

PVE vs. Haus- arzt – (k)ein Widerspruch?

Naghme Kamaleyans-
Schmied und
Andreas Huss

Die beste The- rapie für Pati- entinnen und Patienten muss gewährleistet bleiben

Stephanie Prinzinger
und Bernhard Rupp

An einem Strang ziehen gegen Medikamenten- engpässe

Günter Waxenecker

Die demokratisch legitimierte Patientenstimme

Gespräch mit Präsidentin Angelika Widhalm
Bundesverband Selbsthilfe Österreich – DIE Patientenstimme



PEOPLE

Sitzt die Fruchtbarkeit im Darm?

Univ.-Prof. Dr. Barbara Obermayer-Pietsch ist stv. Leiterin der Klinischen Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie an der Med Uni Graz und forscht unter anderem an Zusammenhängen von Mikrobiom, Hormonen und dem Stoffwechsel. Die engagierte Medizinerin gab PERISKOP spannende Einblicke in ihr Forschungsgebiet.

- 4 Die demokratisch legitimierte Patientenstimme
- 6 Sitzt die Fruchtbarkeit im Darm?
- 8 Faszination Genetik
- 10 Pflegefall 24-Stunden-Betreuung

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. Dora Gamper, Johannes Mantl, Dr. Ernest G. Pichlbauer, Dr. Andreas Stippler, MSc, Univ.-Prof. Dr. Rudolf Taschner, Wolfgang Wagner, Mag. Elisabeth Weigand, MBA, Mag. Julia Wolkerstorfer
- Foto Cover** Ludwig Schedl
- 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.



PERFORMANCE

Präzisionsmedizin-Zentrum für Erkrankungen des Gehirns

Das Konzept der Präzisionsmedizin gewinnt in allen Bereichen der Medizin zunehmend an Bedeutung. Aus Mitteln der European Resilience and Recovery Facility und Spenden entsteht am MedUni Campus AKH in Wien ein Zentrum für Präzisionsmedizin. Benannt wird dieses nach dem aus Wien stammenden Nobelpreisträger Eric Kandel. Um die Finanzierung weiter abzusichern, lud die MedUni Wien im November zu einem Fundraising-Dinner zugunsten der Präzisionsmedizin bei Erkrankungen des Gehirns ein.

- 12 **Multidimensionale Bildanalyse** im Kampf gegen den Krebs
- 14 **PVE vs. Hausarzt** – (k)ein Widerspruch?
- 16 **Präzisionsmedizin-Zentrum** für Erkrankungen des Gehirns
- 19 **Welldone weiter auf der Gewinnspur**



PIONIERE

Onkologie der Zukunft

Die Onkologie gilt als Innovationstreiber in der Forschung. Bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten vom 22. bis 26. Mai 2023 zeigten führende Gesundheitsexpertinnen und -experten im Rahmen der PRAEVENIRE Initiative „Onkologie 2030“ künftige Entwicklungen auf.

- 20 **Höchste Zeit für ein neues Kapitel in der Diabetes-Versorgung**
- 22 **Kolumne „360° Blick“** von Pro Rare Austria
- 22 **Buchvorstellung: Besser schlafen.**
- 23 **Demenzbehandlung** in der Primärversorgung
- 24 **Onkologie der Zukunft**
- 26 **Die beste Therapie** für Patientinnen und Patienten muss gewährleistet bleiben

© FERLIN-FIEDLER, KRISZTIAN JUHASZ, MEDUNIWIEN / FEELIMAGE

SAVE THE DATE



PRAEVENIRE GESUNDHEITSGESPRÄCHE
in Alpbach 2024



www.praevenire.at

8. JULI
4.-8. JULI



PLATTFORMEN

Von der Spitzenforschung bis zum fertigen Medizinprodukt

Die Danube Private University (DPU) in Krems konnte jüngst mit dem von der FFG erfolgreich bewilligten COMET-Forschungsprojekt „Personalized Medicine Enabled by Intelligent Sensing Systems –PI-SENS“ 4,5 Mio. Euro an Fördergeldern nach Niederösterreich holen.

- 28 People bei PRAEVENIRE – 2023
- 31 Kolumne „Arthrose 2.0“ von Andreas Stippler
- 31 Kolumne „Rezeptblock“ von Ernest G. Pichlbauer
- 32 AM PLUS-Plattform für Seltene Erkrankungen wird runderneuert
- 34 Von der Spitzenforschung bis zum fertigen Medizinprodukt



POLITIK

Zwischen Potential und Reformbedarf

In vielen Branchen ist es üblich, die Personalsituation genau im Blick zu haben, um effizient planen zu können. Im österreichischen Gesundheitswesen sieht das jedoch anders aus. Trotz der gesetzlichen Einführung des Gesundheitsberuferegisters im Jahr 2018 hat sich dieses bisher nicht als effektives Instrument zur Personalplanung bewährt. Aufgrund dessen widmeten sich zwei Praevenire Gipfelgespräche diesem wichtigen Thema. Die Teilnehmenden zeigten mögliche Maßnahmen auf, welche eine Verbesserung der Situation herbeiführen sollen.

- 36 Zwischen Potential und Reformbedarf
- 38 Vom Armenwesen zur nachhaltigen Pflege
- 41 Kolumne „Wiener Wirtschaftskreis“ von Rudolf Taschner



PORTFOLIO

Weitere Optimierung der Diabetesversorgung notwendig

Es braucht mehr Prävention, frühzeitige Diagnose, eine Normalisierung des Zuckerspiegels sowie eine flächendeckende multidisziplinäre Versorgung im niedergelassenen Bereich, so der Tenor einer Expertenrunde die sich im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs knapp vor der Beschlussfassung der Gesundheitsreform der Österreichischen Bundesregierung in Wien traf. Zudem müsse die Gesundheitsplattform ELGA entsprechend ausgebaut und genützt werden, damit eine Leitlinienkonforme Behandlung über alle Versorgungsstufen hinweg durchgängig möglich ist.

- 42 PRAEVENIRE wird Panalpin – Servus Schweiz
- 44 Weitere Optimierung der Diabetesversorgung notwendig
- 46 Digital Health Symposion: Roboter – Entlastung für Pflege und Chirurgie



PRÄGNANT

Gesundheitswesen im Wandel

Die Digitalisierung hat die Art und Weise, wie Patientinnen und Patienten nach medizinischer Versorgung suchen und diese erhalten, grundlegend verändert. Mit der zunehmenden Verbreitung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGAs) und den strukturellen Anpassungen im Bereich der Patientenströme bietet sich im österreichischen Gesundheitswesen beträchtliches Potenzial zur Effizienzsteigerung.

- 49 Enter 2024 – Welche Marketing Trends Sie im Auge behalten müssen
- 50 Gesundheitswesen im Wandel
- 52 Endlich ins Tun kommen!
- 54 An einem Strang ziehen gegen Medikamentenengpässe

SAVE THE DATE



PRAEVENIRE DENKERTAG
in Seitenstetten 2024



www.praevenire.at

**13.-14.
MAI**



PEOPLE

BVSHOE

Die demokratisch legitimierte Patientenstimme

Das Jahr 2023 hat viel Bewegung in den Gesundheitsbereich gebracht. So setzte die Bundesregierung eine Pflegereform, eine Gesundheitsreform um und verhandelte einen neuen Finanzausgleich. Während manche Stakeholder sich massiv in die Medien drängten oder aus anderen Gründen die Schlagzeilen beherrschten und von allen Seiten betont wurde, wie wichtig die Menschen seien, bleibt eine Stimme meist unerwähnt: die der Patientinnen und Patienten. PERISKOP sprach mit der Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich – Die Patientenstimme (BVSHOE), **IN WELCHEN BEREICHEN DIE ANLIEGEN DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN KÜNFTIG MEHR GEWICHT IN DER ÖFFENTLICHEN DEBATTE UND DEM GESETZGEBUNGSPROZESS BEKOMMEN MÜSSEN** und wo es im internationalen Vergleich noch Verbesserungspotenzial gibt. | von Rainald Edel, MBA

Dass der Mensch im Mittelpunkt des Gesundheitssystems stehen muss, ist nicht nur der Leitsatz der unabhängigen Gesundheitsplattform PRAEVENIRE, sondern durchaus auch allgemeingesellschaftlicher Konsens. Sieht man sich allerdings die Gesundheitspolitik aber auch die Handlungsweise diverser Stakeholder und die gelebte Praxis im Detail an, sind Patientinnen und Patienten von einer gleichberechtigten Teilhabe und Mitbestimmung an wesentlichen (Richtungs-)Entscheidungen im Gesundheitssystem nach wie vor weitgehend ausgeschlossen oder werden öffentlich kaum wahrgenommen. Zwar nehmen Politikerinnen und Politiker aber auch Repräsentanten anderer Stakeholdergruppen im Gesundheitsbereich gerne für sich in Anspruch „im Namen der Patientinnen und Patienten“ zu sprechen, doch fehlt ihnen dafür letztlich die Legitimation.

Als unabhängige, weisungsfreie demokratisch legitimierte Institution vertritt der Bundesverband die Interessen der Patientinnen und Patienten. Er bündelt die übergeordneten Patienten Anliegen und bringt sie bei den entsprechenden Stellen vor.

Angelika Widhalm

Meilenstein Gründung des BVSHOE

„Bis vor fünf Jahren gab es de facto keine koordinierte und verankerte Patientenstimme in Österreich“, schildert Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich – Die Patientenstimme. Zwar gab es in der Vergangenheit immer wieder Überlegungen und Initiativen der Patientenstimme mehr Gehör zu verschaffen sowie das Potential der in Selbsthilfegruppen organisierten Patientinnen und Patienten zu nützen, doch beschränkte sich dies auf die Förderungen einzelner Projekte der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen. Eine deutliche Wende brachte 2018 die Etablierung des BVSHOE durch den Dachverband der Sozialversicherungsträger und das Gesundheitsministerium als Sprachrohr und Koordinator der übergeordneten Anliegen der einzelnen Selbsthilfe- und Patientenorganisationen. „Als starke Stimme für Patientinnen und Patienten bündeln wir die übergeordneten Patienten-



anliegen, bringen sie bei den entsprechenden Stellen des Gesundheits- und Sozialsystems und anderen involvierten Organisationen bzw. Stakeholdern vor und verfolgen diese, damit es zu einer Erledigung kommt“, fasst Widhalm eine der Hauptaufgaben des Bundesverbandes zusammen. Hinzu kommt, dass dem BVSHOE auch Parteistellung eingeräumt wurde, womit er nicht nur die Möglichkeit zur Stellungnahme bei Gesetzen und Verordnungen mit Gesundheits- und Patientenbezug hat, sondern auch in vielen Gremien zum Beispiel des Ministeriums und der Sozialversicherungen vertreten ist. „In der medialen Berichterstattung werden wir fälschlicherweise gerne mit den Pflege- und Patientenrechtsvereinigungen der Länder in einen Topf geworfen“, so Widhalm. Dies führe zu Irritationen und Missverständnissen. Denn die Aufgabe der Pflege- und Patientenrechtsvereinigungen sei es, bei Missständen der betroffenen Person zu ihrem Recht zu verhelfen und zu vermitteln. „Der Bundesverband vertritt als unabhängige, weisungsfreie Institution die Interessen aller Patientinnen und Patienten“, betont Widhalm. Hinzu kommt, dass der Vorstand des Bundesverbandes demokratisch gewählt wird.

Angelika Widhalm wurde heuer für eine weitere Amtszeit von fünf Jahren als Präsidentin des BVSHOE wiedergewählt.

Patientenstimme wird kleingehalten

Welchen Stellenwert die öffentliche Hand der Vertretung der Patientinnen und Patienten tatsächlich einräumt, lässt sich anhand der zur Verfügung gestellten Mittel ablesen. „Mit der Gründung einher ging eine laufende Finanzierung des BVSHOE durch den Dachverband der Sozialversicherungsträger und das Gesundheitsministerium (BMSGPK). Allerdings beschränkt sich die Summe auf einen niedrigen sechsstelligen Betrag, der seit der Gründung nicht mehr valorisiert wurde“, klagt Widhalm. Eine Finanzierung über Drittmittel, beispielsweise Seitens der Wirtschaft, ist ausgeschlossen. „Die Arbeit der Vorstände in Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie in den meisten Dachorganisationen wie zum Beispiel im BVSHOE und Pro Rare Austria erfolgt ehrenamtlich. Aber man braucht auch professionelle Leistungen, die entsprechend bezahlt werden müssen. Wenn man die Vielzahl an Aufgaben, Sitzungen etc. bedenkt, muss man sich das Engagement erst einmal leisten können“, so Widhalm. Abgesehen davon lassen die schmalen finanziellen Mittel nur wenige Möglichkeiten, beispielsweise in der Öffentlichkeitsarbeit, wodurch die Patientenstimme institutionell kleingehalten werde.

Bessere Rahmenbedingungen gefordert

„Anhand unserer Partnerorganisationen und vergleichbarer Patienten-Einrichtungen in Europa sehen wir, dass es wesentlich bessere Finanzierungsstrukturen gibt, die der Patientenstimme deutlich mehr finanziellen Spielraum geben und damit diesen Organisationen auch mehr Wertschätzung zollen“, betont Widhalm. Als Beispiel, wie eine unabhängige und breite Finanzierung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen erfolgen kann, nennt sie Deutschland. Denn in unserem Nachbarland sind die Krankenkassen und ihre Verbände gesetzlich dazu verpflichtet, für die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen, pro versicherter Person einen bestimmten Betrag zur Verfügung zu stellen. „Ich kann der Idee, die Finanzierung auf Basis eines Versicherungsschlüssels festzulegen, durchaus etwas abgewinnen. Zu kurz greifen würde allerdings eine simple Kopie des deutschen Modells. Wir brauchen eine Regelung, die den österreichischen Verhältnissen gerecht wird“, betont Widhalm. Hier seien die Erfahrungen und Ideen auch anderer Länder einzubeziehen, um ein zukunftsweisendes Modell zu entwickeln. „Um der Patientenstimme Gewicht zu verleihen und deren Einbindung ernst zu nehmen,



braucht es eine formalisierte Patientenbeteiligung in Form eines Beteiligungsgesetzes, das der Patientenseite Sitz und Stimme in allen relevanten Entscheidungsgremien auf Bundes- und Landesebene einräumt“, fordert Widhalm. Denn derzeit erfolge die Einladung zu Sitzungen meist auf Wohlwollen und Gutdünken der jeweiligen Körperschaft und Institution und man hat – wenn überhaupt – nur beratende Stimme. Ebenso braucht es eine klare Einteilung in welchen Entscheidungsgremien die Patientenseite vertreten sein muss. „die Patientenvertretung muss auf Bundes- und Länderebene zumindest in all jenen Gremien und Institutionen vertreten sein, in denen sie auch auf EU-Ebene bereits implementiert ist. Die EU gibt vor, dass in allen Entscheidungsgremien demokratisch gewählte Patientenvertreter Sitz und Stimme haben müssen“, so Widhalm.

Um der Patientenstimme Gewicht zu verleihen und deren Einbindung ernst zu nehmen, braucht es eine formalisierte Patientenbeteiligung in Form eines Beteiligungsgesetzes, das der Patientenseite Sitz und Stimme in allen relevanten Entscheidungsgremien auf Bundes- und Landesebene einräumt.

Angelika Widhalm

Als Zeichen der Wertschätzung den Patientinnen und Patienten gegenüber müsse auch das Ungleichgewicht in der Transparenz behoben werden. Während die Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, um überhaupt anerkannt und förderwürdig zu sein, zu völliger Transparenz angehalten sind, werden Entscheidungen im Gesundheitssystem nach wie vor hinter verschlossenen Türen ohne Begründung und Rechtfertigung getroffen. Hier hoffe man, dass das von der Bundesregierung nun verabschiedete Informationsfreiheitsgesetz zu einem Paradigmenwechsel führt, der auch den Patientinnen und Patienten zugutekommt.

In der praktischen Arbeit werden Selbsthilfe- und Patientenorganisationen in Österreich durch den §51 des Arzneimittelgesetzes, der die Laienwerbung regelt, behindert. Denn dieser legt für Vertreter des Gesundheitswesens und pharmazeutische Unternehmen fest, welche Informationen diese an die Öffentlichkeit geben dürfen. Wie eine vom BVSHOE initiierte Studie zum „Informationsbedarf und -beschaffung

Um eine Änderung der gesetzlichen Grundlage zum Medikamenten-Bewertungsboard zu erreichen, hat sich der BVSHOE noch vor Weihnachten an die Volksanwaltschaft gewandt.

Angelika Widhalm sieht eine formale Verankerung der Patiententeilhabe mit Sitz und Stimme in allen Entscheidungsgremien gemäß EU-Vorgabe als unerlässlich.



von Patientenorganisationen in Österreich“ aus 2020 klar aufzeigt, stellen Fachärztinnen und Fachärzte für Patientenorganisationen die wichtigste Informationsquelle dar, Pharmaunternehmen rangieren auf Platz zwei, gefolgt von Universitäten auf Platz drei. Ebenso haben Fachkongresse, wissenschaftliche Tagungen und Fachliteratur für Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter einen hohen Stellenwert. Allerdings wird ihnen auf Grundlage des § 51 AMG oftmals der Zugang zu diesen wichtigen Informationsquellen versagt. „Patientenvertreterinnen und -vertreter sind in der jeweiligen Indikationsrichtung hochspezialisierte Personen, die eine wichtige Funktion in der Vermittlung von Wissen über die jeweilige Erkrankung zu anderen betroffenen Personen haben. Ebenso haben Selbsthilfe- und Patientenorganisationen eine wichtige Feedbackfunktion für die Forschung. Patientenselbsthilfe lebt vom Wissen und dem Austausch mit den besten Fachleuten. Daher müssen die Angehörigen der Selbsthilfe- und Patientenvertretung vom §51 AMG ausgenommen werden sowie in der Informationsgewinnung und der Teilhabe an medizinischen Tagungen dem medizinischen Fachpersonal gleichgestellt werden, wie es international seit Jahren anerkannt und gelebt wird“, fordert Widhalm.

Aktive Stimme der Patientinnen und Patienten

Wie notwendig eine gewichtige Stimme der Patientinnen und Patienten und deren obligatorische Einbindung ist, zeigt die von der Bundesregierung im Rahmen der Gesundheitsreform durchgepeitschte Änderung des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KaKuG). Denn ohne Einbindung des BVSHOE und gegen die klaren Bedenken seitens der Patientenseite und anderer Akteure im Gesundheitswesen, wie Ärzteschaft, Fachgesellschaften, Pro Rare Austria, etc. wurde ein Bewertungsboard für ausgewählte Arzneimittelspezialitäten gesetzlich verankert. „Auch wenn sich der Gesundheitsminister gegenüber Medien gerne zum ‚Anwalt der Patienten‘ stilisiert, sobald es tatsächlich notwendig wäre, im Sinne der Patientinnen und Patienten zu handeln und auf deren Anliegen zu hören, wird dies ignoriert“, schildert Widhalm. Nachdem ein offener Brief des BVSHOE an den Bundesminister wenig

Auch wenn die Rahmenbedingungen noch nicht optimal sind, setzen wir alles daran, der Stimme der Patientinnen und Patienten Gehör zu verschaffen und suchen proaktiv gute Lösungen zu erzielen.

Angelika Widhalm

Wirkung zeigte, der Minister einen Runden Tisch zur Aussprache mit kritischen Stakeholdern im Gesundheitsbereich erst Wochen nach dem Gesetzesbeschluss ansetzte, mobilisierte der Bundesverband im Dezember die Volksanwaltschaft, um eine Änderung des Gesetzes zu bewirken (siehe Faksimile).

„Auch wenn die Rahmenbedingungen noch nicht optimal sind, setzen wir alles daran, der Stimme der Patientinnen und Patienten Gehör zu verschaffen und suchen, proaktiv gute Lösungen zu erzielen. Denn in einem demokratischen Land wie Österreich, ist es unabdingbar, dass Betroffene eine Stimme haben und nicht über ihren Kopf hinweg entschieden wird“, gibt sich Widhalm kämpferisch.

Ausblick

Für das nächste Jahr habe man sich vorgenommen noch stärker auf Öffentlichkeitsarbeit zu setzen und die Awareness für Selbsthilfe- und Patientenorganisationen zu stärken. So werde man beispielsweise das erfolgreiche Podcast-Format weiter fortsetzen. Ein besonderes Highlight im kommenden Jahr wird der „1. Kongress der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen“ sein. „Wir planen bereits dieses Event und werden ein attraktives Programm mit interessanten Vorträgen, hochkarätigen Rednerinnen und Rednern sowie der Möglichkeit der aktiven Teilnahme in Form von Workshops zusammenstellen. Wir sind überzeugt, dass dies eine gute Gelegenheit sein wird sowohl für Personen aus Selbsthilfe- und Patientenorganisationen als auch für Stakeholder aus dem Gesundheitsbereich einander zu begegnen und auszutauschen“, kündigt Widhalm an. **P**





PEOPLE

Sitzt die Fruchtbarkeit im Darm?

Univ.-Prof. Dr. Barbara Obermayer-Pietsch ist stv. Leiterin der Klinischen Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie an der Med Uni Graz und forscht unter anderem an **ZUSAMMENHÄNGEN VON MIKROBIOM, HORMONEN UND DEM STOFFWECHSEL**. Die engagierte Medizinerin gab PERISKOP spannende Einblicke in ihr Forschungsgebiet. | von Mag. Dora Gamper

Das Mikrobiom gewinnt als Forschungsgebiet zunehmend an Bedeutung, dennoch gelten Forschungsprojekte zum Stoffwechsel und dem Mikrobiom noch immer als „exotisch“. Das menschliche mikrobielle und hormonelle System birgt für die Forschung noch viele Geheimnisse und verborgene Zusammenhänge, deren Erforschung sich lohnt – denn es gilt, die Selbstheilungskräfte des Körpers zu stärken und den Menschen in seiner gesundheitlichen Gesamtheit zu erfassen. Prävention ist die Zukunft, davon ist Barbara Obermayer-Pietsch überzeugt.

PERISKOP: Frau Prof. Obermayer-Pietsch, erzählen Sie uns etwas über Ihre Arbeit – was ist Ihr Spezialgebiet?

OBERMAYER-PIETSCH: Ich bin Professorin für Endokrinologie, das bedeutet Internistin mit Endokrinologie, Osteologie und leite das große Endokrinologische Labor an der Med Uni Graz, zusätzlich auch Nuklearmedizinerin, denn die Endokrinologie war früher u. a. ein Bereich der Nuklearmedizin. Wir arbeiten am gesamten Spektrum der Hormone und des Stoffwechsels. Uns interessieren die Grenzgebiete zwischen diesen Systemen, das heißt, Interaktionen zwischen Knochen, Mikrobiom, Hormonen und Insulinstoffwechsel. Zurzeit forschen wir an speziellen Biomarkern zur Prävention von Erkrankungen, das könnte ein Überbegriff zu unseren Studien sein. Ich selbst bin klinisch tätige Internistin, ich bin mit den Patientinnen und Patienten in Kontakt, bekomme von dort auch gute Ideen – das ist mir sehr wichtig, weil ich angewandt forschen möchte.

Geben Sie uns Einblicke in Ihre wesentlichen Forschungsschwerpunkte. Woran arbeiten Sie zurzeit?

Wir arbeiten aktuell an einer großen Interventionsstudie mit Probiotika, die wir mit dem Institut Allergosan entwickelt haben. Wir haben davor schon eine Pilotstudie dazu gemacht – also mit einer kleineren Gruppe von Personen. Es geht dabei um das Polyzystische Ovarsyndrom (PCOS). Dabei konnten wir entdecken, dass die Betroffenen auffällige Mikrobiom-Daten haben, das heißt, wenig Diversität und kaum „gute“ Bakterienstämme, die man eigentlich haben sollte.

Wir erhalten über unsere eigenen Studien und viele andere Forschungsaktivitäten immer mehr Informationen darüber, wie welche Bakterienstämme wirken könnten, da gibt es ein breites Spektrum. Zu diesem Thema existieren bereits einige Meta-Analysen, Reviews und Übersichtsarbeiten, allerdings basierend auf relativ kleinen Studien. Aber wir sind erst am Anfang, weil viele Leute nicht geglaubt haben, dass es möglich ist, das Mikrobiom gezielt zu beeinflussen.

Das Polyzystische Ovarsyndrom (PCOS) lässt sich bislang nicht heilen. Erklären Sie kurz, wie es sich äußert.

Jetzt muss ich etwas ausholen, es geht hier um eine Verbesserung der Symptome bei PCOS, „Heilen“ ist bei einer offenbar natürlichen Anlagevariante nicht das Thema... Das PCO-Syndrom klingt nach Frauenkrankheit, ist es aber

nicht im engeren Sinne. Es haben etwa 20–30 Prozent aller Frauen auf der Welt eine Neigung zu diesem Syndrom. Das PCOS setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen, mit sehr unterschiedlichen Auswirkungen. Manche Betroffenen haben einen „Damenbart“ oder insgesamt stärkere Behaarung am Körper oder Haarausfall, andere haben Zyklusstörungen oder kleine Zysten in den Eierstöcken, das Syndrom wird u. a. durch die „Rotterdam-Kriterien“ definiert, die mindestens zwei von diesen drei Komponenten zur Bedingung für eine Diagnose machen.

Wir sind erst am Anfang, weil viele Leute nicht geglaubt haben, dass es möglich ist, das Mikrobiom gezielt zu beeinflussen.

Barbara Obermayer-Pietsch

PCOS wurde vor ungefähr 100 Jahren erstmals beschrieben und es betrifft weltweit sehr viele Menschen – nicht nur Frauen, sondern auch Männer.

Die betroffenen Männer, der „männliche Phänotyp“, hat oft früh eine Neigung zu Haarverlust oder Glatzenbildung und fettige Haut oder Akne. Betroffene haben auch (gering) mehr männliche Hormone als im Durchschnitt und im Laufe der Zeit auch oft eine deutliche Gewichtszunahme „Apfelform“. Wir konnten in einer internationalen genetischen Studie an einer halben Million Personen zeigen, dass es etwa 30 Gene sind, die dieses Syndrom mitbedingen, darunter als wichtige Player Gene aus dem Insulinstoffwechsel.

Das heißt, PCOS ist erblich bedingt?

Zum Teil ist PCOS tatsächlich in Familienstammbäumen zu finden, aber multifaktoriell. Dabei sind ein erhöhtes Insulin und Insulinresistenz (eine Insulinwirkungsstörung) zentral – das war vermutlich in der Evolution eine enorm wichtige Eigenschaft. Man konnte schnell viel essen und viel Energie speichern, wenn es danach wieder Hungerzeiten gab. Gleichzeitig haben PCOS-Frauen oft einen unregelmäßigen Zyklus, was in früheren Zeiten ebenso bedeutsam war – weniger Kinder bedeutete u.U. einen Überlebensvorteil, wenn es schwer war, viele Kinder zu ernähren. PCOS per se ist keine Krankheit, sondern eine evolutionäre Naturvariante, eine Anlageform. Deshalb haben es ja auch Männer, die meist ein bisschen kräftiger sind, manchmal auch aktiver in vielerlei Hinsicht. Wir erzählen unseren Patientinnen und Patienten oft die „Bäregeschichte“. Damit kann jede und jeder verstehen, was Insulinresistenz bedeutet. Ein Höhlenbär muss im Herbst maximal viel fressen, damit er so dick ist, bis er ausreichen Reserven hat, Fettleber und Diabetes. Er hat dann einen unglaublich hohen Insulinspiegel, der seinen Heißhunger steuert (Stichwort Honig!). Im Winterschlaf werden diese Reserven verbraucht, wenn er im Frühling aufsteht, ist er metabolisch gesund. Wir haben ähnliche Gene, obwohl wir uns vor vielen Millionen Jahren evolutionsbiologisch von den Bären getrennt haben.

Was hat es mit dem Insulin auf sich?

Wir forschen besonders an Personen, deren Insulinspiegel rasch ansteigt, wenn sie Zucker oder andere kurzkettige Kohlenhydrate, z. B. Obst essen. Sie entwickeln dann einen Heißhunger auf Süßes und nehmen daher rascher an Gewicht zu – was durch die Insulinresistenz ermöglicht wird. Ich komme gerade von einem großen EU-Projekt-Meeting in Neuchâtel in der Schweiz, wo es darum ging, wie wir Biomarker dafür messen können. Viele insulinresistente Personen fühlen sich neben ihrem Übergewicht auch noch müde, unruhig, und jetzt kommt das Mikrobiom dazu: Sie haben ein weniger diverses Mikrobiom, mit vielfältigen Konsequenzen. Wir arbeiten in diesem EU-Projekt zentral daran, den Insulinstoffwechsel alltagsnah zu dokumentieren. Dabei entwickeln wir ein nachhaltiges Detektionssystem, das individuell C-Peptid (das ist der „kleine Bruder des Insulins“) im Harn messen kann. Jede Person kann das in Zukunft zuhause selber machen. Bei den Ergebnissen gibt es einen grünen, gelben und einen roten Bereich, wie eine Ampel. Das wäre ideal für Personen mit Gewichtszunahme, solchen, die besonderen Süßhunger haben mit der Konsequenz einer Ernährungsänderung. Geeignet auch für Schwangere, die eher zur Gestationsdiabetes neigen oder Personen, die bestimmte Medikamente bei psychiatrischen Erkrankungen einnehmen müssen und zunehmen.

Gibt es Medikamente, die die Symptome bei PCOS lindern können?

Sehr häufig wird „die Pille“ verschrieben. Es gibt sie seit den 60er-Jahren und wir haben viel Erfahrung mit ihren Wirkungen, aber auch Nebenwirkungen. Bei PCOS wird u. a. als nicht-hormonelle Therapie auch Metformin (off label) gegeben, das seit 65 Jahren zugelassen ist. Es ist chemisch ein Biguanid und kommt u. a. in

Barbara Obermayer-Pietsch möchte mit ihren Studien die Geheimnisse des Mikrobioms aufdecken.



der Pflanze „Geißbraute“ vor – ein sehr wichtiges Medikament in der Diabetestherapie, das diese hohen Insulinspiegel z. B. bei Typ 2-Diabetes senken kann. Mit Metformin können wir ohne Hormone behandeln – junge Frauen, ältere Frauen, Kinder und es hat viele positive Effekte. Seit 2017 ist bekannt, dass Metformin das Mikrobiom ändert. Aber es senkt zum Beispiel auch den Spiegel und die Wirkungen des Wachstumshormons Insulin-like Growth Factor 1 (IGF-1), daher ist es u. a. wichtig in der Krebstherapie.

Alternativ dazu könnten aber auch Probiotika in Kombination mit einer kohlenhydratreduzierten Ernährung bei PCOS einen wichtigen Beitrag leisten.

Sie haben das Mikrobiom erwähnt. Wie hängt das Insulin mit dem Mikrobiom zusammen?

Das ist eine Frage der zugeführten Nahrungsmittel. Je mehr Kohlenhydrate wir in der Ernährung zu uns nehmen, desto „ärmer“ wird unsere Mikrobiom-Zusammensetzung. Auch große Mengen an Obst sind problematisch. Aus Tierstudien wissen wir, dass die Fruktose die Oberfläche des Darms deutlich vergrößert. Die Darmzotten werden länger, dadurch kann wesentlich mehr resorbiert werden, wie im Fall des genannten Bären. Ein weiterer wichtiger Zusammenhang ist die Steuerung anderer Hormone. Wenn man ein hohes Insulin hat, hat man auch ein hohes IGF-1, wie bereits genannt. Das ist das körperwirksame Wachstumshormon, das junge Menschen, aber auch manche Tumoren wachsen lässt. Auf der anderen Seite sind Fertilität und Energiestoffwechsel sehr stark mit dem Insulin verbunden. Eine aktuelle Fachpublikation aus „Nature“ konnte das bei Insekten und Würmern nachweisen, dass die Menge an Futter und damit Insulin direkt in die Fortpflanzung und den Hormonhaushalt übersetzt wird.

Beeinflusst das Mikrobiom auch den Hormonhaushalt? Gibt es Studien, die die Zusammenhänge belegen können?

Ein Beispiel wäre, dass das Mikrobiom – über das Parathormon – auch für den Knochen enorm wichtig ist. Bisher dachte man, Knochen, Muskel, Drüsen, Leber und Darm stehen für sich. Aber es ist ein System, das sich gegenseitig beeinflusst. Zum Beispiel braucht man das Butyrat aus dem Mikrobiom des Darms, um das Parathormon, das den Knochen aufbaut, funktionsfähig zu machen. Da gibt es großartige neue Studien, die solche Zusammenhänge von Mikrobiom und Hormonsystem auf vielen Ebenen erforschen.

Das Mikrobiom der Vagina und des gesamten Fortpflanzungssystems zieht immer mehr Aufmerksamkeit auf sich. Stimmt es, dass wir ein gesundes Mikrobiom für die Fortpflanzung brauchen?

Es gibt tatsächlich neue Erkenntnisse bezüglich des Mikrobioms der Vagina, das gilt auch für Probiotika. Wenn wir ein Probiotikum zuführen, ist die Frage: Wie können wir wissen, dass es auch verwertet werden kann? Wird die Störung oder das Fehlen eines Stamms im Mikrobiom aus wissenschaftlicher Sicht durch solche Produkte behoben? Das ist eine wichtige Frage. Es gibt dazu eine hoch interessante Studie aus Wien, die zeigen konnte, dass ein oral eingenommenes Probiotikum erstens die Darmpassage überlebt, zweitens dort siedelt und drittens auch die Vagina besiedelt. Das hat man festgestellt durch operative Neo-Vaginas bei Transgender-Personen. Diese werden vom Darm aus besiedelt, was nicht unlogisch ist aufgrund der anatomischen Verhältnisse. Man konnte mit

diesem speziellen Studiendesign nachweisen, dass das Mikrobiom tatsächlich aus dem Darm kommt und dass man das vaginale Mikrobiom beeinflussen kann.

Wie erkennt man eigentlich, ob man ein gestörtes Mikrobiom hat?

Die Dysbiose, die bei einem gestörten Mikrobiom Symptome macht, spüren viele Menschen, ein allgemeines „Unwohlsein“ – das äußert sich in Blähungen und/oder einer gestörten Verdauung und/oder einer andauernden Müdigkeit. Manche Patientinnen und Patienten beschreiben auch einen „Nebel im Kopf“.

Unsere Vorfahren haben gelegentlich länger gefastet, und wir haben auch hier in Graz hervorragende Ergebnisse zum intermittierenden Fasten. Dazu werden jetzt gerade die Mikrobiom-Daten ausgewertet. Das Fasten früherer Generationen in bestimmten Zeiten, sei es traditionell oder religiös begründet, hatte vielleicht in diesem Gefühl seinen Ursprung, wir sind „alerter“, aufmerksamer, wacher während des Fastens. Es wirkt sich positiv auf unser Mikrobiom aus, wenn wir u. a. wenig Zucker und Kohlenhydrate zu uns nehmen.

Kann sich das Mikrobiom auch auf die Psyche auswirken?

Ja, nachweislich. Das Mikrobiom, der Stoffwechsel und die Hormone haben tatsächlich großen Einfluss auf das Gehirn und die Psyche. In Graz gibt es viel Forschung auf dem Gebiet der Psychosomatik und Psychiatrie zu diesem Thema, und da gibt es auch schon gute Daten, dass man bei Personen mit bestimmten psychischen Störungen mit Probiotika intervenieren kann – und eine gute Zusammenarbeit zwischen den Forschungsgruppen. Ein Schlüsselwort für Probiotika ist dazu „Psychobiotika“ und es wird aktuell weiter an diesen Effekten geforscht.

Was kann man als Patientin/als Patient zu einem gesunden Mikrobiom bzw. einer gesunden Darmflora beitragen?

Unsere Studie zu Mikrobiom und PCOS wird erst im Frühjahr beendet und daher können wir noch keine abschließenden Aussagen treffen. Das Erste und Wichtigste ist – es schadet nicht, Probiotika zu nehmen (es sei denn, es besteht aus verschiedenen Gründen eine individuelle Immundefizienz). Die Studienteilnehmerinnen haben das wunderbar vertragen, so viel kann ich jetzt schon sagen. Und wir haben während der Zeit der Studie sechs entzückende Wunschkinder bekommen. Wir wussten, wenn der Zyklus wieder funktioniert, wird es auch zu Schwangerschaften kommen. Das ist sechsmal passiert und das ist wirklich großartig für uns.

Die Probiotika wurden gegenüber der bisherigen Therapiemöglichkeit mit Metformin getestet. Wir glauben, dass sie eine Alternative sein können, wenn jemand Metformin nicht verträgt, was bei manchen Menschen gastrointestinal der Fall ist.

Wirken sich hormonelle Verhütungsmittel auf das Mikrobiom aus?


Interessanterweise gar nicht. Es passiert im Mikrobiom kaum etwas, wenn eine Frau „die Pille“ einnimmt, dazu gibt es bereits Studien. Leider haben Frauen mit PCOS, ob sie jetzt die Pille einnehmen oder nicht, ein wenig diverseres Mikrobiom, was wieder eine Kaskade von Dingen in Gang setzt: erhöhte Entzündungsmarker, mehr Inkretine. Letztere sind Hormone, die von Zellen im Magen oder im Darm oder, wie Leptin, besonders auch in Adipozyten gebildet werden. Es war lange schwer möglich, diese Inkretine zu messen, da sie nur einige Minuten Halbwertszeit im Blut haben, aber nun können

Die Bedeutung der Probiotika, noch vor 20 Jahren als Marketing-Gag formuliert, geht jetzt in eine Richtung, dass diese für die Versorgung der Menschen in mehr und mehr Bereichen eine Rolle spielen können und werden.

Barbara Obermayer-Pietsch

wir sie in unserem großen endokrinologischen Labor messen. Inkretine erzeugen in unserem Gehirn u. a. das Sättigungsgefühl. Das Problematische bei erhöhtem Insulinspiegel/Insulinresistenz ist: Personen, die so wie die Bären im Herbst ständig zunehmen, weil sie ein hohes Insulin haben, können auch ein hohes Leptin haben. Das hohe Leptin lässt diese Menschen keine Sättigung spüren. Das heißt, sie essen immer weiter. Bewegung und Sport sind wichtig, aber teils schwierig in den Alltag zu integrieren und machen oft nicht so viel aus für unseren Energieverbrauch im Muskel, wie wir gerne hätten. Das Körpergewicht läuft zu großen Teilen über die Ernährung – und über das Mikrobiom. Deshalb ist das so wichtig.

Es gibt ja tote versus lebende Bakterienstämme, gibt es da Unterschiede in der Wirkung?

Es kommt sehr darauf an, was man erreichen möchte und was für den Körper verwertbar ist. Die Probiotika, die wir testen, sind vitale Stämme. Es gibt ja auch Präbiotika, es gibt Postbiotika und wir beschäftigen uns u. a. auch mit wichtigen Pflanzenhormonen, sogenannten Phytoöstrogenen, z. B. Isoflavonen, die wir mit Gemüse oder Soja essen. Das sind „externe“ Hormone, die vom Mikrobiom verstoffwechselt und dann im Körper aufgenommen werden. 30 Prozent der Europäerinnen und Europäer haben die entsprechenden Bakterien im Darm und können daraus hormonähnliche Substanzen bilden. Das heißt, diese biologisch aktiven Pflanzenhormone wirken aber auch nur bei 30 Prozent der Menschen – bei den anderen 70 Prozent haben sie kaum eine Wirkung. Wir sind als Endokrinologinnen und Endokrinologen draufgekommen, dass wir für die Beurteilung von Hormonen und Stoffwechsel vieles mit einbeziehen müssen, so wie die Ernährung und die Darmflora und andere Umweltbedingungen. Das ist unser Forschungsansatz. Bei probiotischen Interventionen ist das Ziel, zu erforschen, wie sich die verschiedenen Bakterienstämme auf die Studienteilnehmenden auswirken. Im Fall der Isoflavone sollen jene Personen identifiziert werden, die solche Phytohormone über ihr Mikrobiom bilden können, die andere Gruppe sollte dann Probiotika erhalten, um die beste Wirkung für deren Gesundheit zu erzielen. Wir wirken mit unserer Forschung ein bisschen „exotisch“. Aber wenn man ein Antibiotikum nehmen muss und daraufhin ein Probiotikum erhält, da weiß man schon ein bisschen mehr drüber und es ist allgemein bekannt. Wir sind erst über die Forschung zur Insulinresistenz und die Darmdysbiose zur Idee gekommen, dass man hier intervenieren kann. Die Bedeutung der Probiotika, noch vor 20 Jahren als Marketing-Gag formuliert, geht jetzt in eine Richtung, dass diese für die Versorgung der Menschen in mehr und mehr Bereichen eine Rolle spielen können und werden. Unser Wissen wird immer präziser und ist ein Teil der „personalisierten Medizin“. Unser Ziel ist, dieses neue Wissen für die Menschen maßzuschneidern. 





PEOPLE

Faszination Genetik

VIELE INNOVATIVE THERAPIEN FUSSEN AUF ERKENNTNISSEN DER HUMANGENETIK, die eine neue Dimension in der Erforschung, Diagnose und Behandlung von Erkrankungen ermöglicht hat. PERISKOP sprach mit Univ.-Prof. Dr. Gökhan Uyanik über seine Leidenschaft für das Fachgebiet, Trends und deren Integration in die Regelversorgung. | von Rainald Edel, MBA



Gökhan Uyanik ist einer der Pioniere im Bereich der Humangenetik in Österreich.

Gökhan Uyanik ist Facharzt für Medizinische Genetik (Humangenetik) und Facharzt für Neurologie. Nach dem Studium der Medizin an den Universitäten Freiburg und Wien absolvierte er seine Facharztausbildung an den Universitätskliniken Freiburg, Regensburg und Hamburg. Im Jahr 2012 erhielt er den Auftrag, den Fachbereich Medizinische Genetik am Hanusch Krankenhaus aufzubauen und ist seither dessen Leiter. 2016 wurde er auf den Lehrstuhl für Medizinische Genetik an der Medizinischen Fakultät der Sigmund Freud Privatuniversität (SFU) berufen und ist Mitglied des Vorstandes der Österreichischen Gesellschaft für Humangenetik (ÖGH).

In Bereich der Diagnostik gab es in der letzten Dekade sehr signifikante methodische sowie therapeutische Fortschritte.

Gökhan Uyanik

PERISKOP: Sie sind einer der Pioniere für medizinische Genetik in Österreich – was ist das Faszinierende an diesem Fachgebiet und hat Sie dazu bewogen, neben Neurologie auch eine Facharztausbildung in diesem Bereich zu absolvieren?

UYANIK: Die Genetik hat mich schon in der Schule so sehr fasziniert, dass ich damals bereits den Entschluss fasste, später etwas mit Genetik zu machen. Während des Medizinstudiums hatte ich die Gelegenheit, meine Doktorarbeit zu einem genetischen Nachweisverfahren in der Humangenetik zu verfassen und blieb dort am Institut als studentischer Mitarbeiter beginnend bis hin zu meiner Facharztausbildung. Das Faszinierende an der Genetik ist, dass man sich mit zahlreichen Fächern der Medizin beschäftigt. Dabei habe ich erkannt, dass die Genetik wie auch Anatomie und Pathologie oder Radiologie alle Fächer betrifft und diese beeinflussen wird. Ferner faszinierte mich die Neurologie und Funktionsweise unseres Nervensystems schon immer und ich hatte die Vision, dass hier die Genetik – wie für viele andere Fächer – eine Bereicherung in der Diagnostik und auch Therapie sein könnte. Meine Entscheidung als Gegenfach Neurologie zu machen, führte mich direkt in die Neurogenetik und Erforschung von Fehlbildungen des Gehirns und zur Ausbildung zum Facharzt für Neurologie. Das bedeutet, dass ich eigentlich umgekehrt neben der Humangenetik die Facharztausbildung für Neurologie absolviert habe, um dann anschließend meine Facharztausbildung in Humangenetik abzuschließen.



Mittels Genetik lassen sich sowohl Erbkrankheiten abklären als auch in der Diagnostik, beispielsweise in der Onkologie, individuelle Behandlungsoptionen ermitteln. Wie wichtig sind diese Untersuchungen, um Patientinnen und Patienten besser behandeln zu können und wie hoch ist die Prävalenz bzw. die Einsatzrate der Genetik in der Diagnostik heute?

Genau diese Unterscheidung der genetischen Diagnostik einerseits im Hinblick auf Keimbahn-Mutationen, das heißt Erbkrankheiten, die aufgrund einer Mutation in allen Körperzellen auch vererbt werden können, und andererseits die Analyse im Hinblick auf somatische Mutationen, das heißt auf Mutationen, die sich nur in bestimmten Geweben (z.B. Tumorgewebe) befinden, ist von besonderer Bedeutung, um zu verstehen, wofür die genetische Diagnostik eingesetzt werden kann. In beiden Bereichen gab es in der letzten Dekade sehr signifikante methodische sowie therapeutische Fortschritte. Methodisch wäre hier etwa die sogenannte Liquid biopsy zu erwähnen, die es erlaubt, einen Tumor oder dessen Metastasen ohne invasiven Eingriff zu charakterisieren, und die Therapie zu ermöglichen.

Denn zunehmende Erkenntnis bezüglich Krankheitsentstehung und Krankheitsmechanismen, besonders auch im onkologischen Bereich, führt zu spezifischen therapeutischen Ansätzen, die die entsprechenden Signalwege zum Ziel haben, aber auch nur dann wirken, wenn tatsächlich die Störung in diesen Signalwegen liegt. Somit kommt dem Nachweis dieser Störung innerhalb dieses Signalweges durch Nachweis von Mutationen bei der Indikation zur Therapie signifikante Bedeutung zu.

Es werden zudem inzwischen auch immer mehr Erbkrankheiten, die meist zu den „seltenen Erkrankungen“ gehören, therapierbar, da sich – unterstützt durch nationale und internationale Förderprojekte – sowohl Forscherinnen und Forscher als auch Pharmaunternehmen vermehrt diesem Feld widmen.

Im Jahr 2012 erhielten Sie den Auftrag, den Fachbereich Medizinische Genetik am Hanusch Krankenhaus aufzubauen, und sind seither Leiter dieses Zentrums. Was hat sich seitdem geändert, welche Meilensteine haben Sie dabei in den letzten über 10 Jahren erreicht?

Dabei war der Anfang sehr entscheidend, dass im Hanusch Krankenhaus entschieden wurde, die molekularpathologischen Analysen in das Zentrum für medizinische Genetik zu übertragen und wir somit gemeinsam mit der Pathologie eine Diagnostik-Plattform bilden. Dieses Pilotprojekt der Zusammenarbeit zwischen

Gökhan Uyanik setzt sich für eine laufende Weiterentwicklung des Fachbereichs Humangenetik ein, damit Österreich in diesem Bereich nicht den internationalen Anschluss verliert.

Neben apparativen und methodischen Verbesserungen hat sich die Versorgung von klassischen Fragestellungen weiter in Richtung prädiktive Aussagen und Diagnostik entwickelt.

Gökhan Uyanik

Humangenetik und Pathologie dient inzwischen als ein schönes Beispiel für Interdisziplinarität und Synergie-Effekte auch an anderen Orten. Entscheidend war bereits zu Beginn das vorherige Konzept umstellen zu können und Next-Generation-Sequenzierung (NGS) integrieren zu können. Aktuell ist die weitere Entwicklung in die nächste NGS-Generation, der Long-read-Sequenzierung, in vollem Gange, womit wir bereits vor sechs Jahren begonnen haben erste Erfahrungen zu sammeln. Neben diesen apparativen und methodischen Verbesserungen sind die Entwicklungen in der Versorgung der Ratsuchenden zu nennen. Unser Schwerpunkt hat sich hier von klassischen Fragestellungen weiter in Richtung prädiktive Fragestellungen und Diagnostik (z.B. in der Onkologie, Neurogenetik, Kardiogenetik) entwickelt. Dabei sind wir im Hanusch Krankenhaus in der glücklichen Lage nahezu alle diese Fälle gemeinsam mit Psychologinnen und Psychologen beraten und auf die psychosozialen Aspekte eingehen zu können. Inhaltlich entwickeln wir uns derzeit von monogenetischen Fragestellungen zusätzlich in Richtung zu sogenannten Polygenen Scores, die uns auch die Beantwortung von Fragen zu multifaktoriellen, polygenen und genetisch mitbedingten Erkrankungen erlauben werden.

Sie sind auch im Vorstand der Österreichische Gesellschaft für Humangenetik (ÖGH). Wo liegen aktuell die Herausforderungen in der Humangenetik, welche Trends zeichnen sich ab?

Hier ist natürlich eine Vielzahl an Punkten zu nennen. Einer der wichtigsten Punkte für mich ist die Harmonisierung in der Versorgung, sei es in der Vergütung der Ärztinnen und Ärzte oder in der Vergütung der einzelnen Leistungen an den einzelnen Zentren und Instituten. Die Nachwuchsproblematik betrifft die Humangenetik in gleicher, wenn nicht sogar stärkerer, Härte wie einige andere Fächer. Hier versuchen wir – auch gemeinsam mit unseren Nachbarländern – die Nachwuchsförderung und -ausbildung deutlich zu stärken und attraktiver zu

gestalten. Es wäre wünschenswert auch seitens (Standes-)Politik und Geldgeber bessere Anreize für das wichtige Fach zu schaffen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Vernetzung der österreichischen Zentren und der Institute untereinander. Vernetzung z. B. auf apparativer Ebene durch Schaffung von Core Facilities und gemeinsamen Datenmanagementstrukturen.

Neben ihrer ärztlichen Tätigkeit haben sie auch den Lehrstuhl für Humangenetik an der Sigmund Freud Privatuniversität inne. Wie wichtig ist die Vermittlung von Kenntnissen der Humangenetik schon während des Studiums?

Ich glaube, aus dem Besagten geht schon hervor, wie wichtig das Fach Humangenetik in der Ausbildung ist. Inzwischen ist die Humangenetik aus keiner Disziplin der Medizin mehr wegzudenken. Sie hat bereits Einzug in die Facharztausbildung in vielen, nicht nur konservativen, Fächern erhalten. Infolgedessen ist es erforderlich die Humangenetik in der studentischen Ausbildung zu betonen und zu erweitern. Dabei ist es wichtig, die Humangenetik nicht nur als Blockveranstaltung als eigenständiges Fach zu lehren, sondern im Rahmen der einzelnen Fächer integriert mitzuunterrichten. Dieses Ziel wird mittlerweile an vielen Universitäten umgesetzt.

Inzwischen ist die Humangenetik aus keiner Disziplin der Medizin mehr wegzudenken, daher ist es erforderlich sie in der studentischen Ausbildung zu betonen und zu erweitern.

Gökhan Uyanik

Um in Zukunft die Humangenetik noch besser und gezielter einsetzen zu können, welche Änderungen und Rahmenbedingungen bräuchte es dafür?

Das Fach muss eine höhere Bekanntheit erreichen. Es darf nicht sein, dass selbst Medizinerinnen, Mediziner nicht wissen, dass es eine Sonderfachausbildung für Medizinische Genetik gibt, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Medizinische Genetik nicht nur „genetische Berater“ sind, sondern klinisch-genetische Ambulanzen betreiben und vielfältige interdisziplinäre Aufgaben übernehmen. Hier wäre die Teilnahme an Tumorboards zu erwähnen. Eine konkrete Verbesserung der Rahmenbedingung wäre die Schaffung von weiteren Assistenzberufen, wie wir sie in anderen Ländern haben. Weiterhin Förderung und Anerkennung von vertiefender Ausbildung im Fachbereich Humangenetik für weitere Berufsgruppen wie Biomedizinische Analytikerinnen und Analytiker (BMA) und Naturwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler wären sinnvoll. Ein nationales Projekt für Humangenetik wäre ein weiterer wichtiger Punkt in Richtung internationale Wettbewerbsfähigkeit. Es ist höchste Zeit dies zu realisieren, um nicht den Anschluss an die internationalen Entwicklungen in der Humangenetik und somit in der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verpassen. **P**

Pflegegefall 24-Stunden- Betreuung

Die österreichische Bevölkerung wird immer älter. Zurzeit sind in Österreich etwa 223.000 Menschen über 85 Jahre. **BIS ZUM JAHRE 2050 WIRD SICH DIE ZAHL MEHR ALS VERDOPPELN** – prognostiziert werden rund 583.000 über 85.-Jährige. Dieser Anstieg stellt die Pflege und Betreuung in Österreich vor eine große Herausforderung. Eine der Folge ist, dass der Bedarf an 24-Stunden-Betreuerinnen und Betreuern in Zukunft weiter steigen wird. Doch viele Betreuerinnen und Betreuer fühlen sich bei ihrer Arbeit nicht ausreichend wertgeschätzt. Mit vidaflex gibt es eine gewerkschaftlich organisierte freiwillige Interessenvertretung, die dieser Berufsgruppe neue Möglichkeiten und Chancen bieten möchte. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

Das Gesundheitssystem in Österreich wird zunehmend auf die Probe gestellt. Der Mangel an Pflege- und Betreuungspersonal stellt angesichts einer alternden Gesellschaft eine der kritischen Schwachstellen in einem auf die Bedürfnisse von Senioren und Kranken ausgerichteten Versorgungssystem dar. Eine aktuelle Studie der Johannes Kepler Universität Linz in Zusammenarbeit mit Reichmann Research Consulting (RCC) zeigt die herrschenden Probleme und die wachsende Unzufriedenheit der 24-Stunden-Betreuerkräfte in Österreich auf.

Achtung: Betreuungsnotstand

Die Studie wurde unter 2.021 Betreuungskräften vor allem aus Kroatien, Serbien und Ungarn zwischen Juli und September 2023 mittels einer Online-Befragung durchgeführt. Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass die derzeitigen Arbeits- und Entlohnungsbedingungen in der 24-Stunden-Betreuung prekär sind. Besonders steuerliche Belastungen und die mangelnde Wertschätzung der Berufsgruppe machen den Betreuungskräften zu schaffen. Infolgedessen erwägen viele, Österreich zu verlassen und in europäischen Ländern mit besseren Arbeits- und Sozialbedingungen zu arbeiten. So kann sich nur knapp jede dritte selbständige 24-Stunden-Betreuerkraft in Österreich vorstellen, auch künftig in dieser Form hierzulande tätig zu sein.

„Es ist keine Ausnahme, dass viele Betreuerinnen und Betreuer nicht wissen, dass ab dem vierten Tätigkeitsjahr SVS-Nachzahlungen auf sie zukommen. Oftmals sind das für die Betreuerinnen und Betreuer ruinöse Nachzahlungen in Höhe von 7.500 Euro bei einem Jahresverdienst von nur 10.500 Euro. Das ist natürlich für viele Kolleginnen und Kollegen unverständlich“, so Christoph Lipinski, vidaflex-Experte für 24 Stunden-Betreuung und Geschäftsführer der Gemeinwohlplattform www.betreuerinnen.at. Gerade die Bürokratie ist für viele Betreuerin-

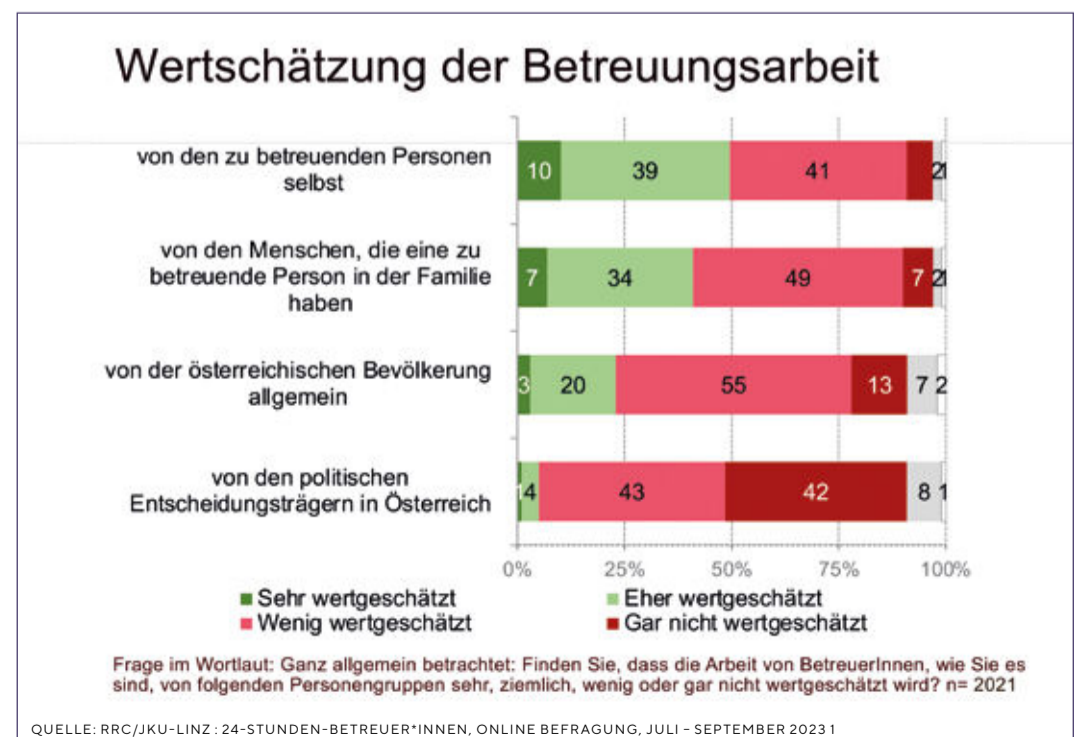
Nicht einmal die Hälfte fühlt sich von der zu betreuenden Person bzw. deren Angehörigen wertgeschätzt – nur rund ein Viertel hat dieses Gefühl bei der österreichischen Bevölkerung. Dies ergab eine aktuelle Studie der Johannes Kepler Universität Linz in Zusammenarbeit mit Reichmann Research Consulting (RCC).

nen und Betreuern ein Grund, Österreich den Rücken zu kehren. Betreuerinnen und Betreuer, die Auskunft über Nachzahlungen erhalten wollen, erhalten diese nur persönlich oder über das Internettool SVS GO. Dadurch entstehen häufig zwei Probleme: Erstens ist es in der Praxis für 24-Stunden-Betreuerinnen und Betreuer sehr schwierig, ihre Klientinnen und Klienten stundelang alleine zu lassen, um die nächste SVS-Landesstelle aufzusuchen. Zudem ist vor allem im ländlichen Bereich die öffentliche Verbindung zwischen dem Betreuungsort und der SVS-Landesstellen nicht gut genug ausgebaut, um ohne Probleme dorthin zu gelangen. Zweitens stellt ein Internet-Tool, wie das SVS GO viele 24-Stunden-Betreuerinnen und Betreuer vor sprachliche Hürden, die es ihnen unmöglich macht, dieses bedienen zu können. Ein weiteres Problem ist beispielsweise die Fotopflicht auf

der e-card. Da ein Großteil der Betreuerinnen und Betreuer keine österreichischen Staatsbürgerinnen und Staatsbürger sind, müssen sie persönlich vorstellig werden, um ein aktuelles Foto einzureichen. Sonst droht 2024, dass die e-card ungültig wird.

Mehr Wertschätzung

Neben finanziellen Aspekten plagt die Betreuerinnen und Betreuer auch mangelnde Wertschätzung. Nicht einmal die Hälfte fühlt sich von der zu betreuenden Person bzw. deren Angehörigen wertgeschätzt – nur rund ein Viertel hat dieses Gefühl bei der österreichischen Bevölkerung. Noch drastischer sieht es in Richtung Politik aus. Nur vier Prozent der Befragten verspüren Anerkennung von dieser Seite. Zusätzlich wird in Österreich häufig die Meinung vertreten, dass jede und jeder betreiben





und pflegen kann. Im ländlichen Bereich sind es oft die Frauen der Familie, die die Betreuung und Pflege älterer Familienmitglieder übernehmen und weniger Heimhelferinnen, Heimhelfer sowie 24-Stunden-Betreuerinnen und Betreuer, die professionelle Betreuung für zu Hause anbieten. Dies wird häufig aus einer Erwartungshaltung übernommen: „Die Nichterfüllung dieser Erwartung kann oftmals zu einer interfamiliären bzw. gesellschaftlichen Kritik führen. Wir brauchen hier einen Paradigmenwechsel, um Betreuung und Pflege als das zu sehen, was sie sind, nämlich sehr anspruchsvolle, physisch und psychisch anstrengende Tätigkeiten, die von Kolleginnen und Kollegen gemacht werden sollen, die auch intrinsische Motivation haben“, so vidaflex-Vorstandsmitglied Franz Binderlehner.

Flucht aus Österreich

Knapp 82 Prozent der Befragten äußerten, dass sie sich bereits einmal Gedanken darüber gemacht haben, mit der 24-Stunden-Betreuung aufhören zu wollen. Ein Viertel gab an, in Erwägung zu ziehen, ihren Beruf zu wechseln oder vollständig aus dem beruflichen Umfeld auszuweichen. Weitere sieben Prozent wollen zwar weiter selbstständig in der 24-Stunden-Betreuung arbeiten, allerdings nicht mehr in Österreich. In den vergangenen Jahren haben laut WKÖ-Fachverband für Personenberatung und Personenbetreuung bereits mehr als 5.000 Betreuerinnen und Betreuer Österreich verlassen, obwohl der Bedarf an 24-Stunden-Betreuerkräften aufgrund der Alterspyramide in den kommenden Jahren weiter anwächst. Um einen Notstand bei der wichtigen 24-Stunden-Betreuung zu verhindern, müssen jetzt entsprechende Maßnahmen gesetzt werden.

Daher fordert vidaflex:

- eine Erhöhung der staatlichen Förderung für 24 Stunden-Betreuung auf 1.500 Euro
- eine Teilbefreiung von SVS-Beiträgen für Betreuerinnen und Betreuer, da sie durchschnittlich nur 6 Monate arbeiten aber 12 Monatsbeiträge zahlen
- Schaffung eines „Bleib-da-Bonus 2.0“ und einer Ombudsstelle in der SVS für 24-Stunden-Betreuerinnen und Betreuer.

Formulierte Verbesserungsvorschläge zur Betreuungsarbeit

Auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie formulierten ihre Verbesserungsvorschläge bezüglich der 24-Stunden-Betreuung. So äußerten sie Wünsche, wie offizielle Musterarbeitsverträge in Deutsch und den Landessprechen der Betreuerinnen und Betreuer, einen fixen Sozialversicherungspauschalbetrag, um die derzeit häufigen und hohen Nachzahlungen zu vermeiden, Schulung zu den Themen SVS und Finanzämter mit Auskunftspersonen in den jeweiligen Muttersprechen sowie mehr Kontrolle der Agenturen bzw. Vereine, die sie an die zu betreuenden Personen vermitteln. Hinzu kommen die Möglichkeit einer einfachen und unbürokratischen Abgabe der Steuererklärung in der jeweiligen Muttersprache oder die Unterstützung bei der Betreuungsarbeit durch medizinisches Fachpersonal.

www.betreuerinnen.at: Vermittlung von 24-Stunden-Betreuung

Derzeit arbeiten in Österreich rund 70.000 Menschen in der 24-Stunden-Betreuung. Dennoch ist es für Angehörige oftmals eine Herausforderung eine Betreuerin oder einen Betreuer für einen nahestehenden Menschen zu organisieren. Denn häufig ist es schwierig, verlässliche und transparente Anbieter in Österreich zu finden, die sich an die gesetzlichen Vorgaben halten, nicht zu teuer sind und trotzdem kompetente und aufmerksame Betreuungskräfte mit fachspezifischen Vorkenntnissen und vor allem Deutschkenntnissen vermitteln. Aus diesem Grund hat sich vidaflex entschlossen, die Gemeinwohlplattform www.betreuerinnen.at ins Leben zu rufen. Diese bietet faire, sichere, transparente und schnelle Vermittlung von 24-Stunden-Betreuung für zu Betreuende und deren Angehörige sowie auch für 24-Stunden Betreuerinnen und Betreuer an. Aber wie funktioniert das genau? Das Besondere an www.betreuerinnen.at ist, dass die Plattform im Zuge einer Studie der Arbeiterkammer Niederösterreich, der Universität Wien und der gewerkschaftlichen Initiative vidaflex zusammen mit Betreuerinnen und Betreuer als unabhängige gemeinwohlorientierte Platt-

Christoph Lipinski und Franz Binderlehner stellen die neue Plattform www.betreuerinnen.at vor, bei der 24-Stunden-Betreuerinnen und Betreuer unabhängig von Agenturen ihre Leistungen direkt Menschen anbieten können, die Betreuung benötigen.

form für die Vermittlung von 24-Stunden-Betreuung konzipiert wurde. Daher haben sich bereits sehr viele 24-Stunden-Betreuerinnen und Betreuer auf der Plattform angemeldet und es kommt bei den Vermittlungen nicht zu den üblichen Wartezeiten von bis zu fünf Wochen. „Derzeit können wir innerhalb von sieben Werktagen geeignete Betreuungskräfte finden. Betreuerinnen und Betreuer müssen im Zuge ihrer Registrierung einen Deutschttest machen sowie ihre Zeugnisse hochladen, die von unseren Communitymanagerinnen, -managern sowie diplomierten Qualitätsmanagerinnen und -managern überprüft werden. Schon vor der eigentlichen Betreuung können sich Interessentinnen und Interessenten beider Seiten mit einem Videotelefonat kennenlernen und den Termin vereinbaren, damit über uns die Musterverträge mit Mindesttarifen in der jeweiligen Muttersprache übermittelt werden“, erklärt Christoph Lipinski und führt weiter aus: „Ein Vorteil, für die zu Betreuenden und ihren Angehörigen ist auch, dass die Betreuerinnen und Betreuer bei uns kostenlos einen Deutschttest machen müssen. Wir haben mitbekommen, dass es mangelnde Deutschkenntnisse gibt und manche Betreuerinnen und Betreuer leider nicht die Rettungsnummer für Notfälle gewusst haben. Das und ähnliches fragen wir bei diesem Test ab.“ Mangelnde Sprachkenntnisse sind jedoch nicht nur für die zu betreuende Person gefährlich, sondern auch für die Betreuerinnen und Betreuer selbst, wenn sie zum Beispiel Verträge unterschreiben, die sie nicht lesen können.

www.betreuerinnen.at berücksichtigt automatisch die Bedürfnisse und Wünsche der zu betreuenden Personen und deren Angehörigen sowie der 24-Stunden-Betreuerinnen und Betreuer. „Außerdem steht über die Plattform ein Kostenrechner zur Verfügung, damit die zu Betreuenden und deren Familien Transparenz über die anfallenden Kosten haben“, so Lipinski und führt weiter aus: „Wie wir mittlerweile aus der Praxis wissen, tun wir das zu mehr als fairen, transparenten und sicheren Konditionen. Es gibt keine versteckten Kosten, die sich bei anderen Anbietern durchschnittlich auf 2.200 Euro pro Jahr belaufen.“

Betreuerinnen.at
Fair. Sicher. Transparent.

vidaflex



PERFORMANCE

Multidimensionale Bildanalyse im Kampf gegen den Krebs

Am 20. Oktober 2023 fand an der Danube Private University (DPU) in Krems das Herbstsymposium unter dem Titel „Future Outlook Imaging & Oncology – Bringing Together Thought Leaders in Science“ statt. Ein Forschungsteam der DPU präsentierte **BAHNBRECHENDE ERKENNTNISSE IM BEREICH DER ONKOLOGISCHEN BILDGEBUNG UND -ANALYSE SOWIE DER DIAGNOSTISCHEN ANALYTIK.** | von Mag. Dora Gamper

Die Ehrengäste Lindsay Skoll CMG, Britische Botschafterin in Österreich, und Mag. Dr. Simon Ortner, Leiter der Abteilung Internationale und Europäische Angelegenheiten – Amt der NÖ Landesregierung (im Namen der NÖ Landeshauptfrau Mag. Johanna Mikl-Leitner) begrüßten hochkarätige, auf Krebsforschung spezialisierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler beim Herbstsymposium der Danube Private University (DPU). Weitere Gäste waren Handelsattaché Maya Halebic, MBA und Wissenschafts- und Innovationsbeauftragte Karin Baker von der Britischen Botschaft in Wien, eine Delegation von Expertinnen und Experten der Universität Cambridge sowie Dr. Simon Schultze, Country Medical Director bei GSK, einem der führenden Pharmahersteller Großbritanniens und Schlüssellakteur im Kampf gegen den Krebs. Die Veranstaltung fand im neuen DPU-Campus in Unterloiben, Wachau, statt und brachte Professorinnen und Professoren, Forscherinnen und Forscher sowie Studentinnen und Studenten zusammen, um die aktuellen Erkenntnisse und die Forschungslandschaft in der Onkologie zu diskutieren. Internationale Top-Expertinnen und Experten präsentierten die neuesten diagnostischen Methoden. Der Patientenpfad und die

Die Zusammenarbeit im Bereich Wissenschaft und Forschung ist ein bedeutendes diplomatisches Instrument. Es finden Menschen zusammen, Forscherinnen und Forscher zusammen, Institutionen zusammen; alles, um etwas Besseres zu schaffen.

Lindsay Skoll

Erfahrungen der von Krebs Betroffenen wurden ebenso erörtert wie die modernsten therapeutischen Möglichkeiten in der Onkologie. Besonders beeindruckend waren die Einblicke in die jüngsten Forschungsarbeiten von internationalen Onkologinnen und Onkologen. Die Key-Topics des Symposiums waren die neuesten Technologien zur Krebs-Früherkennung, Entwicklungen in der onkologischen Medikation und Arzneimittelforschung, Fortschritte in der onkologischen Bildgebung und nicht zuletzt Bildanalyse. Weitere Insights gab es zu den Möglichkeiten der Künstlichen Intelligenz (KI), insbesondere in der integrierten onkologischen Versorgung.

Internationale Krebsforschung an der DPU

In diesem Jahr konzentrierte sich das DPU-Symposium auf Onkologie mit besonderem Schwerpunkt auf Brustkrebs und Eierstockkrebs. Ziel des Symposiums war es, die Forschungszusammenarbeit zwischen der DPU und der University of Cambridge in der aktuellen Brustkrebsforschung zu präsentieren, akademische Expertise aus ganz Europa zusammenzuführen und eine anregende Plattform für Interaktion und Wissensaustausch zu bieten. DPU-Direktor Robert Wagner, MA, Strategische Hochschulplanung, Management und Forschung, erklärte: „Die DPU ist dankbar für die hervorragende Unterstützung ihrer internationalen Kooperationspartner. Der Fachaustausch innerhalb der akademischen Forschungsgemeinschaft führt zu bahnbrechenden Fortschritten in der Krebsforschung und trägt dazu bei, das Leben vieler Krebspatientinnen und -patienten zu retten.“

Lindsay Skoll: „Die DPU macht den Eindruck einer Weltklasse-Einrichtung, mit einer Ausstattung nach internationalem Top-Standard, einem hoch motivierten Lehrkörper und enthusiastischen Studentinnen und Studenten. Offensichtlich besteht hier die Möglichkeit, hervorragende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit einem internationalen Hintergrund in Österreich



zusammenzubringen. Besonders haben mir die weltweiten Kooperationen in unterschiedlichen Forschungsbereichen gefallen. Das Symposium gab einen guten Einblick in die Forschungszusammenarbeit zwischen Großbritannien und Österreich. Es ist für mich als Botschafterin besonders schön, wenn ich sehe, wie hochkarätige Forscherinnen und Forscher aus unseren Ländern hier zusammenfinden und ihre Expertise austauschen. Es gab auch eine starke persönliche Komponente, da ich als ehemalige Krebspatientin erleben durfte, wie beeindruckend die Fortschritte in der Onkologie und insbesondere in der medizinischen Bildgebung sind. Diese immer rascheren und tieferen Erkenntnisse zum Wohl der Menschheit sind nur möglich, weil Universitäten wie die DPU internationale Forschungskooperationen ins Leben rufen und hart daran arbeiten, dass sie bestehen bleiben.“

Fokus auf Früherkennung und Prognosen

Das Publikum konnte aus dem breiten Spektrum an Fachwissen neue Diagnosemethoden kennenlernen und das Verständnis über neue Technologien zur Krebsfrüherkennung ver-

Die DPU ist dankbar für die hervorragende Unterstützung ihrer internationalen Kooperationspartner. Der Fachaustausch innerhalb der akademischen Forschungsgemeinschaft führt zu bahnbrechenden Fortschritten in der Krebsforschung und trägt dazu bei, das Leben vieler Krebspatientinnen und -patienten zu retten.

Robert Wagner

Eindrücke vom Herbstsymposium der Donau-Privatuniversität „Future Outlook Imaging & Oncology“.



© FLORA HÜBL (2)

Ein Forschungsschwerpunkt des MIAAI ist, ein Maximum an Information aus der Bildgebung zu extrahieren. Dafür verwenden wir u. a. Techniken des maschinellen Lernens und der KI. Mit diesen können wir klinisch wichtige Variablen oder Outcomes vorhersagen. Dafür nehmen wir nicht nur radiologische Daten als Basis, sondern aus einer Vielzahl anderer Quellen, wie klinische und molekulare Daten, und führen sie zusammen, um die Genauigkeit der Vorhersagen zu erhöhen.

Ramona Woitek

tiefen. Die hochkarätigen Rednerinnen und Redner präsentierten aktuelle Entwicklungen von Krebsmedikamenten sowie Fortschritte in der onkologischen Bildgebung und Bildanalyse. Im Anschluss wurde die wachsende Bedeutung der KI in der Medizin diskutiert.

Krebs ist ein wachsendes Problem für das öffentliche Gesundheitswesen und gilt weltweit als zweithäufigste Todesursache. Fast jede Familie ist von Krebs betroffen und es sterben rund zehn Millionen Menschen jährlich daran. Deshalb sind wir Zeugen einer in der Geschichte beispiellosen Zusammenarbeit von Regierungen, Wissenschaft und Industrie, um den Krebs weltweit zu bekämpfen. Als private Universität und Forschungsinstitution hat sich die DPU in Krems unter anderem der Krebsforschung verschrieben. Insbesondere im Bereich der Früherkennung und der Diagnostik hat die Forschungsgemeinschaft der DPU maßgeblich zu bahnbrechenden Erkenntnissen beigetragen. Die mehrdimensionale Analytik von Bildgebung und anderen diagnostischen Verfahren steht noch am Anfang einer überaus vielversprechenden Entwicklung. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Analyse von Therapie-Outcomes mit der Möglichkeit, den Erfolg bestimmter Therapien schon im Vorfeld aus der Analyse abzuleiten und vorherzusagen. Dies mit dem Ziel, Therapien rascher und gezielter durchführen zu können und damit Leben zu retten. Diese „Advanced Image Data Analysis“ wird mit unterschiedlichen Mitteln durchgeführt, u. a. mit Einsatz von KI und Machine Learning. Dies ermöglicht Patientinnen und Patienten eine



Robert Wagner, Axel R. Pries, Karin Baker, James Brenton, Maya Halebic, Christoph Kleber, Simon Ortner, Lindsay Skoll, Marga B. Wagner-Pischel, Jean Abraham, Mireia Crispin-Ortuzar, Ramona Woitek, Ferdia Gallagher.

wesentlich höhere Lebensqualität durch eine Minimierung von Krankenhausaufenthalten und Nebenwirkungen. Die hochspezialisierten Forschungsgruppen an der DPU Krems sind starke Player im Kampf gegen die gefürchtete Krankheit.

Forschungsgruppen der DPU

Mit einem engagierten Team aus Forscherinnen und Forschern, Professorinnen und Professoren sowie Lehrkräften und der Hilfe eines internationalen Netzwerks von Spezialistinnen, Spezialisten und Expertinnen, Experten setzt sich die DPU dafür ein, einen positiven Beitrag zur Krebsbekämpfung zu leisten.

Grundlagenforschung und klinische Forschung sollen an der DPU miteinander verzahnt werden, um Diagnostik und Therapie zu revolutionieren. Die DPU macht es talentierten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern leicht, sich zu beteiligen, indem sie sich für Gleichberechtigung einsetzt und Grenzen beseitigt. Forschungsgruppen wurden und werden mit den infrastrukturellen und personellen Ressourcen geschaffen, um ihre Ideen umzusetzen und die DPU in der internationalen Forschungsgemeinschaft bekannt zu machen. Die DPU unterstützt ihre Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler dabei, ihre Ideen durch Start-ups und Spin-offs in unternehmerische Initiativen umzusetzen. Die DPU ist Schirmherrin mehrerer Forschungsinitiativen und ist laufend dabei, neue Forschungsgruppen zu gründen und zu unterstützen. Die Forschungsgruppe MEDIZINISCHE BILDANALYSE UND KÜNSTLICHE INTELLIGENZ (MIAAI) hat sich das Ziel gesteckt, Anwendungen für MIAAI in allen Bereichen der Medizin in Zusammenarbeit mit den angeschlossenen klinischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Gruppe zu erforschen. Im PERISKOP 112 wurde das MIAAI mit seinen neuesten Forschungsergebnissen bereits eingehend vorgestellt.

Die Forschungsgruppe LIFE SCIENCES TECHNOLOGY (LiST) entwickelt intelligente

Sensorsysteme für die personalisierte Medizin und Krankheitsprävention. Forschungsziel ist der endogene Biomarker-Nachweis mithilfe bio- und nanotechnologischer Membranen. Das LiST wurde in der letzten Ausgabe 113 des PERISKOP-Magazins präsentiert.

Die dritte derzeit an der DPU etablierte Forschungsgruppe CAAID beschäftigt sich mit der klinischen Implementierung von künstlicher Intelligenz in der Zahnmedizin und deren kritischer, benutzerorientierter Bewertung. Es gibt auch zahlreiche weitere Arbeitsgruppen z.B. in den Bereichen Versorgungsforschung, Natur- und Kulturgeschichte des Menschen und Neurodegeneration. Derzeit werden drei weitere Forschungsschwerpunkte geplant: Data Science in Medicine, Clinical Oncology sowie Oral Medicine. **P**

Symposium „Future Outlook Imaging & Oncology“

Event-Unterstützer:

- Britische Botschaft Wien
- GSK Österreich
- ecoplus. Niederösterreichs Wirtschaftsagentur GmbH

Teilnehmende Institutionen:

- AIT Austrian Institute of Technology
- Universität von Cambridge
- Università degli Studi di Bari
- Katholische Universität des Heiligen Herzens, Rom
- Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
- und das Team für medizinische Bildanalyse und künstliche Intelligenz (MIAAI) der Danube Private University unter der Leitung von Prof. Dr. Ramona Woitek und Prof. Dr. Julia Furtner-Srajcar.



Weitere Informationen:
dpu-research.at

Unten rechts: Botschafterin Lindsay Skoll zeigte sich von dem interaktiven anatomischen KI-Modell an der DPU, das Studentinnen und Studenten zur Verfügung steht, sehr beeindruckt.





PVE vs. Hausarzt – (k)ein Widerspruch?

Die allgemeinmedizinische **VERSORGUNG DER BEVÖLKERUNG MUSS ÜBER DIE NÄCHSTEN JAHRZEHNTE GESICHERT WERDEN** – darüber sind sich alle Stakeholder im Gesundheitswesen einig. Andreas Huss, MBA, Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse, und Dr. Naghme Kamaleyan-Schmied, Obfrau der Wiener Ärztekammer, diskutierten über die Wege, dieses gemeinsame Ziel zu erreichen. | von Mag. Dora Gamper

Um die hausärztliche Versorgung ist es in Österreich lange nicht so schlecht bestellt wie um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, doch ist in den nächsten Jahren mit einer zunehmenden Verschlechterung der medizinischen Basisversorgung zu rechnen. Als ein Weg aus dieser drohenden Versorgungskrise wurde seitens der Bundesregierung die Einrichtung von rund 120 Primärversorgungseinheiten (PVE) definiert. Doch diese können und werden nicht die gesamte Versorgung leisten, also braucht es noch ergänzende Konzepte. Denn, so viel ist heute schon klar, die derzeitige Situation lässt die Hausärztinnen und -ärzte auf der Strecke.

PERISKOP: Frau Dr. Kamaleyan-Schmied, welche Schritte müssen gesetzt werden, damit wir wirklich eine wohnortnahe Stärkung der extramuralen Versorgung erzielen?

KAMALEYAN-SCHMIED: Wir sollten eine flächendeckende Basisversorgung in Österreich stärken, in der es für jede Hausärztin und jeden Hausarzt möglich sein muss, zusätzlich diplomierte Sozialarbeiter und andere Gesundheitsberufe in einem Stufenpaket anzustellen – und dafür auch Förderungen zu bekommen. Dann könnten wir flächendeckend dieses Hausarzt-Plus-Modell etablieren.

Es geht aber nicht darum, das Modell Groß-PVE anzuzweifeln. Beides hat seinen Platz.

Wenn wir wirklich mit 120 PVE österreichweit in die Vollausstattung gehen und jede PVE würde durchschnittlich 10.000 Patientinnen und Patienten versorgen, kommen wir auf zehn Prozent Versorgung der Bevölkerung.

Wenn wir aber jeden Hausarzt bedarfsorientiert mit Gesundheitsberufen versorgen, dann könnten wir wirklich in Vollausstattung gehen und die gesamte Bevölkerung bestmöglich versorgen.

Andreas Huss ist zuversichtlich, dass PVE in naher Zukunft bis zu einem Drittel der Versorgung leisten können, vor allem in Ballungsräumen.

Stellen Sie sich das so vor, dass alle acht Gesundheitsberufe, also von der Sozialarbeit über Psychotherapie bis zur Physiotherapie etc., in einer Einzelordination verfügbar sind?

KAMALEYAN-SCHMIED: Die Versorgung muss bedarfsorientiert sein. In einem Flächenbezirk in Wien werden wahrscheinlich mehr Sozialarbeiterinnen und -arbeiter gebraucht. Wenn ich spezialisiert bin auf Diabetesversorgung, werde ich eher Wundmanagement brauchen oder Diätologie. Es muss die Möglichkeit geben, dass Hausärztinnen und -ärzte ihr Angebot erweitern – für jene Ärztinnen und Ärzte, die das auch wollen.

Es bedeutet eine Schlechterstellung der Einzelordination, wenn das nur die PVE kann. Zumal wir ja wissen, wir können nur 120 PVE umsetzen, zumal wir wissen, dass die bürokratischen Hürden, um eine PVE zu gründen, relativ hoch sind – mit Ausschreibungen, Partner finden, Anwälten, GmbH gründen etc. Das nimmt viel Zeit in Anspruch, und die Immobilie zu finden für eine PVE mit 500 Quadratmetern, ist auch nicht einfach, auch das kann ich aus eigener Erfahrung sagen. Wenn man aber auf bestehenden Strukturen aufbaut und die Möglichkeit schafft, dass sich Kassenordinationen diese nicht medizinischen Berufe dazunehmen, dann hätte die Bevölkerung sehr schnell flächendeckend etwas davon.

Wie sehen Sie diesen Ansatz, Herr Huss?

HUSS: Grundsätzlich freut es mich, dass auch vonseiten der Ärztekammer der Gedanke unterstützt wird, dass nicht nur die Ärztin bzw. der Arzt allein für die Patientenversorgung zuständig ist. Das Einzelarztmodell wird es auch in Zukunft geben, aber in Ballungsräumen wird sich in den nächsten zehn Jahren durchaus eine Verschiebung von der Einzelarztpraxis hin zu Zusammenarbeitsformen ergeben. Das müssen nicht nur PVE, sondern das können auch Gruppenpraxen sein. Wenn dort auch andere Gesundheitsberufe mitarbeiten, dann ist das ein absoluter Vorteil und dann sollte man das forcieren.

Die PVE hat aber noch einen weiteren großen Vorteil, das sind die Öffnungszeiten. Wir haben in der PVE eine Öffnungszeit von 7:00 Uhr in der Früh bis 19:00 Uhr, wir kennen PVE hier in Wien, die am Samstag auch Dienst machen, die sogar am Sonntag Notdienste haben usw. – und das kann die Einzelarztpraxis logischerweise gar nicht leisten.

Wie wird es in Zukunft weitergehen, ist das PVE die Zukunft?

HUSS: Es wird beides geben. Ich stehe auf dem Standpunkt, in Ballungsräumen – und da reden wir von Städten ab 5.000 Einwohnern – wird wohl in zehn Jahren die PVE die Versorgung der Wahl sein, in kleineren Gemeinden wird es die Einzelarztpraxis sein. Wir werden ab nächstem Jahr den österreichischen Strukturplan Gesundheit neu verhandeln und mein Ziel ist es, bis 2030 nicht 120, sondern 300 PVE für ganz Österreich zu planen. Auch die 300 PVE werden keine Vollversorgung sein, wir kommen dann vielleicht auf 20 bis 30 Prozent.

Wir brauchen wieder den Weg zurück zu einem hausarztzentrierten Gesundheitssystem.

Andreas Huss

KAMALEYAN-SCHMIED: Der wichtigste Punkt ist, ich kann mir derzeit in der Einzelordination einen Diplomierten anstellen, ich kann mir derzeit auch einen Sozialarbeiter anstellen, das ist kein Problem, ich bekomme nur keine Förderung. Das ist der große Unterschied. Ich kann mir vorstellen, dass wir ergänzend zu den PVE das Konzept Hausarzt-Plus, beziehungsweise die Mini-PVE anstreben, die dann auch leistungs- und bedarfsorientiert gefördert werden, um Gesundheitsberufe anstellen zu können. Das könnte über ein Stundenpackage laufen, wo die Ärztinnen und Ärzte je nach Bedarf Gesundheitsberufe anstellen können und aliquot wie eine PVE, Förderungen erhalten. Viele Leitungen zentral über die Hausärztin bzw. den Hausarzt zu erhalten, bringt den Patientinnen und Patienten deutliche Verbesserungen in der Versorgung.

Was sind die Vor- und Nachteile des Modells Mini-PVE?

KAMALEYAN-SCHMIED: Natürlich bedeutet es für die Hausärztinnen, -ärzte eine vermehrte Koordinationstätigkeit. Aber wenn der Patient weiß, dass ich der Sozialarbeiterin vertraue, dann vertraut er dieser Sozialarbeiterin auch und es ist nicht so anonym, als wenn ich jetzt sage, gehen Sie zur Stadt Wien in irgendeinen Magistrat und setzen sich dort hin. Ich weiß zwar nicht, mit wem Sie reden, aber irgendwer wird schon mit Ihnen reden. Das ist vonseiten der Hausärztinnen und -ärzte eine Serviceleistung, die Zeit und Geduld braucht. Im Sinne der Patientenversorgung wäre das ein Vorzeigemodell, das wir die nächsten Jahre auch praktikabel leben können – und zwar relativ zeitnah, denn dafür braucht es keine komplizierte Firmengründung, keine Ausschreibung. Da setzen wir uns zusammen und finden ein Konzept, einen Basisplan, der rasch über ganz Österreich ausgerollt werden kann.

HUSS: Wir sehen sowohl bei Frauen, aber vermehrt auch bei Männern, dass es einen steigenden Teilzeitbedarf gibt. Es gibt immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte, die eine Vollzeit-Kassenordination übernehmen möchten, obwohl man auch wieder sagen muss, wir konnten im letzten Jahr rund 700 Arztstellen problemlos nachbesetzen. Viele wollen gern im Kassensystem mitarbeiten, aber nicht in der Einzelordination, sondern in Zusammenarbeitsformen – ob es nun PVE, Gruppenpraxen oder Ähnliches sind. Da geht es auch um den Austausch mit anderen Kolleginnen und Kollegen und die zeitliche Flexibilität, wenn man einmal krank ist oder mehr Zeit für die Familie braucht. Das heißt, man ist in diesen Zusammenarbeitsformen wesentlich flexibler als in der Einzelarztpraxis.



Brauchen wir flexiblere Arbeitszeitmodelle für Ärztinnen und Ärzte?

KAMALEYAN-SCHMIED: Hier geht es nicht nur um die Ärztinnen und Ärzte, 80 Prozent des Personals in den Ordinationen sind weiblich und tendenziell arbeiten Frauen deshalb Teilzeit, weil sie keine Kinderversorgung haben. Kinderbetreuung ist in Österreich weitgehend nicht gewährleistet bis 19:00 Uhr. Auch wenn die Kinder aus dem Größten draußen sind, haben viele Versorgungspflichten für Eltern oder Pflegeangehörige. Also muss die angesprochene Flexibilisierung für alle da sein. Es muss auch die Möglichkeit geben, mehr Vertretungen aufrecht zu halten. De facto kann es der ÖGK egal sein, wie ich den Betrieb offenhalte.

Wir haben in Wien den SVÖ-Bonus, den wir noch in der letzten Periode verhandelt haben, um dem Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten zu begegnen. Pro Ordination können Ärztinnen und Ärzte freiwillig die Ordinationszeit um fünf Stunden erweitern. Wenn vier Ordinationen jeweils fünf Stunden länger öffnen – ergibt das eine virtuelle Kassenstelle mit 20 Stunden – wofür es auch Bonuszahlungen gibt. Das heißt, man könnte die Förderungen für PVE einfach aufsplitten – zum Teil für die längeren Öffnungszeiten, zum Teil für die nichtmedizinischen Berufe – und ein Package schnüren, eine Art flexibles Modulsystem. Wichtig ist uns, dass wir die Bevölkerung versorgen.

HUSS: Junge Ärztinnen und Ärzte wollen sich immer weniger an irgendeine Stelle binden. In manchen Krankenhäusern sind nur ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte vollzeitbeschäftigt, weil sie neben der Krankenhaustätigkeit noch andere berufliche Interessen haben. Es wäre für uns wichtig, in Österreich einheitliche Regeln für Nebenbeschäftigungsmöglichkeiten von Spitalsärzten zu schaffen. Das sollte natürlich aus unserer Sicht vorzugsweise die Kassenpraxis sein. Andererseits gibt es Bundesländer, die den Spitalsärzten verbieten, in einer Kassenpraxis zu arbeiten, aber erlauben, in der Privatpraxis zu arbeiten. Das sehe ich durchaus als ganz großen Unsinn. Wir müssen gemeinsam überlegen und Möglichkeiten schaffen, dass flexible Formen der Teilzeitbeschäftigung auch in der Kassenpraxis umsetzbar werden.

KAMALEYAN-SCHMIED: Nur weil meine Ordination 25 Stunden offen hat, heißt das nicht, dass ich nur 25 Stunden arbeite. Ich arbeite deutlich mehr. Es ist so viel Administration und Management nebenbei. Es sind die Hausbesuche, es sind die Pensionistenheime, die wir versorgen. Bewilligungsanfragen, die Befunde durchlesen und kontrollieren, da sitze ich oft bis spät in die Nacht. Es muss ganz klar gesagt werden: Öffnungszeit ist nicht Arbeitszeit – in allen unternehmerischen Tätigkeiten ist das so.

Wenn wir von Flexibilisierung sprechen, wie sieht es mit den Leistungen aus?

KAMALEYAN-SCHMIED: Der Allgemeinmediziner ist der „Hero“ der Versorgung, dort läuft aus meiner Sicht alles zusammen, das ist der Manager, der Lenker, der Versorger. Ich wünsche mir, dass die Hausärztin bzw. der Hausarzt einen umfassenden Leistungskatalog hat, der das abbildet, wofür sie bzw. er auch ausgebildet ist – damit Patientinnen bzw. Patienten nicht zu drei anderen Ärztinnen oder Ärzten gehen müssen. Wir haben jetzt gerade den SVS-Katalog neu verhandelt, und da gibt es viele Erweiterungen bei den Leistungen.

HUSS: Das sind zwei Themen, die wir sehr einig diskutieren. In den neuen Leistungskatalog ist auch der Ultraschall für die Allgemeinmedizin

eingeschlossen. Wir haben vor, dass wir Leistungen, die es bisher nur in der Spitalsambulanz gab, auch in der niedergelassenen Facharztpraxis bzw. in der Allgemeinmedizin in Zukunft abbilden.

Der zweite Punkt ist die Patientensteuerung. Auch das ist ein zentrales Thema. Wir haben das System Hausarzt mit der e-card aufgegeben und jetzt laufen die Menschen von Facharzt zu Facharzt. 20 Prozent aller Menschen in Österreich haben gar keine Hausärztin bzw. keinen Hausarzt mehr. Das ist aus meiner Sicht hoch problematisch. Die Hausärztin bzw. der Hausarzt kennt den Menschen als Ganzes, in seinem sozio-ökonomischen Umfeld, mit Familie, mit Arbeitsplatz, mit Vorerkrankungen, und kann natürlich wesentlich besser einschätzen, wenn neue Probleme auftauchen, woran das liegen kann. Dort laufen idealerweise auch alle Befunde zusammen. Ich hab ja schon öfter gesagt, für mich ist die Allgemeinmedizin die Königsdisziplin. Es kann ungesund bis hin zu tödlich sein, wenn Menschen keinen Hausarzt mehr haben. Fachärzte haben nicht den Überblick, welche Medikamente die Patientin bzw. der Patient noch nimmt, da gibt es Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten.

Aus dem Grund braucht es wieder den Weg zurück zu einem hausarztzentrierten Gesundheitssystem. Da kann man auch die Digitalisierung mitnehmen mit 1450, aber klar ist: Die Hausärztin bzw. der Hausarzt kann 80 bis 85 Prozent aller Probleme final selbst erledigen. Für die restlichen 20 bis 25 Prozent braucht es Unterstützung vom Facharzt. Das reduziert im gesamten System auch die Wartezeiten.

Wie ist der Standpunkt der Ärztekammer zu dieser Form der Patientensteuerung?

KAMALEYAN-SCHMIED: Nur mit Förderung der Gesundheitskompetenz und mit einer sinnvollen Patientensteuerung kann man Wartezeiten und Kosten minimieren und Zufriedenheit im System steigern. Was mir aber wichtig ist, es sollte nicht mit Strafen verbunden sein, sondern mit einem Anreizsystem. Es gibt eine Studie, die belegen konnte, wenn Patientinnen und Patienten zuerst zur Hausärztin, zum Hausarzt gehen, dann kommen sie Jahre früher zur richtigen Diagnose, als wenn sich die Patientin, der Patient auf eigene Faust ins Gesundheitssystem stürzt. Gesundheitsmanagement braucht Zeit,

Ich wünsche mir für die Hausärztin bzw. den Hausarzt einen breiteren Leistungskatalog.

Naghme Kamaleyan-Schmied

das geht nicht in einer drei- bis fünfminütigen Ordinationsrunde. Wir wissen, Zeit und Gesprächstherapie führen dazu, dass Patientinnen und Patienten eine höhere Compliance und einen besseren Outcome haben. Und deshalb brauchen wir auch mehr Zuwendungsmedizin. Aber die Gesundheit beginnt schon bei jedem selbst, bei meinem eigenen Verständnis für meine Gesundheit und meiner Verantwortung für meine Gesundheit. Bei der Gesundheitskompetenz gibt es in Österreich großen Aufholbedarf.

Eine letzte Frage zur Telemedizin und Digitalisierung – gibt es auch hier in Österreich Aufholbedarf?

HUSS: 1450 wird jetzt massiv umgebaut. Wir werden Gesundheitsdaten besser vernetzen müssen. Wir werden die Wahlärzte ins e-card-System einbinden, ins e-Rezept, also in alle elektronischen Versorgungsmöglichkeiten. Wir werden endlich die lange ersehnte Diagnosekodierung für alle Ärztinnen und Ärzte bekommen. Das heißt, wir werden in Zukunft viel mehr Daten zur Verfügung haben, die wir für die Planung des Gesundheitssystems verwenden können, aber auch für die Wissenschaft.

Es besteht ein breites Einverständnis, dass wir mit der Digitalisierung vorankommen. Beispielsweise haben wir im letzten Verwaltungsrat beschlossen, ein Pilotprojekt mit DiGA zu starten und in der Folge in Österreich umzusetzen.

KAMALEYAN-SCHMIED: Digitalisierung ist eine gute Sache. Wichtig für uns ist, dass die Kosten nicht an den Ärztinnen und Ärzten hängen bleiben. Wir haben in der letzten Zeit während COVID-19 sehr viel in Digitalisierung investiert, auch als Ärzteschaft. Wir haben zum Beispiel das Terminmanagement auf unsere eigenen Kosten etabliert, damit sich die Patientinnen und Patienten online Termine ausmachen können. Digitalisierung ja, aber bitte in Zusammenarbeit mit uns, weil wir mit diesem System arbeiten müssen. **P**

Naghme Kamaleyan-Schmied sieht die Zuwendungsmedizin als wichtiges Alleinstellungsmerkmal der Hausärztinnen und -ärzte.


ÄRZTEKAMMER
FÜR WIEN

 Österreichische
Gesundheitskasse





PERFORMANCE

Präzisionsmedizin-Zentrum für Erkrankungen des Gehirns

Das Konzept der Präzisionsmedizin gewinnt in allen Bereichen der Medizin zunehmend an Bedeutung. Aus Mitteln der **EUROPEAN RESILIENCE AND RECOVERY FACILITY UND SPENDEN ENTSTEHT AM MEDUNI CAMPUS AKH IN WIEN EIN ZENTRUM FÜR PRÄZISIONSMEDIZIN**. Benannt wird dieses nach dem aus Wien stammenden Nobelpreisträger Eric Kandel. Um die Finanzierung weiter abzusichern, lud die MedUni Wien im November zu einem Fundraising-Dinner zugunsten der Präzisionsmedizin bei Erkrankungen des Gehirns ein. | von Rainald Edel, MBA

Die Präzisionsmedizin als eine Form der personalisierten Medizin ermöglicht es, Behandlungen bestmöglich auf Wirksamkeit und Verträglichkeit für einzelne Patientinnen, Patienten individuell anzupassen. Voraussetzung dafür ist höchstentwickelte Forschung, die es erlaubt, die biologischen Grundlagen der beobachtbaren, klinischen Merkmale auf allen Ebenen bis hin zu den zellulären und molekularen Mechanismen, zu verstehen. Dazu braucht es Forschung auf höchstem Niveau sowie hoch qualifizierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die in exzellenten infrastrukturellen Gegebenheiten Spitzenleistungen erreichen und das Forschungsfeld vorantreiben. Die Forscherinnen und Forscher an der MedUni Wien erbringen diese Spitzenleistungen im Bereich der Neurowissenschaften – jener Wissenschaft, die unser Wissen um die enorm komplexen Funktionsweisen des Gehirns und dessen Veränderungen bei neurologischen und psychischen Krankheiten, wie Epilepsie oder Depression, erweitert.

Wertvolle Unterstützung

„Das Gehirn hat ungefähr 300 Mrd. verschiedene Zellen, deren Zusammenspiel dafür verantwortlich ist, zu denken und den Alltag zu bewältigen. Daher ist es auch anfällig für bestimmte Erkrankungen“, erklärte Univ.-Prof Dr. Josef Penninger, Professor für Personalisierte Medizin in seiner Keynote zum Fundraising-Dinner. Durch das Älterwerden der Gesellschaft steige auch die Zahl der Alzheimer- und Demenzerkrankten. Daher sei Forschung auf höchstem Niveau in diesem Bereich immens wichtig. "Die Medizinische Universität Wien und das AKH Wien leben bereits in zahlreichen Fachbereichen täglich die Idee der personalisierten Medizin, die auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zugeschnitten ist", betonte Univ.-Prof. Dr. Markus Müller, Rektor der Medizinischen Universität Wien in seiner Ansprache. "Durch das Eric Kandel Institut – Zentrum für Präzisionsmedizin auf dem MedUni Campus AKH schaffen wir nun

die räumlichen Voraussetzungen, um Wien als globalen Vorreiter in der Präzisionsmedizin noch stärker zu etablieren. Dieser neue Standort wird sich besonders auf Technologien konzentrieren, die für die Planung, Umsetzung und Realisierung von Projekten zur Präzisionsmedizin entscheidend sind. Damit leisten wir einen Beitrag zur Innovationskraft Wiens und zur Sicherstellung einer erstklassigen Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung", so Müller. Beim diesjährigen Fundraising-Dinner konnten rund 125.000 Euro für die präzisionsmedizinische Forschung bei Erkrankungen des Gehirns gesammelt werden.

Die Medizinische Universität Wien und das AKH Wien leben bereits in zahlreichen Fachbereichen täglich die Idee der personalisierten Medizin, die auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zugeschnitten ist.

Markus Müller

Zentrum für Präzisionsmedizin

Grundlage der Präzisionsmedizin sind moderne Diagnostik-Methoden wie die Genom-Sequenzierung oder die molekulare Bildgebung. Damit soll es in Zukunft noch besser möglich sein, Patientinnen und Patienten zielgerichtet und individuell zu behandeln und die Ursache der Erkrankung auf molekularer Ebene zu identifizieren. Auch kann das individuelle Krankheitsrisiko mit Hilfe der Präzisionsmedizin besser als bisher bestimmt werden. Das steigert die individuellen Heilungschancen enorm und könnte Menschen die Angst vor Krankheiten oder Behandlungen nehmen. Die am MedUni Campus AKH in Wien gerade in Bau befindliche neue Forschungsinfrastruktur

Gute besucht war der Van Swieten Saal der Medizinischen Universität Wien anlässlich des Fundraising-Dinners zugunsten der Präzisionsmedizin bei Erkrankungen des Gehirns.




Einblicke in die Präzisionsmedizin bei Erkrankungen des Gehirns gab Josef Penninger, Professor für Personalisierte Medizin (Bild Mitte) Neben den Vorträgen stand das Fundraising Dinner ganz im Zeichen des Austausches und des Netzwerkes. Zahlreiche prominente Persönlichkeiten aus dem Gesundheitsbereich waren unter den Gästen zu finden.





schaft auf mehr als 6.000 m² moderne Rahmenbedingungen für digitale und personalisierte Medizin – den beiden wichtigsten Trends der medizinischen Wissenschaft des 21. Jahrhunderts. Mit Hilfe der modernen Infrastruktur sollen ab Ende 2026 rund 200 Forscherinnen und Forscher die Entwicklung von Präventions-, Diagnose- und Therapiemethoden vorantreiben und Diagnosen, Therapien und Präventionsmaßnahmen entwickeln, die an individuelle Faktoren angepasst sind. Als Namensgeber für das neue Forschungszentrum fungiert der aus Wien stammende Nobelpreisträger Eric Kandel. Das Eric Kandel Institut – Zentrum für Präzisionsmedizin soll eines der führenden Zentren für Forschung und Entwicklung von Therapien auf dem Gebiet der maßgeschneiderten Medizin werden. Das neue Gebäude entsteht im Rahmen eines der größten Investitionsprojekte am MedUni Campus AKH als eines von drei Zentren, in denen die Medizin des 21. Jahrhunderts gestaltet wird: das Zentrum für Translationale Medizin und Therapien, das Zentrum für Technologietransfer und das Eric Kandel Institut – Zentrum für Präzisionsmedizin. Der Fokus des neuen Eric Kandel Instituts liegt insbesondere auf biomedizinischer Forschung, klinischen Studien, Genom-Technologie, Bioinformatik und IT. Die unmittelbare Nähe zum AKH Wien bringt einen wesentlichen Vorteil für Patientinnen, Patienten: Klinisch tätige Ärztinnen, Ärzte sowie Grundlagenforscherinnen und Grundlagenforscher erarbeiten in enger Kooperation und räumlicher Nähe neueste Erkenntnisse, wodurch Patientinnen und Patienten am aktuellsten Stand der Medizin behandelt werden können.

Nobelpreisträger als Namensgeber

Eric Kandel wurde 1929 in Wien geboren und musste als Kind – im Jahr 1939 nach dem „Anschluss“ Österreichs an das nationalsozialistische Deutschland – mit seiner Familie in die USA emigrieren. Er revolutionierte mit seinen Studien das Verständnis für die Bildung von Kurz- und Langzeitgedächtnis. Die Erkenntnisse aus Eric Kandels Arbeit brachten tiefe Einblicke in Leistungen des menschlichen Gedächtnisses und ein molekulares Verständnis psychischer Vorgänge und psychiatrischer Erkrankungen. Im Jahr 2000 erhielt er den Nobelpreis für Physiologie oder Medizin für die Entdeckung von chemischen und strukturellen Veränderungen im Gehirn aller lernenden Organismen, von Schnecken bis zum Menschen. Kandel erhielt 1945 die amerikanische Staatsbürgerschaft und lebt in New York. 2009 wurde er zum Ehrenbürger der Stadt Wien ernannt. 2012 erhielt er das Große Silberne Ehrenzeichen mit dem Stern für die Verdienste um die Republik Österreich. 

Nicht fehlen durfte bei dieser Veranstaltung der Leiter der Universitätsklinik für Neurologie Thomas Berger (o. links). Im Anschluss an eine Keynote zum Thema Kunst und Demenz von Ruth Mateus-Berr, wurden noch Kunstwerke der Galerie Gugging versteigert und der Katalog zur Ausstellung "gehirngefühl!" präsentiert, der einen hervorragenden Überblick über die Produktivität der Künstler aus Gugging von 1970 bis zur Gegenwart bietet.



Die Gäste mit Wissenswertem zum Thema Präzisionsmedizin bei Erkrankungen des Gehirns und Details zum Eric Kandel Zentrum für Präzisionsmedizin versorgten mit ihren Vorträgen (v.l.): Josef Penninger, Ruth Mateus-Berr, Markus Müller, Suzanne Rödler.



SAVE THE DATE



4. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH Kinder- und Jugendgesundheit 2030 am Fuße der Rax

  www.praevenire.at



25.-26. JUNI 2024

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

Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

Weitere Informationen unter: umsetzen@praevenire.at

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

••• FÖRDERVEREIN
Kinder- und
Jugendlichenrehabilitation
in Österreich





PERFORMANCE

Welldone weiter auf der Gewinnspur

WELLDONE HAT EIN ERFOLGREICHES JAHR 2023 HINTER SICH. Bereits zu Beginn des Jahres durfte sich die Agentur über die „Progress-Out-of-Home-Trophy Jänner“ in der Kategorie Transport Media freuen. Nun setzt Welldone die Erfolgsgeschichte fort und holt sich die „Progress-Out-of-Home-Trophy November“ in der Kategorie Plakat. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

Jeden Monat kürt eine unabhängige Fachjury im Auftrag des in Salzburg, Tirol und Vorarlberg tätigen Außenwerbungsunternehmens Progress Werbung die besten Werbesujets und Kampagnen im öffentlichen Raum. Die Gewinner werden mit der „Progress-Out-of-Home-Trophy“ ausgezeichnet. Diese bei der Werbewirtschaft und Agenturen begehrte und renommierte Auszeichnung wird in den sieben Kategorien: Transport Media, Premium Screen/Premium Board, Plakat, Digital OOH, City Light, Innovative und Ambient Media, vergeben.

Erneut ausgezeichnet

Bereits Anfang des Jahres durfte sich die Wiener Full-Service-Agentur Welldone Werbung und PR über die „Progress-Out-of-Home-Trophy Jänner“ in der Kategorie Transport Media freuen. Damals wurde das auffallende Sujet im Jumbo-Format auf einem Heck eines Salzburger Linienbusses der Kampagne „Ihre Gesundheit in besten Händen“ zum Thema Frauengesundheit und Geburt im Auftrag der Privatklinik Wehrle-Diakonissen, einem Krankenhaus der PremiQaMed-Gruppe, ausgezeichnet.

Nun wurde die Agentur erneut geehrt. Gemeinsam mit der Privatklinik Wehrle-Diakonissen hat Welldone im November in der Kategorie Plakat mit der Kampagne „Bei Sportverletzungen Privatklinik Wehrle-Diakonissen. Medizinisch versorgt auf hohem Niveau.“ gewonnen. Ziel der Werbemaßnahme war es, die ausgezeichnete medizinische Versorgung der Privatklinik direkt an die Salzburgerinnen und Salzburger heranzutragen. Mit der Kombination aus aufmerksamkeitsstarkem Bild und starkem Branding ist dies auf jeden Fall gelungen. Gleichzeitig wurde mit dem Plakat eine vertrauensvolle Wissensvermittlung geschaffen. Mit dieser prämierten Kampagne sind Welldone und die Privatkli-



nik Wehrle-Diakonissen auch im Rennen um die Out-of-Home-Trophy des Jahres für das beste Sujet des Jahres 2023. „Der Gewinn der Progress-Out-of-Home-Trophy November freut uns sehr. Das bestätigt uns in unserem Anspruch unseren Kundinnen und Kunden immer das Beste zu bieten“, sagt Mag. Birgit Bernhard, Head of Accounts bei Welldone Werbung und PR. Bereits seit vier Jahren arbeitet die Privatklinik Wehrle-Diakonissen im Bereich Out-of-Home Werbung mit der Agentur erfolgreich zusammen. Daraus entstanden spannende Werbesujets, die auf City Lights, 16-Bogen-Plakaten und auf Bussen zu sehen sind. Themen der Kampagnen sind das umfangreiche Leistungsspektrum der Privatklinik Wehrle-Diakonissen, das von Diagnostik und Therapie in nahezu allen medizinischen Fachrichtungen reicht. So wurden neben der siegreichen Plakatanzeige auch Kampagnen-Flights zu weiteren Schwerpunktbereichen der Klinik mit Welldone umgesetzt sowie eine Employer-Branding-Kampagne.

Gemeinsam für Ihren Erfolg

Welldone ist seit seiner Gründung erfolgreich im Geschäft. Die Agentur hat sich von Beginn an vor allem auf das Thema Gesundheit fo-

Die Agentur Welldone darf sich gemeinsam mit der Privatklinik Wehrle-Diakonissen über die „Progress-Out-of-Home-Trophy November“ in der Kategorie Plakat freuen.

kussiert. Aber auch Kundinnen und Kunden abseits der Gesundheit sind bei der Agentur mit ihren kreativen Ideen gut aufgehoben. Als Partner der PERI Group ist Welldone in ein umfassendes und hochspezialisiertes Beratungsnetzwerk aus mehreren Firmen mit über 35 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eingebettet. Agenturübergreifend können so Synergien für Kundinnen und Kunden bestmöglich genutzt werden. Dadurch profitieren Kundinnen und Kunden von der Fachkompetenz unterschiedlicher Bereiche mit nur einer Ansprechpartnerin, einem Ansprechpartner für alle Anliegen. Welldone Werbung und PR bietet Erfahrung, analytisches Denken, strategische Planung und viel Kreativität, um maßgeschneiderte Kommunikationskonzepte für Produkte, Dienstleistungen und Unternehmen zu kreieren, sowie Out-of-the-box-Konzepte für knifflige Aufgabenstellungen. Gemeinsam mit PERI onlineexperts sind auch die digitalen Welten unsere: Websites und Social Media, Content-Produktion für Websites, online und hybrid-Events. „Wir lieben Herausforderungen und schaffen Erfolge. Und weil wir das mit Hingabe tun, machen wir es unglaublich gut – die letzten 30 Jahre und noch viele mehr“, betont Bernhard. P





PIONIERE

Arbeiterkammer Wien

Höchste Zeit für ein neues Kapitel in der Diabetes-Versorgung

Die Arbeiterkammer Wien (AK Wien) lud im Oktober in Zusammenarbeit mit dem Verein PRAEVENIRE Fachleute aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung ein, um erste Einblicke in ihre **NEUE STUDIE ZUR INTERDISZIPLINÄREN UND MULTIPROFESSIONELLEN VERSORGUNG VON DIABETES-TYP-2** zu präsentieren. Das Expertentreffen bot die erste Gelegenheit, die Studienergebnisse zu diskutieren. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der Entwicklung der Diabetesprävalenz in den vergangenen Jahren ist mit einem weiteren starken Anstieg der Anzahl an Menschen mit Diabetes-Typ-2 zu rechnen. Somit stellen die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes sowie die damit verbundenen Kosten eine große Herausforderung für das österreichische Gesundheitssystem dar. Aus diesem Grund hat die AK Wien die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) beauftragt, eine Studie zur interdisziplinären und multiprofessionellen Diabetes-Typ-2-Versorgung durchzuführen. Ziel war die Erhebung des Ist-Standes der Diabetes-mellitus-Typ-2-Versorgung in Österreich, das Weiterdenken des aktuellen Diabetesversorgungssystems sowie die Abschätzung des darauf basierenden künftigen Personalbedarfs. Die ersten Ergebnisse wurden vom GÖG-Geschäftsführer ao. Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann vorgestellt.

Einer der Gründe für die Studie war die Kritik des Rechnungshofs am derzeitigen DMP, der in seiner Empfehlung die Einbeziehung von anderen Gesundheitsberufen angeregt hat.

Wolfgang Panhölzl

Personalmangel und 800.000 an Diabetes Erkrankte

Bereits vor der Pandemie zeichnete sich ein Fachkräftemangel bei den Gesundheitsberufen ab. „Es war schon Jahre bekannt, dass jährlich tausende neue Fachkräfte im Gesundheitsbereich benötigt werden, um das bestehende System aufrechtzuerhalten“, sagte Ostermann. „Aufgrund der anstehenden Pensionierungswelle ist ein weiterer Anstieg vakanter Stellen zu befürchten“, erklärte der Experte und führte aus: „Die Situation verdeutlicht die dringende Notwendigkeit innovativer Lösungen für die Personalknappheit.“ Gleichzeitig gibt es rund 800.000 an Diabetes erkrankte Personen, von denen nur wenige optimal versorgt werden.

Prävalenz an Diabetes steigt

Auf Basis des gesundheitsökonomischen Controllinginstruments LEICON der Österreichischen Sozialversicherung wird angenommen, dass in Österreich im Jahre 2020 etwa 6,5

Prozent der Bevölkerung von Diabetes-mellitus-Typ-2 betroffen waren. Wird zudem der Faktor der nicht diagnostizierten Fälle in die Schätzung miteinbezogen, ergibt sich, dass insgesamt zwischen 8,2 und 9,9 Prozent an Diabetes-mellitus-Typ-2 erkrankt sind, was in etwa 728.000 bis 880.000 Personen mit Diabetes-Typ-2 entspricht. Prognosen zufolge soll die Zahl bis 2030 auf 7,9 Prozent (zuzüglich einer Dunkelzifferschwankung von 1,71 bis 3,42 Prozent) steigen.

Laut Experten ließe sich zusätzlich ein deutliches West-Ost-Gefälle beobachten. So betrug 2020 beispielsweise die Zahl der Menschen mit Diabetes in Vorarlberg 5,79 Prozent (zuzüglich einer Dunkelzifferschwankung von 1,71 bis 3,42 Prozent) und in Niederösterreich 8,09 Prozent (zuzüglich einer Dunkelzifferschwankung von 1,71 bis 3,42 Prozent).

Weniger als zehn Prozent aktiv bei „Therapie Aktiv“ betreut

Seit 2007 existiert in Österreich das Disease Management Programm (DMP) „Therapie Aktiv“, ein bundesweit strukturiertes Betreuungs-

programm für Menschen mit Diabetes-Typ-2, an dem derzeit etwa 113.000 Betroffene teilnehmen. Laut Rechnungshof werden davon jedoch nur bei 70 Prozent der bei „Therapie Aktiv“ eingeschriebenen Personen Leistungen abgerechnet, damit sind weniger als zehn Prozent der insgesamt rund 800.000 Erkrankten umfassend versorgt. Gründe dafür sind etwa die freiwillige Teilnahme für Patientinnen und Patienten sowie für Ärztinnen und Ärzte, keine strukturierte Zusammenarbeit zwischen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen und erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Eine Ausnahme bilden Primärversorgungseinheiten (PVE), denn für diese ist die Teilnahme am DMP „Therapie Aktiv“ verpflichtend. „Die Vorteile von strukturierten DMP sind anhand von Belegen und Evidenzen klar ersichtlich. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass Personen außerhalb des Programms nicht angemessen versorgt werden“, betonte Ostermann.

Bereits 2019 kritisierte der Rechnungshof, dass das Versorgungskonzept des DMP grundsätzlich die Betreuung durch Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner oder durch Fachärztinnen

Diskussionsteilnehmende (v. l. n. r.): Franz Leisch (Moderation), Martin Clodi, Alexandra Kautzky-Willer, Wolfgang Panhölzl, Herwig Ostermann



und Fachärzte für Innere Medizin vorsieht, die Einbindung anderer Gesundheitsberufe in die Betreuung aber nicht. Im Zuge dessen empfahl der Rechnungshof den Stakeholdern im Gesundheitswesen, zu erheben, „welche Gesundheitsberufe im niedergelassenen Bereich für eine adäquate Diabetes-Versorgung erforderlich sind. Diese wären zeitnah in das bestehende Versorgungsangebot zu integrieren“. 2023 ist diese Empfehlung nach wie vor aktuell. Infolgedessen wurde durch die GÖG eine Analyse zur Diabetes-mellitus-Typ-2-Versorgung durchgeführt. Dazu wurde in einer Online-Erhebung untersucht, welche Berufsgruppen welche Aufgaben im Rahmen der Betreuung von Diabetespatientinnen und -patienten durchführen. Hierbei wurden Daten einerseits von Berufsgruppen in Einzelpraxen und andererseits in PVE und Gruppenpraxen erhoben. Besonders auffällig war, dass Leistungen der Diabetesversorgung wie Blutdruckmessung, Ernährungsberatung und Wundversorgung in PVE und Gruppenpraxen wesentlich häufiger durch nichtärztliche bzw. nicht-medizinische Gesundheitsberufe erbracht wurden als in Einzelpraxen. Deutlich wurde bei der Erhebung außerdem, dass sich 47 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte die Aufnahme von Diätologinnen und Diätologen und 46 Prozent die Aufnahme von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern (DGKP) ins Diabetesteam wünschen.

Wie Studien bestätigt haben, konnte durch das DMP die Zahl der Komplikationen gesenkt werden, was zeigt, dass ‚Therapie Aktiv‘ durchaus ein Erfolgsmodell ist, auf das man mit einer Weiterentwicklung 2.0 aufbauen kann.

Martin Clodi

„Therapie Aktiv 2.0“: multidisziplinär neu gedacht

Um die Diabetesbehandlung im österreichischen Gesundheitssystem zu verbessern, benötigt es die Entwicklung eines multidisziplinären Ansatzes. Aufgrund dessen erarbeiteten Expertinnen und Experten, wie eine gut strukturierte Versorgung auf Basis internationaler Erfahrung aussehen könnte. Dazu wurde das bereits vorhandene DMP „Therapie Aktiv“ herangezogen und zu „Therapie Aktiv 2.0“ weiterentwickelt. Hierbei wurde als wesentlicher Punkt der verpflichtende Versorgungsauftrag für Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und somit die Erhöhung der Teilnehmerzahl identifiziert. Zusätzlich bedarf es der Aufnahme von Vertreterinnen und Vertretern der anderen Gesundheitsberufe ins DMP sowie die Klärung der Kostenübernahme für Leistungen des Diabetesteam. Dazu schlägt die AK Wien als Ergänzung zu den bestehenden Organisationsformen ein flexibles Diabetesteam vor. Dabei erhalten Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner einen Versorgungsauftrag, um allen Menschen mit Diabetes eine umfassende Versorgung zugänglich zu machen. Die medizinische Fallführung liegt weiterhin bei den Ärz-



tinnen und Ärzten. Sie können jedoch einzelne Leistungen zeitlich begrenzt an andere Gesundheitsberufe delegieren. Die beteiligten Gesundheitsberufe können entweder als Angestellte in Arztpraxen oder als Freiberufler tätig sein. Diese Leistungen können mit der Gesundheitskasse abgerechnet werden, wobei freiberuflich nur Leistungen im Rahmen des DMP abgerechnet werden können. „Die Vorteile, die diese Weiterentwicklung mit sich bringt, sind, dass Patientinnen und Patienten bei der Navigation durch das Gesundheitssystem unterstützt werden, die tragende Rolle der Primärversorgungsstufe zu Kostenersparnissen führt und ein integrierter Ansatz mit abgestufter Versorgung zur Verfügung steht“, erklärte Ostermann. Die Studie enthält auch eine Personalbedarfsberechnung, die sich an weitergedachten Diabetesversorgungskonzept inklusive der Ideen für ein DMP „Therapie Aktiv 2.0“ orientiert.

Positive Resonanz auf das AK Modell

Anschließend an die Präsentation fand eine Podiumsdiskussion mit renommierten Expertinnen und Experten statt.

Mag. Wolfgang Panhölzl, Leiter der Abteilung Sozialversicherung der AK Wien, ergänzte: „Einer der Gründe für die Studie war die Kritik des Rechnungshofs am derzeitigen DMP, der in seiner Empfehlung die Einbeziehung von anderen Gesundheitsberufen angeregt hat.“ Die Erweiterung der Diabetesversorgung soll nicht nur durch den Ausbau von PVE erfolgen, sondern auch durch die Einbeziehung von Einzelpraxen. Das angestrebte Modell „Therapie Aktiv 2.0“ beinhaltet eine strukturierte Versorgung im Rahmen des DMPs unter Einbeziehung verschiedener Gesundheitsberufe, sowie auch die Abrechenbarkeit dieser Leistungen.

„Wie Studien bestätigt haben, konnte durch das DMP die Zahl der Komplikationen gesenkt werden, was zeigt, dass ‚Therapie Aktiv‘ durchaus ein Erfolgsmodell ist, auf das man mit einer Weiterentwicklung 2.0 aufbauen kann“, sagte Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Clodi, Präsident der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) und Abteilungsvorstand Innere Medizin,


Herwig Ostermann lieferte erste Einblicke in die Studie zur interdisziplinären und multiprofessionellen Diabetes-Typ-2 Versorgung.

Die Vorteile von strukturierten DMP sind anhand von Belegen und Evidenzen klar ersichtlich. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass Personen außerhalb des Programms nicht angemessen versorgt werden.

Herwig Ostermann

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Linz. Univ.-Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer, Leiterin der Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel und der Gender Medicine Unit der an der MedUni Wien, betonte die Notwendigkeit konstanter Versorgungsprogramme für Menschen mit chronischen Erkrankungen und unterstrich die Wichtigkeit von Präventionsmaßnahmen. „Wir müssen viel mehr in die Prävention gehen, um die gesunden Lebensjahre zu erhöhen. Gerade bei Diabetes gibt es tolle Modelle. Allerdings fehlt es derzeit noch an nationalen Präventionsprogrammen sowie an Fachkräften weiterer Berufsgruppen, die in Gesundheitszentren zur besseren Versorgung gebraucht werden“, so die Expertin.

Im Zusammenhang mit der Knappheit des Gesundheitspersonals in verschiedenen Bereichen erwähnte Ostermann, dass diese das Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung stellt. „Wie Untersuchungen zeigen, sind telemedizinisch unterstützende Versorgungskonzepte durchaus erfolgreich“, betonte Ostermann. Trotz des Einsatzes von Telemedizin habe die persönliche Betreuung jedoch nach wie vor große Bedeutung.

Als positives Beispiel wurde im Zuge der Diskussion das neu errichtete Diabeteszentrum am Wienerberg in Wien Favoriten erwähnt, welches erfolgreich verschiedene Gesundheitsberufe miteinander verflochten konnte. Hier betonten die Diskussionsteilnehmenden die Unterschiede in den Versorgungsangeboten und lobten die Effektivität der PVE. 





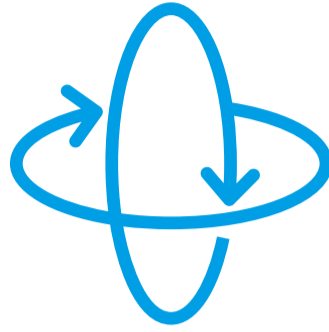
PIONIERS

360° Blick

Leben mit einer Seltenen Erkrankung

Gesundheitsreform aus der Sicht der Seltenen Erkrankungen

Patientinnen und Patienten wirklich im Mittelpunkt?



Pro Rare Austria, Allianz für Seltene Erkrankungen, beurteilt grundsätzlich positiv, dass unter der Führung von BM Johannes Rauch wichtige und dringend nötige Reformen im Gesundheitssystem im Rahmen des Finanzausgleichs beschlossen wurden. Gleichzeitig kritisieren wir die fehlende Einbindung von Patientinnen und Patienten sowie klinischen Expertinnen und Experten, sowohl generell bei der Gestaltung von für Patientinnen und Patienten wesentlichen Änderungen als auch im Besonderen bei der Zusammensetzung des neuen Bewertungsboards für hochpreisige und spezialisierte Arzneispezialitäten. Weiterhin reden zwar viele davon, die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt zu stellen oder als deren Anwalt bzw. Anwältin zu fungieren, allerdings ohne dass mit den Betroffenen gesprochen wird.

Nationales Bewertungsboard

Die Gesundheitsreform wurde am 13.12.2023 vom Nationalrat unter harscher Kritik beschlossen. Die Einführung eines nationalen Bewertungsboards schafft die

Voraussetzungen für die Umsetzung entsprechender EU-Verordnungen und der EU-HTA, das heißt einer europaweiten Nutzenbewertung. Pro Rare Austria erwartet Verbesserungen für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (SE), nämlich die frühest mögliche österreichweite Verfügbarkeit und Erstattung von auch hochpreisigen und spezifischen Therapien für Patientinnen und Patienten. Dazu müssen aber die **folgenden Forderungen im Zusammenhang mit dem Bewertungsboard** erfüllt werden:



Mag. Elisabeth Weigand, MBA
Geschäftsführung Pro Rare Austria

- Sicherstellung des **gesetzlich verankerten Rechts auf bestmögliche Versorgung** sowie der Letztentscheidung durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.
- Im Board muss neben der Patienten-anwaltschaft auch ein **Sitz für die Patientinnen und Patienten** (Vertreterinnen bzw. Vertreter der indikationsspezifischen patientengetriebenen Organisation) vorgesehen sein, um bei der Nutzenbewertung die direkte Sicht der Patientinnen und Patienten einzubringen.

- Ebenso bedarf es **verpflichtender Sitze in ausreichender Zahl für klinische Expertinnen und Experten (z.B. Expertisezentren)**, um ein Gleichgewicht zwischen ökonomischer und wissenschaftlich-medizinischer Bewertung zu erreichen.
- Der **ehestmögliche Zugang für alle am Best Point of Care** muss gewährleistet sein. Empfehlungen des Bewertungsboards dürfen zu keinen Verzögerungen in der Verabreichung von Therapien in Österreich führen; in dem Sinne müssen Horizon Scanning und geplante EMA-Zulassungen als Basis für die Tagungstermine und Entscheidungsfristen zugrunde liegen.
- **Gleicher Zugang für alle unabhängig vom Wohnort**, z.B. bei Versorgung in Expertisezentren in anderen Bundesländern, ohne Verzögerungen durch ev. verschiedene Kostenträgerinnen und Kostenträger.
- Ökonomische Zielsetzungen dürfen **keinesfalls die medizinische Expertise überstimmen**, dies muss auch im Falle von Dissens oder negativen Empfehlungen gelten.

Einbindung der Patientinnen und Patienten

Gemeinsam mit dem Bundesverband Selbsthilfe Österreich (BVSHOE) und der Allianz onkologischer Patientenorganisationen haben wir BM Rauch gebeten, uns im via Medien angebotenen Gespräch mit den „kritischen Stimmen“ einzubeziehen – und damit die Perspektive der Patientinnen und Patienten. Auch wenn wir ein klärendes Gespräch vor dem Beschluss im Nationalrat erwartet und erhofft hatten, bleibt dies ebenso aufrecht wie unsere Forderung, dass die nötigen Änderungen vorgenommen werden, um bei der Nutzenbewertung auch tatsächlich die Patientinnen und Patienten selbst einzubinden, um die es ja gehen sollte – damit sie auch wirklich in den Mittelpunkt gestellt werden. **P**



Weiterführende Links:

Pro Rare Austria APA-OTS Meldung zur Gesundheitsreform



pro rare austria
allianz für seltene erkrankungen

Buchvorstellung

Besser schlafen. Wie erholsamer Schlaf Gehirn und Körper fit hält und uns länger und gesünder leben lässt.

Schlaf ist gemeinsam mit der Ernährung und der Bewegung eine wichtige Säule für unsere körperliche und geistige Gesundheit. Die österreichische Schlafforscherin Prof. Dr. Birgit Högl setzt sich in ihrem neuen Buch intensiv mit erholsamem Schlaf auseinander und räumt dabei mit Irrtümern rund um das Thema Schlaf auf. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

Wer ausreichend und gut schläft, verfügt über die notwendige Energie, Konzentration und Kraft, um den Alltag zu bewältigen. Schlaf ist nicht nur für das tägliche Wohlbefinden entscheidend, sondern auch der Schlüssel zu einem langen, gesunden Leben und der Vorbeugung von Erkrankungen – beispielsweise Demenz. Doch immer mehr Menschen leiden unter Schlafproblemen, ob beim Einschlafen, Durchschlafen, oder wenn der Schlaf nicht erholsam ist. Fast jeder dritte Erwachsene in Österreich klagt über unzureichenden oder schlechten Schlaf. Etwa acht Prozent leiden unter krankhafter Schlaflosigkeit. Die Herausforderungen der vergangenen Jahre haben diese Situation weiter verschärft. Hauptsächlich sind es psychische Belastungen wie Ängste, Sorgen und Stress, die den Menschen den

Schlaf rauben und somit zu gesundheitlichen Problemen führen können.

Buch für den besseren Schlaf – mit vielen Tipps

Die international angesehene Schlafforscherin Högl teilt in ihrem neuen Buch auf verständliche und fundierte Weise bahnbrechende Erkenntnisse der Wissenschaft. Dabei räumt sie mit Mythen und falschen Vorstellungen auf und vermittelt das notwendige Wissen, um endlich besser schlafen zu können. Die Autorin setzt sich mit Fragen wie dem idealen Schlafrhythmus für verschiedene Altersgruppen und Geschlechter, der Diagnose von echten Schlafstörungen und ihren Behandlungsmöglichkeiten, der Wirksamkeit von Melatonin, Hausmitteln oder Schlaf-Apps, der Bedeutung von Schlafphasen, Träumen und Schnarchen, sowie dem Einfluss von



Das Buch

Besser schlafen
Wie erholsamer Schlaf Gehirn und Körper fit hält und uns länger und gesünder leben lässt

Seitenzahl: 184 Seiten

Autorin: Birgit Högl

Preis: 25,00 €

Verlag: Brandstätter Verlag

ISBN-Nr.: 978-3-7106-0733-2

Krisen wie Pandemien oder Kriegen, gesellschaftlichen Erwartungen und Lebensstil auf unser Schlafverhalten auseinander.

Zur Autorin

Prof. Dr. Birgit Högl ist Professorin für Neurologie und Schlafmedizin sowie Leiterin der Klinik für Schlafstörungen und Vizedirektorin der Klinik für Neurologie an der Medizinischen Universität Innsbruck. Zuvor forschte sie unter anderem in Buenos Aires zum Zusammenhang zwischen Schlaf und Parkinson-Krankheit. Neben ihrer Tätigkeit als ehemalige Präsidentin der World Sleep Society und der European RLS Study Group sowie der österreichischen Gesellschaft für Schlafmedizin ist die Expertin Mitglied zahlreicher internationaler wissenschaftlicher Fachgesellschaften. Högl ist eine vielzitierte Autorin von mehreren hundert wissenschaftlichen Publikationen in renommierten internationalen Fachzeitschriften. Darüber hinaus ist sie Mitherausgeberin von überwiegend englischsprachigen Fachbüchern und Kompendien zu schlafmedizinischen und schlafwissenschaftlichen Themen. **P**

Demenzbehandlung in der Primärversorgung

Demenzkrankungen nehmen weltweit zu. Betroffen sind nicht nur die Patientinnen und Patienten selbst, sondern auch deren Angehörige und Familien. Hauptproblem ist allerdings, dass diese Erkrankung noch von dem großen Stigma behaftet ist, sodass Betroffene erst spät ärztlichen Rat suchen. In einem Vortrag bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten erklärte Univ.-Prof. Dr. Stefanie Auer, Leiterin des Zentrums für Demenzstudien an der Donau Universität Krems, **WARUM ES PROGRAMME UND STRUKTUREN BRAUCHT, DIE DIE HIRNGESUNDHEIT MITTEN IN DIE GESELLSCHAFT TRAGEN.** | von Rainald Edel, MBA

Derzeit leben 57 Millionen Menschen weltweit mit einer Demenzerkrankung – Tendenz steigend. Diese neurodegenerative Erkrankung dauert circa 20 Jahre und verläuft in Stadien. Die meisten Menschen entwickeln Symptome nach ihrem 65. Lebensjahr. „Wobei ungefähr acht Prozent der Betroffenen deutlich jünger sind“, schilderte Auer. Erschütternd sei, dass 75 Prozent aller Betroffenen weltweit keine medizinische Diagnose und damit auch keine Therapie und Begleitung bekommen. Das betreffe Personen aller Stadien der Erkrankung bis hin zu den schwersten Formen.

„Auch in Österreich bekommen nur circa 30 Prozent der Erkrankten tatsächlich eine medizinische Diagnose, womit wir im Mittelfeld liegen“, so Auer. Selbst in Pflegeheimen ist die Situation nicht viel besser. „Wir haben vor nicht allzu langer Zeit eine epidemiologische Studie in diesen Einrichtungen gemacht. Auch wenn das die prädestinierte Umgebung wäre, ist auch dort die Diagnoserate tatsächlich sehr niedrig. Wenn man bedenkt, dass über 85 Prozent der Menschen, die heute in Pflegeheimen leben, eine Demenz oder eine Form eines kognitiven Defizits haben, erhalten sie keine medizinische Diagnose. Das ist ein medizinischer Notstand“, schilderte Auer. Ein Schlüssel zur Lösung des Problems wäre die frühe Diagnose. Allerdings ist das Hauptproblem, warum die Diagnoserate so schlecht sei, dass Demenzerkrankungen noch immer mit einem großen Stigma behaftet sind. „Im Gegensatz zu anderen Beschwerden, haben Betroffene, wenn sie Symptome bemerken, nicht die Tendenz sofort eine Ärztin, einen Arzt aufzusuchen. Stattdessen verstecken sie die Problematik oft jahrelang und leiden lieber, als sich dem Problem zu stellen. Eine Katastrophe, wenn man bedenkt, welche Hilfestellung man Betroffenen geben könnte“, argumentierte Auer.

Erkrankung, die das Umfeld mitbetrifft

Betroffen von einer Demenz-Erkrankung sei aber nicht nur die Person selbst, sondern auch immer ihr Umfeld, ihre Familie. „Das deutet auch schon die Multidisziplinarität dieses Gebietes an. Wir müssen lernen multidisziplinär zusammenzuarbeiten, wenn wir dieses Problem tatsächlich lösen wollen“, so Auer. Aber nicht nur im privaten Umfeld gelte es, Bewusstsein für Demenzerkrankungen zu schaffen, auch das Lebensumfeld, die Wohngemeinde müsse für das Thema sensibilisiert werden. Deshalb habe man zum Beispiel ein Lernprogramm für Gemeindebedienstete entwickelt, das von den Gemeinden sehr gut angenommen werde, berichtete Auer. So habe sich beispielsweise die Nachbargemeinde von Seitenstetten, St. Peter in der Au bereits erfolgreich zertifiziert und ist damit demenzkompetent.

Stefanie Auer erklärte in ihrem Vortrag, welche Aufgaben die Primärversorgungsebene und Gemeinden bezüglich Demenz-Erkrankungen übernehmen sollen.



In der internationalen Literatur zeigt sich in den letzten Jahren ein Trend ab, dass es immer wichtiger wird, das Thema Demenz auch in die Primärversorgung zu bringen, schilderte Auer. Demenz werde wissenschaftlich nicht mehr als eine Erkrankung des Alters gesehen. Zwar zeigen sich die Symptome erst spät, jedoch entwickelt sich die Erkrankung über die Lebensspanne. Prävention und Risikominimierung vor allem im mittleren Lebensalter ist die Aufgabe, die die Gesellschaft jetzt leisten müsse, um eine Flut an Erkrankten zu vermeiden. „Deshalb ist eine zeitgerechte Diagnose so wichtig“, betonte Auer. Das Gute sei, dass das Gehirn auf den Lebenswandel direkt anspreche. „Man kann das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, tatsächlich verringern“, so Auer. Im wissenschaftlichen Zusammenhang spräche man nicht von Prävention sondern von Risikominimierung. Wie eine wissenschaftliche Studie deutlich gemacht hat, sind die Elemente, die dazu beitragen, das Risiko zu senken: Bewegung, Ernährung und geistige Stimulation. Die WHO hat wenige Wochen vor den PRAEVENIRE Gesundheitstagen die aktualisierten „Brain Health Tips“ herausgegeben. Neu in der Liste der Empfehlungen ist der Schutz vor Hirnverletzungen, zum Beispiel durch Helmtragen bei div. Sportarten. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass man Bildung nicht nur als Selbstzweck, sondern auch als Gesundheitsförderung sehen sollte. Hörverlust, hoher Blutdruck und Übergewicht im mittleren Lebensalter müsse als Signal

gesehen werden, spätestens dann mit der Demenzprävention anzusetzen, so Auer. Es sei ein Paradigmenwechsel im Gange und das Schlagwort muss lauten „Think Brain Health“. Es gäbe weltweit einige Initiativen, die dieses Thema auf die Agenda setzen.

Pilotprojekt zur Verbesserung der Betreuungssituation

Die Herausforderungen für Österreich bestehen in zwei Punkten. Nämlich erstens die Minimierung des Risikos, an einer Demenz zu erkranken und wie kann man dies strukturell umsetzen. Und der Zweite Punkt: erste Symptome rechtzeitig zu erkennen. So müsse man für jene Menschen, die sich Sorge um ihr Gedächtnis machen, Milieus schaffen, die entstigmatisierend wirken. So sollte beispielsweise mit der Diagnose Demenz auch ein „Lebensprogramm“ mitgeliefert werden. Um zu zeigen, wie sich Prävention und Behandlung besser und wohnortnäher umsetzen ließe, hat Auer ein Pilotprojekt ins Leben gerufen. Flächendeckend gäbe es, so Auer, in Österreich für viele Familien noch keine Hilfsstruktur, an die sie sich wenden können und eine gute Unterstützung und Anleitung bekommen. Wodurch Betroffene viel zu früh ins Krankenhaus bzw. in die Pflege kommen. Als ideale, niederschwellige Versorgungsstrukturen böten sich stattdessen die Primärversorgungseinheiten (PVE) an, die noch dazu multidisziplinär aufgebaut sind. Viele Elemente des bereits in Oberösterreich bestehenden Elementes der Demenzservicestelle könnten übernommen werden. Denn Untersuchungen zeigen, dass ein hoher Prozentsatz in frühen Stadien bereit sei, wenn die Umgebung entstigmatisiert ist, sehr früh Hilfe anzunehmen. Hauptziele des Pilotprojektes sind die Bewusstseinsbildung in der Gemeinde voranzutreiben, die zeitgerechte Diagnose mit Hilfe der PVE einzuleiten. Darunter verstehe man jenen Zeitpunkt, in der Betroffene bereit seien, eine Diagnose anzunehmen. Dies sei von der frühen Diagnose klar zu unterscheiden. Unterstützung in der Prädiagnostik sei deshalb so wichtig, da es ein harter Weg sei bis zur Diagnose, bei dem man Unterstützung brauche aber auch die Gewissheit, dass nachfolgend geholfen werde. Der dritte große Punkt des Pilotprojektes ist Unterstützung und Behandlung nach der Diagnose. Denn wer eine Diagnose erhalte, müsse sich ein neues Lebenskonzept erarbeiten und brauche deshalb große Unterstützung. „Es sind die Ressourcen da, die für viele Jahre ein gutes Leben garantieren“, betonte Auer. Als sekundäre Ziele setzte man sich für das Pilotprojekt, primäre Präventionskonzepte zu entwickeln. Hierbei steht vor allem die Frage im Zentrum, wie man Menschen motivieren kann, den Lebensstil zu ändern und diesen beizubehalten. Hinzukommt noch die Vernetzung mit bereits bestehenden Angeboten. Erreichen wolle man die Ziele durch Schulung der Teams in den PVE, Implementierung eines Screeningverfahrens für die Primärebene sowie die Erarbeitung eines Behandlungspfades. Das Pilotprojekt soll vorerst in zwei PVE zur Anwendung kommen, nämlich jenem in Haslach an der Mühl sowie in Böhleimkirchen. **P**



Die Teilnehmenden der anschließenden Podiumsdiskussion zum Themenschwerpunkt Hirngesundheit 2030 v. l.: Alice Herzog (Moderation), Stefanie Auer, Doris Polzer, Erwin Rebhandl, Thomas Czynionka, Andreas Huss





PIONIERE

Onkologie der Zukunft

DIE ONKOLOGIE GILT ALS INNOVATIONSTREIBER IN DER FORSCHUNG. Bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten vom 22. bis 26. Mai 2023 zeigten führende Gesundheitsexpertinnen und -experten im Rahmen der PRAEVENIRE Initiative „Onkologie 2030“ künftige Entwicklungen auf. | von Mag. Dora Gamper

In den nächsten Jahrzehnten werden die Krebsdiagnosen weltweit deutlich zunehmen. Ein wesentlicher Faktor dafür ist das steigende Lebensalter, das ein „Erleben“ eines onkologischen Ereignisses immer wahrscheinlicher macht.

In der Krebsforschung hat sich in den letzten Jahren enorm viel getan. War Krebs früher noch eine zumeist letal verlaufende Krankheit, können heute viele Tumorentitäten geheilt werden. In Fällen, in denen eine Heilung nicht vollständig möglich ist, wird versucht, den Krebs in ein behandelbares chronisches Stadium überzuführen. Dennoch gibt es Krebserkrankungen, die nach heutigem Stand der Wissenschaft noch nicht ausreichend behandelbar sind. Hoffnung gibt in diesen Fällen das Beispiel HIV. Denn hier ist es über die Jahre gelungen, die Patientinnen und Patienten unter Therapie in Remission zu bringen, sodass deren Lebenserwartung nahezu „normal“ ist. Kürzlich wird sogar von einigen Fällen berichtet, die als geheilt gelten. Wie sich der wissenschaftliche Fortschritt konkret auf Krebspatientinnen und -patienten auswirkt, zeigte der Programmpunkt „Onkologie 2030“ bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten am 23. Mai 2023.

Überleben bessert sich drastisch

Dr. Thomas Czyponka, stellvertretender Direktor des Instituts für Höhere Studien (IHS), Head of Health Economics and Health Policy, wies in seiner Keynote „Zukunftsperspektiven der onkologischen Versorgung“ auf den Zusammenhang zwischen der demografischen Entwicklung und steigenden Inzidenzen hin.

Die Teilnehmenden an der Diskussionsrunde v. l. n. r.: Michael Gnant, Richard Greil, Zsuzsanna Bago-Horvath, Thomas Czyponka, Gunda Gittler, Karl Lehner, Bernhard Rupp.



Seit 2010 sind die medizinischen Versorgungsleistungen insgesamt um 57 Prozent gestiegen, in der Onkologie hingegen um knapp 300 Prozent. Dies liegt nicht allein an der Demografie, sondern auch an den Innovationen bei den Krebstherapien, die ein längeres Leben mit der Erkrankung ermöglichen – wobei die Chronifizierung eine Dauertherapie nach sich zieht. Am Beispiel des Mamma-Karzinoms führte Czyponka aus, wie viele neue Therapieformen allein im systemischen Bereich in den letzten zehn Jahren hinzugekommen sind. Aber auch im chirurgischen Bereich und der Strahlentherapie gab es bahnbrechende Innovationen. Die gute Nachricht ist, dass die Überlebensraten sich laufend verbessern.

Eine abgestufte Versorgung entspricht der besten Versorgungsform im Sinne des Best Place of Care.

Thomas Czyponka

Onkologische Zentren und Best Place of Care

Czyponka nannte drei zentrale Modelle, die vor diesem Hintergrund eine Finanzierung des Systems ermöglichen können: onkologische Zentren, ein abgestuftes Versorgungsmodell und e-Health-Lösungen. Die Bildung von onkologischen Zentren ist deshalb sinnvoll und notwendig, weil die Krebstherapien immer komplexer und aufwendiger werden. Um entsprechende Expertise und damit höhere Erfolgsraten zu erreichen, braucht es eine hohe Anzahl an behandelten Fällen. Auch die für Diagnostik und Therapie benötigten medizinischen Einrichtungen und Geräte können nicht in jedem Spital zur Verfügung stehen. Doch können solche onkologischen Zentren nicht die gesamte Versorgung übernehmen. Je nach Krebsentität und notwendiger Behandlung können viele Patientinnen und Patienten auch in anderen therapeutischen Settings betreut werden. Eine abgestufte Versorgung entspricht somit der besten Versorgungsform im Sinne des Best Place of Care.

Vorteile neuer Versorgungsmodelle

Onkologische Zentren sollen also Diagnose und Einstufung übernehmen sowie die weitere Therapie steuern. Aber dann kann die Therapie in unterschiedlichem Maß an andere Stellen

ausgelagert werden – hier brauche es eine Änderung in den Prozessen, so Czyponka. Die einzelnen Gesundheitsdienstleister müssen sich enger vernetzen und Informationen austauschen, weiter ist eine Verrechnung der Leistungen über die Schnittstellen hinweg zu erwirken. Bei den e-Health-Lösungen sieht Czyponka gute Möglichkeiten, die Wege zu verkürzen und Therapiekoordination zu erleichtern. Dies bedeutet nicht nur eine Verringerung der Behandlungslast in den Spitälern, sondern eine Verbesserung der Therapiekontinuität und das Vermeiden von Transportproblemen. Zusammenfassend muss ein neues Versorgungsmodell etabliert werden, um die steigende Versorgungslast zu bewältigen.

Forschung und Versorgung nicht trennen

Prim. Univ.-Prof. Dr. Richard Greil, Vorstand der Universitätsklinik für Innere Medizin III, Landeskrankenhaus Salzburg, sprach in seiner Keynote „Die Rolle der Industrie als Innovationstreiber – Welche Herausforderungen gibt es aus akademischer Sicht“ vier wesentliche Punkte an: Einerseits das Verhältnis von Health Care und Life Sciences, dann die Bedeutung klinischer Studien für die Versorgung und damit das Überleben der Menschen in unterschiedlichen Regionen, drittens die Entwicklung und Bedeutung der Industrie für die Grundlagenforschung und zuletzt die Kohärenz und Chancen unterschiedlicher Problematiken in der Onkologie, die nicht getrennt voneinander gesehen werden dürfen.

Die derzeitige Situation zeige eine konsequente Trennung von Health Care und Life Sciences, so Greil. Die fragile Basis, auf der das gesamte Gesundheitswesen inklusive der Forschung ruht, sei das Vertrauen der Bevölkerung. Dies hat kurzfristig eine Auswirkung auf die medizinische Qualität, mittelfristig aber auf den Altruismus, den die in der Medizin tätigen Personen haben werden. Wenn die derzeitige Form der Medizin so weiterbetrieben werde, wird der Zynismus nicht nur bei jenen, die die Finanzierung verhandeln, sondern auch beim medizinischen Personal um sich greifen. Parallel dazu verlaufe eine Entwicklung, die einen hohen Anspruch an die sogenannte „Work-Life-Balance“ stellt. Motivation und Leistung sinken, weil Sinnfindung und Attraktivität der medizinischen Berufe abnehmen und damit die Selbstidentifikation mit der eigenen Tätigkeit sinkt. In weiterer Folge sinken auch die Reputation der Institutionen und die Anerkennung von Leistung innerhalb

Mit freundlicher Unterstützung von:





Es ist hoch an der Zeit, dass die Pharmaindustrie auch in den Investitionsbereich der hochwertigen klinischen Versorgung einsteigt, um ihre eigenen Märkte zu sichern.

Richard Greil

dieser. Der sogenannte „Todesgap“ zwischen jenen Medizinerinnen und Medizinern mit Ausbildung und Erfahrung in Forschung und Labormedizinbereich zu jenen, die an der Patientin bzw. am Patienten arbeiten, werde laufend größer. Über allem lagern wie ein riesiger Betonblock die mangelnde politische Lösungskompetenz, Werte- und Vertrauensverlust, fehlende Transparenz und „alternative Facts“.

Bedeutung von klinischen Studien

Es sei eine Illusion, zu glauben, dass es eine adäquate und gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung innerhalb eines Landes gibt. Dass Österreich die drittgrößte Ärztedichte Europas habe, sei wenig aussagekräftig – denn das gelte nur für wenige Ballungszentren, in anderen Gebieten besteht eine eklatante Unterversorgung. Greil erklärte deutlich, dass mit Guidelines auf einem Positionspapier keine Lösung gegeben sei. Eine Erhebung in Großbritannien habe gezeigt, dass 75 Prozent der Patientinnen und Patienten nicht im vorgesehenen Zeitraum behandelt werden und die Wartezeiten sich vervielfacht haben. Eine Metastudie habe gezeigt, dass zwischen dem Anstieg der Wartezeiten und der Anzahl der Todesfälle ein hoch signifikanter Effekt bestehe. Der volkswirtschaftliche Effekt eines früheren Einsatzes von später zugelassenen Substanzen in klinischen Studien an Krebspatientinnen und -patienten sei enorm – allein in Großbritannien sei dieser mit rund 65 Milliarden Pfund beziffert worden. In Österreich gibt es dazu keine Zahlen. Maximal zwei bis drei Krankenhäuser in Österreich können in Zukunft qualifiziert die Last solcher Studien personell und finanziell tragen. Greils Forderungen: „Die politisch motivierte Zentrenselektion muss aufhören. Es müssen die besten Zentren Europas für klinische Studien gewählt werden. Die signifikante Unterfinanzierung der klinischen Studien muss beendet werden. Die Industrie muss akzeptieren, dass die besten Studienzentren in Europa liegen und nicht in den USA. Es muss von der Pharmaindustrie eine höhere Professionalität gefordert werden.“

Rezente pharmazeutische Entwicklungen

Allein in den USA werden vonseiten der pharmazeutischen Industrie jährlich 134,5 Milliarden Dollar in die Forschung und Entwicklung investiert. Die Zahl der Pipeline-Produkte sei seit 2020 stagniert, auch im Bereich der Onkologie. Der Fokus der onkologischen Forschung liege jetzt auf „Next Generation Biotherapeutics“. Es zeigt sich derzeit: „Die Entwicklung neuer Substanzen ist in den USA konstant, während

Sigurd Lax, Thomas Czypionka und Richard Greil (v. l.) beleuchteten die aktuellsten Entwicklungen in der Onkologie aus ihrer Sicht als Top-Experten.

sich Europa durch eine massive Abnahme und China durch eine ebensolche Zunahme aneinander annähern. Das ist eine maximale Bedrohung des Forschungs-, Entwicklungs- und Ökonomiestandortes Europa.“ Die Übernahme kleiner Pharmafirmen durch große Konzerne hat in den USA, Kanada und Europa stark abgenommen, während Indien, Südkorea und China weit vorne liegen, so Greil: „Der Pharmaindustrie gehen die kleinen und mittleren Betriebe aus, deren Produkte sie aufkaufen können.“

Eigene Märkte sichern

Die neuen Technologien werden zurzeit vornehmlich für hämatologische Tumore entwickelt. Das sind einerseits Gentherapie bzw. CAR-T-Zelltherapien und andererseits RNA-Therapeutics. „Das sind keine Medikamente mehr und keine klinischen Studien, die mit einem dezentralen Versorgungssystem geleistet werden können, sondern bei diesen hochkomplexen Therapien müssen Kenntnisse, Anwendung und Erfahrung in einer Hand bleiben.“ Gesundheitsversorgung und Forschung können nicht voneinander getrennt werden, wobei der Industrie eine zentrale Aufgabe zukommt – ansonsten ersetzen bald chinesische Produkte jene aus den USA und Europa. „Es ist hoch an der Zeit, dass die Pharmaindustrie auch in den Investitionsbereich der hochwertigen klinischen Versorgung einsteigt, um ihre eigenen Märkte zu sichern“, so Greil. Abschließend forderte Greil, dass die Staaten die Zahlen der Studentinnen und Studenten per sofort signifikant erhöhen müssen, während sich die Ausbildungsjahre von sechs auf fünf Jahre verringern müsse.

Pathologischer Befund therapieentscheidend

Das zweite Modul des Themenschwerpunkts „Onkologie 2030“ beschäftigte sich mit einem konkreten Praxisbeispiel, wie sich die aktuelle Forschung auf die Heilungschancen von Krebspatientinnen und -patienten auswirkt. Ein neues Antikörper-Wirkstoff-Konjugat zeigte bei Brustkrebs vielversprechende Erfolge.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Sigurd F. Lax, Leiter des Instituts für Pathologie, LKH Graz, erklärte eingangs die Klassifikation von HER2-Low-Mammakarzinomen als eigene Tumortypen, also Entitäten. Seit etwa 20 Jahren gebe es den Versuch einer molekularen Klassifikation von Tumor-Subtypen. Im Wesentlichen seien vier große Gruppen übriggeblieben, darunter HER2. Für diese Identifikation braucht es pathologische Infrastruktur, erklärte Lax. Nach seiner Einschätzung ist HER2-Low keine eigene Entität, sondern eher ein biologischer Subtyp – der aber therapeutisch bereits unterschiedlich behandelt wird.

Längeres Überleben durch neues Medikament

HER2-Low-Karzinome machen ca. 50 bis 60 Prozent aller Mammakarzinome aus. Sie zeichnen sich durch bestimmte Parameter aus, unter anderem ein geringeres rezidives Risiko. Sie sprechen schlechter auf die neoadjuvante Chemotherapie an, es konnte aber kein Überlebensnachteil ermittelt werden. Der entscheidende Punkt ist, dass eine neu entwickelte Substanz speziell für diesen Subtyp angewendet werden kann, um das Therapieansprechen zu optimieren. Auch bei metastasierten HER2-Low-Karzinomen konnte mithilfe dieses neuen Medikaments ein längeres Überleben gezeigt werden. Derzeit gibt es allerdings noch keine Guidelines für diese Gruppe von Mammakarzinomen. Das Antikörper-Wirkstoff-Konjugat Trastuzumab-Deruxtecan eröffnet somit neue Möglichkeiten in der Behandlung des Mammakarzinoms. Anders als herkömmliche HER2-gerichtete Therapien, die nur bei HER2-positiven Tumoren optimal wirken, zeigt Trastuzumab-Deruxtecan auch eine deutliche Wirkung bei den HER2-Low-Tumoren. Die Pathologie konnte auf diesem Weg maßgeblich dazu beitragen, für rund 60 Prozent aller Brusttumore, die bislang als HER2-negativ eingestuft wurden und daher nicht auf eine HER2-gerichtete Therapie angesprochen haben, eine bessere Therapieoption zu finden. **P**

Die massive Abnahme der Entwicklung neuer Substanzen in Europa ist eine maximale Bedrohung des Forschungs-, Entwicklungs- und Ökonomiestandortes. Darüber diskutierten u. a. (v. l.) Michael Gnant, Richard Greil, Sigurd Lax und Bernhard Rupp.





PIONIERS

Die beste Therapie für Patientinnen und Patienten muss gewährleistet bleiben

Die Behandlung, insbesondere von Seltenen Erkrankungen, **MUSS TRANSPARENT UND STATE-OF-THE-ART BLEIBEN**. Welche Möglichkeiten und Rahmenbedingungen es dazu braucht, erörterten Expertinnen und Experten im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs im Oktober 2023 mit dem Titel „Finanzierung der Behandlung seltener Erkrankungen“ in Wien. | von Rainald Edel, MBA

Seltene Erkrankungen bilden eine Gruppe von sehr unterschiedlichen und zumeist komplexen Krankheitsbildern, die erst in den letzten Jahren, nicht zuletzt durch die Fortschritte in den Bereichen der Genetik, Molekularbiologie und mithilfe des Einsatzes von Künstlicher Intelligenz (KI) verstanden werden. Dies bildet die Grundlage für neuartige, innovative aber auch potenziell hochpreisige Therapien. Womit die Finanzierung der Behandlung von seltenen Erkrankungen eine immer größere Herausforderung für das Gesundheitssystem wird. Die bestmögliche State-of-the-Art-Versorgung im Rahmen des solidarischen Gesundheitssystems für alle zu erhalten, ist ein Grundziel der unabhängigen Gesundheitsplattform PRAEVENIRE. Wie es auch in Zukunft gelingen kann, die Versorgung mit innovativen und gegebenenfalls hochpreisigen Therapien zu sichern und ein Abgleiten in eine Mehrklassenmedizin zu vermeiden, wurde im Rahmen eines Expertengesprächs im Oktober, zu dem der Verein PRAEVENIRE gemeinsam mit der Arbeiterkammer Wien geladen hat, diskutiert.

Patientenbedarf im Fokus: Neue Finanzierungsstrategie

Die Entwicklung innovativer Therapien durch umfassende und hoch spezialisierte pharmazeutische bzw. medizinische Forschung stärkt die Hoffnung von Betroffenen, dass ihnen geholfen werden kann. Allerdings rücken bei einem ganzheitlichen Blick auf medizinische Innovation auch andere Aspekte in den Fokus: Denn neben dem individuellen und gesellschaftlichen Nutzen, spielen die Fragen der Finanzierung und Finanzierbarkeit zentrale Rollen. Speziell die föderale (Finanzierungs-)Struktur im Spitalsbereich stellt eine Herausforderung für alle Beteiligten dar. Die Konsequenzen daraus manifestieren sich in österreichweiten Unterschieden in Bezug auf die Verfügbarkeit von medizinischen Ressourcen, Preisgestaltung von Therapien und auf die Verhandlungspfade. Diese Unterschiede können bei Betroffenen Unsicherheiten hervorrufen und die Gleichbehandlung erschweren. Eine bundesweite einheitliche Herangehensweise auf nationaler Ebene ist nicht nur aus organisatorischer Sicht sinnvoll, sondern auch im Interesse der Patientensicherheit und Qualitätssicherung, wenn Ärztinnen, Ärzte sowie demokratisch legitimierte Patientenvertretungen in den Entscheidungsprozess miteingebunden sind.

Bundesweit einheitlicher Therapiezugang
Derzeit führt jedes Krankenhaus eigene Verhandlungen mit den Pharmafirmen, die nicht

transparent ablaufen, wodurch sie glauben „den besten Vertrag“ zu haben. Notwendig sind daher Prinzipien, nach welchen der Zugang zu und die solidarische Finanzierung von innovativen Therapien im Krankenhausbereich bundesweit einheitlich rechtlich gesichert, medizinisch angezeigt und patientenorientiert, nachhaltig und zukunftsweisend geregelt werden kann. Um sicherzustellen, dass die Behandlung dort erfolgt, wo es für die Patientin und den Patienten am sinnvollsten ist, schlägt die Arbeiterkammer Wien eine bundesweite und einheitliche Bewertung für hochpreisige und innovative Medikamente im intramuralen bzw. für die Schnittstellen zum extramuralen Bereich vor.

Therapiefreiheit muss erhalten bleiben

Der vorgeschlagene Ansatz sieht ein zweistufiges Verfahren vor, nämlich die Schaffung eines Bewertungsboards, das eine medizinisch-therapeutische Evaluation durchführt, und in einem zweiten Schritt eine Verbindlichmachung durch zum Beispiel eine Medikamenten-GmbH. Dies würde dazu beitragen, österreichweit einheitliche Standards für die Bewertung von medizinischen Behandlungen und Therapien zu etablieren, um die Gleichbehandlung der Patientinnen und Patienten zu fördern und Unsicherheiten im Zusammenhang mit regionalen Unterschieden zu reduzieren. Die bestehenden Patientenrechte und die Letztentscheidung des behandelnden Arztes, der behandelnden Ärztin bzw. der Krankenanstalt, Arzneimitteln im Rahmen der Therapiefreiheit anzuwenden,

dürfen durch das Board nicht beschränkt werden. Rechtlich muss sichergestellt werden, dass innovative Produkte auch vor einer Bewertung durch das Board bzw. im Einzelfall auch bei negativer Bewertung dennoch angewendet werden können. Die Verbindlichmachung soll im Sinne einer Positivliste verstanden werden, das heißt, dass die Verabreichung der positiv bewerteten Medikamente bundesweit auch tatsächlich sichergestellt ist. Wichtig ist, dass neben Patientenvertretern nur fachkundige Personen aus den Bereichen Humanmedizin und Pharmazie im Gremium sitzen. Möglicherweise würde es auch Sinn machen, auch Ethikerinnen und Ethiker für manche Entscheidungen beizuziehen.

Transparenz in allen Entscheidungsprozessen

Unter den Diskussionsteilnehmenden herrschte Einigkeit darüber, dass innovative Therapien, besonders für Indikationen mit niedriger oder uneinheitlicher Prävalenz bzw. Inzidenz, nur durch nachhaltige Finanzierungslösungen geregelt werden können. Die Ergänzung traditioneller Modelle durch innovative Ansätze, wie einen bundesweiten Finanzierungstopf, könnte einen bedeutenden Fortschritt darstellen. Ein bundeseinheitlicher Ansatz hätte zudem den klaren Vorteil, dass Anreize für Ablehnungen von Kostenübernahmen wegfallen. Dabei ist eine klare Definition der für diese Finanzierung in Frage kommenden Therapien von entscheidender Bedeutung. Dies würde nicht nur eine gesundheitsökonomische Grundlage für die



Die Teilnehmenden an der Diskussionsrunde v. l. n. r.: Bernhard Rupp, Angelika Widhalm, Eva Hilger, Stephanie Prinzing, Ronald Pichler



©MIRJAM REITHER (2)



Planung schaffen, sondern auch eine angemessene Dotierung eines solchen Finanzierungstopfes ermöglichen. Therapien, die erfolgreich bewertet wurden und für die eine Einigung über die Finanzierung besteht, könnten so in allen Bundesländern in geeigneten Krankenanstalten für die Patientinnen und Patienten verfügbar gemacht werden.

Patientennutzen: Jeden Fall einzigartig behandelt
 In der Diskussion kam klar zum Ausdruck, dass solche Finanzierungsmodelle nur dann eine akzeptable Lösung im Sinne der Patientinnen, Patienten darstellen, wenn mehrere Faktoren gewährleistet sind: Sicherstellung des Patientennutzens durch klare Evidenzbasierung – eine entsprechende Anerkennung ist dabei ein wichtiger Schritt. Da in der medizinischen Indikationsstellung keine Schwarz-Weiß-Entscheidungen getroffen werden können, ist hier auch die Entscheidungsfreiheit der Ärztin, des Arztes zu berücksichtigen. Weiters muss dort, wo eine Therapie verschrieben wird, ein österreichweit gleicher Patientenzugang ermöglicht werden. In der Praxis bedeutet das: Gleiche Sachverhalte erfordern gleiche Entscheidungen. Denn die Qualität des Versorgungsangebotes darf und kann nicht von der Postleitzahl der Betroffenen abhängen. Nur so ist auch ein bundeslandschreitender Austausch der inländischen Gastpatienten vermeidbar.

Passende Finanzierungsmodelle suchen
 Für Österreich gibt es drei realisierbare konkrete Finanzierungsmodelle, aufbauend auf zum Teil bereits bestehenden Ansätzen: Outcome-based Payments orientieren sich an der tatsächlichen Leistung der Therapie nach vorab definierten und messbaren Kriterien. Overtime Payments sehen eine gestaffelte Bezahlung der Therapie für alle Patientinnen und Patienten innerhalb einer vereinbarten Zeitperiode vor. Subscription Payments, quasi das „Netflix-Modell“, erzielen eine Trennung der Bezahlung von der Anzahl der Betroffenen, welche eine Therapie erhalten. Dreh- und Angelpunkt bei Überlegungen zu Finanzierungs- und Bezahlmodellen ist jedenfalls die medizinische Evaluierung neuer Therapien. Sie muss auf Ebene der jeweiligen indikations-spezifischen medizinischen Expertinnen und Experten erfolgen, etwa auf Fachgesellschaftsebene; und die nachgeordnete ärztliche Entscheidung über ihren Einsatz muss im Einzelfall erfolgen.

Strategische Prinzipien
 Das oberste Ziel in der Therapieversorgung muss es sein, einen raschen und bundesweit einheitlichen State-of-the-Art-Zugang für alle Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Dabei muss, so die einhellige Meinung der Teilnehmenden, beachtet werden, dass gleiche Sachverhalte auch gleiche Entscheidungen erfordern. Zusätzlich gilt es, regulatorische Hürden zu identifizieren und zu beseitigen. Hier ist das Miteinander sämtlicher

Kurier, Erscheinungstermin 11.12.2023

Diskussions-teilnehmender, digital dazugeschaltet
 • Andreas Huss



Player im Gesundheitssystem der Schlüssel zum Erfolg, denn diese Hürden sind multifaktoriell. Wie komplex die Aufgabestellung ist, zeigt sich an den unterschiedlichen, teils kontroversiellen Standpunkten, die von Patientenvertretern, Behörden, Sozialversicherungsträgern sowie der Pharmaindustrie, zum Thema Bewertungsboard eingenommen werden. Einig waren sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im PRAEVENIRE Gipfelgespräch, dass die Strategie dahin gehen sollte, die relevanten Expertinnen und Experten an einen Tisch zu bringen und sie zu ermutigen, gemeinsam medizinische Behandlungspfade zu entwerfen. Dabei geht es nicht nur um die Entwicklung eines solchen Pfades, sondern auch um die Festlegung von Kriterien. Dabei sollen die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen und ihre Bedürfnisse mit höchster Priorität berücksichtigt werden. Zu bedenken gilt es auch, dass für einen starken medizinischen und innovativen Standort Österreich Vorhersehbarkeit und Planbarkeit wesentliche Kriterien sind. Uneinheitliche Regelungen bezüglich der Anwendung von Therapien oder unklare Aussagen schwächen das Vertrauen und die Bereitschaft der Pharmaindustrie, Österreich weiterhin frühzeitig mit innovativen Therapien zu beliefern. Dies würde einen eklatanten Nachteil für Patientinnen und Patienten bedeuten, der sich deutlich auf Therapiechancen und Heilungserfolge auswirke, so die Warnung der Expertinnen und Experten. **P**



©MIRJAM REITHER (4), KRISZTIAN JUHASZ



PLATTFORMEN

People bei PRAEVEN



© EBERHARTER (3), GATTINGER (2), JAKOB GLASER, KRISTIAN JUHASZ (17), BEN LEITNER, NINO MANUGUERRA, RANGER MARTON, LUDWIG SCHEDL (3), GEORGES SCHNEIDER

NIRE 2023



© EBERHARTER, GATTINGER, KRISTIAN JUHASZ (7), PERI, MIRJAM REITHER (3), KONSTANTIN REYER, GEORGES SCHNEIDER

PRAEVENIRE JAHR



PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM

2024

Veranstaltungen

6. PRAEVENIRE Digital Health
Symposium

18.–19. April 2024
roomz Vienna Prater

1. PRAEVENIRE Denkertag

13.–14. Mai 2024
Seitenstetten

AM PLUS PVE Tagung

06.–07. Juni 2024
Haslach/OÖ

4. PRAEVENIRE GG
Kinder- und Jugendgesundheit

25.–26. Juni 2024
Hirschwang

11. PRAEVENIRE
Gesundheitsgespräche Alpbach

04.–08. Juli 2024

9. PRAEVENIRE
Gesundheitstage 2024 Eisenstadt

09.–11. Oktober 2024



Foto: Stefan Seelig

72. WIENER ÄRZTEBALL

SAMSTAG, 27. JÄNNER 2024



Wiener Hofburg | Eröffnung 21.30 Uhr



www.aerzteball.at



jentzsch

Arthrose 2.0 | Folge 4

Orthopädische Klarheit

Evidenz & Konsens ermöglichen optimale Entscheidungen für (oder gegen) Gelenkimplantate



In Österreich steigen Knie- und Hüftoperationen rapide an, vor allem bedingt durch Arthrose. Doch lange Wartezeiten und hohe Kosten für private Eingriffe setzen Geduld und Geldbeutel der Patientinnen und Patienten auf die Probe. Totalendoprothesen (TEP) sind oft die Lösung, insbesondere bei fortgeschrittener Arthrose. Hier kommt ein neues Verfahren als innovative Entscheidungshilfe ins Spiel: Die „Evidenz- und konsensbasierte Indikation Totalendoprothese“ (EKIT). Basierend auf einer S2K-Leitlinie der Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie integriert EKIT evidenz- und konsensbasierte Überlegungen: Ärztinnen und Ärzte werden dahingehend unterstützt, die richtige Entscheidung für oder gegen eine Operation zu treffen. Wie schon aus dem Namen hervorgeht, ist es das Ziel der EKIT, von ärztlichen „Einzelmeynungen“ Abstand zu nehmen,



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

denn evidenz- und konsensbasierte Überlegungen optimieren den Prozess der Indikation im Labyrinth der Möglichkeiten und Entscheidungen.

Stellen Sie sich EKIT wie ein Orchester vor: Die Evidenz ist der Taktgeber, der jeden Schritt mit wissenschaftlicher Präzision dirigiert. Der Konsens bzw. alle mitwirkenden Musiker bilden das abgestimmte Zusammenspiel der medizinischen Fachgemeinschaft. Die Entscheidung, ob eine Totalendoprothese durchzuführen ist, wird also von zwei wesentlichen Säulen gestützt: von der Wissenschaft als Wegweiser und einem Chor der Erfahrung, der über Jahrzehnte gewachsen ist. EKIT bedeutet ein Leitlinien-konformes Vorgehen, welches das Gesundheitssystem auf ressourceneffiziente Beine stellen kann, denn die Methode stellt sicher, dass eine OP nur dann zur Anwendung kommt, wenn sie für die Patientinnen und Patienten nachweislich vorteilhaft

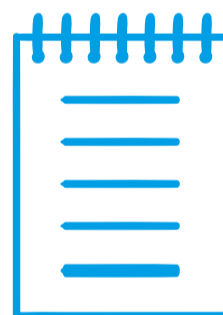
ist. Indikationen werden transparent gestaltet, was die Patientensicherheit immens erhöht. Unnötige Eingriffe werden reduziert, Komplikationen verringert, Kosten im System gespart. Eine Lobeshymne an die Qualitätssicherung.

Noch weitere Vorteile liegen klar auf der Hand: Die Patientinnen und Patienten werden stark in den Entscheidungsprozess eingebunden und es findet eine umfassende Risikoaufklärung beispielsweise in Punkto Diabetes, Rauchen oder Übergewicht statt. Komorbiditäten können wesentlich besser gemonitort werden. Kurzum: Eine Behandlungsplanung, die exakt auf den betroffenen Menschen zugeschnitten ist, wird erleichtert. Gemeinsam werden realistische Erwartungen vereinbart. Das Universitätsklinikum Krems führt EKIT als Standard für die Indikationsstellung bei Hüft- und Knieendoprothesen ein. Gelingt es uns österreichweit, EKIT zu positionieren, bewegen wir uns in eine neue Ära, in der nicht nur repariert, sondern mit Bedacht gestaltet wird. Ein ressourceneffizientes Gesundheitssystem, transparente Indikationen, Patientenintegration – EKIT formt nicht nur Gelenke, sondern die Zukunft der Orthopädie.

Rezeptblock | Folge 3

Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 – VUG 2024

Wie zu erwarten, wurde es auch diesmal die größte Strukturreform aller Zeiten



Eigentlich jedoch ist das VUG 2024 nur ein Sammelsurium (sehr) alter Gesetzestexte, die, mehr oder weniger wortgleich, einfach neue Fristen erhalten. Dort, wo es „neue Texte“ gibt, erreicht die Legistik neue Tiefpunkte. Hintergrund ist, das am Ende Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten bleiben mussten, wie bisher – aber eben jeder mehr Geld vom Bund kriegen soll – im Grunde wie immer.

Aufhänger ist „digital vor ambulant vor stationär“. Hier wurden die meisten „neuen“ Texte eingeführt – genauer betrachtet sind es aber nur Erweiterungen der bekannten „ambulant vor stationär“-Gesetze, die es seit 15 Jahren gibt. Wenn man Daten und Auslastungsbestrebungen der Spitäler anschaut, haben die alten Gesetze kaum gewirkt, warum sollten es die neuen? Um das Abzuschätzen wäre es sicher



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

hilfreich die Entscheidungsgrundlagen zu kennen – sofern es diese überhaupt gibt. Und nur so als Beiwort: 1450 ist die Telefon-Schmalspurvariante des TeWeb, das seit über 15 Jahren in Gesetzen und Planungen vorkommt, und ELGA hat über zwei Jahrzehnte auf dem Buckel-Papier ist geduldig.

Der „große Wurf“, soll die Entmachtung der Ärztekammer sein, Und Prima Vista ist die Reduktion der Veto-Player in der ambulanten Versorgung tatsächlich etwas richtiges. Der zweite Blick allerdings führt aber zur Frage, wie nun Planungsentscheidungen fallen werden? Und da kommen die RSGs ins Spiel. Diese Planungsinstrumente sind ebenfalls bald 20 Jahre alt – und versorgungswissenschaftlich völlig wirkungslos, wie die Inhomogenität der Versorgungslandschaft zeigt. Neu ist daran nichts, es sei denn, dass

diese nun zur absoluten Entscheidungsgrundlage werden sollen, gegen die es kaum mehr Rechtsmittel gibt.

Wer sich mit RSGs auskennt, weiß, dass diese nie den gesetzlichen Vorschriften entsprachen, oder ÖSG-konform verfasst wurden Sie waren und sind willkürliche Bettenplanungen der Landespolitiker, mit ein paar unnachvollziehbaren alte Daten der Sozialversicherungen. Warum sollte das nun anders werden? Umso mehr, als dass alle Zahlen, Daten und Fakten, die den Planungen zu Grunde liegen sollen, weiter geheim und einer Begleitforschung entzogen bleiben. Gegen den RSG vorzugehen wird also sehr schwer. Mag sein, dass ein Veto-Player weg ist, aber ob diese RSGs auch einer rechtsstaatlichen Prüfung standhalten? Oder gilt die Hoffnung „Wo kein Kläger da kein Richter“? Wer wird sich den trauen, gegen Länder zu klagen?

Und die Willkür wird nun auch auf Medikamente im Spital ausgedehnt – mittels Bewertungsboard (englische Fachausdrücke im Gesetz sind ja okay, aber Denglische Austriaca?).

Würde das alles so laufen wie das NICE in UK, also evidenzbasiert, transparent und nachvollziehbar, wäre das völlig in Ordnung, wird es aber nicht – denn das Board ist voll von Politikerinnen und Politikern, die Daten haben die sonst niemand sehen darf, und deren Gesetzesvorgabe so unklar ist, dass alles oder nichts beschlossen werden kann. Denn was sind „voraussichtlich hochpreisige“ und „spezialisierte“ Medikamente?

Das Einzige, was wirkmächtig wird, und ganz ohne Ziele auskommt, ist der Rückschritt in der Ärzte-Ausbildung. Die Zahl der Ausbildungsstellen wird schlagartig steigen, weil nun eine Fachärztin, ein Facharzt bis zu zwei Absolventinnen, Absolventen und fast unbegrenzt Studierende im KPJ ausbilden darf. Viel wird da nicht gelehrt werden, aber Dienstpläne können, so die Hoffnung der Länder, mit billigem Personal gefüllt und Spitalsstandorte gesichert werden. Eben „digital vor ambulant vor stationär“. Und wenn da die Absolventinnen und Absolventen nicht mitspielen und in Ausland gehen, wird es auch gute Gründe geben, mehr MedUnis zu errichten.



PLATTFORMEN

AM PLUS-Plattform für Seltene Erkrankungen wird runderneuert

Menschen, die von einer Seltenen Erkrankung betroffen sind, durchleben oft einen Irrweg durch das Gesundheitswesen, bis eine korrekte Diagnose gestellt wird. Erstansprechpartner ist in vielen Fällen die Hausarztordination oder Kinderarztordination. Gerade weil die Symptome meist unspezifisch und die Krankheitsbilder ausgefallen sind, werden Seltene Erkrankungen als Ursache oft lange nicht in Betracht gezogen. Deshalb hat **AM PLUS VOR KNAPP ZEHN JAHREN EINE RECHERCHETOOL FÜR DIE ÄRZTLICHE PRAXIS** ins Leben gerufen, die hierbei Abhilfe schaffen soll. Mit Hilfe von Unterstützern und neuen Ideen soll diese noch vor dem runden Jubiläum im Jänner 2024 erweitert werden. | von Rainald Edel, MBA

In Österreich leiden ca. 400.000 Menschen an einer Seltenen Erkrankung. Laut WHO werden 6.000 bis 8.000 Erkrankungen als selten eingestuft, über 50 Prozent davon betreffen Kinder. Im Einzelfall sind sie zumeist schwer, richtig zu diagnostizieren. Viele Patientinnen und Patienten berichteten, dass eine Diagnosestellung auf dem Gebiet der Seltenen Erkrankungen oft Jahre gedauert hat – im Schnitt dauert es fünf bis sieben Jahre, bis zu einer Diagnose. Dieser Umstand bedeutet häufig einen beschwerlichen, mühsamen und langen Irrweg durch das Gesundheitssystem, bis die richtige Diagnose gestellt wird. Zudem bedeutet ein langer Weg zur Diagnose auch, dass eine etwaige Therapie erst sehr viel später begonnen werden kann. Erstansprechpartner ist in vielen Fällen die Hausarztordination oder Kinderarztpraxis. Die Allgemeinmedizinerinnen, Allgemeinmediziner und Pädiaterinnen, Pädiater kommen zwar durchschnittlich nur ein bis zweimal im Jahr mit dem Verdachtsfall einer Seltenen Erkrankung in Berührung. Dennoch entscheidet es sich hier, ob das Vorliegen einer Seltenen Erkrankung in Betracht gezogen wird und Betroffene zielgerichtet einer entsprechenden Fachabklärung und Behandlung zugeführt werden oder nicht. Gerade deswegen ist die Awareness für Seltene Erkrankungen aber auch die technische Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte auf der primären Versorgungsebene so wichtig. Deshalb hat AM PLUS, die Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit, vor zehn Jahren unter <http://www.symptomsuche.at> eine Rechercheplattform für Seltene Erkrankungen ins Leben gerufen. Diese hilft Ärztinnen und Ärzten online und kostenlos Verdachtsfälle frühzeitig zu erkennen und Patientinnen und Patienten dementsprechend rasch an Spezialistinnen, Spezialisten und Spezialzentren weiterzuleiten.

Weiterentwicklung der Plattform

Um sich zum zehnjährigen Jubiläum aktuell und zukunftsweisend präsentieren zu können, rief AM PLUS im Herbst zu zwei Sponsorenmeetings. Denn für die Weiterentwicklung und Relaunch der Plattform zu Seltenen Erkrankungen will AM PLUS vor allem die Stimme der betroffenen Stakeholder stärker berücksichtigen und ihre Wünsche und Anliegen mehr in den

Seitens der Patientenvertretung schätzen wir das Engagement von AM PLUS und Dr. Rebhandl sehr, die sich bemühen, dass Patientinnen und Patienten rasch zu einer Diagnose kommen.

Angelika Widhalm

Mittelpunkt rücken. Daher standen bei dem Treffen im Herbst die Sichtweise der Patientenvertretung, der Zahler aus dem Gesundheitssystem sowie die ärztliche Seite, insbesondere die Hausärztinnen und Hausärzte sowie Pädiater und Pädiaterinnen im Mittelpunkt. „Seitens der Patientenvertretung schätzen wir das Engagement von AM PLUS und Dr. Rebhandl sehr, die sich bemühen, dass Patientinnen und Patienten rasch zu einer Diagnose kommen“, betonte Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich – DIE Patientenstimme. Allerdings sei die bestehende Auflistung von Krankheiten noch zu klein. „Wir begrüßen es daher, dass die Plattform ausgebaut wird. Allerdings müsse es auch entsprechende Schulungen und Awarenessbildung für Hausärztinnen und Hausärzte sowie Pädiater und Pädiaterinnen geben, die mit der Plattform arbeiten.“, so Widhalm. Auch Mag. Elisabeth Weigand, MBA, Geschäftsführung Pro Rare, unterstrich die Bedeutung der Kooperation und das hohe Engagement der verschiedenen Bereiche des Gesundheitssystems für Seltene Erkrankungen. „Die Diagnose seltener Erkrankungen kann in Österreich im Durchschnitt bis zu 5 Jahre dauern, bis sie bestätigt wird, sogar bis zu 7 Jahre (lt. einer Rare Barometer-Umfrage aus dem Jahr 2022). Umso wichtiger ist die gute Zusammenarbeit und Koordination zwischen verschiedenen Bereichen, insbesondere auch mit den Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, um eine frühzeitige Diagnose und bestmögliche Versorgung der Betroffenen zu gewährleisten“, erklärte Weigand.

Hausarztpraxen als Erstanlaufstelle

Man müsse wieder zurück zu einem hausarztzentrierten Gesundheitssystem, betonte Andreas

Huss, MBA, Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK): „Wir sehen, dass die Menschen jetzt nach der Ermöglichung des Arztbesuches für alle Fächer im Rahmen der e-card-Einführung oft durch das Gesundheitssystem irren, bis sie zu einer Diagnose kommen und niemand mehr die Gesamtschau hat, welche Wege die Patientinnen und Patienten schon hinter sich haben.“ Allerdings brauche es dafür mehr Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner. „Was ich mir wünsche, wäre, dass sich mehr Hausärztinnen und Hausärzte mit dem Thema der Seltenen Erkrankungen verstärkt auseinandersetzen“, so Huss. Hierbei sei eine solche Plattform eine große Hilfe als Anleitung, bei unklarer Diagnose oder unerwarteten Therapieergebnissen auch eine Seltene Erkrankung in Betracht zu ziehen. Lediglich für rund 15 Prozent der Seltenen Erkrankungen gibt es tatsächlich eine Therapie. Auch wenn Betroffene zu einer Diagnose und hoffentlich einer Therapie kommen, bräuchten sie die Unterstützung durch ihre Hausarztpraxis. „Besondere Hilfestellung und Zuwendung brauchen aber insbesondere jene, für die es im Moment keine Chance auf Heilung gibt. Hier ist es wichtig, dass jemand für sie da ist“, so Huss. „Wir haben es in unserem Alltag mit vielen multimorbiden Patientinnen und Patienten zu tun. Therapieresistenz und immer wiederkehrende Beschwerden treten immer wieder auf“, schilderte Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner aus Haslach an der Mühl und Präsident von AM PLUS. Aus diesen Krankheitsbildern jene herauszufinden, die ungewöhnlich sind und dabei an eine Seltene Erkrankung zu denken, sei durchaus hausärztliche Aufgabe. Allerdings sei es nicht immer einfach, aus der hohen Patientenzahl pro Tag und den vielen häufigen Erkrankungen die Verdachtsfälle her-

Was ich mir wünsche, wäre, dass sich mehr Hausärztinnen und Hausärzte mit dem Thema der Seltenen Erkrankungen verstärkt auseinandersetzen.

Andreas Huss

Sponsoren der Plattform





auszufiltern. Zudem komme statistisch maximal ein- bis zweimal im Jahr ein solcher Fall in einer Praxis vor. Die Problematik stelle sich, so Rebhandl, auch in der Pädiatrie und bei Internistinnen und Internisten. In solchen Fällen sei es hilfreich, wenn man die Symptome, die nicht stimmig sind, in Kombination mit Suchbegriffen in eine Plattform eingeben kann und einen Hinweis auf die Möglichkeit einer Seltenen Erkrankung erhält. Damit ließen sich die langen Diagnoselatenzen deutlich reduzieren. Problematisch sei, dass es keine zentralen ausgewiesenen Anlaufstellen für Seltenen Erkrankungen gäbe, sondern die Expertisezentren über das Bundesgebiet weit verstreut sind und die Fachkompetenz oft nur Insidern bekannt ist. Dadurch laufen die Patientinnen und Patienten zu verschiedenen Einrichtungen, ohne zu einem Ergebnis zu kommen. Auch werden durch das Fehlen zentraler Befunde diagnostische Schritte wiederholt – was ebenfalls für die Betroffenen belastend sei und unnötige Kosten verursache.

Wichtig ist die gute Zusammenarbeit und Koordination zwischen verschiedenen Bereichen, insbesondere auch mit den Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, um eine frühzeitige Diagnose und bestmögliche Versorgung der Betroffenen zu gewährleisten.

Elisabeth Weigand

Erweiterte Zielgruppe

„Wir haben diese Rechercheplattform aufgestellt, um eine stärkere Orientierung zu finden und mehr Bewusstsein zu schaffen. Wir arbeiten mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften,

Teilnehmende des zweiten Sponsorenmeetings:

v.l.: Marc-Oliver Rauch, Angelika Widhalm, Andreas Huss, Alexandra Lazic-Peric, Erwin Rebhandl, Christopher Drescher-Schachl, Christian Rosker, Romana Dungal

Patientenorganisationen, der Sozialversicherung, Interessenvertretungen, Politik, Pharma-Wirtschaft zusammen, um diese Plattform entsprechend betreiben zu können“, schilderte Rebhandl. Ziel der Initiative ist es, in Kooperation mit medizinischen Fachgesellschaften insbesondere jene seltenen Erkrankungen aufzunehmen bzw. zu aktualisieren, die für Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich im Sinne eines möglichen Therapieangebots relevant sein können. „Dazu brauchen wir entsprechend Unterstützung“, appellierte Rebhandl.

Zielgruppe der Plattform seien Medizinerinnen und Mediziner der Primärebene, daher seien die Ergebnisse kompakt, kurz und übersichtlich. Die Krankheitsbildbeschreibungen beinhalten auch die Angabe über einzelne Expertisezentren. „Es nützt nichts, wenn ich jemanden eine Koryphäe empfehle, bei der der nächste Termin – wenn überhaupt – in einem halben Jahr möglich ist. Stattdessen soll das entsprechende Zentrum rasch gefunden sein und eine zeitnahe Abklärung ermöglichen“, schilderte Rebhandl aus der Praxis.

Für weitergehende Recherchen stünden andere Plattformen und Datenbanken zur Verfügung. Im Moment sind 58 Krankheitsbilder auf der AM-PLUS-Plattform gelistet, wobei im ersten Quartal 2024 noch einige weitere dazukommen werden. „Einen Schub bei den Zugriffen konnten wir erreichen, als es gelungen ist, manche Erkrankungen mit DFP-Punkten zu verknüpfen“, berichtete Rebhandl.


Ausbaupläne

Abhängig von den Möglichkeiten, die sich aus dem Sponsoring ergeben, präsentierte AM PLUS Pläne, wie man die Plattform weiter ausbauen und attraktiver gestalten könne. Wesentlich sei sowohl auf die Benutzerfreundlichkeit zu achten, aber auch die Auffindbarkeit zu steigern. Hier arbeite man bereits an der entsprechenden Suchmaschinenoptimierung. Ebenfalls begonnen wurde schon mit einer Bewerbungsstrategie

Wir haben diese Plattform vor zehn Jahren ins Leben gerufen, um eine bessere Orientierung und mehr Bewusstsein zu Seltenen Erkrankungen zu schaffen. Mit Hilfe von Sponsoren und neuen Ideen soll diese nun erweitert werden.

Erwin Rebhandl

zu den Krankheitsbildern in korrespondierenden Fachzeitschriften und Online-Plattformen. Eine Idee war dabei auch eine Verknüpfung mit den gängigen Diagnose-Apps. Sobald man diese öffnet, soll ein Link zur Plattform erscheinen – das wäre eine sehr alltagsfreundliche und niederschwellige Lösung, so die Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Um die Anzahl der Krankheitsbilder entsprechend zu erhöhen, möchte man u. a. die Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften ausbauen sowie auch den Expertenaustausch fördern. „Unter der derzeitigen Schirmherrschaft der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), des Bundesverbandes für Selbsthilfe Österreich (BVSHOE), des Forums für Seltene Krankheiten, dem Verein Pro Rare sowie der Fachgesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde und der Fachgesellschaft für Pneumologie, soll das Tool für Seltene Erkrankungen kontinuierlich wachsen, um eine raschere Hilfestellung bei der Detektion von Seltenen Erkrankungen zu geben“, fasste Rebhandl die Ziele und Pläne zusammen. Die Schirmherrschaft ist eine ideelle Unterstützung des Projekts, die hilft, schon bestehende Krankheitsbilder zu aktualisieren und neue aufzunehmen. „Durch die Unterstützung der Sponsoren sind auch weiterhin die Leistungen von symptomsuche.at kostenfrei“, erklärte AM PLUS Präsident Rebhandl abschließend. 



Schirmherrschaften:





PLATTFORMEN

Von der Spitzenforschung bis zum fertigen Medizinprodukt

Die Danube Private University (DPU) in Krems konnte jüngst mit dem von der FFG erfolgreich bewilligten COMET-Forschungsprojekt „PERSONALIZED MEDICINE ENABLED BY INTELLIGENT SENSING SYSTEMS - PI-SENS“ 4,5 Mio. Euro an Fördergeldern nach Niederösterreich holen. | von Mag. Dora Gamper

Die DPU wurde mit ihrem Antrag „Personalized Medicine Enabled by Intelligent Sensing Systems – PI-SENS“ in der kompetitiven COMET-Projekt-Ausschreibung 2022 von der FFG zur Förderung ausgewählt. Die COMET Förderschiene der FFG unterstützt anwendungsorientierte Spitzenforschung auf höchstem Niveau. Das geplante Projekt PI-SENS hat eine Laufzeit von drei Jahren und geplante Kosten von 4,5 Mio. Euro. Fördergeber sind neben der FFG das Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt und Energie (BMK) sowie das Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (BMAW).

Integriertes Gesamtkonzept

Ziel des COMET-Projekts ist es, einen Beitrag zur Bewältigung der steigenden nationalen und internationalen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu leisten. PI-SENS wird wesentliches Know-how für innovative Technologien bereitstellen, um ein personalisiertes Gesundheits- und Präventionssystem zu entwickeln. Ein integriertes Konzept aus Biosensoren, KI-Anwendungen und Cloud-Lösungen für Gesundheits-Apps (DiGAs) soll die praktische Anwendung sowohl für Patientinnen, Patienten als auch alle Gesundheitsberufe einfach und effektiv machen.

Direktor für strategische Hochschulplanung, Wissenschaft und Management, Robert Wagner, MA: „Der von der DPU gegründete Forschungsschwerpunkt International Laboratory for Life Sciences and Technology (LiST), der über Laboratorien in Tulln und Krems verfügt, ist der Impulsegeber und die Zentrale für dieses ambitionierte Projekt. Unser Dank gilt neben den Fördergebern dem Land Niederösterreich, das dieses Projekt von Anfang an unterstützt hat.“

Was ist PI-SENS?

Univ.-Prof. Dr. Christoph Kleber, Leiter der Stabstelle Forschung & Entwicklung sowie Lei-

Robert Wagner sieht die besondere Qualität der DPU-Spitzenforschung darin, die Erkenntnisse zielgerichtet in ein Produkt umzusetzen, um unmittelbar den Menschen zu dienen.



Winfried Neuhaus ist neben seiner Tätigkeit am AIT Professor an der DPU Krems und einer der Key Researcher des COMET-Projekts.

ter der Forschungsabteilung Chemie und Physik der Materialien an der DPU und Dr. Erich Kny von der DPU, die den Antrag und die Einreichung gesamthaft koordiniert und die Abstimmung mit den wissenschaftlichen und unternehmerischen Partnern durchgeführt haben, führen aus: „Ziel des beantragten COMET-Projekts ist es, einen Beitrag zur Bewältigung der steigenden nationalen und internationalen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu leisten. Zu diesem Projekt haben auch die vielen wissenschaftlichen Partner und Unternehmenspartner enorm durch ihre thematische und finanzielle Unterstützung beigetragen. Wir freuen uns auf eine gemeinsame Realisierung der spannenden Forschungs- und Entwicklungsthemen.“

Kleber: „Der Begriff „PI-SENS“ steht für personalisierte Medizin durch intelligente Sensorsysteme. 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. Im Idealfall wird jede Patientin, jeder Patient eines Tages ein solches kleines, praktisches – und kostengünstiges! – Sensorgerät bei sich zu Hause haben. Das schafft eine wesentlich erhöhte Sicherheit und ermöglicht ein rascheres Eingreifen in Notfällen.“

Aus der Forschung in die Produktion

Die Forschungsaktivitäten von PI-SENS schlagen dabei die Brücke von der Grundlagenforschung über die angewandte Forschung und Technologie bis hin zur Prototypenentwicklung und schließlich zu innovativen Produkten. Durch die geplante enge Zusammenarbeit mit renommierten nationalen und internationalen Unternehmen, Universitäten und Forschungs-

einrichtungen wird PI-SENS einen Beitrag zur hochwertigen Ausbildung leisten, indem es jungen Forscherinnen und Forschern eine Plattform für die Durchführung ihrer Bachelor-, Master- und Doktorarbeiten bietet kann. Die Projektarbeit von PI-SENS wird zur Entwicklung von Biosensoren für die Überwachung von Biomarkern, von e-Nose-Geräten für die Identifizierung von Geruchsmustern und zur Entwicklung von organischen Feldeffekttransistoren beitragen. Ziel ist es, die Ergebnisse unter Berücksichtigung intelligenter Auswertelgorithmen (AI) direkt in Prototypen umzusetzen. Aber bei den Prototypen soll es nicht bleiben – die DPU engagiert sich im Rahmen des COMET-Projekts aktiv dafür, gemeinsam mit strategischen Partnern aus der Industrie die Erkenntnisse aus der Spitzenforschung direkt in ein anwendbares Produkt umzusetzen. „Es gibt zu viel teure Schubladenforschung, die niemals auf den Boden gebracht wird. Wir wollen ein praktisches und kostengünstiges Produkt schaffen, das direkt den Anwenderinnen und Anwendern zur Verfügung steht und ihr Leben verbessert“, so Robert Wagner.

Von der Atemluft zur Diagnose

Prof. Dr. Sabine Szunerits ist seit 2022 wissenschaftliche Leitung der Forschungsgruppe LiST „International Laboratory for Life Sciences and Technology“ und wird 2024 von der Université de Lille ganz an die DPU wechseln: „PI-SENS plant die Entwicklung intelligenter Diagnosegeräte von der Idee bis zu ersten Prototypen, wobei die personalisierte Medizin im Mittelpunkt der PI-SENS-Konzepte steht. Die Entwicklung von Frühdiagnostik und nicht invasiven Sensor-konzepten ist das Herzstück der personalisierten Medizin. Neben der Detektion im Speichel wird die Nutzung des ausgeatmeten Atemkondensats als Analysematrix einer der Schwerpunkte des Bereichs 2 ‚Diagnose von Endogenen‘ sein. An-



gesichts der Tatsache, dass mehrere Krankheiten über ausgeatmete Atemtröpfchen übertragen werden, ist der Nachweis von aus der Atemluft stammenden Biomarkern ein vielversprechender diagnostischer Ansatz. Trotzdem gibt es derzeit keine klassischen Biosensorkonzepte wie Feldeffekttransistoren oder plasmonischen Geräte für deren Untersuchung. Dies stellt somit auch die Brücke zu anderen PI-SENS-Bereichen dar. An der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in Österreich, der Europäischen Union und darüber hinaus teilhaben zu dürfen, ist äußerst spannend.“

Wissenschaft auf höchstem Niveau

Mit Prof. Dr. Jakub Dostalek wurde von der DPU ein hochkarätiger Wissenschaftler und langjähriger Partner für dieses Projekt gewonnen. Er beschäftigt sich mit der Entwicklung neuartiger optischer Nanostrukturen zur Verbesserung der Empfindlichkeit und Bereitstellung neuer Funktionalitäten für bioanalytische Technologien, die auf markierungsfreier Oberflächenplasmonenresonanz (SPR), oberflächenplasmonenverstärkter Fluoreszenzspektroskopie (PEF) und oberflächenverstärkter Raman-Spektroskopie (SERS) basieren. Seine interdisziplinäre Forschung umfasst Lithografiertechniken für die Massenproduktion, die Entwicklung einzigartiger Bioschnittstellenarchitekturen und die Implementierung neuer Biosensorkonzepte. Dostalek: „Ich freue mich darauf, die Forschung an neuen Arten von Biosensoren fortzusetzen. Wir arbeiten hier mit modernen optischen Spektroskopiegeräten, die auf Nanophotonik in Kombination mit elektronischer Sensorik basieren. Insbesondere die Möglichkeit, im Umfeld einer medizinischen Universität zu arbeiten, bietet die einmalige Gelegenheit, diese Prototypen über die Proof-of-Concept-Phase hinaus zu implementieren und sie näher an wichtige Anwendungsbereiche wie die Point-of-Care-Diagnostik heranzuführen.“

Das AIT ist als größte außeruniversitäre Forschungseinrichtung in Österreich eine der führenden Institutionen in der Technologieentwicklung in Europa. Gemeinsam mit diesem starken Partner wird die DPU in medizinischer Diagnostik für Weiterentwicklungen sorgen.

Robert Wagner

Strategische Kooperation mit dem AIT

Dostalek ist neben seiner Tätigkeit an der DPU Mitglied des AIT Austrian Institute of Technology (AIT), das vor Kurzem eine strategische Kooperation mit der Danube Private University (DPU) einging. Diese Partnerschaft zielt darauf ab, die Expertise beider Institutionen zu nutzen und Synergien in den Bereichen Forschung und Entwicklung zu schaffen.

Gemeinsam werden beide Institutionen an verschiedenen Forschungsprojekten arbeiten, die von der Entwicklung diagnostischer Assays bis hin zur Anwendung von künstlicher Intelligenz in der Diagnostik reichen. Robert Wagner: „Das AIT ist als größte außeruniversitäre Forschungseinrichtung in Österreich eine der führenden Institutionen in der Technologieentwicklung in Europa. Gemeinsam mit diesem starken Partner wird die DPU in medizinischer

Sabine Szunerits (li.) wird 2024 von der Universität Lille nun ganz zur DPU wechseln. Sie ist Leiterin der DPU-Forschungsgruppe LiST und Area-Managerin des neuen COMET-Projekts. Jakub Dostalek (re.) vom AIT konnte als Key Researcher gewonnen werden.



Diagnostik für Weiterentwicklungen sorgen.“ Die strategische Zusammenarbeit beinhaltet nicht nur den Austausch von Daten und Expertisen, sondern auch die projektspezifische Entsendung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Zweck der Aus- und Weiterbildung. Neben Jakub Dostalek ist Univ.-Prof. DI Dr. Winfried Neuhaus, Principal Scientist am AIT Center for Health and Bioresources und Experte für Biologische Barrieren, als erster Professor Österreichs für 3Rs und New Approach Methodologies (NAMs) an der DPU tätig. Damit ist die DPU Vorreiter im Bereich Alternativen zum Tierversuch. „Das COMET-Projekt ist ein hervorragendes Beispiel für die Zusammenarbeit zwischen Hochschulen und Industrie bei

Das COMET-Projekt ist ein hervorragendes Beispiel für die Zusammenarbeit zwischen Hochschulen und Industrie bei der Bearbeitung gemeinsamer Forschungsfragen und schließlich bei der Umsetzung von Erkenntnissen in diagnostische Anwendungen.

Winfried Neuhaus

der Bearbeitung gemeinsamer Forschungsfragen und schließlich bei der Umsetzung von Erkenntnissen in diagnostische Anwendungen“, freut sich Neuhaus über die enge Zusammenarbeit der beiden Institutionen.

Das COMET-Programm der FFG

Im COMET-Programm arbeiten Forschungseinrichtungen mit Unternehmen zusammen, um einen Wissenstransfer in marktfähige Produkte oder Dienstleistungen zu ermöglichen. Hierbei sind auch die jeweiligen Bundesländer als Forschungs- und Wirtschaftsstandorte eingebunden. Beim COMET-Programm handelt es sich um Teamarbeit von Bund, Ländern, Forschungseinrichtungen und Unternehmen, um den Standort Österreich weiter nach vorne zu bringen. Wagner: „Das Ziel von COMET muss immer sein, dass die teilnehmenden – insbesondere heimischen – Unternehmen mit Blick auf die internationale Konkurrenz noch ein Stück innovativer und konkurrenzfähiger werden. Das Projekt ist eine Investition in unseren Standort und unsere Zukunft. Wir werden auch nach Ablauf des Projektes in drei Jahren nicht aufhören, an dem Thema personalisierte Medizin zu arbeiten.“ Die Forschungskosten werden im Projekt der DPU zu rund 1,35 Millionen EUR von den Fördergebern FFG, BAW und BMK eingebracht. Rund 700.000 EUR kommen von den Ländern Niederösterreich und Tirol sowie rund 2,5 Millionen EUR von den partizipierenden Unternehmen und wissenschaftlichen Partnern. Neben der DPU als Hauptantragsteller haben sich 27 Unternehmen und wissenschaftliche Partner in das Projekt eingebracht, darunter z. B. das Austrian Institute of Technology, die Universität Lille in Frankreich und verschiedenen Institute der JKU Linz und der Universität Innsbruck. Die DPU ist als Antragsteller die organisatorische und koordinative Schaltzentrale des Projekts sowie eine der ausführenden Forschungsinstitutionen.

Die Menschen hinter dem COMET-Forschungsprojekt „Personalized Medicine Enabled by Intelligent Sensing Systems – PI-SENS“

- Direktor strategische Hochschulplanung, Wissenschaft und Management: Robert Wagner
- Wissenschaftliche Leitung: Christoph Kleber
- Area Manager: Sabine Szunerits, Achim Hassel, Wolfgang Knoll
- Key Researcher: Winfried Neuhaus, Jakub Dostalek, Andreas Weinhäusl

Die Danube Private University ist derzeit in 16 weitere national und international geförderte Forschungsprojekte eingebunden, darunter:

„Aptamer-based strategies to create novel biotechnological tools against Arboviruses (ABSArbo)“

Das von der EU-LAC Interest Group geförderte Projekt wird u.a. von der FECYT (Spanish Foundation for Science and Technology) unterstützt und soll bi-regionale Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten zwischen der Europäischen Union sowie Lateinamerika und der Karibik fördern. Arboviren werden durch Insekten übertragen und werden aufgrund des Klimawandels zukünftig auch in Europa vermehrt zu Problemen führen.

„Nanomedicine based approaches for the Treatment and Diagnostic of different Long diseases (LungCare)“

Das FFG-geförderte Projekt im Programm HORIZON-MSCA-2022-SE-01 hat zum Ziel, die Behandlung von Pseudomonas aeruginosa (PA)-Infektionen durch Nanovakzine und inhalierbare Therapeutika zu verbessern. Das Projekt konzentriert sich auch auf die offene Frage nach einer frühen und genauen Diagnostik von Tuberkulose (TB) und Lungenkrebs durch die Entwicklung sensitiver Point-of-Care-Testgeräte.

iCanary

Das österreichische Forschungsprojekt „iCanary“ bietet eine einzigartige Lösung zur Messung der Luftqualität in Innenräumen und von Geruchsstoffen mit einem vollständig gedruckten, autonom betriebenen, miniaturisierten elektrischen Sensor- und Auswertungssystem. Die DPU hat sich für diese neue Forschungsinitiative mit sechs österreichischen Organisationen zusammengeschlossen: APROFACTOR GmbH, Sunplugged GmbH, memScan e.U., Infineon Technologies Austria AG, Almendo Technologies GmbH und AIT Austrian Institute of Technology GmbH.



Weitere Informationen: dpu-research.at



POLITIK

Gesundheitsberuferegister:

Zwischen Potential und Reformbedarf

In vielen Branchen ist es üblich, die Personalsituation genau im Blick zu haben, um effizient planen zu können. Im österreichischen Gesundheitswesen sieht das jedoch anders aus. Trotz der **GESETZLICHEN EINFÜHRUNG DES GESUNDHEITSBERUFEREGERISTERS IM JAHR 2018** hat sich dieses bisher nicht als effektives Instrument zur Personalplanung bewährt. Aufgrund dessen widmeten sich zwei PRAEVENIRE Gipfelgespräche diesem wichtigen Thema. Die Teilnehmenden zeigten mögliche Maßnahmen auf, welche eine Verbesserung der Situation herbeiführen sollen. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

Das Gesundheitsberuferegister ist ein gesetzliches, öffentliches Verzeichnis in Österreich – ähnlich jenem der Notare oder Gerichtssachverständigen – und umfasst mittlerweile mehr als 212.000 Registrierungen. Eine Eintragung darin stellt die grundlegende Voraussetzung für die Ausübung von mittlerweile elf Gesundheitsberufen dar (siehe Kasten). Das dadurch mögliche Monitoring der Anzahl aktiver Fachkräfte in den Berufsgruppen sollte bei der Kapazitäts- und Bedarfsplanung in verschiedenen Bereichen eine entscheidende Rolle spielen. Mit Blick auf die demografischen Entwicklungen sowie veränderte Erwartungen und Berufsvorstellungen könnte das Register als wertvolles Instrument zur Identifizierung von Trends genutzt werden. Jedoch bleiben bei dem 2018 eingeführten Instrument seine Potenziale oftmals ungenutzt. Eine effiziente Personalplanung im Gesundheits- und Pflegesektor ist unerlässlich, um die Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen. Das Gesundheitsberuferegister ist das Hauptinstrument zur Bereitstellung relevanter Daten. Das Register hat aber Schwächen, weswegen es nicht wie erhofft genutzt werden kann. Obwohl bestimmte Gesundheitsberufe im Register aufgenommen wurden, fehlen weiterhin wichtige Daten, wie z. B. Stundenausmaß, Jobwechsel und Sonderausbildungen. Zudem sind auch relevante Berufsgruppen, wie medizinische Assistenzberufe, noch nicht im Register verzeichnet. Die Existenz von zwei Registrierungsbehörden führt zu unnötigem Verwaltungsaufwand und die Nutzung der Daten ist stark eingeschränkt. Die Arbeiterkammer Niederösterreich forderte in ihrer Vollversammlung im Mai 2023 daher eine Überarbeitung des Gesundheitsberuferegister-Gesetzes, einschließlich der Aufnahme weiterer Berufsgruppen, einer gesetzlichen Verpflichtung zur regelmäßigen Datenabgleichung, der verpflichtenden Eintragung von Sonderausbildungen und eine Vereinfachung bei den Registrierungsbehörden. Die Arbeiterkammer Niederösterreich hat daher in Kooperation mit dem Verein PRAEVENIRE Expertinnen und Experten zu

zwei Gipfelgesprächen geladen, um zielführende Maßnahmen rund um das Thema Gesundheitsberuferegister zu erörtern. Während sich beim Ersten die Teilnehmenden vor allem mit den nationalen gesetzlichen Rahmenbedingungen wie die Datennutzung befassten, konzentrierte sich das zweite PRAEVENIRE Gipfelgespräch auf konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Datenverwendung insbesondere auch aus der Perspektive von Niederösterreich.

Gesundheitsberuferegister als Basis für Verbesserungen und Digitalisierung

Der einleitende Impuls von Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich, befasste sich mit den Aspekten der Datenerfassung und -nutzung, insbesondere im Bereich der Gesundheitsforschung in Österreich. „Trotz der vorhandenen Daten gibt es viele Herausforderungen bei der Zugänglichkeit und Nutzbarmachung dieser Daten für verschiedene Stakeholder. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass der Zugang zu Daten aus öffentlichen Registern, der amtlichen Statistik und deren Verknüpfung auf Individualenebene für Forscherinnen und Forscher oft nicht möglich bzw. mit großen Hürden verbunden ist“, so Rupp. Zwar betont das Regierungsprogramm 2020–2024 die Notwendigkeit, Datenbestände für die wissenschaftliche Forschung zugänglich zu machen, jedoch gibt es eine Reihe von Fragen, die die Balance zwischen Datenschutz und Gesundheitsschutz, die Berechtigung zur Registerforschung und den tatsächlichen Nutzen der Forschung für verschiedene Stakeholder betreffen.

Forschungsvoraussetzungen nur teilweise vorhanden

Ein weitverbreitetes Missverständnis sei, dass die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein Hindernis für die Forschung sei. Tatsächlich geht es im ersten Artikel der DSGVO nicht nur um den Schutz personenbezogener Daten, sondern auch um den freien Datenverkehr. Somit ist die Verwendung von Daten unter Einhaltung von bestimmten Prämissen und Voraussetzun-

Übersicht

Finden Sie hier eine Aufzählung der unter die Registrierungspflicht des GBR fallenden Berufsgruppen inklusive der Zahl der erfassten Registrierungen (Stand Ende 2022):

Gesundheits- und Krankenpflegeberufe:

- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger (108.804)
- Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (58.900)
- Pflegefachassistentinnen und Pflegefachassistenten (4.803)
- Diplomierte Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten (10)

Gehobene medizinisch-technische Dienste:

- Biomedizinische Analytikerinnen und Analytiker (6.829)
- Diätologinnen und Diätologen (1.912)
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (4.577)
- Logopädinnen und Logopäden (2.369)
- Orthoptistinnen und Orthoptisten (402)
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (17.702)
- Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen (5.804)



Quelle: https://jasmin.goeg.at/2929/1/GBR_Bericht_2022_inkl_ANH_bf.pdf

gen wie Datenminimierung oder Anonymisierung von der DSGVO gedeckt. Um den großen Datenschatz aus öffentlichen Registern und Statistiken der Forschung rechtlich einwandfrei zur Verfügung stellen zu können, wurde im Vorjahr, unter Einbindung von Statistik Austria, das Austrian Micro Data Center (AMDC) gegründet. Das AMDC wurde von der Expertenrunde als positiver Schritt in Richtung Forschung gesehen, da es eine umfassende Vernetzung von Daten und Zugang zur bislang nur schwierig abbildbaren Microdatenebene rechtlich sauber ermöglichte. Zwar befindet sich das AMDC noch in den Anfängen, die Teilnehmenden erwarten sich jedoch in den kommenden Jahren, dass die Registerforschung dadurch an Fahrt aufnimmt.

Erweiterung der Datenerfassung

In Bezug auf die Pseudonymisierung verfügt Österreich mit dem verschlüsselten bereichs-

Diskussionsteilnehmende (v. l. n. r.): Elisabeth Potzmann, Regina Fuchs, Franz Leisch, Petra Ganaus



© CHRISTIANSCHOERG, STATISTIKAUSTRIA/RANGER/MARTON, BEN LEITNER, FOTOSTUDIO KOCH



spezifischen Personenkennzeichen (bPK) der Statistik Austria über eines der besten Systeme europaweit. Dieses dient als Identifikator und verhindert den direkten Personenbezug bei der Statistik Austria oder in der öffentlichen Verwaltung. Die Expertenrunde war sich einig, dass grundlegende Voraussetzungen für die Datenverknüpfung gegeben und für ein Monitoring der Gesundheitsberufe einige Daten im AMDC vorhanden sind, da auch das Gesundheitsberuferegister bereits im AMDC verfügbar ist. Unter Verknüpfung mit dem elektronischen Datensammelsystem der österreichischen Sozialversicherungsträger (ELDA) scheint es beispielsweise sogar möglich Karrierewege wissenschaftlich auszuwerten. Allerdings gibt es in einem wesentlichen Punkt noch Verbesserungsbedarf. Denn einer fundierten Auswertung von Personalkapazitäten steht die fehlende Erfassung des Beschäftigungsausmaßes im ELDA-System entgegen. „Eine Erfassung von Arbeitsstunden in die ELDA-Meldung wäre daher wünschenswert, um in Zukunft eine Auswertung des verfügbaren Arbeitsvolumens für viele Berufsgruppen durchführen zu können“, erklärte Dr. Regina Fuchs, Leiterin der Direktion Bevölkerung der Statistik Austria. Aktuell ist dies nur über Stichprobenerhebungen möglich. Dies stellt ein Problem dar, das laut Teilnehmerinnen und Teilnehmern an die politische Ebene kommuniziert werden muss. Als Maßnahme wurde angeregt, dass die ELDA-Daten verpflichtend mit Stundenausmaß ausgestattet werden und dies auf alle Berufe, nicht nur im Gesundheitsbereich, ausgeweitet wird.

Vor der Implementierung neuer Forschungsprojekte sehen es die Diskutantinnen und Diskutanten als entscheidend, den Datenschutz von Anfang an zu berücksichtigen, insbesondere wenn es sich um öffentliche Stellen handelt. Eine rechtliche Grundlage ist hierbei unerlässlich. Es empfiehlt sich, zu Beginn eine Datenschutz-Folgenabschätzung (DSFA) durchzuführen, um Risiken zu managen.

Neuausrichtung des Gesundheitsberuferegisters aus der niederösterreichischen Perspektive

Aufbauend auf das erste PRAEVENIRE Gipfelgespräch wurden beim Folgetermin konkrete Maßnahmen erörtert, die die Voraussetzung für ein Pilotprojekt für Niederösterreich bilden sollen.

Um sinnvolle Maßnahmen betreffend Personalplanung aus den Daten ableiten zu können, bedarf es, so die Meinungen der Teilnehmenden, der Erfassung von umfassenderen Daten im Gesundheitsberuferegister. Als Beispiele nannten die Expertinnen und Experten etwa die Teilzeitquote und die Verweildauer bei einem Arbeitgeber. Zwar seien Arbeitgeberdaten enthalten, ein Wechsel des Arbeitgebers wird



Bernhard Rupp (l.) widmete sich in seiner Keynote den Herausforderungen der Datenerfassung und -nutzung, insbesondere im Kontext der Gesundheitsforschung in Österreich. Anhand eines Beispiels aus Deutschland erklärte Rupert Schreiner (r.), wie der Pflegeberuf für junge Menschen attraktiv gemacht werden könnte.

Kurier, Erscheinungstermin 25. November 2023



von den Angestellten jedoch selten gemeldet bzw. aktualisiert. Zusätzlich sind genaue Daten zu Qualifikationen erforderlich. „Gerade in der Pflege, die ja die größte Berufsgruppe im Register ausmacht, gibt es eine sehr große Abstufung in der Qualifikation. Dies spiegelt aber das Gesundheitsberuferegister nicht wider, so dass wir nicht wissen, in welcher Qualifikation uns diese Arbeitskräfte zur Verfügung stehen. So kann man kein System steuern. Dabei war das der Ursprungsgedanke bei der Einführung des Registers“, erklärte Mag. Elisabeth Potzmann, Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV). Hierfür müssen sowohl die Eingabetools verbessert als auch die Nutzerinnen und Nutzer stärker motiviert werden. Auch fehlen noch relevante Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich wie medizinische Assistenzberufe im Register. Zusätzlich müsse ein Augenmerk auf die Ausbildungszahlen gelegt werden, indem erfasst werde, wie viele eine Ausbildung beginnen, diese abschließen oder vorzeitig abbrechen.

Image von Gesundheitsberufen stärken

In dem Zusammenhang spielt auch das Image der Berufsbilder eine wichtige Rolle. Die derzeitige mediale Berichterstattung über das österreichische Gesundheitssystem und den Personalmangel führt zu einem negativen Image der Berufsgruppen. „Das Fehlen genauer Zahlen trägt zu Spekulationen und Fehlinformationen bei“, warnte FH-Prof. Mag. Petra Ganaus, Studiengangsleiterin Gesundheits- und Krankenpflege an der FH St. Pölten, und führte weiter aus: „Wir reden ständig von einem Mangel und

dass niemand von den Jungen Pflege machen möchte. Dabei haben allein an der FH St. Pölten in diesem Jahr 137 junge Menschen ihre Ausbildung in der Pflege gestartet.“ Problematisch erachtete sie, dass Interessierten im Vorfeld von der Gesellschaft eine Ausbildung im Pflegebereich oft durch Argumente, wie beispielsweise Überlastung oder Unzufriedenheit, ausgeredet werde. Gleichzeitig müsse man aber berücksichtigen, dass sich die Wünsche und Bedürfnisse von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Laufe der Jahre geändert haben. Besonders bei den 14- bis 18-Jährigen widersprechen die Berufsvorstellungen den Anforderungen des Pflegeberufs. Hier müsse man das Berufsbild verbessern und für junge Menschen attraktiv machen, erläuterte Mag. Rupert Schreiner, Leiter der Abteilung Personal und Organisation bei der NÖ Landesgesundheitsagentur (NÖ LGA), und nennt ein Beispiel. „In Deutschland ist es gelungen, viele Pflegekräfte in den Beruf zurückzuführen, indem fixe Arbeitszeiten ohne spontane Sonderschichten eingeführt wurden. Dies führte zu einer Rückkehrquote von rund 50 Prozent in den Pflegeberuf“, so Schreiner. In Österreich hat sich dieses Arbeitszeitmodell nur auf individueller Ebene durchgesetzt. Zum Schluss wurde diskutiert, welche Voraussetzungen es in Niederösterreich für ein Pilotprojekt braucht, um Karrierewege und Jobwechsel mittels Gesundheitsberuferegister und ELDA zu analysieren.

Gesetze überarbeiten

„Gerade im Hinblick auf die Gesundheitsreform und die mit dem neuen Finanzausgleich verbundenen Zielsetzungen ist ein funktionelles Gesundheitsberuferegister, das tatsächlich zur Steuerung des Personalbedarfs im Gesundheitsbereich herangezogen wird, unumgänglich“, fasste Dr. Franz Leisch, Chief Digital Officer des Vereins PRAEVENIRE und Moderator des Statements der Expertinnen und Experten zusammen. **P**



Die Teilnehmenden der PRAEVENIRE Gipfelgespräche

Bei den beiden Gipfelgesprächen diskutierten folgende Expertinnen und Experten zum Thema „Gesundheitsberuferegister“ (in alphabetischer Reihenfolge):

- Dr. Regina Fuchs, Leiterin der Direktion Bevölkerung der Statistik Austria
- FH-Prof.in Mag.a Petra Ganaus, MSc, Studiengangsleiterin Gesundheits- und Krankenpflege an der FH St. Pölten
- Mag. (FH) Susanne Gröschel, Leiterin der Abteilung für Strategie und Qualität Pflege in der NÖ Landesgesundheitsagentur
- FH-Prof. Manuel Kaider, BSc, MScN, FH Dozent für Gesundheits- und Krankenpflege und Lehrgang Präklinische Versorgung und Pflege an der Fachhochschule St. Pölten
- Dr. Franz Leisch, Chief Digital Officer des Vereins PRAEVENIRE und Moderator
- Mag. Beatrix Linke, Innovation & Information Offerings Lead, IQVIA Austria
- Mag. Elisabeth Potzmann, Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV)
- Mag. Matthias Reiter-Pazmandy, Stellvertretender Abteilungsleiter der Abteilung V/4, Stellvertretender Vorsitz der Arbeitsgruppe Registerforschung des BMBWF
- Prof. DI Dr Reinhard Riedl, Dozent an der Berner Fachhochschule
- Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich
- Mag. Rupert Schreiner, MA, Leiter der Abteilung Personal und Organisation bei der NÖ Landesgesundheitsagentur (NÖ LGA)
- Dr. Daniel Stanonik LL.M., Rechtsanwalt, externer Datenschutzbeauftragter
- Dr. Andreas Zavadiil, CIPP/E, CIPM, Datenschutzbehörde, Austrian Data Protection Authority, Leiter der Abteilung IV



POLITIK

Vom Armenwesen zur nachhaltigen Pflege

Wachsende Lebenserwartung und die Fortschritte der Medizin lassen die **Zahl der Pflegebedürftigen in Österreich und vergleichbaren Staaten steigen**. Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege werden von den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich geregelt. Organisations- und Finanzierungsmodelle für die Zukunft diskutierten namhafte Expertinnen und Experten bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen in Seitenstetten. | von Wolfgang Wagner

Ohne Zweifel: Gesundheits- und Sozialwesen sind – auch in Österreich – historisch gewachsen. Die beiden für Sozialstaaten moderner Prägung entscheidenden Bereiche haben sich aber teilweise auseinander entwickelt, sind oft nicht kompatibel und haben unterschiedliche Finanzierungsvoraussetzungen. Ein wohl für viele Menschen „neues“ – viel besser: „altes“ – grundsätzliches Faktum der österreichischen Verfassung griff im Rahmen der Veranstaltung Prof. Dr. Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich, auf: „Was wir als Sozialhilfe bezeichnen – und das ist der Hauptträger vieler Leistungen auf Bundesländerebene –, gibt es in der österreichischen Bundesverfassung gar nicht. Der ‚Tatbestand‘ in der Verfassung heißt ‚Armenwesen‘. Das kommt aus dem 19. Jahrhundert, als eine Gemeinde einige Wenige irgendwie zu versorgen hatte. Es war nie daran gedacht, einen erheblichen Anteil der Älteren jahre- bis jahrzehntelang mit Pflegeleistungen zu versorgen.“

Nimmt man nur die EU-Mitgliedsstaaten her, haben sich in den einzelnen politisch, wirtschaftlich, gesellschaftlich und kulturell von einander unterscheidenden Regionen wiederum unterschiedliche Systeme ausgebildet. Das trifft speziell auch auf Pflege und Betreuung zu. Charakteristika und Gemeinsamkeiten – bei letzteren oft vor allem die Probleme mit der demografischen Entwicklung und mit der Finanzierung – haben Dr. Monika Riedel und Co-Autoren vom Institut für Höhere Studien (IHS) in einer wissenschaftlichen Untersuchung herausgearbeitet.

Mehrere Modelle – gleiche Herausforderungen

Einander gegenüber gestellt wurden hier die skandinavischen Staaten Dänemark und Schweden, die kontinentaleuropäischen Länder Deutschland, Frankreich, die Niederlande und Österreich sowie schließlich Spanien (Südeuropa). Spanien ist gerade dabei, ein eigenes System der Langzeitpflege (Pflege und Betreuung) aufzubauen.

Die Daten aus der gesamten Studie:

- Die Niederlande (3,5 Prozent), Schweden (3,2 Prozent) und Dänemark (2,5 Prozent) geben am meisten für Pflege und Betreuung aus (öffentliche Aufwendungen; Anteil am BIP).
- Österreich (1,9 Prozent) liegt im Bereich von Frankreich (1,7 Prozent) und Deutschland (1,3 Prozent).
- Spanien ist mit 0,9 Prozent darunter anzuschließen.

Die Expertin: „Aus dem Ländervergleich lassen sich drei Modelle zur Mittelaufbringung ablei-

ten: Erstens, Finanzierung überwiegend durch Steuern, wie in Dänemark, Schweden und Spanien üblich, wobei zweckgebundene Steuern unüblich sind und sich die Mittel aus lokalen oder regionalen sowie nationalen Steuern zusammensetzen. Zweitens, Finanzierung primär durch Sozialversicherungsbeiträge wie in Deutschland, und drittens Finanzierung durch einen Mix aus Steuer- und Sozialversicherungsmitteln, wie in Frankreich und den Niederlanden.“

Österreich ist kein Spezialfall. Monika Riedel: „Der europäische Vergleich zeigt, dass die österreichische Regelung der Mittelaufbringung mittels Steuerfinanzierung ohne Zweckbindung durchaus dem Mainstream entspricht.“ Allerdings, in der Reihe der europäischen Staaten mit dem kontinentalen Wohlfahrtsstaatsmodell ist die Finanzierung ohne Einbindung der Sozialversicherung eher die Ausnahme. Hinzu kommt, dass es in Österreich praktisch nur Bundessteuern gibt.

Was wir als Sozialhilfe bezeichnen, gibt es in der österreichischen Bundesverfassung gar nicht.

Bernhard Rupp

In Deutschland wird der Großteil des Aufwands für die Pflege aus der Pflegeversicherung (70 Prozent; 10 Prozent Steuermittel) gedeckt. „In den skandinavischen Ländern mit dem staatlich dominierten Modell haben wir hauptsächlich Steuern. In Kontinentaleuropa haben wir durchaus auch ein gemischtes System. Das trifft zu auf Frankreich, inzwischen auch auf die Niederlande“, sagte die Expertin. Dort hatte man ab den 1960er-Jahren eine Pflegeversicherung aufgebaut.

In Skandinavien stammen sogar 90 Prozent aus Steuermitteln, allerdings aus Steuern, die auf regionaler Ebene eingehoben werden. Dort sind Mittel- und Leistungsaufbringung sozusagen in einer Hand. In den Niederlanden sind die Kosten für 24-Stunden-Pflege/Betreuung in einer Pflegeversicherung abgebildet. Ambulant erbringbare Leistungen kamen im Rahmen einer Reform kostenmäßig an die Krankenversicherung, soziale Unterstützung etc. wurde den Gemeinden zuerkannt. Deren Mittel wurden aber um 30 Prozent gekürzt. Das Ausgabenwachstum für Pflege wurde damit in den Niederlanden allerdings reduziert.

Was aber ein durch die österreichische Verfassung bedingtes Spezifikum ist, so die Expertin: „Der Ländervergleich zeigt, dass es in Österreich eine getrennte Kompetenz für die Mittelaufbringung und die Leistungserbringung bei Sachleistungen gibt und der Finanzausgleich die demographische Struktur, sozioökonomische Merkmale und die Morbidität nicht ausreichend berücksichtigt.“

Ein Ansatzpunkt für Österreich wäre daher, das Aufbringen der notwendigen Finanzen und die Leistungserbringung im Bereich der Sachleistungen aufeinander abzustimmen. Für die Leistungen müsste dazu ein österreichweit einheitlicher Standard gesetzt werden. Darüber hinaus sollte die finanzielle Lage der Länder über einen ausdifferenzierten Finanzausgleich so angepasst werden, dass die demographische Struktur, sozioökonomische Merkmale und die Morbidität angemessen berücksichtigt werden.

Oft bis meistens vergessen: mobile Pflege

„Die mobile Pflege ist etwas, das meistens und oft vergessen wird und keinen interessiert. Wenn wir uns ganz ehrlich sind“, sagte DGKP Michael Tesar MBA, Geschäftsführer und fachliche Leitung Pflege bei Curaplus im zweiten Keyno-

Diskussionsteilnehmende v. l. n. r.: Alexander Biach, Monika Riedel, Ingrid Korosec, Johannes Pressl, Bernhard Rupp, Michael Tesar



© KRISTIAN JUHASZ



Für die Bezahlung eines Heimplatzes in Tirol sind zehn Überweisungsvorgänge notwendig. Für 3.000 Euro werden 10.000 Euro in Bewegung gesetzt.

Ingrid Korosec

te-Vortrag. „Man hört von einem Pflegemangel in den Krankenhäusern. Man hört von einem Ärztemangel in den Krankenhäusern, vielleicht noch in den Pflegeheimen. Aber von der mobilen Pflege wird eigentlich nicht gesprochen.“

Wenn man – wie seine Organisation – in mehreren Bundesländern tätig sei, werde man ständig mit den Unterschieden zwischen den Bundesländern konfrontiert. Der Experte: „Die Unterschiede in diesen neuen ‚Kaiserreichen‘ sind doch sehr eklatant.“

Österreich sei als Gesundheitssystem extrem „krankenhauslastig“ aufgestellt. Ambulante Strukturen fehlten hingegen. „Die Fragmentierungsproblematik ist ein sehr großer Punkt. Die Kinderkrankenpflege fällt teilweise in den Sozialbereich, fachlich zuständig ist die Fachabteilung. Ein bisschen Pflege, ein bisschen Gesundheit. Oder ist es doch medizinische Hauskrankenpflege? Und letzten Endes: Aus dreimal oder viermal Anspruch entsteht in Österreich oft ein Nicht-Anspruch.“

Ein Ansatzpunkt für Österreich wäre, die Mittelaufbringung und Leistungserbringung aufeinander abzustimmen.

Monika Riedel

Frappant seien auch die Bundesländer-Unterschiede. Darüber hinaus fehlten Versorgungspfade, die bundesweit zu verankern seien. Weitere Probleme, die der Experte anführte: „Die medizinische Hauskrankenpflege ist im ASVG geregelt. Es gibt aber noch immer Bundesländer, wo ein Selbstbehalt eingehoben wird, der höher ist als die Zuzahlung der Sozialversicherung. Ich habe das erst vergangene Woche erlebt. Der Selbstbehalt in einem Bundesland liegt bei 39 Euro pro Stunde. Die Sozialversicherung zahlt rund 13 Euro dazu.“

Warum sollten Angehörige Pflege zu Hause übernehmen, wenn sie das finanziell so belaste. Das gehe sich nicht aus. Das könnten pro Monat bis zu 3.000 Euro sein. „Was man vergisst. Wir haben in den Krankenhäusern zu wenig Ressourcen und Personal. Wenn man aber auch in der ambulanten Versorgung keine Ressourcen hat, wie soll man die Patientinnen und Patienten entlassen können“,

führte Tesar ein Beispiel an, das im Grunde das gesamte Gesundheits- und Pflegewesen interessieren müsste. „Ich glaube schon, dass die lange Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten innerklinisch deutlich reduziert werden



Die dramatische Krise in der Pflege und Betreuung war ein Brennpunktthema bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten.

Die Betroffene, der Betroffene fragt mich nicht, ob er oder sie einen Rechtsanspruch hat – er bzw. sie will eine Lösung.

Johannes Pressl

könnte, wenn der außerklinische Bereich gut ausgebaut wird.“

Jedenfalls: Es könne nicht sein, dass in einem Bundesland die Stundenanzahl für ein schwer pflegebedürftiges Kind 60 Stunden betrage – bei 740 Stunden, die ein Monat ausmachen. Hier sei Wien ein sehr positives Beispiel, wo ein bedarfsgerechtes Ausmaß an Pflege bezahlt werde. In Kärnten werde zum Beispiel im Rahmen der Hauskrankenpflege nur für Wundversorgung gezahlt, in Wien gebe es wiederum einen adäquaten Leistungskatalog, der abgedeckt werde.

Pflege und Gesundheit – getrennt

Wahrscheinlich ist in Österreich vor allem eine bessere Koordination von medizinischer Gesundheitsversorgung und Pflege und Betreuung im Sinne der Betroffenen ein Kernpunkt, an dem gearbeitet werden muss, hieß es bei der anschließenden Podiumsdiskussion.

Dr. Alexander Biach, Direktor-Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien: „Die Diskussion wird in Österreich immer sehr getrennt geführt zwischen Pflege und Gesundheit. Vielleicht ist das ein Hauptproblem, dass wir Pflege und Gesundheit nicht verschränkt sehen.“ Hier könnte eine Gesamtbetrachtung eine große Hilfe sein. Derzeit würden mindestens 7,9 Mrd. Euro pro Jahr aus öffentlichen Geldern und für „informelle Pflege“ (Angehörige) aufgebracht. 2030 würden es wahrscheinlich schon mehr als neun Mrd. Euro sein, weitere zehn Jahre später mehr als 15 Mrd. Euro. Jedenfalls sollte die Finanzierung der Pflege weiterhin durch Steuergelder erfolgen, betonte Biach. Aber: Es sollte eine Stelle für die Koordination der Ausgaben bzw. der Leistungen geben. Das könne auch die Sozialversicherung erfüllen. Und schließlich benötige auch jede und jeder Betroffene „eine einfache Anlaufstelle“, an die er bzw. sie sich wegen notwendiger Leistungen wenden könne.

ÖVP-Sozialsprecherin Dr. Ingrid Korosec beklagte insbesondere die Fragmentierung des österreichischen Sozial- und Gesundheitswesens. „Die Zahlungsflüsse, wie sie der Rechnungshof in einem Fall gezeigt hat: Für die Bezahlung eines Heimplatzes in Tirol sind zehn Überweisungsvorgänge notwendig. Und um 3.000 Euro zu bezahlen, werden durch das Hin- und Her-Überweisen 10.000 Euro in Bewegung gesetzt“, schilderte sie. „Was da an Geld versickert“, sei völlig unmöglich.

„Zum Zweiten bin ich überzeugt, dass Gesundheit und Pflege viel mehr zusammen kommen müssen. Das gehört auch zusammen“, betonte die Sozialpolitikerin. Was man gesundheitlich an Prävention versäume, schlage später oft in der Pflege durch.

„Bei der Frage von Organisation und Finanzierung müssen wir auf jeden Fall fragen: ‚Was wollen die Betroffenen?‘ Rechtssicherheit, Klarheit und Schutz vor willkürlichen Verschlechterungen“, sagte schließlich Bernhard Rupp. Hier sei wahrscheinlich die Verankerung von Sozialrechten bzw. eines Rechtsanspruches auf Pflege in der Verfassung besser als das gegenwärtige System, in dem die Politik bloß Leistungen gewähre. Die könnten nämlich auch wieder leicht gekürzt werden. An diesem Projekt sei aber schon der österreichische Verfassungskonvent (2004/2005) gescheitert.

Betont realitätsnah schließlich DI Johannes Pressl, Präsident des NÖ Gemeindebundes: „Ja, wir sollen den Menschen in den Mittelpunkt stellen. Ich kann es nur aus der Erfahrung in der eigenen Gemeinde sagen. Da fragt mich niemand, ob sie oder er einen Rechtsanspruch hat. Zu dem Zeitpunkt, zu dem jemand ein Problem hat, will man eine Lösung und fragt nicht, wie sie finanziert ist.“

Viele Menschen würden lange zuwarten, weil sie nicht daran glaubten, dass der Pflegefall wirklich eintrete. Im Akutfall träten aber dann die Probleme mit der Suche nach Pflegeplätzen, Versorgung zu Hause, notwendige bauliche Maßnahmen etc. auf. Die beste Möglichkeit sei immer die Betreuung im eigenen Heim – mit notwendiger Unterstützung. Community Nurses, Ausbau von Tagesbetreuung etc. könnten hier viel helfen. Eine zu große Zentralisierung könne jedenfalls die Probleme in der täglichen Praxis nicht lösen. **P**



BEI UNS GEHT'S

JEDEN TAG UMS GANZE.

Elisabeth
Gärtnerin
MA 42 - Wiener Stadtgärten

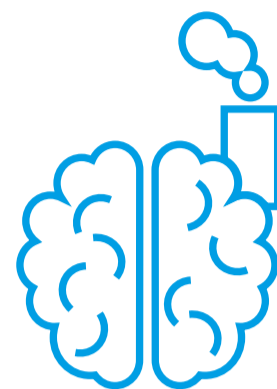
systemrelevant.
verantwortungsvoll.
unverzichtbar.

Gewerkschaftsmitglied!

younion
Die Daseinsgewerkschaft

„Denkfabrik“ in Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik

Die Wiener Wirtschaftskammer hat eine lange Tradition als Serviceeinrichtung und Interessenvertretungen der Wirtschaftstreibenden. Doch fast ebenso lange beschäftigt man sich auch mit **THEMEN DER POLITISCHEN, GESELLSCHAFTLICHEN, KULTURELLEN UND WISSENSCHAFTLICHEN ENTWICKLUNGEN**, da diese ebenfalls eng mit der Wirtschaft verknüpft sind. Einer der Impulsgeber in diesem Zusammenhang ist der Wiener Wirtschaftskreis.



Der 2017 von der Wiener Wirtschaftskammer (WKW) ins Leben gerufene Wiener Wirtschaftskreis versteht sich als Denkfabrik in Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik. Wie DI Walter Ruck, Präsident der WKW, und Dr. Alexander Biach, stellv. Direktor der WKW, betonen, belegt damit die Wiener Wirtschaftskammer, wie ernsthaft sie, abseits vom tagesaktuellen Betrieb, die Aufgabe und die Verantwortung wahrnimmt, über richtungweisende Impulse für die Wirtschaft nachzudenken und die Ergebnisse der Erörterungen zu dokumentieren.

Gründungsgedanke des Wiener Wirtschaftskreises

Zwei Gedanken liegen der Gründung des Wiener Wirtschaftskreises zugrunde: Der eine Gründungsgedanke fußt auf der Einsicht, dass Wirtschaft treibender Motor politischer, gesellschaftlicher, kultureller und wissenschaftlicher Entwicklungen ist.

Daher das Wort „Wirtschaft“ im Namen Wiener Wirtschaftskreis. Der andere Gründungsgedanke fußt auf der Tradition bedeutender geistiger Zirkel in Wien, vor allem in der Zeit zwischen 1870 und 1930. Nicht nur hatte Ludwig von Mises – außerhalb der Universität – in den Räumlichkeiten der Kammer für Handel, Gewerbe und Industrie in Wien, der Vorgängerin der Wiener Wirtschaftskammer, seine bahnbrechenden Seminare im Kreis exzellenter Wirtschaftstheoretiker gehalten. Parallel dazu tagte – ebenfalls abseits des Universitätsbetriebs – der von Hans Hahn, Otto Neurath und Moritz Schlick ins Leben gerufene Wiener Kreis, dem die Erörterung grundsätzlicher Fragen Anliegen war, insbesondere für Otto Neurath, dem Begründer des Wirtschaftsmuseums, Fragen gesellschaftlicher und ökonomischer Natur. Daher das Wort „Wiener Kreis“ im Namen Wiener Wirtschaftskreis.

Lösungen unter Einbeziehung von Fachleuten aufzeigen

Funktion des Wiener Wirtschaftskreises ist es, innovative Lösungen aufzuzeigen, in die Diskussion einzubringen und beratend zu wirken. Dies erfolgt unter Einbeziehung von ausgewiesenen Fachleuten, die dem Wiener Wirtschaftskreis mit ihren Expertisen teils einmalig, teils regelmäßig zur Verfügung stehen, in einem vielfältigen Themenspektrum. Einige Beispiele von vielen seien genannt:

Erstens das Thema Energie, das zusammen mit den Bemühungen um die Schonung der Umwelt, insbesondere der Atmosphäre, einen zentralen Stellenwert besitzt. Hier konnte der Wiener Wirtschaftskreis aufgrund von wertvollen Beiträgen der Professoren Gabriel Felbermayr vom WIFO, Markus Haider von der TU Wien, Georg Brasseur-Kehldorf von der Akademie der Wissenschaften und anderer in seinen Handlungsvorschlägen vor allem die Gewinnung und Nutzung des Energieträgers Wasserstoff und seiner Derivate wie Ammoniak oder Methanol hervorheben.

Zweitens die Stadt- und Regionalentwicklung, auch dieses wieder in enger Verbindung mit Umweltfragen, wenn man exemplarisch an die Idee umfassender vertikaler Begrünungen von Gebäudefassaden denkt. Eben in diesem Feld waren für den Wiener Wirtschaftskreis die praktischen Erfahrungen von der langjährigen Präsidentin der österreichischen Tourismusvereinigung und Tourismusexpertin Michaela Reitterer und die Expertise von Professorin Azra Korjenic maßgebend.

Drittens die Digitalisierung und die Auswirkungen der sogenannten Künstlichen Intelligenz, deren Durchflutung aller Lebensbereiche die Wirtschaft vor völlig neue Herausforderungen stellt. Ein wichtiges Anwendungsfeld sei hier genannt: In Verbindung mit dem demographisch einzigartigen Ungleichgewicht in der Alterspyramide schlägt der Wiener Wirtschaftskreis vor, die Pflege und die Gesundheitsvorsorge alter Menschen mit digitalen Assistenzsystemen auszurüsten. Unterstützt und befördert wurde dieser Vorschlag unter anderem von Professor Rainer Hasenauer von der WU Wien und Dr. Irmtraud Ehrenmüller vom Department Gesundheits-, Sozial- und Public Management der FH Oberösterreich.

Erweiterung der Expertenrunde

Dieses drittgenannte Beispiel führt zugleich auf ein weiteres wichtiges Betätigungsfeld des Wiener Wirtschaftskreises:

Aufgrund der Initiative von DI Walter Ruck und Dr. Alexander Biach, erweitert der Wiener Wirtschaftskreis seine Expertenrunde mit ausgewiesenen Fachleuten aus der Medizin und dem Gesundheitswesen, um auf die unser aller Wohlbefinden betreffenden Themen sein Augenmerk zu richten. Hierfür konnten für das ständige Expertenteam gewonnen werden: Professor Markus Müller, Rektor der Medi-

zischen Universität Wien, Professor Herwig Ostermann, Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH, Professor Josef Smolle, Abgeordneter zum Nationalrat und ehemaliger Rektor der Medizinischen Universität Graz und Professor Kurt Widhalm, Präsident des Österreichischen Akademischen Institutes für Ernährungsmedizin.

Ganzheitliche Sicht auf medizinische und ökonomische Vorteile

Neben dem bereits genannten Themenfeld der Pflege erarbeitete der Wiener Wirtschaftskreis in Zusammenarbeit mit Fachleuten der jeweiligen Bereiche für Erkrankungen, die weite Teile der Bevölkerung betreffen, Analysen und Handlungsvorschläge. Dazu zählen Alzheimer als besonders stark um sich greifende Form der Altersdemenz, Adipositas mit Schwerpunkt auf die steigende Problematik der Fettleibigkeit bei Kindern und Jugendlichen, sowie der Diabetes mellitus, die Zuckerkrankheit.

Neben dem individuellen Schicksalsschlag, an einer dieser Krankheiten leiden zu müssen, ist auch der volkswirtschaftliche Schaden zu bedenken, den Krankheiten wie die eben genannten verursachen. Daher sind nicht allein die Strategien und künftigen Chancen der Behandlungen, der Linderungen und, wenn möglich, der Heilungen in den Blick zu nehmen, es sind vornehmlich auch Konzepte zur Vermeidung oder Hintanhaltung dieser Krankheiten aufzuzeigen – nicht allein zum gesundheitlichen Vorteil des Einzelnen, sondern auch in Hinblick auf riesige Ersparnispotentiale in staatlichen Budgets.

Zehn Thesen zur Verbesserung des Gesundheitssystems

Einen ganz anderen Aspekt des Gesundheitsbereichs mit starken wirtschaftlichen Bezügen streicht Professor Josef Smolle heraus: Defizite des Gesundheitssystems in Österreich. Er erarbeitete dazu eine Sammlung von zehn Thesen, die außerordentlich treffsicher jene Punkte benennen, an denen Hebel anzusetzen wären, um Produktivitätsverluste im Spitalswesen zu vermeiden und für zufriedenstellende Arbeitsbedingungen der im Gesundheitswesen Tätigen zu sorgen. Es ist geplant, dass sowohl die von Professor Smolle in einem Vortrag des Wiener Wirtschaftskreises vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung des Spitalswesens als auch die Analysen des Wiener Wirtschaftskreises zu den oben genannten Erkrankungen und weiterer ihrer Art in einem Buch ihren Niederschlag finden. Ähnlich wie das Buch „Die Wahrnehmung von Corona“ dokumentierte, wie aus der Sicht des Wiener Wirtschaftskreises in Österreich die vom Coronavirus ausgelöste Krise wahrgenommen wurde.



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





PORTFOLIO

PRAEVENIRE SCHWEIZ Launch-Event in Zürich am 14. September

PRAEVENIRE WIRD PANALPIN – Servus Schweiz

DIE PRAEVENIRE SCHWEIZ GESUNDHEITSPLOTTFORM WURDE AM 14. SEPTEMBER IN ZÜRICH VOR 70 TEILNEHMENDEN EXPERTINNEN UND EXPERTEN AUS DEM GESUNDHEITSWESEN AUS DER TAUFGE HOHEN. Die Gäste erlebten einen inspirierenden Nachmittag mit spannenden Keynotes. „Bottom-Up Optimierung statt Topdown-Maximierung“ mit Fokus auf den Menschen ist der Ansatz von PRAEVENIRE SCHWEIZ, Risikominderung die Essenz. Dazu gehört insbesondere auch die Abkehr von der demotivierenden Zerstörung des Vertrauens in die Qualität und den Einsatz der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer auf allen Ebenen.



Bedürfnisse in Zusammenhang mit Gesundheit, Prävention, Krankheit, medizinischer Betreuung, Rehabilitation und Pflege.

Max Winiger bringt es auf den Punkt: „Viele reden von Patient Centricity. Oft ist das aber nur Marketing und keine wirkliche Überzeugung. Der Fokus liegt in der Schweiz ausgerechnet bei den Behörden, den Krankenkassen, den Politikern nicht auf dem Menschen, sondern nur auf den Kosten, dem Geld. Die Qualität wird nicht verbessert, sondern verschlechtert. Mit noch mehr Bürokratie, noch mehr sinnloser Regulierung, noch weniger Fachkenntnis und vor allen noch mehr Misstrauen und Silodenken. Das wollen wir ändern.“

Ganzheitliche Plattform mit 6 Kernthemen

PRAEVENIRE SCHWEIZ ist ganzheitlich und unabhängig. Interessierte Partner, Organisationen, Unternehmen aus allen Bereichen sollen sich bereichsübergreifend austauschen mit Fokus auf eine ganzheitliche Betrachtungsweise und entsprechende Lösungsansätze.

Am Launch-Event baute PRAEVENIRE SCHWEIZ bereits die erste Brücke: Dr. Franz Leisch, einer der Väter (wenn nicht der Vater) von ELGA stellte die österreichische Version des elektronischen Patientendossiers (EPD) vor. In der Schweiz wurde das Projekt EPD vom Bund gestartet, als Steve Jobs das iPhone der Weltöffentlichkeit vorstellte. Das erste iPhone... Bis heute hat es die Schweiz nicht geschafft, das EPD umzusetzen. Dr. Leisch sauste im Schnellzugtempo durch ELGA und zeigte dem Publikum: man muss nicht immer Best Cases in Dänemark oder Skandinavien suchen. Zumindest in Sachen elektronischer Gesundheitsakte reicht der Blick ins Nachbarland. In der Schweiz unternimmt die Post einen neuen Anlauf, das

Prävenire bedeutet Zuvorkommen. Die Schweiz hat – noch – ein hervorragendes Gesundheitssystem auch in der Wahrnehmung der Menschen in diesem Land, was die Qualität und den Outcome anbelangt. Das System ist mangelhaft, was die Gesundheitskompetenz und dadurch die Voraussetzung für den Umgang mit e-Tools, das Verständnis für Prävention (vor allem Sekundärprävention) anbelangt. Das System ist schlecht was den Regulierungswahn, die ausufernde, teilweise sinnbefreite Bürokratie anbelangt und die fehlende Bereitschaft der Politik zu erkennen, dass Konzepte ganzheitlich angelegt sein müssen, wir letztlich nur mit Respekt, Vertrauen und Wertschätzung einen Ausweg aus diesem Labyrinth finden können.

Schicksalshafte Begegnungen

Am 14. September drückten Stefan Wild und Max Winiger den Startknopf und stellten das Konzept von PRAEVENIRE SCHWEIZ vor. Ein Konzept, das die beiden in den letzten drei Jahren in ihrer Freizeit entwickelt und verfeinert hatten. Ein Konzept, das letztlich auf schon beinahe schicksalhaften Verknüpfungen basiert: Max Winiger lernte 2019 zufällig Dr. Wolfgang Wein in einem Lokal in Wien kennen. Ein Jahr später trafen sich die beiden im Corona-bedingt fast leeren Stift Seitenstetten an den PRAEVENIRE Gesundheitstagen wieder. Max Winiger war erstmals da auf Empfehlung von Mag. Hanns Kratzer. Die beiden kennen sich beruflich. Wolfgang Wein stellte Max Winiger Robert Riedl vor. Im Mai 2021 saßen Stefan Wild und Max Winiger bei Robert Riedl an der Lazarettgasse in Wien und bauten das panalpine Konzept. Jetzt steht die Brücke zwischen Österreich und der Schweiz. PRAEVENIRE wird panalpin als vielleicht erste länderübergreifende Plattform in dieser Form in Europa überhaupt.

Stefan Wild und Max Winiger verfolgen die Entwicklungen im Schweizer Gesundheitswesen seit Jahrzehnten. Stefan Wild ist heute unter anderem Vorstandsmitglied beim Apotheken-Dachverband pharmaSuisse und bei der Interessensgemeinschaft IG eHealth, Max Winiger ist Kommunikationsberater und Journalist im Healthcare-Bereich, war Mitglied der Arbeitsgruppe des damaligen Gesundheitsministers zur Entwicklung der Palliativstrategie des Bundes.

Vergleichbare Kulturen

Zwar sind die beiden Gesundheitssysteme der Schweiz und Österreichs grundlegend verschieden. Aber die Kulturen sind vergleichbar, die Sympathien sind da. Österreicher schätzen Schweizer. Und umgekehrt. Beide Länder sind in Sachen medizinischer Forschung und Expertise international führend. Die Gesundheitssysteme in beiden Ländern sind gut bis sehr gut, auch im Vergleich mit anderen europäischen Ländern. Immer mehr Konzerne erkennen, dass ACH besser ist als DACH und bauen ihre Managementstrukturen um, nutzen Skalierungseffekte. In Österreich und in der Schweiz leben 18 Mio. Menschen. Beide Länder investieren jährlich rund 145 Mrd. Euro in ihre Gesundheitssysteme (CH 95 Mrd., AT 50 Mrd.). Im Bereich Market Access besteht Potenzial durch die Bildung panalpiner Allianzen. Für österreichische Unternehmen ist der Schweizer Markt interessant.

Fokus auf den Menschen – nicht auf die Kosten

PRAEVENIRE SCHWEIZ ist autonom. Die Partnerschaft mit PRAEVENIRE bleibt locker und pragmatisch. Beide Plattformen haben nun jedoch eine Brücke etabliert, die von interessierten Organisationen und Unternehmen genutzt werden kann. denn beide Plattformen haben denselben Fokus: den Menschen und seine

Franz Leisch (li.) und Oliver Brosch (re.) brachten in Zürich ihre Sicht auf das österreichische Gesundheitswesen aus dem Blickwinkel echter Insider ein.



Diego Taboada, Senior Researcher bei der Denkfabrik Avenir Suisse, stellte ein Kostenoptimierungsmodell vor.





EPD in die Gänge zu bringen. PRAEVENIRE SCHWEIZ hat den Kontakt noch am Launch Event etabliert. Der Konzept-Aufbau ist logisch: Es braucht zuallererst (Gesundheits)Kompetenz, um mit (e-)Tools umgehen zu können. Erst wenn diese richtig angewendet werden, können erfolgreich Prävention (Primär-oder Sekundärprävention) und Vorsorgemassnahmen umgesetzt werden. Die nachhaltige Qualität der medizinisch-pharmazeutischen Versorgung und der Pflege ist nur gewährleistet bei einer Vernetzung auf Augenhöhe mit gegenseitiger Wertschätzung über sämtliche Bereiche hinweg (Grundversorgung, Spezialisten, Pflege, Apotheke, Ernährungsberatung, Rehabilitation etc.). Der Erfolg einer

bedingungen der Top down-Massnahmen auswirken. Positiv oder negativ. Und von wo aus menschenfokussierte sowie systemische Optimierungen ausgelöst werden sollten.

- Wir sind unabhängig. Die PRAEVENIRE SCHWEIZ-Plattform basiert auf Partnerschaften, gegenseitigem Respekt, Toleranz und Innovation. PRAEVENIRE SCHWEIZ ist als gemeinnütziger Verein gegründet.
- Wir sind nachhaltig: unsere sechs Kernthemen bleiben für die nächsten Jahre so stehen. In der Zeit stellen wir Beispiele, Cases vor, portraituren Menschen, Initiativen und begleiten diese über die Zeit. Wir berichten auch über das Scheitern eines Falls und analysieren die Gründe.

Beim PRAEVENIRE Kongress in Zürich gaben sich namhafte Persönlichkeiten des DACH-Raums ein Stelldichein. V. l. n. r.: Wolfgang Wein, Fridolin Marty, Leiter Gesundheitspolitik bei Economiesuisse, Christa Wirthumer-Hoche.

Für PRAEVENIRE Österreich ist es von großer Bedeutung, über den Tellerrand zu blicken und so für unser Gesundheitssystem positive Anreize zu finden und diese auch zu platzieren und umzusetzen!

Oliver Brosch



Die sechs Kernthemen von PRAEVENIRE SCHWEIZ

Behandlung basiert auf von allen getragenen Entscheidungen und einer Einhaltung respektive konsequenter Umsetzung gemeinsam definierter Prozesse. Palliative Care muss endlich ein schweizweit voll integrierter Teil unseres Gesundheitssystems sein ohne Wenn und Aber.

Bottom-Up Optimierung statt Top-Down-Maximierung

Die Plattform sucht nicht Beispiele zur Maximierung innerhalb eines definierten Bereichs, sondern fokussiert auf Menschen und Optimierung. Es gibt in diversen Bereichen relevante Optionen, die Gesundheit eines Menschen zu optimieren, zum Beispiel durch Massnahmen im Bereich der Harm Reduction. Solche Massnahmen sind nicht nur sinnvoll für die Betroffenen. Sie entlasten auch das Gesundheitssystem. Das erfordert jedoch die Bereitschaft, Zwischenschritte zu akzeptieren. Palliative Care ist die Optimierung der Lebensqualität unheilbar kranker Menschen am Lebensende. Die betroffenen Menschen leben und haben ein Grundrecht auf eine optimale Versorgung bis zum Lebensende. Der PRAEVENIRE SCHWEIZ-Ansatz unterscheidet sich in fünf wesentlichen Punkten von allen anderen:

- Wir denken und handeln bottom-up. Wir legen den Fokus auf die Interaktion zwischen Fachperson und Patient/Klient und betrachten diesen Makrobereich. Denn das ist der Ort, wo sich die Qualität des Systems zeigt, wo sich gleichzeitig auch die Rahmen-

- Wir kommunizieren. Wie oft sind Themen eines Referats vergessen, kaum ist der Applaus verhallt? Wir bauen einen kuratierten Blog auf und berichten laufend. Dadurch werden wir auch zu einer Quelle für Hintergrundinformationen für die Medien.
- Wir sind keine Konkurrenz zu bestehenden Plattformen oder Veranstaltungen, sondern eine Ergänzung mit dem Ziel, die Vernetzung bereichsübergreifend zu fördern und so einen Beitrag gegen die inzwischen gefährliche Fragmentierung in unserem Gesundheitswesen zu leisten.

Save the Date: 19. September 2024

Der 14. September liegt schon über drei Monate zurück. PRAEVENIRE SCHWEIZ hat in der Zwischenzeit mit sechs interessierten Organisationen und Unternehmen weitere Gespräche geführt. Das Interesse ist gross. Das Konzept stimmt und gefällt. Die Schweiz ist aber mehrsprachig. PRAEVENIRE SCHWEIZ will die Westschweiz ebenfalls erreichen. Daher wird der nächste PRAEVENIRE SCHWEIZ Event voraussichtlich in der Bundeshauptstadt Bern stattfinden, an der Grenze zur frankophonen Schweiz: am 19. September 2024. Save The Date.

[Link zur Website praevenire-schweiz.ch](https://praevenire-schweiz.ch)



Was seit dem 14. September geschah

Die Dynamik im Schweizer Gesundheitswesen ist unglaublich groß. Hier eine kurze Zusammenfassung, was in der kurzen Zeit alles geschehen ist. Mit weitreichenden Folgen für die künftige Entwicklung. Aber auch mit grossen Chancen, die Entwicklung mitzugestalten. Mit PRAEVENIRE.

- 12 Tage nach dem Launch-Event von PRAEVENIRE SCHWEIZ, am **26. September**, verkündete der Gesundheitsminister, Bundesrat Alain Berset, die Erhöhungen der Krankenkassenprämien ab 2024. Die Prämien steigen pro Kopf je nach Wohnort und Versicherungsmodell im Durchschnitt um rund 9 Prozent. Zum Verständnis: **2024 bezahlt eine Familie mit zwei minderjährigen Kindern im Monat im Durchschnitt 1'100 Euro Krankenkassenprämien**. In der Schweiz bezahlt jeder Einwohner diese Prämien selber. Menschen mit geringem Einkommen erhalten Prämienverbilligungen. Die Summe dafür beläuft sich auf über 5 Mrd. Euro im Jahr. Aber auch bei den Verbilligungen gilt: jeder der 26 Kantone setzt das anders um.
- Ende Oktober wählte die Schweizer Bevölkerung die Mitglieder des Ständerats (Vertreter Kantone) und des Nationalrats (Vertreter Volk)** für die kommenden vier Jahre. Tendenziell erfolgte ein leichter Rechtsrutsch wobei insbesondere die SVP (Schweizerische Volkspartei) zulegen konnte. Die Grünen haben Anteile verloren. Aber in der Schweiz sorgt der Föderalismus dafür, dass extreme Bewegungen ausbleiben.
- Anfang November** verkündete die Krankenkasse KPT den **Austritt aus dem Krankenkassenverband Curafutura** per Ende Jahr. Die KPT hat rund 600.000 Versicherte und gilt als agile, dynamische Kasse. In der Schweiz gibt es 44 Krankenkassen, die in zwei Verbänden organisiert sind. **Mit dem Austritt erhöht die KPT das strukturelle Chaos**. Kenner der Szene vermuten, dass dies erst der Anfang ist und sich die Krankenkassenlandschaft in der Schweiz weiter verändern wird.
- Am **17. November protestierten 10.000 Physiotherapeutinnen und -therapeuten in Bern vor dem Bundeshaus** gegen eine Tarifrevision und reichten **zwei Petitionen mit 284.000 Unterschriften** ein. In der Schweiz werden national nur die Medikamentenpreise und die Tarife der Physiotherapeuten geregelt. Alles andere wird kantonal definiert. Die Physiotherapeuten wehren sich gegen eine miserable Bezahlung, die nun noch schlechter werden soll.
- Am **22. November** hat der Bundesrat seinen neusten Anlauf vorgestellt, um die Digitalisierung in der Schweiz doch noch zu meistern: **DigiSanté**. Bis 2034 soll der Rückstand der Schweiz in der Digitalisierung des Gesundheitswesens aufgeholt werden.
- In seiner aktuellen **Wintersession** befasst sich das Parlament mit **Efas**. Efas steht für „**Einheitliche Finanzierung Ambulant und Stationär**“ und gilt als **grösste Reform im Gesundheitswesen** seit langem. **Vor bald 14 Jahren** lancierte die Alt-Nationalrätin Ruth Humbel einen Vorstoss, um die Finanzierung der ambulanten (extramural) und stationären (intramural) Leistungen zu vereinheitlichen. Heute teilen sich Kanton und Krankenkasse bei einem stationären Aufenthalt im Spital die Kosten je hälftig. Wird ein Patient ambulant behandelt und kann am selben Tag das Spital wieder verlassen, trägt die Kasse 100 % der Kosten. Der Kanton freut sich über die Kosteneinsparung. Gleichzeitig bleibt aber das Bett im Spital leer und er hat Ende Jahr ein Defizit, wenn immer mehr Patienten ambulant behandelt werden. Im Parlament wird hin und her diskutiert. Der Ausgang ist bei Redaktionsschluss ungewiss.
- Am **13. Dezember** wählte die Bundesversammlung (beide Kammern) den Basler Regierungsrat **Beat Jans (SP) zum Nachfolger des abtretenden Bundesrats und Gesundheitsministers Alain Berset**. Bereits einen Tag später erfolgte die Departement Zuteilung. **Beat Jans** muss das unbeliebte Justizdepartement übernehmen. **Elisabeth Baume-Schneider (SP) wird neu Innenministerin und damit auch Gesundheitsministerin**. Sie wurde erst vor einem Jahr in die Landesregierung gewählt. Kenner zweifeln daran, dass die neue Gesundheitsministerin konstruktive Impulse im Gesundheitswesen auslösen kann und rechnen mit dem Schlimmsten.



PORTFOLIO

Weitere Optimierung der Diabetesversorgung notwendig

Es braucht MEHR PRÄVENTION, FRÜHZEITIGE DIAGNOSE, EINE NORMALISIERUNG DES ZUCKERSPIEGELS SOWIE EINE FLÄCHENDECKENDE MULTIDISZIPLINÄRE VERSORGUNG IM NIEDERGELASSENEN BEREICH, so der Tenor einer Expertenrunde die sich im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs knapp vor der Beschlussfassung der Gesundheitsreform der Österreichischen Bundesregierung in Wien traf. Zudem müsse die Gesundheitsplattform ELGA entsprechend ausgebaut und genutzt werden, damit eine Leitlinienkonforme Behandlung über alle Versorgungsstufen hinweg durchgängig möglich ist. | von Rainald Edel, MBA

Laut der Österreichischen Diabetesgesellschaft ist jede zehnte Person in Österreich von Diabetes mellitus Typ-2 betroffen. Dabei könnten, wie die Medizinische Universität Wien vor kurzem auf Basis einer britischen Studie aufgezeigt, 75 Prozent der Diabetesfälle durch eine gesunde Lebensweise vermieden werden. Durch eine gesunde, pflanzliche Ernährung wird das Erkrankungsrisiko um 24 Prozent gesenkt. Die von der österreichischen Bundesregierung initiierte Gesundheitsreform bietet nunmehr die Gelegenheit und die nötigen Rahmenbedingungen, den Umgang mit dieser Erkrankung entscheidend zu verbessern. Deshalb hat die unabhängige Gesundheitsplattform PRAEVENIRE führende Expertinnen und Experten zu einer Diskussionsrunde in Wien geladen, um zentrale Punkte für eine bestmögliche Diabetesversorgung zu ergründen, die die Zielsteuerung Diabetes maßgeblich beeinflussen. Dabei sollen vor allem die Prävention und Früherkennung eine entscheidende Rolle spielen, aber auch das Therapiemanagement sowie die Dokumentation der Behandlung in der elektronischen Gesundheitsakte ELGA verbessert werden.

In der Versorgung kommt der Allgemeinmedizin als niederschwellige Versorgung eine bedeutende Rolle zu, um die Spitalsambulanzen zu entlasten.

Gersina Rega-Kaun

Erreichen des Normalzuckerspiegels als Zielwert

Je früher man an Diabetes erkrankt, umso mehr Lebensjahre verliert man. In Österreich wird Diabetes im Schnitt um sechs Jahre zu spät diagnostiziert. Ohne Behandlung entstehen irreversible Schäden, die die Lebenserwartung deutlich reduzieren und die Lebensqualität erheblich einschränken. „Wenn man mit 30 Jahren an Diabetes Typ-2 erkrankt, verliert man als Mann im Schnitt 14 Lebensjahre, als Frau im Schnitt 16 Lebensjahre. Das ist extrem dramatisch“, schildert Oberarzt Dr. Helmut Brath von der Diabetes-Ambulanz des Gesundheitszentrums Favoriten der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK). Wenn Diabetes diagnostiziert werde, sei dies kein Frühstadium, sondern schon ein Mittelstadium. Denn der manifesten

Erkrankung gingen meist schon Vorläufe von fünf bis zehn Jahren voraus. Daher brauche es ein entsprechendes Screening für Menschen ab 35 Jahren. Daten aus dem schwedischen Diabetesregister haben gezeigt, wenn neben der Senkung des Blutzuckerspiegels auf ein Normalniveau auch das Management von Risikofaktoren, wie Cholesterinspiegel oder Blutdruck gut funktionieren, wird das Herzinfarktrisiko bei Diabetikern um 16 Prozent gesenkt. „Es besteht Handlungsbedarf, sobald die ersten metabolischen Symptome auftreten, die u. a. Adipositas, Fettleber und Diabetes Typ-2 nach sich ziehen können“ mahnt Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbands Selbsthilfe Österreich (BVSHOE). Ziel muss es daher sein, so die Meinung der Teilnehmenden, neben der frühzeitigen Diagnose durch adäquate Behandlung eine Normalisierung des Blutzuckerspiegels von Betroffenen, gemessen am Leitparameter HbA1c zu erreichen.

Integrierte Versorgung darf kein Schlagwort bleiben

Grundvoraussetzung für eine gute Versorgung ist, dass die von der Fachgesellschaft (Österreichischen Diabetes Gesellschaft) entwickelten Leitlinien entsprechend umgesetzt werden und die darin empfohlenen Behandlungspfade und Medikamente auch durch die Krankenversicherungen erstattet werden. Dabei sollten neben empfohlenen Medikamenten auch begleitende Gesundheitsdienstleistungen, wie etwa die diätologische Beratung, als Kassenleistung angeboten werden. Hierbei spielen die Patientenwege eine entscheidende Rolle. „In der Versorgung



Kurier, Erscheinungstermin 20. Dezember 2023



Franz Leisch, Chief Digital Officer PRAEVENIRE

Die wohnortnahe Versorgung durch den niedergelassenen Bereich ist derzeit noch nicht überall möglich.

Stephan Kriwanek

kommt der Allgemeinmedizin als niederschwellige Versorgung eine bedeutende Rolle zu, nicht zuletzt auch um die Spitalsambulanzen zu entlasten und Kapazitäten für Spezialfälle zu schaffen“, schildert Priv. Doz. Dr. Gersina Rega-Kaun, von der Österreichischen Diabetes Gesellschaft.

Versorgung in der Fläche

Allerdings sei die wohnortnahe Versorgung durch den niedergelassenen Bereich derzeit noch nicht überall möglich, schildert Univ.-Prof. Dr. Stephan Kriwanek, Medizinischer Geschäftsführer der Gesundheit Burgenland. So müsse beispielsweise das burgenländische Krankenhaus in Kittsee eine Diabetes-Ambulanz aufbauen, weil es im niedergelassenen Bereich keine auf Menschen mit Diabetes spezialisierte Versorgungseinrichtung gibt. Eine Aufgabe die eigentlich nicht in den Bereich der Spitäler gehört. „Wir brauchen mehr Anstrengung im Ausbau der Primärversorgungseinheiten, von denen



Wir brauchen mehr Anstrengung im Ausbau der Primärversorgungseinheiten, von denen wir wissen, dass mit den dortigen Programmen Menschen mit Diabetes besonders adäquat versorgt sind.

Herwig Ostermann

wir wissen, dass mit den dortigen Programmen Menschen mit Diabetes besonders adäquat versorgt sind“, betont Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann, Geschäftsführer Gesundheit Österreich GmbH. Denn durch deren multidisziplinären Ansatz und die Möglichkeit neben medizinischem Personal auch andere Gesundheitsberufe wie beispielsweise Diätologinnen und Diätologen zu integrieren, haben sie die entsprechende Voraussetzung für eine umfassende Betreuung von Diabetes-Erkrankten. Auch können hier entsprechende Schulungen angeboten werden, die eine wichtige Begleitmaßnahme sind. „Da der Ausdruck ‚Schulung‘ gerade für die ältere Bevölkerung nicht passend und griffig ist, wäre es besser, ihn durch die Formulierung: ‚Wir bilden Sie zum Diabetesspezialisten aus‘ zu ersetzen“, wirft Helmut Brath ein.

Schnittstellenmanagement

Es sei zudem notwendig, dass der Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen klarer definiert werde, wie Oberarzt Dr. Lars Stechemesser vom Universitätsklinikum Salzburg anmerkt. Seitens der Diabetesgesellschaft überarbeite man gerade das Therapiemanagement System „Therapie aktiv“. Dieses bringe für Patienten große Vorteile und werde auch von diesen gut angenommen, schildert Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner und Präsident der Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit AM PLUS. Allerdings lässt die Teilnahme seitens der Hausärzte, außer in den Primärversorgungseinrichtungen, noch stark zu wünschen übrig. Hier sollten seiner Meinung nach alle Ärzte der Primärversorgung verpflichtet werden, ihre Patienten daran teilnehmen zu lassen und auch Prädiabetiker einzuschließen. Allerdings müsse der Sozialversicherungsbereich auch über neue pauschale Honorierungsmodelle nachdenken, die den Zeitfaktor berücksichtigen.

Zusammenarbeit

Im Rahmen der ab Anfang 2024 umzusetzenden Gesundheitsreform sind die Voraussetzungen

v. l.: Helmut Brath, Patrizia Theurer, Angelika Widhalm, Stefan Sabutsch und Moderator Herbert Puhl

Diskussionsteilnehmende, digital dazuschaltet

- Stephan Kriwanek
- Herwig Ostermann
- Erwin Rebhandl
- Gersina Rega-Kaun
- Lars Stechemesser



festgelegt worden, dass eine integrierte Versorgung, wie sie von vielen Seiten seit langem gefordert wird, auch tatsächlich durchgeführt werden kann, schildert Mag. Patrizia Theurer, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Denn es ist eine verpflichtende standardisierte Diagnosenkodierung auch im niedergelassenen Bereich, die Einbeziehung der Wahlärztinnen und -ärzte in der Elektronischen Gesundheitsakte ELGA und die Möglichkeit des Datenaustausches zwischen den einzelnen Gesundheitsberufen vorgesehen. „Wenn es uns gelingt, auch Diag-

Durch die Gesundheitsreform sind die Voraussetzungen festgelegt worden, dass eine integrierte Versorgung, wie sie von vielen Seiten seit langem gefordert wird, auch tatsächlich durchgeführt werden kann.

Patrizia Theurer

nosen aus dem ambulanten Bereich in ELGA abzubilden, würden weniger Menschen mit Diabetes übersehen werden“, erklärt Mag. Dr. Stefan Sabutsch, Geschäftsführer der ELGA GmbH. Viele Diabetes-Erstdiagnosen werden nämlich nicht weiterverfolgt, da sie nicht in der elektronischen Gesundheitsakte aufscheinen. „Wir sehen aber durch die Gesundheitsreform Signale, dass ELGA zur zentralen Anwendung und Austauschplattform für alle Gesundheitsberufe ausgebaut werden soll“, so Sabutsch. Damit wäre auch eine Zusammenfassung der Daten im Sinne eines Patient Summary möglich. Allerdings brauche es dafür die nötige Finanzierung sowohl für die Weiterentwicklung von ELGA als auch für die Implementierung übersichtlicher Zusammenfassungen und Suchfunktionen durch die Hersteller von Ärztesoftware. Man könne sich nicht darauf verlassen, dass die Menschen Systeme, die ihnen zur Verfügung gestellt werden, auch verwenden, argumentiert Dr. Franz Leisch, Chief Digital Officer der Gesundheitsplattform PRAEVENIRE. Daher sollte man Ärzte motivieren daran teilzunehmen und ihnen im Sinne der Verhaltensökonomie ihre Aufwände abgelten. **P**

Kommentare PRAEVENIRE Gipfelgespräch



Für unsere Versicherten müssen wir flächendeckende Diabeteszentren aufbauen, damit dort regelmäßige Abklärungen, Therapieanpassungen und Schulungen für Erkrankte erfolgen können. Gerade bei langen chronischen Krankheiten sind ein kompetenter Umgang mit der Krankheit und etwaige Lebensstiländerungen von großer Wichtigkeit. Effektive Screeningmöglichkeiten fokussieren sich auf Menschen mit erkennbaren Risikofaktoren wie Adipositas. Hier müssen wir besser werden, um rechtzeitig präventive Angebote anbieten zu können.

Andreas Huss

Diabetes Mellitus Typ-2 ist ein Brennglas für das österreichische Gesundheitswesen, weil man die Stärken und die Schwächen ganz besonders deutlich erkennen kann. Die Stärken sind: Gute spitzenmedizinische Versorgung, Transplantation im Hochbereich, eine gut funktionierende Dialyse & der schnelle Zugang zu Diabetes Medikamenten.

Die Schwächen sieht man leider aber auch beim Thema Diabetes: vernetztes Arbeiten, integrierte Prozesse, Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen. Die große Schwäche ist beim wesentlichen Thema Health in All Policies (Zucker, Fett, Salz) dort wo es um systemische Maßnahmen der Prävention und Förderung geht.

Gesundheitskompetenz ist auch bei Diabetes ein wichtiges Thema für die Sozialversicherung (wissen um eigenen HbA1c-Wert bzw. die eigenen Blutzuckerwerte). Gerade der Dachverband investiert viel in den Bereich Gesundheitskompetenz und ist auch ein Treiber.

Gesundheitskompetenz hat 2 Seiten, die individuelle und die gesellschaftliche. An der individuellen arbeiten wir heftig, da gibt es auch viel aufzuholen, aber auf der Systemisch-gesellschaftlichen ist pure Wüste.

Weiter gibt es bestimmte Gruppen, die üblicherweise nicht im scope von hardcore Gesundheitspolitikern sind, aber die maßgeblichen Einfluss darauf haben können, wie zum Beispiel die Ernährungspolitik in Österreich gestaltet ist. Das ist ein ganz schwer zu beackerndes Feld in Österreich.

Jan Pazourek





PORTFOLIO

Digital Health Symposium: Roboter – Entlastung für Pflege und Chirurgie

Beim 5. PRAEVENIRE Digital Health Symposium am 20. und 21. April unter dem Motto SHAPE THE FUTURE. ROBOTICS – CYBER SECURITY – AI zeigten hochkarätige Expertinnen und Experten ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN DER ROBOTIK IM GESUNDHEITSWESEN. | von Mag. Dora Gamper

Der enorme Publikumserfolg des 5. PRAEVENIRE Digital Health Symposiums war ein deutliches Signal für die hohe Bedeutung des Themas Digitalisierung – exemplarisch im Gesundheitswesen – für die kommenden Jahre und Jahrzehnte. Wir stehen an einem bedeutenden Wendepunkt in der Gesundheitsversorgung. Die Herausforderungen verlangen effektive Lösungen. Mehr finanzielle Mittel zu fordern, ist kein kreativer Lösungsweg – denn es wurde schon viel Geld für wenig Output ver(sch)wendet. Bevor Mittel bereitgestellt werden, braucht es eine Analyse der tatsächlichen Bedarfe, ein an der Machbarkeit orientiertes, effizientes Konzept und vor allem einen politischen Konsens über die Ziele und Lösungswege.



Gernot Kronreif (oben),
Lara Lammer (Mitte) und
Michael Tesar (unten).

e-Health über KI bis Cyber Security

Die von Prof. DI Dr. Reinhard Riedl, Dozent an der Berner Fachhochschule, und Lisa Holzgruber, MBA, MSc, Gründerin der rotatable GmbH, hochkarätig moderierte Veranstaltung versammelte Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen an zwei Tagen mit vier Themenblöcken: „Die Basis: Von e-Health nach d-Health – die datengetriebene Zukunft des Gesundheitswesens“, „Roboter – Entlastung für Pflege und Chirurgie“, „KI in der medizinischen Versorgung – durch Qualitätsmanagement zur Erfüllung ethischer Ansprüche“ und „Digitale Sicherheit und Resilienz: Notwendig für Vertrauen und entscheidend in Krisen“. Riedl betonte in seiner Begrüßung die „Notwendigkeit, die Digitalisierung anhand konkreter Beispiele aus der Praxis bis zum Ende durchzudenken.“ Begleitet wurde die Veranstaltung von einem Pitch Contest junger Start-ups aus dem Digitalisierungsbereich und einer Event-App mit Live-Umfragemöglichkeit.

Einfache Roboter im Pflegealltag

Das zweite Fachthema „Roboter – Entlastung für Pflege und Chirurgie“ wurde mit dem Themenblock „Einfache Roboter 1: Roboter als Kommunikationspartner:innen und Helfer:innen im Alltag – wo können sie Nutzen stiften?“ von Nicole Zigan, MNS, RN, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Forschung & Entwicklung und MSc Pflege an der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit, Institut für Pflege, eingeleitet. Zigan stellte die Frage, warum wir überhaupt über Roboter als Helfer im pflegerischen Alltag nachdenken müssen. Eine Erklärung liegt in der demografischen Entwicklung in Europa – doch während die Menschen immer älter werden, sinken die gesunden Lebensjahre und chronische Erkrankungen bis hin zur Multimorbidität steigen auch in der jüngeren Bevölkerung stark an. Zigans Vortrag fokussierte auf „Social assistive Robots“, die sich wiederum in „Service Robots“ und „Companion Robots“ unterteilen. Speziell in der Pflege von Demenzpatientinnen und -patienten und zur Autonomisierung körperlich eingeschränkter Personen können solche robotischen Systeme erhebliche Hilfe leisten – doch sei noch weitere qualitative Forschung zu diesem Thema notwendig.

Ethische Standards als rechtliche Guideline

Mit seiner Keynote zum Thema „Regulatory Challenges of Social Robots“ ließ Yueh Hsuan Weng, Ph.D., Assistant Professor an der FRIS, Tohoku University, Visiting Scientist at RIKEN-AIP in Tokyo, and Chair of the IEEE P7017 WG, aufhorchen. Er führte aus, dass zunehmend autonom agierende, von KI gesteuerte robotische Systeme erhebliche Risiken bergen.

Er sprach sich für einen empirischen Zugang aus, der im Gegensatz zu einem Forschungsansatz über Personas eine breitere Perspektive ermöglicht. Humanoide Roboter und Androiden bergen in ihrem Design und Einsatz berechnete Bedenken bezüglich der ethischen, legislativen und sozialen Implikationen (ELSI). Es besteht die Problematik, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen nicht mit der rasend schnellen Entwicklung der KI mithalten können. Er plädierte für die Etablierung internationaler ethischer Standards, um AI und die Koexistenz von Menschen und Robotern global zu regulieren.

Praxiseinsatz bis zum Ende denken

Die dritte Keynote unter dem Titel „Einfache Roboter 2: Automatisierung im Spital – welche Aufgaben ohne Interaktion mit Patient:innen können von Robotern übernommen werden?“ von Prof. Dr. Ojan Assadian, MSc, DTMH, Ärztlicher Direktor im Landeskrankenhaus Wiener Neustadt, fokussierte sich auf die praktischen Anwendungsfälle im Krankenhaus-Setting und deren Stolpersteine. Assadian stellte dar, dass die demografische Entwicklung in den nächsten fünf bis zehn Jahren einen Einsatz von Robotik im Klinikalltag unumgänglich machen werde – ist aber skeptisch in Bezug auf die erheblichen Defizite im praktischen Anwendungsfall. Beispielsweise könnten demente oder sprechunfähige Patientinnen und Patienten keine klaren Anweisungen geben, wenn sie etwas benötigen. Soziale Roboter wie zum Beispiel animierte Kuscheltiere hätten sich als untauglich erwiesen, da bis jetzt noch kein befriedigendes Desinfektionsverfahren gefunden worden ist. Es sei gar nicht so einfach, Situationen zu finden, wo ein Roboter in der hochspezialisierten Welt eines Krankenhauses tatsächlich hilfreich wäre. Er appellierte auch an die Entwickler von Robotik, sich bis ins kleinste Detail mit Anwendungsfällen zu beschäftigen, damit auch ein Markt für ihre Entwicklungen erschlossen werden kann.

Akzeptanz durch Co-Creation

Das Thema „Roboter als Partner“ begann mit der Keynote „Menschenzentriertes Design – wie müssen Roboter gestaltet werden, damit sie von Patient:innen und Gesundheitspersonal akzeptiert werden?“ von Dipl.-Ing. Dr. techn. Lara Lammer, Expert Advisor vom AIT Center for Technology Experience. „Wenn wir an Roboter denken, denken wir an menschenähnliche Gestalten – desgleichen mit der Künstlichen Intelligenz, wo wir versuchen, die menschliche Intelligenz zu replizieren“, führte Lammer aus. Dies sei in der Medizin aber völlig anders. Beispielsweise seien chirurgische Roboter wie der daVinci eher in Richtung eines Industrieroboters zu sehen, während Pflegeroboter wiederum andere Funktionen zu erfüllen hätten. Der



Roboter sei nie als Ersatz für den Menschen zu sehen, sondern als Therapiewerkzeug. Das optische Aussehen von Robotern habe auf deren Rezeption bei den Menschen eine erhebliche Auswirkung und müsse dem Einsatzbereich optimal angepasst werden. Aufseiten der Nützlichkeit sei nach dem derzeitigen Stand der Technik die Zuverlässigkeit von Servicerobotern noch nicht gegeben, womit auch die Akzeptanz sinke, so Lammer. Um ethische Gesichtspunkte zu berücksichtigen, sei das Modell des partizipativen Designs – genannt Co-Creation – notwendig, wobei alle Benutzerinnen und Benutzer von Anfang an in die Entwicklung eingezogen seien.

Forschen unter realen Bedingungen

Die zweite Keynote mit dem Titel „Roboter als Teammitglied in der Pflege – welche Aufgaben könnten und sollten in Zukunft von Robotern in Pflegeteams übernommen werden?“ wurde von Dipl.Kfm. Dr. Rainer Hasenauer, Honorary Professor of Marketing and Lecturer in Marketing of High-Tech Innovation and Technology Marketing am Institute of Marketing Management, Vienna University of Economics and Business (WU Wien), gehalten. Zu Beginn lobte Hasenauer den Umsetzungsaspekt, auf den PRAEVENIRE fokussiert: „Es muss die Realität verändern können, nur dann bewährt es sich.“ Er betonte die Bedeutung der Akzeptanz – vonseiten der Patientinnen und Patienten, aber auch von der Pflege – für das Funktionieren von Robotern als Partner und Helfer im Alltag. Die Akzeptanz könne nur über die sozialexperimentelle Methode des „Living Lab“ bestimmt werden, wo reale Bedingungen die Grundlage bilden. Die Einfachheit der Bedienung solcher assistiven Roboter habe einen direkten Einfluss auf die wahrgenommene Nützlichkeit. Die Weiterentwicklung der Systeme müsse auf die eingeschränkten Bewegungs- und Sprachmuster bzw. -fähigkeiten von Kranken oder alte Menschen auch mithilfe von emotionaler KI Rücksicht nehmen.

Fundament vor dem Dach bauen

Michael Tesar, MBA, DGKP (I), Geschäftsführung und Fachliche Leitung Pflege bei curaplus, fokussierte auf die Frage, wie vonseiten der Rechtsträger und der gesetzlichen Rahmenbedingungen Strukturen und Masterpläne für die Anwendung von Robotik geschaffen werden können. Solange diese nicht in den Strukturplänen Niederschlag finden, würde es bei einem „Fleckerlteppich“ bleiben. Auch sei die „Schubladenfinanzierung“ zu lösen, denn Patientinnen und Patienten fallen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus pflegeseitig in ein „finanzielles Loch“. Solange diese Lücken in der Erstattung und im System insgesamt nicht geschlossen seien, brauche man sich um Robotik in der Hauskrankenpflege keine Gedanken machen – hier sei viel früher anzusetzen, so Tesar.

V.l.n.r.: Rainer Hasenauer, Stefan Stättner, Nicole Zigan und Ojan Assadian.

Während die einfachsten Dinge am Fundament nicht funktionieren – beispielsweise die Vernetzung der Daten aus allen Gesundheitsdienstleistungen in ELGA – mache man sich schon über das Dach Gedanken.

Robotische Chirurgie ist die Zukunft

Der Programmblock „High-end-Roboter“ startete mit der Keynote „Roboterchirurgie im intramuralen Bereich, Fokus Urologie – heute und morgen“ von Prim. Dr. Wolfgang Christian Loidl, Facharzt für Urologie in Linz und Wien, Leitung Robotische Chirurgie Wiener Privatklinik, WPK Academy Cancer Center, Gastprofessor an der MedUni Wien und Lehrbeauftragter an der LMU München. Robotische Eingriffe seien in der Urologie stark ansteigend, während insgesamt Operationen zurückgehen, so Loidl. Was aber den Roboter als Player so interessant mache, seien die herausragenden Möglichkeiten in der Erhaltung wichtiger Nerven und der rekonstruktiven Chirurgie. Lehner verweise aber auch auf die positiven Effekte in der Personalrekrutierung durch chirurgische Roboter – denn viele junge Medizinerinnen und Mediziner würden gezielt nach einem Ausbildungs- und Arbeitsplatz suchen, an dem Roboter der neuesten Generation verfügbar seien. Außerdem seien personelle Einsparungspotenziale durch robotische Chirurgie vorhanden, denn es brauche eine Person weniger im OP. Es gebe in der Urologie auch schon autonom arbeitende chirurgische Roboter, beispielsweise für die Biopsie.

Entlastung für alle Beteiligten

Priv. Doz. Dr. Stefan Stättner, FRCS (Eng) FEBS (HPB), Leiter der Abteilung Chirurgie am Salzkammergut Klinikum, Facharzt für Allgemein-, HPB und Viszeralchirurgie, folgte mit seiner Keynote „Die Einführung robotergestützter Verfahren in der komplexen Viszeralchirurgie“. Er gab Ausblicke in die Zukunft aus der Perspektive seines Doppel-Primariats. Von der Chirurgie sei heute nicht allein höchste technische Präzision gefordert, sondern Themen von Personalmanagement bis hin zu individuellen Wünschen von Patientinnen und Patienten seien die täglichen Herausforderungen. Dies werde durch Robotik in vielerlei Hinsicht unterstützt – als eines von vielen Beispielen nannte Stättner den robotischen Ultraschall, der in seiner Präzision unerreicht sei und viel genauere Diagnosen ermögliche. Aber auch die körperliche Entlastung für die Chirurgen und Chirurgen sei nicht zu unterschätzen, denn die klassische oder auch laparoskopische Chirurgie führt mitunter zu starken körperlichen Beschwerden. Nicht zuletzt sind Patientinnen und Patienten viel früher wieder fit, was mit kürzeren Aufenthalten im Krankenhaus einhergeht. Im Bereich der Leberchirurgie gebe es in Österreich erhebliche Entwicklungspotenziale, denn der Anteil an minimal invasiven Operationen liege bei 15 bis 30 Prozent, während es noch kaum robotische

Chirurgie in diesem Bereich gebe. Wichtig sei es daher, an den Leberzentren mit daVinci möglichst viele junge Chirurgeninnen und Chirurgen auszubilden.

Neurochirurgie als Sonderfall

Als dritter Chirurg in der Reihe sprach Univ.-Prof. Dr. Stefan Wolfsberger, Neurochirurg und Klinikvorstand der Universitätsklinik für Neurochirurgie am LKH Universitätsklinikum Graz, über „Entwicklungstrends wie weitere Autonomie bzw. Workflow-Support bei robotischen Eingriffen“. Er führte aus, dass Robotik im Bereich des Gehirns und Rückenmarks völlig anders aufzufassen sei als bei den zuvor gezeigten Beispielen. Ein neurochirurgischer Roboter brauche ein sogenanntes „Force Feedback“, eine exakte Übersetzung von Druck und Zug, der auf das Gewebe ausgeübt werde, da höchst Vorsicht geboten sei beim Dehnen von Nervenbahnen und Arterien. In Calgary in Kanada steht der weltweit einzige hochentwickelte Neurochirurgie-Roboter, der mehrere hundert Millionen Dollar gekostet hat. Bei solchen Kosten stelle sich die Frage, ob so ein Gerät in der Neurochirurgie überhaupt notwendig sei. Zukunftsträchtiger seien die sogenannten stereotaktischen Eingriffe, wo über winzige Löcher im Schädel und mittels exakter Rundum-Vermessung agiert werde. Die Navigation bei solchen robotischen Eingriffen, mit denen beispielsweise Biopsien durchgeführt werden, ist wesentlich genauer und schneller als bei einer manuellen Intervention. Zukunftsaussichten dieser Technologie gehen u. a. in Richtung der Zerstörung von Tumoren mittels feinsten Glasfasernadeln.

Was leisten autonome Systeme?

In der letzten Keynote zeigte Dipl.-Ing. Dr. techn. Gernot Kronreif, Chief Scientific Officer bei ACMIT – Austrian Center for Medical Innovation and Technology, wie „Autonome medizinische Roboter“ die Zukunft der Chirurgie bestimmen könnten. Er führte aus, dass chirurgische Roboter in wenigen Jahrzehnten völlig autonom Operationen planen, ausführen und monitoren könnten. Der Chirurg hätte dann nur noch überwachende Funktion. Er führt zwei aktuelle Beispiele an, die in Österreich entwickelt wurden: Ein chirurgischer Roboter, der Gefäße in der Retina des Auges punktieren kann – das ist einem Menschen unmöglich, weshalb hier die Robotik große Dienste leisten kann. Hier werde man in etwa drei Jahren soweit sein, mit klinischen Studien zu beginnen. Ein weiteres als EU-Projekt eingereichtes robotisches System ist die chirurgische Plattform „SARAS“, die durch zwei völlig autonom agierende Roboterarme Assistenzfunktionen im OP ausführen soll – beispielsweise das Weghalten von Gewebelappen, Vernähen etc. Kronreif schloss seinen Vortrag mit Fragen: Braucht es solche Systeme überhaupt? Sind sie gewünscht und akzeptiert? Sind die hohen Kosten vertretbar? **P**



V.l.n.r.: Stefan Wolfsberger, Yueh Hsuan Weng und Wolfgang Christian Loidl.



Schirmherrschaften:



AM PLUS
Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit



WELLDONE

Seltene Erkrankungen häufiger erkennen

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



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

Sponsoren der Plattform





PRÄGNANT

Enter 2024 – Welche Marketing Trends Sie im Auge behalten müssen

Marketing unterliegt einem fortlaufenden Wandel. Inmitten des raschen technologischen Fortschritts und sich ständig ändernder Verbrauchergewohnheiten ist es entscheidend, kontinuierlich Schritt zu halten, um wirkungsvoll zu agieren. Das Jahr 2024 bildet keine Ausnahme. **3 EXEMPLARISCHE TRENDS FÜR DAS NÄCHSTE JAHR** sollen hier beschrieben werden. | von Johannes Mantl

Das Jahr 2024 wird für viele Unternehmen wirtschaftlich herausfordernd werden. Althergebrachte Marketingmaßnahmen, die noch vor wenigen Jahren effektiv waren, verlieren ihre Wirkung. Daher ist es entscheidend, innovative Strategien zu wählen, um seine Zielgruppen zu erreichen und flexibel auf deren Bedürfnisse zu reagieren. 2024 wird von mehreren bedeutenden Trends geprägt sein, die vom technologischem Fortschritt, geändertem Konsumverhalten und neuen Plattformen getrieben sind.

1) Künstliche Intelligenz und maschinelles Lernen

Als einer der relevantesten Marketing Trends 2024 zeigt sich die weiterhin starke Nutzung von Künstlicher Intelligenz (KI) und maschinellem Lernen, die das Marketing revolutionieren. KI kann als treibende Kraft im Marketing dienen und dabei helfen, in kürzerer Zeit bessere Ergebnisse zu erreichen. Es ist jedoch entscheidend, KI und ihre Grenzen richtig zu verstehen, sie mit umfassenden Informationen und Daten zu versorgen und – wichtig! – die Ergebnisse aufmerksam zu lesen und zu bearbeiten.

Obwohl KI Menschen nicht ersetzen kann, vermag sie zu informieren, gestalten, inspirieren und die Geschwindigkeit im Marketing in Summe zu erhöhen. Exemplarisch seien Tätigkeiten

Infobox

Der Fokus der Peri Online-experts (Teil der Welldone Werbung und PR GmbH) liegt auf Strategie, Social Media, Content, Video und Web. Wir entwickeln userzentrierte Inhalte und begeistern uns besonders für Video und Audio. Wir begleiten Sie gerne bei der Umsetzung Ihrer innovativen Marketing-Kampagne.

wie die Generierung von Inhalten, Zielgruppen-segmentierung, Chatbots oder Sentiment-Analysen genannt.

2) „Menschlicher“ Content und Storytelling

Heutzutage schätzen Userinnen und User mehr denn je authentische und echte menschliche Interaktionen. Deshalb bleibt der Stellenwert von „menschlichem“ Storytelling ungebrochen. Die Liebe zu Geschichten, die wir seit unserer Kindheit pflegen, bleibt auch im Erwachsenenalter bestehen. Wir erzählen, hören und lesen immer noch gerne gute Geschichten. Diese Leidenschaft sollte sich im Marketing wiederfinden. Storytelling ist aber nur dann effektiv, wenn es authentisch und zielgruppenorientiert ist, klaren Fokus und emotionale Bindung schafft. Ein Spannungsbogen, einfache Sprache und visuelle Elemente verstärken die Wirkung, während Konsistenz und klare Handlungsaufforderungen die Gesamtqualität verbessern. Die Einbindung der Zielgruppe und die Berücksichtigung individueller Emotionen machen Storytelling zu einem mächtigen Instrument für eine nachhaltige Kommunikation.

3) Immersives und interaktives Marketing

“Tell me and I will forget, show me and I will remember, involve me and I will learn” – das Zitat von Benjamin Franklin unterstreicht die Möglichkeiten von immersiven Marketing.

Immersives Erleben bedeutet, vollständig in die Inhalte eines Mediums einzutauchen und dabei mehrere Sinne auf eine authentische Weise gleichzeitig anzusprechen. Dafür kann etwa Virtual Reality (VR) oder Augmented Reality (AR) zum Einsatz kommen.

Kunden suchen vermehrt nach echten Erlebnissen, die über herkömmliches Storytelling hinausgehen. Obwohl immersive Erfahrungen, insbesondere durch VR, vorerst eher für große Unternehmen relevant sind, werden mit dem Fortschreiten der Technologie im Bereich des Experimental Marketings immer mehr Möglichkeiten geschaffen, Kundinnen und Kunden aktiv in die Markenwelt einzubinden. In der heutigen Zeit sind qualitativ hochwertige und kreative Inhalte unverzichtbar, um sich von der Masse abzuheben. Egal, ob VR, Augmented Reality oder 360-Grad-Videos – interaktive Inhalte bieten eine innovative Methode, um durch multisensorische Ansprache einen nachhaltigen Mehrwert zu schaffen und langfristig im Gedächtnis zu bleiben.

Obwohl wir durch die Analyse gegenwärtiger Veränderungen gewisse Schlussfolgerungen ziehen können, bleibt die Zukunft stets unsicher. Daher ist eines klar: Unternehmen müssen adaptiv bleiben, um ihre Wettbewerbsfähigkeit zu sichern. Dies beinhaltet die Offenheit gegenüber Marketinginnovationen und die Bereitschaft, sie bei Bedarf anzuwenden. **P**

PERI

PERI
ONLINE
EXPERTS
PART OF WELLDONE

UMFASSEND DIGITAL

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



PRÄGNANT

SV Lounge 2023:

Gesundheitswesen im Wandel

Die Digitalisierung hat die Art und Weise, wie Patientinnen und Patienten nach medizinischer Versorgung suchen und diese erhalten, grundlegend verändert. Mit der **ZUNEHMENDEN VERBREITUNG DIGITALER GESUNDHEITSANWENDUNGEN (DIGAS)** und den strukturellen Anpassungen im Bereich der Patientenströme bietet sich im österreichischen Gesundheitswesen beträchtliches Potenzial zur Effizienzsteigerung. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

Welche Chancen und Potenziale, aber auch welche Hürden und Probleme es in Österreich bezüglich Digitalisierung und Patientenströme im Gesundheitswesen gibt, war das Thema der SV Lounge, die heuer im November im Josephinum stattfand.

Digitalisierungsstrategie der Bundesregierung

„Die Sozialversicherung hat bereits vor einigen Jahren wichtige Schritte unternommen, um das österreichische Gesundheitssystem digitalisieren zu können, beispielsweise mit der Einführung der e-card oder der ELGA. Nun ist es unser Ziel, gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium und der Sozialversicherung, weitere Schritte zu unternehmen“, sagte Staatssekretär Florian Tursky MSc, MBA, in seinen einleitenden Worten. Als konkrete Beispiele für die Digitalisierungsstrategie der Bundesregierung führte Tursky die e-card Abbildung für Smartphones und mehr Daten in der elektronischen Gesundheitsakte ELGA an. Aber auch der Digital Austrian Act mit seiner Erwähnung der DiGAs bringt Hoffnung, dass für diese bald ein gesetzliches Regelungssystem geschaffen wird.

DiGAs auf Rezept in Österreich noch nicht Realität

DiGAs haben das Potenzial, unser Gesundheitssystem auf innovative und kosteneffektive Weise weiterzuentwickeln. Dabei handelt es sich um digitale Anwendungen, die bei der Erkennung,

Wir könnten durchaus ein bisschen weiter vorne sein bei der Digitalisierung. Die Stadt Wien hätte sich auch bei den Finanzausgleichsverhandlungen diesbezüglich mehr erwartet.

Richard Gauss

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.

Während beispielsweise in Deutschland DiGAs im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, wurde in Österreich noch kein Rechtsakt erlassen, der speziell DiGAs adressiert. Aufgrund dessen hat sich Dr. Monika Riedel, Senior Researcher am Institut für Höhere Studien (IHS), in ihrer Keynote mit den Erstattungsprozessen zu DiGAs im internationalen Vergleich auseinandergesetzt. Denn ein Blick über den Tellerrand bringt sowohl im Erstattungs- als auch im rechtlichen Bereich Vorteile. Österreich müsse nicht bei Null anfangen, sondern könne von den verschiedenen Vorgehensweisen der Länder lernen. „Hier sind sehr unterschiedliche Ansätze zu beobachten. So verfolgt das in der Digitalisierung führende Est-

land einen sehr Hands-on und pragmatischen Ansatz im Vergleich zu Deutschland, wo sehr regel- und ordnungsorientiert an diese Thematik herangegangen wird“, erklärte die Expertin und leitete mit ihrem Vortrag den ersten Themenblock „Digitale Anwendungen – Fortschritt oder Stillstand?“ der SV Lounge ein. Unter der Moderation von Mag. Wolfgang Wacek von der Sanova Pharma GesmbH brachten Ing. Mag. (FH) Christine Stadler-Häbich, Vorstandsmitglied bei Roche und AUSTROMED, Senatsrat Mag. Richard Gauss, Strategische Gesundheitsversorgung MA 24, Monika Riedel und Dr. Arno Melitopoulos-Daum, Versorgungsmanagement der Österreichischen Gesundheitskasse ÖGK, ihre Perspektiven ein.

Mehr Mut zur Digitalisierung

„Seit fast drei Jahren begleite ich nun schon das Thema Digitalisierung und frage mich ehrlich gesagt, warum die Umsetzung in Österreich so lange dauert und wir noch immer darüber diskutieren. Ich sehe zwar Bewegung und sehr viel Dynamik im Prozess, wünsche mir aber, dass die Pläne auch in konkreten Maßnahmen umgesetzt werden und keine Lippenbekenntnisse bleiben“, betonte Stadler-Häbich. Ähnlicher Meinung ist auch Gauss: „Wir könnten durchaus ein bisschen weiter vorne sein bei der Digitalisierung. Die Stadt Wien hätte sich auch bei den Finanzausgleichsverhandlungen diesbezüglich mehr erwartet.“ Dennoch werde laut Gauss die Stadt Wien gemeinsam mit der ÖGK ein Digitalisierungspilotprojekt starten. „Wir dürfen keine Angst vor dem Scheitern haben. Nur durch Pilotprojekte können wir die Digitalisierung vorantreiben und sehen, ob etwas funktioniert oder nicht“, appellierte der Senatsrat. Die Skepsis der österreichischen Bevölkerung bezüglich der Datenverwendung sah Riedel als einen Grund für die langsame Entwicklung in der Digitalisierung: „Wir müssen uns ein bisschen davon lösen, dass ständig nur die Gefahren im Vordergrund stehen und uns mehr am möglichen Nutzen der Digitalisierung orientieren. Es bedarf auf beiden Seiten sowohl bei den Patientinnen und Patienten als auch bei den Anwendern Aufklärung.“

Laut Melitopoulos-Daum braucht es vor dem Start des Erstattungsprozesses die Schaffung von rechtlichen Voraussetzungen. „Erst wenn gesetzlich festgehalten ist, dass es sich bei DiGAs um ein Medizinprodukt handelt, welches erstattet

Bei der SV Lounge hielten (v. l. n. r.) Alexander Biach, Florian Tursky und Monika Riedel Keynotes zu den Themen Digitalisierung und Patientenströme im Gesundheitswesen.



© FLORIAN WIESER(3)



werden kann, kann die Sozialversicherung aktiv werden und ein Erstattungsregulativ erarbeiten.“

Best Place of Care

Der Themenschwerpunkt „Patientenströme lenken“ wurde mit einer Keynote von Dr. Alexander Biach, stellvertretender Direktor der Wirtschaftskammer Wien und Standortanwalt Wien, eingeleitet. Dabei präsentierte er die Ergebnisse einer Analyse der Wirtschaftskammer Wien, welche auf den volkswirtschaftlichen Nutzen durch die Optimierung von Patientenströmen eingeht. „Derzeit haben wir ein sehr krankenhauszentriertes System. Viel zu viele Patientinnen und Patienten suchen den Weg direkt ins Spital oder in die Ambulanzen. Dabei wäre in vielen Fällen der Weg zur niedergelassenen Ärztin oder zum niedergelassenen Arzt der viel günstigere und auch in vielen Fällen der bessere Weg“, betonte Biach. Konkret geht es um 2,5 Mrd. Euro, die im Gesundheitssystem eingespart werden könnten, wenn es gelänge Patientinnen und Patienten zum richtigen Behandlungspunkt zu führen. Durch technische und medizinische Fortschritte können mittlerweile viele Eingriffe nun auch ambulant oder im niedergelassenen Bereich gemacht werden. Als Beispiel führte Biach dazu die Operation des grauen Stars, Krampfadern oder Leistenbrüche an. „Im Durchschnitt belaufen sich die Kosten für eine stationäre ärztliche Behandlung im Krankenhaus auf 6.561 Euro. Ambulante Eingriffe schlagen mit durchschnittlich 432 Euro zu Buche, während ein Eingriff bei der niedergelassenen Ärztin oder beim niedergelassenen Arzt im Schnitt etwa 100 Euro kostet“, erklärte Biach und verdeutlichte damit noch einmal die unterschiedlichen finanziellen Aufwendungen je nach Art der medizinischen Versorgung und der Behandlungsumgebung.

Ein Mehrwert für die Patientinnen und Patienten würde sich ergeben, wenn sie bei 1450 nicht nur eine fundierte Erstberatung und Entscheidungshilfe, sondern auch gleich verbindliche Arzttermine bekommen könnten.

Alexander Biach

Ausbau der Gesundheitshotline 1450

Die Frage besteht nun darin, wie man Patientinnen und Patienten dazu bringt, anstatt ins Spital zum niedergelassenen Bereich zu gehen. Dies wurde in der von Mag. (FH) Magdalena Sattelberger von der SOLVE Consulting Managementberatung GmbH moderierten Podiumsdiskussion anschließend erörtert.

Als wichtige Maßnahme identifizierte Dr. Stefan Konrad, MBA, Digitalisierungsexperte der Wiener Ärztekammer und deren Vizepräsident, die Health Literacy: „Gesundheitskompetenz sollte bereits in den Schulen vermittelt werden. Diese ist in den Lehrplänen noch nicht ausreichend verankert. Wenn man die Menschen schon

Podiumsdiskutierende oben v. l. n. r.: Herwig Ostermann, Alexander Biach, Stefan Konrad, Richard Gauss, Magdalena Sattelberger (Moderation)

Podiumsdiskutierende unten v. l. n. r.: Wolfgang Wacek (Moderation), Monika Riedel, Christine Stadler-Häbich, Richard Gauss und Arno Melitopulos-Daum

von klein auf entsprechend darauf aufmerksam macht, dass die erste Anlaufstelle bei Beschwerden die Primärversorgung ist, dann wird sich dies definitiv im späteren Verlauf des Lebens, wenn es vermehrt zu Krankheiten kommen kann, positiv auf das Gesundheitssystem auswirken.“ Zusätzlich betonte der Vizepräsident der Wiener Ärztekammer, dass im österreichischen Gesundheitssystem mehr Gewicht auf die Prävention gelegt werden sollte. Denn in dem man durch Präventionsmaßnahmen Krankheiten vorbeugt, entstehen starke Patientenströme erst gar nicht. Biach brachte bei der Diskussionsrunde die bestehende Gesundheitshotline 1450 ins Spiel. Seiner Meinung nach könnte diese Hotline zu einer zentralen Anlaufstelle für Gesundheitsfragen ausgebaut werden. Biach erklärte: „Ein Mehrwert für die Patientinnen und Patienten würde sich ergeben, wenn sie bei 1450 nicht nur eine fundierte Erstberatung und Entscheidungshilfe, sondern auch gleich verbindliche Arzttermine bekommen könnten.“ Um Anreize für die Konsultation von 1450 bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen zu schaffen, schlug Biach vor, dass Patientinnen und Patienten bei Inanspruchnahme dieser Dienstleistung mit einer Befreiung von der Rezeptgebühr be-

Erst wenn gesetzlich festgehalten ist, dass es sich bei DiGAs um ein Medizinprodukt handelt, welches erstattet werden kann, kann die Sozialversicherung aktiv werden und ein Erstattungsregulativ erarbeiten.

Arno Melitopulos-Daum

lohnt werden sollten. Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann, Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), sprach in diesem Zusammenhang an, dass es bedauerlich sei, dass 1450 noch nicht digital implementiert ist. Mithilfe eines Algorithmus könnten Symptome und Beschwerden abgefragt werden und so Patientinnen und Patienten zum Best Place of Care geschickt werden. Zusätzlich könnte durch dieses Tool auch Wissen vermittelt werden, welches wiederum einen positiven Effekt auf die Gesundheitskompetenz hätte. Laut Gauss werden jedoch alle Maßnahmen der Patientensteuerung nichts bringen, solange das entsprechende Angebot nicht vorhanden ist. „In der Bundeszielsteuerungskommission im Juni dieses Jahres kam heraus, dass die Bevölkerung in Österreich in den letzten zehn Jahren um 2,5 Prozent gewachsen ist. Des Weiteren ist die Zahl der Spitalärztinnen und -ärzte in Wien zwar um 4,3 Prozent gestiegen, jene der Kassenärztinnen und -ärzte jedoch um 8,2 Prozent zurückgegangen ist“, erklärte der Senatsrat. Bei den entsprechenden Angeboten müsse es sich jedoch nicht immer um eine Ärztin oder einen Arzt handeln, sondern der Bedarf könne eben auch durch digitale Möglichkeiten abgedeckt werden.

Wiener Gemeinderat begrüßt Vorschlag Biachs

Wenige Wochen nach der SV Lounge äußerte sich Wiens Gesundheitsstadtrat Peter Hacker positiv zu den konkreten Vorschlägen von Biach und bewertete diese als äußerst konstruktiv: „Ich kann den Vorschlägen des Wiener Standortanwaltes Alexander Biach, das Gesundheitstelefon 1450 zu einer zentralen Gesundheitsvermittlung auszubauen, sehr viel abgewinnen.“ Besonderes Interesse zeigte der Wiener Gesundheitspolitiker an dem Vorschlag, bei erfolgter Konsultation des Gesundheitstelefon auf die Rezeptgebühr im Falle einer Medikamentenverschreibung zu verzichten. „Ich bin mir auch ziemlich sicher, dass wir in der Frage der weiteren Verbesserung von 1450 zu einem guten Ergebnis kommen werden und das zeigt uns, dass eine gute Gesundheitspolitik ganz im Sinne der Menschen in unserer Stadt keine Parteigrenzen kennt“, betonte Hacker. **P**





PRÄGNANT

Endlich ins Tun kommen!

Die **DIGITALISIERUNG DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSWESENS** muss endlich Schwung in Richtung Umsetzung aufnehmen. Das gilt speziell für die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs). Es fehlen eine Strategie, Zielsetzungen, Rahmenbedingung für die Erstattung und ein Zeitplan, hieß es bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen. Österreich drohe hier auch im europäischen Vergleich ins Hintertreffen zu geraten. | von Wolfgang Wagner

Die Coronapandemie hat digitale Versorgungsoptionen, wie Telekonsultationen, digitale Therapiebegleitung und Gesundheitsanwendungen (DiGAs) stärker in den Fokus der Gesundheitsversorgung gerückt. Weltweit werden immer mehr digitale Gesundheitsanwendungen entwickelt, sodass der Schwerpunkt nicht mehr so sehr auf den technischen Möglichkeiten liegt, sondern viel mehr auf deren sicherer Anwendung und der Erstattung durch das Gesundheitssystem.

„Ich habe keine Zeit, meine Axt zu schärfen, weil ich Bäume fällen muss“, diesen Satz stellte Univ.-Prof. Dr. Matthias Bolz, Vorstand der Universitäts-Augenklinik am Kepler Universitätsklinikum in Linz an den Beginn seiner Keynote. Bolz ist neben seiner Tätigkeit in der Ophthalmologie – als Co-Gründer und Chief Medical Officer – in der Entwicklung der „Vivellio“-Gesundheits-App engagiert, mit der Menschen ihre Gesundheitsdaten in digitalisierter Form am Smartphone immer zur Verfügung haben können und eigenverantwortlich über ihre Nutzung entscheiden können.

Die Zeit drängt, wenn Digitalisierung das Gesundheitssystem und die dort Beschäftigten entlasten helfen soll. „Wir merken an allen Ecken und Enden, dass die Ressourcen knapp werden. Wir merken, dass die alten Lösungsmuster nicht mehr funktionieren“, sagte der Experte. Den sich verstärkenden Personalmangel im Gesundheitswesen könne man nicht mehr durch ein „Loch auf – Loch zu“-Management beherrschen. Die alten „Bettenschlüssel“ seien genauso ein funktionierendes Planungsinstrument. „Bis zum Jahr 2030 werden wir zweimal so viele zu pflegende Personen haben und 20 Prozent mehr Menschen im Alter über 65 Jahre. Wir brauchen ‚DiGAs‘. Das wird die Lösung sein. Wir haben mit ‚Vivellio‘ zum Beispiel schon 150.000 Anwenderinnen und Anwender“, erklärte Bolz. Es müsse zu einer koordinierten Nutzung bestehender und neu entstehender Systeme kommen. Es gebe ja schon einiges: ELGA, 1450, die e-Card sowie die verschiedensten Devices zur Selbstvermessung.

„Brücke“ für „die letzte Meile“

Der Ophthalmologe: „Der Einzelne kann in ein öffentliches Krankenhaus gehen, er kann zu einem Kassenarzt gehen, zu einem Privatarzt oder eine App verwenden. Aber welche App er verwenden sollte, das weiß er nicht. Es fehlt die Verbindung vom Bürger zu diesen Systemen. Es fehlt die ‚letzte Meile‘.“

Diese ‚letzte Meile‘ könne leicht mit DiGAs überbrückt werden. Die Anforderungen, so der Experte:

- Sicherheit
- Kompatibilität
- Userfreundlichkeit

Die von ihm und seinen Mitstreitern geschaffene Gesundheits-App stelle hier beispielsweise eine „Brücke zwischen der Welt der Patientinnen und Patienten und der Berufsgruppen“ dar. „Ich kann als Patient alles selbst verwalten, meine Befunde scannen. Der Patient kann jeweils



v.l.: Clemens Billek, Matthias Bolz, Reinhard Riedl, Angelika Widhalm, Michael Hackl, Mona Dür, Gerhard Aigner, Susanne Erkens-Reck, Franz Leisch, Humayun Kabir, Sebastian Schneider.

die im aktuellen Anlassfall spezifisch notwendigen Daten freigeben. „Mich interessiert als Augenarzt kein gynäkologischer Befund.“

Bolz formulierte folgende Forderungen:

1. Eine Entscheidung, ob es eine oder mehrere Lösungen für die ‚letzte Meile‘ geben soll.
2. Ebenfalls entschieden werden müsse, wo diese ‚letzte Meile‘ angesiedelt werde – beim Bund, bei den Bundesländern, Krankenversicherungen oder Privatunternehmen.
3. Es fehle auch „ein Gremium, das entscheidet, welche DiGA an welche ‚letzte Meile‘ andocken darf und wie abgerechnet werden kann“.

Die Menschen begeistern

Noch sei vielen Menschen nicht bewusst, wie sehr und wie positiv digitale Gesundheitsanwendungen in Zukunft die Versorgung und das Leben verbessern könnten, betonte Prof. (FH) Mona Dür, Geschäftsführerin der Duervation GmbH und Präsidentin der Austrian Association of Occupational Science (AOS). „Es gibt digitale Zusatzanwendungen. Es geht um die digitale Versorgung und deren Erstattung. Wir müssen die Menschen für die digitale Gesundheitsversorgung begeistern“, sagte die Expertin. Es sei aber wichtig, am Boden der Realität zu bleiben und die Digitalisierung als Chance für eine Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten und für eine Entlastung des ärztlichen Personals sowie von Pflege- und Betreuungspersonal zu begreifen. „Es geht beispielsweise um eine digitalisierte Rehabilitation, in der Patient und Arzt nicht mehr im gleichen Raum sein müssen.“

„Digitalisierung bietet die Chance für eine Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung entlang des Gesundheitspfades.

Wir brauchen ‚DiGAs‘. Das wird die Lösung sein. Wir merken an allen Ecken und Enden, dass die Ressourcen knapp werden.

Matthias Bolz

Digitalisierung ist auch eine Chance für eine Gesundheitsversorgung und -förderung in den Lebenswelten der einzelnen Menschen“, betonte Mona Dür. Und schließlich sei die Digitalisierung auch eine Chance, die Gesundheitsversorgung und die Gesundheitsförderung ergebnisorientiert zu machen.

So könne man auch bekannten negativen Einflussfaktoren entgegenwirken, betonte Mona Dür: „Was wir nicht wollen: Medikamente werden verschrieben und nicht abgeholt. Sie werden abgeholt, landen aber im Mistkübel.“ „Innovation und Fortschritt als Chance für eine menschliche und an den europäischen Werten orientierte Gesundheitsversorgung und -förderung“, lautete einer der Leitsprüche der Expertin.

Keine zusätzliche „Ausbildung“

Schließlich hängt, wie Mona Dür darstellte, der Erfolg aller dieser Bemühungen auch davon ab, wie leicht sich die Berufsgruppen digitaler Systeme bedienen können. Noch eine zusätzliche „Ausbildung“ für Ärztinnen und Ärzte in Digitalisierung sei hier der falsche Weg. Das dürfe die an sich schon begrenzten und extrem belasteten Zeit- und Energieressourcen nicht noch mehr belasten. „Da braucht es intelligente Assistenzsysteme“, betonte die Expertin. Was notwendig wäre, so Mona Dür: „Wir brauchen einen Zeitplan und eine Strategie, wo wir



hingehen wollen. Als Chance für eine orchestrierte, ressourceneffiziente Gesundheitsversorgung und -förderung.“

Telemedizin längst möglich

Dr. Gerhard Aigner, ehemaliger Chef der Rechtssektion des Gesundheitsministeriums, nun am Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien tätig, räumte mit Vorstellungen auf, dass im österreichischen Gesundheitswesen eine telemedizinische Betreuung von Patientinnen und Patienten durch ärztliches Personal rechtlich nicht gedeckt sein könnte. „Diese Mär, diese Legende ist vom Tisch“, sagte Aigner. Natürlich sei auch eine telemedizinische Konsultation eine unmittelbare ärztliche Versorgungsleistung am Patienten. In Tirol zeige das Herzinsuffizienz-Betreuungsprojekt „HerzMobil Tirol“ längst, wie man Betroffene telemedizinisch betreuen könne.

In Flächen-Bundesländern wie der Steiermark oder Niederösterreich würden Daten von tragbaren EKGs der Rettungswagen bereits an Kardiologinnen und Kardiologen zur Begutachtung übermittelt. Binnen weniger Minuten könne entschieden werden, ob bei verdächtigen Symptomen die Notwendigkeit eines Spitalstransports gegeben sei. Ein Problem rund um DiGAs: Österreich habe derzeit keine benannte Stelle für die Zertifizierung.

Mit „drd doctors online“ hat Dr. Clemens Billek ein System mit einem Pool an als Wahlärztinnen und Wahlärzte tätigen Allgemeinmedizinerinnen geschaffen, die von Patientinnen und Patienten jederzeit online kontaktiert werden können. „Wir sind damit im April 2020 auf den Markt gekommen“, schilderte Billek. Das Problem: „Das ist derzeit nur im Wahlarztbereich möglich.“

Zusammengearbeitet wird mit privaten Versicherungen. Bei der zunehmend beklagten Knappheit an Hausärzten und Hausärztinnen an anderer Stelle ist das Unternehmen personell gut aufgestellt: „Wir haben kein Problem, Ärztinnen und Ärzte für unseren Pool zu finden.“ Flexible Arbeitszeit und Home Office-Arbeit seien hier Vorteile.

Es geht um die digitale Versorgung und deren Erstattung. Wir müssen die Menschen für die digitale Gesundheitsversorgung begeistern.

Mona Dür

Schnelle Umsetzung von Projekten notwendig

„Man muss in Österreich endlich ins Tun kommen“, sagte Susanne Erkens-Reck, General Manager von Roche Austria. Zwar hätte es in Österreich schon frühzeitig erste Überlegungen über DiGAs & Co. gegeben, mittlerweile seien aber Länder wie Deutschland, Belgien oder Frankreich längst vorangegangen. „Solche Medizinprodukte leisten einen wesentlichen Beitrag.“ Es sei schmerzvoll, wenn das Land hier über Diskussionen nicht hinauskäme. Man müsse pragmatisch und schnell vorgehen,

betonte Susanne Erkens-Reck. So sollten DiGAs, die in vergleichbaren Ländern wie Deutschland bereits zertifiziert, zugelassen und erstattungsfähig seien, in Österreich nicht noch einmal geprüft werden müssen (Übernahme von MDR- und CE-Zertifizierungen). Man könnte auch sofort mit der Anpassung der Gesetzeslage (ASVG etc.) loslegen. Das Ziel sollte es sein, bereits 2024 die Voraussetzungen für die Verwendung und Erstattung von DiGAs in Österreich zu haben. „Österreich könnte das erreichen.“

„Das Ziel muss es sein, in die Fläche zu kommen und versorgungsrelevant zu werden“, sagte MMag. Michael Hackl, Digitalisierungskordinator der IT-Services der Sozialversicherung. „Was fehlt, ist ein konkretes Ziel, ein konkretes Projekt.“ Mittlerweile gebe es weltweit schon rund eine Million Apps und DiGAs.

Man könne nicht immer nur bei Pilotprojekten verharren. „Warum gibt es ‚HerzMobil Tirol‘ und nicht ‚HerzMobil Österreich?‘“, fragte der Experte. Sinnvolle, geprüfte und sichere digitale Gesundheitsanwendungen sollten bei den Bürgerinnen und Bürgern beworben und breit eingesetzt werden. Sie müssten für die potenziellen Nutzer aber auch auffindbar sein.

Österreich im internationalen Wettbewerb

„Die Welt wird nicht auf Sie warten. Veränderung bedeutet nicht Blockade, sondern Mut zur Gestaltung.“ Mit einem Plädoyer für eine schnelle und mutige Entwicklung auf dem Gebiet der Digitalisierung im Gesundheitswesen wandte sich Humayam Kabir, von der Direktion für Medizininformatik und Informationstechnologie der oberösterreichischen Gesundheitsholding, an die Diskussionsrunde. Seine Diagnose: „Die Gesundheit wird individueller und internationaler. Es gibt keine Grenzen mehr. Wir können vernetzt schnelle Erfolge erzielen. (...) Sie müssen global denken, sonst werden Sie definitiv verlieren. Seien Sie mutig.“ Die moderne Informationstechnologie könne eindeutig zu besserem Service führen und enorm viel Zeit und Energien einsparen. In der OÖ Gesundheitsholding hätte man ein Projekt gestartet, um die Zeit bis zum Abklären von Herzschmerzen von 45 auf 20 Minuten zu reduzieren. Das EKG werde auf das Handy des Kardiologen gebracht. „Das bringt Zeitersparnis und Patientensicherheit.“

Zwei verschiedene Welten

„Es werden viel zu viele Dinge vermischt. Life-Style-Apps und DiGAs, das sind zwei verschiedene Welten“ stellte Sebastian Mörth, Principal Government Affairs Specialist für Österreich und die Schweiz bei Medtronic. Ein großes Manko, das derzeit die Entwicklung in Österreich behindert: „Es gibt in Österreich nur eine ‚benannte Stelle‘, die sich aber mit in-vitro-Diagnostik beschäftigt. Wir bräuchten dringend ein bis zwei benannte Stellen.“ Bei einer Dauer für Zertifizierungen für Medizinprodukte der Klassen 1 oder 2a von 14 bis 18 Monate könnte das Fehlen von „benannten Stellen“ zu einem sprichwörtlichen Flaschenhals für DiGAs werden. Entscheidend müsse sein, dass eine digitale Gesundheitsanwendung ganz klar einen gewünschten (therapeutischen) Zweck erfülle. Es werde aber auch um Prävention und

Die Gesprächsrunde in Seitenstetten war eine Fortsetzung und Vertiefung des PRAEVENIRE Digital Health Symposions „Shape the Future“, das Ende April in Wien stattgefunden hat.

Nachsorge gehen. Adaptiert werden müsse auch das ASVG für die Kostenerstattung. Und schließlich gebe es noch eine mögliche Problematik, so Mörth: „Wenn Kassenärztinnen und -ärzte für Patientinnen und Patienten nur vier bis fünf Minuten Zeit haben, wird es relativ schwierig werden, einem Patienten eine DiGA zu erklären.“ Eine medizinische Trainingssoftware hat das Unternehmen von Sebastian Schneider, die heartfish GmbH, entwickelt. Man habe die entsprechenden Zertifizierungen und befinde sich seit September 2022 in den DACH-Ländern auf dem Markt. Was sich in Deutschland gezeigt habe, sei eine Starrheit nach der Zulassung. Die entsprechende Version der Software könne nur noch schwer geändert, adaptiert oder weiterentwickelt werden.

Die Mär, dass eine telemedizinische Konsultation rechtlich nicht gedeckt ist, ist vom Tisch.

Gerhard Aigner

„Wir brauchen einen einheitlichen Rechtsraum“, forderte Schneider. Es sollte auch eine Förderung für klinische Studien mit DiGAs geben. Das sei beispielsweise in Frankreich bereits möglich.

„Blended Care integriert Apps in die Gesundheitsversorgung. Das senkt Kosten und steigert den Therapieerfolg“, meinte Prof. Dr. Reinhard Riedl, Dozent an der Berner Fachhochschule. Diese Integration von Softwareprogrammen, telemedizinischen Leistungen und „Selbstvermessung“ mit entsprechenden Devices werde die Zukunft sein.

Schließlich eröffne sich mit der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung noch eine andere große Chance. Riedl: „Man kann zu einem Outcome-Reporting durch die Patientinnen und Patienten kommen. Sie fühlen am besten, was ihnen nützt. Dadurch lässt sich zeigen, was gut funktioniert und was nicht funktioniert.“ Das würde zu seit langem gewünschter Transparenz in der Medizin führen.

„Für uns ist die Kommunikation in erster Linie sehr wichtig. Wir sprechen von chronisch Kranken. Wir sprechen von beeinträchtigten Menschen. Wenn, dann müssen wir DiGAs so aufstellen, dass auch Menschen mit Beeinträchtigungen sie benutzen können oder die Familie sie benutzen kann“, sagte schließlich Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich (BVSHOE).

Wenn man ein Produkt einführe, müsse man auch die entsprechenden Vorarbeiten leisten. „Das haben wir versäumt. Wir haben versäumt, die Bevölkerung darauf vorzubereiten, sie einzustimmen – so, dass sie solche digitale Produkte auch wollen. Wir als Patientenorganisationen sind da gerne bereit, uns einzubringen“, erklärte die Expertin. Man könne den Patientinnen und Patienten nicht solche Systeme nicht aufzwingen. Dann würden sie nicht verwendet und Ängste in Sachen Datenschutz erneut geschürt. Man müsse die Bevölkerung und die Patienten über den Nutzen aufklären und sie motivieren, die Positiva zu sehen.“

Daten sollten einer neutralen Stelle gehören. „Das muss fix geregelt und klar sein. Es gibt eine tolle Technik, die Innovationen sind sensationell. Aber wir können nicht voraussetzen, dass jeder, der das braucht, auch positiv dazu eingestellt ist. Ich sehe die Gefahr, dass wir in eine Situation kommen wie bei ELGA“, sagte die Patientenvertreterin. **P**

Diskussionsteilnehmender, digital dazugeschaltet

• Sebastian Mörth





PRÄGNANT

An einem Strang ziehen gegen Medikamentenengpässe

Die Auskunft „aktuell leider nicht lieferbar“ bekommen Patientinnen und Patienten immer häufiger zu hören, wenn sie ihre Medikamente in der Apotheke abholen wollen. Im vergangenen Winter wurde das Problem von offizieller Seite noch mit der Coronapandemie und einer starken Grippe- bzw. Erkältungssaison erklärt, doch der Engpass ist geblieben. Im Rahmen eines Gipfelgespräches bei den 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach sah eine Expertenrunde ein **ERHEBLICHES POTENZIAL IN INNERÖSTERREICHISCHEN MASSNAHMEN, UM DIE VERSORGUNGSPROBLEMATIK ZU VERRINGERN.** | von Rainald Edel, MBA

Drei Thesen zum Thema Lieferengpässe präsentiert Mag. Bernd Grabner, Präsident der Dachorganisation europäischer Arzneimittel Vollgroßhändler GIRP und Vorstandsmitglied der PHA-GO, der freiwilligen Interessenvertretung des österreichischen Arzneimittel-Vollgroßhandels, zu Beginn des PRAEVENIRE Talks zum Thema Arzneimittelversorgung in Alpbach: „Es fehlt an Offenheit“, „zu viele Köche verderben den Brei“, „es wurde schon viel zu viel Zeit verloren“. So sei in Österreich viel Zeit aufgewandt worden die Lage überhaupt einzuschätzen und nach Lösungen zu suchen. Die Hauptursache für Lieferengpässe liegt in der Globalisierung, da es in der globalen Lieferkette viele Bruchstellen gäbe. Ein Problem, das nicht allein auf europäischer Ebene gelöst werden kann. Allerdings fällt in einer detaillierteren Analyse von Lieferengpässen auf, dass diese in den allermeisten Fällen nur national auftreten bzw. nur sehr wenige Länder betreffen und das entsprechende Medikament durchaus am europäischen oder weltweiten Markt erhältlich wäre – das müsse man bei der Suche nach Lösungen bedenken. Der Wettbewerb der vielen Großhändler, wie er in Österreich praktiziert werde, macht es möglich, dass Lieferengpässe noch keine Versorgungsengpässe sind: Denn, wenn eine Apotheke einen oder zwei Großhändler hat, aber nur der dritte und vierte das Produkt liefern kann, dann ist es in der betreffenden Apotheke nicht verfügbar. Oft wären prinzipiell genügend Medika-

Es fehlt an Offenheit, zu viele Köche verderben den Brei, es wurde schon viel zu viel Zeit verloren.

Bernd Grabner

Videostatement:

- Claudio Albrecht



Kurier, Erscheinungstermin 4. August 2023



mente im Land, aber durch die Kontingente der Hersteller nicht bei allen Großhändlern. Die mittlerweile durch die Bundesregierung getroffenen Maßnahmen, um die Liefer- und Versorgungsproblematik in den Griff zu bekommen, erachtet Grabner als nicht zufriedenstellend, da sie an der Realität vorbeigehe. So habe sich Österreich beispielsweise bei der Verordnung für die Bevorratung von Medikamenten an Finnland orientiert, das eine völlig andere Marktstruktur hat. Der Entwurf der Verordnung hat zudem das Defizit, dass viele Parameter wie Finanzierung, Platz für Bevorratung, Ablaufdaten nicht bedacht wurden. Um die Situation zu verbessern, müsste seiner Meinung nach die Österreichische Agentur für

Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) als Aufsichtsbehörde transparent in die Bestände der Apotheken schauen können, wie es in Dänemark praktiziert wird. Dort müssen Apotheken ihre Kontingente zurückgeben, wenn sie andernorts dringender gebraucht werden. So können Lieferengpässe ganz einfach bekämpft werden. „Alle in der Versorgungskette müssen eng zusammenarbeiten, um die Situation zu verbessern“, so Grabner abschließend.

Warenaustausch statt Medikamente horten
Einer weltweiten Studie zu Arzneimittelengpässen des auf den Pharmamarkt spezialisierten Marktforschungsinstituts IQVIA zufolge liegt Österreich hinter Italien auf Platz 2, erklärt der Berater und ehemalige Pharma-Topmanager Dr. Claudio Albrecht. Betroffen von Engpässen sind vor allem Produkte, bei denen das Patent abgelaufen ist und bei denen es generische Konkurrenz gibt. Weltweit sind 60 bis 70 Prozent aller pharmazeutischen Produkte generisch – so auch in Österreich.

Käme es tatsächlich zu Versorgungsengpässen, könne dies für Patientinnen und Patienten lebensbedrohlich werden, mahnt Albrecht. Da die Verfügbarkeit in Europa nicht einheitlich ist und Produkte in einigen Ländern verfügbar sind und in anderen nicht, oder zumindest knapp, müssen die Beschaffungsprozesse liberalisiert werden, um Produkte europaweit leichter umzuverteilen. Ebenso sollte verstärkt an das Instrument der „Unlicensed Medicines“ gedacht werden. Dabei handelt es sich um bewährte Produkte, die eine Zulassung besitzen, aber keine Vertriebslizenz in Österreich. Diese könnten helfen, kurzfristig einen Engpass national üblicher Produkte zu überbrücken.

Kurz- und mittelfristig sieht Albrecht drei große Stellschrauben, die die Verfügbarkeit von Medikamenten verbessern könnten: Kurzfristig,



aber nicht populär ist, ein Produkt gegen ein gleichartiges Produkt austauschen. Das werde von Apotheken schon jetzt gemacht, allerdings bräuchte es hierbei klarere rechtliche Regelungen. Als zweiten Punkt sieht er die Rohstoffproduktion, da hier ein Großteil aus China und Indien komme und aufgrund von Produktionsausfällen oft nicht verfügbar sei. Allerdings wäre eine Rohstoffproduktion in Europa ein eher langfristiges Projekt. Als dritten Punkt spricht er das Preisniveau für Medikamente in Österreich an. Momentan gäbe es wenig Anreize für Hersteller, ihre Produkte im Markt zu halten. Notwendig erachtet Albrecht, die Handlungsspielräume im Handel offen zu halten und die Verkehrsfreiheit zu unterstützen. Exportverbote führen zu reziproken Handlungen, warnt er. Auch sei es völlig kontraproduktiv, wenn Länder durch restriktive Lagerhaltungen Medikamente horten – das wäre maximal in einer Pandemie sinnvoll.

Wir können nichts bevorraten, was nicht hergestellt wird.

Wolfgang Andiel

„Den Letzten beißen die Hunde“

„Wir sehen an der Spitze des Eisbergs, dass der starke Preisdruck zu Anpassungen führt, die die Flexibilität stark einschränken“, erklärt Dr. Wolfgang Andiel, Präsident des Österreichischen Generikaverbandes. 72 Prozent der patentfreien Medikamente werden nur noch von ein bis drei Herstellern hergestellt. Eine Entwicklung, die sich, so Andiel, noch weiter verschlechtern wird. „Wir können nichts bevorraten, was nicht hergestellt wird“, warnt er. Zusätzlichler Markt- und Preisdruck käme, da „Mangelantibiotika“ auf der Preisband-Liste stünden. Dies wird die Versorgung weiter verschlechtern, da die Margen für die Erzeuger dadurch immer geringer werden. „Es wird in der Diskussion völlig ignoriert, dass die Hersteller ein finanziell interessantes Umfeld

Eine Packung Medikamente kostet oft weniger als eine Packung Kaugummi – da läuft etwas falsch.

Gunda Gittler

finden müssen, sonst werden sie nicht im Land verbleiben“, warnt Andiel. Die ökonomische Situation in Österreich sei sowohl für Hersteller als auch für den Großhandel brisant. „Im Spital gibt es als einzigen Sektor eine gesetzliche Bevorratung, die derzeit 14 Tage beträgt“, erklärt Mag. Gunda Gittler, MBA, Leiterin der Anstaltsapotheke im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz und PRAEVENIRE Vorstandsmitglied. Dies verursache hohe Kosten. Unterschiedliche Verbrauchssituationen wie Pandemie, Grippewelle etc. haben bei einzelnen Medikamenten extreme Engpässe erzeugt. Die Industrie habe nicht zuletzt auch wegen des Preisdrucks nicht flexibel genug ihre Produktion auf die geänderte Nachfrage umgestellt, schildert sie. „Eine Packung Medikamente kostet oft weniger als eine Packung Kaugummi – da läuft etwas falsch“, mahnt Gittler. Die Idee, den Versorgungsengpässen durch einen Zentraleinkauf zu begegnen, um ein höheres Marktgewicht zu erzeugen, hält Gittler für bedenklich, da er viel zu spät auf konkrete Nachfragesituationen reagiere. Durchaus etwas abgewinnen kann sie hingegen Exportverboten, um den im Land vorhandenen Medikamentenbestand zu schützen. „Im Praxisalltag bedeuten Lieferengpässe einen deutlichen Mehraufwand, da man laufend nachschauen muss, ob ein zu verordnendes Medikament überhaupt lieferbar ist“, schildert Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner im Primärversorgungszentrum Haslach (OÖ). Zudem sei die Liste der Vertriebsengpässen in der Praxis oft nicht tagesaktuell über die Ordinationssoftware abrufbar, das mache die Suche nach Alternativen sehr zeitaufwendig und im Endeffekt werden die Patientinnen und Patienten verunsichert, weil

v.l.: Günter Waxenecker, Erwin Rebhandl, Theresia Albrecht, Bernd Grabner, Gunda Gittler, Wolfgang Andiel, Heimo Pernt (Moderation)

sie plötzlich andere Medikamente nehmen müssen. Teilweise sei es nicht mehr möglich, Patientinnen und Patienten leitlinienkonform zu therapieren. Und wenn das gewünschte Medikament am Markt verfügbar sei, dann müssen Patientinnen und Patienten oft weite Strecken zurücklegen, um an dieses zu kommen, da es die dem Wohnort nächste Apotheke nicht führe. Rebhandl äußerte den Wunsch nach einer besseren Integration der Verfügbarkeit in Apotheken in die Softwaresysteme, dann würden sich Ärztinnen und Ärzte viel Zeit ersparen. „Die Liste des Exporteinschränkungsregisters sagt nichts darüber aus, ob ein Medikament in einer Apotheke wirklich verfügbar ist“, erklärt DI Dr. Günter Waxenecker, Leiter der AGES Medizinmarktaufsicht. Er ortet ein massives Informationsdefizit. Denn den Vertriebsengpässen stünden die Liefermengen der Pharmaindustrie gegenüber – allerdings lasse sich nicht nachvollziehen, wo sich das Material tatsächlich befinde. Traditionelle Marktmechanismen funktionieren derzeit nicht mehr. Hier werden sich die Marktaufsichtsbehörden verstärkt regulierend einbringen müssen. Verbesserung der Situation erhofft sich Waxenecker durch die Revision der EU-Arzneimittelrichtlinie, die erste Ansätze in die richtige Richtung bringe. „Jetzt braucht es mehr Zug zum Tor. Wir müssen zusammenhelfen“, appelliert er. „Patientinnen und Patienten sind völlig verwirrt und verstehen nicht, warum ihre langjährig genommenen Medikamente plötzlich nicht verfügbar sind“, schildert Theresia Albrecht, von der Landesvertretung Tirol des Berufsverbands der ArztassistentInnen Österreich. Schwerkranken Patientinnen und Patienten können ihre Präparate teilweise in drei oder vier Apotheken nicht bekommen und müssen eine Odyssee zurücklegen, um diese dann irgendwo zu erhalten. „Der Lieferengpass ist im Einzelfall manchmal dramatisch“, so Albrecht. Deshalb fordern die Ordinationsassistentinnen und -assistenten dringend eine Liste, aus der die Verfügbarkeit von Medikamenten in Apotheken einsehbar ist. **P**

SHAPE THE FUTURE



**6. PRAEVENIRE
DIGITAL HEALTH SYMPOSIUM**
roomz Vienna Prater, 2024



Neues
PROGRAMM

18.-19. APRIL

  www.praevenire.at

Das umfangreiche Programm bietet spannende Perspektiven aus verschiedenen Bereichen:

- **Wartezeitenreduktion:** Digitale Möglichkeiten für eine rasche Patientenversorgung
- **DiGA Erstattung:** „Apps auf Rezept“ auch in Österreich
- **SAP IS-H Wartungsende:** Chance oder Überforderung für Krankenhäuser?
- **Gesundheitsdaten nutzen:** Die Überwindung der Datensilos in Österreich
- **Private Gesundheitsportale und -apps:** Der Nutzen einer Öffnung von ELGA
- **European Health Data Space:** Das Patient Summary kommt
- **Nationale eHealth-Strategie:** Die gemeinsame Gestaltung der digitalen Zukunft
- **Künstliche Intelligenz:** Der neue AI-Act der EU und seine Folgen für die Medizin

Anmeldung
und mehr
Informationen
unter:



Eine Veranstaltung des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE in Kooperation mit der Berner Fachhochschule,
Der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE ist eine Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung.