

**Lösungsorientierte  
Personalpolitik**  
Christian Meidlinger

**Gesundheitsdaten  
werden heuer  
vollständiger**  
Andreas Huss und  
Georg Mustafa

**Lungengesundheit  
muss Vorrang haben**  
PRAEVENIRE Gipfelgespräch

## Sprachrohr für Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegebereich

Gespräch mit Angela Fischer, Vizepräsidentin der AK Niederösterreich



PEOPLE

## Service- und Steuereinheit des Gesundheitssystems

Der Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist in seiner Koordinierungsrolle für den Erhalt genereller und gemeinsamer Interessen der Sozialversicherungen zuständig. Einblick, zu welchen Aufgaben diese Organisation gesetzlich verpflichtet ist und welche Herausforderungen es zu bewältigen gilt, gab dessen Büroleiter Mag. Jan Pazourek im Gespräch mit PERISKOP.

- 4 Sprachrohr für Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegebereich
- 6 Lösungsorientierte Personalpolitik
- 8 Service- und Steuereinheit des Gesundheitssystems
- 10 EU-Maßnahmenpaket für Arzneimittel

## 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, Mag. Renate Haiden, MSc, Dr. Ernest G. Pichlbauer, Mag. Dominique Sturz, Wolfgang Wagner, MBA, Mag. Julia Wolkerstorfer
- Foto Cover** Krisztian Juhasz
- 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

## Pneumokokken – die Folgen verhindern

Säuglinge, Kleinkinder sowie Personen ab 60 Jahren bzw. mit einem krankheitsbedingten Immundefizit schon ab 50 Jahren haben ein erhöhtes Risiko, an einer Pneumokokkeninfektion zu erkranken – mit teils schweren Verläufen. PERISKOP sprach mit Priv.-Doz. Dr. Arshang Valipour über die medizinische Seite der Erkrankung und warum Prävention in diesem Fall wichtig wäre.

- 12 Gesundheitsdaten werden heuer vollständiger
- 14 Cybersicherheit im Gesundheitswesen – die NIS2 Richtlinie wird Pflicht
- 16 Pneumokokken – die unterschätzte Gefahr
- 17 Pneumokokken – die Folgen verhindern
- 19 Potenziale ausschöpfen, Rahmenbedingungen verbessern



PIONIERE

## Digital Austria Act – „Wieviel ‚Gesundheit‘ steckt darin“

Der vom Ministerrat am 1. Juni 2023 verabschiedete Digital Austria Act war Ausgangspunkt für den praevenire Talk mit dem Titel „Digital Austria Act – der Durchbruch?“ bei den 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach. Dabei diskutierten Expertinnen und Experten, aus sämtlichen Stakeholdergruppen des Gesundheitsbereichs, welche Vorteile der Digital Austria Act mit sich bringt und welche zusätzlichen Maßnahmen notwendig sind.

- 20 Liquid Biopsy: den Krebs im Blut entdecken
- 22 Kolumne »360° Blick« von Pro Rare Austria
- 22 Buchvorstellung: Sucht. Neue Erkenntnisse und Behandlungswege
- 23 Fachtagung für Osteopathie
- 24 Digital Austria Act – „Wieviel ‚Gesundheit‘ steckt darin“
- 27 Gökhan Sagir jetzt bei PRAEVENIRE

© KRISZTIAN JUHASZ, APA-FOTOSERVICE/RÄSTEGAR



SCANNEN & ANMELDEN

32



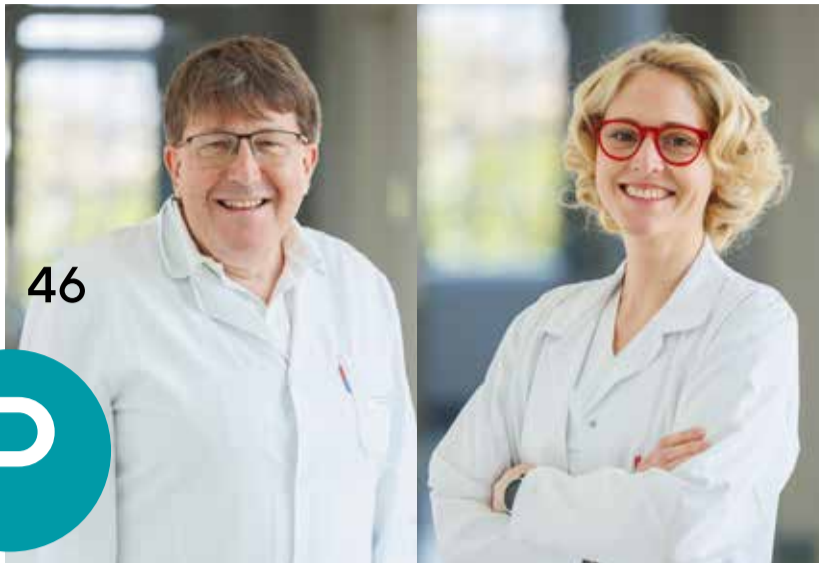
PLATTFORMEN

## Awareness für Seltene Erkrankungen stärken

Der letzte Februartag, heuer der 29., ist der weltweite Tag der Seltene Erkrankungen. PERISKOP sprach mit der Obfrau des Forums Seltene Krankheiten, Univ.-Prof. Dr. Daniela Karall, welche Schritte nötig sind, um frühere Diagnosen und eine bessere medizinische, aber auch soziale Unterstützung für Betroffene zu erreichen.

- 30 Gesunde **Entscheidung**
- 30 **Kolumne »Rezeptblock«** von Ernest G. Pichlbauer
- 31 **Bewegung** senkt Depression und Sterblichkeit
- 32 **Awareness** für Seltene Erkrankungen stärken
- 34 Damoklesschwert **Lebergesundheit**

46



PORTFOLIO

## Die Diabetesversorgung weiter verbessern

Fast zehn Prozent der österreichischen Bevölkerung leidet bereits heute unter Diabetes mellitus Typ 2. Hinzu kommen Schätzungen zufolge noch rund 350.000 Menschen mit Prädiabetes. Trotz dieser alarmierenden Zahlen bleibt die Versorgung in Österreich weit hinter den Expertenempfehlungen der Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG) zurück. PERISKOP sprach mit dem neuen Vorstandsteam, Präsident Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching, MBA und der Ersten Sekretärin der ÖDG Priv.-Doz. Dr. Gersina Rega-Kaun, welche Schritte zur Verbesserung der Versorgungslage gesetzt werden müssen.

- 42 **Lungengesundheit** muss Vorrang haben
- 44 Brauchen wir einen **Führerschein für unsere Gesundheit?**
- 46 **Die Diabetesversorgung** weiter verbessern

38



POLITIK

## Spitzenmedizin im Spital: Anspruch trifft Wirklichkeit

Das österreichische Gesundheitssystem rühmt sich gerne, dass alle Patientinnen und Patienten immer auf dem höchstmöglichen medizinischen Stand der Wissenschaften behandelt werden. Doch gibt es ein Recht darauf und ist dieses durchsetzbar? Dieser Frage gingen im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs erfahrene Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen nach.

- 36 **Patient Summary** – der digitale Notfalldaten-Pass
- 38 **Spitzenmedizin im Spital:** Anspruch trifft Wirklichkeit
- 40 Die Digitalisierung **muss den Menschen nützen**

52



PRÄGNANT

## Wege neu denken

Österreich hat im europäischen Vergleich sehr gute Voraussetzungen für ein sicheres, effizientes, qualitatives, planbares und ressourcengerechtes Gesundheitssystem. Dennoch wächst die Unzufriedenheit auf allen Seiten und die Kosten explodieren. Kann die Lenkung der Patientenströme eine Trendwende bringen?

- 48 Erforderlich: **Angehörigenpflege und Profis**
- 51 Krankenhauspharmazie fordert **Klarstellung zum Bewertungsboard**
- 52 **Wege neu denken**
- 54 Gesundheit **zukunfts**fähig machen
- 55 **Auswirkung privater Investoren** in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen

# SAVE THE DATE



**4. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH**  
Kinder- und Jugendgesundheit 2030  
am Fuße der Rax 2024

Anmeldung  
und mehr  
Informationen

# 25.-26. JUNI

# Sprachrohr für Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegebereich

Die Belastung für das Personal in Spitälern und Pflegeeinrichtungen ist hoch. Überstunden, nicht eingehaltene Dienstpläne, kaum Zeit für die eigentlichen Aufgaben, Überlastung und das Damoklesschwert der Patientengefährdung führen zu Frust und letztlich zur Flucht aus den Pflegeberufen. **MÖGLICHKEITEN, DIESE ABWÄRTSSPIRALE ZU DURCHBRECHEN**, zeigte die Vizepräsidentin der Arbeiterkammer Niederösterreich, Angela Fischer auf. | von Rainald Edel, MBA

**A**ngela Fischer ist seit mittlerweile 23 Jahren am Universitätsklinikum Krems in der Verwaltung im Aufgabenbereich Arbeitsmedizin und Betriebsrat beschäftigt. Sie ist seit 2006 Betriebsrätin und vertritt seit 2019 als Kammerrätin die Interessen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Niederösterreichs. Im November 2023 wurde sie in der Vollversammlung der AK Niederösterreich zur Vizepräsidentin gewählt.

**PERISKOP: Die Unzufriedenheit im bzw. über das österreichische Gesundheitssystem wächst laufend. Was sind aus Ihrer Sicht derzeit die drängendsten Probleme im Gesundheitsbereich?**

**FISCHER:** Die Probleme und Interessen der Angehörigen der Gesundheitsberufe sind mir seit vielen Jahren gut bekannt. Daher möchte ich vorweg allen Mitarbeiterinnen und Mitar-

beitern im Gesundheits- und Pflegebereich, die sich unermüdlich für das Wohl der Patientinnen und Patienten sowie der betreuungsbedürftigen Personen einsetzen, meinen ganz besonderen Dank auszusprechen.

Zunächst ist es mir wichtig zu betonen, dass Österreich immer noch ein vergleichsweise gutes Gesundheitssystem hat, aber es knackt und knarrt mittlerweile an verschiedenen Ecken und Enden. Überlange Wartezeiten auf notwendige Behandlungen und Operationen, gesperrte Betten und Stationen in Spitälern sowie Dienstpläne, die nicht eingehalten werden, sprechen eine eindeutige Sprache: Personalmangel. Die Entwicklungen sind meines Erachtens dramatisch. Viele prinzipiell interessierte Menschen können es sich angesichts der derzeitigen Situation nicht mehr vorstellen, einen Gesundheitsberuf zu ergreifen. Zugleich geht aber die sogenannte Baby-Boomer-Generation in Pension.

**Viele prinzipiell interessierte Menschen können es sich angesichts der derzeitigen Situation nicht mehr vorstellen, einen Gesundheitsberuf zu ergreifen.**

Angela Fischer

Dem gegenüber steht, dass die Menschen in Österreich immer älter werden, aber die Anzahl der gesunden Lebensjahre im EU-Vergleich vergleichsweise gering ist. Dies führt unweigerlich zu einem Anstieg bei der Nachfrage an Gesundheits- und Pflegeleistungen. Auf der Strecke bleibt das bestehende Personal. Mitarbeitende, die mit viel Engagement und Empathie in den Beruf einsteigen, müssen immer mehr und mehr Tätigkeiten – darunter mitunter auch berufsfremde – übernehmen und brennen so oft innerhalb kurzer Zeit aus. So kann es nicht weitergehen!

**Wie kann man hier gegensteuern, damit man nicht auf der Strecke bleibt?**

Der erste Schritt ist, sich selbst einzugestehen, dass man überlastet bzw. überfordert ist. Das ist oft zugleich der schwierigste Schritt, weil wir alle dazu getrimmt sind, „funktionieren zu müssen“ und den Anforderungen, die andere an uns stellen, gerecht zu werden. Wichtig ist, sich klarzumachen: Überlastung hängt nicht damit zusammen, dass man als Mitarbeiterin bzw. als Mitarbeiter etwas falsch gemacht hat oder für die Arbeit nicht mehr geeignet ist. Überlastung ist nahezu immer ein Systemfehler und die Folge von schlechten Arbeitsbedingungen, meist von zu wenig Personal. Für mich als Interessenvertreterin ist es nach wie vor unverständlich, dass es immer noch kein österreichweit einheitliches wissenschaftlich fundiertes Personalbedarfsrechnungsmodell zur Sicherstellung der Personalausstattung mit Sanktionsmöglichkeiten bei Nicht-Einhaltung des Personalschlüssels gibt.

**Woran kann man als Mitarbeiterin bzw. als Mitarbeiter erkennen, dass man überlastet ist?**

Überlastung hat viele Gesichter: Ist die zu erledigende Arbeit kaum oder nicht mehr zu schaffen, lassen viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Erstes die Pausen ausfallen bzw. es werden Überstunden aufgebaut, die dann nicht mehr abgebaut werden können. Im Gesundheitsbereich kommt es oft dazu, dass die Dienstpläne nicht mehr eingehalten werden können, weil Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter ausfallen und

Angela Fischer ist seit mittlerweile 23 Jahren am Universitätsklinikum Krems in der Verwaltung beschäftigt und wurde im November 2023 zur Vizepräsidentin der AK Niederösterreich gewählt.



andere einspringen müssen. Dies führt dazu, dass die Freizeit der betroffenen Kolleginnen, Kollegen nicht mehr planbar ist. Darunter leidet dann oft auch die Familie.

Ist die Arbeit nicht bzw. kaum mehr zu schaffen, steigt die Angst, Fehler zu machen bzw. vielleicht passieren sogar welche. Gerade im Gesundheits- und Pflegebereich können Fehler fatal sein, weil sie natürlich Auswirkungen auf die Patientinnen, Patienten bzw. die zu betreuenden Personen haben können. Überlastung macht sich aber oft auch körperlich und psychisch bemerkbar. Sie äußern sich z. B. in Rückenschmerzen, Infektanfälligkeit, Herzrasen, Magen-Darm-Beschwerden, Schlafstörungen. Manche Kolleginnen, Kollegen bemerken Verhaltensänderungen, wie zum Beispiel Ungeduld, Nervosität, Aggression, Gereiztheit. Auch psychische Probleme können auftreten wie Müdigkeit, Energielosigkeit, Freudlosigkeit, schwächere Gedächtnisleistung, Niedergeschlagenheit, Angst (vor Fehlern), Depression. Eine Umfrage die das „wissma-Marktforschungsinstitut“, letztes Jahr im Auftrag der AK Niederösterreich durchführte, ergab, dass sich 38 Prozent der Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich nach der Arbeit immer bzw. sehr oft körperlich erschöpft fühlen, 34 Prozent leiden immer bzw. sehr oft unter Rückenschmerzen, 31 Prozent fühlen sich immer bzw. sehr oft psychisch erschöpft und 21 Prozent haben immer bzw. sehr oft Schlafschwierigkeiten, weil sie an die Arbeit denken müssen. Jede bzw. jeder vierte Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegebereich denkt bereits über einen Berufswechsel nach. Diese Zahlen sind alarmierend. Denn, wenn Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter überlastet sind, können leicht Fehler passieren. Diese haben im Gesundheitsbereich mitunter fatale Auswirkungen und verursachen viel Leid. Auch aus dem Grund ist es wichtig, dass die Einrichtungen für ausreichend Personal sorgen.

#### **Wenn eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter nun erkennt, dass die Arbeit nicht mehr zu bewältigen ist, Symptome der Erschöpfung auftreten bzw. vielleicht sogar schon ein Fehler passiert ist. Was würden Sie dann empfehlen?**

Wichtig ist, alle relevanten Zahlen, Daten und Fakten zu sammeln, um den Grund der Überlastung benennen zu können. Überlastung kann das Ergebnis eines Massenunfalls sein, wenn gleichzeitig sehr viele Patientinnen, Patienten eingeliefert werden, die dann natürlich rasch versorgt werden müssen. Sie kann aber genauso aus einem Strukturmangel heraus entstehen, weil es in der Abteilung permanent zu wenig Personal gibt. Darüber hinaus ist es wichtig, sich auch mit Kolleginnen, Kollegen abzusprechen, ob sie die Situation vielleicht ähnlich erleben. Das ist sicher für viele ein sehr schwerer Schritt, aus der Anonymität herauszutreten und sich zu outen. Aber der Schritt ist wichtig, weil sich eine Situation nur dann ändern kann, wenn man das Problem anspricht. Ein bewährtes Instrument, Probleme dann Vorgesetzten bzw. dem Arbeitgeber gegenüber aufzuzeigen, ist das Schreiben einer Überlastungs- oder Gefährdungsanzeige.

#### **Was ist das genau?**

Viele schrecken vor der Bezeichnung Überlastungs- oder Gefährdungsanzeige ein wenig zurück, weil sie so formal und förmlich klingt. Sie ist aber nichts anderes als eine Sachverhaltsdarstellung. Das bedeutet, man beschreibt, welche Probleme man wahrnimmt bzw. was, wann, wo, warum passiert ist oder droht. Die Bezeichnung ist aber nicht von Relevanz, es kommt rein auf den Inhalt des Schreibens an. Man kann das

Angela Fischer kennt die Probleme und Interessen der Gesundheitsberufe durch ihre langjährige Tätigkeit im Betriebsrat des Universitätsklinikums Krems.



## **Wir haben die Erfahrung gemacht, dass durch Überlastungs- bzw. Gefährdungsanzeigen Änderungen angestoßen werden.**

Angela Fischer

Schreiben auch einfach nur „Meldung“ nennen oder auch „Sachverhaltsdarstellung“. Ein Muster, wie man das am besten macht und auch eine Checkliste für die Vorbereitung solcher Meldungen, kann man in der neuen Broschüre „Gesundheit schützen! Handlungsanleitung zur Erstellung und Verwendung von Überlastungs- und Gefährdungsmeldungen zum Schutz von Patient:innen und Mitarbeiter:innen“ der AK Niederösterreich nachlesen. Die Broschüre kann man unter [noe.arbeiterkammer.at/helpgesund](http://noe.arbeiterkammer.at/helpgesund) downloaden. In der Broschüre haben meine Kolleginnen und Kollegen primär die Bezeichnung „Gefährdungsanzeige“ verwendet, weil Überlastungen oder Strukturängel in letzter Konsequenz oft zu einer Gefährdung von kranken bzw. betreuungsbedürftigen Personen oder auch von Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern führen.

#### **Welches Ziel verfolgt man mit dem Schreiben solcher Meldungen?**

Hinter der Gefährdungsanzeige steckt der Gedanke, dass Arbeitgeberinnen, Arbeitgeber nur dann Abhilfe bei einer belastenden oder gefährdenden Situation schaffen können, wenn sie wissen, dass es irgendwo ein Problem gibt. Zudem sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf Grund des Arbeits- bzw. Dienstvertrages verpflichtet, die Interessen ihres Arbeitgebers zu wahren und den Betrieb vor drohenden Schäden zu schützen – die sogenannte Treuepflicht. Drohen Fehler aufgrund von Organisationsmängeln, können Gefährdungsanzeigen zudem die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor (verwaltungs-)strafrechtlichen, arbeitsrechtlichen oder zivilrechtlichen Konsequenzen schützen. Eine Gefährdungsanzeige ist letztendlich für alle von Vorteil. Wichtig ist, dass die Meldung gemacht wird, bevor es zu viel wird und etwas passiert.

#### **Haben Sie Erfahrungen mit dem Schreiben so einer Meldung an den Dienstgeber?**


Ja. Als Betriebsrat mussten wir in den letzten Jahren diese Überlastungs- bzw. Gefährdungs-

anzeigen leider schon ein paar Mal verfassen. Aber wir haben auch die Erfahrung gemacht, dass damit Änderungen angestoßen werden. Es muss einem aber auch klar sein, dass damit nicht von einem Tag auf den anderen alles gut wird. Das geht nur step-by-step. Man muss als Mitarbeiterin, Mitarbeiter dann auch etwas Geduld mitbringen.

#### **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gehen ein persönliches Risiko ein, wenn sie aus der Anonymität heraustreten und Probleme offen ansprechen. Viele schrecken davor zurück, weil sie keine Probleme haben möchten. Kann man solche Anzeigen auch anonym einbringen?**

Gefährdungsanzeigen sind an keine Form gebunden. Aus Beweisgründen sollte man es aber schriftlich machen. Gut ist, wenn möglichst viele Personen hinter so einer Anzeige stehen. Auf der einen Seite bekommt die Meldung damit mehr Gewicht, auf der anderen Seite ist man in der Gruppe auch geschützter. Haben Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter dennoch Angst, sich zu outen, gibt es die Möglichkeit, sich an den Betriebsrat bzw. an die Personalvertretung zu wenden. Diese können die Meldung einbringen und sich so schützend vor die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellen. Darüber hinaus steht auch die jeweilige Fachgewerkschaft zur Verfügung. Die Kolleginnen und Kollegen helfen nicht nur bei der Konkretisierung und rechtlichen Beurteilung des Problems, sie unterstützen auch beim Schreiben solcher Meldungen und bringen sie bei Bedarf auch ein.

#### **Gibt es auch ein übergeordnetes politisches Ziel, warum man Missstände aufzeigen soll?**

Ja, das gibt es tatsächlich. In Niederösterreich wurde im Jänner 2024 ein Gesundheitsreformprozess gestartet. Damit mehr herauskommt, als ein zu Papier gebrachtes Lippenbekenntnis, ist es wichtig, zu wissen, wo die Probleme liegen. Eine Behandlung macht bekanntlich erst dann Sinn, wenn man vorher die Symptome kennt und daraus eine Diagnose ableiten kann. Heruntergebrochen auf den Gesundheitsreformprozess ist es daher unerlässlich, die Probleme sichtbar zu machen. Hier möchte die AK Niederösterreich als Sprachrohr für die im Gesundheits- oder Pflegebereich beschäftigten Mitglieder fungieren. Weil man nur, wenn man alle Symptome kennt, eine maßgeschneiderte Behandlung entwickeln kann. 



PEOPLE

WiGeV

# Lösungsorientierte Personalpolitik

Im vergangenen Jahr sorgten Personalprobleme beim Wiener Gesundheitsverbund (WiGeV) immer wieder für Schlagzeilen. Um die Situation nachhaltig zu verbessern, wurde sozialpartnerschaftlich ein Personalpaket geschnürt, **DAS SUBSTANZIELLE VERBESSERUNGEN, SPEZIELL BEI DER ENTLOHNUNG FÜR ÄRZTLICHE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER SOWIE FÜR PFLEGEPERSONAL UND PERSONEN IN AUSBILDUNG BEINHÄLTET**. PERISKOP sprach mit Christian Meidlinger, dem Vorsitzenden der Gewerkschaft youunion, der maßgeblich an den Verhandlungen beteiligt war, über die bereits erzielten Erfolge des Paketes und die noch geplanten Ausbaustufen. | von Rainald Edel, MBA

**M**it acht Kliniken deckt der WiGeV drei Viertel der Spitalsversorgungsleistungen in der Bundeshauptstadt ab. Zusätzlich betreibt der Träger noch neun Pflegehäuser. Insgesamt kümmern sich rund 30.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter um die Patientinnen und Patienten in Wien. Vertreten werden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einschließlich des ärztlichen Personals (hier gemeinsam mit der Kurie der angestellten Ärzte in der Ärztekammer Wien) von der Gewerkschaft youunion. Christian Meidlinger ist seit September 2006 Vorsitzender der „youunion – Die Daseinsgewerkschaft“.

**PERISKOP: Im November konnten Sie ein umfassendes Personalpaket mit dem WiGeV abschließen. Was wurde dabei erreicht?**

**MEIDLINGER:** Mit der Geschäftsführung konnten wir ein großes Paket ausverhandeln, das eine substanziale Verbesserung für die Kolleginnen und Kollegen aus allen Bereichen bedeutet und auch eine nachhaltige Verbesserung und Entspannung am Personalsektor für die städtischen Krankenhäuser verspricht. Der Abschluss im November ist allerdings nur ein Zwischenschritt dieses drei Phasen umfassenden Projektes. Dessen Anfang schon 2022 gelegt wurde und heuer seine Fortsetzung finden wird.

**Ein Meilenstein in dem Paket ist das Thema Bezahlung. Welche Verbesserungen konnten Sie dabei erzielen?**

Wir haben sehr gut zugehört, welche Punkte die Beschäftigten in den Spitälern und Pflegeeinrichtungen besonders stören und daraus unsere Verhandlungsposition entwickelt. Es ist kein Phänomen, das allein den WiGeV betrifft, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Nachtarbeit, Sonn- und Feiertagsarbeit und auch Wochenenddienste eher vermeiden wollen. Gleichzeitig sind diese Dienstzeiten aber systemimmanent, da die Versorgung der Patientinnen und Patienten rund um die Uhr an jedem Tag erfolgen muss. Ein weiterer großer Kritikpunkt seitens der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer betraf die Dienstplanunsicherheit durch Einspringen.

Unter der Prämisse, dass Wien nicht nur eine schöne Stadt zum Leben ist, sondern auch eine gute Stadt zum Arbeiten ist und Arbeit entsprechend entlohnt werden muss, ist es uns gelungen ein substanzielles Gehaltspaket zu schnüren und einen großen Schritt bei der Bezahlung zu machen.

So konnten wir mit einer Einreihungs-Festsetzungsmöglichkeit sowohl für Primar- als auch Fachärztinnen und Fachärzten ein attraktives

**Mit der Geschäftsführung konnten wir ein großes Paket ausverhandeln, das eine substanziale Verbesserung für die Kolleginnen und Kollegen aus allen Bereichen bedeutet.**

Christian Meidlinger

Grundgehalt ausverhandeln. Zudem wurde festgelegt, dass Fachärzte nach drei Jahren automatisch zu Oberärztinnen und Oberärzten werden – womit sie im Gegensatz zur derzeitigen Situation schon von Anfang an eine gute Perspektive und Karrierechance haben. Ebenso ist es uns gelungen, auch für diplomierte Pflegekräfte ein wirklich gutes Gehalt schon ab dem Schulabschluss zu vereinbaren. Zusätzlich konnten wir uns mit dem Dienstgeber darauf einigen, dass es pro Einspringen in einen Dienst 130 Euro zusätzlich gibt und die Entschädigung

gen für Nacht, Sonn- und Feiertagsdienste deutlich angehoben wurden und nunmehr alle im Spitalsbereich tätigen Berufsgruppen umfasst. Um bewährte Kräfte auch nach der Pensionierung oder Ruhestandsversetzung nicht zu verlieren, gibt es nun die Möglichkeit, dass diese wieder arbeiten. Schon in der ersten Phase konnte ein Anwerbebonus in der Höhe von 1.000 Euro ausverhandelt werden, der bereits über 400 neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für den WiGeV aus dem Bekanntenkreis der Kolleginnen und Kollegen gebracht hat.

**Ein Kritikpunkt, speziell in der Pflege, sind die unterschiedlichen Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus und bei Pflegeeinrichtungen. Zeichnet sich auch hier eine Lösung ab?**

Für heuer haben wir uns die Phase 3 des Projektes vorgenommen, bei der wir generell die Gehälter und Rahmenbedingungen der WiGeV-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nochmals genauer ansehen werden und auch

Christian Meidlinger ist seit September 2006 Vorsitzender der „youunion – Die Daseinsgewerkschaft“ und vertritt die Angestellten bei den Spitälern und Pflegeeinrichtungen des WiGeV.



© BEN LEITNER

mit den Konditionen in anderen Bundesländern vergleichen werden.

Unser Ziel ist ein einheitliches Arbeitszeitmodell für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, das sich an der fünf-Tage-Woche orientiert. Das bedeutet für all jene, die noch nicht davon erfasst sind, dass sich die tatsächlich geleistete Arbeitszeit im Jahr um circa 100 Stunden reduzieren wird – eine echte Arbeitszeitverkürzung bei gleichem Lohn.

Gerade in einer Stadt wie Wien, mit einem sehr guten öffentlichen Verkehrsnetz, gehören auch die Fahrten zum und vom Arbeitsplatz einbezogen. Hier verhandeln wir gerade über die Möglichkeit, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die öffentlichen Verkehrsmittel kostenlos benutzen können. Für jene, die das in Anspruch nehmen, wäre das eine weitere Entlastung um 365 Euro pro Jahr.

Da ein Spital ja nicht nur auf Grund der unmittelbar an den Patientinnen und Patienten arbeitenden Kräften funktioniert, sondern hier auch jede Menge Backoffice-Arbeit anfällt, haben wir schon seit einiger Zeit Projekte zur Aufnahme von Stationsschreibkräften und Assistenzkräften laufen, die auch schon zu einigen Neuaufnahmen geführt haben. Allerdings gehören diese Maßnahmen weiter ausgebaut.

**In den Medien und auch seitens der Politik wird immer betont, wie schwer der Pflegeberuf sei und dass es deshalb so schwer sei, Menschen für den Beruf zu begeistern. Hingegen betonen Berufsvertreterinnen und Berufsvertreter wie schön und sinnstiftend die Pflege sei. Wie sehen sie das Berufsbild?**

Ich glaube wir dürfen nicht in die Falle tappen, wenn es Themen gibt, die abgearbeitet und gelöst werden müssen, deswegen die Arbeit an sich negativ zu bewerten. Ich bin überzeugt, dass es sinnstiftende und schöne Berufe sind, die Freude machen. Unsere Aufgabe als Interessensvertretung ist es, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die in der Pflege tätigen Personen gerne weiter in ihrem Berufsfeld – möglichst bis zur Pensionierung – bleiben. Wir dürfen uns die guten Berufsbilder nicht krankreden lassen. Es ist wichtig die Anliegen und Probleme der Kolleginnen und Kollegen ernst zu nehmen und gute Lösungen zu finden.

**Ein Teil der Probleme und Unzufriedenheit im Personalbereich resultiert aus der Unterbesetzung, weil es an Nachwuchs fehlt. Welche Schritte wurden diesbezüglich unternommen?**

Wir konnten in Wien mit einem Plus von 92 Prozent nahezu eine Verdoppelung der Ausbildungskapazitäten erreichen. Allerdings fehlt mir in diesem Bereich die Unterstützung und Innovation der Bundesregierung. Seitens der Gewerkschaft haben wir schon öfter gefordert, dass entsprechende Schritte gesetzt werden müssen. Allerdings hat sich nichts getan und die Bundesländer werden im Stich gelassen. Um gesichert mehr Absolventinnen und Absolventen dem Gesundheitssystem der Stadt zuzuführen, bietet Wien ab dem zweiten Ausbildungsjahr eine Fixanstellung mit gutem Gehalt, das an die Verpflichtung geknüpft ist, nach Abschluss im Beruf zu bleiben. Diese Aktion startet heuer und wird im nächsten Jahr fortgesetzt, so dass wir in den nächsten zwei Jahren insgesamt 700 junge Fachkräfte zusätzlich gesichert zur Verfügung haben. In dieses Projekt sind neben Pflegekräfte auch noch 50 Medizintechnikerinnen und Medizintechniker eingeschlossen, da hier ebenfalls ein besonderer Mangel herrscht. Einige Hintergrundarbeit bedeutet auch die entsprechenden Ausbildungsverantwortlichen

aufzubauen und entsprechende Dienstposten dafür zu schaffen.

Dennoch zeigt dieses Modell, dass die Stadt Wien bereit ist, unseren Forderungen zu folgen und jungen Menschen entsprechende Aufmerksamkeit und Wertschätzung entgegenbringt. In der nun anstehenden dritten Phase werden wir uns mit den Themen Führungskräfte, Führungsverantwortung und Karrieremodellen sowie der diesbezüglichen Entlohnung beschäftigen. Eine Möglichkeit, die wir noch gerne verwirklichen möchten, ist, dass langgediente Medizinerinnen und Mediziner als Tutoren tätig sind und junge Medizinerinnen und Mediziner im Stationsdienst anleiten. Das wird auch insofern relevant, da es für 123 junge Medizinerinnen und Mediziner die Möglichkeit geben wird, über das bestehende Kontingent hinaus, eine Ausbildung bei der Stadt zu machen. Damit erhoffen wir uns, dass sich der Dienstpostenplan in absehbarer Zeit wieder gut füllt.

**Unser Ziel ist ein einheitliches Arbeitszeitmodell für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, das sich an der fünf-Tage-Woche orientiert.**

Christian Meidlinger

**Eine Lösung des WiGeV, um die Personalnot im administrativen Bereich abzufedern, war die Aufnahme von Leiharbeitskräften. Allerdings ist dies nicht unumstritten. Wie ist die Position der youunion zu diesem Thema?**

Derzeit sind über 200 Personen im klinisch-administrativen Bereich beschäftigt. Zur Spitzenabdeckung braucht es rasch verfügbare Arbeitskräfte, das kann entweder durch einen eigenen Personalpool oder eben durch Leiharbeitskräfte erfolgen. Ideal ist so eine Lösung sicherlich nicht, wobei man sagen muss, dass viele der Leiharbeitskräfte auch dauerhaft übernommen werden, weil sie sich bewährt haben. Die Möglichkeiten, eigene Kräfte zu beschäftigen, hängen auch von der allgemeinen Situation am Arbeitsmarkt ab.

Aber in einem zweiten Schritt hat es sich der WiGeV zur Aufgabe gemacht, auch selbst Lehrlinge auszubilden. Es macht eben einen Unterschied, ob man eine Ausbildung zu Bürokaufmann generalistisch macht oder direkt beim Gesundheitsverbund mit all seinen Besonderheiten. Mittlerweile bietet der WiGeV verschiedene Lehrberufe an, die von der Koch- über IT- bis zur pharmazeutischen Lehre reichen.

**Ein Thema, das das Vorjahr beherrscht hat, war das Thema Künstliche Intelligenz (KI). Hier merkt man schon eine gewisse Angst in der Bevölkerung, dass diese Jobs ersetzen könnte. Besteht diese Furcht zurecht?**

Ich denke im Assistenzbereich wird sich in Zukunft einiges tun und KI wird zu einer Arbeitserleichterung beitragen. Was wegfallen wird, sind monotone Tätigkeiten, dafür werden in zwei anderen Bereichen Jobs wachsen. Das eine betrifft den Bereich der hochqualifizierten Beschäftigten und das andere den niedrigqualifizierten Bereich, da man entsprechende Hilfsleistungen braucht.

Wenn an sich rückblickend die Arbeitsmarktpagnosen der letzten 20 Jahre ansieht, erkennt man, dass diese alle falsch lagen. Denn alle enthielten die Vorhersage, dass der niedrigqualifizierte Bereich immer weniger gebraucht werden wird. Tatsache ist aber, dass wir heute mehr Beschäftigte in diesem Bereich haben als



Christian Meidlinger freut sich, dass die Stadt Wien bereit ist, den Forderungen der Gewerkschaft zu folgen und jungen Menschen entsprechende Aufmerksamkeit und Wertschätzung entgegenbringt.

noch vor 20 Jahren. Was sich verändert hat, sind die Berufsbilder in diesem Segment. So gab es zum Beispiel vor zwei Jahrzehnten die Botendienstfahrerinnen und -fahrer noch nicht. Man kann und muss natürlich über die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung im Segment der niedrigqualifizierten und Hilfsdienstleistung sprechen. Aber deren Anteil ist eben entgegen allen Prognosen nicht verschwunden. Daher stellt KI keine Bedrohung dar, sondern ist eine Chance auf Veränderung und Verbesserung im Arbeitsleben.

**Immer deutlicher tritt der Fachkräftemangel zutage. Welche Maßnahmen bedarf es hier, um die Versorgung gerade im wichtigen Segment der Krankenhäuser aufrecht zu erhalten?**

Was sicher auch eine Veränderung in unserer heutigen Arbeitswelt darstellt, ist die Notwendigkeit zur Weiterbildung. Denn unabhängig von der Grundqualifikation kann man nur dann im Berufsleben Fuß fassen und weiterhin bestehen, wenn die Bereitschaft zur Weiterbildung besteht. Daher ist es auch ein berechtigtes Anliegen der Ärztinnen und Ärzte, wenn sie mehr Zeit aber auch Geld für Weiterbildung fordern. Wir haben im Pflegesektor mit der Pflegeassistentin, der Pflegefachassistentin und dem Bachelorabschluss in der Diplompflege schon eine sehr gute, nach oben durchlässige Struktur gefunden. Da wir nicht nur auf jene Personen setzen können, die am Ende der schulischen Ausbildung einen Pflegeberuf wählen, müssen wir, wie auch in anderen Branchen, auf Personen setzen, die im zweiten Bildungsweg in die Pflege einsteigen wollen. Allerdings braucht es, gerade für längere, mehrjährige Ausbildungen, eine entsprechende finanzielle Absicherung. Um hier eine lebensfähige Grundlage während der Ausbildungszeit zu schaffen, hat die Stadt Wien das Ausbildungsgeld, das man zusätzlich zum Arbeitslosengeld erhält, um 400 Euro aufgestockt. Ich glaube wir haben für die WiGeV-Beschäftigten bisher viel erreicht und sehen einen sehr konstruktiven weiteren Weg für 2024, für den wir noch viel vorhaben. P



# Service- und Steuereinheit des Gesundheitssystems

Der Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist in seiner Koordinierungsrolle für den **ERHALT GENERELLER UND GEMEINSAMER INTERESSEN DER SOZIALVERSICHERUNGEN** zuständig. Einblick, zu welchen Aufgaben diese Organisation gesetzlich verpflichtet ist und welche Herausforderungen es zu bewältigen gilt, gab dessen Büroleiter Mag. Jan Pazourek im Gespräch mit PERISKOP. | von Rainald Edel, MBA

**J**an Pazourek übernahm im Juli 2023 die Büroleitung im Dachverband der Sozialversicherungen. Der langjährige Kenner und Insider des Sozialversicherungsbereichs verfügt über viel Erfahrung, die notwendig ist, die manchmal konträren Positionen im Gesundheitssystem und der Politik zu einen und dabei den Vorteil für die Versicherten nicht aus den Augen zu verlieren.

**PERISKOP: Welche Aufgabe hat der Dachverband?**

**PAZOUREK:** Wir nehmen für die Sozialversicherungen drei wichtige Funktionen wahr. Einerseits operative Aufgaben, von denen der Medikamenteneinkauf, die internationale Verrechnung für die gesamte Sozialversicherung sowie die Fondspitäler die beiden wichtigsten sind. Andererseits strategischen Aufgaben, hierunter fallen beispielsweise die Erarbeitung von Richtlinien zur ökonomischen Krankenbehandlung oder zur ökonomischen Medikamentenverschreibung. In diesen Bereich fallen aber auch viele saisonale bzw. temporäre Aufgaben, wie zum Beispiel im Zuge der Finanzausgleichsverhandlungen oder den Bundeszielsteuerungsvertrag mit den Ländern und der Sozialversiche-

rung bis März zu verhandeln und abzuschließen. Aber auch die Selbstverwaltung der Träger zu organisieren oder die Balanced Scorecard der Sozialversicherung zu erarbeiten. Der dritte wesentliche Bereich, für den wir zuständig sind, ist unsere Aufgabe als Dienstleister für die Trägerorganisationen, die wir unterstützen und deren Arbeit ermöglichen.

**Welche Herausforderungen gilt es aktuell zu bewältigen?**

Kurzfristig haben wir einige große Brocken zu stemmen, wie den Bundeszielsteuerungsvertrag oder die Umsetzung des Finanzausgleichs. Hier gilt es eine Reihe wichtiger Neuerungen ins Feld zu bringen: Angefangen von der Diagnoscodierung im niedergelassenen Bereich über die Ausgestaltung von Telemedizin und Wartezeitenmanagement bis hin zur Neukonzeptionierung der Präventionslandschaft. Apropos Prävention: es steht heuer die Neugestaltung und Erweiterung der Vorsorgeuntersuchung und des „Eltern-Kind-Passes“ an. Dazu benötigen wir die Fachexpertise der Sozialversicherungsträger und der Wissenschaft sowie die enge Kooperation mit dem Gesundheits- und Familienministerium als Mitfinanziers bzw. Verordnungsgeber auf

Jan Pazourek übernahm im Juli 2023 die Büroleitung im Dachverband der Sozialversicherungen.

**Ein uneingeschränkter Leistungsanspruch auf der einen Seite und der Blick auf Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung auf der anderen Seite dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden.**

Jan Pazourek

der einen Seite und auf der anderen Seite die konstruktive Mithilfe der Leistungserbringer wie Ärzte, Zahnärzte, Spitäler und Hebammen. Zur Bewältigung solcher komplexen Herausforderungen ist es gut, dass es den Dachverband gibt.

**Sie haben Eingang als eine der Aufgaben den Medikamenteneinkauf erwähnt. Inwieweit ist der Dachverband von den Medikamenten-Versorgungsempässen betroffen.**

Der Heilmittelsektor befindet sich generell im Umbruch. Das heißt wir werden diesbezüglich in mehrere Richtungen aktiv sein müssen. In den letzten beiden Jahren haben wir die Situation der winterlichen Versorgungsempässe bei mehreren Produkten gesehen. Betroffen ist die gesamte Branche. Entlang der Wertschöpfungsketten sind Regelungen zu treffen, dass künftig keine kritischen Engpässe mehr entstehen. Hier kann man sich nicht auf die Heilkraft des Marktes verlassen, sondern muss das regulatorisch in den Griff bekommen. Hier kommt dem Dachverband als Einkäufer eine wesentliche Rolle zu. Als erste Vorleistung haben wir uns mit dem Großhandel zusammengesetzt und einen Infrastruktursicherungsbeitrag vereinbart. Damit soll sichergestellt werden, dass besonders billige, aber häufig von Lieferengpässen betroffene Produkte in ausreichender Stückzahl am österreichischen Markt verfügbar sind. Ein zweites Beispiel für unser Agieren zur Sicherung der Versicherteninteressen ist, dass wir die magistrale Zubereitung durch die Apotheken besser abgesichert haben. Auch wenn dies nicht den Regelfall darstellt, rückte sie jetzt als Notmaßnahme in den Blickpunkt des Interesses. Daher ist es notwendig geworden, die Rahmenbedingungen zu überprüfen. Dazu haben wir mit den Apothekerinnen und Apothekern verhandelt und sichergestellt, dass sie nicht nur die dazu nötigen Rohstoffe bekommen, sondern auch eine angemessene, kostendeckende Remuneration ihrer Leistungen für die magistrale Zubereitung.

Bei der Heilmittelversorgung sind gemeinsam mit den Trägern aber auch wesentliche strategische Fragen anzugehen. Denn wir haben eine neue Kategorie an Produkten, die in zunehmender Zahl und unterschiedlicher Qualität auf den Markt drängt. Hierbei handelt es sich um eine







Kombination aus klassischem Medikament, Heilbehelf bzw. Hilfsmittel und prozessgestützter digitaler Anwendung. Die Einzelemente dieser Hybridlösungen kennen wir zwar, aber für deren Kombination haben wir keine Governance in Österreich zum Schutz der Patientinnen und Patienten. In anderen Ländern, beispielsweise in Deutschland gibt es bereits eine regulatorische Lösung dazu, allerdings ist sie aus unserer Sicht nicht befriedigend. Unsere Aufgabe wird sein, die Erfahrungen aus dem Ausland zusammenzutragen, und im Sinne eines „lesson learned“ unsere Ansätze möglichst so zu wählen, dass wir missglückte Versuche anderer Länder nicht nachahmen. Dafür haben wir im Dachverband eine eigene Abteilung aufgebaut, die sich vorrangig mit diesen Fragen beschäftigt, um dieses Themenfeld mit viel Know-how offensiv anzugehen.

**Innovationen am Arzneimittelsektor sind auch Teil der Diskussion rund das durch den Gesundheitsminister ins Leben gerufenen Bewertungsboard, das auch die Medikation an der Schnittstelle zum extramuralen Bereich betrifft. Welchen Standpunkt nimmt der Dachverband bezüglich dieser Institution ein?**

Der Grundgedanke dieser Idee, die nicht von uns stammt, birgt Chancen aber auch Risiken – es wird auf die Umsetzung ankommen. Grundsätzlich kann man in diesem Vorstoß gewisse positive Aspekte erkennen. Denn wir haben ein fragmentiertes Gesundheitswesen mit Zuständigkeiten im Bund und in den neun Bundesländern. Den Missstand aufzugreifen, dass die Bundesländer bei bestimmten teuren Medikamenten völlig unterschiedlich vorgegangen sind und damit Patientinnen und Patienten in jene Länder ausgewichen sind, wo diese durch das Gesundheitssystem übernommen wurden, ist ein richtiger Ansatz. Auch die Behandlungsabläufe waren bislang nicht österreichweit gleich. Hier zu harmonisieren, ist im Interesse der Bevölkerung. Auch durch einen gemeinsamen Einkauf Volumina zu bündeln, um bessere Konditionen zu erzielen, ist sinnvoll. Sich diese Fragen, bundes-, länder-, spitalträger- und sozialversicherungsübergreifend in einem Board anzusehen, ist gut. Allerdings muss man aufpassen, dass dadurch nicht durch die Hintertür schleichend ein Tabu gebrochen wird. Denn im Krankenanstaltengesetz gibt es keine Einschränkung des Rechts auf Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft aus ökonomischen Gründen. Vor dieser Gefahr haben Ärztinnen und Ärzte, die zur Therapie auf hochpreisige, innovative Arzneimittel angewiesen sind, beispielsweise in der Onkologie, gewarnt. Diese Expertinnen und Experten stehen in der täglichen Arbeit ohnehin im Spannungsfeld zwischen wissenschaftlich medizinischem Anspruch und dem Rechtsträger der Krankenanstalt, für

SV-Dachverband Büroleiter Jan Pazourek sieht die Stärke seiner Institution in der Bewältigung komplexer Aufgaben.

die sie arbeiten und dessen finanziellen Ressourcen. Dieser Austausch würde einen „Bias“ bekommen, wenn in der Umsetzung dieses „Bewertungsboards“ Fehler passieren.

**Heißt das vereinfacht gesagt, dass die Ökonomie das Zünglein an der Waage sein wird, ob bestimmte Substanzen zur Anwendung kommen oder nicht?**

Ein uneingeschränkter Leistungsanspruch auf der einen Seite und der Blick auf Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung auf der anderen Seite dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Natürlich setzen Ressourcen und Ökonomie de facto immer Limits – sowohl im Spitals- wie im niedergelassenen Bereich. Allerdings müssen wir aufpassen, den Leistungsanspruch nicht per se durch das Argument der Ökonomie einzuschränken. Das ist sicherlich nicht, was wir wollen.

**Wir haben aktuell einige große Brocken zu stemmen, wie den Bundeszielsteuerungsvertrag oder die Umsetzung des Finanzausgleichs.**

Jan Pazourek

**Das bringt uns zum Thema der Teilhabe der Bevölkerung am Gesundheitssystem in Form der Selbsthilfe. Wie wichtig ist diese für das heimische Gesundheitssystem?**

Selbsthilfegruppen können etwas, was professionelle Systeme nicht leisten. Sie erzeugen einen Mehrwert durch die Zusammenführung persönlicher Erfahrungen von Betroffenen, die Informationen und vor allem Bewältigungsstrategien austauschen. Daher ist es sehr wichtig, dass es Selbsthilfeaktivitäten gibt und diese niederschwellig zugänglich sind. Zu bedenken ist, dass wenn in solchen Grassroot-Bewegungen der Organisationsgrad steigt ein strukturelles Spannungsverhältnis entsteht. Daher braucht es eine gute Balance zwischen Professionalisierung auf der einen Seite und unmittelbarer Betroffenenkompetenz auf der anderen

Seite, damit der Urgedanke der Selbsthilfe nicht verloren geht. Selbsthilfeorganisationen dürfen nicht zu Reservespezialisten werden, die Interessen anderer Institutionen oder ihrer Geldgeber übernehmen müssen. Was es braucht, ist die Widerständigkeit, der Stachel, dass Selbsthilfegruppen kritisieren, Lobbyarbeit im Sinne ihrer Mitglieder betreiben können, aber auch anecken dürfen. Ich denke, das ist das Wichtigste und das muss unser Gesundheitssystem auch aushalten.

**Ein Thema, das momentan wieder aktuell diskutiert wird, ist Impfen. Wir sind mitten in einer Grippewelle, Expertinnen und Experten fordern die Herpes-Zoster- sowie die Pneumokokken-Impfung in ein gratis Erwachsenenimpfprogramm aufzunehmen. Wo sieht der Dachverband hier die Priorität?**

Bund, Länder und Sozialversicherungen nehmen jetzt zu gleichen Teilen mehrere Millionen Euro in die Hand, um ein kostenloses Erwachsenenimpfprogramm aufzubauen, wie wir es bei Kindern bereits erfolgreich implementiert haben. Das muss aber Zug um Zug nach einer logischen Reihenfolge aufgebaut werden. Das Influenza-Impfprogramm ist jetzt einmal ein Probegalopp gewesen, an dem sich zeigt, wo es Verbesserungen braucht. Unterm Strich zeigte sich, dass es nicht nur bei Logistik und Verteilung Optimierungspotenzial gibt, auch haben wir zu wenig Impfstoff beschafft. Das heißt, in einem ersten Schritt müssen wir das Influenza-Impfprogramm stabilisieren, die Nachfrage erfüllen und die Abläufe einüben. Dann kann man darauf aufbauen. Wir können natürlich nicht alle vom obersten Sanitätsrat empfohlenen Impfungen mit einem Schlag integrieren. Sondern wir müssen anhand einer Reihe von Kriterien abwägen, was die zweite Erkrankung sein wird, gegen die wir impfen. Hierzu gibt es Entscheidungsalgorithmen, die die Wissenschaft für öffentliche Entscheidungsträger und die Politik zur Verfügung stellt. Dieser Schritt muss als nächstes sauber durchlaufen werden, um dann begründet sagen zu können, welche Impfung an nächster Stelle in das gratis Impfprogramm aufgenommen werden soll. **P**



PEOPLE

# EU-Maßnahmenpaket für Arzneimittel

Der bisherige EU-Rechtsrahmen für den Arzneimittelmarkt ist nach knapp 20 Jahren deutlich in die Jahre gekommen. Im letzten Jahr **PLANTE DIE EU-KOMMISSION DESHALB EIN MASSNAHMENPAKET ZU SCHNÜREN**, um die gesetzlichen Rahmenbedingungen zeitgemäß und zukunftsfit zu gestalten. Ing. Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA, Mitglied der Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses (EWSA) gibt erste Einblicke in die neuen Regelungen und die Stellungnahme seiner Organisation. | von Rainald Edel, MBA

**D**ie COVID-19-Pandemie hat deutlich gemacht, dass die Gesundheitssysteme in Europa dringend gestärkt werden müssen. Dazu zählt auch der Zugang zu sicheren, wirksamen und hochwertigen Arzneimitteln zu erschwinglichen Preisen. Um das zu gewährleisten, hat die Europäische Kommission rasch reagiert und noch 2020 eine Arzneimittelstrategie erarbeitet. Diese zielte darauf ab, einen zukunftssicheren Rechtsrahmen zu schaffen und die Industrie dabei zu unterstützen, Forschung und Entwicklung von Technologien in Bereichen voranzutreiben, die den Patientinnen und Patienten zugutekommen. Im Wesentlichen stützt sich die Strategie auf vier Säulen, die legislative sowie nicht legislative Maßnahmen umfassen:

- Gewährleistung des Zugangs für Patientinnen und Patienten zu erschwinglichen Arzneimitteln und Deckung des unerfüllten medizinischen Bedarfs (beispielsweise in den Bereichen Antibiotikaresistenz und seltene Krankheiten).
- Förderung von Wettbewerbsfähigkeit, Innovation und Nachhaltigkeit der Arzneimittelindustrie in der EU und der Entwicklung hochwertiger, sicherer, wirksamer und umweltfreundlicherer Arzneimittel.
- Verbesserung von Mechanismen zur Krisenvorsorge und -reaktion und von diversifizierten und sicheren Lieferketten, Behebung von Arzneimittelengpässen.
- Gewährleistung einer starken Stimme der EU auf der Weltbühne durch die Förderung hoher Qualitäts-, Wirksamkeits- und Sicherheitsstandards.

Zum Abschluss des Projektes und zur rechtlichen Umsetzung der Strategie hat die EU-Kommission, im Vorjahr, noch ein Maßnahmenpaket (General Pharmaceutical Legislative Revision) geschnürt und in Begutachtung geschickt. Dieses enthält zwei Legislativvorschläge: eine neue Richtlinie und eine neue Verordnung, die den EU-Rechtsrahmen für alle Arzneimittel darstellen und die früheren Arzneimittelvorschriften vereinfachen und ersetzen sollen. Die endgültige Beschlussfassung soll noch im Frühjahr 2024 erfolgen.

## Positive Entwicklung

„Diese lange erwartete Überarbeitung des Europäischen Arzneimittelrechtsrahmens ist zu begrüßen“, lobt Schaffenrath. Sie bietet die Chance; die aktuell existierenden Vorgaben rund um die Arzneimittelzulassung neu auszurichten. „Eine Überprüfung des regulatorischen Rahmens ist sinnvoll und geboten, um die Regelungen unter anderem an den aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik anzupassen. Dies insbesondere, um die gleichberechtigte und zeitgerechte Versorgung der Patientinnen und

Patienten zu gewährleisten“, so Schaffenrath. Als besonders wichtig erachtet er dabei, wie der EWSA schon in seiner Stellungnahme zur Arzneimittelstrategie betonte, eine Balance zu schaffen zwischen der Versorgung mit sicheren, qualitativ hochwertigen Arzneimitteln, der finanziellen Tragfähigkeit der nationalen Gesundheitssysteme und der Förderung der Wettbewerbsfähigkeit der pharmazeutischen Industrie. Allen voran unterstütze man daher die drei zentralen „A“ der Europäischen Kommission – affordability, accessibility und availability. „Auf den Arzneimittelmarkt umgelegt heißt das: Mehr leistbare Arzneimittel, ein gleichberechtigter und zeitnaher Zugang zu Arzneimitteln für alle Patientinnen, Patienten in der Union sowie eine effiziente Bekämpfung von Arzneimittelengpässen und eine Stärkung der Versorgungssicherheit in ganz Europa“, erklärt Schaffenrath. Gleichzeitig bestehe aber auch die Notwendigkeit, die pharmazeutische Industrie entsprechend zu unterstützen. „Man darf nicht vergessen, dass sie mit 215 Mrd. Euro Exportvolumen pro Jahr einer der Schlüsselsektoren in Europa für wirtschaftliches Wachstum, Beschäftigung und Innovation ist“, so Schaffenrath.

## Attraktivität des Sektors steigern

Als einen Schritt in die richtige Richtung erachtet der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss, dass mit dem Maßnahmenpaket wirksame Anreize für Innovation und Reduzierung des regulatorischen Aufwandes für Unternehmen und Regulatoren gesetzt werden. So soll sowohl die Wettbewerbsfähigkeit als auch die Attraktivität des Sektors erhalten und gefördert werden. Oberstes Ziel muss sein, dass Innovation mit einem nachweisbaren Patientennutzen auch bei den Betroffenen ankommt. „Denn was nützt uns medizinischer Fortschritt, wenn die Gesundheitssysteme diesen nicht mehr erstatten können und er somit die Betroffenen gar nicht mehr erreicht“, so Schaffenrath. Daher müsse medizinische Innovation mit einem wirklichen Mehrwert gefördert und honoriert werden. In diesem Zusammenhang müsse der frühzeitige und umgehende Markteintritt von Generika bzw. Biosimilars und folglich der Wettbewerb unmittelbar nach Ablauf des Patents verbessert und gestärkt werden. Der EWSA hält es vor allem für notwendig, das derzeitige System der rechtlichen Schutzfristen anzupassen und sieht den vorgeschlagenen stu-



Martin Schaffenrath ist Mitglied des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses (EWSA) sowie Verwaltungsrat der ÖGK.

© KRISTIAN JUHASZ

## Diese lange erwartete Überarbeitung des Europäischen Arzneimittelrechtsrahmens ist zu begrüßen. Ziel muss es sein, eine gleichberechtigte und zeitgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Martin Schaffenrath

fenweisen Ansatz positiv. Vorgesehen ist eine Verkürzung der Datenschutzfrist von acht auf sechs Jahre als Basisszenario sowie die Möglichkeit, die rechtliche Schutzfrist in gewissem Umfang zu verlängern, um einschlägige Innovationen, die einem wirklich ungedeckten medizinischen Bedarf Rechnung tragen und alle Patientinnen, Patienten in Europa erreichen, angemessen und gezielt zu honorieren. „Somit können medizinische Innovationen, die einen nachweisbaren therapeutischen Mehrwert und Nutzen haben, weiterhin auf die ursprünglichen acht Jahre Schutzfrist kommen“, erläutert Schaffenrath. Kritisch hinterfragt werden müsse, so Schaffenrath, ob der stufenweise Ansatz bei den Schutzfristen den Wettbewerb nicht noch stärker gefährden würde, da die maximale Schutzfrist – unter bestimmten Umständen – nach dem Vorschlag der EU-Kommission nun um ein weiteres Jahr verlängert werden können und nunmehr zwölf statt elf Jahre betragen würde. Er verweist darauf, dass die Daten- und Marktschutzfristen in der EU im internationalen Vergleich bereits länger seien als in anderen Rechtsordnungen. Angesichts der Stärkung des unmittelbaren Wettbewerbs, d.h. der Markteinführung von Generika und Biosimilars, sei die Ausweitung und Harmonisierung der Bolar-Ausnahmeregelung ein wichtiger Schritt. Allerdings sei es notwendig, dass die juristische Formulierung der Bolar-Ausnahmeregelung, wie sie im Vorschlag vorgesehen ist, weiter präzisiert wird, damit sie allen Aspekten im Zusammenhang mit der Vorbereitung der Markteinführung von Generika und Biosimilars unmittelbar nach Ablauf des Patentess gerecht werde. Schließlich fordert der EWSA auch Preisbildung, Erstattung und Entscheidungen über die Vergabe von Aufträgen auf nationaler Ebene in den Rechtstext aufzunehmen, um größtmögliche Einsparungen in den einzelnen Gesundheitsetats zu erzielen, Arzneimittel erschwinglicher und für die Patientinnen und Patienten schneller zugänglich zu machen. Zudem würde dies helfen, den Verwaltungsaufwand für Hersteller von Generika und Biosimilars zu verringern. Ebenfalls ein richtiger Schritt sei der nun eingeführte vierjährige Unterlagen-schutz für Innovationen auf Basis bewährter Wirkstoffe, das sogenannte Repurposing.

### Fokus Seltene Erkrankungen

Vor dem Hintergrund einer proaktiven und effizienten Ausrichtung der Arzneimittelforschung und -entwicklung auf Bereiche, in denen es keine angemessene oder wirksame Therapie gibt und der Entkopplung von Arzneimittelforschung und -entwicklung in identischen therapeutischen Bereichen, begrüßt der EWSA den Vorschlag der EU-Kommission für eine gemeinsame Definition, was konkret unter einem ungedeckten Bedarf zu verstehen sei. „Bezüglich der Arzneimittel für Seltene Erkrankungen muss jedoch kritisch bemerkt werden, dass das ursprüngliche Ziel und damit die Basis der Verordnung aus dem Jahr 2000 im vorliegenden

Martin Schaffenrath war als „Berichterstatter“ für die Stellungnahme des EWSA zu Maßnahmenpaket verantwortlich und hat mit seinem Team das Papier verfasst.



Vorschlag, nämlich die mangelnde Profitabilität dieser Arzneimittel, keine Berücksichtigung mehr findet“, legt Schaffenrath dar. Seitens des EWSA schlägt man vor, dass mittels eines regelmäßigen Reviews Kriterien für die Ausweisung als Arzneimittel für seltene Erkrankungen und damit auch die Erteilung einer Marktexklusivität von neun bzw. zehn Jahren den Kriterien der Wirtschaftlichkeit Rechnung getragen wird. Nach Ansicht des EWSA begrüßenswert ist weiters, dass die wachsende Bedrohung durch antimikrobielle Resistenzen im neuen Arzneimittelrecht ausdrücklich hervorgehoben wird. Neben Maßnahmen zur Verringerung des Einsatzes von Antibiotika muss der Schwerpunkt insbesondere auf alternativen Anreizmodellen während des gesamten Forschungs- und Entwicklungszyklus liegen. „Wichtig wird es in Zukunft sein, den Profit des Herstellers vom Verkaufsvolumen zu entkoppeln“, erklärt Schaffenrath. „In den Entwurf aufgenommen wurde ein Artikel zur Stärkung der Transparenz der Forschungsförderung mit öffentlichen Geldern, wie wir dies im EWSA-Bericht 2021 gefordert haben“, erklärt Schaffenrath.


### Zulassungsverfahren

Im Hinblick auf die im Rechtstext vorgeschlagenen verschiedenen beschleunigten Genehmigungsverfahren, mahnt der EWSA zur Vorsicht. Goldstandard für die Marktzulassung müssen weiterhin randomisierte, kontrollierte Studien mit relevanten Komparatoren und Endpunkten bleiben. Ausnahmen sollten nur in gut begründeten Einzelfällen erfolgen. „Es gelangen zunehmend neuartige Arzneimittel auf den Markt, zu denen vor allem hinsichtlich Wirksamkeit kaum Informationen vorliegen“, berichtet Schaffenrath. Daher sollte aus Sicht des EWSA die Anwendung beschleunigter und an Bedingungen geknüpfter Verfahren auf Situationen beschränkt sein, in denen keine medizinische Alternative zur Verfügung steht oder in denen die Lebensqualität auf Grund der Erkrankung stark beeinträchtigt ist. Daher sei die Reduzierung des Bewertungszeitraumes der Europäischen Arzneimittelagentur von 210 auf 180 Tage kritisch zu sehen, da sich dies nachteilig auf die Solidität der zentralen

Zulassungsverfahren auswirken könnte. „Eine schnelle Zulassung auf Basis unzureichender Evidenz würde letztendlich den Zugang für Patientinnen und Patienten mehr erschwert als erleichtert“, warnt Schaffenrath. Auch gebe es bereits im derzeitigen wie auch im künftigen Rechtsrahmen ohnehin die Möglichkeit für beschleunigte Verfahren mit einer Frist von 150 Tagen.

Hingegen sei die Aufnahme während der Pandemie erprobter und bewährter Verfahren bzw. Ausnahmen in die neue Regelung positiv zu sehen, um in einer künftigen Notlage mehr regulatorische Flexibilität zu haben. Große Bedenken lösen beim EWSA auch die neu vorgeschlagenen, übertragbaren „Exklusivitätsvouchers“ aus. Denn diese seien eine in diesem Rahmen noch nie getestete Maßnahme mit unabsehbaren finanziellen Auswirkungen sowie eine deutliche Einschränkung der Planungssicherheit für Generikahersteller. „Ebenso kritisch zu sehen ist die Einführung sogenannter regulatorischer Sandkästen, die, wie die Exklusivitätsvouchers, noch nie zuvor getestet wurden und deren Konsequenzen bis dato nicht absehbar sind“, warnt Schaffenrath. Darüber hinaus befürchte man, ein zusätzliches Einfallstor für verstärktes Lobbying der pharmazeutischen Industrie im Hinblick auf regulatorische Zulassungsprozesse. Seitens des EWSA begrüße man zudem sämtliche Maßnahmen für eine erhöhte Kontrolle und Beobachtung von Lieferengpässen sowie verstärkte Meldepflichten von Seiten der Hersteller. Hierbei wäre auch an die Einführung von Sanktionen bei Nichteinhaltung dieser Verpflichtungen zu denken.

### Weitere Schritte

Eine Vielzahl der Aspekte müssen noch durch die von der Kommission zu erlassenden delegierenden Rechtsakte konkretisiert werden und verweisen auf noch zu erstellende Guidelines. „Deshalb sind die Auswirkungen nur schwer abzuschätzen“, so Schaffenrath in seinem Resümee. Aus Gründen der Planungs- und Rechtssicherheit sollten allerdings im jetzigen Gesetzgebungsverfahren zu viele unklare Aspekte vermieden werden. 





# Gesundheitsdaten werden heuer vollständiger

Die öffentliche Erwartungshaltung ist, **DASS SÄMTLICHE RELEVANTE DATEN, INSBESONDERE LABOR- ODER RADIOLOGIE-BEFUNDE, IN DER ELEKTRONISCHEN GESUNDHEITSAKTE ELGA GESPEICHERT WERDEN.** Die entsprechende Schnittstelle wird derzeit allerdings nur vom Spitalsbereich genützt. Im PERISKOPINION Gespräch unter der Leitung von PRAEVENIRE Generalsekretär Mag. Oliver Brosch, MA, legen Andreas Huss, MBA, Obmann-Stellvertreter der ÖGK und Dr. Hans Georg Mustafa, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und klinische Chemie sowie Obmann der Bundesfachgruppe medizinische und chemische Labordiagnostik der Ärztekammer Österreich ihre Standpunkte bezüglich einer Integration dieser Daten für den niedergelassenen Bereich dar. | von Rainald Edel, MBA

**M**it ihrer Basisarchitektur hat die elektronische Gesundheitsakte ELGA das Potenzial, Ärztinnen und Ärzte sowie die Versicherungen zu unterstützen und zu entlasten. Auch die Zustimmung seitens der Bevölkerung zu diesem System wäre gegeben. Aus unterschiedlichen Gründen werden allerdings die Möglichkeiten derzeit noch nicht vollumfänglich genützt. Einer der Bereiche, der die Patientinnen und Patienten tatsächlich entlasten würde, wären Labordaten. Denn wer für einen Arztbesuch Werte aus der Vergangenheit braucht, muss entweder die alten Befunde suchen oder Untersuchungen wiederholen. Das ist mit Aufwand und Kosten verbunden.

**PERISKOP: Die Labore der Spitäler spielen ihre Befunde in ELGA seit Jahren ein, jedoch nicht die Labore und Radiologie Institute im niedergelassenen Bereich. Welche Position nimmt die ÖGK zu ELGA ein?**

**HUSS:** Die Bevölkerung hat den berechtigten Anspruch an ein gut digitalisiertes Gesundheitssystem, dass ihre Gesundheitsdaten, egal ob es sich um Medikamenten-, Labordaten oder Röntgenbilder handelt, gut gesichert von jedem Gesundheitsdienstleister abrufbar sind. Wir haben mit

der elektronischen Gesundheitsakte ELGA ein vorzeigbares System, das allerdings in den Kinderschuhen steckengeblieben ist. Zwar sind alle Spitalsdaten, wie Entlassungsbriefe, Labordaten in ELGA verfügbar, aber es ist ein Datenschun gel. Was fehlt, ist eine einseitige, schnelle Übersicht über die wichtigsten Patientenparameter im Sinne eines Patient Summaries. Denn nur so können Gesundheitsdienstleister, wie Ärztinnen, Ärzte aber künftig auch Therapeutinnen und Therapeuten auf einen Blick alle relevanten Daten zur Patientin, zum Patienten sehen. Wir sind gerade dabei, die bildgebende Diagnostik des niedergelassenen Bereichs in ELGA verfügbar zu machen. Das Projekt sollte bis Ende des Jahres abgeschlossen sein. Damit sollte sich auch das Thema Doppel- und Mehrfachbefunde in diesem Bereich etwas entspannen. Was noch offen ist, und da gab es in der Vergangenheit bereits Gespräche mit Dr. Mustafa, sind Labordaten. Zwar gibt es flächendeckend die Labordaten der Spitäler, aber nicht jene aus dem niedergelassenen Bereich. Grundsätzlich gibt es auch die Bereitschaft der Laborärzte diese zur Verfügung zu stellen, allerdings ist es auch eine Kostenfrage. Denn es braucht entsprechenden Speicherplatz und eine Aufwandsentschä-

v. l.: Georg Mustafa, Andreas Huss und Oliver Brosch diskutieren in Salzburg über die Aufnahme von Labordaten in ELGA.

digung – das muss im Rahmen der nächsten Vertragsverhandlungen mit der Ärztekammer geklärt werden. Und nachfolgend braucht es noch die zuvor angesprochene Übersicht für alle Gesundheitsdienstleister, mit der man tatsächlich arbeiten kann.

**Wo liegt der Unterschied zwischen ELGA und dem derzeitigen System des Daten- bzw. Befundaustausch mit den zuweisenden Ärzten?**

**MUSTAFA:** Der wesentliche Unterschied zwischen einem Spitalslabor und einem im niedergelassenen Bereich ist, dass die Intramuralen im Krankenhausinformationssystem (KIS) eingebettet und mit den Ambulanzen und Stationen direkt verbunden sind. Im niedergelassenen Bereich sind nur die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte mit uns elektronisch verbunden. Die Befunde werden extramural in maschinenlesbarer Form gerichtet übermittelt und werden als Teil der Dokumentation bei den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sowie bei uns gespeichert. Ein Befund kann auch an mehrere Stellen gehen. Zudem besteht die Möglichkeit, dass Ärztinnen und Ärzte auch gezielt noch Werte nachfordern können. Dieses System wird derzeit komplett von den zuweisenden Ärztinnen, Ärzten sowie den Laboratorien getragen. ELGA hingegen ist ein System, in das alle Gesundheitsdienstleister Befunde einspielen können und sollen. Diese sind auch ohne, dass er vorab eine Zuweisung und es ein Vertragsverhältnis gab, einsehbar. Da manche Patientinnen und Patienten Befunde nicht uneingeschränkt allen Gesundheitsdienstleistern zeigen möchten, gibt es bei ELGA die Möglichkeit des generellen bzw. des situativen Opt-outs. Man kann daher vereinfacht sagen, ELGA ist die umfassendere, aber inkomplette Information und ersetzt nicht bzw. entspricht nicht der gesetzlich verpflichtenden Befund-Dokumentation.

**Wie hoch ist die Anzahl der Befunde, die durch die Labore in Österreich pro Jahr erstellt werden?**

**MUSTAFA:** Konkrete Zahlen dazu gibt es nicht, wenn man es auf Patienten umlegt, gehen wir sehr grob geschätzt von acht bis zehn Millionen aus.

**HUSS:** Wir gehen in der Einschätzung von rund 100 Mio. Laborwerte pro Jahr aus, die eingespielt werden müssen – umgerechnet ziemlich den gleichen Wert wie zuvor Dr. Mustafa genannt hat. Allerdings kann man mit einem guten, durchgängigen System eine erhebliche Anzahl an Doppel- und Mehrfachbefunde





## Eine Vermeidung von Doppel- und Mehrfachbefunden ist nicht nur ein Mehrwert für Patientinnen und Patienten sondern auch eine spürbare Entlastung für das Gesundheitssystem.

Andreas Huss

vermeiden. Das ist neben dem Mehrwert für die Patientinnen und Patienten auch für das Gesundheitssystem eine spürbare Entlastung.

### Welche Vorteile und Interessen haben die Versicherten der ÖGK, dass Labordaten in ELGA enthalten sind?

**HUSS:** Wir gehen davon aus, dass rund ein Viertel aller Untersuchungen einsparbar wäre, wenn man die benötigten Daten aus ELGA entnehmen könnte. Wir haben noch als Salzburger Gebietskrankenkasse gemeinsam mit den Laboren ein Tool implementiert, das hilft, Doppelbefunde in unserem Einflussgebiet zu vermeiden.

### Welche Gründe gibt es, dass, wie zuvor schon angesprochen, Spitäler die Labordaten einspeichern, niedergelassene Institute nicht?

**HUSS:** Die Labore haben sich eine Infrastruktur geschaffen, mit der sie ihre Zuweiser bedienen. Daher ist das Interesse, Daten in ELGA einzuspielen für sie verständlicherweise eher zweitrangig. Die ÖGK hat diesbezüglich eine andere Interessenslage, denn wir wollen, dass diese Daten allen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung stehen.

**MUSTAFA:** Der Grund, warum Daten aus dem Bereich außerhalb der Spitäler nicht eingespielt werden, ist, dass in ELGA einige Bereiche noch nicht so geregelt sind, dass es praktikabel wäre. Vor allem die Regelung des situativen Opt-out muss in ELGA noch technisch gelöst werden – das wäre ein großer Schritt in die richtige Richtung. Sofern einige Voraussetzungen gegeben sind, ist ein Einspielen im niedergelassenen Bereich genauso machbar wie im Spitalsbereich. Ein zweiter Punkt, der vor allem in niedergelassenen Bereich relevant ist, ist die Finanzierung des Systems. Hier sind drei Komponenten zu beachten: Der Provider, den man zahlen muss, damit der die Affinity-Domäne vorhält. Die Investition in das eigene System der Labore, um die Daten in die Affinity-Domäne einspielen zu können. Der dritte Bereich ist die laufende Wartung des Kataloges. Denn Labormedizin ist

l.: Für ÖGK Obmann-Stellvertreter Andreas Huss sind eine vollständige Dokumentation und ein guter Überblick im Sinne eines Patient Summary wichtige Ausbauschritte für ELGA.

r.: Sofern rechtliche Hürden überwunden und die Finanzierung gesichert sind, wäre für Georg Mustafa, Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin, eine Integration der Labordaten in ELGA rasch umsetzbar.

nicht statisch, sondern die Parameter ändern sich oft mehrmals pro Jahr. Das heißt, ein solcher Katalog muss laufend gewartet werden, damit er funktioniert.

### Gibt es Berechnungen, welche Mehrkosten, zum Beispiel umgelegt pro Patientin, pro Patienten entstehen?

**MUSTAFA:** Wir müssen zuerst genau festlegen, was das System leisten soll. Erst dann kann man kalkulieren. Das höchste Gebot, wenn wir über Kosten reden, ist, dass diese transparent, nachvollziehbar und für die „Zahler“ sichtbar sind. **HUSS:** Wir haben in der Vergangenheit Kostenschätzungen machen lassen und gehen davon aus, dass das Einspielen eines Datensatzes rund 15 Cent kosten würde. Das ist für den einzelnen Datensatz vernachlässigbar, in Summe dann doch ein spürbarer Betrag. Aber die ÖGK ist bereit, diesbezüglich Geld in die Hand zu nehmen, da wir der Überzeugung sind, dass die Einsparungen wesentlich höher sind als die notwendigen Kosten.

### Im Rahmen der Diskussion zum European Health Data Space (EHDS) wurde seitens der Kommission eine Streichung der in Österreich langjährig eingesetzte Opt-out-Lösung diskutiert. Welche Position nimmt die ÖGK in dieser Frage ein?

**HUSS:** Ich sehe die Möglichkeit des Opt-out kritisch, denn ein öffentliches Gesundheitssystem, das über Beiträge und Steuermittel finanziert wird, sollte über komplette Gesundheitsdaten verfügen. Es war der österreichische Kompromiss, bei der Einführung von ELGA, die Möglichkeit des Opt-out zu geben. Die österreichische Bevölkerung macht davon zum Glück nur wenig Gebrauch. Derzeit gibt es rund 280.000 Fälle – das sind rund drei Prozent der Bevölkerung. Das heißt, der Großteil der Versicherten möchte, dass ihre Gesundheitsdaten überall dort, wo sie notwendig sind, möglichst komplett zur Verfügung stehen.

Es muss den Patientinnen und Patienten daher bewusst gemacht werden, wenn Daten im Rahmen des Opt-out gesperrt werden, dass diese im Notfall nicht zur Verfügung stehen und man selbst dafür Sorge tragen muss, dass relevante Angaben bekannt werden.

**MUSTAFA:** ELGA wird die gerichtete Befundübermittlung auf Grund rechtlicher Voraussetzung nicht ersetzen können, denn die Dokumentationspflicht bleibt bei der Ärztin, dem Arzt. Daher wird es immer eine Doppelgleisigkeit geben. Die Frage des situativen Opt-out ist aus meiner Sicht eine gesellschaftspolitische Entscheidung und nicht der Medizin. Aus unserer Sicht geht es nur darum, wie das administriert wird. Hierbei ist für uns entscheidend, dass wir uns im Klaren sein müssen, ein Opt-out ist nicht die Verpflichtung der Ärztin, des Arztes oder der Sozialversicherung, sondern ein Recht der Patientin, des Patienten und dort muss auch die Entscheidung gefällt werden. Deshalb muss die Möglichkeit des Opt-out auch in ELGA gelöst werden.

### Der kommende EHDS verstärkt die Notwendigkeit zu möglichst kompletten Gesundheitsdaten. Unterstützt dies die Position der ÖGK?

**HUSS:** Die Daten haben drei Funktionen, die zuvor angesprochene Patientensicherheit, die Planung des Gesundheitssystems und als dritten Bereich ist die Wissenschaft. Für alle drei Bereiche liefert die Diagnosecodierung wertvolle Daten. Wir haben bereits die Codierung aus den Spi-



tälern, den Primärversorgungseinheiten (PVE). Nun muss auch der niedergelassene Bereich folgen. Ziel ist es, dass die Codierung auf Basis der üblichen Befundstichworte generiert werden kann. Dazu hat die ÖGAM bereits ein entsprechendes Tool entwickelt. Wir möchten noch heuer mit einem Pilotversuch mit 400 Ordinationen starten, die das System testen und gegebenenfalls ergänzen und vervollständigen werden. Ab dem nächsten Jahr soll dann der flächendeckende Einsatz im niedergelassenen Bereich beginnen. Diese auf Grund der Codierung zur Verfügung stehenden Daten werden uns helfen, das Gesundheitssystem noch besser, präziser und zielgerichteter planen zu können. Und der dritte Bereich, der von guten Daten profitiert, ist die Wissenschaft. Denn diese muss derzeit auf Daten, die nicht aus Österreich stammen, zurückgreifen.

## ELGA wird die gerichtete Befundübermittlung nicht ersetzen, aber sofern Voraussetzungen gegeben sind, ist ein Einspielen im niedergelassenen Bereich genauso machbar wie im Spitalsbereich.

Georg Mustafa

### Welche Rahmenbedingungen seitens der Politik braucht es für eine Umsetzung?

**MUSTAFA:** Aus meiner Sicht sind die Rahmenbedingungen sehr einfach: nämlich eine Lösung des situativen Opt-out in ELGA sowie eine Sicherstellung der Finanzierung.

**HUSS:** Handlungsbedarf besteht im gesamten ELGA-System. Wir werden es im heurigen Jahr schaffen, dass alle Bilddaten in ELGA zur Verfügung stehen. Wir müssen ELGA aber auch praxistauglich machen. Dazu braucht es das Bekenntnis der drei ELGA-Systempartner zu einer entsprechenden Finanzierung.

### Bis wann könnte eine Integration umgesetzt werden?

**MUSTAFA:** Der Zeitrahmen geht, wenn die Rahmenbedingungen entsprechend geregelt sind, relativ rasch. Wir haben das beispielhaft für zwei Parameter durchgeführt und brauchten dazu nur wenige Wochen. Hochgerechnet wird es nicht ganz so schnell gehen, weil man nochmals die Parameter prüfen müsste. Aber mit Willen lässt sich das Projekt binnen eines Jahres umsetzen. **P**





# Cybersicherheit im Gesundheitswesen – die NIS2 Richtlinie wird für viele GDA Pflicht

Durch die zunehmende Digitalisierung und die Verbreitung vernetzter Systeme steigt auch im Gesundheitssystem die Anfälligkeit für Cyberangriffe. Nun schreibt die EU mit der neuen NIS2-Richtlinie eine stärkere Risikobeurteilung und Meldepflicht für kritische Infrastrukturen vor. **WIE SICHER GESUNDHEITSDATEN IN ÖSTERREICH DERZEIT SIND** und welchen Handlungsbedarf die neue Richtlinie für den Gesundheitssektor bedeutet, erklärte Franz Hoheiser-Pförtner, Vorstand der Cyber Security Austria, im Gespräch mit PERISKOP. | von Rainald Edel, MBA

**D**ie im Jänner 2023 in Kraft getretene EU-Richtlinie 2022/2555 über „Maßnahmen für ein hohes gemeinsames Cybersicherheitsniveau in der Union“ (NIS2-Richtlinie, NIS2) ist Nachfolgerin und Ergänzung der 2016 erlassene Richtlinie zu „Maßnahmen zur Gewährleistung eines hohen gemeinsamen Sicherheitsniveaus von Netz- und Informationssystemen in der Union“ (NIS-Richtlinie, NIS1). Als nationales Recht muss NIS2 bis 17. Oktober 2024 umgesetzt werden. Sie betrifft sowohl öffentliche als auch private Einrichtungen, die im Anhang der Richtlinie entsprechend benannt werden und eine gewisse Größenordnung haben.

**PERISKOP: Was macht das Gesundheitssystem vulnerabel bezüglich Cyber-Kriminalität? Was versteht man darunter, wie groß ist das Problem und welche Herausforderungen gibt es?**

**HOHEISER:** Im Prinzip unterscheidet sich Cyberkriminalität im Gesundheitswesen nicht wesentlich von jener in anderen Bereichen und bedeutet auch die gleiche Herausforderung. In der Regel geht es Kriminellen immer um die Möglichkeit, andere Personen oder Organisationen in irgendeiner Form finanziell zu erpressen – durch Informationen, die sie sich angeeignet haben und nun gegen Personen oder Institutionen einsetzen oder durch das Verschlüsseln von Daten und deren Freigabe gegen Lösegeld. In letzter Konsequenz zählt natürlich auch das Kalkül dazu, eine betroffene Person oder einen Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) auf diese Weise zu behindern und zu beeinflussen.

**Gefühlt nimmt diese Form der Kriminalität zu. Ist das auch im Gesundheitsbereich so?**

Ja, diese Form nimmt zu, was natürlich auch eine immer größere Herausforderung in der Verfügbarkeit der Daten und Systeme sowie in der Abwehr von Cyberattacken bedeutet. Denn ein Eindringen in Systeme und die Manipulation von Daten gelingt Kriminellen durch Ausnutzung von Sicherheitslücken. Daher müssen Cyber-Spezialistinnen, Spezialisten permanent solche Lücken finden und schließen. Gleichzeitig werden die Systeme, die die IKT schützen soll, immer komplexer. Das Problem ist, die Betreiberinnen, Betreiber sind im Endeffekt immer hinten nach.

**Was bedeutet Sicherheit im Gesundheitssektor?**

Beim Thema Sicherheit muss man zwei Dinge auseinanderhalten, die auf Englisch mit den Worten „safety“ und „security“ klar differenziert werden. Safety, den Schutz einer Person oder der Umwelt, haben wir schon lange und ist bei-

**In einer Risikoanalyse muss man immer ins Kalkül ziehen, wie oft so ein Angriff vorkommen kann und wie viele und gegebenenfalls welche Personen davon betroffen wären.**

Franz Hoheiser-Pförtner

spielsweise im Medizinproduktegesetz verankert. Das heißt die Hersteller, haben dafür zu sorgen, dass ihre Produkte sicher sind, und die Betreiber müssen sich dazu an die damit verbundenen Vorgaben halten. Beim Thema Security geht es darum, andere am Eindringen in Daten bzw. Datenbanken und Programmen zu hindern. Das kann kleine Systeme betreffe wie Herzschrittmacher, Insulinpumpen aber auch große Einrichtungen, die eine verteilte Gesundheitsdatenbank in Österreich oder Europa betreiben. Und hier macht uns der Fortschritt auch verwundbarer. Denn früher erfolgte beispielsweise das Auslesen der in einem Herzschrittmacher gespeicherten Daten unmittelbar mittels Lesekopfs am Menschen im Spital. Heute haben diese Teile eine Bluetooth-Schnittstelle und übermitteln die Vitalwerte via Smartphone real time in die verteilte Gesundheitsdatenbank. Dadurch kann die behandelnde Ärztin, der Arzt jederzeit die Daten aufrufen, egal wo sich die Patientin, der Patient befindet und gegebenenfalls auch Hilfe leisten. Für betroffene Personen ein Vor-

teil. Sollte jedoch bei der hard- oder software-technischen Entwicklung ein Fehler unterlaufen sein, der unbemerkt geblieben ist, kann dieser auch für Missbräuchliche Zwecke ausgenutzt werden – wodurch sich der Fortschritt in einen eklatanten Nachteil verwandeln kann. Aus diesem Grund hat der ehemalige US-Vizepräsident Dick Cheney diese technischen Features aus seinem Herzschrittmacher ausbauen lassen, um nicht aus der Ferne angreifbar zu sein. Mit einer Business Impact Analysis (BIA) und einer Risikoanalyse muss die Betreiberin, der Betreiber immer ins Kalkül ziehen, wie oft so ein Angriff auf welche Geschäftsprozesse vorkommen kann und wie viele und gegebenenfalls welche Personen davon betroffen wären. Der Schaden wird natürlich umso größer, je mehr Zielfläche beim GDA vorhanden ist. Speziell Krankenanstalten sind von der Gebäude-, Medizintechnik über die Verwaltung bis zu den Operationscomputern voll mit netzwerkfähigen Geräten und Systemen. Ohne diese wäre ein moderner Spitalsbetrieb auch nicht mehr aufrechtzuerhalten. Das birgt natürlich die Gefahr, dass ein Angreifer aus der Ferne in die Systeme eindringen kann, indem eine Schwachstelle gefunden und ausgenutzt wird.

**Wann wurden CERTs in Österreich aufgebaut und welche Aufgaben haben diese?**

CERT ist die Abkürzung für Computer Emergency Response Team – man könnte auch sagen, die digitale Feuerwehr. Das heißt, wenn

Franz Hoheiser-Pförtner, ist Vorstandsmitglied der Cyber Security Austria.



© KRISTIAN JUHASZ



es irgendwo ein Problem gibt, dann wird dieses verständigt. Wenn etwas passiert, gibt es meist charakteristische Signalinformationen in dem betreffenden Netzwerk. In solchen Fällen wird meistens ein Security Operation Center (SOC) damit beauftragt, die Ursache der Anomalie zu ergründen – denn nicht immer muss eine verdächtige Signalinformation auch bösartig sein. Die Gründung von Branchen-CERTs erfolgte bislang auf freiwilliger Basis als Reaktion auf das durch NIS1 in Österreich erlassenen Netz- und Informationsgesetz (NISG). Als zentrale Meldestelle wurde das CERT-AT installiert, das die Informationen zentral sammelt. Im Prinzip war es aber jedem Bereich freigestellt im eigenen Wirkungsbereich ein CERT-Team aufzubauen. Davon machten beispielsweise der Dachverband der Sozialversicherungen, das Bundesrechenzentrum oder die Stadt Wien Gebrauch.

#### Wie wurde der Gesundheitsbereich bislang geschützt?

Das Gesundheitswesen stellte immer schon eine Herausforderung dar und wurde schon lange vor der NIS1-Richtlinie speziell geschützt. Die Cybersecurity hat sich aus der IT-Sicherheit entwickelt, der Bereich Safety aus der Sicherheit im Bereich Medizintechnik. Österreich hatte schon vor der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), bereits ein Datenschutzgesetz gehabt. Für den Gesundheitsbereich gab es ein explizites Gesundheitstelematikgesetz (GTelG) in dem klar festgehalten war, dass die Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) entsprechend Sicherheitsmaßnahmen etablieren müssen. Durch diese verschiedenen Rechtskonstrukte haben sich auch entsprechende Informationsflüsse bezüglich Sicherheitsvorfälle entwickelt, die bis heute Gültigkeit haben. Bei einem Medizinproduktproblem erfolgt die Meldung an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG), bei einem Datenschutzproblem nach der Datenschutz-Grundverordnung, muss dies an die Datenschutzbehörde (DSB) gemeldet werden. Und bei einem Netz- und Informationssicherheitsproblem, erfolgt eine Meldung über das CERT an die Cybersicherheitsbehörde (Innenministerium, BMI). In der Praxis bedeutet das, dass man einen Vorfall unter Umständen an drei unterschiedliche Behörden melden muss, die derzeit nicht kooperieren. Das heißt, das Hauptproblem, ist die Koordination und die entsprechenden Clearing-Bereiche, die momentan eigenständig bei jeder Stelle agieren.

Um Situation zu verbessern, hat der Cyber-Sicherheitsausschuss für das Gesundheitswesen die Gründung eines Austrian Health CERT (AHC) vorgeschlagen und in die letzte Novelle

des Gesundheitstelematikgesetz hineinreklamiert, dass mit 1. April 2024 die Meldungen nicht mehr an das zentrale CERT-AT gemeldet werden, das als Auffang-CERT fungiert, wenn es kein branchenspezifisches gibt, sondern an das gesundheitspezifische Austrian Health CERT. Dieses ist nun in der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) angesiedelt.

#### Ist Österreich auf die NIS2-Richtlinie vorbereitet, wo gibt es noch Handlungsbedarf?

Nicht nur wir in Österreich, auch die Europäische Union hat ihre Schlüsse aus der NIS1-Richtlinie und deren Umsetzung in den Mitgliedsstaaten gezogen und erkannt, dass die Koordination der unterschiedlichen Anlaufstellen essenziell ist und mit NIS2 die Bestimmungen verschärft und verbindlicher gemacht. Österreich hat diese Entwicklung ein wenig vorweggenommen, indem es wie zuvor geschildert, denn Gap zwischen Safety und Security weitgehend geschlossen hat, indem die Meldungen an einen Ort erfolgen, wo die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass beide Aspekte gemeinsam betrachtet werden, weil auch das BASG in der AGES angesiedelt ist. Offen ist jetzt nur noch der Bereich Datenschutz, aber auch hier gibt es schon konkrete Überlegungen, wie sich die einzelnen Bereiche hier besser koordinieren können.

#### Wichtig für die Vorbereitung wäre, dass sehr bald der Gesetzesentwurf für die nationale Umsetzung der NIS2-Richtlinie vorliegt und auch die begleitende Durchführungsverordnung bekannt wird.

Franz Hoheiser-Pförtner

#### Was wird sich durch die NIS2-Richtlinie ändern?

Bei NIS1 haben die meisten Krankenanstalten einen Bescheid erhalten, der sie als Teil der kritischen Infrastruktur aufforderte, entsprechende Maßnahmen zur Absicherung zu treffen. Ob es diesen Bescheid nun im Zuge des in Kraft treten von NIS2 wieder geben wird ist ungewiss. Die NIS2-Richtlinie sieht ab einer bestimmten Organisationsgröße vor, dass die davon Erfassten eine Risikobeurteilung vornehmen müssen. Problematisch für die Vorbereitung ist jedoch, dass es noch keinen Entwurf durch den österreichischen Gesetzgeber gibt.


Franz Hoheiser-Pförtner war einer der Initiatoren der Cyber Security Challenge, die mittlerweile europaweit angeboten wird.

Das Austrian Health CERT hat die Aufgabe unter den verschiedenen Verantwortlichen im Inland eine Drehscheibenfunktion bei der Cybersicherheit im Gesundheitswesen wahrzunehmen, um einen optimalen Informationsaustausch zu gewährleisten. Dies ist mit einem auf das Gesundheitswesen fokussierten CERT auch einfacher und leichter zu gestalten. Wichtig für die Vorbereitung wäre, dass sehr bald der Gesetzesentwurf für die nationale Umsetzung der NIS2-Richtlinie vorliegt und auch die begleitende Durchführungsverordnung bekannt wird. Nur so ist es den Unternehmen und Organisationen zumutbar, entsprechende Vorbereitungsschritte zu treffen und zu wissen, ob und in welchem Ausmaß sie tatsächlich von NIS2 betroffen sind.

#### Gibt es genügend Fachkräfte auf diesem Sektor und wie wichtig ist hier eine qualitativ hochwertige Ausbildung?

Vor zwölf Jahren hat die Cyber Security Austria (CSA) begonnen, sich diesem Thema zu widmen, da einerseits das Thema Fachkräftemangel schon damals ein Problem war und es umgekehrt ein gewisses Potenzial an sehr computeraffinen jungen Menschen gab. Dadurch stellte sich die Frage, was kann die CSA machen, um diese jungen Damen und Herren auf der „hellen Seite der Macht“ zu halten. Die Idee war diese Personen entsprechend zu fördern, indem die CSA ihnen die Möglichkeit gaben, in einem Wettbewerb, der Austrian Cyber Security Challenge, ihre Kenntnisse zu messen. Dafür mussten sie in einem geschützten Bereich, gewisse Aufgabe in einer bestimmten Zeit lösen. Der Erfolg führte im nächsten Jahr zum Security Alpen Cup mit Teilnehmerinnen, Teilnehmer aus der Schweiz und Österreich und mittlerweile wird das Format europaweit als European Cyber Security Challenge angeboten. Damit ist es der CSA gelungen sehr gute junge Leute anzusprechen und für Jobs in der Cyber Security zu gewinnen. Das setzt sich nun auch in allen Schulformen und der akademischen Ausbildung fort, die international stark vernetzt ist. Denn Österreich hat an den diversen Universitäten und Fachhochschulen mittlerweile Gastprofessorinnen und Professoren aus dem Ausland und entsenden auch unsere Vortragenden gerne an ausländische Universitäten bzw. binden Fachkräfte aus internationalen Konzernen in die Lehrtätigkeit ein. Dadurch haben wir in Österreich in diesem Bereich eine sehr hohe und international geschätzte Expertise.

#### Welche weiteren Schritte wären aus Expertensicht zu setzen?

Was ich mir wünschen würde, ist, dass alle Institutionen erkennen, dass hier nicht die einzelne Struktur, Organisation Cyberproblem lösen kann, sondern dass es ein Querschnittsthema ist. Es muss daher in sämtlichen Bereichen von der Hausärztin, dem Hausarzt über Physikalische Institute, Laboratorien und Röntgeninstitute bis zur medizinischen Universitätsklinik adressiert werden. Das ist mühsam und es kostet Zeit, um die richtigen Kommunikationskanäle aufzubauen. Aber in letzter Konsequenz ist es einfach ganz wichtig, dass jeder oder jede von uns entsprechend diese Herausforderungen versteht. 





PERFORMANCE

# Pneumokokken – die unterschätzte Gefahr

**PRO JAHR ERKRANKEN RUND 30.000 MENSCHEN IN ÖSTERREICH AN EINER PNEUMOKOKKEN-INFEKTION.** Wie Dr. Rudolf Schmitzberger, Leiter des Impfreferates der Österreichischen Ärztekammer im Gespräch mit PERISKOP ausführte, wären die meisten Krankheitsfälle vermeidbar. Doch es fehlt am nötigen Bewusstsein für die Gefährlichkeit der Erkrankung, aber auch an entsprechend attraktiven Impf-Angeboten für Erwachsene. | von Rainald Edel, MBA

**A**ls Pneumokokken werden Bakterien der Gattung Streptococcus pneumoniae bezeichnet, die durch Tröpfcheninfektion übertragen werden. Gefährdet sind vor allem Säuglinge, Kleinkinder, chronisch Kranke ab 50 Jahren und Personen über 60 Jahre. Trotz Therapie mit Antibiotika und Intensivmedizin ist die Sterblichkeit bei einer schweren Pneumokokken-Erkrankung hoch.

**PERISKOP: Das Nationale Impfgremium hat eine Reihe Impfungen für Erwachsene empfohlen, die allerdings privat zu zahlen sind und nur in sehr geringem Umfang angenommen werden. Wie sieht generell die Impfquote bei Erwachsenenimpfungen aus?**

**SCHMITZBERGER:** Lange war Österreich zwar „Weltmeister“ bei Impfeempfehlungen, allerdings hinkten die tatsächlichen im Gratis-Impfprogramm verankerten Impfungen diesen nach. Inzwischen hat Österreich aufgeholt. Nun kommt es auch, beginnend mit der HPV-Impfung, zur Ausweitung in Richtung Gratisimpfungen für Erwachsene. Dadurch haben wir bei HPV bereits eine Durchimpfungsrate von 45 Prozent erreicht. Auch wenn dieses Ergebnis schon gut ist, von der Empfehlung der WHO, einer Durchimpfungsrate von 90 Prozent, sind wir noch meilenweit entfernt.

Großen Handlungsbedarf sehe ich noch bei Impfungen für Erwachsene und insbesondere bei Senioren. So liegen wir bei der Influenzaimpfung zwischen zehn und 13 Prozent, wobei die Senioren mit 13 Prozent noch die höchste Impfquote haben. Ungefähr auf gleichem Niveau dürften wir uns auch bei der Pneumokokken-Impfung bewegen.

Anders schaut es bei der „Lieblingsimpfung“ der Österreicherinnen und Österreicher, der FSME-Impfung, aus. Hier kommen wir auf eine Impfquote von 80 Prozent.

Zunehmend Probleme bereitet Österreich die immer größer werdende Zahl der nicht bzw. nicht ausreichend gegen Masern geimpften Personen. Während es bei der ersten Teilimpfung noch eine Impfquote von rund 80 Prozent gibt, sinkt diese bei der zweiten Teilimpfung, die für den vollständigen, lebenslangen Schutz notwendig wäre, auf 45 Prozent ab. Die Folge sind 216 Masernfälle im letzten Jahr, womit Österreich bei der Fallzahl an trauriger zweiter Stelle in Europa liegt. Das heißt, hier müssen wir dringend handeln.

**Während Zecken-, Grippe-, oder jetzt Gürtelrose-Impfungen stärker im medialen Fokus stehen, führt die Pneumokokken-Impfung eher ein Schattendasein. Wie gefährlich ist eine Infektion mit Pneumokokken?**

Ich glaube, die Pneumokokken-Erkrankungen werden in der Bevölkerung völlig verharmlost

wahrgenommen. Während der „böse Zeck“ allgegenwärtig ist, ist wenig bekannt, dass ungefähr 30.000 Menschen pro Jahr eine Pneumokokken-Infektion haben. Etwa zwei Prozent der Erkrankten entwickeln eine sogenannte invasive Pneumokokken-Erkrankung (IPE), die mit einer hohen Letalität, Folgeschäden und hohen Behandlungskosten assoziiert ist. Wie aktuelle Zahlen für 2022 zeigen, endete dies in 49 Fällen sogar tödlich. Das zeigt, dass die Sterblichkeitsrate bei schweren Erkrankungen erschreckend hoch ist. Zudem bleiben in rund 15 Prozent der Fälle Folgeschäden zurück.

Zum Vergleich – ohne die Krankheiten gegeneinander aufwiegen zu wollen: 2020 gab es in Österreich 216 gemeldeten FSME-Fälle, wovon drei Personen verstarben.

Die FSME-Impfkampagne beginnt im Jänner – nicht einmal durch den Klimawandel wäre so ein früher Start nötig. Dabei ist jetzt die Hochsaison der Pneumokokken-Infektionen – das geht aber in der öffentlichen Wahrnehmung völlig unter. Da muss man auf jeden Fall noch viel seriöse und gute Aufklärungsarbeit leisten.

**Wir müssen wieder das Bewusstsein wecken, dass mit der Pneumokokken-Impfung die Kleinen die Großeltern schützen und umgekehrt.**

Rudolf Schmitzberger

**Für welche Personengruppen ist eine Pneumokokken-Impfung angeraten?**

Die Pneumokokken-Impfung ist Teil des Gratis-Kinder-Impfprogramms und ist für Kinder unter fünf Jahren bzw. in Ausnahmefällen bei Risikopatienten bis sechs Jahre vorgesehen. Die erste Kohorte ist damit gut abgedeckt.

Als zweite große Gruppe empfiehlt der Nationale Impfplan die Pneumokokken-Impfung für gesunde Menschen ab 60 Jahre sowie für Personen mit erhöhtem Risiko ab 50 Jahre. Darunter fallen Personen mit Lungenerkrankungen, wie Asthma oder COPD, mit Herz-Kreislauf- oder Nierenerkrankungen und generell Patientinnen, Patienten mit einem Immundefekt sowie einige seltenen Fälle, wie beispielsweise Menschen mit einem Cochlea-Implantat. Während die meisten Patientinnen, Patienten aus dieser Risikogruppe, die an einer Spezialambulanz behandelt werden, auch geimpft sind, schaut es bei Asthma- und COPD-Patientinnen und -Patienten meist schlecht aus. Gerade in diesen Fällen wäre die Pneumokokken-Impfung aber wichtig. In den Altersgruppen zwischen sechs und 50 Jahre ist eine Pneumokokkeninfektion normalerweise unbedenklich, daher ist eine Impfung dieser Alterskohorten nicht nötig.



Rudolf Schmitzberger ist Kinderarzt und Leiter des Impfreferates in der Ärztekammer.

**Großen Handlungsbedarf sehe ich noch bei Impfungen für Erwachsene, insbesondere bei Senioren.**

Rudolf Schmitzberger

**Welche Impfintervalle sieht der Nationale Impfplan vor?**

Die vielen Ausnahmen und Regelungen, welcher Impfstoff, bei welcher Erkrankung zu nehmen ist, macht das Impfschema bei der Pneumokokken-Impfung relativ kompliziert.

Um die rund 90 bekannten Virenstämme bei Pneumokokken abzudecken, braucht es derzeit ein sequenzielles Impfen. Die erste Impfgabe bei Erwachsenen ist derzeit ein bis zu 20-valenter Konjugatimpfstoff und als zweite, kommt meist ein 23-valenter Polysaccharidimpfstoff zur Anwendung. Hier hoffen wir, dass in Zukunft noch höhervalente Konjugatimpfstoffe auf den Markt kommen, sodass künftig nur eine Impfung ausreichen wird, um alle Stämme abzudecken.

**Auf welche Durchimpfungsrate sollte man bei Erwachsenen zumindest kommen?**

Ich glaube, wir müssen hier wieder das Bewusstsein wecken, dass die Kleinen die Großeltern schützen und umgekehrt. Es gab diesen Kampagnenansatz bereits, aber dieser ist mittlerweile leider eingeschlafen. Natürlich ist so eine Thematik mit der nötigen Sensibilität zu kommunizieren. Begleitend wäre wichtig, auch die Hygiene bei Tröpfcheninfektionen, insbesondere die Hustenhygiene der Bevölkerung in Erinnerung zu rufen – da kann man auf die Erfahrungen durch Corona aufbauen.

**Welche Schritte wären nötig, um das Problembewusstsein zu heben?**

Ich glaube, der erste Schritt muss eine sensible Bewusstmachung des Problems sein – nicht Angst machen oder verschrecken, sondern eine sensible Aufklärung. Denn Pneumokokken sind nicht harmlos. Und zweitens muss man auch vermitteln, dass man die Erkrankung zwar mit Antibiotika heilen kann, es aber besser ist, wenn sie erst gar nicht ausbricht. Denn es gibt bereits einige Antibiotikaresistenzen, wodurch der präventive Ansatz immer wichtiger wird. Und es ist auch wirtschaftlich relevant, denn es können Behandlungskosten eingespart werden und die sich ankündigende Entwicklung, dass künftig nur noch eine einmalige Impfung mit einem Konjugatimpfstoff nötig sein wird, senkt die Kosten zusätzlich. Eine gute Durchimpfungsrate werden wir aber nur erreichen, wenn die Impfkosten keine Hürde mehr darstellen. Daher ist es gut, dass es ein Umdenken auch in der ÖGK gibt, die den präventiven Ansatz künftig stärken möchte. **P**







# Pneumokokken – die Folgen verhindern

**SÄUGLINGS-, KLEINKINDER SOWIE PERSONEN AB 60 JAHREN** bzw. mit einem krankheitsbedingten Immundefizit schon ab 50 Jahren **HABEN EIN ERHÖHTES RISIKO, AN EINER PNEUMOKOKKENINFEKTION ZU ERKRANKEN** – mit teils schweren Verläufen. PERISKOP sprach mit Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour über die medizinische Seite der Erkrankung und warum Prävention in diesem Fall wichtig wäre | von Rainald Edel, MBA



**D**ie Wintermonate sind die Hochsaison für Atemwegserkrankungen. Der durch die COVID-19-bedingten Hygienemaßnahmen erzeugte Rückgang der invasiven Pneumokokkeninfektionen – also jener Pneumokokkeninfektionen, die sich bis ins Blut oder ins Gehirn ausbreiten – war nur vorübergehend. Der aktuelle Pneumokokken-Jahresbericht für das Jahr 2022 zeigt, dass die Anzahl der invasiven Pneumokokkenfälle nur noch knapp unter dem „Rekordjahr“ 2019 liegt. Ein aufrechter Impfschutz entsprechend der österreichischen Impfempfehlung ist daher wichtig.

**PERISKOP: Wie werden Pneumokokken übertragen, wie hoch ist die Prävalenz und was macht die Erkrankung so gefährlich?**

**VALIPOUR:** Pneumokokken sind Bakterien, die durch Tröpfcheninfektion, meist durch Husten oder Niesen, übertragen werden. Sie besiedeln im Säuglingsalter die Schleimhäute im Bereich der Atemwege, vor allem im Nasen-Rachen-Raum und gehören zur natürlichen Bakterienflora des jungen Menschen. Würde man bei Kleinkindern Reihenuntersuchungen mit Abstrichen machen, könnte man im Schnitt bei 40 Prozent der Proben Pneumokokken nachweisen. Das macht bei gesunden Kindern in der Regel wenig Probleme. Allerdings können Pneumokokken auch bei jungen Menschen, wenn das Immunsystem geschwächt oder noch nicht entsprechend ausgebildet ist, schwere Infektionen auslösen. Die häufigste Form ist in dieser Altersgruppe die Mittelohrentzündung, aber es treten auch Lungen- oder Gehirnhautentzündungen auf. Im Verlauf des weiteren Lebens verschwinden die Pneumokokken wieder aus dem Nasen-Rachen-Raum. Erst im höheren Alter, ab 65, steigt bei gesunden Menschen das Risiko wieder an, da das Immunsystem schwächer wird und meist Komorbiditäten vorhanden sind. Allerdings äußert sich die Pneumokokkeninfektion im Erwachsenenalter nicht in Form von Mittelohrentzündungen, sondern sind hauptverantwortlich für Lungenentzündungen, die mit Spitalsaufenthalten und einer hohen Sterblichkeitsrate einhergehen. Was in diesem Zusammenhang gerne vergessen wird, sind die sekundären Folgen. Denn Herzkreislauferkrankungen, akute Herzinfarkte, Schlaganfälle, Herzrhythmusstörungen treten in den ersten drei Monaten nach einer Pneumokokkeninfektion deutlich häufiger auf und belasten das Gesundheitssystem zusätzlich. Da wie eingangs erwähnt, Kleinkinder die Träger der Pneumokokken sind, verbreiten sie die Bakterien in ihrem Umfeld und stecken beispielsweise die Großeltern an, wenn diese auf sie aufpassen oder zu Besuch sind.

Arschang Valipour ist Vorstand der Abteilung für Innere Medizin und Pneumologie am Klinikum Floridsdorf.

**Wir brauchen eine Aufklärung der Bevölkerung über die Sinnhaftigkeit von Impfungen und gratis Impfprogramme für Erwachsene.**

Arschang Valipour

**Neben den zuvor erwähnten Altersgruppen gibt es auch in den mittleren Alterskohorten Risikogruppen, die geschützt werden sollten?**

Schwere Infektionen sind auch bei jüngeren Menschen nicht ausgeschlossen, allerdings gehen diese nicht so häufig mit einem Spitalsaufenthalt einher. Dennoch können sie mit beträchtlichen Krankenstandstagen verbunden sein. Hier haben wir eine große Dunkelziffer, da im niedergelassenen Bereich bei einer schweren Bronchitis oder auch bei einer Lungenentzündung nicht auf Pneumokokken getestet wird. Risikofaktoren für einen schweren bzw. mittelschweren Verlauf bei jüngeren Menschen ab ca. 50 Jahren sind Rauchen, Übergewicht, Diabetes, COPD, Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Bluthochdruck, Herzinfarkt in der Vergangenheit, Schlaganfall usw. Dadurch zählt in Summe fast ein Drittel der Bevölkerung zur Risikogruppe – das wird oft unterschätzt.

**Wie wird eine Pneumokokkeninfektion üblicherweise erkannt und wie hoch ist die Krankheitslast?**

Neben der Dunkelziffer aus dem niedergelassenen Bereich haben wir im Krankenhausbereich ebenfalls eine gewisse Unschärfe, obwohl hier mittlerweile schon relativ großzügig getestet wird. Werden Pneumokokken im Blut oder in Gewebeproben nachgewiesen, spricht man von einer invasiven Pneumokokkeninfektion (IPE). Diese ist meldepflichtig und macht rund 500 bis 600 Fälle jährlich aus. Allerdings spiegeln diese nicht die eigentliche Krankheitslast wider. Denn wir haben in Österreich jedes Jahr rund 30.000 spitalspflichtige Pneumonien. Auf Grund von Studien kann man davon ausgehen, dass etwa zehn bis 15 Prozent durch Pneumokokken verursacht werden. Daher schätzen wir die Zahl der unmittelbar durch Pneumokokken verursachten Spitalsaufenthalte auf 3.000 bis 4.000 Fälle pro Jahr.

**Eine Pneumokokkeninfektion lässt sich mit Antibiotika therapieren. Warum ist eine Impfung dennoch wichtig?**

Sofern man rechtzeitig beginnt, lassen sich mit der Antibiotikatherapie zwar schwere Verläufe vermeiden und die Letalität senken, allerdings schützt sie nicht gegen Folgekomplikationen. Speziell bei älteren Personen und Menschen,

die schon einen Pflegebedarf haben, verursachen die Folgeerkrankungen neuerliche Spitalsaufenthalte, eine Erhöhung des Pflegebedarfs, beziehungsweise eine Verschlechterung der allgemeinen Verfassung. Eine Impfung hingegen verhindert, dass es erst gar nicht zu einem schweren Verlauf kommt.

**Spielt das Thema Antibiotikaresistenzen eine Rolle?**

Auf Grund des relativ vernünftigen Einsatzes von Antibiotika in Österreich ist dieses Problem im Vergleich zu anderen Ländern noch verhältnismäßig gering. Daher lassen sich bei uns Pneumokokkeninfektionen im klinischen Alltag mit den herkömmlichen Antibiotika noch gut behandeln.

**Was muss getan werden, um das Krankheitsrisiko der Bevölkerung stärker ins Bewusstsein zu rufen und die Impfquote in den Risikogruppen zu erhöhen?**

Ich denke, es bräuchte eine Kampagne, die das Thema Impfen in Österreich prinzipiell thematisiert. Wir haben durch COVID-19 gesehen, dass es durchaus möglich ist, die Bevölkerung auch kurzfristig bezüglich des Nutzens von Impfungen anzusprechen. Allerdings wurde auf Grund schlechter Kommunikation und unrealistischen Versprechungen auch viel Porzellan zerschlagen. Wir müssen durch vernünftige, bewussteinbildende Kampagnen generell einen positiven Zugang zum Thema Prävention in der Bevölkerung schaffen. Das schließt neben dem Impfen und entsprechenden Impfprogrammen auch die Vermittlung niederschwelliger Schutzmaßnahmen ein, wie Händehygiene und Masketragen, bei Husten, Schnupfen, Heiserkeit. Dass Impfungen die größte Errungenschaft der Neuzeit sind, sieht man im Vergleich zu jenen Ländern, die noch keine ausgeprägte Impfkultur und flächendeckende Impfprogramme haben, beispielsweise in Afrika. In diesem Zusammenhang ist es daher ein Armutszeugnis, dass wir bei der Grippeimpfung, aber auch bei der Pneumokokkenimpfung so eine schlechte Impfquote haben und zu den schlechtesten Ländern in Europa zählen bzw. sogar Schlusslicht sind. Zusammengefasst brauchen wir daher eine Aufklärung der Bevölkerung über die Sinnhaftigkeit von Impfungen, die vor allem die Fragen, wen kann man schützen und wie kann man sich selbst schützen, beantwortet. Weiters eine Erhöhung der staatlich geförderten Erwachsenenimpfprogramme. Und als dritten Punkt die proaktive Einbindung der Risikogruppen durch kostenfreie Impfungen. Das verringert persönliches Leid auf individueller Ebene und letztendlich profitiert davon die gesamte Volkswirtschaft. **P**

# Symposium KI in und für Wissenschaften

5. April 2024, Technisches Museum Wien

## Programm

**08:45 – 09:15 Einlass und Registrierung**

### Eröffnung

09:15 – 09:30

### Begrüßung

- Hannes Stockinger (Präsident VWGÖ)
- Bernhard Moser (Präsident ASAI)
- Michael Wiesmüller (BM für Klimaschutz, Umwelt, Energie Mobilität, Innovation und Technologie)

09:30 – 09:45

### Smart World – KI-Ausstellung im Technischen Museum Wien (TMW)

- Christiane Rainer (TMW)

### KI-Grundlagen

Moderation: Bernhard Moser [ASAI, Software Competence Center Hagenberg (SCCH), Johannes Kepler Universität Linz (JKU)]

09:45 – 10:15

### The Brain as Role Model (in Englisch)

- Impuls von Adam Gosztolai (Medizinische Universität Wien)

10:15 – 10:45

### Mathematics of Learning (in Englisch)

- Impuls von Werner Zellinger [Österreichische Akademie der Wissenschaften (ÖAW)]

10:45 – 11:15

### Neuro-Symbolic AI (in Englisch)

- Marta Sabou Wirtschaftsuniversität Wien

11:15 – 11:45

### Fishbowl

**11:45 – 12:45**

### Mittagspause mit Imbiss und Möglichkeit der Besichtigung der Smart World – KI-Ausstellung im TMW

### KI-Potentiale

12:45 – 13:30

- Panel mit Johannes Brandstetter (JKU), Klaus Denkmayr (AVL LIST GmbH Graz), Brigitte Krenn [(Österreichisches Forschungsinstitut für Artificial Intelligence (ÖFAI)], Stefan Woltran (Technische Universität Wien)
- Moderation: Lukas Fischer (SCCH)

### KI-Anwendungen

13:30 – 14:45

### Block 1 – Moderation: Alexandra Ciarnau (Women in AI Austria)

13:30 – 14:00

### ... in der Sprachverarbeitung

- Brigitte Krenn (ÖFAI)

14:00 – 14:30

### ... in den Geisteswissenschaften (Digital Humanities)

- Michela Vignoli (Austrian Institute of Technology, Universität)

14:30 – 14:45

### Fishbowl

**14:45 – 15:30**

### Kaffeepause

15:30 – 16:45

### Block 2 – Moderation: Hannes Stockinger (VWGÖ, Medizinische Universität Wien)

15:30 – 16:00

### ... in Naturwissenschaft und Technik

- Johannes Brandstetter (JKU)

16:00 – 16:30

### ... in der Medizin

- Georg Langs (Medizinische Universität Wien)

16:30 – 16:45

### Fishbowl

### KI-Technikfolgen Abschätzung – Ethik – Recht

16:45 – 17:45

- Panel mit Thomas Doms (TRUSTIFAI, TÜV Austria), Michael Funk (Universität Wien), Walter Peissl (ÖAW), Christiane Wendehorst (Universität Wien)
- Moderation: Michael Strähle (Wissenschaftsladen Wien, Österreichische Gesellschaft für Dokumentation und Information, VWGÖ)

### KI-Forschung international

Moderation: Bernhard Moser (ASAI, SCCH, JKU)

17:45 – 18:15

### Science of Ranking

- Hamid Eghbalzadeh (Meta, USA – in Englisch/online)

**18:15 – 19:30**

### Get-together mit Imbiss und Möglichkeit der Besichtigung der Smart World – KI-Ausstellung im TMW

**Anmeldung:** bis 22. März 2024 mit dem nebenstehenden QR-Code.



Mit freundlicher Unterstützung von:

# Potenziale ausschöpfen, Rahmenbedingungen verbessern

Lange mussten wir darauf warten, nun ist es geglückt: **IM NATIONALRAT WURDE IM FEBRUAR DIE NOVELLIERUNG DES APOTHEKENGESETZES BESCHLOSSEN.** Die rechtlich zulässigen Kompetenzen von uns Apothekerinnen und Apothekern wurden ausgeweitet – eine gute Nachricht angesichts eines Gesundheitssystems, das sich für die optimale Versorgung der Bevölkerung breiter als bisher aufstellen und den niederschweligen Zugang zu Versorgungsleistungen erleichtern muss. Dafür braucht es allerdings die passenden Rahmenbedingungen – dafür werden wir uns im Apothekerverband auch 2024 einsetzen.

**D**ie Apothekengesetz-Novelle mit Leben erfüllen, um Nachwuchskräfte werben und für wirtschaftliche Verbesserungen kämpfen – drei zentrale Punkte im heurigen Jahr.

## Die Stärken der Apotheke besser nutzen

Betrachtet man die rechtlichen Neuerungen, die die Novelle des Apotheken-Gesetzes mit sich bringt, stechen einige interessante Aspekte ins Auge. Die wohl wichtigste Veränderung ist, dass Apothekerinnen und Apotheker nun einfache Gesundheitstests durchführen dürfen. Konkret geht es um die Abnahme von Blut aus der Kapillare – also zum Beispiel aus der Fingerkuppe – und um die Durchführung von Nasen- und Rachenabstrichen oder um Harnproben. Die gewonnenen Proben können für die Analyse von Mikronährstoffen genutzt werden, zur Bestimmung von Impftitern oder zum Nachweis von Infektionskrankheiten wie Influenza, RSV oder COVID-19. Dass die Apotheken nun dazu berechtigt wurden, ist ein Ergebnis ihrer ausgezeichneten Performance während der Corona-Pandemie. Diese Anerkennung des Engagements einer gesamten Branche, trägt nun zu einer Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems bei. Denn der spannende Aspekt ist, dass das niederschwellige Leistungsangebot der Apotheken ausgeweitet wird – ihre Potenziale werden damit besser genutzt als bisher, gesundheitliche Services werden für die Patientinnen und Patienten rasch und unkompliziert zugänglich. All das wird zu einer Stärkung der unserer gesundheitlichen Versorgung führen – auch wenn wir hier nur am Beginn eines guten Weges stehen. Diesen Weg sollten wir nun konsequent weitergehen. Nur ein Beispiel: Österreich war noch nie Impfweltmeister, in der letzten Zeit gehen die Durchimpfungsraten bei bestimmten Erkrankungen sogar wieder zurück. Hier müssen wir mit allen Mitteln gegensteuern – eines davon: Den Zugang zu Impfungen erleichtern. Und zwar im „One-Stop-Shop“ Apotheke. „Zugang erleichtern“ heißt in diesem Kontext auch, die Erreichbarkeit des Angebots zu verbessern. Mit der Möglichkeit die Öffnungszeiten eines Betriebs einfacher an den Bedürfnissen der Kundinnen und Kunden auszurichten, ist hier sicher ein richtiger Schritt gesetzt worden. Der Abbau der Hürden für die Errichtung einer Filialapotheke leistet hierzu auch einen Beitrag.

Klar ist allerdings auch: All das lässt sich nur bewerkstelligen, wenn die finanziellen Rahmenbedingungen für die Apotheken stimmen.



Apothekerverbandspräsident Thomas W. Veitschegger wirft einen Blick auf das herausfordernde Jahr 2024.


Auf diesem Weg sind wir bei Weitem noch nicht ausreichend vorangekommen.

## Für das Personal der Zukunft sorgen

Neue Leistungen anzubieten, heißt auch, dass der einzelne Betrieb das notwendige Personal dafür haben muss. Ähnlich wie andere Branchen spüren auch die Apotheken, dass die Konkurrenz um Nachwuchskräfte immer stärker wird. Im Apothekerverband haben wir daher schon 2023 damit begonnen, uns intensiv mit dem Thema „Employer Branding“ auseinanderzusetzen. Mit der Kampagne „Job in der Apotheke. Passt zu mir.“ sprechen wir nun seit einem Jahr die sogenannte Generation Z an, um sie von den beruflichen Chancen in der Pharmazie zu überzeugen. Und das sehr erfolgreich, wie der erste Durchgang gezeigt hat. Mit über 144 Millionen Sichtkontakten im TV, auf der Straße und vor allem in den sozialen Medien ist es uns gelungen, sowohl die Bekanntheit der PKA-Lehre und des Pharmazie-Studiums zu steigern als auch das Interesse an diesen beiden Ausbildungen. Und weil Employer Branding ein Marathon ist und kein Sprint, werden wir unsere Kampagne

in diesem Jahr fortführen. Spitz auf unsere Zielgruppen zugeschnitten, werden wir wieder TikTok, Instagram und Co. bespielen und junge Menschen auf Berufsinformessen und Jobfestivals ansprechen. Denn eines zeigen unsere Daten genau: Wollen wir gut durch die bevorstehenden Pensionierungswellen der Baby Boomer-Generation kommen, müssen wir jetzt ansetzen und uns in der Wahrnehmung der Jungen verankern.

## Mission 2024

Ob Personalsituation oder konkrete Entwicklung neuer Gesundheitservices – die Apotheken befinden sich 2024 in einem komplexen und fordernden Umfeld. Die wirtschaftliche Situation der Betriebe ist durchwachsen. Die Entwicklung der Deckungsbeiträge ist in den letzten Jahren weit hinter der Inflation zurückgeblieben, große Sprünge sind auch heuer nicht zu erwarten. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an unser Gesundheitssystem. Die Mission für 2024 kann also nur lauten: für möglichst gute Rahmenbedingungen sorgen und mit unseren Stakeholdern konstruktiv an Lösungsmodellen arbeiten. 





PIONIERE

Onkologie 2030:

# Liquid Biopsy: den Krebs im Blut entdecken

Im Rahmen der 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach diskutierten Expertinnen und Experten über aktuelle entwicklungen in der onkologischen Versorgung. Das PRAEVENIRE Gipfelgespräch zum Thema „Potenziale zirkulierender Tumor-DNA (ctDNA) in der onkologischen Versorgung“ brachte spannende Erkenntnisse. **WERDEN QUÄLENDE BIOPSIEN IN ZUKUNFT OBSOLET?** | von Mag. Dora Gamper

**D**as PRAEVENIRE Gesundheitsforum rückt seit seiner Gründung die Onkologie in den Fokus – ist sie doch eines der wesentlichsten Aufgaben, wenn es um die Sicherstellung der solidarisches State-of-the-art-Gesundheitsversorgung der Österreicherinnen und Österreicher geht. Nicht zuletzt seit dem „Seitenstettener Manifest zur zukünftigen onkologischen Versorgung“ setzt sich das PRAEVENIRE Gesundheitsforum unter Patronanz zahlreicher Stakeholder aktiv für eine patientenzentrierte Krebsmedizin ein. Die fortschreitende Personalisierung bzw. Präzisierung in der Onkologie ist zentrales Thema für PRAEVENIRE. Aufbauend auf einen ersten Impuls im März 2022 wurde beim 22. Gipfelgespräch in Alpbach die Entwicklung eines potenziell neuen Standards in der Krebsbehandlung bzw. der Nachsorge diskutiert: zirkulierende Tumor-DNA (ctDNA). Empfindliche molekularbiologische Analysemethoden sind bereits heute in der Lage, im Rahmen von Liquid Biopsies DNA-Fragmente maligner Tumore im peripheren Blut nachzuweisen. Diese DNA-Fragmente, die ctDNA, sind (gemeinsam mit CTCs) noninvasive multifunktionale Biomarker. Deren Potenzial, frühere Diagnosestellung und Therapeutic Target Selection zu unterstützen und Ansprechen auf Therapien (bzw. Therapieresistenz) zu beurteilen, wird zunehmend in Studien untersucht. Auch ctDNA-Anwendungen als postchirurgische Kontrollmarker in der Nachsorge sind von besonderem Interesse.

**Für sehr viele dieser Tests gibt es schon valide Daten, wo man sagt: Okay, warum verwenden wir das eigentlich noch nicht in der Klinik?**

Ellen Heitzer

#### Gute Prognostik möglich

Die Runde begann mit dem Impulsvortrag von Univ.-Prof. Mag. Dr. Ellen Heitzer, Leiterin der Forschungseinheit „Liquid biopsies for personalized medicine in cancer“ an der Medizinischen Universität Graz, zum Kernthema „Potenziale zirkulierender Tumor-DNA (ctDNA) in der onkologischen Versorgung“. Zirkulierende Tumor-DNA ist Teil der gesamten zellfreien DNA, die bei jedem Menschen im Blutkreislauf vorhanden ist. Es hängt vom Tumorstadium, aber

auch von vielen anderen Faktoren ab, wie hoch der Tumor-Anteil in der gesamten zellfreien DNA ist. Diese Tumor-DNA-Moleküle tragen alle genetischen Veränderungen, die man auch im Tumor finden kann, und deshalb sind sie sehr wichtige Marker, die man für unterschiedliche klinische Anwendungen heranziehen kann. Gerade bei den fortgeschrittenen Erkrankungen gibt es unterschiedliche Herangehensweisen, wie man die zirkulierende DNA nutzen kann. In der klinischen Anwendung geht es um die Identifizierung von Resistenzen gegenüber zielgerichteter Therapie oder die Identifizierung von neu aufgetretenen Zielen, die man im Primärtumor noch nicht hatte. In Graz laufe gerade die „SOUND-Studie“, eine von Univ.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Armin Gerger initiierte multizentrische Studie, wo weit über 300 Gene analysiert

Eine ausgewählte Runde an hochkarätigen Expertinnen und Experten diskutierte die aktuellsten Entwicklungen in der onkologischen Diagnose. V. l. n. r.: Manfred Brunner, Edgar Starz, Heimo Pernt (Moderation), Gunda Gittler, Michael Gnant, Christian Singer, Ewald Wöll, Andreas krauter, Wolfgang Wein, Fabian Waechter.

werden, so Heitzer. Hier werde der Versuch unternommen, in Patienten und Patientinnen, wo keine evidenzbasierte Therapieoption mehr zur Verfügung steht, neue Therapieziele zu finden. Eine Liquid Biopsy ist dafür die Grundlage, etwa ein Drittel der Patientinnen bzw. Patienten stimmt auch einer Gewebsbiopsie einer Metastase zu. Durch den sogenannten „Foundation-Test“ konnte im molekularen Tumor-Board bei etwa 40 Prozent der Betroffenen auch tatsächlich ein therapierbares Target identifiziert werden. Die Outcome-Daten aus dieser Studie sind noch nicht vorhanden. Es ist bereits gesichert, dass man mit ctDNA-Analysen sehr gut prognostische Aussagen treffen kann. Wenn beispielsweise nach einer Operation mit kurativer Absicht noch ein ctDNA-positives Resultat vorhanden ist, dann



Mit freundlicher Unterstützung von:



ist es ziemlich sicher, dass diese Betroffenen noch eine minimale Resterkrankung haben und im weiteren Verlauf ein Rezidiv auftritt. Zudem kann man über eine Verlaufsanalyse ein Rezidiv auch frühzeitig erkennen – wesentlich früher als mit bildgebenden Methoden. Derzeit werden die unterschiedlichen Testsysteme in einem großen EU-Projekt, dem sogenannten GuideMLD-Projekt, evaluiert. In weiteren EU-weiten Studien geht es darum, Liquid Biopsy wirklich als Screening-Tool zur Krebsfrüherkennung zu etablieren und mithilfe von KI zuverlässige Testverfahren zu entwickeln. Heitzer schloss ihren Impulsvortrag mit dem Hinweis, dass es für sehr viele dieser Tests auch schon valide Daten gebe, wonach sich die Frage stelle, warum diese noch nicht in die klinische Anwendung überführt worden seien. Sie sieht als Vision für die Zukunft einige wenige Zentren in Österreich, die solche Tests – im Idealfall mit derselben Technologie – durchführen und durch die Masse auch kostengünstiger arbeiten könnten.

### Starke Argumente für neue Technologie

Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant von der Medizinischen Universität Wien klammerte in seinem Diskussionsbeitrag die Bereiche Früherkennung und Late-Line-Therapie bewusst aus und fokussierte auf zwei Einsatzformen: einerseits Liquid Biopsy an sich, die anstelle der invasiven Tumorbiopsie eingesetzt werden kann und wo die Ergebnisse mittlerweile oft besser sind als aus der Tumorbiopsie. In Europa werden nun Medikamente zugelassen, deren Einsatz sogar an eine solche Liquid Biopsy gebunden ist. Wir haben jedoch in Österreich keine Versorgungsstruktur für Liquid Biopsy, wie Gnant einräumte. Die zweite Einsatzform ist die sogenannte sekundäre Früherkennung – nämlich bei Patientinnen und Patienten, bei denen Metastasierung bereits bis zu zwölf Monate vor einem Nachweis durch Bildgebung über Liquid Biopsy im Blut erkennbar ist. Die versorgungstechnischen Herausforderungen bei diesem Konzept seien enorm, so Gnant – denn man müsse regelmäßig testen, etwa alle sechs Monate, was bei derzeitigen Kosten von rund 6.000 Dollar pro Test nicht finanzierbar sei. Gnant sieht hier noch viel Entwicklungspotenzial und als Ziel eine „Mischung aus Qualitätskontrolle, Evidenzbasiertheit und am Ende vielleicht sogar großen Einsparungen“. Es sei ein „gutes Argument auf der Kostenseite“ für die Liquid Biopsy, wenn teure, aber sinnlose Therapien durch eine rasche und einfache Erkennung bestimmter genetischer Mutationen in Tumorerkrankungen vermieden werden könnten. Gnant: „Es wäre schön, wenn wir jetzt, wo wir nur wenige Indikationen haben, aber alle überzeugt sind, es werden in zehn Jahren 50 sein, nach Klärung der letzten technologischen Fragen einmal Role-Model-artig zeigen könnten, wie man hochqualitative Teststrukturen schafft.“

### Einsatzmöglichkeiten definieren

Prim. Univ.-Prof. Dr. Ewald Wöll, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (ÖGHO) und Abteilungsvorstand im Krankenhaus St. Vinzenz in Zams, stellte die Position der Fachgesellschaft zum Thema dar. Eine strategische Stellungnahme der Fachgesellschaft sei, abgesehen von einem Letter of Intent, dass weitere Forschung sinnvoll wäre, noch nicht geschehen. Das liege auch zum Teil an der fehlenden Praxisreife für die Diagnostik. Für die Zukunft sei es entscheidend, die Technologie strukturiert einzusetzen und vor allem auch die Einsatzgebiete zu definieren.



**PRAEVENIRE** Vorstandsmitglied Gunda Gittler erklärte die Möglichkeiten der Liquid Biopsy aus der Sicht der intramuralen Pharmazeutin.

### Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet

• Ellen Heitzerl



DDR. Wolfgang Wein, Lead Consultant W & W Pharmaconsult GmbH, vormals Executive Vice President, Global Franchise Oncology bei Merck KGaA, betonte: „Wir sind alle einig, dass da etwas ganz Großes im Kommen ist, das die gesamte onkologische Behandlung verändern und extrem verbessern wird.“ Die Technologie sei aber noch nicht so zuverlässig, wie „einen Zuckerwert zu bestimmen“. Es gehe jetzt darum, diese Schwelle zu definieren, ab wann ein breiter Einsatz sinnvoll sei. Wein ist der Meinung, die Liquid Biopsy „rechnet sich auf jeden Fall“, wenn sie über eine längere Erkrankung mit den onkologischen Substanzen gegenge-rechnet werde.

### Wege der Erstattung

Dr. Andreas Krauter, MBA, Leiter Fachbereich Medizinischer Dienst bei der Österreichischen Gesundheitskasse, appelliert, „hier gemeinsam zu einer sinnvollen Strategie zu kommen.“ Man müsse frühzeitig lernen, mit diesen neuen Entwicklungen in der Diagnostik umzugehen. Dies beinhalte aber auch, dass verschiedene veraltete diagnostische Methoden wieder wegkommen, die dann nicht mehr notwendig seien. Krauter könne sich gut vorstellen, dass sich ein Experten-Panel etabliert, das die Sozialversicherungsverantwortlichen frühzeitig informiert, welche Technologien in naher Zukunft einsatzfähig und sinnvoll sein werden, damit die SV sich auf eine Implementierung vorbereiten könne. Ein weiteres Problem für die ÖGK als Bezahler sei die Frage, ob die Tests in Österreich in entsprechender Qualität verfügbar seien: „Ein Breitenprodukt ist es noch nicht – weil die Methodik schwierig und aufwendig ist, weil man dafür sehr gut geschultes Personal braucht, auch darüber müssen wir reden.“ Es gehe zudem darum, „vertragliche Situationen anzudenken, dass so eine Versorgung nicht nur im klinischen, wissenschaftlichen Bereich stattfindet, sondern auch auf eine Versorgungsebene kommt.“ Krauter stellte klar: „Wir sind jetzt ein österreichweites Unternehmen und haben damit großes Gewicht. Natürlich ist die Abstimmung der Universitäten untereinander notwendig, um ein klares, gemeinsames Bild zu produzieren. Die Einzelinteressen müssen weg, wir müssen unser gemeinsames Basis-Versorgungsziel klar formulieren.“

Mag. Dr. Edgar Starz von der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. sah das Thema aus einem praktischen Standpunkt. Er appelliert an Erstattungsmodelle „ohne Binnenegoismen“. Er könne sich zumindest eine Kofinanzierung vorstellen, um den Patientinnen und Patienten ein Hin- und Herschicken zu ersparen. Seiner Meinung nach werde es auch bei der Liquid Biopsy mit der Zeit zu einem Preisdruck kommen, wenn es mehrere Anbieter gebe. Insofern sei das Kostenargument zu entkräften.

Starz hat eine gewisse „Skepsis mit diesen internationalen Studien, weil ich das Gefühl habe, da will man auf keinen Fall ein Ranking erreichen. Das wäre aber aus Trägersicht extrem wichtig.“ Univ.-Prof. Dr. Christian Singer, MPH, Leiter der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Leiter des Brustgesundheitszentrums, AKH Wien, ließ das Thema Früherkennung von Metastasierung außen vor und beschränkte sich in seiner Betrachtung auf den eigentlichen therapeutischen Biomarker. Er konstatierte: „Wir haben es jetzt schon mit einem Paradigmenwechsel zu tun. Wir gehen den Weg von einer einmaligen Diagnostik – also wir sehen die Patientin, operieren sie, haben einen Tumor und aus dem werten wir irgendwelche Parameter aus – hin zu einem repetitiven Testen, das eigentlich nicht mehr im Krankenhaus stattfindet, sondern im niedergelassenen Bereich.“ Hier entsteht eine enorme Urgenz in der Erstattung, denn es stehen bei den therapeutischen Biomarkern sowohl ausgereifte Tests als auch neue adjuvante Therapien zur Verfügung, doch werden die Tests zurzeit nicht bezahlt. Die Patientinnen und Patienten müssen die rund 1500 Euro selbst aufbringen. Auch er sieht eine Entwicklung hin zu preisgünstigeren Tests in naher Zukunft. Singer: „Wir brauchen in den nächsten Jahren einen strukturierten Weg, wie wir mit Liquid Biopsy umgehen. Technisch sind wir so weit, jetzt geht es um die Wege der Erstattung. Am Ende des Tages kann das nur eine duale Finanzierung sein.“

### Strukturiertes und strategisches Vorgehen

Manfred Brunner, Interessenspolitiker bei Gesundheit und Pflege der Arbeiterkammer Vorarlberg, sah ein „gemeinsames Board, wo man mit einer Sprache spricht“ als wichtigste Aufgabe, um die Versorgung mit Liquid Biopsy in der Onkologie umzusetzen. „Wir brauchen ein Entscheidungsboard aus Bund, Ländern, Sozialversicherungen und Wissenschaft, das die gemeinsamen Entscheidungen geschlossen nach außen vertritt. Man hat bei Covid gesehen, wie schrecklich es ausartet, wenn es das nicht gibt, und wenn die Politik und die Medien das Szepter in die Hand nehmen.“ Nur so könne man die notwendigen Schritte strategisch umsetzen, nur so komme man von der Defensive in die Offensive, zeigte sich Brunner überzeugt. Mag. Gunda Gittler, Leiterin der Apotheke und Anstaltsapotheker Ordensklinikum Barmherzige Brüder Linz, forderte eine strukturierte Herangehensweise. Zunächst müssten die Tests qualitativ geratet und mit Studien belegt werden. Der zweite wichtige Punkt wäre die Evaluierung der Vorteile der Anwendung wie auch Einsparungen im pharmazeutischen Bereich. Gittler wies darauf hin, dass wir uns hier in einem sehr volatilen Markt befinden und daher eine laufende Beobachtung der Situation wichtig ist. **P**



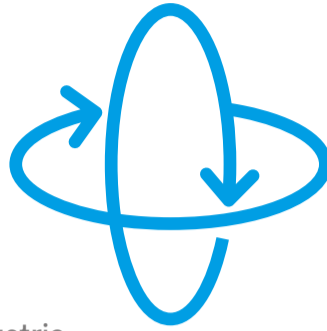


PIONIERE

# 360° Blick

Leben mit einer Seltenen Erkrankung

## Internationaler Tag der Seltenen Erkrankungen 29. Februar 2024



Was braucht es in Österreich jetzt am dringendsten? Pro Rare Austria fordert österreichweite Register für seltene Erkrankungen und Datenraum, sowie Mitgestaltung bei der Umsetzung von EU-HTA

Vor dem Hintergrund der EU Wahlen im Juni übermittelte der Europäische Dachverband für Seltene Erkrankungen EURORDIS am 29. Februar eine Petition aller Rare Disease Dachverbände der EU Mitgliedsländer mit der erneuten Forderung an EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen, den **EU-Aktionsplan für Seltene Erkrankungen (SE)**, ähnlich dem EU Cancer Plan, fertigzustellen, um vorhandene gesundheitspolitische Strategien und Maßnahmen zusammenzuführen und wichtige Lücken zu schließen. Dies nehmen wir zum Anlass, auf Basis des Nationalen Aktionsplans für SE, eine Erneuerung der österreichischen Rare Disease Gesamtstrategie und die Aufnahme wesentlicher Handlungsfelder in das Programm der Regierung nach den Nationalratswahlen im Herbst zu fordern.

Das Kernstück einer solchen Strategie bildet, wie auch in den vom EU Parlament beauftragten und von der EU Kommission finanzierten „Re-

commendations from The Rare 2030 Foresight Study“<sup>1</sup>, das Thema Daten bzw. der **European Health Data Space (EHDS)**, der Austausch und Kommunikation von Daten unter Berücksichtigung des Datenschutzes ermöglicht – ein Meilenstein insgesamt für den Forschungs- und Medizinstandort Europa und ein wichtiger Schritt für die Beforschung seltener Erkrankungen, Therapieentwicklung und adäquate Versorgung gegebenenfalls auch im EU-Ausland innerhalb der Europäischen Referenznetzwerke für Seltene Erkrankungen (ERNs). Auch für Steuerung der EU-Gesundheitspolitik und Ressourcenplanung sind gute Register entscheidend; all dies gilt aliquot für einen Datenraum auf nationaler Ebene – wir brauchen also dringend einen österreichischen Datenraum als Teil der österreichischen eHealth-Strategie.



Mag. Dominique Sturz  
Obfrau-Stellvertreterin Pro Rare Austria

Auch auf Ebene der ERNs wird auf Hochdruck an Registern gearbeitet. Für ein **österreichweites SE Register** auf nationaler Ebene, wie es derzeit z. B. in der Schweiz

und in Deutschland entsteht, müssten „nur“ mehr die (bereits vorhandenen) Daten auf Universitätsklinik- bzw. Spitalsebene verknüpft werden, damit Verbesserungen für Menschen mit SE, wie zügige Diagnose, spezifische Therapien und Krankheitsmanagement nach internationalem Standard, bei diesen auch wirklich ankommen. Eine EURORDIS „Rare Barometer Umfrage“<sup>2</sup> zeigt uns jedenfalls: 96 Prozent der Patienten mit SE sprechen sich eindeutig für die Verwendung ihrer Daten für Forschung und Verbesserungen in der klinischen Praxis aus.

Viel Aufregung herrscht derzeit rund um das Thema **EU-HTA**, da EU-HTA Berichte (Appraisal) als Empfehlungen für die nationale Kosten-/Nutzenbewertung (Assessment) innovativer, durch die EMA zugelassener, Therapien stufenweise (ab 2025 z. B. für „Advanced therapy medicinal products“ (ATMPs), also Gentherapien oder bestimmte Zelltherapien, die häufig für SE bestimmt sind) verpflichtend zu berücksichtigen sind. Dies ist im Sinne eines zügigen Einsatzes durchaus als Erfolg zu werten, sofern die Umsetzung mit den Patienten erfolgt: Pro Rare Austria empfiehlt dringend, bei der Bewertung von Therapien für SE klinische Experten aus den österreichischen Expertisezentren/Mitgliedern der ERNs ins Bewertungsboard zu holen und für die Bestimmung des Zusatznutzens einer neuen Therapie gegenüber dem gängigen Standard of Care – das heißt bei SE meist keine spezifische Therapie als Komparator – die Betroffenen-Perspektive einzuholen. **P**

### Quellen:

- <sup>1</sup> Recommendations from The Rare 2030 Foresight Study
- <sup>2</sup> <https://www.eurordis.org/publications/share-and-protect-our-health-data/>



# Buchvorstellung

## Sucht. Neue Erkenntnisse und Behandlungswege

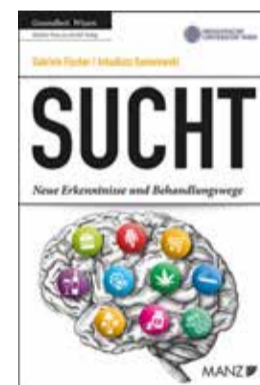
Die Entwicklungen von Suchterkrankungen geben in Österreich Anlass zur Sorge: Österreich liegt gemäß der neuesten OECD-Studie bei der Alkoholabhängigkeit weit vorn. Das kürzlich im Manz Verlag veröffentlichte Buch „Sucht. Neue Erkenntnisse und Behandlungswege“ behandelt nicht nur das Thema Suchterkrankungen, sondern beleuchtet auch innovative Ansätze für die Behandlung. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

Sowohl substanzgebundene als auch nicht-substanzgebundene Abhängigkeiten werden heute als ernsthafte psychiatrische Erkrankungen betrachtet, die auf biologische, psychologische und soziale Ursachen zurückzuführen sind. Trotz kontinuierlicher Fortschritte in der Suchtforschung haben Betroffene weiterhin Schwierigkeiten, angemessene Therapieeinrichtungen im öffentlich finanzierten Versicherungssystem zu finden.

### Ausbau von Therapieeinrichtungen nötig

In diesem Kontext erschien das Buch „Sucht. Neue Erkenntnisse und Behandlungswege“ in der Reihe „Gesundheit Wissen“ der MedUni Wien im MANZ-Verlag. Das neue Werk ist nicht nur für Psychotherapeuten, Pädagogen und Menschen in Gesundheitsberufen, die

sich mit den neuesten Erkenntnisstand befassen wollen, sondern auch als Verständnishilfe für Angehörige von Betroffenen gedacht. Die Autoren, Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer und DDr. Arkadiusz Komorowski von der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MedUni Wien, beleuchten die wichtigsten Substanzgebrauchsstörungen sowie Verhaltenssuchte und stellen in ihrem Werk überholte Denkmuster wissenschaftlich fundierte Fakten entgegen. So ist z. B. laut den Experten die Vorstellung, dass Alkohol und Zigaretten im Gegensatz zu Kokain und Heroin „leichte“ Drogen sind, überholt. Weiters erläutern sie die initialen Anzeichen einer Suchtentwicklung sowie zeitgemäße Ansätze in der Suchttherapie und -prävention. Suchterkrankungen sind chronische Erkrankungen, bei denen kurzfristige Interventionen nicht ausreichen. Aufgrund des insgesamt



### Das Buch

**Sucht. Neue Erkenntnisse und Behandlungswege**

### Autoren:

Gabriele Fischer, Arkadiusz Komorowski

**Seiten:** 232

**Preis:** 23,90 €

**Verlag:** MANZ Verlag Wien

**ISBN-Nr.:** 978-3-214-25406-3

starken Anstiegs an Suchterkrankungen in Österreich sei der Ausbau von professionellen und evidenz-basiert arbeitenden Therapieeinrichtungen innerhalb des öffentlich finanzierten Versicherungssystems dringend nötig, fordern Fischer und Komorowski.

### Zu den Autoren

Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer verantwortet als Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie die Suchtforschung und -therapie an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MedUni Wien. Als international renommierte Sucht- und Menschenrechtsexpertin setzt sie sich in zahlreichen Gremien für die Verbesserung bestehender Behandlungsstrukturen ein. DDr. Arkadiusz Komorowski arbeitet als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MedUni Wien u. a. im Bereich der Suchtmedizin und der Forensischen Psychiatrie. Zudem ist er im Bereich der ambulanten psychiatrischen Rehabilitation tätig. **P**

SAVE THE DATE:

# Fachtagung für Osteopathie

Es ist wieder soweit – Die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie (OEGO) lädt zur **4. FACHTAGUNG FÜR OSTEO-PATHIE AM FREITAG, DEN 26. APRIL 2024, IM EUROPAHAUS IN WIEN** ein. Einen Tag lang widmen sich Osteopathinnen und Osteopathen und Mitglieder anderer Gesundheitsberufe aktuellen und relevanten Themen rund um die osteopathische Behandlung. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

**D**ieses Jahr verspricht die hochkarätige Veranstaltung eine reiche Auswahl an fachspezifischen Themen, präsentiert von renommierten nationalen und internationalen Vortragenden wie Rainer Breul, Dominique Hertzler, Karin Pfaller-Frank, Christoph Pieh, Paul Klein und Ralph Pariasek.

## Höhepunkte der Veranstaltung

Univ.-Prof. Dr. Rainer Breul, einer der führenden Anatomen Deutschlands, wird in seinem Vortrag die besondere, physiologische Bedeutung des neuentdeckten ‚Glymphatischen Systems‘ für die Reinigung unseres Zentralen Nervensystems erörtern. Dabei geht er näher auf das einzigartige System, das eine effiziente Reinigung des Zentralen Nervensystems ermöglicht und dessen Aktivität, die anscheinend einem zirkadianen Rhythmus unterliegt, ein. Als Präsidentin des Berufsverbands der österreichischen Logopädinnen und Logopäden gibt PhDr. Karin Pfaller-Frank spannende Einblicke in die neuesten Forschungsergebnisse zu orofazialen Funktionen und Störungen. Ein weiterer Höhepunkt der Veranstaltung wird der Vortrag „Es gibt so viele ‚Gesundheiten‘, wie es Menschen gibt“ von Dr. Dr. phil. Dominique Hertzler, welche in Chinesischer Medizin sowie im Fach „Theoriebildung in der Medizin“ promovierte, sein. Anhand des Beispiels der Chinesischen Medizin wirft die Expertin einen anderen Blick auf die Gesundheit und erklärt, wie man sich Gesundheit im Sinne eines fließenden Gleichgewichts zwischen Körper und Geist vorstellen kann, wie diese zu beeinflussen ist und wie ein solches Konzept unsere eigene medizinische Realität zu bereichern vermag. Prof. Dr. Paul Klein, emeritierter Professor an der Université Libre in Brüssel, setzt sich in seiner Forschung mit der angewandten Biomechanik, Methodologie und wissenschaftstheoretischen Fragen im Bereich der Osteopathie auseinander. In seinem Vortrag zeigt der Experte auf, wie biomechanische Laboruntersuchungen zur Sicherheit osteopathischer Behandlungen beitragen können.

**Die jährliche Fachtagung Osteopathie ist bereits im vierten Jahr ein interdisziplinärer Treffpunkt für Osteopathinnen, Osteopathen und Mitglieder verschiedener Gesundheitsberufe im deutschsprachigen Raum.**

Margit Halbfurter

Des Weiteren behandelt der Wiener Osteopath und Physiotherapeut Ralph Pariasek, MSc D.O., in seinem Vortrag die Aspekte der rechtlichen Sicherheit, Sicherheitstestung und Anamnese. Veranschaulicht wird dies im Auditorium durch zwei praktische Tests.



Vorstand der „Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie“ (v.l.): Thomas Marschall, Sebastian Soika, Margit Halbfurter, Toni Huber, Susanne Handl

Abschließend wird Univ.-Prof. Dr. Christoph Pieh, Leiter des Zentrums für Psychosomatische Medizin und Supervision an der Donau-Universität Krems, über das Thema somatoforme Störungen sprechen. Dabei werden Diagnostikriterien, Empfehlungen zur Behandlung und mögliche Vermeidungsstrategien im Fokus stehen.


## Rückblick 2023

Die Fachtagung für Osteopathie war bereits letztes Jahr ein voller Erfolg. Zahlreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer hörten gespannt den Fachvorträgen von namhaften Expertinnen und Experten wie Michael Biberscheck, MMSc D.O. DPO PGD WHC; Thomas Hirth, D.O. und Jérôme Wyvekens, D.O.; Jo Buekens, MSc D.O.; Claudia Knox, DO, MSc Paeds Ost, BSc Ost, PGC ACE, PGD WHO; Franziska von Moeller und Simone Kumhofer, BA, BSc, MSc zu. Erstmals wurde letztes Jahr die Fachtagung durch Live-Workshops vor Ort zu einer hochwertigen Fortbildung erweitert. Dabei wurden die Inhalte der Vorträge praktisch umgesetzt und vertieft. Eine Podiumsdiskussion rundete das Programm ab, in der Vertreter der Ärzteschaft die Frage „Was leistet die Osteopathie in den evidenzgeprüften Krankheitsbildern für die Menschen?“ diskutierten.

Basis der Diskussion waren die Überblicksstudie mit dem Titel „Wirksamkeit und Sicherheit osteopathischer Behandlungen“, durchgeführt vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Med Uni Graz und der Projektbericht der HTA Austria –

Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH mit dem Titel „Osteopathie: Wirksamkeit und Sicherheit bei Schmerzen des Bewegungs- und Stützapparates und Überblick über Ausbildungs- und Qualitätsanforderungen“. Die Podiumsdiskussion zeigte, dass die Osteopathie unter Einbeziehung der Ärzteschaft eine wertvolle Ergänzung in der Gesundheitsversorgung sein kann.

## Spannender Austausch

„Die jährliche Fachtagung Osteopathie ist bereits im vierten Jahr ein interdisziplinärer Treffpunkt für Osteopathinnen, Osteopathen und Mitglieder verschiedener Gesundheitsberufe im deutschsprachigen Raum. Auch heuer konnten wir renommierte nationale und internationale Expertinnen und Experten sowie hochkarätige Ehrengäste gewinnen. Der gesamte Vorstand freut sich über zahlreiche Teilnehmerinnen, Teilnehmer und einen spannenden Austausch!“, so Margit Halbfurter, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie. 

## Details und Anmeldung:

### 4. ÖSTERREICHISCHE FACHTAGUNG OSTEOPATHIE

Wann: Freitag, 26. April 2024  
Dauer: 9.00 Uhr bis 20.00 Uhr  
Wo: Europahaus Wien  
Linzer Straße 429, 1140 Wien  
[www.oego.org/fachtagung/](http://www.oego.org/fachtagung/)





PIONIERS

# Digital Austria Act – „Wieviele ‚Gesundheit‘ steckt darin“

Der vom Ministerrat am 1. Juni 2023 verabschiedete Digital Austria Act war Ausgangspunkt für den PRAEVENIRE Talk mit dem Titel „Digital Austria Act – der Durchbruch?“ bei den 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach. Dabei diskutierten Expertinnen und Experten aus sämtlichen Stakeholdergruppen des Gesundheitsbereichs, welche **VORTEILE DER DIGITAL AUSTRIA ACT MIT SICH BRINGT UND WELCHE ZUSÄTZLICHEN MASSNAHMEN**

**NOTWENDIG SIND.** | von Carola Bachbauer, BA, MSc

**D**er Digital Austria Act markiert möglicherweise einen bedeutsamen Fortschritt in der Modernisierung des österreichischen Gesundheitssystems. Speziell der Lückenschluss der Elektronischen Gesundheitskarte ELGA – etwa bei der Verfügbarkeit von Labor- und Bilddaten, die Möglichkeit der datenschutzkonformen Zusammenführung und Auswertung von Gesundheitsdaten sowie die Ankündigung, Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) zuzulassen, sind wichtige Pfeiler einer zeitgemäßen digitalen Gesundheitsversorgung. Jedoch konnten auch Verbesserungspotentiale des Digital Austria Act identifiziert werden, wie Dr. Franz Leisch, Chief Digital Officer (CDO) des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE in seinem einleitenden Impuls veranschaulichte.

## Gesundheitsthemen unterrepräsentiert

„Von den insgesamt 40 Seiten, die der Digital Austria Act umfasst, behandeln lediglich zwei Seiten und fünf Sub-Kapitel das Thema Gesundheit“, berichtete Leisch. In dem Kapitel „Digitales Gesundheitswesen“ werden sowohl allgemeine Grundsätze als auch Maßnahmen angeführt. Diese beinhalten beispielsweise die Lückenschließung von ELGA, die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) sowie die Verbesserung der Datenlage. In diesem Zusammenhang zog der PRAEVENIRE CDO einen Vergleich zu dem PRAEVENIRE Jahrbuch:

„Der Digital Austria Act greift viele langjährige Forderungen auf, welche PRAEVENIRE Expertinnen und Experten im Rahmen der diversen PRAEVENIRE Formate erarbeitet haben und in den PRAEVENIRE Weißbüchern bzw. im PRAEVENIRE Jahrbuch der letzten Jahre den Verantwortlichen in der Politik und dem Gesundheitsbereich nähergebracht wurden.“ Jedoch sind laut dem PRAEVENIRE CDO die von der Regierung geplanten Maßnahmen nicht ausreichend: „In dem Digital Austria Act wird weder das neue Prinzip ‚Digital vor Ambulant vor Stationär‘ noch die Gesundheitshotline 1450 erwähnt. Außerdem fehlen Themen wie die Finanzierung vor allem in Hinsicht darauf, von wem diese übernommen werden soll oder auch die Verbesserung der Versorgung durch die Künstliche Intelligenz. Des Weiteren wird mit keinem Wort die Einbindung in den Europäischen Raum für Gesundheitsdaten (EHDS) erwähnt“, kritisierte Leisch.

## Digitale Hindernisse überwinden

Anschließend an die Keynote fand die erste von zwei Podiumsdiskussionsrunden statt. Laut Dr. Alexander Biach, Direktor Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien, sei der Digital Austria Act ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, jedoch seien für die Umsetzung weitere Maßnahmen notwendig. Hierbei betonte Alexander Biach, dass es wichtig wäre, eine einheitliche Definition für DiGAs zu formulieren. Denn



zurzeit würden beispielsweise die Sozialversicherung etwas anderes unter DiGAs verstehen als die Landesregierungen. Grundsätzlich handelt es sich bei DiGAs um digitale Anwendungen, die bei der Erkennung, Überwachung oder Therapie unterschiedlicher Krankheitsbilder zum Einsatz kommen. Im Gegensatz zu Lifestyle- oder Wellness-Apps sind DiGAs zertifizierte und zugelassene Medizinprodukte. Des Weiteren würde Österreich aufgrund der bürokratischen Hürden bereits fertige Anwendungen boykottieren. Als letzten Punkt führte Biach an, dass bestehende Daten datenschutzkonform und sicher für Gesundheitsplanung und Forschung zur Verfügung stehen sollten. Laut einer Statistik der Wirtschaftskammer Wien könnte eine effiziente Datennutzung der bereits vorhandenen Daten eine zusätzliche Wertschöpfung von 132 Millionen Euro im Jahr einbringen.

Auch Dr. Arno Melitopoulos, Leiter Versorgungsmanagement 3 der ÖGK, sieht die Maßnahmen der Regierung als guten Anfang, in dem jedoch die Gesundheit noch unterrepräsentiert ist und das koordinierte Zusammenspiel der Stakeholder fehlt. Er vermisst ähnlich wie Leisch ein klares Konzept zum EHDS, die Forcierung der Chancen der Telemedizin sowie die Steuerung der Patientinnen und Patienten zum „Best Point of Care“ zum Beispiel über die Gesundheitshotline 1450.

Ebenfalls positiv gegenüber dem Digital Austrian Act eingestellt ist MMag. Dr. Andreas

Die Teilnehmenden beim Talk über den Digital Austria Act (v. l.): Ernest Pichlbauer, Andreas Huber, Mona Dür, Humayun Kabir, Alexander Biach, Herwig Loidl, Angelika Widhalm, Reinhard Riedl, Franz Leisch, Anne Busch, Arno Melitopoulos







Huber, Büroleiter von Gesundheitslandesrätin MMag Dr. Cornelia Hagele. „Tirol konnte bereits sehr gute Erfahrungen im Zusammenhang mit Telegesundheitsdiensten und Telemedizin machen. So haben Projekte wie beispielsweise HerzMobil Tirol gezeigt, dass das Versorgungsnetzwerk von unterschiedlichen Berufsgruppen sektorenübergreifend gut funktionieren kann und die telemedizinischen Anwendungen dazu führen, dass die Patientin, der Patient im Fokus der Behandlung steht. Deshalb freut es mich, dass nun auch von Seiten der Regierung ein Schritt in die richtige Richtung gemacht wurde“, erklärte der Experte. Laut Huber wäre jedoch noch ein klareres Bekenntnis zur gemeinsamen Nutzung der ELGA-Infrastruktur zur Vermeidung technischer Parallelwelten und Maßnahmen zur Digitalisierung der Pflege wünschenswert.

In Sachen Digitalisierung tue sich zu wenig, was Patientinnen und Patienten wirklich brauchen, mahnte Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich – DIE Patientenstimme (BVSHOE). Zwar entwickeln viele gute Programmierinnen, Programmierer und Start-ups großartige Anwendungen, jedoch kommen diese in vielen Fällen nicht zu den Anwendern. Zusätzlich wäre eine Einbindung von Stakeholdern und Patientenorganisationen bei der Entwicklung des Digital Austria Act ratsam gewesen.

Dr. Ernest G. Pichlbauer, unabhängiger Gesundheitsökonom und Publizist, sah die Entwicklung der Digitalisierung in Österreich nicht so positiv wie seine Kolleginnen und Kollegen. Viel zu lange würde bereits über dieses Thema diskutiert werden, doch am Ende komme laut dem Experten nichts dabei raus. Dies veranschaulichte er anhand eines Beispiels: „Die App mySugr – eine App zur Unterstützung des Diabetes-Managements – wurde beispielsweise bereits 2012 in Wien entwickelt. In Österreich wird über zehn Jahre danach immer noch über die rechtlichen Voraussetzungen und den Erstattungsprozess für DiGAs diskutiert.“ Diese langsame Vorgehensweise sei Pichlbauer zufolge auch schuld daran, dass die App mySugr an Roche verkauft wurde.

#### **Digitalisierung in Österreich: Auf dem richtigen Weg, aber noch nicht am Ziel**

Aufbauend auf der ersten Podiumsdiskussionsrunde setzten sich in einer zweiten Runde weitere namhafte Expertinnen und Experten mit dem Digital Austrian Act auseinander. Dr. Anne Busch, Leiterin Masterstudiengang Health Care Informatics, Leitung Arbeitsausschuss für Internationales an der FH Wiener Neustadt, hält in diesem Zusammenhang fest, dass die Entwicklung des Digital Austria Act sehr erfreulich ist. Jedoch brauche es zur Umsetzung der Maßnahmen von Seiten des Gesundheitspersonals zum einen die Kompetenz und zum anderen aber auch die Akzeptanz. Somit ist laut der Expertin

In zwei vertiefenden Diskussionsrunden stellten sich die Teilnehmenden den Fragen aus dem Publikum (v. l.): Alexander Biach, Andreas Huber, Arno Melitopoulos, Ernest Pichlbauer, Angelika Widhalm

Die zweite Diskussionsrunde bestand aus (v. l.): Anne Busch, Mona Dür, Reinhard Riedl, Herwig Loidl, Humayaun Kabir

auch eine Reform der Aus- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe erforderlich. Denn digitale Kompetenzen sollte hier integriert werden. Prof. PhD, Mona Dür, MSc, Geschäftsführerin von der Duervation GmbH, sah es nicht wie ihre Kolleginnen und Kollegen als negativen Punkt, sondern als Chance, dass die Gesundheitsthemen im Digital Austria Act nur oberflächlich behandelt werden. Denn somit hätten Expertinnen und Experten, wie im Rahmen des PRAEVENIRE Talks, die Möglichkeit, sich zusammenzusetzen und an strategischen Maßnahmen und Visionen mit definierten Handlungsfeldern zu erarbeiten.

Laut Prof. Dr. Reinhard Riedl, Dozent an der Berner Fachhochschule, sollte der Fokus bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen mehr auf den Nutzen für die Bevölkerung gelegt werden: „Wir haben in der Informatik drei Arten von Qualität: Prozessqualität, Produktqualität und Nutzungsqualität. Wenn man diese jetzt auf den Digital Austria Act anwendet, dann steht die Prozessqualität für die Einbeziehung der Stakeholder, die Produktqualität für die Grundsätze, die der Digital Austria Act umfasst und die Nutzungsqualität, dass mit der digitalen Transformation Nutzen generiert wird. Letzteres muss mehr an die Bevölkerung herangetragen werden.“

Dipl. Ing. (FH) Humayaun Kabir, MBA, Direktion Medizininformatik und Informationstechnologie, Oberösterreichische Gesundheitsholding, hob in seinem Statement die positiven Seiten des österreichischen Gesundheitssystems hervor: „Die Digitalisierung in österreichischen Krankenhäusern ist

um einiges besser, als landläufig bekannt. Fast alle Einrichtungen haben in den Intensivstationen ein Patientendatenmanagementsystem (pDMS). In Deutschland sind nur vier Prozent der Krankenhäuser mit diesem essenziellen Tool ausgestattet.“ Jedoch ist auch er der Meinung, dass die Überregulierung in Österreich medizinische Innovationen hemmt. Aufgrund dessen appellierte der Experte für weniger Regulierung, die Einbeziehung der Stakeholder und realistische Ziele. „Wir müssen den Menschen Zeit geben, um mit den technologischen Fortschritten mitzukommen und dürfen sie damit nicht überrumpeln“, sagte Kabir zum Abschluss seines Statements.

Mag. Herwig Loidl, MBA MSc, Leiter Arbeitskreis e-Health, Fachverband UBIT der WKÖ, Sprecher des Vorstandes, IHE Austria lobte in der Diskussionsrunde die Gesundheitsakte ELGA: „In Österreich sind aufgrund der Opt-out Regelung 97 Prozent der krankenversicherten Personen in ELGA registriert. Deutschland könne froh sein, wenn 2025 80 Prozent in der elektronischen Patientenakte (ePA) vertreten sind.“ Jedoch hat laut ihm auch ELGA seine Schwächen. Seit 2015 gäbe es die e-Befunde für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Labors. Die Umsetzung scheitere jedoch an der Finanzierung.

Abschließend waren sich die Teilnehmenden einig, dass die Einführung von Digitalisierungsmaßnahmen mit intensiver Einbindung aller Gesundheitsberufe und guter Kommunikation begleitet werden und auch die digitale Kompetenz in der Bevölkerung entsprechend gesteigert werden müssen. **P**





## HERZLICHE EINLADUNG

Der Bundesverband Selbsthilfe  
Österreich lädt ein zur

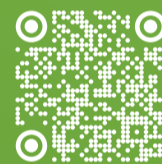
FACHTAGUNG 2024

# „Zusammen stärker: Wege und Visionen der Selbsthilfe in Österreich“

am 12. April 2024, 10:00 bis 16:00 Uhr (Get Together ab 9:00 Uhr),  
in den Räumlichkeiten des Dachverbandes der österreichischen  
Sozialversicherung, Kundmanngasse 21, 1030 Wien.

Hier geht's zur Anmeldung:

Anmeldefrist ist der 02. April 2024.  
Begrenzte Teilnehmer:innenanzahl.  
Die Teilnahme ist kostenfrei.



Für das leibliche Wohl ist gesorgt. Das detaillierte Programm folgt in Kürze.

Unser besonderer Dank gilt unseren Fördergebern:



Dachverband der  
österreichischen  
Sozialversicherung

 Bundesministerium  
Arbeit, Soziales, Gesundheit  
und Konsumentenschutz

Außerdem danken wir dem Verein PRAEVENIRE für die pro bono erbrachte  
Unterstützung bei der Veranstaltungsorganisation.



## WIR FREUEN UNS AUF EINEN GEMEINSAMEN, BEREICHERNDEN UND INSPIRIERENDEN TAG!

Das Team des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich



PIONIERE

# „Österreich testet“ Whistleblower Gökhan Sagir jetzt bei PRAEVENIRE

Als Sicherheitsforscher, der von Amnesty International als Whistleblower anerkannt wurde, hat Gökhan Sagir **EINE ENTSCHIEDENDE LÜCKE IN DER PLATTFORM „ÖSTERREICH TESTET“ AUFGEDECKT**. Nach seiner Tätigkeit als eHealth IT-Projektingenieur bei der ELGA GmbH, wo er tiefgehende Kenntnisse im Codieren mit SNOMED-CT sowie den HL7 und IHE-Standards erwarb, engagiert er sich nun als Digital Expert beim PRAEVENIRE Gesundheitsforum.

**P**atientendaten gehören zu den sensibelsten Bereichen die das Gesundheitssystem verwaltet. Bei zufällig entdeckten Datenlücken braucht es ein professionelles Vorgehen, um einen Schaden für die Versicherten zu vermeiden.

**PERISKOP: Wie kam es, dass Ihre Begeisterung für Technik Sie zum Vertiefen in die Welt der IT-Sicherheit geführt hat?**

**SAGIR:** Die Neugier brachte mich dazu, über die reine Anwendung von Technologie hinauszugehen und ihre Mechanismen zu erkunden. Sie hat mir gezeigt, wie wichtig es ist, Systeme aus einer kritischen Perspektive zu betrachten. In diesem Prozess entwickelte ich ein tiefes Verständnis für die Identifizierung und Behebung von Sicherheitslücken. Diese Reise markierte meinen Übergang von einem Technikenthusiasten zu einem professionellen Sicherheitsforscher, der sich der Stärkung der Cybersicherheit

widmet. Ich habe bereits so zur Sicherheit von vielen nationalen und internationalen IT-Systemen beigetragen.

**Ihre Entdeckung einer kritischen Sicherheitslücke bei „Österreich testet“ hat enorme Aufmerksamkeit erregt. Wie hat alles begonnen?**

Alles begann mit einem Auftrag einer Wiener Apothekengruppe, um ein benutzerfreundlicheres Dashboard zu entwickeln, das mit „Österreich testet“ interagieren sollte. Das war das offizielle System der österreichischen Regierung, in dem alle Corona-Testergebnisse des Landes zentral erfasst und verwaltet wurden. Während der Entwicklung stieß ich auf eine Sicherheitslücke, die den Zugriff auf alle Corona-Testdaten in Österreich ermöglichte. Mir war sofort klar, dass dies eine ernsthafte Datenschutzverletzung darstellen könnte und meldete diese umgehend dem zuständigen Gesundheitsministerium. Das

Ministerium hat jedoch wenig adäquat auf meine Meldung reagiert. Ich fühlte mich verpflichtet zu handeln und suchte nach einer Möglichkeit, diese Information verantwortungsvoll zu teilen. Thomas Lohninger von epicenter.works, einer Organisation, die sich für digitale Rechte und Datenschutz einsetzt, schien der richtige Ansprechpartner zu sein. Seine Expertise und sein Rat waren entscheidend für die nächsten Schritte.

**Amnesty International hat Sie für die Aufdeckung des Sicherheitslecks bei „Österreich testet“ als Whistleblower anerkannt. Wie fühlen Sie sich dabei?**

Es ist eine Bestätigung, dass das Eintreten für das Richtige, auch wenn es Risiken birgt, von unschätzbarem Wert ist. Es hat mich darin bestärkt, weiterhin für Datenschutz und Sicherheit einzustehen. Die Anerkennung durch eine Organisation wie Amnesty International zeigt, dass unsere Handlungen einen Unterschied machen können – nicht nur in der digitalen Welt, sondern auch darüber hinaus.

**Die mediale Aufmerksamkeit führte zu zahlreichen Jobangeboten, mitunter vom nationalen Cyber-Sicherheitszentrum CERT, ELGA GmbH und dem Gesundheitsministerium. Was hat Sie dazu bewogen, sich für die ELGA zu entscheiden?**

Unter den vielen Angeboten stach die ELGA hervor, insbesondere die Möglichkeit, mit deren damaligen Geschäftsführer Dr. Franz Leisch zu arbeiten. Seine Vision für die digitale Gesundheitsversorgung und sein Engagement für Datenschutz resonierten mit meinen eigenen Werten. Ich sah eine Chance, einen Beitrag zu leisten. Für mich war die Wahl absolut richtig. Auch heute in seiner Rolle als Chief Digital Officer von PRAEVENIRE ist Franz nach wie vor mein Mentor.

**Nach Ihrer Arbeit bei der ELGA GmbH haben Sie sich PRAEVENIRE angeschlossen, einem Gesundheitsforum, das sich der Förderung eines solidarischen Gesundheitssystems verschrieben hat. Können Sie uns erläutern, warum die Arbeit bei PRAEVENIRE so wichtig für Sie ist?**

Die Überzeugung, dass das Gesundheitswesen besser sein kann – effizienter, gerechter und zugänglicher für alle. Eine der größten Herausforderungen ist die Fragmentierung des Systems. Es gibt viele Akteure mit unterschiedlichen Interessen und Perspektiven. Wenn wir es schaffen, die richtigen Leute zusammenzubringen und einen konstruktiven Dialog zu fördern, dann können wir echte Veränderungen bewirken. Es geht darum, eine Kultur der Offenheit und des gegenseitigen Verständnisses zu fördern, die es ermöglicht, gemeinsame Ziele zu identifizieren und zu verfolgen. **P**

Gökhan SAGIR,  
Digital Expert beim  
PRAEVENIRE  
Gesundheitsforum



# SHAPE THE FUTURE



## 6. PRAEVENIRE DIGITAL HEALTH SYMPOSION

DONNERSTAG, 18. APRIL 2024

09:30–10:00 Uhr <b>Get together</b>			
10:00–12:15 Uhr <b>Eröffnung und Plenum</b>			
<p><b>MODERATION:</b> <b>Prof. DI Dr. Reinhard Riedl</b> Dozent, Berner Fachhochschule</p> <p><b>Lisa Holzgruber, MBA, MSc</b> Geschäftsführung, rotatable technologies GmbH</p> <p><b>Begrüßung:</b> <b>Dr. Hans Jörg Schelling (Videobotschaft)</b> Präsident, PRAEVENIRE Gesundheitsforum</p>	<p><b>KEYNOTES:</b> <b>Dr. Naghme Kamaleyan-Schmied</b> 2. Vizepräsidentin, Obfrau der Kurie niedergelassene Ärzte, Ärztekammer für Wien <b>Thema: Work in Progress – Die Primärversorgung der Zukunft</b></p> <p><b>Dr. Anita Puppe</b> Senior Healthcare Consultant Strategy &amp; Business Design, IBM iX DACH <b>Thema: Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen: Revolutionierung der Patientenversorgung</b></p>	<p><b>Silvio Frey</b> Senior Manager, Digital Health Transformation, Detecon Schweiz <b>Thema: Data Driven Hospital als Grundlage für AI Anwendungen in klinischen Prozessen</b></p> <p><b>Dr. Alexander Biach (Videobotschaft)</b> Direktor-Stellvertreter Wirtschaftskammer Wien, Standortanwalt <b>Thema: Patientenströme digital lenken – Effizienz steigern</b></p>	<p><b>Andreas Huss, MBA</b> Stellvertretender Obmann, Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) <b>Thema: Umsetzung der Digitalisierungsaufträge aus dem Finanzausgleich 2023</b></p> <p><b>DISKUSSION:</b> <b>Alle Keynote-Sprecher</b></p> <p><b>Angelika Widhalm</b> Präsidentin, Bundesverband Selbsthilfe Österreich – DIE Patientenstimme</p>
12:15–13:30 Uhr <b>Mittagessen</b> Netzwerken beim gemeinsamen Lunch   Führung durch Startup Ausstellungsbereich			
13:30–14:45 Uhr <b>Session 1: Wartezeiten im Gesundheitswesen reduzieren</b>		13:30 – 14:45 Uhr <b>Session 2: Private Portale und Apps – in Zukunft mit „ELGA inside“?</b>	
<p><b>MODERATION:</b> <b>Mag. (FH) Magdalena Sattelberger</b> Geschäftsführende Gesellschafterin SOLVE Consulting Managementberatung GmbH</p> <p><b>KEYNOTES:</b> <b>Angelika Widhalm</b> Präsidentin, Bundesverband Selbsthilfe Österreich – DIE Patientenstimme <b>Thema: Wartezeiten aus Sicht der Patienten</b></p> <p><b>Dr. Clemens Billek</b> Geschäftsführer, DRD doctors online <b>Thema: Per Telemedizin in 5 Min. zum Hausarzt</b></p>	<p><b>Dr. med. Ernest Pichlbauer</b> Gesundheitsökonom, Health Policy International <b>Thema: Potentiale der Telemedizin</b></p> <p><b>DISKUSSION:</b> <b>Alle Keynote-Sprecher</b></p> <p><b>Dr. Kasia Greco</b> Vizepräsidentin und EPU-Sprecherin, Wirtschaftskammer Wien</p> <p><b>Peter Lehner (angefragt)</b> Obmann, Sozialversicherung der Selbständigen (SVS)</p> <p><b>DI Regina Plas</b> Wirtschaftspolitik, Wirtschaftskammer Wien</p>	<p><b>MODERATION:</b> <b>Mag. Theresa Philippi, LL.M, MAS</b> Leitung Compliance &amp; Recht, Fachhochschule Technikum Wien</p> <p><b>KEYNOTES:</b> <b>Mag. Herwig Loidl</b> Sprecher, IHE Austria <b>Thema: Interoperabilität im Gesundheitswesen durch Standards wie IHE und FHIR schaffen – am Beispiel von Linked Care</b></p> <p><b>Mag. Dr. Stefan Sabutsch</b> Geschäftsführung, ELGA GmbH Präsident, HL7 Austria &amp; DICOM Austria <b>Thema: ELGA: next steps</b></p> <p><b>3. Keynote: offen</b></p>	<p><b>DISKUSSION:</b> <b>Alle Keynote-Sprecher</b></p> <p><b>Andreas Huss, MBA</b> Stellvertretender Obmann, Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)</p> <p><b>Mag. (FH) Sabine Röhrenbacher</b> Geschäftsführung, Bundesverband Selbsthilfe Österreich – DIE Patientenstimme</p>
14:45–15:30 Uhr <b>Netzwerkpause</b>			
15:30–16:45 Uhr <b>Session 3: Gesundheitsdaten schützen, Gesundheitsdaten nützen</b>		15:30–16:45 Uhr <b>Session 4: Erstattung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs)</b>	
<p><b>MODERATION:</b> <b>Dr. Alexander Degelsegger-Márquez</b> Abteilungsleiter Internationales, Policy, Evaluation und Digitalisierung, GÖG GmbH</p> <p><b>KEYNOTES</b> <b>Hon.-Prof. Dr. Gerhard Aigner</b> Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien <b>Thema: Datennutzung &amp; Ethik</b></p> <p><b>Aljoscha Stroh, MBA</b> CFO, Sandoz Nordics <b>Thema: Österreich: ein „data lazy country“?</b></p> <p><b>Univ.-Prof. Dr. Tanja Stamm, PhD</b> Head of Section for Outcomes Research Center for Medical Data Science</p>	<p>(Institute of Outcomes Research), MedUni Wien <b>Thema: Das H2O Projekt und der EHDS – eine Ehe auf Zeit?</b></p> <p><b>DISKUSSION:</b> <b>Alle Keynote-Sprecher</b></p> <p><b>Mag. Daniela Zimmer</b> Konsumentenschutzexpertin, Arbeiterkammer Wien</p> <p><b>Dr. Regina Fuchs</b> Leiterin der Direktion Bevölkerung, Statistik Austria</p> <p><b>Thomas Lohninger</b> Datenschutzexperte, epicenter.works</p>	<p><b>MODERATION:</b> <b>Priv.-Doz. Prof. (FH) Mona Dür, PhD, MSc</b> Geschäftsführung, Duervation GmbH</p> <p><b>KEYNOTES:</b> <b>Dr. Gisela Ernst</b> Postdoctoral Researcher, Wirtschaftsuniversität Wien <b>Thema: Rechtliche Rahmenbedingungen für DiGAs in Österreich</b></p> <p><b>Mag. (FH) Veronika E. Mikl</b> Vorstandsmitglied, Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin <b>Thema: Übersicht DIGA Erstattung &amp; Erkenntnisse Ökonomiemodell</b></p>	<p><b>Christian Bredl</b> Landesvertretung Bayern, Techniker Krankenkasse <b>Thema: DiGAs in Deutschland: Erfahrungen der Techniker Krankenkasse</b></p> <p><b>DISKUSSION:</b> <b>Alle Keynote-Sprecher</b></p> <p><b>Dr. Thomas Czypionka</b> Leitung Health Economics and Health Policy, Institut für Höhere Studien (IHS)</p> <p><b>Andreas Huss, MBA</b> Stellvertretender Obmann, Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)</p> <p><b>Dr. med. Stefan Konrad, MBA</b> 3. Vizepräsident, Ärztekammer für Wien</p>
16:45–17:30 Uhr <b>Netzwerkpause</b>			
17:30–19:00 Uhr <b>Startup Pitch Contest</b>			
<p>Innovative Startups bekommen die Chance sich zu präsentieren. Der Gewinner erhält ein kostenfreies Unternehmensportrait im Stakeholder-Printmedium PERISKOP, einen Onlinepost und eine Auszeichnung: Gewinner des 6. Digital Health Symposium Pitch Contest.</p> <p><b>ABLAUF:</b> Die Startups können in einem <b>3-minütigen Pitch</b> ihre Innovationen dem Publikum präsentieren, anschließend wird per Handy-Voting der Gewinner bestimmt.</p>	<p><b>MODERATION:</b> <b>Prof. DI Dr. Reinhard Riedl</b> <b>Lisa Holzgruber, MBA, MSc</b></p> <p><b>TEILNEHMENDE UNTERNEHMEN:</b></p> <p><b>Alles Clara Gemeinnützige GmbH, Wien</b> Alles Clara – die App, die Pflegen leichter macht <a href="https://www.alles-clara.at/">https://www.alles-clara.at/</a></p> <p><b>AURIMOD GmbH, Wien</b> Schmerzlinderung, ohne Medikamente <a href="https://aurimod.com/">https://aurimod.com/</a></p>	<p><b>CAATS Service GmbH, Wien</b> Care as trusted Service <a href="https://www.caats.io/">https://www.caats.io/</a></p> <p><b>contextflow GmbH, Wien</b> Computer-aided detection software for chest CT <a href="https://contextflow.com/">https://contextflow.com/</a></p> <p><b>drd GmbH, Wien</b> drd doctors online – Ärztliche Hilfe am Smartphone <a href="https://drd.at/">https://drd.at/</a></p> <p><b>heartfish GmbH, Wien</b> heartfish – medizinische Trainingstherapie <a href="https://www.heartfish.io/">https://www.heartfish.io/</a></p>	<p><b>famado GmbH, Nüziders (Vorarlberg)</b> PriorizR – Die Lösung für Ihre Wartelistenprobleme <a href="https://priorizr.com/">https://priorizr.com/</a></p> <p><b>PROSOMA GmbH, Szczecin (Polen)</b> Living Well Plus – psychoonkolog. Unterstützung <a href="https://www.prosoma.com/">https://www.prosoma.com/</a></p> <p><b>telbiomed GmbH, Graz</b> TBM CareManager – Telehealth Plattform <a href="https://www.telbiomed.at/">https://www.telbiomed.at/</a></p>
19:15 Uhr <b>Abendessen</b> Gemeinsames Dinner im Hotelrestaurant			

# PREISE UND PAKETE



**6. PRAEVENIRE  
DIGITAL HEALTH SYMPOSION  
LE MÉRIDIEN WIEN, ROBERT-STOLZ-  
PLATZ 1, 1010 WIEN**

**Besucher Teilnahme**  
**Do., 18. April 2024** € 600,-  
**Fr., 19. April 2024** € 600,-  
**Gesamtes Symposium** € 1.100,-

#### Ermäßigungen

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

Für die Teilnahme am Event gelten alle Teilnahmegebühren inkl. USt.

- Der Preis inkludiert die Teilnahme an allen Sessions, Netzwerkmöglichkeiten sowie Mittagessen, Kaffeepausen und Abendessen.

[in](#) [f](#) [www.praevenire.at](http://www.praevenire.at) [www.digitalhealth.co.at](http://www.digitalhealth.co.at)



**18.-19. APRIL**

**FREITAG, 19. APRIL 2024**

<b>08:30–09:00 Uhr</b> <b>Netzwerkfrühstück</b>	
<b>09:00–10:15 Uhr</b> <b>Session 5: Künstliche Intelligenz in der Medizin</b>	<b>09:00–10:15 Uhr</b> <b>Session 6: European Health Data Space: kommt das Patient Summary?</b>
<p><b>MODERATION:</b> <b>Dr. Anne Busch</b> Leitung Masterstudiengang Health Care Informatics, FH Wiener Neustadt</p> <p><b>KEYNOTES:</b> <b>Viktoria Prantauer, MA</b> Independent Patient Consultant, TheChiefPatientOfficer <i>Thema: Gemeinsam gestalten: Wie Patienten und KI das Gesundheitswesen neu definieren</i></p> <p><b>ao. Univ. Prof. Dr. Ing. Wolfgang Schuster</b> Institutsleiter IGGP – Institut für ganzheitliches Gesundheitsmanagement und Pflege, University for Digital Technologies in Medicine and Dentistry Luxembourg <i>Thema: Rahmenbedingungen für den Einsatz Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen</i></p>	<p><b>MODERATION:</b> <b>Priv.-Doz. Prof. (FH) Mona Dür, PhD, MSc</b> Geschäftsführung, Duervation GmbH</p> <p><b>KEYNOTES:</b> <b>Markus Wieser (Videobotschaft)</b> Präsident, Arbeiterkammer Niederösterreich <i>Thema: Alles auf einen Blick – wir brauchen ein Patient Summary in ELGA</i></p> <p><b>Helene Prenner, MA</b> Projektmanagement, ELGA GmbH <i>Thema: EHDS – Umsetzung in Österreich</i></p> <p><b>Dr. med. Christoph Powondra</b> <b>Dr. med. Helmut Dultinger</b> Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin ÖGAM <i>Thema: Mit automatischer Codierung zum Patient Summary</i></p>
<p><b>Dr. Clemens Martin Auer</b> Präsident, European Healthforum Gastein <i>Thema: Regulatorische Hürden bei Europäischen Gesundheitsdaten für Europäische KI</i></p> <p><b>DISKUSSION:</b> <b>Alle Keynote-Sprecher</b></p> <p><b>Andreas Diensthuber, B.Sc., B.A., M.A</b> Geschäftsführer, DAPHOS GmbH</p> <p><b>Dr. med. Ilja Radlgruber, MBA</b> AI Expert, Pantaflo Digital Business GmbH</p> <p><b>DI Dr. Günter Schreier</b> Digital Health Information System, AIT Austrian Institute of Technology GmbH</p>	<p><b>DISKUSSION:</b> <b>Alle Keynote-Sprecher</b></p> <p><b>Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA</b> Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik Arbeiterkammer Niederösterreich</p> <p><b>Dr. Florian O. Stummer, MPH, MBA</b> Fachbereichsleiter für eHealth, Medizinische Universität Wien</p> <p><b>Hofrat Dr. Thomas Holzgruber</b> Patient*innenombudsmann der Ärztekammer für Wien</p>
<b>10:15–10:45 Uhr</b> <b>Netzwerkpause</b>	
<b>10:45–12:00 Uhr</b> <b>Session 7: Die nationale e-Health Strategie</b>	<b>10:45–12:00 Uhr</b> <b>Session 8: SAP ändert Gesundheitsstrategie – Folgen für Krankenhausträger und KIS-Systeme</b>
<p><b>MODERATION:</b> <b>Priv.-Doz. Prof. (FH) Mona Dür, PhD, MSc</b> Geschäftsführung, Duervation GmbH</p> <p><b>KEYNOTES:</b> <b>Dr. Alexander Degelsegger-Márquez</b> Abteilungsleiter Internationales, Policy, Evaluation und Digitalisierung, GÖG GmbH <i>Thema: Die nationale e-Health Strategie in Österreich</i></p> <p><b>Dr. Lisa Theresa Dam, BA, MSc</b> Projektleitung 1450, IT-Services der Sozialversicherung GmbH <i>Thema: #1450 – Dein Wegweiser durchs Gesundheitssystem. Wie soll es in Hinblick auf die Gesundheitsreform weitergehen?</i></p>	<p><b>MODERATION:</b> <b>DI Herlinda Toth</b> Vorstandsmitglied HL7 Austria und DICOM Austria, eHealth Koordinatorin der Stadt Wien i.R.</p> <p><b>KEYNOTES:</b> <b>Robert Bauchinger</b> CDO, Oberösterreichische Gesundheitsholding <i>Thema: SAP – Schnittstellen zur Sozialversicherung (Vorschlag)</i></p> <p><b>Walter Schinnerer</b> Fachvorstand DSAG (Deutschsprachige SAP-Anwendergruppe) <i>Thema: SAP ändert Gesundheitsstrategie – Folgen für Krankenhausträger und KIS-Systeme</i></p>
<p><b>Dipl.-Ing. Dr. Alexander Kollmann</b> Leiter eHealth und Telemedizin, Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH – SALK <i>Thema: eHealth Strategie aus Sicht der Bundesländer</i></p> <p><b>DISKUSSION:</b> <b>Alle Keynote-Sprecher</b></p> <p><b>Dr. med. Dietmar Bayer</b> Präsident, ÖG Telemed</p> <p><b>Mag. Wolfgang Ebner</b> Acting Director for Digital and eGovernment, Bundesministerium für Finanzen</p> <p><b>Univ.-Prof. Dr. Thomas Mück</b> Präsident, Österreichische Computer Gesellschaft</p>	<p><b>Martin Werner</b> Head of Business Area Health, T-Systems <b>&amp; Alexander Böhm</b> Head of SAP Consulting &amp; AMM, T-Systems <i>Thema: SAP ändert die Gesundheitsstrategie – Mit Ende zu Ende Ansätzen für die Zukunft gerüstet</i></p> <p><b>DISKUSSION:</b> <b>Alle Keynote-Sprecher</b></p> <p><b>Mag. Gunda Gittler</b> Leitung Apotheke, Barmherzige Brüder Linz</p> <p><b>Kathrin Bruckmayer</b> Partnerin IT Advisory, KPMG Advisory GmbH</p> <p><b>Mag. Michaela Kainsner</b> Geschäftsführung, Meierhofer Österreich GmbH</p>
<b>12:00–12:15 Uhr</b> <b>Kurze Pause</b>	
<b>12:15 - 13:30 Uhr</b> <b>Plenum und Abschluss</b>	
<p><b>MODERATION:</b> <b>Prof. DI Dr. Reinhard Riedl</b> Dozent, Berner Fachhochschule</p> <p><b>Lisa Holzgruber, MBA, MSc</b> Geschäftsführung, rotatable technologies GmbH</p> <p><b>KEYNOTES</b> <b>Dr. med. Jörg Debatin</b> Healthcare-Unternehmer ehem. Leiter „Health Innovation Hub“ (Berlin) <i>Thema: Digitale Transformation der Medizin: Chancen und Risiken</i></p>	<p><b>Prof. Dr. Friederike Thilo</b> Leiterin Innovationsfeld Digitale Gesundheit, Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Berner Fachhochschule <i>Thema: Der perfekte Code? – Benötigte Designprinzipien der Mensch-Maschine Interaktion in der Gesundheitsversorgung</i></p> <p><b>Dr. med. Karlheinz Kornhäusl</b> Landesrat für Gesundheit, Pflege &amp; Sport, Land Steiermark <i>Thema: Gesundheitsversorgung neu denken</i></p> <p><b>DISKUSSION:</b> <b>Alle Keynote-Sprecher</b></p> <p><b>Dr. Clemens Martin Auer</b> Präsident, European Healthforum Gastein</p> <p><b>Dr. med. Erwin Rebhandl</b> Präsident, AM Plus</p> <p><b>CLOSING KEYNOTE:</b> <b>Dr. med. Franz Leisch</b> CDO, PRAEVENIRE Gesundheitsforum Zusammenfassung und Abschied</p>
<b>ab 13:30 Uhr</b> <b>Mittagessen</b> Netzwerken beim gemeinsamen Lunch	

Vorläufiges Programm (Stand März 2024)  
Aktuelles Programm: [www.digitalhealth.co.at](http://www.digitalhealth.co.at)





# Gesunde Entscheidung

Vor Operationen sollten Risikofaktoren minimiert werden, um bessere und vor allem nachhaltigere Ergebnisse zu erzielen. Ein Kinderspiel? **WARUM EIGENVERANTWORTUNG MANCHMAL BEGLEITUNG BRAUCHT.** | von Mag. Julia Wolkerstorfer

In unserer letzten Ausgabe wurde die EKIT-Leitlinie vorgestellt – die „Evidenz- und konsensbasierte Indikation Totalendoprothese“. Ein echter Zungenbrecher mit einfacher Bedeutung: Klarheit in der Entscheidungsfindung. Besonders im Bereich der Hüft- und Knie-Endoprothesen, die sehr häufig aufgrund von Arthrose notwendig werden, ist die EKIT ein starkes Werkzeug, um das „To be or not to be“ einer Operation zu entscheiden. Im Zentrum der Überlegungen steht u. a. die Frage, ob konservative Therapien ausreichend ausgeschöpft wurden, bevor ein operativer Eingriff ins Spiel kommt. Die wichtigsten Empfehlungen der EKIT-Leitlinie beleuchten beispielsweise den individuellen Leidensdruck der Patientinnen und Patienten. Ebenso werden Kontraindikationen sowie die Optimierung modifizierbarer Risikofaktoren wie Nikotinkonsum, starkes Übergewicht, Diabetes oder psychische Erkrankungen unter die Lupe genommen. Diese modifizierbaren Risikofaktoren sind, wie der Name schon sagt, veränderbar. Sie können vor einer OP optimiert bzw. minimiert werden, im besten Falle wird man sie ganz los. Doch das ist nur selten ein Zuckerschlecken. Angenommen, Sie sind passionierter Raucher seit Ihrem

16. Lebensjahr. Mit 45 soll vor einer Knieoperation der Nikotinentzug anstehen. Nichts leichter als das? Oder stellen Sie sich vor, Sie sind stark übergewichtig und vor der Hüft-OP empfiehlt die Ärztin dringend, ein paar Kilos loszuwerden. Klacks? Vielleicht stecken Sie auch mitten in einer depressiven Episode und Ihr Knie schreit nach einem Upgrade. Der Orthopäde erklärt, wie wichtig es ist, psychische Erkrankungen vor einer Operation auf eine gute Schiene zu bekommen. Psyche in Topform vor der OP? Challenge accepted? Modifizierbare Risikofaktoren sind eine große Chance und Herausforderung gleichzeitig, besonders dann, wenn die Bewältigung dieser Risikofaktoren nicht begleitet wird. Das Thema Eigenverantwortung gewinnt zunehmend an Lautstärke. Doch auch die Eigenverantwortung ist in ihrem Kern ein Teamplayer. Das Rezept könnte lauten: Eigenverantwortung mit Rückenwind, denn wir alle wissen, wie schwierig es sein kann, den inneren Schweinehund zu zähmen und dass es nicht möglich ist, auf Kommando optimistisch oder glücklich zu sein. Eigenverantwortung ist unumgänglich, auch wenn

die Haltung „die OP wird’s schon richten“ verlockend klingt (kein Orthopäde kann nachhaltige Veränderungen bewirken, wenn Risikofaktoren vor einer OP nicht optimiert und nach der OP alte, schädliche Verhaltensweisen wieder aufgenommen werden). Doch es braucht eine große Portion Aufklärung und in den meisten Fällen sogar einen Wegbegleiter, um ungesunde Lebensgewohnheiten zu verändern oder gar Stabilität in einer psychischen Krise zu erfahren. Eigenverantwortung will gelernt sein – im Großen, also vom österreichischen Gesundheitssystem, das sich hier im internationalen Vergleich noch zögerlich verhält, wie im Kleinen, also von den betroffenen Menschen. Das Universum EKIT eröffnet zahlreiche neue Möglichkeiten. Die Leitlinie begleitet auf dem Weg der Indikation und stützt sich dabei auf wertvolle Evidenz. Gleichzeitig zeigt sie gnadenlos auf, dass eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation ein wesentlicher Bestandteil des Prozesses ist. Nur auf Augenhöhe mit Patientinnen und Patienten können wir das notwendige Vertrauen aufbauen, um Veränderung zu ermöglichen und die ersten Schritte in Richtung Eigenverantwortung gemeinsam zu gehen. **P**

## Rezeptblock | Folge 4

### Gesündere Patienten ist der Schlüssel

Es gibt Gesunde und Kranke, aber nicht jeder Kranke muss Patient sein und nicht jeder Patient hat einen unveränderlichen Krankheitsverlauf.



Wenn die neue GÖG-Pflegebedarfsstudie 2050 den Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal mit 200.000 Köpfen angibt, dann sind das nicht ZUSÄTZLICHE, sondern eine Endzahl. Der zusätzliche Bedarf wird mit rund 70.000 angegeben. Also etwa 50 Prozent mehr als heute – ohnehin schon sehr viel, zu viel möglicherweise. Denn, was diese Studie nicht bedenken durfte, sind Änderungen im Gesundheitszustand der Bevölkerung. Sie geht davon aus, dass die Ineffizienz des Systems einfach weitergeht. Das heutige System muss aber pointiert als gesundheitsschädlich betrachtet werden. Obwohl wir europaweit die höchste Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen haben, sind wir trotzdem im Spitzenfeld der Pflegebedürftigkeit. Um es klar zu sagen – wenn wir es nicht schaffen, das System weniger gesundheitsschädlich zu gestalten, werden wir es nicht halten können, egal wieviel Personal wir ausbilden oder einfliegen lassen.



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

An dem Punkt kommt das Chronic Care Modell (CCM) ins Spiel. Das CCM ist ein organisatorischer Ansatz zur Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen in der Primärversorgung. Es ist bevölkerungsbasiert und schafft praktische, unterstützende und evidenzbasierte Interaktionen zwischen einem informierten, aktivierten Patienten und einem vorbereiteten, proaktiven Betreuungsteam. Sinnvoll umgesetzt, fördert das CCM die Fähigkeiten der Patienten zur Selbstverwaltung ihrer Krankheit, indem es diesen Werkzeuge und Ressourcen anbietet, um ihre Gesundheit aktiv zu managen. Es bietet klinischen Teams Werkzeuge und Ressourcen, um evidenzbasierte Richtlinien und Informationen zu nutzen. Es achtet darauf, dass Informationssysteme bestehen, um den Austausch relevanter Patienteninformationen zwischen den Mitgliedern des Gesundheitsteams zu erleichtern. Es fördert eine effiziente Organisation von Gesundheitsdienstleistungen, um die Bedürfnisse chronisch

kranker Patienten effektiv zu adressieren. Und es bezieht die Unterstützung der Gemeinden in den Behandlungsprozess ein, um sicherzustellen, dass die Versorgung über die klinische Umgebung hinausgeht. So etwas zu errichten ist keine Hexerei – sofern es irgendjemanden gibt, der sich darum kümmert – und hier kommen die Bürgermeister ins Spiel. Wenn wir Gemeinden mit mehr als 10.000 Einwohner außer Acht lassen, bleiben etwa 2.000 Bürgermeister übrig, die für etwa 5.000.000 Einwohner zuständig sind. Pro Gemeinde im Schnitt 2.500 Einwohner. Etwa 20 % haben ein chronische Erkrankung, die, wenn richtig adressiert, zu weniger Akuterkrankungen und geringerem Pflege- und Betreuungsbedarf führt. Wenn man die Hälfte dieser Patienten erreichte, würde das bereits einen erheblichen Hebel für die Prognose der GÖG-Studie bedeuten – und das System retten. Runtergebrochen auf eine Durchschnitts-Gemeinde sind das also etwa 250 Einwohner, deren Versorgung besser über ein CCM koordiniert werden müsste. Wenn man für jeden etwa eine Stunde pro Monat professionelle „Koordination der CCM“ einplant, sind das 1,5 VZÄ. Übertragen wir diese Aufgabe einer Community Nurse, die direkt bei der Gemeinde angestellt ist, sind Datenschutzthemen oder Haftungsfragen leicht geklärt. Zudem würde eine derartige Position, die weder dem Gesundheitssystem, noch dem Pflegewesen zugeordnet ist, sondern schlicht eine „Verwaltungskraft“ darstellt, jene Brücken schlagen können, die eben heute nicht bestehen und die Ineffizienz ausmachen. Die aktuelle Gesetzeslage ließe das alles zu, sogar mit Förderungen könnte man rechnen. **P**

Hier geht's zu „The Chronic Care Model“



# Bewegung senkt Depression und Sterblichkeit

Die 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach 2023 brachten eine wesentliche Erkenntnis: Laut Univ.-Prof. Dr. Christoph Pieh kann **TÄGLICHE BEWEGUNG PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN UNMITTELBAR VERHINDERN.** | von Mag. Dora Gamper

**P**sychische Erkrankungen nehmen rapide zu. Zwar wirkte die Corona-Pandemie auch in diesem Fall als Booster, allerdings könne man die Ursachen nicht monokausal sehen, erklärte Univ.-Prof. Dr. Christoph Pieh im Rahmen der Auftaktkeynote „Präventionskonzepte für mentale Gesundheit“ der 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach. Wie es um die psychische Gesundheit bestellt ist, zeigt sich schon im Alltag: Acht von zehn Personen geben an, häufig gestresst zu sein. Drei von zehn sind sogar täglich gestresst. Ursache ist oftmals die Arbeit, wobei Arbeitslose deutlich mehr gestresst sind – ein Phänomen, das, so Pieh, noch nicht restlos geklärt ist. Ein weiterer Stressfaktor seien zudem die zu hohen Erwartungen an sich selbst. Wie eine große US-Studie mit 35.000 Personen zeigt, liegt das Optimum an Freizeit bei 2,5 Stunden – wird dieses über- oder unterschritten, steigt der Stresslevel.

**Wie Studien belegen, bewirkt eine tägliche Bewegungseinheit in den Schulen bei 50 Prozent der Teilnehmenden eine Steigerung des Wohlbefindens, bei 60 Prozent verbesserten sich der Schlaf und die Konzentration.**

Christoph Pieh

## Fehlendes Wissen über psychische Gesundheit

Auch wenn es in der Wissenschaft unumstritten ist, dass Bewegung, gesunde Ernährung und Verhalten die psychische Gesundheit positiv beeinflussen, fehlt dieses Wissen weitgehend in der Bevölkerung, so auch das Bewusstsein um die Eigenverantwortung in diesem Bereich. Die fehlende Gesundheitskompetenz führt zudem auch zu einer Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen. Betroffene suchen aus Scham erst spät Hilfe. Dabei ist es wichtig, über psychische Probleme offen zu sprechen. Auch mit dem weit verbreiteten Irrglauben, dass man über Suizid nicht sprechen soll, um nicht noch mehr Menschen auf suizidale Gedanken zu bringen, müsse dringend aufgeräumt werden, so Pieh.

„Vielmehr sollten wir uns auf die Früherkennung psychischer Erkrankungen fokussieren“, betonte Pieh. Hier müsse man schon früh ansetzen, da sich die meisten psychischen Erkrankungen schon im ersten Lebensdrittel zeigen. In Österreich liegt die Dauer zwischen ersten Symptomen und einer fachlichen Diagnose bei mehreren Jahren – selbst bei ausgeprägten Erkrankungen wie Schizophrenie dauert es im Schnitt ein Jahr.

## Mehr Bewegung, weniger Handy

Zwischen 2014 und 2019 hat die Bewegung in der Gesamtbevölkerung um 24 Prozent abgenommen. Im gleichen Zeitraum hat sich die Zahl der Jugendlichen, die keine Bewegung machen, von 7 Prozent auf 15 Prozent mehr als verdoppelt, so Pieh. Dabei sei Bewegung aber ein massiver Faktor gegen psychische Erkrankungen. Menschen ohne Bewegung entwickeln zu einem hohen Prozentsatz psychische Erkrankungen, die sich im Verlauf vom Kindes- ins Erwachsenenalter chronifizieren. „Wie Studien belegen, bewirkt eine tägliche Bewegungseinheit in den Schulen bei 50 Prozent der Teilnehmenden eine Steigerung des Wohlbefindens, bei 60 Prozent verbesserten sich der Schlaf und die Konzentration“, so Pieh.

Mindestens genauso wichtig für die psychische Gesundheit ist die Screentime an Mobilgeräten, insbesondere durch die Nutzung Sozialer Medien. Denn diese fördern die Vereinsamung und schüren durch den permanenten Vergleich mit anderen ein unrealistisches Selbstbild. In Österreich liegt die durchschnittliche Nutzungsdauer bei Kindern und Jugendlichen bei vier bis neun Stunden pro Tag! Durch jede Stunde, die man diese Anwendungen nutze, steige die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Erkrankung zu entwickeln, um 10 Prozent – bei acht Stunden Screentime wären das 80 Prozent. Wie Britische Schulen zeigen, bewirke ein Handyverbot in Schulen eine deutliche Verbesserung der Schulnoten.

## Leben ohne Mühe macht nicht glücklich

„Unser Gehirn kann die Informationsflut nicht verarbeiten. Wir verlernen die Phasen, wo wir über unsere Lebensziele nachdenken“, mahnte Pieh. Durch Social Media werden unrealistische Erwartungen geschürt: „Wir müssen weg von der Idee, dass ein Leben ohne Mühe verlaufen muss. Das Leben ohne Anstrengung macht nicht glücklich.“

Zusammenfassend sieht Pieh eine Förderung der Bewegung, aber auch die Vermittlung von Gesundheitskompetenz vom Volksschulalter an als unerlässlich, um die psychische Gesundheit zu verbessern. „Es wäre sinnvoll, psychologische Untersuchungen in Form eines Screenings an

**Es wäre sinnvoll, psychologische Untersuchungen in Form eines Screenings an den Schulen durchzuführen und die Vorsorgeuntersuchung auf psychische Erkrankungen zu erweitern.**

Christoph Pieh



Mit Christoph Pieh konnte für die Eröffnung der Gesundheitsgespräche in Alpbach 2023 ein Top-Experte für psychische Gesundheit gewonnen werden.

den Schulen durchzuführen und die Vorsorgeuntersuchung auf psychische Erkrankungen zu erweitern“, mahnte Pieh den Willen zur Prävention ein.

## Information und Anmeldung

Verpassen Sie nicht die **11. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach 2024** – mit den aktuellsten Hintergrundinformationen zum österreichischen Gesundheitswesen und Erkenntnissen zu internationalen Entwicklungen in der Medizin. **Early Bird bis 31.05.2024!**

Do. 04.07 bis So. 07.07.2024  
Alpbach, Tirol

[anmeldung@praevenire.at](mailto:anmeldung@praevenire.at)

[gesundheitsgespraeche.co.at](https://gesundheitsgespraeche.co.at)





# Awareness für Seltene Erkrankungen stärken

Der letzte Februartag, heuer der 29., ist der **WELTWEITE TAG DER SELTENEN ERKRANKUNGEN**. PERISKOP sprach mit der Obfrau des Forums Seltene Krankheiten, Univ.-Prof. Dr. Daniela Karall, welche Schritte nötig sind, um frühere Diagnosen und eine bessere medizinische, aber auch soziale Unterstützung für Betroffene zu erreichen. | von Rainald Edel, MBA

**U**m die 80 Prozent der Seltenen Erkrankungen haben genetische Ursache. Rund die Hälfte der Erkrankungen manifestieren sich erst im Erwachsenenalter. Betroffene sehen sich häufig psychologischen, sozialen, ökonomischen oder kulturellen Problemen ausgesetzt.

**PERISKOP: In Österreich schätzt man, dass rund eine halbe Million Patientinnen und Patienten an einer der rund 8.000 dzt. bekannten Seltenen Erkrankungen leidet. Wie sieht der typische Weg bis zu einer Diagnose aus? Gibt es Unterschiede bei Kindern und Erwachsenen?**

**KARALL:** Seltene Erkrankungen haben etwas gemeinsam: die seltene Häufigkeit. Eine Erkrankung wird dann als selten bezeichnet, wenn weniger als eine von 2.000 Personen davon betroffen ist. Da rund 80 Prozent dieser Erkrankungen angeboren sind, und schwere Verlaufsformen bereits im Kindesalter sichtbar werden, ist, historisch bedingt, die Pädiatrie in diesem Bereich stark involviert. Medizinhistorisch erst einige Jahre später hat man erkannt, dass es auch seltene Erkrankungen gibt, die zwar angeboren sind, aber deren erste Symptome erst später im Leben auftreten. Daraus ergibt sich die Teilung von ungefähr 50 Prozent der Seltenen Erkrankungen, die im Kindesalter symptomatisch werden und die andere Hälfte im Erwachsenenalter.

Daniela Karall ist stellv. Direktorin der Innsbrucker Univ.-Klinik für Pädiatrie I und Obfrau des Forums Seltene Krankheiten. Sie ist Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde und war, als erste Frau überhaupt, 2018-2020 sowie 2021-2023 deren Präsidentin.

Ein wichtiger Aspekt in der Diagnose ist der Verdacht, dass etwas vorliegt, das nicht häufig ist. Daher kommunizieren wir immer wieder den Leitsatz – insbesondere an Ärztinnen und Ärzte: Wenn eine Erkrankung vorliegt, die einen ungewöhnlichen Verlauf hat oder die nicht auf jene Therapien anspricht, die wir kennen, dann sollte man überlegen, dass eventuell eine Seltene Erkrankung dahintersteckt.

Da in der Pädiatrie alle Spezialisierungen, wie Neuropädiatrie, Kinderkardiologie, Kinderneurologie etc. unter einem Dach sind, ergibt sich eine ganzheitliche Sicht auf ihre Patientinnen und Patienten. Bei Erwachsenen ist das meist schwieriger, da die einzelnen Fachärztinnen und Fachärzte, die aufgesucht werden, oft nichts voneinander wissen. Da könnte beispielsweise eine Herzmuskelverdickung in Kombination mit einer Innenohrschwerhörigkeit erst spät als zusammenhängende Indikatoren einer Seltenen Erkrankung bemerkt werden. Daher braucht es bei Erwachsenen noch mehr Förderung der Awareness für Seltene Erkrankungen.

**Kassenordinationen in Kinderheilkunde und Allgemeinmedizin müssen oft große Patientennengen bewältigen, womit für den einzelnen Fall oft nur wenige Minuten bleiben. Werden durch das „Abfertigen“ heikle Fälle übersehen? Welche Möglichkeiten und Unterstützung gibt es, um zu verhindern, dass Seltene Erkrankungen übersehen werden?**

Ich denke, das ist ein wichtiger Punkt. Denn den Hausärztinnen und Hausärzten im klassischen Sinn, kommt eine entscheidende Gatekeeper-Funktion zu. Sie kennen ihre Patientinnen und Patienten sowie deren Familie meist viele Jahre und sind somit prädestiniert, ungewöhnliche Verläufe oder Krankheitsmuster in Familien zu erkennen. Es ist gut, dass es die Referenznetzwerke und Zentren für Seltene Erkrankungen an allen Universitätskliniken gibt, die unklare Fälle abklären können. Gerade weil Seltene Erkrankungen nicht häufig vorkommen, ist es wichtig, dass Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner wissen, welche Netzwerke es in ihrer Region gibt. Wichtig sind dabei auch entsprechende Unterstützungen wie die digitale Plattform [symptomsuche.at](https://www.symptomsuche.at). Aber auch das Forum Seltene Krankheiten, die Dachorganisation der Patientenselbsthilfe oder Pro Rare Austria, die weiterhelfen können, wohin man sich in einem konkreten Fall am besten wendet.

**Es gibt seitens der EU und auf nationaler Ebene Initiativen, dass Patientendaten, wie sie in der elektronischen Gesundheitsakte ELGA schon vorhanden sind, künftig in Form eines Patient Summary zu verknüpfen. Wäre dies eine Hilfe auf der Primärversorgungsebene, damit Seltene Erkrankungen schneller auffallen?**

Unbedingt. Von Seiten der Seltenen Erkrankungen erachten wir eine solche Übersicht als wertvoll und ganz wichtig. Denn der Faktor Zeit spielt in der Diagnosestellung eine entscheidende Rolle. Bislang sind solche Ideen immer am Ressourcenmangel oder an ungelösten Datenschutzproblemen gescheitert. Damit im Zusammenhang stehen auch die eher rudimentär vorhandenen Registerführungen in Österreich, die aber für die europäischen Referenznetzwerke von entscheidender Bedeutung sind. Auch wenn eine Diagnose gestellt wurde, ist es wichtig zu wissen, wo es noch Patientinnen und Patienten oder Expertise für eine bestimmte Erkrankungsform gibt. Das sollte heutzutage digital passieren. Weil ein zweites Credo bei Seltenen Erkrankungen lautet: Nicht die Patientin, der Patient soll reisen, sondern die Expertise.

**Ein hoher Anteil der Seltenen Erkrankungen ist erblich bedingt und tritt im Kindesalter auf. Wie gut sind die Screening-Möglichkeiten in Österreich? Sollte man das Neugeborenen-Screening erweitern?**

Das Neugeborenen-Screening wurde in Österreich 1966 eingeführt und umfasst derzeit etwas mehr als 30 Krankheitsbilder. Bis auf die Hypothyreose, die Schilddrüsenunterfunktion, sind alle derzeit gescreenten Erkrankungen selten. Das sind gegenüber den derzeit bekannten rund 8.000 Seltenen Erkrankungen nur wenige, wobei im Screening nur solche erfasst sind, die man einer präsymptomatischen Therapie zuführen







**Wenn eine Erkrankung vorliegt, die einen ungewöhnlichen Verlauf hat oder die nicht auf jene Therapien anspricht, die wir kennen, dann sollte man überlegen, dass eventuell eine Seltene Erkrankung dahintersteckt.**

Daniela Karall

kann. Prinzipiell wäre es schon denkbar, noch weitere einzuschließen, wobei das in der Praxis nicht so einfach wäre, da die Tests momentan nur biochemisch und nicht genetisch erfolgen.

**Viele Patientinnen und Patienten erhalten keine Diagnose, da durch den Mangel an ausreichendem Wissen in der Regelversorgung Seltene Erkrankungen oftmals nicht oder erst sehr spät erkannt werden. Braucht es eine gezieltere, verbesserte Ausbildung, um die Sensibilität für Seltene Erkrankungen zu stärken?**

Wir haben in den letzten 20 Jahren bezüglich der Awareness für Seltene Erkrankungen deutlich dazugewonnen. Der Begriff „selten“ hat bei vielen Medizinerinnen und Medizinerinnen die Haltung ausgelöst: „Das kommt kaum vor, damit habe ich eher nichts zu tun. Und wenn, ist es kompliziert und man kann nicht helfen“. Diese Mythen aufzuarbeiten, ist sicher ganz entscheidend. Und je früher man das in den medizinischen Alltag und die medizinische Ausbildung integriert, umso besser.

**Da pro Krankheit nur wenige Menschen betroffen sind, welche Bedeutung haben Patienten- und Selbsthilfeorganisationen bei Seltenen Erkrankungen?**

Wir sprechen hier von zwei verschiedenen Gruppen: jene die bereits eine Diagnose bekommen haben und jene mit einem Verdacht auf eine Seltene Erkrankung. Bei der ersten Gruppe ist es essentiell, dass sie sich in Patientengruppen zusammenfinden – oftmals auch nur um zu merken, man ist mit einer Erkrankung nicht allein. In jenen Fällen, in denen es keine eigene Gruppe gibt, ist die Dachorganisation für Seltene Erkrankungen Pro Rare Austria die Ansprechstelle. Es gibt Aspekte bei seltenen Erkrankungen, die alle betreffen: neben der Seltenheit, zum Beispiel die längerfristige Verschreibung von Medikamenten oder wie man eine Bewilligung von einem Medikament für sechs Monate bekommt. Auch der Austausch und Informationen über finanzielle Aspekte, wie beispielsweise die Kostenübernahme für Heilbehelfe und Materialien, die keine Medikamente sind, oder Anträge um erhöhte Familienbeihilfe oder Pflegegeld. Ebenfalls wichtig, wie man zum Beispiel mit dem Arbeitgeber wiederkehrende überdurchschnittliche Arbeitsausfälle argumentiert. Für die zweite Gruppe, bei der ein Verdacht besteht, aber noch keine Diagnose gestellt wurde, ist es ebenfalls wichtig, Personen zum Austausch zu haben. Zu wissen, wo sie durchuntersucht

werden können, um Klarheit zu gewinnen oder auch damit umzugehen, wenn sich der Verdacht nicht erhärtet, die Beschwerden aber weiterhin bestehen.

**Seitens des Gesundheitssystems und der Politik gibt es ein klares Bekenntnis zu Seltenen Erkrankungen in Form des Nationalen Aktionsplans. Ist dieser zukunftsfit?**

Ich war selber an dessen Entwicklung beteiligt und denke, von der Grundidee und Grundstruktur ist der nationale Aktionsplan nach wie vor gültig und valide. Die Schwierigkeit besteht eher in dessen Umsetzung. Denn, obwohl er bereits 2015 veröffentlicht wurde, eröffneten die ersten, von der Regierung anerkannten Expertisenzentren erst 2018 und wurden in den österreichischen Strukturplan Gesundheit aufgenommen. Jetzt haben wir zwar diese Zentren, aber keine zusätzlichen Ressourcen, keine Strukturen, kein zusätzliches Personal. Ähnlich verhält es sich bei den geforderten Registern und der epidemiologischen Erhebung, wie häufig Seltene Erkrankungen in Österreich vorkommen. Die Argumente, die all dies verzögern, sind ungeklärte Datenschutzprobleme, mangelnde Ressourcen und fehlende Finanzmittel. Dadurch gibt es nur ein sehr langsames Fortkommen in diesem Bereich.

**Bei Seltenen Erkrankungen stehen zumeist die therapeutischen Möglichkeiten im Fokus. Wenig hört man über die Begleiterscheinungen, die sich auf den psychischen, sozialen und ökonomischen Lebensbereich Betroffener und deren Angehörigen auswirken.**

**Wo müsste aus Ihrer Sicht durch das Sozialsystem nachgebessert werden?**

Medikamente sind wichtig, aber im Endeffekt haben wir nur für etwa sechs bis zehn Prozent der Erkrankungen ein spezifisches Arzneimittel, mehr nicht. Ein Grund, warum der Fokus so stark auf diesem Bereich liegt, liegt daran, dass man diesen „greifen“, berechnen und darüber debattieren kann, was es kosten und wer das finanziell tragen soll. Die sozialen und ökonomischen Aspekte von Betroffenen und deren Angehörigen sind zwar mindestens ebenso wichtig, aber unscheinbarer. Wenn eine Familie ein mehrfach behindertes Kind mit einer seltenen Erkrankung betreut, bedeutet das meistens, dass einer der Elternteile nicht mehr arbeitet und sich um das Kind kümmert – obwohl die Förderungen in Österreich wirklich gut sind. Aber Fragen des Schulunterrichts, der Unterbringung im Erwachsenenalter und der Versorgung sind nach wie vor noch ungenügend gelöst. Ebenso entstehen durch das föderale Gesundheitssystem immer wieder Alltagshürden, beispielsweise wenn in einem Bundesland ein Rollstuhl ohne Selbstbehalt bewilligt wird und im Nachbarbundesland nur 20 Prozent Zuschuss gewährt werden, obwohl der Anspruch und die Bedürftigkeit in beiden Fällen gleich


Daniela Karall hat an der Medizinischen Universität Innsbruck studiert. Ihr Forschungsinteresse konzentriert sich auf angeborene Stoffwechselstörungen und Seltene Krankheiten.

wären. Hier kommen wieder die Vereinigungen sowohl auf Patientenseite als auch der Ärztinnen und Ärzte zu tragen, die versuchen, diese Aspekte zu thematisieren und Lösungen auf regionaler Ebene zu finden und bundesweit einheitliche Richtlinien zu erzielen.

**Um Seltene Erkrankungen zu therapieren, werden zumeist innovative, potenziell teure Therapien im Spitalsbereich eingesetzt. Wird das von Gesundheitsminister Rauch ins Leben gerufene Bewertungsboard hierbei zu Verzögerungen oder gar Einschränkungen in den Therapiemöglichkeiten führen?**

Ich sehe das zwiespältig. Auf der einen Seite ist es begrüßenswert, dass eine bundesweite Vereinheitlichung angestrebt wird. Weil, wie zuvor gesagt, hängt es vom Wohnort ab, auf welche Ressourcen man zurückgreifen kann und welche Unterstützung man bekommt, oder nicht. Auf der anderen Seite hat mir die Zusammensetzung des Bewertungsbordes schon sehr zu denken gegeben. Weil neben den 27 Vertretern von Bund, Ländern und Sozialversicherungen sind nur drei unabhängige Vertreter der Wissenschaft Teil des Gremiums, die Patientenseite überhaupt nur durch eine Vertreterin, ein Vertreter der Patienten-anwaltschaft und das noch dazu ohne Stimmrecht. Damit finden die Menschen mit Seltenen Erkrankungen in diesem Gremium nur schwerlich Gehör. Das löst natürlich die Angst aus, dass Entscheidungen mehr nach ökonomischen Gesichtspunkten getroffen werden und sich nicht an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren. Speziell für Personen mit Seltenen Erkrankungen ist die Frist von fünf Monaten, bis eine Entscheidung vorliegen muss, sehr lange, womöglich zu lange. Seitens des Forums Seltene Erkrankungen haben wir deshalb unsere Bedenken beim Bundesminister Rauch und bei der ÖGK deponiert.

**Auch nach dem Zusammenschluss der Krankenkassen in der ÖGK ist das Gesundheitssystem immer noch stark fragmentiert, so dass die Finanzierung von Therapien, überspitzt formuliert, nach wie vor „von der Postleitzahl abhängt“. Welche Lösungsmöglichkeiten sehen Sie, um Betroffenen die Sorge um die bestmögliche Therapie abzunehmen?**

Österreich hat ein aus dem Solidaritätsprinzip gedachtes Gesundheitssystem. Prinzipiell glaube ich, dass für hochpreisige Medikamente eine bundesweit einheitliche Lösung schon Sinn machen würde. Ebenso eine einheitliche Vorgehensweise, wenn eine Erkrankung vorliegt. Ideen, wie Sondertöpfe, sind heikel und würden andere Probleme und Rechtsfragen mit sich bringen. Was nicht sein darf, dass einzelne Träger aus ökonomischen Gründen Betroffene an andere „Zahler“ andocken. Aus medizinischer Sicht ist es ein No-Go, dass diese ungelöste Probleme auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten ausgetragen werden. 





PLATTFORMEN

# Damoklesschwert Lebergesundheit

Das PRAEVENIRE Gipfelgespräch in Alpbach führte anlässlich der 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche eine große Runde von Expertinnen und -Experten zusammen, um über die Ziele der PRAEVENIRE Initiative „LEBERGESUNDHEIT 2030“ zu diskutieren und **ZUKUNFTSFÄHIGE PERSPEKTIVEN AUFZUZEIGEN.** | von Mag. Dora Gamper

**D**ie in Kooperation mit der „Hepatitis Hilfe Österreich – Plattform Gesunde Leber“ ins Leben gerufene PRAEVENIRE Initiative „Lebergesundheit 2030“ hat sich unter anderem die Stärkung von Prävention und Vorsorge für den Gesundheitserhalt sowie die Optimierung der Versorgung im Rahmen des solidarischen Gesundheitssystems auf die Fahnen geschrieben. Bei den 10. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach 2023 wurde das Thema erneut aufgegriffen und von renommierten Fachexpertinnen und -experten diskutiert. Eine schlechte Lebergesundheit kann zu einer Vielzahl von ernsten Erkrankungen führen, wie Fettleber und in weiterer Folge Leberentzündung, Leberzirrhose bis hin zu Leberkrebs. Die Behandlung von Lebererkrankungen stellt häufig eine große Herausforderung für Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten und das Gesundheitswesen dar.

**Alkohol und zuckerhaltige Getränke müssen zu einem nationalen Thema und Anliegen erhoben werden.**

Andreas Krauter

## Volkkrankheit Fettleber

In Österreich sind etwa 40 Prozent der Menschen von einer nicht alkoholischen Fettleber (NAFLD/NASH) betroffen. Etwa 70 Prozent leiden zusätzlich an Übergewicht, Adipositas oder Diabetes, Tendenz stark steigend. Virale Infektionen, seltene Lebererkrankungen oder die portable Hypertension stellen ebenfalls Herausforderungen an die Funktionalität und Vitalität dieses Organs dar. Am anderen Ende des Spektrums stehen die seltenen Autoimmunerkrankungen der Leber, an denen ebenfalls vermehrt geforscht wird. Die Herausforderungen für das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Lebererkrankungen sind erheblich. Prävention und Aufklärung, eine frühe Diagnose und Therapie sind daher entscheidend, um das Gesundheitswesen zu entlasten und die Situation für Betroffene zu verbessern.

## Aktuelle Forschungsergebnisse

Prim. Univ.-Prof. Dr. Markus Peck-Radosavljevic, Abteilungsvorstand für Innere Medizin und Gastroenterologie am Klinikum Klagenfurt, führte aus, dass die Forschung in der Hepatologie sich auf zwei wesentliche Themen konzentriert: Einerseits der Leberkrebs und andererseits die Fettleber, die aufgrund der

Dominanz der Virushepatitis jahrzehntlang ein Stiefkind der Forschung war und jetzt in den Fokus gerückt ist. Es konnte gezeigt werden, dass klassische metabolische Risikofaktoren, wie Übergewicht und Diabetes, eine klare Korrelation mit der Fettleber aufweisen. Eben weil es in der Endokrinologie so viele neue therapeutische Ansätze gibt, besteht eine hohe Motivation für die pharmazeutische Industrie, im Bereich der Fettleber aktiv zu werden. Von „Nature Reviews Drug Discovery“ wurde der globale Markt auf ungefähr 30 Milliarden Dollar geschätzt. Obwohl die Fettleber ein Massenphänomen ist, konnte bis heute kein Test zur Früherkennung entwickelt werden, um zu ermitteln, wie viele und welche Betroffenen tatsächlich eine schwere Lebererkrankung haben werden.

Peck-Radosavljevic: „Man muss zwei Dinge klar unterscheiden: Das eine ist die Therapie, da gibt es eine gute Rolle für den Hausarzt, für den Diätologen usw. Das andere ist die Prävention, die man mit Edukation alleine niemals auf den Boden bringt. Das heißt, für das Konzept Prävention brauchen wir einen anderen Ansatz, das ist nicht im medizinischen Bereich zu

Die Leber stand in Alpbach im Fokus von Top-Expertinnen und Experten: v.l.n.r. Wolfgang Wein, Gerd Bodlaj, Fabian Waechter, Gabriele Jaksch, Andreas Krauter, Markus Peck-Radosavljevic, Angelika Widhalm, Peter Fasching, Hanna Wagner, Ludwig Kramer, Herbert Puhl (Moderation).

**Es gibt ein paar Länder, die beim Food Labeling schon ein Ampelsystem haben. Eigentlich müsste man das EU-weit umsetzen.**

Markus Peck-Radosavljevic

lösen. Unser eigentlicher Ansatzpunkt ist die Wirtschaft. Die Lobbyingbudgets der Industrie sind ungefähr das Hundertfache von jenen der Medizin, und es hängen sehr viele Arbeitsplätze daran. Simple Dinge wie Labeln funktionieren nicht. Werbeverbote im Fernsehen sind gescheitert. Und das gleiche gilt natürlich auch für die Ernährung – „Sugar Tax“ ist ja zum Beispiel ein gutes Konzept. Es gibt ein paar Länder, die beim Food Labeling schon ein Ampelsystem haben. Eigentlich müsste man das natürlich EU-weit umsetzen.“  
Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching, MBA, Leiter 5. Medizinische Abteilung mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie der Klinik Ottakring, ergänzte, dass seit Jahrzehnten an unterschiedlichsten Therapien und Substan-



Mit freundlicher Unterstützung von:





zen in unzähligen klinischen Studien geforscht werde, von denen einige auch an seiner Abteilung durchgeführt wurden – mit mäßigem Erfolg. „Fundamental hat sich erst etwas geändert, seitdem die sogenannten Glucagon-Like-Peptide-I-Agonisten in den Markt gekommen sind“, so Fasching. Mit sukzessiver Weiterentwicklung der Substanzgruppen kamen auch stärker wirksame Präparate auf den Markt. Doch der Durchbruch gelang, laut Fasching, mit der Entwicklung der ersten dualen GLP-1-Agonisten, die eine Gewichtsreduktion um mehr als 15 Prozent in Kombination mit einer wesentlichen Verbesserung der Fettleber-Parameter brachten. Die rezenteste Nachricht ist ein sogenannter Triple-Agonist von Eli Lilly, der eine Gewichtsreduktion von 25 Prozent in einem Jahr ermöglicht. Obwohl bezüglich der Einnahmedauer und langfristigen Nebenwirkungen noch einiges geklärt werden muss, kann diese Substanz als Meilenstein sowohl in der Diabetes- als auch Fettlebertherapie gelten.

## Bei gewissen Werten aus der Vorsorgeuntersuchung sollte automatisch eine Empfehlung zu einer weiteren Abklärung mittels Fibroscan erfolgen.

Gerd Bodlaj

### Prävention durch Bewegung und Ernährung

Prim. Univ.-Prof. Dr. Ludwig Kramer, Vorstand der I. Medizinischen Abteilung im Krankenhaus Hietzing Wien, erläuterte das Thema Ernährung bei Fettleber aus seiner praktischen Sicht. Er strich das Thema Prävention mit klaren Worten hervor: „Wir haben noch immer einen präventiven Ansatz und hoffen, dass wir durch diese Aktivitäten dazu beitragen können, dass junge, gesunde, frischgeborene Österreicher den Lebensstil entwickeln, den sie brauchen, um ohne die Segnungen der Pharmaindustrie gesund durchs Leben zu kommen.“ Doch sei seit mehr als 20 Jahren die integrierte Versorgung lediglich ein Schlagwort – so sei aus dem für 2017 formulierten Präventionsansatz der Bundesregierung bis heute „null umgesetzt“ worden. Dabei wurden konkret rund 200 Punkte ausformuliert, um im Sinne der integrierten Versorgung Diabetes zu bekämpfen bzw. zu verhindern und

Die Lebergesundheit hängt wie ein Damoklesschwert über dem Gesundheitssystem, sind sich die Fachleute einig.

die Bewegung zu fördern. Nur sechs Prozent der Österreicherinnen und Österreicher geben zu, täglich Alkohol zu trinken, so Kramer: „Wir wollen ja alle die Fibrose und die Zirrhose vermeiden. Ein bisschen Fettleber, damit haben wir Frieden geschlossen.“ Weiter führt Kramer aus: „Welche Faktoren können wir nun ausrollen, um diese Progression zu stoppen? Da muss man natürlich an die Ernährung denken, weil alles, was in den Darm kommt, kommt auch in die Leber.“ In erster Linie seien Fruchtsäfte und zucker- sowie fructosehaltige Limonaden, sogenannte „flüssige Kohlenhydrate“, in ihrer Zugänglichkeit einzuschränken und höher zu besteuern.

Mag. Gabriele Jaksch, Präsidentin von MTD-Austria, schlug mit ihrem Diskussionsbeitrag in die gleiche Bresche. Gleich nach der Diagnose habe die Therapiebegleitung durch die Diätologie anzusetzen, um einen nachhaltigen Erfolg zu gewährleisten. Auch sie sieht Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz als primäre Ansatzpunkte. Besonders wichtig sei die Förderung der richtigen Bewegung durch Physio- und Ergotherapie bereits von frühester Kindheit an.

### Vorsorge und Nachsorge

Mag. Hanna Wagner, LL.M., Juristin und Projektleiterin am Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol, schilderte ihre Erfahrungen mit dem Thema Bewegungsförderung. Sobald die Selbstorganisation der Patientinnen und Patienten einsetze, wäre es auch schon wieder zu Ende. Deshalb habe man in Tirol ein multiprofessionelles Programm mit Beteiligung von Sportmedizin, Diätologie und Psychotherapie etc. gestartet, das Betroffene über Monate begleitet, um die Adhärenz zu fördern – oft reichen Telefonate, so Wagner. Mit dieser Form der Betreuung könne man auch die sehr langen Wartezeiten bis zu einem bezahlten Therapieplatz in der Diätologie überbrücken. Die Patientinnen und Patienten werden von den Hausarztpraxen in das Tiroler Serviceprogramm überwiesen. Das Programm sei gut skalierbar, man könne es „auch auf Kinder ausweiten. Das wäre der nächste große Schritt“, erklärte Wagner.

Dr. Fabian Waechter, MSc. MBA, Hausarzt in Salzburg, schilderte die Situation in der Kassenordination: „Die Vorsorgeuntersuchung ist der Moment, wo man sich in der Realität einer Leber beschäftigt. Wenn ein Patient nicht spezi-

fisch wegen Beschwerden kommt, habe ich sonst dafür keine Zeit.“ Die Vorsorgeuntersuchung sei schon deshalb so wichtig, weil die geschädigte Leber lange Zeit keine auffallenden Störungen verursache.

### Medikation und Screenings

DDR. Wolfgang Wein, Lead Consultant W & W Pharmaconsult GmbH, gab zu bedenken: „Ok, Hepatitis C ist erledigt. Aber vergessen wir nicht, wie konfrontativ die Einführung des ersten wirksamen Medikaments war. Da hat man über die hohen Preise räsoniert. In der Zwischenzeit sind die Preise moderater geworden. Es gibt mehrere Optionen und 95 Prozent der Erkrankungen sind heilbar.“ Ebenso würden die Preise für die neuesten Substanzen, wie die dualen Peptid-Agonisten, sich mit der Zeit reduzieren.

OA Priv.-Doz. Dr. Gerd Bodlaj von der II. Medizinischen Abteilung im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien, sieht bei den Risikopatienten für schwere Lebererkrankungen noch immer Handlungsbedarf. Es sei weiterhin zu schwierig, einen Fibroscan für solche Betroffenen zeitnah zu erhalten. Er wünscht sich, „dass bei gewissen Werten aus der Vorsorgeuntersuchung automatisch eine Empfehlung zu einer weiteren Abklärung stattfindet. Es ist wichtig, dass wir ein flächendeckendes Screening haben, damit wir relativ viele junge Menschen herausfischen, bevor sie in die Fibrose kommen.“

## Die sogenannten Glucagon-Like-Peptide-1-Agonisten waren der fundamentale Durchbruch in der Therapie. Mittlerweile gibt es die dualen GLP-1-Agonisten und – ganz neu – Triple-Agonisten.

Peter Fasching

### Awareness für gesunden Lebensstil

Dr. Andreas Krauter, MBA, Leiter Fachbereich Medizinischer Dienst der Österreichischen Gesundheitskasse, setzt sich ebenfalls für Screeningverfahren in der Vorsorge ein: „Man müsste darüber diskutieren, ob die Elastographie zu einer Routine-Untersuchung wird, die zumindest alle zehn Jahre gemacht wird. Ich persönlich sehe es als Problem an, dass wir das noch nicht im Erstattungskodex haben.“ Krauter ist überzeugt, dass Alkohol und zuckerhaltige Getränke „zu einem nationalen Thema und Anliegen erhoben werden“ müssen – „wir haben eine fast 50-prozentige Adipositas-Situation bei Kindern und Jugendlichen.“ Auch vor diesem Hintergrund sei die tägliche Bewegung für Kinder und Jugendliche dringend umzusetzen. Denn unruhige Kinder nicht mit Bewegung, sondern mit Ritalin zu therapieren, sei nicht zielführend.

Angelika Widhalm, Vorsitzende HHÖ – Plattform Gesunde Leber und Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich – DIE Patientensprecher, verdeutlichte: „Wir reden immer wieder von Awareness, was ist Awareness? Awareness ist das Bewusstsein in der Bevölkerung über deren Ernährung, über den Lebensstil, über die Bewegung. Wir wissen genau, dass wir ab dem zweiten Lebensjahr Maßnahmen setzen müssen – und weiter bis ins hohe Alter. Wir müssen es schaffen, in der Bevölkerung eine Awareness für die Leber als zentrales Organ zu bilden.“ Widhalm sieht Lebergesundheit ähnlich wie Diabetes aber auch als soziales Problem. Wer arm ist, ist häufiger krank. **P**



POLITIK

# Patient Summary – der digitale Notfalldaten-Pass

Ein häufiger Kritikpunkt an der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) ist das **FEHLEN EINER SCHNELLEN ÜBERSICHT ÜBER DIE WESENTLICHEN PATIENTENDATEN**. Angesichts des bevorstehenden Europäischen Gesundheitsdatenraums (EHDS) besteht ein dringender Bedarf, ein umfassendes Projekt zur Einführung und Verwaltung einer Patientenkurzakte zu initiieren. Bei den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach diskutierte eine Expertenrunde, wie eine solche Übersicht tatsächlich erstellt werden könnte. | von Rainald Edel, MBA

**A**ktuell besteht ELGA aus einer Sammlung von Befunden, die Ärztinnen und Ärzte durchforsten müssen, um Erkenntnisse über vorangegangene Untersuchungen zu gewinnen. Daher wird diese an sich wertvolle Informationsquelle in der ärztlichen Praxis nur selten verwendet. Stattdessen müssen Patientinnen und Patienten nach wie vor bei jeder Aufnahme erneut ihre Vorgeschichte, einschließlich Kinderkrankheiten und Allergien, wiederholen. Dies kostet wertvolle Zeit, die angesichts von Personalmangel und Wartezeiten besser genutzt werden könnte. In Hinblick auf den kommenden europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) – ein neues EU-Gesetz, das derzeit verhandelt wird und eine Zusammenfassung der Gesundheitsdaten als „Patient Summary“ für EU-Bürgerinnen und Bürger vorsieht – besteht in Österreich der dringende Bedarf, eine diesbezügliche Erweiterung von ELGA vorzunehmen. „Allerdings sind von öffentlicher Seite die Details zur Erstellung, Speicherung, Haftung und Finanzierung einer solchen Datenübersicht noch unklar“, erklärte Dr. Franz Leisch, Chief Digital Officer des Vereins PRAEVENIRE zur Eröffnung des PRAEVENIRE Gipfelgesprächs in Alpbach.

## Ein Patient Summary wäre eine wichtige Ergänzung in ELGA, die sowohl Ärztinnen, Ärzte als auch Patientinnen und Patienten den Behandlungsablauf deutlich erleichtern würde.

Artur Wechselberger

### Musterbeispiel Portugal

Dass es auch anders geht, zeigte Professor Henrique Martins, MD, MPhil, PhD aus Portugal in einem Videostatement am Beispiel seines Heimatlandes Portugal. Denn das Land auf der iberischen Halbinsel gehört zu den ersten Ländern in Europa, die sich mit dem Thema Patient Summary bereits vor zehn Jahren auseinandergesetzt haben. Im Schnitt wird es in Portugal bereits rund 200.000-mal pro Tag genutzt, um in der medizinischen Behandlung einen raschen Überblick zur individuellen Krankheitsgeschichte der rund zehn Millionen Portugiesinnen und Portugiesen zu bekommen. Erstellt wird der Patient Summary in Portugal semi-automatisch, d.h. der Computer erstellt es, aber Ärztinnen und Ärzte können korrigieren und freigeben. Völlig verschlafen habe Österreich diese Entwicklung nur in der tatsächlichen Umsetzung seitens der Politik, schilderte Mag. Herwig Loidl, MBA MSc, Leiter des Arbeitskreises e-health im

Fachverband UBIT der WKÖ. Denn einen ersten inhaltlichen Entwurf zu einem Patient Summary gab es schon 2017 in Österreich. Allerdings hat dieser das Projektstadium nie verlassen. Wie hoch der Bedarf an einer solchen Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse ist, kennt Loidl aus zahlreichen Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten. Auch würden Studien, belegen, so Loidl, dass ein Patient Summary dazu beitragen kann, Todesfälle zu vermeiden. Ebenso wäre eine solche Übersicht eine entscheidende Hilfe in einem medizinischen Notfall. „Um diese Funktionalität zu erreichen, brauche es allerdings qualitätsgesicherte Daten. Dass dies machbar ist, zeigt das Beispiel Portugal“, sagte Loidl.

Auch seitens der Ärztekammer steht man einem Patient Summary positiv gegenüber, wie Dr. Artur Wechselberger, ehemaliger Präsident der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammer für Tirol, ausführte. Dies wäre eine wichtige Ergänzung in ELGA, die sowohl Ärztinnen, Ärzte als auch Patientinnen und Patienten den Behandlungsablauf deutlich erleichtern würde, denn man sähe alle wesentlichen Parameter auf einen Blick und es müsse nicht jedes Mal die ganze Krankengeschichte erzählt und erhoben werden, wenn man von einer Ordination in die nächste wechselt.

### Diagnosecodierung ein wichtiger Baustein

Grundvoraussetzung, damit der Patient Summary auch über die notwendigen medizinischen Informationen verfügt, so Dr. Christoph Powondra, Arzt für Allgemeinmedizin am PVE in Böheimkirchen, sei die Codierung der Krankheiten. Im Moment werden in Österreich im Spital und im niedergelassenen System höchst unterschiedliche Codierungssysteme verwendet. Powondra stellte eine Initiative der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) vor, der er selbst angehört, die auf Basis von Systemized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms (SNOMED CT) einen Umschlüsselungstool entwickelt hat, sodass sich jede Codierung in jedes beliebige System umlegen lasse. Aus der Behandlungspraxis heraus gesehen müsse das System in der Arztsoftware oder im Krankenhausinformationssystem so integriert werden, dass die ärztliche Dokumentation und die dahinterliegende Codierung gleichzeitig und in einem Schritt erfolgen. Die Zusammenführung der unterschiedlichen Codierungssysteme sei ein wichtiger Schritt, betonte Manfred Brunner aus der Abteilung Interessenspolitik, Gesundheit und Pflege der Arbeiterkammer Vorarlberg. Gerade Projekte zur integrierten Versorgung scheitern derzeit noch immer daran, dass der niedergelassene Bereich keine Daten zu Spitalspatienten habe. Daher sei es gut, dass ein Patient Summary als ELGA-Projekt aufgesetzt werde und nicht wieder eine neue Lösung gesucht werde.

Man müsse bei der Codierung auch berücksichtigen, dass manche Ärztinnen und Ärzte sich schon lange nicht mehr mit Technik beschäftigen haben, auch diese dürfen den Anschluss nicht verlieren“ mahnte Ass.-Prof. Dr. Ernest Pichlbauer von der Sigmund Freud Privat Universität. „Ein Patient Summary ohne Daten aus dem niedergelassenen Bereich macht keinen Sinn, diese benötigen wir unbedingt“, ergänzte Dr. Erwin Rebhandl, Präsident des Vereins AM Plus. Man müsse aber im Vorfeld klar definieren, welche Daten im Patient Summary Verwendung finden sollen. Zudem müsse dieser übersichtlich gestaltet sein, damit er im Praxisalltag auch eingesetzt werden kann. „Darüber hinaus gehören auch die anderen, nichtärztlichen Gesundheitsberufe, wie beispielsweise die Pflege unbedingt eingebunden – so wie es die Portugiesen gemacht haben. Letztendlich müssen die Daten auch wissenschaftlich genutzt und verarbeitet werden können“, so Rebhandl. Dem stimmte auch Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich zu. Bei den Berufsbildern, die von ELGA und einem Patient Summary profitieren würden, dürfe man insbesondere die Gesundheitsberufe nicht vergessen.

„Es herrscht Konsens, dass ein Patient Summary ein ELGA-Dokument sein soll, aber auch, dass wir in ELGA viel mehr Daten brauchen“, erklärte Dr. Stefan Sabutsch, Geschäftsführer der ELGA GmbH und Präsident HL7 & DICOM Austria. Um das Ziel zu erreichen, schlug er ein schrittweises Vorgehen vor. „Wir müssen akzeptieren, dass ein Patient Summary am Anfang nicht vollständig sein wird. Aber dann können wir Erfahrungen sammeln und damit leben lernen“, so Sabutsch. Synergien ortet auch er durch parallele Projekte wie der Diagnosecodierung, die in dem niedergelassenen Bereich kommen soll. „Wenn Ärztinnen und Ärzte erkennen, dass die Diagnosecodierung, nicht nur für die Statistik oder zur Steuerung des Gesundheitssystems dient, sondern primär dem medizinischen Sektor in der Behandlung zugutekommt, dann gibt es auch die nötige Motivation, hier entsprechend ordentlich einzutragen“, zeigte sich Sabutsch optimistisch.

Auch aus Patientensicht sei das Thema Patient Summary absolut wichtig, betont Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich (BVSHOE). In der öffentlichen Diskussion habe das Thema Patient Summary bislang keine Rolle gespielt, daher müsse es rasch entsprechend kommuniziert werden. Widhalm sieht auch noch eine Einbindung der Rettungsdienste sowie der Ambulatorien unumgänglich. Auch müsse auf den ersten Blick erkennbar sein, wenn beispielsweise Patientinnen, Patienten eine seltene Erkrankung haben, um in der Erstversorgung entsprechend darauf reagieren zu können.





### Das richtige Framing ist entscheidend

„Aus Sicht der Sozialversicherung wäre so eine kompakte Anwendung, wie es der Patient Summary darstellt, nicht nur für die Versorgung wichtig, sondern würde auch den ELGA-Systempartnern zu einem rasch greifbaren Erfolg verhelfen und die Zusammenarbeit stärken“, erklärte Dr. Arno Melitopoulos, Leiter Versorgungsmanagement 3 der ÖGK. Die die Themen Usability und Datensicherheit, könne man hoffentlich rasch klären, gab er sich zuversichtlich. „Menschenschutz kommt vor Datenschutz“, erklärte Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant von der Medizinischen Universität Wien. Seiner Meinung nach müsse man viel stärker den Nutzen dieser Daten kommunizieren. Denn in einem Notfall habe man nicht immer die Zeit einer ausführlichen Anamnese. Auch bei einer ärztlichen Konsultation könne n die Daten aus dem Patient Summary in der Vorbereitung helfen, so dass mehr Zeit für das eigentliche Patientengespräch bleibe. Auch Prof. Dr. Reinhard Riedl von der Berner Fachhochschule sieht das Framing als entscheidenden Punkt. Hierbei wäre es wichtig sowohl den Gesundheitsberufen als auch der Bevölkerung die Vorteile zu vermitteln und anhand internationaler Beispiele zu zeigen,

dass so ein System gut funktioniere und ein Vorteil und Fortschritt für alle sei.

### Technologie besser nutzen

„Ich glaube wir müssen viel mehr als bisher automatisierte Prozesse nutzen. Das heißt nicht immer mehr Eingabe- und Dokumentationsaufwand dem Personal umhängen, sondern die technische Entwicklung vorantreiben“, appellierte Prof. (FH) Mona Dür, PhD, MSc, Geschäftsführerin von Duervation. Die dazu notwendige Fragestellung müsse lauten: wie kann man das Personal und den Dokumentationsaufwand entlasten und gleichzeitig die Qualitätssicherung verbessern.

„Wenn etwas kommt, das nicht vermeidbar ist, ist es besser, es mitzugestalten, als es zu blockieren“, erklärte der internationale Gesundheitsexperte, Dipl.Ing. (FH) Humayaun Kabir, MBA, Direktor Medizininformatik und Informationstechnologie der Oberösterreichischen Gesundheitsholding. Wie internationale Vorbilder zeigen, müssen Systeme simple sein, um Erfolg zu haben. Zudem basieren gute Anwendungen zu meist auf Millionen von Daten. Österreich wird sich diesem Trend nicht verschließen können. „Wir brauchen ELGA, die muss prozessopti-

Die Teilnehmenden beim Gipfelgespräch „Patient Summary“ (1. Reihe, v. l.): Ernest Pichlbauer, Mona Dür, Angelika Widhalm, Franz Leisch (2. Reihe, v. l.): Manfred Brunner, Artur Wechselberger, Humayaun Kabir, Michael Gnant, Christoph Powondra, Erwin Rebhandl (3. Reihe, v. l.): Bernhard Rupp, Stefan Sabutsch, Reinhard Riedl, Herwig Loidl.

miert sein, gleichzeitig sollen wir offen sein für sämtliche Anwendungen und Apps, die kommen werden“, so Kabir.

### Öffentlichkeit einbinden

Wenige Wochen nach dem PRAEVENIRE Gipfelgespräch in Alpbach war Franz Leisch Studiogast im ORF-Format „Aktuell nach Eins“ und präsentierte die Ergebnisse der Diskussionsrunde in Alpbach. „Jeder Mensch in Österreich kann heutzutage seine Bankgeschäfte über eine Handy-App erledigen. Aber in der Ordination oder im Krankenhaus kann die Ärztin, der Arzt mit einem Blick in die elektronische Gesundheitsakte ELGA nicht erkennen, ob man Allergien hat, welche Medikamente laufend eingenommen werden oder ob man eine chronische Erkrankung hat. Das Fehlen einer Kurzübersicht ist ein eklatanter Mangel“, erklärt er. Dabei würde genau das die Erwartungen an ELGA erfüllen. Durch die Initiative der EU-Kommission gäbe es nun die Chance, dass auch in Österreich so ein Patient Summary zum Beispiel als „ELGA-Notfalldatensatz“ eingeführt wird. „Ähnlich wie bei einem Zulassungsschein – nur eben digital – werden hier strukturiert alle relevanten Patientendaten aufgelistet“, so Leisch.

Ziel müsse es sein, dass so eine Patientenkurzinformation im Rahmen der Gesundheitsreform in ELGA integriert wird und zu einem Leuchtturmprojekt in gemacht wird, führt Leisch aus und sieht sich nicht zuletzt auch durch die Ärztekammer bestätigt, die im Rahmen ihres Fünf-Punkte Plans ebenfalls für solch eine Übersicht ausgesprochen hat. Trotz der breiten Zustimmung aller betroffenen Stakeholdergruppen und der Notwendigkeit auf den EU-Vorstoß zu reagieren, gibt es bis dato keine nennenswerten Fortschritte und ein klares Signal des Bundesministers, einen Patient Summary umzusetzen. „Eine solche Kurzübersicht ist zu wichtig, um sie nochmals einschlafen zu lassen oder nur eine pro-forma-Umsetzung zu riskieren. Daher wird das PRAEVENIRE Gesundheitsforum auch 2024 das Thema weiter auf seine Agenda setzen und auf eine rasche, professionelle Umsetzung drängen“, kündigt Leisch an. **P**



Ähnlich übersichtlich wie in einem Zulassungsschein, nur digital, sollen im Patient Summary alle wesentlichen Patientendaten aufgelistet sein, erklärte Franz Leisch bei seinem ORF-Auftritt.



POLITIK

# Spitzenmedizin im Spital: Anspruch trifft Wirklichkeit

Das österreichische Gesundheitssystem rühmt sich gerne, dass alle patientinnen und patienten immer auf dem **HÖCHSTMÖGLICHEN MEDIZINISCHEN STAND DER WISSENSCHAFTEN** behandelt werden. Doch gibt es ein Recht darauf und ist dieses durchsetzbar? Dieser Frage gingen im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs erfahrene Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen nach. | von Rainald Edel, MBA

**Z**ur Einleitung beleuchtete Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik in der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich mit einer Keynote zum Thema „Zugang zu innovativen Therapien – Die Rechtsstellung stationärer Patient:innen in Österreich“ den Status quo. „Zwischen geschriebenem Recht und gelebter Praxis haben wir eine Lücke“, attestierte Rupp. Wie besorgniserregend die Realität ist, verdeutlichte er am Beispiel der CAR-T-Zelltherapie. Wie eine Studie belegt, zeigt sich, dass von 100 Patientinnen und Patienten, die für diese Therapieform qualifiziert wären, nicht einmal 40 Prozent diese auch tatsächlich bekämen. Ungeklärt ist, wie die restlichen Personen therapiert wurden. Problematisch ist auch, dass es in Österreich oft an Daten fehlt, wodurch sich solche Analysen auf internationale Daten beziehen müssen oder Probleme nur anhand von anekdotischen Einzelfällen dargestellt werden können. Neben dem Zugang ist aus seiner Sicht auch die Finanzierung nicht gut geregelt. „Wir wissen, dass neue Therapien auf den Markt kommen, die bis zu zweistelligen Millionenbeträgen an Therapiekosten verursachen, aber nicht, wie wir diese finanziell bedecken“, so Rupp. Das derzeitige leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem (LKF) ist zu einer Zeit entstanden, als solche Preisentwicklungen für Einzelmedikamente noch nicht absehbar waren. Würde man diese hochpreisigen Behandlungen über das bisherige System abrechnen, käme es zu einem dramatischen Verfall der Punktewerte für Standardbehandlungen, warnt Rupp. Daher könne er der schlussendlich bisher nicht verwirklichten Idee eines Innovationsfonds

**Gerade Patientinnen und Patienten, die typischerweise hochpreisige Therapien benötigen, verfügen weder über die Konstitution, Ressourcen, noch die Zeit, ihre Ansprüche in Prozessen durchzufechten.**

Bernhard Rupp

etwas abgewinnen, da so der betriebswirtschaftliche Druck von den Krankenanstaltenträgern genommen werden könnte. Denn dieser führe dazu, dass jede Abteilung tunlichst vermeidet, dass teure Behandlungen das eigene Budget belasten. Das wiederum steht diametral dem Anspruch auf Behandlung nach dem höchsten Stand der Wissenschaft entgegen. Damit geraten auch Ärztinnen und Ärzte unter Druck. Denn im Aufklärungsgespräch müssen sie die nach wissenschaftlichen Erkenntnissen beste Therapieoption der Patientin, dem Patienten vorschlagen. Und wenn eine Therapiemöglichkeit nicht im eigenen Haus angeboten wird, müsse auf eine andere Einrichtung verwiesen werden, die diese anbietet. Seitens der AK sieht man diese Situation kritisch, da im Endeffekt nicht gewährleistet ist, dass dieser Prozess immer sauber abläuft. Immer wieder werden Stimmen laut, die behaupten, auf Ärztinnen und Ärzte werde Druck ausgeübt, eine für den Krankenhausträger wirtschaftlich verträgliche Therapie anzuraten. Während die Lage im niedergelassenen Bereich zumindest juristisch besser gelöst ist und eine



KURIER,  
Erscheinungstermin  
7. März 2024

Therapieablehnung durch den Chefarzt einer Krankenversicherung juristisch einfach und risikolos beansprucht werden kann, ist die Lage für Spitalspatienten schwieriger. Denn hier werde mit dem Krankenhausaufnahmevertrag ein Behandlungsvertrag zwischen dem Betroffenen und dem Krankenhausträger geschlossen, der nur über ein Zivilgerichtsverfahren zu bekämpfen ist. Ein solches birgt hohe Prozesskosten, lange Verfahrensdauer und oftmals schwer einschätzbare Risiken. „Gerade Patientinnen und Patienten, die typischerweise solche Therapien benötigen, verfügen weder über die Konstitution, Ressourcen, noch die Zeit, solche Prozesse durchzufechten“, so Rupp. Grundsätzlich sieht er, dass Rechte und Ansprüche, so auch jene auf eine State-of-the-Art Behandlung, wie sie aus dem Krankenanstaltenrecht ableitbar sind, auch eingehalten werden müssen. Aber damit Patientinnen und Patienten nötigenfalls auch tatsächlich zu ihrem Recht kommen können, brauche es entsprechende Schutz- und Unterstützungsmechanismen. Eine der Möglichkeiten wäre ein dem niedergelassenen Bereich nachempfundenen Rechtsschutzinstrument. Dazu wäre allerdings eine Änderung in der Sozialversicherungsgesetzgebung (ASVG) nötig. Für die gegenwärtige Situation wäre es notwendig, zumindest das Prozessrisiko zu limitieren, da sich in einem Zivilprozess die Kosten für Anwälte, Sachverständigengutachten, etc. nach dem „Streitwert“ berechnen. Dieser bemisst sich in so einem Verfahren an den Therapiekosten. Als Obergrenze schlug Rupp 5.000 Euro vor. Auch eine Kostenübernahme der eigenen anwaltlichen Vertretung durch die Verfahrenshilfe würde laut Rupp zu kurz greifen, da man im Fall eines Prozessverlustes die Rechtsanwaltskosten der gegnerischen Partei übernehmen müsste. Eine mögliche Unterstützung in Verfahren sieht Rupp noch in der Arbeiterkammer selbst. Denn diese bietet bereits Rechtsschutz bei Bescheidproblemen im niedergelassenen Bereich bzw. bei der Pflegegeld-Einstufung. Allerdings lägen auch hier die Aufwände und Risiken deutlich unter jenen, die ein zivilgerichtliches Verfahren gegen einen Krankenhausträger über eine Therapieablehnung bedeuten würden. „Zur Durchsetzung des Rechts sollte man analog der Datenschutzbehörde eigentlich eine unabhängige Patientenschutzbehörde einrichten, die weit mehr Kompetenzen als die derzeitigen Patienten-anwaltschaften haben“ erklärte Dr. Franz Leisch vom Verein PRAEVENIRE.

**Spitäler sowie Patientinnen und Patienten sind die Leidtragenden**  
Die Medikamentenkosten in den Spitälern machen seit Jahren kontinuierlich fünf bis sechs Prozent der Gesamtkosten aus. „Während die Versorgung in den Spitälern gut funktioniert und auch die Finanzierung gegeben ist, sehe ich die größte Problematik derzeit an der Schnitt-



Bernhard Rupp, (li) sieht eine Lücke zwischen geschriebenem Recht und gelebter Praxis. Richard Greil (re) erachtet das im Zuge der Gesundheitsreform initiierte Bewertungsboard für innovative Medikamente für rechtlich hoch bedenklich.

© BEN LEITNER, PETER PROVAZNIK



stelle zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Bereich“, schilderte PRAEVENIRE Vorstandsmitglied, Mag. pharm. Gunda Gittler, MBA, aHPH, Leiterin der Anstaltsapotheke und öffentlichen Apotheke im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz. Hier komme es gehäuft vor, dass Patientinnen und Patienten zwischen Spital und niedergelassenen Bereich hin und hergeschickt werden oder im Spital bleiben müssen, weil sie sonst keine Chance haben, eine verordnete Therapie zu bekommen. Problematisch sei hier, dass keine explizite Therapieablehnung durch den extramuralen Bereich erfolge, sondern nur der Hinweis gegeben wird, dass solche Medikamente nur im Krankenhaus verabreicht werden können. Dies betreffe teilweise auch Medikamente, bei denen im Vorfeld durch die Trägerkonferenz festgelegt wurde, dass sich Spital und Krankenversicherungen die Kosten aufteilen. Leidtragende sind im Endeffekt die Patientinnen und Patienten und das „Bummer!“ bliebe bei den Spitalern hängen, so Gittler. An dieser Situation werde auch das umstrittene neue Bewertungsboard nichts ändern.

„Ich sehe das Problem in erster Linie in der Durchsetzung dessen, was die Rechtslage verheißt“, erklärt Hon.-Prof. Dr. Gerhard Aigner, ehemaliger Leiter der Rechtssektion im Gesundheitsministerium und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Ethik und Recht in der Medizin an der Universität Wien. Zumal es oftmals um Medikamente geht, die lebensrettend sein können und nur eine kurze Zeitspanne der Überlebenschance besteht. „Wenn man bedenkt, dass ein Rechtsstreit durch alle Instanzen rund drei Jahre dauert, dann ist das eine Verhöhnung für jener Betroffene, die ein Medikament dringend benötigen, um ihre Überlebenschancen zu wahren“, so Aigner. Daher müsse man das Zeitlimit, bis zu einer endgültigen Entscheidung, deutlich verkürzen.

#### Rechtliche Bedenken am Bewertungsboard

Das im Zuge der Gesundheitsreform initiierte Bewertungsboard für innovative Medikamente sei rechtlich hoch bedenklich, warnt Univ.-Prof. Dr. Richard Greil, der sich in seiner Argumentation auf ein von ihm privat in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten stütze. So seien die als „Empfehlung“ in der Rechtsvorschrift genannten Bewertungsergebnisse des Boardes in Wahrheit „bedingungslos umzusetzen“. Eine Abkehr von der bisherigen Praxis der Arzneimittelkommissionen in den Spitälern. Fragwürdig sei, so Greil, auch der Anspruch, dass die Entscheidung des Boardes ein Sachverständigengutachten gemäß dem Stand des medizinisch pharmazeutischen

Die Teilnehmenden am Gipfelgespräch v.l.n.r.: Gerhard Aigner, Bernhard Rupp, Angelika Hais, Franz Leisch, Mona Dür, Richard Greil (digital), Elisabeth Pittermann, Angelika Widhalm, Gersina Rega-Kaun, Sabine Röhrenbacher, Gunda Gittler, Christoph Steinacker, Hanns Kratzer.

Wissens ist. „Der Stand der Wissenschaft ist ein dynamischer Prozess, den niemand außer den behandelnden Ärztinnen und Ärzten gemeinsam mit der internationalen Fach-Community beurteilen kann. Die Breite und Tiefe der notwendigen Kenntnisse und die ausgedehnte krankheitsspezifische Anschauungserfahrungen sind für dieses Gremium paradoxerweise nicht gefordert und durch die vorgesehene Zusammensetzung kaum aufbringbar“, erklärte Greil. Ebenso fragwürdig sei, dass das Gesetz vorsieht, dass sich die Bewertungskommission selbst die Kriterien vorgeben könne, wonach sie Medikamente aussuche, wonach und wie sie diese dann bewerte.

Durchbrechen könne man dies nur durch eine entsprechende Aufklärungspflicht durch Ärztinnen und Ärzte, die in dieser Position zu schützen seien. „Es ist schwerstkranken und lebensgefährdeten Patienten nicht zuzumuten, ihre Behandlung auf dem Rechtsweg einzufordern, deren medizinische und juristische Basis sie nicht kennen können“, so Greil. Vielmehr sollten Ärzte verpflichtet werden, Patientinnen, Patienten nicht nur über alle Aspekte ihrer Erkrankung aufzuklären, sondern auch über jene Therapien, die nach dem Gebot der Verfolgung der bestmöglichen Therapie nach dem nationalen und internationalen Stand des Wissens für sie optimal wären. Ebenso sollte, so Greil, rechtlich verpflichtend gemacht werden, dass Ärztinnen, Ärzte ohne Sanktionsgefahr die Gründe angeben müssen, warum eine solche Therapie etwa aus ökonomischen Vorgaben der Krankenanstalten-träger heraus nicht verordnet werden könnte oder dürf(t)e. Die verantwortliche Leitung des Krankenhauses sollte im Sinne der Qualitätskontrolle sicherstellen müssen, dass diese Aufklärung erfolgt und darüber dem Anstaltenträger regelmäßig rechenschaftspflichtig sein!

„Wir haben unsere Kritik am Bewertungsboard deponiert, sowohl das Ausmaß der Ärztinnen und Ärzte, die vertreten sind, als auch die Möglichkeit des Ministers, sich auszusuchen, welche Personen das sind“, bekräftigte Dr. Christoph Steinacker, Abteilungsleiter der Bundeskurie Angestellte Ärzte. Von Druck auf Ärztinnen und Ärzte bezüglich Therapiekosten kenne er nur Einzelfälle. Wichtig sei neben Ärztinnen und Ärzten auch Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer Rechte und Pflichten aufzuklären, so Steinacker.

#### Patientenaufklärung

Die Patientenaufklärung als problematisch erachtet auch Angela Widhalm, Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich. Denn es gäbe keine Kontrollmechanismen,

## Es fehle im Klinikalltag nach wie vor an ausreichend Zeit für die Patientenaufklärung.

Elisabeth Pittermann

ob auf Patientinnen und Patienten gut eingegangen worden ist und sicher zu stellen, dass die Informationen auch richtig aufgenommen wurden und folglich korrekt und verständlich übermittelt wurden. Wie Rückmeldungen an den Bundesverband zeigen, ist dies nicht immer gegeben. Die Aufklärungspflicht muss gut gelebt werden, betont auch Mag. Angelika Hais, Berufsrechtsexpertin der Arbeiterkammer Niederösterreich und stimmt Bernhard Rupp zu, dass die Rechtsdurchsetzung schneller gehen muss. „Es gibt sogar Studien, die belegen, wie wenig bei einem Arzt-Patienten-Gespräch hängen bleiben. Der Grund ist die Stress- und Ausnahme-situation“, erklärte Prof. (FH) Mona Dür, PhD, MSc, Geschäftsführerin von Duervation. Eine Lösungsmöglichkeit die Aufklärungsgespräche für Ärztinnen und Ärzte zu optimieren, sie auf dem neuesten Stand zu halten und Interessenkonflikte bezüglich der am jeweiligen Haus angebotenen Therapieoptionen zu vermeiden, sieht sie in digitalen Assistenzsystemen.

Patientinnen und Patienten delegieren die Entscheidung oftmals an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, weil sie mit Vor-Nachteilen, Nebenwirkungen überfordert sind, schilderte Priv.-Doz. Dr. Gersina Rega-Kaun, Fachärztin für Innere Medizin, Diabetes und Endokrinologie, Fachärztin für Rheumatologie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin. Sehr hilfreich beim Patientengespräch sei die Option des Video-Dolmetsch, da zumindest die Sprachbarriere weg falle. Es fehle im Klinikalltag nach wie vor an ausreichend Zeit für die Patientenaufklärung, ergänzte auch NR a.D. Dr. Elisabeth Pittermann, Gesundheitsexpertin des Pensionistenverbandes Österreichs. Zudem sehe sie immer wieder Fälle, in denen Frauen in der Behandlung tendenziell benachteiligt werden bzw. ihnen der Zugang zur bestmöglichen Therapie zumindest schwerer gemacht werde.

Grundsätzlich sind die Themen, Recht auf Behandlung und Pflege, Recht auf Würde und Integrität und Recht auf Selbstbestimmung und Information in der Patienten-Charta festgelegt. Doch in der Realität bewegen wir uns im Graubereich, weil Gesetze, in diesem Fall die Charta nicht mit Leben erfüllt werden“, resümierte Mag.(FH) Sabine Röhrenbacher, Geschäftsführerin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich abschließend. **P**



# Die Digitalisierung muss den Menschen nützen

Durch die COVID-19-Pandemie hat **DIE DIGITALISIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS EINEN UNERWARTETEN BOOST ERHALTEN**, der auch durch die Bevölkerung mitgetragen wurde. Wenn aber die Anforderungen mit der Realität auseinanderdriften, droht der Schwung zu verebben. Im PERISKOPNION-Expertengespräch diskutieren Markus Wieser, Präsident der AK Niederösterreich und Dr. Franz Leisch, Chief Digital Officer der Gesundheitsplattform PRAEVENIRE, in welchen Bereichen für die Bevölkerung digitaler Fortschritt von Nutzen sein sollte. | von Rainald Edel, MBA

**D**ie Voraussetzungen für die Digitalisierung im Gesundheitswesen sind günstig. EU-Richtlinien und Projekte, aber auch Maßnahmen, die seitens der österreichischen Bundesregierung gesetzt wurden, schaffen Bedingungen, die einen zügigen Ausbau möglich machen würden. Die Umsetzungsrealität lässt allerdings noch zu wünschen übrig.

**PERISKOP: Die Digitalisierung findet in nahezu allen Lebensbereichen statt, wie beurteilen Sie den Digitalisierungsgrad in Österreich generell?**

**WIESER:** Das Thema Digitalisierung und Künstliche Intelligenz ist mittlerweile allgegenwärtig und aus unserem Alltag nicht mehr wegzudenken. Mittlerweile haben sie in allen Branchen Einzug gehalten und werden sich somit auch in den Bereichen Gesundheit, Pflege, Medizin weiterentwickeln. Relevant dabei ist immer das, was in diese Systeme eingegeben wird. Das heißt, wenn man solche Systeme nicht bespielt, bestimmte Daten nicht zur Verfügung stellt, wird man am Ende auch viele wichtige Informationen, nicht erhalten. Daher müssen wir uns ganz bewusst dazu entschließen, solche Systeme auch zu nutzen, um durch sie zu profitieren.

**LEISCH:** Digitalisierung ist nicht mehr wegzudenken. Die Pandemie war diesbezüglich ein wesentlicher Treiber für beispielsweise Telearbeit oder auch die Telemedizin – die Möglichkeiten einer online Arztkonsultation. Diese Möglichkeiten waren bei uns zuvor undenkbar. Das heißt, die Pandemie hat unsere Entwicklung um gut zehn Jahre nach vorne katapultiert und wir arbeiten jetzt auf einem viel höheren Ausgangsniveau weiter.

**Welche Vorteile sehen Sie in der Digitalisierung, speziell im Gesundheitsbereich?**

**WIESER:** Digitalisierung und künstliche Intelligenz haben im Gesundheitsbereich neue Möglichkeiten geschaffen, die es schneller möglich machen, dass Patientinnen und Patienten mit ihren Ärztinnen und Ärzten kommunizieren. Diese Optionen, die auch zu einer Entlastung der Ordinationen und Spitalsstrukturen dienen, sollten aber auch bewusst genutzt werden. Auf der anderen Seite gibt es auch die berechtigte Sorge vor Fehlentwicklungen und Missbrauch, beispielsweise durch Cyberkriminalität.

**LEISCH:** Die Digitalisierung bringt viele Vorteile. Das hat auch die Regierung mit ihrem Slogan: digital, vor ambulant vor stationär aufgegriffen. Allerdings spiegelt sich dieser durchaus richtige Ansatz nicht in der Finanzierung des Gesund-

heitssystems wider. Denn im Zuge der letzten Gesundheitsreform wurde wieder das Zehnfache von jenem Betrag, der für die Digitalisierung im Gesundheitsbereich vorgesehen ist, in den stationären Ausbau gesteckt. Wenn man Digitalisierung ernst meint, und dazu gibt es international großartige Beispiele, müsste man dafür ungefähr den gleichen Betrag investieren. Dann kann man auch die Möglichkeiten der Digitalisierung vollkommen nutzen.

**Ein zentraler Baustein der Digitalisierung in Österreich ist die elektronische Gesundheitsakte ELGA. Hier fehlen vor allem Befunde aus dem niedergelassenen Bereich. Was erwartet sich die Bevölkerung von einer elektronischen Gesundheitsakte?**

**WIESER:** Der Zugang zum Wissen über die eigene Gesundheit ist in einer Gesellschaft etwas Essenzielles. Aber auch die Möglichkeiten, die die Gesundheitsakte mit sich bringt, ist eine Erleichterung im Alltag. Denn egal ob man seine Hausarztordination wechselt, eine Vertretungspraxis aufsucht, eine Zuweisung zu einer Spezialistin, einem Spezialisten bekommt, sie alle können auf diese Daten zugreifen und kennen so die wichtigsten Parameter. Entscheidend ist dabei allerdings auch die entsprechende

Franz Leisch ist Chief Digital Officer des Vereins PRAEVENIRE.

**Ich bin überzeugt, dass man das Thema Codierung im niedergelassenen Bereich durch patientenzentrierte Codierung mittels „Patient Summary“ lösen sollte.**

Franz Leisch

lückenlose Dokumentation. Aber auch bei der Verschreibung ist es hilfreich zu wissen, welche Medikamente bereits verordnet wurden. Daher sehe ich es als unabdingbar, dass ELGA entsprechend ausgebaut werden muss, um diese von der Bevölkerung erwartete Funktionalität zu bieten.

**LEISCH:** Österreich hat mit ELGA ein wirklich gutes System geschaffen, allerdings waren wir nicht so gut darin, dass dieses auch entsprechend genutzt wird. Wir haben in Österreich oftmals das Problem, dass wir Projekte ambitioniert anfangen, aber dann nicht konsequent zu Ende bringen. Aber ich bin guter Dinge, dass wir nach zehn Jahren endlich in die Gänge kommen und es schaffen, dass auch relevante Daten aus dem niedergelassenen Bereich in ELGA eingespielt werden. Den Anfang werden, soweit ich informiert bin, die Bilddaten und Befunde aus dem Radiologiebereich machen. Auch seitens der Labormedizin gibt es Signale, dass sie eine Übertragung ihrer Befunde in ELGA aufgeschlossen gegenüberstehen. Damit wären schon zwei wesentliche Bereiche abgedeckt, die der Bevölkerung am Herzen liegen. Denn wer schleppt gerne seine Röntgenbilder zum Arztbesuch oder sucht die letzten Laborwerte?

**Welche Schritte sind notwendig, damit sich die elektronische Gesundheitsakte, zukunftsweisender im Sinne der Bürger, aber auch der Gesundheitsdienstleister weiterentwickelt?**

**WIESER:** Ich glaube, da unterstützt uns gerade die EU mit ihrer Initiative die Gesundheitsdaten europaweit zu standardisieren. Denn diese sollen den Bürgerinnen und Bürgern dabei als „Patient Summary“ oder Notfalldatenpass zur Verfügung stehen. Hier muss Österreich nun handeln und ein solches Projekt auf die Beine stellen. Davon profitieren sowohl die Patientenseite als auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Denn wenn es so eine EU-weit standardisierte Zusammenfassung der wichtigsten Patientendaten gibt, erleichtert dieses zum Beispiel im Urlaub, eine Ordination aufzusuchen oder ein Medikament in einer Apotheke zu besorgen, ohne dass man an einer Sprachbarriere








Franz Leisch (li.) und Markus Wieser sehen ein großes Potential in der Digitalisierung des Gesundheitswesens, sofern diese die Bedürfnisse der Menschen unterstützt und absehbare Fehlentwicklungen vermieden werden.

Sie werden oft auf Termine in einigen Wochen vertröstet oder die Ordination nimmt überhaupt keine neuen Patientinnen und Patienten mehr an. Auch hier könnte man Kapazitäten digital besser managen.

**Ein Thema, das kontrovers diskutiert wird und teilweise auch Ängste in der Bevölkerung erzeugt, ist die Nutzung von Gesundheitsdaten für die Forschung und der dabei notwendige Schutz der Daten. Wo liegt die Grenze zwischen Vorteilen und berechtigtem Schutzbedürfnis?**

**WIESER:** Natürlich muss man den Datenschutz entsprechend hochhalten. Ärztinnen und Ärzte aber auch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sind heute in internationale Forschungsprogramme eingebunden, um neue Diagnosen und Therapien zu entwickeln. Mangels eigener Daten müssen wir in diesen Fällen oftmals auf internationale Werte zurückgreifen und versuchen, diese auf die heimischen Gegebenheiten umzumünzen. Das ist nicht nur aufwändig, sondern auch ungenau. Zudem lassen wir so auch ein beträchtliches Potenzial liegen. Überall dort, wo anonymisiert Daten zum Einsatz kommen, können sie zur Verbesserung des Gesundheitswesens und der Forschung beitragen – warum sollten wir das nicht tun?

**LEISCH:** Wenig bekannt ist, dass mit der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), die seit 2018 in Kraft ist, ein sogenanntes Forschungsprivileg eingeführt wurde. Es ist rechtlich sogar explizit erwünscht, dass Daten für Forschung und Entwicklung verwendet werden. Allerdings wird von diesem, gerade im Gesundheitswesen in Österreich kaum Gebrauch gemacht. Im Gegenteil, man verwendet die DSGVO als Argument, warum man keine Daten freigeben dürfe. Ähnlich wie beim Patient Summary, zeigt sich, dass die Initiative nicht aus Österreich selbst kommt, sondern durch die Institutionen der EU. Österreich hätte hier einigen Handlungsbedarf, allerdings vermisse ich in der aktuellen Gesundheitsreform diesbezügliche Schritte und konkrete Lösungsvorschläge. 



scheitert. Aber auch in Österreich erspart man sich künftig bei jedem neuen Kontakt mit einer Ärztin, einem Arzt alle wichtigen Parameter immer wieder neu erzählen zu müssen, denn diese stehen schon zur Verfügung.

**LEISCH:** Es gibt Studien, die klar belegen, dass ein „Patient Summary“ einen klinischen Vorteil bietet, wenn Ärztinnen und Ärzte auf so einen Notfalldatenpass zurückgreifen können. Denn dadurch können sie schneller und informierter handeln. Dreh und Angelpunkt einer solchen Zusammenfassung ist auch die entsprechende standardisierte Codierung der Einträge, insbesondere der Diagnosen. Damit ELGA dabei tatsächlich seine Vorteile ausspielen kann, ist es daher notwendig, dass auch der niedergelassene Bereich hier mitwirkt. Ich bin überzeugt, dass man das Thema Codierung im niedergelassenen Bereich durch patientenzentrierte Codierung mittels „Patient Summary“ lösen sollte. Ich stelle mir das vor, wie das Impfregeister, aber als Diagnoseregister inklusive Allergien.

**Ein Thema, das die Bevölkerung stark bemängelt, sind die oftmals sehr lange Wartezeiten im Gesundheitswesen. Kann die Digitalisierung auch bei diesem Thema unterstützen?**

**WIESER:** Bei allen Vorteilen, die die Digitalisierung bietet, müssen wir aufpassen, dass wir die Bevölkerung nicht ausschließlich in die virtuelle Welt abdrängen. Denn bereits jetzt haben wir das Problem, dass Menschen falsche Schlüsse und unqualifizierte Selbstdiagnosen anhand von Internetbeschreibungen stellen. Hingegen sind die Möglichkeiten der Telemedizin oder auch der Gesundheitshotline 1450 als Erstauskunft durchaus zu begrüßen. Denn hier gibt nicht eine Maschine eine standardisierte Auskunft, sondern es ist immer eine qualifizierte Person, die eine auf Basis strukturierter Fragen weiterhilft und daher auch abschätzen kann, in welchen Fällen eine weitere Abklärung durch Ärztinnen, Ärzte erfolgen sollte. Das kann tatsächlich zu einer Entlastung der Ordinationen und Spitalsambulanzen beitragen. In engem Zusammenhang mit den Wartezeiten steht auch das Angebot. Denn unsere Spitalsambulanzen sind zu einem Großteil auch deshalb

**Überall dort, wo anonymisiert Daten zum Einsatz kommen, können sie zur Verbesserung des Gesundheitswesens und der Forschung beitragen – warum sollten wir das nicht tun?**

Markus Wieser, Präsident der AK Niederösterreich

überlaufen, weil entsprechende wohnortnahe Versorgungsmöglichkeiten im niedergelassenen Bereich fehlen. Allein in Niederösterreich sind rund 40 Kassenstellen unbesetzt – diese Kapazitäten fehlen und erhöhen dadurch die Frequenz in den übrigen Ordinationen. Wir müssen in der Versorgung im niedergelassenen Bereich generell breiter denken und mit Kompetenzzentren und PVE das Angebot und die Betreuung erweitern. Ganz besonders betrifft dies den Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde. Ich denke, mit einer guten und bedarfsorientierten Kombination all dieser Möglichkeiten, sollte es uns gelingen, die Wartezeiten deutlich zu reduzieren.

**LEISCH:** Beim Thema der Wartezeiten versucht die Regierung derzeit mit Digitalisierung tätig zu werden. Wie bereits erwähnt, soll die Gesundheitshotline 1450 weiter ausgebaut werden – gerade, wenn es sich um keine schwere Erkrankung handelt. Mit Technologie und durchaus auch mit künstlicher Intelligenz, kann man ein besseres Ressourcenmanagement schaffen. Denn dadurch könnte man beispielsweise transparent machen, welche Gesundheitseinrichtungen noch freie Kapazitäten haben. Ein praktisches Beispiel diesbezüglich ist die in Wien eingeführte App, die anzeigt, welche Apotheke aktuell einen Bestand eines bestimmten Medikaments vorrätig hat. Das erspart Patientinnen und Patienten den bisher unvermeidlichen Weg, sämtliche Apotheken abklappern zu müssen, um an ihr Medikament zu kommen. Derzeit müssen Patientinnen und Patienten oft viele Ordinationen kontaktieren, um einen Termin für eine spezielle Untersuchung zu bekommen.



# Lungengesundheit muss Vorrang haben

Expertinnen und Experten sind sich einig, dass eine **LUNGENKREBSFRÜHERKENNUNG NICHT NUR PERSÖNLICHES LEID SPART, SONDERN AUCH VOLKSWIRTSCHAFTLICHE KOSTEN REDUZIERT**. Über die konkreten Rahmenbedingungen wurde kürzlich in Wien diskutiert. Fazit: Wenn ausreichend Daten zusammengestellt werden, scheint der Weg – zumindest für einen Piloten – geebnet. | von Mag. Renate Haiden, MSc

**L**ungenkrebs ist nicht nur eine der häufigsten Krebsarten, sondern auch jene mit der höchsten Mortalitätsrate. In Österreich werden jährlich rund 5.000 Neuerkrankungen und rund 4.000 Todesfälle registriert. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind die Zahlen deutlich angestiegen. „Das sind die Nachwehen des hohen Tabakkonsums aus den 60er- und 70er-Jahren, denn der Risikofaktor Nummer 1 für die Entstehung von Lungenkrebs ist das Rauchen, auch wenn bestimmte genetische Veranlagungen eine Rolle spielen können“, sagt Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour, Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie und Intensivmedizin, Vorstand der Abteilung für Innere Medizin und Pneumologie an der Klinik Floridsdorf und Leiter des Karl-Landsteiner-Instituts für Lungenforschung und Pneumologische Onkologie. Er hat mit einer Reihe von Expertinnen und Experten im Rahmen eines Gipfelgesprächs zur Lungengesundheit, das kürzlich in Wien stattgefunden hat, diskutiert, welche Rahmenbedingungen für ein passendes Vorsorgeprogramm erforderlich wären.

## Zufallsbefunde sind häufig

Die Überlebenschancen nach der Diagnose Lungenkrebs sind verglichen mit anderen onkologischen Erkrankungen extrem gering: „Während etwa 80 Prozent aller Betroffenen Brustkrebs überleben, sind es bei Lungenkrebs 80 Prozent, die fünf Jahre nach der Diagnose nicht mehr am Leben sind“, gibt Valipour Einblick und erklärt die Hintergründe: „Betroffene haben selten Beschwerden, die sie zum Ordinationsbesuch veranlassen. Die Lunge ist kein besonders schmerzintensives Organ und Husten wird bei bestimmten Vorerkrankungen oder eine Raucherkarriere als normal empfunden. Wenn Betroffene dann doch beim Hausarzt oder dem Lungenfacharzt ankommen, sind nach einem Röntgen oder CT-Zufallsbefunde häufig.“ Auf der Zeitachse von der Diagnose bis zur Therapie treten nach Ansicht des Pneumologen keine Verzögerungen auf. Sobald Rundherde festgestellt sind, erfolgt die Zuweisung in eine Spitalsambulanz, die weitere diagnostische Abklärung und die Einleitung der Therapie. Die Behandlung des Lungenkarzinoms im Zeitalter der multimodalen Therapie ist eine wirkungsvolle Kombination aus Chirurgie, Chemotherapie, Radioonkologie, zielgerichteter Therapie und oder Immuntherapie. Gerade Letztere sind zwar häufig teuer, jedoch konnten in den letzten Jahren dadurch erfolgreiche Ergebnisse erzielt werden. „Insgesamt haben sich durch die multimodalen Therapien die Überlebenschancen auch in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung deutlich verbessert“, weiß der Pneumologe. Ohne Therapie kann man davon ausgehen, dass die Überlebenschancen innerhalb von fünf Jahren nach Diagnosestellung unter 10 Prozent zu liegen kommt.

**Während etwa 80 Prozent aller Betroffenen Brustkrebs überleben, sind es bei Lungenkrebs 80 Prozent, die fünf Jahre nach der Diagnose nicht mehr am Leben sind.**

Arschang Valipour

## Internationale Daten erfolgversprechend

Im Hinblick auf die Erstdiagnose Lungenkrebs kann Valipour auf eine Reihe aktueller Daten aus dem Lungenkrebszentrum der Klinik Floridsdorf verweisen: „Betrachtet man die Altersverteilung, so sind viele Betroffene noch in einem erwerbsfähigen Alter. Das hat unter anderem auch damit zu tun, dass Zufallsbefunde häufiger werden, denn Menschen gehen heutzutage viel häufiger zu einem Röntgen oder CT, als das noch vor 15 Jahren der Fall war.“ Diese positive Entwicklung darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass immer noch rund die Hälfte aller Erkrankungen erst in einem Stadium 4 festgestellt werden und dann meist nicht kurativ behandelbar sind. Das Ziel einer Lungenkrebsfrüherkennung muss daher sein, in einem möglichst frühen Stadium die Erkrankung bei Hochrisikogruppen zu identifizieren und damit höhere Heilungschancen zu erreichen. Damit können die Menschen länger im Erwerbsfähigkeit erhalten bleiben, auch die Raucherentwöhnung kann in einem solchen Rahmen mehr Erfolge erzielen. Die Früherkennung hat zudem den Vorteil, dass auch schon rechtzeitig pulmonale und kardiovaskuläre Komorbiditäten detektiert werden und kostenintensive Therapien in einem Spätstadium vermieden werden. Während erfolgreiche Screeningprogramme meist eine bestimmte Altersgruppe im Fokus haben, muss die Lungenkrebsfrüherkennung einen anderen Weg gehen: Neben dem Alter spielt vor allem die Raucherkarriere eine entscheidende Rolle. Den Mehrwert eines Früherkennungsprogrammes bestätigen Metaanalysen aber auf jeden Fall.<sup>1</sup> „Im Schnitt kommt es zu einer Reduktion der Lungenkrebsmortalität um 22 Prozent, ohne dass dabei das Follow-up berücksichtigt ist. Zudem ist in diesen älteren Analysen und Metaanalysen die gestiegene Bedeutung moderner CT-Untersuchungen sowie detektierter Komorbiditäten noch nicht einkalkuliert, so dass der Benefit noch größer ist als berechnet“, erklärt Valipour und macht noch einmal das Ziel deutlich: „Wir müssen es schaffen, Erkrankungen früher zu diagnostizieren, und dazu braucht es strukturierte Programme zur Lungenkrebsfrüherkennung.“ Daten aus England oder Taiwan unterstreichen diese Forderung. Hier führt die Lungenkrebsfrüherkennung zu einem klaren Stage Shift: Während ohne Programme rund 80 Prozent erst in einem fortgeschrittenen



Die Presse, Erscheinungstermin 22. März 2024

Stadium 3 oder 4 erkannt werden, so sind es mit der passenden Früherkennung vorwiegend Betroffene im Stadium 1<sup>2,3</sup>. „Auch die Kosteneffizienz von Lungenkrebsfrüherkennung im Gegensatz zu einer Therapie im Spätstadium bringt überzeugende Daten: Während sich etwa in Großbritannien die Vorsorge mit 8.500 GBP pro qualitätskorrigiertem Lebensjahr, dem QUALY, zu Buche schlägt, liegen die Kosten für personalisierte Therapeutika bei 41.000 GBP pro QUALY. In den USA ist das Verhältnis 19.000 USD zu 231.000 USD“, rechnet der Experte vor und ergänzt die Erkenntnisse aus den Studien und den Pilotprogrammen: „Die Hauptkosten entstehen im Screening selbst, das heißt, bei der Indikationsstellung, der CT-Untersuchung und der Raucherentwöhnung. Die Erfolgsquote steigt, wenn die Vorsorge mit Unterstützung zur Raucherentwöhnung kombiniert, auf hohe Qualität der Radiologiebefundung geachtet wird und im multidisziplinären Team gearbeitet wird.“ In den USA wird die Lungenkrebsfrüherkennung seit 2013 empfohlen und seit 2016 auch erstattet. Die Zahl der Todesfälle konnte im Schnitt um 10.000 Fälle pro Jahr reduziert werden.

## Von Vorbildern lernen

In den letzten sechs Jahren haben einige Länder in Europa Pilotprogramme zur Früherkennung von Lungenkrebs implementiert, wie etwa Großbritannien, Spanien, Italien oder Deutschland. Die wissenschaftliche Evidenz ist aus den zahlreichen Best-Practice-Modellen gesichert und der Shift zu früheren Stadien zeigt ein besseres Langzeitüberleben, mehr QUALYs und weniger Therapiekosten im späten Stadium. „Wir können hier schon auf viel Vorarbeit aufbauen und aus den Best-Practice-Modellen lernen“, bringt Valipour die Vorteile der risikobasierten Früherkennung auf den Punkt.



Wenn wir von Früherkennung sprechen, muss uns klar sein, dass wir zugleich von Frühtherapie sprechen.

Durch gezielte minimal-invasive Interventionen kann Leid vermindert aber auch Sparpotenziale gehoben werden.

**Wilhelm Marhold, PRAEVENIRE-Experte**



## Wir müssen einerseits früh informieren, andererseits dürfen wir damit aber nicht die Pferde scheu machen.

Gundula Koblmiller

Schließt man in Österreich alle über 55-jährigen Raucherinnen und Raucher, die über 20 Jahre lang mehr als ein Päckchen Zigaretten pro Tag rauchen, ein, so wären von etwa 350.000 Personen auszugehen, die für ein derartiges Programm grundsätzlich infrage kommen. Der konkrete Einschluss einer Zielgruppe für ein Lungenfrüherkennungsprogramm wirft noch offene Fragen auf. „Nichtrauchende auszuschließen ist schwer zu argumentieren und fördert Ungerechtigkeiten, da auch Passivrauch sowie bestimmte Vorerkrankungen zu Lungenkrebs führen können“, betont Ao. Univ.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Helmut Prosch, stellvertretender Abteilungsleiter, Klinische Abteilung für Allgemeine Radiologie und Kinderradiologie, Medizinische Universität Wien. Er verweist auf Erfahrungen, dass die Zahl der tatsächlichen Teilnehmenden am Programm ohnehin geringer wäre als die potenziell identifizierte Gruppe. „Nichtsdestotrotz gilt es dort zu starten, wo es Sinn macht und auch der größte Nutzen entsteht“, so Prosch. OA Priv. Doz.-Dr. Stefan Watzka, BA, FACS, interimistischer Leiter der Abteilung für Thoraxchirurgie an der Klinik Floridsdorf, plädiert ebenfalls für einen breiten Einschluss von Patientinnen und Patienten: „Wir dürfen uns nicht von Anfang an auf Raucher limitieren. Ein Projekt in einer begrenzten Pilotregion, etwa ein Bezirk in Wien, könnte mehr Orientierung geben, welche Rahmenbedingungen erforderlich sind.“ PRAEVENIRE-Experte Dr. Wilhelm Marhold verweist einmal mehr die Erfahrungen aus anderen Ländern und rät, sich nicht mit bereits geführten Diskussionen aufzuhalten. Zudem

Teilnehmende der Diskussionsrunde v.l.n.r.: Andreas Huss, Helmut Prosch, Clemens Aigner, Gundula Koblmiller, Stefan Watzka, Arschang Valipour, Walter Klepetko, Wilhelm Marhold (kleines Bild).



weist er auf die Multidisziplinarität hin: „Es hilft nichts, wenn wir Tumore frühzeitig erkennen, wenn wir dann keine chirurgischen Kapazitäten haben, um sie auch zeitnah zu entfernen.“ Univ.-Prof. Dr. Clemens Aigner, MBA, FETCS, Leiter der Universitätsklinik für Thoraxchirurgie an der Medizinischen Universität Wien, verweist auf das Untersuchungsintervall „Es gibt noch keine Evidenz, ob ein oder zwei Jahre das passende Intervall sind. Zu Beginn wäre sicher ein einjähriges Intervall sinnvoll. Erreicht man die gesamte Population der Risikopersonen, so wären das in einer ersten Untersuchungsrunde etwa 11.000 Betroffene, die dann auch in vernünftigen Strukturen weiterbehandelt werden müssten“, berechnet Aigner. Besonders großen Wert legt der Thoraxchirurg auf eine verantwortungsvolle Abklärung: „Mit vielen falsch positiven Befunden ist niemandem geholfen.“

### Bevölkerung motivieren

Die hohe Zahl der Zufallsbefunde bringen Univ.-Prof. Dr. Walter Klepetko, ehemaliger Leiter der Universitätsklinik für Thoraxchirurgie an der Medizinischen Universität Wien, zu der Forderung, eine breitere Population einzuschließen: „Der Nutzen ist hoch und wir verhindern die Stigmatisierung der Rauchenden.“ Insgesamt, so resümiert der Mediziner, müssen drei zentrale Fragen geklärt werden: „Die Finanzierung, die Durchführungsmodalitäten und die Motivation der Bevölkerung.“ Wesentlich ist für ihn die Qualitätssicherung und damit die Durchführung der Untersuchungen in zertifizierten Zentren, denn: „Jeder falsch negative Befund führt zu unnötigem Mehraufwand.“ Motivierend zur Teilnahme könnte die Reduktion von Versicherungskosten sein und damit Bevölkerungsschichten mit niedrigem Einkommen und hoher Disposition für das Rauchen ansprechen. Patientinvertreterin Gundula Koblmiller, MSc, von der Österreichischen Lungenunion hat dazu bereits Erfahrung gesammelt: „Patientinnen

und Patienten wollen früher informiert werden, gleichzeitig wollen wir auch nicht dazu beitragen, Menschen zu beunruhigen. Aktuell fehlt es noch an einer klaren Struktur für die Patiententournee.“ Ihr Wunsch wäre es auch, ein größeres Patientengut einzuschließen, um Nebenbefunde zu erheben. Motivation genug sieht die Patientinvertreterin im Benefit für den Einzelnen: „Wenn wir es schaffen, die 5-Jahres-Überlebenschance von 20 auf 80 Prozent zu heben, sollte das genug Motivation sein.“ Einig sind sich die Expertinnen und Experten über die wesentlichen Eckpunkte eines Lungenkrebsfrüherkennungsprogramms: Es braucht klare Einschlusskriterien für die Zielgruppe, zertifizierte Zentren für die Durchführung und standardisierte Behandlungspfade entlang der Patiententournee, die von einem multidisziplinären Team begleitet werden. Sind diese Rahmenbedingungen geklärt, kann eine klare Kosten-Nutzen-Rechnung aufgestellt werden, die sich auch Andreas Huss, MBA, Obmann-Stellvertreter der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), wünscht: „Wir als Versicherer stehen hinter jeden sinnvollen Vorsorgemaßnahmen. Aus anderen Programmen wissen wir auch um die Einsparpotenziale Bescheid. Unsere Aufgabe ist es aber auch, die Ressourcen im Auge zu haben.“ Und hier sieht der ÖGK-Obmann derzeit vor allem freie Großgeräte-Kapazitäten in den Spitälern, jedoch bei weitgehend fehlenden Personalressourcen. Somit wäre eine Implementierung einer Lungenkrebsfrüherkennung im extramuralen Bereich zu wünschen, mit gezielten Zuweisungsmodalitäten in den intramuralen Bereich bei abklärungswürdigen Befunden. **P**

### Quellen:

- <sup>1</sup> Sadate et al, Eur J Cancer. 2020 Jul; 134:107-114
- <sup>2</sup> Balata et al, Lung Cancer 161: 136-140. 2021
- <sup>3</sup> Yang CY, J Thorac Oncol 2023



# Brauchen wir einen Führerschein für unsere Gesundheit?

Unter dem Titel „DIGITALER GESUNDHEITSFÜHRERSCHEIN – SOLLTE JEDER AB 14 JAHRE EINE ENTSPRECHENDE AUSBILDUNG MACHEN?“ fand ein PRAEVENIRE Gipfelgespräch im Rahmen der 10. Gesundheitsgespräche in Alpbach statt. Namhafte Expertinnen und Experten folgten der Einladung nach Tirol. | Mag. Dora Gamper

Unter der Ägide von zwei Digital-Health-Experten, PRAEVENIRE CDO Dr. Franz Leisch und Prof. Dr. Reinhard Riedl von der Berner Fachhochschule, wurde das Thema „digitale Alphabetisierung“ der Bevölkerung ab frühester Jugend thematisiert. Je eher Menschen an ein Bewusstsein für Gesundheitsthemen und den Gedanken der Prävention herangeführt werden, umso eher sei eine Selbstverwaltung der eigenen Gesundheit auch mit digitalen Systemen, z. B. Apps, sinnvoll und möglich – so der Grundgedanke. Die Patientenkompetenz ist für das Gesundheitswesen der Zukunft ein wichtiger Aspekt. Digitale Gesundheitskompetenz bedeutet nicht nur, digitale Angebote nutzen zu können, sondern auch zu wissen, wie man sie kritisch bewertet und sicher anwendet. Informations- und Bildungsangebote für Patientinnen und Patienten könnten hier einen wesentlichen Beitrag leisten.

## Größtes Gesundheitsrisiko Armut

Reinhard Riedl fasste das Problem eingangs knapp zusammen: „Große Teile der Bevölkerung wissen relativ wenig über Gesundheit. Selbst bei Menschen mit mittlerer und höherer Bildung sei die Gesundheitskompetenz erschreckend niedrig“, konstatierte Riedl. Eine neue Studie habe gezeigt, dass innerhalb von zwei Jahren ein Drittel der Diabetes-Patientinnen und -Patienten die Therapie abbrechen. Es gehe aber nicht nur um die Adhärenz, son-

dern auch um den Zugang zu Versorgungsleistungen. Einer der Gründe, warum das größte statistische Gesundheitsrisiko Armut ist, sei eben auch, dass diese Personen Schwierigkeiten haben, im System die Versorgungsleistungen zu finden, die sie benötigen.

## Vier Säulen der Gesundheitskompetenz

Riedl fokussierte in seiner Keynote auf vier wichtige Aspekte: erstens das Wissen über gesundheitsfördernde und gesundheitsschädliche Praktiken im Alltag, idealerweise altersbezogen, risikofaktorenbezogen und kontextbezogen. Zweitens das Wissen über das System und die Praktiken in der Versorgung, das heißt, wie bekomme ich Zugang zu Leistungen und wie kommuniziere ich idealerweise richtig mit den Akteuren. Drittens das Wissen über digitale Gesundheitsressourcen, wie kann ich digitale Ressourcen wie Gesundheitsapps und Selbstvermessung vernünftig nutzen und wiederum, wie kommuniziere ich dann mit den

**Große Teile der Bevölkerung wissen relativ wenig über Gesundheit. Selbst bei Menschen mit mittlerer und höherer Bildung ist die Gesundheitskompetenz erschreckend niedrig.**

Reinhard Riedl

Versorgerinnen und Versorgern, den Ärztinnen und Ärzten darüber, was ich mit meinen Apps tue. Der vierte und wichtigste Aspekt sei das Wissen über das Gesundheitssystem als Ganzes und wie es funktioniert. „Wir haben in der Pandemie erlebt, dass die Menschen nicht verstehen, wie Wissenschaft funktioniert“, schloss Riedl.

## Computerführerschein als Modellgeber

Riedl formulierte ein Lösungsbeispiel aus der digitalen Welt als Gedankenanstrengung, und zwar den Computerführerschein. Früher ECDL, mittlerweile ICDL, wird dieser primär an 12- bis 14-Jährige vergeben. Die Prüfung wird über verschiedene Module abgelegt, die man selbst zusammenstellen kann. Es gibt Basismodule und fortgeschrittene Module, wobei Basismodule die wichtigsten Werkzeuge beinhalten. Man muss ein Minimum an Modulen erreichen, um den Computerführerschein zu erwerben. Dieser Computerführerschein hat in Europa eine hohe Akzeptanz, wobei Österreich eines der eher erfolgreichsten Länder ist. Der ICDL steht außerhalb des regulären Schulbetriebs, wird aber von den Schulen unterstützt. Das heißt, die Lehrer bereiten darauf vor und die Prüfungen werden zum Teil in den Schulen durchgeführt. Riedl formulierte seine Idee so: „Man könnte ein Health-Literacy-Zertifikat schaffen mit der Idee, jenes Gesundheitswissen, das für mein Alter relevant ist, zu erwerben und darüber eine Prüfung abzulegen.“ Dies müsste mit bestimmten Incentives verbunden sein.

## Anwenderkompetenz fördern

DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche, ehem. Leiterin der AGES-Medizinmarktaufsicht bekräftigte die Sinnhaftigkeit der Idee, dieses Health Literacy Certificate einzuführen. Sie sieht für digitale Gesundheitsanwendungen im Allgemeinen ein Training aller Anwenderinnen und Anwender als essenziell: „Ich war in viele Diskussionen über die Zertifizierung der digitalen Gesundheitsanwendungen (DIGA) involviert. Aber was nützt eine zertifizierte DIGA, wenn ich als Anwender nicht weiß, wie ich sie richtig verwende?“

Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich, Arbeiterkammer Niederösterreich, findet die Idee des Gesundheitsführerscheins ebenfalls bestechend. Er vermisst eine niederschwellige strukturelle Hilfestellung für den Zugang zu Gesundheitsleistungen – mit einem nachteiligen Effekt: „Im Zweifel geht man wegen banaler Geschichten ins nächst-



Reinhard Riedl von der Berner Fachhochschule präsentierte die Idee des Gesundheitsführerscheins.



## Der Gesundheitsführerschein für junge Menschen könnte ein Hebel in jene Schichten hinein sein, die keine digitale Literacy haben, die wir aber auch erreichen wollen.

Ernest G. Pichlbauer

gelegene Krankenhaus, denn das sieht man von Weitem und da ist immer offen.“ Rupp warnte jedoch vor einer „falschen Erwartungshaltung“ im Hinblick auf die digitalen Möglichkeiten: „Einen Multiple-Choice-Test durchzuklicken, wird zu wenig sein. Die Menschen müssen tatsächlich ein Verständnis erwerben über ihren Körper, die Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Ernährung und Bewegung. Und sie brauchen auch strukturelles Wissen darüber, was im Ernstfall zu tun ist.“ Rupp betonte, dass die vier von Reinhard Riedl umrissenen Aspekte tatsächlich umzusetzen seien.

### Richtig von Falsch unterscheiden

Ein weiteres schwieriges Thema im Kontext des Digitalen sei die Kompetenz, wirklich erkennen zu können, was eine gute Gesundheitsinformation aus dem Internet ist, so Rupp. Es gäbe zwar verschiedenste Qualitätszertifikate, die aber zum Teil irreführend seien oder Menschen nicht helfen können. Manche Fehlinformationen im Internet seien „so perfide aufbereitet, dass man die falsche Information nicht erkennen kann.“ In einer Zeit, wo man im digitalen Bereich nicht mehr Richtiges vom Falschen unterscheiden könne, müsse man eine Form finden, den Menschen Sicherheit zu bieten. Offizielle Gesundheitsinformationen wie zum Beispiel auf [gesundheit.gv.at](http://gesundheit.gv.at) müssten sprachlich so zur Verfügung werden, dass Barrierefreiheit gewährleistet sei.

Mag. Sabine Röhrenbacher, Leitung Kommunikation beim Bundesverband Selbsthilfe Österreich (BVSHOE), steht der Idee sehr positiv gegenüber: „Es ist geradezu revolutionär, wenn ein Gesundheitskompetenzzertifikat über das gesamte Leben eingeführt wird, also die Menschen in allen Altersstufen und Lebenslängen wirklich begleitet.“ Sie sieht eine Lücke im System: „Wir haben den Mutter-Kind-Pass, wir haben die Idee des Best-Agers-Bonus-Passes, aber dazwischen fehlt uns etwas.“ Röhrenbacher stellte jedoch die „großen Fragezeichen“ in den Raum: Was passiert, wenn man das Zertifikat nicht macht oder wenn man es nicht schafft? Gibt es Bedingungen, die daran geknüpft sind? Denn Begriffe wie Zertifikat und Führerschein implizieren ja eine Qualifikation, ohne die beispielsweise das Lenken eines bestimmten Fahrzeugs nicht erlaubt sei. Sie findet es wichtig, laufend neue Erkenntnisse und die demografischen Änderungen in das System einfließen zu lassen. Man müsse mit den Kindern anfangen und

Die Teilnehmenden beim Gipfelgespräch „Digitaler Gesundheitsführerschein“ (1. Reihe, v. l.): Gabriele Jaksch, Christa Wirthumer-Hoche, Herwig Loidl (2. Reihe, v. l.): Reinhard Riedl, Franz Leisch, Sabine Röhrenbacher, Josef Zellhofer, Bernhard Rupp, Mona Dür, Ernest Pichlbauer

sie daran gewöhnen, mit bestimmten Tools zu arbeiten, sie im Alltag zu verwenden und damit weiterzulernen. Das wäre ein Multiplikator in die Fläche, zeigte sich Röhrenbacher überzeugt.

### Wissen niederschwellig erwerben

Gesundheitsökonom Dr. Ernest G. Pichlbauer sieht einen Gesundheitsführerschein für junge Menschen als „Hebel in jene Schichten hinein, die keine digitale Literacy haben, die wir aber auch erreichen wollen.“ Es sei überlebenswichtig für das Gesundheitssystem, dass die jetzigen 60-Jährigen „Babyboomer“ in die Health Literacy kommen: „Hier müssen wir schauen, dass sie aus eigenem Antrieb möglichst gesund bleiben, sonst wird das unser System ruinieren.“ Wenn die Enkel nun praktisch als Hebel funktionieren könnten, um die ältere Generation in diesem Bereich zu schulen, könnte der Zusammenbruch des Systems vielleicht abgewendet werden. Es gehe darum, jene Menschen zu erreichen, „die nie eine Compliance entwickeln werden“, so Pichlbauer.

Mag. Herwig Loidl, MBA MSc, Leiter Arbeitskreis e-health, Fachverband UBIT der WKÖ, sieht den Ansatz einer Prüfungssituation kritisch: „Wir müssen Projekte an die Kinder heranbringen. Lebbare Gesundheit machen, nicht prüfbare Gesundheit, sondern lebbares Verständnis.“ In Hinblick auf die Professionistinnen und Professionisten werde die Digitalisierung in der Medizin in den nächsten zwei, drei Jahren einen extremen Schub haben. Diagnostik werde in der Zukunft anders funktionieren, und zwar „nicht in zehn, 15 Jahren, sondern in den nächsten zwei, drei Jahren. Wenn wir da nicht die Bildung schaffen bei den Zielgruppen, den Ärzten, Ärztinnen, Therapeutinnen, Therapeuten, in der Pflege und in der Altersgruppe 50 plus, dann haben wir ein Problem.“

### Mit kleinen Schritten beginnen


Mag. Gabriele Jaksch, Präsidentin von MTD-Austria, fasste aus den sieben von ihr vertretenen Gesundheitsberufen einen exemplarisch heraus: „Gesundheitskompetenz hat viel mit den grundlegenden Fertigkeiten der Sprache zu tun. Sprechfertigkeit, Sprachverständnis, Lese-, Sinnverständnis usw. sind dafür Voraussetzungen. Die Logopädie spielt hier eine wichtige Rolle. Ein gesicherter und gesunder Spracherwerb ist die Basis für die auf der gesprochenen Sprache aufbauenden Fertigkeiten wie Lesen, Schreiben, mathe-

matische Kompetenz usw.“ In diesem Sinne sei die Einbindung der Gesundheitsberufe in ein Schulprojekt, wie den Gesundheitsführerschein, sinnvoll.

Prof. PhD Mona Dür, MSc, Geschäftsführerin bei Duervation, sieht die Idee zwiespältig: „Ich glaube, Digitalisierung ist eigentlich eine Querschnittsthematik der Gesundheitskompetenz, die mitgenommen werden kann, die aber vielleicht nicht der zentrale Fokus sein sollte.“ Sie zeigt sich von der Nachhaltigkeit von Prüfungen nicht überzeugt und plädiert eher für einen Projektcharakter der Health Literacy. Ebenso wünscht sie sich, „ein Zertifikat, Verfahren oder Indikatoren zu entwickeln, wo man herausfinden kann, welche Zuverlässigkeit und Qualität die Information über Gesundheit hat, die ich hier gerade vorfinde.“

### Aufholbedarf auch beim Gesundheitspersonal

Josef Zellhofer, Bundesvorsitzender des ÖGB, zeigte sich ernüchtert: „Projekte sind recht schön und gut. Ich arbeite, ich lebe seit 30 Jahren in Projekten.“ Doch habe man mit keinem einzigen Projekt bisher diejenigen erreicht, um die es eigentlich gehe. Selbst Jungärztinnen und -ärzte hätten von der gegebenen Problematik wenig Ahnung. Als konkrete Maßnahme bot Zellhofer an, das Anliegen österreichweit im Fachausschuss anzusprechen und auch in die Gesundheitsförderung der AK zu integrieren.

Franz Leisch fasste zusammen, dass es nicht eine einzelne Maßnahme gibt, die von den Expertinnen und Experten empfohlen wird, sondern viele Einzelmaßnahmen, die sich zu einem großen Ganzen vereinen – angefangen von dem genannten Gesundheitsführerschein an den Schulen über digitale Maßnahmen, Stärkung der Gesundheitskompetenz auf allen Ebenen bis zu ganz simplen, barrierefreien Maßnahmen wie das Bewerben der Gesundheitshotline 1450 über Info-Screens in Supermärkten und öffentlichen Verkehrsmitteln. Dieser Maßnahmenmix sollte sich über alle Lebensalter erstrecken vom Schulprojekt bis zu Veranstaltungen in Seniorenclubs. „Rein digitale Kompetenzen bringen im Gesundheitsbereich nichts, die gesamte Gesundheitskompetenz muss gefördert werden. Und zwar nicht nur bei der normalen Bevölkerung, sondern auch beim Gesundheitspersonal. Selbst Ärztinnen und Ärzte haben bei vielen Themen Aufholbedarf“, schloss Leisch. 





PORTFOLIO



# Die Diabetesversorgung weiter verbessern

Fast zehn Prozent der österreichischen Bevölkerung leidet bereits heute unter Diabetes mellitus Typ 2. Hinzu kommen Schätzungen zufolge noch rund 350.000 Menschen mit Prädiabetes. Trotz dieser **ALARMIERENDEN ZAHLEN BLEIBT DIE VERSORGUNG IN ÖSTERREICH WEIT HINTER DEN EXPERTEN-EMPFEHLUNGEN** der Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG) zurück. PERISKOP sprach mit dem neuen Vorstandsteam, Präsident Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching, MBA und der Ersten Sekretärin der ÖDG Priv.-Doz. Dr. Gersina Rega-Kaun, welche Schritte zur Verbesserung der Versorgungslage gesetzt werden müssen. | von Rainald Edel, MBA

**D**ie Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG) ist die ärztlich-wissenschaftliche Fachgesellschaft der österreichischen Diabetes-Experteninnen und Experten. Als assoziierte Mitglieder sind zudem Diabetesberaterinnen, Diabetesberater sowie Diätologinnen und Diätologen vertreten. Sie setzt sich für die Anliegen von Menschen mit Diabetes mellitus mit dem Ziel ein, die Gesundheit und Lebensqualität von Betroffenen zu verbessern. Dazu fordert und fördert sie die stetige Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus. Darüber hinaus unterstützt die ÖDG die Forschung und verbreitet wissenschaftliche Erkenntnisse aller den Diabetes berührenden Fachgebiete sowohl zur Verbesserung der medizinischen Betreuung als auch zur bestmöglichen Vorbeugung von Neuerkrankungen.

Peter Fasching leitet die 5. Medizinische Abteilung mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie am Klinikum Ottakring und wurde Ende 2023 zum Präsidenten der Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG) gewählt.

**PERISKOP: Sie wurden Ende 2023 beide als Präsident bzw. Erste Sekretärin in den Vorstand der ÖDG gewählt. Welche Ziele haben Sie sich für die zwei Jahre dauernde Amtsperiode gesteckt?**

**FASCHING:** Wir haben uns drei große Ziele gesetzt: Erstens die Betreuung und Versorgung von Menschen mit Diabetes in Österreich weiter zu verbessern, wobei da die Weiterentwicklung des Disease Management Programms „Therapie Aktiv“ eine zentrale Rolle spielt. Zweitens wollen wir, speziell im niedergelassenen Bereich, die Therapiemöglichkeiten insofern aufwerten, als spezifische diabetische Leistungen auch kassenrefundierbar gemacht werden, damit Ärztinnen und Ärzte mit der entsprechenden Qualifikation diese Leistungen auch abrechnen können. Denn, so zeigt die Erfahrung, finden sie nicht statt. Und drittens versuchen wir diese Aktivitäten mit Medienarbeit und Öffentlichkeitsarbeit zu begleiten.

**REGA-KAUN:** Um flächendeckend die Versorgung von Menschen mit Diabetes oder Prädiabetes zu verbessern, ist es uns ein wichtiges Anliegen, den Zugang zur diätologischen Beratung

niederschwelliger zu machen. Diese Leistung sollte im gesamten niedergelassenen Bereich und nicht nur in Spitalsambulanzen, spezialisierten Zentren und PVEs erstattbar sein.

**Wie sehen Sie die derzeitige Versorgung von Menschen mit Diabetes intra- und extramural? Welche Schwachstellen gilt es dabei vorrangig zu beheben?**

**FASCHING:** Die wohnortnahe Versorgung durch den niedergelassenen Bereich könnte viel mehr Leistungen übernehmen als derzeit in Österreich üblich sind. Schätzungen gehen von 80 bis 90 Prozent aus. Davon sind wir in Österreich noch meilenweit entfernt. Stattdessen werden diese Leistungen in den Spitälern erbracht mit dem Nachteil, dass dies dort die Ressourcen übermäßig beansprucht. Klarerweise braucht es auch die Versorgung im Krankenhaus beispielsweise, wenn Menschen in einem fortgeschrittenen Stadium metabolisch entgleist sind, in ein diabetisches Koma gefallen sind oder wenn Spätkomplikationen dazukommen wie Nierenversagen oder ein diabetischer Fuß.

Um die Versorgung zu verbessern, braucht

**Die wohnortnahe Versorgung durch einen gut geschulten niedergelassenen Bereich könnte über 80 Prozent der Leistungen übernehmen, die derzeit von den Spitälern und Ambulanzen erbracht werden.**

Peter Fasching

es zwei Schritte. Zum einen müssen wir uns bemühen, diese Komplikationen möglichst zu verhindern. Das kann aber nur gelingen, wenn der extramurale Bereich leistungsfähiger wird und auch komplexere Therapiemöglichkeiten anbieten kann. Zum anderen müssen wir aber schon darauf achten, dass die jeweiligen Abteilungen Spezialambulanzen führen. Denn dies dient auch dazu, die Ausbildung

zukünftiger Diabetologinnen und Diabetologen zu gewährleisten. Was passiert, wenn man ambulant und stationär völlig trennt und auch spezialisierte Krankenhausabteilungen keinerlei Ambulanzpatienten mehr führen, kann man als Negativbeispiel in Deutschland sehen. Denn es zeigt sich, dass dadurch die Gesamtversorgungskette schlechter und die ärztliche Ausbildung ungünstig beeinflusst wird.

**REGA-KAUN:** Die Entlastung der Spitalsambulanzen führt zu mehr Kapazitäten für Spezialfälle. Die Eröffnung von Kompetenzzentren wie das neue Diabeteszentrum Wienerberg ist in Wien ein Schritt in die richtige Richtung.

**Mit dem Diabeteszentrum in Wien Favoriten wurde das erste extramurale Kompetenzzentrum geschaffen. Wie viele solche Einrichtungen bräuchte es für eine gute flächendeckende Versorgung oder muss man in dünner besiedelten Gebieten andere Versorgungsformen finden?**

**FASCHING:** Da muss man zwischen dem urbanen Bereich und der ländlich dezentralen Besiedelung unterscheiden. Denn Diabetesversorgungszentren, wie es in Favoriten bereits realisiert wurde und dem in Wien und anderen Regionen noch weitere folgen sollen, funktionieren bei entsprechender Ausstattung im städtischen Bereich. Sie sind aber kein Versorgungsmodell für ganz Österreich, wie es der Obmann-Stellvertreter der ÖGK, Andreas Huss, vorschlägt. Also man muss schon schauen, wo braucht man was und wie kann man das realisieren.

**REGA-KAUN:** Zusätzlich sollte man überlegen, wie bestimmte Strukturen, die es in den Spezialzentren gibt, auch im intramuralen und niedergelassenen Bereich geschaffen werden könnten – beispielsweise mit den Psychologinnen und Psychologen. Ich finde, dass die psychologische Begleitung von Menschen mit Diabetes sehr wichtig wäre und auch Teil des Angebotes in Spezialambulanzen sein müsste und nicht nur in den Spezialzentren angeboten werden darf.

## Die psychologische Begleitung von Menschen mit Diabetes ist sehr wichtig und sollte auch Teil des Angebotes in Spezialambulanzen sein und sich nicht nur auf Spezialzentren beschränken.

Gersina Rega-Kaun

### Die multidisziplinäre Behandlung von Menschen mit Diabetes wird oft als Goldstandard betrachtet. Wie steht es um die Einbindung verschiedener Gesundheitsberufe in die Versorgung?

**FASCHING:** Das ist ein wichtiger Punkt, denn die Begleitung, Führung und Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen ist sehr komplex. Für eine wirklich gute Betreuung ist ein gutes Zusammenspiel einer Vielzahl unterschiedlicher Berufsgruppen notwendig. Allerdings haben wir nicht überall die gleichen Voraussetzungen in der Bezahlung und Erstattung solcher Leistungen. So kämpfe ich seit vielen Jahren darum, dass die diätologische Leistung in der niedergelassenen Praxis durch die Gesundheitskasse erstattet werden sollte. Bislang ist das leider nicht der Fall. Es gibt fixe Tarife für Ergotherapie und Physiotherapie, die im niedergelassenen Bereich angeboten werden, wenn eine entsprechende ärztliche Verordnung vorliegt, und das Gleiche müsste es auch in der diätologischen Praxis geben, weil Patientinnen und Patienten sonst außerhalb der Gesundheitsanstalten und der Reha-Zentren oder spezialisierten Ambulanzen nicht die Möglichkeit haben, eine adäquate diätologische Unterstützung zu bekommen. Eine Ausnahme sind die Primärversorgungseinheiten, die, unterstützt durch die Gesundheitskasse, eine Diätologin, einen Diätologen anstellen können. Diese diätologische Leistung ist dann aber nur für Patientinnen und Patienten des Primärversorgungszentrums zugänglich, aber nicht für andere. Es gibt keine flächendeckenden Primärversorgungszentren, und natürlich könnte in einem solchen Zentrum eine organisierte Gruppenschulung auch im Rahmen des Disease-Management Programms leichter realisiert werden als in einer Einzelordination. Interessante Modelle für den ländlichen Bereich sind auch ambulante mobile Schulungsteams, die nach einem gewissen Kalenderrhythmus oder in Absprache mit den niedergelassenen Ärzten zu Ordinationen vor Ort oder in die Veranstaltungsräumlichkeiten kommen, wo dann Gruppenschulungen angeboten werden. Das ist ein Vorteil für viele Patienten, die im Disease-Managementprogramm (DMP) aufgenommen wurden oder werden und die sonst keinen Zugang zur Information haben.

**REGA-KAUN:** Während die Einschulung auf Insulin und Blutzuckermessen in den Ambulanzen gut funktioniert, haben wir im niedergelassenen Bereich diesbezüglich ein großes Problem, denn hier werden solche Leistungen nicht refundiert. Hinzukommt noch, wenn es keine geeignete geschulte Pflegekraft gibt, müsste die Ärztin, der Arzt die Schulung selbst durchführen. In der Praxis ist es einer Einzelordination auch zeitlich schwer möglich, eine

strukturierte mehrstündige Diabetesschulung durchzuführen. Problematisch ist zudem, dass Internistinnen und Internisten im niedergelassenen Bereich sich oftmals nicht zutrauen, zum Beispiel eine Insulintherapie zu beginnen.

### Diabetes ist die einzige „Volkskrankheit“, für die es ein Disease Management Programm gibt. Die ÖDG hat im Vorjahr angekündigt, das bestehende DMP reformieren zu wollen. Wie weit ist diese Reform schon ausgearbeitet, welche Neuerungen sind geplant?

**FASCHING:** In Hinblick auf die Neugestaltung des DMP „Therapie Aktiv“, das seit gut 15 Jahren durchgeführt wird, ist es wichtig, das Diabetes Management Programm zu evaluieren. Unser Ziel ist es, möglichst viele Betroffene dafür zu gewinnen. Derzeit liegt die Zahl laut Schätzungen aber erst zwischen 20 und 30 Prozent. Man muss auch ergänzen, dass dieses DMP ausschließlich auf Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 fokussiert, und es keine Betreuungsphase für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 gibt. Mit „Therapie Aktiv“ decken wir in erster Linie die erste Versorgungsebene ab, also den niedergelassenen Bereich, vorrangig Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und einige wenige internistische Ordinationen.

Wir versuchen jetzt, dieses Programm zu modernisieren und servicefreundlicher sowohl für die Patientinnen, Patienten als auch für die Ärztinnen und Ärzte zu machen. Dabei spielt die Digitalisierung eine bedeutende Rolle.

**REGA-KAUN:** Ein weiterer Ansatz ist die stärkere Einbindung von Patienten durch Information und Aufklärung. Denn wenn Patientinnen, Patienten den Nutzen verstehen, können sie auch ihre Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme motivieren.

### Neben den 800.000 diagnostizierten Fällen, steigt auch die Zahl der Menschen mit Prädiabetes und der Jugendlichen, die auf Grund ihres Übergewichts einen Diabetes mellitus Typ 2 entwickeln könnten. Wie sollte das Gesundheitssystem auf diese Gruppen reagieren. Welche Angebote braucht es, damit möglichst wenige Personen einen Diabetes entwickeln?

**FASCHING:** Wir setzen uns dafür ein, dass jeder Mensch, der mit einer Glukosestoffwechselstörung konfrontiert ist, die Chance auf eine gute Aufklärung bekommt. Daher hat jede Person das Anrecht auf eine entsprechende Schulung und Informationen in allen Belangen. Wenn das nicht gewährleistet ist, kann man auch nicht erwarten, dass sich ein Mensch überhaupt gesundheitsfördernd verhält. Viele Menschen wissen gar nicht, wieviele Kalorien und wieviel Zucker gewisse Lebensmittel enthalten. Allerdings ist es nicht so, nur weil ich diese Informationen anbiete, dass diese auch konsumiert werden und somit alles automatisch funktioniert.

### Neue innovative Therapien haben in den letzten Jahren die Behandlung revolutioniert. Wie ist die tatsächliche Versorgungslage mit diesen Medikamenten in Österreich? Ist dadurch auch die Therapietreue gestiegen?

**FASCHING:** Die medikamentöse Versorgungslage hat sich in den letzten knapp zwei Jahren



Gersina Rega-Kaun, Oberärztin an der 5. Medizinischen Abteilung und Leiterin der Lipidambulanz an der Klinik Ottakring, wurde als Erste Sekretärin in den neuen Vorstand der ÖDG berufen.

deutlich verbessert. Das ist in erster Linie auf die Möglichkeit der kassenrefundierbaren Verschreibungen von innovativen Medikamenten, wie die SGLT2-Hemmer und die GLP-1 Rezeptoragonisten, zurückzuführen. Die GLP-1 RA waren zwar in den Leitlinien vorne positioniert, waren aber in Österreich nur als Drittlinietherapie einzusetzen und durften bislang auch nur von wenigen Spezialisten verschrieben werden.

**REGA-KAUN:** Das Problem ist allerdings, dass die GLP-1-Rezeptoragonisten nur mehr schwer lieferbar sind, weil sie dem internationalen Trend folgend als „Fettweg-Spritzen“ sozusagen den Markt verändern. So werden sie schätzungsweise in bis zu 30 Prozent der Fälle zur reinen Gewichtsreduktion verabreicht, ohne Diabetes-Diagnose.

### Die richtige Einstellung und Überwachung von Menschen mit Diabetes ist sowohl für Ärzte als auch Patienten oft eine Herausforderung. Welche technischen und digitalen Fortschritte gibt es?

**FASCHING:** Durch die Corona-Pandemie hat sich auch die telemedizinische Betreuung weiterentwickelt. So nutzen wir heute virtuelle Besprechungen, Videodolmetsch und die Bereitstellung von persönlichen medizinischen Daten via Internet. Die Auswertung der Datenflut und die Besprechung der Befunde bedeuten oft einen Mehraufwand, der auch als refundierbare Leistung anerkannt werden sollte.

**REGA-KAUN:** Auch in der Behandlung von Diabetes Typ 1 tut sich gerade technologisch sehr viel – neueste Entwicklungen finden sich bei kontinuierlichen Glukosemesssystemen (CGM), modernen Insulinabgabesystemen bis zu Closed-Loop-Systemen („künstliche Bauchspeicheldrüse“). Insgesamt gesehen sind die technischen Innovationen in der Behandlung des Diabetes ein großer Fortschritt in Handhabung, Sicherheit und Lebensqualität für die Betroffenen. **P**

**ÖDG**



PRÄGNANT



# Erforderlich: Angehörigenpflege und Profis

Österreich hat **GENÜGEND AUSBILDUNGSKAPAZITÄTEN IN DER PFLEGE**, doch es fehlt weiterhin an Interessenten. Wenn die Betreuung der Pflegebedürftigen in Zukunft funktionieren soll, muss an vielen Schrauben gedreht werden, erklärten Experten bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen in Seitenstetten. | von Wolfgang Wagner

**D**ie Situation kurz und bündig, so Mag. Martina Bruckner, Pflegedirektorin am Klinikum Schärding und Leiterin der Ausbildungsprogramme der OÖ Gesundheitsholding GmbH: „Wir haben ausreichend Ausbildungsplätze, aber nicht ausreichend genug Menschen, die sich für die Pflege interessieren.“ Die Zeit drängt. Die Altersentwicklung der österreichischen Gesellschaft, der Trend zu längerem Überleben mit chronischen bzw. durch die moderne Medizin zunehmend „chronisch gemachten“ schweren und ehemals oft tödlichen Erkrankung zusammen mit dem Nachkommen geburtschwächerer Jahrgänge lässt die Schere zwischen Bedarf und Angebot an Versorgungsleistungen aufgehen.

**Es ist wichtig, ausreichend Personal zu gewinnen und dann auch zu halten.**

Martina Bruckner

Dr. Mario Tasotti, Fachgruppenobmann-Stellvertreter der Wiener Wirtschaftskammer für Personenberatung und Personenbetreuung, betonte, dass schon allein aufgrund der zahlenmäßigen Anforderungen ein möglichst reibungslos funktionierendes System mit Laienpflege und der Beteiligung professioneller Dienste unabdingbar ist: „Von Laienpflege spricht man, wenn Personen hier Tätigkeiten übernehmen, aber keine diesbezügliche Berufsausbildung haben. Es sind zwei Gruppen. Da ist die ganz große Gruppe der pflegenden Angehörigen. Das

sind in Österreich rund eine Million Menschen, davon rund 800.000 im extramuralen Bereich. Und dann ist da die zweite Gruppe, das sind die Personenbetreuerinnen und -betreuer. Wenn man alle zusammenzählt, sind das rund 83.000.“

Diese Gruppen hätten viele Gemeinsamkeiten. Das wichtigste aber, so der Experte: „Wir sind auf beide Gruppen in Zeiten mit Pflegepersonal im extramuralen Bereich extrem angewiesen.“ Die Probleme, mit denen hier oft in einem hohen Ausmaß gekämpft wird:

- Überforderung
- Mangelnde Pflegequalität
- Gesundheitsproblematik der in der Laienpflege Tätigen selbst (sowohl Angehörige als auch Personenbetreuerinnen und -betreuer)

Was notwendig ist: Eine organisatorische und mit ausreichend Kapazitäten ausgestattete Lösung, die einerseits die Laienpflege nützt und gleichzeitig ihr Funktionieren und damit auch die zu Pflegenden schützt. Tasotti: „Ein sehr probates Mittel ist die Einbeziehung der Fachpflege in eine Personenbetreuung in der Form von Qualitätssicherung und in Form der Delegation von Pflegetätigkeiten bzw. Subdelegation auch ärztlicher Tätigkeiten an Personenbetreuerinnen und -betreuer durch die Fachpflege.“ Die Pflegefachkraft müsse dabei die Verantwortung behalten.

„Die Personenbetreuung (24-Stunden-Betreuung; Anm.) ist keine Pflege. Das ist eine Dienstleistung im Rahmen der Laienpflege. Personenbetreuerinnen und -betreuer können und dürfen im Bereich der Pflege nicht alles leisten, aber der Gesetzgeber sieht das Mittel der Delegation

v.l.: Alice Herzog (Moderation), Mario Tasotti, Martina Bruckner, Elisabeth Potzmann, Karin Hamminger, Ingrid Korosec

vor“, sagte der Experte. Deshalb sollte ein strukturierter Prozess für das Zusammenwirken von Laien- und Fachpflege geschaffen werden:

- Einschätzung der Pflegesituation durch eine Fachkraft, ob es sich um eine stabile Situation handelt. Andernfalls können die Anforderungen nicht allein von einer Laienpflegeperson erfüllt werden (Kombination mit professionellen Diensten etc.?)
- Einschätzung der Laientätigkeit und Erheben der eventuellen Notwendigkeit von Anleitung und Unterweisung durch professionelles Personal.
- Wenn Laientätigkeit möglich ist, ist es essentiell, dass Zeit und Ressourcen dafür vorhanden sind, damit Fachpflegekräfte die Personenbetreuerinnen und -betreuer genügend einschulen können. Das ist zeitaufwendig.
- Es muss vom Fachpersonal überprüft werden, ob die Personenbetreuerin oder der Personenbetreuer über die sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten verfügt, die erforderlichen Tätigkeiten auch wirklich qualitativ allein auszuüben.
- Die Einwilligung aller Beteiligten und Schriftlichkeit in den Vereinbarungen sind unumgänglich, ebenso eine Dokumentationspflicht. Fachkräfte müssten regelmäßig die Qualität kontrollieren.

Gerade in Zeiten eines Pflegemangels sei es jedenfalls sinnvoll, qualitätsgesichert die Ressourcen von Personenbetreuerinnen und -betreuer zu nutzen. Tasotti: „Wir sind darauf angewiesen. Die 24-Stunden-Betreuung ist auch aus staatlicher Sicht das günstigste Betreuungsmodell.“ In Österreich erfordert ein Pflegeheimplatz monatlich im Durchschnitt 2.100 Euro Zuzahlung, in Wien seien es sogar monatlich 3.840 Euro. Darüber hinaus könne eine qualitätsgesicherte Pflege zu Hause Spitalsaufnahmen aus „sozialer Indikation“ mit elf- bis 13-Mal höheren Kosten pro Monat ersparen. Jedenfalls benötige man in der 24-Stunden-Betreuung höhere Förderungen, führte Tasotti aus: Erhöhung der Basisförderung auf 800 Euro pro Monat (was mittlerweile im Rahmen der „kleinen Pflegereform“ im Herbst 2023 erfolgt ist), Schaffung eines „Fairnessbonus“ für Honorare von Betreuenden, um Österreich im Vergleich zu den Benelux-Ländern, der Schweiz und den skandinavischen Staaten bei der Rekrutierung konkurrenzfähig zu halten, und ein Qualitätsbonus für die Fachpflege und die Durchführung der Maßnahmen im Rahmen eines strukturierten Pflegeprozesses.

Der große Wunsch, so der Experte: Nicht nur viermal pro Jahr ein Kontrollbesuch des Kompetenzzentrums der SVS, sondern Kapazitäten und Ressourcen, um eine qualitätsgesicherte Personenbetreuung aufzubauen und auch längerfristig zu gewährleisten. „Die qualitätsgesicherte Personenbetreuung ist das einzige Modell, in dem eine eins zu eins-Betreuung





möglich ist. Es gibt unheimliche Einsparungspotenziale, auch wenn man die Förderungen erhöht. Akutspitäler können sehr gut entlastet werden.“ Mit der 24-Stunden-Pflege könne man auch dem Wunsch der Österreicherinnen und Österreicher nachkommen, im Bedarfsfall zu Hause gepflegt zu werden. Darauf hätten sie ein Anrecht.

### Enorme Belastungen

Birgit Meinhard-Schiebel ist seit 2010 Präsidentin der Interessensgemeinschaft pflegende Angehörige. Sie verwies besonders auf die enormen Belastungen hin, denen die Betroffenen ausgesetzt sind. „Fast eine Million Menschen übernehmen in Österreich Aufgaben in der Pflege, und zwar in der häuslichen Pflege. Das sind zu 80 Prozent Frauen. Es gibt aber auch rund 50.000 Kinder und Jugendliche, die Pflegeaufgaben übernehmen, die eigentlich ihrem Kindesalter nicht zustehen“, sagte sie.

Es gebe dazu einen umfassenden Forderungskatalog. Es gelte aber auch, mit den beteiligten Berufsgruppen gut zusammenzuarbeiten. „Wenn die pflegenden Angehörigen nicht eingebunden sind als Link-Co-Worker, würden sie am Rand bleiben und hätten keine Möglichkeit, mit den einzelnen Berufsgruppen gemeinsam für die pflegenden Angehörigen zu sorgen“, erklärte Birgit Meinhard-Schiebel.

Ein besonderes Anliegen, wie die Expertin sagte: „Es geht auf der einen Seite um die Entlastung der pflegenden Angehörigen. Es geht aber auch selbstverständlich um die Prävention, also die Förderung ihrer Gesundheit. Denn pflegende Angehörige sind sehr oft überfordert durch die Situation und damit auch gefährdet, selbst zu erkranken.“ Dabei zeigten sich aber auch Defizite im System. Birgit Meinhard-Schiebel: „Viele der Unterstützungsangebote sind aber an eine Pflegestufe gebunden. Das ist nicht ganz einfach, denn in der Pflegebegutachtung werden die Stunden zur Betreuung festgehalten, aber nicht die Erkrankung. Wir kämpfen deshalb dafür, dass Menschen mit Pflegebedarf nicht nur von Ärztinnen und Ärzten begutachtet werden, sondern auch von Pflegekräften, die einschätzen können, wofür und in welchem Bereich man Betreuungsstunden braucht.“

## Qualitätvolle Laienpflege ist möglich. Doch für einen strukturierten Delegationsprozess fehlen die Ressourcen.

Mario Tasotti

### Viele Ausbildungsvarianten erforderlich

Jedenfalls sind für die Zukunft der professionellen Pflege viele verschiedene Ausbildungsvarianten und -möglichkeiten notwendig. Gleichzeitig müssen auch die Berufsangebote nach der Ausbildung praktisch auf die Bedürfnisse der zukünftigen Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer anpassbar sein, sagte Mag. Martina Bruckner von der OÖ Gesundheitsholding. „Vor 20 Jahren sind junge Leute nach der Ausbildung vor mir gestanden und haben gesagt ‚Darf ich eh mit 40 Wochenstunden rechnen.‘ Heute sagen sie ‚Ich möchte meine Arbeit mit 20 Wochenstunden starten.‘“

Was laut der Expertin die gegenwärtige Situation in der Ausbildung von Pflegekräften charakterisiert:

- Durchlässigkeit: In den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen gibt es in Oberösterreich Menschen in Ausbildung verschiedenster (beruflicher) Herkunft und im Alter

## Vortragende, digital dazugeschaltet

- Birgit Meinhard-Schiebel



Mario Tasotti (li.) und Martina Bruckner appellieren an eine vorauszuschauen Personalentwicklung.

zwischen 15 und 56 Jahren. Durchlässigkeit und attraktive Rahmenbedingungen sind unumgänglich. In Oberösterreich wird auch ein Pilotprojekt zur Pflegelehre gestartet.

- „Es ist wichtig, dass wir die Pflegekräfte gesund im Arbeitsprozess halten können. Gleichzeitig ist es wichtig, dass wir die Pflege-Interessierten so ausbilden, dass sie eine maximale Sicherheit und keine Überforderung in der Praxis sehen und im Beruf bleiben“, sagte Martina Bruckner.
- Die Strukturierung und Organisation der Ausbildung: 96,6 Prozent der Pflege- und Pflegefachassistentinnen und -assistenten (OÖ; Anm.) geben an, dass für sie Vereinbarkeit von Beruf und Familie wichtig ist.
- Während früher Pflegeberufsausbildung vor allem in Vollzeit ablief, erfolgt sie derzeit bereits zu einem Großteil in Teilzeit, berufsbegleitend und auch teilweise mit E-Learning bzw. Online. Das ermöglicht auch Menschen mit häuslichen Betreuungspflichten den Einstieg in solche Angebote.

## Pflegende Angehörige sind sehr oft überfordert durch die Situation und damit auch gefährdet, selbst zu erkranken.

Birgit Meinhard-Schiebel

Das alles soll beitragen, die Ausbildung für die professionelle Pflege attraktiver zu machen. An der gesamtgesellschaftlichen Frage der Krankheitsprävention auf breiter Bevölkerungsebene kommt man aber nicht vorbei. Die Expertin: „Wichtig ist die Prävention. Die Bevölkerung wird älter. Die gesunden Lebensjahre werden weniger. Die Gesundheitskompetenz in Österreich ist optimierbar. Auch mit einer Krankheit zu leben, muss unser Ziel sein.“

„Was brauchen Pflegekräfte am meisten?“, war die bei der Veranstaltung schließlich die Frage an die Expertinnen und Experten im Rahmen der nachfolgenden Podiumsdiskussion. DGKP Karin Hamminger, Vorstandsvorsitzende der Österreichischen Bundesinteressensgemeinschaft für Agenturen der Personenbetreuung: „Wir sehen, dass sich die Formen der formellen als auch der informellen Pflege erweitern. Wir verlassen den intramuralen Bereich.“

Was man nicht bedenke, sei, dass dieser Bereich entsprechend begleitet und finanziert werde. „Es muss endlich Schluss damit sein, dass wir, wenn es um die Pflege geht, immer von Kosten reden. Wir sollten vielmehr von Investitionen sprechen, weil das eine sehr wichtige Investition ist.“ Die professionelle Pflege müsse endlich auch

## Es muss endlich Schluss damit sein, dass wir, wenn es um die Pflege geht, immer von Kosten reden. Wir sollten vielmehr von Investitionen sprechen.

Karin Hamminger

im niedergelassenen Bereich ihre Leistungen verrechnen können. Es hake in Österreich an der Umsetzung entsprechender Konzepte auch, weil die Finanzierung fragmentiert sei und einem sprichwörtlichen „Fleckerlteppich“ gleichkomme. „Uns ist eine Versorgungssicherheit wichtig. Die ist im Moment lückenhaft und wird immer brüchiger. Das gehört gestoppt. Deswegen wollen wir an drei Punkten ansetzen. Wenn man die Betroffenen selbst, die Angehörigen und die professionelle Pflege fragt, wo es hakt, kommt immer das Thema Zeit. Das zieht sich durch. Das ist natürlich eine Frage der Finanzierung und der Entlohnung“, erklärte Mag.a Elisabeth Potzmann, Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes.

Es gehe immer um Qualität und Lebensqualität für die Betroffenen selbst, die Angehörigen und für die professionelle Pflege. „Wir begrüßen eine schnellere Anerkennung von Pflegekräften aus dem Ausland. Im Ausland rekrutierten aber derzeit alle Länder. Bis man in Österreich jenen zuständigen Ort findet, wo man nostrifizieren kann, arbeitet man in Schweden schon ein halbes Jahr.“ Weitere Verbesserungen seien notwendig, betonte schließlich die ÖVP-Sozialsprecherin Ingrid Korosec. „Vor allem brauchen wir Zeit, Geld, Qualität. Etwa 80 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt. Davon sind 46 Prozent pflegende Angehörige, die das ohne mobilen Dienst machen. Das muss geändert werden“, sagte die Politikerin.

„Das bedeutet, dass wir in Zukunft sehr viele Pflegekräfte brauchen. Was wir haben, ist ein Auslaufmodell. Wir dürfen nicht glauben, dass in 20 Jahren die pflegenden Angehörigen da sein werden“, erklärte Ingrid Korosec. „Die Frauen werden immer mehr berufstätig sein. Wir haben die demografische Entwicklung – und die Jungen leben nicht mehr bei den Eltern oder in der Nähe.“ Man müsse jedenfalls in dieser Hinsicht schnell aktiv werden. Schließlich – so Korosec – sei auch ein Einstellungswechsel in der Pflege notwendig. „Wir haben noch immer die Tendenz, die Menschen ins Bett zu pflegen. Eigentlich sollte die Pflegekraft mit der Hand in der Hosentasche sein und mehr Zeit haben und zusehen, wie der zu Pflegenden noch viel selbst tut. Das braucht aber mehr Zeit.“ **P**



Schirmherrschaften:



**AM PLUS**  
Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit



WELLDONE

# Seltene Erkrankungen häufiger erkennen

Dank [www.symptomsuche.at](http://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](http://www.meindfp.at).

Sponsoren der Plattform



# Krankenhauspharmazie fordert Klarstellung zum Bewertungsboard

Österreichische Krankenhausapothekenleiterinnen und -leiter trafen sich in Anthering zu ihrem jährlichen Strategieworkshop unter dem Titel „Fit für morgen?“, um **AKTUELLE UND KÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN DES GESUNDHEITSSYSTEMS ZU DISKUTIEREN** und um im Krankenhaus die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. | von Carola Bachbauer, BA, MSc

**M**it der Einführung des Bewertungsboards, welches noch im Dezember im Parlament beschlossen wurde, soll der Zugang zu hochpreisigen und spezifischen Arzneimitteln im intramuralen Bereich und an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und extramuralem Bereich neu geregelt werden. Diese Neuregelung stellt eine Abkehr von der bisherigen föderalen Struktur im Gesundheitsbereich dar. Denn bislang entschieden die Spitäler gemeinsam mit ihren Krankenträgerorganisationen anhand der ärztlichen Einschätzung im Rahmen der Arzneimittelkommissionen weisungsfrei, welche Therapien in ihrem Zuständigkeitsbereich zur Anwendung kommen. Die Beschaffung und Preisverhandlungen zu den beschlossenen Medikamenten oblagen den Krankenhausapothekern im Rahmen der zentralen Einkaufsverbände. Welche konkreten Auswirkungen die Einführung des Boards auf die Betroffenen und die Krankenhauspharmazie hat, wurde beim Strategieworkshop intensiv diskutiert.

## Fokus Bewertungsboard

Zu Beginn des Workshops referierte Prof. Dr. Claudia Fuchs LL.M., Institut für Österreichisches und Europäisches Öffentliches Recht – WU Wien, zum Thema Bewertungsboard. Zuerst gab Fuchs einen Einblick über die Aufgaben und Zusammensetzung des Boards: „Das mit 31.12.2023 veröffentlichte Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 (VUG 2024) sieht die Einrichtung eines zentralen Bewertungsboards für Medikamente vor. Dieses soll künftig bundesweit einheitliche Empfehlungen für hochpreisige und spezialisierte Arzneimittel im intramuralen Bereich und an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und extramuralem Bereich aussprechen. Die Zusammensetzung des Boards besteht aus Vertreterinnen und Vertretern aus dem Gesundheitsministerium, dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen und der Gesundheit Österreich GmbH, der Länder und der Krankenversicherungsträger, unabhängigen Vertreterinnen und Vertretern der Wissenschaft und einer Person aus der Patientenadvokatur ohne Stimmrecht.“ Zusätzlich zu dem Bewertungsboard soll ein Verhandlungsteam eingerichtet werden, welches für die Preisverhandlungen zuständig ist. Anschließend zeigte die Rechtswissenschaftlerin verfassungsrechtliche Problemstellungen auf. So stelle sich beispielsweise die Frage, ob die Empfehlungen des Bewertungsboards verbindlich sind. Der Wortlaut „unter Anwendung“ lasse darauf schließen, dass eine Bindung offenbar intendiert sei. Als problematisch wird ebenfalls die Bindung der Arzneimittelkommissionen erachtet, die bislang weisungsfrei agierten. Aber auch das Verhandlungsteam wirft viele Fragen zu Aufgabenbereich, Befugnisse und Relevanz der Ergebnisse auf.



Kurier, Erscheinungstermin 30. Jänner 2024

## Viele Fragen offen

Aufbauend auf dieser Keynote wurden in Gruppenarbeiten die Auswirkungen des Bewertungsboards auf die Krankenhauspharmazie sowie die Handlungsoptionen ausgearbeitet. „Grundsätzlich ist ein österreichweiter einheitlicher Zugang zu den Therapien, und zwar unabhängig vom Bundesland zu begrüßen. Jedoch gibt es bei der Auslegung des Gesetzestextes einige Punkte, die zu Ungewissheit im Spitalsbereich führt“, erklärte Mag. Gernot Idinger, aHPh, Leiter der Anstaltsapotheke des Pyhrn-Eisenwurzenklinikums Kirchdorf Steyr. Als problematisch erachten die Teilnehmenden, dass die Abgabe von Empfehlungen innerhalb von fünf Monaten – mit der Möglichkeit der Ausdehnung dieser Beratungszeit – zu einer Verzögerung in der Versorgung führt und somit eine Verschlechterung des Behandlungsstandards mit sich bringt. Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Zusammensetzung des Boards. „Zurzeit ist die medizinische aber auch die pharmazeutische Seite zu wenig vertreten. Dies kann dazu führen, dass die Empfehlungen aus primär ökonomischer und nicht aus wissenschaftlich-medizinischer Sicht getroffen werden“, kritisierte Mag. pharm. Gunda Gittler, aHPh, Leiterin der Anstaltsapotheke und öffentlichen Apotheke der Barmherzigen Brüder in Linz und Vorstandsmitglied des Vereins PRAEVENIRE. Zusätzlich wünsche man sich uneingeschränkte Transparenz zu den Prozessen und Methoden, die zu Entscheidungen des Boards führen.

## Herstellung von Arzneimitteln

Ein weiterer wichtiger Punkt des Workshops waren die Tätigkeitsbereiche der Krankenhauspharmazie: strategischer Einkauf, Produktion, klinische Pharmazie sowie Logistik. Durch diese vier zentralen Kernkompetenzen bildet die Berufsgruppe im Krankenhaus eine unverzichtbare Schnittstelle zwischen den Ärztinnen, Ärzten, der Pflege, der Krankenhausleitung und den Patientinnen, Patienten. Dadurch tragen sie wesentlich zur optimalen Patientenversorgung bei. Krankenhausfachapothekerinnen und -apotheker sind aufgrund ihrer jahrelangen Erfahrung und der umfassenden Marktkenntnisse, sowohl bei der Entwicklung, Überwachung, Beurteilung und Verbesserung von Medikationsprozessen, als auch im verantwortungsvollen Arzneimitteleinkauf unverzichtbar in einem zukunftsorientierten Krankenhausbetrieb. „Gerade während der Coronapandemie und bei den immer wieder auftretenden Lieferschwierigkeiten sorgen die Krankenhausapothekerinnen und -apotheker durch ihre Expertise für die reibungslose Versorgung der Patientinnen und Patienten“, betonte Mag. pharm. Petra Riegler, aHPh, Leiterin der Apotheke Barmherzige Brüder Eisenstadt. Mehr noch als in öffentlichen Apotheken spielt die Herstellung von Arzneimitteln im Krankenhaus eine entscheidende Rolle. „Besonders im

Fokus stehen dabei Medikamente, die entweder auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zugeschnitten werden müssen, eine komplexe Zubereitung erfordern oder nicht in handelsüblicher Form verfügbar sind. Zum Beispiel benötigen Kinder, Früh- und Neugeborene in vielen Fällen eine angepasste Dosierung an Lebensalter oder Körpergröße“, berichtete Mag. pharm. Dr. Elisabeth Messinger, aHPh, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie und Leiterin der Apotheke der Barmherzigen Brüder Wien. Zudem erfolgt die individuelle Zubereitung von onkologischen Therapien unter Einhaltung strenger Qualitätsstandards häufig in der Apotheke.

## Anhebung der Arzneimitteltherapiesicherheit

Zum Abschluss der Veranstaltung betont Martina Jeske, Präsidentin der Arbeitsgemeinschaft Österreichischer Krankenhausapotheker und Leiterin der Apotheke der Tirol Kliniken, die Notwendigkeit der gesetzlichen Verankerung von Qualitätskriterien zur Verringerung medikamentös bedingter Schäden und Indikatoren zur Anhebung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Österreichs Krankenhäusern. Entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, damit Krankenhausapothekerinnen und Krankenhausapotheker entsprechend ihren umfassenden Qualifikationen im vollumfänglichen Leistungsspektrum zum Einsatz kommen können und so zusätzlich auch das medizinische und pflegerische Personal gezielt unterstützen und entlasten.

## Verpflichtende Fortbildung

Zum Abschluss der Veranstaltung ging Mag. Martina Jeske, aHPh, Präsidentin der Arbeitsgemeinschaft Österreichischer Krankenhausapotheker und Leiterin der Apotheke der Tirol Kliniken, näher auf die verpflichtende Fortbildung, welche seitens des Österreichischen Apothekerverbandes gemeinsam mit den Vertreterinnen und Vertretern des Forum Pharmazie beschlossen wurde und mit 01.07.2024 in Kraft tritt, ein. „Fortbildungen tragen zur Qualitätssicherung der pharmazeutischen Tätigkeit bei. Mithilfe der verpflichtenden Fortbildung können wir nun noch besser unsere Kompetenzen aufzeigen“, erklärte Jeske. Ähnlich den Ärztinnen und Ärzten müssen Apothekerinnen und Apotheker künftig innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren 150 Fortbildungspunkte erwerben. Mindestens 45 Punkte davon müssen akkreditierte Fortbildungspunkte sein. Dies können sowohl Punkte aus Fortbildungen mit pharmazeutischen als auch betriebswirtschaftlichen Inhalten sein. Bei Nichterfüllung dieser Punktezahl kommt es zu disziplinarrechtlichen Konsequenzen, wobei die Evaluierungsphase von drei Jahren nicht betroffen ist. **P**



PRÄGNANT

# Wege neu denken

Österreich hat im europäischen Vergleich sehr gute Voraussetzungen für ein sicheres, effizientes, qualitatives, planbares und ressourcengerechtes Gesundheitssystem. Dennoch wächst die Unzufriedenheit auf allen Seiten und die Kosten explodieren. Kann die **LENKUNG DER PATIENTENSTRÖME EINE TRENDWENDE bringen?** | von Mag. Renate Haiden, MSc

**W**urde eine Frau vor 150 Jahren noch durchschnittlich 35 Jahre alt, so sind es heute 84. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Österreicher liegt bei 81,3 Jahren. Die Freude über ein langes Leben täuscht aber über die Realität hinweg, denn mehr als 15 Jahre verbringen die meisten nicht mehr bei guter Gesundheit. Bereits rund 20 % der über 65-Jährigen bewerten hierzulande ihren Gesundheitszustand als so schlecht, dass sie Unterstützung, Betreuung oder Pflege benötigen. „Damit liegt Österreich klar im letzten Drittel Europas. Während wir uns also nur etwa bis zum 57. Geburtstag über ein beschwerdefreies Leben freuen können, kommen Länder wie Schweden auf fast 73 gesunde Lebensjahre und selbst Deutschland liegt mit 66 Jahren deutlich vor Österreich“, gibt Dr. Alexander Biach, Direktor Stv. der Wirtschaftskammer Wien, Standortanwalt für Wien und Leiter des Spitzenthemas "Gesundheitsmetropole" im Rahmen der Strategie "WIEN 2030 - Wirtschaft & Innovation", Einblick in eine Entwicklung, die massive Folgen für die Gesundheitsversorgung hat.

## Krankenhaus als beliebteste Anlaufstelle

Der Druck, angesichts dieser Entwicklung an wichtigen Stellschrauben im System zu drehen, scheint gering. Warum auch, haben doch praktisch 100 Prozent aller Einwohnerinnen und Einwohner einen sicheren Zugang zu Gesundheitsleistungen. „Der wird auch gut genutzt, vor allem zum Krankenhaus, dort ist es bequem, aber auch am teuersten“, resümiert Biach. Heimische Spitzenmedizin sorgt dafür, dass alle Leistungen rund um die Uhr in einem Haus verfügbar und auch gut zugänglich sind. „Reinkommen und drankommen“ lautet das Motto, denn wer sich mit mehr oder weniger großen Beschwerden in eine Spitalsambulanz begibt, muss vielleicht Wartezeiten in Kauf nehmen, wird aber nicht abgewiesen. Dass Spitäler der teuerste Touchpoint entlang der Patientenjourney sind, liegt auf der Hand. Zudem liegen wir mit 6,8 Betten auf 1.000 Österreicherinnen und Österreicher ebenfalls im absoluten europäischen Spitzenfeld. „Dass ein Belagstag dann gleich mit 1.223 Euro zu Buche schlägt, wissen die wenigsten. Im Vergleich dazu kommt ein Behandlungsfall beim niedergelassenen Arzt auf 66,39 Euro. Doch der ist zu den Randzeiten und an Wochenenden in der Regel nicht verfügbar, auch wenn wir bei aller Personalmissere mit einer Ärztedichte von 5,3 pro 1.000 Einwohner zwar hinter Griechenland, aber immer noch an der der OECD-Spitze liegen“, so Biach. Ein Blick auf die Kosten zeigt, dass die stationäre Versorgung deutlich angezogen hat. Die absoluten Gesundheitsausgaben umfassen 39,6 Mrd.

Euro für den öffentlichen Sektor und 11,3 Mrd. Euro für den privaten Sektor (Stand 2022). Binnen zehn Jahren sind die Kosten im Bereich der stationären Versorgung um rund vier Milliarden Euro gestiegen, obwohl die Zahl der Patientinnen und Patienten mit Übernachtung im Krankenhaus rückläufig ist. Auch die Aufenthaltsdauer sank von 14 Mio. (2011) Belagstagen auf 10,7 Mio. (2021). Die Anzahl der Frequenzen in den Spitalsambulanzen ist in etwa gleich geblieben, obwohl auch hier die Kosten um rund 2 Mrd. Euro angestiegen sind. Da ein Patient bei einem Ambulanzbesuch mehrere Behandlungen (Frequenzen) erhält liegen die Kosten pro ambulanten Patienten im Jahr 2022 bei 432 Euro. Der extramurale Bereich wird von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Form von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern sowie Fachärztinnen und -ärzten abgedeckt. Die e-card-Steckungen geben unter anderem Aufschluss darüber, wie viele Konsultationen im Jahr von Kassenvertragsärztinnen und -ärzten durchgeführt werden. Mit 132 Mio. Arztbesuchen (2021) entspricht das einer Steigerung um 8 Prozent seit 2018. „Selbst wenn man die zur Versorgung erforderlichen Kosten für Medikamente dazurechnet, kommen wir auf rund 100 Euro pro Arztbesuch und sind damit immer noch um das Vierfache günstiger als bei einem ambulanten Spitalsbesuch“, so das Fazit des Experten.

**Spitäler sind der teuerste Touchpoint entlang der Patientenjourney: Ein Belagstag kostet 1.223 Euro. Im Vergleich dazu kommt ein Behandlungsfall im niedergelassenen Bereich auf 66,39 Euro.**

Alexander Biach

## Lenkung bringt volkswirtschaftliche Vorteile

Aus einem rein ökonomischen Blickwinkel wäre es nun ein Leichtes zu sagen, dass Patientinnen und Patienten dort im System ankommen sollen, wo auch die Kosten im Verhältnis zum erforderlichen Aufwand stehen, und das ist bei der überwiegenden Form der Beschwerden im niedergelassenen Setting der Fall. Doch damit hat man die Rechnung wohl ohne den Wirt – in dem Fall die Patientinnen und Patienten – gemacht. Die österreichische Bevölkerung geht einfach gerne ins Spital, weil man meint, akute körperliche Beschwerden zu haben und dort auf bessere diagnostische Möglichkeiten sowie auf eine vermeintlich höhere Behandlungskompetenz – und das rund um die Uhr – zu treffen. Eine Studie aus 2013 zeigt, dass bis zu 60 Prozent der



Patientinnen und Patienten werden nicht von sich aus ihr Verhalten plötzlich ändern – sie müssen den Nutzen erkennen.

Selbstzuweisenden im niedergelassenen Bereich besser oder gleich gut versorgt hätten werden können. Kurz gesagt: Man geht ins Spital, weil es möglich ist. Die e-card ist dafür die Eintrittskarte und stellt es den Patientinnen und Patienten frei, welches Angebot im öffentlichen Gesundheitswesen in Anspruch genommen wird. Die Berechnung von Einsparungen durch die Verlagerung von stationär auf ambulant sowie von der Ambulanz in den niedergelassenen Bereich zeigt deutliches Potenzial auf. „Allein die Einsparmöglichkeiten durch Steuerungsmaßnahmen vom ambulanten Spitalsbereich in den niedergelassenen Bereich betragen rund 2,4 Mrd. Euro“, weiß Biach. Geld, das man gut in den Bau von Ärztezentren, die Finanzierung von Digitalisierungsmaßnahmen, Medizintechnik und die Stärkung von Prävention investieren könnte. „Daraus könnte ein Wertschöpfungseffekt in Höhe von 1,36 Mrd. Euro jährlich folgen, was einen Beitrag zum Bruttoregionalprodukt von 1,52 Mrd. Euro bedeutet. Zudem sichern wir damit 17.150 Arbeitsplätze jährlich“, rechnet Biach vor.

## Verlagerung muss gesteuert werden

Klar ist: Patientinnen und Patienten werden nicht von sich aus ihr Verhalten plötzlich ändern. Sie müssen davon überzeugt werden, dass die Wahl des richtigen Touchpoints im Gesundheitswesen für sie auch ein besseres Ergebnis entlang der Patientenjourney bringt. Unter dem Motto „1450 first“ hat sich schon während der Pandemie gezeigt, dass Patientinnen und Patienten durchaus lernfähig sind. Die telefonische Gesundheitsauskunft mit der österreichweiten Rufnummer 1450 wurde im Jahr 2017 in den Pilotregionen Wien, Niederösterreich und Vorarlberg eingeführt und zwei Jahre später österreichweit ausgerollt. Beim Anrufen von 1450 wird man durch einen von Expertinnen und Experten erstellten Fragebaum geführt, der neben persönlichen Daten das gesundheitliche Problem erhebt. Abschließend wird den Anrufernden eine Empfehlung zur weiteren Vorgangsweise gegeben. „1450 könnte mit einigen Adaptierungen als zentrales Steuerungselement für die Realisierung des Grundsatzes digital vor ambulant vor stationär verwendet werden“, ist Biach überzeugt und ergänzt: „Dazu gehört etwa eine Online-Entscheidungshilfe im Krankheitsfall als niederschwellige Gesundheitsberatung. Steht eine App zur Verfügung, kann die Wartezeit für die Datenerhebung reduziert werden und einfache Entscheidungshilfen oder Tipps zur Selbstversorgung schon vorab geboten werden.“ Zudem kann allen Krankenversicherten via 1450 eine telemedizinische Beratung ermöglicht

© LUDWIG SCHEDL



PRÄGNANT

## Hält man sich an die Reihenfolge, also immer zuerst 1450 anzurufen und anschließend den dort vorgeschlagenen Pfad durch das Gesundheitssystem zu gehen, könnten beispielsweise die Rezeptgebühren erlassen werden.

Alexander Biach

werden. Auch eine telemedizinische Beurteilung durch eine Ärztin oder einen Arzt sowie das Ausstellen von E-Rezepten soll auf diesem Weg möglich sein. Für gesetzliche Krankenversicherte kann eine Online-Terminvergabe digital zum „Best Point of Care“ leiten. „Das kann je nach individuellem Bedarf durch eine Terminservicestelle, die telefonisch oder via App erreicht werden kann, erfolgen. Der Vorteil ist, dass Wartezeiten so deutlich verringert werden können. Für die Vergabe von Facharztterminen sollte eine vorgehende telemedizinische Konsultation verpflichtend sein“, schlägt Biach vor.

Um den Versicherten einen entsprechenden Anreiz für die Nutzung eines solchen Angebots zu geben, könnte die Rezeptgebühr erlassen werden.

„Hält sich eine Patientin oder ein Patient an die Reihenfolge, also immer zuerst 1450 anzurufen und anschließend den dort vorgeschlagenen Pfad durch das Gesundheitssystem zu gehen, müssen keine Rezeptgebühren bezahlt werden“, beschreibt Biach einen möglichen Weg.

Auch der Ausbau der Primärversorgung könnte ein Anreiz sein, auf den Weg ins Spital zu verzichten, denn „Krankenhäuser vermitteln den Eindruck, alles unter einem Dach zu haben und damit schneller und besser versorgen zu können. Genau das ist es, womit Primärversorgungseinheiten in vielen Fällen punkten. Viele haben auch erweiterte Öffnungszeiten“, so der Experte, der moderne Primärversorgungseinheiten (PVE) als Lösung für viele Probleme im Ge-

sundheitswesen sieht: „Die Spitalslastigkeit kann reduziert werden, die Kosten werden gesenkt, für Ärztinnen und Ärzte sind PVEs attraktive Arbeitsplätze.“

### Freie Arztwahl oder Gatekeeper: Lernen von Europa?


Österreich ist bei der freien Arztwahl und fehlender Patientenlenkung einmal mehr ein Land der Seligen, wie ein Blick über die Grenzen zeigt. In Deutschland nehmen Hausärztinnen und Hausärzte eine zentrale Stellung in der Gesundheitsversorgung ein. Sie sind für die Koordination der Behandlungen, das Beraten bei Therapieentscheidungen und Behandlungswegen sowie die Überweisung an Kliniken oder Fachärztinnen und -ärzte zuständig. Wenn ein Versicherter einen Wahltarif für hausarztzentrierte Versorgung abschließt, verpflichtet er sich gegenüber seiner Krankenkasse für ein Jahr, ausschließlich einen bestimmten Hausarzt zu konsultieren und immer als Erstanlaufstelle zu nutzen. Dafür werden den Patientinnen und Patienten von ihrer Kasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen gewährt. Telemedizinische Anwendungen, wie die Videosprechstunde und das Telekonsil wurden 2017 infolge des E-Health-Gesetzes eingeführt und ausgebaut.

In Dänemark sind Notfallambulanzen, Zahnärzte, Chiropraktiker, Hals-, Nasen-, Ohren- und Augenfachärztinnen und -ärzte ohne Zuweisung frei zugänglich. Sonst haben Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner eine Gatekeeping-Funktion. Die Anzahl an Gruppenpraxen mit durchschnittlich zwei bis vier Ärztinnen und Ärzten und zwei Pflegefachkräften ist steigend und wird vom Gesundheitsministerium gefördert. Außerhalb von Öffnungszeiten werden Dienste durch Genossenschaften von Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner selbst organisiert. Außerhalb der Hauptstadt ist Telefontriage durch Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner Standard. Telemedizin ist ein gut ausgebautes und akzeptiertes System. Nur 2 % der Bevölkerung wählen ihren Gesundheitsdienstleister

frei und zahlen einen Selbstbehalt. Spitalsambulanzen sind hauptsächlich für die Diagnose, Untersuchungen und Behandlungen im Vorfeld von Spitalsaufenthalten zuständig. Notfallambulanzen und Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in Arztpraxen sind für Notfälle sehr gut ausgestattet.

Dänemarks nationale digitale Gesundheitsinfrastruktur ist von einem hohen Maß an Vertrauen vonseiten der Öffentlichkeit und hoher IT-Sicherheit geprägt. Den Menschen den leichten Zugriff auf ihre persönlichen Gesundheitsdaten zu ermöglichen, hat dazu beigetragen, die öffentliche Gesundheitskompetenz zu verbessern.

In Großbritannien ist die Struktur des ambulanten und klinischen Systems stark auf Allgemeinärztinnen und -ärzten aufgebaut. Sie übernehmen die hausärztliche Versorgung und können zu Fachärztinnen und -ärzten überweisen. Patientinnen und Patienten haben ausschließlich im Rahmen von Notfällen die Möglichkeit, Kliniken direkt zu besuchen. In Großbritannien gibt es keine gesetzlichen Krankenversicherungen. Die Abrechnung der Kosten des Gesundheitssystems übernimmt das National Health Service (NHS). Eine Behandlung außerhalb des NHS ist zwar möglich, erfordert allerdings eine private Krankenversicherung oder eigenständige Zahlung der Kosten. Dafür entscheiden sich etwa 20 Prozent der Bevölkerung.

„Ein Gesundheitssystem kann nicht immer alle Wünsche von Patientinnen und Patienten bedienen, das tut es jetzt auch nicht. Um mit den vorhandenen Ressourcen haushalten zu können, ist ein Lenkungsmechanismus unausweichlich. Damit wollen wir den Betroffenen keinesfalls die Kompetenz und die gemeinsamen Entscheidungsfindung auf Augenhöhe absprechen“, betont Biach. Über ein Gatekeeper-System mit passenden Anreizen werden Ressourcen geschont und sinnvoll umverteilt. Das führt zu mehr Patientensicherheit und höher Zufriedenheit bei allen im System: den Patientinnen und Patienten, aber auch den Anbieterinnen und Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen. 



# Gesundheit zukunftsfähig machen

## ÖSTERREICHS GESUNDHEITSSYSTEM IST STARK FRAGMENTIERT UND IN HOHEM MASS KRANKENHAUSZENTRIERT.


Die Folge sind enorme Herausforderungen bei der Finanzierung, um die Versorgung der in Österreich krankenversicherten Menschen bei hoher Qualität beizubehalten. | von Mag. Renate Haiden, MSc

**E**in Schlüssel, diesen Herausforderungen zu begegnen, ist die Lenkung von Patientenströmen aus den Spitalsambulanzen zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie das Einsparungspotenzial bei der Anzahl der Belagstage im Krankenhaus zu nutzen. „Wir benötigen dazu ein Set an Maßnahmen, das von digitalen Lösungen und Anreizsystemen bis zum Ausbau der Primärversorgung und einer starken Prävention reicht. Ich bin überzeugt, dass wir damit Einsparpotenziale realisieren können, die derzeit bei rund 2,45 Milliarden Euro liegen“, sagt Dr. Alexander Biach, Direktor Stv. der Wirtschafts-

kammer Wien, Leiter des Spitzenthemas „Gesundheitsmetropole“ im Rahmen der Strategie „WIEN 2030 – Wirtschaft & Innovation“.

### Steuerung erforderlich

Derzeit scheint der Weg dorthin aber noch ein weiter zu sein. Der Kostendruck, die Überlastung des Gesundheitspersonals und unzufriedene Patientinnen und Patienten dominieren die tagespolitische Diskussion. Dabei wünschen sich doch alle Beteiligten im Grund das Gleiche: ein sicheres, effizientes, qualitatives, planbares und ressourcengerechtes Gesundheitssystem. Gute Hinweise auf mögliche Optimierungs-

potenziale gibt die Patientenjourney. Sie zeigt, wo, wie und wann Betroffene das System in Anspruch nehmen und ist damit ein guter Wegweiser für künftige strategische und operative Entscheidungen sowie für konkrete Ansätze zur Verbesserung. Sie zeigt vor allem auch Ineffizienzen auf und folgt derzeit einem sehr traditionellen Ansatz: Patientinnen und Patienten können zu einem hohen Grad selbst entscheiden, wie sie das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Die Folge ist klar: Man geht dorthin, wo man sich am besten aufgehoben fühlt, und das ist in den überwiegenden Fällen das Spital. Dort stehen rund um die Uhr hochspezialisierte 



PRÄGNANT

Ressourcen zur Verfügung, die den vermeintlich besten Point of Service bieten. Dass es auch meist der teuerste ist, kommt bei den Patientinnen und Patienten meist nicht an. In weiterer Folge führt das zu Auswirkungen, die niemand in diesem System gutheißt: sinkende Produktivität, steigendes Risiko und weniger Qualität. Einen Ausweg aus der Misere liefert das Konzept „digital vor ambulant vor stationär“.

### Einer der wichtigsten Faktoren, der all das beeinflusst, ist der Erstkontakt, den eine erkrankte Person wählt oder angeboten bekommt.

Alexander Biach

#### Erstkontakt entscheidet

„Die Betrachtung der individuellen Reise durch das Gesundheitssystem erlaubt, nicht nur den Blickwinkel des Betroffenen einzunehmen, sondern auch Abläufe und Schnittstellen, Transparenz und Wertschöpfung in der Kette zu erkennen. Einer der wichtigsten Faktoren, der all das beeinflusst, ist der Erstkontakt, den eine erkrankte Person wählt oder angeboten bekommt“, beschreibt Biach. Und der erfolgt häufig im Spital. Diese Krankenhauszentrierung erklärt zum Teil auch die im europäischen Vergleich hohen Kosten. „Durch Finanzierungsregelungen für Leistungen der Krankenanstalten werden Anreize zur stationären Aufnahme erzeugt, auch dort, wo ambulante



oder tagesklinische Versorgung angebracht wäre. Das ergibt sich in den Fällen, in denen ambulante und niedergelassene Behandlungen für bestimmte Interventionen zwar möglich wären, aber keine Abrechnungsmöglichkeiten nach dem LKF-Punktesystem oder dem Gesamtvertrag vorgesehen sind“, erklärt der Experte die Entwicklung. So wird die Behandlung stationär teurer erbracht als notwendig, zudem wirkt es dem Ziel des Bettenabbaus entgegen. Der Forderung nach „ambulant vor stationär“ kommt nun mit der Art. 15.a Vereinbarung zur Zielsteuerung-Gesundheit mehr Bedeutung zu. Auch der sukzessive Ausbau der Primärversorgung unterstützt den Trend, Leistungen aus dem Spital in die Niederlassung zu bekommen.

#### Potenziale von stationär zu ambulant

Das Ungleichgewicht von Kosten und Reichweite, das zwischen niedergelassenen Vertrags-

Alexander Biach, Direktor Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien.

ärzten, Spitalsambulanzen und im stationären Spitalsbereich herrscht (s. Tabelle), ist zwar durch die unterschiedliche Komplexität der Behandlungen zu erklären, bietet aber dennoch hohes Optimierungspotenzial. Dazu muss die Frage geklärt werden, welche Leistungen aus dem stationären Bereich in den ambulanten Spitalsbereich und den niedergelassenen Bereich verlagert werden können und was dazu für Voraussetzungen geschaffen werden müssen. Fortschritte in der Medizintechnik bieten den Rahmen, dass mehr chirurgische Eingriffe pro Tag möglich sind und viele davon tagesklinisch abgewickelt werden können. Das verkürzt die Behandlungsdauer und spart Ressourcen, ohne dass dabei die Qualität der Versorgung leidet. Aufgrund der im stationären Bereich steigenden Kosten wurde im Bundeszielsteuerungsvertrag 2017 das operative Ziel „Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen“ festgelegt. Darin wurden 14 Leistungsbündel festgelegt, die vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden sollten, wie zum Beispiel Katarakt-, Hernien- oder Varizenoperationen.

### Gelingt eine Verlagerung von stationär in den ambulanten Bereich, so würden im Schnitt 770 Euro pro Tag, das sind die Kosten pro Bett ohne Behandlung, wegfallen.

Alexander Biach

„Gelingt eine Verlagerung von stationär in den ambulanten Bereich, so würden im Schnitt 770 Euro pro Tag, das sind die Kosten pro Bett ohne Behandlung, jedenfalls wegfallen. Für die in der Zielsteuerung genannten Leistungsbündel ergibt sich bei konservativen Schätzungen bei extrakapsulären Kataraktoperationen mit Linsenimplantation ein Sparpotenzial von rund 9,6 Mio Euro“, rechnet Biach vor. Ähnliche Kalkulationen zeigen bei Varizen ein Potenzial von 5,2 Mio Euro und bei Leistenhernien-Operationen sogar knapp 14,3 Mio Euro und bei Tonsilien weitere 18,7 Mio Euro.

„Beispielhaft kann alleine bei den ausgewählten chirurgischen Interventionen in Summe ein Einsparungspotenzial von rund 47,8 Mio. Euro errechnet werden. Mehr Konsequenz bei den im Zielsteuerungsvertrag genannten medizinisch möglichen Interventionen würden hier noch mehr Möglichkeiten eröffnen“, so Biach abschließend. P

Alexander Biach fordert mehr Konsequenz bei den im Zielsteuerungsvertrag genannten medizinisch möglichen Interventionen, denn diese würden mehr Möglichkeiten für Einsparungen eröffnen.

	Kosten pro Fall Euro	Gesamtaufwand Euro	Reichweite Patienten
Stationärer Spitalsbereich	6.561	12.548 Mio.	2 Mio.
Ambulanter Spitalsbereich	432	3.859 Mio.	8,9 Mio.
Niedergelassener Allgemeinmedizinischer Facharztbereich	100,5	10.428 Mio.	132,3 Mio.



# Auswirkung privater Investoren in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen

Die von der **ÖFFENTLICHKEIT ZU TRAGENDEN KOSTEN FÜR GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEME SIND BETRÄCHTLICH**. In Folge werden die öffentlichen Versorgungsnetze immer weitmaschiger und die medizinisch-pflegerische Versorgung der Bevölkerung dadurch zunehmend schwieriger. Womit sich für Hon. Prof (FH) Dr. Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der AK Niederösterreich die Grundsatzfrage stellt, ob Langzeitpflege und Gesundheitsversorgung eine öffentliche Dienstleistung oder eine Dienstleistung im öffentlichen Interesse ist. | von Rainald Edel, MBA

In Kombination mit starken politischen Liberalisierungstendenzen auf europäischer und nationaler Ebene hat der durch die Maastricht-Kriterien auferlegte Sparsamkeitszwang der öffentlichen Budgets dazu geführt, dass in mehreren Staaten Europas seit den 1980er-Jahren der Einstieg von privaten Investoren in den Gesundheitsbereich gesucht, geduldet bzw. damit erst ermöglicht wurde. „Auch Österreich blieb von diesem Trend nicht verschont, wenn gleich nur einige Bereiche davon betroffen sind“, erklärt Bernhard Rupp. So wirke das einzigartige österreichische LKF-System, die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, mit seinen volatilen Punktwert „gleichsam als abschreckende Giftpille für Investoren“. Wodurch, so Rupp, der operative Akut-Krankenhausbereich in Österreich wenig interessant für private Investoren sei. Anders hingegen verhalte es sich bei der Errichtung und dem Betrieb von Gebäuden für Krankenhäuser und Pflegeheime. „Hier werde in Österreich von den Betreibern gerne auf Immobilien- und Bau-Leasing-Modelle zurückgegriffen, um die Fremdkapitalquote gering zu halten und so dem Sparsamkeitsgebot der Maastrichtkriterien zu entsprechen“, erklärt Rupp. Aus seiner Sicht seien alle Versorgungsbereiche, in denen Tagsätze bezahlt werden, wie beispielsweise REHA-Zentren für Erwachsene, Kinder- und Jugendliche sowie Pflegeheime für (Teil-) Privatisierungsprojekte durchaus attraktiv. Einige kleinere Sozialversicherungsträger sind in der jüngeren Vergangenheit gezielt in sogenannte Public-Private-Partnerships eingestiegen. „Nun könnte sich allerdings durch die Gesundheitsreform 2024 das Betätigungsfeld privater Investoren deutlich erweitern und in die eigentliche Gesundheitsversorgung vordringen“, warnt Rupp. Möglich werde dies, wenn es zu einer Abkehr von der bislang strikt auf ärztliche Betreiber beschränkten Gründungsmöglichkeit für Primärversorgungseinheiten komme. Wie realistisch dieses Szenario ist, zeigten die ersten medialen Interessenbekundungen aus dem Bankensektor, die ankündigten, künftig in Primärversorgungseinheiten abseits der Ballungszentren investieren zu wollen. Wohin das führt und welche Dimension das annehmen kann, zeigt das Beispiel Schweiz, wo seit vielen Jahren eine große Lebensmittelhandelskette als mittlerweile größter privater Dienstleister in der Hausarztmedizin tätig ist.

## Regulatorische Vorgaben schützen Pflegebereich

Private Betreiber von stationären Pflegeeinrichtungen bestehen in Österreich seit vielen Jahren und haben ihre regionalen Nischen. Allerdings erschweren regulatorische Vorgaben den Einstieg von großen Investoren, weshalb bisher kaum Finanzinvestoren im Pflegesektor aktiv sind. „Nur einige wenige strategische Investoren, wie der börsennotierte Pflegekonzern Orpea, haben den Sprung nach Österreich gewagt“, schildert Rupp. Dies könne als Effekt einer strengeren Re-

gulierung angesehen werden. Zudem sei auch die vergleichsweise geringe Größe des föderal-zersplitterten Pflegeheimmarktes für die meisten (internationalen) Investoren wenig attraktiv. In fünf österreichischen Bundesländern sind ausschließlich gemeinnützige Betreiber von Pflegeheimen zugelassen. Aus dies stellt, so Rupp, eine weitere, potentielle Einschränkung für bestimmte Investorentypen dar. Allerdings zeigt sich, dass strategische Investoren wie Orpea auch in diesem Rahmen expandieren können. Deren Geschäftsmodell basiert unter anderem darauf, Zielmärkte mit komplexeren regulatoriven Rahmen zu erschließen, da hier ein geringerer Konkurrenzdruck herrscht.

## Kritische Stimmen

Die durch die demografische Entwicklung notwendigen Ausbaumaßnahmen in der stationären Pflege beleben nunmehr wieder die Diskussion, ob und in welchem Ausmaß und unter welchen Bedingungen private Investoren an den notwendigen Ausbauplänen beteiligt werden sollen. Allerdings werden auch Stimmen laut, die vor einer möglichen Fehlentwicklung warnen und ein Umdenken anregen.

So hat schon 2018 der ehemalige deutsche Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU), auf die Frage, „ob ein kapitalmarktgetriebenes Fokussieren auf zweistellige Renditeerwartungen angemessen wäre“, in einem Gastbeitrag für das deutsche „Handelsblatt“ geschrieben: „Und wenn ich mir einen so personalintensiven Bereich unseres Sozialwesens anschau, dann lautet meine Antwort: Eher nicht!“ Er betonte, dass der Markt in der Pflege kein Selbstzweck sei, sondern Mittel zum Zweck. In diesem Sinne seien zweistellige Renditen für marktwirtschaftlich orientierte Pflegeheimbetreiber und deren Investoren – welche letztlich aus Steuergeldern und Beiträgen der Bürgerinnen und Bürger finanziert werden – unangemessen.

Trotz massiver Kritik, insbesondere aus den eigenen Reihen der CDU/CSU, war der Spahn'sche Vorschlag weit über die Landesgrenzen hinaus hörbar und hat in bestimmten politischen Kreisen und Medien auch zu Diskussionen zu den (finanziellen und gesundheitlichen) Auswirkungen des verstärkten Engagements Privater in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in Österreich und zur Formulierung kreativer alternativer Ansätze geführt. So hat etwa der ORF Ende 2023 einen kritischen Beitrag zu Analysen betreffend den US-Amerikanischen Gesundheitsmarkt unter der Überschrift „Privatkapital verschlechtert Gesundheitswesen“ online gestellt.

## Umsetzung der Idee der „purpose economy“

Als notwendiger erster Schritt zur Sicherung leistbarer und qualitativ guter Versorgung werden etwa in der Literatur<sup>1</sup> und durch die Beispiele Schwedens sowie demnächst Deutschlands folgende Zugangsvoraussetzungen für den Betrieb von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen vorgeschlagen:


Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der AK Niederösterreich



1. Purpose-Orientierung: ein Unternehmen dient nicht der Kapitalmaximierung, sondern verfolgt einen darüberhinausgehenden Purpose. Dieser Purpose sowie die nachfolgenden Grundsätze werden in der Unternehmenskonstitution dauerhaft verankert. Es ist anzunehmen, dass sich auf diese Weise das Vertrauen in Gesundheitseinrichtungen steigen lässt und diese so auch für Mitarbeitende attraktiver werden.

2. Kapitalbindung: Sowohl die Gewinnentnahme als auch die Einbehaltung von Liquidationslösen durch Eigentümer sind nicht möglich. Die Gewinnerzielung dient dem Wachstum und der Ermöglichung von Investitionen, die einer noch besseren Zielerreichung für Kunden und Mitarbeitende dienen. Das Kapital bleibt somit für die eigentliche Zweckverwirklichung des Unternehmens erhalten.

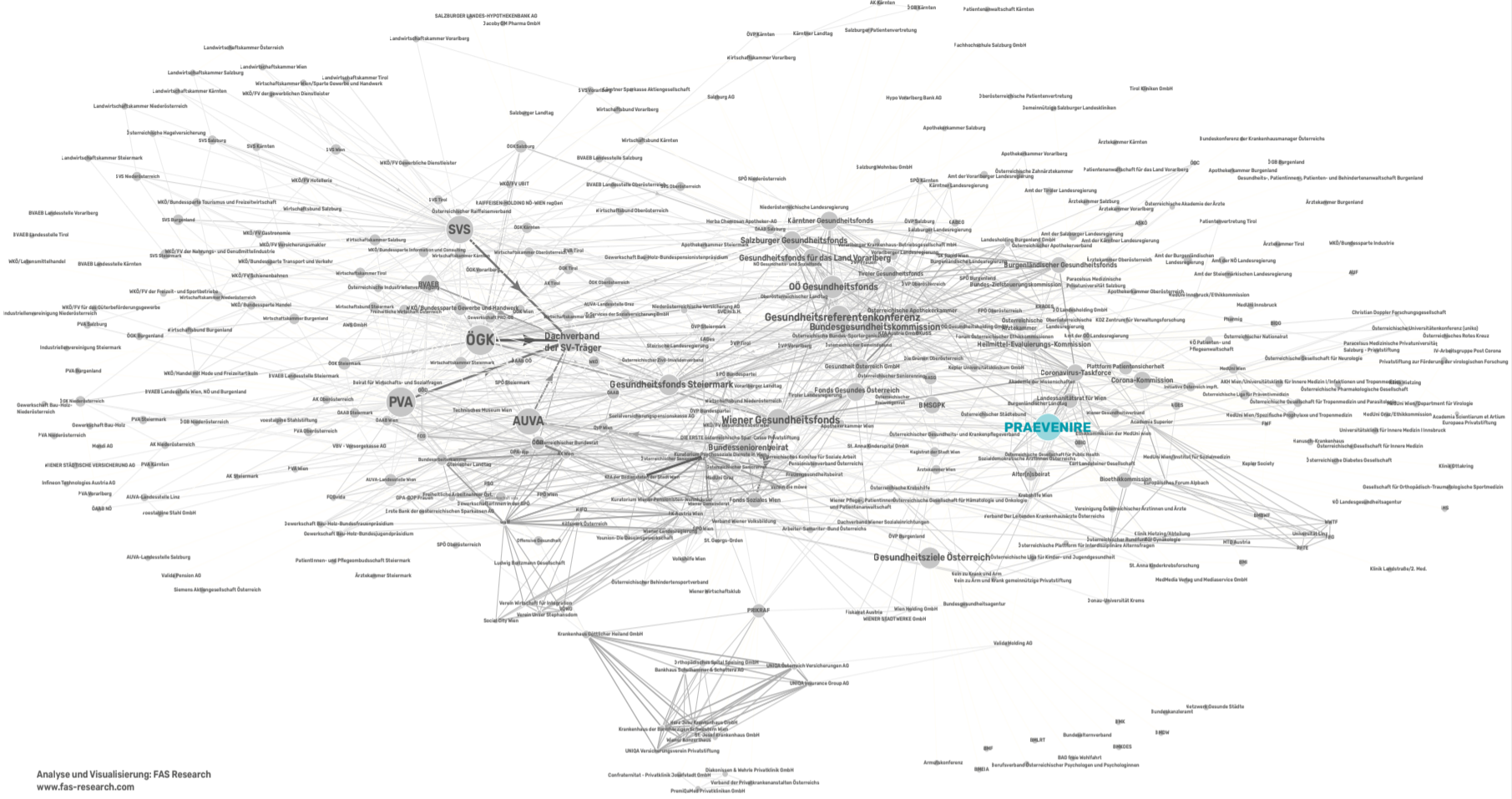
3. Selbstbestimmung: Die Stimmrechte und damit die Kontrolle über das Unternehmen liegt bei Menschen, die mit dem Unternehmen langfristig verbunden sind; eine Veräußerung oder Vererbung von Stimmrechten ist ausgeschlossen. Die Rolle des Unternehmers ist in einem Purpose-Unternehmen demnach eine andere als in klassischen Unternehmen: Der Unternehmer hat die Funktion eines Treuhänders, der in erste Linie der Erfüllung des Purpose des Unternehmens verpflichtet ist und seine eigenen Interessen dieser unterordnet.

„An der Stärkung der öffentlichen Finanzen, der Sicherung von Rahmenbedingungen zu Ausbau öffentlich geführter Pflege- und Gesundheitseinrichtungen (z. B. Primärversorgungszentren), an der Forcierung einer gemeinwohlorientierten Immobilienbewirtschaftung, der Stärkung von brauchbaren Whistleblower-Systemen etwa zu Meldung von qualitätsrelevanten Problemen wird wohl kein Weg vorbeiführen, wenn die öffentliche Hand verstärkt die Verantwortung für die Herausforderungen der Daseinsvorsorge übernehmen soll“, erklärt Rupp abschließend. Aus seiner Sicht wäre die Herausnahme öffentlicher Dienstleistungen aus den Binnenmarkt-„Maastricht“-Regeln sowie aus diversen Freihandels- und Investitionsabkommen zur Stärkung der „public services“ hilfreich. 

## Quelle:

<sup>1</sup>nach: Hoffmann, Felix and Schumacher, Helge. "Rechtliche Gestaltungsmöglichkeiten der Purpose Economy im Gesundheitswesen" Public Health Forum, vol. 30, no. 3, 2022, pp. 180-184. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2022-0034>

# PRAEVENIRE im Gesundheitsnetzwerk Österreich



Analyse und Visualisierung: FAS Research  
www.fas-research.com

## Netzwerk-Ranking der Organisationen

Rang	Institution	Zentralität
1	Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)	100
2	PVA	97
3	SVS	84
4	PRAEVENIRE-Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung	81
5	AUVA	77
6	Gesundheitsreferentenkonferenz	61
7	Wiener Gesundheitsfonds	58
8	Dachverband der Sozialversicherungsträger	56
8	OÖ Gesundheitsfonds	56
10	Gesundheitsziele Österreich	50
11	Bundesgesundheitskommission	48
11	Gesundheitsfonds Steiermark	48
13	Bundesseniorenbeirat	44
14	Gesundheitsfonds für das Land Vorarlberg	37
14	Salzburger Gesundheitsfonds	37
16	BVAEB	35
16	Fonds Gesundes Österreich	35
16	Kärntner Gesundheitsfonds	35
19	Corona-Kommission	34
20	Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK)	32