhandl, Präsident AM PLUS und einer der Betreiber der PVE in Haslach an der Mühl. Ihm fehle die Forderung nach mehr Gesundheitsberufen in der Primärversorgung, unter anderen auch von der ärztlichen Standesvertretung. Es brauche mehr Therapeutinnen, Therapeuten und Pflegekräfte im System, um mit den vorhandenen Ressourcen eine gute Betreuung zu etablieren. Auch müsse bei einer Entlastung der Spitäler das Personal stärker in den niedergelassenen Bereich wechseln. Hier habe man noch einige Arbeit vor sich, so der AM PLUS Präsident. 

Den Personal-Blindflug im Gesundheitssystem beenden

Üblicherweise kennen Branchen ihre Personalsituation sehr genau, wissen **WIE VIELE PERSONEN MIT WELCHEN QUALIFIKATIONEN IN WELCHEM AUSMASS** für sie tätig sind. Nicht so im österreichischen Gesundheitsbereich. Zwar gibt es seit 2018 ein Gesundheitsberuferegister, doch dies ist eher ein zahnloser Papiertiger als ein Cockpit zur Personalplanung und muss deshalb dringend verbessert werden, erläutert Dr. Bernhard Rupp die Haltung der Arbeiterkammer Niederösterreich. | von Rainald Edel, MBA



Seit 2006 ist Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA Leiter der Abteilung Gesundheitswesen und ArbeitnehmerInnenschutz der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich (AK NÖ). Als Gesundheitsexperte war er schon in den ersten Versuch vor zehn Jahren eingebunden, ein Gesundheitsberuferegister auf den Weg zu bringen. Seitdem hat sich die Situation aus seiner Sicht nur marginal verbessert.

PERISKOP: Man sollte meinen, Österreich habe aus der Pandemie seine Lehren gezogen und seine Datenlage im Gesundheitsbereich verbessert. Wie aktuelle Medienberichte allerdings zeigen, tappt man beim

Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen und ArbeitnehmerInnenschutz der AK NÖ.

AK NIEDERÖSTERREICH

Personal nach wie vor im Dunkeln. Wie wichtig sind diese Personaldaten aus dem Gesundheitsbereich?

RUPP: Um die Gesundheitsversorgung in Österreich aufrecht zu erhalten, ist eine effektive Personalbedarfsplanung unabdingbar. Genaue Prognosen sind angesichts der Veränderung der Arbeitswelt und des demografischen Wandels ohne belastbare Daten unmöglich zu treffen. Logische Quelle für diese Daten wäre das Gesundheitsberuferegister, welches durch ständige Verzögerung einer Novellierung größtenteils ungenutzt bleibt, da die darin enthaltenen Informationen aus der Praxis heraus beurteilt, unzureichend und mangelhaft sind.

Wie entstand das heute gültige Gesundheitsberuferegister?

Lange Jahre war Österreich bezüglich einer Übersicht der Berufsangehörigen im Gesundheitsbereich im Blindflug unterwegs. Der erste vernünftige Gesetzesentwurf dazu passierte erst 2013 beide Häuser des Parlaments. Was damals niemand bedacht hatte, war, dass wenn eine neue Bundesbehörde eingerichtet werden soll – die Arbeiterkammer ist diesbezüglich als Bundesbehörde zu sehen – haben die Länder ein Vetorecht. Von diesem haben nach dem Parlamentsbeschluss zwei Bundesländer Gebrauch gemacht, wodurch das Gesetz aus 2013 niemals in Kraft getreten ist. 2018 ist dann ein zweites Gesetz zum Gesundheitsberuferegister vom Parlament verabschiedet worden und auch in Kraft getreten. Damit wurden zehn Berufe und später noch ein weiterer in das Berufsregister aufgenommen. Nur die Qualität und die Aussagekraft des Registers ist wesentlich schlechter, als der Gesetzesentwurf 2013 vorgesehen hätte. Das bedeutet, wir haben ein sehr löchriges Gesetz und sind dadurch „halbblind unterwegs“.

Um die Gesundheitsversorgung in Österreich aufrecht zu erhalten, ist eine effektive Personalbedarfsplanung unabdingbar. Basis dafür ist das Gesundheitsberuferegister.

Bernhard Rupp

Welche Lücken zeigen sich im Speziellen?

Konkret bedeutet das, dass wir nicht wissen wie viele und vor allem wie qualifizierte Personen wir tatsächlich dem Gesundheitsbereich zur Verfügung stehen. Zwar müssen seit Juli 2018 Angehörige der Pflege- und -Berufe des Medizinisch-technische Dienste (MTD) in Österreich sowie seit Juli des Vorjahres auch die Operationstechnische Assistenz in

das Gesundheitsberuferegister eintragen, um berufsberechtigt zu sein, doch schafft dies nur einen Teilüberblick. Auf Grundlage des Registers war es erstmals möglich, die Anzahl, Geschlechterverhältnis, Qualifikationsstruktur, Einsatzgebiete, Tätigkeitsprofile und Altersverteilung in den betroffenen Gesundheitsberufen mit jeweils unterschiedlicher Schärfe abzubilden und damit erste wertvolle Daten für die dringend notwendigen Personalbedarfsanalysen zu liefern. Es bleiben jedoch weiterhin wichtige Fragen für eine sinnvolle Personalbedarfsplanung unbeantwortet.

Im Gegensatz zum heutigen Gesetz, beurteilen Sie den Ursprungsentwurf deutlich fortschrittlicher. Wie kam es zu der Änderung in der Qualität des Gesetzes?

Der erste Entwurf zum Gesundheitsberuferegister sah die Arbeiterkammer als einzige Registerbehörde vor. Dagegen gab es allerdings Widerstand. Das liegt vor allem daran, dass die Berufsverbände der Pflege als auch die MDT-Berufe dieses Register grundsätzlich selbst führen wollten. Hingegen war das Bestreben der Arbeiterkammer, eine noch bessere Interessenvertretung für alle kammerzugehörigen Gesundheitsberufe werden zu wollen und wir uns deshalb um die Registerführung bemüht haben, um die Bedürfnisse unserer Mitglieder besser kennen zu können. Damit prallten Interessensgegensätze aufeinander. Die Gesundheitsberufe haben dann auf der politischen Ebene eine Blockade des Gesetzes 2013 erwirkt. Der eher als unambitioniert zu bezeichnende zweite Aufguss des Gesetzes, das dann 2018 in Kraft getreten ist, ist lückenhaft und erfüllt nicht die Anforderungen, die ein gutes Register erfüllen müsste. Deshalb gibt es aus Sicht der Arbeiterkammer den dringenden Bedarf einer Reparatur.

Was sind die vordringlichsten Probleme an dem derzeitigen Gesetz, die man mit einer Novellierung sanieren müsste?

Ohne regelmäßigen automatischen Abgleich der Registerdaten mit den Dienstverhältnisse-Daten des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger können Häufigkeit der Dienstgeberwechsel, Verweildauer im Beruf und Mitarbeiterfluktuation nicht erfasst werden. Tendenzen vorherzusehen ist damit unmöglich. Durch die fehlende Arbeitszeiterhebung können vereinbarte Arbeitszeit, tatsächliche Arbeitszeit und Teilzeitquote nicht erhoben werden. Es liegen keine Daten über vorhandene Vollzeitäquivalente vor und eine dramatische Unterversorgung kann daher übersehen werden. Die Gesundheitsversorgung wird überdies auch zusätzlich von vielen Berufsgruppen gesichert, die noch nicht

im Register aufgenommen wurden, z. B. den Medizinischen Assistenzberufen. Damit das Gesundheitssystem nicht durch einen Mangel in diesen Gesundheitsberufen gefährdet wird, muss das Register um weitere Berufsgruppen ergänzt werden. Da auch absolvierte Sonderausbildungen/Spezialisierungen nicht verpflichtend bekannt zu geben sind, existieren dazu keine zuverlässigen Daten über die Anzahl entsprechend ausgebildeter Spezialistinnen und Spezialisten. Diese Daten über Absolventinnen und Absolventen von Sonderausbildungen, insbesondere zur Intensivpflege, haben während der Coronapandemie schmerzlich gefehlt.

Durch die aktuelle Existenz zweier Registrierungsbehörden, die Bundesarbeitskammer und die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), kommt es zu einem überflüssig hohen Verwaltungsaufwand. Insbesondere FH-Absolventinnen und Absolventen, für deren Registrierung die GÖG zuständig ist, wechseln innerhalb kurzer Zeit mehrmals die Behörde, da aufgrund der höheren Verfügbarkeit der Antrag bei der AK gestellt, zur Registrierung an die GÖG weitergeleitet und nach Eintragung bei vorhandenen Dienstverhältnis an die AK zurückgeleitet wird. Eine Registrierung der FH-Absolventinnen und Absolventen durch die Arbeiterkammer würde nicht nur zu einer Vereinfachung, sondern auch zu einer Entlastung der GÖG führen, welche die freien Ressourcen zu Datenanalyse aus dem Register im Sinne einer besseren Personalbedarfsplanung nutzen könnte. Der Zugang zu anonymisierten Daten und Auswertungen aus dem Gesundheitsberuferegister ist aufgrund des aktuellen Gesundheitsberuferegister-Gesetzes zur Datenverarbeitung ohnedies stark eingeschränkt. Eine generelle Möglichkeit zur Abfrage von Datensätzen besteht nicht, was eine verbesserte Studienlage

Ohne eine umfassende Novelle des Gesetzes kann das Gesundheitsberuferegister seine Bestimmung als präzises und sinnvolles Planungsinstrument der Gesundheitspolitik nicht ausreichend erfüllen.

Bernhard Rupp

durch Dritte stark einschränkt bzw. unmöglich macht. Ohne eine umfassende Novelle des Gesetzes kann das Gesundheitsberuferegister seine Bestimmung als präzises und sinnvolles Planungsinstrument der Gesundheitspolitik nicht ausreichend erfüllen.

Die Arbeiterkammer Niederösterreich hat zur Novellierung eine entsprechende Resolution verfasst und konkrete Änderungsvorschläge gemacht. Welche Punkte wurden angeregt?

Die Vollversammlung der AK Niederösterreich hat im Mai 2023 einstimmig den Bundesgesetzgeber aufgefordert, das Gesundheitsberuferegister-Gesetz in folgenden Punkten zu novellieren:

- Um im Gesetz tatsächlich die Gesundheitsberufe abzubilden, braucht es die Aufnahme folgender Berufsgruppen: Medizinische Assistenzberufe, Medizinisch-technischer Fachdienst, Kardiotechnischer Dienst, Zahnärztliche Assistenz, Medizinische Masseurinnen und Masseure sowie Heilmasseurinnen und Heilmasseure, Sanitäterinnen und Sanitäter, Medizinphysikerinnen und Medizinphysiker.
- Weiters braucht es eine gesetzliche Verpflichtung zum regelmäßigen automatischen

- Abgleich der Registerdaten mit den Dienstverhältnisse-Daten durch den Dachverband der Sozialversicherungsträger inklusive einer Erhebung der Arbeitszeit im Rahmen der monatlichen Beitragsgrundlage, für verlässliche und aktuelle Informationen über Beschäftigungsverhältnisse in Gesundheitsberufen.
- Sonderausbildungen/Spezialisierungen der Diplomkrankenschwestern und -pfleger sollen zum verpflichtenden, qualitätsgesicherten und veröffentlichenden Eintrag werden.
 - Die Arbeiterkammer soll, im Sinne einer ressourcenschonenden Verwaltungsvereinfachung, die für die FH-Absolventinnen und Absolventen zuständige Registrierungsbehörde werden.
 - Die Ermöglichung versorgungspolitisch erforderlicher Analysen der Daten aus dem Gesundheitsberuferegister im öffentlichen Interesse für alle wissenschaftlichen Einrichtungen im Sinn des Forschungsorganisationsgesetz.

Welche Priorität hat die Gesetzesreform?

Die politische Diskussion über die Anzahl von 70.000 bis 90.000 Pflegekräften, die wir bis 2030 benötigen werden, war ja erstmals auf Grund der Registerdaten möglich. Davor hätte die GÖG bzw. das Wirtschaftsforschungsinstitut (Wifo) das nicht einmal ansatzweise schätzen können, weil wir keine Daten hatten. Für eine seriöse Vorbereitung der Politik und auch der Finanzausgleichsverhandlungen muss klar sein, wieviel Budget und Personen wir haben, wieviel wir noch brauchen und auf welchem Qualifikationsniveau. Daraus leitet sich auch ab, welche Maßnahmen und Anstrengungen wir setzen müssen. Dazu benötigen wir diese Daten. Das zeigt: ohne Registerdaten ist eine vernünftige Planung der Versorgungssicherheit der Bevölkerung nicht möglich. **P**

Großes Goldenes Ehrenzeichen der Republik für Markus Wieser

Für sein **ENGAGEMENT UND SEINE VERDIENSTE UM DIE REPUBLIK ÖSTERREICH** wurde der Präsident der Arbeiterkammer Niederösterreich und Obmann des Fördervereins Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich ausgezeichnet. | von Rainald Edel, MBA

Markus Wieser, Präsident der Arbeiterkammer Niederösterreich und Vorsitzende des ÖGB Niederösterreich, bekam von Bundespräsident Dr. Alexander Van der Bellen das Große Goldene Ehrenzeichen für Verdienste um die Republik Österreich verliehen. Die Überreichung erfolgte im Rahmen eines Festaktes durch Arbeitsminister Dr. Martin Kocher im Bundesministerium in Wien. Mit der Auszeichnung wurde der jahrzehntelange Einsatz von Markus Wieser gewürdigt – und zwar in mehrfacher Hinsicht.

Mit dem Großen Goldenen Ehrenzeichen wurde der Einsatz Wiesers für die Anliegen und Rechte der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer geehrt. Der AK NÖ-Präsident ist schon seit seiner Jugend Arbeitnehmervertreter und die Jugend ist ihm bis heute eine große Herzenssache. Besonders hervorgehoben wurden in der Lobrede seine Verdienste um die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich. Markus Wieser gründete als betroffe-

ner Vater 2009 den „Förderverein Kinderreha“ und zeichnete maßgeblich für die Umsetzung der Kinderreha-Zentren in Österreich verantwortlich. Auch nach Erreichen dieses großen Etappenzieles sieht Wieser seine Mission und die Aufgabe des Fördervereins noch nicht als erfüllt und plant weitere Schritte, die Gesundheit- und medizinische Versorgung von Kindern- und Jugendlichen zu verbessern. So konnte er heuer im Rahmen des alljährlich stattfindenden PRAEVENIRE Gipfelsprächs am Fuße der Rax zum Thema Kinder- und Jugendlichenrehabilitation tagesaktuell darauf verweisen, dass ein vom Förderverein geforderter Gesetzesentwurf auf Rechtsanspruch für Eltern zur Begleitung der Kinder beim Reha-Aufenthalt und eine finanzielle Absicherung während dieses Zeitraums, den Sozialausschuss des Parlaments passiert hatte. Zudem möchte Wieser auch die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch auf diese Gruppe spezialisierte Zentren im niedergelassenen Bereich stärken. **P**



Im Rahmen eines Festaktes überreichte Wirtschafts- und Arbeitsminister Martin Kocher (li.) das Große Goldene Ehrenzeichen an AK Niederösterreich-Präsident Markus Wieser, der damit für seine Verdienste als engagierter Arbeitnehmervertreter und für sein Engagement für Kinder- und Jugendlichengesundheit ausgezeichnet wurde.



POLITIK

Wanted: Hausärztinnen und Hausärzte in der Praxis

PRAEVENIRE Expertinnen und Experten mit neuem Vorschlag: Der Bund soll die Ausbildung von 120 zusätzlichen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern an den österreichischen Universitätskliniken bezahlen. Dr. Wilhelm Marhold: „**WIR STEHEN VOR EINER ENORMEN PENSIONIERUNGSWELLE.**“ Schnelles Handeln wäre deshalb nach dem Vorbild der „Leodolter-Stellen“ vor einigen Jahrzehnten notwendig. | von Wolfgang Wagner

In Österreichs Spitälern fehlt es akut vor allem an Pflegekräften. In der niedergelassenen Praxis aber kommen dem Land zunehmend die Hausärztinnen und Hausärzte – also die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag – abhanden. Der Ruf nach mehr Ausbildungsplätzen für das Medizinstudium wurde bisher von den Rektoren der medizinischen Universitäten in Österreich negativ beurteilt. Es hilft wenig, mehr Medizinabsolventinnen und Medizinabsolventen zu „produzieren“, wenn sie dann nicht für die medizinische Versorgung der Bevölkerung extramural, also in der niedergelassenen Praxis, tätig werden. Keine Frage, die gesundheitspolitischen Diskussionen haben infolge der akut aufgebrochenen vielfältigen Probleme in jüngster Zeit deutlich an Schärfe zugelegt. Doch das ändert noch nichts an der Problemlage. Dr. Wilhelm Marhold, ehemals Chef des Wiener Krankenanstaltenverbundes und Manager im Gesundheitsbereich mit jahrzehntelanger Erfahrung, bei einem PRAEVENIRE Hintergrundgespräch: „Da macht jemand einen Vorschlag – und über den fallen dann die anderen her.“ Das bringe einfach nichts.

Die PRAEVENIRE Gesundheitsinitiative, so Marhold, biete hier einen Kontrapunkt: „Das ist eine Initiative, in welcher die Ideen von Expertinnen und Experten gesammelt werden.

Da kommt etwas an konkreten Vorschlägen für Maßnahmen heraus.“

Schnelle Maßnahmen notwendig

In Sachen Allgemeinmedizin fehlt es derzeit dringend an Nachwuchs für Hausärztinnen und Hausärzte, die später im Rahmen von Kassenverträgen für die medizinische Primärversorgung der Bevölkerung tätig werden. Die offiziellen Daten: Zum Jahresbeginn 2023 waren österreichweit 300 Kassenstellen unbesetzt – 176 Stellen für Allgemeinmedizin sowie 124 Facharztstellen. Wenn man davon ausgeht, dass die meisten gesundheitlichen Probleme zunächst einmal von Hausärztinnen und Hausärzten diagnostiziert und behandelt werden können, schlägt der Mangel in diesem Bereich besonders an. Bei den Fachärztinnen und Fachärzten waren weiterhin die Kinderheilkunde (29 offene Stellen), Frauenheilkunde (23) sowie Augenheilkunde (16) die größten „Sorgenkinder“, übrigens auch hier ausgesprochen „breitenwirksame“ Fachgebiete der Medizin. Die Zukunft verheißt nichts Gutes. Marhold: „Wir stehen vor einer enormen Pensionierungswelle (unter den niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern; Anm.) in den kommenden sieben bis zehn Jahren.“

Dr. Alexander Biach von der Wirtschaftskammer Wien, ehemals Chef des damaligen Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger

(jetzt „Dachverband“), untermauerte das mit harten statistischen Daten: „Die derzeitige gesundheitspolitische Diskussion spiegelt die Situation nicht wider. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ist in den vergangenen Jahren fast zweimal so stark gestiegen wie die Zahl der Bevölkerung. Im niedergelassenen Bereich haben wir aber ein All-Time-Low.“

Während es in den österreichischen Spitälern deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte als früher gebe, hänge die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in der niedergelassenen Kassenpraxis hinterher, so der Experte. Das ist unabhängig davon zu sehen, ob diese schließlich in Einzel- oder Gruppenpraxen oder gar in Primärversorgungseinheiten (PVE) tätig sind. Hier die von Biach präsentierten Daten im Einzelnen:

- Die größten Altersgipfel bei den österreichischen Ärztinnen finden sich im Bereich von 46 und dann schon bei 60 Jahren. Die Ärzte haben den größten Altersgipfel bei um die 64 Jahre. Der zweithöchste Gipfel bei den Ärzten ist mit um die 48 Jahre deutlich niedriger, aber ebenfalls bereits in Richtung höheres Alter verschoben.
- Die Zahl der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner hat in Österreich zwischen 2000 und 2022 von 10.650 auf 12.942 zugenommen.
- Die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte mit Kassenvertrag ist von 4.228 im Jahr 2000 auf 3.990 gesunken.
- Auf der anderen Seite hatte Österreich im Jahr 2000 genau 33.939 fertig ausgebildete Ärztinnen und Ärzte insgesamt. Im Jahr 2022 waren es bereits 52.657.
- Gleichzeitig hat die Bevölkerung von 8.0098.212 (2000) auf nunmehr 8.978.929 (2022) zugenommen.
- Im Jahr 2000 gab es in Österreich 4,24 Ärztinnen und Ärzte pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner, im Jahr 2022 waren es 5,86. Die Quote bei den Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern stieg nur leicht von 1,33 auf 1,44 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner.
- Schlecht sieht die Quotenentwicklung bei den Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag) aus: Sie sank von 0,53 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner zur Jahrtausendwende auf nunmehr nur noch 0,44 (2022).

Biach: „Wir haben immer mehr Ärztinnen und Ärzte in den Spitälern. ‚Draußen‘ aber haben wir einen massiven Rückgang, was den Kassenbereich angeht.“ Gruppenpraxen, die Unterstützung von Ordinationsgründungen und der gewünschte starke Ausbau von PVE sollen die Mangelsituation verbessern. Doch

Wilhelm Marhold schlug vor, dass an den Universitätskliniken mit der Ausbildung von 120 zusätzlichen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern begonnen werden soll.



ohne Hausärztinnen- und Hausärztenachwuchs wird das alles nicht gehen. Marhold will dieses Problem mit einem Konzept der ersten Gesundheitsministerin, Primaria Dr. Ingrid Leodolter (Amtszeit: 1971 bis 1979), angehen. Sie hatte Ende der 1970er-Jahre in Zeiten einer „Ärztenschwemme“ neue Maßnahmen ergriffen: Als damals die Baby-Boomer vermehrt die Fakultäten der Universitäten frequentierten, gab es für die notwendige nachfolgende Spitalsausbildung der Medizinabsolventinnen und -absolventen jahrelange Wartezeiten. Ihr Projekt: An den Universitätskliniken wurden vorübergehend Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner mit einem von vier auf drei Jahre verkürzten Turnus geschaffen und vom Gesundheitsministerium bezahlt. Analog dazu sollte laut Marhold jetzt gehandelt werden: „Derzeit ‚verzichten‘ wir an den Universitätskliniken auf die Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern. Unser Vorschlag ist ein Projekt mit 120 Dienstposten an den Universitätskliniken der medizinischen Universitäten in Österreich. Sie sollte der Bund bezahlen. Es kostet den Dienstgeber pro Auszubildendem brutto rund 100.000 Euro im Jahr. Damit kommen wir auf 12 bis 13 Millionen Euro. Das wäre ein Paket für eine Ausbildung von fünf Jahren.“

Ich bin dafür, auch selbstständige Ambulatorien als PVE auf Beschluss einer Landesregierung und mit Verträgen der Krankenkassen zu etablieren.

Alexander Biach

Der Gynäkologe, der viele Jahre Studenten- und später Ärztevertreter sowie Ärztlicher Direktor der Wiener Rudolfstiftung (nunmehr Klinik Landstraße) und anschließend Krankenanstaltenverbund-Generaldirektor war, will damit vor allem die akute Situation verbessert sehen: „Es soll eine rasche Maßnahme sein. Sie ist leicht zu realisieren. Man könnte an solche Stellen in Wien, Graz, Innsbruck, Salzburg und Linz denken.“ Überall dort befinden sich medizinische Universitäten, die jetzt einspringen könnten. Sichergestellt werden müsse, dass durch dieses Programm Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner für den niedergelassenen kassenvertraglichen Bereich ausgebildet werden. Das war auch unter Ministerin Leodolter der Fall. Die Absolventinnen und Absolventen der damaligen zusätzlichen Ausbildungsstellen an den Universitätskliniken mussten nach drei Jahren die Spitäler wieder verlassen. Marhold nannte ein in der österreichischen Politik bekanntes Beispiel: „Auch Dr. Erwin Rasinger (langjähriger ÖVP-Gesundheitssprecher und Hausarzt in Wien; Anm.) hat damals eine solche Ausbildung am Wiener AKH absolviert.“ Die teilnehmenden Universitätskliniken hätten mit den neuen Ärztinnen und Ärzten

Alexander Biach regte beim PRAEVENIRE Hintergrundgespräch an, über eine weitere Attraktivierung der Primärversorgungseinheiten nachzudenken.



in Ausbildung zur späteren Laufbahn als Hausärztinnen und Hausärzte wiederum den Vorteil, mehr ärztliches Personal für Stationsarztposten zu haben.

Interesse an Allgemeinmedizin-Ausbildung?

Im Hintergrund aller dieser Diskussionen stehen natürlich auch die Interessen der österreichischen Krankenhäuser. Bei bereits erfolgtem Anlaufen der Pensionierungswelle unter den österreichischen Ärztinnen und Ärzten aus der Baby-Boomer-Generation mit den Jahrgängen bis etwa 1960 sorgen auch sie sich um „ihren“ Nachwuchs. Und für die Krankenhäuser steht die Ausbildung von zukünftigen Fachärztinnen und Fachärzten für den Spitalsbetrieb naturgemäß im Vordergrund.

Eines sei klar, so Marhold: Nur mit schnell wirksamen Maßnahmen – wie eben den Ausbildungsstellen an den Universitätskliniken – ließe sich auch schon ab den nächsten fünf Jahren an den richtigen Rädern drehen, um die Personalsituation in der Kassen-Allgemeinmedizin zu verbessern. Derzeit dauert die Ausbildung zur Ärztin bzw. zum Arzt für Allgemeinmedizin mindestens 42 Monate. Anhaltender Bedarf existiert aber auch für neue Modelle in der niedergelassenen medizinischen Versorgung. Das ist sozusagen der zweite Angelpunkt, an dem es anzusetzen gilt. Biach: „Ich glaube, es geht bei der Ausgestaltung der Kassenverträge vor allem um die Frage der Lebensqualität.“ 70 Prozent der fertig ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte wollten laut Umfragen in der niedergelassenen Praxis „unselbstständig“ arbeiten. Viele würden sich eine Einzelordination mit den wirtschaftlichen Risiken nicht zutrauen. Teamarbeit sei gefragt. Die Ärztinnen und Ärzte wollten sich auch zunehmend nicht um die Kassenabrechnungen und die Organisation kümmern, sondern auf ihre ärztliche Tätigkeit konzentrieren. Biachs Vorschlag: „Ich bin dafür, auch selbstständige Ambulatorien als PVE auf Beschluss einer Landesregierung und mit Verträgen der Krankenkassen zu etablieren.“ Diese sind standesrechtlich nicht in der Ärztekammer, sondern in der Wirtschaftskammer verortet, das sollte aber kein Hinderungsgrund sein. So wäre die Bildung von multiprofessionellen Teams – von der Labormedizin über die Chirurgie bis hin zur Allgemeinmedizin – auch mit verschiedenen anderen Berufsgruppen und in Anstellungsverhältnissen für das Personal leichter möglich. Das Risiko für die einzelnen Ärzte und anderen Gesundheitsberufe wird

Unser Vorschlag ist ein Projekt mit 120 Dienstposten an den Universitätskliniken der medizinischen Universitäten in Österreich.

Wilhelm Marhold

durch Anstellung in der Gesellschaft minimiert – ein gravierender Unterschied zu Gruppenpraxen. Eine reine Kommerzialisierung sei bei Kontrolle durch die Landesregierungen und mit den Verträgen durch die Krankenkassen durchaus zu verhindern.

Laut Biach sollte das alles aber Einzelordinationen von Ärztinnen und Ärzten nicht an die Wand drängen. Es ginge bloß um ein möglichst breites Spektrum an Berufsoptionen für die Hausärztinnen und Hausärzte der Zukunft. Gleichzeitig müsse die Digitalisierung in der medizinischen Versorgung mit verstärkter Funktion von Dienstleistungen, wie der 1450-Hotline, in Gesundheitsfragen vorangetrieben werden.

Marhold ergänzte: „Auch die ‚Gesundheitswirtschaft‘ ist ein Markt. Die Menschen stimmen mit den Füßen ab. Sie gehen dorthin, wo sie am einfachsten eine Versorgung bekommen. Es geht um Patienteninformation, nicht um Steuerung.“ Die immer wieder erzählte „Mär“ von Patientinnen und Patienten, die mit banalen Gesundheitsproblemen in die Ambulanzen von Universitätskliniken kommen, sei nicht auf Böswilligkeit oder Bequemlichkeit, sondern auf einen Mangel an Wissen in Gesundheitsfragen zurückzuführen.

Vorsichtig positiv äußerte sich zu den Vorschlägen der PRAEVENIRE Gesundheitsinitiative bezüglich der zusätzlichen Ausbildungsstellen der Rektor der MedUni Wien, Univ.-Prof. Dr. Markus Müller: „An sich ist das eine interessante Idee. Wir haben an den Universitätskliniken der MedUni Wien bereits Teil-Anerkennungen als Ausbildungsstätten (auch für angehende Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner; Anm.) durch die Ärztekammer. Das könnte man weiter ausbauen.“ Es dürfe aber mit der geplanten Etablierung von Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin nicht der Eindruck von Fachärztinnen und Fachärzten zweiter Klasse entstehen. Das will auch Marhold verhindert sehen, wenn es wieder zu „Leodolter-Stellen“ an den Universitätskliniken kommen sollte. **P**





POLITIK

Ein stabiles Fundament für die Zukunft bauen

Bei der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG) werden **AUSBILDUNG UND PERSONALBINDUNG GROSSGESCHRIEBEN**. PERISKOP sprach mit Mag. Karl Lehner, MBA, über seine Zukunftsperspektiven. | von Mag. Dora Skamperls

Karl Lehner ist einer von drei Geschäftsführern der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG). Die Arbeit in der Geschäftsführung ist stark zukunftsorientiert, denn die OÖG setzt einen Schwerpunkt auf die Ausbildung und nachhaltiges Personalmanagement – und die geringen Drop-out-Raten im Ausbildungsbereich beweisen den Erfolg des Konzepts. Das Pilotprojekt Pflegestarter:innen ist beispielgebend, seit 15 Jahren läuft der strategische Schwerpunkt der Lebensphasenorientierung und fast 60 Prozent aller 15.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten in Teilzeitmodellen.

PERISKOP: Herr Lehner, Sie haben einen vielschichtigen Aufgabenbereich in der Oberösterreichischen Gesundheitsholding. Bitte skizzieren Sie kurz Ihre Zuständigkeiten.

LEHNER: Mein Ressortbereich umfasst die Ausbildung an den Schulen, den gesamten Finanzbereich und den Technikbereich mit Beschaffung, Medizintechnik, Bau und Haustechnik sowie den Beteiligungsbereich. Im Bereich der Schulen betreiben wir neun Krankenpflegeschulen an allen unseren Standorten, wo wir sehr breit ausbilden. Zum Konzern gehören die fünf Regionalkliniken an acht Standorten sowie das Kepler Universitätsklinikum, das mit 6.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unsere größte Konzerngesellschaft bildet. Insgesamt haben wir rund 15.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Eine ganz wichtige Rolle nimmt die FH Gesundheitsberufe OÖ mit rund 2.200 Studentinnen und Studenten ein, wo wir einen 80-Prozent-Anteil halten, 20 Prozent haben die Ordensspitäler in Oberösterreich. Hier bieten wir in elf Studiengängen Ausbildungen für Hebammen, in der Ergo-, Physiotherapie, Logopädie, Diätologie, Radiologietechnologie, Biomedizinischen Analytik sowie Gesundheits- und Krankenpflege und einige Managementlehrgänge an. Ich bin auch Geschäftsführer der LKV Krankenhauserrichtungs- und Vermietungs-GmbH, die mehrere Spitalstandorte ausgebaut und errichtet hat. Zu meinem Ressortbereich zählen noch die Beteiligungen an drei Reha-Zentren am Gmundnerberg, in Enns und in Rohrbach. Zwei weitere Konzerngesellschaften, die Landespflege- und Betreuungs-GmbH und die Medizinische Simulations- und Trainingszentrum GmbH gehören zu einem anderen Ressortbereich in der Geschäftsführung.

Gibt es auch Verschränkungsmodelle, die Sie beispielhaft nennen können?

Es gibt in der OÖG mehrere Verschränkungsmodelle, beispielsweise einen MRT im Salzkammergutklinikum am Standort Gmunden gemeinsam mit dem niedergelassenen Bereich, mit dem wir sowohl extramurale als auch Spitalpatientinnen und -patienten versorgen. Das MRT-Gebäude ist direkt am Krankenhaus angebaut und unser Radiologie-Primar arbeitet dort direkt mit externen Ärztinnen und Ärzten zusammen. Ein ähnliches Verschränkungs-

modell ist im Klinikum Rohrbach – ebenfalls ein MRT-Gerät, wo wir in einer Vereinbarung mit der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) auch alle extramuralen MRT-Leistungen im Klinikum mitbetreuen. Das bedeutet, dass sich pro Jahr mehr als 3.500 Patientinnen und Patienten den Weg nach Linz sparen. In Kirchdorf im Phyrn-Eisenwurzen Klinikum befindet sich eine Kassen-Kinder-Gruppenpraxis, die im Spital situiert ist. Sie bietet den großen Vorteil von zwei Versorgungsvarianten an einem Ort. Unsere Ärztinnen und Ärzte aus unserer Kinderabteilung betreiben diese Gruppenpraxis und haben den Vorteil, dass sie nur innerhalb des Gebäudes den Platz wechseln müssen, was zeit- und ressourcensparend ist. Letzteres ist seit mehr als zehn Jahren eines unserer Vorzeigeprojekte, das sehr gut funktioniert. Ein viertes Verschränkungsmodell besteht im Klinikum Freistadt, wo es im niedergelassenen Bereich für die Gynäkologie nur Wahlarztordinationen und keine Kassenordination gibt. Hier bieten wir im Rahmen einer Vereinbarung mit der ÖGK im Klinikum auch Kassenleistungen an.

Gibt es in Oberösterreich noch weitere Modelle oder Ideen, um die Ambulanzen nachhaltig zu entlasten?

Die Akutschiene ist ja entsprechend geregelt – hier ist völlig klar, wohin die Patientinnen und Patienten kommen, beispielsweise bei einer Geburt, einem Herzinfarkt, Schlaganfall oder

Unfall. Es kommen aber viele Menschen ohne Zuweisung, die nicht akut sind und eigentlich keine Leistungen eines hochspezialisierten Krankenhauses benötigen. In Österreich besteht keine Kultur für ein Gatekeeping. Wir sind daher der Meinung, dass alle Gesundheitsdiensteanbieter gemeinsam Modelle entwickeln sollten, um die Menschen dorthin zu steuern, wo sie am besten betreut werden. Eine dem Spital vorgelagerte oder auch im Spital angesiedelte Primärversorgungseinheit (PVE) könnte hier ein Lösungsmodell darstellen, mit dem umfassenden Angebot eines Gesundheitszentrums – inklusive Betreuung z.B. durch Hebammen, Logopädie, Physiotherapie, gemeinsam von niedergelassenen Ärztinnen, Ärzten und Mitarbeiterinnen sowie Mitarbeitern der Spitäler, die Interesse daran haben. Eine solche Einrichtung wäre den Spezialambulanzen vorgelagert und würde diese entsprechend entlasten. Jene Patientinnen und Patienten, die doch eine spezialisierte Behandlung benötigen, können dann direkt eine Spezialambulanz aufsuchen. Hier treten wir mit dem niedergelassenen Bereich nicht in Konkurrenz – ganz im Gegenteil, dieser ist Teil des Konzepts. Es sollten alle Gesundheitsdiensteanbieter die Möglichkeit haben, sektorenübergreifend zusammenzuarbeiten – doch da fehlt es in Österreich noch an Rahmenbedingungen. Das kann auch die Apotheken, Bandagisten und viele weitere Professionistinnen und Professionisten miteinbeziehen.

Karl Lehner brachte bei den 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach 2023 seine Expertise aus der praktischen Sicht des Krankenhausbetreibers ein.



© GERHARD GATTINGER



Sie beschreiben hier ein optimales Lotsenmodell, was ist davon bereits konkret in Umsetzung?

Die vier bereits genannten Verschränkungsmodelle bestehen seit mehreren Jahren und wir sind der Meinung, dass wir deutliche weitere Schritte setzen müssen. Ein hartes Gatekeeping-System ist nicht die Kultur, die wir in Österreich haben. Die Menschen in Österreich haben die Wahlfreiheit, und daher müssen wir Strukturen schaffen, die eine punktgenauere Landung im System und durch das System ermöglichen und die möglichst niederschwellig sind.

Neben den besonders wichtigen Hausärztinnen und Hausärzten kann eine PVE die Patientinnen und Patienten an den Best Point of Care steuern, wo sie insgesamt auch besser und zielgerichtet versorgt werden. Natürlich haben wir für eine PVE auch alle Berufsgruppen in den Spitälern und können unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die das wollen, auch in der PVE tätig werden.

Ein hartes Gatekeeping-System ist nicht die Kultur, die wir in Österreich haben. Die Menschen in Österreich haben die Wahlfreiheit, und daher müssen wir Strukturen schaffen, die eine punktgenauere Landung im System und durch das System ermöglichen.

Karl Lehner

Werden für zukünftige Neubauten auch Erstversorgungsambulanzen (EVAs) ange-dacht, die entsprechend baulich gestaltet sind, beispielsweise mit ansprechenden Aufenthaltsbereichen?

Bei Neubauten und Umbauten sehen wir bereits jetzt Holding Areas vor, wo Patientinnen und Patienten ankommen, aber auch nach der Behandlung oder zwischen zwei Behandlungen angenehme Wartebereiche zur Verfügung haben. In den Akutbereichen und Notfallambulanzen wird dann wirklich nur noch dieser Bedarf gedeckt, während daneben Möglichkeiten geschaffen werden müssen, nicht akute Fälle gesondert zu betreuen. Das wird baulich auch berücksichtigt und entsprechend gestaltet. Wir haben gerade Masterpläne in Arbeit, wo beispielsweise MRT-Geräte in Regionalkliniken nach den oben genannten Vorbildern entstehen sollen.

Karl Lehner ist stolz, dass die OÖG mit einigen Pilotprojekten im Bereich der Ausbildung und Versorgung modellgebend ist.



Kommen wir zur Ausbildung. Wie nehmen Sie auf die Personalsituation Bezug, sowohl in der Pflege als auch in der medizinischen Versorgung?

Die Ausbildung in unseren neun Krankenpflegeschulen und der FH Gesundheitsberufe OÖ mit ihren Studiengängen ist erheblich gefordert. Es ist ein Faktum, dass von 100 Leuten, die in Pension gehen, aufgrund der Bevölkerungspyramide nur 60 nachkommen. Das heißt, wir müssen mehr Menschen rekrutieren aus einer kleineren Gruppe. Und vor allem müssen wir versuchen, diese auch nachhaltig für einen Gesundheitsjob zu begeistern. Wir bieten an allen Standorten alle Ausbildungen an, in Teilzeit und berufsbegleitend, mit Start im Herbst und im Frühjahr. Seit einem Jahr gibt es auch das Projekt Pflegestarterinnen und -starter, die die Pflegeausbildung sofort nach der Pflichtschule beginnen. Das heißt aber nicht, dass wir diese jungen Menschen mit 15 Jahren ans Patientenbett schicken – sie haben beispielsweise Simulations- und Schauspielunterricht. Wir haben zwei Pilotmodelle in Freistadt und in Kirchdorf, die sehr gut laufen und die wir daher auf weitere Schulstandorte ausrollen. Damit haben wir die Chance, dass wir sofort nach der Pflichtschule junge Menschen mit in den Pflegebereich, in die Ausbildung übernehmen. Wir bieten auch die Möglichkeit, ein Berufsbildungspraktikum zu machen. Wir erleben, dass diejenigen, die sich nach den zehn Monaten im Berufsbildungspraktikum für eine Ausbildung an einer Krankenpflegeschule entscheiden, fast alle dabei bleiben – weil sie ganz genau erlebt haben, was sie erwartet. Bei den Pflegestarterinnen und -startern haben wir die Ausbildung schrittweise vorgesehen, als Pflegeassistentin und Pflegefachassistentin. Wenn sie dann eine Berufsreifeprüfung oder ein B2-Diplom in Englisch machen, können sie direkt ins dritte Semester unserer Bachelorausbildung für die Pflege in der FH Gesundheitsberufe OÖ einsteigen. Wir bieten damit ein komplett durchgängiges Modell ab 15 bis zum akademischen Abschluss.

Was ist in der Ausbildung in Oberösterreich anders als in den anderen Bundesländern, gibt es Alleinstellungsmerkmale?

Wir hatten in der OÖG schon vor 15 Jahren ein Modell, im Rahmen der Diplombildung und einem zusätzlichen siebten Semester in der Pflege einen Bachelor machen zu können. Das war in Zusammenarbeit mit der Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU) in Salzburg. Als die Reform im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) 2016 gekommen ist, haben sich daher in Oberösterreich die Spitalsträger gemeinsam entschieden, sofort auf die Bachelorausbildung umzusteigen, und haben damit sehr gute Erfahrungen gemacht. Wir haben im Durchschnitt pro Jahr 300 Studentinnen und Studenten, die das Studium der Gesundheits- und Krankenpflege an der FH Gesundheitsberufe OÖ beginnen. Auch das oben beschriebene Pflegestartermodell unterscheidet uns von den meisten anderen Bundesländern. Neben einigen anderen Bundesländern hat sich OÖ für den Pilotversuch der Pflegelehre entschieden, der durchaus herausfordernd ist, da die Pflegelehre ganz anders organisiert ist. Auch hier übernehmen wir Menschen ab 15 Jahren.

Wie sieht es im ärztlichen Bereich aus, wird schon in der Ausbildung Personal gewonnen und aufgebaut?

Hier ist das Personalrecruiting sehr gefordert. Unsere Personaldirektion ist mit Medizinerinnen und Medizinern auf den einschlägigen Berufsinformationssessen in ganz Österreich unterwegs. An der Medizinfakultät der Johannes

Kepler Universität (JKU) in Linz gibt es seit einigen Jahren die Möglichkeit, in Oberösterreich auszubilden. Viele junge Menschen sind im klinisch-praktischen Jahr und der Basisausbildung an unseren Spitälern. Alle unsere Kliniken sind Universitätslehrkrankenhäuser. Nach dem Aufbauplan der JKU kommen in den nächsten Jahren noch erheblich mehr Studienplätze für die Humanmedizin hinzu.

Inwieweit kann das Bundesland Oberösterreich bzw. die OÖG im Bereich der Personalbindungsmaßnahmen eigene Schritte setzen?

Wir haben vom Land als Eigentümer die Unterstützung, dass wir den Ausbildungsbereich und das Bildungsangebot – ob es unsere Schulen betrifft oder die Zahl der Studienplätze an der FH – bedarfsgerecht steuern können. Wir können im Rahmen unserer Akkreditierung der Fachhochschule auch das Zehnprozent-Potenzial entsprechend ausnutzen. Im Bereich der Personalbindung haben wir seit mehr als 15 Jahren einen strategischen Schwerpunkt in der Lebensphasenorientierung, wo es eine Fülle an Maßnahmen gibt, die sich auf die Personalbindung in den verschiedenen Lebensabschnitten ausrichten. Es gibt Schulpartnerschaften der Krankenpflegeschulen mit allen Schulen im Einzugsbereich. Es gibt an allen unseren Klinikstandorten Kinderbetreuungseinrichtungen. An unseren Häusern mit insgesamt 15.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gibt es fast 60 Prozent mit verschiedensten Teilzeitmodellen. Auch betreiben wir viele Social-Media-Aktivitäten, um zu informieren und zu vernetzen.

Wir müssen mehr Menschen rekrutieren aus einer kleineren Gruppe, die nachkommt, und sie ausbilden. Und vor allem müssen wir versuchen, diese auch nachhaltig für einen Gesundheitsjob zu begeistern.

Karl Lehner

Thema Digitalisierung – was ist in Oberösterreich auf Schiene, was ist geplant?

Wir haben einen sehr weitgehenden Digitalisierungsgrad in unseren Kliniken. Gerade jetzt läuft ein trägerübergreifendes Projekt, und zwar implementieren wir schrittweise ein neues Krankenhausinformationssystem (KIS) an allen unseren Standorten in einem Projekt gemeinsam mit einigen Ordensspitälern. Wir haben aus der Zeit der Pandemie auch das Thema digitale Schleusen mitgenommen, die bald in allen Häusern umgesetzt werden sollen. Auch besteht schon mehrere Jahre ein trägerübergreifendes Tumorzentrum, das mehrmals wöchentlich virtuelle Tumorboards abhält und wo alle Patientinnen und Patienten mithilfe einer einheitlichen Software dokumentiert werden. Dieses Projekt ist durchaus modellgebend – auch in Zukunft für andere Bereiche, wie z.B. ein Traumanetzwerk. Unsere Radiologien sind mit unserem Radiologieverbund standortübergreifend in einem einheitlichen PACS vernetzt. Unsere IT arbeitet gemeinsam mit anderen Bundesländern an einem gemeinsamen Patientenportal, das in weiterer Folge eine Vorbereitung auf die EU-weite Patient Summary sein soll. Unsere IT betreut auch die ELGA-Plattform in Oberösterreich. Hier wünschen wir uns, dass ELGA noch stärker sektorenübergreifend wird, was ein maßgeblicher Faktor für die erfolgreiche Anwendung des gesamten Systems ist. **P**

No risk, no fun? – Risiken der digitalen Datensicherheit

Das Fachthema 4 – **DIGITALE SICHERHEIT UND RESILIENZ: NOTWENDIG FÜR VERTRAUEN UND ENTSCHEIDEND IN KRISEN** stand im Brennpunkt beim 5. PRAEVENIRE Digital Health Symposium am 21. April und sorgte für spannenden Diskussionsstoff. | von Mag. Dora Skamperls

Der zweite Themenblock am 21. April stand ganz im Zeichen der Sicherheitsaspekte im Umgang mit Patientendaten. Die Keynoter waren sich einig: Hier entsteht ein Paradoxon, denn die Maßnahmen zum Datenschutz sollen dem Schutz von Patientinnen und Patienten dienen, richten aber auf der anderen Seite enormen Schaden an. Wenn Forschung behindert wird, leiden erkrankte Menschen darunter, was nicht im Sinne der Beteiligten sein kann. Im Themenbereich „Digitale Resilienz“ wurde für die enormen Risiken im Bereich der kritischen Infrastruktur sensibilisiert.

Forschung durch Datennutzung ermöglichen

Zum ersten Thema „Digitale Datensicherheit: Ist Zustand des Schutzes der PatientInnen-daten/MitarbeiterInnendaten – wie gut sind meine Daten als PatientIn/MitarbeiterIn heute geschützt und welche Risiken bestehen?“ startete Angelika Widhalm, Vorstandsvorsitzende Bundesverband Selbsthilfe Österreich (BVSHOE), mit ihrer Keynote aus Sicht von Patientinnen und Patienten. „Der derzeitige Datenschutz ver- oder behindert wissenschaftliche Auswertungen und das Forschen bei Erkrankungen. Wir sind sehr offen, diesbezüglich etwas zu ändern. Allerdings ist sehr wichtig, dass Daten immer zum Vorteil der Patientinnen und Patienten genutzt werden“, so Widhalm, und geht noch weiter: „Wir müssen die Möglichkeit schaffen, dass ein Datenaustausch auch überregional in Europa stattfinden kann, damit die österreichischen Patientinnen und Patienten nicht abgehängt werden.“ Gerade bei Seltene Erkrankungen gebe es sowohl in der Forschung als auch Versorgung große Probleme, wenn eine europaweite Datennutzung nicht möglich sei. Dazu sei aber zunächst innerhalb Österreichs eine optimale Verknüpfung der Daten zwischen Spitälern und dem niedergelassenen Bereich Voraussetzung. Die wenigen in Europa angesiedelten Expertise-

zentren für Seltene Erkrankungen müssten das Recht und die Möglichkeit haben, Daten von Patientinnen und Patienten abzurufen.

Höchste Gefahrenstufe im Gesundheitsbereich

Univ.-Ass. Dr. Žiga Škorjanc, Universitätsassistent Post Doc und Habilitand am Institut für Innovation und Digitalisierung im Recht der Universität Wien, Geschäftsführer der lexICT, beleuchtete das Thema aus der Perspektive der Rechtswissenschaften. Cyberbedrohungen im Gesundheitsbereich erreichen eine Gefahrenstufe, die höchste Aufmerksamkeit erfordert, stellte Škorjanc eingangs klar. Im Gesundheitsbereich sei es nicht so einfach möglich, ganze Systeme vom Netz zu nehmen, eine eingehende Analyse durchzuführen und Risiken völlig auszuschalten – denn es hängen Leben davon ab, dass die Systeme weiterlaufen. Er definierte u. a. eine wichtige Maßnahme, um auf technischer Seite Datensicherheit herzustellen: Netzwerkfragmentierung, die die Abschaltung einzelner Systemteile ermöglicht, ohne die anderen zu beeinträchtigen. Ab nächstem Jahr wird auf rechtlicher Seite per Bundesgesetz der Anwendungsbereich, auf den sich kritische Infrastruktur erstreckt, drastisch ausgeweitet – hier werden auch größere Arztpraxen und PVE miteingeschlossen sein. Selbst im Bereich der Medizinprodukte und Pharmaprodukte werden viele Anforderungen hinzukommen.

Nutzen muss größer als Risiko sein

Als dritter Speaker sorgte Dr. Franz Leisch, Chief Digital Officer des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE, für gespannte Aufmerksamkeit. Er erzählte einige Praxisbeispiele aus seiner fünfjährigen Periode als Leiter der ELGA GmbH. Jede Arztpraxis und jede Gesundheitseinrichtung muss ein IT-Sicherheitskonzept haben, was bei kleineren Einheiten gar nicht so selbstverständlich sei, so Leisch. Er fordert

Schulungen für Einzelordinationen oder kleine Gruppenpraxen, um diese Sicherheitskonzepte auch umsetzen zu können. „Usability und Datensicherheit müssen zueinanderpassen. Zu komplizierte Sicherheitssysteme werden nicht angenommen, und der Patient oder die Patientin will einfach behandelt werden. Es wird hier ein Abwägen geben müssen“, so Leisch. Als Beispiel nannte er das Aussetzen des Steckens der e-card während der COVID-19-Pandemie für die telefonische Verschreibung. Damit fiel die Zwei-Faktor-Authentifizierung flach und die Ärztesoftwares mussten in kürzester Zeit umgestellt werden. „Jeder hier im Raum wird sagen: In der Verhältnismäßigkeit hat es damals gepasst.“ Nach einem weiteren Praxisbeispiel scherzte Leisch: „Es gab ja sogar die Diskussion, ob die Verwendung von Office 365 DSGVO-konform ist.“ Er schloss mit der Anekdote, als er seinerzeit in einem Interview gefragt wurde: „Herr Leisch, können Sie die hundertprozentige Sicherheit von ELGA garantieren? Und ich habe geantwortet: Nein, kann ich nicht – aber der Nutzen ist viel größer als das Risiko.“

Datennutzung vs. Datensouveränität

Lukas Helminger, MSc, Geschäftsführer und Co-Founder der TACEO GmbH, sprach über das Thema „Secure Data Collaboration – Die Zukunft des Datenmanagements im Gesundheitswesen“. Seine Firma beschäftigt sich mit Privacy-Enhancing Technologies. Auch er betont die Schere zwischen notwendiger und sinnvoller Datennutzung gegenüber Datenschutz bzw. Privacy. Privacy-Enhancing Technologies können dabei helfen, die „Verstümmelung“ von Daten so weit zu reduzieren, dass eine Nutzung für die medizinische Forschung möglich wird. Wichtig dabei ist, dass alle teilnehmenden Organisationen ihre Datensouveränität behalten.

Die Keynote von Prof. Dr. Juliana Bowles, Professorin in Computer Science an der University of St Andrews, UK, und Research Managerin am Software Competence Center Hagenberg, beschäftigte sich mit einem großen internationalen Forschungsprojekt mit dem Ziel, Gesundheitsdaten europaweit mit höchstmöglicher Sicherheit zu verknüpfen bzw. verfügbar zu machen. Es geht dabei um Systeme, die eine Möglichkeit von Schnittstellen schaffen, um Daten aus verschiedenen Quellen, Systemen und Ländern miteinander zu verknüpfen. Einerseits handelt es sich bei Gesundheitsdaten um hochsensible Daten, andererseits sollen diese grenzübergreifend nutzbar gemacht werden. Dies wurde anhand etlicher konkreter Use Cases erarbeitet. Hier werden mithilfe von Synthetic Data u. a. die individuellen Meinungen einzelner Patientinnen und Patienten abgefragt. Auch können auf diese Weise unterschiedliche medizinische Methoden und Behandlungsformen in verschiedenen Ländern erkannt und analysiert werden.

Keynotespeaker in alphabetischer Reihenfolge: Juliana Bowles, Lukas Helminger, Franz Hoheiser-Pförtner, Rainer Kloimstein, Franz Leisch.





Cyber Crime ist Geschäftsmodell geworden

Der Themenkreis „Cyber Security: Messgeräte und Implantate – wie können Online-Messgeräte und Implantate gegen Angriffe, Internetausfälle und Software-Versagen geschützt werden?“ begann mit der Keynote von Michael Swoboda von der Sparte Information und Consulting der Wirtschaftskammer Wien.

„Cyberkriminalität ist mittlerweile ein riesiges Geschäftsmodell geworden. Wir haben in den letzten zehn Jahren knappe 600 Prozent Anstieg der Fälle“, erläuterte Swoboda. „So gibt es mittlerweile nur noch eine Frage – nicht, ob es mich treffen wird, sondern wann.“ Es gebe eine extrem hohe Dunkelziffer, so Swoboda. Man gehe davon aus, dass die Zahl abseits der über 60.000 angezeigten Fälle um den Faktor 4 höher sei. Cyberkriminalität werde inzwischen als Dienstleistung im Internet angeboten – wenn man die Zugänge zum Darknet kenne. Die Leistungen seien nicht einmal besonders kostenintensiv, ab 1000 Euro sei man schon dabei. Die größte Sicherheitslücke sei der Mensch selbst, erklärt Swoboda. Daher sei es so wichtig, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Führungskräfte ständig am Laufenden zu halten und in Cyber Security zu schulen. IT-Systeme könnten durch Schulung und Qualifizierung aller Beteiligten wesentlich sicherer gemacht werden, ohne technisch etwas am System zu verändern. Für den Fall der Fälle braucht jede Firma, egal in welcher Größe, einen Notfallplan. Dieser könne auch einfach gestaltet sein – zum Beispiel: „Was sind die fünf ersten Schritte, die ich in dieser Paniksituation sofort umsetzen muss?“

Hohe Anforderungen an die digitale Zukunft

Ing. Franz Hoheiser-Pförtner, MSc, Vorstandsmitglied von Cyber Security Austria, referierte in seiner Keynote über die zukünftigen Risiken in einer immer stärker digitalen medizinischen Versorgung. Er wies darauf hin, dass bereits 2008 Herzschrittmacher gehackt wurden, das Problem also keineswegs neu sei. Es werde in Zukunft jedoch noch viel weitergehen. „Es ist moderne Erpressung: Früher war es das Schutzgeld auf der Straße, jetzt ist es das Schutzgeld im Internet“, warnte Hoheiser-Pförtner. Dies sei ein Bedrohungsbild bei jeder digitalen Vernetzung. Es reiche nicht mehr aus, einzelne Hard- und Softwarekomponenten als Risikofaktoren zu betrachten. Je komplexer Systeme werden, umso besser müssen auch die damit befassten Personen ausgebildet und geschult werden. Die von der EU verabschiedete NIS-2-Richtlinie zur Cybersicherheit müsse von allen Mitgliedsstaaten spätestens im Herbst 2024 umgesetzt sein. Das Gesundheitswesen fällt hier in die höchste Sicherheitsstufe. Neu ist auch, dass im Fall einer Nichteinhaltung auch hohe Bußgelder verhängt werden können – bis zu 10 Mio. Euro oder zwei Prozent vom Jahresumsatz. DI (FH) Rainer Kloimstein, Chief Information Security Officer (CISO)/Datenschutzbeauftragter der Oberösterreichischen Gesundheitsholding GmbH, ließ mit seiner Keynote zum Thema „Herausforderungen für Spitäler – welche Angriffe auf Spitäler dominieren derzeit, was ist konkret gefährdet und wie können sich Spitäler schützen?“ keinen Zweifel über die Brisanz der Situation offen. Wie das Beispiel des größten Krankenhauses in Barcelona zeige, gehen Cyberkriminelle mittlerweile dazu über, Daten im Darknet zu veröffentlichen,

wenn ihren Forderungen nicht nachgegeben werde. In den USA wurden im Zuge einer Erpressung Fotos von Brustkrebspatientinnen veröffentlicht. In Frankreich gebe es daher Regularien, die ein Bezahlen von Lösegeldern in solchen extremen Fällen erlauben. In Österreich wurden die Kärntner Landesregierung und die MedUni Innsbruck gehackt. Gerade im Gesundheitsbereich entstehe durch eine besonders perfide Art der Erpressung ein hohes Sicherheitsrisiko für Patientinnen und Patienten, nämlich die bewusste Verfälschung von Daten. Damit sei die Gefahr von Falschbehandlung erhöht. Die letzte Verteidigungslinie, nämlich das komplette Trennen vom Netz, sei in Zeiten von Cloud-Lösungen nicht mehr ausreichend. „Die Cloud ist nicht nur Segen, sondern auch Fluch“, so Kloimstein, Offline verfügbare Dokumentation, das Vier-Augen-Prinzip bei der Implementierung, ein ISMS-System mit regelmäßigen Audits und Schulungen aller Beteiligten seien wesentliche Faktoren für die Cyber-Sicherheit. Das Durchspielen und Üben unterschiedlicher Modellsituationen und der Maßnahmenkette im Ernstfall sei ebenso unerlässlich, um darin Routine aufzubauen.

Die Firma von Manfred Scholz, Geschäftsführer der SEC4YOU Advanced IT-Audit Services GmbH, befasst sich mit IT-Revision und IT-Beratung auf internationaler Ebene. „Wir müssen es schaffen, die Kontrolle über Schadensereignisse zu erhalten. Derzeit haben wir sie nicht. In der Risikoprävention dreht sich alles um den Kern Risikomanagement“, warnte er in seiner Keynote. Regelmäßige Wirksamkeitsprüfungen von Maßnahmen seien unbedingt erforderlich, um ständig am Ball zu bleiben. Denn: Die Mehrheit aller weltweiten Sicherheitsvorfälle wird durch menschliches Versagen ausgelöst.

Auch analog auf Blackout vorbereiten

Der Themenblock „Digitale Resilienz: Blackout – digitale Resilienz ganz analog oder tot?“ startete mit der Keynote von Herbert Saurugg, MSc, internationaler Blackout- und Krisenvorsorgeexperte und Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Krisenvorsorge. Der Begriff Resilienz werde mittlerweile inflationär verwendet und meistens mit Widerstandsfähigkeit übersetzt, begann Saurugg. Doch es gehe um viel mehr, denn „wenn ein Schaden bereits eingetreten ist, geht es um die Frage, wie kann ich damit umgehen? Wir müssen aber unsere Antizipationsfähigkeit nutzen und daraus lernen, bevor der Schaden eintritt.“ Daher seien weniger Widerstandsfähigkeit als Lernen und Anpassungsfähigkeit die wesentlichen Treiber für Resilienz. Der temporäre Stromausfall in einigen Häusern würde medial bereits als Blackout bezeichnet, auch das sei eine inflationäre Nutzung eines Schlagworts. Es gehe dabei vielmehr um einen überregionalen, längerfristigen Stromausfall mit einem daraus folgenden Ausfall von Infrastruktur und Versorgung. Dies betrifft natürlich auch das Gesundheitswesen als hoch kritische Infrastruktur. Die Pandemie habe alle eines Besseren belehrt, die meinten, ein solcher Fall könne kaum eintreten. Digitale Vernetzung werde dann nicht mehr funktionieren, daher müsse man sich auch analog auf den Krisenfall vorbereiten. In Österreich würde ein totaler Stromausfall in etwa 30 Stunden in Anspruch nehmen. Seit der Blockade des Suezkanals ist

Keynotespeaker in alphabetischer Reihenfolge: Herbert Saurugg, Markus Schober, Manfred Scholz, Žiga Škorjanc, Bastian Stockhausen, Michael Swoboda, Maria Troger, Angelika Widhalm.



es klar, was ein größerer Zusammenbruch der Lieferketten bedeutet. In erster Linie gelte es aber, dass sich das Personal – auch privat – auf einen solchen Fall vorbereitet, denn ohne Personal kann der Krisenfall nicht bewältigt werden.

Mag. Markus Schober, Landtagsabgeordneter und Vertreter der Wiener Bildungsakademie, bekräftigte, dass es in den letzten Jahren schon viele Anstrengungen gegeben habe, sich gut auf einen möglichen Blackout vorzubereiten. „Wenn wir uns den Sicherheitsbericht des Bundesheers anschauen, wird klar, dass wir in den nächsten fünf Jahren zu 100 Prozent einen Blackout haben werden“, so Schober. Es sei daher wichtig, sich darauf vorzubereiten. Alternative Kommunikationsmethoden und -systeme seien eine vorrangige Aufgabe. „Wie kann ich das, was ich unbedingt brauche, am besten schützen? Darauf müssen wir uns im Ernstfall konzentrieren“, so Schober. „Planspiele können wir uns sparen, wenn wir von Blackout-Übungen sprechen. Es geht darum, die Menschen auf die reale Situation vorzubereiten.“ Schober schloss mit den Worten: „Wir können es uns nicht mehr leisten, weder gesellschaftlich noch finanziell, uns nicht auf den Ernstfall vorzubereiten.“

Vorbereitung ist von zentraler Bedeutung

Mag. Maria Troger von der Schiefer Rechtsanwälte GmbH referierte über ihre Spezialgebiete Konzeption und Umsetzung diffiziler Projekte in den Bereichen PPP und Kooperationen, Innovation und Gesundheit. In Krisenfällen gehe es auch darum, einen verlässlichen Partner an der Seite zu haben, der im Krisenfall zur Seite stehe und helfe, diesen zu bewältigen. Dies sei auch in den Vergabeverfahren der öffentlichen Hand zu berücksichtigen. Vergabeverfahren mit Berücksichtigung innovativer, kleinerer Anbieter seien zwar teurer, könnten aber für wesentlich bessere Ergebnisse sorgen. Bastian Stockhausen, Bereichsleiter Medizintechnik & IT, Evangelisches Krankenhaus Gelsenkirchen, begann seinen Vortrag mit der Feststellung: „Jedes dritte von Cyberangriffen betroffene Unternehmen ist aus der Gesundheitsbranche. Die Bedrohungslage ist so hoch wie noch nie.“ Gerade auch durch den Krieg in der Ukraine sei diese noch weitergewachsen. Jedes Unternehmen im Gesundheitswesen verzeichnet rund 1700 Angriffe pro Tag, wobei nur ein Bruchteil tatsächlich schädliche Folgen hat. Eine große Einheit wie ein Krankenhaus müsse sich auch überlegen, ob es tatsächlich am Ende günstiger sei, sich nicht genug vorzubereiten, als im Ernstfall wochenlang nicht handlungsfähig zu sein. Der wichtigste Punkt für das Gesundheitswesen sei also: „Man muss sich so gut vorbereiten, dass aus einem IT-Notfall kein medizinischer Notfall wird.“ **P**

PREAVENTIRE
DIGITAL HEALTH SYMPOSIUM



Arthrose 2.0 | Folge 2

Schneller heilen

Fast-Track-Surgery stellt chirurgische Traditionen auf den Kopf



Arthrose zählt zu den häufigsten Indikationen für Knie- und Hüftoperationen. Die Zahlen in Österreich sprechen Bände: Bei 35.000 Gelenksprothesen jährlich – damit bewegen wir uns hierzulande im OECD-„Spitzenfeld“ – heißt es nicht mehr: „Der Nächste, bitte!“, sondern eher: „Auf die OP-Warteliste!“ Wir haben einen ungemein hohen (Aufhol-) Bedarf an neuen Behandlungskonzepten. „Fast-Track Surgery“ bzw. „Rapid Recovery“ ist ein Beispiel dafür, wie Rehabilitationsstrategien heute gesetzt werden können, um zum einen die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu verbessern und obendrein ökonomische Prozesse zu optimieren. Operationen bedeuten Stress: Der Körper wird von den freigesetzten Stresshormonen und der erforderlichen Nüchternheit geschwächt. Die Folge sind nicht selten postoperative „Nachwehen“ wie Kreislauf-, Darm

oder auch Lungenprobleme. Der Fast-Track-Behandlungspfad wirkt dem entgegen: Durch die frühzeitige Mobilisierung wird die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten gefördert, postoperative Komplikationen können reduziert werden.

„Fast-Track“ wird international erfolgreich praktiziert. Das Kernelement der „Schnellspur-Wiederherstellung“

ist die Anwendung konservativer Therapie. Es beinhaltet wichtige Maßnahmen vor, während und nach operativen Eingriffen. Erfahrungen zeigen, dass Patientinnen und Patienten mit Knie- und Hüftarthrose damit weit weniger Komplikationen, wie beispielsweise Infektionen, Thrombosen, Wundheilungsstörungen oder Muskelabbau, erfahren. Sie werden rascher aus dem Krankenhaus entlassen und finden schneller in ihren Alltag zurück. Nach einem orthopädischen Assessment und weiterführenden medizinischen Untersuchungen startet im Falle



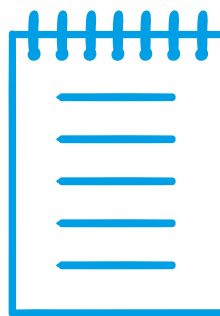
Dr. Andreas Stippler, MSc, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

grünen Lichts die Trainingstherapie in der Kleingruppe – idealerweise in der Nähe des Wohnortes. Sie wird begleitet von der wichtigen Kombination aus Gewichtsreduktion, Bewegungstherapie und Edukation, also aufklärenden Informations- und Beratungsgesprächen. Arthroseversorgung 2.0 erfordert völliges Umdenken und Abschiednehmen von chirurgischen Traditionen. Im Zentrum steht die Patientin bzw. der Patient, die bzw. der in seinen eigenen Kompetenzen gestärkt werden soll. Auf diese Weise wird er bzw. sie zum Arthrosespezialisten nach dem Prinzip des „Shared Decision Making“ (SDM). Dieser Ansatz basiert auf der Idee, dass medizinische Entscheidungen am besten getroffen werden, wenn das medizinische Fachwissen und die persönlichen Präferenzen und Bedenken der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Eingebettet in ein geschultes interdisziplinäres Team – bestehend aus Anästhesisten, Chirurgen und Pflegepersonal – erfährt der Patient bzw. die Patientin, dass er bzw. sie selbst den Heilungsprozess stark mitbestimmt. Gefühle von Freude, aber auch Stolz auf die eigene Wirkungskraft gehen einher mit dem Trainingsansatz des Fast-Track-Surgery. Zahlreiche Forschungen zu den Effekten dieses Konzepts zeigen eine verbesserte Rekonvaleszenz und minimierte Komplikationsraten. Wir profitieren sehr von der laufenden Evaluierung der Trainingsprogramme und den evidenzbasierten Perspektiven, die sich daraus ergeben. Für die Gesundheitspolitik gilt es, diesen – international schon etablierten, aber für Österreich noch jungen – Ansatz ökonomisch neu zu bewerten. Heilung braucht Zeit. Fast-Track-Surgery ist kein Zaubertrank, der Menschen schnell mal wiederherstellt. Aber es ist eine bahnbrechende Methode, die die Krankheitslast enorm verringert, weil sie den Heilungsprozess schon vor der OP ankurbelt. Die kontinuierliche Lebensstilveränderung wird zur nachhaltigen OP-Begleitmaßnahme. **P**

Rezeptblock | Folge 1

Wenn dem Bio-Psycho-Sozialen das Psycho-Soziale fehlt

Primary Health Care ist mehr als Allgemeinmedizin oder Primärversorgungseinheiten



Eine 75-Jährige, seit sechs Monaten verwitwet, kommt ein- bis zweimal pro Woche zum Hausarzt. Was könnte das Problem sein? Selbst Laien antworten schnell mit „Einsamkeit“ oder „Trauer“. Und das ist es wohl in der Regel auch. An dem Punkt stellen sich zwei Fragen:

1. Warum Hausarzt?
2. Was kann der tun?

Die erste Frage ist leicht beantwortet. Traurig und einsam zu sein, fühlt sich ungesund an. Der Mensch fokussiert sich dann auf alle möglichen Symptome – und geht damit zur Ärztin oder zum Arzt.

Die zweite Frage ist schon schwerer zu beantworten. Therapie gibt es eigentlich keine, es sei denn, die Trauer ist derart stark, dass sie einen therapierbaren Krankheitswert hat und so einen sozialversicherungsrechtlichen Fall auslöst. Dann könnte eine Verschreibung eines Antidepressivums oder eine Überweisung zu einem Psychiater

erfolgen. Aber in der Regel ist das nicht nötig. Andere Leistungen sind jedoch im Katalog des Hausarztes nicht enthalten, können nicht enthalten sein, weil die Krankenkassen für Krankheiten zuständig sind. Trauer und Einsamkeit sind meist keine Krankheit – und dann eigentlich kein Fall für den Arzt. Die Patientin bzw. der Patient sitzt allerdings bei ihm?



Dr. Ernest G. Pichlbauer ist unabhängiger Gesundheitsökonom und Publizist.

Ein weiteres Beispiel

Wer Durst hat, der geht zur Wasserleitung und trinkt. Doch was, wenn sie/er nicht gehen kann? Sollen wir Durst, ein gesundheitliches Problem, nicht adressieren und warten, bis daraus eine Dehydration entstanden ist, um sicherzustellen, dass die Patientin bzw. der Patient nun sicher krank und damit Leistungen versichert sind? Wer aber übernimmt Organisation und Kosten für die pflegerische Betreuungsleistung, damit die Dehydration NICHT eintritt?

Und genau an solchen Punkten scheitert in Österreich die Idee des Primary Health Care (PHC), bzw. die Umsetzung der Idee mit stark regulierten PVE. PHC arbeitet mit dem sogenannten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO, das gesundheitliche Probleme (also nicht nur Krankheiten) der Bevölkerung in einem definierten Einzugsgebiet adressiert. Hier geht es um mehr als nur die Behandlung einer biologischen Fehlfunktion, also einer Krankheit, sondern auch um deren Bedeutung und Querverbindung in und mit der Umgebung und der Psyche. PHC ist also ein Prozess, der nicht zwischen Sozial- und Gesundheitssystem unterscheidet. Die Trennung zwischen gesundheitlichen Problemen, die tendenziell dem Sozialsystem zugerechnet werden, und Krankheiten, die ins Gesundheitssystem fallen, muss aufgehoben werden. An dieser Grenze, die jährlich millionenfach berührt ist, dreht sich, demographiebedingt, im Grunde alles. Wer an der Grenze versucht, durch zentrale Regularien Mikromanagement zu betreiben, etwa durch das Honorarsystem der Krankenkassen oder strikte Personalvorgaben des Bundes für PVE, wird scheitern. Zu vielfältig ist die Welt des PHC.

Statt Mikromanagement Flexibilität, statt zentral dezentral – im Grunde geht es darum, rund um definierte Einzugsgebiete (rund um einen Hausarzt, der nicht mehr als 1.500 EW versorgen sollte) auf Gemeindeebene Koalitionen der Willigen zu bilden und einfach anzufangen. Ärzteschaft, Pflegekräfte, Apotheken, Therapeutinnen und Therapeuten, Betreuungsdienste sollen sich zusammentun und tun, was sie für das Beste halten. Idealerweise unter der Moderation der Bürgermeister. Denn, was wo wie funktioniert, ist kaum und schon gar nicht zentral planbar. Und es gibt auch keine Garantie, dass eine Maßnahme zum Erfolg führt. Trial and Error, und die Hoffnung, dass irgendwer daraus lernen will, sind so ziemlich die einzige Option. Kluge Gesundheitspolitik würde daher die PHC-Ebene deregulieren und dafür Ergebnisse messen und fordern. **P**

LinkedIn und Personal Branding: Notwendigkeit oder Hype?

Im Zeitalter der digitalen Vernetzung hat sich LinkedIn längst von einer simplen Plattform für berufliche Kontakte zu einem mächtigen Instrument des persönlichen Brandings entwickelt. Doch was steckt hinter diesem Social-Media-Trend? Ist Social Branding tatsächlich **DER SCHLÜSSEL ZUM KARRIEREERFOLG** oder nur ein weiterer Hype in der Welt der sozialen Netzwerke? | von Johannes Mantl

Die Nutzerzahlen auf LinkedIn steigen kontinuierlich. Weltweit nutzen rund 900 Millionen Menschen LinkedIn, im DACH-Raum sind es über 20 Millionen und in Österreich fast zwei Millionen Menschen. Mittlerweile sind Personalmarken und Corporate Influencer auf LinkedIn allgegenwärtig. Die Business-Plattform bietet ein perfektes Umfeld, um eine populäre Personenmarke über die eigene Branche hinaus aufzubauen. Eine ausgeklügelte Personal-Branding-Strategie ermöglicht es, die eigene Persönlichkeit, Erfahrungen und beruflichen Erfolge auf authentische, glaubwürdige und fachkundige Art und Weise zu präsentieren – und sich so als Expertin bzw. Experte zu positionieren.

Der Aufbau einer individuellen Marke stärkt Vertrauen und langanhaltende Beziehungen. Warum ist dies von Bedeutung? Persönliche Aspekte sind fast immer ausschlaggebend bei geschäftlichen Entscheidungen. Authentizität, Sympathie und Vertrauen spielen dabei eine entscheidende Rolle. Die persönliche Marke setzt genau hier an, indem sie Geschäftsbeziehungen durch Glaubwürdigkeit und Kontinuität fördert. Personal Branding kann aber auch

Recruiting-Maßnahmen unterstützen. Durch authentische Storys bekommen potenzielle Kandidatinnen und Kandidaten wertvolle Einblicke in das Unternehmen.

Personal Branding aufbauen

Diese fünf Schritte geben eine kompakte Anleitung, wie

- **Setup:** Klare Ziele setzen und Umfeldanalyse durchführen (z. B. was machen erfolgreiche LinkedIn-Influencer aus der gleichen Branche?). Durch die Anreicherung mit wichtigen Informationen wird das LinkedIn-Profil zur aussagekräftigen Landingpage.
- **Content:** Um von der Zielgruppe Aufmerksamkeit zu bekommen, muss Vertrauen aufgebaut werden. Dabei werden verschiedene Content-Formate entwickelt, die wiederkehrend ausgespielt werden.
- **Outreach:** Beim Outreach geht es darum, aktiv auf Menschen in der Zielgruppe zuzugehen, etwa durch Kommentieren von Posts oder Direktnachrichten.
- **Media und PR:** Die eigene Expertise kann durch externe Vertrauensfaktoren wie etablierte Magazine, Podcasts oder Blogs promotet werden. Dafür müssen z. B. Kontakte

Infobox

Peri Onlineexperts ist eine Digitalmarketing-Agentur mit Fokus auf Strategie, Social Media, Content, Video und Web. Wir unterstützen Sie sowohl bei der Entwicklung Ihrer LinkedIn Strategie als auch beim operativen Betrieb Ihrer LinkedIn-Seite.

zu Journalistinnen bzw. Journalisten oder Bloggern aufgebaut werden und Artikel oder Podcasts weiterverwertet werden, etwa durch Cross-Posts.

- **Analyse:** Die Aktivitäten gilt es regelmäßig zu analysieren – welche Reichweite wurde mit den Inhalten erzielt und wurde die angestrebte Zielgruppe erreicht?

Personal Branding als Ego-Show

Personal Branding auf LinkedIn wird mittlerweile immer wieder als bloße Ego-Show kritisiert, bei der sich Personen übermäßig selbst inszenieren, um Aufmerksamkeit zu erlangen. Dieser Kritikpunkt bezieht sich darauf, dass einige Nutzerinnen und Nutzer die Plattform weniger für den Austausch von Fachwissen und beruflichem Mehrwert nutzen, sondern vielmehr für die Darstellung ihres persönlichen Erfolgs und ihrer vermeintlichen Expertise. Wenn für die berufliche Online-Identität nur mehr seichte Emotionen und das Sammeln von Likes zählen, dann kann durchaus auch ein dystopisches Bild dieses Social-Media-Trends gezeichnet werden. Es ist deshalb wichtig, dass Personal Branding auf LinkedIn authentisch bleibt, relevante Inhalte bietet und einen echten Mehrwert für das berufliche Umfeld schafft. **P**

PERI

PERI
ONLINE
EXPERTS
PART OF WELLDONE

UMFASSEND DIGITAL

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



PORTFOLIO

Digitalisierung im Gesundheitswesen: Hilft das den Menschen?

Nach der starken und kritischen Keynote von AK NÖ-Präsident Markus Wieser ging es am zweiten Tag des 5. PRAEVENIRE Digital Health Symposions am 21. April um das Thema „KI IN DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG – DURCH QUALITÄTSMANAGEMENT ZUR ERFÜLLUNG ETHISCHE ANSPRÜCHE“. | von Mag. Dora Skamperls

Seine Keynote mit dem Titel „Bedeutung der Versorgungssicherheit in der Gesundheit – digitale Lösungen sind unerlässlich“ begann Markus Wieser mit der Frage: „Warum spricht hier ein Interessensvertreter?“, – und gab eine klare Antwort: „Alles, was entschieden wird, ob es um Gesundheit, Versorgungssicherheit, um Technologien geht, es geht immer um Menschen, es geht um uns. Und es sind immerhin vier Millionen Menschen in Österreich, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind.“

Die drei V für Österreich

Schon einige Zeit vor der Pandemie habe die AK ein Memorandum zur Versorgungssicherheit präsentiert, das damals wenig Beachtung fand. Darin habe man die drei V für Österreich formuliert: Veränderung in der Arbeitswelt, Verteilungsgerechtigkeit und Versorgungssicherheit, v. a. im Bereich der Daseinsversorger bzw. kritischen Infrastruktur. Hier könnten funktionierende IT-Lösungen, KI und Robotik viel zur Entlastung beitragen.

Praktischer Nutzen der KI

Das Fachthema 3 „KI in der medizinischen Versorgung – durch Qualitätsmanagement zur Erfüllung ethische Ansprüche“ begann mit spannenden Fachbeiträgen zum praktischen Nutzen der KI. Der PRAEVENIRE Experte und Allgemeinmediziner Dr. Erwin Rebhandl ließ mit seinem Vortrag zum praktischen Nutzen von KI im aktuellen medizinischen Alltag aufhorchen. Rebhandl stellte dar, dass KI und digitale Hilfsmittel schon heute die tägliche Arbeit in der Allgemeinmedizin erleichtern. Ein wichtiges Tool sei bspw. die Warnung vor schweren Medikationeninteraktionen, was insbesondere bei multimorbiden Patientinnen und Patienten mit Polymedikation wichtig sei. Auch bei Befundinterpretationen, wie EKG, Pyrometrie, Langzeit-Blutdruckmessung etc. werde die KI bereits eingesetzt. Die Interpretation im Kontext mit dem klinischen Zustandsbild der Patientin bzw. des Patienten sei jedoch Sache der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner. Auch könnten eine Videokonsultation und Apps nie den persönlichen Kontakt ersetzen, sondern lediglich eine Ergänzung sein.

Patient Twinning als Tool für Präzisionstherapien

Der zweite Fachvortrag von Peter Aulbach (Siemens Healthineers) mit dem Titel „Digital Twins aus Sicht der Patient: innen: In welchen Bereichen können Sie von Digital Twins profitieren?“ fokussierte auf Hintergründe und entscheidende Faktoren für die Anwendung solcher Systeme. Siemens Healthineers stellt sich im Rahmen seines New-Ambition-Pro-

Alles, was entschieden wird, ob es um Gesundheit, Versorgungssicherheit, um Technologien geht, es geht immer um Menschen, es geht um uns.

Markus Wieser

jekts noch stärker klinisch auf und konzentriert sich dabei auf drei Bereiche: Patient Twinning, Digital, Data und AI sowie Precision Therapy. Patient Twinning werde als Technologie genutzt, um basierend auf Daten, die mithilfe von KI ausgewertet werden, Informationen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten zu gewinnen und letztlich damit Precision Therapy zu ermöglichen. Die Umsetzung dieser hypothetischen Vision ruht wiederum auf drei technischen Pfeilern. Passende Daten aus sämtlichen Technologien der Sensorik inkl. Bildgebung ermöglichen es, ein cyberphysikalisches Modell des einzelnen Patienten bzw. der einzelnen Patientin abzubilden. Dies mit dem Ziel, diese einer KI zur Verfügung zu stellen, die daraus Rückschlüsse zieht – sogenannte „aktionierbare Insights“. Einerseits können damit Assistenzsysteme serviert werden und sogenannte Co-Bot-Systeme entwickelt werden, die teilautomatisch funktionieren. Die schnelle, nachhaltige und nach ethischen Gesichtspunkten orientierte Entwicklung von KI-Systemen sei eine Kernkompetenz von Siemens Healthineers, erklärte Aulbach.

Digital Twins als Servicemodule

Zum Thema „Digital Twins aus Sicht der Gesundheitspraxis: Wie können sie praktisch genutzt werden?“ referierte Prof. Dr. Juliana Bowles, Professorin in Computer Science an der University of St Andrews, UK, und Research Managerin am Software Competence Center Hagenberg, Österreich. Sie führte aus, dass Digitale Zwillinge grundsätzlich für alles erstellt werden können, nicht nur für Menschen – seien es technische Geräte oder auch Prozesse. Sie wurden ursprünglich für die Luftfahrt entwickelt und werden bis heute viel für die Simulation von Produktionsprozessen genutzt. Ein massives Hindernis für die Erstellung guter Digital Twins im klinischen Bereich, zum Beispiel in der Onkologie, seien auch in Österreich die vielen unterschiedlichen Systeme, in denen die Daten abgelegt seien. Diese kommunizieren nicht und daher sei es sehr aufwendig, Digital Twins zu erstellen. Bowles selbst sieht Digital Twins als erstklassige Servicemodule, die viel Unterstützung bieten können, weist aber gleichzeitig darauf hin, dass nur eine hohe Datenqualität ihre Vertrauenswürdigkeit sicherstellen kann.

Forschung voranbringen mit Digital Twins

Dr. Thomas Czypionka vom Institut für Höhere Studien, Leiter Health Economics & Health Policy, lieferte einen Einblick in die Sozioökonomie von KI-Modellen mit dem Titel „Socioeconomic impact of in-silico models for the development of implantable devices“. Sein Institut betreibe angewandte Forschung, die auch für die Politik relevant sei, führte Czypionka einleitend aus. Er stellte exemplarisch das Projekt SIMCor vor, das schon weit gediehen ist. SIMCor beschäftigt sich mit kardiovaskulären implantierbaren Medical Devices. In-silico-Tests mithilfe von Digital Twins werden bisher vor allem in der präklinischen Designphase solcher Medical Devices verwendet. Digitale Prototypen können so getestet, angepasst und wieder getestet werden, was weniger kostenintensiv ist. Ein Teil der Tierversuche kann auf diese Weise ersetzt werden. Im IHS werden auch die Folgen und Effekte solcher digitalen Versuchsreihen für das Produkt selbst, Produktionsprozesse, den Markt, das Gesundheitswesen und die Gesellschaft etc. untersucht.

Die COVID-19-Pandemie war ein Turbo für den Einsatz digitaler Tools.

Erwin Rebhandl

Soziale Aspekte berücksichtigen

Zum Thema „KI aus Sicht der Patient:innen: Wie vertrauenswürdig und wie fair ist die Nutzung von KI?“ referierte zunächst Prof. (FH) Mona Dür PhD, MSc, Geschäftsführerin Duervation GmbH und Präsidentin der Austrian Association of Occupational Science (AOS). Duervation konzentriert sich auf die Bedürfnisse der Anwenderinnen und Anwender von KI-Systemen. Transparenz in der Kommunikation aller Prozesse und der Anwendung von Daten sei oberstes Gebot, um die Vertrauenswürdigkeit von KI-Systemen sicherzustellen. Auch gelte es, Barrierefreiheit herzustellen und Diskriminierung entgegenzuarbeiten. Bei Anfragen an die KI, die bspw. Kosten-Nutzen-Analysen betreffen, seien soziale Aspekte zu berücksichtigen, um Fairness zu gewährleisten. Auch vonseiten des Gesundheitspersonals seien die wichtigsten Anliegen, sicherzustellen, dass KI-Anwendungen evidenzbasiert und transparent arbeiten sowie diese der Unterstützung der Menschen dienen, diese aber nicht ersetzen. Auch der Europäische Gesundheitsdatenraum werde in diese Richtung orientieren, konstatierte Dür abschließend.

Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser

Univ.-Ass. Dr. Žiga Škorjanc, Universitätsassis-

PRAEVENIRE
DIGITAL HEALTH SYMPOSION





tent und Habilitand am Institut für Innovation und Digitalisierung im Recht der Universität Wien und Geschäftsführer der lexICT, ließ in seiner Keynote über Technologierecht keinen Zweifel daran, dass Vertrauen auch im rechtlichen Bereich Grundlage für die Gesetzgebung sein muss. Menschen misstrauen der KI als Technologie, auch im Gesundheitswesen. Durch den AI-Act auf EU-Ebene werden wohl neue Pflichten bez. der Aufklärung auf den Gesundheitsbereich zukommen. Er stellt klar, dass bei interagierenden Systemen wie ChatGPT eine Transparenzpflicht bei Weitem nicht ausreichend sein wird, um die Risiken zu minimieren. Eine Verrechtlichung ethischer Grundsätze sei notwendig, um sich nicht in Grauzonen zu bewegen – die beiden wichtigsten sind: Die letzte Entscheidung muss immer beim Menschen liegen, die Patientinnen und Patienten müssen darüber aufgeklärt werden, welche Prozesse der KI angewendet werden.

Die KI hat fantastisches Potenzial, wenn sie den Ärztinnen und Ärzten die Dokumentationslast abnehmen kann.

Michael Gnant

Trial and Error

Rania Wazir, PhD Expertin für Data Science & AI und Co-Gründerin von leiwand.ai, zeigte auf, dass wir längst nicht mehr raten müssen, wo sich KI in die falsche Richtung entwickelt. Die Fehler liegen bei den Menschen, die KI-Systeme mit Daten versorgen – so würden selbst gesellschaftliche Vorurteile und Diskriminierung systemisiert. Weiter würde jedes einzelne KI-System mehr CO2 verbrauchen als drei Autos in ihrem Lebenszyklus. Trotz dieser Problematiken könne KI vor allem im Gesund-

Die Speaker vom Fachthema 3 v.l.n.r. (in alphabetischer Reihenfolge): Peter Aulbach (online) Juliana Bowles Thomas Czipionka Mona Dür Michael Gnant Allan Hanbury Roxane Licandro Stefan Nehrer Erwin Rebhandl (online) Žiga Škorjanc Rania Wazir Markus Wieser

heitswesen viel Gutes bewirken. Wichtig seien die Einbindung aller Stakeholder in die Entwicklung solcher Systeme, Transparenz in der Fehlerkultur und – „testen, testen, testen“.

Klarer Mehrwert und Datensouveränität

Im zweiten Block „KI aus Sicht der Gesundheitsfachpersonen: Wie zuverlässig ist die KI?“ startete Univ.-Prof. Dr. Allan Hanbury, Professor for Data Intelligence, head of the E-Commerce Research Unit, and Vice Dean of Academic Affairs for Business Informatics in the Faculty of Informatics an der TU Wien mit seiner Keynote zum Thema „Zuverlässige KI in der Radiologie“.

Vor dem Hintergrund sinkender Zahlen an Radiologinnen und Radiologen mit gleichzeitig wesentlich komplexer werdender Befundung könne KI viel an Unterstützung leisten. Ein klarer Mehrwert und Datensouveränität müssen aber gewährleistet sein.

Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, Leiter des Comprehensive Cancer Center an der Medizinischen Universität Wien, stellte fest, dass es in den Krankenhäusern bereits jetzt viele Einsatzgebiete für die KI gebe, u. a. Diagnostikverbesserung, Beschleunigung der Prozesse, Imageanalyse, Unterstützung bei der Patientenaufklärung und -kommunikation, Unterstützung bei Therapieentscheidungen. Bei der Entlastung des Personals in der Dokumentation, Visualisierung und Aufbereitung gebe es noch viel Potenzial, so Gnant. Er stellte klar, dass mittlerweile – ohne, dass die Zustimmung von Patientinnen und Patienten notwendig sei –, längst in vielen medizinischen Bereichen mit KI gearbeitet werde.

Gigantische Datenmengen

Der Block „Aktuelle Forschung“ startete mit dem Thema „KI in der Bildgebung des Bewegungsapparates“. Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer, Dekan der Fakultät Gesundheit und Medizin an der Universität für Weiterbildung

Bei der Datenqualität gilt der Grundsatz: garbage in – garbage out.

Peter Aulbach

Krems und Professor für Tissue Engineering, begann seine Keynote mit der Frage: „Wie kommt ein Orthopäde zur Artificial Intelligence?“ Die individuelle Interpretation von Bildgebung sei mit KI standardisierbar, so Nehrer – doch gebe es viele Parameter, die zu beachten seien. Der Vergleich der Outcomes zeige, dass die Nutzung von KI in der Interpretation orthopädischer Bilddaten und die daraus folgende raschere und genauere Diagnose und Behandlung den herkömmlichen Methoden überlegen seien.

DI Dr. Roxane Licandro, BSc vom Computational Imaging Research Lab; Department of Biomedical Imaging and Image-guided Therapy der Medizinischen Universität Wien schloss mit Ihrer Keynote zum Thema „Resultate der Grundlagenforschung“ an. „Wir haben in unserem Gehirn genauso viele Neurone wie Sterne in der Galaxie“, begann sie – womit klar ist, dass KI den Menschen nie „ersetzen“ kann. Wir stehen in der Hirnforschung noch ganz am Anfang, auch technologisch, stellte Licandro klar.

Dennoch sei KI bereits jetzt ein gutes Hilfsmittel, um Forschung zu betreiben. Anhand des Praxisbeispiels von MR-Bildgebung bei Föten werden die Herausforderungen klar, denn ein Fötus bewegt sich während der Aufnahmen. Algorithmen rechnen aus unzähligen Bildern die Bewegungsartefakte heraus und liefern stabile Bilder. Derzeit werde etwa am Plötzlichen Kindstod geforscht, aber KI werde auch im Bereich der Segmentierung von Organen oder der automatischen Klassifizierung verschiedener Zelltypen eingesetzt. **P**

BEI UNS GEHT'S **JEDEN TAG** UMS GANZE.

Danijela
*Desinfektionsassistentin
Gesundheitsdienst der
Stadt Wien*



systemrelevant.
verantwortungsvoll.
unverzichtbar.

Gewerkschaftsmitglied!

younion
Die Daseinsgewerkschaft

Gesunde Zukunft | Folge 13

Herzstück Gesundheitspersonal

Mehr Planungssicherheit für die Mitarbeitenden,
mehr Versorgungssicherheit für alle.



Das Gesundheitspersonal bewegt sich nach wie vor am Limit – nicht nur in Österreich. Um jene Menschen, die täglich ihr Bestes geben, zu unterstützen und zu entlasten, stellen wir im Bereich der Steiermärkischen Krankenkassengesellschaft (KAGes) die Weichen neu.

„Super war’s, das Praktikum in der HNO Abteilung. Viel besser als die davor. Endlich ein Team, das zusammenhält.“ Anna S. befindet sich im Endspurt ihrer Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin. Sie hat die ersten Praktika in der Tasche.

„Im vorigen Praktikum habe ich das Gefühl gehabt, dass mir die Kollegen gar keine wirkliche Chance geben – obwohl sie so unterbesetzt sind. Sie wirkten gefrustet und überlastet. Es war alles sehr toxisch, und ich kann es sogar verstehen.“ Beim jetzigen Praktikum lief es



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

besser: „Ich hab’ sehr gutes Feedback bekommen: Dass ich eine super Krankenschwester sein werde. Sie hätten gern, dass ich bei ihnen starte, sobald ich mit der Ausbildung durch bin.“ Und, wirst du es annehmen? „Sicher nicht. Für die hohen Anforderungen wird man viel zu schlecht bezahlt. Das ist keine Lebensqualität.“

Ich mag diesen Beruf sehr, aber ich werde ihn wohl nicht ausüben.“ Anna S. ist eine von vielen, die nicht nur zögert, sondern resigniert hat. Sie hat sich für den Ausbildungszweig entschieden, weil ihr Herz dort schlägt. Die Erfahrungen aus der Praxis lassen sie zweifeln. „Ich will nicht mit 25 im Burn-out landen“. Sie weiß sehr genau, welchen Belastungen sie sich gewachsen fühlt – nämlich an sich sehr hohen. Nimmt der Druck überhand, kann den hohen Leistungsanforderungen aber auf Dauer nicht standgehalten werden. Die junge Generation beob-

achtet die prekäre Personalsituation nicht nur kritisch, sondern begibt sich erst gar nicht hinein in ein System, das nach den Pandemie-Jahren mit beispiellosen Mangerscheinungen zu kämpfen hat. Um das Gesundheitssystem zu stabilisieren müssen wir die Ursachen behandeln – nicht nur die Symptome.

In der Steiermark setzen wir auf strukturelle Veränderungen bei der KAGes, hohe Gehaltsabschlüsse und den Ausbau von Gesundheitszentren. Das Ziel des Maßnahmenpakets ist klar: Der Überlastung des Personals muss spürbar entgegengewirkt werden. Es geht um die Verbesserung der Lebensqualität für diejenigen, die täglich an ihre körperlichen und emotionalen Grenzen geraten. Es geht um Wertschätzung, die über ein reines „Danke“ hinausgeht.

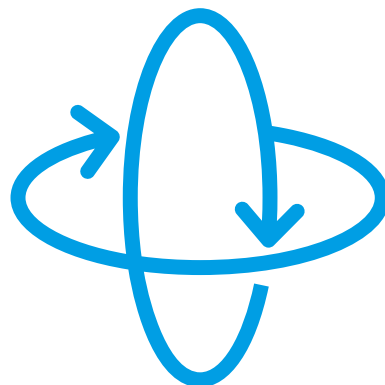
Darum stehen die Mitarbeitenden im Zentrum der Neuerungen: Für sie gibt es bessere Anrechnungsmöglichkeiten von Vordienstzeiten und mehr Gehalt. Hierfür investieren wir jährlich 130 Millionen Euro. Durch Adaptierungen zahlreicher Bereiche der KAGes-Häuser erhalten sie mehr Planungssicherheit, was sich insgesamt positiv auf die Versorgungssicherheit auswirkt. Zudem wird der Ausbau der zentralen ambulanten Erstversorgung sowie der Tages- und Wochenkliniken forciert – ganz nach dem Motto „Standortkonzentration bei hoher Leistungsexpertise“. Ich bin davon überzeugt: Mit diesen Maßnahmen wird die Steiermark zum attraktivsten Bundesland für all jene, die im Gesundheitsbereich arbeiten wollen.

Annas Herz schlägt nach wie vor für den Beruf der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin. Wenn sie mit ihrer Ausbildung fertig ist, wird sie im Bereich der KAGes einer neuen, attraktiveren Arbeitslandschaft gegenüberstehen. Einer, die sie hoffentlich davon überzeugen kann, den Beruf, den sie so gern mag, doch noch auszuüben. **P**

360°Blick

Transition und Psychosoziale Versorgungsstrukturen bei seltenen Erkrankungen

Projekt „Booster NAP.se“



Transition und psychosoziale Versorgung sind für viele Betroffene seltener Erkrankungen und deren Angehörige zentrale Themen im Versorgungspfad. Pro Rare Austria befasst sich im Rahmen des Projektes „Booster NAP.se“ (gefördert durch die „Gemeinsamen Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag“) seit April 2022 verstärkt mit diesen Themenkomplexen.

Transition, als ganzheitlicher Ansatz verstanden, ist nicht nur der Transfer jugendlicher Patientinnen und Patienten von der pädiatrischen in die erwachsenenmedizinische Versorgung, sondern ein **strukturierter, geplanter und bewusst vorbereiteter Übergangsprozess**, der sich über mehrere Jahre erstreckt. Aus einer im Projekt durchgeführten Befragung von Betroffenen, Angehörigen und Medizinerinnen bzw. Mediziner aus den Expertisezentren für seltene Erkrankungen (Typ-B und Assoziierte Nationale Zentren)



Mag. Elisabeth Weigand, MBA
Geschäftsführung Pro Rare Austria

geht hervor, dass ein derart ausgestalteter Übergang eher die Ausnahme im medizinischen Versorgungspfad darstellt. Zwar gibt es einige Institutionen, die eine Vorreiterrolle einnehmen, allerdings haben die meisten Initiativen Projektcharakter und kennzeichnen sich durch die regionale Zusammenarbeit einzelner, motivierter Initiatorinnen und Initiatoren. Als größte Hürden in der nachhaltigen Implementierung transitionsbegleitender Maßnahmen haben sich, neben einer knappen finanziellen Ressourcenlage, fehlende Kenntnis bzw. Verwendung von Leitlinien (wie z. B. von der Gesellschaft für Transitionsmedizin für den deutschsprachigen Raum entwickelt) und Mangel an unterstützenden Angeboten, Bewusstsein und Expertise in Bezug auf seltene Erkrankungen in den Strukturen der Erwachsenenmedizin herausgestellt.

Psychische Gesundheit und psychosoziale Versorgung sind ein wichtiger Teil der Versorgung bei

seltener Erkrankungen. Durch eine Befragung und vertiefende Interviews werden im Projekt Perspektiven von betroffenen Personen und Angehörigen erhoben. Neben den Erkrankungen an sich und der Auseinandersetzung mit dem Gesundheits- und Sozialsystem, oft mit langen Wartezeiten, etwa für Diagnose und Therapien sowie Diskontinuität und Unsicherheit des Verlaufs verbunden, zeigen sich Belastungsfaktoren in allen Lebensbereichen. Psychosoziale Angebote oder Information dazu wurden bei mehr als der Hälfte der Befragten nicht als Teil ihres medizinischen Versorgungspfades angeboten; allgemein wird das Angebot von vielen als unzureichend bewertet. Besonders die Finanzierung, zu geringe Niederschwelligkeit und Wissen über seltene Erkrankungen bei psychosozialen Fachpersonal sind Hürden auf der Suche nach einem geeigneten Angebot. Neben therapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Angeboten bieten Selbsthilfegruppen und Patientinnen- und Patientenorganisationen für viele der befragten Personen eine Anlaufstelle und besonders wichtige Stütze.

Austausch zu den Fokusthemen – Plattform Kongress
Im Rahmen des **Kongresses für Seltene Erkrankungen** gibt es für alle am Bereich der seltenen Erkrankungen Interessierten die Gelegenheit, sich neben einem breiten Themenblock zu Gentherapien vertiefend mit Fragen rund um die psychosoziale Versorgung und Transition auseinanderzusetzen. **P**

Hinweis:
13. Österreichischer Kongress für Seltene Erkrankungen, 6.-7. Oktober 2023, Josephinum Wien, <https://forum-sk.congresspilot.com/>



Diabetesbetreuung in den Griff bekommen

Diabetes ist ein bedeutendes Gesundheitsproblem in Österreich – in jedem Lebensalter. Aufgrund dessen stand bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen in Stift Seitenstetten **DIE VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT DIABETES IM FOKUS**. In drei Keynotes behandelten Expertinnen und Experten das Thema aus verschiedenem Blickwinkel – dem hausärztlichen Bereich, der Primärversorgungseinheit (PVE) und mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

Bereits 1989 befasste sich die St. Vincent Deklaration an der die wichtigsten Vertreter der Internationalen Diabetesföderation (IDF), die Weltgesundheitsorganisation (WHO), Patientenorganisationen und Gesundheitsministerien – so auch Österreich – mitwirkten mit der Verhinderung schwerer Folgeschäden durch Diabetes und empfahl Maßnahmen zur Verbesserung der Diabetesversorgung. Über 30 Jahre später gibt es immer noch Verbesserungspotenzial.

Fokus hausärztlicher Bereich

„Die Krankenhäuser haben ein Versorgungsproblem. In vielen Spitälern fehlen Ärztinnen und Ärzte“, mit diesen Worten begann Dr. Stephanie Poggenburg von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) ihre Keynote. Die Personalprobleme im Spitalsbereich seien auch im niedergelassenen Bereich zu spüren. Aber nicht nur das. Der hausärztliche Bereich selbst habe mit einem Ärztemangel zu kämpfen. „Dies wirkt sich auf die Betreuung und Versorgung von Patientinnen und Patienten aus. Vor allem chronische Erkrankungen, wie Diabetes benötigen mehr Zeit und Ressourcen“, betonte die Hausärztin. Um hier eine Veränderung herbeizuführen, müsse laut Poggenburg eine interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert werden. Davon würden nicht nur die Patientinnen und Patienten profitieren, sondern auch Kosten könnten eingespart werden. Denn volkswirtschaftlich gesehen, sind chronische Krankheiten ein Riesenproblem, welches in Zukunft aufgrund des demografischen Wandels immer größer wird. Als Best-Practice-Beispiel führte Poggenburg in diesem Zusammenhang das Programm „Therapie Aktiv“ an. „Evaluierungen zeigen, dass dadurch nicht nur die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten steigt, die Morbidität und Mortalität sinken, sondern auch die Betreuungskosten zurückgehen.“ Obwohl die Hausärztinnen und Hausärzte pro Patientin, Patient eine Vergütung von 1.000 € im Jahr bekommen, sei ein Disease Management Programm (DMP) für die Gesundheitspolitik dennoch kostengünstiger als Akutbehandlungen im Krankenhaus. Grund dafür sei, dass Menschen mit Diabetes aufgrund der Betreuung im Rahmen eines DMP weniger Komplikationen haben und seltener ins Krankenhaus müssen. Zusätzlich merkte die Hausärztin an, dass „Therapie Aktiv“ das einzige DMP in Österreich ist und eine Erweiterung auf andere chronische Erkrankungen wünschenswert wäre. Mit DMP können laut Poggenburg chronisch Erkrankte im niedergelassenen Bereich besser versorgt und laut einer Hochrechnung sogar 70 Prozent der Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis abgefangen werden.

Dies sei der Grund, warum laut der Allgemeinmedizinerin die Hausarztordination der Best



Laut Erwin Rebhandl benötigt die Behandlung von Diabetes Teamarbeit. Genau dies kann eine PVE mit ihrem multiprofessionellen Ansatz bieten.

Point of Care sei. Denn dort würde man die Lebensweise und Umgebungsbedingungen der Patientinnen und Patienten kennen. Aufgrund dessen könnten Hausärztinnen und -ärzte Veränderungen, welche beispielsweise auf eine Diabeteserkrankung zurückzuführen sind, frühzeitig erkennen.

Diabetesbetreuung in einer PVE

Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner und Präsident von AM PLUS – Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit, ging auf die Erstdiagnose und Versorgung von Menschen mit Diabetes näher ein und berichtete aus der Sicht als Mitinhaber einer PVE in Haslach an der Mühl. Aufgrund seiner Erfahrung sowohl in einer Einzelpraxis als auch in einer PVE konnte der Hausarzt einen Unterschied in der Diabetesversorgung feststellen. „Die Behandlung von Diabetes benötigt Teamarbeit und genau dies kann eine PVE bieten“, erklärte Rebhandl. Die PVE in Haslach stellt neben der medizinischen Begleitung auch Ernährungs- und Bewegungsberatung, Achtsamkeitstraining und Psychotherapie zur Verfügung. Somit könne eine multiprofessionelle Diabetesbegleitung gewährleistet werden. Jedoch betonte Rebhandl, dass nicht

alle PVE über dieses Angebot verfügen und es auch hier Nachholbedarf gibt.

Den Ablauf der Diagnose und Versorgung in einer PVE schilderte Rebhandl wie folgend: „Wir bestimmen den Nüchternblutzucker und den HbA1c Wert bei den Patientinnen und Patienten ab 40 Jahren. Dies erfolgt bei der Vorsorgeuntersuchung oder bei anderen Blutabnahmen.“ Darüber hinaus spiele die Familienanamnese eine Rolle bei der Erkennung von Risikopatientinnen und -patienten. Dadurch könne frühzeitig entsprechende vorbeugende Maßnahmen eingeleitet werden. Bei der Betreuung von Menschen mit Pre-Diabetes stehen die Lebensstiländerung, Prävention und die Gesundheitsförderung im Vordergrund. „Patientinnen und Patienten mit Pre-Diabetes kommen bei uns alle sechs Monate zur Kontrolle. Dabei findet sowohl eine Laboruntersuchung als auch eine klinische Untersuchung statt.“ Laut Rebhandls Einschätzungen könne so der Ausbruch einer Diabeteserkrankung hinausgezögert und bei Einzelnen sogar verhindert werden.

„Therapie Aktiv“ Programm

Für PVE ist die Teilnahme am DMP „Therapie Aktiv“ im Gegensatz zur Einzelpraxis obligato-



Maria Fritsch plädiert in ihrem Vortrag auf mobile Krankenpflegedienste und Diabetes-Nannies in Kindergärten.

Kindergartenplatz finden. Ein Lösungsansatz wäre laut Fritsch, vermehrt mobile Krankenpflegedienste und Diabetes-Nannies einzusetzen. In Schulen konnten bereits erste Erfolge verzeichnet werden, indem in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) eine online Schulung zu Typ-1-Diabetes für Pädagoginnen und Pädagogen entwickelt wurde. „Des Weiteren wurde mit dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung die Möglichkeit der Übertragung von medizinischen Tätigkeiten an Lehrpersonen gegeben. Das bedeutet, Lehrerinnen und Lehrer tragen keine Haftung falls bei der Betreuung von Kindern mit Diabetes ein Fehler passiert“, berichtete Fritsch.

Podiumsdiskussion

Anschließend an die Keynotes wurden in der Podiumsdiskussion die Themen der Vorträge aufgegriffen und vertiefend diskutiert. Dabei ging Fritsch näher auf die Ursachen einer Diabeteserkrankung bei Kindern und Jugendlichen ein. Beispielsweise können Viruserkrankungen, eine schnelle frühkindliche Gewichtszunahme oder die Genetik Auslöser für die Krankheit sein. Alle Gründe für eine Diabeteserkrankung konnten jedoch noch nicht geklärt werden. Im Bezug auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes spricht sich Fritsch für eine Betreuung im Spital aus, denn die Pumpentherapie ist sehr spezifisch und muss in einem multiprofessionellen Setting erfolgen. Auch die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Typ-2-Diabetes sehe die Fachärztin aufgrund der Seltenheit im Krankenhaus. Der niedergelassene pädiatrische Bereich sei wichtig für das Screening. Anders sieht es bei der Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Diabetes aus. Hier sollte Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Clodi, Präsident der ÖDG, zu folge die erste Anlaufstelle die Hausarztpraxis sein. Diese Meinung vertritt auch Rebhandl. Als letzten Punkt sprachen die Diskutantinnen und Diskutanten das Thema Vereinheitlichung an. Dies müsse laut Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich, sowohl die Honorierung als auch die verpflichtende Teilnahme am DMP betreffen. Einhelliger Meinung waren die Teilnehmenden Punkto Versorgung: Eine chronische Krankheit wie Diabetes sollte aufgrund der vielen Komplikationen und der komplizierten medizinischen und therapeutischen Implikation in ärztlicher Hand bleiben. **P**

Vortragende, digital dazugeschaltet

• Stephanie Poggenburg



Am Podium diskutierten v. l. n. r. Alice Herzog, Maria Fritsch, Erwin Rebhandl, Bernhard Rupp, Martin Clodi.

risch. Aufgrund dessen werden in der PVE in Haslach zwei bis drei Mal pro Jahr für Betroffene zusammen mit Krankenpflegerinnen, -pflegern und Diätologinnen, Diätologen Schulungen durchgeführt. „Wenn länger kein Schulungstermin stattfindet, verweisen wir die Patientinnen und Patienten auf die Möglichkeit der online Schulung über die ‚Therapie Aktiv‘ Homepage“, erläuterte der Allgemeinmediziner. Das DMP sieht vor, dass vier Mal im Jahr eine Kontrolle stattfindet, wobei einmal im Jahr eine umfangreiche Jahresuntersuchung vorgesehen ist. Ein wichtiges Element des Programms sei die Zielvereinbarung, bei der Ziele für bestimmte Werte, welche für den Krankheitsverlauf von Diabetes relevant sind, gemeinsam mit der Patientin, dem Patienten definiert und kontrolliert werden.

Diabetes bei Kindern und Jugendlichen

Priv.-Doz. Dr. Maria Fritsch von der Klinischen Abteilung für Allgemeine Pädiatrie der Medizinischen Universität Graz widmete sich in ihrem Vortrag dem Thema Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. Zu Beginn veranschaulichte Fritsch die Diabeteszahlen bei den jüngsten Bevölkerungsgruppen: „In der Pädiatrie sind mehr als 94 Prozent der Patientinnen und Patienten von Typ-1-Diabetes und rund zwei Prozent von Typ-2-Diabetes betroffen. In den letzten 20 Jahren gab es einen dramatischen Anstieg bei Typ-1-Diabetes. So ist die Inzidenz von 5 pro 100.000 auf mehr als 20 pro 100.000 Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes gestiegen.“ Erstmals sehe man auch einen signifikanten Anstieg bei den Zahlen für Typ-2-Diabetes. Diese liegen im Moment bei 0,6 pro 100.000 Kinder und Jugendlichen.

Betreuungsstrukturen

In Österreich gibt es 34 Zentren, in denen etwa 3.500 Kinder und Jugendliche im Alter von unter 19 Jahren mit Typ-1-Diabetes versorgt werden. Für eine gute Betreuung braucht es ein multiprofessionelles Team aus den Bereichen Kinderdiabetologie, Diabetesberatung, Diätologie, Psychologie und Sozialarbeit. Die empfohlenen Teamkapazitäten pro 100 Patientinnen und Patienten mit Diabetes betragen:

- 1,0 Kinderärztin/-arzt
- 1,0 Diabetesberaterin/-berater
- 0,3 Psychologin/Psychologen
- 0,5 Diätologin/Diätologe
- 0,2 Sozialarbeiterin/-arbeiter

Laut der Pädiaterin werden im österreichischen Behandlungsalltag diese empfohlenen Kapazitäten nicht einmal zur Hälfte erfüllt. Die Daten zeigen, dass im Bereich der Versorgung erheblicher Aufholbedarf besteht.

Fortschritte in der Diabetestherapie

Für eine Früherkennung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes braucht es gut geschulte Ärztinnen und Ärzte. Denn häufig weichen die Beschwerden von den klassischen Diabetessymptomen ab. Eine späte Diagnose kann zu Akut- aber auch Spätkomplikationen führen. „Im Zeitraum zwischen 2012 und 2020 sind 43 Prozent unserer Patientinnen und Patienten mit einer diabetischen Ketoazidose eingeliefert worden. 14 Prozent davon mit einer schweren – Tendenz steigend“, erklärte Fritsch. Positiv zu erwähnen sei, dass seit der Erfindung des Insulins massive Fortschritte in der Diabetestherapie erzielt wurden. So gibt es Hybrid-Closed-Loop-Systeme, die als künstliches Pankreas dienen. Mit dieser Therapiemöglichkeit kann die Zeit im Zielbereich erhöht und das Hypoglykämierisiko sowie der HbA1c-Wert gesenkt werden. „Zurzeit sind in Österreich zwei Modelle erhältlich, welche von der Krankenkasse finanziert werden. Dennoch haben 80 Prozent der Patientinnen und Patienten kein Hybrid-Closed-Loop-System“, sagte Fritsch und betonte, dass die Verschreibung der Systeme forciert werden müsse, denn die Produkte führen nicht nur bei den Kindern, sondern auch bei deren Familie zu einer Steigerung der Lebensqualität.

Kindergarten- und Schulbetreuung bei Kindern mit Diabetes

Die Betreuung von Kindern mit Diabetes in der Schule und im Kindergarten stellt oft ein Problem dar. Meist sind Pädagoginnen und Pädagogen nicht entsprechend geschult, was dazu führt, dass Kinder mit Diabetes häufig keinen



Wege aus der Arzneimittelkrise

Anlässlich der 8. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten vom 22. bis 26. Mai 2023 sprachen Österreichs führende Gesundheitsexpertinnen und -experten zum hochaktuellen Thema „**ÖSTERREICHISCHE MASSNAHMEN UND INNOVATIONEN ZUR SICHERSTELLUNG DER ARZNEIMITTEL AM MARKT**“.

von Mag. Dora Skamperls



Die Liste der nicht lieferbaren bzw. eingeschränkt lieferbaren Medikamente wird immer länger. Knapp 600 Arzneimittel sind davon derzeit betroffen – vor allem Antibiotika, Blutdrucksenker, Schmerzmittel und Schilddrüsen-Präparate. Auch bei Arzneimitteln für Kinder wird die Lage immer dramatischer. Ein Ende des Problems ist nicht in Sicht. Österreich darf sich diesbezüglich nicht auf globale bzw. Lösungen der EU verlassen, sondern muss jetzt handeln. Statt sich als ohnmächtiger Passagier der Weltwirtschaft zu sehen, könnte Österreich selbst Maßnahmen dagegen entwickeln, so der Tenor der Veranstaltung.

Hochaktuelle Themenschwerpunkte

Maßnahmen und Innovationen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung in Österreich standen am Mittwochnachmittag, 24. Mai 2023, bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten 2023 am Programm. Themenschwerpunkte waren Arzneimittellieferengpässe und Analyse der Lieferkettenprobleme, innovative Herstellungsverfahren von Wirkstoffen, Arzneimitteln und Förderung des österreichischen Wirtschaftsraums für die Arzneimittelproduktion sowie das Spannungsfeld zwischen teureren Innovationen für die Einzelnen und steigenden Therapiekosten für die gesamte Bevölkerung.

Ursachen erkennen, Strategien entwickeln

DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche, ehemalige Leiterin der AGES-Medizinmarktaufsicht, begann ihre Keynote „Lieferengpässe von Arzneimitteln in Österreich und der EU – Ursachen, Analyse und Maßnahmen“ mit der Feststellung, dass derzeit rund 600 Medikamente in Österreich nicht oder teilweise nicht lieferbar seien – gefolgt von der Frage nach den Gründen: „Wir arbeiten seit Jahren daran, die Ursachen zu analysieren und Maßnahmen zu treffen, damit die Situation in Zukunft besser wird.“ Mehr als 50 Prozent der Problematik lägen in der Wirkstoffproduktion außerhalb der EU, in China, Indien und Südamerika. Ein weiteres Thema

sei der erhöhte Bedarf; die für die österreichische Bevölkerung errechneten Bedarfe stellten sich in den letzten Jahren, auch bedingt durch die Pandemie, als wesentlich zu niedrig heraus. Verzögerungen in der Lieferketten seien ein weiterer Aspekt, die durch Maßnahmen im Bereich der Logistik gelöst werden müssten. „Europa hat dieses Problem natürlich erkannt und es ist in allen Strategien Priorität Nummer eins, dass Arzneimittel verfügbar sind – und zwar rasch verfügbar, vor allem auch innovative Produkte, und überall in Europa“, so Wirthumer-Hoche. Es brauche also auch Systeme der gleichmäßigen Verteilung.

Gesetzliche Voraussetzungen schaffen

Ein oft genannter Lösungsweg, nämlich das Zurückholen der Produktion nach Europa, sei



an Rahmenbedingungen gekoppelt. Einerseits ginge es eher darum, die noch vorhandene Produktion hier zu halten. Und andererseits müsse das Augenmerk auf die Entwicklung innovativer Technologien gerichtet werden, die eine kostengünstige Wirkstoffproduktion in Europa möglich machen. Daneben sei eine Adaptierung des regulatorischen Systems nötig. Am 26. April 2023 wurden endlich die Entwürfe für eine neue Richtlinie und eine neue Verordnung der allgemeinen Pharmagesetzgebung publiziert. In diesen sei zum ersten Mal definiert, was unter einem Lieferengpass genau zu verstehen ist, und ab welchem Punkt entsprechende Maßnahmen auf EU-Ebene zu treffen sind. Es bestehe

Christa Wirthumer-Hoche über Lieferengpässe von Arzneimitteln in Österreich und der EU.



ein gewisser Druck, das Gesetz noch heuer zu verabschieden, so Wirthumer-Hoche – denn im Mai 2024 finden die EU-Parlamentswahlen statt, wodurch sich die Finalisierung der Gesetzgebung im ungünstigsten Fall auf 2025 verschieben könnte. Das Gesetz beinhalte beispielsweise längere Fristen einer Meldung durch Arzneimittelhersteller, wenn sie planen, die Produktion eines Medikaments einzustellen. Bis dato waren das zwei Monate, das neue Gesetz sieht zwölf Monate dafür vor. In Österreich wurde mit einer der letzten Novellen des Arzneimittelgesetzes (AMG-Novelle) bereits von zwei auf vier Monate Meldefrist erhöht. Die längeren Fristen seien aber nur einzuhalten, wenn Pharmafirmen eine Sicherheitsbevorratung von rund einem Jahr hätten, was früher der Fall war. Doch heute werde nur noch auf Bestellung entsprechend den Bedarfsberechnungen produziert, da dies Kosten spare.

Vorbild Finnland

Finnland habe eine eigene Gesetzgebung, die Lieferengpässen zuvorkomme, erklärte Wirthumer-Hoche. Dort ist eine Sicherheitsbevorratung für bestimmte Kategorien von Arzneimitteln gesetzlich vorgesehen. Je nach Kategorie ist auch die Dauer der Bevorratung festgelegt. Der Bedarf wird aus den Verkaufszahlen des vorangegangenen Jahres pro Firma berechnet. Da beispielsweise Antibiotika zehn Monate bevorratet werden müssen, sei Finnland wesent-

lich besser über die Krisenzeit des letzten Winters gekommen, als Antibiotika weltweit kaum verfügbar waren. In Österreich laufen seit Längerem Diskussionen zur Sicherheitsbevorratung je Arzneimittelkategorie. Weiter brauche es ein System der Verteilung bei Engpässen, das kommunizierende Vertriebsbeschränkungsregister der einzelnen Länder zur Voraussetzung habe. Denn 80 Prozent der Lieferengpässe betreffen nicht ganz Europa, sondern nur einzelne Länder. Das heißt, dass sich Länder durchaus gegenseitig aushelfen könnten. Im neuen EU-Arzneimittelgesetz werde auch die Schaffung einer eigenen Plattform gefordert, die einen Daten- und Informationsaustausch zum Zweck der Arzneimittelversorgung in Europa gewährleisten soll.

High-tech-Medikamente bedingen neue Produktionsverfahren

„Ich bin weder Pharmazeut noch Mediziner, sondern Professor der Verfahrenstechnik“, begann Univ.-Prof. DI Dr. Johannes Khinast vom Institut für Prozess- und Partikeltechnik der TU Graz, seine Keynote mit dem Titel „Neue innovative Herstellverfahren von Wirkstoffen und Arzneimitteln“. Die Verfahrenstechnik beschäftigt sich mit der Produktion von chemischen Produkten. Durch die Zusammenarbeit mit fast allen großen Pharmaunternehmen der Welt habe er einen guten Einblick, was in der Pipeline sei und wohin die Reise bei den innovativen Medi-





kamenten der Zukunft gehe. Es habe sich in den letzten zwanzig Jahren „unglaublich viel getan“, basierend auf dem molekularen Verständnis der Erkrankungen, so Khinast. Basierend auf diesem Verständnis gibt es ganz neue Therapieansätze. Das bedeutet auch, dass Medikamente wesentlich komplizierter geworden sind, moderne Medikamente seien „High-tech-Produkte“. Das mache auch deren Produktion komplexer. In weiterer Folge werden im Rahmen der personalisierten Medizin für jede und jeden Einzelnen Medikamente maßgeschneidert. Derzeit begegnen wir diesen Herausforderungen noch mit einer bis zu 80 Jahre alten Produktionstechnik, erklärte Khinast. Hier ortet er das Hauptproblem für Lieferengpässe und Versorgungsschwierigkeiten – die Produktionstechnik ist veraltet, zu langsam, zu teuer, zu unflexibel.

Umweltfreundliche Produktion in Europa

Khinast sieht es als unumgänglich, sich von China und Indien durch eine Verlagerung der Produktion wichtiger Wirkstoffe nach Europa unabhängig zu machen. Der Schlüssel dazu sei eine neue Produktionstechnologie, die Europa als Produktionsstandort wettbewerbsfähig mache: das kontinuierliche Produktionsverfahren in modernen Kleinrproduktionsanlagen, das mithilfe von Nano-Enkapsulation die Wirkstoffe als mRNA-Nanopartikel rasch und kostengünstig herstellen könne. Moderne Computertechnik bzw. Software mache die Entwicklung digitaler Zwillinge möglich, die eine Simulation neuer Verfahren wesentlich erleichtert und kosteneffizient

ziert macht. Diese Simulationen, beispielsweise für das Fließverhalten von Pulvern, ermöglichen die Entwicklung neuer Verfahren in kürzester Zeit. Zusammenfassend demonstrierte Khinast, dass das „High-speed Manufacturing“ mittels „Continuous API synthesis“ nicht nur unabhängig von weltweiten Engpässen mache, sondern auch durch die lokale, transport- und rohstoffsparende Produktion einen wichtigen Beitrag zum Umweltschutz darstelle.

Innovationsfreundliches Klima

Mag. Eva Landrichtinger, Generalsekretärin im Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (BMAW), zeichnete mit ihrer Keynote „Förderung des österreichischen Wirtschaftsraums, speziell für die Produktion von Arzneimitteln“ ein klares Bild der gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen. Österreich sei nach wie vor ein attraktiver Standort für die Pharmaindustrie, stellte sie zu Beginn klar. In Österreich seien rund 1.000 Firmen lokalisiert mit einem Rekordumsatz von 25,1 Mrd. Euro im Jahr 2020. Mit 20,4 Prozent Forschungsquote und über 60.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sei die Pharmabranche eine der innovationsfreudigsten in Österreich, so Landrichtinger. Besonders attraktiv sei Österreich durch eine breit aufgestellte Basis in den Life Sciences, somit seien viele akademische Fachkräfte aus allen Spezialisierungsgraden verfügbar. Andererseits gebe es hierzulande neben den starken Leitbetrieben und Headquarters eine große forschungsfreudige Start-up-Szene. Die Politik



Eva Landrichtinger über die Förderung des österreichischen Wirtschaftsraums, speziell für die Produktion von Arzneimitteln.

sei ständig aufgerufen, die Standortfaktoren zu verbessern. Neben hochqualifizierten Arbeitskräften seien dies eine gute Infrastruktur, Rechtssicherheit, Planungssicherheit und eine aktive Life-Science-Community. Daneben gibt es weiche Faktoren wie Streiksicherheit, sozialer Frieden und hoher Lebensstandard. Vor allem aber seien die Unterstützung und Förderung von Forschung und Innovation wichtig. Österreich verfüge über eine vielfältige Förderlandschaft aus direkten und indirekten Incentives, erklärte Landrichtinger. Da die Förderlandschaft bottom-up aufgestellt sei und Forschungsagenturen keine Themen vorgeben, sei in Österreich themenoffene Forschung möglich, die eine rasche Reaktion auf Innovationsdynamiken ermögliche. Wissenschafts- und Wirtschaftskooperationen werden explizit gefördert.

Forschungsförderung und Standortvorteil

Doch welche weiteren Maßnahmen gibt es seitens der Bundesregierung? In den letzten Jahren wurde viel zur Forschungsförderung geleistet, u. a. zuletzt ein 50 Mio. Euro starkes Programm der österreichischen Förderagentur für wirtschaftsnahe Forschung, Entwicklung und Innovation (FFG). Die EU hat mit dem Pakt für Forschung und Innovation (PFI) ein Paket von fünf Mrd. Euro bereitgestellt. Ein weiterer Anreiz ist die Forschungsprämie, in deren Rahmen Unternehmen für Forschung und Innovation eine Prämie in Höhe von 14 Prozent der Aufwendungen für Forschung erhalten können, was sowohl für eigenbetriebliche als auch in Auftrag gegebene Forschung gilt. Vor allem Start-ups und kleine und mittlere Unternehmen (KMU) profitieren von dieser Prämie. Innovationsschutz ist ein weiterer globaler Wettbewerbsfaktor; Österreich tut viel im Bereich des Patentrechts und setzt sich auch in der EU für sinnvolle Lösungen ein. Ein kritischer Punkt sei, so Landrichtinger, die Überführung der Innovationen in die Produktion, den Markt und damit die Erstattung. Im internationalen Wettbewerb gelte es, die Standortvorteile einer wissenschaftsbasierten, akademisierten und hochqualifizierten Gesellschaft zu nutzen. Zwei Incentives können von Unternehmen jederzeit genutzt werden: die Klima- und Transformationsoffensive, die heuer ins



Johannes Khinast
über neue innovative
Herstellverfahren von
Wirkstoffen und Arznei-
mitteln.

Leben gerufen wurde, sowie der Innovationsfrei-
betrag als Nachfolger der Innovationsprämie.

Solidarität in der EU

Abschließend betonte Landrichtinger die hohe
Bedeutung der Solidarität in der Europäischen
Union, die Voraussetzung für die gemeinsame
Bewältigung von Krisensituationen sei. Auch
eine nachhaltige Versorgung mit kritischen Arz-
neimitteln und Wirkstoffen könne nur auf dem
solidarischen Weg und in enger Zusammenar-
beit auf europäischer Ebene gelingen. Dafür
müsse die österreichische Bundesregierung die
Rahmenbedingungen schaffen und sicherstellen,
dass der Stellenwert Europas wirtschaftlich und
versorgungstechnisch gestärkt werde. Für ein
geschlossenes Vorgehen auf EU-Ebene sei das
Einvernehmen aller Stakeholder in Österreich
erforderlich.

Engpässe kein neues Phänomen

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr. Peter Klimek
von der MedUni Wien lieferte mit seiner
„Analyse der Lieferkettenprobleme – Fokus
auf die Lieferketten von Arzneimitteln“ einen
wertvollen Einblick in die Hintergründe der
Versorgungsproblematik. Am Beispiel von An-
tibiotika, die zu den häufigsten von Engpässen
bedrohten Medikamenten gehören, stellte er
dar, welche Gründe hinter den Lieferschwie-
rigkeiten stecken können. Bei einem volatilen
Bedarf und niedrigen Gewinnmargen im Ge-
gensatz zu Medikamenten, die bei chronischen
Erkrankungen laufend benötigt werden, besteht
seitens der Pharmafirmen weniger Interesse an
einer Produktion. Deshalb hat sich die Produ-
ktion in wenige Länder verlagert, wo diese noch
wirtschaftlich sinnvoll ist. „Engpässe sind kein
neues Phänomen“, stellt Klimek dar. „Tatsäch-
lich haben in der Pandemie viele Länder erst
begonnen, ihr Monitoring für Engpässe syste-
matisch hochzufahren.“ Gleichzeitig sei in der
Pandemie aber das Problem entstanden, dass
40 Prozent der Medikamente, die nicht lieferbar
waren, auch nicht substituiert werden konnten.
So wurde aus Lieferengpässen ein Versorgungs-
engpass. Allerdings sei der Antibiotikaverbrauch
pro Kopf in Österreich einer der niedrigsten in
Europa, so Klimek.

Bedarfsermittlung und Produktion

Die internationalen Maßnahmen zur Reduktion
des Antibiotikaverbrauchs machen wiederum
den Markt für die Hersteller weniger rentabel.
Ein weiterer Grund für punktuelle Lieferengpäs-
se ist die Trägheit der Produktion, führt Klimek
aus. Die Bedarfe für Medikamente werden an-
hand von Bedarfskurven errechnet, die auf dem
jeweiligen Vorjahr basieren. Wenn der Bedarf
plötzlich sprunghaft ansteigt, kann nicht rasch
nachproduziert werden. Was bedeutet die Volati-
lität im Bedarf für die Produktion, die dahinter-
steckt? Wieder am Beispiel Antibiotika lässt sich
die Wertschöpfungskette vergleichsweise gut u. a.
anhand von Daten aus dem Handel rekonstruie-
ren. Bei den Ausgangsstoffen gibt es mittlerweile
eine extreme Konzentration auf wenige Fabri-
ken, mehrheitlich in China und Indien. Dies
führt zu einem großen systemischen Risiko in
den Handelsnetzwerken. Außerdem besteht in
Nordamerika und Europa ein Clusterrisiko, da
eine fast hundertprozentige Abhängigkeit von
einem einzigen Land besteht, nämlich China.
Das macht ein Ausweichszenario umso schwie-
riger. Die Firma Sandoz in Kundl/Tirol sei ein
Beispiel, wo die komplette Wertschöpfungskette
für ein Antibiotikum in Österreich lokalisiert
ist – und trotzdem gab es in Österreich Engpäs-
se. Das heißt, Nearshoring bzw. Friendshoring

bedeutet nicht automatisch die Lösung aller
Probleme, führt Klimek aus. Denn es heißt, den
internationalen Markt zu verstehen.

Marktversagen analysieren

Einflussfaktoren für ein Marktversagen seien
zusammenfassend die volatile Nachfrage,
Produktionskonzentration in einzelnen Ländern
und unwirtschaftliche Verkaufspreise. Letzte-
res bedeutet, dass in einer wirtschaftlich nicht
rentablen Situation auch weniger Innovation
passiert, was in Hinblick auf Resistenzen negativ
zu sehen ist.

Gegensteuernde Maßnahmen wären allem
voran eine strukturierte Bedarfserhebung auf
Basis der Indikationen und der Verkaufszah-
len sowie der Lagerbestände. Eine klassische
Supply Chain Methode würde langfristige und
stabile Lieferbeziehungen schützen. Länder,
Regionen und Regierungsbehörden könnten
ihre Verhandlungsmacht global fördern durch
gemeinsamen Einkauf. Diversifizierung muss in
breitere geopolitische Überlegungen eingebettet
werden, kann aber wesentliche Vorteile schaffen.
In weiterer Folge könnten subventionierte Be-
schaffungsmodelle global Versorgungssicherheit
fördern. Die EU erarbeitet zurzeit Vorschläge
für Maßnahmen, die ein konzentriertes Vorgehen
anstreben. **P**



Peter Klimek analysierte
die Lieferkettenprobleme
– mit Fokus auf die Liefer-
ketten von Arzneimitteln.



WELLDONE

Seltene Erkrankungen häufiger erkennen

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



Rare disease ribbon