

# PERISKOP

113

OKT 2023

Standpunkte.  
Dialog.  
Konsens.

Die neutrale  
Plattform  
zum offenen  
Meinungs-  
austausch.

**In die Tiefe, nicht  
in die Breite gehen**

Robert Winker

**Der Kampf  
gegen nosokomi-  
ale Infektionen**

Hans Hirschmann

**Welche Faktoren  
machen unsere  
Leber krank?**

Ludwig Kramer und  
Michael Trauner

**Ein gutes Bauchgefühl  
für die Pflege**

Interview mit Katarzyna Resch und Sarah Kroboth

# Trauer um Franz Bittner



Nur wenige Tage vor seinem 70. Geburtstag ist Franz Bittner **ANFANG NOVEMBER NACH KURZER, SCHWERER KRANKHEIT VERSTORBEN**. Er war zuletzt Patientenombudsmann der Ärztekammer für Wien. Bittner war zuvor Obmann der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), Vorsitzender der Gewerkschaft Druck, Journalismus, Papier und geschäftsführender Gesellschafter der PERI Human Relations. Die PERI Group verliert mit ihm einen geschätzten Diskussionspartner, der sich unermüdlich und vehement für die Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten eingesetzt hat. | von Rainald Edel, MBA

**F**ranz Bittner wurde 1953 in Wien geboren und lernte den Beruf des Lithografen. 23 Jahre lang war er für den Kurier und die Mediaprint tätig. Im Jahr 1997 wurde er zum Obmann der Wiener Gebietskrankenkasse bestellt – eine Funktion, die er bis 2009 innehatte. Ab 2002 wirkte er als Vorsitzender der Hauptversammlung im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und ab 2005 als Vorsitzender der Trägerkonferenz im Hauptverband. Auch in der Gewerkschaft Druck, Journalismus, Papier war Bittner aktiv – ab 1993 als Vorsitzender und ab 2006 als stellvertretender Vorsitzender. Bittner war als Obmann der Wiener Gebietskrankenkasse und Vorsitzender der Gewerkschaft Druck, Journalismus, Papier ein Musterbeispiel der Sozialpartnerschaft – im doppelten Sinne: Als Gewerkschafter in der Sozialversicherung und als Kassensobmann mit den Vertragspartnern. Er galt als harter, aber fairer Verhandlungspartner mit Handschlagqualität. Bittner war zudem vier Jahre Mitglied des Verwaltungsrates im Arbeitsmarktservice (AMS), 18 Jahre Mitglied des Aufsichtsrates im Berufsförderungsinstitut (BFI) Wien und 18 Jahre lang Kammerrat in der Arbeiterkammer Wien und der Bundesarbeiterkammer.

Von 2009 bis 2012 wechselte Bittner in die Privatwirtschaft und war Geschäftsführer und Gesellschafter des Beratungsunternehmens PERI Human Relations, einem Unternehmen der PERI Group. Auch nach seinem Ausscheiden lieferte er als geschätzter Diskussionspartner wichtige Inputs zur Verbesserung des österreichischen Gesundheitswesens. Seit 2012 war er selbstständiger Berater im österreichischen Gesundheitswesen.

2013 wurde er zum Patientenombudsmann der Ärztekammer für Wien gewählt. In dieser Funktion kümmerte sich Bittner zehn Jahre lang als Patientenombudsmann der Ärztekammer für Wien um die gesundheitlichen und sozialen Sorgen der Wienerinnen und Wiener. Erst im September dieses Jahres wurde er in dieser Funktion abgelöst.

In die fast zwölf Jahre andauernde Amtszeit von Franz Bittner als Obmann der WGKK fielen trotz zum Teil schwieriger wirtschaftlicher und politischer Rahmenbedingungen wichtige Errungenschaften der Gesundheitspolitik. Neben der Einführung der Brustkrebscreeningprogramms, der Psychotherapie auf Krankenschein und der e-Card waren dies die Konsolidierung der Rechenzentren, die Neustrukturierung des Ausgleichsfonds und die Balanced-Scorecard-Steuerung. Auch zur Gründung der Wiener Dialyse Ges.m.b.H. und des Kompetenzzentrums für integrierte Versorgung hat die WGKK unter seiner Obmannschaft entscheidend beigetragen. Die Vernetzung von Gesundheitsvorsorge und Pflege, die verstärkte Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen sowie die vermehrte Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen waren ebenfalls wichtige Anliegen. „Die finanziellen Mittel so einzusetzen, dass sie rasch und effizient den Patientinnen und Patienten zugutekommen“, war ein zentraler Leitsatz seiner Arbeitsweise. Auch wenn es aus seiner Sicht Rückschläge wie die missglückte Ambulanzgebühr gab, ist es ihm unter seiner Obmannschaft gelungen, das Leistungsangebot der WGKK für die Versicherten Wiens stetig auszubauen und die Verwaltung zu modernisieren.

Zu zahlreichen Würdigungen wie dem „Preis der Menschlichkeit“ im Jahr 2003 kamen im November 2009 auch der Ehrenring der österreichischen Sozialversicherung und 2010 das große Ehrenzeichen für Verdienste um die Republik Österreich hinzu. Im Jahr 2019 erhielt er das Goldene Ehrenzeichen für Verdienste um das Land Wien. **P**

© WELLDONE



Franz Bittner setzte sich leidenschaftlich für die Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten ein und war ein geschätzter und gern gesehener Gast und wichtiger Diskussionspartner bei zahlreichen Veranstaltungen der PERI Group.





10  
P  
PEOPLE

## Ein weiter Weg will beherzt beschritten sein

Wiewohl Tiroler, ist Edgar Martin, MBA seit Jahrzehnten in Wien als „Urgestein“ der Wiener Gewerkschaftszene und integrative Persönlichkeit für seinen unermüdlichen Einsatz zum Wohl aller Wiener Gemeindebediensteten bekannt. PERISKOP sprach mit dem engagierten Interessensvertreter über seine nächsten Ziele.

- 2 Trauer um **Franz Bittner**
- 6 Ein gutes Bauchgefühl für die **Pflege**
- 8 **In die Tiefe**, nicht in die Breite gehen
- 10 **Ein weiter Weg** will beherzt beschritten sein
- 12 **Die Lunge** – das unbeachtete Organ

## 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, Rainald Edel, MBA, Mag. Beate Krapfenbauer, Dr. Ernest G. Pichlbauer, Dr. Erhard Prugger, Mag. Dora Skamperls, Dr. Andreas Stippler, MSc, Wolfgang Wagner, Mag. Julia Wolkerstorfer

**Foto Cover** Jana Madzigon

**Grafik Design** Martina Eichhorn, Manuela Pöschko

**Lektorat** Mag. Sylvia Schlacher

**Druck** Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG

**Auflage** 6.000 | Erscheinungsweise: 6 x jährlich | Einzelpreis: Euro 30,00

Die Zeitschrift und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin oder des Autors und nicht der Redaktion wieder. BLATTLINIE: INFORMATIONEN AUS DEM GESUNDHEITS-, PHARMA- UND WELLNESSBEREICH SOWIE AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK.



16  
P  
PERFORMANCE

## Starke Stimme für Patientenrechte

Berichte über Missstände in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen finden in den letzten Jahren relativ häufig Eingang in die Medienberichterstattung. Allerdings ist dies nur ein Bruchteil der Probleme, die es tagtäglich in Einrichtungen des Gesundheitswesens gibt. Damit Betroffene nicht ohnmächtig diesen Organisationen gegenüberstehen und auf eigene Kosten ihre Rechte einklagen müssen, wurden in allen Bundesländern Patienten- und Pflegeombudsstellen eingerichtet. PERISKOP sprach mit der Sprecherin der Patienten- und Pflegenachwärtinnen und -anwälte Österreichs, Dr. Michaela Wlattnig über die aktuellen Herausforderungen und ihre Ziele, die sie sich in dieser Funktion gesteckt hat.

- 14 **Prävention** beginnt bereits im Kindesalter
- 16 **Starke Stimme für Patientenrechte**
- 18 **High-end-Sensoren** führen die medizinische Diagnostik in die Zukunft
- 20 **Der Kampf gegen nosokomiale Infektionen**



28  
P  
PIONIERS

## Impfen in Apotheken – Zustimmung wichtiger Stakeholder

Mehr und niederschwellige Impfangebote verbessern die Impfquote. Österreichweit sind rund 2.000 Apothekerinnen und Apotheker bereits ausgebildet und könnten sofort starten. Wie das Thema Impfen in Apotheken von Seiten wichtiger Stakeholder des Gesundheitssystems gesehen wird, zeigte eine hochkarätige Diskussionsrunde anlässlich der diesjährigen „Hofgespräche“ der Apothekerkammer Oberösterreich.

- 22 Einsatz von indikationsspezifischen **Probiotika im Klinikbereich**
- 24 Buchvorstellung: **Sozialfall Sozialstaat**. Was jetzt zu tun ist.
- 24 **„Wiener Blut“** als launiges Motto des Arztesbells
- 25 **Pharma-Forschung** entlastet Staatskasse
- 26 **Normalisierung des Zuckerspiegels** als Ziel?
- 28 **Impfen in Apotheken** – Zustimmung wichtiger Stakeholder

© LUDWIG SCHEDL, FIEDLERPHOTO, GREGOR HARTL



34  
P  
PLATTFORMEN

## Konservative Ansätze als Gamechanger in der Orthopädie

Jede fünfte Patientin bzw. jeder fünfte Patient, der im Krankenhaus aufgenommen wird, hat Probleme mit dem Bewegungsapparat. Allerdings könnte ein erheblicher Anteil der Behandlungen ohne Hospitalisierung und chirurgischen Maßnahmen behandelt und auch der Outcome durch patientenseitige Maßnahmen verbessert werden, wie führende Orthopäden bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten ausführten.

- 30 **Carpe diem** quam minimum credula postero!
- 32 Erste „DACH“-Harm Reduction Konferenz
- 34 **Konservative Ansätze als Gamechanger in der Orthopädie**
- 37 **Digitalisierung im Gesundheitsbereich**: Worauf wartet Österreich?



38  
P  
POLITIK

## Visionen verwirklichen im Zeichen der Zeit

Vor über 100 Jahren galten die 80 Pavillons des Spitals im Wiener Gemeindebezirk Ottakring als State-of-the-Art in der Architektur. Heute gilt es, sie als eine „Klinik der kurzen Wege“ mit modernen Zentralbauten, zeitgemäßer Infrastruktur und als attraktiven Arbeitsplatz neu zu denken.

- 38 **Visionen verwirklichen** im Zeichen der Zeit
- 41 **Kolumne »Prähabilitation«** von Andreas Stippler
- 41 **Kolumne »Rezeptblock«** von Ernest G. Pichlbauer
- 42 **Petition** zur Sicherung der Arzneimittelversorgung in Österreich

© KRISTJAN JUHASZ (2), WIENER GESUNDHEITSVERBUND, GATTINGER



46  
P  
PORTFOLIO

## Visionen für ein innovatives und nachhaltiges Gesundheitssystem

Das österreichische Gesundheitssystem steht zwar im internationalen Vergleich (noch) gut da, dennoch mehren sich die Anzeichen, dass es dringend strukturelle Reformen braucht, um weiterhin seine Spitzenposition zu halten. Welche Schritte notwendig sind, um medizinische, wissenschaftliche Innovationen und eine hochwertige Routineversorgung mit einer adäquaten und langfristigen Finanzierung zu verknüpfen, diskutiert eine hochkarätige Runde bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten.

- 44 **EHDS** – Europa darf nicht schlafen
- 46 **Visionen für ein innovatives und nachhaltiges Gesundheitssystem**
- 48 **Klinische Forschung** bringt Innovation



52  
P  
PRÄGNANT

## Bewegung als Präventionsmaßnahme

Bewegung ist für die Gesundheit von großer Bedeutung und kann insbesondere bei der Prävention und Behandlung von chronischen Erkrankungen unterstützen. Zudem kommt ihr eine wichtige Rolle bei der Erhaltung der mentalen Gesundheit und in der Erfüllung eines möglichst langen gesunden Lebens zu. Bei den 10. PRAEVENIRE Gesundheitstagen in Alpbach diskutierten Expertinnen und Experten bei einem PRAEVENIRE Talk über Bewegungsempfehlungen sowie Maßnahmen, die dazu führen sollen, dass die österreichische Bevölkerung bewegungsfreudiger wird.

- 49 **Chiesi**: Shared Value als **innovatives Unternehmensleitbild**
- 50 Welche Faktoren **machen unsere Leber krank?**
- 52 **Bewegung** als Präventionsmaßnahme
- 54 **Chronische Insomnie** – das lange Leiden im Schlafzimmer

NEPHROLOGIE  
IM AUFWIND

www.nephrologie-update.at



SAVE THE DATE  
1.-2. Dez. 2023

HOTEL WEITZER GRAZ

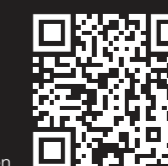
Jetzt anmelden unter [nephrologie@perigroup.at](mailto:nephrologie@perigroup.at)



SCANNEN & ANMELDEN

SAVE THE DATE

6. PRAEVENIRE  
DIGITAL HEALTH SYMPOSION  
SO/Vienna 2024



Anmeldung und mehr Informationen

18.-19.  
APRIL

# Ein gutes Bauchgefühl für die Pflege

Die Massenmedien haben einen wesentlichen Anteil am Image der Pflege in der Öffentlichkeit – das ist nicht immer ein Segen. PERISKOP fragte DGKP Katarzyna Resch, MAS und DGKP Sarah Kroboth, MAS, **WARUM SIE IHREN BERUF TROTZ – ODER GERADE WEGEN – ALLER HERAUSFORDERUNGEN LIEBEN.** | von Mag. Dora Skamperls

**S**arah Kroboth's Werdegang ist ein „Klassiker“: Schon ihre Mutter war Gesundheits- und Krankenpflegerin und Kroboth wurde schon als Baby häufig auf die Station mitgenommen. So wurde sie quasi in diesen Beruf hineingeboren. Als es später darum ging, eine Berufsentscheidung zu treffen, war die Auswahl auf zwei Lebenswege fokussiert. „Entweder werde ich Polizistin wie mein Vater oder Krankenschwester wie meine Mutter“, scherzte Kroboth. Sie entschied sich letztlich für die Pflege – „eine Herzensangelegenheit“. Mit 17 Jahren kam sie in die Krankenpflegeschule nach Wien und absolvierte dort ihre Ausbildung. Danach folgte ein Jahr für die Spezialisierung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. Es war von Anfang an ein positives Bauchgefühl für diesen Beruf da, das bis heute erhalten blieb.

**Wenn unsere Patientinnen oder Patienten sich beim Abschied einfach bedanken, das macht mich glücklich. Dann erkenne ich, dass ich eine sehr sinnvolle Arbeit mache.**

Sarah Kroboth



Sarah Kroboth sieht Pflege als ein Gesamtpaket aus Persönlichkeit und fachlichem Können. Sie ist überzeugt, dass es neben der guten Ausbildung einen gefestigten Charakter braucht, um diesen Beruf langfristig mit Freude auszuüben.

Katarzyna Resch's Eltern wanderten aus Polen nach Österreich ein. Resch's Vater ist Mechaniker und bis heute macht es ihr Freude, mit ihm gemeinsam an Autos zu basteln. Doch das kam als Berufswunsch für sie damals nicht infrage. Die beste Freundin ihrer Mutter ist Krankenpflegerin und sie war es auch, die Resch diese Arbeit nahebrachte. Resch stieg mit dem vorklinischen Jahr in die Gesundheits- und Krankenpflegeschule ein, die sie jedoch nicht abschloss. Später war sie ein Jahr Zahnarztassistentin, wo sie auf die Möglichkeit einer berufsbegleitenden Diplomausbildung aufmerksam wurde. Sie fasste sich ein Herz, die Ausbildung wiederaufzunehmen, und ging in die Klinik Ottakring, das damalige Wilhelminenspital. Die dortigen Praktika halfen ihr enorm, in die schwierige Materie einzusteigen. Die vielseitige Ausbildung mit Anatomie, Pathologie, Medikamentenlehre fesselte Resch und gab ihr unterschiedliche Perspektiven.

## Ausbildung mit Perspektiven

**KROBOTH:** Die Ausbildung in der Pflege hat sich stark verändert, schon vom Lehrplan her. Früher war die Ausbildung fachspezifischer – heute ist sie generalisiert. Das Wissen in der Medizin hat sich in den letzten Jahrzehnten enorm erweitert, weshalb in relativ kurzer Zeit sehr viel Wissen aufgebaut werden muss – theo-

retisch und praktisch. Natürlich macht es einen Unterschied, dass der Beruf nun akademisiert ist, auch in der gesellschaftlichen Anerkennung. Die Akademisierung bietet auch mehr Möglichkeiten, sich fortzubilden und beruflich weiterzuentwickeln. Finanziell gibt es im Beruf zwischen der dreijährigen Fachausbildung und dem Bachelor keine Unterschiede und es hätte auch keinen Sinn, hier Gräben aufzumachen. Am Ende des Tages geht es um die fachlichen Kenntnisse und was ich beruflich daraus machen kann.

## Sinnstiftende Tätigkeit

**KROBOTH:** Zu Beginn meiner Tätigkeit gab es auch Situationen, wo ich an meine Grenzen kam. Ich war damals auf einer neurologischen Station, wohin ich eigentlich nicht wollte – Hirn und Nerven, davor hatte ich enormen Respekt, das erschien mir zu kompliziert. Das Fachliche hat sich dann rasch gelöst, da ist die Praxis anders als man es sich in der Theorie vorstellt. Aber vom emotionalen Aspekt der Arbeit her gab es Situationen, die sehr belastend waren. Wir hatten schwere Fälle, wie zum Beispiel eine junge Patientin Mitte 20 mit einem Hirntumor. Da musste ich meine Mutter anrufen, weil dieses Schicksal so an mir genagt hat. Wunderschön ist es, wenn Menschen uns gesünder verlassen, als sie ankamen. Das ist das Ziel unserer Tätigkeit. Wenn unsere Patientinnen oder Patienten sich beim Abschied einfach bedanken, das macht mich glücklich. Dann erkenne ich, dass ich eine sehr sinnvolle Arbeit mache.

**RESCH:** Ich habe auf einer gastroenterologischen Station begonnen, mit Leber- und Darmkrankungen, Alkoholikern. Das war ein harter Einstieg. Aber ich habe viel dabei gelernt. Ich war dann auch auf einer pulmonologischen und einer neurologischen Station, wo ich sehr viele Erfahrungen machen konnte. Emotional musste ich mir mit der Zeit einen professionellen Abstand aufbauen, denn es gibt immer wieder auch hoffnungslose Fälle, Menschen, die wir nicht heilen können. Man kann sich nicht von jedem Fall gleich gut abgrenzen. Das Mitleiden mit den Betroffenen ist auch nicht gut, denn wir brauchen viel positive Kraft, unsere Patientinnen und Patienten aufzubauen, sie aus ihrem emotionalen Tief abzuholen.

## Technologische Revolution

**RESCH:** Die Pflege hat sich parallel mit der Medizin enorm weiterentwickelt. Es gibt heute viele technische Hilfsmittel und Geräte in der Medizin, neue Technologien und medizinische Techniken. Das alles müssen wir ebenso kennen und damit umgehen. Allein in der IT bzw. medizinischen Software gab es enorme Entwicklungen, und wir müssen das auch bedienen

© JANA HAZZIGON



Katarzyna Resch sieht die Imagebildung der Pflege in den Medien kritisch. Der Beruf bietet jungen Menschen große Chancen, die in der Öffentlichkeit zu wenig abgebildet werden.

können. Das Ziel aller Innovationen ist, dass der berufliche Alltag erleichtert wird. Parallel dazu gibt es einen gesellschaftlichen Wandel. Noch vor zehn Jahren galt die Pflege bei jungen Menschen als „cooler“ Beruf – man kann Leuten helfen, macht etwas Wichtiges, Sinnvolles –, und es ist ein krisensicherer Job. Jetzt erscheint das plötzlich ganz anders, das Ansehen des Berufs ist eklatant gesunken trotz steigender Qualifikation und Anforderungen, die zu bewältigen sind. Das Image der Pflege nach außen, vor allem bei jungen Menschen, hat mit der Realität des Berufs nur sehr wenig zu tun. **KROBOTH:** Nicht nur die Ausbildung, sondern auch der Beruf selbst ist seit einiger Zeit einem starken Wandel unterworfen. Manche Prozesse sind noch althergebracht und werden teils aus Tradition nicht geändert. Andere haben sich völlig verändert, beispielsweise Dokumentationssysteme und Computerprogramme. Trotzdem hängt alles von einer funktionierenden Kommunikation ab. In der Pflege wächst gerade eine neue Generation heran, die anders tickt. Da ist es besonders wichtig, die Kommunikation auf Augenhöhe zu stärken zwischen jenen, die schon lange im Job sind und den jungen Kolleginnen und Kollegen, aber auch zwischen den Hierarchieebenen.

**Während der Pandemie hat sich herauskristallisiert, dass Dienstplanstabilität ein hohes Gut ist, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu halten – das ist unendlich wertvoll.**

Katarzyna Resch

## Grenzen des Machbaren

**RESCH:** Was die Berufsrechte und den Einsatz unserer Qualifikation betrifft, gibt es zumindest in Wien keine großen Einschränkungen. Je nach Ausbildung wenden wir in der Pflege alles an, was wir gelernt haben. Das ist aber von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich, in manchen Bundesländern dürfen nicht alle in der Ausbildung vermittelten Kenntnisse auch ausgeübt werden – was zu hinterfragen ist.

**KROBOTH:** Es gibt zu wenige junge Menschen, die eine Ausbildung in der Pflege machen wollen und auch wirklich dafür geeignet sind. Deshalb gab es immer wieder Vorstöße, die Ausbildung früher, gleich nach dem Pflichtschulabschluss, beginnen zu lassen. Es gibt aber gute Gründe, warum die Altersgrenze für eine Pflegeausbildung mit 17 Jahren festgelegt wurde – einerseits gibt es dafür eine EU-Richtlinie und andererseits besitzen Jugendliche oft noch



nicht die notwendige Resilienz. Es können in der Pflege Situationen auf einen jungen Menschen zukommen, die schwer zu bewältigen sind. Davor müssen wir die Jugendlichen schützen, denn sie würden vielleicht die Ausbildung abbrechen und uns verloren gehen. Das kann nicht das Ziel sein.

## Image und Wirklichkeit

**RESCH:** Dass wir so wenige Jugendliche für die Ausbildung gewinnen können, liegt unter anderem am negativen Image der Pflege, das in den letzten Jahren von den Massenmedien aufgebaut wurde. Ich sehe das sehr kritisch. Die Medien haben zwar einen verständlichen Druck, möglichst zugkräftige Schlagzeilen zu formulieren – aber wenn damit unser komplettes Gesundheitssystem in Grund und Boden gestampft wird, haben wir ein ernstes Problem. Hier gibt es eine Verantwortung, die nicht wahrgenommen wird. Ja, Corona war dramatisch. Aber die Medien haben meiner Meinung nach weit über jedes Ziel hinausgeschossen.

**KROBOTH:** Andererseits könnten wir die Medien gut dafür einsetzen, wiederum Interesse bei jungen Leuten für die Pflegeausbildung zu wecken. Aber ich glaube, klassische Inseratenkampagnen werden wenig bringen. Wir erreichen junge Menschen am besten mit Storytelling, indem wir Geschichten aus unserem realen Alltag erzählen. Sie müssen das sehen und spüren, was wir tun. Wir müssen sie direkt in ihren Lebenswelten ansprechen, in bestimmten sozialen Medien. Eine Berufsentscheidung ist auch eine Bauchentscheidung – das Gefühl muss stimmen, es muss sich richtig anfühlen. So, wie es sich für mich richtig angefühlt hat damals. **RESCH:** Wichtig ist die Ehrlichkeit – nicht überdramatisieren, aber auch nicht realitätsfremd sein. Wir müssen die Pflege zeigen, wie sie ist: Es ist ein toller Beruf, der aber auch sehr fordernd ist. Wenn etwas nicht gut läuft, müssen die Entscheider zeigen und dokumentieren, dass sie es verbessern werden. Das muss auch in der öffentlichen Kommunikation abgebildet werden. Mitarbeiter und Auszubildende suchen sich ihre Arbeitgeber heute aus, sie wollen in ihren Bedürfnissen wahrgenommen und ernstgenommen werden.

## Bedürfnisse der Jugend erkennen

**KROBOTH:** Ich habe schon den Eindruck, dass versucht wird, sich an den Bedürfnissen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu orientieren – wobei es manchmal bei Versuchen bleibt. Beispielsweise wurde der Pflege seitens der Bundesregierung öffentlichkeitswirksam versprochen und dann monatlang nicht ausgezahlt. Der genannte Betrag war dann auch nicht netto, sondern brutto. Das ist respektlos und wurde dann auch in den Medien lange thematisiert.

**RESCH:** Während der Covid-Pandemie lag viel Verantwortung bei den Leitungsfunktionen, die Teams zusammenzuhalten. Zu sagen, verlieren wir uns nicht, machen wir gemeinsam weiter, gehen wir da gemeinsam durch. Diese wichtige Verantwortung der Teamleitungen wurde auch nicht genug geschätzt – es wurden Teams auseinandergerissen, Stationen geschlossen und wieder aufgemacht, es gab keine Stabilität. Dieses Hin und Her zerstört Teams und nagt

an der Motivation. Während der Pandemie hat sich herauskristallisiert, dass Dienstplanstabilität ein hohes Gut ist, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu halten – das ist unendlich wertvoll. Wenn wir über die Bedürfnisse junger Kolleginnen und Kollegen sprechen, über die wachsende Bedeutung von Work-Life-Balance, dann muss klar sein, dass vor allen monetären Überlegungen die Dienstplanstabilität dafür Voraussetzung ist. Wenn aber Flexibilität verlangt wird, dann muss es auch Anreize geben.

## Entscheider müssen zuhören

**KROBOTH:** Die Probleme sind nicht in der Pandemie entstanden, sondern waren schon vorher da – sie wurden nur deutlicher. Was über Jahre und Jahrzehnte erfolgreich ignoriert wurde, wurde nun sichtbar. Es hat keinen Sinn, wenn die dritte und vierte Reihe weiß, was zu tun wäre. Die Probleme müssen bis in die Entscheidungsebene vordringen und die notwendigen Lösungen müssen dort umgesetzt werden. Wer die letzte Unterschrift gibt, muss sich mit unserer Lebensrealität auseinandersetzen.

**RESCH:** Alles Geld der Welt bringt nichts, wenn ich nie zu Hause bin. Also wird mehr Geld allein unsere Themen nicht lösen, sondern es braucht daneben noch andere Maßnahmen. Allen voran Anreize für Auszubildende, Personalgewinnung, Dienstplanstabilität. Die Jungen müssen von den älteren Kolleginnen und Kollegen – vor allem in den Praktika – motiviert werden, im Beruf zu bleiben. Die Drop-outs sind zu hoch. Man muss auch aufzeigen, was sich alles in den letzten Jahrzehnten verbessert hat. Wir haben seinerzeit zu dritt 35 Patientinnen und Patienten gepflegt – das wäre heute undenkbar. Es wurde viel erreicht, und das kann eine starke Motivation für junge Menschen sein. Dann sehen sie, man wird durchaus gehört und es tut sich etwas zum Besseren.

## Chancen erkennen

**RESCH:** Richtig, es gibt auch in der Pflege viele Möglichkeiten, wohin man sich entwickeln kann. Das wird in der öffentlichen Wahrnehmung unterschätzt. Wir konnten uns damals nicht aussuchen, wohin wir gehen, heute ist das ganz anders. Es gibt Schnuppertage auf anderen Stationen oder sogar in anderen Krankenhäusern. Es wird viel Wert auf die Fortbildung gelegt. In der Kommunikation dieser Möglichkeiten gibt es noch viel zu tun – die jungen Menschen müssen auch darauf aufmerksam gemacht werden, ihre Selbstbestimmung muss gefördert werden. Das ist eine Aufgabe des Arbeitgebers, die nicht immer transparent wahrgenommen wird.

**KROBOTH:** Für mich ist es wichtig, das Bauchgefühl der jungen Leute zu wecken. Wenn sie gerne mit Menschen arbeiten, sie unterstützen und einen Abschnitt ihres Lebens verbessern wollen, dann sollen sie es tun. Auch wenn sie noch nicht wissen, wohin sie sich später weiterentwickeln, in welche Abteilung sie gehen sollen – es gibt tausende Möglichkeiten, die ihnen offenstehen. Es gibt zahlreiche Zusatzausbildungen, die auch von den Arbeitgebern bezahlt werden. Manchmal muss man einfach beginnen und sich etwas zutrauen, Mut haben und sich nicht von den Medien verwirren lassen. An der Pflege kann man viel Freude und Spaß haben. **P**

# In die Tiefe, nicht in die Breite gehen

Das Sanatorium Hera gilt nicht umsonst als kleines Juwel unter den Wiener Spitälern – klein, aber fein. Das gepflegte Haus bietet **SCHWERPUNKTMEDIZIN AUF HOHEM NIVEAU MIT KURZEN WARTEZEITEN**, eine Seltenheit in der Wiener Krankenhauslandschaft. PERISKOP sprach mit dem ärztlichen Direktor Prim. Priv.-Doz. Dr. Robert Winker. | von Mag. Dora Skamperls

**R**obert Winker ist seit 2012 ärztlicher Leiter des Gesundheits- und Versorgungszentrums und seit 2020 ärztlicher Leiter des Sanatoriums Hera im 9. Wiener Gemeindebezirk. Die Nähe seines Hauses zum AKH bietet große Vorteile und Synergieeffekte. Der fragte Internist und Facharzt der Arbeitsmedizin mit Privatpraxis in Wien ist nicht nur als Krankenhausmanager, gerichtlich beideter Gutachter und als Arzt tätig, sondern auch wissenschaftlich – mit hochkarätigen Publikationen im Bereich der Orthostatischen Intoleranz, der Neurokardiogenen Synkope, dem biologischen Monitoring, Belastungs- sowie Beanspruchungsphänomenen, der neurotoxischen Substanzen und kognitiven Fähigkeiten. Außerdem ist er Mitglied bei mehreren wissenschaftlichen Organisationen, unter anderem bei der International Commission of Occupational Health, bei Medicchem und seit 2011 als Mitglied des Vorstandes der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin.

**PERISKOP: Das Sanatorium Hera ist vor allem als Krankenhaus der Bediensteten der Gemeinde Wien und als Geburtsklinik in der Öffentlichkeit bekannt. Allerdings hat sich das Haus in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt. Wie ist das Sanatorium Hera heute aufgestellt, welche Leistungen werden angeboten?**

**WINKER:** Das Leistungsangebot eines Krankenhauses hat sich zur Sicherstellung einer hohen Qualität einerseits an der Nachfrage zur Erreichung der notwendigen Fallzahlen und andererseits an der vorhandenen Infrastruktur zu orientieren. Wir bieten im Interesse unserer Anspruchsberechtigten verstärkt Leistungen an, wo die anderen Spitäler lange Wartezeiten aufweisen. Das ist insbesondere bei operativen Leistungen der Fächer Orthopädie und Traumatologie, Urologie, Chirurgie, Gynäkologie und Augenheilkunde der Fall. In einer vor Kurzem stattgefundenen Pressestunde wurden sogar Wartezeiten auf Operationen in den Lan-

deskrankenhäusern im persönlichen Gespräch genannt – u. a. beim Grauen Star bis zu 67 Wochen, Hüftprothesen 60 Wochen, Bandscheiben 22 Wochen. Das Sanatorium Hera kann mit sehr kurzen Wartezeiten punkten. Ein Sonderfall ist bei uns sicherlich die Innere Medizin, wo die ambulante Patientenversorgung aktiv zulasten der stationären Betreuung forciert wird. Dies betrifft besonders die Kardiologie und Diabetologie, wo eine große Nachfrage seitens der KFA-Anspruchsberechtigten besteht. Fächer wie Neurologie, Dermatologie und HNO werden ambulant angeboten.

Sehr wichtig sind auch die Themen Pathologie und Bildgebung, diese Leistungen sind in anderen Häusern oft mit sehr langen Wartezeiten verbunden. Hier zeichnen wir uns ebenfalls durch eine rasche Leistungserbringung aus. Die diagnostische Abklärung erfolgt bei uns sehr schnell, auch durch Kooperationen mit anderen Instituten. Da wir keine Inhouse-Pathologie haben, erfolgt wie auch bei anderen Häusern die Auslagerung zu privaten Anbietern. Gerade in unserem Brustgesundheitszentrum, auf das ich später noch zu sprechen komme, setzen wir uns im Sinne unserer Patientinnen dafür ein, die Befunde rasch zur Hand zu haben.

**Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angenehm ist der Umstand, dass es bei uns als Elektivspital im Gegensatz zu einem Akutspital nur in wenigen Bereichen Nachtdienste gibt und dadurch die Belastungen besser planbar sind.**

Robert Winker

**Gerade bei der Dichte an Krankenhäusern in Wien ist es wichtig, ein entsprechendes Profil zu entwickeln. Wo liegen die Besonderheiten und Stärken des Sanatoriums Hera?**

Als Krankenhaus der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA) haben wir im Unterschied zu anderen Krankenhäusern einen klaren Versorgungsauftrag: unsere KFA-Mitglieder. Naturgemäß können wir nicht jede medizinische Spezialleistung anbieten, aber wir versuchen, unseren Mitgliedern die benötigten Leistungen möglichst zeitnah zur Verfügung zu stellen. Wir bemerken, dass es derzeit in anderen Einrichtungen schwierig ist, Leistungen wie Katarakt- oder Hüft- und Knieoperationen zeitgerecht zu bekommen. Gerade hier können die Vorteile von kürzeren Wartezeiten ausgespielt werden.

Uns unterscheidet sicherlich auch gegenüber den anderen öffentlichen Krankenhäusern in Wien, dass wir kein Ausbildungsspital sind und daher die Behandlung unserer Patientinnen und Patienten nur durch Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener Ausbildung erfolgt. Gegenüber den anderen Privatkrankeinstalten unterscheiden wir uns dadurch, dass die Patientenbetreuung vorrangig durch unsere eigene ärztliche Mannschaft und nicht durch nur stundenweise anwesende Belegärztinnen und -ärzte erfolgt. Auch haben wir zusätzlich zu den Hausärztinnen und -ärzten auch Anästhesistinnen und Anästhesisten 24/7 im Dienst.

**Das Sanatorium Hera gehört zwar zur Gruppe der Privatspitäler, ist aber zugleich das Krankenhaus der KFA-Versicherten. Welchen Versorgungsauftrag müssen Sie erfüllen und wie ist der Zugang für andere Patientinnen und Patienten geregelt?**

**Als Einrichtung der KFA sind wir in der Sondersituation, unsere Schutzbefohlenen ganzheitlich betrachten zu können. Daher möchten wir dem Vorsorgegedanken noch intensiver Rechnung tragen: Eine Krankheit, die erst gar nicht entsteht, braucht auch nicht behandelt zu werden.**

Robert Winker

Im stationären Bereich stehen für uns die KFA-Anspruchsberechtigten, das sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Pensionistinnen und Pensionisten der Stadt Wien mit ihren Angehörigen, eindeutig im Vordergrund; diesen stehen alle stationären Leistungen ohne Aufzahlung zur Verfügung. Alle anderen stationären Patientinnen und Patienten sind als Selbstzahler oder Privatzusatzversicherte willkommen. Der Ambulanzbereich steht auch Patientinnen und Patienten anderer Kassen offen und wird gerne genutzt.

**Sie sind seit 2012 bei der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien beschäftigt. Was zeichnet diese Institution als Arbeitgeber, aber auch als Gesundheitsdienstleister besonders aus?**

KFA bietet aufgrund der überschaubaren Größe eine Reihe von Vorteilen: Kurze Kommunikationswege, einen menschlichen Umgang und größere Flexibilität. Mit 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist das Team im Vergleich zu anderen Häusern sehr überschaubar. Auch bei uns stehen Kostenbewusstsein und Effizienz im Vordergrund. Wir haben aber eine so solide Finanzierungsbasis, dass keine medizinischen Kompromisse aus Gründen fehlender Budgetmittel eingegangen werden müssen. Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angenehm ist der Umstand, dass es bei uns als Elektivspital im Gegensatz zu einem Akutspital nur in wenigen Bereichen Nachtdienste gibt und dadurch die Belastungen besser planbar sind. Dadurch sind wir für Ärztinnen und Ärzte wie auch anderes medizinisches Personal ein attraktiver Arbeitsplatz. Allerdings gibt es wie in anderen Häusern auch spezifische Engpässe – zum Beispiel in der OP-Pflege. Es war natürlich ein großes Ziel, hier Kapazitäten aufzubauen, was mittlerweile gelungen ist.

**Sie wurden 2020, mitten in der Pandemie, zum ärztlichen Leiter des Sanatoriums Hera bestellt. Welche Ziele und Schwerpunkte haben Sie sich gesteckt und welche Meilensteine konnten Sie in den vergangenen rund drei Jahren schon setzen?**

Es wird Sie nicht verwundern, dass 2020 das tägliche Überleben und das Aufrechterhalten des Betriebes im Vordergrund gestanden sind und ständig Überraschungen dazu kamen. Im Hintergrund steht aber unser Bestreben, die Leistungen der Hera nach den Bedürfnissen der Anspruchsberechtigten auszurichten und unsere Strukturen laufend zu verbessern. Das ist ein Marathon und kein Hundertmeterlauf, aber wohl die permanente Aufgabe jeder Führungskraft. Dazu sind auch die Empfehlungen des Bundesrechnungshofs zu würdigen und umzusetzen.

Strategisch wurde die Spezialisierung der einzelnen stationären Fächer forciert, wie sich in der Implementierung von neuen Methoden (z. B. Einführung der Aquabeammethode in der Urologie) sowie beim Erreichen des Status eines



Robert Winker ist stolz darauf, dass er im Sanatorium Hera einen wesentlichen Fokus auf Präventionsmedizin, vor allem auch Primärprävention, legen kann.

eigenständigen Brustgesundheitszentrums mit 100 erstbehandelten Mammakarzinomen zeigt. Wir hatten auch den Mut, Bereiche, die weniger erfolgreich waren, an die Bedürfnisse anzupassen. Z. B. wurden die Neurologie im Zuge des natürlichen Personalabgangs zurückgefahren, das Zahnambulatorium Floridsdorf geschlossen und das Zahnambulatorium Simmering mit Schwerpunkt Parodontose-Vorsorge neu positioniert.

**Sie sind sowohl Facharzt für Arbeitsmedizin als auch für Innere Medizin. Inwieweit kommt diese Kombination den Angestellten der Gemeinde Wien, also außerhalb des Sanatoriums Hera, zugute?**

Dies ist nicht nur meine persönliche Kompetenz – wenn Sie so wollen –, sondern diese Präventionskompetenz ist generell breit in der KFA vorhanden. Die KFA denkt nicht nur kurativ, sondern im Sinne einer gesamthaften Betrachtung wird die Prävention mitgedacht. Und dazu zählen nicht nur der private Lebensstil, sondern auch die Arbeitssituation, womit wir bei der Arbeitsmedizin sind.

Wir haben für die Gemeindebediensteten ein breites evidenzbasiertes Vorsorgeangebot im Gesundheits- und Versorgungszentrum (GVZ) etabliert. Da geht es einerseits um evidenzbasierte Prävention von Herz-Kreislauferkrankungen bzw. Krebsfrüherkennungsprogramme. Andererseits beschäftigen wir uns an der Abteilung sehr mit der Früherkennung und besseren Therapie von „Burnout-Erkrankungen“. Außerdem führen wir in unseren Betriebsordinationen Impfprogramme durch, ebenso im arbeitsmedizinischen Zentrum (AMZ) der KFA. Auch das dient der Prävention.

Aus dem GVZ heraus wurde auch das erwähnte AMZ der KFA aufgebaut, das in enger Abstimmung mit dem GVZ versucht, negative Auswirkungen der Arbeitssituation und Arbeitsbelastung zu identifizieren und damit das Entstehen von berufsbedingten Erkrankungen von vorneherein zu verhindern. Letztlich geht es darum, dass die Stadt Wien damit die Einsatzbereitschaft und Motivation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sichert.

**Neben Ihrer Tätigkeit als Klinikleiter sind Sie auch nach wie vor in der Wissenschaft tätig. Wo liegen hier Ihre aktuellen Forschungsschwerpunkte?**

Ein Themenschwerpunkt liegt sicherlich in der Früherkennung und Behandlung von „Burnout-Erkrankungen“; seit 2015 werden Patientinnen und Patienten in einer Spezialambulanz im Gesundheits- und Versorgungszentrum betreut. In dieser „Stressambulanz“ schauen wir uns z. B. aktuell an, ob wir Patientinnen und Patienten mit leichter bzw. mittelgradiger

Depression mit digitalen Angeboten effizienter als in der herkömmlichen Therapie behandeln können. In weiterer Folge geht es um Versorgungseffekte in der Behandlung von Depressionserkrankungen durch die Anwendung von digitalen psychoedukativen Methoden im Vergleich zur herkömmlichen Depressions- bzw. Psychotherapie. Es ist eines unserer wesentlichen Anliegen, nicht allein Sekundärprävention im Sinne von Kontrolle des Blutdrucks, Blutzuckers etc. durchzuführen, sondern aktiv auf Lebensqualität mit Primärprävention zu setzen. Man weiß, dass Depressionserkrankungen den größten Teil an beeinträchtigter Lebensqualität ausmachen. Diese gelten mittlerweile als einer der Hauptgründe für viele Krankenstände und Frühpensionierungen.

**Wenn Sie in Richtung Zukunft schauen, wohin möchten Sie das Sanatorium Hera entwickeln, wodurch könnte man das bisherige Leistungsangebot noch ergänzen?**

Als Einrichtung der KFA sind wir in der Sondersituation, unsere Schutzbefohlenen ganzheitlich betrachten zu können. Daher möchten wir dem Vorsorgegedanken noch intensiver Rechnung tragen: Eine Krankheit, die erst gar nicht entsteht, braucht auch nicht behandelt zu werden. Eine Krankheit, die frühzeitig erkannt wird, ist mit einem Bruchteil an Aufwand zu heilen oder zumindest zu stabilisieren. In Österreich gehen nur ca. zwei Prozent der Gesundheitsausgaben in die Präventionsmedizin – laut Studien u. a. der London School of Economics sollten es sechs bis acht Prozent sein.

Wir beobachten natürlich die medizinischen Entwicklungen sehr genau, um laufend neue Erkenntnisse und Methoden in unsere Arbeit einfließen zu lassen. Bestimmte Leistungen wie zum Beispiel Herztransplantationen werden wir in „unserem“ Haus nie anbieten. In der Medizin braucht es ausreichende Fallzahlen, um qualitativ zu sein. Da wollen wir uns auf unsere Anspruchsberechtigten konzentrieren und dort, wo der Bedarf hoch ist, die Leistungen verstärkt und auf höchstem Niveau anbieten. Außerdem wollen wir Gatekeeper für unsere Patientinnen und Patienten sein und ihnen den Weg zu den erfolgversprechendsten Behandlungspfaden weisen. Zusammengefasst: Wir wollen keinen medizinischen Bauchladen mit durchschnittlichem Niveau, sondern eine vernünftige und machbare Medizin auf qualitativ hohem Niveau. Die Grenzen sind weitgehend durch den Bedarf unserer Anspruchsberechtigten und die Möglichkeiten einer Einrichtung unserer Größe und Struktur bestimmt. Letztlich wollen wir die Leistungen, die wir anbieten und in denen wir gut sind, noch vertiefen und alles Übrige anderen überlassen. **P**



Robert Winker ist ein ärztlicher Direktor mit Augenmaß und Herz, der in seinem überschaubaren Haus auf höchste Qualität der angebotenen medizinischen Leistungen Wert legt.

© LUDWIG SCHIEDL

© LUDWIG SCHIEDL



# Ein weiter Weg will beherzt beschritten sein

Wiewohl Tiroler, ist Edgar Martin, MBA seit Jahrzehnten in Wien als „Urgestein“ der Wiener Gewerkschaftszene und integrative Persönlichkeit für seinen unermüdeten **EINSATZ ZUM WOHL ALLER WIENER GEMEINDEBEDIENTETEN** bekannt. PERISKOP sprach mit dem engagierten Interessensvertreter über seine nächsten Ziele. | von Mag. Dora Skamperls

Edgar Martin ist als Mitglied des Qualitäts- und Leistungsausschusses nicht nur ein wichtiger Akteur im Aufsichtsgremium des Wiener Gesundheitsverbundes, sondern auch gewählter Vorsitzender der Personalvertretung der Bediensteten der Gemeinde Wien und youunion, Vorsitzender des Zentralausschusses, stellvertretender Vorsitzender des Personalgruppenausschusses Pflege sowie Präsidiumsmitglied des Vorstandes der youunion, die Daseinsgewerkschaft. Diese lange Liste an Aufgaben hält den diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger nicht davon ab, als ausgebildeter Trainer für Deeskalations- und Sicherheitsmanagement auch als Mitglied im zentralen Sicherheitsboard des Wiener Gesundheitsverbundes aktiv zu sein. Er ist für die Anliegen von 30.000 Bediensteten des Wiener Gesundheitsverbundes verantwortlich und macht sich für das „Team Gesundheit“ stark.

**PERISKOP: Herr Martin, Sie sind von Ihrer Ausbildung her diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger und haben weiterhin engsten Kontakt zu Menschen in Gesundheitsberufen, haben also einen sehr guten Einblick in die positiven Seiten und Herausforderungen im Krankenhausbetrieb. Was sind für Sie die drei wichtigsten Knackpunkte zur Verbesserung der Arbeitssituation?**

**MARTIN:** Wir schaffen es nur, wenn sich wirklich alle Beteiligten an einen Tisch setzen und darüber reden, was getan werden muss – und zwar so lange, bis weißer Rauch aufsteigt. Das breche ich

nicht nur auf Wien herunter, sondern das gilt für alle Bundesländer. Deshalb haben wir auch die Forderung an die Bundesregierung nach einem nationalen Gesundheitspakt gestellt gemeinsam mit der GÖD-Gesundheitsgewerkschaft. Das Zweite ist der Zusammenhalt innerhalb der Berufsgruppen. Arbeit im Gesundheitswesen bedeutet interdisziplinäre Zusammenarbeit. Jede Hand in dem System wird gebraucht und jede Hand fehlt. Daher gilt es, die Arbeitssituation für alle Beschäftigten zu verbessern. Das Dritte ist die Bezahlung, wobei das absichtlich der letzte Punkt ist. Solange wir nämlich die Arbeitsbedingungen nicht verbessern, ist jeder Euro mehr lediglich ein Schmerzensgeld. Das Geld ändert aber nichts an meinem Burn-out oder meiner fehlenden Zeit für die Familie. Dadurch, dass ich im öffentlichen Gesundheitssystem bin, spüre ich noch einen anderen Druck, Dinge zu bewegen. Es bringt nichts, aus Prinzip an einer Position festzuhalten, sondern es geht um den Konsens zum Wohl aller. Abgesehen von solchen großen Zielen und wenn ich mir etwas wünschen könnte, wenn Geld keine Rolle spielen würde, würde ich umgehend massiv Personal aufstocken, in Dienstplanstabilität, kürzere Wochenarbeitszeit und bessere Bezahlung der Dienste außerhalb der Normarbeitszeit investieren und Vollzeit attraktivieren – wie zum Beispiel durch Steuerfreiheit ab der 32. Wochenstunde. Die Bundesregierung sagte ja, Teilzeit muss unattraktiver werden. Wir mit der GÖD sagen, Vollzeit muss attraktiver werden. Wenn die Rahmenbedingungen dann passen, können wir vielleicht auch mehr Interessentinnen und Interessenten finden, die diesen Beruf wieder ausüben wollen.



Anstelle einer Reduzierung der Arbeitszeit könne als Leistungsmodell eine Steuerbefreiung ab der 32. Wochenstunde angedacht werden, meint Edgar Martin.

**In Ihrer Funktion als Vorsitzender in der Personalvertretung der Bediensteten der Gemeinde Wien sind Sie für die rund 30.000 Bediensteten des Wiener Gesundheitsverbundes zuständig. Was sind hier Ihre vorrangigen Ziele?**

Als Personalvertreter stellen wir sicher, dass gültiges Recht eingehalten wird, zum Beispiel die Ruhezeiten. Manche beuten sich selbst aus, weil sie ihr Team nicht im Stich lassen wollen. Alles, was darüber hinausgeht, ist schon Sache der Gewerkschaft – was Gehälter, Arbeitszeit, das Neuschaffen bzw. Reformieren von organisatorischen Bedingungen etc. betrifft. Wir als Personalvertretung achten auch darauf, dass jede strukturelle oder organisatorische Veränderung im Einklang mit den Personen geschieht, die diesen Wandel vollziehen sollen. Das ist zum Beispiel bei Standortschließungen relevant. Wir sind dafür zuständig, dass alle Interessen der Beschäftigten innerhalb des Systems entsprechend dem gültigen Recht gewahrt werden. Wenn dieses Recht nicht mehr zu den gegebenen Bedingungen passt, beginnt die Aufgabe der Gewerkschaft. Wir schauen ja oft in andere Länder, um deren Reformen oder Modelle dann zu kopieren. Bis das bei uns umgesetzt ist, ist es dort schon wieder als untauglich erkannt und abgeschafft. Bei uns brennt aber der Hut, und wir müssen uns gemeinsam an einen Tisch setzen und rein auf unsere Situation angepasste, österreichische Lösungen entwickeln.

**Sie sind außerdem Vorsitzender der Hauptgruppe II Gesundheit in der Gewerkschaft youunion. Was sind hier die Kernthemen Ihrer Arbeit und wie möchten Sie diese erreichen?**

Wie schon erwähnt: Veränderungen und das Visionäre, die Zukunftsthemen, sind Sache der Gewerkschaft. In Wien ganz oben auf der Agenda steht ein einheitliches Arbeitszeitmodell. Dann folgt eine Evaluierung der Gehaltsbänder in der Besoldung neu, da gibt es Nachbesserungsbedarf – wobei die Besoldung alt nicht benachteiligt werden darf. Wenn wir an einer Schraube drehen, verändert sich alles andere mit. Ausgliederungen oder Änderungen der Rechtsform sind große Metathemen, die uns beschäftigen. Partikularthemen sind zum Beispiel eine Schwarzarbeiterregelung für das Pflegepersonal.

Ein einheitliches Arbeitszeitmodell und eine Evaluierung der Gehaltsbänder sind in Wien die nächsten Schritte, so Edgar Martin.

**Wir schaffen es nur, wenn sich wirklich alle Beteiligten an einen Tisch setzen und darüber reden, was getan werden muss – und zwar so lange, bis weißer Rauch aufsteigt.**

Edgar Martin

Oder Konfliktmanagement: Wir haben eine hohe Belastung mit Gewalt und Aggression seitens der Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen, nicht erst seit der Pandemie. Mitunter aufgrund von „Dr. Google“ gibt es vorgefasste Meinungen bzw. Zweifel bezüglich der medizinischen Maßnahmen und gleichzeitig weniger Respekt vor den diagnostischen Fähigkeiten unseres Personals. Hier arbeiten wir an unterschiedlichen Maßnahmen, wie psychologische Betreuung, finanzielle Absicherung, Schulungen etc. Außerdem setzen wir uns dafür ein, die Teams in den Ambulanzen auf zwei Arten zu entlasten. Einerseits brauchen wir Personen, die speziell dafür abgestellt sind, Patientinnen und Patienten serviceorientiert zu betreuen – die durch die Wartebereiche gehen und ihre Fragen beantworten, Konflikte moderieren und sich um die Bedürfnisse der Menschen kümmern, damit die Ärzteschaft und die Pflege wieder ihren eigentlichen Aufgaben nachkommen können. Andererseits hat sich während der Pandemie gezeigt, dass die Service-Telefonnummer 1450 vieles abfedern konnte und dazu beigetragen hat, das Personal in den Ambulanzen zu entlasten. Bei 1450 wurde auch Unglaubliches geleistet, das war nicht leicht. Der Bedarf ist weiter da und das sollte ausgebaut und forciert werden. 1450 sollte auch als erste, seriöse Informationsquelle dienen, bevor Menschen sich von „Dr. Google“ verunsichern lassen. Auch brauchen wir medizinisch speziell geschulte Schreibkräfte in den Ambulanzen und auf den Stationen, die ebenfalls im Umgang mit Patientinnen und Patienten geübt sind. Und letztlich müssen wir Führung attraktiver gestalten. Aktuell stehen der Grad der zu übernehmenden Verantwortung, die geforderte Flexibilität und der Druck zwischen den Ebenen mit der Bezahlung nicht im Einklang.

**Das klingt nach einer enormen Aufgabe – wie groß ist Ihr Team?**

Wir sind rund 50 hauptberufliche Kolleginnen und Kollegen. Wir arbeiten immer in Personalunion, das heißt, als Personalvertreter und für die Gewerkschaft. Die Personen arbeiten direkt in den Kliniken bzw. Dienststellen, während mein Kernteam in der Zentrale aus ca. zehn bis elf Personen besteht.

**Mit Slogans wie „Come In & Burn Out“ wurde im Juni 2023 in der Klinik Ottakring vom ärztlichen Personal gestreikt. Mit mäßigem Erfolg – was haben Sie daraus gelernt?**

Die Betroffenen waren vorher in der Personalvertretungseinheit vor Ort und haben bekannt gegeben, dass sie streiken werden – haben aber keine Unterstützung von uns in Anspruch genommen. Das wurde dann medial anders transportiert. Ich denke, wir verrennen uns, wenn jede kleine Einheit für sich unterschiedliche Forderungslisten erstellt und Streiks durchführt. Ich habe also daraus gelernt, dass unser Weg, alle an einen Tisch zu bringen und bei den Anliegen wirklich in die Tiefe zu gehen, grundsätzlich richtig ist. Sonst werden einzelne Menschen, einzelne Berufsgruppen oder Einheiten instrumentalisiert und es gibt keinen Weg mehr zurück. Solange sich aber meine Verhand-

lungspartner nicht eingemauert haben und mir zuhören, denke ich noch nicht an Streik – das wäre kontraproduktiv. Wir müssen paktfähig bleiben, um positive Ergebnisse für alle zu erzielen. Außerdem ist es kurzfristig, einzelne „Schuldige“ an einer Situation auszumachen, denn wenn wir über die Bundesländergrenzen hinausblicken, sehen wir, dass dort die gleichen Probleme bestehen. Die Themen müssen in Wahrheit bundesweit abgearbeitet werden. Natürlich gab es auch Kritik an meiner Person für diese Position, aber wenn wir ehrlich sind, geht es nur gemeinsam.

**2016 protestierten Tausende Ärztinnen und Ärzte gegen das neue Arbeitszeitgesetz – jetzt gibt es Forderungen, die Arbeitszeit noch weiter zu verkürzen. Wie stehen Sie dazu?**

Damals ging es um die 25-Stunden-Dienste bzw. die 48-Stunden-Woche, wogegen es eine starke Opposition aus der Ärzteschaft gab. Die Absprache war, dass eine Verkürzung der Arbeitszeiten finanziell ausgeglichen wird. Heute haben wir viele junge Ärztinnen und Ärzte, die sogar die 25 Stunden als überholt ansehen und sich mehr Freizeit wünschen. Auf der anderen Seite gibt es ältere Ärztinnen und Ärzte, die noch andere Verpflichtungen haben – zum Beispiel eine Lehrverpflichtung, Forschungs- und Publikationstätigkeit oder Privatordination – und daher an den längeren Diensten festhalten möchten. Im Verlauf eines langen Arbeitslebens können sich die Bedürfnisse und Wünsche diesbezüglich stark ändern, je nach Lebenssituation. Unter bestimmten Rahmenbedingungen – und selbstverständlich freiwillig – ist es nach wie vor möglich, Dienste bis zum Umfang von 55 Wochenstunden zu leisten. Man kann die Ärzteschaft aber nicht von den Forderungen der restlichen Beschäftigten abkoppeln. Außerdem ist zu bedenken, dass eine Verkürzung der Arbeitszeit auch längere Ausbildungszeiten nach sich zieht. 2016 wurden die Proteste in Abstimmung mit der Gewerkschaft durchgeführt – das ist der Unterschied zur momentanen Situation, wo wir nicht eingebunden wurden. Was noch dazukommt: Das permanente Kommunizieren der Katastrophe und des Zusammenbruchs ist weder produktiv noch nachwuchsfördernd. Weil bei einer Forderung nach Reduzierung der Arbeitszeit bei gleichzeitigem eklatanten Personalmangel bei vielen die Fragezeichen aufgehen, haben wir den Vorschlag gemacht, eine Steuerbefreiung ab der 32. Wochenstunde anzudenken. Das wäre ein Leistungsansatz, der jenen, die 40 Stunden arbeiten, einen deutlichen Mehrwert verschafft.

**Sie wurden für Ihre Einwände gegen die Forderungen der Ärztekammer für die Wiener Gemeindepitaller kritisiert. Sind Sie hier zu einer Einigung gelangt?**

Offensichtlich nicht. Wir stehen in engmaschigem Kontakt zu den Ärztinnen und Ärzten, die in unserer Struktur dafür verantwortlich sind, dass etwas weitergeht. Diese haben ihre Forderungen und Bedürfnisse klar formuliert. Meine Aufgabe besteht darin, diese Forderungen in Abstimmung mit den anderen Berufsgruppen und der Stadt umzusetzen und zu schauen, was im Rahmen des Gesamtvolumens möglich ist. Als gewählte Vertreter aller Berufsgruppen können wir auch nicht eine herausgreifen und bevorzugen. Wir gehen hier den konsensualen Weg des Gemeinsamen mit gleichwertigen Partnern, wie schon erwähnt. Denn ich bin überzeugt: Im Kern decken sich unsere Ziele. Konstruktive Kritik halte ich aus.



Edgar Martin ist davon überzeugt, dass sich im Kern die Ziele aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen decken.

**Nun zwei persönliche Fragen. Warum haben Sie sich seinerzeit für die Pflegeausbildung entschieden, gab es da ein Schlüsselerlebnis?**

Ich wollte Elektrotechnik studieren und hatte Pflege gar nicht am Radar, da war mein Vater die Schlüsselfigur. Außerdem wollte ich nach Wien ziehen, in eine große Stadt. Nach kürzester Zeit im Studium habe ich erkannt, dass ich etwas brauche, wo ich mit Menschen arbeiten kann. Mein Vater war selbst Krankenpfleger und hat mir die Anregung gegeben, mich in die Krankenpflegeschule einzuschreiben. Das hat mich dann vom Tag eins an nicht mehr losgelassen. Davor war ich in Tirol schon mit der Rettung unterwegs, aber da hatte ich es noch nicht im Blick, das einmal als Beruf zu ergreifen. Damals war gerade der Umbruch hin zur neuen Ausbildung – das war spannend, da hat sich viel bewegt. Ich habe gesehen, was in diesem Beruf alles möglich ist. Man kann sich für so viele verschiedene Fächer entscheiden. Am Anfang wollte ich unbedingt in den OP-Bereich und bin dann in der chirurgischen Pflege gelandet. Heute würde ich mich vielleicht eher für die Psychiatrie entscheiden. Schon in der Ausbildung hat sich dann das Feld Gewerkschaft aufgetan. Meine Gedanken gehen auch dahin, was mit all den jungen Menschen passiert, die wir aus der medizinischen Ausbildung abweisen, während die Ausbildungslehrgänge an den Pflegeschulen unterbesetzt sind. Ich habe vor langer Zeit einmal einen Artikel geschrieben, der sich auf die Maturapflicht für die Pflegeausbildung bezog. Eine Akademisierung der Pflege ist internationaler Standard, doch haben wir gesehen, dass viele Länder nach der Umstellung dasselbe Problem hatten – zu wenige für die Pflegeausbildung. Bei uns hat man dann die Pflegefachassistenz geschaffen, und jetzt sind wir wieder in der Diskussion über Kompetenzverschiebung. Es kann nicht das Ziel sein, in eine verkürzte Ausbildung immer mehr Inhalte hineinzustopfen. Der verkürzten Ausbildung immer mehr Kompetenzen zuzuordnen, um Lächer zu stopfen – dafür sind wir als Gewerkschaft nicht zu haben. Da müssen wir andere Wege finden. Es geht auch darum, die Expertenrolle des gehobenen Dienstes besser und durchlässiger einzusetzen.

**Kommen wir noch einmal zu Ihrer Tätigkeit für die Menschen im Gesundheitswesen zurück. Was gibt Ihnen die intrinsische Motivation für Ihre Arbeit, was treibt Sie persönlich an?**

Ich wollte immer am Gesamtsystem mitwirken, wollte etwas bewegen – damit es über die Verbesserung der Arbeitsbedingungen beim medizinischen Personal letztlich auch für die Patientinnen und Patienten besser wird. Das wird ja oft vergessen. Diese Verantwortung lässt mich nicht mehr los, ich bin ständig am Tüfteln, wie man die Dinge verbessern und zukunftsicher machen kann. Ich habe die Herausforderungen nicht nur aus dem Blickwinkel der Arbeitswelt erlebt, sondern mit meiner Familie auch aus Patientensicht. Diese Erlebnisse geben noch einen weiteren Motivationsschub. P

# Die Lunge – das unbeachtete Organ

Während Diabetes in aller Munde ist, haben Lungenerkrankungen wie COPD diese längst als „Volkskrankheit“ überholt – still und leise. PERISKOP sprach mit Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour über **DIE LUNGENGESUNDHEIT ALS GRUNDLAGE FÜR EIN GESUNDES UND LANGES LEBEN.** | von Mag. Dora Skampferls



**PERISKOP: Herr Primar, Sie sind Vorstand der Abteilung für Innere Medizin und Pneumologie und Leiter des Karl-Landsteiner-Instituts für Lungenforschung und Pneumologische Onkologie in der Klinik Floridsdorf. Wie hat Ihr Weg begonnen, warum haben Sie sich für dieses Fach entschieden?**

**VALIPOUR:** Ich wollte immer schon Arzt sein, tatsächlich bereits mit fünf Jahren – vielleicht auch geprägt durch meinen Vater. In der Pneumologie bin ich letztlich durch Zufall gelandet. Ich hatte die Gelegenheit, im Rahmen eines Auslandsjahres im Jahr 1999 an der Universitätsklinik für Pneumologie in London zu arbeiten. Damit war die Faszination für die Lunge geweckt und mein Weg war klar.

**Was sind Ihre aktuellen Forschungsprojekte und welche haben Sie geplant, über die Sie uns bereits etwas sagen können?**

Mit dem Karl Landsteiner Institut für Lungenforschung haben wir hier in der Klinik Floridsdorf drei große Forschungsschwerpunkte: Lungenkrebs, COPD und interstitielle Lungenerkrankungen, ein Sammelbegriff für rund 200 unterschiedliche Erkrankungen des Lungenbindegewebes. Letztere fallen eher in die Kategorie seltene Lungenerkrankungen. Vor allem im Bereich Lungenkrebs haben wir sehr viele klinische Studien, sowohl Auftragsstudien als auch Kooperationen mit Herstellern neuer Produkte. Wir arbeiten auch an einem großen Lungenkrebsregister, das in dieser Art in Österreich einzigartig ist. Dort erfassen wir systematisch den Weg der Patientin bzw. des Patienten von den ersten Beschwerden bis zur Therapie. Das verwenden wir auch als Qualitätsparameter, um zu erfassen, wie lange es dauert, bis die Diagnose gesichert ist. Das packen wir in unsere Forschungsfragen hinein. Die gesamte Krankheitsgeschichte abzubilden und diese Erkenntnisse mit Forschung zu verknüpfen, ist also ein großer Schwerpunkt. Das ermöglicht es uns, vielen Patientinnen und Patienten neue therapeutische Möglichkeiten im Rahmen unseres großen internationalen Netzwerks anzubieten. Im Bereich der COPD sind wir europaweit mit führend in der Entwicklung neuer Behandlungsoptionen zur Verbesserung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit Betroffener. Das sind minimal invasive Verfahren und Verödungstechniken mittels Endoskopie, mit denen einerseits das Emphysem bzw. die chronische Bronchitis behandelt werden kann. Auch zu COVID-19, Asthma und vielen anderen Teilbereichen gibt es bei uns Forschungsinitiativen.

**Was sind Ihre Aufgaben in der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP) und was haben Sie in dieser Funktion noch vor?**

Ich bin aktuell in einer Expertengruppe der ÖGP tätig, die sich mit den zukünftigen Heraus-

forderungen rund um das Thema „Lungengesundheit“ auseinandersetzt. Neben den bereits bekannten Schwerpunktthemen, wie Unterstützung einer Raucherentwöhnung, Maßnahmen zur Verbesserung der Innen- und Umweltluftqualität und Entwicklung von Diagnose- und Behandlungspfaden chronischer Lungenerkrankungen, legen wir in den nächsten Jahren ein großes Augenmerk auf das „Lungenkrebscreening“. Bereits in vielen Ländern etabliert bzw. in der Implementierungsphase, hinken wir in Österreich sehr nach. Ich würde mir wünschen, dass wir hier in den nächsten Jahren als ÖGP den Prozess hin zu einer Umsetzung in Österreich begleiten können.

**Eines der wichtigsten PRAEVENIRE Kernthemen ist die Prävention. U. a. hat PRAEVENIRE vor, ein Schwerpunktthema „Lungengesundheit 2030“ zu etablieren. Gibt es aus Ihrem Fach- und Erfahrungsbereich etwas, das Sie diesbezüglich der Politik mitgeben möchten?**

Bei Lungenkrebs ist die Früherkennung eine Frage des Überlebens. Bei COPD ist die Früherkennung aber ebenso wichtig, denn damit kann ein Verlust der Lungenfunktion verhindert bzw. aufgeschoben werden. Es geht auch darum, wie schnell Patientinnen und Patienten innerhalb des Systems zu einer Diagnose kommen. Die letzten 20 Jahre waren stark dem Thema Herzgesundheit gewidmet mit Raucherentwöhnung, Blutfettwerten etc. Das Thema Lungengesundheit wird uns nun in den nächsten 20, 30 Jahren noch viel intensiver beschäftigen. Neben der längeren Lebenserwartung von Raucherinnen und Rauchern und damit dem Erleben rauchassoziiierter Lungenerkrankungen zeigen sich nun immer mehr Allergien, die wohl durch den Klimawandel weiter zunehmen werden. Der Klimawandel bewirkt eine Verschlechterung der Luftqualität. Allergien und Asthma gehen miteinander einher. Asthma hat in der Bevölkerung mit rund sieben Prozent eine sehr hohe Prävalenz. Gemeinsam mit COPD sind wir bei zehn bis fünfzehn Prozent der Bevölkerung. Mit dem modernen Lebensstil und dem Bevölkerungswachstum werden sich Lungenkeime immer weiter ausbreiten und wir werden weitere Pandemien erleben. Das heißt, Lungengesundheit 2030 und darüber hinaus wird ein bestimmendes Thema der Gesundheitspolitik werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das bereits erkannt und widmet sich vermehrt der Lungengesundheit.

Hier ist die Prävention das Kernthema schlechthin. Es gibt kaum einen Bereich, wo Prävention so gut greift wie bei Lungenerkrankungen – sei es Feinstaubbelastung, Rauchen, Infektionsübertragung. In all diesen Themen kann man Prävention betreiben. Anders als bei der Herzgesundheit, wo wir mit den Lipiden und dem Blutdruck klare Referenzwerte haben, ist es bei der Lunge nicht ganz so einfach. Bei der COPD gibt es den FEV1-Wert aus dem Lungenfunktionstest. Aber zur Luftqualität und ihren langfristigen Auswirkungen haben wir keine genauen Anhaltspunkte. Waldbrände und trockene Böden sind enorme Faktoren für die Feinstaubbelastung, womit die Klimakrise wieder als Faktor der Lungengesundheit genannt werden muss.

**Wie stehen Sie zur PRAEVENIRE Forderung, alle Möglichkeiten in ELGA voll auszunutzen und sich damit direkt und indirekt auf den European Health Data Space mit dem Patient Summary vorzubereiten?**

Wir sind im 21. Jahrhundert, dem Jahrhundert der Digitalisierung, und das betrifft auch Gesundheitsdaten. Ich unterstütze das, zumal wir

derzeit noch viel zu wenig vernetzte Gesundheitsdaten haben. Das haben wir gerade in der Pandemie schmerzlich gesehen, dass Österreich in vielen Dingen noch nachhinkt. Israel hat vorgemacht, wie es möglich ist, viele Informationen aus der Bevölkerung miteinander zu vernetzen, beispielsweise, um die Impfwirksamkeit zu erheben. So kann gezeigt werden, welche Maßnahmen bestimmte Auswirkungen haben – dazu bedarf es eines hohen Grades an Digitalisierung. Dies alles natürlich unter Sicherstellung der Datenschutzbestimmungen, aber hier gibt es schon gute Überlegungen, wie man das umsetzen kann. Der Patient Summary stellt sicher, dass jede Person zu jeder Zeit ihre wichtigsten Gesundheitsdaten verfügbar hat und über die Landesgrenzen hinaus einheitliche Standards der Dokumentation herrschen – wenn es um Rezepte geht, um Laborbefunde oder Bildgebung. Wir leben in einer globalen Welt, wo Menschen viel reisen und beruflich mobil sind. Daher sollte jeder Betroffene durch einen einfachen Einstieg in seine Gesundheitsakte auch jene Daten, die relevant sind, jederzeit und überall herzeigen können. Alles andere ist absurd. Österreich ist in Bezug auf Gesundheitsdaten sehr konservativ. Wir sind nicht das einzige Land, das strenge datenschutzrechtliche Bestimmungen hat. Trotzdem schaffen es andere, hier einen gangbaren Weg zu finden. Wir müssen die Bevölkerung darüber informieren, dass man damit auch Maßnahmen gesundheitspolitischer Natur besser treffen kann – die Pandemie hat das deutlich gezeigt. Wir haben nicht einmal eine Verknüpfung von Impfdaten und Spitalsaufnahmedaten, ganz abgesehen von Laborbefunden oder Risikofaktoren und Begleiterkrankungen, womit wir uns im Blindflug befinden. Wenn man das alles miteinander verknüpft, hat man eine fundierte Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen und kann diese auch begründen. Im Moment sind wir von dem, was man personalisierte Medizin nennt, weit entfernt. Es gibt Länder, wie Dänemark, die uns das seit Jahrzehnten sehr erfolgreich vormachen. Der Patient Summary kann auch hilfreich sein, um Datengrundlagen dafür zu schaffen, von der Ärzteschaft geforderte Maßnahmen zu bestimmten Themen wie Lungengesundheit oder Diabetes umzusetzen. Ich sehe es aber umgekehrt als Aufgabe der Politik, das sie in den entsprechenden Gremien die langfristigen Entscheidungen für die Gesundheitsvorsorge trifft, dies als Auftrag an die Fachgesellschaften weiterzugeben. Natürlich können die Forderungen auch bottom-up laufen, aber die Politik muss die Voraussetzungen dafür schaffen, um dann konkrete Fragestellungen im Sinne des Gesundheitsdienstleisters zur Verbesserung der Qualität in der Dokumentation zu gewährleisten, damit auch Antworten gefunden werden können. Die Sicherung der Datenqualität braucht allerdings Ressourcen.



Arschang Valipour sieht die PRAEVENIRE Initiative Lungengesundheit 2030 als einen guten Impuls in die richtige Richtung – das Ziel ist, dass die Anliegen der Ärzteschaft in der Politik ebenso wie in der Bevölkerung gehört werden.



© ARNAN RASTEGAR (2)

**Welche Rolle spielen KI-Systeme in Ihrer Forschung? Und welche im klinischen Alltag?**

Im klinischen Alltag hat KI bereits einen fixen Platz, und wenn es nur um simple Spracherkennungsprogramme geht. In der Forschung wird KI für unzählige Anwendungen eingesetzt, beispielsweise, um biologische Moleküle zu identifizieren. Diese können dann weiter erforscht werden, um Medikamente für die Krebsbehandlung oder seltene genetische Erkrankungen zu entwickeln. Im Bereich Lungenkrebs gibt es bereits erste Erfolge. Wir arbeiten mit der Universität Wien an einem Projekt, wo es um Lungenkrebsfrüherkennung geht. Hier werden Bilddaten aus der CT über KI ausgewertet und anhand einer „Pattern Recognition“ können bestimmte Veränderungen in der Lunge rechtzeitig identifiziert werden – sogar, bevor der Krebs wirklich entsteht bzw. erst eine Frühform darstellt.

KI wird auch für telemedizinische Behandlungs- und Betreuungssysteme eingesetzt. Es wäre sogar möglich, über eine Smartwatch Risikoidentifikation zu betreiben. Das ist aber Zukunftsmusik bzw. im Forschungsstadium. Bei all dem wird auch die spannende Frage nach der Rolle der Medizinerin, des Mediziners in der Zukunft aufgeworfen. Hier wird es stark um die persönliche Beratung gehen. KI wird in naher Zukunft schon Vorschläge für Diagnosen und Handlungsempfehlungen geben können. Was es dann braucht, ist eine Ärztin oder ein Arzt, der das interpretiert, abwägt und den Betroffenen erklärt. Die Medizin kann sich hier nicht ducken, sondern muss sich proaktiv mit dem Thema KI auseinandersetzen.

**Während der Pandemie ließen Sie regelmäßig in den Medien mit Ihren fachlich versierten Kommentaren aufhorchen. Was haben Sie aus dieser Zeit gelernt?**

Ich habe gelernt: Öffentlich aktiv zu sein, ist sehr lohnend und macht auch Freude. Weil man jenen, die zuhören wollen, beratend und beruhigend zur Seite stehen kann. In der Öffentlichkeit zu stehen, ist aber auch mit Anfeindungen verbunden. Das war mir im Vorfeld bewusst, dass während der Pandemie aufgrund der politischen Polarisierung ein höheres Risiko gegeben ist. Wenn ich über das Lungenkrebscreening spreche, habe ich nicht so ein hohes Risiko für Anfeindung, als wenn es um das Thema Impfen geht. Persönlich habe ich gelernt, mir das nicht so zu Herzen zu nehmen. Ich halte es jedenfalls für eine sehr wichtige Aufgabe, dass hier Expertinnen und Experten aus der Praxis sprechen, gerade wenn es um medizinische Themen geht, die für große Bevölkerungsschichten relevant sind. Es ist ein wichtiges Werkzeug, auf das wir nicht verzichten sollten, medizinische Sachverhalte klar anzusprechen und verständlich zu erklären. Es ist ebenso wichtig, dass die Politik Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und/oder Praxis anhört.

**Im September sollen angepasste Impfstoffe gegen die derzeit in Europa zirkulierende Omikron-Variante XBB.1.5 bzw. EG.5 von Moderna, BioNTech und Novavax auf den Markt kommen. Empfehlen Sie allen die Impfung oder nur sogenannten vulnerablen Personen?**

Ich möchte mit der Definition des Begriffs „vulnerable Personen“ beginnen. Das wird in den Köpfen vieler Menschen mit einer Randgruppe ganz weniger Betroffener assoziiert. Tatsächlich machen vulnerable Personen rund 30 Prozent, also ein Drittel der Bevölkerung aus. Das ist jede Person, die übergewichtig ist, Bluthochdruck hat, Diabetes oder eine Krebs-

**Grundsätzlich ist jede Initiative, die die Impfquote in unserem Land erhöht, zu begrüßen – wenn die erforderlichen Qualitätskriterien eingehalten werden.**

Arshang Valipour

erkrankung hat, eine chronische Atemwegserkrankung, eine neurologische Erkrankung, eine Herz-Kreislaufkrankung hat – und so weiter. Für diese Menschen ist die Impfung mit dem angepassten Impfstoff auf jeden Fall zu empfehlen. Für alle anderen braucht es eine individuelle Abstimmung und Entscheidung. Viele haben die vierte Impfung nicht, für jene würde ich die neuerliche Impfung empfehlen. Eine Entscheidungsgrundlage ist auch, wie lange die letzte Infektion zurückliegt. Zusammenfassend kann man sagen: Allen, die nicht zu den vulnerablen Personen gehören, ist die Impfung fakultativ zu empfehlen, und allen, die zu den vulnerablen Gruppen gehören, ist die Impfung höchst dringend zu empfehlen.

Ich hoffe sehr, dass man jetzt im Herbst Aktivitäten setzt und eine Impfkampagne startet, um die Bevölkerung aufzurufen. In der Bevölkerung und bei den politisch Verantwortlichen möchte man ganz gerne COVID-19 zum Grippe-Thema dazupacken. Wir waren aber schon bei den Grippe-Impfungen sehr schlecht und sind bei COVID-19 in einer Phase, wo die Aufmerksamkeit und das Bewusstsein für die Thematik massiv abgenommen haben. So einfach ist es aber nicht. Das Virus ist da und wird uns in kleineren und größeren Wellen noch die nächsten Jahre begleiten. Daher ist es wichtig, bei der Prävention anzusetzen und einer der größten Errungenschaften der Medizin, der Impfung, wieder einen positiven Spin zu geben.

**Was halten Sie von Initiativen, das Impfen grundsätzlich barrierefreier anzubieten – beispielsweise in Apotheken? Könnte das die Impfquoten erhöhen?**

Grundsätzlich ist jede Initiative, die die Impfquote in unserem Land erhöht, zu begrüßen – wenn die erforderlichen Qualitätskriterien eingehalten werden. Das kann und muss im Rahmen einer Gesamtplanung passieren: Erhöhen der Impfbereitschaft durch Aufklärung und Bewusstseinsbildung und Schaffung von Strukturen, die ein niederschwelliges Impfen unter Beachtung aller Sicherheitsaspekte auch ermöglichen. Wo auch immer möglichst viele vulnerable Personen zusammenkommen – hauptsächlich natürlich in Arztpraxen, in Apotheken, in Gesundheitseinrichtungen. Es gibt Qualitätskriterien, die dabei einzuhalten sind, dann spricht nichts dagegen, Impfungen durch qualifiziertes Personal auch dort durchzuführen.

**In Ihrer Familie gibt es zahlreiche Ärztinnen und Ärzte – tauschen sie sich auch fachlich untereinander aus und inwiefern hilft Ihnen dieses großartige private Netzwerk fachlich weiter?**

Um offen zu sein, innerhalb der Familie versuchen wir, nicht allzu viel über Medizin zu sprechen, sonst macht man nichts mehr anderes. Aber natürlich unterstützen wir uns bei einzelnen Themen gegenseitig. Es ist ein Netzwerk, wo man den Patientinnen und Patienten gut Unterstützung zukommen lassen kann. Es erfüllt mich mit Stolz, dass so viele in meiner Familie sich für diesen großartigen Beruf entschieden haben und ihn mit ebenso großer Begeisterung leben, wie ich es tue. **P**



PERFORMANCE

# Prävention beginnt bereits im Kindesalter

**PRÄVENTIONSMASSNAHMEN SIND FÜR DEN ERHALT DER GESUNDHEIT BESONDERS WICHTIG.** Deshalb lag der Fokus zweier Keynotes bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten auf den Themen Kinder- und Jugendgesundheit sowie Bewegung. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

**D**er Präsident der Arbeiterkammer Niederösterreich (AK NÖ) Markus Wieser engagiert sich seit Jahren für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Deswegen widmete er sich in seiner Keynote dem Thema Versorgungssicherheit, eines der drei wichtigen Zukunftsthemen, die in einem „3V für Österreichs Zukunft“ genannten Memorandum der AK NÖ zusammengefasst wurden, mit dem Schwerpunkt auf Kinder und Jugendliche.

## Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

„Kinder und Jugendliche sind keine kleinen Erwachsenen. Sie benötigen spezielle Versorgung und medizinische Betreuung und verdienen ein (Gesundheits-)System, das ihre speziellen Bedürfnisse kennt und in der Versorgungspraxis berücksichtigt“, sagte Wieser. Aufgrund dessen wurden in den letzten Jahren Kinder- und Jugendlichenrehabilitationszentren in Österreich errichtet und vor kurzem das sechste und letzte Kinder- und Jugendlichenrehabilitationszentrum umgesetzt. Wo es laut Wieser Handlungsbedarf gäbe, seien die Mitaufnahme und gegebenenfalls Therapie von Begleitpersonen bzw. Familienangehörigen. Diese ist bis dato nur im hämatologischen Bereich vorgesehen. Eine Ausweitung der familienorientierten Rehabilitation für alle Indikationen wäre dringend erforderlich. Zusätzlich sind nach wie vor die arbeitsrechtlichen Fragen für Eltern mit kranken Kindern, wie der Rechtsanspruch auf Freistellung für den Reha-Aufenthalt des Kindes vom Arbeitgeber zu bekommen, nicht geklärt. „Eine erfolgreiche Rehabilitation der Kinder kann nur mit Unterstützung der Eltern gelingen. Dafür reicht der Pflegeurlaub nicht aus“, betonte Wieser.

## Psychische Belastung durch die Pandemie

Kinder und Jugendliche haben in der Coronapandemie besonders gelitten. Lockdowns,

Schulschließungen und Distance-Learning führten in vielen Fällen zu vergeblichen Bildungschancen, verlorengegangenen sozialen Kontakten und Einsamkeit. Studien belegen, dass die psychische Belastung der Kinder und Jugendlichen durch die Pandemie stark angestiegen ist. Dies äußert sich vielseitig und reicht von Depressionen, Angst-, Schlaf-, Essstörungen bis hin zu suizidalen Gedanken. In der öffentlichen Diskussion wird dieses Thema jedoch bislang ignoriert. Bund und Sozialversicherung seien deshalb gefordert, Nachbesserungen in der Versorgung unserer jüngsten Gesellschaftsmitglieder vorzunehmen.

„Deshalb fordere ich, dass die nächste Bundesregierung ein eigenes Staatssekretariat für Kinder- und Jugendgesundheit im Gesundheitsministerium etabliert. Dieses soll mit einer Querschnittskompetenz ressortübergreifend für die Interessen von Kindern und Jugendlichen eintreten. Die zweite Forderung, die ich an die Politik habe, ist eine Kinder- und Jugendgesundheitsmilliarde. Mithilfe dieser sollen spezifische und gesundheitsbezogene Problemlagen bestmöglich gemildert bzw. beseitigt werden. Jeder Cent, der hier investiert wird, hilft der Prävention bei Kindern und Jugendlichen und spart dem Gesundheitssystem später ein Vielfaches ein“, erklärte Wieser.

## Transitionsmedizin stärken

Laut Wieser leiden 16 Prozent der bis zu 17-Jährigen an chronischen Erkrankungen wie etwa Rheuma, Diabetes, psychischen Erkrankungen oder Krebs. Diese Erkrankungen weisen einen chronischen, über das Jugendalter hinausreichenden Verlauf auf. Durch die zunehmend bessere Versorgung erleben mehr als 90 Prozent dieser Kinder und Jugendlichen das Erwachsenenalter.

Daher braucht es Wieser zufolge – parallel zur psychosozialen und persönlichen Entwicklung

– auch entsprechende Angebote zur multiprofessionellen Begleitung, damit das Erwachsenwerden mit einer Erkrankung erfolgreich verlaufen kann. Allerdings darf die medizinische Begleitung nicht auf ein Lebensalter beschränkt oder eingeschränkt sein. Die Betroffenen benötigen oft ihr Leben lang Begleitung. „Nur weil man das 18. Lebensjahr erreicht hat, darf man nicht aus der Versorgung fallen“, betonte der AK NÖ Präsident.

## Förderung der Gesundheitskompetenz

Das Internet stellt mittlerweile für Kinder und Jugendliche eine bedeutende Anlaufstelle in der Beschaffung von Gesundheitsinformationen dar. Jedoch fällt es jungen Menschen schwer, diese Informationen zu verstehen und von Fake News zu unterscheiden. „Aus zahlreichen Studien wissen wir, dass das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen die Basis für die Gesundheit im Erwachsenenleben ist. Deshalb ist es wichtig früh beim Gesundheitswissen und beim Aufbau von Gesundheitskompetenz anzusetzen. Kinder und Jugendliche müssen dabei unterstützt werden, eigenverantwortliche und gute Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen“, erklärte Wieser.

## Aktueller Versorgungsengpass bei Medikamenten

Abschließend legte Wieser den Fokus auf den aktuellen Versorgungsengpass bei Medikamenten in der Kinder- und Jugendmedizin. Dieser gebe Anlass zu Sorge. Es fehlt an Penicillinen, Fieber- und Schmerzmedikamenten in kindergerechter Dosis. Hierfür bräuchte es eine Aktualisierung der europäischen Arzneimittelgesetzgebung. Diese müsse unter anderem das Ziel umfassen, die Produktion von Medikamenten wieder nach Europa bzw. nach Österreich zu bringen. Denn dies würde nicht nur Versorgungssicherheit schaffen, sondern auch Arbeits-



## Kinder und Jugendliche sind keine kleinen Erwachsenen. Sie benötigen spezielle Versorgung und medizinische Betreuung und verdienen ein (Gesundheits-)System, das ihre speziellen Bedürfnisse kennt und in der Versorgungspraxis berücksichtigt.

Markus Wieser

plätze. Parallel dazu müsse das Gesundheitsministerium eine Verordnung erlassen, um die verfügbaren Reserven von Medikamenten und Wirkstoffen in Österreich deutlich zu erhöhen und damit die Lage zu entspannen.

## Bewegung fördern

„Bewegung ist Leben“, mit diesen Worten begann Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention, seinen Vortrag. Seit Jahren beschäftigt sich der Orthopäde und Sportmediziner mit dem Thema Prävention durch sportliche Aktivität und somit mit Maßnahmen, die Erkrankungen und Folgeerscheinungen verhindern bzw. minimieren können. Prävention vor allem in Hinblick auf gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung, kann einen großen Beitrag leisten. „In Österreich verbringen wir im Durchschnitt 62 Lebensjahre in Gesundheit. In Südkorea sind es 70 gesunde Lebensjahre“, sagte der Experte. Grund dafür sei der Lebensstil. Studien haben belegt, dass 150 bis 300 Minuten körperliche Betätigung pro Woche die Mortalität von Menschen im Vergleich zu körperlich Inaktiven um rund 40 Prozent senken kann. So würden Menschen mit Diabetes oder Bluthochdruck, aber auch Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung durch Bewegungsprogramme eine deutlich höhere Überlebensrate erreichen.

Anschließend veranschaulichte Nehrer den positiven Effekt von Bewegung an einer Studie. In der Untersuchung wurden Daten von US-Olympiateilnehmerinnen und -teilnehmern zwischen 1912 und 2021 ausgewertet. Die Olympionikinnen und Olympioniken lebten im Durchschnitt um fünf Jahre länger als die Allgemeinbevölkerung. Extremsport sei dennoch nicht notwendig.

Mit dem globalen Aktionsplan für körperliche Aktivität 2018 bis 2030 möchte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Ziel der Reduktion des Bewegungsmangels verfolgen. Diese Initiative umfasst einerseits die Motivation bzw. die Überzeugung, dass Bewegung sinnvoll ist und andererseits die Schaffung von Möglichkei-

ten, um diese umzusetzen, wie Radwege, Parks etc. Weltweit könnte mit der Erhöhung der Aktivität laut WHO die Zahl der neu auftretenden nicht-ansteckenden Erkrankungen pro Jahr um rund 500 Millionen Fälle reduziert werden.

## Hohe Inaktivität in Österreich

Auch in Österreich herrsche eine hohe Inaktivität. Daten des Eurobarometer Sport und körperliche Betätigung zeigen, dass 77 Prozent der Männer und 76 Prozent der Frauen über 55 Jahre selten oder nie Sport betreiben. Dies sieht bei Schülerinnen und Schülern nicht anders aus. Laut der Gesundheits- und Fitnessstudie „Get fit Kid“ würden 61 Prozent aller untersuchten Schülerinnen und Schüler der Bewegungsempfehlung nicht entsprechen. Ein erstreckend hoher Anteil der Kinder und Jugendlichen, so Nehrer, sind übergewichtig oder gar adipös. Eine entgegenwirkende Maßnahme sei die tägliche Turnstunde. „Kinder, die mehr als drei Turnstunden die Woche hatten, hatten deutlich weniger orthopädische Probleme, wie Muskelschwäche oder Haltungprobleme, wie jene mit nur zwei oder weniger“, sagte der Experte und führte weiter an: „Aus Kindern mit orthopädischen Problemen werden Erwachsene mit orthopädischen Problemen, die vermehrt zu Arthrose neigen.“ Bereits ein Viertel der Erwachsenen im Alter von 40 Jahren oder älter ist von Arthrose betroffen. Zusätzlich erhöht Arthrose das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Bluthochdruck. Vorbeugende Maßnahmen bestehen vor allem in einer Veränderung des Lebensstils hinsichtlich Ernährung, Sport- und Belastungsgewohnheiten sowie Körpergewicht. Allerdings werden die Maßnahmen, so der Experte, in der Primärversorgung zu wenig eingesetzt. Nehrer schilderte die üblichen Behandlungsszenarien wie folgt: 57 Prozent der Patientinnen und Patienten erhalten immer noch Kortison als alleinige Therapie. Nur 46 Prozent erhielten den Rat, dass eine Gewichtsabnahme helfen könnte. Zum Ende seines Vortrages appellierte Nehrer, dass der Bewegung sowie der Forcierung der Verletzungsprophylaxe wieder mehr Gewichtung als Präventionsmaßnahme gegeben werden sollte und schloss mit den Worten: „Aufgrund der Alterspyramide können wir uns keine Prävention gar nicht leisten.“

## Essenzen aus der Podiumsdiskussion

In der anschließenden Podiumsdiskussion wurden die Themen der beiden Keynotes aufgegriffen und vertiefend diskutiert. Ein wichtiger Punkt bei der Bewegungsförderung ist nicht nur die Frage, wie bekommt man Leute zum Sport, sondern auch, wie schafft man es, dass Menschen dranbleiben. Nehrer betonte: „Bei der Arthroprophylaxe wissen wir, dass die

Diskussionsteilnehmende (v. l. n. r.): Alice Herzog, Bianca Groß, Stefan Nehrer, Markus Wieser, Wolfgang Sperl, Bernhard Rupp



Die Presse, Erscheinungstermin 20. Juni 2023

Kinder, die mehr als drei Turnstunden die Woche hatten, hatten deutlich weniger orthopädische Probleme, wie Muskelschwäche oder Haltungprobleme, wie jene mit nur zwei oder weniger.

Stefan Nehrer

Patientinnen und Patienten nach sechs bis acht Wochen eine Erinnerung benötigen.“ Hier könnten Reminder auf Apps hilfreich sein. Bianca Groß, MAS, Geschäftsführerin der FSW-Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH, teilte ihre Erfahrungen aus der Sicht der Tageszentren mit. Auch hier sei es bekannt, dass die gesunde Ernährung oder tägliche Bewegung eine Zeitlang anhält, sich jedoch vermehrt wieder schlechte Gewohnheiten einschleichen. In den Tageszentren gäbe es durch Angebote wie Kochworkshops, Bewegungsrunde, Physio- und Ergotherapie die Möglichkeit hier Stabilität reinzubringen. Bezüglich der Schaffung von Bewegungsmöglichkeiten sei es laut Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der AK NÖ, wichtig, neue Überlegungen in Richtung bewegungsförderliche Architektur anzugehen. Dies sollte nicht nur in Richtung Gebäudearchitektur, sondern auch Stadtplanung gehen. Als Beispiel führte Rupp Paris an. Dort hat die derzeitige Bürgermeisterin ihren Wahlkampf mit der Kampagne „Paris soll eine Stadt der kurzen Wege werden“ gewonnen. Das bedeutet, innerhalb von 15 Minuten sollen die wichtigsten Besorgungen mit dem Rad erledigt werden können. Auch Wieser sprach hier einen wesentlichen Punkt an. Bei vielen Neubauten werden zwar Grünflächen und Parkanlagen errichtet, doch sei dort Kindern häufig verboten zu spielen. Hier müsse ein Umdenken geschehen, denn viele Kinder und Jugendliche hätten die Begeisterung für Bewegung und Sport und diese müsse aktiv unterstützt werden.

Des Weiteren betonte Rupp: „Die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderungen und Prävention auf betrieblicher Ebene ist schon lange auf der Agenda der AK NÖ.“ Diese Meinung vertrat auch Wieser und führte an, dass es mehr Unterstützung bezüglich Betriebssport brauche. Denn durch das Angebot von Sport am Arbeitsplatz würde nicht nur die Bewegung und die Gesundheit gefördert werden, sondern auch der Zusammenhalt im Unternehmen und das Arbeitsumfeld.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Sperl, Rektor der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg, legte den Fokus der Prävention in der Diskussionsrunde auf ein anderes Thema, und zwar Resilienz. Hier müsse schon im Kindesalter begonnen werden diese zu stärken. Durch frühe Maßnahmen könne man Kinder und Jugendliche für viele Faktoren wie Suchterkrankung, Fehlverhalten und Stress widerstandsfähiger machen.

Zum Schluss appellierte Sperl: „Es ist nur zu wünschen, dass die Regierung auf die Empfehlungen der Expertinnen und Experten bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen in Stift Seitenstetten hört und die gewünschten Handlungen zur Umsetzung setzt.“



© KRISTIAN JUHASZ (2)

© KRISTIAN JUHASZ





PERFORMANCE

# Starke Stimme für Patientenrechte

Berichte über Missstände in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen finden in den letzten Jahren relativ häufig Eingang in die Medienberichterstattung. Allerdings ist dies nur ein Bruchteil der Probleme, die es tagtäglich in Einrichtungen des Gesundheitswesens gibt. Damit Betroffene nicht ohnmächtig diesen Organisationen gegenüberstehen und auf eigene Kosten ihre Rechte einklagen müssen, wurden in allen Bundesländern Patienten- und Pflegeombudsstellen eingerichtet. PERISKOP sprach mit der **SPRECHERIN DER PATIENTEN- UND PFLEGEANWÄLTINNEN UND -ANWÄLTE ÖSTERREICHS**, Dr. Michaela Wlattnig über die aktuellen Herausforderungen und ihre Ziele, die sie sich in dieser Funktion gesteckt hat. | von Rainald Edel, MBA

**R**und 22 Jahre war der Niederösterreicher Dr. Gerald Bachinger Sprecher und damit bekanntestes Gesicht der Patienten- und Pflegeanwältinnen und -anwälte Österreichs. Er stand im Vorjahr einer Wiederwahl nicht mehr zur Verfügung. Zur neuen Sprecherin wurde die Steirerin Dr. Michaela Wlattnig gekürt.

**PERISKOP: Sie sind seit 2019 PatientInnen- und Pflegeombudsfrau des Landes Steiermark und seit Oktober Sprecherin der ARGE Pflegeanwältinnen. Wo sehen Sie die größten Problemfelder im österreichischen Gesundheits- und Pflegebereich?**

**WLATTNIG:** Die große Herausforderung aktuell und in den kommenden Jahren wird es sein, die Gesundheitsversorgung – und hier meine ich medizinisch und pflegerisch – auf dem gewohnt hohen und guten Niveau aufrechtzuerhalten. Ich spreche hier die bekannte Personalproblematik an. Weniger Personal für mehr betagte Menschen, die erfahrungsgemäß mehr ärztliche und pflegerische Leistungen benötigen. Letztendlich wird es in den kommenden Jahren auf eine zielgerichtete Patientensteuerung und auch Personalsteuerung hinauslaufen müssen.

**Bei Ihrer Nominierung zur Vorsitzenden sagte Ihr Vorgänger Dr. Gerald Bachinger, der diese Funktion 22 Jahre innehatte, dass er sich wünscht, dass nun eine jüngere neue Generation nachrücke. Welche Ziele haben Sie sich gemeinsam mit Ihren Kolleginnen und Kollegen aus den anderen Bundesländern gesetzt?**

Trotz aller Unterschiede der Zuständigkeiten in den Bundesländern ist es uns wichtig, dass gemeinsame Themen der Gesundheitsversorgung und strukturellen Verbesserung für Patientinnen und Patienten und Pflegebedürftige von uns thematisiert werden. Ich möchte hier beispielhaft folgende Bereiche nennen, welche aus Sicht der Patienten- und Pflegeanwaltschaften Aufmerksamkeit verdienen: das ist die Versorgung von Long/Post-Covid-Erkrankten/Betroffenen, das Thema Impfen durch Apothekerinnen und Apotheker, die rasche Weiterentwicklung von ELGA wie auch das Digitalisierungsthema insgesamt, aber auch die bundesweite Möglichkeit der Errichtung von Sterbeverfügungen bei den Patientenanwaltschaften. Besonders hervorheben möchte ich hier aber den Bereich der Versorgung von Pflegebedürftigen, dies sowohl



im häuslichen als auch im stationären (Langzeitpflege) Bereich. Hier sind die Herausforderungen enorm und hier muss man sich dem Thema der Qualität der Pflege widmen als auch der Entlastung der pflegenden und betreuenden Angehörigen.

**Die Pflege- und Patientenanwaltschaften sind föderale Ombudsstellen der jeweiligen Länder und nicht in allen Bundesländern für die gleichen Bereiche zuständig. In manchen Bundesländern reicht die Zuständigkeit von den Spitälern über die Pflegeheime bis zu den niedergelassenen Ärztinnen, Ärzten und in anderen sind nur Teilbereiche daraus betroffen. Orten Sie hier einen politischen Willen die Kompetenzen zu harmonisieren?** Hier muss man die Bundes- und Länderebene unterscheiden. In einzelnen Bundesländern gibt es Tendenzen und auch konkrete Gespräche, die Zuständigkeit der Patientenanwaltschaften zu erweitern. Als Beispiel darf ich Salzburg nennen, wo meine Kollegin künftig auch für den Bereich der Pflege zuständig werden soll. Natürlich wäre es absolut wünschenswert, wenn Bürgerinnen und Bürger in jedem Bundesland eine unabhängige, weisungsfreie und kompetente Anlaufstelle für ihre Anliegen im Zusammenhang mit medizinischen Leistungen in Krankenanstalten, bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten usw. aber auch im Zusammenhang mit Pflegeheimen und mobiler Pflege erhalten könnten. Bedauernd ist es, dass eine Kompetenzerweiterung meistens in Folge eines aktuellen Anlassfalles erfolgt und nicht aufgrund der Überzeugung, dass Bürger\*innen das Recht haben, sich an eine unabhängige Stelle in jedem Bundesland mit denselben Zuständigkeiten zu wenden.

**Wäre es sinnvoll, die informelle Struktur der ARGE in eine institutionelle Bundes-Patienten- und Pflegeanwaltschaft überzuführen? Mit welchen Rechten und Pflichten müsste diese dann ausgestattet werden?** Diese Notwendigkeit sehe ich derzeit nicht, da die Versorgungsstrukturen in den Bundesländern sehr unterschiedlich sind und die Patientenanwaltschaften niederschwellig erreichbar bleiben sollen. Man darf auch nicht vergessen, dass alle Kolleginnen und Kollegen auch im Rahmen von Sprechstunden in Krankenanstalten vor Ort ansprechbar sind und auch Sprechtag in Pflegeeinrichtungen durchführen.

**Es ist wünschenswert, dass es in jedem Bundesland eine Patienten- und Pflegevertretung mit denselben Zuständigkeiten, beispielsweise auch für den niedergelassenen Bereich, gibt.**

Michaela Wlattnig

**In vielen Krankenhäusern gibt es hauseigene Ombudsstellen. Inwieweit arbeiten Sie mit diesen zusammen?**

In den Krankenanstalten sind das Einrichtungen im Rahmen des Beschwerdemanagements und mit diesen gibt es regelmäßigen Austausch, um auch gemeinsame Themen zu evaluieren und dann entsprechende Strukturverbesserungen anzuregen. Einzelfälle, in denen Behandlungsfehler behauptet werden, werden von den Rechtsabteilungen bearbeitet bzw. von den Patientenanwaltschaften.

**In den letzten Jahren gelangten immer wieder Fälle großer Missstände im Gesundheits- und Pflegebereich in die Medien. Sind Patientinnen und Patienten in Österreich in Ihren Rechten ausreichend geschützt oder gibt es Bereiche, wo man gesetzlich und strukturell nachschärfen müsste?**

Der Rechtsschutz für Patientinnen und Patienten ist nicht zuletzt durch die Möglichkeiten der (kostenfreien) Inanspruchnahme der Unterstützung der Patientenanwaltschaften, der Schlichtungsstellen und der Entschädigungsfonds gut ausgeprägt. Wichtig ist, dass die Patienten- und Pflegeanwaltschaften entsprechend personell ausgestattet sind, um ihre Aufgaben erfüllen zu können. Durchaus ausbaufähig ist der Rechtsschutz von Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung, hier sollte sich der Gesetzgeber dringend die Qualitätssicherung der 24-Stunden-Betreuung – nämlich sowohl der betreuten Person als auch der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer – anschauen als auch den Rechtsschutz von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner. Bei Letzteren gibt es viele unterschiedliche landesgesetzliche Regelungen und hier würden sich die Pflegeanwältinnen eine Verankerung von Rechten im Rahmen von Art. 15a-Vereinbarungen wünschen, z. B. das Recht auf regelmäßige Evaluierung der Pflege-



bedürftigkeit und der gesetzten pflegerischen Maßnahmen.

**Internationale Vergleiche, wie Health at a Glance der WHO attestieren der österreichischen Bevölkerung eher bescheidene Werte bezüglich Gesundheitskompetenz. Damit einher geht auch, dass Patientinnen und Patienten nur wenig über ihre Rechte Bescheid wissen. Inwieweit wäre es daher für die Patienten- und Pflegeanwaltschaften notwendig aktiver und präsenter aufzutreten, damit Menschen, die von Missständen betroffen sind, sich leichter an Sie wenden?** Die Tatsache, dass unsere Institutionen wenig bekannt sind, hat mit der strukturellen Verankerung der Patientenanwaltschaften innerhalb der Verwaltungsstruktur der Länder zu tun. Wir sind budgetär was Auftritte und „Werbung“ im eigenen Sinn betrifft, limitiert.

**Ein Teil der Missstände wird mit der Überlastung des Personals erklärt. Würde tatsächlich nur die Erhöhung der Personenzahl substantielle Abhilfe schaffen oder müssten auch strukturelle Maßnahmen gesetzt werden, um Missstände, wie sie in die Medien gelangt sind, nachhaltig zu unterbinden?**

Die Erhöhung der Zahl des Gesundheitspersonals wird alleine nicht der Schlüssel für eine weitere gelingende Versorgung der Bevölkerung sein. Realistischerweise geht es ja nicht um eine Erhöhung, sondern um ein Halten der Anzahl. Wie eingangs erwähnt, muss man sowohl Patientinnen, Patienten als auch Personal steuern. Man wird aber auch nicht umhinkommen, sich die Angebotsstruktur der Krankenanstalten anzuschauen. Wo hält man in Zukunft 20/7 was vor? Es muss auch endlich ein Umdenken dahingehend stattfinden, dass Gesundheitsversorgung nicht ausschließlich Sache von Ärztinnen

Michaela Wlattnig ist seit 2019 PatientInnen- und Pflegeombudsfrau des Landes Steiermark und seit Oktober 2022 Sprecherin der ARGE Pflegeanwältinnen.

**Es muss auch endlich ein Umdenken dahingehend stattfinden, dass Gesundheitsversorgung nicht ausschließlich Sache von Ärztinnen und Ärzten ist. Gesundheitsversorgung beginnt mit niederschweligen Angeboten auf Gemeindeebene.**

Michaela Wlattnig

und Ärzten ist. Gesundheitsversorgung beginnt auf Gemeindeebene, bei niederschweligen Angeboten durch Community Nurses und Primärversorgungseinheiten, die dem Namen durch entsprechende multiprofessionelle Ausstattung gerecht werden und auch Unterstützung in der Organisation dieser Einheiten erhalten, ich spreche hier den Verwaltungsaufwand an.

**Während der Pandemie hat sich gezeigt, dass eine Patientenlenkung zum Beispiel über die Gesundheitshotline 1450 sehr gut von der Bevölkerung angenommen wurde. Inwieweit sollten diese Systeme ausgebaut werden, um einer Überlastungen von Spitalsambulanzen vorzubeugen?**

Diese Bestrebungen des Ausbaus von 1450 gibt es bereits und ist zu begrüßen. Wobei es, wie zuvor erwähnt, nur ein Baustein in der Versorgungsstruktur sein wird aber sicherlich ein wichtiger Schritt auch hinsichtlich der besseren Steuerung der Menschen durch das Gesundheitssystem, das helfen soll zielgerichtet jene Leistungen zu erhalten, die im individuellen Fall nötig sind.

**Im Rahmen der derzeit laufenden Finanzgleichverhandlungen soll auch der Bereich Gesundheit reformiert werden. Ebenso hat der Gesundheitsminister heuer schon erste Schritte Richtung Pflegereform gesetzt. Inwieweit sind in diese Reformprozesse Patientenorganisationen, wie eben die Patienten- und Pflegeanwaltschaft zumindest informell eingebunden?**

Patienten- und Pflegeanwaltschaften sind in diese Prozesse am Rande dergestalt eingebunden, dass wir in einzelnen Arbeitsgruppen in Vorbereitung von Reformvorhaben mitarbeiten.

**Müsste in Österreich nicht Patientinnen und Patienten generell mehr in Entscheidungen und Abläufe im Gesundheits- und Pflegebereich eingebunden werden? Gibt es internationale Beispiele, die zeigen, wie das gut funktioniert?**

Grundsätzlich plädiere ich dafür, dass betroffene Patientinnen, Patienten und Pflegebedürftige selbst in Reformprozessen verstärkt eingebunden werden, weil dies die Sicht auf die Dinge maßgeblich verändern kann. Bei Behandlungsprozessen sollte es im Sinne eines „shared decision making“ selbstverständlich sein, dass Entscheidungen gemeinsam getroffen werden, dies führt zu erhöhter Akzeptanz der Folgen und Konsequenzen medizinischer und pflegerischer Interventionen.



PERFORMANCE

# High-end-Sensoren führen die medizinische Diagnostik in die Zukunft

Der Forschungsschwerpunkt „International Laboratory for Life Sciences and Technology“ an der Danube Private University (DPU) in Krems bringt **INTERNATIONALE SPITZENFORSCHUNG NACH ÖSTERREICH**. PERISKOP sprach mit Robert Wagner, MA, Direktor Strategische Hochschulplanung, Management und Wissenschaft der DPU, Prof. Dr. Mandana Amiri, Dr. Patrik Aspermaier, Univ.-Prof. Dr. Christoph Kleber, Hon.-Prof. Prof. Dr. Wolfgang Knoll und Prof. Dr. Sabine Szunerits. | von Mag. Dora Skampers

Im Periskop 112 wurde die prominente Forschungsgruppe MIAAI – Medical Image Analysis & Artificial Intelligence der DPU vorgestellt. Als zweite Forschungsgruppe der DPU präsentieren wir in dieser Ausgabe nun das LiST – International Laboratory for Life Sciences and Technology. Die Gruppe entwickelt Biosensoren für die medizinische Diagnostik und forscht an der Oberflächenmodifikation von Implantaten.

## Früherkennung mit Sensorik

Eines der wichtigsten Forschungsziele des LiST ist, minimalinvasive Tests für die Frühdiagnostik verschiedener Erkrankungen, u. a. Krebs, zu entwickeln. Die Sensoren können aus Gasen, Licht und Flüssigkeiten Informationen gewinnen. Das heißt, dass keine Blutabnahme oder Biopsie mehr nötig sein wird. Voraussetzung für diese Forschung ist die Prämisse, dass jede Krankheit – schon im Frühstadium – über spezifische Biomarker identifiziert werden kann. Diese krankheitsspezifischen Biomarker sind in Licht, Flüssigkeiten und Gasen (z. B. auch im Exhalationskondensat) nachweisbar. Die Sensoren zielen auf diese Biomarker ab. Wenn der Sensor einen krankheitsspezifischen Biomarker erkennt, gibt er Signale ab, die gemessen werden können. Einer der Sensoren ist beispielsweise ein Graphen-Plättchen, auf das ein spezifischer Antikörper „angebunden“ wurde. Wenn der Antikörper mit Flüssigkeiten in Kontakt gebracht wird, in denen ein spezifisches Protein (der krankheitsspezifische Biomarker) enthalten ist, entsteht eine elektrochemische Reaktion. Zwei wesentliche Aspekte dieser Tests sind einerseits die relativ kosteneffiziente Herstellung und vor allem die raschen Ergebnisse, ohne weitere Eingriffe vornehmen zu müssen.

## PERISKOP: Herr Wagner, was ist die Vision der Forschungsgruppe LiST?

**WAGNER:** Die Forschungsgruppe LiST der DPU ist ein internationales Labor für Life

Sciences and Technology. Die Vision ist einerseits die Entwicklung von Biosensoren für die medizinische Diagnostik. Weil Biosensorik auch viel mit Materialkunde zu tun hat, beschäftigt sich die Gruppe auch als Teilforschungsbereich mit Materialwissenschaften. Beispielsweise bearbeitet Prof. Kleber Implantatoberflächen mit Lasern, um die Einheileigenschaften zu steuern. Das sind die zwei Hauptforschungsgebiete im LiST. Die Forschungsgruppe wurde auf Basis eines Forschungsbeirats gegründet, den es damals unter der Leitung von Prof. Knoll bei uns gab. Das Ziel war, Testverfahren für die Diagnostik zu entwickeln, die in der Gesundheitsbranche auch unmittelbar umgesetzt werden können.

## Wie integriert sich die Spitzenforschung an der DPU in den universitären Alltag?

Abgesehen von den Forschungsvorhaben im LiST gibt es im Curriculum Spezialisierungsprogramme. Dort werden den Studierenden die Forschungsmethoden und -ergebnisse vorgestellt mit dem Ziel, dass die Studierenden sich in diese Forschungsbereiche im Rahmen ihrer Abschlussarbeiten eingliedern. Es gibt auch mehrere aktive Kooperationen bzw. Projekte mit der Wirtschaft, denn es ist unser Ziel, firmennahe Forschung zu betreiben, die auch unmittelbar in die Umsetzung kommt. Auch hier sind unsere Studierenden eingebunden.

## Frau Prof. Amiri, Sie planen eine wissenschaftliche Kooperation mit der Forschungsgruppe LiST in Bezug auf Sensorik. Wie sind Sie auf LiST aufmerksam geworden?

**AMIRI:** Ich wurde über die Arbeit von Prof. Szunerits auf die Gruppe aufmerksam und habe dann mit Dir Wagner Kontakt aufgenommen. Wir planen ein Projekt im Bereich Sensortechnologie, das zielgerichtet auf die Bedarfe in vielen Bereichen abzielt – Industrie, Produktionsverfahren, Wissenschaft. Besonders in der Medizin werden Sensoren bzw. Sensorsysteme mit immer

sensibleren Oberflächen und Eigenschaften gebraucht. Die DPU ist überaus erfolgreich in der Entwicklung solcher Sensoren, weshalb ich mich um diese Forschungs Kooperation bemüht habe. Wir haben große Pläne für die Zukunft.

## Welche Krankheiten können mit den an der DPU entwickelten Biosensoren diagnostiziert werden?

Wir werden die Arbeit in der Forschungsgruppe LiST ausgehend von meinen Forschungsergebnissen bei Sensoren beginnen. Wir gehen von einer kleinen Gruppe degenerativer Erkrankungen aus, wie zum Beispiel Alzheimer. Dies deshalb, weil es für die Therapie dieser Erkrankungen besonders wichtig ist, sie in einer Frühphase zu diagnostizieren. Es gibt bei diesen progressiven degenerativen Erkrankungen eine „golden time“, einen ganz kurzen Time Slot am Beginn der Erkrankung, wo man therapeutisch etwas machen kann. Hochsensible Sensoren können zur Früherkennung einen enormen Beitrag leisten. Deshalb planen wir in weiterer Folge, unser Forschungsgebiet auch auf die kardiovaskulären Erkrankungen zu erweitern.

## Was ist der Vorteil dieser Diagnoseverfahren im Vergleich zu den herkömmlichen Verfahren?

Traditionelle Diagnoseverfahren nehmen viel Zeit und Ressourcen in Anspruch und sind auch nicht sehr akkurat. Die von uns entwickelten Sensoren werden sensibler und selektiver auf Krankheitsanzeichen reagieren. Außerdem werden sie wesentlich schnellere Diagnosen liefern und nicht zuletzt steht der ökonomische Aspekt ganz oben. Denn diese Sensoren werden kostengünstig in der Produktion und im Einsatz sein, was sie speziell für Emerging Markets und Länder mit weniger dichter medizinischer Infrastruktur hochinteressant macht. Diese Sensoren sind so konzipiert, dass sie von den Patientinnen und Patienten selbst angewendet werden können, weshalb sie sich auch für telemedizinische Anwendungen eignen.

## Herr Prof. Kleber, wie funktionieren die Sensoren?

**KLEBER:** Ich verfolge zwei große Forschungsprojekte, das eine sind elektrochemische Sensoren auf Graphenbasis und das andere sind optische Sensoren. Die Nachweismethoden sind einerseits der Strom und auf der anderen Seite das Licht. Damit können wir eine Vielzahl an Target-Molekülen, sei es DNA, RNA, nachweisen und bestimmen.

## Wofür steht der Begriff „Personalised Medicine enabled by Intelligent Sensing Systems“ (PI-SENS)?

Die DPU hat im sechsten Call der COMET-Zentren ein solches Projekt beantragt und ist in der laufenden Ausschreibung ebenfalls

dabei. Das Ziel ist, gemeinsam mit Industriepartnern – wie es der Fördergeber auch vorsieht – den Sprung zu schaffen von der Grundlagenforschung zu einem Produkt. Wir werden im Rahmen dieses Projekts auch zur Hälfte von Unternehmen finanziert. Neben der naturwissenschaftlichen Komponente der Sensorarchitektur soll dieses Produkt auch AI in den Auswertelgorithmen und eine Vernetzung mit der Cloud beinhalten, sodass die betreuende Ärztin oder der Arzt nach dem Aufbringen von Speichel, Atemluft oder Schweiß direkt am Smartphone benachrichtigt wird, wie der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten ist.

## Was bedeutet der Begriff „Doc-on-a-chip“?

Wenn Sie aus der Gesamtvision hineinzoomen und annehmen, dass eine bestimmte Krankheit vorliegt, gibt es bestimmte Targetmoleküle, die für diese Krankheit spezifisch sind. Dafür wollen wir spezielle Sensoren entwickeln, um zu messen, ob diese Moleküle vorkommen und in welcher Konzentration. Wieder über die Auswertesoftware steht dann Spezialistinnen und Spezialisten eine tiefgreifende Diagnostik zur Verfügung, die gerade in ländlichen Bereichen ja oftmals nicht vor Ort sind.

## Frau Prof. Szunerits, Sie sind seit 2022 wissenschaftliche Leitung des LiST-Labors für Diagnostik & Life Science. Was sind Ihre Hauptaufgaben?

**SZUNERITS:** Meine Hauptaufgabe ist, das Labor dynamisch zusammenzubauen. Eine interdisziplinäre Wissenschaft, wie sie bei der Sensortechnologie betrieben wird, mit Medizin, Biologie, Physik und Chemie, müssen viele verschiedene Forschungspersönlichkeiten unter ein gemeinsames Dach gebracht werden. Mein Hauptanliegen ist also die Auswahl und die gute Zusammenarbeit dieser Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die das wissenschaftliche Kaliber haben, um hier internationale Spitzenforschung zu betreiben. Unsere Arbeit an den „Exhale Breath“- oder kurz „Breath“-Sensoren ging von Masken aus, die wir während der COVID-19-Pandemie entwickelt haben. Damals haben wir die Membran mit einem Polymer verarbeitet, mit der man Kondensat in wenigen Minuten sammeln kann. Die Idee ist, Biosensoren in diesen Masken zu verbauen und damit einfach anzuwendende, tragbare Diagnosegeräte zu schaffen, sogenannte „wearable Point-of-Care-Devices“. Damit sind wir an der DPU bereits in zwei klinischen Studien befasst. Dabei geht es um die Ausweitung der Diagnostik auf verschiedene Lungenerkrankungen, auch Lungenkrebs. Es könnte auch sein, dass diese Masken außer-

dem für kardiovaskuläre Biomarker anwendbar sind, dies nur als Beispiel für das breite Spektrum an Krankheiten.

## Herr Prof. Knoll, Sie beschäftigten sich im Rahmen Ihrer Forschung u. a. mit exotischen Nanomaterialien. Wie bringen Sie sich am LiST wissenschaftlich ein?

**KNOLL:** Wie sich gezeigt hat, können viele Erkenntnisse aus der klassischen Materialforschung auch für medizinische Anwendungen interessant sein. Beispielsweise, um empfindlichere Sensoren für die Diagnostik zu entwickeln. Dies als Beitrag für die großen thematischen Herausforderungen, die wir gerade im Bereich der Diagnostik mit der Präzisionsmedizin und personalisierter Medizin haben. Hier brauchen wir für jede Patientin und jeden Patienten deutlich mehr Daten als bisher, die kosteneffizient bereitgestellt werden müssen. Aufgrund dieser vielfältigen Aufgaben haben wir unsere methodische Herangehensweise an der DPU auch breiter aufgestellt. Wir setzen also nicht nur auf einen optischen, chemischen oder elektronischen Sensor, sondern wollen die breite Kompetenz unserer Forschungsgruppe entsprechend nutzen, um jeweils den besten Ansatz für eine bestimmte medizinisch-diagnostische Fragestellung zu finden. Ich selbst konnte sowohl in der methodischen Zielsetzung als auch in der technologischen Umsetzung einiges beisteuern. Die praxisnahe Forschung an der DPU mit einer Anbindung einerseits an die Lehre und andererseits an die Industrie birgt aus meiner Sicht viele Vorteile.

## Herr Dr. Aspermaier, erzählen Sie etwas über Ihre Forschung am Geruchssinn. Was sind Ihre Forschungsaufgaben und -ziele am LiST?

**ASPERMAIER:** Mein großes Ziel ist die tatsächliche Umsetzung in ein Produkt, das jedermann eines Tages zu Hause hat. Teil meiner Forschung ist es konkret, einen hochsensiblen und selektiven Sensor zu entwickeln, der trotzdem kostengünstig hergestellt werden kann und einfach anzuwenden ist. Im Idealfall ist das ein Sensor pro Haushalt oder sogar pro Person, also ein personalisierter Ansatz. Das Gerät hätte etwa die Größe einer Kreditkarte und kann tatsächlich mit dem Smartphone kommunizieren, um die Gesundheitswerte anzuzeigen. Wir sind aber auch in der Lehre tätig, indem wir einerseits Studentinnen und Studenten in den Laboralltag eingliedern und andererseits praxisnahe die Betreuung von Bachelor- und Masterarbeiten umsetzen. Uns ist es ein Anliegen, das Interesse für Biosensorik in den jungen Menschen zu wecken, damit diese später in ihrem Berufsleben bereits ein tieferes Verständnis dafür haben. P



Robert Wagner (ganz li.) zeigt sich stolz auf seine internationale (Spitzen-)forschungsgruppe LiST, die ab 2024 ihren Standort nach Wiener Neustadt verlegen wird. Mandana Amiri (Mitte) und Christoph Kleber (re.) bringen als hochqualifizierte Chemiker viel Wissen in die Forschung an Biosensoren ein.

## Life Sciences Technology (LiST)

LiST beschäftigt sich mit der Entwicklung neuartiger (Bio-)Sensoren auf elektrischer, elektrochemischer und/oder optischer Basis für die Detektion von Biomarkern, Viren oder Bakterien. Insbesondere die Analytik der Atemluft („breath biopsy“) mittels dieser Sensoren ist einer der definierten Arbeitsschwerpunkte. Ziel ist die Entwicklung von minimalinvasiven Sensoren, um eine optimale personalisierte Versorgung von Patientinnen und Patienten sicherstellen zu können. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Entwicklung und Funktionalisierung von Materialien für die medizinische Anwendung. Die Gruppe ist derzeit in 13 national und international geförderten Projekten engagiert, u. a. EU-Horizon, FWF, FFG, GFF NÖ, Land NÖ, EU&LAC sowie ein von der Weltraumbehörde ESA gefördertes Projekt. Ab 2024 erhält die Forschungsgruppe LiST im Rahmen eines Forschungsgesamtkonzeptes einen neuen Standort in Wiener Neustadt. Es werden nicht nur LiST und MIAAI ihre hochmodernen Labors in Wiener Neustadt beziehen, sondern mit zwei neuen Forschungsschwerpunkten erweitert: Data Sciences und Clinical Oncology.

Nähere Informationen: [dpu-research-list.at](http://dpu-research-list.at)

## Die Menschen hinter dem LiST:

**Prof. Dr. Mandana Amiri** studierte Chemie und promovierte in analytischer Chemie an der Sharif University of Technology in Teheran. Zuvor war sie als Gastwissenschaftlerin in Deutschland und Großbritannien tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der elektroanalytischen Chemie und der elektrochemischen Energiewandlung. Sie wird aus der Universität Oldenburg Anfang 2024 an die DPU wechseln und die Leitung der Sensoren übernehmen.

**Univ.-Prof. Dr. Christoph Kleber** promovierte in analytischer Chemie an der Technischen Universität Wien und habilitierte im Fach Materialwissenschaften. Derzeit ist er Gastprofessor an der JKU Linz und ordentlicher Professor für Chemie an der DPU. Seine wissenschaftliche Arbeit konzentriert sich auf die Grenzgebiete zwischen verschiedenen Materialien und ihrer Umgebungsumgebung, um die Mechanismen des (biologischen) Abbaus auf molekularer Ebene in Bezug auf Sensormaterialien aufzuklären.

**Prof. Dr. Sabine Szunerits** promovierte an der University of London im Bereich Elektrochemie. Sie absolvierte Forschungsstipendien an der ENS Paris und an der Tufts University, Boston, bevor sie 2004 zum Professor am INP Grenoble ernannt wurde. Derzeit ist sie Professorin für Chemie an der Universität Lille und seit 2022 auch wissenschaftliche Leitung des LiST-Labors für Diagnostik & Life Science. Ihr Hauptforschungsschwerpunkt am DPU-LiST liegt auf der Entwicklung hochempfindlicher, auf 2D-Materialien basierender Diagnosegeräte.

**Hon.-Prof. Prof. Dr. Wolfgang Knoll** promovierte in Biophysik an der Universität Konstanz. Von 1991 bis 1999 war er Laborleiter für exotische Nanomaterialien in Wako, Japan, am Institut für physikalische und chemische Forschung (RIKEN). Von 1993 bis 2008 war er außerdem Direktor der Abteilung Materialwissenschaften am Max-Planck-Institut für Polymerforschung in Mainz. Von 2008 bis 2023 war er wissenschaftlicher Geschäftsführer des AIT Austrian Institute of Technology. Seit 2020 ist er Honorarprofessor an der DPU und seit WS 2023/24 am LiST.

**Ass.-Prof. Dr. Patrik Aspermaier** absolvierte seinen PhD in Nanotechnologien und Mikroelektronik an der Universität für Bodenkultur Wien (BOKU) und der Universität Lille im Rahmen eines PhD-Programms von AIT, CNRS und CEST über die Detektion kleiner Moleküle mit graphenbasierten Halbleitern und Oberflächenplasmonik. Ziel seiner aktuellen Forschung am Geruchssinn ist die Entwicklung neuartiger Biosensortechnologien zur Erkennung von Biomolekülen für medizinische Praxis und Forschung. Er ist seit 2023 am LiST und leitet dort einige geförderte Forschungsprojekte.



Christoph Kleber (li.) und Patrik Aspermaier (re.) können im LiST ihre Kompetenzen für eine ziel- und praxisorientierte Forschung optimal einsetzen.

© LUDWIG SCHEDL (2)

© LUDWIG SCHEDL (1)





PERFORMANCE

Krankenhaushygiene:

# Der Kampf gegen nosokomiale Infektionen

Die Österreichische Gesellschaft für Krankenhaushygiene (ÖGKH) ist eine gemeinnützige wissenschaftliche Fachgesellschaft zur **FÖRDERUNG DER HYGIENEMASSNAHMEN IN ALLEN EINRICHTUNGEN DES GESUNDHEITSWESENS**. Im Gespräch mit PERISKOP ging Hans Hirschmann MPH, DGKP, HFK, Präsident der ÖGKH, näher auf die derzeitige Hygienelage in Österreich ein und sprach über die Maßnahmen, welche die ÖGKH in diesem Bereich fordert. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

Die ÖGKH hat sich zum Ziel gesetzt, standespolitisch Hygieneteams zu stärken und die bestehenden Hygienestandards des österreichischen Gesundheitswesens im Dialog mit den beteiligten Akteuren zu verbessern bzw. weiterentwickeln. Die Fachgesellschaft steht daher vor allem für die Forderung einer bundesweit vereinheitlichten gesetzlichen Regelung zu Hygienebelangen, die eine wirksame Prävention von nosokomialen Infektionen mit hohem Schutzniveau für Patientinnen und Patienten gewährleistet und Hygieneteams bei der Umsetzung ihrer anspruchsvollen Tätigkeit unterstützt.

**Wir als ÖGKH sehen unsere Verantwortung als Fachgesellschaft darin, Vorschläge für bundesweite verbindliche Hygienestandards vorzulegen und diese mit den verantwortlichen Playern zu diskutieren, um schließlich einheitliche bundesweite Standards implementieren zu können.**

Hans Hirschmann

**PERISKOP: Sie sind seit Mai 2023 Präsident der ÖGKH. Wie beurteilen Sie die Hygienelage in Österreich und wo liegen die vorrangigsten Probleme? Im internationalen Vergleich, wie stellt sich die Krankenhaushygienelage in Österreich dar? Erfüllen heimische Krankenhausanstalten internationale Standards und Leitlinien oder gibt es hier noch Potential für Verbesserungen?**

**HIRSCHMANN:** Verglichen mit anderen Ländern sind wir relativ gut. Da wir jedoch eine unzureichende Datenlage bzw. -erfassung über nosokomiale (im Gesundheitswesen erworbene) Infektionen haben, können wir nicht genau definieren, wo unsere Schwachstellen liegen. Somit wissen wir nicht, welche genauen Maßnahmen es benötigt, um die Patientensicherheit im Bereich Infektionen zu erhöhen. Ein weiterer Grund für diese Problematik sind die fehlenden einheitlichen Standards. Diese führen dazu, dass die Hygienemaßnahmen in einzelnen Krankenhäusern exzellent sind und in anderen eher weniger.

**Welche konkreten Vorhaben/Ziele haben Sie sich für Ihre Funktionsperiode gesetzt?**

Mein Hauptziel – und dafür setzt sich die ÖGKH seit langem ein – ist, dass die Rahmenbedingungen für Hygienefachkräfte verbessert werden. Dazu zählen die Arbeitsbedingungen, die

Stärkung des Hygieneteams, die Aufwertung des Stellenwerts der Hygienefachkräfte im Hygieneteam sowie die Ausbildung der Hygienefachkräfte. Letzteres umfasst in erster Linie die Verbesserung und Vereinheitlichung in Österreich.

**Jährlich kommt es in Österreich zu geschätzten 95.000 nosokomialen Infektionen, an deren direkten Folgen etwa 4.500 bis 5.000 Patientinnen und Patienten sterben. Dies stellt eine Herausforderung für das österreichische Gesundheitssystem dar. Welche Lösungsansätze und Maßnahmen fordert die ÖGKH in diesem Bereich?**

Bevor ich näher auf die Frage eingehe, möchte ich kurz über das Thema nosokomiale Infektionen sprechen. Dabei handelt es sich um Erkrankungen, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens erworben wurden und in der Regel als Komplikationen im Rahmen von Diagnostik und Therapie anderer Grunderkrankungen eintreten können. Dazu zählen beispielsweise Harnwegsinfektionen, Gefäßkatheter-assoziierte Bakteriämien/Sepsis, postoperative Wundinfektionen oder Lungenentzündungen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu wissen, dass es sich bei nosokomialen Infektionen nicht immer um durch Hygienemaßnahmen vermeidbare Infektionen handelt. Ein großer Teil der nosokomialen Infektionen entsteht, weil Patientinnen und Patienten alt sind oder, weil sie ein geschwächtes Immunsystem haben.

Um die Zahl der vermeidbaren nosokomialen Infektionen zu senken, benötigt es Bewusstseinsbildung für Hygienemaßnahmen in der Führung eines Krankenhauses bzw. eines Pflegeheimes, Stärkung der Rolle des Hygienepersonals sowie Aufklärung und Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in den Präventionsprozess. Zusätzlich besteht der Bedarf an validen Zahlen bezüglich nosokomialer Infektionen. Zurzeit wird die Zahl der Fälle nur geschätzt. Das heißt, es braucht eine einheitliche Infektionserfassung, um zwischen vermeidbaren und nicht vermeidbaren nosokomialen Infektionen unterscheiden zu können, in welchem Bundesland bzw. Krankenhaus die Hygienemaßnahmen funktionieren und schließlich, um Best-Practice-Modelle identifizieren zu können.

**In Österreich existieren direkte und indirekte Regelungen und Empfehlungen zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen, wie zum Beispiel die „PRO HYG 2.0“. Diese gewährleisten zwar in der Regel ein gewisses Schutzniveau, flächendeckend durchgesetzt haben sie sich aber noch nicht. Was benötigt es, um hier einheitliche Standards ins Leben zu rufen?**

Derzeit wird die „PRO HYG 2.0“ österreichweit mit Expertinnen und Experten überarbei-

## Factbox

Laut dem Institut für Höhere Studien bedeuten 38.500 nosokomiale Infektionen 131.000 zusätzliche Behandlungstage in Krankenhäusern auf Normalstationen und insgesamt jährliche Mehrkosten in Höhe von 281 Millionen Euro (Anm. Als Berechnungsgrundlage wurden für ein Intensivbett 1.866 Euro/Tag herangezogen). Neun Prozent der Intensivbelagstage werden für Patientinnen und Patienten mit einer nosokomialen Infektion benötigt.

**Mein Hauptziel – und dafür setzt sich die ÖGKH seit langem ein – ist, dass die Rahmenbedingungen für Hygienefachkräfte verbessert werden. Dazu zählen die Arbeitsbedingungen, die Stärkung des Hygieneteams, die Aufwertung des Stellenwerts der Hygienefachkräfte im Hygieneteam sowie die Ausbildung der Hygienefachkräfte.**

Hans Hirschmann

tet. Diese Empfehlungen zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen sind von wesentlicher Bedeutung, jedoch nicht verbindlich. In Österreich gibt es zurzeit keinen Rechtsanspruch auf die Umsetzung dieser Empfehlungen. Derart bundesweit verbindliche Hygienequalitätsstandards wie z.B. hygienische Maßnahmen zur Vermeidung von Gefäßkatheter-Infektionen oder räumliche Ausstattung von medizinischen Einrichtungen sind dringend nötig, damit die derzeit oft bestehenden Rechtsunsicherheiten bei der Errichtung von Gesundheitseinrichtungen vermieden und klare Regeln für Errichter, Betreiber und die zuständigen Gesundheitsbehörden geschaffen werden.

Ein wichtiger Teil der „PRO HYG 2.0“ ist die Festschreibung des Personalschlüssels. Wie viele Personen braucht es im Hygieneteam je nach Größe des Krankenhauses? Um diesen Bedarf an Personal fördern zu können, braucht es jedoch einheitliche Regelungen für ganz Österreich. Ähnlich sieht es bei den Vorgaben, wie Infektionserfassung durchgeführt werden soll, aus. Wir als ÖGKH sehen unsere Verantwortung als Fachgesellschaft darin, Vorschläge für bundesweite verbindliche Hygienestandards vorzulegen und diese mit den verantwortlichen Playern zu diskutieren, um schließlich einheitliche bundesweite Standards implementieren zu können.

**Die Bedeutung der Handhygiene wurde seit Beginn der Pandemie als eine wesentliche Säule in der Prävention der Übertragung des SARS-CoV-2-Virus hervorgehoben. Inwieweit ist es sinnvoll, die Handhygiene als obligatorische Pflicht einzuführen, bevor eine Person Gesundheitseinrichtungen betritt? Wie können Patientinnen und Patienten zu einem wirksamen Infektionsschutz beitragen?** Die Händehygiene ist ein wesentlicher Bestandteil des Hygienemanagements. Im Zusammenhang mit Corona wurde diese in der allgemei-



© KARINUSSBAUER.COM

Als Präsident der ÖGKH setzt sich Hans Hirschmann vor allem für die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Hygienefachkräfte ein.

das Thema Gesundheitskompetenz spielt in diesem Bereich eine wichtige Rolle. Themen wie gesunder Lebensstil, Bewegung und Ernährung sollten bereits in Kindergärten und Schulen vermittelt werden und so die Health Literacy gestärkt werden.

**Das Wissen über die Ursachen einer nosokomialen Infektion, die damit verbundenen Gefahren und welche Maßnahmen Patientinnen und Patienten durchführen können, um das Infektionsrisiko während eines Aufenthaltes in einer Gesundheitseinrichtung zu minimieren, ist in der Gesellschaft nach wie vor zu wenig verankert. Wie kann die Eigenverantwortung und Handlungskompetenz von Patientinnen und Patienten gestärkt werden?**

Indem Patientinnen und Patienten umfassend über Hygienestandards und Maßnahmen, wie sie sich präventiv vor nosokomialen Infektionen schützen können, informiert sind, können vermeidbare nosokomiale Infektionen verhindert werden. Aufgrund dessen ist es wichtig, dass in der Gesellschaft mehr Aufmerksamkeit für das Thema Infektionsschutz geschaffen und somit der Stellenwert der Hygiene gesteigert wird. Wie bereits erwähnt, kann die Vermittlung von Maßnahmen, wie Händewaschen, Körperpflege vor Operationen, aber auch das Befolgen von Empfehlungen des Gesundheitspersonals einen wichtigen Beitrag leisten. Ein weiteres Thema, das hier eine Rolle spielt, ist die zunehmende Verbreitung antibiotikaresistenter Bakterien, welche zur Folge haben, dass viele der nosokomialen Infektionen nicht mehr wirksam behandelt werden können.



**Bereits mit einer gesunden Lebensführung können Patientinnen und Patienten dazu beitragen nosokomiale Infektionen zu verhindern. Hinzukommt, dass es wichtig ist, dass Patientinnen und Patienten Hygienemaßnahmen und Empfehlungen des Personals einhalten.**

Hans Hirschmann

Wichtig gerade bei der Antibiotikatherapie ist, dass, wenn sie verordnet wird, die Antibiotika auch so lange genommen werden, wie empfohlen und nicht vorher abgesetzt werden. Um Antibiotikaresistenzen zu vermeiden, müssen Patientinnen und Patienten über den richtigen Umgang mit Antibiotika informiert werden. Wir können durch unsere Hygienemaßnahmen, die Resistenzentwicklungen nicht verhindern, aber unsere Aufgabe ist es eine Weiterverbreitung im Gesundheitswesen möglichst zu vermeiden. Beispielsweise ist eine wirksame Maßnahme, dass Patientinnen und Patienten aus Ländern mit einer hohen Antibiotikaresistenz isoliert untergebracht werden. Dies ist jedoch aufgrund von zu wenigen Einzelzimmern nur selten umsetzbar.

**Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hygieneteams spielen eine zentrale Rolle in der Umsetzung und Kontrolle der Hygienemaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen. Die öffentliche Wahrnehmung und finanzielle Honorierung dieses Berufsbildes entsprechen jedoch nicht den damit verknüpften verantwortungsvollen Aufgaben. Welche Schritte benötigt es, um die Ausbildung sowie das Berufsfeld der Hygienefachkräfte attraktiver zu gestalten? Wie bringt sich die ÖGKH in diesem Bereich ein?**

Derzeit ist die Situation so, dass ein Wechsel aus dem ärztlichen oder pflegerischen Bereich in den Hygienebereich häufig mit Gehaltseinbußen einhergeht, weil relativ gut bezahlte Dienste wie Wochenend- oder Nachtdienste wegfallen. Aufgrund dessen erscheint für viele ein Wechsel unattraktiv. Aus unserer Sicht braucht es deshalb eine Reform in der Ausbildung. Hygienefachkräfte benötigen eine fundierte Ausbildung für ihre Tätigkeit. Dies sollte mit einem akademischen Abschluss in Form eines Bachelors oder Masters einhergehen. Das Thema Ausbildung impliziert auch höherwertige finanzielle Honorierung, welche der Verantwortung und den Aufgabenbereichen entsprechen sollte, eine Statusaufwertung sowie die Wertschätzung des Berufsbilds. Nur so werden in Zukunft genügend speziell ausgebildete Hygienefachkräfte verfügbar sein und die Zahl von vermeidbaren nosokomialen Infektionen gesenkt werden. Die Vermeidung dieser Infektionen verhindert nicht nur Leid bei den Betroffenen, sondern reduziert auch Kosten, welche mit einer nosokomialen Infektion einhergehen. **P**



PIONIERE

# Einsatz von indikationsspezifischen Probiotika im Klinikbereich

In einer Vielzahl klinischer Studien wurde mittlerweile nachgewiesen, dass eine therapeutische Gabe von Probiotika ein effizientes Instrument zur Behandlung von Magen-Darm-Entzündungen darstellt. In einem PRAEVENIRE Gipfelgespräch in Alpbach wurde der Fokus auf den therapeutischen Nutzen in der klinischen Anwendung gelegt und aufgezeigt, wie **INDIKATIONSSPEZIFISCHE PROBIOTIKA BESTMÖGLICH IN DIE THERAPIEKONZEPTE INTEGRIERT** werden können. | von Carola Bachbauer, BA, MSc



**P**robiotika finden insbesondere Anwendung bei der Linderung von Magen-Darm-Beschwerden wie Durchfallerkrankungen, einschließlich solcher, die mit Clostridioides difficile in Verbindung stehen. Sie können auch präventiv während einer Antibiotikabehandlung eingenommen werden, um das gesunde Darmmikrobiom zu schützen.

## Antibiotika assoziierter Durchfall und Probiotika

Zu Beginn des Gipfelgesprächs hielt Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Vanessa Stadlbauer-Köllner, MBA von der Klinischen Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie an der Med Uni Graz ein Impulsreferat zum Thema Antibiotika assoziierter Durchfall und welche Rolle die Probiotika in diesem Bereich spielen können. „Bis zu einem Viertel der Antibiotikatherapien

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 dessen Diversität drastisch gesenkt“, erklärte Stadlbauer-Köllner. Im Krankenhaussetting gibt es viele Maßnahmen, die getroffen werden können, um einen Antibiotika assoziierten Durchfall zu verhindern. Eine dieser ist zum Beispiel Antibiotic Stewardship. Darunter fallen Maßnahmen wie Händehygiene und Isolationsmaßnahmen. Durch das Wissen um die zentrale Rolle des Darmmikrobioms bei Antibiotika assoziierter Diarrhö rückt dieses seit mehreren Jahren ins Interesse der Forschung. Studien mit Probiotika haben gezeigt, dass sie gut geeignet sind, um einem Antibiotika assoziierten Durchfall vorzubeugen. „Eine Meta-Analyse aus dem Jahr 2017 zeigt, dass die Gabe von Probiotika

**PRAEVENIRE Gipfelgespräch-Diskussionsteilnehmende (v. l. n. r.): Fabian Waechter, Johannes Oberndorfer (Moderation), Ludwig Kramer, Angelika Widhalm, Markus Peck-Radosavljevic, Gunda Gittler, Gerd Bodlaj**

das Durchfallrisiko um 60 Prozent reduzieren kann. Insbesondere bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten mit einem hohen Risiko für Clostridioides difficile wird empfohlen, Probiotika einzusetzen“, sagte die Expertin. Eine Meta-Regressionsanalyse aus demselben Jahr zeigt, dass mit der Probiotikatherapie innerhalb der ersten 48 Stunden begonnen werden muss, damit eine 50-prozentige Risikoreduktion erreicht wird. Beginnt man erst später im Verlauf der Antibiotikatherapie, steigt das Risiko wieder um 18 Prozent pro Tag an. Außerdem ging Stadlbauer-Köllner näher darauf ein, wie Probiotika wirken. Dazu präsentierte die Expertin einen systematischen Review, der sich mit sieben Studien befasste und zeigt, wie Probiotika auf das Darmmikrobiom wirken, wenn man sie zur Prophylaxe der Antibiotika assoziierten Diarrhö verwendet. Daraus ergaben sich gemeinsame Nenner, wie beispielsweise, dass die Alpha-Diversität durch Probiotika stabilisiert beziehungsweise erhöht sowie die mikrobielle Signatur stabilisiert werden konnten. Ein weiterer Punkt, mit dem sich Stadlbauer-Köllner in ihrer Keynote beschäftigte, war die Frage, welche Präparate den größten Erfolg zeigen. „Es gibt einerseits einstimmige Präparate und andererseits Multi-Spezies-Präparate. Es wurden bisher noch keine Head-to-Head-Vergleichsstudien zwischen diesen unterschiedlichen Präparaten durchgeführt. In der Theorie und aus experimentellen Ansätzen gibt es jedoch Hinweise, dass Multi-Spezies-Präparate besser in der Lage sind, ökologische Nischen im Mikrobiom zu besiedeln und daher zumindest in der Theorie einen Vorteil haben“, erklärte die Ärztin. Wichtig sei es, auf die Keimzahl zu achten. Eine Keimzahl von mindestens einer Milliarde koloniebildenden Einheiten pro Tagesdosis wird als effektiv angesehen. Dazu führte Stadlbauer-Köllner noch eine randomisierte Placebo kontrollierte Studie zu Multi-Spezies-Präparaten an, die 229 Kinder analysiert hat. Dabei konnte die Durchfallhäufigkeit von 36 auf 20 Prozent reduziert werden. Des Weiteren traten keine schweren Durchfallerkrankungen in der Gruppe auf. Bezüglich Kostenersparnis gab Stadlbauer-Köllner zum Ende ihrer Präsentation noch einen kurzen Überblick. „Daten aus den USA, welche jedoch schon über zehn Jahre alt sind und somit nicht mehr mit dem heutigen Preisniveau vergleichbar sind, zeigten, dass die Prophylaxe mit Probiotika eine Einsparung von zirka 2.000 US-Dollar pro Patientin, Patient erzielt. In Europa belegen Daten von der Universität Greifswald, dass eine Clostridioides-difficile-Infektion zusätzliche Kosten von 5.000 Euro verursacht“, berichtete die Expertin.

**Vorsorgekoloskopie und Darmmikrobiom**  
„Einer von siebzehn Erwachsenen wird an Dickdarmkrebs erkranken. Mit einer positiven Familienanamnese, also einer zusätzlichen genetischen Belastung, erhöht sich das Risiko entsprechend. Damit ist Darmkrebs das zweithäufigste Karzinom in Deutschland“, mit diesen drastischen Worten eröffnete Prof. Dr. Joachim Labenz, Direktor der Medizinischen Klinik I (Gastroenterologie, Palliativmedizin, Hämatologie/Onkologie), Diakonie Klinikum Jung-Stilling, Siegen, seinen Vortrag. „Mit der Koloskopie gibt es sehr gute Untersuchungsmöglichkeiten. Dank dieser verbesserten Behandlungsmöglichkeiten ist die Darmkrebssterblichkeit in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangen. Jedoch gibt es rund um die Vorsorgekoloskopie eine Menge Fragen und Probleme“, erklärte der Experte. Denn die Akzeptanz der Bevölkerung gegenüber der Koloskopie ist noch sehr gering. Zusätzlich ist die Vorbereitung auf eine Darmspiegelung für Patientinnen und Patienten mit einem relativ hohen Aufwand verbunden. Laut Labenz ist der beste Weg, den Darm zu reinigen und somit auf eine Vorsorgekoloskopie vorzubereiten, eine sogenannte Split-Lavage. Jedoch kann es zu Übelkeit, Erbrechen und Bauchkrämpfen während der Vorbereitung kommen. Zusätzlich können nach der Koloskopie Symptome auftreten, die zum Teil länger anhalten. Dies kann negative Effekte auf das Darmmikrobiom im Hinblick auf Reduktion und Dysbiose haben. „Studien mit über sechstausend Patientinnen und Patienten zeigten, dass 30 Tage nach einer Koloskopie 17 Prozent der Patientinnen und Patienten noch Beschwerden hatten, die davor nicht vorhanden waren. Dies entspricht einer Number Needed to Harm (NNH) von sechs“, berichtet Labenz. Zusätzlich kann es bei einer Split-Lavage zu einer anhaltenden Veränderung des Mikrobioms kommen, die mehr als ein Monat andauern kann. Aufgrund dieser Fakten stellt sich die Frage, ob nach einer Darmspülung ein Darmaufbau durchgeführt werden sollte. „Genau mit dieser Fragestellung setzt sich die randomisierte, doppelblinde, multizentrische Colonize-Studie auseinander. In der Studie wurde untersucht, inwieweit die Verdauung der Patientinnen und Patienten nach der Darmspiegelung verändert war und welchen Einfluss eine vierwöchige Probiotika- (Multi-Spezies-Präparate) oder Placeboeinnahme darauf hat. Darüber hinaus wurde mit modernsten Methoden analysiert, inwieweit sich das Probiotikum auf die Diversität des Mikrobioms auswirkt“, sagte Labenz. Die Studie stellte fest, dass in der Probiotikagruppe nach nur vier Wochen die Alpha-Diversität deutlich höher als in der Placebogruppe war. Darüber hinaus zeigten die Ergebnisse, dass die Tage mit Verstopfung unter der Einnahme des Probiotikums signifikant verringert waren. Außerdem wurden weniger Tage mit Verdauungsproblemen wie Durchfall oder Blähungen verzeichnet. Zum Schluss seines Vortrags ging Labenz noch auf die heutige Datenlage im Bereich Probiotika ein. Dabei zählte er zum Beispiel Bereiche wie gastrointestinale Infektionen, Antibiotika assoziiert Diarrhö, Clostridie difficile, Reizdarm und Colitis ulcerosa auf, zu denen es bereits überzeugende Evidenz zur Anwendung von Probiotika gibt.

**Kostenrückerstattung**  
Dr. Fabian Waechter, MSc MBA, Allgemeinmediziner in Salzburg, berichtete aus seinem Praxialtag, dass er durchaus Probiotika verschreibe, wenn es die Patientinnen und Patienten wünschen oder dort, wo die Evidenz bereits durch klinische Studienergebnisse bestätigt wurde.

Beim PRAEVENIRE Gipfelgespräch wurden Ansätze zur Integration indikationsspezifischer Probiotika in therapeutischen Konzepten diskutiert.

## Diskussionsteilnehmende, digital zugeschaltet

- Vanessa Stadlbauer-Köllner
- Joachim Labenz



Zusätzlich konnte der Allgemeinmediziner feststellen, dass bei Patientinnen und Patienten die Bereitschaft, für Probiotika zu zahlen, durchaus höher ist als bei anderen Präparaten, die die Gesundheitskasse nicht übernimmt. Prim. Univ.-Prof. Dr. Markus Peck-Radosavljevic erklärte, dass auch im stationären Bereich bei einer Antibiotika assoziierten Diarrhö in vielen Fällen auf Wunsch der Patientin, des Patienten ein Probiotikum verschrieben wird. Angelika Widhalm, Vorsitzende des Bundesverbands Selbsthilfe Österreich (BVSHÖ), ist das Thema Kostenrückerstattung ein großes Anliegen. Bisher werden die Kosten einer Behandlung nur im Spital übernommen. Patientinnen oder Patienten, die eine Probiotikatherapie zu Hause durchführen, müssen die Kosten selbst übernehmen. „Es darf nicht sein, dass nur gut situierte Patientinnen und Patienten sich die Behandlung leisten können.“ Denn der Leidensdruck bei langanhaltendem Durchfall ist enorm. So kann dieser beispielsweise auf die Psyche schlagen, aber auch die ganze Familie belasten.

**Arzneimittel vs. Nahrungsergänzungsmittel**  
Mag. pharm. Gunda Gittler, MBA, aHPh, Leiterin der Anstaltsapothek im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz, sprach in der Diskussionsrunde die unterschiedlichen Qualitätsanforderungen in der Zulassung zwischen Nahrungsergänzungsmitteln, diätetischen Lebensmitteln und Medikamenten an. „Bei Nahrungsergänzungsmitteln und diätetischen Lebensmitteln ist die Zulassung wesentlich einfacher als bei Medikamenten. Dies führt dazu, dass unzählige Probiotikapräparate mit unterschiedlicher Qualität am Markt sind“,

erklärte die Apothekerin. Bis jetzt hatte sich laut Gittler die Forschung wenig mit der Qualität der Produkte, der Zusammensetzung und der Unterschiedlichkeit der Keime in den Gewichungen beschäftigt. Umso wichtiger sei es, in wissenschaftlichen Studien herauszuarbeiten, welche probiotischen Stämme in welcher Menge und Einheit einen positiven Effekt erzielen. In diesem Zusammenhang berichtete Prim. Univ.-Prof. Dr. Ludwig Kramer, Vorstand der 1. Medizinischen Abteilung, Krankenhaus Hietzing Wien, dass die Haftung bei der Verschreibung von Probiotika, die als Nahrungsergänzungsmittel zugelassen sind, bei der verschreibenden Ärztin oder dem verschreibenden Arzt bzw. dem Anwender liegt. Aufgrund dessen sei es besonders wichtig, dass Studien mit hoher Qualität durchgeführt werden, damit die Klinikerinnen und Kliniker sicher sein können, dass die Haftung nicht bei ihnen bleibt. OA Priv.-Doz. Dr. Gerd Bodlaj, Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen, Barmherzige Schwestern Krankenhaus in Wien betonte, dass es bei Head-to-Head-Vergleichsstudien von Probiotika wichtig sei, diese unter vergleichbaren Präparaten durchzuführen.

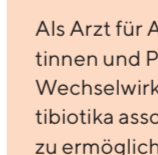
**Wissenschaftliche Evidenz**  
Bei all den angesprochenen Themen spielt die Forschung eine wichtige Rolle. Aufgrund dessen waren sich die Diskussionsteilnehmenden einig, dass weitere wissenschaftliche Arbeiten notwendig seien, und betonten unisono, dass die Wirksamkeit von Probiotika durch Studien belegt werden muss. Zwar sei man schon auf einem guten Weg, dennoch fehle in vielen Bereichen noch die Evidenz. **P**

## Meinungen zu Probiotika



Viele multimorbide ältere Patientinnen und Patienten mit chronischen Darmproblemen könnten massiv profitieren, wenn in den Spitälern und in Pflegeeinrichtungen mehr qualitativ hochwertige Pro- und Prebiotika evidenzbasiert eingesetzt werden würden.

**Gunda Gittler, Anstaltsapothek im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz**



Als Arzt für Allgemeinmedizin ist es mir ein besonderes Anliegen, dass meine Patientinnen und Patienten die von mir verordneten Therapien möglichst ohne Neben- und Wechselwirkungen einnehmen können. Probiotika helfen durch Reduktion der Antibiotika assozierten Diarrhoe, eine konstante Einnahme bis zum letzten Therapietag zu ermöglichen.

**Christoph Heiserer, Arzt für Allgemeinmedizin, Steyr**



Der Darm ist in vieler Hinsicht betroffen, wenn es um unterschiedliche Erkrankungen geht – auch kann das Mikrobiom die Wirkung und Aufnahme von Medikamenten im Darm beeinflussen. Deshalb ist es so wichtig, dass die Darmgesundheit auch im Spital in den Fokus rückt, beispielsweise durch die Gabe von evidenzbasierten Probiotika.

**Gernot Idinger, Anstaltsapothek Pyhrn-Eisenwurzenklinikum, Kirchdorf Steyr**

Wir kennen u.a. die Zusammenhänge zwischen dem Mundmikrobiom und Herzerkrankungen, was viel zu wenig beachtet wird. Die Medizin wird sich noch mehr als bisher mit dem Mikrobiom befassen und diese Erkenntnisse auch intramural umsetzen müssen.

**Petra Riegler, Barmherzige Brüder Apotheke zum Granatapfel Eisenstadt**



© GATTINGER

© GATTINGER, CHRISTIAN JUNGMUTH, LABENZ, KRISTIAN JUHAS (D), WANG STEFAN



PIONIERE

# Buchvorstellung

## Sozialfall Sozialstaat. Was jetzt zu tun ist.

Der österreichische Sozialstaat, bislang Garant für soziale Sicherheit und sozialen Frieden, ist in eine gefährliche Schiefelage geraten: Das soziale Netz erodiert schon jetzt bedenklich. Werden die Jungen für unsere „Vollkasko-Mentalität“ zahlen müssen? | von Dr. Erhard Prugger



### Das Buch

**Sozialfall Sozialstaat. Was jetzt zu tun ist.**  
Seitenzahl: 224 Seiten  
Autor: Erhard Prugger  
Preis: 24,90€  
Verlag: TraunerVerlag  
ISBN-Nr.: 978-3-99113-850-1

Das brandaktuelle Buch „Sozialfall Sozialstaat“ ist ein Plädoyer für einen wirksamen, vernünftig dimensionierten und damit zukunftsfähigen Sozialstaat – und gegen einen sozialen Selbstbedingungsladen, der Leistung als Basis der sozialen Sicherheit untergräbt und zu überhöhten Kosten die Falschen bedient. Soziale Sicherheit in kritischen Lebenslagen bildet den Rahmen, in dem Menschen angstfrei leben sowie kreativ wirken können. Umgekehrt gilt: Ohne eine erfolgreiche Wirtschaft mit leistungsbereiten Menschen gibt es keinen funktionierenden Sozialstaat. Wird der Sozialstaat – wie leider auch in Österreich – nicht regelmäßig evaluiert, kommt es zu Versorgungslücken, Ungerechtigkeiten, Verschwendung, Missbrauch, Finanzierungsproblemen und sozialen Spannungen.

### Unser Sozialstaat bald ein „Sozialfall“ – warum?

Die demografische Entwicklung (Pensionsantritt der Babyboomer!), die vielerorts herrschende Vollkasko-Mentalität („Hol dir was dir zusteht“), der immense Finanzierungsbedarf etwa bei den Pensionen (wir sind Frühpensions-Europameister) sowie die vielerorts

fehlende Effizienz bringen den Sozialstaat jetzt schon an seine Grenzen. Jeder optimiert seine persönliche soziale Zukunft und verlässt sich auf den Staat. Schon längst leben wir nach dem Motto „hinter uns die Sintflut“ auf Kosten der nächsten Generation...

### Was braucht es, um das marode Sozialsystem zu künftsfäh zu machen?

Leistung – als langjährige Basis unseres sozialen Wohlstandes – muss wieder an Wert gewinnen und sich auszahlen. Denn was die Politikerinnen und Politiker so großzügig verteilen, muss erst einmal erwirtschaftet werden. Eigenverantwortung, persönliche Vorsorge und ein achtsamer Umgang mit Sozialleistungen dürfen nicht länger Schlagworte bleiben. Die wirklich Bedürftigen brauchen mehr Unterstützung, alle anderen sind vom Futtertrog zu entfernen. Jeder Leistung des Sozialstaates muss zukünftig eine zumutbare Gegenleistung gegenüberstehen. Denn Solidarität darf nie eine Einbahnstraße sein: Jede bzw. jeder muss das ihr bzw. ihm Zumutbare leisten. „Mehr Wohlstand und soziale Sicherheit durch weniger Arbeit“ ist eine gefährliche Lüge und in Wirklichkeit ein „Brandbeschleuniger“, das

angeschlagene Sozialsystem an die Wand zu fahren. Wer die Work-Life-Balance an die erste Stelle setzt, kann das gerne tun, muss aber mit schlechteren Gesundheitsangeboten, deutlich weniger Pension und anderen Wohlstandsverlusten rechnen.

### Welchen Beitrag leistet das Buch „Sozialfall Sozialstaat“ zu diesem notwendigen Paradigmenwechsel?

In diesem Buch werden – verständlich und ohne ein einziges Mal einen Paragraphen zu zitieren – die verdrängten und verdeckten Fakten auf den Tisch gelegt und anhand von konkreten Beispielen im Rahmen von neun „Sozialstaatslügen“ demonstriert, in welcher Schiefelage sich der Patient Sozialstaat aktuell befindet. Gleichzeitig werden tabulos Lösungen aufgezeigt, wie etwa die Pensionen wieder sicher werden oder was das Gesundheitssystem jetzt braucht, um auch in zehn Jahren seine guten Dienste leisten zu können. „Zurück zum Ursprung“ und weg von der „Verteilung mit der Gießkanne“ bzw. vom hemmungslosen Umverteilungsstaat muss die Devise gerade bei der sozialen Sicherheit lauten. Dieses Buch ist ein Weckruf: Es ist nämlich 5 vor 12 – aber nur für die, die auf die Uhr schauen!

# „Wiener Blut“ als launiges Motto des Ärzteballs



Am 27. Jänner 2024 findet im prachtvollen Rahmen der Wiener Hofburg der 72. Wiener Ärzteball statt. Der **TRADITIONSREICHE CHARITY-BALL** steht diesmal im Zeichen eines bedeutenden österreichischen Pioniers und Nobelpreisträgers der Medizin: Karl Landsteiner. | von Mag. Dora Skamperl

Der letzte Samstag im Jänner ist das traditionelle Datum des Top-Events in der Wiener Hofburg, an dem es auch 2024 wieder heißt: „Meet the Medics“. Diese ganz besondere „Nacht der Medizin“ gilt nicht umsonst als eine der wichtigsten Veranstaltungen der Ballsaison. Der Ärzteball steht diesmal unter dem Motto „Wiener Blut“ für die Forschungen und bahnbrechenden Entdeckungen auf dem Gebiet der Blutgruppenserologie des österreichischen Nobelpreisträgers Karl Landsteiner, der bis heute als „Vater der Immunhämatologie“ gilt. Er legte den Grundstein für die moderne Transfusionsmedizin und rettete so Millionen Menschenleben. Im Zeichen des „besonderen Saftes“ steht auch die Balleröffnung mit Stücken aus der Strauss-Operette „Wiener Blut“.

### Spenden mit Sinn und Freude

Der Wiener Ärzteball hat sich ganz der Charity verschrieben – seit 2013 kommt der Reinerlös der auf dem Ball gesammelten Spenden jeweils einer sorgsam

ausgewählten karitativen Organisation zugute. Im Jahr 2023 konnten 59.745 Euro an das MOMO Kinderhospiz gespendet werden. Für 2024 wurde das Projekt „StoP – Stadtteile ohne Partnergewalt“ des Vereins Autonome Österreichische Frauenhäuser für die Charity-Aktion ausgewählt – nicht von ungefähr, erreichte doch 2023 einen tragischen Höhepunkt an Femiziden. Damit das Spenden auch Spaß macht, wird es zum zweiten Mal das Charity-Gewinnspiel „Who's that Girl“ geben: Dabei wird im Zeremoniensaal im großen Medaillon über der Bühne das Porträt einer bedeutenden Ärztin aus dem frühen 20. Jahrhundert zu sehen sein. Dieses Mal wird an eine herausragende österreichische Sozialmedizinerin erinnert. Wer das sein wird, bleibt bis zum Ballabend ein Geheimnis, das beim Gewinnspiel gelüftet werden soll. Mit einem Spendenlos um fünf Euro kann geraten werden – attraktive Hauptpreise winken! Aber auch das Casino für den guten Zweck wird wieder beim Ärzteball vertreten sein. Gegen eine freiwillige

Spende werden Jetons ausgegeben, deren Erlös ebenfalls dem Projekt „StoP“ zugutekommt.

### Buntes Musikprogramm

Viele unterschiedliche Bands sorgen in den verschiedenen Sälen für Stimmung, von der klassischen Pianobar bis zur legendären Campari Lounge Bar Italia mit DJ LenC Italo Disco. Als mobile Walking Band unterhalten die Jazzphoniker die Ballgäste. Um Mitternacht gibt es mit dem „Electric Beat Club Deluxe“ eine mitreißende Midnight Show.

### 72. Wiener Ärzteball

**Samstag, 27. Jänner 2024  
Wiener Hofburg, 1010 Wien, Heidenplatz**

Eintritt: 145 Euro (Studierende: 60 Euro bis zum vollendeten 27. Lebensjahr)  
Late Night Ticket: 30 Euro (Einlass ab 00.30 Uhr)



www.aerzteball.at  
Facebook: www.facebook.com/wieneraerzteball/  
Instagram: www.instagram.com/aerzteball/  
Auf der Website finden Sie alle wichtigen Informationen zu Tisch- und Kartenbestellungen, Dresscode, Unterhaltungsprogramm und Kulinarik.

# Pharma-Forschung entlastet Staatskassa

Klinische Forschung stützt das Gesundheitssystem mit einem **MÖGLICHEN SPARPOTENZIAL VON RUND 100 MILLIONEN EURO JÄHRLICH**. Anreize für Forschung, die Anwendung zugelassener Innovationen und Versorgungsmodelle müssen ausgebaut werden, insbesondere bei psychischen Erkrankungen.

Der Pharma-Sektor investiert jährlich rund 283 Millionen Euro in Innovationen, um die Bevölkerung mit leistbaren und innovativen Arzneimitteln zu versorgen. Trotz hoher Kosten, einem hohen unternehmerischen Risiko und Forschungsaufwand konnten 2022 in Österreich 284 klinische Prüfungen durchgeführt und 54 neue Arzneimittel zugelassen werden. „Pharma-Investitionen könnten jedoch bei verstärkter Förderung insgesamt ein deutliches Einsparungspotenzial von etwa 100 Millionen Euro jährlich für das Gesundheitssystem und somit die Volkswirtschaft erzielen“, so Dr. Martin Gleitsmann, Senior Research Fellow bei Economica Institut für Wirtschaftsforschung.

### Einsparungspotenzial bei psychischen Erkrankungen

Innovative Therapien können helfen, dem Gesundheitssystem Kosten zu ersparen und betroffenen Menschen viele weitere Lebensjahre ohne Beeinträchtigung ermöglichen. Ökonomische Bewertungen des Wirtschaftsforschungsinstituts



Um eine leistbare Versorgung auch zukünftig gewährleisten zu können, müssen weiterhin Anreize für pharmazeutische Unternehmen zur Erforschung von innovativen Arzneimitteln geschaffen und zugelassene Innovationen den Patient:innen in Österreich auch tatsächlich zugänglich gemacht werden – mit raschen Entscheidungsfindungen, gezieltem Ressourceneinsatz und dem gemeinsamen Ziel, ein nachhaltig hochwertiges Gesundheitssystem zu entwickeln, das die bestmögliche Versorgung der Menschen in den Mittelpunkt stellt.

DI Ines Unfried, MBA, Lead Governmental Affairs & Patient Affairs Janssen Austria

### Factbox

**Janssen Austria** ist die Österreich-Niederlassung von Janssen, der pharmazeutischen Unternehmenssparte von Johnson & Johnson. Die Janssen-Cilag GmbH mit Sitz in Wien beschäftigt mehr als 150 Mitarbeiter:innen und fokussiert sich auf den Vertrieb von Arzneimitteln in den Therapiegebieten Neurowissenschaften, Onkologie/Hämatologie, Immunologie, Infektiologie und Lungenerkrankungen sowie auf die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen, Ärzt:innen, Apotheken, Pflegepersonal, Verwaltung, Behörden und anderen Partner:innen im Gesundheitswesen.

**Janssen Austria** wurde 1982 als Janssen Pharmaceutica Österreich gegründet. Der Standort existiert jedoch bereits seit 1948 unter dem Namen Cilag Österreich. 1995 schlossen sich die Unternehmen Janssen und Cilag zu Janssen-Cilag zusammen und waren später Teil des Schweiz-Österreich-Clusters. Nach einer Transformationsphase ist **Janssen Austria** seit 2020 explizit auf den österreichischen Markt ausgerichtet und zählt zu den Top 3 am österreichischen Pharmamarkt (Quelle: IQVIA Gesamtmarkt („TOTA“) MAT Juni 2023)

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



Economica konnten nachweisen, wie deutlich der Staatshaushalt alleine durch die Erkrankung therapieresistente Depression belastet wird: jährlich mit einer Spanne von 337 Millionen Euro (Basisannahme: rund 14.322 Betroffene)<sup>7</sup> bis zu 1,03 Milliarden Euro (Basisannahme: rund 43.732 Betroffene). „Diese Zahlen zeigen deutlich die Sinnhaftigkeit, auch in diesem Bereich verstärkt zu investieren und Innovationen rasch verfügbar zu machen“, so Gleitsmann.

### Negative Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt

Auch der Arbeitsmarkt wird durch fehlende Innovationen beeinträchtigt. Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich die Zahl der Krankentage infolge psychischer Erkrankungen mehr als verdreifacht – 2021 machten psychische und Verhaltensstörungen gut elf Prozent aller Fehlzeiten aus. Weiters sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache von Neuzugängen in die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, und über ein Drittel aller Invaliditätspensionen ist auf die Krankheitsgruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ zurückzuführen. „Psychiatrischen Erkrankungen wird vergleichsweise wenig politisches Interesse entgegengebracht. Korrespondierend damit scheint die Innovationskraft der Forschung – soweit ich das überblicken kann – und das Interesse der Krankenversicherung an Neuerungen vergleichsweise gering zu sein“, sagt Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich.



Expert:innen im Rahmen der Pressekonferenz zum Thema „Leistungsfähigkeit von Innovationen“ im APA Presszentrum: vlnr Dr. Martin Gleitsmann, Unternehmensberater und Senior Research Fellow bei Economica Institut für Wirtschaftsforschung, DI Ines Unfried, MBA, Lead Governmental Affairs & Patient Affairs Janssen Austria, Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich, Mag. Elisabeth Weigand, MBA, Geschäftsführung Pro Rare Austria – Allianz für seltene Erkrankungen, Univ. Prof. Dr. Karl Stöger, Leiter des Instituts für Ethik & Recht in der Medizin, Univ. Prof. Dr. Richard Greil, Univ. Klinik Salzburg, Leiter der Klinischen Abteilung für Innere Medizin III, Leiter des Salzburger Cancer Research Instituts (SCRI), Leiter des Cancer Cluster Salzburg, Präsident Austrian Group of Medical Tumor Therapy (AGMT), Priv.-Doz. DDr. Gernot Fugger, Oberarzt Psychiatrische Tagesklinik, Universitätsklinikum St. Pölten – Lilienfeld



Die Publikation „Janssen Gesundheitsgespräche 2023: Leistungsfähigkeit und Finanzierung von Life-Science-Innovationen im Gesundheitsbereich – was kann Österreich?“ ist unter <https://www.janssen.com/austria/gesundheitsgespraeche> zum Download verfügbar.

- Walter E et al. J Med Econ. 2020 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32046538/> (aufgerufen 23.6.2023)
- EFPIA Key Data 2022 <https://tinyurl.com/5n8j7pyf> (aufgerufen 23.6.2023)
- FOPI Pressemeldung (9. Mai 2023) <https://tinyurl.com/mpmk4r98> (aufgerufen 19.6.2023)
- Helmenstein C et al. Volkswirtschaftliche Auswirkungen der therapieresistenten Depression (Hrsg. von Economica); Aug. 2022, S.15 (Data on file)
- Walther E et al. The Cost-of-Illness and Burden-of-Disease of Treatment-resistant depression in Austria. Juni 2022, S.2 (Data on File)
- Dachverband der Sozialversicherungsträger. Fehlzeitenreport 2022 <https://tinyurl.com/4pevay6k> (aufgerufen 25.6.2023), WiFi-Berechnungen
- Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2022 <https://tinyurl.com/yeyu5vt3> (aufgerufen 25.6.2023)



PIONIERE

# Normalisierung des Zuckerspiegels als Ziel?

Bei den 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen 2023 in Alpbach fand ein GIPFELGESPRÄCH ZUM HOCHAKTUELLEN THEMA DIABETES statt. Erneut wurde die Alte Schafalm zur beeindruckenden Kulisse für eine wegweisende Diskussion unter Top-Expertinnen und -Experten des Gesundheitswesens. | von Mag. Dora Skamperls

**L**aut Österreichischer Diabetes Gesellschaft (ÖDG) leiden bereits etwa 800.000 Menschen in Österreich an Diabetes mellitus. Wird die Vorstufe, der Prädiabetes, hinzugerechnet, leiden insgesamt bereits mehr als 1,1 Millionen Menschen an einer Zuckerstoffwechselstörung. Ca. 0,62 Prozent des BIP in Österreich (2,4 Milliarden Euro) werden für die Behandlung von Diabetes ausgegeben. Folgeschäden, berufliche Ausfälle und Frühpensio- nierungen treiben die Kosten weiter nach oben, wie PRAEVENIRE Experte Dr. Alexander Biach in seiner Keynote warnte. Am 08. Juli 2023 trafen sich Expertinnen und Experten zum 212. PRAEVENIRE Gipfelgespräch auf der „Alten Schafalm“ in Alpbach, um

zum Thema „Diabetes in der Zielsteuerung-Gesundheit – Normalisierung des Zuckerspiegels als Ziel?“ zu diskutieren.

## Müssen auf Prävention setzen

„Etwa ein Drittel aller Diabetikerinnen und Diabetiker haben eine zu geringe körperliche Aktivität“, strich Dr. Alexander Biach, Standort-anwalt und Direktor Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien einen der Hauptfaktoren für diese Erkrankung heraus. „Der Zugang der Gesamtbevölkerung zu HbA1c-Tests liegt in England bei 97,5 Prozent gegenüber Österreich mit 78,8 Prozent. Das muss besser werden. Früherkennung ist ein wesentlicher Punkt“, kritisierte Biach. Bund, Länder und Sozialversi-

Diskussionsteilneh- mende v. l. n. r.: Florian Kiefer, Bernhard Ludvik, Peter Fasching, Martin Clodi, Cornelia Hagele, Bernhard Pfeifer, Gabriele Graf, Johanna Brix, Alexander Biach

cherung einigten sich im Zielsteuerungsvertrag mit „Therapie Aktiv“ auf klare Ziele für die integrierte Versorgung bei Diabetes.

**Der Zugang der Gesamtbevölkerung zu HbA1c-Tests liegt in England bei 97,5 Prozent gegenüber Österreich mit 78,8 Prozent. Das muss besser werden. Früherkennung ist ein wesentlicher Punkt.**

Alexander Biach

**Der Erstattungskodex ist so ausgelegt, dass er die Menschen entgegen jeder Evidenz bewusst diskriminiert. Wir brauchen einen gleichen Zugang zu Therapien für alle.**

Bernhard Ludvik

Die Tiroler Gesundheitslandesrätin MMag. Dr. Cornelia Hagele betonte, wie wichtig es sei, das Bewusstsein für die Gesundheitsvorsorge und entsprechende Angebote in der Bevölkerung zu stärken. Im Vergleich zu anderen Bundesländern könne Tirol auf sein Diabetesnetzwerk stolz sein, doch lohne sich der Blick auf andere – wie zum Beispiel Wien mit seinem Diabeteszentrum oder den Angeboten von Diabetes-Apps. „Wir müssen im österreichischen Gesundheitssystem viel mehr auf die Prävention setzen“, so Hagele, denn: „Wir haben im Verhältnis zur hohen Lebenserwartung durchschnittlich nur 57 gesunde Jahre.“

## Gleicher Zugang zu Therapien für alle

Priv.-Doz. Dr. Johanna Brix, Präsidentin der Österreichischen Adipositas Gesellschaft, berichtete aus der Praxis des Diabeteszentrums Wienerberg, ein Umsetzungsprojekt aus der Zielsteuerung. „Diabetes hat sehr viel mit Gespräch zu tun, und unser Gesundheitssystem bildet das nicht als Leistung ab, die abgeboten wird“, bemängelte Brix. Im Diabeteszentrum gebe es dafür Raum und sowohl Medizinerinnen und Mediziner als auch Pflegepersonal hätten mehr Zeit für die betreuten Menschen. „Besonders stolz sind wir, dass wir neben der Ernährungsberatung mit der Diätologie auch noch eine Stelle für die psychologische Beratung dazubekommen haben“, freute sich Brix. „Ein Diabeteszentrum darf aber nicht zum verwässerten Geschäftsmodell für große inter- nistische Praxen werden, es braucht strenge Qualitätskriterien“, erklärte Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Ludvik, Vorstand der 1. Medizinischen Abteilung für Diabetologie, Endokrinologie und Nephrologie der Klinik Landstraße in Wien. „In Zukunft werden Diabeteszentren schon aufgrund der ungeheuren Datenmenge aus den hochspezialisierten Technologien notwendig sein, um den niedergelassenen Bereich zu entlasten.“ Weiter erklärte er: „Der Erstattungskodex ist so ausgelegt, dass er die Menschen entgegen jeder Evidenz bewusst diskriminiert. Wir brauchen einen gleichen Zugang zu Therapien für alle.“

**Wir müssen im österreichischen Gesundheitssystem viel mehr auf die Prävention setzen. Wir haben im Verhältnis zur hohen Lebenserwartung durchschnittlich nur 57 gesunde Jahre.**

Cornelia Hagele

## Bereits in der Kindheit ansetzen

Univ.-Prof. Doz. DI Dr. Bernhard Pfeifer, Direktor des Landesinstituts für integrierte Versorgung Tirol, zeigte sich in seinem Diskussionsbeitrag überzeugt, dass Prävention im Rahmen spezieller Programme bereits bei der Prädiabetes ansetzen muss. Dem hielt Bernhard Ludvik entgegen, dass Prävention bereits bei der Geburt ansetzen müsse, denn: „Wenn ein Kind mit zwei Jahren zu dick wird, bekommen wir das



Der Austausch unter Expertinnen und Experten ist der Nährboden, auf dem wegweisende Handlungsempfehlungen an die Politik erarbeitet werden.

bis zum Alter von vier Jahren nicht mehr weg und es wird wahrscheinlich sein Leben lang ein Gewichtsproblem haben.“ LAbg. Gabriele Graf betonte, wie wichtig es sei, Präventionsprojekte an Schulen und am Arbeitsplatz zu fördern, um dort die Menschen auf Diabetes und deren Vorsorge hin anzusprechen. In Tirol wurden auch gute Erfahrungen mit einer Fitness-App gemacht, die niederschwellig die tägliche Bewegung fördert.

## Erstattung für neue Medikamente

Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Clodi, Präsident der Österreichischen Diabetes Gesellschaft, analysierte, dass es bei der Entscheidungsfindung für die Zielsteuerung zwei Grundlagen gebe: „Wann diagnostiziere ich Diabetes und wann beginne ich mit einer frühzeitigen Therapie? Wir wissen, dass bereits im Stadium des Prädiabetes viele körperliche Schäden auftreten, wie Herzinsuffizienz, Hypertonie, Augenerkrankungen etc. Die Medikamente, die wir bisher hatten, konnten keine längerfristige Normalisierung des Blutzuckerspiegels bieten, was mit einer neuen Generation von Medikamenten anders ist. Diese ermöglichen nicht nur eine Gewichtsabnahme, sondern eine Normalisierung des Blutzuckerspiegels zu einem Zeitpunkt, wo die Gesundheit noch erhalten werden kann.“ Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching, Vorstand der 5. Medizinischen Abteilung der Klinik Ottakring in Wien und stellvertretender Vorsitzender der Österreichischen Diabetes Gesellschaft, kritisierte, dass Health in all Policies schon vor Jahrzehnten ausgerufen wurde, doch viel zu wenig umgesetzt worden sei. Seine Forderungen an die Politik, die kurzfristig umzusetzen seien: „Es ist völlig unverständlich, dass die diätologische Betreuung noch immer keine Kassenleistung ist.“

**Die Medikamente, die wir bisher hatten, konnten keine längerfristige Normalisierung des Blutzuckerspiegels bieten, was mit einer neuen Generation von Medikamenten anders ist. Diese ermöglichen nicht nur eine Gewichtsabnahme, sondern eine Normalisierung des Blutzuckerspiegels zu einem Zeitpunkt, wo die Gesundheit noch erhalten werden kann.**

Martin Clodi

Außerdem müssen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Diagnosen einheitlich kodieren. Drittens muss es ein Monitoring bei bereits bestehender Diagnose geben. Wir fordern seit Jahren ein österreichweites Diabetesregister.“ Es sei auch ungemein wichtig, die Eigenverantwortung bei den Patientinnen und Patienten zu stärken, denn rund ein Drittel bricht die Therapie wieder ab. Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Florian Kiefer, PhD von der Österreichischen Adipositas Gesellschaft wies darauf hin, dass Diabetes und Adipositas nicht voneinander getrennt betrachtet werden dürfen. Die Expertinnen und Experten des Gipfelgesprächs waren einer Meinung, dass die Blutzuckernormalisierung in der Bundeszielsteuerung verankert werden sollte, um eine einheitliche Zielsetzung für die vielfältigen Herausforderungen zu haben.

## Zielsteuerung Diabetes – Ziele und Fazit

Die Zielsteuerung muss konkretisiert werden. Es braucht österreichweite Maßnahmen:

- Die bereits lange vorhandenen Diabetes-Leitlinien müssen für die Praxis umsetzbar gemacht werden. Es braucht klare Leitlinien und Finanzierung für Maßnahmen in der Zielsteuerung.
- Zunächst ist die Normalisierung des Zuckerspiegels als Ziel zu formulieren, um Maßnahmen danach ausrichten zu können. Die Expertinnen und Experten empfehlen einen HbA1c-Wert von unter 6,5 Prozent als Maß.
- Die Blutzuckernormalisierung über neue Medikamente muss für jede Person zugänglich gemacht werden. Dies setzt eine Aktualisierung des Erstattungskodex voraus, denn aktuell ist dieser nicht „State of the Art“ und „benachteiligend“.
- Neue innovative Medikamente ermöglichen die Normalisierung des Blutzuckerspiegels, eine frühzeitige Diagnose und Behandlung sind hierfür essenziell. Um die Therapietreue zu verbessern, müssen dazu Zugang und längere Verschreibbarkeit ermöglicht werden.
- Die Etablierung von Diätologinnen und Diätologen als Kassenleistung ist zur Stärkung des niedergelassenen Bereichs unerlässlich. Es benötigt breite Awareness-Kampagnen über gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung.
- Eine umfassende digitale Datendokumentation über „Therapie Aktiv“ braucht einen greifbaren Vorteil für Anwenderinnen und Anwender sowie Ärztinnen und Ärzte. Zusätzlich muss „Therapie Aktiv“ bei Patientinnen und Patienten hinsichtlich Akzeptanz gestärkt werden.





PIONIERE

# Impfen in Apotheken – Zustimmung wichtiger Stakeholder

Mehr und niederschwellige Impfangebote verbessern die Impfquote. Österreichweit sind rund 2.000 Apothekerinnen und Apotheker bereits ausgebildet und könnten sofort starten. Wie das Thema **IMPFEN IN APOTHEKEN VON SEITEN WICHTIGER STAKEHOLDER DES GESUNDHEITSSYSTEMS** gesehen wird, zeigte eine hochkarätige Diskussionsrunde anlässlich der diesjährigen „Hofgespräche“ der Apothekerkammer Oberösterreich. | von Rainald Edel, MBA

**A**nlässlich der feierlichen Eröffnung der neuen Landesgeschäftsstelle in Linz griff die Apothekerkammer Oberösterreich ihre durch Corona unterbrochene Tradition der Sommergespräche wieder auf. Sie verlegte diese anlassbezogen heuer in ihren Innenhof in der Marienstraße. Knapp 200 Gäste versammelten sich auf Einladung von Präsident Mag. pharm. Thomas Veitschegger und Vizepräsidentin Mag. pharm. Monika Aichberger zum „Hofgespräch“. Im Vorfeld der Abendveranstaltung bestand die Möglichkeit, die neuen Räumlichkeiten im Rahmen einer Besichtigung kennenzulernen. Bei dieser Gelegenheit segnete Bischofsvikar Dr. Johann Hintermaier von der Diözese Linz das neue Zuhause der OÖ Apothekerkammer. „Das Thema Vorsorge ist in aller Munde, wozu auch Impfen gehört. Daher glaube ich, dass die Zeit reif ist, hier ein entsprechendes Angebot seitens der Apotheken zu machen“, verwies der Hausherr, Präsident Veitschegger, in seinen Begrüßungsworten auf die nachfolgende Podiumsdiskussion. In seiner Eröffnungsansprache betonte der Landeshauptmann von Oberösterreich, Mag. Thomas Stelzer, die Leistung der Apothekerinnen und Apotheker in der Gesundheitsversorgung. Er hoffe weiterhin auf das große Engagement der Apothekerinnen und Apotheker in diesem Bereich.

## Impfen in Apotheken

„Die Durchimpfungsraten sind besorgniserregend niedrig. In den letzten drei Jahren wurden Rückgänge bei wichtigen Impfungen verzeichnet. Dies ist ein Bereich, den wir dringend

**Das Thema Vorsorge ist in aller Munde, wozu auch Impfen gehört. Daher glaube ich, dass die Zeit reif ist, hier ein entsprechendes Angebot seitens der Apotheken zu machen.**

Thomas Veitschegger

**Es ist notwendig, die Bevölkerung zu schützen und mit allen Maßnahmen die Impfbereitschaft in der Bevölkerung zu erhöhen. Ich unterstütze daher auch jede Initiative, die Qualitätsgesichert die Impfquote steigert – sowohl in Kooperation mit der Ärzteschaft als auch in der Apotheke.**

Arschang Valipour

verbessern müssen. Mit geförderten Impfprogrammen setzen wir als Land Oberösterreich auch bereits Schritte. So erhalten Eltern einen Eltern-Kind-Zuschuss, wenn diese ihre Kinder impfen lassen. Wir zeigen damit deutlich: Auf Oberösterreich ist in dieser Angelegenheit Verlass!“, betonte die oberösterreichische Landeshauptmann-Stellvertreterin, Gesundheitslandesrätin Mag. Christine Haberlander, anlässlich der Diskussionsrunde zum Thema „Erhalt der Versorgung – in welchen Bereichen gilt es für Apothekerinnen und Apotheker, sofort aktiv zu werden, Fokus Impfen“. Notwendig sei, so die Landesrätin, dass man nicht nur sehr niederschwellig informieren, sondern auch die Impfungen selbst anbieten müsse. Dazu gehöre das Impfen in den Apotheken. Österreich stehe vor einer Herbst-Wintersaison, die geprägt sein wird durch RSV-Infektionen, COVID-19 und die Grippe, schilderte Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour, Vorstand der Abteilung für Innere Medizin und Pneumologie an der Klinik Floridsdorf in seinem Videostatement. Dazu sei es notwendig, die Bevölkerung zu schützen. „Ich unterstütze daher auch jede Initiative, die Qualitätsgesichert die Impfquote steigert – sowohl in Kooperation mit der Ärzteschaft als auch in der Apotheke“, so Valipour. Auf konkrete Erfahrung beim Impfen in Apotheken kann man in Bayern verweisen. „Das Impfangebot in Apotheken werde



Bild oben: Heinz Wizek, Jan Thies, Karin Röselschmid, Thomas Brosch, Monika Aichberger, Thomas W. Veitschegger, Elisabeth Frech

Bild rechts: Gerhard Kaniak, Thomas W. Veitschegger, Monika Aichberger



Bild unten links: Thomas W. Veitschegger, Monika Aichberger, Jakob Hochgerner  
Bild unten Mitte: Thomas W. Veitschegger, Gerhard Durstberger, Monika Aichberger  
Bild unten rechts: Monika Aichberger, Ulrike Mursch-Edlmayr, Thomas W. Veitschegger

**Notwendig ist, dass man nicht nur sehr niederschwellig über Impfungen informiert, sondern diese auch anbietet. Dazu gehört auch das Impfen in den Apotheken.**

Christine Haberlander



**Wir sind bereit! Über 2.000 Apothekerinnen und Apotheker in ganz Österreich haben bereits eine spezielle Impffortbildung absolviert und viele Apotheken sind auch räumlich darauf ausgerichtet, Impfungen anzubieten.**

Monika Aichberger

aufgrund der Öffnungszeiten von der Bevölkerung gut angenommen“, sagte Josef Kammermeier, stellvertretender Vorsitzender Bayrischer Apothekerverband. „Die Apotheken bieten ein sehr gutes niederschwelliges Gesundheitsangebot direkt bei den Menschen, mit Leistungen auf sehr hohem Niveau“, erklärte Albert Maringer, Vorsitzender des Landesstellenausschusses OÖ der ÖGK. Wichtig sei es, den Menschen flächendeckend und sehr einfach Impfmöglichkeiten näherzubringen. „Es wäre daher durchaus eine interessante Idee, Impfungen in Apotheken anzubieten“, so Maringer. Apothekerinnen und Apotheker genießen ein hohes Vertrauen in der Bevölkerung und seien oftmals die ersten Ansprechpartner, wenn es gesundheitliche Fragen gäbe. „Wichtig ist, dass Impfungen sicher verabreicht werden und für Notfälle vorgesorgt wird. Der Ausbildungsstandard der Apothekerinnen, Apotheker ist diesbezüglich gegeben. Wenn diese Voraussetzungen gewährleistet sind, spricht überhaupt nichts dagegen, in Apotheken zu impfen“, so Widhalm.

**Apotheken sind bestens vorbereitet**  
„Wir sind bereit“, betonte Aichberger in ihren Abschlussworten. Über 2.000 Apothekerinnen und Apotheker in ganz Österreich haben bereits eine spezielle Impffortbildung absolviert, deren Curriculum sich an internationale Standards anlehnt. Es ist somit gegeben, dass das Impfen durch die dafür ausgebildeten Apothekerinnen und Apotheker Qualitätsgesichert erfolgen kann.

Albert Maringer, Monika Aichberger, Thomas Stelzer, Christine Haberlander, Angelika Widhalm, Thomas W. Veitschegger, Johann Kammermeier

1) Thomas W. Veitschegger, Monika Aichberger, Peter Binder  
2) Thomas W. Veitschegger, Elisabeth Manhal, Aichberger  
3) Ulrike Schwarz, Thomas W. Veitschegger, Monika Aichberger  
4) Thomas W. Veitschegger, Karin Rumpelsberger, Monika Aichberger  
5) Thomas W. Veitschegger, Monika Aichberger, Peter Lehner

Ebenso seien viele Apotheken auch räumlich darauf ausgerichtet, Impfungen anzubieten. Schon jetzt komme bei Impfberatungen von Kundenseite immer wieder die Frage, ob die Impfung nicht gleich in der Apotheke durchgeführt werden könne. „Dass Impfen in Apotheken die Impfraten generell erhöht, kann man am Beispiel Irland sehen“, verwies Aichberger auf ein aktuelles Beispiel aus Europa. Dort erhöhte sich durch die Verbreiterung des Angebotes die Influenza-Impfrate um 60 Prozent, gleichzeitig haben sich auch 27 Prozent mehr Menschen in Arztpraxen impfen lassen. Nun brauche es den politischen Willen, dies auch in Österreich umzusetzen. **P**





# Carpe diem quam minimum credula postero!

Dr. Alexander Biachs neues, sehr persönliches Buch **BESCHÄFTIGT SICH MIT DEM GEBURTSTAG** und der Frage, warum wir ihn eigentlich feiern. Was macht diesen Tag aus, welche Bedeutung geben wir ihm? PERISKOP fragte genauer nach. | von Mag. Dora Skampert

## Fünf gute Gründe

Dabei kamen mir fünf gute Gründe in den Sinn. Der wichtigste Punkt ist, und der ist gleichzeitig ein Berührungspunkt mit dem Gesundheitswesen: Weil das Leben wieder eine Runde über den Tod gewonnen hat. Und das muss man wirklich feiern. Das Leben ist de facto ein ständiger Prozess des Sterbens, und das Sterben endet erst mit dem Tod. Jedes Mal, wenn man gegen den Tod gewonnen hat – das muss nicht am Geburtstag sein –, soll man dieses Gefühl verinnerlichen. Die Geburt selbst ist etwas, das immer gefeiert wird, die Aufnahme eines neuen Lebens in die Gesellschaft. Der Geburtstag ist die Wiederholung dieses besonderen Ereignisses. Das Leben siegt, das ist gerade im Gesundheitsbereich die zentrale Botschaft. Das ist auch das Besondere an den Gesundheitsberufen – die Wertschätzung und Erhaltung des Lebens, der Glaube an das Leben.

## Manifestation des eigenen Selbst

Der zweite der fünf Gründe entstand aus der Überlegung: Auch in Zeiten, wo der Individualismus oft zu weit geht, nämlich in Richtung Egomane, sollen wir uns das Recht nehmen, dieses Fest des Individuums zu feiern. In der Menschheit wurde lange kein Geburtstag gefeiert. Die ersten, die damit begannen, waren die Römer. Zunächst in Jahrgängen für die Männer, damit man weiß, ab wann sie

ins Militär müssen. Individuelle Geburtstage wurden nur für Götter und Kaiser gefeiert. Viel später begann die Kirche damit, die Geburtstage der Heiligen zu feiern – so kamen die Namenstage zustande. Doch das Individuum in seiner Einzigartigkeit wurde lange nicht als bedeutsam genug angesehen, es zu feiern. Bei den wohlhabenden Menschen in England oder Spanien wurde irgendwann begonnen, die Kinder auch mit Geschenken zu feiern – auch, damit sie ein erwachsener Teil der Gesellschaft werden. Dann wurde das auf die Erwachsenen ausgeweitet. Der Geburtstag ist also eine Manifestation des eigenen Selbst. Dieser Tag gehört nur mir, ich lasse mich feiern und ich feiere mich selbst.

## Das Ich als Teil der Gemeinschaft

In der christlichen Soziallehre kommt neben diesem Personalitätsprinzip auch das Solidaritätsprinzip zum Tragen. Damit sind wir beim nächsten Grund, warum man feiern muss: weil man als Person nur in der Gesellschaft, der Gemeinschaft Realität wird. Wenn ich keinen Bezug zu den Menschen um mich habe und mir nicht bewusst mache, wer meine Freunde sind, wer mir wichtig ist, dann bin ich einsam. Dafür ist ein solcher Anlass der richtige Rahmen. Jedes Individuum ist auch Teil einer Gruppe, einer Gemeinschaft, und ist in ihr eingebettet. Für mich war die Erkenntnis von Zeilinger in der Quantenphysik



Alexander Biach ist wissenschaftlicher Beirat im gemeinnützigen Verein PRAEVENIRE. Der Kammerdirektion-Stellvertreter und Standortanwalt der Wirtschaftskammer Wien nahm seinen 50. Geburtstag zum Anlass, einmal kein wissenschaftliches Fachthema aufzugreifen – in einem sehr persönlichen und mit viel Humor geschriebenen Buch mit dem Titel „Warum wir Geburtstag feiern sollen“ beschäftigt er sich mit dem Geburtstag als Anlass für das Feiern und eine individuelle Lebensbilanz. Das im Eigenverlag erschienenen Werk ist direkt über den Autor erhältlich. In einem Gespräch mit Periskop erzählte er, wie er auf die Idee kam, ein Buch über den Geburtstag zu schreiben.

## Warum Geburtstag feiern?

Ich bin auf die Idee gekommen, dieses Buch zu schreiben, weil mich ein Freund angesprochen und gemeint hat: Du musst Geburtstag feiern. Das erzeugte bei mir Widerstand, warum muss ich? Ich sah einen Geburtstag immer als Arbeitsaufwand, aber über den Sinn und Zweck der Feier hatte ich mir nie Gedanken gemacht. Das Einzige, was man dabei theoretisch feiern könnte, ist, dass man eine Runde um die Sonne gemacht hat. Sonst ist mir damals nicht viel dazu eingefallen. Dann habe ich mich tiefer damit befasst, auch mit den philosophischen Aspekten – warum es sich lohnt, eine Station zu machen, innezuhalten.

Alexander Biach ist nicht nur ein integrer Sozialpartner der alten Schule, sondern auch ein Humanist mit Tiefgang.

## Das Buch

**Warum wir Geburtstag feiern sollen**

Seitenzahl: 83 Seiten

Autor: Alexander Biach

Kostenloses digitales Exemplar (PDF) erhältlich unter:  
alexander.biach@aon.at



faszinierend – das Licht ist so lange eine Welle, wie du nicht genau hinsiehst. Wenn du aber fokussierst, ist das Licht plötzlich ein Punkt, es manifestiert sich – es wird zu einem Teilchen und nimmt damit einen Charakter an. Wir formen uns also durch die Menschen, die um uns sind und auf uns schauen: Ich werde beobachtet, daher bin ich. Alleine kann man nicht feiern. Deshalb ist es so wichtig, dass wir uns immer wieder bewusst machen: Wir gehören zusammen, wir leben und gedeihen nur in der Gemeinschaft und in der Zusammenarbeit. Wir fühlen uns auch viel wohler, wenn wir nicht gegeneinander, sondern miteinander leben und arbeiten.

**Das Leben siegt, das ist gerade im Gesundheitsbereich die zentrale Botschaft. Das ist auch das Besondere an den Gesundheitsberufen – die Wertschätzung und Erhaltung des Lebens, der Glaube an das Leben.**

Alexander Biach

## Der Lebenszeit Gehalt geben

Neben dem Personalitäts- und Solidaritätsprinzip gibt es noch einen weiteren Aspekt, der uns zum vierten Grund für das Feiern des Geburtstags bringt. Wir können und sollen darüber nachdenken, ob unser Leben, wie wir es führen, in irgendeiner Form Gewicht hat, ob wir der Lebenszeit Gehalt geben. Natürlich können wir unser Leben absitzen, immer auf irgendetwas warten. Am liebsten warten manche Menschen ja darauf, dass die Arbeit vorbei ist – ohne zu wissen, warum eigentlich. Das ist eine Verschwendung unserer Lebenszeit. Deshalb sind Geburtstage so gute Anlässe, um zu überprüfen, ob die Zeit, die verlebt wurde, sinnvoll genutzt wurde. Es geht aber auch darum, die Ziele für die Zukunft zu stecken. Natürlich geht das auch zu Neujahr oder am Hochzeitstag, aber der Geburtstag ist ein persönlicher Tag, da geht es nur um mich. Leben ist Bewegung, innerlich wie äußerlich. Das entspricht auch genau dem PRAEVENIRE Konzept von Bewegung – sie soll die Menschen gesund machen, auch die Psyche. Solange ich mich bewege, kann ich auch etwas bewegen.

## Kontinuität durch Weitergeben

Bewegung ist auch, etwas weiterreichen, über die eigene Lebensdauer hinaus. Der fünfte Grund für das Feiern des Geburtstages ist also das Weitergeben an nachfolgende Generationen, damit sie an dem Gemeinschaftswerk weiterarbeiten können. Wir leben in unseren nachfolgenden Generationen fort, das müssen nicht die leiblichen Kinder sein. Dadurch

erreichen wir die Unendlichkeit, eine Kontinuität von dem, was wir erreicht haben. Nachhaltiger Aufbau ist nur so möglich, da unsere eigene Lebenszeit kurz und begrenzt ist. Es ist gut, sich an diesem Tag nicht zurückzuziehen, sondern innerhalb der Gemeinschaft sich gemeinsam über das Erreichte, über die Fortschritte des eigenen Lebens zu freuen und das zu feiern. Die jungen Generationen bekommen das mit und erleben es als etwas Wichtiges.

## Ehrlichkeit und Verantwortung

Dazu gehört Ehrlichkeit. Wir können uns an unserem Geburtstag selbst überprüfen und fragen, ob wir die Verantwortung uns selbst gegenüber und gegenüber den nachkommenden Generationen in diesem Jahr gut getragen haben. Ob wir etwas Positives bewirkt haben und wo wir noch an uns arbeiten müssen. Diese Verantwortung leben wir vor und wir tragen sie auch nach außen, am besten bis hin zu den Menschen, die als Verantwortliche für den Staat die Verantwortung für unsere Gemeinschaft übernommen haben. Am Geburtstag würdigen wir den Menschen als Person und als Teil der Gemeinschaft, feiern das Geschenk unseres Lebens, für das wir Verantwortung tragen. Als Teil eines großen Ganzen haben wir für das Ganze eine Verantwortung. Das hat eine höhere Relevanz, als viele denken – persönlich, gesellschaftlich, politisch und in Hinblick auf die Entwicklungen der Zukunft.

## Solidarität als Essenz des Lebens

Hier schließt sich der Kreis. Wir werden geboren, bauen uns ein Leben auf, Jahr für Jahr, errichten unsere persönlichen Meilensteine, unsere Ziele, und am Ende geben wir etwas davon weiter. Das ist der Sinn von Geburtstagen – innehalten und sowohl zurück als auch nach vorne schauen. Irgendwann ist für uns selbst Schluss, aber was wir weitergeben konnten, das bleibt bestehen. Das Innehalten – ob am Geburtstag oder zu einem anderen Anlass – ist eine Botschaft für das Leben. Bei Gelegenheit sollen wir uns ganz bewusst damit auseinandersetzen, was das Leben für uns persönlich und im Rahmen der Gemeinschaft bedeutet. Wir sind Teil einer Gemeinschaft, und da braucht es das Gemeinsame, die Solidarität.

## Zentrale PRAEVENIRE Botschaften

Das ist auch die große Botschaft von PRAEVENIRE: Das Gesundheitssystem ist für die Gemeinschaft bzw. die Gesellschaft da, funktioniert aber nur aus ihr heraus und mit dieser Gesellschaft. Die richtigen Entscheidungen können nur getroffen werden, wenn wir – jeder einzelne – und die Politik und Entscheidungsträger gemeinsam diese Verantwortung wahrnehmen. Eine weitere zentrale Praevenire Botschaft ist, Geist und Körper in Einklang zu bringen und gesund zu erhalten, Krankheit präventiv zu verhindern. Wir wollen aber Geist

Alexander Biach, selbst Vater von zwei Töchtern, macht sich viele Gedanken über die Zukunft und die Verantwortung, die wir für sie tragen.

**Als Teil eines großen Ganzen haben wir für das Ganze eine Verantwortung. Das hat eine höhere Relevanz, als viele denken – persönlich, gesellschaftlich, politisch und in Hinblick auf die Entwicklungen der Zukunft.**

Alexander Biach

und Körper nicht aus Selbstzweck fithalten, sondern, damit wir etwas vom Leben haben – und dem Leben etwas zurückgeben können.

## Momente der Erkenntnis

Als ich das Buch im größeren Kreis verteilt habe, gab es viele berührende Reaktionen. Besonders schön war die Antwort eines Mannes, der seit dem Tod seiner Mutter den eigenen Geburtstag nicht mehr gefeiert hatte. Mein Buch hat ihm den Anstoß gegeben, den Sinn des Feierns wieder zu sehen und jetzt begehrt er seinen Geburtstag wieder. Manche älteren Menschen haben das Gefühl, ihr Geburtstag ist jetzt nicht mehr so wichtig und muss nicht mehr groß gefeiert werden. Aber das Leben, auch wenn es vielleicht nicht immer leicht ist, soll trotzdem gewürdigt werden. Man kann stolz sein auf das, was man aufgebaut hat, oder auch kritisch. Beides ist legitim. Jeder Mensch macht Fehler oder durchlebt Zeiten, die weniger gut sind. Es geht letztlich darum, sein Selbst nicht zu verlieren, mit sich und der Umwelt ins Reine zu kommen. Da können solche Momente des Innehaltens, wie es ein Geburtstag ist, zu wesentlichen Erkenntnissen führen. P

Als PRAEVENIRE Experte hat Alexander Biach schon in unzähligen Vorträgen und Podiumsdiskussionen an der Verbesserung des Gesundheitssystems mitgewirkt – so vereint er seine berufliche Expertise mit dem privaten Interesse zu einem beeindruckenden Ganzen.





# Erste „DACH“-Harm-Reduction-Konferenz

**VERTRETER VON FÜHRENDEN ORGANISATIONEN DER SUCHTPRÄVENTION UND BEHANDLUNG AUS DEUTSCHLAND, ÖSTERREICH UND DER SCHWEIZ HABEN SICH ZUSAMMENGESCHLOSSEN**, um das Thema Harm Reduction weiterzuentwickeln, die Kräfte, die es in den deutschsprachigen Ländern zu diesem Thema gibt, zu bündeln und aus den Erfahrungen zu lernen. Unter den zahlreichen Besucherinnen und Besuchern und Vortragenden waren namhafte Persönlichkeiten der wichtigsten Gesundheitseinrichtungen der drei Länder. | von Rainald Edel, MBA

Obwohl der Begriff der „Harm Reduction“ schon mehr als 30 Jahre fester Bestandteil des Diskurses sowie der Maßnahmenpolitik zur Suchtbekämpfung ist und die Wurzeln der Schadensminderung noch sehr viel weiter zurückreichen, wurde dieses Thema bislang eher regional betrachtet. Umso bemerkenswerter, dass es heuer im Sommer unter der Leitung von Dr. Hans Haltmayer, Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS), gelungen ist, wesentliche Akteure der Suchtmedizin und Suchtprävention aus Deutschland, der Schweiz und Österreich zu einem Austausch- und Vernetzungstreffen nach Wien einzuladen. Als Thema der Konferenz wurde die Tobacco Harm Reduction gewählt, da Rauchen das zahlenmäßig größte Suchtthema ist, wie Haltmayer in seiner Eröffnungsansprache ausführte: „Von den rund 1,5 Mio. Raucherinnen und Rauchern in Österreich versucht rund ein Drittel pro Jahr vergeblich, aufzuhören. Rauchen ist zudem mit einer hohen Krankheitslast und Mortalität verbunden.“ Während die Idee und Maßnahmen der Harm Reduction im Bereich der illegalen Substanzen in Österreich mittlerweile anerkannt und etabliert sind, stehen Politik und Entscheidungsträgerinnen und -träger im Gesundheitsbereich dieser beim Thema Rauchen noch sehr skeptisch bis ablehnend gegenüber. Ein wenig erinnere ihn die gegenwärtige Diskussion im Tabakbereich an jene in der Drogenprävention, woher der Ansatz der Harm Reduction herkommt. Auch hier wurde das Thema anfänglich kontroversiell, emotional und mit wenig Pragmatismus diskutiert und war sehr ideologisch behaftet. „Daher wollten wir diesem Thema eine Plattform mit hochkarätigen Expertinnen und Experten bieten, bei der verschiedene Aspekte zusammengetragen werden und wir die Diskussion auf eine pragmatisch, fachlich fundierte Ebene heben“, betonte Haltmayer.

**Denormalisation legaler Substanzen**  
Der Begriff der Harm Reduction wird mittlerweile zwar häufig genutzt, allerdings bestehen unterschiedliche Definitionen und Auffassungen, was darunter konkret zu verstehen ist. „Der Begriff der Harm Reduction bezieht sich auf Maßnahmen, Programme und Projekte, die darauf abzielen, gesundheitliche, wirtschaftliche und soziale Schäden im Zusammenhang mit dem Konsum von psychoaktiven Substanzen zu verringern. Es ist ein effizienter und kosteneffizienter Ansatz, der sowohl der bzw. dem Einzelnen als auch der Gesellschaft Vorteile bringt und, wie oft betont wird, den Menschenrechten verpflichtet ist. Es ist ein gezielter Ansatz, der spezifische Schäden im Auge hat. Dadurch ist dieser Ansatz unabhängig davon, ob es sich

um legale oder illegale Substanzen handelt, anwendbar und somit auch für den Tabak und Alkoholbereich geeignet“, fasste Prof. Dr. Alfred Springer, Facharzt für Psychiatrie, die wesentlichsten Punkte zusammen und legte die im DACH-Raum konsensuale Sichtweise dar. Aufmerksam machte Springer in seinem Vortrag auf das seit einigen Jahren immer stärker werdende Phänomen, dass etablierte Alltagsdrogen wie Tabak und Alkohol in Relation zu den illegalen Drogen denormalisiert werden. „Illegale Substanzen werden partiell legalisiert und bislang akzeptierte dämonisiert“, so Springer. Ein Beispiel dafür die abschreckenden Fotos auf Zigarettenpackungen. „Zudem gibt es ein Fokussieren auf Störungen, die mit dem Tabakkonsum assoziiert werden, die durchaus diskriminierende, stigmatisierende Wirkung haben“, erklärte er. Darunter fallen beispielsweise die Auswirkung auf die männliche Potenz oder die Schädigung

**Mit der DACH-Konferenz wollen wir dem Thema Harm Reduction eine länderübergreifende Plattform geben und die Diskussion auf eine pragmatisch, fachlich fundierte Ebene heben.**

Hans Haltmayer

der Nachfolgegeneration. Er verwies darauf, dass in der Literatur solche Denormalisierungsstrategien, insbesondere bei einkommensschwachen Bevölkerungsschichten, in denen Rauchen weit verbreitet ist, kritisch angesehen wird, da sie bestehende Belastungen weiter verstärken können. Das könnte Bedenken hinsichtlich der Ungerechtigkeit dieser Strategie aufwerfen.

**Gegenargumente ernst nehmen**

„Während das Thema Harm Reduction im Bereich der illegalen Substanzen durchaus etabliert ist und auch beim Thema Alkohol die Diskussion durchaus zivilisiert abläuft, haben wir beim Tabak eine Situation, die man durchaus als Glaubenskrieg bezeichnen könnte“, schilderte Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik in der AK Niederösterreich. Daher dürfe man jene Argumente, die gegen Harm Reduction ins Treffen geführt werden, nicht unterschätzen, zumal sie einfach und eingängig klingen. So werde beispielsweise argumentiert, dass eine bloße Substitution einer Form des Tabakkonsums durch eine andere das Problem in der Gesellschaft behält. So besteht bei den Gegnern der Harm Reduction die Sorge, wenn Kinder risikoloses Nikotin konsumieren, dies eine Einlasspforte zum Rauchen sei. Tatsächlich aber weise die Eurobarometer-506-Studie, so Rupp, klar darauf hin, dass die E-Zigarette kein Einstieg zum Rauchen sei, sondern vielmehr die klassische Zigarette. Im heimischen Dis-

kurs werde aber die Gateway-Hypothese gerne fälschlich als Argument gegen die Substitution benützt. Ein weiteres gewichtiges Argument, mit dem man sich auseinandersetzen muss, ist, dass die Schadensminimierung die Wirksamkeit der zentralen Botschaft untergräbt, nämlich, dass jeglicher Nikotin- und Tabakkonsum gefährlich und somit unerwünscht ist. Denn, so das Gegenargument, wenn uns die Tabakkontrolle gelingt und die Leute aufhören, zu rauchen, braucht es keine weiteren Maßnahmen. „Die Spezialauswertung des Eurobarometers zeigt, dass europaweit ungefähr die Hälfte der Tabakkonsumentinnen und -konsumenten bisher erfolglos versucht hat, aufzuhören. Daher stellt sich die Frage, wie lange wir noch brauchen, um zu erkennen, dass wir eine Ergänzung zu der offensichtlich nicht in allen Fällen greifenden Strategie des Rauchstopps brauchen“, so Rupp. Auch die Argumentation, dass Public-Health-Expertinnen und -Experten sowie Politikerinnen und Politiker nichts fördern sollen, was nicht gesund ist, ließe sich durch Beispiele aus dem Lebensmittelsektor leicht entkräften.

**Erweiterung der Rauchentwöhnungsstrategie nötig**

Unter dem Titel „Anwendung von schadensmindernden Maßnahmen bei Tabakabhängigkeit“ gab Prof. Dr. Heino Stöver, Studiengangsleiter Suchttherapie und Sozialmanagement in der Suchthilfe an der Frankfurt University of Applied Sciences, Einblicke in die Situation in Deutschland. Da Deutschland und Österreich in der Tobacco Control Scale der WHO

recht nah beieinander liegen, lassen sich viele Erkenntnisse aus Deutschland auch problemlos auf Österreich umlegen. Die Prävalenz des Tabakkonsums in Deutschland ist mit über 30 Prozent für Westeuropa bemerkenswert hoch. Jährlich sterben 127.000 Menschen vorzeitig an den Folgen des Konsums. Über drei Prozent der Todesfälle sind auf den Tabakkonsum zurückzuführen. Hinzu kommen noch über drei Mio. Fälle an COPD, wovon 80 bis 90 Prozent rauchbedingt sind. Jährlich könne man mit 100 Mrd. Euro an Folgekosten des Tabakkonsums rechnen. „Mit all diesen Fakten im Hintergrund kann man sagen, dass Rauchen das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland ist und gleichzeitig jenes, über das wir am wenigsten reden. Es ist der sprichwörtliche Elefant im Raum der Gesundheitsdebatte, über den aus verschiedenen Gründen weder die Politik noch Medien reden. Die Wissenschaft findet nicht genügend Gehör, um die Dramatik der Situation in den Mittelpunkt zu rücken“, erklärte Stöver. Gemeinsam mit mehr als 50 weiteren Gesundheitsorganisationen hat das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) eine „Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040“ vorgelegt. Allerdings hat Deutschland bislang nur eine mangelhafte, wenig evidenzbasierte und hinsichtlich der Ziele ausdifferenzierte Tabakkontrollpolitik, was sich in der hohen Prävalenz zeige. Gegenbeispiele wären UK und Schweden mit Raucherquoten von ca. 13 Prozent bzw. sechs Prozent. Um das ambitionierte Ziel „Smoke-Free 2030“ zu erreichen, gibt es beispielsweise in UK eine kosten-

lose Ausgabe einer Million E-Zigaretten. Um eine Änderung in Deutschland herbeizuführen, sei, so Stöver, daher eine Diversifikation der Rauchentwöhnungsstrategien und der Ziele nötig. Dem schlechten Ruf von E-Zigarette, Tabakerhitzer oder Nikotinbeutel müsse mit sachlicher Aufklärung für Ausstieginteressierte begegnet werden. Denn schließlich seien diese Produkte wesentlich unschädlicher als die klassische Zigarette. Der Erfolg aus anderen Bereichen der Gesundheits- und Drogenpolitik zeige, wie wichtig auch beim Thema Tabakkonsum ein gutes Harm-Reduction-Konzept mit einer Erweiterung der Rauchentwöhnungsstrategie wäre, das von der Politik mitgetragen wird.

**Fortsetzung geplant**

In der abschließenden Plenumsdiskussion fassten Dr. Thilo Beck, Chefarzt der Arud, eine der führenden suchtmittelmedizinischen Institutionen in der Schweiz, Dr. Tobias Rüther, Psychiater und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS), sowie Dr. Maurice Cabanis, Erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin, die Ergebnisse der Workshop-Runden zusammen, in denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der ersten „DACH“-Harm Reduction Conference die Möglichkeit hatten, sich in Kleingruppen vertiefend mit dem Thema der Tobacco Harm Reduction auseinanderzusetzen. Aufgrund des großen Anklangs werde diese Form der länderübergreifenden Zusammenarbeit zum Thema Harm Reduction im nächsten Jahr fortgesetzt, kündigte Haltmayer zum Abschluss an. P

v. l.: Tobias Rüther, Maurice Cabanis, Thilo Beck, Heino Stöver, Alfred Springer, Hans Haltmayer



© MARKUS KORBENJAK

# PETITION



## SEITENSTETTNER PETITION zu Harm Reduction und Risikominderung

1. Anerkennung der Rolle von Harm Reduction und Risikominderung als unterstützende Ansätze zur Verbesserung des Lebensstils.
2. Stärkung der Präventionsarbeit und Vermittlung von Gesundheitswissen.
3. Betonung evidenzbasierter Ansätze und wissenschaftlicher Forschung.
4. Förderung des Dialogs mit der medizinisch-wissenschaftlichen Community.
5. Aufklärung und Wissensvermittlung in die Gesundheitsversorgung.
6. Vergleichbare evidenzbasierte Diskurse für gesundheitspolitische Entscheidungen.
7. Förderung und Evaluation innovativer Projekte.
8. Niederschwellige und praxistaugliche Angebote für Lebensstilrisiken und Suchtverhalten.

**Unterstützen Sie die Petition Harm Reduction! Werden auch Sie Teil der „Seitenstettner Petition zur Schadensreduktion und Risikominderung“**





PLATTFORMEN

# Konservative Ansätze als Gamechanger in der Orthopädie

Jede fünfte Patientin bzw. jeder fünfte Patient, der im Krankenhaus aufgenommen wird, hat Probleme mit dem Bewegungsapparat. Allerdings könnte ein **ERHEBLICHER ANTEIL OHNE HOSPITALISIERUNG UND CHIRURGISCHE MASSNAHMEN** behandelt und auch der Outcome durch patientenseitige Maßnahmen verbessert werden, wie führende Orthopäden bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten ausführten. | von Rainald Edel, MBA



**D**urch den medizinischen Fortschritt und die geänderten Lebensumstände ist die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten stetig angestiegen. „Allerdings ist es uns nicht gelungen, dass die Menschen auch gesund alt werden“, erklärte Dr. Vinzenz Auersperg, Leiter der Abteilung für Orthopädie und orthopädische Chirurgie und Primar am Klinikum Phyrn-Eisenwurzen, in seinem Vortrag zum Themenschwerpunkt Orthopädie in Seitenstetten. Der Trend kehre sich in den letzten Jahren sogar um. Denn wie eine heuer präsentierte Studie zeigt, sind in Österreich die gesunden Lebensjahre ab 65 von 11,35 (2014) auf 9,75 (2019) Jahre sogar gesunken. Österreich befinde sich somit im unteren Durchschnitt in Europa. „Der Mensch ist nur dann mobil, wenn der Bewegungsapparat funktioniert – selbst bei Menschen mit Behinderungen. Das ist altersunabhängig, beginnt schon in der frühesten Kindheit und zieht sich durch das ganze Leben. Gesunde Jahre hängen somit ursächlich damit zusammen, wie gut wir uns bewegen können“, folgerte Auersperg. Zwar ist viel Geld im Gesundheitssystem, allerdings stellt sich Auersperg, der für 2024 und 2025 zum Präsidenten der Orthopädischen Gesellschaft gewählt wurde, die Frage, ob dies auch immer jene Wirkung erzielt, die intendiert ist. Denn Österreich liegt mit einer bevölkerungsbezogenen Implantationsdichte von 210 pro 100.000 Hüft-Totalendoprothesen (HTEP)

sowie 202 pro 100.000 Knie-Totalendoprothesen (KTEP) im internationalen Spitzenfeld. Hinzukommen noch rund 19.000 Arthroskopien und rund 60.000 konservative Therapieverreibungen pro Jahr. Dementsprechend hoch sind auch die Kosten, die durch orthopädische Eingriffe und Maßnahmen generiert werden. „Ich denke, dass man mit Geld steuern kann. Daher sollte man Strukturen schaffen, die Incentives bieten, wenn man zum Beispiel jemanden zu mehr Bewegung animiert“, so Auersperg. Da die klassische Alltagsbewegung immer mehr wegfällt, sollte man auch die Möglichkeiten der IT oder Apps in Betracht ziehen, um Menschen zu mehr Bewegung zu motivieren. Kritik übte Auersperg auch an den Strukturen des Gesundheitssystems, die den Anforderungen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nicht gerecht werden. Zwar habe es

**Rauchen und Übergewicht sind jene Faktoren, die Patientinnen und Patienten direkt und schnell beeinflussen und somit das Ergebnis eines operativen Eingriffs maßgeblich verbessern können.**

Nikolaus Böhler

die Orthopädie geschafft, die Ausbildung auf die Krankheitsbilder abzustimmen, doch seien vor allem die postoperative Phase und die laufende Reduktion der Bettenzahlen kritische Punkte. Laut Statistik Austria hat sich die Aufenthaltsdauer in den letzten 30 Jahren halbiert. Zudem geht der internationale Trend immer stärker in Richtung Ambulantisierung von orthopädischen Eingriffen. So werde beispielsweise in Skandinavien bereits bis zu 20 Prozent der HTEP-Patientinnen und -Patienten tagesklinisch behandelt. Davon sei man in Österreich noch weit entfernt. Allerdings fehlt es dabei auch an der entsprechenden Versorgung nach einem Eingriff. Denn, so Auersperg, könne rund ein Drittel seiner Patientinnen und Patienten gar nicht ins häusliche Umfeld entlassen werden, da sie dort nicht versorgt seien. Vor diesem Hintergrund sei es ihm unverständlich, warum man so viele Remobilisation/Nachsorge (RNS)-Betten geschaffen bzw. in Planung hat, obwohl es viel mehr Betten in der Akuteriatrie/Remobilisation (AG/R) bräuchte. Ein weiteres Desiderat sind entsprechende Strukturen und Partner im niedergelassenen Bereich, die prä- und postoperative Aufgaben wohnortnah übernehmen können. Das könne nicht die Aufgabe des Spitals sein, das müsse im niedergelassenen Bereich gelingen. Ein weiteres Kapitel, an dem noch dringend gearbeitet werden müsse, seien die Umstände, unter denen Patientinnen und Patienten operiert werden. „Da fällt zum Beispiel das immer mehr steigende Körpergewicht hinein“, schilderte Auersperg. Es sei daher notwendig, dass niedergelassene Orthopädinnen und Orthopäden viele Aufgaben übernehmen, die in den Krankenhäusern geleistet werden können. „Wir brauchen mehr als die von der Regierung in Aussicht gestellte Pflegemilliarde. Wir brauchen eine Vernetzung von intra- und extramuralem Bereich“, appellierte Auersperg.

## **Einfluss der Patientinnen und Patienten auf das Ergebnis**

„Während Alter, Geschlecht oder Vorerkrankungen nicht beeinflussbar sind, gibt es eine Reihe von Faktoren, die Patientinnen und Patienten direkt und schnell beeinflussen und somit das Ergebnis eines operativen Eingriffs maßgeblich verbessern können“, schilderte Univ.-Prof. Dr. Nikolaus Böhler in seinem Vortrag zum Thema

**Diskussionsteilnehmende v. l.:** Alice Herzog (Moderation), Vinzenz Auersperg, Nikolaus Böhler, Stefan Nehrer, Michael Prunbauer, Andreas Stippler



© KRISTIAN JUHASZ(2)

Orthopädie in Seitenstetten. Dazu gehören vor allem das Übergewicht und das Rauchen. „Der Einfluss der Adipositas auf orthopädische Operationen kann ein direkter und ein indirekter sein. Indirekt durch eine verschlechterte Wundheilung, das Auftreten von metabolischen Erkrankungen und die zweifach erhöhte Thromboserate. Direkte Einflüsse wären beispielsweise verlängerte Operationszeiten, Schwitzen oder die Keimbeseidlung in Hautfalten“, so Böhler. Im Vergleich zur normalgewichtigen Bevölkerung treten bei adipösen Personen ab einem BMI von über 30 Komplikationen wesentlich früher auf. Das heißt, sie haben ein deutlich höheres Risiko, wenn sie operiert werden, obwohl sie im Durchschnitt fünf bis neun Jahre jünger sind als normalgewichtige Personen. Durch eine Gewichtsreduktion ließen sich die Risiken allerdings deutlich senken. „Übergewichtige Personen profitieren von einer Gewichtsreduktion wie Normalgewichtige. Wobei eine aktuelle Studie zeigt, dass eine Abnahme von zehn Prozent innerhalb von sechs Monaten vor einem Eingriff keine Verbesserung bringt. Das heißt, die Reduktion sollte davor erfolgen, denn sonst schwächt sie das Immunsystem der betroffenen Person so, dass es zu keiner Verbesserung kommt“, schilderte Böhler. Die Gewichtsreduktion sollte, so Böhler, daher spätestens ein Jahr vor einem geplanten Eingriff erfolgen. Frauen würden bei einer Gewichtsreduktion vor einem geplanten orthopädischen Eingriff, wie einer Hüft- oder Knieprothetik, besonders profitieren, da sie zuerst an Hüfte und Beinen abnehmen, während Männer zuerst an Bauchumfang verlieren.

## **Wir brauchen mehr als die von der Regierung in Aussicht gestellte Pflegemilliarde. Wir brauchen eine Vernetzung von intra- und extramuralem Bereich.**

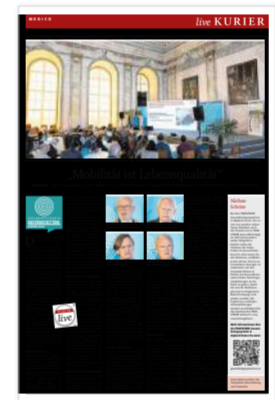
Vinzenz Auersperg

Der zweite Faktor, der von den Patientinnen und Patienten selbst beeinflusst werden kann, ist das Rauchen. „Rund 20 Prozent der Bevölkerung rauchen. Das ist ein Risikofaktor in der Orthopädie und geht mit einem zweifach höheren Risiko in der Endoprothetik, bei der Wirbelsäule und der Arthroskopie einher. Bei Vorfußoperationen bekommt jede dritte Raucherin, jeder dritte Raucher eine Komplikation. Und in der Schulterchirurgie ist es eine fünfmal höhere Rerupturrate. Bei Knochenbrüchen ist die Heilungsdauer 27 Tage länger als bei Nichtrauchern und es gibt eine 2,2-fach höhere Pseudoarthrose“, schilderte Böhler. Aber schon ein kurzer Rauchverzicht vor einem geplanten Eingriff kann das Risiko über 50 Prozent und bei einem Unfall postoperativ um 40 Prozent reduzieren. Ursächlich verantwortlich für das höhere Risiko ist das Verbrennen des Tabaks und das dadurch freigesetzte Kohlenmonoxyd bzw. Cyanwasserstoff. Da die dadurch verursachten Schädigungen aber reversibel seien, können Personen durch einen Rauchstopp schon nach wenigen Wochen deutlich profitieren. Idealerweise erfolgt dieser sechs Wochen vor einem geplanten Eingriff und sollte bis zur gleichen Dauer nachher fortgesetzt werden. Bei Unfällen sollte zumindest die Phase nach dem Ereignis dazu genutzt werden. Nikotinersatzprodukte, E-Zigaretten und Vapeure seien für starke Raucher in so einer Rauchpause erlaubt, da durch das Nikotin kein Einfluss auf das Operations-

© KRISTIAN JUHASZ(2)



**Durch konservative Therapie könnten laut Andreas Stippler (li.) ein Viertel der OP-Termine eingespart werden. Vinzenz Auersperg (re.) erachtet das Gesundheitssystem als noch nicht genügend auf die modernsten Therapieansätze vorbereitet.**



Kurier, Erscheinungstermin 16. Juni 2023



ergebnis bestehe. „Es ist notwendig, Ärztinnen und Ärzte darauf aufmerksam zu machen, dass sie Patientinnen und Patienten aufklären sollten, welchen Einfluss sie auf den Outcome haben. Mein Wunsch Richtung Kostenträger und Politik ist, wir brauchen eine Informationskampagne. Es ist viel zu wenig bekannt, wie leicht man gewisse Dinge positiv beeinflussen kann“, appellierte Böhler.

## **Orthopädische Behandlungen: konservativ vor operativ**

„Mobilität ist Lebensqualität, Selbstbestimmung und Selbstversorgung bis zum Lebensende. Das ist umso wichtiger, da wir nicht die Menschen haben, die uns pflegen und behandeln. Das heißt, wir haben ein riesiges Personalproblem“, erklärte Dr. Andreas Stippler, Obmann der Bundesfachgruppe Orthopädie und Orthopädische Chirurgie in der Ärztekammer Österreich. Selbst im verhältnismäßig kleinen Krankenhaus in Korneuburg stehen über 1.000 Personen auf der Warteliste für einen geplanten operativen Eingriff. „Hochgerechnet auf ganz Österreich eine erschreckende Zahl. Das Paradoxe an der Situation ist, dass es weder an Operationsälen oder Orthopädinnen und Orthopäden mangelt, um die Patientinnen und Patienten zu versorgen, sondern es er mangelt der Operationsgehilfinnen und -gehilfen, also jenes Personals, das Betroffene vom Zimmer in den OP bringt“, schilderte Stippler. Während für die operativen Eingriffe in Österreich viel Geld ausgegeben wird, wird die konservative Therapie vergleichsweise bescheiden entlohnt. „Daher wird sie auch viel weniger angeboten. Wir haben gerade ein strukturiertes evidenzbasiertes Programm zur Arthrosebehandlung in Niederösterreich in Ausrollung, das aus Bewegung, Ernährung und Edukation besteht“, sagte Stippler. Seiner Meinung nach sollte jede betroffene Person, die für eine Knie- oder Hüftprothese angemeldet ist, zuvor dieses Programm durchlaufen haben. Denn wie auch internationale Beispiele zeigen, könnten so 25 Prozent der angemeldeten Patientinnen und Patienten wieder von den OP-Listen abgesetzt werden, da sie keine Operation bräuchten. „Leider haben wir diese Strukturen nicht in ganz Österreich. In der Prävention predigen wir seit Jahren die Möglichkeit der Rapid Recovery. Dabei wird mit der betroffenen Person schon vor der Operation gearbeitet und nach dem Eingriff wird das fortgesetzt. Stattdessen wird in Österreich im Vorfeld nichts gemacht und die Reha erfolgt oft erst drei

**Während für operative Eingriffe in Österreich viel Geld ausgegeben wird, wird die konservative Therapie vergleichsweise bescheiden entlohnt und damit weniger oft angeboten.**

Andreas Stippler



Monate nach dem Eingriff – damit hinken wir im internationalen Vergleich stark hinterher“, so Stippler. Damit sich etwas ändert, müsse Österreich offen sein und Neues zulassen. In Deutschland gäbe es beispielsweise ANOAK-Kliniken, das sind nicht operative orthopädische manualmedizinische Akutkliniken, die sich um die vielen chronifizierten Schmerzpatientinnen und -patienten kümmern. „In jedem Lehrbuch wird die multimodale Schmerztherapie erwähnt – in Österreich gibt es einzig und allein das Zentrum von Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc in Klagenfurt. Das zeigt, wir haben strukturelle Probleme, die wir angehen müssen, denn sonst sind Themen wie die tägliche Turnstunde noch in 20 Jahren aktuell und wir haben nichts erreicht“, schloss Stippler seinen Vortrag.

## **Essenzen aus der Podiumsdiskussion**

In der anschließenden Podiumsdiskussion wurden die Themen der beiden Keynotespeaker aufgegriffen und vertieft diskutiert. „Komplikationen treten häufig dort auf, wo es Übergewicht, Rauchen oder Diabetes als Vorerkrankung gibt – das sind jene Fälle, mit denen wir konfrontiert sind“, bestätigte Mag. Michael Prunbauer von der Patienten- und Pflegeanwaltschaft NÖ die in den Keynotes geschilderte Situation. Wartelisten betreffen nicht nur operative Eingriffe, sondern auch die Nachsorge, insbesondere physiotherapeutische Versorgung im Bereich der Krankenkassen. Die Erwartung seitens der Patientinnen und Patienten sei, dass man bei einem Problem ein Medikament oder einen Eingriff bekommt und dann funktioniert wieder alles. Gerade die Prävention und der Nutzen konservativer Eingriffe seien etwas, das erst mühsam vermittelt werden muss. „Leider kommen Patientinnen und Patienten nicht gut vorbereitet zu einem Eingriff ins Klinikum – gerade im Hinblick auf die zuvor angesprochene Ambulantisierung der Eingriffe ist das ein Problem“, schilderte Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer, Dekan an der Fakultät für Gesundheit und Medizin an der Donauuniversität Krems. Studien würden zudem zeigen, dass Bewegung und die Nutzung der Prähabilitation vor allem bei unter 60-Jährigen wichtig sei. Denn diese Altersgruppe sei durch den anderen Bewegungsanspruch auch mit dem Ergebnis einer Prothetik weniger zufrieden als ältere Patientengruppen. Daher sei jede Maßnahme zu unterstützen, die die Patientinnen und Patienten besser vorbereitet und ihnen hilft, später in den Eingriff einzusteigen. Es braucht neben den international schon gängigen Strukturen auch die entsprechende Finanzierung, ergänzte Stippler. Leider fühlen sich die jeweiligen Institutionen im Gesundheitssystem immer nur für ihren ursächlichen Bereich zuständig. Was es brauche, sei ein Blick über den Tellerrand, denn in Summe würden jene Maßnahmen, die vor und nach Eingriffen stattfinden, auch helfen, Geld im System zu sparen. Man müsse es schaffen, dass Patientinnen und Patienten eine Therapie und Bewegung selbst wollen und nicht erwarten, dass diese serviert wird, ergänzte Auersperg zum Schluss. **P**



Foto: Stefan Seelig

# 72. WIENER ÄRZTEBALL

## SAMSTAG, 27. JÄNNER 2024

Wiener Hofburg | Eröffnung 21.30 Uhr


[www.aerzteball.at](http://www.aerzteball.at)

## Digitalisierung im Gesundheitsbereich: Worauf wartet Österreich?

Die Digitalisierung eröffnet im Gesundheitswesen zahlreiche Chancen zur Steigerung der Versorgungsqualität. Dennoch lässt sich Österreich nur langsam auf diesen Trend ein. Während in anderen Ländern digitale Therapieoptionen wie Apps auf Rezept bereits Gang und Gäbe sind, tüfelt Österreich immer noch an den Rahmenbedingungen. Dr. Stefan Konrad, MBA, Digitalisierungsexperte der Wiener Ärztekammer und deren Vizepräsident, erklärte in einem Experteninterview, an dem auch PERISKOP teilnahm, welche Vorteile die Digitalisierung und vor allem die **EINFÜHRUNG VON DIGITALEN GESUNDHEITSANWENDUNGEN (DiGAs)** mit sich bringen. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

**D**iGAs haben das Potenzial, unser Gesundheitssystem auf innovative und kosteneffektive Weise weiterzuentwickeln. Dabei handelt es sich um digitale Anwendungen, die bei der Erkennung, Überwachung oder Therapie unterschiedlicher Krankheitsbilder zum Einsatz kommen. Im Gegensatz zu Lifestyle- oder Wellness-Apps sind DiGAs zertifizierte und zugelassene Medizinprodukte, die entweder direkte oder indirekte evidenzbasierte Diagnosen bzw. Behandlungen anbieten.

### Bekenntnis zur Digitalisierung

In Deutschland seien, so Konrad, bereits rund 50 solcher Apps zugelassen, die von den Krankenkassen finanziert werden. In Österreich hingegen werden nach wie vor rechtliche Fragen, gesetzliche Anpassungen und die Finanzierung der Kostenerstattung diskutiert. Dabei hätte Österreich den großen Vorteil, nicht bei null anfangen zu müssen, und könne aus den Fehlern anderer Länder lernen. „Es benötigt ein klares Bekenntnis der Regierung, Sozialpartner und Sozialversicherungen, sowohl die rechtlichen als auch finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Digitalisierung im medizinischen Bereich voranzutreiben. Dies käme sowohl den Ärztinnen und Ärzten als auch den Patientinnen und Patienten zugute“, berichtete Konrad.

**Es wäre ein Fehler, die Ärzteschaft nicht einzubinden, wenn man will, dass wir die Apps verschreiben und gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten anwenden.**

Stefan Konrad

### Alle Stakeholder einbinden

Gleichzeitig müssten auch alle relevanten Stakeholder eingebunden werden. Was passiert, wenn dies nicht der Fall ist, zeige Deutschland. Hier seien die Verschreibungszahlen von digitalen Anwendungen aufgrund der versäumten Einbindung der Ärztinnen und Ärzte gering. „Es wäre ein Fehler, die Ärzteschaft nicht einzubinden, wenn man will, dass wir die Apps verschreiben und gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten anwenden“, betonte Konrad. Wie bei klassischen medikamentösen Neuentwicklungen müsse man auf die Ärzteschaft zukommen und ihnen die Zulassungsstudien näherbringen. „Ich glaube, es gibt viele Ärztinnen und Ärzte, die Lust darauf haben und sich darauf einlassen würden“, erklärte der Experte und versprach: „Die Ärztekammer steht jedenfalls für eine konstruktive Mitarbeit in allen Digitalisierungsfragen des Gesundheitsbereichs als Gesprächspartner zur Verfügung.“

© HÖRMANDINGER



### Entlastung des Gesundheitssystems

„Wichtig ist es, dass Österreich beim Thema Digitalisierung nicht den Anschluss verliert“, betonte der Digitalisierungsexperte. Denn schon jetzt wird die Anwendung von digitalen Apps im Bereich der Psychiatrie bei unipolarer Depression in der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. dezidiert als Therapiemethode empfohlen. Dies könnte, warnte Konrad, durchaus in Zukunft zu einer großen Diskussion führen, da Patientinnen und Patienten der Meinung sein könnten, dass ihnen eine in den Leitlinien empfohlene Therapieoption vorenthalten wird. Des Weiteren erklärte Konrad: „Es ist kein Wunder, dass gerade die Psychiatrie ein Spitzenreiter unter den DiGAs ist, denn jene können gerade bei chronifizierten Erkrankungen ein guter Begleiter sein.“ Außerdem wird das Thema Telemedizin im niedergelassenen Bereich immer bedeutsamer. Digitale Sprechstunden können laut dem Experten eine gute Möglichkeit sein, um das Gesundheitssystem zu entlasten: „Wenn es um Beratung, Befundbesprechung oder Überwachung bestimmter Werte geht, kann diese häufig

in einem Safespace digital mit den Patientinnen und Patienten durchgeführt werden.“ Zusätzlich können DiGAs in der Prävention, Früherkennung oder als Primärtherapie sowie begleitend zu medikamentösen oder anderen Therapien zur Verbesserung der österreichischen Gesundheitsversorgung beitragen.

Auch im Bereich der Onkologie sieht Konrad als Facharzt für Strahlentherapie-Radioonkologie eine gute Möglichkeit, Digitalisierung einzusetzen. Vor allem in der lebenslangen Nachsorge von Krebspatientinnen und Krebspatienten können digitale Methoden einen Mehrwert bringen.

### Digitale Therapieoptionen als Prävention

Erst vor Kurzem habe eine große Präventionsstudie wieder gezeigt, dass 10.000 Schritte pro Tag eine protektive Wirkung auf die Gesundheit haben. Um die körperliche Betätigung zu messen, biete sich vor allem das Handy an. Denn dieses haben die meisten immer bei sich und fast jeder Smartphone-Hersteller verfügt bereits über eine Health-App, die unter anderem ermöglicht, die Schritte zu zählen. „Ich glaube, dass der Kreativität keine Grenzen gesetzt sind und dass auch in der Prävention großes Potenzial im Bereich digitale Anwendungen besteht“, sagte Konrad.

### Ärzttekammer und Digitalisierung

Zum Schluss ging der Digitalisierungsexperte noch näher auf den Punkt Ärztekammer und Digitalisierung ein. In der Vergangenheit habe die Ärztekammer laut Konrad auf die Thematik Digitalisierung keinen besonders großen Wert gelegt. Das Thema sei häufig nur mitgelaufen. In den letzten Jahren hätte man jedoch bemerkt, dass Digitalisierung vor allem im Bereich Health Care immer mehr an Bedeutung gewinnt. Um diesen Trend auch in der Ärztekammer entsprechend abzubilden, wurde eine eigene Funktion mit dem Schwerpunkt Digitalisierung ins Leben gerufen, welche nun Konrad selbst innehat.

### Zur Person

Dr. Stefan Konrad, MBA, ist Facharzt für Strahlentherapie/Radioonkologie mit umfassender Erfahrung im gesamten Spektrum der modernen Strahlentherapie. Er praktiziert an der Universitätsklinik für Radioonkologie des Allgemeinen Krankenhauses Wien der Medizinischen Universität Wien, wo er seit 2019 Oberarzt ist. Zusätzlich ist Konrad in einer Privatpraxis in Wien tätig, wo er sich auf die umfassende Beratung rund um die Themen Strahlentherapie bei Brustkrebs und metastasierten Krankheitszuständen konzentriert. Des Weiteren ist Konrad 3. Vizepräsident der Wiener Ärztekammer und dort für Themen im Bereich Digitalisierung verantwortlich.



POLITIK

Architekturwettbewerb

# Visionen verwirklichen im Zeichen der Zeit

Vor über 100 Jahren galten die 80 Pavillons des Spitals im Wiener Gemeindebezirk Ottakring als State-of-the-Art in der Architektur. Heute gilt es, sie als eine „KLINIK DER KURZEN WEGE“ mit modernen Zentralbauten, zeitgemäßer Infrastruktur und als attraktiven Arbeitsplatz neu zu denken. | von Mag. Beate Krapfenbauer

Mit dem einstimmigen Beschluss im Wiener Stadtrat setzte die Stadtentwicklungskommission im September einen wichtigen Meilenstein für die Erneuerung der Klinik Ottakring im 16. Wiener Gemeindebezirk. Somit ist es möglich, mit der konkreten Planung des Krankenhauskomplexes in Umsetzung zu gehen und den Zeitrahmen weiterhin einzuhalten. Und damit konnte auch der europaweite Architekturwettbewerb für die Neuplanung und Gestaltung des Spitalsgeländes gestartet werden.

## Anforderungen an die Architektur

Architektur- und Planungsbüros aus dem EU-Raum sind von der Stadt Wien und dem Wiener Gesundheitsverbund (WIGEV) eingeladen, ihre Visionen bzw. konkrete und umsetzbare Vorschläge einzureichen. Aus allen Einreichungen wird in mehreren Etappen bis Herbst 2024 von einer Jury das Siegerprojekt ausgewählt. Die Vorgaben für die neue Klinik Ottakring sind strikt, die Ziele hoch gesteckt. Was der Wiener Gesundheitsverbund und die Stadt Wien als Bauherren wollen und was die Klinik Ottakring zur optimalen Versorgung braucht, um ein State-of-the-Art-Gesundheitsbetrieb zu sein, wurde als Rahmen im Zuge der Vorplanungen von der Bauleitung festgelegt. Das sind zum Beispiel baulich-technische Bedingungen oder die Art der medizinischen Einrichtungen. Planungsfreiraum bleibt beispielsweise für die Gestaltung der Grünfläche und der Nutzung der teils denkmalgeschützten Pavillons. Aus dem teilweise mehr als 100 Jahre alten Spital soll eine „Klinik der kurzen Wege“ mit modernen Zentralbauten und komfortablen Ein- bis Zweibettzimmern werden. „Der Start

**Damit wir ab 2026 mit dem Bau beginnen können, startet jetzt der Architekturwettbewerb, basierend auf den Grundlagen der Stadtentwicklungskommission.**

Herwig Wetzlinger

des Architekturwettbewerbs für die Klinik Ottakring ist ein weiterer, wichtiger Meilenstein im Rahmen des größten Investitionsprogramms in der Geschichte der Wiener Gesundheitsversorgung“, erklärte Gesundheitsstadtrat Peter Hacker bei der Pressekonferenz im September, die anlässlich der Beschlussfassung und dem gleichzeitigen Start für den Architekturwettbewerb stattfand.

## Versorgungssicherheit in den Bauphasen

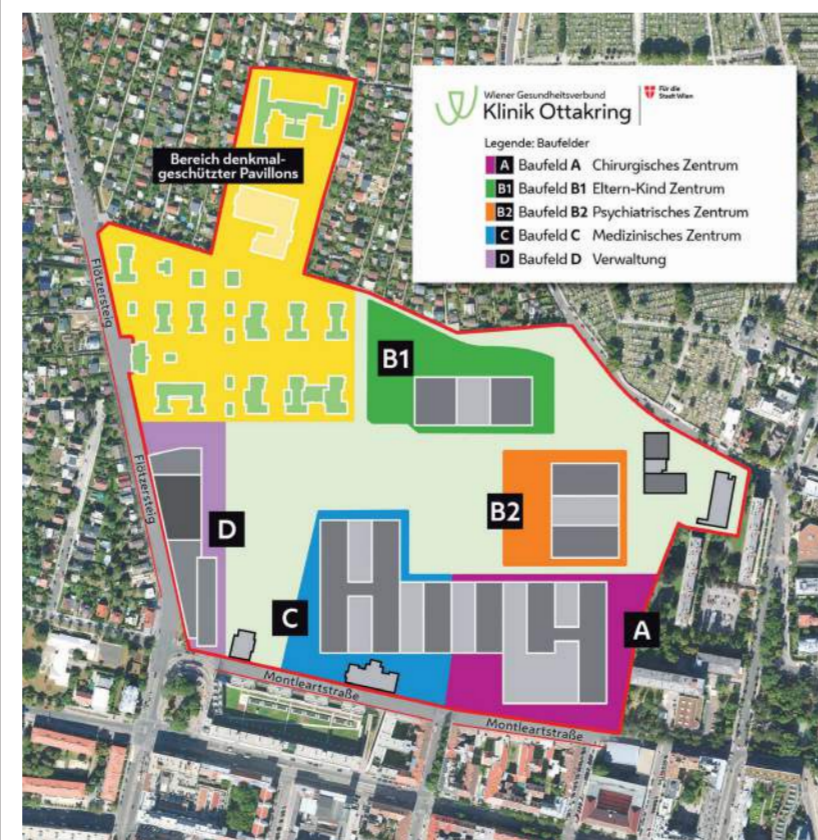
„Alle Menschen in Wien können sich darauf verlassen, dass sie rund um die Uhr, an 365 Tagen im Jahr in den Wiener Spitälern medizinisch versorgt werden. Damit das auch in Zukunft so bleibt, investieren wir in die Infrastruktur und machen sie fit für die Zukunft“, erklärte Hacker. Aber nicht nur die Patientinnen und Patienten profitieren von dem größten Modernisierungsprogramm in der Geschichte des Wiener Gesundheitsverbundes. Eine Klinik ist auch der Arbeitsplatz von vielen verschiedenen Berufsgruppen. Allein in der Klinik Ottakring arbeiten derzeit rund 3.000 Personen. „In einer modernen Umgebung mit zeitgemäßer Infrastruktur werden unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihr Potenzial voll entfalten können“, ist die Pflegedirektorin der Klinik Ottakring, Bianka Langmaier überzeugt. Die Modernisierung wird somit auch einen wesentlichen Beitrag leisten, um den Pflegeberuf auf lange Sicht attraktiv zu machen. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kliniken des Gesundheitsverbundes entstehen attraktive Arbeitsplätze. Und durch den klaren Fokus auf Natur- und Klimaschutz wird die Umgebung der Kliniken sowohl als Arbeitsplatz als auch insgesamt aufgewertet. Damit die Modernisierung bei laufendem Betrieb stattfinden kann, ist eine ausgeklügelte Planung Voraussetzung. „Alle Patientinnen und Patienten, die in die Klinik Ottakring kommen, können sich darauf verlassen, dass sie trotz der Umbauarbeiten weiterhin auf gewohnt hohem Niveau medizinisch versorgt werden“, so der Gesundheitsstadtrat.

## Patienten- und Personalorientierung

„Gesundheitsfördernde Architektur, mit viel natürlichem Licht in grüner Umgebung,

Ressourcenschonung und Klimaschutz werden bei der Modernisierung ebenfalls eine zentrale Rolle spielen“, zeigt sich Stefan Gara, Gesundheits- und Klimasprecher der Neos, erfreut. Das gesamte Klinikareal punktet bis zum Ende der Erneuerung 2040 durch eine fußgänger- und radfahrfreundliche Oberflächengestaltung, viel Grünraum, eine attraktive Vorplatzgestaltung, umfassende Barrierefreiheit und eine optimierte Anbindung an die öffentlichen Verkehrsmittel. Die Energieversorgung wird höchsten Anforderungen an Energieeffizienz auf Basis von erneuerbarer Energie entsprechen, ganz im Sinne des Klimaneutralitätszieles der Stadt Wien. „Damit dies gelingt, muss das Siegerprojekt die klinisch-medizinischen Anforderungen einer modernen Klinik mit Klimaschutz- und Nachhaltigkeitsthemen verbinden. Nicht zuletzt soll der Klinikneubau natürlich auch architektonisch-gestalterisch gelungen sein und sich harmonisch ins Stadtbild einfügen“, so Gara.

Das Areal der Klinik Ottakring ist in mehrere Baufelder unterteilt. Baufeld D enthält das Verwaltungsgebäude und ist nicht Teil des europaweiten Architekturwettbewerbs.



© WIENER GESUNDHEITSVERBUND



**Wir können alle stolz darauf sein, dass es gelungen ist, von der Stadtentwicklungskommission diesen Beschluss einstimmig zu bekommen.**

Peter Hacker

## Zeit- und Bauelfeldplanung

Bis 2040 werden – bis auf die ohnedies neu errichtete Klinik Floridsdorf – alle Wiener Gemeindespitäler saniert, ausgebaut und auf den neuesten Stand der Technik gebracht. Die Klinik Ottakring ist dabei das größte der Modernisierungsprojekte: Drei moderne Gebäude mit medizinisch-klinischen Funktionen und ein Verwaltungsgebäude sollen in Zukunft die zum Teil mehr als 100 Jahre alten Pavillons am Gelände ersetzen. Rund 1,4 Milliarden Euro werden dafür bis 2040 veranschlagt. „Damit wir ab 2026 mit dem Bau der neuen Klinik Ottakring beginnen können, startet jetzt der europaweite Architekturwettbewerb auf den Grundlagen, die von der Stadtentwicklungskommission für die Bebauung des Geländes getroffen wurden“, erklärte Herwig Wetzlinger, Generaldirektorin-Stellvertreterin im Wiener Gesundheitsverbund. In der ersten Wettbewerbsstufe werden städtebauliche Konzepte gesucht. Nach einer Vorprüfung durch Expertinnen und Experten wählt eine Jury nach diesem ersten Schritt maximal zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus, die dann Detailkonzepte ausarbeiten. In der zweiten Stufe werden Gestaltungsideen, detaillierte Plandarstellungen von essenziellen Krankenhausfunktionen und technische Konzepte abgefragt. Das Siegerprojekt wird dann im Herbst 2024 vorgestellt. Bereits jetzt beginnen auf dem Gelände der Klinik Ottakring erste Vorbereitungen für den Verwaltungsneubau, der ab 2024 im Bereich

V.l.: Herwig Wetzlinger, Generaldirektorin-Stellvertreterin im Wiener Gesundheitsverbund; Bianka Langmaier, Pflegedirektorin der Klinik Ottakring; Beatrix Rauscher, Gruppenleiterin in der Baudirektion der Stadt Wien; Stefan Gara, Gesundheits- und Klimasprecher der Neos; Peter Hacker, Gesundheitsstadtrat der Stadt Wien.

Flötzersteig entsteht. Für das Bauelfeld am Flötzersteig gibt es bereits einen Bebauungsplan, der Verwaltungsneubau ist somit nicht Teil des aktuellen Architekturwettbewerbs. Wenn die Verwaltungsmitarbeiterinnen und Verwaltungsmitarbeiter ab 2026 in ihre neuen Büros übersiedeln, kann am jetzigen Standort der Verwaltung mit dem Klinikneubau begonnen werden.

## Spannende Entscheidungsphase

Im Frühling 2024 wählt die Jury aus allen Einreichungen zehn Projekte für die zweite Runde aus. Die Klinik Ottakring wird mit Sicherheit ein State-of-the-Art Krankenhauskomplex. Auch vor über 100 Jahren entsprachen die am Areal verstreuten 80 Pavillons dem Zeitgeist. Diesmal lautet das Credo, „ein modernes Krankenhaus der kurzen Wege“ zu bauen. Es wird ein Spitalsbau, der den vorhandenen Baubestand, die Naturstruktur, umweltfreundliche Bauweise und den Klimaschutz berücksichtigt. Spannend wird es sein, ob die Einreichungen der Architekturbüros und Generalplaner auch auf die Anforderungen eines Spitals eingehen, die über die heutigen Anforderungen an Technik und nachhaltige Bauweise hinausgehen. Ein zukunftsfittes Krankenhaus ist eines, das nicht nur Betten und medizinische Einrichtungen beherbergt und Akut- und Notfallversorgung sowie chirurgische und konservative Therapieplätze beinhaltet. Ein Idealbild zeichnet sich auch aus dem Patientenpfad ab, der künftig zu gehen sein wird; bei dem sich die Wege von Präventivmedizin, Notfallmedizin, Telemedizin, Versorgungsmedizin, Rehabilitation, Pflege- und Palliativbereich treffen. Im Klinikareal werden die Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Besucherinnen und Besucher, Anrainerinnen und Anrainer aufeinandertreffen. Sprich: Das Spital der Zukunft wird ein Mittelpunkt und Schmelzpunkt für die Menschen. Es sollte also offen sein, flexibel und interaktiv auf ihre

Bedürfnisse und vor allem auf die sich rasch weiterentwickelnden medizinischen Anforderungen, Digital-Health-Aspekte und den wachsenden Versorgungsbedarf zum Beispiel für chronisch Erkrankte eingehen. Um auf die gesundheitsrelevanten und auf städtische (Verkehrs-)Bereiche Bezug zu nehmen, wird es wichtig sein, die Architektur auch aus der Perspektiven von Gesundheitsexpertinnen und -experten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu entwickeln und die Grätzelnbewohner in die Weiterentwicklung laufend miteinzubeziehen. Beatrix Rauscher, Gruppenleiterin in der Baudirektion der Stadt Wien lud daher im September zu einem ersten Informationsgespräch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern von Ottakring und allen Interessentinnen und Interessenten in den Festsaal der Klinik. Das Bauvorhaben wurde vorgestellt, die vielfältigen Fragen beantwortet. Die Anrainerinnen und Anrainer zeigten große Anteilnahme für das Bauvorhaben „ihres Spitals“ und verfolgen die Baufortschritte mit Spannung.

**Ich bin schon sehr neugierig auf das Siegerprojekt und freue mich auf die moderne, komfortable Klinik Ottakring.**

Bianka Langmaier

Es wird spannend, insbesondere für die Ausschreiber, denn der offene Architekturwettbewerb wird zeigen, inwieweit sich die einreichenden Planungsbüros aus ganz Europa auf das herausfordernde Großprojekt einlassen. Und es wird spannend, wie weit die Jury bzw. die Expertenkommission visionäre Vorschläge der zukünftigen Klinik zur zweiten Runde zulässt. Eines ist gewiss: Bei einem sensiblen und komplexen Bauvorhaben wie diesem wird das Credo vor allem lauten „Design folgt Funktion“.

BEI UNS GEHT'S  
JEDEN TAG UMS GANZE.

Leopold  
Kanalarbeiter  
MA 30 – Wien Kanal

systemrelevant.  
verantwortungsvoll.  
unverzichtbar.  
Gewerkschaftsmitglied!

younion  
Die Daseinsgewerkschaft

## Prähabilitation | Folge 1

### Perfect Match

„Fast-Track-Surgery“ passt nahezu immer. Was noch fehlt, ist Mut zur Veränderung.



In unseren vergangenen Folgen habe ich Ihnen die bahnbrechende Methode „Fast-Track-Surgery“ nahegebracht. Mit dieser Behandlungsmethode wird es möglich, postoperative Komplikationen deutlich zu reduzieren. Das Herzstück der Fast-Track-Surgery ist die Anwendung konservativer Therapie. Werfen wir einen Blick auf die aktuelle Gesundheitslandschaft – Österreich ist „Spitzenreiter“ in Puncto Knie- und Hüftoperationen –, so gewinnt Fast-Track-Surgery immer mehr an Bedeutung, denn sie steht für ein revolutionäres Konzept. Mit ihr kann es gelingen, ungesunde Strukturen zu verändern – Strukturen, die für die Patientinnen und Patienten nicht nur lähmend sind, sondern die das Gesundheitssystem aus ökonomischer Perspektive nicht weitertragen kann.

„Fast-Track“ hat sich in vielen Krankheitsfeldern bewährt und ist insbesondere in der Arthroreseverorgung verstärkt im Vormarsch. Ob

die neue Form der Arthroreseverorgung für Sie infrage kommt, klären wir im Rahmen eines „orthopädischen Assessments“. Um gleich vorab alle Unsicherheiten aus dem Weg zu räumen: Sie müssen nichts unter Beweis stellen und sich schon gar nicht gegenüber anderen behaupten. Aktuelle Studien zeigen, dass grundsätzlich nahezu jeder mit der FTS-Methode „matcht“. Die Chancen, dass Sie, Ihr Körper und Ihre Konstitution mit der Behandlung kompatibel sind, sind enorm hoch. Gemeinsam beleuchten wir, wo Sie stehen, wie Ihr Alltag aussieht und ob die Fast-Track-Methode die richtige Wahl für Sie ist. So gewinnen wir Klarheit und erstellen obendrein ein maßgeschneidertes Trainingskonzept. Der Match ist jedoch nicht immer perfekt: Liegt der BMI etwa über 40, spricht, dreht es sich um einen sehr stark übergewichtigen Menschen oder etwa eine schwangere Patientin, so gilt dies als Ausschlusskriterium. Auch eine



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

Operation innerhalb der letzten sechs Monate sollte nicht vorliegen und ebensowenig eine schwere neurologische Erkrankung wie beispielsweise Demenz, da die Patientinnen und Patienten aufmerksam mitarbeiten müssen, damit das Konzept gut aufgeht. Auch im Falle einer schweren Herzinsuffizienz, COPD (Grad 4) oder schweren internistischen Begleiterkrankungen wie Embolie oder Aortenaneurysma werden traditionelle Behandlungsmethoden zum Einsatz kommen.

Letztendlich sind es aber nicht nur die körperlichen Kriterien, die unter die Lupe genommen werden. Hat ein Patient bzw. eine Patientin kein (psycho-)soziales Umfeld, auf das er oder sie sich nach der Operation in körperlicher und emotionaler Hinsicht stützen kann, könnte FTS nicht die geeignete Methode sein. Doch auch bei den genannten Ausschlusskriterien (die übrigens nur 15 Prozent der Patientinnen und Patienten betreffen) lohnt es sich, selbst aktiv zu werden und mittels gezieltem Bewegungs- und Ernährungsprogramm ihren Körper optimal auf die OP vorzubereiten. Dabei gilt: Fordern, aber nicht überfordern.

Für mich persönlich ist Fast-Track-Surgery der „Perfect Match“ schlechthin – ein Meilenstein in der Gesundheitsversorgung, ein „Gamechanger“, wie heute viele sagen würden. Dabei müssen wir die Spielregeln nicht neu erfinden, aber die Karten neu legen (und nicht vergessen, vorher ordentlich zu mischen), denn die Methode mobilisiert nicht nur die Patientinnen und Patienten, sondern die gesamte Gesundheitslandschaft. P

## Rezeptblock | Folge 2

### Long Way to go

Der längste Weg beginnt mit dem ersten Schritt; und der wird nicht kürzer, nur weil man ihn nicht geht.



Die Probleme sind bekannt: Durch zu viele Akteure wird eine überregionale Zusammenarbeit zugunsten von „Eigeninteressen“ behindert. Die Existenz so vieler Akteure ist nicht geeignet, die Entwicklung eines rationellen, aufeinander abgestimmten und reibungslos funktionierenden Systems zu fördern. Zwischen intramuralem und extramuralem Bereich besteht eine scharfe Trennlinie. Es existieren Zweigleisigkeiten in der Arbeit von Spitälern und Ärzten in der Praxis.

Trotz Bemühungen um eine verstärkte Koordinierung ist das Gesundheitssystem aufgrund seiner Verwaltungsstruktur und dualen Finanzierung komplex und fragmentiert. Besonders die Aufteilung der Finanzierung von intra- und extramuralen Leistungen kann die Betreuungskontinuität beeinträchtigen. Deshalb muss davon ausgegangen werden, dass zurzeit die Gesundheitsergebnisse schlechter und die Gesamtkosten höher ausfallen,

als dies in einem koordinierten System der Fall wäre. Um eine nachhaltig qualitätsgesicherte Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung sicherzustellen, braucht es eine Reform. Diese sollte dazu führen, dass die Leistungsangebote in allen Sektoren aufeinander abgestimmt und patienten- und bedarfsorientiert gestaltet werden. Parallelstrukturen sollen verhindert bzw. abgebaut werden. Um das zu beobachten, sind routinemäßige Messungen der Versorgungseffektivität nötig.



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

Das Finanzierungs- und Honorierungssystem muss sich stärker am Versorgungsbedarf ausrichten. Der stationäre Bereich ist durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich zu entlasten. Und für ausgewählte Krankheitsbilder soll es am Patientenbedarf orientierte Versorgungsstandards und Disease-Management-Programme geben.

Auch Ziele und Maßzahlen sollten festgelegt werden. Es gibt eine ganze Menge an Zielen, die man etwa in strategische und operative Ziele unterscheiden könnte. Beispielsweise könnten für Diabetiker bundesweit einheitliche Qualitätsstandards festgelegt und diese auf Landesebene oder in definierten Versorgungsregionen gemessen werden. Oder, wenn es simpel gehen soll, werden einfach Ziel-Anteile der Diabetikerinnen und Diabetiker festgelegt, die im Rahmen von „Therapie Aktiv“ versorgt werden.

Zur Erinnerung: Absatz 1 enthält Aussagen einer Studie aus dem Jahr 1969 (!), Absatz 2 aus einer Studie von 2017. Absatz 3 ist voll von Aussagen des Bundeszielsteuerungsvertrags 2013 und die angesprochenen Ziele im Absatz 4 findet man in den Zielsteuerungsverträgen 2013 bzw. 2022 – dort unterscheiden sich nur die Zielerreichungsfristen, die immer weiter gestreckt wurden. Jetzt dürfen wieder Zielvorgaben kommen – und wie üblich: „Wir werden mit dem Bund gemeinsam Ziele formulieren, aber es sind keine Sanktionsmaßnahmen damit verbunden.“ Und „Wird ein Ziel nicht erreicht, so wird man die Zielsetzung evaluieren.“

Man könnte meinen, diese Ziele sind unnötig – ein Trugschluss. Die Ziele, die mühsam in den 2010er-Jahren verhandelt wurden, haben an Aktualität nichts verloren. Sie sind weiterhin gültig und wichtig. Was wir aber nun mit Sicherheit wissen, ist, dass eine Gesundheitsreform keinerlei Chance hat, diese Ziele auf den Boden zu bringen. Für das Bodenpersonal ist das angesichts der demografischen Entwicklung fatal. Um nicht unterzugehen, wäre es mehr als sinnvoll, dezentral, weit unterhalb der Länderebene, den Bundeszielsteuerungsvertrag 2013 heranzuziehen und die dortigen Ziele selbst umzusetzen, unabhängig, ob es irgendwelche Reformen gibt oder nicht. Es muss jetzt einfach schneller gehen. P

# Petition zur Sicherung der Arzneimittelversorgung in Österreich

Die Aufregung im letzten Winter über die Medikamentenengpässe, vor allem bei gängigen Arzneimitteln, war groß. Zwar versprach die Politik Änderungen, doch effektiv passiert ist bislang nur sehr wenig. Deshalb hat der gemeinnützige Verein PAREVENIRE die Initiative ergriffen und **DIE WESENTLICHSTEN ARGUMENTE UND FORDERUNGEN DER WICHTIGSTEN STAKEHOLDERGRUPPEN IM GESUNDHEITSSYSTEM ZUR VERMEIDUNG WEITERER MEDIKAMENTENENGPÄSSE ZUSAMMENGEFASST**. Diese Handlungsempfehlungen sollen der Politik und den Verantwortungsträgern im Gesundheitssystem in Form einer Petition überreicht werden. | von Rainald Edel, MBA

Das Thema Lieferengpässe ist aus Sicht der Generikaunternehmen nicht eine plötzliche Entwicklung, die im letzten Winter und damit in der Grippe-Hochsaison aufgetreten ist, sondern zeichnete sich schon länger, auch schon lange vor der Coronapandemie ab, schilderte Dr. Wolfgang Andiel, Präsident des Österreichischen Generikaverbandes. Nicht zuletzt auch aufgrund der Erfahrungen im eigenen Haus, Sandoz, leitet er ab, dass die Vulnerabilität der Lieferkette größer wird, je mehr ökonomischer Druck aus dem Gesundheitssystem kommt. Betroffen sei hier der gesamte patentfreie Bereich, der zu 90 Prozent die Versorgung abdecke. „Im Sortiment der Apotheken fallen knapp 60 Prozent in die Kategorie Generika und etwa 40 Prozent sind patentabgelaufene Originalprodukte. Auf diesem Segment lastet ein immer stärker werdender Preisdruck. Dieser hatte ursprünglich seine Berechtigung, da es darum ging, Standard-Medikamente günstiger zu machen und damit den Zugang zu neuen Therapien zu ermöglichen“, so Andiel. Allerdings sei mittlerweile ein Punkt erreicht, der nicht mehr nachhaltig ist,

## Die Vulnerabilität der Lieferkette wird größer, je mehr ökonomischer Druck aus dem Gesundheitssystem kommt.

Wolfgang Andiel



da Hersteller aufgrund der extrem niedrigen Preise ihre Produktion optimieren. In den letzten 20 Jahren, spätestens seit 2008, hat man sich von der Produktion der Wirkstoffe sukzessive verabschiedet und auf die Produktion von Fertigformen konzentriert. Die Wirkstoffproduktion findet mittlerweile zu zwei Drittel in Asien statt, vornehmlich in China und Indien. „Uns muss klar sein, dass wir uns in die Hand von Ländern begeben haben, die schwer kalkulierbar sind und monokratisch entscheiden. Dadurch besteht immer die Gefahr, dass diese von heute auf morgen die Lieferungen abstellen könnten“, ergänzte Dr. Claudio Albrecht, Founder des auf strategische Beratungstätigkeiten im Gesundheitsbereich spezialisierten Consultingunternehmens Albrecht, Prock & Partners in der Schweiz. Entgegen der weit verbreiteten Meinung, dass der Grund für die Engpässe im letzten Winter in der Produktion von Fertigprodukten lag, ist die Ursache in der Rohstoffbeschaffung zu suchen. „Das ist strategisch ein ganz wichtiges Thema, das Österreich nicht allein lösen kann. Man kann unmöglich in Österreich eine Rohstoffproduktion aufziehen, die dann gewisse Basispreise bekommt für strategisch wichtige Produkte – das geht nur europaweit“, so Albrecht. So gäbe es beispielsweise in Spanien, Italien und Polen Multi-Purpose-Synthesen, die in der Lage wären, die kritischen Rohstoffe herzustellen. Allerdings werde dies nicht gemacht, da es nicht wirtschaftlich sei. Langfristig müssten sich in Europa und in Österreich im Spezial-



Gunda Gittler und Wolfgang Andiel analysierten die Problematik der Lieferengpässe aus Apotheken- und Herstellersicht.

## Entgegen der weit verbreiteten Meinung, dass der Grund für die Engpässe im letzten Winter in der Produktion von Fertigprodukten lag, ist die Ursache in der Rohstoffbeschaffung zu suchen.

Claudio Albrecht

len auch etwas im Bereich der Preisgestaltung ändern, sodass eine Rohstoffrückintegrierung möglich werde.

### Substitution als große Herausforderung

Früher als erwartet ist in Österreich heuer die Saison der respiratorischen Infekte und Erkältungskrankheiten gestartet. „Wir sind im Oktober bereits mitten in der Welle. Derzeit leiden drei Viertel meiner Patientinnen und Patienten an einem respiratorischen Infekt“, beschrieb Dr. Christoph Heiserer, Allgemeinmediziner in Steyr, die Lage. Damit verschärfe sich auch wieder die Nachfragesituation bei entsprechenden Medikamenten und die Problematik, dass Patientinnen und Patienten ein verschriebenes Medikament nicht auf Anhieb bekommen. „Das Problem ist, dass ich nicht weiß, in welcher Apotheke ein Rezept eingelöst wird und welchen Lagerbestand es dort gibt“, so Heiserer. Zwar ist es technisch möglich, dass man sich die Vertriebsbeschränkungen in die Arztsoftware einspielen lassen kann, allerdings scheitert eine tagesaktuelle Übersicht in der Praxis oftmals an den Zusatzkosten. Die „letzte Meile“ könne allerdings kein System abbilden. Die mangelnde Verfügbarkeit von Medikamenten verursache einen riesigen zusätzlichen Arbeitsaufwand in den Ordinationen, bestätigte auch Mag. Elisabeth Hammer-Zach, Präsidentin des Berufsverbandes der Arztassistenten Österreich. Denn eine alternative Medikation bedürfe neben den Telefonaten immer der Rücksprache mit der Ärztin, dem Arzt, zudem müssen auch die Patientinnen und Patienten beruhigt werden, die ungeduldig oder verunsichert sind, wenn es zu einer Medikamenten-Umstellung kommt. Hier wäre eine EDV-gestützte Vereinfachung der Prozesse notwendig. So könne sie sich vorstellen, dass es bei Medikamenten, bei denen ein Engpass wahrscheinlich ist, schon im Vorfeld Alternativen vorgeschlagen werden. „Grundsätzlich versuchen wir, dass keine Kundin, kein Kunde ohne Medikament die Apotheke verlassen muss“,

© MARTIN LUSBER (2)



Kornelia Nemeth und Claudio Albrecht brachten die internationalen Aspekte und den Import von Arzneimitteln aus dem Ausland zur Sprache.

### Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet

- Elisabeth Hammer-Zach
- Christoph Heiserer
- Gernot Idinger
- Angelika Widhalm



schilderte Mag. pharm. Gunda Gittler, MBA, aHPh, Leiterin der Anstaltsapotheke sowie der öffentlichen Apotheke im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz. Damit das gelingt, werden Großhändler und andere Apotheken kontaktiert, um das gewünschte Präparat zu beschaffen. Sei das nicht möglich, werde in Absprache mit der behandelnden Ärztin, dem Arzt eine alternative Lösung besprochen. Problematisch sei auch die Lage in den Krankenhäusern, so Gittler, wo durch Lieferschwierigkeiten schon seit Jahren eine vermehrte Arbeitsbelastung bestünde. Denn hier habe man auch bei klassischen Substanzen immer wieder Probleme, die Patientinnen und Patienten zu versorgen. Um dennoch den Betrieb aufrecht erhalten zu können, werde dort, wo es möglich ist, auf magistrale Zubereitungen zurückgegriffen. In anderen Fällen müssten die Therapieschemata entsprechend der Verfügbarkeit umgestellt werden, so Gittler.

## Die mangelnde Verfügbarkeit von Medikamenten verursacht einen riesigen zusätzlichen Arbeitsaufwand in den Ordinationen. Zur besseren Abwicklung braucht es EDV-gestützte Lösungen.

Elisabeth Hammer-Zach

„Die Patientinnen und Patienten haben sich langsam damit abgefunden, dass Medikamente nicht immer lagernd sind und sie oftmals ein zweites Mal in die Apotheken gehen müssen, um ein Medikament zu bekommen“, schilderte Angelika Widhalm, Vorsitzende Bundesverband Selbsthilfe Österreich (BVSHOE). Was bei jüngeren und mobilen Menschen meist relativ problemlos ist, stellt für ältere mobilitätseingeschränkte Personen eine erhebliche Hürde dar, speziell wenn sie auf eine Begleitperson oder auf einen Krankentransport angewiesen sind. In diesen Fällen ist ein mehrfacher Apothekenbesuch oder das „Abklappern“ von Apotheken im weiteren Umkreis unmöglich. Zwar gäbe es Überlegungen, mittels App den Patientinnen und Patienten anzuzeigen, in welcher Apotheke noch ein Bestand eines gewünschten Medikaments vorhanden ist, allerdings sei dies, so die einhellige Meinung der Teilnehmenden, nur für eine sehr kleine Gruppe der in Österreich lebenden Menschen tatsächlich eine Hilfe.

© MARTIN LUSBER (2); KRISTIAN JUHASZ (2); PETER PROVIZNIK; TESAREK



## Grundsätzlich versuchen wir, dass keine Kundin, kein Kunde ohne Medikament die Apotheke verlassen muss.

Gunda Gittler

Eine pragmatische Lösung, wie man Lieferengpässe künftig besser regeln und die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern könnte, sieht Albrecht in einer Meldepflicht durch den Großhandel. „Denn solange dieser liefern kann, ist ein Medikament binnen wenigen Stunden in jeder Apotheke verfügbar. Damit ist es unerheblich, ob eine Apotheke noch einen größeren Vorrat hat und bei einer andere nichts mehr auf Lager liegt“, so Albrecht. Zudem seien die Zahl der Großhändler überschaubar und deren Lagerbestände transparent. Problematisch an so einer Lösung sei, dass der Großhandel teilweise auch andere Interessen verfolge, wie den Parallelexport, warf Andiel ein.

### Umstrittene Lagerhaltung

Während Spitalsapotheken gesetzlich zu einer Bevorratung für 14 Tage verpflichtet sind, gibt es diese für Hersteller und Großhändler nicht, monierte Gittler. „Mittlerweile gibt es bei den Lieferschwierigkeiten einen gewissen Gewöhnungseffekt, da wir schon seit Jahren damit zu tun haben. Allerdings bemerken wir in letzter Zeit, dass es schwieriger wird, unsere Lager wieder aufzufüllen, wenn es zusätzlich Notfalllager gibt, die weitere Kapazitäten vom Markt abziehen“, ergänzte Mag. pharm. Gernot Idinger, Leiter der Anstaltsapotheke Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum und Lead Buyer Pharmazeutische Produkte der OÖ Gesundheitsholding. Kritisch beurteile Albrecht eine verpflichtende Lagerhaltung bei Großhändlern und Herstellern. Denn gerade im Generikabereich sei die Vorhaltung eines Herstellerlagers aufgrund der extrem niedrigen Kosten wirtschaftlich sehr schwierig. Zudem würde man plötzlich Überkapazitäten schaffen, da ein und das selbe Wirkmolekül plötzlich mehrfach am Markt vorrätig sei, das den Bedarf bei Weitem übersteige. Dadurch drohen Präparate eingelagert zu werden, deren Produktablauf schon weit fortgeschritten ist, ehe sie in den Handel kämen. Möglich sei so eine Lagerpflicht nur in Kombination mit einer Ankaufspflicht durch den Staat, wie sie Großbritannien gegeben habe. Auch auf EU-Ebene stehe man einer Lagerhaltung von Medikamenten eher kri-

tisch gegenüber, so Andiel, der auf EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides verwies, die bei der Bevorratung von Arzneimitteln eine höhere Gefahr ortet, dass dies Lieferengpässe graviert als sie lösen würde. Es gebe allerdings im Gesundheitsministerium mittlerweile eine Verordnungsentwurf, der eine Bevorratung von 50 Wirkstoffen vorsieht, zu denen es keine therapeutische Alternative gibt und die in der Vergangenheit bereits von Lieferengpässen betroffen waren.

### Arzneimittleinfuhr präziser regeln

Eine Möglichkeit, in Österreich fehlende Medikamente zu beschaffen, ist deren Import aus anderen EU-Staaten, die ein regionales Überangebot haben. Was sich in der Theorie relativ simpel anhört, stellt sich in der Praxis als durchaus komplexer Beschaffungsvorgang dar. Rechtliche Grundlage für die Verbringung von Arzneimitteln nach Österreich ist das Arzneiwareneinfuhrgesetz (AWEG). Voraussetzung ist, dass der „Medical Need“ nicht durch in Österreich verfügbare und zugelassene Produkte abgedeckt werden kann. „Als Arzneimittelimporteur haben wir ein gutes Netzwerk in Europa. So können wir rasch evaluieren, wo es bei einem Versorgungsengpass in Österreich noch verfügbare Mengen in Europa gibt, die wir dann den Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen können“, erklärte Kornelia Nemeth, Country Managerin Orifarm Austria. Allerdings sei dieser Prozess in der Praxis mit einem hohen Bürokratieaufwand verbunden und leide auch unter dem mangelnden Informationsfluss über Versorgungsengpässe. Hier hoffen die Teilnehmenden, dass die geplante Novelle des AWEG eine gewisse Erleichterung bringen werde. „Auch wir im Krankenhaus nutzen die Möglichkeit des Bezuges aus dem Ausland mittels Klinikanforderung“, schilderte Gittler. Während das notwendige Medikament oftmals schon binnen 24 Stunden verfügbar wäre, müsse man erst auf die beauglebte Übersetzung des Beipacktextes bzw. der Fachinformation warten. Ein Ausweichen, zum Beispiel auf eine englischsprachige Variante des Textes, sei im klinischen Alltag nicht möglich, da nicht sichergestellt ist, dass die behandelnde Ärztin oder der Arzt, vor allem wenn der medizinische Abschluss nicht in Österreich gemacht wurde, über die entsprechenden Sprachkenntnisse verfügt. Auch ein Ausweichen oder Verweis auf das Arzneispezialitätenregister (ASP) sei in diesen Fällen nicht möglich, da ein substanzgleiches Produkt aus dem Ausland unter Umständen eine andere Zulassung und eine andere Darreichungsform haben kann. „Da gibt es echte Unterschiede. So hat zum Beispiel Novalgin in der Slowakei gegenüber Novalgin in Frankreich einen anderen Wirkstoff und muss anders aufgelöst werden“, erklärte Gittler. Um die Beschaffung bei Engpässen zu optimieren, sei es, so Nemeth, daher unumgänglich, die derzeitigen „Graubereiche“ besser zu regeln. „Das betrifft im Wesentlichen den Zeitraum, ab wann und bis wann ein Import erfolgen darf“, so Nemeth. Gut wäre zudem, wenn die Information über einen bevorstehenden Engpass durch das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) schon im Vorfeld der eigentlichen Meldung im Vertriebsbeschränkungsregister erfolgen könnte, um mehr Vorlaufzeit in der Beschaffung zu haben. P



PORTFOLIO

# EHDS – Europa darf nicht schlafen

Die EU hat die Schaffung eines Europäischen Raums für Gesundheitsdaten (EHDS) ausgerufen. Die Realisierung des Projekts sollte von Anbeginn auch auf der österreichischen Agenda stehen. **UNTÄTIGKEIT BEDEUTET VERLUST AN EINFLUSS, AN CHANCEN FÜR EIN FÜR ALLE OFFENES GESUNDHEITSWESEN DER ZUKUNFT UND AN WIRTSCHAFTLICHEN MÖGLICHKEITEN**, stellten Expertinnen und Experten bei einer Fachdiskussion bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen in Seitenstetten fest. | von Wolfgang Wagner

Die Digitalisierung stellt jedenfalls ein neues Konzept dar. Bart de Witte, führender europäischer Experte für die digitale Transformation im Gesundheitswesen und Gründer der HIPPO AI Foundation, zitierte den deutschen Soziologen Armin Nassehi (Tübingen): „Die Digitalisierung ist die Duplizierung der Welt.“ Ansätze hätte es aber schon längst gegeben, betonte der Experte. Auch die Wettervorhersagen, die als Modelle eingespielt werden, seien eigentlich nichts anderes. In den Life-Sciences würden immer umfangreichere Datenvolumina bei immer besserer Rechnerleistung längst dazu benützt, die Darstellung von feinsten Strukturen in der Biologie und die mit ihnen verbundenen Abläufe sichtbar und nutzbar zu machen. Gleiches finde sich in der bildgebenden Diagnostik mit den aus gewonnenen Daten errechneten Bildern, also der digitalen Rekonstruktion von Strukturen des Körpers. Doch es gebe ganz fundamentale Unterschiede zwischen der analogen Realität und dem „digitalen Zwilling“, der per Digitalisierung von Informationen – in diesem Fall in Sachen Gesundheit – besteht: „Das Ich hat ein Recht auf körperliche und geistige Integrität, auf Autonomie mit Selbstverantwortung und Selbstbestimmung.“ Der ‚digitale Zwilling‘ sei hingegen online und stelle einen Geldwert dar.

Im Gipfelgespräch im Rahmen der 8. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten diskutierten Vertreterinnen und Vertreter aller wichtigen Stakeholdergruppen aus dem Gesundheitsbereich, wie eine sichere Datenschutzkonforme Lösung der Nutzung von Primär- und Sekundärdaten aussehen sollte.

**Aus Gesundheitsdaten werden finanzielle Vermögenswerte gemacht. Rohstoffe werden billiger, wenn mehr davon vorhanden ist, Vermögenswerte nicht.**

Bart de Witte

## USA versus Europa

Dabei darf nicht vergessen werden, dass in allen diesen Fragen auch ein fundamentaler Unterschied zwischen Europa und den USA besteht. Die EU stelle auf die Grundrechte des Bürgers nach Artikel 35 des EU-Vertrages ab: „Jeder Mensch hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.“ Ein hohes „Gesundheitsschutzniveau“ müsse jedenfalls sichergestellt sein. Zum Schutz der EU-Bürgerinnen und -Bürger sei im Endeffekt auch die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) geschaffen worden. „Wir haben in Europa eine soziale Marktwirtschaft. Das System basiert auf Solidarität“, sagte de Witte. Ganz anders das Verständnis im Wirtschafts- und Sozialsys-

tem der Vereinigten Staaten: Die medizinische Versorgung ist vornehmlich von den finanziellen Ressourcen des Einzelnen abhängig. Der Datenschutz soll über den Verbraucherschutz gewährleistet werden. Statt einer sozialen Marktwirtschaft herrsche in den USA nach wie vor der „Manchester Liberalismus“, stellte der Experte fest. Kleinteiligkeit in der Wirtschaft in der EU stünden zunehmend Marktmonopole von US-Unternehmen gegenüber. Solidarität werde in den Vereinigten Staaten durch Wettbewerb quasi ersetzt. Herauskomme eine „Assetization“, zitierte de Witte den spanischstämmigen Soziologen Fabian Muniesa (CSL/Paris). Man mache in einer Technologie-affinen Gesellschaft Dinge zu Vermögenswerten. Es sei „die Umwandlung von etwas in Eigentum, das einen zukünftigen Einkommensstrom erbringt.“ Immaterielle Vermögenswerte seien daher Wissen und somit Daten, die man sich aneignen, nutzen und daraus finanziellen Gewinn ziehen könne. „Gesundheitsdaten, ein KI-Modell und eine Berechnung machen ein trainiertes KI-Modell. Sie schützen das durch Geschäftsgeheimnisse und machen damit daraus finanzielle Vermögenswerte“, sagte Bart de Witte. Der ehemals je rund zehn Jahre bei SAP und IBM tätige Digitalisierungsexperte verdeutlichte das in einer Gegenüberstellung von Rohstoffen und Vermögenswerten. Der Wert von Rohstoffen wird aus Angebot und Nachfrage über den Handel abgeleitet. Vermögenswerte definieren sich aus dem Eigentum an zukünftigen Einkommensströmen. „Rohstoffe werden billiger, wenn mehr davon vorhanden ist, Vermögenswerte nicht.“ Ein Beispiel sei das US-Unternehmen Flatiron gewesen. Das habe eigentlich ohne klassisches Geschäftsmodell begonnen. Man bot Onkologinnen und Onkologen praktisch gratis die Analyse der Daten von Krebspatientinnen und -patienten (auch Tumor-Genomdaten) an. Nachdem man die Informationen von Millionen Patientinnen und Patienten erfasst hatte, wurde das Unternehmen von Roche im Jahr 2018 für rund zwei Milliarden US-Dollar gekauft.

**Sehr große Probleme haben wir mit einer Sekundärnutzung. Das darf nicht zu einem Geschäftsmodell werden.**

Dietmar Bayer

## Die Widersprüche zwischen Europa und den USA

Gesundheit ist in Europa ein sozialer Wert. Sauge man aber die Gesundheitsdaten ab und mache man aus ihnen privatwirtschaftliche Werte, werde damit vor allem verdient. Der europäische Grundrechts-basierte Ansatz: „Daten und KI sind ein gemeinsames Gut“. Der Marktorientierte Ansatz: „Daten und KI sind Vermögenswerte“. Die Gefahr besteht laut de Witte darin, dass auch die EU bei der Schaffung des europäischen Datenraumes für Gesundheit in Richtung reiner Marktorientierung gehe: „In den Papieren wird 30 Mal das Wort Datenschutz erwähnt. Aber null Mal das Recht auf Gesundheit und null Mal das Recht auf Integrität (Art.



© KRISTIAN JUHASZ

3; EU-Vertrag). Ebenso null Mal das Recht auf Freien Informationsaustausch (EMRK). „Eine mögliche Lösung für die Problematik seien „Regenerative Systeme“ in der KI. Gesundheitsdaten aus der öffentlichen Sphäre und somit gemeinsames Gut werden vorübergehend in die private Sphäre zur Nutzung übergeführt, kommen schließlich aber wieder zurück, unterliegen keinen privatwirtschaftlichen Exklusivansprüchen. „Wir könnten unsere Gesundheitsdaten mit Copyleft Daten-Lizenzen für Open Source KI vorübergehend nutzbar machen. Open Source Systeme sind auch schneller“, sagte de Witte. Das bekannteste und wohl erfolgreichste Beispiel für solches Handeln: das Human Genome Project. 14,5 Mrd. US-Dollar wurden in die Sequenzierung des menschlichen Genoms investiert, wobei die Erkenntnisse nicht patentiert werden durften und konnten. Völlig freier Zugang zu den Informationen brachte 965 Milliarden US-Dollar an wirtschaftlichem Gewinn.

**Wir sollten proaktiv mitgestalten. Die Frage ist, ob wir weiter warten und schlafen, während uns Google rasend schnell davonläuft.**

Mona Dür

## Ein Austrian Health Data Space?

„Wir müssen uns damit beschäftigen, wie wir mit dem European Health Data Space umgehen. Über uns zieht derzeit ein Jetstream hinweg, der Regen ablassen wird, aber wir haben keine Regenschirme“, sagte Prof. Dr. Dietmar Bayer, Vizepräsident der Steirischen Ärztekammer und Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Telemedizin. Die Gesellschaft hat vor kurzem ein Positionspapier zum EHDS veröffentlicht. „Wir sehen in Österreich die Notwendigkeit der Schaffung eines Austrian Health Data Space (AHD;S; Ann.)“, erklärte Bayer. Nur damit könne man die Alpenrepublik auf die Teilnahme im Rahmen der EU vorbereiten. „Sehr große Probleme haben wir mit einer Sekundärnutzung von Daten. Das darf nicht zu einem Geschäftsmodell werden“, betonte Bayer. Vorrangig müssten Gesundheitsschutz, Grundrechts- und Datenschutz bleiben. Dabei sei auch ELGA noch „löchrig“. „Wir haben keine Labor- und keine Radiologiedaten. Sie müssen kostenfrei zur Verfügung stehen“, sagte Bayer. „Wir brauchen unbedingt eine digitale Roadmap. Ärztinnen und Ärzte sind keine Technikverweigerer. Aber wir dürfen die Ärzteschaft und die nachfolgenden Berufsgruppen nicht mit der Neueinführung

© KRISTIAN JUHASZ

**Wir haben weiterhin Datensilos. Die einzelnen Systeme sprechen nicht miteinander.**

Christa Wirthumer-Hoche

neuer Technologien überfordern“, betonte der Vizepräsident der steirischen Ärztekammer. Die Zusammenarbeit aller Beteiligten müsse immer möglichst frühzeitig beginnen. Die Etablierung des e-Impfpass in Österreich könne hier als „Blaupause“ dienen. Aber, so Bayer: „Uns fehlt eine digitale Gesundheitsbehörde, welche die Koordination übernimmt.“

## Nicht weiter warten und schlafen!

„Wir sollten proaktiv mitgestalten. Die Frage ist, ob wir weiter warten und schlafen, während Google & Co. rasend an uns vorbeientwickeln“, sagte Prof. Mona Dür, Geschäftsführerin der Duervation GmbH und Präsidentin der Austrian Association of Occupational Science (AOS). Natürlich müsse es eine Vergütung für das System geben, wenn Gesundheitsdaten wirtschaftlich genutzt würden. „Für mich ist Innovation unter Gewährleistung unserer europäischen Werte ganz wichtig. Es ist auch wichtig, dass wir die Bürgerinnen und Bürger hier mitnehmen. Der Datenschutz wird oft als Show-Stopper gesehen. Datenschutz ermöglicht aber erst viel“, erklärte Mona Dür. Unter Berücksichtigung der relevanten Sicherheitsaspekte könnte beispielsweise die Pharmaindustrie mit Real-Life-Daten von Patientinnen und Patienten viel zielgerichteter Forschung und Entwicklung betreiben. Den Mangel an Datenaustausch im Gesundheitswesen hat DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche als ehemalige Leiterin der Medizinmarktaufsicht (AGES) gerade während der COVID-19-Pandemie und den in der jüngeren Vergangenheit besonders virulent gewordenen Lieferengpässen bei Arzneimitteln täglich zu spüren bekommen. „Wir haben weiterhin Datensilos. Die Systeme sprechen nicht miteinander“, sagte sie. So zum Beispiel hätte man gehofft, das EU-System zur Identifizierung jeder einzelnen Arzneimittelpackung – ehemals aus Sicherheitsgründen gegen Fälschungen eingeführt – zur Steuerung der Versorgung einsetzen zu können. „Das hat leider

**Wie kann ich so steuern, dass die PatientInnen die Hilfsmittel haben, mit denen sie optimal durch das Gesundheitssystem geführt werden.**

Manfred Müller

PRAEVENIRE Gipfelgespräch-Diskussionsteilnehmende (v. l. n. r.): Sebastian Reimer, Dietmar Bayer, Mona Dür, Manfred Müller, Bart de Witte, Christa Wirthumer-Hoche, Franz Leisch, Andreas Röhrenbacher, Reinhard Riedl

**Man hat den Eindruck, die EU ist nicht mehr in der Lage, vernünftige Gesetze zu erlassen.**

Reinhard Riedl

überhaupt nicht funktioniert“, erklärte Christa Wirthumer-Hoche. Oft gehe es auch nicht darum, dass nicht geeignete Systeme vorhanden seien, sondern dass man Daten einfach nicht nutzen dürfe. Primär müsse das Erreichen von Vorteilen für die Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen. Das sei außer Streit zu stellen, sagte Dr. Manfred Müller, Geschäftsführer des Fachverbandes der Elektro- und Elektronikindustrie (FEEI). „Als ganz großes Thema sehe ich die Ressourcensteuerung. Wie kann ich so steuern, dass die Patientinnen und Patienten die Hilfsmittel haben, mit denen sie optimal durch das Gesundheitssystem geführt werden.“ Die Gesundheitsdaten bzw. ihre Verwendung dürften in der EU keinesfalls zu einem Thema der Medizinprodukte-Richtlinie werden. Sonst stelle das eine Vollbremsung bei der Entwicklung solcher Systeme dar. Als Grundvoraussetzung für einen Datenraum für Gesundheitsinformationen nannte Müller vor allem zu schaffende einheitliche Datenformate. Ein „Set of Standards“ sei die unverzichtbare Grundlage. Nicht mit Kritik sparte auch Prof. Dr. Reinhard Riedl (Berner Fachhochschule). „Man hat den Eindruck, die EU ist nicht mehr in der Lage, vernünftige Gesetze zu erlassen. Diese Fähigkeit ist ihr abhanden gekommen.“ Man sollte zunächst auf europäischer Ebene klären, was man beim Digitalisierungsprozess im Gesundheitswesen wolle und was nicht. Österreich solle einen eigenen Datenspace erzeugen und dann mit geeigneten Partnern – zum Beispiel mit dem benachbarten Deutschland – Pilotprojekte durchführen.

**Es ist kein Widerspruch, Daten zu schützen und Daten zu verwenden.**

Sebastian Reimer

Weniger ein Mangel an Daten als die fehlende Verknüpfung für positive Aspekte, das sei die Problematik, Dr. Sebastian Reimer, Datenschutzexperte (ILLIA-Intelligent Law & Internet Applications): „Es ist kein Widerspruch, Daten zu schützen und Daten zu verwenden.“ Als Zugangsort zu Daten aus dem Gesundheitsbereich könne man beispielsweise das Austrian Micro Data Center (AMDC) verwenden, das der Statistik Austria unterstellt sei. „Das AMDC ist EU-rechtlich abgesichert.“ Man sollte jedenfalls nicht ständig neue Gremien und Systeme schaffen, betonte der Experte. Anreize zur sicheren Nutzung seien für die einzelnen Anwender wichtiger als enorme Strafandrohungen. „Wenn wir alle Gesundheitsdaten einpflegen, muss die Allgemeinheit etwas davon haben“, forderte schließlich Andreas Röhrenbacher von der Hepatitis Hilfe Österreich. „Es gebe noch wesentliche Defizite bei der Einbindung von Patientinnen und Patienten in relevante Entscheidungen in Österreich.“ „Meistens hat man Glück, wenn man sich auf europäischer Ebene zusammenschließt und in Brüssel laut wird. Dann wird etwas in Österreich auch umgesetzt“, so Röhrenbacher. Österreich habe in vielen Bereichen gegenüber der EU regelmäßig Bringschulden. Bei der Schaffung des Gesundheitsdaten-Space der EU sollte man jedenfalls trachten, früh dabei zu sein. P





# Visionen für ein innovatives und nachhaltiges Gesundheitssystem

Das österreichische Gesundheitssystem steht zwar im internationalen Vergleich (noch) gut da, dennoch mehren sich die Anzeichen, **DASS ES DRINGEND STRUKTURELLE REFORMEN BRAUCHT, UM WEITERHIN SEINE SPITZENPOSITION ZU HALTEN.** Welche Schritte notwendig sind, um medizinische, wissenschaftliche Innovationen und eine hochwertige Routineversorgung mit einer adäquaten und langfristigen Finanzierung zu verknüpfen, diskutierte eine hochkarätige Runde bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten. | von Rainald Edel, MBA

Innovation ist der Motor im Gesundheitssystem, durch den es gelingt, viele noch bis vor wenigen Jahren letale und unheilbare Erkrankungen erfolgreich zu behandeln. So gibt es beispielsweise seit wenigen Jahren eine Behandlungsmöglichkeit für Kinder mit Spinaler Muskelatrophie (SMA). „In Österreich haben wir ein Neugeborenen-Screening. Babys mit der Diagnose SMA werden in den ersten drei Monaten behandelt, womit das Kind eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit auf eine ganz normale Entwicklung und Lebenserwartung hat“, erklärt Susanne Erkens-Reck, MSc, General Manager Roche Austria, in ihrer Keynote zur diesem PRAEVENIRE Gipfelgespräch in Seitenstetten. „Innovationen sind absolut wichtig. Die Überlegung, wie Patientinnen und Patienten rascher zu Innovationen kommen, findet auch Niederschlag in der neuen EU-Gesetzgebung“, schildert die Gesundheitsexpertin Prof. DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche, die viele Jahre das Geschäftsfeld Medizinmarktaufsicht der AGES leitete und bis 2022 Österreich im Verwaltungsrat der Europäischen Arzneimittelagentur EMA vertreten hat. Bis zu einem gewissen Grad, so die Expertin, ließe sich der Zulassungsprozess durch Bürokratieabbau noch effizienter gestalten, wobei man in letzter Zeit ohnehin schon

sehr schlanke, schnelle Prozesse implementiert habe. Der zweite Punkt, durch den sich der Zugang zu Innovation noch beschleunigen ließe, liege in der digitalen Transformation. Darunter fallen sowohl die Schaffung als auch das Nutzen von Daten. „Wenn wir im Zulassungsverfahren zunehmend sogenannte Real World Data nutzen könnten, hätten wir ein höheres Wissen und könnten rascher agieren“, so Wirthumer-Hoche. Durchaus vorstellbar für sie wäre, dass man dann in Zulassungsstudien beispielsweise den Placeboarm durch Real World Data ersetzen könnte. „Der Wunsch der EU-Kommission nach schnellerer, besserer Versorgung und Zugang für die gesamte EU ist wünschenswert. Nur die Maßnahmen, die derzeit diskutiert werden, bergen das Risiko, dass wir in Österreich, die einen schnellen Zugang haben, ausgebremst werden und Patientinnen und Patienten auf innovative Behandlungen dann plötzlich warten müssten“, warnt Erkens-Reck.

**Den Medical Need abdecken**  
„Die Goldgräberzeit für Arzneimittelentwicklung ist vorbei“, konstatiert Wirthumer-Hoche, wobei es noch genügend Felder gäbe, in denen eine Therapieentwicklung dringend notwendig wäre. Im Bereich der Seltenen Erkrankungen sind nur etwa fünf Prozent mit einer Arznei-

mitteltherapie behandelbar. Ein weiteres Gebiet, in dem es noch wichtig wäre, Forschungs- und Entwicklungsarbeit zu leisten, sind neue innovative Antibiotika. „Ein großes Problem stellt die Antibiotikaresistenz dar, wodurch bakterielle Infektionen nicht mehr in allen Fällen heilbar sind, weil bewährte Mittel nicht mehr greifen. Das sind Aufgabengebiete, wo Innovation absolut essenziell ist“, so Wirthumer-Hoche. Im Bereich der Innovationen müsse daher die Politik Anreize setzen, dass auch in Nischenbereichen geforscht wird und nicht nur in Indikationsgebieten, die einen sehr breiten Nutzen und damit einen sicheren Return of Investment versprechen. „Wir müssen generell das System überdenken und definieren, was von den Universitäten in der Grundlagenforschung geleistet werden soll, um eine entsprechende Basis für die Pharmaindustrie zu weiterer Entwicklung zu schaffen, so Wirthumer-Hoche. Auch müsse vermehrt darauf geachtet werden, welche Wirkstoffe eventuell in anderen Indikationsgebieten genutzt werden können. „Bei aller Innovation, zur Erhaltung der Gesundheitssysteme müssen wir darauf schauen, dass die Generika ausreichend verfügbar sind. Denn wir sehen, dass die Preise für Generika in den Keller gehen und die Preise für Innovative extrem hoch sind. Diese Schere geht immer mehr auseinander, was zu Folge hat, dass Generika vom Markt verschwinden, dass wir erhöhte Lieferengpässe haben und dass das zu einer Versorgungsproblematik führt. Für ein vitales Gesundheitssystem ist die Innovation notwendig. Aber auch der Erhalt dessen, was wir schon geschafft haben, damit die Gesundheitsversorgung vorhanden ist“, so Wirthumer-Hoche. Auch Erkens-Reck sieht das so: „Gut funktionierende Generika sind Teil des gesamtgesellschaftlichen Innovationszyklus.“ Typischerweise scheitern neun von zehn Versuchen, ein neues Medikament auf den Markt zu bringen, an irgendeinem Punkt in der Entwicklung oder Zulassung. In der Folge ziehen sich die meisten Unternehmen aus diesem Bereich zurück, denn nur wenige große Konzerne können es sich leisten, an dem Thema dranzubleiben und weiter zu forschen und zu investieren. „Nur in der relativ kurzen Patentzeit und solange das Produkt die beste Behandlung am Markt darstellt, hat man die Chance auf hochpreisige

Verkäufe. Danach steht es für kleines Geld zur Verfügung“, so Erkens-Reck. Dennoch sei man stolz, mit 32 ehemals von Roche entwickelten Produkten auf der Liste der Essential Medicines vertreten zu sein, die nun von Biosimilar- und Generikaherstellern für kleines Geld Patientinnen und Patienten auf der ganzen Welt zur Verfügung gestellt werden. „Hier ist ein Punkt in unserem Gesundheitssystem, wo wir ungeteilter Interessensmischungen haben. Wo ungewollt verkehrte Anreize gesetzt werden“, mahnt Erkens-Reck. Denn im Gegensatz zu anderen Ländern mache der Einkäufer zugleich auch die medizinische und ökonomische Nutzenbewertung. „Wir schaffen hier einen schwierigen Interessenskonflikt. In vielen anderen Ländern ist das getrennt. Da wird die medizinische Nutzenbewertung von den besten medizinischen Fachexpertinnen und -experten gemacht und das ist getrennt vom ökonomischen Nutzen“, so Erkens-Reck, die in dieser Kritik auch Unterstützung von Wirthumer-Hoche erhält: „Ich habe immer klar festgehalten, dass es eine Firewall geben muss zwischen der Bewertung des medizinischen Nutzens, der Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit und der Beurteilung der wirtschaftlichen Aspekte.“ Die ethische Komponente bei der Bewertung von Therapien bringt Mag. Karl Lehner, MBA, Geschäftsführer der Oberösterreichischen Gesundheitsholding, in die Diskussion ein: „Wenn man viel Geld für wenige Fälle einsetzt, das man auch für sehr viele Menschen einsetzen könnte, haben wir ein ethische Grundsatzfrage.“ Hierüber brauche es eine breite gesellschaftliche Diskussion, aus der er sich Antworten auch vor dem Hintergrund der Nutzen-Debatte erwarte. Notwendig sei auf jeden Fall eine langfristige Finanzierung. Dies können auch, wie aktuell im Finanzausgleich diskutiert, ein eigener Topf für besonders teure Therapien sein. Nachteil einer solche Lösung sei allerdings: Ist der Topf ausgeschöpft, gibt es nichts mehr. „Aber es ist aus meiner Sicht schon ein Fortschritt, wenn man dafür eine österreichweite Finanzierungsgrundlage schafft“, so Lehner.

**Gesamtstrategie gefordert**  
Innovative Behandlungen stellen eine erhebliche finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem dar, auf die das heutige Gesundheitssystem nur ungenügend vorbereitet ist. Notwendig ist deshalb eine Reform, die es möglich macht, den Spagat zwischen kostenintensiven innovativen Therapien und einer hochwertigen effizienten Routineversorgung zu schaffen. Würden beispielsweise früher alle komplexen Behandlungen im Spitalsetting gemacht, wäre das heute nicht mehr notwendig. Dennoch passiere es, dass gewisse Leistungen, die an sich

State-of-the-Art-Behandlungen wären, im niedergelassenen Bereich nicht angeboten werden und Patientinnen und Patienten deshalb eine Spitalsambulanz aufsuchen müssen, die dann zur Therapievorbereitung die Voruntersuchungen des niedergelassenen Bereichs wiederholen muss. Es müsse endlich mit der „Herumschieberei“ zwischen Bundesländern, Trägerorganisationen und Sektoren aufgehört werden, appelliert Lehner. Das Thema könne nicht durch einen Spitalsträger oder ein Bundesland geregelt werden, sondern es bedarf einer übergreifenden Ordnung. „Die Behandlung muss sektorenübergreifend sein. Der Beton, den wir zwischen den Sektoren haben, hindert uns. Das gilt auch für die digitale Welt, wo wir uns ebenfalls abschotten“, so Lehner, der einen Lösungsansatz auch in einer höheren Transparenz sieht, denn diese würde Sektorgrenzen automatisch einreißen. „Im Zuge einer Reform braucht es deshalb dringend eine Gesamtstrategie, die aber auch die Digitalisierung berücksichtigen muss“, mahnt Dr. Franz Leisch, CDO des Vereins PRAEVENIRE. Ähnlich sieht es auch Angelika Widhalm, Vorsitzende des Bundesverbands Selbsthilfe Österreich (BVSHOE): „Die sogenannte Patient-Journey ist ein Chaos und Wirrwarr und die derzeitige Situation kann man nur als ungenügend und patientenfeindlich beurteilen. Was wir brauchen, sind rasche Diagnosen. Mehrfachuntersuchungen, wie sie häufig bei Übertritten vom extramuralen in den intramuralen Bereich vorkommen, sind nicht nur eine Zumutung für Patientinnen und Patienten, sondern bergen auch die Gefahr, dass etwas falsch oder unzureichend erfasst wird. Daher müssen alle Untersuchungsergebnisse und Behandlungen in ELGA erfasst werden.“ Auch die Unterschiede in Diagnosemöglichkeiten und Therapie zwischen den Bundesländern gehören dringend vereinheitlicht und optimiert. „Es kann nicht sein, dass eine Patientin, ein Patient in Niederösterreich andere Chancen in den Versorgungsmöglichkeiten hat als zum Beispiel jemand aus Vorarlberg oder Wien. Denn wer krank oder verunfallt ist, braucht entsprechende medizinische Versorgung“, schließt Mag. Michael Prunbauer von der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft an die Argumentation seiner Vorrednerin an. Durchaus kritisch beurteilt er das Eigenlob, in Österreich eines der besten Gesundheitssysteme der Welt zu haben. „Es hängt davon ab, wo man hinschaut. Das mag in der Notfallversorgung und der Krebstherapie stimmen, ist aber bei den Seltenen Erkrankungen schon nicht mehr der Fall. Wenn wir in die Richtung der Suchtmittelprävention gehen oder die psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, sind wir in diesen Bereichen sogar



Kurier, Erscheinungstermin 16. Juni 2023



nicht einmal mehr im europäischen Mittelfeld“, mahnt Prunbauer. Während aus seiner Sicht Innovation im Behandlungsbereich stattfindet, habe sich im Bereich der Institutionen nichts verändert. „Unser Ziel muss doch sein, wenn wir ein nachhaltiges Gesundheitssystem sowohl ökologisch, ökonomisch als auch hinsichtlich seiner Resilienz gegenüber Pandemien haben wollen, dass Menschen diese Versorgungsstrukturen so wenig wie möglich brauchen“, so Prunbauer.

## Innovative Ideen auch im Umgang mit Menschen

„Wir erleben gerade einen Paradigmenwechsel, der weder in den Berufsgruppen noch in der Politik angekommen ist. So habe ich zu meinem Berufseinstieg vor 40 Jahren beispielsweise noch 60 Stunden gearbeitet. Da spielt heute niemand mehr mit“, schildert Josef Zellhofer, Vorsitzender der ÖGB/ARGE-Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe. Dennoch werde noch immer an einem System festgehalten, das vor mehr als 100 Jahren ausgedacht wurde und vielleicht im vorigen Jahrhundert noch tauglich war, aber jetzt völlig überholt sei. Die Frage Personalbedarf, Personalbedarfsberechnungen könne man, mangels geeigneter Daten, nur ungefähr schätzen und sei zudem von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Ein weiterer Bereich, der verloren gegangen sei, ist die Ausbildung. „Wir haben auch eine Umkehr auf dem Personalmarkt. Bis vor zehn Jahren haben wir die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgewählt, jetzt suchen sich die Leute uns aus“, schildert Lehner. Ein Trend, den es generell am Arbeitsmarkt gibt. Deshalb werde die Oberösterreichische Gesundheitsholding auch die Ausbildung weiter forcieren. „Wir haben jedes Jahr mehr Ausbildungsplätze, sowohl auf der Fachhochschule oder in unseren Schulen. Wir müssen rekrutieren, wen wir bekommen können“, so Lehner. Idealtypisch steht die Patientin, der Patient im Mittelpunkt des Gesundheitssystems – so die Theorie. Tatsächlich gewinnt man aber den Eindruck, dass es viel mehr um die Interessen aller anderen Player im Gesundheitssystem geht. „Auf die Stimme und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten wird oftmals verzichtet“, bemängelt Widhalm. Dieser Anspruch ende in Österreich immer in einer Kostenfrage, ergänzt Zellhofer: „Das kann es nicht sein. Die Politik muss sich entscheiden, was sie möchte.“ Er wünsche sich, dass das System im 21. Jahrhundert ankommt unter Einbeziehung aller Player. „Ein großer Wunsch wäre, dass sich die großen Player im Gesundheitssystem – da gehören auch die Patientinnen und Patienten dazu – zusammensetzen und definieren, was das Gesundheitssystem überhaupt leisten soll und zu welcher Qualität“, appelliert auch Prunbauer zum Schluss für eine gemeinsame Strategie, die von allen Beteiligten im Gesundheitssystem entwickelt und getragen wird. P

Die Diskutantinnen und Diskutanten (v. l.) Michael Prunbauer, Christa Wirthumer-Hoche, Josef Zellhofer, Angelika Widhalm, Karl Lehner, Franz Leisch, Susanne Erkens-Reck, Hanns Kratzer (Moderation).







PRÄGNANT

# Klinische Forschung bringt Innovation

Die Forschung als Bindeglied zwischen Labor und Mensch

Das Leben von Menschen mit Erkrankungen durch Forschung und Wissenschaft zu verbessern, ist erklärtes Ziel des Biopharma-Unternehmens Bristol Myers Squibb (BMS). Dem Unternehmen ist die Bereitstellung von Medikamenten genauso wichtig, wie die Unterstützung von Menschen mit Erkrankungen und ihren Angehörigen. Es braucht beides, und dafür steht BMS. Knapp über 100 Mitarbeiter:innen arbeiten bei BMS in Österreich am Standort Wien. Gemeinsam mit Universitätskliniken und weiteren Krankenhäusern führt Bristol Myers Squibb derzeit mehr als 50 klinische Studien in Österreich durch.

## Absicherung des medizinischen Fortschritts

Jeder Tag, an dem Menschen unter schweren Erkrankungen leiden, ist ein Tag zu viel. Bristol Myers Squibb ist eines der führenden Unternehmen in der klinischen Forschung in Österreich und investiert intensiv in die Entwicklung innovativer Arzneimittel, um Patient:innen zu helfen. Bis ein Arzneimittel jedoch von der Entwicklung im Labor bis zur Zulassung und dann zur tatsächlichen Anwendung kommt, vergeht sehr viel Zeit. Je früher eine betroffene Person Zugang zu neuen Behandlungen erhält, desto größer sind die Erfolgsaussichten. „Klini-

sche Forschung ist das Bindeglied, um Innovationen aus den Laboren zu den Patient:innen zu bringen, die sonst oftmals keine anderweitigen Therapieoptionen hätten und so sehr früh Zugang zu neuen Behandlungsmöglichkeiten erhalten“, sagt Michael Lugez, General Manager von Bristol Myers Squibb in Österreich und der Schweiz.

## Standortvorteil Österreich

Klinische Forschung hat in Österreich Tradition. Hierzulande werden viele Pilotprojekte gestartet. Im Zuge der Studien erhalten die teilnehmenden Personen früheren Zugang zu innovativen Arzneimitteln. Davon profitieren nicht nur die Patient:innen, sondern die gesamte Medizin, weil Forscher:innen viele neue Erkenntnisse sammeln, die im Optimalfall zu verbesserten Behandlungsstandards führen. Mit den Fortschritten in der klinischen Forschung stärkt Österreich die Position als wichtiger Forschungsstandort. Studienärzt:innen können sich in den meist länderübergreifend durchgeführten Studien mit anderen Standorten vernetzen und in der internationalen Spitzenmedizin mitforschen“, so Lugez. Außerdem entlasten Studien das Gesundheitssystem finanziell und tragen zur Wertschöpfung bei. BMS legt in seinen Aktivitäten einen klaren Schwerpunkt auf



klinische Forschung – und hat dadurch eine Vorreiterrolle: so stehen Patient:innen innovative Therapien in verschiedenen Bereichen zur Verfügung.

## Über die Bereitstellung von Medikamenten hinaus

Bei BMS ist man überzeugt, dass die Pharmabranche über die Bereitstellung von Medikamenten hinaus mehr tun kann, um Menschen mit Erkrankungen und ihre Angehörigen zu unterstützen. Wissenschaftliche Zusammenarbeiten mit Universitätskliniken und Krankenhäusern fördern das internationale Gespräch und die Entwicklung von neuen Therapieansätzen. Dabei steht nicht nur der gedankliche Austausch von Studienärzt:innen untereinander im Fokus, auch der Dialog mit Patient:innen und deren Angehörigen ist BMS ein Anliegen. „Wir möchten mit Ärzt:innen, Patientenorganisationen, Betreuer:innen und Menschen mit Erkrankungen partnerschaftlich in Kontakt treten, um ihre Bedürfnisse besser zu verstehen und auch weiterhin in Zukunft wertvolle Innovationen zu schaffen.“ so Michael Lugez und erklärt abschließend „Bei uns steht bei allen Projekten der Mensch im Mittelpunkt.“

[bms.com/at](https://bms.com/at)



PRÄGNANT

# Chiesi: Shared Value als innovatives Unternehmensleitbild

Im Zusammenhang mit Pharmakonzernen denkt man nicht zwangsläufig an Gemeinwohl und Nachhaltigkeit. Anders verhält es sich beim italienischen Biopharmakonzern Chiesi, dessen Unternehmensleitung stark auf **NACHHALTIGKEIT UND SOZIALE VERANTWORTUNG** setzt. Im Gespräch mit PERISKOP erläutert Österreich-Geschäftsführer Dr. Christian Woergetter, MES die dahinterstehende Philosophie und welche praktischen Auswirkungen diese auf den Betrieb und die Produkte des Unternehmens hat. | von Rainald Edel, MBA

Die Chiesi Pharmaceuticals GmbH, eine hundertprozentige Tochter des italienischen Familienunternehmens Chiesi Farmaceutici S.p.A. mit Sitz in Parma, ist seit 2001 in Wien tätig. Die Chiesi-Gruppe, ein internationaler, forschungsorientierter Biopharmakonzern, beschäftigt mehr als 6.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in 31 Ländern. Chiesi erforscht, entwickelt und vermarktet innovative Arzneimittel in den Therapiegebieten Atemwegserkrankungen, Seltene Erkrankungen sowie Produkte und Dienstleistungen für den Hospitalbereich und die Pflege zu Hause. Chiesi ist seit 2019 B Corp™ zertifiziert.

**PERISKOP: B Corp™ ist ein großes Thema bei Chiesi. Was ist die Triebfeder für dieses Engagement, das im Bereich Pharma eher ungewöhnlich ist, und welche Ziele hat sich das Unternehmen gesteckt?**

**WOERGETTER:** Wir sind ein Familienunternehmen, mittlerweile in dritter Generation. Insbesondere der aktuellen Unternehmensleitung, Maria Paola und Alessandro Chiesi, der auch zum neuen Präsidenten gewählt wurde, ist Nachhaltigkeit ein großes Anliegen. Daher führen sie das Unternehmen nach dem „Shared-Value-Ansatz“. Shared Value ist dann erfüllt, wenn soziale Herausforderungen und Business-Themen miteinander adressiert werden und im Einklang stehen. Dadurch wird erreicht, dass Unternehmenserfolg mit sozialem Fortschritt einhergeht. Darüber hinaus ist CO<sub>2</sub>-Neutralität bis 2035 das große Ziel.

Relevant im Bereich der Pharmaindustrie ist sicher die Produktion, die in unserem Fall zum großen Teil in Parma (Italien) und in Blois (Frankreich) erfolgt. An beiden Standorten wurden Maßnahmen ergriffen, um den CO<sub>2</sub>-Ausstoß zu verringern. Aber auch in den Niederlassungen wie zum Beispiel bei uns in Österreich werden entsprechende Maßnahmen gesetzt. Der Umweltgedanke reicht bei Chiesi bis auf die Produktebene, wo wir beispielsweise für unsere Dosieraerosole ein klimafreundlicheres Treibgas entwickeln.

**Wir sind ein Familienunternehmen, mittlerweile in dritter Generation. Insbesondere der aktuellen Unternehmensleitung ist Nachhaltigkeit ein großes Anliegen.**

Christian Woergetter

**Welche Bedeutung hat die „B Corp Zertifizierung“ und welche Kriterien müssen Unternehmen dafür erfüllen?**

B Corp Unternehmen sind Teil einer globalen Bewegung, die für integrative, gerechte und



Christian Woergetter, Geschäftsführer von Chiesi in Österreich, setzt auch in der heimischen Niederlassung deutliche Zeichen für nachhaltiges Handeln.

regenerative Wirtschaft stehen. Damit man durch die Non-Profit-Organisation B Lab™ zertifiziert wird, müssen sehr hohe soziale und ökologische Standards erreicht werden. Das ist Chiesi 2019 zum ersten Mal gelungen. Wir wurden im Vorjahr rezertifiziert und arbeiten stetig daran, uns weiter zu verbessern.

**Welchen Anteil haben Inhalatoren an der Gesamtmenge der Treibhausgasemissionen?**

Chiesi hat einen großen Fokus auf Atemwegserkrankungen. In den Bereichen Asthma und COPD sind wir mit unseren Inhalatoren zum Teil Marktführer – beides Indikationsgebiete, in denen Dosieraerosole zur Anwendung kommen. An sich ist deren Beitrag am Treibhauseffekt mit 0,1 Prozent am Gesamt-CO<sub>2</sub>-Ausstoß verschwindend gering. Um das anschaulicher zu machen: Die Produktion eines Hamburgers hat das 40-fach höhere Global-Warming-Potential als ein Hub von einem Dosieraerosol. Aber unbestritten gibt es einen gewissen CO<sub>2</sub>-Ausstoß, auf den Chiesi mit zwei unterschiedlichen Ansätzen reagiert hat. So haben wir einen Trockenpulverinhalator auf den Markt gebracht, der keinen CO<sub>2</sub>-Ausstoß verursacht. Allerdings braucht man dafür ein gewisses Atemzugvolumen, um ihn auslösen zu können. Da dies nicht bei allen Patient:innen und Patienten gegeben ist und wir ihnen eine Wahlmöglichkeit anbieten wollen, hat es sich Chiesi zur Aufgabe gemacht, den klassischen Inhalationsspray umweltfreundlicher zu gestalten. Wir haben dazu in den letzten Jahren intensiv geforscht und 350 Mio. Euro investiert, um ein umweltfreundlicheres Treibgas zu entwickeln. Das soll 2025 auf den Markt kommen und ab 2029 in Europa erhältlich sein.

**Welchen Stellenwert messen Patientinnen und Patienten dem Thema Nachhaltigkeit in medizinischen Produkten bei?**

Sowohl bei Ärztinnen und Ärzten als auch Patientinnen und Patienten steht der medizinische

**Unser Ansporn ist nicht Wohlgefallen zu erzeugen, sondern das Anliegen einen spürbaren Beitrag zur Nachhaltigkeit zu leisten.**

Christian Woergetter

Nutzen eindeutig über dem Umweltgedanken. Allerdings merken wir, dass der Umweltgedanke zunehmend an Bedeutung gewinnt. Unser Ansporn ist nicht Wohlgefallen zu erzeugen, sondern das Anliegen einen spürbaren Beitrag zur Nachhaltigkeit zu leisten.

**Ein konkretes Anwendungsgebiet der Dosieraerosole ist die Asthmatherapie. In Deutschland werden gerade die Therapieempfehlungen geändert. Welche neuen Entwicklungen gibt es in der Behandlung und welche Änderungen zeichnen sich auch in Österreich in der Behandlung von Asthma ab?**

Österreich wie auch Deutschland folgen in der Behandlung den internationalen Leitlinien zur Asthmatherapie, die durch ein Expertengremium jährlich besprochen werden. Die derzeit gültige Empfehlung in der Asthmatherapie ist, von Beginn an Steroid-haltige Medikamente zu verwenden, weil sie nachgewiesenermaßen nachhaltig die Entzündung reduzieren. Dazu muss man auch sagen, dass wir hier von einer topischen Anwendung sprechen. Das Cortison wirkt in den großen und kleinen Atemwege der Lunge und nicht systemisch. Bei der sogenannten „Reliever-Therapie“ nehmen die Betroffenen die Medikamente nur nach Bedarf und verringern somit ohnehin den Einsatz von Corticosteroiden. In Laienkreisen sind Corticosteroide sehr zu Unrecht verteufelt. Generell ist zu bemerken, dass die Pandemie die Corticosteroide ein wenig rehabilitiert hat, da auf Grund der entzündungshemmenden Eigenschaften vermehrt ICS-basierte Medikamente nachgefragt wurden.

**Neben dem Bereich der Atemwegserkrankungen forscht und entwickelt Chiesi auch noch in anderen Indikationsgebieten. Was ist in diesen Bereichen in den nächsten Jahren zu erwarten?**

Unser großer Fokus auf Atemwegserkrankungen war sicher einer der Erfolgsfaktoren von Chiesi. Zudem sind wir mittlerweile auch stark im Bereich der Seltene Erkrankungen vertreten. Um hier nur einige zu nennen, sind es Indikationen wie Cystische Fibrose, Alpha-Mannosidose, Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, Zystinose und Leber'sche hereditäre Optikus-Neuropathie für die wir uns einsetzen. Dieses Jahr kommt noch ein Medikament zur Behandlung von Morbus Fabry auf den Markt. Mitte nächsten Jahres möchten wir für mindestens acht Seltene Erkrankungen Therapie-Optionen auf dem Markt haben.



## Lehre heißt bei uns Karriere!

Lehrausbildung jetzt starten, wohnortnah in allen Regionen.

LANDES  
GESUNDHEITS  
AGENTUR

Gesund und gepflegt. Ein Leben lang.

TERMINE

**Besucht uns bei unseren Lehrlingstagen:**

- 09.11.2023 Waldviertel  
Landeskrankenhaus Zwettl
- 17.11.2023 NÖ Mitte  
Universitätskrankenhaus St. Pölten
- 22.11.2023 Weinviertel  
Landeskrankenhaus Mistelbach
- 05.12.2023 Mostviertel  
Landeskrankenhaus Amstetten
- 05.12.2023 Thermenregion  
City Campus der FH Wiener Neustadt

Nähere Informationen zur Anmeldung unter [personalmarketing@noe-lga.at](mailto:personalmarketing@noe-lga.at)

Neben **bestmöglichen Arbeitsbedingungen** erwartet euch eine **individuelle Ausbildung** abgestimmt auf eure Bedürfnisse, um den Start ins Berufsleben in unseren Kliniken und Pflegezentren optimal zu begleiten. Zudem leistet ihr einen **wertvollen Beitrag zur erstklassigen Gesundheitsversorgung** in ganz Niederösterreich.

gesund und gepflegt  
 m\_einlebenlang  
 NÖ Landesgesundheitsagentur  
[www.noe-lga.at](http://www.noe-lga.at)

Eine entgeltliche Einschaltung der NÖ LGA



PRÄGNANT

# Welche Faktoren machen unsere Leber krank?

Anlässlich der 8. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten stand der Auftakt der neuen PRAEVENIRE Initiative „LEBERGESUNDHEIT 2030“ am Programm. Diese zielt darauf ab, die Bedeutung der Lebergesundheit ins Blickfeld gesundheitspolitischer Strategien und Planungen zu rücken. Aus diesem Grund lag der Fokus dreier Keynotes auf dem Thema Lebergesundheit. | von Carola Bachbauer BA, MSc

In Österreich ist jede bzw. jeder Dritte von einer Metabolischen dysfunktionsassoziierten Steatotischen Lebererkrankung (MASLD) betroffen. Etwa 70 Prozent davon leiden zusätzlich an Übergewicht, Adipositas oder Diabetes – Tendenz steigend. Die Kombination aus einer Fettlebererkrankung und Übergewicht kann das Risiko für chronische Lebererkrankungen erheblich erhöhen.

## Ernährung bei Lebererkrankungen aus Sicht der aktuellen Leitlinien

Zu Beginn seines Vortrags ging Prim. Univ.-Prof. Dr. Ludwig Kramer, Vorstand der 1. Medizinischen Abteilung des Krankenhauses Hietzing, auf den „westlichen“ Lebensstil ein. Laut Kramer seien die Hauptursachen für die steigenden Zahlen von Übergewicht und Adipositas eine Überernährung in Kombination mit Bewegungsmangel. Vor allem flüssige Kohlenhydrate und hochprozessierte Lebensmittel würden hier eine Rolle spielen. „Zur Verbesserung der Haltbarkeit werden viele Faserstoffe gezielt aus industriellen Lebensmitteln entfernt und oberflächenaktive Moleküle sowie Stabilisatoren zugesetzt. Dies wirkt sich negativ auf unsere Gesundheit aus“, erklärte Kramer und führte weiter aus: „Eine Kohortenstudie aus Frankreich hat gezeigt, dass eine 10-prozentige Zunahme an ultraprozessierten Lebensmitteln bei Erwachsenen ab 45 Jahren statistisch mit einem 14-prozentigen Anstieg der Mortalität einhergeht.“

Anschließend legte Kramer den Fokus auf Empfehlungen zur Abschätzung der Prognose und bei der Erstellung eines Behandlungsplans für Patientinnen und Patienten mit MASLD. Hierbei sollten neben hepatologischen auch Komorbiditätsrisiken entsprechend der aktuellen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) und der europäischen Patientenleitlinie berücksichtigt werden. Des Weiteren sollten Personen mit MASLD und Übergewicht oder Adipositas als erste Therapie eine Lebensstilintervention empfohlen bekommen. Interessant ist dabei laut Kramer, dass Studienergebnisse eine quantitative Grenze aufzeigen, ab der die Änderungen des Lebensstils erst wirksam werden. Ab einer Verringerung des Körpergewichts um fünf bis zehn Prozent kann frühestens ein positiver Effekt für die Leber erzielt werden. „Um eine Gewichtsreduktion zu erreichen, benötigt es sowohl eine personalisierte Ernährungsintervention als auch mindestens drei Stunden aerobes oder isometrisches Training pro Woche. Dies ist für Menschen mit starkem Übergewicht schwer umsetzbar. Dadurch gibt es nur eine geringe Erfolgsaussicht der



## Eine Kohortenstudie aus Frankreich hat gezeigt, dass eine 10-prozentige Zunahme an ultraprozessierten Lebensmitteln bei Erwachsenen ab 45 Jahren statistisch mit einem 14-prozentigen Anstieg der Mortalität einhergeht.

Ludwig Kramer

Lebensstilintervention ohne spezifische medikamentöse oder diätologische Unterstützung“, so Kramer. Nicht zu empfehlen seien laut aktueller Datenlage eine Supplementierung von Antioxidantien (Vitamin C, Resveratrol, Anthozyanin etc.), Colin oder Carnitin und Omega-3-Fettsäuren zur Behandlung der MASLD.

## Darm-Leber-Achse

„Einer von 400 Menschen in Österreich hat eine Leberzirrhose. 70 Prozent der Patientinnen und Patienten erhalten ihre Diagnose erst, wenn sie aufgrund von Komplikationen bereits ins Krankenhaus müssen. Die Leberzirrhose ist die zehnte häufigste Todesursache in den westlichen Ländern“, mit diesen drastischen Worten eröffnete Univ.-Prof. Dr. Vanessa Stadlbauer-Köllner von der MedUni Graz ihre Keynote. Die häufigsten Ursachen für Leberzirrhosen sind Alkohol, das metabolische Syndrom und chronische Virus-Hepatitis. Diese drei Faktoren machen fast 95 Prozent der Fälle aus. „Die Erforschung der Darmbakterienzusammensetzung hat gezeigt, dass die Leberzirrhose häufig mit einer Erkrankung des Darmmikrobioms

zusammenhängt“, erklärte die Expertin. Indem die Diversität des Mikrobioms abnimmt, wird es anfälliger für Schäden von außen. Keime können in den Körper gelangen und eine Barriestörung, eine Entzündungsreaktion verursachen, die die Leberfunktion verschlechtern oder zu Komplikationen wie Infektionen führen. „In einer Studie haben wir aufgezeigt, dass Protonenpumpenhemmer bei Leberzirrhose das Mikrobiom negativ beeinflussen. Patientinnen und Patienten, welche Protonenpumpenhemmer einnahmen, hatten eine erhöhte Rate an Komplikationen besonders bei Infektionen. Zusätzlich war die Mortalität im Vergleich mit Menschen, die keine einnahmen, erhöht“, so Stadlbauer-Köllner. Aber auch eine Antibiotikatherapie bei Leberzirrhose hat Nebenwirkungen. „Wir konnten sowohl bei der Zirrhose als auch bei der Einnahme von Protonenpumpenhemmern zeigen, dass die Zufuhr von Probiotika positive Effekte auf die Darmbarriere haben und eine bakterielle Translokation verhindern kann. Andere Forschungsgruppen haben zum Beispiel gezeigt, dass spezielle Bakterieninfektionen nach einer Lebertransplantation oder die Entstehung eines Leberkomas verhindern können“, berichtete die Ärztin. Zum Schluss ging Stadlbauer-Köllner näher auf ihre Forderungen bzw. Wünsche bezüglich der Darm-Leber-Achse ein: „Wir brauchen dringend eine Definition der Normwerte für die Mikrobiomzusammensetzung, damit Diagnostik betrieben werden kann. Wir müssen auch eine Wissensbasis zu Medikamenten-Mikrobiom-Interaktionen aufbauen und das Mikrobiom in die Entwicklung von Therapeutika einbeziehen. Außerdem ist es notwendig, neue regulatorische Strukturen zu schaffen, um mikrobiombasierte



zusammenhängt“, erklärte die Expertin. Indem die Diversität des Mikrobioms abnimmt, wird es anfälliger für Schäden von außen. Keime können in den Körper gelangen und eine Barriestörung, eine Entzündungsreaktion verursachen, die die Leberfunktion verschlechtern oder zu Komplikationen wie Infektionen führen. „In einer Studie haben wir aufgezeigt, dass Protonenpumpenhemmer bei Leberzirrhose das Mikrobiom negativ beeinflussen. Patientinnen und Patienten, welche Protonenpumpenhemmer einnahmen, hatten eine erhöhte Rate an Komplikationen besonders bei Infektionen. Zusätzlich war die Mortalität im Vergleich mit Menschen, die keine einnahmen, erhöht“, so Stadlbauer-Köllner. Aber auch eine Antibiotikatherapie bei Leberzirrhose hat Nebenwirkungen. „Wir konnten sowohl bei der Zirrhose als auch bei der Einnahme von Protonenpumpenhemmern zeigen, dass die Zufuhr von Probiotika positive Effekte auf die Darmbarriere haben und eine bakterielle Translokation verhindern kann. Andere Forschungsgruppen haben zum Beispiel gezeigt, dass spezielle Bakterieninfektionen nach einer Lebertransplantation oder die Entstehung eines Leberkomas verhindern können“, berichtete die Ärztin. Zum Schluss ging Stadlbauer-Köllner näher auf ihre Forderungen bzw. Wünsche bezüglich der Darm-Leber-Achse ein: „Wir brauchen dringend eine Definition der Normwerte für die Mikrobiomzusammensetzung, damit Diagnostik betrieben werden kann. Wir müssen auch eine Wissensbasis zu Medikamenten-Mikrobiom-Interaktionen aufbauen und das Mikrobiom in die Entwicklung von Therapeutika einbeziehen. Außerdem ist es notwendig, neue regulatorische Strukturen zu schaffen, um mikrobiombasierte



## Wenn man sich die Indikationen zu Lebertransplantationen in Europa anschaut, befindet sich die Primäre sklerosierende Cholangitis an dritter Stelle auf der Warteliste für Lebertransplantationen. Bei den tatsächlich durchgeführten Lebertransplantationen beträgt die Prozentzahl für seltene Lebererkrankungen 20. Somit spielen diese bei Lebertransplantationen doch eine wesentliche Rolle.

Michael Trauner

Therapien gut anwenden zu können, denn die Regeln, die für Arzneimittel gelten, sind weder für Stuhltransplantationen noch für Pre-, Pro- und Symbiotika geeignet.“

## Seltene Lebererkrankungen – gar nicht so selten

Univ.-Prof. Dr. Michael Trauner von der Med Uni Wien gab zunächst einen Faktenüberblick über Seltene Erkrankungen: „Laut EU wird eine Erkrankung als selten bezeichnet, wenn weniger als einer von 2.000 Menschen davon betroffen ist. Zurzeit sind zwischen 3,5 und 5,9 Prozent der Weltbevölkerung von Seltene Erkrankung betroffen. Das bedeutet 30 Mio. Menschen in der EU. Insgesamt gibt es über 6.000 verschiedene Seltene Erkrankungen. 72 Prozent davon haben eine genetische Ursache. Die angeführten Zahlen zeigen, dass Seltene Erkrankungen zwar als einzelne Erkrankung selten sind, aber als Gruppe relativ häufig anzutreffen sind.“ Wirft man einen Blick auf Lebererkrankungen, zeigt sich, dass diese die fünf häufigste Todesursache in der EU sind, die zweit häufigste für den Verlust von Arbeitslebensjahren und Leberkrebs die dritt häufigste Ursache für einen Krebstod ist. „Neben den häufigsten Faktoren einer Lebererkrankung machen genetische und seltene Ursachen zwar nur einen kleinen Prozentsatz aus, wichtig ist jedoch zu betonen, dass sie in Verbindung mit den häufigen Auslösern gebracht werden können“, so Trauner. Als Beispiel dafür nannte er die Haaranalyse von Ludwig van Beethoven, welche zeigte, dass der Komponist eine genetische Disposition für Lebererkrankungen hatte. Dies führte wahrscheinlich im Zusammenhang mit seinem Alkoholkonsum zum fortschreitenden Leberversagen und somit zum Tod. Daten des European Reference Network (ERN) Rare Liver zeigen, dass vor allem Autoimmunhepatitis (AIH), Primäre biliäre Cholangitis

Am Podium diskutierten v. l. n. r. Alice Herzog, Michael Trauner, Angelika Widhalm, Barbara A. Schmid, Ludwig Kramer, Thomas Cypionka und Andreas Huss.

## Vortragende, digital dazugeschaltet

Vanessa Stadlbauer-Köllner



(PBC) und Primäre sklerosierende Cholangitis (PSC) bei seltenen Lebererkrankungen auftreten. Näher ging der Experte auf PSC ein. Laut Studien beträgt die durchschnittliche Überlebenszeit bei Betroffenen im Alter von 30 bis 40 Jahren nach einer PSC Diagnose etwa 14 Jahre, wenn keine Lebertransplantation vorgenommen wird. Zehn Prozent entwickeln ein Cholangiozelluläres Karzinom. „Wenn man sich die Indikationen zu Lebertransplantationen in Europa anschaut, befindet sich die PSC an dritter Stelle auf der Warteliste für Lebertransplantationen. Bei den tatsächlich durchgeführten Lebertransplantationen beträgt die Prozentzahl für seltene Lebererkrankungen 20. Somit spielen diese bei Lebertransplantationen doch eine wesentliche Rolle. Vor allem wenn man bedenkt, dass bei PSC bei 50 Prozent der Betroffenen die Erkrankung innerhalb von fünf bis zehn Jahren wieder kommt“, erklärte Trauner. Aufgrund dieser verheerenden Zahlen betonte der Experte die Wichtigkeit des Paradigmenwechsels in der Diagnose von Lebererkrankungen und dass der Fokus mehr auf Früherkennung sowie Prävention gelegt werden sollte. Dies kann einen positiven Effekt auf die Mortalität im Zusammenhang mit Lebererkrankungen haben. Dafür seien laut Trauner klinische Guidelines notwendig, die Diagnose- und Versorgungspfade klar darlegen. Da bei seltenen Lebererkrankungen die Einzelerfahrungen sehr limitiert sind, sei es sinnvoll, Expertisenzentren zu bilden. Wichtig in diesem Bereich sei jedoch eine niederschwellige Anbindung an den niedergelassenen Bereich und an Patientenselbsthilfegruppen. Zum Schluss betonte der Experte noch, dass es im Bereich von seltenen Lebererkrankungen notwendig sei den Fokus auf aussagekräftige, multizentrische Studien mit Zahlen in der Größenordnung von 300 bis 400 Patientinnen und Patienten im Rahmen von Phase-3-Studien zu legen.

## Die Erforschung der Darmbakterienzusammensetzung hat gezeigt, dass die Leberzirrhose häufig mit einer Erkrankung des Darmmikrobioms zusammenhängt.

Vanessa Stadlbauer-Köllner

## Essenzen aus der Podiumsdiskussion

In der anschließenden Podiumsdiskussion wurden die Themen der drei Keynotespeaker noch einmal aufgegriffen und vertiefend diskutiert. Dr. Thomas Cypionka, stellvertretender Direktor des Instituts für Höhere Studien (IHS), Head of Health Economics and Health Policy, gab einen Einblick in die aktuelle Datenlage von Übergewicht und Adipositas in Österreich: „2,8 Mio. Menschen sind übergewichtig, 1,3 Mio. der Österreicherinnen und

Österreicher sind adipös. Es gibt 245.000 übergewichtige Kinder, davon sind 113.000 Kinder adipös.“ Laut Prognosen steigt der Anteil der adipösen Kinder und Jugendlichen alle fünf Jahre um ein Prozent. Diese Berechnung ist besonders alarmierend, da ein Zusammenhang zwischen Übergewicht, Lebererkrankungen und dem metabolischen Syndrom besteht. Um Lebererkrankungen entgegenzuwirken, empfahl Cypionka bereits bei den Kindern anzusetzen. Denn Kinder und Jugendliche sind besonders anfällig für Falschinformationen zum Thema Ernährung auf Social Media. Deshalb sei es wichtig, früh beim Gesundheitswissen und beim Aufbau von Gesundheitskompetenz anzusetzen, um Kinder und Jugendliche bei eigenverantwortlichen und guten Entscheidungen für ihre Gesundheit zu unterstützen. Diese Meinung vertritt auch Angelika Widhalm, Vorsitzende Hepatitis Hilfe Österreich – Plattform Gesunde Leber: „Die Leber tut nicht weh, auch wenn bereits eine Lebererkrankung vorliegt. Dies ist jedoch noch nicht bei der österreichischen Bevölkerung angekommen. Somit besteht im Bereich Awareness-, Aufklärungs- und Informationsarbeit bezüglich Lebergesundheit großer Aufholbedarf.“ Eine Forderung mit der sich die Hepatitis Hilfe Österreich schon lange auseinandersetzt, ist die Finanzierung der diätologischen Behandlung im extramuralen Bereich. Derzeit wird so eine Intervention von der österreichischen Sozialversicherung nicht erstattet. „Es darf nicht sein, dass nur gut situierte Personen sich diese Behandlung leisten können“, so Widhalm. In die gleiche Kerbe schlug Mag. Barbara A. Schmid, freiberufliche Diätologin aus Wien, und betonte, dass die Finanzierung von diätologischen Leistungen im extramuralen Bereich eine Notwendigkeit sei. Durch gezielte Schritte in Kommunikation bzw. Finanzierung der diätologischen Behandlung im extramuralen Bereich – das heißt diätologische Behandlung auf Krankenschein könne einerseits die Ernährungstherapie leistbar und andererseits sicher gemacht werden. Bei allen internistischen Erkrankungen, wie auch bei Lebererkrankungen, erläuterte die Diätologin, sei es wichtig, aufbauend auf der medizinischen Diagnose ein diätologisches Assessment durchzuführen: Das bio-psycho-soziale 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. Eine wichtige Maßnahme, die in die Vorsorgeuntersuchung aufgenommen werden sollte, sei laut Kramer und Trauner die Ultraschalluntersuchung mit der Leberstrukturveränderungen erkannt werden können. Andreas Huss, MBA, meinte in seiner Funktion als stellvertretender Obmann der Österreichischen Gesundheitskassen (ÖGK), dass die ÖGK grundsätzlich offen für Vorschläge der Fachwelt sei und diese auch diskutiert werden. „Die Medizin ist nichts, was über 20 Jahre gleichbleibt. Es werden ständig neue Erkenntnisse gewonnen und an diese müssen die Vorsorgeuntersuchungskriterien angepasst werden“, so Huss. Des Weiteren seien aus seiner Sicht die Kosten kein maßgeblicher Faktor, wenn die Lebensqualität verbessert und die gesunden Lebensjahre verlängert werden. Denn fünf bis zehn gesunde Lebensjahre würden so viel Geld ersparen, dass die Screening-Programme finanzierbar wären. P

Mit freundlicher Unterstützung von:



© KRISTIAN JUHASZ

© KRISTIAN JUHASZ, CHRISTIAN JUNGWIRTH





PRÄGNANT

# Bewegung als Präventionsmaßnahme

Bewegung ist für die Gesundheit von großer Bedeutung und kann insbesondere bei der **PRÄVENTION UND BEHANDLUNG VON CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN** unterstützen. Zudem kommt ihr eine wichtige Rolle bei der Erhaltung der mentalen Gesundheit und in der Erfüllung eines möglichst langen gesunden Lebens zu. Bei einem PRAEVENIRE Talk anlässlich der 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach diskutierten Expertinnen und Experten über Bewegungsempfehlungen sowie Maßnahmen, die dazu führen sollen, dass die österreichische Bevölkerung bewegungsfreudiger wird. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

**Ü**bergewicht und Adipositas sind wichtige Indikatoren zur Beurteilung des Gesundheitszustands einer Bevölkerung. In den vergangenen Jahrzehnten hat die Zahl der übergewichtigen und adipösen Personen in Österreich zugenommen. Laut Statistik Austria waren im Jahr 2014 32,6 Prozent der Menschen ab einem Alter von 15 Jahren übergewichtig und 14,4 Prozent adipös. Im Jahr 2019 stieg dieser Anteil auf 34,3 Prozent der österreichischen Bevölkerung mit Übergewicht und 16,5 Prozent mit Adipositas an. Dies ist größtenteils auf einen Lebensstil mit hochkalorienhaltiger Ernährung und geringer körperlicher Aktivität zurückzuführen.

**Aus Sicht der Physiotherapeutinnen und -therapeuten wäre es sinnvoll, schon im Säuglingsalter einen Mobilitätscheck durchzuführen und Eltern entsprechend über Bewegung aufzuklären. Dies sollte in den Eltern-Kind-Pass integriert werden.**

Monika Peer-Kratzer

## Vitalität durch Aktivität

„Bewegung ist Leben“, betonte Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer, MSc, Dekan der Fakultät für Gesundheit und Medizin an der Universität für Weiterbildung Krams und Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention, bei dem PRAEVENIRE Talk über Bewegung und Prävention. Seit Jahren beschäftigt sich der Orthopäde und Sportmediziner mit dem Thema Prävention durch sportliche Aktivität und somit mit Maßnahmen, die Erkrankungen und Folgeerscheinungen verhindern bzw. minimieren können. Vor allem in Hinblick auf gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung kann Prävention einen großen Beitrag leisten. Studien haben belegt, dass 150 bis 300 Minuten körperliche Betätigung pro Woche die Mortalität von Menschen im Vergleich zu kör-

perlich Inaktiven um rund 40 Prozent senken können. Nehrer veranschaulichte den positiven Einfluss von Bewegung anhand einer weiteren Studie, bei der Daten von US-Olympiateilnehmerinnen und -teilnehmern zwischen 1912 und 2021 analysiert wurden. Dabei zeigte sich, dass die Olympionikinnen und Olympioniken im Durchschnitt etwa fünf Jahre länger lebten als die allgemeine Bevölkerung. Extremsport sei dennoch nicht notwendig.

## Hohe Inaktivität in Österreich

Auch in Österreich ist der Bewegungsmangel weit verbreitet. Daten des Eurobarometers Sport und körperliche Betätigung zeigen, dass 77 Prozent der Männer und 76 Prozent der Frauen über 55 Jahre selten oder nie Sport betreiben. Dies sieht bei Schülerinnen und Schülern nicht anders aus. Laut der Gesundheits- und Fitnessstudie „Get fit Kid“ erfüllen 61 Prozent aller untersuchten Schülerinnen und Schüler nicht die Empfehlungen für ausreichende Bewegung. Besorgniserregend ist zudem der hohe Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher, wie Nehrer feststellte. Der Bewegungsmangel lasse sich auch an den Arthrosebeschwerden ablesen. Bereits 20 Prozent der österreichischen Bevölkerung leiden an dieser Erkrankung. Prognosen sehen hierbei einen Anstieg auf bis zu 35 Prozent in den nächsten Jahren. Darüber hinaus erhöht Arthrose das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Bluthochdruck. Präventive Maßnahmen sollten vor allem eine Anpassung des Lebensstils in Bezug auf Ernährung, Sport- und Aktivitätsgewohnheiten sowie das Körpergewicht beinhalten. Allerdings, so betonte der Experte, werden solche Maßnahmen in der Primärversorgung noch unzureichend umgesetzt.

## Mangelnde Gesundheitskompetenz

Laut Andreas Huss, MBA, Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), ist die hohe Inaktivität vor allem dem mangelnden Gesundheitswissen der Menschen in Österreich geschuldet. „Österreich ist bei der Gesundheitskompetenz grottenschlecht und Schlusslicht in Europa“, stellte er fest. Dabei beobachtet er ein deutliches West-Ost-Gefälle, das sich



Kurier, Erscheinungstermin 4. August 2023

auch in der Anzahl der gesunden Lebensjahre widerspiegelt. Insbesondere in den östlichen Bundesländern sei dringender Handlungsbedarf erforderlich. Um hier bedeutende Fortschritte zu erzielen, plant die ÖGK, ihre Ausgaben für Präventionsmaßnahmen bis 2030 von derzeit 1,4 Prozent auf fünf Prozent der Beitragseinnahmen zu erhöhen, was einem Plus von 700 Mio. Euro entspricht. Der Obmann betonte, dass konkrete Programme bereits in Entwicklung sind. Ein Beispiel dafür sei ein Programm für adipöse Kinder, für das pro Fall 5.000 Euro in die Hand genommen werden, um bei Eltern und den betroffenen Kindern die Gesundheitskompetenz zu steigern. „Es ist zudem ein Erfolg, dass nun auch die Zahngesundheit in den Eltern-Kind-Pass aufgenommen wurde und die nächsten Ziele sind, dass auch andere Vorsorgeprogramme aus den Bereichen der Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie in diesen integriert werden“, so Huss.

## Motivation zu mehr Bewegung bereits im Kindesalter

Auch Mag. Monika Peer-Kratzer, die Landesverbandsvorsitzende von Physio Austria in Tirol, setzt sich nachdrücklich für dieses Vorhaben ein. Sie plädiert dafür, bereits im Säuglingsalter physiotherapeutische Überprüfungen durchzuführen. „Aus Sicht der Physiotherapeutinnen und -therapeuten wäre es sinnvoll, schon im Säuglingsalter einen Mobilitätscheck durchzuführen und Eltern entsprechend über Bewegung aufzuklären. Dies sollte in den Eltern-Kind-Pass integriert werden“, erklärte sie. Des Weiteren betonte sie, wie bedeutsam die Bewegungserziehung in Kindergärten und Schulen ist,

**Studien haben belegt, dass 150 bis 300 Minuten körperliche Betätigung pro Woche die Mortalität von Menschen im Vergleich zu körperlich Inaktiven um rund 40 Prozent senken können.**

Stefan Nehrer



**Die tägliche Bewegungseinheit wäre das Beste, das man der Jugend in Österreich für die Zukunft bieten kann. Das Wesentlichste dafür ist aber, die Kräfte in der Konzeption, Koordination und Umsetzung zu bündeln.**

Alexander Biach

um Kinder schon in jungen Jahren darüber aufzuklären, welche positiven Auswirkungen regelmäßige Bewegung auf die Gesundheit hat. „Es reicht nicht, wenn wir sagen, bewege dich bzw. bewege Sie sich mehr. Wir müssen die Menschen dazu motivieren, im Sinne der Eigenverantwortung Bewegung selbstständig durchzuführen, und genau hier kann die Physiotherapie mit speziellen und gezielten, persönlichen Trainings die Tür für die Patientinnen und Patienten öffnen“, stellte die Physiotherapeutin fest. Auch im Alter könne die Physiotherapie wertvolle Hilfestellungen geben. Durch einfache Tests könnten beispielsweise das Sturzrisiko bei älteren Menschen ermittelt und durch gezielte präventive Übungen deutlich reduziert werden. Wie wichtig die Themen Prävention und Bewegung seien, zeige auch ein Rechnungshofbericht aus dem Jänner 2023, der erstmals seit Jahren einen Rückgang der gesunden Lebensjahre aufzeigte. „Diese Daten sind alarmierend. Wir alle streben ein langes und gesundes Leben an. Nur durch präventive Programme können wir dem Rückgang der gesunden Lebensjahre effektiv entgegenwirken.“ Wie wichtig die Zusammenarbeit zwischen Physiotherapeutinnen, -therapeuten und Sportärztinnen, -ärzten ist, betonte Nehrer. Daten zeigen, dass mit einem Training, das auf Muskelstabilisierung und Koordination ausgerichtet ist, zum Beispiel bei Fußballerinnen und Fußballern die Häufigkeit von Kreuzbandverletzungen um 50 Prozent reduziert werden kann. „Dieses Präventionskonzept ist ganz wichtig und funktioniert nur in Kooperation zwischen Sportmedizin und Physiotherapie“, betonte der Arzt. Aufgrund dessen ist es Nehrer ein Anliegen, dass das Sport- bzw. Bewegungsrezept auch in Österreich umgesetzt wird. Denn dieses wäre ein guter Zugang, um die körperliche Inaktivität der österreichischen Bevölkerung zu senken.

**Wir wissen, Bewegung wirkt auf unseren Körper, auf unseren Geist und auf unsere gesamte Gesundheit. Je kräftiger wir sind, desto geschützter sind unsere Knochen. Das ist eine wichtige Sturzprophylaxe.**

Julia Hagenauer

## Bewegung, Bewegung, Bewegung

„Unser Leben wird immer bequemer – von der elektrischen Zahnbürste über den selbstfahrenden Roller bis hin zum Lift und zum Lieferservice. Diese Vorzüge haben aber auch einen hohen Preis. Der daraus resultierende Bewegungsmangel spielt in der gleichen Liga wie andere Risikofaktoren, beispielsweise das Rauchen, schlechte Ernährung oder Bluthochdruck“, warnte Julia Hagenauer, BSc, MSc, von der Koordinationsstelle für Prävention am Landesinstitut für Integrierte Versorgung (LIV) Tirol. Aus diesem Grund hat die Weltgesund-



PRAEVENIRE Talk-Diskussionsteilnehmer (v. l. n. r.): Hanns Kratzer (Moderation), Alexander Biach, Monika Peer-Kratzer, Stefan Nehrer, Julia Hagenauer, Andreas Huss

heitsorganisation (WHO) 2010 Bewegungsempfehlungen veröffentlicht, die ein Mindestmaß an körperlicher Bewegung im Umfang von 150 Minuten moderater Ausdauer oder 75 Minuten intensives Ausdauertraining pro Woche vorsehen. „Moderates Ausdauertraining umfasst leichtes Spaziergehen, Gartenarbeit oder Hausarbeit. Intensives Training bedeutet Sportarten wie Fußball, bei denen man ins Schwitzen und außer Atem kommt“, so Hagenauer. Zusätzlich zu der Ausdauer empfiehlt die WHO zweimal die Woche muskelkräftigende Übungen. Nach Angaben der Expertin betreibt in Österreich ungefähr die Hälfte der Bevölkerung ausreichend Bewegung.

Fast jede dritte Person macht zumindest zweimal in der Woche Übungen zum Aufbau und zur Kräftigung der Muskulatur. Lediglich 23,6 Prozent erfüllen beide Kriterien. „Wir wissen, Bewegung wirkt auf unseren Körper, auf unseren Geist und auf unsere gesamte Gesundheit. Je kräftiger wir sind, desto geschützter sind unsere Knochen. Das ist eine wichtige Sturzprophylaxe“, erklärte Hagenauer. Daher sei es erforderlich, einen ganzheitlichen Ansatz zu entwickeln, der zusammen mit einer gesunden Ernährung, regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen, Stressmanagement etc. funktioniert. Nur so könne laut der Expertin eine ganzheitliche Gesundheit erreicht werden.

## Wie viel wird in Prävention investiert?

Allerdings bedarf es zuerst der Konzeption und Finanzierung eines solchen umfassenden Programms. Dabei ist die Investition in Bewegung durchaus eine lukrative, da sie potenziell zu schnellen und nachhaltigen Kosteneinsparungen führen kann. Ein Blick auf die Präventionsausgaben in Österreich verdeutlicht den bestehenden Nachholbedarf, wie Dr. Alexander Biach,

**Österreich ist bei der Gesundheitskompetenz grottenschlecht und Schlusslicht in Europa.**

Andreas Huss

Direktor Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien, deutlich macht. „Wenn man die knapp über 2 Mrd. Euro, die in Österreich für Prävention aufgewendet werden, analysiert, zeigt sich, dass 1,7 Mrd. Euro in den Bereich Rehabilitation fließen. 250 Mio. Euro werden für Maßnahmen der Sekundärprävention, also beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen, verwendet und nur 300 Mio. Euro werden in die eigentliche Primärprävention, also Bewegung, Ernährung, Impfen etc., investiert“, so Biach. Besorgniserregend seien auch die Zahlen zur Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchung. Nur 15,1 Prozent der Gesamtbevölkerung nehmen das Angebot der Vorsorgeuntersuchung wahr. Aber auch von öffentlicher Seite wurde das Thema Bewegung vernachlässigt, so Biach. Die WHO forderte bereits 2002 von den Mitgliedstaaten entsprechende Konzepte – in Österreich gab es diese zehn Jahre später. Erst 2019 wurden diese Konzepte in die Zielsteuerung Gesundheit aufgenommen, allerdings ohne die Einbindung der Sozialversicherungen. „Das endete in einem Desaster“, erinnerte sich Biach und führte weiter aus, dass mit gezielten und klugen Bewegungsaktivitäten laut Studien Einsparungen von 1,5 Mrd. Euro erzielt werden könnten. „Die tägliche Bewegungseinheit wäre das Beste, das man der Jugend in Österreich für die Zukunft bieten kann. Das Wesentlichste dafür ist aber, die Kräfte in der Konzeption, Koordination und Umsetzung zu bündeln“, forderte Biach. **P**





PRÄGNANT

# Chronische Insomnie – das lange Leiden im Schlafzimmer

Im Rahmen der 8. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten fand am 23. Mai 2023 das 201. PRAEVENIRE Gipfelgespräch zum Thema „Chronische Insomnie – medizinische Relevanz, Auswirkungen, Bedürfnisse, Anforderungen und Perspektiven bezüglich Therapieoptionen“ statt – aus aktuellem Anlass, es steht **DIE VERFÜGBARKEIT EINES NEUEN WIRKSTOFFS IN ÖSTERREICH VOR DER TÜR.** | von Mag. Dora Skampert

**T**reten Schlafstörungen an mindestens drei Tagen pro Woche über mehr als drei Monate hinweg auf, sprechen Ärztinnen und Ärzte von chronischer Insomnie. Nach jüngsten Schätzungen liegen bei ca. zehn Prozent der Weltbevölkerung ein volles klinisches Syndrom einer chronischen Insomnie vor, Symptome für eine transiente Insomnie finden sich bei 30 bis 35 Prozent. Die WHO hat Schlafmedizin als eigenständiges Gebiet unter ICD 11 erstmals anerkannt – ein wichtiger Schritt. Von Expertenseite wird darauf hingewiesen, dass eine große Diskrepanz zwischen den Empfehlungen der Leitlinien und der Verschreibung in der klinischen Praxis besteht. Allem voran ist die korrekte Diagnosestellung ein durchaus herausforderndes Thema. Die Betroffenen leiden nicht nur an schlechtem Schlaf und Schlaflosigkeit, sondern auch unter deren Auswirkungen auf das tägliche Alltagsleben. Auch die daraus entstehenden Komorbiditäten sind nicht zu vernachlässigen und stellen für die Gesunderhaltung der Betroffenen ein großes Problem dar. Besserer Schlaf hat aber nicht nur medizinische Relevanz. Eine verbesserte Tagesaktivität durch gesunden Schlaf hat auch volkswirtschaftliche Auswirkungen, wenn sie die Folgekosten (z.B. Arbeitsausfälle) reduziert. Die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten ist laut den PRAEVENIRE Expertinnen und Experten nicht zufriedenstellend und neue therapeutische Ansätze sind wünschenswert. Im Rahmen des Gipfelgesprächs wurden Bedürfnisse

**Für Menschen mit Begleiterkrankungen und Polymedikation wäre es hilfreich, eine neue Behandlung mit weniger Wechselwirkungen als den bisherigen zu erhalten.**

Gunda Gittler



vonseiten der Leistungserbringer, Anforderungen der Leistungszahler sowie gesundheitsökonomische Aspekte und Perspektiven dank neuer Therapieoptionen diskutiert.

## Schlaflosigkeit als gesundheitlicher Risikofaktor

Priv.-Doz. Dr. Michael Saletu, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Schlafmedizin und Schlafforschung, Leitung Schlaflabor, LKH Graz II, begann das Gipfelgespräch mit einer Definition von chronischer Schlaflosigkeit: „Chronische Schlaflosigkeit ist die am weitesten verbreitete Schlafstörung, mit der wir derzeit konfrontiert sind. Etwa 25 Prozent der österreichischen Bevölkerung haben nach Schätzungen manchmal Probleme beim Einschlafen oder beim Durchschlafen, etwa sechs bis zehn Prozent haben ein chronisches Problem. Chronische Schlaflosigkeit beeinträchtigt die Tagesleistung und Aufmerksamkeit, den Tagesablauf und das soziale Verhalten – Betroffene erscheinen nicht bei der Arbeit oder zu Terminen. Schlaflosigkeit ist auch ein Risikofaktor für Depressionen und psychiatrische Störungen und beeinflusst den allgemeinen Gesundheitszustand, zum Beispiel durch chronische Störungen des Herz-Kreislauf-Systems.“ Weiter führte Saletu aus: „Chronische Schlaflosigkeit kann sich als eigenständige chronische Erkrankung manifestieren, die jetzt auch in der ICD-11 definiert ist und unabhängig behandelt werden muss, da sie nicht nur ein Symptom ist. Chronische Schlaflosigkeit ist eine eigenständige Krankheit. Da Schlaflosigkeit ein chronisches Problem ist, wird eine Therapie benötigt, die länger als drei Monate eingenommen werden kann. Neue vielversprechende Medikamente mit Wirkung auf das Erregungssystem könnten hier viel leisten.“ Das Schweizer Pharma-Start-up Idorsia produziert einen der neuen Wirkstoffe am Standort in Linz und sichert damit in Österreich die Versorgung.



## Limits der Behandlung von Schlaflosigkeit heute

Saletu informierte weiter, dass in Österreich Schlaflosigkeit hauptsächlich von Hausärztinnen und -ärzten behandelt wird. Zumeist werden Benzodiazepine verwendet, die eine gute Lösung für die ersten vier Wochen sind, denn in den Pflegeheimen haben die Patientinnen und Patienten Schlafstörungen in einem Maß, dass sie nicht einschlafen oder nicht durchschlafen können. Für Menschen mit Begleiterkrankungen und Polymedikation wäre es hilfreich, eine neue Behandlung mit weniger Wechselwirkungen als den bisherigen zu erhalten.“

Prim. Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Aigner, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Tulln, ergänzte: „Zwei Drittel unserer schizophränen und depressiven Patientinnen und Patienten leiden unter Schlaflosigkeit als Begleiterkrankung. Wir haben Neurotransmitter-Substanzen (z. B. Hypocretin) zur Behandlung von Ess- und Schlafstörungen. Das Hauptmolekül für den Schlaf ist Melatonin, und das sehr ähnliche Molekül Serotonin (antidepressive Wirkung) verhilft den Patientinnen und Patienten zu einem besseren geistigen Zustand ohne Angst und Depression. Allerdings ist Melatonin für jüngere Menschen nicht sehr hilfreich, da sie viel Melatonin produzieren. Benzodiazepine können nicht über einen längeren Zeitraum angewendet werden. Bei älteren Personen sind Benzodiazepine außerdem nicht geeignet, da sie die physische Instabilität und das Sturzrisiko erhöhen.“

## Bedarf im niedergelassenen Bereich

Der Allgemeinmediziner Dr. Erwin Rebhandl, PRAEVENIRE Vorstandsmitglied und Präsident von AM PLUS, sprach offen über die Bedarfe aus dem niedergelassenen Bereich: „Wir wären sehr dankbar, wenn wir Medikamente hätten, die nicht schnell zu einer Abhängigkeit bei unseren Patientinnen und Patienten führen, damit wir sie über einen längeren Zeitraum einsetzen könnten. Wenn wir die Medikation abbrechen, haben wir das Problem, dass die Menschen mit ihren Schlafproblemen zurückkommen. Wir brauchen mehr Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, mehr Psychologinnen und Psychologen die sich auf Schlafstörungen, Medikamentenbehandlungen und Entspannungstherapien sowie auf die Entwicklung von Schlafstrategien spezialisieren.“ Mag. pharm. Gunda Gittler, Leiterin der An-

**Viele Patientinnen und Patienten mit Schlafstörungen sind krankgeschrieben, was sich auch auf die Wirtschaft auswirkt. Die Prävalenzdaten der WHO zeigen, dass in sechs Prozent der Fälle chronische Schlaflosigkeit der Grund dafür ist, dass Menschen nicht zur Arbeit erscheinen.**

Michael Saletu

staltsapotheke im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz, führte die Situation insbesondere für ältere komorbide Patientinnen und Patienten aus: „Wir haben einen hohen Bedarf an neuen Behandlungen, die über einen längeren Zeitraum, länger als drei oder sechs Monate, verabreicht werden können, denn in den Pflegeheimen haben die Patientinnen und Patienten Schlafstörungen in einem Maß, dass sie nicht einschlafen oder nicht durchschlafen können. Für Menschen mit Begleiterkrankungen und Polymedikation wäre es hilfreich, eine neue Behandlung mit weniger Wechselwirkungen als den bisherigen zu erhalten.“

## Versorgung, Missbrauch und Nebenwirkungen

Mag. pharm. Monika Aichberger, Vizepräsidentin der Landesgeschäftsstelle Oberösterreich der Apothekerkammer, stellte klar, dass Patientinnen und Patienten zunehmend die Kontrolle verlieren, wenn sie Benzodiazepine über einen längeren Zeitraum verwenden. Während der Pandemie gab es vermehrt auf Wunsch von Patientinnen und Patienten Verschreibungen von Medikamenten, die nicht mehr erlaubt/gesetzlich sind – per E-Mail, Fax oder Telefon. „Ich bin sicher, Schlaflosigkeit ist eines der wichtigsten Themen im Alltag der Apothekerinnen und Apotheker, wir haben viele verschiedene Arten von Schlaflosigkeit. Uns fehlen Informationen darüber, was normal und was pathologisch ist.“ Saletu hielt entgegen: „Bei Patientinnen und Patienten mit Schlaflosigkeit sehen wir nicht viel Missbrauch oder Sucht. Die Prävalenzrate beträgt etwa 0,5 Prozent. Man muss zwischen Langzeitanwendung von Betäubungsmitteln und echter Abhängigkeit unterscheiden, im letzteren Fall verliert man immer die Kontrolle.“ Angelika Widhalm, Vorsitzende des Bundesverbands Selbsthilfe Österreich (BVSHÖ), erklärte die Problematik aus Patientensicht: „Die meisten Patientinnen und Patienten haben Begleiterkrankungen, und wir benötigen mehr Informationen darüber, wie man die Medikation handhabt. Wir brauchen auch mehr Spezialisten und wir freuen uns, ein neues Medikament zu haben.“

## Die Zukunft der Schlafmedizin

Saletu und Rebhandl sehen beide die Zukunft der Schlafmedizin, insbesondere der Behandlung von Schlaflosigkeit, auch in der Anwendung digitaler Therapien. Dies deshalb, weil Patientinnen und Patienten mit Apps und einer regelmäßigen Kontrolle des Therapiefortschritts durch Spezialistinnen bzw. Spezialisten gut zurecht kommen würden und es außerdem einen Mangel an einer solchen spezialisierten Betreuung gebe. Die Unterstützung der Verhaltenstherapie könne mithilfe der neuen Wirkstoffe gut gewähr-



## Diskussionsteilnehmende v. l. n. r.:

Monika Aichberger, Herbert Puhl (Moderation), Martin Aigner, Angelika Widhalm, Michael Saletu, Erwin Rebhandl, Gunda Gittler, Max Winiger, Andreas Uttenweiler, Tamara Koval.

leistet werden. Saletu: „Wir benötigen eine Versicherungsdeckung nicht nur für neue Medikamente, sondern auch für Psychotherapie und digitale Anwendungen. Deutschland und die USA haben in dieser Hinsicht einen guten Ansatz, der viele Menschen erreicht.“ Gittler ergänzte, dass jüngere Menschen mit Schlaflosigkeit durch DORA im Arbeitsprozess bleiben könnten – durchaus ein Argument für die Krankenkassen. Allerdings müssten im Design der Phase-III-Studie Wechselwirkungen bei komplexen Patientengruppen bzw. die Möglichkeit einer Reduktion anderer Medikamente berücksichtigt werden.

## Marktzugang: Welche Box wird's sein?

Mag. Hanns Kratzer, Peri Market Access, sprach gleich zu Beginn die Finanzierungsthematik offen an: „Ein Medikamentenpreis von mehreren Euro pro Tag ist für das Krankenhaus nicht schockierend, aber in der Psychiatrie ist dies teuer. Es gibt Beispiele in der Schizophrenie und der Alkoholabhängigkeit, bei denen neue Medikamente zu niedrigeren Preisen gescheitert sind.“ Die Voraussetzung für eine Kostendeckung durch das Sozialversicherungssystem sei die Klassifizierung der Patientinnen und Patienten, um zwischen Symptomen und einer Krankheit zu unterscheiden. Saletu erklärte dazu, der Schlüssel liege in der Arbeitsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten: „Wir fragen Betroffene nicht danach, wie sie geschlafen haben, sondern wie es ihnen tagsüber geht.“ Die wichtigste Frage sei, ob die betroffene Person am Arbeitsplatz erscheinen kann, die Arbeit ausführen und z. B. sicher Auto fahren kann: „Viele Patientinnen und Patienten mit Schlafstörungen sind krankgeschrieben, was sich auch auf die Wirtschaft auswirkt. Die Prävalenzdaten der WHO zeigen, dass in sechs Prozent der Fälle chronische Schlaflosigkeit der Grund dafür ist, dass Menschen nicht zur Arbeit erscheinen.“ Dafür brauche es dringend „ein Medikament, das im Gegensatz zu Mirtazapin keinen Kater verursacht und das Aufstehen am Morgen ermöglicht.“

## Qualität der Datenlage: komplexe Fragestellungen

Widhalm stellte klar: „Bisher haben wir nicht über die Doppelbelastung vieler Frauen durch Beruf und Familie gesprochen. Man muss immer die aktuelle Situation der einzelnen Betroffenen und ihre Schlafstörungen betrachten. Wir müssen individuell auf jede und jeden eingehen, sonst gehen die Menschen verzweifelt zur Apotheke und holen sich Pseudo-Medikamente in der Hoffnung, einschlafen oder durchschlafen zu können. Das Thema Schlaf wird per se viel zu wenig beachtet. Wir brauchen die Erkenntnis, dass Schlaf ernst genommen wird und warum Schlaf so wichtig ist.“

Schlaf ist wichtig für die gesamte Wirtschaft.“ Kratzer ergänzte: „Dies ist ein wichtiges Thema, insbesondere bei Erkrankungen, bei denen die Anzahl der betroffenen Patientinnen und Patienten unsicher ist.“ Er nannte als mögliches Beispiel für die Diskussion für eine Zentrenlösung nach dem Vorbild Hepatitis und hoher Cholesterinspiegel, wo der Dachverband eine überschaubare Anzahl von Zentren akzeptiert, die das Medikament verschreiben dürfen. Damit habe der Dachverband der Versicherungen eine gewisse Garantie, dass es keine Überverordnung gibt. Dem hielten Widhalm und Saletu entgegen, dass damit sehr vielen Patientinnen und Patienten der Zugang zu wirksamen Medikamenten erschwert sei. Auch Andreas Uttenweiler, Idorsia Lead Market Access für Österreich und die Schweiz, gab zu bedenken, dass bei grob geschätzt 200.000 Patientinnen und Patienten in Österreich die Versorgung über spezialisierte Zentren nicht sichergestellt werden könne. Alle Expertinnen und Experten in der Diskussion waren sich einig, dass eine schrittweise Herangehensweise in Kombination mit einer Preisverhandlung basierend auf den vorhandenen Studiendaten und daraus resultierender wirtschaftlicher Faktoren – wie verbesserter Arbeitsfähigkeit und vermindertem Sturzrisiko – der Weg zum Ziel der Kostenerstattung im Jahr 2024 werden könnte. Abschließend bestätigte auch Andreas Huss, MBA, Verwaltungsratsvorsitzender der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), dass die Schlüsselfrage der Nutzen des neuen Wirkstoffs für das österreichische Gesundheitssystem sei: „In Österreich sind alle Sozialversicherungsträger im Dachverband der Versicherungen vertreten. Gesundheitsökonomische Argumente sind daher ziemlich relevant, im Gegensatz zur Schweiz, wo die verschiedenen Krankenversicherungen nicht zusammenarbeiten.“ Diesbezüglich seien valide Daten im Zulassungsprozess beizustellen. Eine Kostenbegrenzung festzulegen, sei eine Option, die schon gut erprobt sei. 📍

## Was sind DORA?

Die Wachheits- und Schlafsignale werden durch komplizierte neuronale Schaltkreise im Gehirn gesteuert. Eine Schlüsselkomponente ist das sogenannte Orexin-System, das die Wachheit fördert. Unter normalen Umständen steigt der Orexin-Spiegel im Laufe des Tages an und fällt dann zur Nacht wieder ab. Eine Überaktivität des Wachheitssystems gilt als wichtiger Antriebsfaktor von Insomnie. Daridorexant ist ein dualer Orexin-Rezeptorantagonist (DORA), der verhindert, dass die Orexine an die Rezeptoren andocken. Das verringert die Wachheit und erleichtert das Ein- und Durchschlafen.



# PRAEVENIRE JAHR 2024



**PRAEVENIRE  
GESUNDHEITSFORUM**

## Teilnahmegebühren und Pakete

Veranstaltung	Early Bird I 31.12.2023*	Early Bird II 29.02.2024**	ab 01.03.2024
6. PRAEVENIRE Digital Health Symposium 18.–19. April 2024 Hotel SO/Vienna	€ 800,-	€ 900,-	€ 1.100,-
1. PRAEVENIRE Denkertag 13.–14. Mai 2024 Stift Seitenstetten	Kostenfrei	Kostenfrei	Kostenfrei
AM PLUS PVE Tagung 06.-07. Juni 2024 Haslach/OÖ	€ 250,-***	€ 250,-***	€ 275,-
4. PRAEVENIRE GG Kinder- und Jugendgesundheit 25.–26. Juni 2024 Hirschwang	€ 250,-	€ 250,-	€ 250,-
11. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche Alpbach 03.–08. Juli 2024	€ 1.000,-	€ 1.300,-	€ 1.500,-
9. PRAEVENIRE Gesundheitstage 2024 Eisenstadt 09.–11. Oktober 2024	€ 1.300,-	€ 1.500,-	€ 1.800,-
<b>Listenpreis</b>	<b>€ 3.600,-</b>	<b>€ 4.200,-</b>	<b>€ 4.925,-</b>
<b>Gesamtpreis (exkl. USt. inkl. -35%)</b>	<b>€ 2.300,-</b>	<b>€ 2.700,-</b>	<b>€ 3.200,-</b>

Bei Buchung aller sechs Events erhält man einen Gesamtrabatt von 35%.  
Die Tickets sind nicht personalisiert und können übertragen werden.  
Alle Preise verstehen sich inklusive Verpflegung und Abendessen. Unterkunft und Frühstück sind nicht inkludiert.

Ermäßigungen:

- Studierende (bis zum 26. Lebensjahr): 50% Teilnahmegebühr
- Selbsthilfegruppen: 50% Teilnahmegebühr
- Journalisten/Medienvertreter: kostenfrei

\* Zahlungsziel für Frühbucher: 31.12.2023. Danach gelten die Teilnahmegebühren für Frühbucher bis 29.02.2024

\*\* Zahlungsziel für Frühbucher: 29.02.2024. Danach sind die normalen Teilnahmegebühren zu entrichten.

\*\*\* Frühbucherbonus gültig bis 30.04.2024

Stand: 31.10.2023

PRAEVENIRE – GESELLSCHAFT ZUR OPTIMIERUNG DER SOLIDARISCHEN  
GESUNDHEITSVERSORGUNG gemeinnütziger Verein  
Mehr Infos: [www.praevenire.at](http://www.praevenire.at)