

In Kooperation mit dem PRAEVENIRE Gesundheitsforum.

PERISKOP

122

APR 2025

Standpunkte.
Dialog.
Konsens.

Die neutrale
Plattform
zum offenen
Meinungs-
austausch.



Maschinen können Empathie nicht ersetzen

Interview mit Christine Reiler

**Kindergesundheit
neu gedacht**
Markus Wieser

**Lungenkrebs braucht
Früherkennung**
Arschang Valipour

**Harm Reduction
verstehen**
Bernhard Rupp



PEOPLE

Gesundheit stärken: Ansätze in der Bildungspolitik

Studien belegen deutlich, dass aus gesunden Kindern später einmal gesunde Erwachsene werden. daher müssen Prävention und Gesundheitsbildung schon früh ansetzen – am besten im Setting Kindergarten. Einblick in die Aktivitäten und Pläne der Bundesregierung zu diesen Themen gibt Christoph Wiederkehr, MA, Bundesminister für Bildung.

- 4 **Maschinen können Empathie nicht ersetzen** – Interview mit Christine Reiler
- 6 **Gesundheit stärken: Ansätze in der Bildungspolitik** – Interview mit BM Christoph Wiederkehr
- 8 **Neue Ansätze für eine bessere Versorgung** – das neue innovative Modell von Markus Wieser
- 10 **Weil jede Kindheit zählt** – Kinderchirurgie im Fokus – Dr. Valeria Solari

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	Mag. Renate Haiden, MSc, Karl Innauer, Michaela Meier, Mag. Ella Rosenberger, Paul Schnell, Mag. Julia Wolkerstorfer, Wolfgang Wagner
Foto Cover	Ben Leitner
Grafik Design	Martina Eichhorn, Manuela Pöschko
Druck	Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG
Auflage	6.000 Erscheinungsweise: 6x 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

Von einer Vision zu einem anerkannten Berufsbild – Die OEGO Fachtagung 2025

Die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie (OEGO) feiert ihr 30-jähriges bestehen und richtet auf ihrer aktuellen Jubiläumstagung den Blick konsequent nach vorne. In einer Zeit, in der das österreichische Gesundheitswesen mit strukturellen Herausforderungen, einem demografischen Wandel und steigenden Kosten konfrontiert ist, positioniert sich die Osteopathie ganz klar als Teil der Lösung.

- 12 **Von einer Vision zu einem anerkannten Berufsbild** – Die OEGO Fachtagung 2025
- 14 **Brustkrebs schonender besiegen** – St. Gallen Breast Cancer Conference in Wien
- 16 **Neustart in der Gesundheitspolitik** – PRAEVENIRE Jahres-Presskonferenz
- 18 **Selten, aber nicht allein: Dr. Christina Müller**



PIONIERE

Solidarität statt Sparzwang

Der Frage, warum wir aktuell mehr denn je ein solidarisches Gesundheitssystem brauchen und warum dieser Ansatz sehr breit diskutiert werden muss sowie interdisziplinäre Perspektiven benötigt, ist Mag. Claudia Neumayer-Stickler, Vorsitzende der Konferenz der Sozialversicherungsträger, kürzlich nachgegangen.

- 20 **Solidarität statt Sparzwang** – Mag. Claudia Neumayer-Stickler
- 21 **Buchpräsentation** – Peter Klein: Rauch
- 22 **Kolumne »360° Blick«** von Pro Rare Austria
- 23 **Gesund versorgen – ohne liegen zu bleiben: Ambulantisierung im Fokus**
- 24 **Neue Parameter in der Versorgung: Die Pläne der ÖGK**
- 27 **Lungenkrebs: ein unterschätztes Risiko**

© ROLAND RUDOLPH, BEN LEITNER, KRISTIAN JUHASZ

SAVE THE DATE



34

P

PLATTFORMEN

Digitalisierung: Leadership ist gefragt

Im Rahmen des 7. PRAEVENIRE Digital Health Symposions mit Expertinnen und Experten aus Politik, Sozialversicherung und Praxis wurde deutlich, dass die Digitalisierung kein Selbstzweck ist, sondern der Schlüssel zu einem finanzierbaren, zukunftsfitten Gesundheitssystem sein muss.

- 28 Gesundheit neu denken – PRAEVENIRE Jahres-Presskonferenz 2025
- 30 Primärversorgungseinheiten: Ein niederschwelliger Zugang zu Impfungen?
- 33 Primärversorgung in der Abwärtsspirale – Naghme Kamaleyan-Schmied
- 34 Digitalisierung: Leadership ist gefragt



42

P

PORTFOLIO

Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil der Unternehmensentwicklung

In aktuellen Arbeitswelten gewinnt das Thema Mitarbeitergesundheit an Bedeutung. Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) unterstützt Unternehmen dabei, strukturierte und nachhaltige Prozesse zu etablieren, die sich mit dem Wohlbefinden der Belegschaft befassen. Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) stellt mit dem BGF-Gütesiegel ein Instrument bereit, um entsprechende Prozesse sichtbar zu machen. Ziel ist es, Arbeitsbedingungen zu verbessern und gesundheitliche Belastungen zu reduzieren.

- 42 Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil der Unternehmensentwicklung
- 44 Patientenrechte: Wer hilft, wenn keiner zuständig ist?
- 47 Diabetes: integrierte Versorgung und digitale Unterstützung erforderlich



36

P

POLITIK

Digitalisierung muss Nutzen stiften

Das 7. PRAEVENIRE Digital Health Symposion etablierte sich auch heuer wieder zum Hotspot rund um Fragen der Digitalisierung im Gesundheitsbereich und schloss mit konkreten Vorschlägen aus rund 50 Impulsen in acht Sessions, drei Plenumsdiskussionen und zahlreichen Netzwerkpausen ab.

- 36 Digital Health Symposion – Digitalisierung muss Nutzen stiften
- 38 Digital Health Symposion – Der Countdown läuft
- 40 Digital Health Symposion – Diagnosecodierung: Mehr als nur Statistik



51

P

PRÄGNANT

Unsichtbare Wunden, spürbare Folgen

Immer mehr junge Menschen kämpfen mit der Psyche – und ein unzureichendes Versorgungssystem verschärft die Lage zusätzlich. Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer, Leiterin der Suchtforschung und -therapie an der MedUni Wien, fordert entschlossene Maßnahmen für eine bessere Betreuung und eine wirksame Suchtprävention.

- 48 Bessere Lebensqualität bei Lungenkrebs
- 51 Suchtprävention und mentale Gesundheit: Unsichtbare Wunden, spürbare Folgen
- 52 Harm Reduction – Schlüssel zur tabakfreien Generation 2040
- 54 Nur vergesslich oder doch dement? – Fokus Hirngesundheit

© KRISZTIAN JUHASZ (3), ÖGK



10. PRAEVENIRE GESUNDHEITSTAGE
in Eisenstadt 2025

in f www.praevenire.at

8.-10.
OKT.



PEOPLE

Maschinen können Empathie nicht ersetzen

Sie ist Ärztin, Fernsehmoderatorin, Gesundheitsaufklärerin und Autorin: Dr. Christine Reiler, bekannt aus dem ORF-Magazin „Bewusst gesund“ oder „G’sund in Österreich“. Die Medizinerin gibt im Gespräch Einblick in ihre frühe Prägung als „Ärztelkind“ sowie **DIE HERAUSFORDERUNGEN DER MEDIZINISCHEN KOMMUNIKATION IN ZEITEN VON SOCIAL MEDIA.** | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Maschinen können vieles – Diagnosen unterstützen, Abläufe optimieren, Zeit sparen. Doch eines können sie nicht: echte Empathie zeigen. Für Dr. Christine Reiler, Ärztin, Fernsehmoderatorin und Gesundheitskommunikatorin, ist genau das der Kern medizinischer Arbeit. Für sie ist klar: Gesundheitsversorgung ist mehr als Technik und Wissen und sie braucht unbedingt die menschliche Komponente.

PERISKOP: Medizin zu studieren, erfordert viel Geduld, Berufung und Arbeitseifer. Wie kam es bei Ihnen zu dieser Wahl und was macht den Beruf so besonders für Sie?

REILER: Ich bin ein klassisches Ärztelkind. Mein Vater ist Unfallchirurg und Orthopäde. Schon als kleines Kind war ich mit ihm auf Visite und ich erinnere mich, dass mir das von Anfang an gefallen hat. Es war weniger das „Gott in Weiß“-Image, das mich fasziniert hat, sondern vielmehr

die Zusammenarbeit mit Menschen. Ich fand es schön zu sehen, dass man im medizinischen Beruf nie allein agiert, sondern im Team. Und diese soziale Komponente ist bis heute für mich das, was den Beruf so besonders macht. Ich habe zwischendurch andere Dinge ausprobiert – ein bisschen Musical, ein bisschen Wirtschaft –, aber nichts davon war so erfüllend wie die Medizin. Und ich muss sagen: Ich würde es jederzeit wieder tun. Klar, das Studium ist anspruchsvoll, es braucht die Fähigkeit geduldig zu lernen und unbedingt ein gewisses Maß an Empathie.

Gab es eine Spezialisierung, die Sie besonders interessiert hat?

Ich bin ein Hands-on-Typ. Ich habe es immer geliebt, in der Ambulanz zu arbeiten, kleine Eingriffe zu machen, das Schneiden, Nähen und Versorgen. Ich habe auch mit der Ausbildung zur Dermatologin begonnen und sie zur Hälfte abgeschlossen. Aber wie es vielen Frauen geht, hat dann mein erstes Kind vieles verändert. Ich habe den Turnus beendet, aber die Facharztausbildung war zeitlich einfach nicht mehr unterzubringen. Das war damals eine bewusste Entscheidung – und ich bereue sie nicht.

Das Internet und Social Media haben die Rolle der Ärztin und des Arztes verändert. Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung hält aber nicht Schritt.

Christine Reiler

Sie sind auf unterschiedlichen Bühnen aktiv geblieben, doch der Fokus Gesundheit ist geblieben. Wie sehen Sie das österreichische Gesundheitssystem heute – was funktioniert gut, was weniger gut?

Das ist eine schwierige Frage, weil mir in manchen Bereichen der tiefere Einblick fehlt, etwa in finanzielle und politische Zusammenhänge. Aber was ich beobachte, ist die zunehmende Zwei-Klassen-Medizin und das ist eine besorgniserregende Entwicklung. Viele Leistungen sind unterfinanziert, es fehlt an Personal, an Zeit, an Wertschätzung. Gleichzeitig haben wir aber auch ungeahnte Möglichkeiten in der Diagnostik, der Bildgebung oder der Labormedizin. Die personalisierte Medizin hat sich in den letzten Jahren enorm weiterentwickelt.

Welche Rolle spielt dabei der Ärztemangel?

Ich meine, dass es nicht hilft, wenn man junge Medizinerinnen und Mediziner nach dem Studium zwingt, im Land zu bleiben. Der Beruf lebt von Leidenschaft und von einer guten Portion Helfersyndrom. Wenn man diesen engagierten Menschen durch zu viele



Für das Medizinstudium ist vor allem die Fähigkeit geduldig zu lernen und ein hohes Maß an Empathie ausschlaggebend.

© BEN LEITNER

Einschränkungen die Freude am Beruf nimmt, wandern sie ab. So war es schon früher: Nach meinem Studium mussten viele vier Jahre auf einen Turnusplatz warten und sind dann einfach ins Ausland gegangen. Vor allem haben Skandinavien, Norwegen, Dänemark oder Schweden attraktive Lösungen geboten. Wenn man heute wieder ähnliche Hürden aufbaut, wird genau das wieder passieren.

Trotz aller Herausforderungen ist die Medizin aus Ihrer Sicht eine empfehlenswerte Branche. Was macht den Arztberuf für Sie so besonders?

Medizin ist ein Beruf, den man überall auf der Welt ausüben kann. Er ist vielfältig, sinnvoll und sinnstiftend. Und gerade heute, da künstliche Intelligenz und Digitalisierung vieles verändern, ist es umso wichtiger, dass es Menschen gibt, die sich wirklich um andere Menschen kümmern können und wollen. Es geht nicht nur um Medikamente oder technische Lösungen, sondern ganz oft um Zwischenmenschlichkeit. Ein gutes Gespräch kann heilsamer sein als jedes Rezept.

Wie erleben Sie die Veränderungen durch die Digitalisierung, vor allem mit Blick auf die Arzt-Patienten-Kommunikation?

Heute haben Patientinnen und Patienten Zugriff auf unendlich viele Informationen. Das Internet und zunehmend Social Media haben die Rolle der Ärztin, des Arztes verändert. Früher waren wir oft die einzige Quelle für Gesundheitswissen. Heute wird Dr. Google oft vor dem Arztbesuch konsultiert. Das ist problematisch, denn viele Informationen sind nicht überprüft und fördern das gefährliche Halbwissen. Gleichzeitig gibt es aber auch großartige technologische Errungenschaften: Computer, die Hautveränderungen analysieren, künstliche Intelligenz, die bei der Diagnostik unterstützt, oder die Telemedizin mit Monitoring-Funktionen, die Geld und Wege sparen – das sind alles Fortschritte, die ich sehr begrüße. Dennoch kann die Maschine Empathie nicht ersetzen. Es wird nie eine Software geben, die mit einer Patientin oder einem Patienten einfühlsam über ihre oder seine Diagnose spricht oder Trost spendet. Der Mensch bleibt eben unersetzlich.

In Ihren Büchern und Sendungen vermitteln Sie oft ganz bodenständige Gesundheitstipps. Gibt es etwas, das Ihnen besonders am Herzen liegt?

Ja, mein liebstes Hausmittel ist die gute alte Hühnersuppe. Das klingt banal, aber da steckt so viel drin: Studien zeigen, dass sie entzündungshemmend wirkt, wichtige Spurenelemente wie Zink oder Magnesium enthält. Und dann ist da noch die emotionale Komponente – das Gefühl von Geborgenheit, das viele aus ihrer Kindheit damit verbinden. Die Mutter, die Suppe kocht, das warme Bett, das Umsorgtwerden – all das ist Medizin für die Seele und genau diese emotionale Dimension geht in der rein technischen Betrachtung von Gesundheit oft verloren.

Viele gesellschaftliche Bereiche berichten von einem zunehmenden Autoritätsverlust – betrifft das auch die Medizin?

Es gibt heute eine generelle Tendenz, alles zu hinterfragen, das ist nichts Schlechtes, aber die Art und Weise hat sich verändert. Früher wurde im kleinen Kreis diskutiert, heute kommentieren 20 Leute einen Online-Artikel. Jeder hat eine Meinung und glaubt, es besser zu wissen. Das kann manchmal anstrengend sein, ist aber auch ein Spiegel unserer Zeit. Ich sehe es bei



Komplexe medizinische Themen müssen in Laiensprache übersetzt werden. Fachbegriffe, können oft mehr verwirren als helfen.

Christine Reiler

meinen Kindern: Sie wachsen in einer Welt auf, die sehr viel unfreier wirkt als meine Kindheit in den 1980er-Jahren. Damals war alles leichter, unbeschwerter. Wir wussten nichts von Pandemien, Kriegen oder der ständigen Angst vor der Klimakatastrophe. Die junge Generation muss mit ganz anderen Herausforderungen umgehen – auch das hat Auswirkungen auf ihre Gesundheit und ihr Vertrauen in Autoritäten.

Sie stehen als Ärztin und Moderatorin in der Öffentlichkeit und erreichen viele Menschen. Wie gehen Sie mit dieser Rolle und qualitätsgesicherter Gesundheitsinformation um?

Ich bin da recht intuitiv unterwegs. Natürlich weiß ich, wer meine Zielgruppe ist: Menschen, die sich für Gesundheitsvorsorge interessieren, für Naturheilkunde, für verständliche Erklärungen. Ich werde nie Teenager mit Influencer-Ambitionen erreichen, das ist nicht meine Bühne. Aber ich weiß, dass ich viele Menschen erreiche, und das bringt Verantwortung mit sich. Wenn 400.000 Menschen eine Sendung schauen, dann muss ich mir gut überlegen, was ich sage. Wir überprüfen in der Redaktion alle Inhalte sehr genau und ich fühle mich verpflichtet, medizinisches Wissen verständlich und korrekt zu vermitteln. Vor allem, weil ich weiß, wie viel Schaden man mit Fehlinformationen anrichten kann – besonders in den sozialen Medien.

Wie schaffen Sie es, komplexe medizinische Themen so zu erklären, dass Laiinnen und Laien sie verstehen?

Ich stelle mir immer vor, wie ich es selbst gern erklärt bekommen würde. Ich kenne die Fachbegriffe, aber ich weiß auch, dass sie oft mehr verwirren als helfen. Mein Ziel ist nicht, jemanden zu beeindrucken, sondern zu erreichen. Wenn ich über Heilkräuter spreche oder über Hausmittel, dann mit echter Begeisterung und die spürt man. Wenn man für ein Thema

brennt, fällt einem die Vermittlung leicht. Das ist wie bei einem guten Lehrer: Der Funke muss überspringen.

Was raten Sie Menschen, die sich in der Informationsflut über Gesundheit nicht mehr auskennen. Wie kann man verlässliche Informationen erkennen?

Ich glaube, heute muss jeder ein Stück weit sein eigener Journalist sein. Das bedeutet: Informationen hinterfragen, vergleichen und doppelt gegenchecken. Es gibt vertrauenswürdige Plattformen wie gesundheit.gv.at, wo echte Expertinnen und Experten im Hintergrund arbeiten. Aber natürlich ist es schwieriger geworden – vor allem für junge Menschen, die mit einer ständigen Flut an Reizen aufwachsen. Deshalb braucht es mehr Medienkompetenz, die schon in der Schule vermittelt werden muss. Wir müssen lernen, wie Information funktioniert. Wer steckt hinter einer Botschaft? Welche Interessen spielen mit? Das alles ist Teil moderner Gesundheitskompetenz.

Können wir uns in der Gesundheitskommunikation auch etwas von anderen Ländern abschauen?

Es gibt viele gute Projekte, auch in Österreich. Ich habe zum Beispiel an einer Kampagne mitgearbeitet, die auf den hohen Salzgehalt in Lebensmitteln hingewiesen hat, denn zu viel Salz erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, unsere häufigste Todesursache. In England hat Jamie Oliver versucht, das Schulessen gesünder zu machen, mit mäßigem Erfolg, aber die Idee war gut. Auch einfache Maßnahmen wie eine Zuckerrampel auf Lebensmitteln könnten helfen, etwa ein blauer Punkt statt kleingedruckter Zahlen. Solche Initiativen machen das Leben einfach gesünder.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft des Gesundheitssystems?

Ich wünsche mir mehr Wertschätzung für Gesundheitsberufe, mehr Zeit für Gespräche, mehr echte Zuwendung, weniger Bürokratie. Und ich wünsche mir, dass wir den Menschen wieder mehr zutrauen, gerade in der Kommunikation. Es geht nicht darum, alles zu vereinfachen oder weichzuspülen. Es geht darum, ehrlich, respektvoll und verständlich zu sprechen. Denn Gesundheit betrifft uns alle – jeden Tag. **P**

Gesundheit stärken: Ansätze in der Bildungspolitik

Studien belegen deutlich, dass aus gesunden Kindern später einmal gesunde Erwachsene werden. **DAHER MÜSSEN PRÄVENTION UND GESUNDHEITSBILDUNG SCHON FRÜH ANSETZEN** – am besten im Setting Kindergarten. Einblick in die Aktivitäten und Pläne der Bundesregierung zu diesen Themen gibt Christoph Wiederkehr, MA, Bundesminister für Bildung. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Die Bundesregierung verfolgt das Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention stärker im Schulalltag zu verankern. Bildungseinrichtungen sollen gezielt als Orte der Gesundheit etabliert werden, an denen Gesundheitswissen vermittelt und Bewegung, gesunde Ernährung sowie Suchtprävention für Kinder und Jugendliche zentrale Rollen spielen.

PERISKOP: Welche Rolle spielt die Schule aus Ihrer Sicht bei der Vermittlung von Gesundheitskompetenz, und welche Verantwortung liegt dabei konkret beim Bildungssystem?

WIEDERKEHR: Die wichtigste Grundlage für ein gesundes Leben ist aus meiner Sicht eine gute Bildung und in weiterer Folge eine gute Gesundheitsbildung. Daher ist es mir wichtig, die Gesundheitsbildung schon früh zu verstärken, das heißt, nicht erst in der Schule, sondern schon im Kindergarten. Es gibt aktuell schon sehr gute präventive Programme, bei denen die Jüngsten an Gesundheitsthemen herangeführt werden, wie beispielsweise an das Zähneputzen.

Die Schule ist ein zentraler Ort für Gesundheitsbildung, denn nicht jedes Kind hat im Elternhaus die Möglichkeit, ausreichend über Gesundheit informiert zu werden. Wir wissen aber, dass wir langfristig Erfolg haben, wenn wir früh mit Maßnahmen beginnen, beispielsweise bei Adipositas oder der Social-Media-Sucht. Wenn es uns gelingt, mit der passenden und auf die Zielgruppe abgestimmten Information an Kinder und Jugendliche in den Bildungseinrichtungen heranzukommen und über diesen Weg auch die Eltern zu erreichen, sehen wir große Potenziale. Daher wollen wir die Gesundheitsbildung in allen Schulformen stärken und die Ausbildung der Pädagoginnen und Pädagogen etwa mit Fortbildungsmaßnahmen unterstützen.

Welche Maßnahmen haben Sie hier konkret geplant?

Ganz wesentlich ist die Unterstützung von außen, das heißt, dass Vertreterinnen und Vertreter von Gesundheitsinitiativen in die Schule kommen, um dort Bewusstseinsarbeit zu leisten, Wissen zu vermitteln und ihre Expertise

einzubringen. Das ist eine große Bereicherung für die Kinder und eine wichtige Entlastung für die Lehrkräfte.

In Wien habe ich in meiner früheren Funktion als Bildungsstadtrat dazu das Projekt der School Nurses initiiert. Das ist diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit mehrjähriger Berufserfahrung, das in Schulen für die Gesundheitsversorgung und -förderung von Kindern und Jugendlichen zuständig ist. Seine Aufgaben umfassen etwa die Erstversorgung von Kindern und Jugendlichen in Notfällen, die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Krankheiten, zum Beispiel Insulin bei Diabetes zu verabreichen, die Eingliederung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen in den Kindergarten- und Schulalltag oder die Unterstützung bei der Informations- und Präventionsarbeit zu Gesundheitsthemen, zum Beispiel Bewegung oder Übergewicht. In Zusammenarbeit mit Schulärztinnen und Schulärzten übernehmen die Fachkräfte unterschiedliche Aufgaben, beispielsweise bei der Reihenuntersuchung oder bei Impfungen. Das Pilotprojekt lief von 2022 bis 2024 und wurde durchgängig vom Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien begleitet. Der Endbericht des Projekts zeigt, wie essenziell die Rolle der School Nurses für das schulische Umfeld ist, denn sie bieten einen klaren Mehrwert für Lehrkräfte, Erziehungsberechtigte sowie Schülerinnen und Schüler. Für das Schuljahr 2025/26 findet eine Erweiterung mit 40 zusätzlichen School Nurses statt und das Projekt soll auf über 50 Schulstandorte ausgerollt werden, denn: Schule allein kann nicht alle Probleme lösen!

Welche Multiplikator-Wirkung haben Eltern?

Wir wissen, dass die Wertevermittlung und die Art und Weise zu leben sehr stark vom Elternhaus übernommen werden. Das Gute an der Schule ist, dass wir alle Kinder unabhängig vom Bildungshintergrund oder der Einkommensschicht der Eltern erreichen.

Als Gesellschaft, und damit in Bildungseinrichtungen, haben wir die Aufgabe, bei Fehlentwicklungen gegenzusteuern. Das geht nicht, ohne die Eltern in der Aufklärungsarbeit mitzunehmen, denn viele von ihnen haben oft selbst nicht die ausreichende Gesundheitskompetenz. Sehr häufig sehen wir das etwa beim Thema der stark zuckerhaltigen Getränke und dem Schaden, den sie schon bei Kleinkindern anrichten können. Gleiches erleben wir mit dem Thema Zähneputzen. Wer sich im Elternhaus die Gewohnheit angeeignet hat, zweimal täglich die Zähne zu putzen, wird es als Erwachsener als Selbstverständlichkeit sehen. Auch hier wissen wir aus Studien, dass Kariesfreiheit bei Kindern und Jugendlichen vielen Erkrankungen im Alter vorbeugt.

Die Schule ist ein zentraler Ort für Gesundheitsbildung, denn nicht jedes Kind hat im Elternhaus die Möglichkeit, ausreichend über Gesundheit informiert zu werden.



Umgekehrt gilt auch, dass die Kinder wichtige Wissensträgerinnen und -träger in ihren Familien sind. Wir kennen das sehr gut von der Mülltrennung – wenn die Kinder davon überzeugt sind, dann verändern die Eltern auch oft ihre Gewohnheiten. Das sind positive Auswirkungen von guter Bildung in der Schule.

Wird es das Schulfach „Gesundheitsbildung“ künftig geben?

Gesundheitsbildung ist eine Querschnittsmaterie, daher haben wir in den Lehrplänen der Volksschulen und der ersten Sekundarstufe, das heißt Mittelschule und AHS-Unterstufe, die Gesundheitsbildung bereits jetzt verstärkt. Das soll auch in den höheren Schulformen verankert werden, denn die Themen entwickeln sich mit der Zielgruppe.

Wie soll das Thema „gesunde Ernährung“ an Schulen gefördert werden?

Wir haben immer mehr Schulen, die auf gesundes Essen umsteigen. Eine warme Mahlzeit, insbesondere in ganztägigen Schulformen, ist wichtig. Allein in Wien gibt es mittlerweile über 100 Ganztagschulen, an denen es ein kostenloses, warmes Mittagessen gibt. Das ist wichtig, denn manche Eltern haben nicht das Wissen oder ausreichend finanzielle Mittel, um die Kinder gut zu ernähren. Aus internationalen Studien, zum Beispiel aus Schweden, wissen wir, dass damit eine wichtige Grundlage für die Gesundheit der Kinder gelegt wird. In einer Langzeitstudie wurde zum Beispiel erhoben, dass die Kinder größer werden, da Unterernährung oder unausgewogene Ernährung negative Auswirkungen auf das Wachstum haben.

Arme kreisen, am Stand hüpfen oder Liegestütze machen – nicht alles muss gleich eine Turnstunde sein, denn es gibt viele Möglichkeiten, den Körper aktiv zu halten. Und genau das ist der Weg, den wir gehen.

Christoph Wiederkehr

Gibt es Ideen, um die tägliche Bewegungseinheit auszubauen?

Arme kreisen, am Stand hüpfen oder Liegestütze machen – nicht alles muss gleich eine Turnstunde sein, denn es gibt viele Möglichkeiten, den Körper aktiv zu halten. Und genau das ist der Weg, den wir gehen. Für die tägliche Bewegungseinheit an der Schule gibt es ein Projekt mit dem Sportministerium, das wir ausbauen wollen: Externe Sportverbände können an die Schule kommen und Ideen einbringen, wie mehr Bewegung in alle Unterrichtsfächer eingebaut werden kann. Das dient der Wissensvermittlung an die Schülerinnen und Schüler und wird zudem zur Ausbildung und Fortbildung von Lehrkräften, die nicht Sportlehrerinnen und -lehrer sind, genutzt.

Wo gibt es Schnittstellen von der Bildung zur Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen?

In Wien sind wir neue Wege in der Kinder- und Jugendgesundheit gegangen, indem wir eigene Primärversorgungszentren für Kinder errichtet haben, die auch zum Beispiel Spezialisierung in Kinderpsychiatrie anbieten, denn hier gibt es noch Versorgungslücken. Auch für Kinderdiabetes gibt es mittlerweile ein eigenes Zentrum, das den niedergelassenen Kassenbereich mit einem

Das Handyverbot bis zur achten Schulstufe ist am 1. Mai in Kraft getreten. Die Gesprächen in Schulen zeigen: nach einer ersten Umstellungsphase sind die Rückmeldungen durchwegs positiv.



umfassenden Angebot auch zu Tagesrandzeiten gut ergänzt. Dass sich diese hochwertige Versorgung in den Schulen positiv niederschlägt, liegt auf der Hand, denn wir sehen, dass die gesellschaftlichen Krisen der letzten Jahre massive negative Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche hatten, die sich unter anderem in einem schwierigen schulischen Fortkommen manifestieren.

Durch die steigende Nutzung der digitalen Kommunikation haben etwa Depressionen und Einsamkeiten zugenommen. Social Media macht ja nur kurzfristig glücklich, langfristig nehmen Mobbing und seine Folgen ebenso zu wie das Suchtverhalten durch exzessive Mediennutzung. Das Thema psychische Gesundheit ist uns daher extrem wichtig und bildet damit eine zentrale Schnittstelle zwischen Gesundheit und Bildung.

Gibt es dazu konkrete Ansätze?

Um für das Thema der psychischen Gesundheit in der Schule mehr Bewusstsein zu schaffen, haben wir beispielsweise das Projekt der Tage der psychischen Gesundheit ins Leben gerufen. Hier kommen externe Fachkräfte aus der Psychotherapie an die Schule, um über psychische Herausforderungen und Themen zu reden und vor allem auch Informationen zur Verfügung zu stellen. Wir wissen, dass viele Kinder Unterstützung bedürftig hätten, aber nicht wissen, wo sie sich hinwenden sollen. Dazu werden viele Kanäle auf- und ausgebaut. Aktuell existiert zum Beispiel „Rat auf Draht“, eine österreichweite Notrufnummer für Kinder und Jugendliche, die rund um die Uhr anonym und kostenlos erreichbar ist, und alle Themen adressiert, die für die Zielgruppe wichtig sind. Hier gibt es auch Chatfunktionen, damit jeder den für sich passenden Kanal zur Kommunikation wählen kann. Ich sehe es positiv, dass die heranwachsende

Generation viel weniger Hemmungen hat, über psychische Gesundheit zu sprechen, als die Generationen davor. Wichtig ist, dass die Jugendlichen Wege angeboten bekommen, wie sie sich mit Problemen an Bezugspersonen wenden können, insbesondere dann, wenn es nicht die Eltern sein sollen.

Das Thema Sucht betrifft Jugendliche in vielen Facetten, etwa beim Rauchen oder bei Social Media und Internet. Wo sehen Sie hier Potenziale, um gegenzusteuern, und welche Rolle spielt Bildung?

Bildung ist wichtig, auch um beispielsweise Angebote und Werbung kritisch zu hinterfragen oder Social Media Postings richtig einzuschätzen. Und es gibt eine gesellschaftliche Verantwortung, daher liegen etwa im Bereich von Nikotin und Alkohol vonseiten des Gesetzgebers klare Werbeverbote vor. Wir haben nun für die Smartphone-Nutzung strengere Regelungen erlassen, um auch hier den Suchtfaktor, der deutlich zunimmt, besser in den Griff zu bekommen. Das Handyverbot bis zur achten Schulstufe ist am 1. Mai in Kraft getreten. Ich habe bei Gesprächen in Schulen schon sehr positive Rückmeldungen dazu erhalten.

Welche Rolle haben Schulärztinnen und Schulärzte?

Ziel ist es, mehr Schulärztinnen und -ärzte zu finden, um so die Versorgung in den Schulen zu verbessern. Wir wollen das Setting Schule auch an eine Diagnosedokumentation anknüpfen, um die erhobenen Daten sinnvoll für die Versorgungsforschung und -planung einzusetzen. Die Gesundheitsversorgung an den Schulen hat für uns hohe Priorität, denn sie ist eine wichtige Säule in der österreichischen Gesundheitsversorgung und in der Prävention. 

 Bundesministerium
Bildung



PEOPLE

Neue Ansätze für eine bessere Versorgung

DIE GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN IST EIN ZENTRALER BESTANDTEIL DER EU-GESUNDHEITSSTRATEGIE UND EIN SCHLÜSSEL FÜR EINE NACHHALTIGE ZUKUNFT EUROPAS. Das ambulante Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit in Bad Vöslau stellt daher nicht nur in Österreich, sondern auch europaweit ein Modellprojekt dar, das präventive, multidisziplinäre und innovative Ansätze kombiniert. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Im niederösterreichischen Bad Vöslau ist ein Kinder- und Jugendgesundheitszentrum geplant, das neben einem Schwerpunkt auf Vorsorge- und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen auch die frühzeitige Diagnostik chronischer Erkrankungen im Fokus hat. Das Konzept überzeugte bisher alle Entscheidungsträger, fokussiert es doch auf ein Bündel an Zielen, die sowohl Folgekosten und Entwicklungsverzögerungen verhindern als auch Spitäler entlasten und Patientenströme lenken können. Markus Wieser, Obmann und Gründer des Fördervereins Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich, ist Initiator des Projektes und gibt Einblick in die konkreten Inhalte.

PERISKOP: Wie ist die Idee, ein Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit zu errichten, entstanden?

WIESER: Unsere langjährige Erfahrung im Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen hat uns gezeigt, wie wichtig es ist, frühzeitig und umfassend auf die Bedürfnisse junger Patientinnen und Patienten einzugehen, auch weit über die Rehabilitation hinaus. In der Kinder- und Jugendheilkunde fehlt es in vielen Regionen an ausreichenden Einrichtungen und den passenden Versorgungsstrukturen. Besonders dramatisch zeigt sich der Umstand, dass es immer weniger Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendgesundheit gibt. Ganze Regionen sind inzwischen ohne spezialisierte Versorgung, was für betroffene Familien enorme Belastungen bedeutet.

Diese Situation hat uns motiviert, neue Wege zu denken und innovative Lösungen zu entwickeln. Eine vielversprechende Grundlage dafür bietet eine gesetzliche Neuerung: Seit rund eineinhalb Jahren haben auch Fachärztinnen und Fachärzte die Möglichkeit, eine Primärversorgungseinheit (PVE) zu gründen. Dieses Modell eröffnet nun auch in der Kinder- und Jugendheilkunde neue

Europa hat die Gesundheit der „Next Generation“ auf ihre Tagesordnung gesetzt. Der Plan deckt sich zu 100 Prozent mit den Angeboten des Kinder- und Jugendgesundheitszentrums.

Perspektiven. Allerdings zeigt sich in der praktischen Umsetzung, dass die Versorgung hochspezialisierter Bedürfnisse eine Herausforderung bleibt. Wird etwa im Rahmen der PVE festgestellt, dass ein Kind eine kinder-kardiologische Abklärung oder Behandlung benötigt, stoßen wir rasch an Grenzen. Die Wartezeiten auf Termine betragen nicht nur in der Kinderkardiologie, sondern auch in vielen anderen Bereichen oft zehn bis zwölf Wochen oder sogar noch länger. Eine frühzeitige, koordinierte Versorgung wird damit erheblich erschwert, ganz abgesehen von den Belastungen für die Familien und die kleinen Patientinnen und Patienten.

Unser Ziel ist es, jungen Patientinnen und Patienten eine qualitätsvolle medizinische Behandlung aus einer Hand zu ermöglichen – von der ersten Untersuchung über die fachspezifische Diagnostik bis hin zur Therapie, Rehabilitation und Nachsorge.

Wie konkret sieht dieses Versorgungsmodell aus?

Wir haben einen gemeinnützigen Verein gegründet, der sich ausschließlich dem Ziel verschrieben hat, die Gesundheitsversorgung junger Menschen zu stärken. Aufbauend auf dieser Vereinsstruktur wurde eine eigene Gesellschaft ins Leben gerufen, das Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit, das beim Land Niederösterreich die Errichtung eines Ambulatoriums beantragt hat. In einem Ambulatorium können wir Kinderärztinnen und Kinderärzte direkt anstellen, wo sie sich ausschließlich ihrer Kernaufgabe widmen können, nämlich der Untersuchung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen. Dabei werden sie organisatorisch und administrativ optimal unterstützt. Ein wesentliches Merkmal unseres Konzepts ist die enge Vernetzung mit Fachärztinnen und Fachärzten aus unterschiedlichen Disziplinen. Wenn die Behandelnden im Zentrum feststel-

len, dass eine weiterführende fachspezifische Abklärung notwendig ist, können wir kurzfristig und gezielt Spezialistinnen und Spezialisten ins Ambulatorium holen, etwa aus den Bereichen Kinder-HNO, Dermatologie, Urologie oder Psychologie. Sie stehen dann zu bestimmten Zeiten im Zentrum zur Verfügung. So schaffen wir eine umfassende Versorgung direkt vor Ort und vermeiden lange Wartezeiten oder belastende Überweisungswege.

Sollte im Zuge der Diagnostik ein medizinischer Eingriff erforderlich werden, etwa eine Operation, so wird dieser natürlich entsprechend organisiert und durchgeführt. Auch hier endet unser Betreuungsansatz nicht mit dem Eingriff: Erkennt das ärztliche Team, dass eine weiterführende Rehabilitation notwendig ist, erfolgt die nächste koordinierte Maßnahme. In diesem Fall gehen wir nur wenige Meter weiter in das Büro der Kinder-Rehabilitationseinrichtung, beantragen die entsprechende Rehamaßnahme und leiten damit die bestmögliche Nachsorge ein. Nach Abschluss der Rehabilitation kehrt das Kind zur weiteren Betreuung zurück in unser Zentrum, wo eine umfassende Nachsorge zur Verfügung steht.

Das Zentrum wird von Montag bis Freitag von 8 bis 18 Uhr und am Samstag von 9 bis 13 Uhr geöffnet sein und schließt damit echte Versorgungslücken in der Kinder- und Jugendmedizin.

Damit scheint erstmalig in Österreich die gesamte Patient Journey hochprofessionell abgedeckt zu sein.

Ja, damit ist ein integriertes Versorgungskonzept ohne Versorgungslücke geschaffen, das ein durchgängiges, patientenorientiertes Betreuungsmodell schafft – von einer pädiatrischen Grundversorgung über eine fachspezifische, kinderspezifische Betreuung bis hin zur Zuweisung zu einer stationären oder ambulanten Rehabilitation und der notwendigen Nachsorge. Unsere Patient Journey ist effizient, strukturiert und genau auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt. Durch diese klaren Abläufe vermeiden wir unnötige Doppelgleisigkeiten, sparen wertvolle Zeit und tragen gleichzeitig dazu bei, die Gesundheitskosten zu senken.

Das Angebot deckt die gesamte Entwicklung junger Menschen ab – von der vorgeburtlichen Begleitung bis hin zur Transition ins Erwachsenenalter. Der Übergang in die Erwachsenenmedizin ist ein oft unterschätzter, aber essenzieller Prozess – denn Erkrankungen wie chronische Krankheiten oder Krebserkrankungen verbessern sich nicht automatisch mit dem Erwachsenwerden. Hier setzen wir an, um eine lückenlose, strukturierte Weiterbetreuung sicherzustellen.

Was umfasst das Angebot im Detail?

Im Zentrum werden zahlreiche ergänzende Therapie- und Unterstützungsangebote gebündelt:



Neben der medizinischen Versorgung durch Kinderärztinnen und Kinderärzte stehen auch Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie zur Verfügung. Ein besonderer Fokus liegt auf der Adipositasprävention und -therapie sowie auf der psychischen Gesundheit. Wir haben zum Beispiel auch eine Infektionsbox, wenn nicht klar ist, ob die Patientinnen oder Patienten ansteckend sind. Dort werden sie vorab schon untersucht und entsprechend zugewiesen.

Welche Rolle spielen die Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten?

Gesundheit ist eine Aufgabe, die das gesamte Umfeld eines Kindes einbeziehen muss, deshalb richten wir uns auch gezielt an die Eltern. Durch regelmäßige Vorträge und Informationsveranstaltungen unterstützen wir sie dabei, Kinder bestmöglich zu begleiten. In enger Zusammenarbeit mit Hebammen und diplomiertem Pflegepersonal bieten wir darüber hinaus spezielle Angebote für Familien, die eine umfassende häusliche Versorgung ihrer Kinder benötigen und greifen damit auch das bewährte Konzept der Frühen Hilfen auf.

Sozialpädagoginnen und -pädagogen sind auch Teil unseres Teams. Sie stehen Familien beratend zur Seite, unterstützen in Krisensituationen und helfen dabei, soziale Herausforderungen frühzeitig zu erkennen und zu bewältigen. Elemente der Frühen Hilfen sind in unser Konzept integriert und tragen dazu bei, bereits ab der Schwangerschaft präventiv zu wirken.

Welche Vorteile bietet das Zentrum für die einzelnen Berufsgruppen, die dort vertreten sein werden?

Dieses Modell gibt den Ärztinnen und Ärzten, aber auch allen anderen Gesundheitsdienstleistenden die Chance, angestellt und dennoch flexibel, etwa in Teilzeit, zu arbeiten. Das Wichtigste ist, dass wir in einem Front- und Back-Office die Administration übernehmen und damit die Arbeitszeit auch für die Patientinnen und Patienten reserviert ist. Das macht auch den Ablauf enorm effizient und sorgt für hohe Zufriedenheit bei den einzelnen Berufsgruppen.

Wie beurteilen die verantwortlichen Entscheidungsträgerinnen und -träger das Konzept?

Wir haben in Niederösterreich von allen wichtigen Stakeholdern, etwa über die Abteilung GS4, Gesundheit und Recht des Landes Niederösterreich die Zustimmung erhalten, weiters auch von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Unser Plan entspricht ganz klar den Vorhaben der Bundesregierung, ein Termin mit der Gesundheitsministerin und der Staatssekretärin sind derzeit in Abstimmung.

Besonders freut es uns, dass wir international mit der Idee schon sehr erfolgreich punkten konnten. Wir konnten das Modell dem EU-Gesundheitskommissar Oliver Várhelyi vorstellen. Bei diesem Treffen waren hochrangige Mitarbeitende anwesend, die das Gespräch aufmerksam verfolgten, eifrig mitgeschrieben und unsere Vorschläge positiv aufgenommen haben. Bereits 20 Minuten nach dem Gespräch setzte Kommissar Várhelyi einen Tweet ab, in dem er die besprochenen Inhalte offiziell bestätigte. Besonders erfreulich ist, dass er in einer für das 5. PRAEVENIRE Gipfelgespräch Kinder- und Jugendgesundheit geplanten Videobotschaft die zentralen Punkte unseres Modells aufgreifen und deren Bedeutung im Einklang mit den Zielen der Europäischen Union hervorheben wird. Im Fokus stehen dabei besonders die Digitalisierung in der Kindermedizin sowie die Stärkung der psychischen Gesundheit junger

Markus Wieser traf den EU-Gesundheitskommissar Oliver Várhelyi, um sein Modell vorzustellen.



Menschen – beides Themen, die uns ein großes Anliegen sind.

Inwiefern deckt sich Ihr Projekt mit den österreichischen bzw. den europäischen Gesundheitsagenden?

Europa hat die Gesundheit der „Next Generation“ auf ihre Tagesordnung gesetzt. Prävention ist als zentrales Instrument in der europäischen Gesundheits- und Digitalstrategie definiert, um langfristig die Krankheitslast zu reduzieren und die Lebensqualität zu steigern. Das deckt sich zu 100 Prozent mit den geplanten Angeboten des Kinder- und Jugendgesundheitszentrums. Multidisziplinäre Ansätze sind ein Kernziel der EU, um die Komplexität chronischer und psychischer Erkrankungen adäquat zu bewältigen. Auch hier sind unsere Ziele deckungsgleich, denn wir planen die Integration von Kinderchirurgie, Psychotherapie, Logopädie und weiteren Fachrichtungen für eine ganzheitliche Versorgung. Die Kooperationen mit den regionalen Krankenhäusern LKH Mödling und UKH Wiener Neustadt optimieren die Ressourcennutzung.

Die EU hat die psychische Gesundheit junger Menschen zu einem Thema gemacht. Mit der Einbindung von klinischer Psychologie und Psychotherapie und dem Fokus auf Prävention und niederschwellige Angebote stärken wir die Ziele der EU-weiten Mental Health Coalition. Die EU-Kindergarantie zielt darauf ab, gleiche Chancen und Zugang zu Gesundheitsdiensten für alle Kinder zu gewährleisten. Auch hier sind wir vorne mit dabei, denn unsere flexiblen Öffnungszeiten ohne Urlaubssperren gewährleisten eine hohe Verfügbarkeit und die Einbeziehung von Sozialarbeit erleichtert den Zugang für benachteiligte Familien.

Die Förderung digitaler Gesundheit ist ein Eckpfeiler der EU-Gesundheitsstrategie. Wir nehmen das Thema auf, etwa durch den Einsatz moderner Diagnosetools und die Umsetzung der elektronischen Patientenakte sowie der digitalen Kommunikation mit Partnerinstitutionen für optimierte Prozessabläufe. Die EU fördert die Weiterbildung im Gesundheitswesen, um den steigenden Bedarf an qualifiziertem Personal zu decken. Auch hier haben wir Ideen dazu: Wir planen eine Lehrpraxis für Kinder- und

Jugendheilkunde, fördern die multidisziplinäre Zusammenarbeit und den Wissenstransfer.

Gibt es aus Ihrer Sicht noch offene Wünsche, die das Zentrum derzeit noch nicht erfüllt?

Obwohl die EU keine spezifischen Bestimmungen zur Rehabilitation enthält, fördert sie den allgemeinen Zugang zu Gesundheitsdiensten für Kinder. In Europa gibt es bedeutende Institutionen und Forschungsverbände, die sich mit evidenzbasierter Forschung im Bereich der Kinderrehabilitation beschäftigen.

Was noch geschaffen werden müsste, wäre eine Art „Trichterfunktion“, die Forschungsergebnisse aus Europa komprimiert und fokussiert für die Ebene der konkreten komplexen Versorgung von Kindern und Jugendlichen für Medizinerinnen und Mediziner sowie andere Gesundheitsdienstleistende in den Gemeinden praxisnah aufbereitet, anwendet und zur Verfügung stellt. Das Zentrum könnte als erste umfassende Versorgungsinstitution einen wesentlichen Beitrag zur Prüfung der Praxistauglichkeit moderner wissenschaftlicher Erkenntnisse dienen.

Insgesamt sind wir aber auf einem sehr erfolgreichen Weg, der das ambulante Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit in Bad Vöslau als Leuchtturmprojekt positioniert, das die EU-Strategie zur Kinder- und Jugendgesundheit in wesentlichen Punkten umsetzt. Es kombiniert umfassend Prävention, Innovation, Chancengleichheit, Fachkräfteförderung sowie praxisorientierte Rehabilitationsforschung.

Was macht für Sie das Projekt zum heutigen Stand so bemerkenswert?

Abgesehen von der Idee an sich, ist es der sichtbare Wille zur Umsetzung. In den vergangenen Jahrzehnten gab es viele Diskussionen, aber oft nur geredet, sondern gehandelt. Für Niederösterreich und für ganz Österreich ist dies eine bedeutende Botschaft an die Eltern, die Großeltern und an alle Familien: Ihre Anliegen werden wahrgenommen und professionell unterstützt.

Wie sieht der weitere Zeitplan aus?

Wenn es weiterhin so gut läuft, könnten wir im Herbst 2026 eröffnen.



PEOPLE

Weil jede Kindheit zählt

Immer mehr frühgeborene Babys schaffen heute den Weg ins Leben. **DOCH MIT DEM MEDIZINISCHEN FORTSCHRITT STEIGT AUCH DIE ZAHL KOMPLEXER FEHLBILDUNGEN.** Im Gespräch mit Dr. Valeria Solari beleuchtet PERISKOP das Feld der Kinderchirurgie unter dem Aspekt seltener Erkrankungen und multidisziplinärer Begleitung. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Seltene Fehlbildungen, spezialisierte Versorgung und die Kunst, Kindern eine echte Zukunft zu ermöglichen: Dr. Valeria Solari spricht über die Herausforderungen der modernen Kinderchirurgie, die Bedeutung interdisziplinärer Teams und warum Österreich mehr Bewusstsein in diesem sensiblen Bereich braucht.

PERISKOP: Frau Dr. Solari, wie verlief Ihr beruflicher Werdegang und welche Stationen haben Sie besonders geprägt?

SOLARI: Ich bin Kinderchirurgin, habe in Österreich im Jahr 2000 promoviert und einen sehr langen Weg hinter mir, der mich über England, Irland und die USA wieder nach Österreich zurückgeführt hat. Ich bin derzeit in Wien tätig. Die Kinderchirurgie ist eines der letzten Fächer, in dem der Körper noch sehr stark einbezogen wird. Für mich ist das nicht nur fachlich spannend, sondern auch zutiefst erfüllend, weil es unmittelbaren Kontakt mit dem Menschen bedeutet und man mit jeder Entscheidung ganz nah am Leben arbeitet. Die Kinder- und Jugendchirurgie umfasst in Österreich die Altersgruppe von 0 bis 18 Jahren, international oft nur bis 16.

18 ist ja schon ziemlich erwachsen...

Allerdings. Trotzdem arbeiten wir in der Kinderchirurgie mit dieser Altersdefinition. Ich finde es gut, dass wir junge Menschen so lange

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Sie brauchen spezialisierte Versorgung.

Valeria Solari

kindgerecht begleiten dürfen, denn gerade im Jugendalter sind viele Themen besonders sensibel und brauchen eine spezialisierte Herangehensweise.

Wie sind Sie zur Kinderchirurgie gekommen?

Im Studium habe ich meine Dissertation bei Univ.-Prof. Dr. Michael Höllwarth in Graz geschrieben. Ich wollte chirurgisch arbeiten und war fasziniert davon, wie sehr man sich bei Kindern einsetzt. Da wird gekämpft bis zum Letzten. In der Erwachsenen Chirurgie hieß es oft: „Der Patient ist ja schon 70...“ – das hat mich nie angesprochen. Was mich begeistert hat, war dieser Zugang: Man tut alles, um diesen kleinen Menschen ein langes Leben zu ermöglichen.

Worum geht es Ihnen in Ihrer Spezialisierung?

Ich habe mich im Laufe der Jahre besonders auf den Verdauungstrakt und auf Fehlbildungen spezialisiert. Viele dieser Fehlbildungen gehören zu den sogenannten seltenen Erkrankungen – also „rare diseases“. Oft sprechen wir von einer Häufigkeit von 1 zu 5.000 oder 1 zu 10.000 Geburten. Manche sind noch seltener. Wenn man

sich die „Top 10“ der Kinderchirurgie ansieht, sind fast alle diesen seltenen Erkrankungen zuzuordnen.

Wie hat sich Ihre Arbeit im Laufe der Jahre entwickelt?

Durch den medizinischen Fortschritt überleben heute deutlich mehr Frühgeborene – und mit ihnen auch Kinder mit komplexen Fehlbildungen, die früher oft keine Überlebenschance gehabt hätten. Diese Entwicklung bringt neue Herausforderungen, aber auch große Chancen mit sich. Besonders die Fortschritte in der Neonatologie haben dazu beigetragen, dass wir Kinder mit seltenen Erkrankungen überhaupt behandeln können.

Die Sterblichkeit ist also gesunken?

Die Mortalität ist inzwischen gering. Man spricht heute viel mehr über Morbidität und Lebensqualität. Die Fehlbildungen selbst sind oft mit dem Leben vereinbar, aber die Nachwirkungen – chronische Probleme, Funktionsstörungen – beschäftigen uns langfristig. Im Zentrum unserer Arbeit stehen also Kinder, die zwar überleben, aber oft mit Einschränkungen leben müssen.

Wie gehen Sie mit der emotionalen Seite Ihrer Arbeit um – gerade wenn es um schwerkranke Kinder geht?

Die Arbeit ist emotional fordernd, aber auch sehr erfüllend. Professor Höllwarth sagte einmal: „Diese Patienten leben noch 80, 90, vielleicht 100 Jahre.“ Das hat mich sehr geprägt. Dazu kommt die besondere Beziehung nicht nur zu den kleinen Patientinnen und Patienten, sondern auch zu ihren Eltern. Diese Dreierbeziehung ist auch ethisch besonders anspruchsvoll. Man arbeitet nie nur mit dem Kind allein, sondern immer auch mit der Familie.

Sie haben weltweit umfassende Erfahrungen gesammelt. Inwiefern unterscheiden sich internationale Systeme von unserem?

Ich war fast 20 Jahre im Ausland und habe gesehen, wie stark auf Zentralisierung gesetzt wird. In Skandinavien etwa gibt es bereits klare Konzepte und zwei Zentren pro seltene Erkrankung. Das bringt Qualitätssicherung, Spezialisierung und eine gesunde Rivalität. In Österreich ist das leider noch nicht so klar geregelt. In England zum Beispiel gibt es für Gallengangsatresien nur drei Zentren im ganzen Land. Jedes Kind mit dieser Diagnose wird dort behandelt. Die Ergebnisse sind nachweislich besser.

Wie steht es in Österreich um spezialisierte Zentren?

An der MedUni Wien gibt es ein Kompetenz-



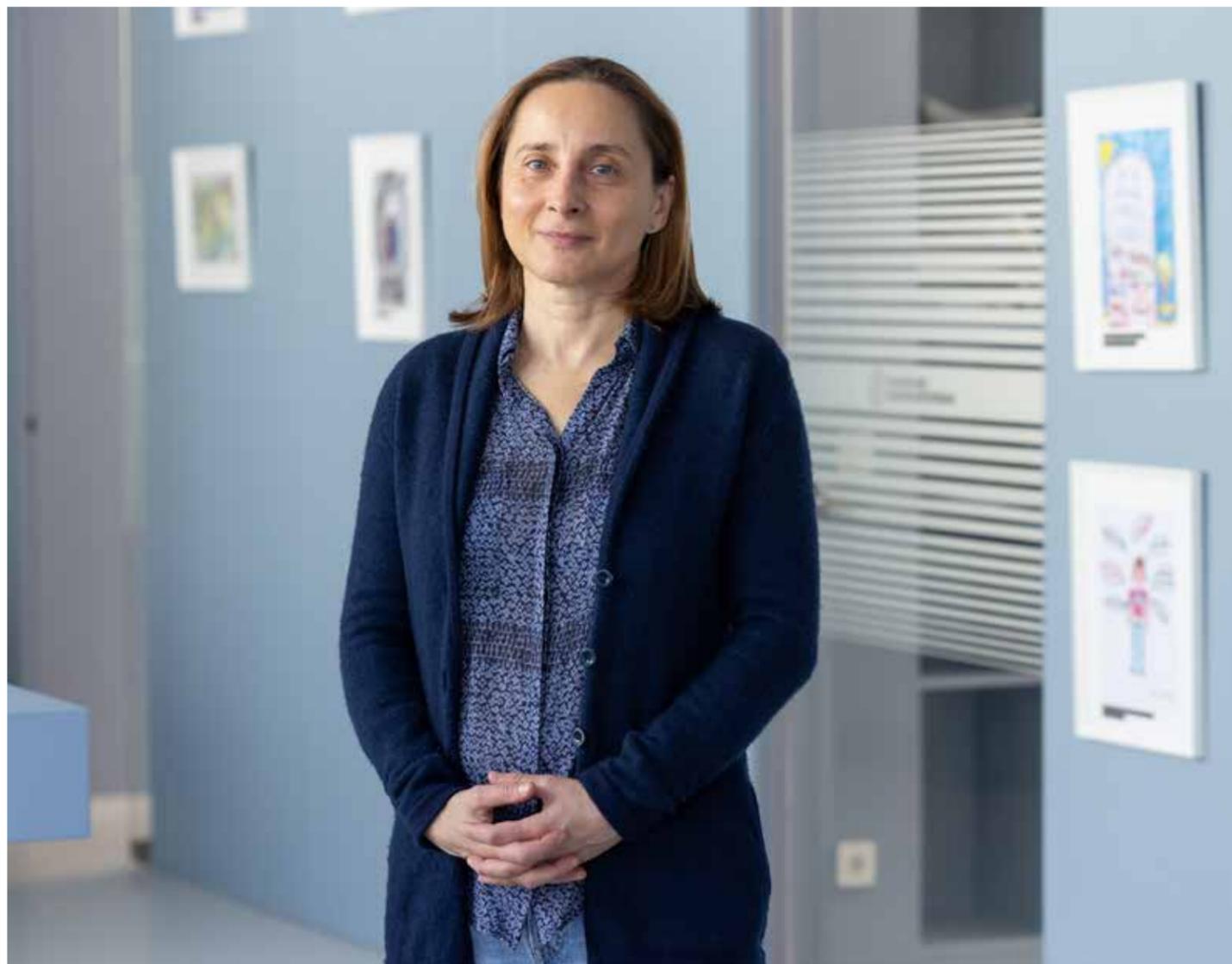
Dr. Valeria Solari plädiert für mehr Bewusstsein in der Kinderchirurgie.

© KRISTIAN JUHASZ

BioBox: Dr. Valeria Solari

Nach dem Medizinstudium in Graz setzte Dr. Valeria Solari ihren beruflichen Weg an international renommierten Universitätskliniken in Großbritannien, Irland und den USA fort. Dort war sie in verschiedenen Funktionen tätig – darunter zwei Fellowships sowie ein Forschungsdoktorat an der University of Liverpool und dem Children's Hospital Los Angeles.

Ihr klinischer und wissenschaftlicher Fokus liegt auf angeborenen Fehlbildungen, insbesondere im Bereich des Gastrointestinaltrakts. Seit 2018 ist sie als Oberärztin für Kinder- und Jugendchirurgie an der Klinik Donaustadt in Wien tätig. Neben einer Vielzahl wissenschaftlicher Publikationen tritt sie regelmäßig als Vortragende auf internationalen Fachkongressen und in medizinischen Fachgesellschaften auf.



Dr. Valeria Solari setzt auf multidisziplinäre Zugänge.

zentrum. Aber es fehlt eine klare nationale Regelung. Für bestimmte Fehlbildungen wie Morbus Hirschsprung oder Gallengangsatresie sollte es definierte Zentren geben. Es braucht Mindestfallzahlen pro Jahr, um Erfahrung aufzubauen. Studien zeigen, dass Qualität mit Fallzahlen steigt. In Deutschland ist man dabei, solche Mindestmengen für Eingriffe einzuführen.

Also nach dem Vorbild Skandinaviens oder des UK?

Ja, mindestens zwei spezialisierte Universitätskliniken pro Krankheit. Viele Kinder haben ja nicht nur eine Fehlbildung, sondern auch assoziierte, z. B. Herzfehler. Es braucht also ein umfassendes Setting mit Intensivmedizin, Neonatologie, Kardiologie und anderen Disziplinen.

Welche Fehlbildungen sind die häufigsten?

In den „Top 10“ der Kinderchirurgie sind z. B. anorektale Fehlbildungen, Morbus Hirschsprung, Gallengangsatresie, Bauchwanddefekte wie Gastroschisis, Blasen- und Kloakenekstrophen, sowie seltene Syndrome. Diese Diagnosen bringen oft langwierige Behandlungen, mehrere Operationen und viel Nachsorge mit sich.

Wie viele „Fälle“ gibt es da ungefähr?

Ungefähr ein Fall auf 5.000 bis 10.000 Geburten. In Summe etwa 16 Fälle pro Jahr. Aber diese sind über ganz Österreich verteilt. Wir haben sieben kinderchirurgische Abteilungen: Wien (Donauspital, MedUni), Linz, Graz, Salzburg, Innsbruck und Klagenfurt. Eine echte Spezialisierung gibt es aber nur in Wien. Und auch dort ist es schwierig, genug Erfahrung mit allen Diagnosen zu sammeln.

Zwei spezialisierte Zentren pro Krankheit – ist das Ihre zentrale Forderung?

Genau. Und das müssen Universitätskliniken sein – mit Zugang zu allen Fachrichtungen, Intensivmedizin, genetischer Beratung usw. Es reicht nicht, wenn ein einzelner Chirurg Erfahrung hat. Die gesamte Abteilung muss darauf spezialisiert sein. Das ist wie in einem Orchester: Alle müssen zusammenspielen.

Was weiß man über die Ursachen dieser Fehlbildungen?

Bei Morbus Hirschsprung etwa fehlen Nervenzellen im Darm. Rund 50 Prozent dieser Kinder haben genetische Auffälligkeiten. Oft handelt es sich dabei um sogenannte „de-novo“-Mutationen. Vieles ist noch unerforscht. In modernen Zentren wird jedes Kind genetisch abgeklärt. Wenn es eine familiäre Vorbelastung gibt, kann

auch pränatal schon gescreent werden. Aber viele Defekte entstehen spontan.

Wie werden die Kinder optimal begleitet, wenn sie ins Jugend- und Erwachsenenalter kommen?

Das ist ein großes Thema: die „Continuity of Care“. Viele dieser Kinder brauchen lebenslange Betreuung. Auch nach erfolgreicher OP treten häufig Verdauungsprobleme und Inkontinenz auf. Später kommen nicht selten zusätzliche Herausforderungen hinzu – etwa in der Pubertät oder im Hinblick auf Sexualität und Fruchtbarkeit. Leider ist der Übergang in die Erwachsenenmedizin oft problematisch. Erwachsenen-Chirurginnen und -Chirurgen kennen diese speziellen Krankheitsbilder oft nicht. Es fehlt an Schnittstellen.

Reicht die derzeitige Versorgung mit Fachärztinnen und Fachärzten in der Kinderchirurgie aus – auch mit Blick auf die steigenden Anforderungen?

Es geht weniger um die Zahl, sondern um die Ausbildung und Spezialisierung. Zentralisierung würde auch die Qualität der Ausbildung verbessern. Man kann keine Expertinnen und Experten für seltene Fehlbildungen ausbilden, wenn sie diese nie sehen. Das betrifft auch die Pflege, das OP-Team, die Nachsorge.

Was sind Ihre größten Kritikpunkte?

Es braucht in Österreich einen Kulturwandel. Jeder will alles machen, jede Abteilung. Aber nur durch Zentralisierung entsteht echte Kompetenz. Nicht der einzelne Chirurg macht den Unterschied, sondern das ganze Haus. Studien zeigen das. Leider stammen viele Daten aus der Erwachsenenmedizin. In der Kinderchirurgie sind die Fallzahlen oft zu gering, um statistisch robuste Aussagen treffen zu können. Aber Vergleiche mit der Erwachsenenmedizin zeigen deutlich: Volumen bringt Qualität.

Wie steht es in Österreich um entsprechende Register?

Manche Abteilungen sind mit europäischen Netzwerken wie eUROGEN vernetzt. Aber flächendeckend ist das nicht. Skandinavien zeigt, dass es anders geht. Dort haben sich die Kliniken abgestimmt. Auch Elterninitiativen treiben das voran.

Es reicht nicht, wenn ein einzelner Chirurg Erfahrung hat. Die gesamte Abteilung muss darauf spezialisiert sein.

Valeria Solari

Wer sollte das in Österreich in die Hand nehmen?

Die Ärztinnen und Ärzte selbst. Es braucht eine Einigung unter den Abteilungen, um Kompetenzzentren zu definieren und Kinder gezielt weiterzuleiten. Es geht um die Kinder und ihre Familien. Wenn man Eltern erklärt, dass es für ihr Kind ein besseres Zentrum gibt, sind sie auch bereit, dorthin zu gehen. Das ist überhaupt kein Thema.

Es geht also nicht nur um Chirurgie, sondern um ein ganzes Team?

Genau. Ein Team bestehend aus Psychologen, Sozialarbeitern, Genetikerinnen, Pathologinnen – das ganze „Orchester“ muss mitspielen. Und auch die Eltern müssen mitgenommen werden. Ich bin z. B. im wissenschaftlichen Beirat von SoMA Austria, einer Selbsthilfegruppe für Eltern von Kindern mit seltenen Fehlbildungen. Es geht hier darum, Betroffene aufzufangen und gut zu begleiten, ihnen Ängste zu nehmen und eine starke Stimme zu verleihen. SoMA Austria organisiert Tagungen, Fortbildungen, bietet Beratung. Gerade bei Themen wie Stuhlkontinenz oder Sexualität braucht es viel Aufklärung und Enttabuisierung. In solchen Bereichen ist Lebensqualität schwer messbar. Es geht nicht ums Überleben, sondern um Lebensführung. Darum, wie das Kind aufwächst und wie die Familie damit umgeht.

Ihre wichtigste Botschaft an die österreichische Gesundheitspolitik?

Es braucht mehr Zeit, mehr Awareness und ein strukturiertes System mit Kompetenzzentren in Österreich. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Sie brauchen spezialisierte Versorgung. Und diejenigen, die sich spezialisieren, müssen auch gefördert werden. Jedes Kind verdient die bestmögliche medizinische Begleitung – von Anfang an und ein Leben lang. Was wir am Anfang eines Lebens tun, hallt oft ein Leben lang nach. Und genau deshalb zählt jede Kindheit. **P**



PERFORMANCE

Von einer Vision zu einem anerkannten Berufsbild

DIE ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR OSTEOPATHIE (OEGO) FEIERT IHR 30-JÄHRIGES BESTEHEN und richtet auf ihrer aktuellen Jubiläumstagung den Blick konsequent nach vorne. In einer Zeit, in der das österreichische Gesundheitswesen mit strukturellen Herausforderungen, einem demografischen Wandel und steigenden Kosten konfrontiert ist, positioniert sich die Osteopathie ganz klar als Teil der Lösung. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Die 5. Österreichische Fachtagung Osteopathie bot nicht nur einen würdigen Rahmen für ein dreifaches Jubiläum – 30 Jahre OEGO, 5. Fachtagung und ein erster Durchbruch bei den Sozialversicherungen –, sondern auch ein hochkarätiges inhaltliches Programm.

Die Kraft der Gemeinschaft

In ihrer Eröffnungsrede ließen OEGO-Präsidentin Margit Halbfurter, MSc D.O. sowie die Gründungsväter Raimund Engel, MSc D.O. und Eric Géry, D.O die bewegte Geschichte der Gesellschaft Revue passieren. Gegründet 1995 von einer kleinen Gruppe idealistischer Osteopathinnen und Osteopathen, hat sich die Gesellschaft über drei Jahrzehnte hinweg zu einem maßgeblichen Player im Bereich der komplementären Gesundheitsberufe entwickelt. Halbfurter würdigte ihre Vorgängerinnen und Vorgänger im Amt und betonte die Bedeutung von Kontinuität und kollegialem Schulterschluss. „Wir sind gekommen, um zu bleiben“, ist Halbfurter überzeugt. Der Rückblick wurde ergänzt durch persönliche Erinnerungen der Gründungsmitglieder, die – humorvoll wie erkenntnisreich – zeigten, wie fruchtbare Allianzen entstehen können. Ein aktueller symbolischer Meilenstein dafür ist die erstmalige österreichische Verfügbarkeit des Kinderbuchs „Mias Besuch bei der Osteopathin“, das im deutschen Schwesterverband entstanden ist und ab sofort exklusiv für OEGO-Mitglieder zur Verfügung steht. „Für uns ist das ein zusätzliches starkes Zeichen für Öffentlichkeitsarbeit und Nachwuchssensibilisierung“, sagt Halbfurter.

Erstattung osteopathischer Leistungen in Sicht

Dr. Alexander Biach, Generaldirektor der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS), würdigte in seiner Festrede die Verdienste der

Gesellschaft im Bereich der Gesundheitsversorgung und wissenschaftlichen Forschung und wünscht sich, dass die osteopathischen Leistungen auch Vorbild für die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen werden: „Von der gesellschaftlichen Betrachtung des Menschen kann sich die Politik etwas abschauen, denn die Osteopathie kann durch ihre Arbeit viele Menschen davor bewahren, frühzeitig zum Pflegefall zu werden oder aus dem Arbeitsprozess ausscheiden zu müssen.“ Biach rechnet vor, dass von den rund drei Milliarden Euro volkswirtschaftlicher Kosten durch Pflegebedürftigkeit oder Krankenstandstage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen ein erheblicher Anteil durch den nachhaltigen Ansatz der Osteopathie eingespart werden könnte. Er betont damit die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Branche – und das, obwohl es immer noch keine Anerkennung der Berufsbezeichnung und keine gesetzliche Normierung für die Ausbildung, folglich auch keine Kostenabrechnungsposition in den Kassen gibt. „Die über 30.000 Behandlungen pro Woche sind dennoch der beste Beleg dafür, wie wichtig das Angebot für die Patientinnen und Patienten ist. Daher hat sich die SVS als Vorreiter positioniert und gewährt als einziger Träger Zuschüsse für ihre Versicherten. Das ist eine wichtige Signalwirkung und wenn die OEGO weiter für den Berufsschutz und die Standardisierung der Ausbildung kämpft, wird sich die Sozialversicherung dafür einsetzen, dass der Weg zur Erstattung möglich wird“, sagt Biach.

Frauen im Fokus

Ein zentrales Thema der Fachtagung war die Frauengesundheit, zu der renommierte Expertinnen und Experten eingeladen waren. Dr. Wilhelm Marhold, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und Experte des Vereins PRAEVENIRE, und Univ.-Prof. DDr. Johannes

Huber, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Theologe, gaben Einblicke in die physiologischen und hormonellen Zusammenhänge im weiblichen Körper. Christian Fossum, D.O., Leiter der osteopathischen Ausbildung am Norwegian University College of Health Sciences, präsentierte neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zu viszerosomatischen und somatoviszeralen Reflexen sowie deren Wechselwirkungen. Diese Forschungsergebnisse unterstreichen die Bedeutung osteopathischer Behandlungsansätze für das Zusammenspiel zwischen inneren Organen und dem muskuloskelettalen System. Prof.in Dr.in Carla Stecco, orthopädische Chirurgin und Professorin für Anatomie und Bewegungswissenschaften an der Universität von Padua, zeigte neueste Erkenntnisse zur Rolle der Faszien in der Schmerzwahrnehmung und Bewegungssteuerung. Prof.in Marina Fuhrmann, M.Sc. (USA) D.O.* M.R.O.*, Vorsitzende des Verbandes der Osteopathen Deutschlands (VOD), beschrieb die Bedeutung wissenschaftlicher Studien für die Weiterentwicklung osteopathischer Behandlungsmethoden. Dr. Felix Ambros, Facharzt für Innere Medizin und Osteopath, zeigte beeindruckende Möglichkeiten der bildgebenden Diagnostik zur Untersuchung der Beweglichkeit innerer Organe.

Langer Kampf um Anerkennung

Gerade im Lichte der positiven Signale vonseiten Biachs war auch heuer wieder die Anerkennung des Berufsbildes ein zentrales Thema im Rahmen der vielen Pausen- und Netzwerkgelegenheiten rund um die Tagung. „In der Bevölkerung ist Osteopathie als wertvolle Gesundheitsdienstleistung seit Langem anerkannt und stark nachgefragt. Auch seitens der Wissenschaft konnte die Wirksamkeit osteopathischer Behandlungen für viele Indikationsbereiche klar belegt werden“, bekräftigt Halbfurter und bedauert gleichzeitig: „Dennoch ist es bisher noch nicht gelungen, diesem wichtigen Berufsstand auch den entsprechenden Stellenwert innerhalb des heimischen Gesundheitswesens zuteil werden zu lassen. Seit über zehn Jahren kämpfen wir für die gesetzliche Anerkennung unserer Berufsgruppe als eigenständigen Gesundheitsberuf. Wir haben alle Auflagen dazu erfüllt und unsere Hausaufgaben gemacht. Jetzt wäre die Politik am Zug, zu handeln und im Sinne der Patientensicherheit die Osteopathie endlich gesetzlich zu verankern“, fordert die OEGO-Präsidentin. Sie verweist darauf, dass die Osteopathie Teil der integrativen Medizin ist, eines Zusammenschlusses von Schulmedizin und evidenzbasierter Komplementärmedizin. Europäische Vorbilder dazu gäbe es, so die Präsidentin, genug und die Argumente für eine Anerkennung sind überzeugend: „An erster Stelle steht die Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Dazu muss die osteopathische Behandlung korrekt ausgeführt werden und



Pixi-Buch „Mias Besuch bei der Osteopathin“. Es steht ab sofort exklusiv für OEGO-Mitglieder zur Verfügung und ist auch ausschließlich über OEGO-Mitglieder erhältlich.



es braucht an zweiter Stelle eine Qualitätssicherung. Die Menschen müssen sicher sein, dass unter der Bezeichnung Osteopathie klar definierte Leistungen angeboten werden.“ Das dritte Argument, das für eine rasche Anerkennung des Berufsstandes in Österreich spricht, betrifft eine der Grundfesten innerhalb der Europäischen Union: die Personen- und Niederlassungsfreiheit. Wer eine langjährige Ausbildung absolviert hat, soll auch seine Leistungen in einem anderen europäischen Land anbieten können. „Das steht bei vielen Berufen außer Frage. Die Osteopathie ist aktuell bereits in 13 europäischen Ländern ein gesetzlich anerkannter Gesundheitsberuf“, weiß Halbfurter und ergänzt: „Allein in den letzten beiden Jahren haben sich rund 100 Osteopathinnen und Osteopathen aus dem EU-Ausland und Drittstaaten bei uns gemeldet, die hier gerne arbeiten würden. Sie dürfen derzeit nicht tätig werden, obwohl uns nach Personalprognosen bis zum Jahr 2030 etwa 4.200 Arbeitskräfte aus dem MTD-Bereich fehlen.“

Hohe Qualität und wissenschaftliche Evidenz

Im Auftrag der OEGO wurde bereits 2022 eine Überblicksstudie mit dem Titel „Wirksamkeit und Sicherheit osteopathischer Behandlungen“ vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz durchgeführt. Darüber hinaus ist es für die Osteopathie in Österreich besonders wertvoll, wenn sich unabhängige, wissenschaftliche Forschungseinrichtungen wie das Austrian Institute for Health Technology Assessment (AIHTA) mit der Fachdisziplin auseinandersetzen. Ein Projektbericht mit dem Titel „Osteopathie: Wirksamkeit und Sicherheit bei Schmerzen des Bewegungs- und Stützapparates und Überblick über Ausbildungs- und Qualitätsanforderungen“ listet einerseits Belege zur Wirksamkeit und Sicherheit von Osteopathie bei der Behandlung von Schmerzen des Bewegungs- und Stützapparates auf. Andererseits gibt er einen Überblick über die Ausbildungs- und Qualitätsanforderungen sowie Vorschriften für den Beruf in Europa. Laut dem HTA-Projekt-

v.l.n.r. Thomas Marschall, Susanne Handl, Alexander Biach, Johannes Huber, Margit Halbfurter, Wilhelm Marhold, Sebastian Soika, Toni Huber

bericht konnte darüber hinaus belegt werden, dass die Osteopathie aufgrund der kaum berichteten Nebenwirkungen als eine sichere Behandlungsform angesehen werden kann und durch osteopathische Leistungen keine statistisch oder klinisch signifikanten Verschlechterungen auftreten. „Die Studie der Med Uni Graz sowie die Erkenntnisse des HTA-Projektberichts stimmen uns positiv und bilden eine wertvolle Basis für unsere weitere Arbeit, um dem Ziel der gesetzlichen Anerkennung des Berufsbilds der Osteopathie näherzukommen“, so Halbfurter. Die OEGO hat sich auch dazu entschlossen, ihre hohen Standards hinsichtlich Ausbildung und Qualität für Patientinnen und Patienten optisch klar zum Ausdruck zu bringen, und hat das Qualitätssiegel für Osteopathie entwickelt. Es ist bei zertifizierten Osteopathinnen und Osteopathen auf Website, Praxisschildern oder Visitenkarten zu erkennen und weist jene aus, die die hohen Qualitätskriterien der OEGO erfüllen. Außerdem führt die OEGO zur Qualitätssicherung auf ihrer Website ein Register aller zertifizierter Osteopathinnen und Osteopathen – sie verfügen alle über eine adäquate, den europäischen Standards entsprechende Ausbildung.

Mit diesen klaren Qualitätskriterien grenzt sich die OEGO im Sinne der Patientensicherheit von Trittbrettfahrenden ab. Das Gütezeichen wirkt in zwei Richtungen. Zum einen gibt es jenen Menschen, die eine osteopathische Leistung in Anspruch nehmen möchten, einen Hinweis über die Qualität, die sie erhalten. Zum anderen zeichnet es jene Osteopathinnen und Osteopathen aus, die nach den strengen Regeln der OEGO zertifiziert sind. Das ist besonders wichtig, wie ein Blick auf die Bedeutung der Behandlungen und den Markt zeigt: Derzeit führen rund 2.000 Osteopathinnen und Osteopathen in Österreich etwa 30.000 Behandlungen pro Woche durch.

Mit der Jubiläumsveranstaltung setzte die OEGO neuerlich ein starkes Zeichen für die Zukunft der Osteopathie in Österreich. „Der Blick ist nun auf die nächsten Jahre gerichtet, in denen Forschung, Ausbildung und interdisziplinäre Zusammenarbeit weiter intensiviert werden sollen. Wir haben einmal mehr gezeigt, dass die Osteopathie gekommen ist, um zu bleiben, und welche Bedeutung das Fach als komplementäre Methode in der modernen Medizin hat“, resümiert Halbfurter. **P**





PERFORMANCE

Brustkrebs schonender besiegen

Bei der Internationalen St. Gallen Brustkrebskonferenz (12. bis 15. März) in Wien diskutierten rund 4.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer neueste Forschungsergebnisse. Am Ende wurde über 150 zum Teil umstrittene Fragen abgestimmt. **BETROFFENE FRAUEN SOLLTEN DEMNACH SO SCHONEND WIE MÖGLICH, GLEICHZEITIG MIT OPTIMALEM THERAPIEERFOLG BEHANDELT WERDEN.** Dies deckt sich vollinhaltlich mit dem Onkologie-Forderungskatalog des PRAEVENIRE Jahrbuchs 2025. | von Wolfgang Wagner

Der Wiener Chirurg, Kongressorganisator und Präsident der österreichischen Brust- und Darmkrebs-Studiengruppe (ABCSSG), Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, betonte den internationalen Konsens über faktisch alle, an der Versorgung von Mammakarzinompatientinnen beteiligten, medizinischen Fachbereiche hinweg: möglichst wirksame Therapie bei gleichzeitig möglichst zurückhaltendem Vorgehen samt Gewährleistung hoher Lebensqualität der Betroffenen. Das Beispiel Chirurgie, so Gnant: „Es wurde ein klares Commitment zur Brusterhaltung in der Chirurgie des Mammakarzinoms abgegeben. In Österreich werden bereits fast 80 Prozent der Brustkrebspatientinnen so operiert. Mehr als 90 Prozent der Expertinnen und Experten sprachen sich für brusterhaltende Eingriffe aus. Mit der Ausnahme von Patientinnen, die ein erhöhtes genetisches Risiko aufweisen, ist die Amputation der betroffenen Brust quasi ‚abgewählt‘.“

Frühe Diagnose entscheidend

Ganz ähnlich sieht es bei begleitenden Eingriffen zur Kontrolle eines etwaigen Befalles von Lymphknoten in der Achsel (Axilla) bei der betroffenen Brust im Rahmen einer Mammakarzinom-Erkrankung aus. Der Wiener Spezialist: „Hier sind wir in der Vergangenheit bereits von der Entfernung aller Lymphknoten zu der Entfernung von nur noch ein, zwei ‚Wächterlymphknoten‘ gekommen.“

Jetzt gebe es neue Empfehlungen, so Gnant: „Bei Patientinnen im Alter über 50 Jahren und kleinen Tumoren (kleiner zwei Zentimeter, noch besser kleiner einem Zentimeter; Anm.) und keinem auffälligen Tast- oder Ultraschallbefund kann man auf solche Eingriffe verzichten.“ Entscheidend ist hier aber die frühe Diagnose.

Es wurde ein klares Commitment zur Brusterhaltung in der Chirurgie des Mammakarzinoms abgegeben.

Michael Gnant

In Österreich könnten durch das angebotene Mammakarzinom-Screening per Mammografie 20 bis 25 Prozent der Betroffenen genau von dieser Strategie mit schonender Chirurgie profitieren.

Der Trend zu weniger „Axilla-Chirurgie“ nach der Entfernung des Karzinoms ist eindeutig international, wie auch der Basler Brustchirurg Univ.-Prof. Dr. Walter Weber darstellte: „Für die Patientinnen macht das alles einen großen Unterschied. Eine von 20 Frauen, die eine Wächter-Lymphknoten-Biopsie bekommen, hat später Probleme. Werden die Axilla-Lymphknoten alle entfernt, hat später jede vierte Frau Probleme. Solche, die Lebensqualität in manchen Fällen stark beeinträchtigenden Folgen, können zum Beispiel chronische Schmerzen und Lymphstaus im Arm sein.“

Große internationale Untersuchungen, welche der Schweizer Experte anführte, haben in jüngerer Vergangenheit gezeigt, dass der Weg zu einem schonenderen chirurgischen Vorgehen eindeutig richtig ist. So wurde im vergangenen Dezember im „New England Journal of Medicine“ eine klinische Studie mit rund 4.800 Brustkrebspatientinnen publiziert, an der Betroffene teilgenommen hatten, bei denen die Chance bestand, möglichst ohne Entfernung von Lymphknoten auszukommen. Auf fünf Jahre berechnet hatten 91,9 Prozent der Patientinnen ohne Axilla-Chirurgie keinen Rückfall, hingegen 91,7 Prozent mit einem solchen Eingriff.

Werden alle Axilla-Lymphknoten entfernt, hat später jede vierte Frau Probleme.

Walter Weber

Kürzere Strahlenbehandlung

Einen Weg zu einem für die Betroffenen weniger belastenden Vorgehen empfahlen die Mammakarzinom-Expertinnen und -Experten auch in der Strahlentherapie: Rund 90 Prozent sprachen sich für möglichst kurze Strahlentherapiezyklen aus. Der Wiener Chirurg: „Jedenfalls nicht mehr sechs Wochen lang. Wir sind in Österreich hier schon in Richtung zweieinhalb Wochen gegangen und werden in Zukunft wohl auf nur noch fünf Tage kommen.“ Damit entfallen für die Betroffenen dutzende Spitalsbesuche mit oft weiten Transportwegen.

Künstliche Intelligenz als Planungshilfe

Ganz entscheidende Fortschritte bringt die Anwendung von Artificial Intelligence-Systemen in der Strahlentherapie (Radioonkologie), wie die Wiener Expertin Dr. Daniela Kauer-Dorner, Oberärztin an der Universitätsklinik für Radioonkologie (MedUni Wien/AKH) erklärte. Das beginne schon bei den Mammografie-Screening-Untersuchungen: „Bis dato sollten alle Frauen ab einem gewissen Alter zum regelmäßigen Brustkrebs-Screening. Aber irgendwie sollten wir dazu kommen, zwischen Frauen mit einem geringen Mammakarzinom-Risiko und solchen mit einem mittleren oder einem hohen Risiko zu unterscheiden.“

AI-Systeme würden aber in Zukunft per Mustererkennungsanalysen unter Kombination von Mammografie-Befunden und individuellen Risikofaktoren ein Screening auf Brustkrebs ermöglichen, das eben ganz genau an die Situation und das Risiko der einzelnen Frau angepasst werden könne.

Künstliche Intelligenz zur Personalisierung der Früherkennung und Therapieplanung.

Daniela Kauer-Dorner

Künstliche Intelligenz macht aber auch die Strahlentherapie genauer und einfacher in der Planung. Die Wiener Expertin: „Die meisten Mammakarzinom-Patientinnen bekommen eine Strahlentherapie. Das sind sehr, sehr viele Patientinnen nach brusterhaltender Operation, aber auch nach einer Brustentfernung. Früher haben wir vergleichsweise große Felder für die Bestrahlung händisch festgelegt. Heute geschieht die Festlegung der Bestrahlungsfelder individuell



Der 19. St. Gallen International Breast Cancer Conference 2025 in Wien brachte weltweit führende Expertinnen und Experten zur Diskussion neuer Standards in der Brustkrebsbehandlung zusammen.

anhand einer Planungs-Computertomografie, aus der eine dreidimensionale Darstellung der Patientin errechnet wird.“ KI-basierte „Konturierungsprogramme“ ermöglichen eine genaue Planung und gewährleisten dabei größtmögliche Schonung im Umfeld des eigentlichen Bestrahlungszieles.

„Schwierige Karzinome“ werden besser behandelbar

Brustkrebs, bei dem das Karzinom weder auf Wachstumsimpulse durch Hormone oder andere Faktoren für ein rasches Wachstum angewiesen ist, galt lange Zeit als ausgesprochen schlecht behandelbar. Mittlerweile hat sich das Bild von diesem „triple negativen Mammakarzinom“ deutlich gewandelt, betonte die deutsche Gynäkologin und Brustkrebsforscherin Univ.-Prof. Dr. Sibylle Loibl, wissenschaftliche Leiterin der German Breast Group. Etwa 70 Prozent der Mammakarzinome sind hormonabhängig. Sie weisen an ihrer Oberfläche Rezeptoren für Östrogen bzw. Gestagen auf und sprechen auf eine medikamentöse antihormonelle Therapie an. Etwa 15 Prozent besitzen vermehrt sogenannte HER2-Rezeptoren und

Bessere Behandlungsergebnisse bei ‚triple negativem‘ Mammakarzinom.

Sibylle Loibl

können mit dagegenwirkenden monoklonalen Antikörpern (Trastuzumab etc.) gut behandelt werden.

„Zehn bis 20 Prozent der Mammakarzinome sind ‚triple negativ‘, weisen also keine Hormon- oder HER2-Rezeptoren auf“, sagte Loibl. Entscheidend für den späteren Behandlungserfolg ist natürlich die frühe Diagnose einer Brustkrebskrankung, womit die regelmäßige Teilnahme möglichst vieler Frauen an den Früherkennungs-/Screeningprogrammen per Mammografie besondere Bedeutung erlangt. Im Falle des Falles kommt es aber schon im Rahmen der Diagnosestellung auf eine optimale Bestimmung von Art und Stadium der Erkrankung an. Die Wissenschaftlerin: „Im Rahmen der Untersuchung der Gewebeprobe aus der Biopsie wird auf die Hormon- und HER2-Rezeptoren und auf den Zellteilungsmarker Ki-67 untersucht.“ Bei Brustkrebspatientinnen im Alter von weniger als 60 Jahren oder auch unabhängig vom Alter bzw. bei einer entsprechenden Familiengeschichte werden die Patientinnen auch auf Mutationen in den Brustkrebsgenen (BRCA1/2; Anm.) getestet.

Liegt ein „triple negatives“ Mammakarzinom im Frühstadium vor, kann eine medikamentöse Behandlung noch vor der Operation („neoad-



Rund 4.000 Fachleute aus aller Welt nahmen an der Konferenz teil, bei der aktuelle Erkenntnisse zu schonender Chirurgie, kürzeren Strahlentherapien und dem Einsatz künstlicher Intelligenz vorgestellt und diskutiert wurden.

juvant“) einen entscheidenden Beitrag zum langfristigen Überleben der Betroffenen leisten. Das ultimative Ziel: Durch Chemotherapie und gegebenenfalls auch in Kombination mit einer modernen Immuntherapie (Immuncheckpoint-Inhibitoren) den Tumor möglichst schon vor dem chirurgischen Eingriff radikal zu verkleinern, ein höheres Stadium der Erkrankung auf ein niedrigeres zu bringen oder den Primärtumor ganz zum Verschwinden zu bringen. Laut Loibl gelingt das mittlerweile bereits bei mehr als 60 Prozent der optimal Behandelten.

Die Flüssig-Biopsie spielt zunehmend eine entscheidende Rolle bei der Beobachtung der Entwicklung des Tumors.

Zsuzsanna Bago-Horvath

Erblicher Brustkrebs

Die meisten Brustkrebskrankungen treten „spontan“ auf. Doch bei einem Risiko für ein Mammakarzinom mit erblich vermitteltem Hintergrund ist besondere Vorsicht geboten. „Hier werden zunehmend neue Strategien in der Früherkennung und sogar für eine Prävention diskutiert“, erklärte der Wiener Gynäkologe Univ.-Prof. Dr. Christian Singer (MedUni Wien/AKH).

„Wir wissen heute, dass etwa fünf bis sieben Prozent der Mammakarzinom-Erkrankungen durch die sogenannten Brustkrebsgene BRCA1 bzw. BRCA2 verursacht werden. Das ist ein erbliches Risiko. Aber wir schätzen gleichzeitig, dass insgesamt zehn bis 15 Prozent der Brustkrebskrankungen familiär gehäuft auftreten.“

Auf eine erbliche Belastung kommt man in erster Linie im Rahmen des Erhebens einer Krankengeschichte. In Österreich gibt es flächendeckend hundert Brustgen-Beratungsstellen, an die sich Frauen wenden können. Im Fall des Falles gibt es mehrere Möglichkeiten: eine engmaschige Überwachung mittels jährlicher Screening-Untersuchung auch per Magnetresonanztomografie oder auch eine chirurgische Entfernung des Brustgewebes mit oft gleichzeitigem Wiederaufbau der Brust. „Heute sind

Zehn bis 15 Prozent der Brustkrebskrankungen treten familiär gehäuft auf.

Christian Singer

diese Eingriffe so gut, dass es sich fast um eine kosmetische Brustoperation handeln könnte“, sagte Singer.

Diagnostik und Überwachung aus Blutserum

Die Möglichkeit, Erbgutbestandteile aus dem Blut schnell sequenzieren zu können, bringt neue Chancen für die Onkologie. Die Flüssig-Biopsie (Liquid Biopsy) erlaubt zunehmend, Tumorerkrankungen „laufend“ zu beobachten. „Die Liquid Biopsy gibt es schon seit einigen Jahren. Die Einsatzmöglichkeiten sind sehr breit. Am besten eignet sich dazu Blutserum. Man kann darin viele einzelne Bestandteile identifizieren und analysieren. Bei Brustkrebs kann das Erbgut aus ganzen, im Blut zirkulierenden Tumorzellen (CTCs) sein, zellfreie DNA (cfDNA), RNA oder sogenannte Vesikel, die von Tumorzellen ausgeschieden werden“, sagte Priv.-Doz. Dr. Zsuzsanna Bago-Horvath, Gynäkopathologin am Klinischen Institut für Pathologie von MedUni Wien/AKH. Für die Früherkennung eignet sich die Flüssig-Biopsie noch nicht. Eine wesentliche Rolle dürfte der Liquid Biopsy in Zukunft aber speziell in der oft jahrelang durchgeführten medikamentösen Behandlung von Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs und Metastasen zukommen. Die Wiener Pathologin: „Hier spielt diese Technik zunehmend eine entscheidende Rolle bei der Beobachtung der Entwicklung des Tumors.“

Einerseits erlaubt die Flüssig-Biopsie eine Quantifizierung: Je mehr Erbgut(-bestandteile) des Tumors oder von Metastasen im Blut auftaucht bzw. auftauchen, desto größer ist die Tumorlast. Auf der anderen Seite lassen sich Veränderungen der Tumorcharakteristik verfolgen, die auf die Entstehung von gegen die verwendete medikamentöse Therapie resistente Zellformen hindeuten. Dann kann die Behandlung entsprechend angepasst und wieder wirksamer gemacht werden. 





PERFORMANCE

Neustart in der Gesundheitspolitik

Der Verein PRAEVENIRE präsentierte kürzlich sein aktuelles Jahrbuch 2024/25 und diskutierte mit führenden Gesundheitsexpertinnen und -experten konkrete Lösungsansätze für eine zukunftsfitte Versorgung. Die Chancen stehen gut, dass einiges davon auch umgesetzt wird, denn das **PROGRAMM DER BUNDESREGIERUNG ENTHÄLT BEREITS ZAHLREICHE MASSNAHMEN**, die seit Jahren zentrale Anliegen von PRAEVENIRE widerspiegeln. | von Michaela Meier

Mit dem PRAEVENIRE Jahrbuch 2024/25 legt Vereinspräsident Dr. Hans Jörg Schelling erneut ein umfassendes Kompendium aktueller Herausforderungen, Reformideen und Handlungsempfehlungen für die österreichische Gesundheitspolitik vor. „Die neue Regierung bringt neue Chancen, die Versorgung neu zu denken“, bringt er das Motto auf den Punkt und zeigt sich erfreut, dass sich 28 von 34 PRAEVENIRE Vorschläge schon im Gesundheitsprogramm der neuen Regierung widerspiegeln. Nach Ansicht Schellings ist das ein starkes Signal und zugleich ein Auftrag, diesen Weg gemeinsam weiterzugehen – mit Engagement, Expertise und Verantwortung.

Konsens und Dissens sind legitim

Ziel von PRAEVENIRE war und ist es, die relevanten Akteurinnen und Akteure aus Wissenschaft, Praxis, Politik und Sozialpartnerschaft an einen Tisch zu bringen, um gemeinsam an der Weiterentwicklung des solidarischen Gesundheitssystems zu arbeiten. In zahlreichen Gipfelgesprächen, Veranstaltungen und Diskussionsrunden haben namhafte Expertinnen und Experten aus unterschiedlichsten Bereichen nicht nur analysiert und diskutiert, sondern auch konkrete Lösungsvorschläge für die Herausforderungen im österreichischen Gesundheitswesen erarbeitet. „Der Dialog stand dabei stets im Zentrum unseres Tuns, ebenso wie der Anspruch, Patientinnen und Patienten ins Zentrum aller Überlegungen zu stellen“, so Schelling weiter. Für den PRAEVENIRE Präsidenten ist klar, dass eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung nur im Schulterschluss mit allen relevanten Stakeholdern – von Bund, Ländern und Gemeinden über die Sozialversicherungsträger bis hin zu medizinischen Fachkräften, Pflegekräften, aber auch den Betroffenen, ihren

Angehörigen und deren Interessenvertretungen – erzielt werden kann. Unbestritten ist für Schelling, dass Österreich ein sehr gutes Gesundheitssystem hat, aber: „Es ist hochineffizient und wir haben ein deutliches Finanzierungsproblem. Viele Einzelvorschläge scheitern daran, dass sie mit dem bestehenden System und den Prozessen zur Entscheidungsfindung nicht kompatibel sind.“ Daher wird sich PRAEVENIRE auch künftig dafür einsetzen, dass alle Perspektiven eingebunden werden und die patientenzentrierte Versorgung der Fokus bleibt. Bei PRAEVENIRE Veranstaltungen wie den Denkartagen, dem Digital Health Symposium oder den Gipfelgesprächen treffen einander Stakeholder aus Medizin, Politik, Wissenschaft und Gesellschaft und folgen klaren Regeln: „Alle dürfen alles sagen und am Ende werden Konsens und Dissens gleichermaßen dokumentiert. Denn unterschiedliche Interessen sind legitim, sie dürfen aber niemals zulasten der Patientinnen und Patienten gehen“, bringt es Schelling auf den Punkt.

Eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung kann nur im Schulterschluss mit allen relevanten Stakeholdern erzielt werden.

Hans Jörg Schelling

Neue Versorgungsmodelle gefragt

Ein zentrales Thema auf der Agenda von PRAEVENIRE bleibt die Prävention – und zwar sowohl verhaltensbezogen als auch verhältnisbezogen. „Es genügt nicht, Radwege zu bauen, wenn die Menschen nicht zum Radfahren motiviert werden. Es braucht eine Kultur der Bewegung und eine neue Stärke der Eigen-

Der Eltern-Kind-Pass soll zu einem umfassenden Instrument für Gesundheitsförderung bis zum 18. Lebensjahr ausgebaut werden.

Rudolf Silvan

verantwortung. Gesundheitskompetenz soll wieder zum selbstverständlichen Teil des Lebens werden“, sagt Schelling. Ein weiteres wichtiges Anliegen für die Zukunft ist für ihn, dass der Fokus auf die Stärkung der medizinischen Forschung in Österreich gelegt wird. „Wir haben in der Medizin und der Tradition der Wiener Schule international einen exzellenten Ruf. Eine moderne ‚Wiener Schule 2.0‘ braucht aber entsprechende Mittel“, so der PRAEVENIRE Präsident. Er legt seine Hoffnung besonders in die diagnostische Forschung und sieht hier enormes Potenzial, dass Österreich wieder an die Weltspitze der Medizin kommen kann. Das neue PRAEVENIRE Jahrbuch zeigt konkret auf, in welchen Bereichen durch evidenzbasierte Maßnahmen spürbare Fortschritte erzielt werden können und wo es noch Handlungsbedarf gibt. Eine dieser offenen Baustellen betrifft die Planung und Steuerung: „Eine gesamthafte Steuerung des Gesundheitssystems durch den Bund ist zwar vorgesehen, muss aber auch konsequent umgesetzt werden. Ohne eine einheitliche Finanzierung aus einem Topf bleibt eine sinnvolle Planungssteuerung ein frommer Wunsch“, meint Schelling. Er ist außerdem überzeugt, dass ein strukturiertes Lotsensystem helfen könnte, die Versorgung effizienter und individueller zu gestalten, denn Patientinnen und Patienten brauchen Orientierung, um den für sie besten Point-of-Service zu finden und da-

Der Dialog steht im Zentrum der Arbeit von PRAEVENIRE, ebenso wie der Anspruch, Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt aller Überlegungen zu stellen.



© KRISTIAN JUHASZ (2)



mit das System nicht über Gebühr zu belasten. Auch ein Umbau der stationären Versorgung wird nach Ansicht des Experten unausweichlich sein, denn: „Die moderne Medizin entwickelt sich rasant weiter und damit verlagern sich auch die Notwendigkeiten. Der Ausbau von Tageskliniken, ambulanter Angebote und interdisziplinärer Versorgungsketten ist ein Gebot der Stunde. Dieser Umbau erfordert automatisch auch neue Finanzierungs- und Versorgungsmodelle. Wir müssen weg von starren Strukturen hin zu flexiblen Lösungen kommen.“

Prävention als politische Priorität

Der Gesundheitssprecher der SPÖ, Rudolf Silvan, betont die Bedeutung der Prävention als strategischen Hebel und geht noch einen Schritt weiter: „Das zentrale Ziel muss die Stärkung der Gesundheitskompetenz sein, und zwar von Kindesbeinen an. Daher werden das Bildungs-, Sport- und Gesundheitsministerium gemeinsam Programme entwickeln, um Kinder und Jugendliche frühzeitig mit gesundheitsrelevanten Themen zu erreichen“, sagt Silvan. Ein zentrales Vorhaben im Regierungsprogramm ist das neue Kindergesundheitspaket: Der Eltern-Kind-Pass soll zu einem umfassenden Instrument für Gesundheitsförderung bis zum 18. Lebensjahr ausgebaut werden. Ergänzt wird dies durch die Ausweitung der Entwicklungsdiagnostik und Zahngesundheitsprogramme sowie durch eine Reorganisation des schulärztlichen Dienstes. Auch für Erwachsene soll die Prävention gestärkt werden, unter anderem durch digital unterstützte Früherkennung von chronischen Erkrankungen und den Ausbau einer wohnortnahen, präventiven Primärversorgung. Silvan betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Digitalisierung: „Sie ist ein wesentlicher Hebel, um Menschen zu befähigen, wieder mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen.“

Dringender Handlungsbedarf besteht noch bei den Versorgungspfaden, der Entbürokratisierung und der Life-Science-Strategie.

Josef Smolle

Entbürokratisierung macht Ressourcen frei

Auch Univ.-Prof. Dr. Josef Smolle, ehemaliger Gesundheitssprecher der ÖVP und Rektor der MedUni Graz, lobt die Arbeit von PRAEVENIRE: „Die Vielzahl an Gesprächen, die über Jahre hinweg in diesem Rahmen geführt wurden, führen in Summe dazu, dass sich für wichtige Themen im Gesundheitswesen ein breites gesellschaftliches Verständnis bildet, das wiederum die Grundlage für tragfähige Programme sein kann.“ Ohne diesen breit geführten Dialog würde vielen Vorhaben die notwendige Akzeptanz fehlen, sowohl auf Expertenebene als auch in der Bevölkerung. Smolle hebt drei Bereiche hervor, in denen er noch dringenden Handlungsbedarf sieht: die Versorgungspfaden, die Entbürokratisierung und die Life-Science-Strategie. „Insbesondere im niedergelassenen Bereich brauchen wir einen gezielten Ausbau

Ein zentrales Thema auf der Agenda von PRAEVENIRE ist und bleibt die Prävention – und zwar sowohl verhaltensbezogen als auch verhältnisbezogen.

Das Schularzt-System und der Einsatz von School Nurses müssen ebenso wie der „bewegte Unterricht“ ausgebaut werden.

Fiona Fiedler

der Kapazitäten, etwa um Wartezeiten auf MR-Termine zu reduzieren. Ohne klar definierte Versorgungspfade nutzt jedoch ein quantitativer Ausbau wenig. Wenn Patientinnen und Patienten nicht strukturiert durch das System gelenkt werden, droht eine Verschwendung von Ressourcen und unnötige Belastung für alle Beteiligten“, ist Smolle überzeugt. Versorgungspfade bedeuten aus seiner Sicht mehr als nur eine effiziente Ressourcennutzung. Sie entlasten auch die Patientinnen und Patienten, indem sie helfen, schneller den „Best Point of Service“ zu erreichen. Als zentrales Element setzt er auf die Ausweitung der telefonischen Gesundheitsberatung 1450, die österreichweit zu einer einheitlichen und umfassenden Eintrittspforte ins System weiterentwickelt werden sollte. Auch die Digitalisierung kann in diesem Zusammenhang eine tragende Rolle spielen, und schließlich fordert er eine fächerübergreifende Zusammenarbeit: „Wenn wir über den Ausbau im niedergelassenen Bereich sprechen, müssen wir gezielt auf interprofessionelle Einrichtungen setzen, in denen unterschiedliche Gesundheitsberufe in koordinierten Teams tätig sind. Ein gelungenes Beispiel dafür ist die Weiterentwicklung des Primärversorgungsgesetzes in der vergangenen Legislaturperiode, die einen regelrechten Boom an neuen, modernen Versorgungseinheiten ausgelöst hat.“ Die zweite große Baustelle ist die Bürokratie im Gesundheitswesen. In kaum einem anderen Bereich ist sie so spürbar wie hier. „Die hohe Arbeitsbelastung, über die das Gesundheitspersonal klagt, hat meist wenig mit der Ausübung ihrer eigentlichen, medizinischen oder pflegerischen Tätigkeit zu tun. Vielmehr sind es Zusatzaufgaben, Dokumentationspflichten und Überregulierungen, die Zeit und Energie binden“, weiß Smolle aus Erfahrung. Das ist aus Sicht des Experten doppelt problematisch: „Zum einen fehlt diese Zeit in der direkten Betreuung der Patientinnen und Patienten. Zum anderen leidet auch die Berufszufriedenheit, denn erfüllende Arbeit entsteht dort, wo sich Fachkräfte auf ihre eigentlichen Kompetenzen konzentrieren können.“ Hier setzt für ihn die Digitalisierung an, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass sie richtig eingesetzt wird. Sie darf kein zusätzlicher Aufwand für die Gesundheitsdienstleister sein, sondern muss Prozesse vereinfachen, die Patientensicherheit erhöhen und damit allen Beteiligten zugutekommen. „Dafür ist auch organisatorischer Wandel erforderlich“, ist der Experte überzeugt und prognostiziert, dass in Zukunft vermehrt dokumentationsunterstützendes Personal erforderlich sein wird, etwa medizinische Assistenzkräfte oder Digitalisierungsbeauftragte. Einen dritten entscheidenden Zukunftsbereich sieht Smolle in der Life-Science-Strategie, die zu einer Stärkung des Forschungs- und Entwicklungsstandorts Österreich und zu mehr

Versorgungssicherheit mit Arzneimitteln führen soll. „Österreich ist gut aufgestellt: Die medizinischen Universitäten sind exzellent, die außeruniversitären Forschungseinrichtungen vielfach stark auf Gesundheit fokussiert. Hier besteht enormes Potenzial, das durch gezielte Investitionen und bessere Vernetzung weiterentwickelt werden muss“, fordert er.

Gesundheitskompetenz stärken

Eine Reihe notwendiger Reformen zeigt auch Fiona Fiedler, NEOS-Sprecherin für Menschen mit Behinderungen, Gesundheit und Pflege, auf. Für sie steht fest, dass ein modernes Gesundheitssystem vor allem Mut zur Veränderung und den Willen, über Sektorengrenzen hinweg zu denken, benötigt. Gesundheitskompetenz, Digitalisierung, interprofessionelle Zusammenarbeit und eine integrierte Finanzierung sind auch für Fiedler zentrale Bausteine eines Systems, das für die Herausforderungen der Zukunft gut gerüstet sein will. Doch Gesundheit ist nicht nur eine Frage der Versorgung, sondern auch der Bildung: „Gesundheitskompetenz ist ein Bildungsauftrag, den wir schon im Kindergarten ernst nehmen müssen.“ Sie plädiert für die Etablierung eines inklusiven Bildungssystems, das nur dann gelingen kann, wenn Pädagoginnen und Pädagogen durch multiprofessionelle Teams entlastet werden. Dazu zählt etwa der Ausbau des Schularzt-Systems oder der Einsatz von School Nurses. Auch der „bewegte Unterricht“ ist aus ihrer Sicht ein oft vernachlässigter Bestandteil der Gesundheitsförderung in Schulen. „Hier braucht es nicht nur Raum im Stundenplan, sondern auch das Engagement und die gezielte Unterstützung der Lehrkräfte“, fordert Fiedler. Ein zentraler Hebel für mehr Effizienz und Transparenz liegt für die NEOS-Politikerin ebenfalls in der Digitalisierung. Sie spricht sich klar für die verpflichtende Diagnosecodierung sowie für ein Gesundheitsregister aus. „Wir haben in Österreich viele Datensilos, die zusammengeführt werden müssen. Das stärkt die Versorgung und die Forschung gleichermaßen. Unsere Aufgabe ist es, Vertrauen aufzubauen, indem wir klar kommunizieren, dass diese Maßnahmen am Ende den Patientinnen und Patienten zugutekommen.“ Ein besonders zukunftsweisender Schritt sei laut Fiedler die geplante Reform der Finanzierungsströme im Gesundheitssystem: „Wir haben den Mut aufgebracht, Expertengruppen einzusetzen, die neue Modelle einer einheitlichen Finanzierung aus einem Topf erarbeiten sollen. Damit soll nicht nur mehr Transparenz geschaffen werden, sondern auch eine effizientere Steuerung und Planung der Versorgung möglich werden.“ Die Gespräche, die PRAEVENIRE über Jahre hinweg geführt hat, haben einen fruchtbaren Boden für ein zukunftsorientiertes Gesundheitswesen in Österreich aufbereitet. Jetzt liegt es an der Politik, diesen Boden zu bestellen: mit strukturierten Versorgungspfaden, einer konsequenten Entbürokratisierung und einer forschungsorientierten Standortpolitik. Wenn der Dialog zwischen Praxis, Politik und Wissenschaft in bewährter Form fortgeführt wird, steht einer zukunftsfiten Gesundheitsversorgung nichts mehr im Weg. **P**





Selten, aber nicht allein: Dr. Christina Müller und die Kraft der Sichtbarkeit

Mit der Ausstellung *Selten Allein* verleiht Dr. Christina Müller Menschen mit seltenen Erkrankungen Sichtbarkeit – mitten im Alltag, an Bahnhöfen und Kliniken. **IHR PROJEKT SCHAFFT RAUM FÜR BEGEGNUNG, AUFKLÄRUNG UND GESELLSCHAFTLICHEN ZUSAMMENHALT.** Eine künstlerische Initiative gegen das Vergessen und für mehr Verständnis.

Wer in Dresden, Berlin, Freiburg und vielen weiteren deutschen Bahnhöfen den Zug bestieg, stieß seit 2022 immer wieder auf leuchtende Bildtafeln: Selbstporträts von Menschen mit seltenen Erkrankungen, flankiert von QR-Codes und kurzen Biografien. Der öffentliche Transitraum, sonst von Eile bestimmt, wurde zum Ort der Begegnung – ein stilles Versprechen, dass auch die Seltensten gesehen werden.

Hinter dieser ungewöhnlichen Bühne steht die Idee von Dr. Christina Müller, Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde, derzeit tätig als Schulärztin und Kinderärztin in Wien.

Während ihrer Zeit am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden arbeitete sie unter anderem als ärztliche Lotsin am Universitätszentrum für Seltene Erkrankungen (USE) Dresden, einem von derzeit 36 Zentren dieser Art in Deutschland. Dort betreute sie Patientinnen und Patienten, deren Diagnosereise oft Jahre dauerte, und koordinierte interdisziplinäre Fallkonferenzen. 2021 formulierte sie ihr Ziel: „Das Schicksal der Menschen mit seltenen Erkrankungen sollte ein Gesicht bekommen, das von vielen wahrgenommen wird. Welcher Ort wäre dazu besser geeignet als der Bahnhof?“ Es entstand die Idee zu einem außergewöhnlichen Projekt: Eine Kunstausstellung, die Plattform für Betroffene Seltener Erkrankun-

gen werden sollte. Betroffene sollten eingeladen werden, sich mittels eines künstlerischen Selbstporträts darzustellen – begleitet von einer anonymisierten Selbstauskunft über ihr Leben, ihre Träume, Sorgen, Erfahrungen und ihre Erkrankung. Es sollte eine Plattform entstehen, die Sichtbarkeit schafft und zugleich Brücken schlägt zur Gesellschaft, zu Patient:innenorganisationen, zu medizinischen Institutionen und zu anderen Betroffenen.

Gemeinsam mit der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE e.V.), dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands, den Zentren für Seltene Erkrankungen, der Agentur Ketchum sowie den Einkaufsbahnhöfen der Deutschen Bahn AG als Ausstellungsorte, wurde diese Idee zum Leben erweckt. Anlässlich des weltweiten Tages der Seltene Erkrankungen 2022 war die Ausstellung erstmals an Bahnhöfen in ganz Deutschland sowie in Universitätskliniken zu sehen.

Mitten im Alltag, dort, wo Menschen sich begegnen

Der Einladung künstlerische Selbstportraits zu schaffen sind seither viele Betroffene jährlich gefolgt, sodass im Februar 2025 die Ausstellung „Selten Allein“ bereits zum vierten Mal stattfinden konnte.

Neben deutschen Bahnhöfen und anderen Orten öffentlichen Interesses wurde die Aus-

stellung nun bereits zum zweiten Mal rund um den Tag der Seltene Erkrankungen auch an der Universitätsklinik Graz, am Institut für Human-genetik, gezeigt.

„Ziel ist es, Awareness für das Thema Seltene Erkrankungen und die damit verbundenen Herausforderungen für die Betroffenen und ihre Familien, aber auch die betreuenden Ärzte und die Allgemeinbevölkerung zu schaffen und Vernetzung zwischen allen Involvierten zu fördern. Für die Betroffenen bedeutet es, gesehen zu werden und unverblümt sprechen und von ihren Lebenserfahrungen mit einer seltenen Erkrankung und beispielsweise den teilweise jahrelangen Diagnosefindungswegen und bürokratischen Hürden erzählen zu können. Das gibt Mut und ist sehr berührend, denn oft bewegen und belasten die durch die Erkrankung entstandenen zwischenmenschlichen und sozialen Hindernisse enorm.“

Wie tief die Ausstellung wirkt, zeigt das Feedback vieler Betroffener. Besonders eindrücklich ein spontanes Schreiben einer Betroffenen:

„Ich habe eine seltene Autoimmunerkrankung, die mir gerade mal wieder Angst macht. Ich wusste nicht, dass es eine Allianz für seltene Erkrankungen gibt. Heute Morgen am Bahnhof auf dem Weg zur Arbeit habe ich mich das erste Mal nicht allein gefühlt mit meinen Ängsten.“

„Seltene Erkrankungen sind grenzenüberschreitend. In vielen Dimensionen. In diesem Sinne war von Anfang an die Idee, auch die Ausstellung grenzenüberschreitend zu gestalten und zu zeigen. Neben der dauerhaften Online-Galerie und der internationalen Teilnehmerschaft waren die Ausstellungen in Graz und zuletzt im Rahmen des 1. DACH Kongresses für Seltene Erkrankungen in Innsbruck im April 2025 weitere Schritte in diese Richtung“, so Dr. Müller, die seit Sommer 2022 wieder zurück in Ihrer Heimat Österreich ist und von hier aus weiterhin aktiver Teil der organisierenden Gruppe von *Selten Allein* ist.

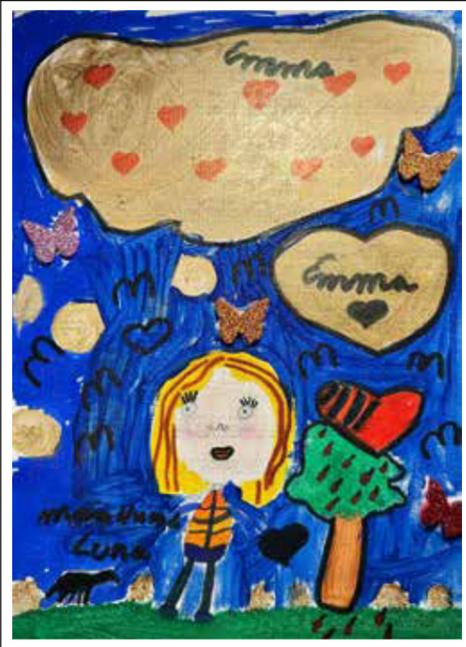
Mit Blick in die Zukunft plant das Team um Dr. Müller, die Ausstellung auch in Österreich zu präsentieren, um das Thema seltene Erkrankungen noch stärker ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. Die Vision ist klar: Eine Gesellschaft, in der niemand mit seiner Erkrankung allein ist. **P**



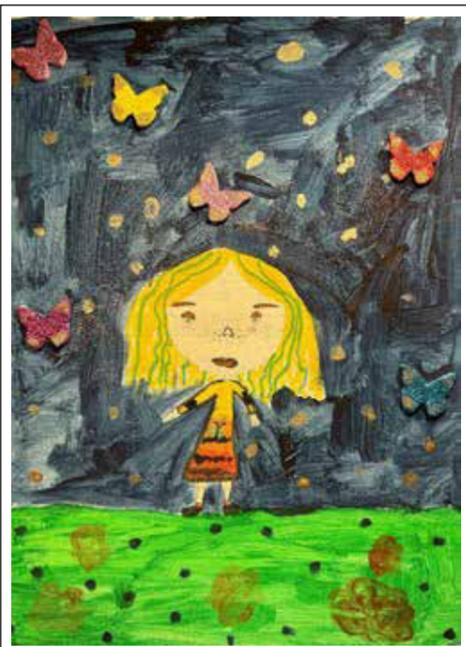
Die Ausstellung der Selbstporträts der Menschen mit Seltene Erkrankungen in deutschen Bahnhofshallen fand großen Anklang.

Für weitere Informationen zu Möglichkeiten der Ausstellung der Bilder oder Teilnahme am Projekt besuchen Sie bitte: www.seltenallein.de.

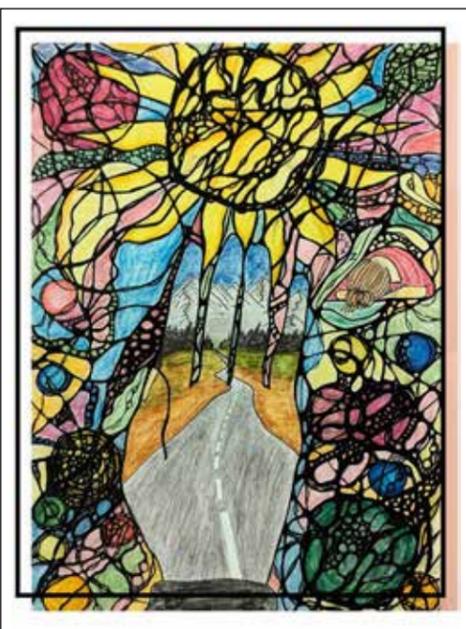
Link zur Eröffnung 2022, Hauptbahnhof Dresden: https://www.youtube.com/live/RMqjUXFCfUO?si=kfO_YDmzRfIQmzBz



Ich möchte mal eine lange Wanderung machen!
Emma 10 Jahre, Neurofibromatose (NF) Typ 1



Ich möchte Sport machen. Und anderen Menschen helfen, die es brauchen.
Lotte 10 Jahre, Neurofibromatose (NF) Typ 1



Ich wünsche mir, dass man mit einer unsichtbaren Erkrankung ernst genommen wird und auf Verständnis, Respekt und Anerkennung stößt und dass es bessere Behandlungsmöglichkeiten gibt.
Dani 37 Jahre, Narkolepsie

Gruppenbild rechts v. l. n. r.: Karolin Lode, Kunsttherapeutin Universitätskinderklinik Carl Gustav Carus, Dresden, Bianca Paslak-Leptien, Leiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der ACHSE e.V. (Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen), Dr. med. Amalia-Mihaela Hanßke, Stellvertretende Sprecherin des UniversitätsCentrums für Seltene Erkrankungen, Prof. Dr. med. Min Ae Lee-Kirsch, Stellvertretende Sprecherin des UniversitätsCentrums für Seltene Erkrankungen, Alexander Pravida, Werbereferent Region SüdOst, Marketinggesellschaft der bundesweiten Einkaufsbahnhöfe, Dr. Christina Müller, Anna Wiegandt, Öffentlichkeitsarbeit der ACHSE e.V. (Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen), Künstlerin des Titelbildes der Ausstellung Seltene Allein 2022 über Ihr Leben mit ARCI (Autosomal Rezessive Kongenitale Ichthyose), Frank Ohi, ehem. Kaufmännischer Vorstand Uniklinikum Dresden, vorne: Emma und Lotte Franke, Künstlerinnen von Bildern 2022 und 2025, beide NF1 (Neurofibromatose Typ 1)

Ein kleiner Auszug aus den künstlerischen Werken, mit denen die Betroffenen ihre Gefühle und Wünsche ausdrücken.



Ich möchte möglichst lange fit sein und mein Leben mit lieben Menschen gemeinsam genießen.
Sabine B. 65 Jahre, Pulmonale Hypertonie



In der Online Galerie auf www.seltenallein.de sind sämtliche Kunstwerke aus der Aktion „Selten Allein“ zu sehen. Sie geben Einblicke in die Leben mit Seltene Erkrankungen, Wünsche und Träume sowie Wissenswertes über die Erkrankungen und Anlaufstellen. Sie lädt zur Vernetzung ein und zeigt Möglichkeiten der Beteiligung auf.





PIONIERE

Solidarität statt Sparzwang

Der Frage, WARUM WIR AKTUELL MEHR DENN JE EIN SOLIDARISCHES GESUNDHEITSSYSTEM BRAUCHEN UND WARUM DIESER ANSATZ SEHR BREIT DISKUTIERT WERDEN MUSS sowie interdisziplinäre Perspektiven benötigt, ist Mag. Claudia Neumayer-Stickler, Vorsitzende der Konferenz der Sozialversicherungsträger, kürzlich nachgegangen.

Gerade in Zeiten multipler Krisen, in denen politische und ökonomische Debatten von Sparzwängen dominiert werden, ist es entscheidend, das Thema Solidarität im Gesundheitswesen in den Mittelpunkt zu rücken. „Die Frage, wo gespart werden kann, darf aber nicht dazu führen, dass wir ausgerechnet bei einem der zentralen gesellschaftlichen Fundamente Abstriche machen: bei der Gesundheit. Denn ein solidarisches Gesundheitssystem ist kein Luxus, sondern eine tragende Säule des gesellschaftlichen Zusammenhalts“, sagt Mag. Claudia Neumayer-Stickler, Vorsitzende der Konferenz der Sozialversicherungsträger, in ihrer Keynote anlässlich der Servitenrunde. Das Denkerformat lädt Expertinnen und Experten ein, zu zentralen Themen der Gesundheitsversorgung zu diskutieren. Die Gespräche folgen der Chatham Rule, die eine sehr offene Diskussion zu sensiblen Themen ermöglicht, da besprochene Inhalte und Standpunkte – mit Ausnahme der Keynote – nur anonymisiert weitergegeben werden dürfen.

Gesundheit ist mehr als Medizin

„Ein solidarisches Gesundheitssystem muss umfassend gedacht werden: nicht erst dort, wo

Menschen krank im Wartezimmer sitzen oder bereits im Krankenhaus behandelt werden, sondern als ein System, das früher ansetzt und Lebensqualität fördert. Es begleitet uns von der Geburt bis ins hohe Alter, in der Schule, im Beruf und im Ruhestand“, beschreibt Neumayer-Stickler die Bedeutung über den gesamten Lebensweg hinweg. Gesundheit entsteht nie isoliert – sie ist das Ergebnis vieler Einflüsse: Bildung, Umwelt, Ernährung, soziale Teilhabe und gesunde Arbeitsbedingungen. Der Arbeitsplatz ist für die Expertin, die auch Stellvertreterin des AUVA-Obmanns ist, eine zentrale Gesundheitsdeterminante: „Arbeit kann identitätsstiftend und gesundheitsfördernd sein, aber auch krank machen.“ In Österreich sterben Jahr für Jahr immer weit über 100 Menschen an den Folgen von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten. Jährlich entstehen aufgrund von Arbeits- und Wegunfällen rund 1,9 Milliarden Euro an Folgekosten. „Noch häufiger sind schlechende Risiken, die zu chronischen Erkrankungen führen, sei es durch den Umgang mit gefährlichen Stoffen oder durch physische Belastungen. Die gesundheitlichen Folgen werden oft übersehen oder nicht als arbeitsbedingt anerkannt. Dabei ist gesunde Arbeit kein Idealbild, sondern eine Verpflichtung des Arbeitgebers und ein Gebot

der gesellschaftlichen Verantwortung“, betont Neumayer-Stickler.

Gesetze spiegeln Arbeitswelt nicht wider

Das Arbeitnehmer:innenschutzgesetz (ASchG) ist seit rund 30 Jahren in Kraft und war zum Zeitpunkt seiner Implementierung ein Meilenstein. Doch seither hat sich die Arbeitswelt massiv verändert, etwa durch Digitalisierung und Automatisierung, die Klimakrise und ihre langen Hitzeperioden, den demografischen Wandel und neue Arbeitsformen. Diese Veränderungen müssen sich auch im Arbeitsrecht niederschlagen. „Es braucht ein Update des ASchG, das die neuen gesundheitlichen Herausforderungen adressiert und einen modernen Schutzrahmen für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer schafft“, fordert Neumayer-Stickler. Ebenso reformbedürftig ist nach ihrer Ansicht die im ASVG verankerte Liste der Berufskrankheiten, denn viele Erkrankungen, die heute klar auf Arbeitsbedingungen zurückzuführen sind, fehlen darin. „Zwar brachte das Berufskrankheiten-Modernisierungsgesetz 2024 Verbesserungen, etwa durch die Anerkennung des hellen Hautkrebses, doch sind diese Schritte unzureichend. Ein Beispiel dafür sind bandscheibenbedingte Erkrankungen, die durch das Heben schwerer Lasten, etwa im Pflege- oder Paketdienst, auftreten“, weiß die ÖGB-Expertin. Während bandscheibenbedingte Erkrankungen in Deutschland längst als Berufskrankheit anerkannt sind, ist das in Österreich nicht der Fall. Die Anerkennung als Berufskrankheit ist nicht nur für die Betroffenen essenziell, sie beeinflusst auch das Präventionsverhalten in den Betrieben. „Wenn eine Krankheit offiziell als Berufskrankheit anerkannt ist, lassen sich Schutzmaßnahmen gezielt planen und finanzieren. Dafür braucht es politisches Verantwortungsbewusstsein und ein klares Ja zur Prävention“, sagt Neumayer-Stickler.

Betriebliche Gesundheitsförderung als Chance

Ein zentrales Instrument zur Förderung gesunder Arbeitsbedingungen ist die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF). Immer mehr Unternehmen erkennen, dass gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deutlich produktiver sind, sich langfristig ans Unternehmen binden und das Betriebsklima verbessern. Solange die BGF freiwillig bleibt, profitieren vor allem jene Beschäftigten, deren Betriebe die Notwendigkeit zum Handeln von sich aus erkannt haben. „Somit bleiben viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer außen vor. Ein solidarisches Gesundheitssystem muss aber für alle da sein, auch am



Claudia Neumayer-Stickler betont bei der Servitenrunde die Bedeutung eines solidarischen Gesundheitssystems, das mit der modernen Arbeitswelt Schritt hält und Prävention in den Mittelpunkt stellt.

Arbeitsplatz“, betont Neumayer-Stickler in ihrer Keynote. Betriebliche Gesundheitsförderung darf nicht bei Obstkörben und Fitnesskursen enden. Es braucht strukturelle Maßnahmen wie gesunde Arbeitszeitmodelle und eine wertschätzende Unternehmenskultur. Gerade die Gestaltung der Arbeitszeit ist nach Einschätzung der ÖGB-Expertin ein zentraler Hebel, um gesundheitsschädliche Belastungen zu reduzieren. Ein Phänomen, das in der betrieblichen Gesundheitsdiskussion noch immer unterschätzt wird, ist der sogenannte Präsentismus – wenn Menschen krank zur Arbeit kommen. „Was oberflächlich wie Engagement wirkt, ist in Wahrheit ein Gesundheitsrisiko. Wer krank arbeitet, wird langsamer gesund, riskiert Folgeerkrankungen und erhöht das Unfallrisiko, nicht nur für sich, sondern auch für Kolleginnen und Kollegen. In Betrieben, in denen Kranksein stigmatisiert wird, entsteht ein Klima, das langfristig allen schadet“, weiß Neumayer-Stickler und verweist auf die Statistik: „Im Jahr 2023 entfielen rund 40 % aller Krankenstandstage auf Atemwegs- und Infektionskrankheiten. Es ist anzunehmen, dass viele dieser Fälle durch Präsentismus verschärft oder ausgelöst wurden. Ein starker Fokus auf betriebliche Prävention muss deshalb auch die Unternehmenskultur und den Umgang mit Krankheit umfassen.“

Mehr Forschung zur psychischen Gesundheit

Um gezielte Maßnahmen setzen zu können, braucht es bessere Daten und mehr Forschung über arbeitsbedingte Erkrankungen. Insbesondere psychische Belastungen sind ein blinder Fleck, ebenso wie gendermedizinische Aspekte, die noch nicht ausreichend berücksichtigt werden. So erleben Frauen in vielen Berufen andere Belastungen als Männer, etwa durch Mehrfachbelastungen oder spezifische ergonomische Anforderungen. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht nur biologisch, sondern auch in Bezug auf ihre Arbeitsbelastungen, Erkrankungsrisiken, Gesundheitswahrnehmung

ÖGB



SERVITEN
RUNDE

DIE GESPRÄCHSRUNDE.
JEDEN LETZTEN DONNERSTAG IM MONAT.

und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Diese Unterschiede haben konkrete Auswirkungen auf die Arbeitsmedizin und das betriebliche Gesundheitsmanagement und sollten gezielt adressiert werden, um langfristig gesunde und leistungsfähige Arbeitskräfte zu fördern – unabhängig vom Geschlecht. Der Begriff „Gender“ umfasst weit mehr als das biologische Geschlecht („sex“). Er verweist auf gesellschaftlich geprägte Rollenbilder, Erwartungen, Lebens- und Arbeitsrealitäten, die sich auf Gesundheit, Krankheit und Arbeitsfähigkeit auswirken. Frauen und Männer unterscheiden sich etwa in Bezug auf Körpergröße, Muskelmasse, Stoffwechsel, Hormonhaushalt und Schmerzverarbeitung. Diese physiologischen Unterschiede beeinflussen die Wirkung von Schadstoffen, Medikamenten, ergonomischen Anforderungen oder körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz.

Zugleich spielen soziokulturelle Faktoren eine erhebliche Rolle. Männer sind beispielsweise häufiger in körperlich belastenden Berufen tätig, Frauen häufiger in Berufen mit hoher emotionaler und kommunikativer Beanspruchung. Pflege, Betreuung, soziale und pädagogische Berufe werden nach wie vor überwiegend von Frauen ausgeübt – häufig unter Bedingungen, die mit hohem Zeitdruck, geringer Planbarkeit und emotionaler Erschöpfung verbunden sind. Auch die Herausforderung von Vereinbarkeit von Beruf und Care-Arbeit betrifft überdurch-

schnittlich häufig Frauen und stellt einen relevanten Stressfaktor dar. Diese strukturellen Unterschiede schlagen sich auch in den Gesundheitsdaten nieder: Männer sind häufiger von arbeitsbedingten Verletzungen und Unfällen betroffen, insbesondere in der Bauwirtschaft, Industrie und im Transportwesen. Frauen leiden hingegen überdurchschnittlich häufig unter chronischen Muskel- und Skeletterkrankungen, psychischen Belastungen und stressbedingten Symptomen wie Schlafstörungen oder Migräne. Auch die Gefahr, an einem Burnout zu erkranken, ist für Frauen signifikant höher. „Prävention nützt nicht nur den Betroffenen – sie stärkt das gesamte solidarische System: Wer gesund bleibt, braucht weniger medizinische Versorgung und trägt zum Erhalt des Systems bei“, ist Neumayer-Stickler überzeugt und schließt den Bogen zum solidarischen Gesundheitssystem: „Das muss von der Politik gewollt, gesetzlich unterstützt, gesellschaftlich getragen und von allen Beteiligten gestaltet werden. Gesundheit ist eine Querschnittsmaterie und muss interdisziplinär und sozialpolitisch fundiert sein. Gerade in wirtschaftlich schwierigen Zeiten ist es wichtig, das solidarische Prinzip nicht nur zu bewahren, sondern auszubauen. Es braucht Investitionen in die Gesundheit aller Menschen, unabhängig von Einkommen, Herkunft oder Bildung. Denn das Fundament einer gesunden Gesellschaft ist nicht der Sparwille, sondern das solidarische Miteinander.“ **P**

Buchvorstellung

Peter Klein: Rauch

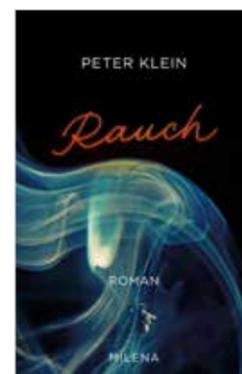
Ein literarisches Nikotintagebuch – Roman einer schleichenden Selbstverleugnung

Rauchen – das ist in Peter Kleins Romandebüt weit mehr als eine lästige Gewohnheit. Es ist ein Akt der Verdrängung, ein Ritual der Selbstrechtfertigung, eine Metapher für ein ganzes Leben zwischen Sehnsucht und Kapitulation. In *Rauch*, erschienen im Milena Verlag, schildert der frühere Ö1-Programmchef mit großer stilistischer Klarheit, wie sich Abhängigkeit – körperlich wie ideologisch – in einen Menschen hineinschreibt. Im Mittelpunkt steht Sam Sapadi, ein sensibler Intellektueller mit revolutionärem Anspruch, der aus der Provinz in die Stadt kommt, um die Welt zu verändern. Doch schon bald bleibt vom einstigen Pathos nicht viel übrig. Stattdessen: Alltag, Werbung, Ehe, Routine. Und immer wieder: Zigaretten. Sam will aufhören. Sam hört auf. Sam fängt wieder an. Der ewige Versuch, vom Rauchen loszukommen, wird zur rhythmisch wiederkehrenden Dramaturgie des Scheiterns. Jeder Griff zum Glimmstängel ist ein stiller

Rückzug aus der Verantwortung, eine Flucht vor der Konfrontation mit sich selbst.

Klein schreibt das Rauchen nicht bloß als Sucht, sondern als Symptom einer tieferliegenden Erschöpfung. Die Zigarette wird zum Symbol einer Generation, die ihre Ideale verraucht hat – langsam, aber konsequent. Das Knistern des Tabaks steht für die einstige Leidenschaft, der Rauch für das, was davon übrig bleibt: Dunst, der sich verzieht. Die Atmosphäre, in der dieser Roman spielt, ist entsprechend dicht, verraucht im doppelten Sinn – melancholisch, aber nie kitschig.

Formal bleibt Klein nüchtern, seine Sprache schnörkellos, fast radiophon. Es gibt keine großen Ausbrüche, kein larmoyantes Selbstmitleid. Stattdessen präzise Alltagsbeobachtungen, eindrucksvolle Dialoge und ein durchgehender Sog, der den Leser in Sams Abwärtsspirale zieht – und dabei erstaunlich viel Empathie erzeugt. Das eigentliche Drama spielt sich im Inneren ab, dort,



Das Buch

Titel: Rauch

Autor: Peter Klein

Seiten: 254

ISBN: ISBN 978-3-903460-37-9

wo Entscheidungen gefällt werden – und nicht selten unterlaufen.

Rauch ist auch ein Buch über den Körper. Über Atem, Entzug, Geschmack, Abwehr. Über das, was im Rachen kratzt, wenn man nicht mehr sagen kann, was einen wirklich stört. Peter Klein gelingt es, diese körperliche Erfahrung literarisch zu übersetzen, ohne sich in Symbolik zu verlieren. Der Tabak ist da, ständig, konkret. Und doch schwingt in jeder Zigarette die Frage mit: Wofür lohnt es sich, durchzuhalten?

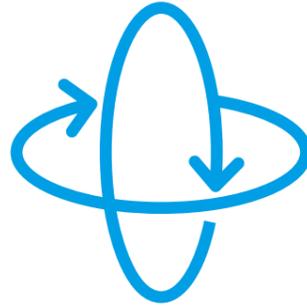
Der Roman endet nicht mit Erlösung – wie auch? Wer einmal geraucht hat, weiß: Der Rauch bleibt. In der Kleidung, in den Wänden, im Gedächtnis. *Rauch* ist ein ebenso intimes wie gesellschaftlich relevantes Buch über das Aufhören und das Nicht-Aufhören-Können – mit dem Rauchen, mit alten Träumen, mit der eigenen Lebenslüge. Ein starker Erstling, der sich tief in die Lunge der Gegenwart bohrt. **P**



PIONIERE

360° Blick

Leben mit einer Seltenen Erkrankung



Pro Rare Austria: Wir kämpfen als Team für die seltenen Erkrankungen

Pro Rare Austria hat sich seit seiner Gründung 2011 als wertvoller Partner im Gesundheits- und Sozialwesen erfolgreich etabliert. Die Allianz zählt knapp 120 Mitglieder – primär Patient:innen- und Selbsthilfeorganisationen, aber auch Repräsentant:innen von spezifischen seltenen Erkrankungen (SE).

Eine zentrale Anlaufstelle für Betroffene

Pro Rare Austria ist die einzige Organisation in Österreich, die als Anlaufstelle und Informationsquelle für Menschen mit seltenen Erkrankungen, deren Angehörige oder Personen auf der Suche nach einer Diagnose fungiert. Für viele Betroffene sind wir „der letzte Anker“. Zahlreiche Anfragende werden später Mitglieder, um Teil der Community zu sein und an den krankheitsübergreifenden Leistungen und am Austausch teilzunehmen. Dies unterstreicht die Wirksamkeit der Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung, bei Betroffenen, Angehörigen, sowie medizinischem und Gesundheitspersonal.



Mag. Ella Rosenberger
Geschäftsführung Pro Rare Austria

Maßnahmen zur Sicherung und Stärkung der Allianz der seltenen Erkrankungen

Die steigende Anzahl an Einladungen zur Mitgestaltung sowie die wachsenden Anfragen von Betroffenen und Mitgliedern zeigen den Bedarf an einem starken Dachverband für seltene Erkrankungen. Pro Rare Austria identifiziert Lücken im österreichischen Gesundheits- und Sozialwesen und unterstützt durch Beratung und Leistungen zur Kompensation oder übernimmt die Navigation. – Dafür stehen wir mit unserem gesamten Team und dafür kämpfen wir.

Intensive Teamarbeit als Basis bei Pro Rare Austria

Sechs ehrenamtliche Vorstandsmitglieder sowie fünf Teilzeit-Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle bringen ihre Expertise in strategische, inhaltliche und operative Bereiche ein. Wir führen stetigen Austausch zu Gesichtspunkten in all diesen Bereichen. Zu den Kernaufgaben zählen Interessenvertretung gegenüber Politik und Stakeholdern, internationale Vernetzung, Fundraising, Projektarbeit, Beratung sowie Öffentlichkeitsarbeit.

Anerkennung der Arbeit

Die Qualität der Tätigkeit von Pro Rare Austria wird als starke Interessenvertretung und Plattform für Austausch im Bereich seltener Erkrankungen anerkannt. Die Unterstützung durch Stakeholder trägt wesentlich zur Weiterentwicklung der Arbeit bei, um gemeinsam Fortschritte zu erzielen.

Was braucht es, um zukünftig so stark, verlässlich und fokussiert bleiben zu können

- Die Sicherung der nachhaltigen Finanzierung und Planbarkeit ist für das Fortbestehen von Pro Rare Austria unerlässlich. Mit Mag. Manuela Rosenberger haben wir eine erfahrene Person an der Spitze, die gemeinsam mit dem Team dafür kämpft, dass Pro Rare Austria weiterhin für eine starke Stimme für Menschen mit seltenen Erkrankungen in Österreich stehen kann. Fundraising ist dementsprechend unsere Top-Priorität und der volle Fokus ist nun von Geschäftsführung und Kaufmännischer Leitung darauf gerichtet – die Zukunft unseres Vereins ist aktuell nur für die nächsten zwei bis drei Jahre, aber nicht darüber hinaus gesichert. Wir haben nach wie vor keine öffentliche Basisfinanzierung.
- Zur weiteren Stärkung binden wir unsere Mitglieder noch mehr als bisher in die Öffentlichkeits- und Projektarbeit, Wissensvermittlung und in den Erfahrungsaustausch ein.

Pro Rare Austria tritt geeint als Team, transparent und mit ausgestreckter Hand auf und bietet aktiv Mitarbeit zur Erzielung der erforderlichen Verbesserungen an. **P**

 <https://www.prorare-austria.org/>



1. Auflage 2024

Kinderreha – eine Erfolgsgeschichte 2009 bis 2024



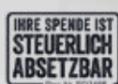
€ 25,-
Spendenbeitrag

Bestellungen direkt im Webshop:
foerderverein-kinderreha.at/shop/

Bestellungen per E-Mail:
office@foerderverein-kinderreha.at
(Bekanntgabe Namen und Zustelladresse)

Bankverbindungen:
BAWAG IBAN: AT54 1400 0173 1081 0088, BIC: BAWAATWW
Sparkasse IBAN: AT42 2020 5010 0005 1381, BIC: SPBDAT21XX

Abholung im Förderverein:
bei vorheriger Anmeldung
oder per Post: Versandkosten € 7,-



FÖRDERVEREIN
Kinder- und
Jugendlichenrehabilitation
in Österreich



www.foerderverein-kinderreha.at
Hanuschgasse 3 | 2540 Bad Vöslau | Mobil: +43 664 433 59 39

Gesund versorgen – ohne liegen zu bleiben

DIE AMBULANTISIERUNG GILT ALS SCHLÜSSELREFORM für eine zeitgemäße Gesundheitsversorgung. In Österreich steht sie erst in den Startlöchern. Dr. Wilhelm Marhold, Krankenhausmanager und langjähriger PRAEVENIRE Experte, fordert seit Jahren eine Neuausrichtung: weg vom klassischen Nachtbett, hin zu flexiblen, tagesklinischen Strukturen. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

In einer Zeit, in der das Gesundheitssystem krankt, ist das Zusammenspiel von medizinischer Expertise, Humanität und Wirtschaftlichkeit entscheidend. Dabei geht es nicht ums bloße Sparen, wie Dr. Marhold betont, sondern um Effizienz, soziale Verantwortung und eine moderne Organisation der Versorgung. „Die Medizin ist längst so weit – jetzt müssen auch die Strukturen folgen.“ „Ambulantisierung heißt: raus aus dem Spital!“ Wenn Marhold, Arzt und Manager, über die Transformation des österreichischen Gesundheitswesens spricht, dann tut er das mit Klarheit, Überzeugung – und einem geschulten Blick für Strukturen. Marhold verfolgt diesen Weg schon lange – strategisch, aber immer mit Blick auf die Praxis. Die „Ambulantisierung“ steht dabei im Zentrum – also die Verlagerung stationärer Leistungen hin zu tagesklinischen oder ambulanten Behandlungsformen. „Die moderne Medizin macht das möglich – wir müssen nur den Mut haben, die Strukturen dafür zu verändern“, so Marhold. Und er erinnert daran, dass der Begriff Ambulantisierung erst seit kurzem gesundheitspolitisch ernsthaft diskutiert wird.

Was Ambulantisierung bewirken kann

Für Marhold ist klar: Ambulantisierung baut auf dem auf, was moderne Medizin heute ermöglicht – insbesondere, wenn Diagnosen frühzeitig gestellt und Behandlungen gezielt geplant werden. „Viele Erkrankungen lassen sich heute durch rechtzeitige Diagnose minimalinvasiv behandeln – dafür braucht es nicht mehr zwingend einen stationären Aufenthalt.“ Gerade diese Kombination aus Früherkennung und schonender Therapie ermögliche es, Patientinnen und Patienten tagesklinisch oder ambulant zu versorgen – medizinisch sinnvoll und wirtschaftlich effizient. Marhold dazu: „Ambulantisierung ist kein Sparprogramm. Sie ist die logische Konsequenz aus dem medizinischen Fortschritt – und dringend notwendig.“

Tatsächlich werde vielerorts bereits ambulant behandelt – nur noch nicht in den passenden Strukturen, kritisiert Marhold. „Wir betreuen tagesklinisch, aber auf stationären Betten. Am Abend ist die 30-Betten-Station nur mehr mit 15 Betten belegt. Der Dienstplan läuft aber weiter wie bei Vollausslastung. Und aufgenommen wird auch niemand mehr, weil alle denken, es kommt eh niemand und wir brauchen ja die freien Betten am nächsten Tag in der Früh.“

Ambulantisierung entlastet

Für Marhold steht fest: Ambulantisierung bringt Vorteile – für Patientinnen und Patienten ebenso wie für das Personal. „Ich geh am Abend wieder heim – das ist für viele ein echter Gewinn“, sagt er. Gleichzeitig bedeute der Wandel auch mehr Planbarkeit, weniger Nachtdienste und bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. „Gerade in der Pflege ist das ein wichtiger Punkt – für viele junge Kolleginnen

und Kollegen, aber auch für jene, die seit Jahren mit großem Einsatz arbeiten und Nachtdienste nicht mehr in dem Ausmaß leisten können oder wollen.“ Damit diese Entlastung spürbar wird, braucht es neue Abläufe im Spital. „Aufnahmen und Entlassungen gehören gut organisiert – das muss nicht alles die Pflege stemmen“, so Marhold. Dafür sei gezielt geschultes, administratives Personal notwendig. Sein Vorschlag: ein neues Berufsbild, das als Schnittstelle zwischen Versorgung und Organisation den Alltag im Spital unterstützt – und dem Pflegepersonal mehr Raum für das gibt, was wirklich zählt: Zeit für die Menschen.

Ambulantisierung ist kein Sparprogramm. Sie ist die logische Konsequenz aus dem medizinischen Fortschritt – und dringend notwendig.

Wilhelm Marhold

Stolperstein Finanzierung

Ein Hemmnis für die Umsetzung liegt laut Marhold in der Finanzierung. „Wenn ein Spital für ambulante Leistungen nichts bekommt, hat es auch kein Interesse, sie anzubieten“, stellt er nüchtern fest. Genau hier setzte Wiens Gesundheitsstadtrat Peter Hacker an. In den Finanzausgleichsverhandlungen forderte er eine eigene Finanzierungssäule für ambulante Leistungen. „Er hat das früh erkannt“, lobt Marhold. Zwar scheiterte die konkrete Umsetzung im Finanzausgleich – „aber vielleicht war das auch nicht die richtige Stelle dafür. Dort geht’s ums Geld, nicht um Struktur.“ Dennoch sei ein entscheidender Schritt gelungen: „Im neuen LKF-Modell 2025 werden ambulante Leistungen genauso bepunktet wie stationäre. Das ist ein Durchbruch – Hacker hat die formale Barriere österreichweit weggebracht.“

Strukturreformen brauchen Kommunikation

„Es braucht Mut“, sagt Marhold – und meint nicht nur den politischen Willen, sondern auch die Bereitschaft des Managements, neue Wege zu gehen. Als er vor 20 Jahren Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbands wurde, habe er selbst erlebt, wie schwierig, aber auch wie notwendig Strukturwandel sei: „Wir hatten 27 Spitäler – heute sind es 6+1 Standorte mit klaren Schwerpunkten.“ Dabei war Kommunikation der Erfolgsfaktor. „Sie müssen vorauskommunizieren. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbeziehen. Nur wenn sie verstehen, warum Veränderungen passieren, akzeptieren sie sie auch“, betont Marhold. Andernfalls drohe das Gegenteil: „Dann müssen Sie hinternach kommunizieren – und das ist immer schwieriger.“



Im neuen LKF-Modell 2025 werden ambulante Leistungen genauso bepunktet wie stationäre. Das ist ein Durchbruch.

Wilhelm Marhold

Best Practice: Niederösterreich und Wien

Positiv beobachtet Marhold die Entwicklungen in Niederösterreich: „Ich gratuliere dem Bundesland. Dort wird im neuen Spitalsplan ein ganzes Krankenhaus ambulantisiert – das ist vorausschauend.“ Auch Wien sei mit einem Konzept für eine extramurale Spitals-Expositur auf dem richtigen Weg. Der Gedanke dahinter: Für kleine, planbare Eingriffe – etwa in der Traumatologie, Gynäkologie, Urologie oder Augenheilkunde – brauche es nicht die Overheadkosten eines Großspitals. „Warum soll ich ein hochspezialisiertes Krankenhaus hochfahren, nur um Schrauben, Platten oder Nägel zu entfernen? Das geht auch schlank und effizient – aber es muss gut kommuniziert werden.“ Der Begriff Ambulantisierung ist inzwischen fester Bestandteil der gesundheitspolitischen Debatte. Entscheidend sei nun, den eingeschlagenen Weg konsequent weiterzugehen – mit kluger Planung, klarer Kommunikation und politischem Mut. „Ambulantisierung macht das System effizienter, menschlicher und besser steuerbar. Wer heute noch an starren Strukturen festhält, blockiert Entwicklung“, so Marhold. „Sie bringt Entlastung, wo heute Überlastung herrscht – für Spitäler, für das Personal und für die Patientinnen und Patienten.“ Ohne diesen Entwicklungsschritt wird ein System zementiert, das längst nicht mehr trägt. **P**





PIONIERE

Neue Parameter in der Versorgung

Die Zukunft des Gesundheitssystems braucht Mut, Kooperation und einen digitalen Wandel. Diese Vision der Führungsspitze der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) deckt sich vollständig mit der Agenda von PRAEVENIRE: eine **VERSORGUNG, DIE MODERN, ZUGÄNGLICH UND GERECHT IST** und dem **SOLIDARISCHEN PRINZIP FOLGT**. | von Paul Schnell

Die Herausforderungen im österreichischen Gesundheitswesen sind vielfältig, doch das oberste Ziel der Österreichischen Gesundheitskasse bleibt unverändert klar: „Wir wollen auch in Zukunft Spitzenmedizin auf e-card garantieren, unabhängig von Einkommen oder sozialem Status“, sagt Mag. Peter McDonald, Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), anlässlich der Präsentation des PRAEVENIRE Jahrbuchs. Das Wiederherstellen der finanziellen Stabilität nimmt er als „Hausaufgabe“ mit, darüber hinaus will er sich in seiner Funktionsperiode auf drei zentrale Handlungsfelder fokussieren: die Stärkung von Gesundheitskompetenz und Prävention, den Ausbau moderner Versorgungseinheiten als Grundlage für eine gemeinsame Steuerung von extra- und intramuralem Bereich und medizinische Innovationen rasch für alle zugänglich zu machen. Damit diese Pläne erfolgreich umgesetzt werden können, plant er die Stärkung der Gesundheitskompetenz und der Vorsorgeinitiativen in Österreich. Unterstützung erhofft er sich von der Digitalisierung: „So können wir den Österreicherinnen und Österreichern noch einfacher und rascher näherbringen, wie sie sich in einer Krankheits-situation am besten verhalten sollen.“ Anstelle „Dr. Google“ zu befragen, will er die Versicherten zu „Dr. ÖGK“ lotsen, wo es niederschwellige Informationen geben soll, ab welchem Zeitpunkt ein Arztbesuch erforderlich ist, und wo auch schon telefonisch von Gesundheitspersonal Hilfe zur Selbsthilfe geleistet werden kann. Das deckt sich mit einem weiteren Wunsch des ÖGK-Chefs, nämlich neben der Gesundheitskompetenz auch die Eigenverantwortung der Menschen zu stärken. Es muss wieder en vogue werden, selbst einen Beitrag für die eigene Gesundheit zu leisten und damit die gesunden Lebensjahre zu verlängern. „Ernährung und Bewegung sind zwei Hebel, die jeder für sich steuern kann. Hier liegen wir derzeit im letzten Drittel in Europa, das muss nicht sein. Mit Eigenverantwortung kann jede und jeder Versicherte ein, zwei, drei oder gar fünf zusätzliche gesunde Lebensjahre schaffen“, ist McDonald überzeugt.

Innovation und Telemedizin gefragt

Als Sozialversicherung will er sich für eine gemeinsame Steuerung des Gesundheitswesens mit Gemeinden, Land und Bund einsetzen. „Wir benötigen Initiativen, um die Versorgung im niedergelassenen fachärztlichen Bereich gemeinsam zu finanzieren“, hofft McDonald auf einen Schulterchluss. So sollen zum Beispiel Schmerz- oder Diabeteszentren nach dem Vorbild der Primärversorgungszentren gemeinsam finanziert werden. Vorteile in größeren Einheiten



sind längere Öffnungszeiten und eine multiprofessionelle Betreuung, die auch zur Entlastung der Spitäler beitragen wird. Besonders wichtig ist es ihm, gegenüber dem privaten Markt wettbewerbsfähig zu bleiben, und das erfordert Innovationen. „Wir sind ein Land, das den medizinischen Fortschritt zu nahezu 100 Prozent demokratisiert und für die gesamte Bevölkerung ermöglicht. Das gilt es zu erhalten. Aber Innovation heißt auch, dass wir die neuen technologischen Möglichkeiten nutzen. Hier wollen wir im nächsten Jahr die telemedizinische Betreuung ermöglichen, nämlich eine Ärztin oder einen Arzt innerhalb von 30 Minuten zumindest am Telefon zu sprechen“, sagt McDonald. Davon erhofft er sich, dass Ordinationen entlastet und Wartezeiten verkürzt werden, aber auch, dass die Betroffenen dort versorgt werden, wo die beste und effizienteste Anlaufstelle für sie ist.

Aus Spitalern könnten Pflegeeinheiten oder multidisziplinäre Ambulanzen sowie Tageskliniken geschaffen werden.

Spitalkapazitäten umplanen

Den Austausch bei den Diskussionsformaten von PRAEVENIRE lobt Andreas Huss, MBA, Obmann-Stellvertreter der ÖGK, im Rahmen seiner Keynote im Zuge der Jahrespressekonferenz. „Für mich sind diese Treffen besonders wichtig, weil sie eine gute Möglichkeit bieten, zielgerichteter an der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung zu arbeiten. Die Denker- und Diskussionsformate verlaufen immer sehr konstruktiv, denn schließlich wollen wir doch alle das Gleiche: ein solidarisches Gesundheitssystem, das gut finanziert ist und einen guten Zugang für alle sicherstellt.“ Das verlangt aber auch einen effizienten Kosteneinsatz und damit muss auch das Gedankenexperiment erlaubt sein, ob die ÖGK immer alle Angebote für alle Versicherten und jederzeit zur Verfügung stellen muss. „Wir haben in Österreich ein sehr spitalslastiges System mit 105 öffentlichen Spitalern für knapp

neun Millionen Einwohnerinnen und Einwohner. Im Vergleich dazu kommt Dänemark mit einer Bevölkerungszahl von sechs Millionen mit 33 öffentlichen Spitälern aus. Die Versorgungssituation ist dort aber keineswegs schlechter, im Gegenteil, das Land verzeichnet mehr gesunde Lebensjahre als wir hier in Österreich“, beschreibt Huss und schlägt vor, Spitalskapazitäten für andere Zwecke zu adaptieren. So könnten etwa daraus Pflegeeinheiten oder multidisziplinäre Ambulanzen sowie Tageskliniken geschaffen werden, die aktuell dringender gebraucht und den Bedarf der Bevölkerung besser abbilden würden.

Im internationalen Vergleich ist Österreich aber auch sehr arztlastig, daher fordert Huss auch den Ausbau von Pflege- und Therapiepraxen, zu denen Ärztinnen und Ärzte zuweisen können. „Hier arbeiten die vielen anderen Gesundheitsberufe zusammen, die es für die Versorgung braucht, etwa Wundmanagerinnen und -manager, Diätologinnen und Diätologen oder Logopädinnen und Logopäden. Die Ausgestaltung derartiger Konzepte überprüfen wir zurzeit“, sagt Huss.

Die gesundheitlichen und ökonomischen Vorteile der Kinder-Zahnvorsorge liegen auf der Hand.

Andreas Huss

Im Fokus: Prävention und Fehlversorgung

Ein weiterer Fokus liegt auf dem Ausbau des Erwachsenenimpfprogramms. „Impfungen wie etwa gegen HPV sind eine der wirksamsten präventiven Leistungen, die das Gesundheitssystem zur Verfügung stellen kann. Sie senken nicht nur das Risiko für Gebärmutterhalskrebs, sondern sparen auch langfristig Kosten etwa für PAP-Abstriche und spätere Behandlungen“, ist Huss überzeugt. Dennoch gibt es beim Thema Prävention noch weiße Flecken auf der Landkarte: So ist es bislang nicht gelungen, Kinderzahn-Vorsorgeleistungen verpflichtend in den Eltern-Kind-Pass zu integrieren. Dabei zeigen Länder wie Schweden oder Finnland, dass über 90 Prozent der 18-Jährigen kariesfrei sind – in Österreich liegt dieser Anteil nur bei 55 Prozent. Die gesundheitlichen und ökonomischen Vorteile liegen auf der Hand: Wer mit 18 keine Karies hat, bleibt meist bis ins hohe Alter zahnärztlich gesund.

Einen zentralen Schwachpunkt des Systems ortet Huss nach wie vor in der mangelnden Steuerung medizinischer Leistungen. Zwei Beispiele verdeutlichen das: In Österreich werden pro Jahr auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner rund 400 CT- oder MR-Untersuchungen durchgeführt. „40 Prozent der Bevölkerung nehmen jährlich eine dieser Untersuchungen in Anspruch, das ist ein internationaler Spitzenwert. In Finnland liegt dieser Wert bei 100, in Dänemark und den Niederlanden bei 200. Und dennoch sind die Menschen dort nicht kränker – im Gegenteil, sie sind im Schnitt gesünder und leben länger. Um diese Überversorgung zu bremsen, soll ein elektronisches Zuweisungssystem für CT- und MR-Untersuchungen entwickelt werden“, sagt Huss.

Auch beim Screening auf Prostatakrebs herrscht aus Sicht des ÖGK-Experten eine deutliche Übernutzung. Würde man sich auf die medizinisch empfohlene Zielgruppe konzentrieren, wären etwa 200.000 bis 300.000 Untersuchungen pro Jahr ausreichend. Tatsächlich werden derzeit rund 600.000 durchgeführt.



Anstelle „Dr. Google“ zu befragen, will McDonald die Versicherten zu „Dr. ÖGK“ lotsen, wo es niederschwellige Informationen geben soll.

Österreich verfügt mit ELGA zwar bereits seit zwölf Jahren über eine elektronische Gesundheitsakte, doch viele Erwartungen bleiben bislang unerfüllt. „Es ist daher an der Zeit, zentrale Funktionen wie die Patient Summary, Labor- und Bildgebungsdaten flächendeckend verfügbar zu machen. Diese sollen nun bis Jahresende endlich in ELGA integriert werden“, fordert Huss. Darüber hinaus braucht es aus seiner Sicht rasche Fortschritte bei der digitalen Diagnostikcodierung und bei der Anbindung von Wahlärztinnen und Wahlärzten sowie anderen Gesundheitsberufen an die e-card-Infrastruktur, denn nur so kann ein durchgängig vernetztes, zukunftstaugliches Gesundheitssystem gelingen.

Finanzkonsolidierung als Hausaufgabe

Weitere Schritte zu Finanzkonsolidierung wurden im Verwaltungsrat und der Hauptversammlung der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) kürzlich beschlossen, um trotz angespannter Finanzsituation mit einem prognostizierten Defizit von 900 Millionen Euro auch in Zukunft eine nachhaltige Gesundheitsversorgung bestmöglich sicherzustellen. Hauptgründe für das Defizit sind die schwache Wirtschaftsentwicklung und die steigende Arbeitslosigkeit – beides trägt dazu bei, dass sich die Beitragseinnahmen reduzieren. Die demografische Entwicklung führt gleichzeitig dazu, dass die Versicherten häufiger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Der medizinische Fortschritt macht viele der Behandlungen zudem kostenintensiver.

Dennoch sollen Versicherte, die eine medizinisch notwendige Leistung benötigen, unabhängig von Alter, Wohnort oder sozialem Status, diese auch erhalten können. Daher hat die ÖGK unter dem Motto „Kosten senken und Effizienz steigern“ einen Konsolidierungsplan erarbeitet, um wichtige Bereinigungen von Überversorgungen und Fehlanreizen zu erreichen – diese machen die internen Strukturen schlanker,

Mit Eigenverantwortung kann jede und jeder Versicherte zusätzliche gesunde Lebensjahre schaffen.

Peter McDonald

Leistungen treffsicherer und schaffen die Basis für einen fairen Leistungsbeitrag.

Die ÖGK legt großen Wert auf eine evidenzbasierte und effiziente Gesundheitsversorgung. Daher werden Therapien und Leistungen systematisch auf ihre Wirksamkeit und Effektivität überprüft. Ziel ist es, die Mittel dort einzusetzen, wo sie den größten Nutzen für die Versicherten bringen. Dies verbessert die Versorgung der Versicherten und trägt dazu bei, die Mittel im Gesundheitssystem sinnvoll einzusetzen. Ab 1. Juli wird für Krankentransporte die doppelte Rezeptgebühr eingehoben. Dabei wird besonders auf soziale Verträglichkeit geachtet. Zudem wird der Eigenkostenanteil bei orthopädischen Maßschuhen erhöht. Außerdem wird derzeit mit den Vertragspartnern darüber beraten, ob eine generelle Bestimmung des Vitamin-D-Werts ohne medizinische Indikation weiterhin Teil des Leistungsangebots bleiben soll.

Einen wichtigen Teil des Konsolidierungspaketes stellen auch die Vertragspartnerpositionen und Frequenzentwicklungen dar, hier ist ein umsichtiges Vorgehen und die Zusammenarbeit mit allen Vertragspartnern notwendig, um gemeinsam die Gesundheitsversorgung weiterhin sicherzustellen. „Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) ist die größte soziale Krankenversicherung Österreichs. Sie bietet ihren 7,6 Millionen Versicherten eine medizinisch hochwertige Versorgung und umfassenden Service vom Bodensee bis zum Neusiedler See – und das muss auch so bleiben“, fassen McDonald und Huss abschließend zusammen. **P**



Schirmherrschaften:



AM PLUS

Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit



WELLDONE

Seltene Erkrankungen häufiger erkennen

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



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

Sponsoren der Plattform



Lungenkrebs: ein unterschätztes Risiko

Im internationalen Vergleich hat Österreich bei der strukturierten Lungenkrebsfrüherkennung noch viel Luft nach oben. Wir gehören zu den Ländern, die in der Onkologie sehr viel leisten, dieser Einsatz muss aber auch dazu führen, **BETROFFENE FRÜHER ZU IDENTIFIZIEREN** und ihnen **RECHTZEITIG ZUGANG ZU EINER ZIELGERICHTETEN BEHANDLUNG** zu verschaffen. | von Michaela Meier

Trotz seiner dramatischen Folgen wird das Thema Lungengesundheit in der öffentlichen Wahrnehmung oft vernachlässigt. Dabei sprechen die Fakten eine eindeutige Sprache: Jährlich sterben mehr Menschen daran als an Brust-, Prostata- und Darmkrebs zusammen. Damit handelt es sich die Krebskrankung, die am häufigsten zum Tod führt. Wenn es um die Zukunft der Lungenkrebsversorgung geht, ist eine Botschaft klar: „Der frühe Vogel fängt den Wurm.“ Warum dieser Grundsatz nicht nur bildlich, sondern auch medizinisch zutrifft, erklärt Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour, Vorstand der Abteilung für Innere Medizin und Pneumologie an der Klinik Floridsdorf und Leiter des Karl Landsteiner Instituts für Lungenforschung und pneumologische Onkologie, im Rahmen der Präsentation des aktuellen PRAEVENIRE Jahrbuches. Der Mediziner fordert deutlich ein Umdenken in der Früherkennung.

Es muss unser gesundheitspolitischer Auftrag sein, Krebs früher zu diagnostizieren und Betroffene rechtzeitig in eine strukturierte Versorgung zu bringen.

Arschang Valipour

Diagnosezeitpunkt ist überlebensentscheidend

Ein zentraler Faktor für die Prognose von Lungenkrebspatientinnen und -patienten ist der Zeitpunkt der Diagnosestellung. Im Stadium I liegt die Fünf-Jahres-Überlebensrate bei rund 80 Prozent. Wird der Tumor hingegen erst im Stadium IV entdeckt, sinkt sie auf nur noch 5 bis 10 Prozent. „Zwar haben moderne Therapien wie Immun- oder zielgerichtete Therapien die Überlebensraten in den letzten Jahren verbessert, eine Verdopplung ist zweifellos ein medizinischer Fortschritt, doch das Ausgangsniveau bleibt niedrig und die Kosten sind enorm. Allein die pharmakologischen Therapiekosten für Lungenkrebsbetroffene bewegen sich im dreistelligen Millionenbereich pro Jahr“, so Valipour. Dabei zeigen Berechnungen, dass eine frühzeitige Diagnose selbst mit anschließender Operation bis zu achtmal kostengünstiger ist als eine Behandlung im fortgeschrittenen Stadium IV.

Zahlen aus dem Wiener Lungenkrebsregister unterstreichen den Handlungsbedarf: Rund 50 Prozent der Patientinnen und Patienten werden derzeit erst im Stadium IV diagnostiziert, weitere 27 Prozent im Stadium III. Nur etwa ein Viertel der Betroffenen befindet sich bei Diagnosestellung in einem heilbaren Frühstadium. „Das geht besser“, ist Valipour überzeugt und hofft auf die baldige Implementierung eines gezielten Früherkennungsprogramms. In anderen europäischen Ländern wird bereits seit etwa zehn Jahren erfolgreich das sogenannte Low-Dose-CT-Screening eingesetzt, eine niederschwellige, kontrastmittelfreie Computertomografie mit geringer Strahlenbelastung.

Trotz modernster Medizin wird Lungenkrebs oft zu spät erkannt – dabei könnte ein flächendeckendes Früherkennungsprogramm vielen Betroffenen das Leben retten.



Sie richtet sich vor allem an definierte Risikogruppen, etwa langjährige Raucherinnen und Raucher, vornehmlich im Alter zwischen 55 und 75 Jahren. Die nicht-invasive Untersuchung dauert nur rund eine Minute und der Nutzen ist eindrucksvoll: „Der Anteil der im Frühstadium I und II diagnostizierten Fälle steigt durch das Screening signifikant. Mit diesem Stage Shift verbessert sich auch die Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich. Zusätzlich zeigen Studien, dass Früherkennungsprogramme ein ideales Setting bieten, um Maßnahmen zur Raucherentwöhnung erfolgreich zu integrieren“, resümiert Valipour.

Auch die Langzeitüberlebenswahrscheinlichkeit kann bei rechtzeitiger Behandlung signifikant gesteigert werden. „In manchen Studien zeigt sich, dass die Langzeitüberlebenswahrscheinlichkeit auf bis zu 95 Prozent nach acht Jahren erhöht werden kann. In Ländern mit etablierten Programmen, wie Taiwan oder den USA, verschiebt sich der Anteil der Diagnosen von fortgeschrittenen Stadien III und IV hin zu frühen Stadien I und II. Das ermöglicht kurative Therapien mit deutlich besseren Überlebenschancen“, sagt Valipour.

Passende Infrastruktur wäre vorhanden

Der Hauptgrund, warum Betroffene erst viel zu spät zu ihrer Diagnose kommen, ist das mangelnde Bewusstsein für die Beschwerden. „Lungenrundherde sind oft nur Zufallsbefunde und werden daher auch meist zu spät entdeckt“, weiß der Pneumologe und stellt fest: „Das wäre nicht notwendig, denn wir haben eine sehr gut ausgebaute medizinische Infrastruktur und einen klaren diagnostisch-therapeutischen Weg – von der Biopsie bis zum histologischen Befund und dem Einleiten der Therapie vergeht kaum eine Woche und damit sind wir Spitzenreiter im internationalen Umfeld“, gibt Valipour zu bedenken.

Das zeigt auch, dass Betroffene in ihrer Gesundheitskompetenz gefördert werden müssen – ein wichtiger Eckpfeiler, wenn Früherkennungsprogramme etabliert werden. Dazu müssen abstrakte Risiken und Wahrscheinlichkeiten in konkrete

Handlungsanleitung übersetzt werden, denn: „Aus unserem Lungenkrebsregister wissen wir, dass 85 Prozent der Betroffenen entweder aktive Raucher sind oder eine relevante Raucheranamnese haben“, sagt Valipour. Umgekehrt heißt das aber auch, dass rund 15 Prozent der Menschen, die nicht rauchen oder nie geraucht haben, von Lungenkrebs betroffen sein könnten – und damit überhaupt nicht rechnen. „Nicht-rauchende haben meist eine bessere Prognose und sprechen in der Regel besser auf Behandlungen an“, ergänzt der Mediziner und wünscht sich, dass Österreich in Sachen Lungenkrebsfrüherkennung dorthin kommt, wo das Brustkrebs-screening heute bereits ist: „Patientinnen und Patienten müssen aus dem niedergelassenen Bereich rascher an Zentren zugewiesen werden, die wir flächendeckend in Österreich schaffen müssen. Und genau dazu braucht es ein strukturiertes Programm, das in allen Bundesländern einheitlich abläuft. Wichtig ist es auch zu informieren, dass nicht jeder Rundherd in der Lunge automatisch eine Krebskrankung sein muss.“

Politischer Wille dringend erforderlich

Dass es zur Umsetzung der Früherkennung einen politischen Willen und Auftrag braucht, liegt auf der Hand. Zudem braucht es einen Brückenschlag zwischen extra- und intramuraler Versorgung, die Einbindung weiterer Berufsgruppen, wie etwa „Lung Cancer Nurses“ und auch den Ausbau der Palliativangebote. Österreich verfügt über ein starkes onkologisches Forschungsumfeld und eine enge Zusammenarbeit mit der forschenden Industrie – eine solide Basis, auf der man aufbauen kann. Doch bei der Früherkennung besteht nach wie vor großer Aufholbedarf. „Es muss unser gesundheitspolitischer Auftrag sein, Krebs früher zu diagnostizieren und Betroffene rechtzeitig in eine strukturierte Versorgung zu bringen. Damit retten wir nicht nur Leben und verbessern die Lebensqualität, sondern senken auch langfristig die Kosten im Gesundheitssystem. Eine konsequente Investition in Früherkennung ist daher nicht nur medizinisch, sondern auch ökonomisch geboten“, so Valipour abschließend. **P**



PLATTFORMEN

Gesundheit gemeinsam neu denken

Bei der PRAEVENIRE Jahrespressekonferenz 2025 stand die Präsentation des neuen Jahrbuchs im Mittelpunkt. Expert:innen, Entscheidungsträger:innen und Interessierte kamen zusammen, um über **KONKRETE IMPULSE FÜR EIN NACHHALTIGES UND PATIENTENORIENTIERTES GESUNDHEITSSYSTEM** zu diskutieren.



Volles Haus im Albert-Schweitzer-Haus: Zahlreiche Vertreter:innen und Vertreter aus Politik, Wissenschaft, Gesundheitsberufen und Interessensvertretungen verfolgten mit großem Interesse die Vorstellung des neuen PRAEVENIRE Jahrbuchs.





Netzwerken, Zuhören, Mitgestalten beim Auftakt der PRAEVENIRE Jahrespressekonferenz 2025: Die Veranstaltung bot nicht nur fachlichen Input, sondern auch Raum für Dialog und persönliche Begegnungen über Sektorengrenzen hinweg.





Primärversorgungseinheiten: Ein niederschwelliger Zugang zu Impfungen?

Impfungen sind eine der wirkungsvollsten Präventionsmaßnahmen und können dem Gesundheitssystem hohe Kosten sowie den Betroffenen viel persönliches Leid ersparen. Dennoch lässt die Durchimpfungsrate bei vielen Impfungen in Österreich zu wünschen übrig. **VERTRAUENSBLDENE MASSNAHMEN SIND GEFRAGT**, um das Thema wieder zu stärken. | von Michaela Meier

Primärversorgungseinheiten (PVE) könnten eine gute Drehscheibenfunktion übernehmen, wenn es um die Impfaufklärung und -durchführung geht, denn sie sind wohnortnah, barrierefrei und oft auch außerhalb klassischer Ordinationszeiten geöffnet. Dadurch werden sie besonders gut von Menschen genutzt, die sonst Hürden beim Zugang zum Gesundheitssystem erleben – etwa berufstätige Personen, Familien oder Menschen mit Migrationshintergrund. Im Gegensatz zur klassischen Einzelordination arbeiten in Primärversorgungseinheiten verschiedene Berufsgruppen zusammen und das bedeutet, dass die Impfberatung auf vielen Ebenen stattfinden kann – individuell angepasst an Alter, Gesundheitszustand, Sprache oder kulturellen Hintergrund.

Warum Impfen und PVE zusammengehören

Dass Impfen und Primärversorgung ein starkes Duo für eine umfassende Vorsorge darstellen, liegt auch für Mag.^a Renée Gallo-Daniel, Präsidentin des Österreichischen Verbandes der Impfstoffhersteller, und die Vizepräsidentin Mag.^a Sigrid Haslinger auf der Hand: „Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind für viele Menschen die erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem. Sie kennen ihre Patientinnen und Patienten persönlich, sind mit deren Krankengeschichte vertraut und können gesundheitliche Risiken im jeweiligen sozialen und familiären Umfeld am besten einschätzen.“ Der österreichische Impfplan ist breit aufgestellt: Er bietet Impfempfehlungen für alle Altersgruppen und berücksichtigt eine Vielzahl an spezifischen Indikationen. Dieses umfassende Konzept lässt sich mit dem interdisziplinären Ansatz von Primärversorgungseinheiten sehr gut verknüpfen. „PVEs sind darauf ausgerichtet, Menschen ganzheitlich zu betreuen. Dieser Ansatz spiegelt sich ideal im Impfplan wider,

der ebenfalls den gesamten Menschen im Blick hat. Eine PVE bietet die Möglichkeit, alle im Impfplan empfohlenen Impfungen anzubieten, sowohl jene, die im Rahmen öffentlicher Impfprogramme kostenlos zur Verfügung stehen, als auch Impfungen, die privat zu bezahlen sind. Damit dies in der Praxis funktioniert, braucht es allerdings ein durchdachtes Gesamtkonzept“, ist Gallo-Daniel überzeugt. Ziel des Verbandes der Impfstoffhersteller ist es, gemeinsam mit allen relevanten Stakeholdern – von der Politik über die Sozialversicherungsträger bis hin zu den Primärversorgungseinheiten selbst – ein derartiges Impfkonzert zu entwickeln. So kann sichergestellt werden, dass alle Menschen in Österreich bestmöglich erreicht und nachhaltig geschützt werden.

Chancen nutzen, Strukturen stärken

PVEs stehen für eine neue Dimension der Gesundheitsversorgung auf der ersten Versorgungsebene und bieten weit mehr Möglichkeiten als Einzel- oder Gruppenpraxen, da sie interdisziplinär aufgestellt sind. In den multiprofessionellen Teams arbeiten nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Angehörige anderer Gesundheitsberufe wie der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege. Sie werden von administrativem Personal unterstützt und entlastet. Um die vielen Vorteile weiß auch der Allgemeinmediziner und PVE-Pionier Dr. Erwin Rebhandl Bescheid: „Die Struktur bietet enorme Vorteile für eine ganzheitliche Gesundheitsvorsorge und effiziente Abläufe.“ Einen wesentlichen Pluspunkt sieht er im niederschweligen Zugang, der etwa durch erweiterte Öffnungszeiten, auch am Abend oder an Wochenenden, gewährleistet wird. „Gerade beim Thema Impfen ist diese Flexibilität entscheidend, um möglichst viele Menschen zu erreichen und die Gesundheitsversorgung alltagsnah zu gestalten“, weiß Rebhandl aus Erfahrung und



Primärversorgungseinheiten ermöglichen durch lange Öffnungszeiten, persönliche Betreuung und interdisziplinäre Teams eine wirksame Impfstrategie für alle Bevölkerungsgruppen.

ergänzt: „Wichtig ist die Verfügbarkeit der Impfstoffe direkt vor Ort. Denn wenn Patientinnen und Patienten nur beraten und dann erst wieder in die Apotheke geschickt werden müssen, um den Impfstoff zu besorgen, verlieren wir viele bereits überzeugte Menschen auf diesem Weg.“ Der zeitliche Mehraufwand führt dazu, dass Auffrischungsimpfungen oder wichtige Basisimpfungen schlicht vergessen oder verschoben werden. PVEs, die Impfstoffe vorrätig haben, könnten Impfungen hingegen rasch und unkompliziert durchführen.

Auch die Rolle der Pflegemitarbeitenden in PVEs sollte nach Ansicht Rebhandls weiter gestärkt werden: „Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sind häufig erste Kontaktpersonen im Behandlungsverlauf, führen Gespräche, beantworten Fragen und leisten Aufklärung. Unter ärztlicher Aufsicht können sie auch in die Impfberatung und Impfabgabe eingebunden werden. Damit dies flächendeckend möglich wird, braucht es allerdings auch rechtliche Rahmenbedingungen, die diese Aufgabenübernahme transparent regeln.“ Der regelmäßige Kontakt schafft Vertrauen – wer regelmäßig in einer Primärversorgungseinrichtung betreut wird, sei es wegen chronischer Erkrankungen, Vorsorge oder Kinderuntersuchungen, baut ein Vertrauensverhältnis zu den Gesundheitsprofis auf. In diesem Umfeld ist es leichter, Unsicherheiten gegenüber Impfungen anzusprechen und aufzuklären. „Das setzt aber auch voraus, dass das Personal in der PVE entsprechend informiert und geschult ist“, weiß Rebhandl aus Erfahrung.

Neben dem persönlichen Gespräch kann auch die strukturierte Information von Impfungen in PVEs eine große Rolle spielen, etwa über Angebote mit saisonalen Informationskampagnen. Wichtig ist, dass Impfangebote klar kommuniziert, organisatorisch gut eingebettet und ohne lange Wartezeiten verfügbar sind. Nicht



© KATHARINA FRÖSCHL-ROSSBOTH (2)

zuletzt liegt eine wichtige Aufgabe der PVE im regelmäßigen Check des Impfstatus, sei es im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen oder bei anderen Kontakten mit dem Gesundheitssystem. Pflegekräfte und andere Teammitglieder in PVEs können hier aktiv mithelfen, Impfplücken zu erkennen und rasch zu schließen, immer vorausgesetzt, die notwendigen Impfstoffe sind gut verfügbar.

Potenziale besser nutzen

Pflegepersonen spielen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung – auch beim Thema Impfen. Derzeit sind sie gesetzlich zur Durchführung von Impfungen im Rahmen der ärztlichen Delegation (§ 15 GuKG) berechtigt. Die Aufklärung über Impfungen hingegen ist nach aktueller Rechtslage ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten.

„Während der COVID-19-Pandemie hat sich unsere Berufsgruppe intensiv mit dem Thema Impfen auseinandergesetzt. Wir haben eine eigene Impfkampagne speziell für Pflegekräfte initiiert, in der die Beweggründe für Impfskepsis analysiert wurden. Dabei liegt es oft nicht an der Überzeugung, sondern an fehlenden oder unzureichenden Informationen“, weiß Mag.a Elisabeth Potzmann, Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands (ÖGKV). Sie weist auf einen weiteren wichtigen Aspekt in der Versorgung hin, bei dem gerade die mobile Pflege unterstützen könnte: den Zugang zur Impfung für Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind – etwa ältere oder chronisch kranke Personen in häuslicher Pflege. Sie können weder eine Ordination noch eine Apotheke aufsuchen. Pflegekräfte treffen in diesen Haushalten nicht nur die zu pflegende Person an, sondern auch Angehörige und können so wichtige gesundheitsbezogene Informationen direkt in die Familien tragen. Aus Sicht des ÖGKV liegt in dieser Multiplikatorfunktion großes Potenzial, denn je mehr Gesundheitsberufe in Impfprozesse eingebunden werden, je niederschwelliger und wohnortnäher Impfangebote organisiert sind, desto mehr Menschen können erreicht werden. „Wenn wir es nicht schaffen, bekannte Hürden wie weite Wege, fehlende Zeit, Informationslücken oder Unsicherheiten abzubauen, wird es auch nicht gelingen, die Impfquote nachhaltig zu erhöhen“, ist Potzmann überzeugt. Der ÖGKV unterstützt daher alle Bestrebungen, die Durchimpfung der Bevölkerung zu verbessern – sei es durch Mitwirkung an Kampagnen, durch fachliche Information oder durch die aktive Rolle seiner Mitglieder im Gesundheitssystem.

Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet (in alphabetischer Reihenfolge)

- Andreas Huss
- Sebastian Huter
- Elisabeth Potzmann
- Thomas Veitschegger



Vertrauen schaffen, Hürden abbauen: PVEs kombinieren medizinische Beratung, Impfstoffverfügbarkeit und persönliche Ansprache – ein zentraler Baustein für höhere Impfquoten in Österreich.

Impfen passt in viele Settings

Impfen als zentrale Präventionsleistung, die ein öffentliches Gesundheitssystem den Versicherten anbieten kann, ist auch der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) ein großes Anliegen. „Es gibt keine Einzelleistung in der Prävention, die so effizient und so effektiv ist wie das Impfen. Niederschwellig heißt für mich nicht nur kostenlos, sondern es heißt auch, dass Impfen in vielen unterschiedlichen Settings, wie in den Ordinationen, in Apotheken oder in Betrieben, möglich sein muss“, sagt Andreas Huss, MBA, ÖGK-Obmann-Stellvertreter. PVE bieten aus seiner Sicht die idealen Rahmenbedingungen, denn dort arbeiten das medizinische und das pflegerische Personal Hand in Hand. „Der Impfstoff muss zu den Menschen kommen, nicht umgekehrt“, fordert Huss und hofft, dass bald möglichst viele geeignete Berufsgruppen auch impfen dürfen. Zusätzlich will die ÖGK noch heuer mit Pflege- und Therapiepraxen starten, auf die Ärztinnen und Ärzte zuweisen und zugreifen können. Geht es nach Huss, soll auch dort in Zukunft geimpft werden dürfen. Aktuell engagiert sich die ÖGK für den Ausbau des Erwachsenen-Impfprogramms, um weitere Impfungen kostenlos anbieten zu können. Als Vorbild nennt Huss den Impfeuropameister Finnland: „Hier werden 70 Prozent aller Menschen pro Jahr geimpft oder aufgefrischt, in Österreich sind wir etwas unter 40 Prozent, also da gibt es noch einen großen Gap, den wir aufholen wollen.“

Digitale Tools und organisatorischer Support

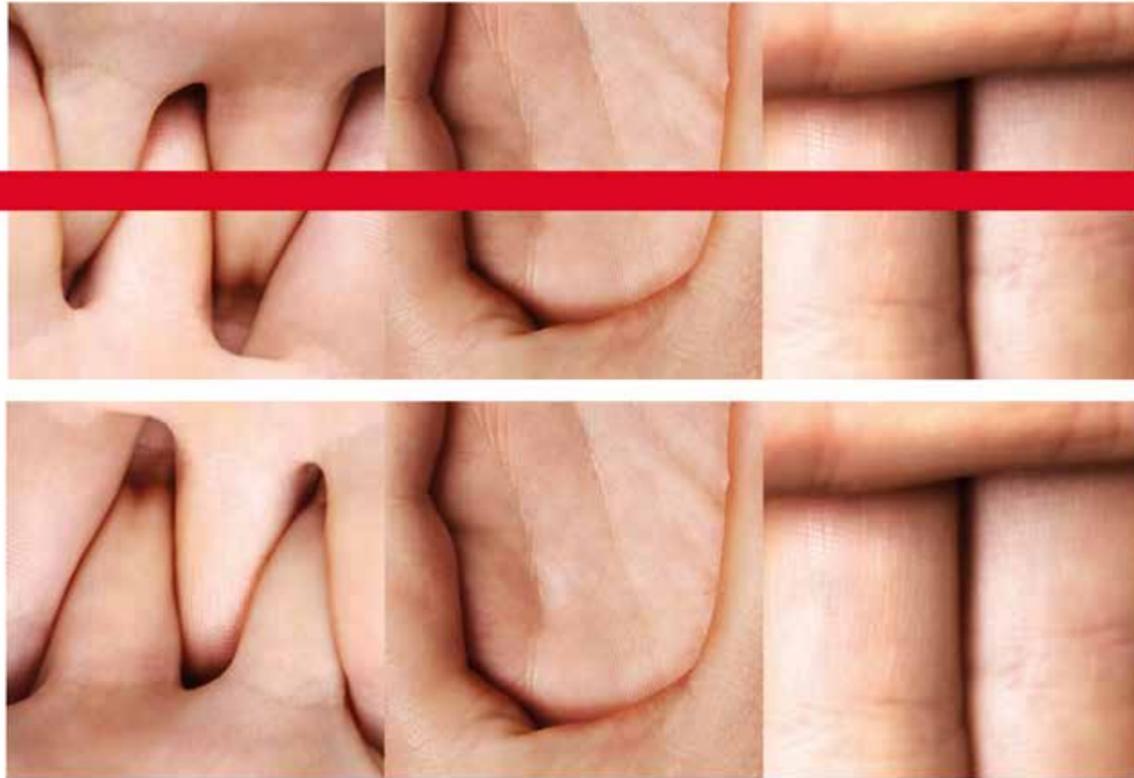
Ein starkes Vertrauensverhältnis und eine kontinuierliche Betreuung sind zentrale Merkmale der Primärversorgung, unabhängig davon, ob diese in einer klassischen Hausarztpraxis oder in einer Primärversorgungseinheit stattfindet. „Gerade im persönlichen Kontakt ergibt sich die Chance, Gesundheitsvorsorge in den Alltag der Patientinnen und Patienten zu integrieren, etwa durch regelmäßige Impfchecks im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung“, ist auch Dr. Sebastian Huter, MPH, ärztlicher Leiter der PVE Sonnwendviertel und Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), überzeugt. Die Wiener PVE ist Vorzeigemodell, wenn es darum geht, eine Versorgungslücke direkt vor Ort zu schließen: „Gemeinsam mit einer engagierten und kooperativen Apotheke im selben Gebäude halten wir häufig benötigte Impfstoffe, etwa die HPV- oder die FSME-Impfung, vorrätig. Das Angebot wird von den Patientinnen und Patienten sehr gut angenommen, weil es einfach, rasch

und ohne zusätzliche Wege verfügbar ist“, sagt Huter und ergänzt: „Was uns in der täglichen Arbeit deutlich helfen würde, sind gezielte organisatorische Erleichterungen und digitale Unterstützungsmaßnahmen. Ein Hausärzte-Listen-System, wie es in anderen Ländern existiert, wäre ein wichtiger Schritt: Wenn klar definiert ist, für welche Patientinnen und Patienten wir verantwortlich sind, könnten wir Impfstatus gezielter überprüfen, Auffrischungsimpfungen rechtzeitig anstoßen und unser Angebot systematisch planen, etwa indem wir Impfstoffkontingente für besonders gefährdete Gruppen zurückhalten.“ Auch der elektronische Impfpass könnte nach Ansicht des Mediziners mehr leisten, wenn er übersichtlicher gestaltet und besser in die Arbeitsabläufe integriert wäre. Mit den passenden digitalen Tools wäre es möglich, Patientinnen und Patienten aktiv an fällige Impfungen zu erinnern oder relevante Informationen effizient abzurufen.

Für eine organisatorische Unterstützung in den PVE spricht sich auch Ian Langner, BSc, MBA von der Plattform Primärversorgung der Gesundheit Österreich GmbH aus: „In einer PVE arbeitet ein Team aus unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen. Wir wissen, dass den Gründerinnen und Gründern die Unterstützung in den Prozessen und der Organisation besonders wichtig ist, um einen guten Ablauf gewährleisten zu können.“ Gerade beim Impfen könnten strukturierte Aufklärungsbögen, passende multiprofessionelle Schulungsunterlagen und Teamtrainings hilfreich sein. Ein Ansatzpunkt wäre beispielsweise, dass Apotheken die PVEs logistisch unterstützen. „Wir arbeiten mit langen Öffnungszeiten und niederschwelligem Zugang Hand in Hand mit den PVEs und könnten auf jeden Fall im Impfstoffmanagement, aber auch beim Impfen selbst sehr gut unterstützen“, betont Mag. Thomas Veitschegger, Präsident des Österreichischen Apothekerverbandes. Primärversorgungseinheiten bieten durch ihre wohnortnahe, interprofessionelle Struktur und erweiterten Öffnungszeiten ideale Voraussetzungen, um die Impfbereitschaft in der Bevölkerung zu erhöhen. Damit Impfungen effizienter umgesetzt werden können, braucht es jedoch auch organisatorische Erleichterungen, digitale Tools und klare rechtliche Rahmenbedingungen, etwa für den Einbezug der Pflege oder die Zusammenarbeit mit den Apotheken. Wird das Potenzial von PVEs konsequent genutzt und mit passenden Systemlösungen kombiniert, könnten sie zu tragenden Säulen einer modernen, niederschweligen Impfstrategie in Österreich werden. **P**



die möwe



Missbrauch hinterlässt Spuren.
Sehen Sie genauer hin.

Helfen Sie betroffenen Kindern mit Ihrer Spende.



die-moewe.at/spende



Primärversorgung in der Abwärtsspirale

Vorschläge, WIE DIE NIEDERGELASSENE MEDIZIN ZUKUNFTSFÄHIG GEMACHT WERDEN KÖNNTE, brachte Dr. Naghme Kamaleyan-Schmied, Ärztin für Allgemeinmedizin und 1. Vizepräsidentin sowie Obfrau der Kurie niedergelassene Ärzte in der Ärztekammer Wien, im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage in Eisenstadt. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Eine Reihe von Umfragen belegen deutlich, dass die Richtung, in die sich das Gesundheitssystem in Österreich entwickelt, die falsche zu sein scheint. „Die Unzufriedenheit der Patientinnen und Patienten nimmt dramatisch zu, während die Zeit, die eine Ärztin oder ein Arzt für das Gespräch aufbringen kann, stetig sinkt“, weiß Dr. Naghme Kamaleyan-Schmied aus Erfahrung. Für die persönliche Zuwendung in der Niederlassung bleibt immer weniger Raum und parallel dazu steigen die Unzufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie die Wartezeiten auf einen Arzttermin an. Auch hier zitiert Kamaleyan-Schmied aus einer aktuellen Umfrage: „In Wien wartet man auf einen geplanten Termin in der Kinderpsychiatrie rund 90 Tage, auf einen neurologischen Termin 45 Tage, in der Radiologie 57 Tage und bei einer Lungenfachärztin oder dem Lungenfacharzt etwa 36 Tage. Besonders dramatisch ist aber, dass jede zweite Kinderärztin bzw. jeder zweite Kinderfacharzt in Wien keine neuen Patientinnen und Patienten mehr aufnimmt.“

Jeder eingesparte Euro bedeutet mehr Leid für Patientinnen und Patienten. Notwendig ist eine patientenzentrierte Versorgung, die die Bedürfnisse der Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Naghme Kamaleyan-Schmied

Mehr Kassenstellen, kürzere Wartezeiten

Die ÖAK-Vertreterin ist überzeugt, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch Ärztinnen und Ärzte sehr genau wissen würden, welche Veränderungen notwendig wären. „Beide Seiten sehen den Bedarf an mehr Ärztinnen und Ärzten im solidarischen Gesundheitssystem. Das verkürzt die Wartezeiten und verbessert die wohnortnahe und persönliche Versorgung.“ Kamaleyan-Schmied ist überzeugt, dass das Vertrauen zwischen Behandelnden und Patientinnen und Patienten der Schlüssel zu einer erfolgreichen Behandlung ist, denn: „Ohne Vertrauen funktioniert keine Therapie und dazu braucht es Menschen und nicht anonyme Versorgungseinheiten. Je größer und unpersönlicher die Strukturen, desto schwerer ist es, dieses Vertrauen aufzubauen.“

Sie fordert eine Reihe von konkreten Aktionen, die rasch eine Trendwende von der Abwärts- zu einer Aufwärtsspirale bringen könnten. Der erste Punkt ist für die Ärztin eine faire Honorierung und sie bringt als Vergleich: „Während Bertoffene für einen Kontakt zu einer Behandlerin oder

Naghme Kamaleyan-Schmied fordert bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen in Eisenstadt eine Reform der niedergelassenen Medizin – für mehr Kassenstellen, kürzere Wartezeiten und eine menschlichere Gesundheitsversorgung.



einem Behandler, wie man von Wahlärztinnen und -ärzten weiß, durchaus 150 Euro oder sogar mehr bereit sind auszugeben, ist der Politik eine Konsultation in der Allgemeinmedizin nur sieben Euro wert.“

Diese Diskrepanz führt nach Ansicht der Expertin zu einer Fließbandarbeit, die für die Leistungsanbieterinnen und -anbieter in keiner Weise befriedigend ist. „Wir dürfen uns daher nicht wundern, dass die Wahlarztordination immer beliebter wird“, so Kamaleyan-Schmied und sie setzt gleich ein Beispiel aus eigener Erfahrung nach: „Wir wissen, wie schwierig es ist, eine Ordination zu gründen. Für die Anstellung einer jungen Kollegin nach der Lehrpraxis habe ich vier Monate auf die Bewilligung der Österreichischen Gesundheitskasse warten müssen. So lange kann niemand auf einen Arbeitsplatz warten.“ Hinzu kommen für Gründerinnen und Gründer enorme finanzielle Belastungen, etwa durch die Umsatzsteuer auf Praxisimmobilien. Diese Hürden schrecken viele potenzielle Kassenärztinnen und -ärzte ab.

Klarer Handlungsbedarf in der Politik

Die Flexibilisierung der Arbeitszeiten ist ebenfalls kein neues Thema mehr, denn: „Die Medizin wird weiblich und viele Ärztinnen würden eine Kassenpraxis eröffnen, wenn sie flexible Arbeitszeiten hätten. Teilzeitmodelle können die

Vereinbarkeit von Beruf und Familie fördern, doch das starre Kassensystem lässt kaum Möglichkeiten für individuelle Wege.“

Auch eine bessere Ausstattung für Kassenordinationen ist gefragt, denn nur so kann die Primärversorgung die Aufgabe übernehmen, Spitalsambulanzen wirkungsvoll zu entlasten. Viele moderne Untersuchungen könnten nach Ansicht der Medizinerin in einer Kassenordination nicht angeboten werden, weil die erforderlichen Leistungen nicht honoriert werden. Sie bringt als Beispiel den D-Dimer-Test zur Thrombosedagnostik. „Bei dieser Verdachtsdiagnose werden Patientinnen und Patienten ins Krankenhaus eingewiesen, wo sie oft 24 Stunden auf eine Untersuchung warten müssen. Das verursacht nicht nur unnötiges Leid, sondern belastet auch die Spitalsambulanzen in einem Ausmaß, das leicht zu verhindern wäre.“

Kamaleyan-Schmied fordert daher nachdrücklich, dass die Politik ihre Wahlversprechen endlich einhalten und aufhören müsste, im Gesundheitssystem zu sparen. „Jeder eingesparte Euro bedeutet mehr Leid für Patientinnen und Patienten. Notwendig ist eine patientenzentrierte Versorgung, die die Bedürfnisse der Menschen in den Mittelpunkt stellt. Wir brauchen eine funktionierende, wohnortnahe und menschliche Gesundheitsversorgung“, so Kamaleyan-Schmied abschließend. **P**





Digitalisierung: Leadership ist gefragt

Im Rahmen des 7. PRAEVENIRE Digital Health Symposions mit Expertinnen und Experten aus Politik, Sozialversicherung und Praxis wurde deutlich, dass die Digitalisierung kein Selbstzweck ist, **SONDERN DER SCHLÜSSEL ZU EINEM FINANZIERBAREN, ZUKUNFTSFITEN GESUNDHEITSSYSTEM SEIN MUSS.** | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Mit knapp 200 Besucherinnen und Besuchern hat sich das diesjährige Digital Health Symposion neuerlich als Hotspot rund um Fragen der Digitalisierung im Gesundheitsbereich etabliert. PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling motiviert mit seinen Eröffnungsworten dazu, kreative Impulse in die gemeinsame Diskussion einzubringen, und fordert auf, anstelle einer langsamen Evolution auch an eine rasche Revolution zu denken, wenn es um die zeitnahe Umsetzung der vielen digitalen Lösungen im Gesundheitswesen geht. „Wenn wir mit der Unterstützung der Digitalisierung nicht mehr Effizienz in der Versorgung der Patientinnen und Patienten schaffen, dann wird das Gesundheitssystem tatsächlich unfinanzierbar. Und das heißt, dass wir die Einnahmen erhöhen und die Leistungen kürzen müssen“, so Schelling, denn: „Österreichs Gesundheitssystem ist hochwertig, aber auch extrem ineffizient.“ Er weist mit Nachdruck darauf hin, dass wir auf Insellösungen oder föderalistische Schrebergärten verzichten müssen und dafür rasch ein zentrales, digitales Lotsensystem durch das Gesundheitssystem benötigen. Mit der ELGA als „Tresor“ und der e-card als „Schlüssel“ sieht er die Voraussetzungen als gegeben. „Was fehlt, ist Leadership, klare Verantwortung und der politische Wille zur Umsetzung“, sagt Schelling und verweist auf die Notwendigkeit, eine digitale Gesundheitsoffensive zu starten, denn was im Handel mit der Förderung von Pfandsystemen möglich ist, sollte auch für die Gesundheit möglich sein. Hoffnung hat er, dass die budgetäre Situation aktuell zwangsläufig dazu führen muss, dass die Effizienz und Umsetzung von Maßnahmen rascher in die Gänge kommen.

Zwischen Leuchtturmprojekten und Systemwechsel

Nur wenn digitale Tools helfen, Ressourcen zu bündeln und Fachkräfte zu entlasten, können Leistungen gesichert und sogar verbessert werden. Die Forderung lautet klar: Investitionen in digitale Infrastruktur statt Stillstand. ÖVP-Gesundheitssprecherin Dr. Juliane Bogner-Strauß verweist auf erfolgreiche Pilotprojekte in der Steiermark, die durch einen breit aufgestellten Gesundheitsbeirat gesteuert werden, etwa das Programm zur telemedizinischen Betreuung bei Herzinsuffizienz, das seit 2019 bisher 2.000 Betroffene digital begleitet – mit sinkender Mortalität, höherer Therapietreue und mehr Lebensqualität. Auch die Tele-Dermatologie bringt überzeugende Ergebnisse: „Nur 14 % der übermittelten Hautbefunde müssen noch bei Fachärztinnen und -ärzten abgeklärt werden, das ist ein Quantensprung bei Wartezeiten und Effizienz“, sagt Bogner-Strauß. Ein weiteres vielversprechendes Vorhaben ist ein Pilotprojekt zum Telewund-Management, bei

dem derzeit ein Standard Operating Procedure (SOP) entwickelt wird. Ziel ist es, die mobile Pflege mit einem strukturierten und digitalen Vorgehen bei der Wundversorgung auszustatten. Die dabei dokumentierten Behandlungsverläufe sollen künftig über ELGA direkt in der elektronischen Gesundheitsakte abgebildet werden. So können auch andere Gesundheitsdienstleister, etwa bei einem späteren Krankenhausaufenthalt, lückenlos nachvollziehen, welche Maßnahmen bereits gesetzt wurden. „Das verbessert nicht nur die Behandlungsqualität, sondern erhöht auch die Effizienz in der Versorgung“, ist Bogner-Strauß überzeugt.

Ein weiteres Signal für den Aufbruch in die digitale Zukunft war ein Fördercall für neue digitale Anwendungen im Gesundheitsbereich. „Damit wurde gezielt Innovationspotenzial abgefragt und in die Praxis überführt – ein wichtiger Schritt zur Umsetzung zukunftsfähiger Lösungen“, sagt die Expertin. Besonders wichtig ist ihr der Bereich der psychischen Gesundheit bei der jungen Bevölkerung, wie etwa das Thema Essstörungen. „Mit LeLi, das für ‚Lebensliebe‘ steht, haben wir ein Tageszentrum für Menschen mit Essstörungen und ihre Angehörigen eingerichtet, um die Lücke zwischen stationärer Behandlung und dem Alltag zu Hause zu schließen“, beschreibt Bogner-Strauß. Das Angebot ist derzeit österreichweit einzigartig und aufgrund der hohen Nachfrage wurde entschieden, das erfolgreiche Konzept auch zu digitalisieren. So entstand E-LELLI, eine digitale Plattform zur begleitenden Beratung von Jugendlichen mit Anorexie, insbesondere in der sensiblen Phase nach einem Krankenhausaufenthalt. Ziel ist es, den Betroffenen Kontinuität und Stabilität zu bieten, und zwar ortsunabhängig und zeitgemäß.

„Alle vorgestellten Projekte haben eines gemeinsam: Sie zeigen, dass Digitalisierung im Gesundheitsbereich kein Selbstzweck, sondern ein konkreter Beitrag zur effizienten und effektiven Versorgung ist. Sie verbessern die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, entlasten gleichzeitig das System und erhöhen letztlich auch die Zufriedenheit aller Beteiligten“, resümiert die Gesundheitssprecherin der ÖVP.

Patientinnen und Patienten lotsen, nicht bevormunden

Patientenlenkung klingt zunächst nach Bevormundung der Bürgerinnen und Bürger, doch konkret geht es dabei um Orientierung, Unterstützung und intelligente Begleitung im überaus komplexen System der Gesundheitsversorgung. „Der Begriff Lotsensystem trifft es daher besser und steht im Zentrum vieler Reformüberlegungen. Denn eines ist klar: Die Navigation durch die Angebote im Gesundheitswesen fällt vielen Menschen schwer, Unsicherheit und damit auch Ineffizienzen sind häufig die Folgen“, ist

auch SPÖ-Gesundheitssprecher Rudolf Silvan überzeugt und betont die Bedeutung digitaler Tools zur Orientierung: „Viele Menschen landen im Spital, weil sie nicht wissen, wo sie sonst hinsollen.“ Dass es nicht so sein muss, zeigen beispielsweise Projekte wie digitale Triage-Systeme in Schweden, wo eine Effizienzsteigerung, weniger Belastung für Notaufnahmen sowie zufriedener Patientinnen und Patienten möglich sind, da Digitalisierung intelligent eingesetzt wird. Für Silvan geht es um einen Paradigmenwechsel: „Der Weg digital vor ambulant vor stationär muss den Bürgerinnen und Bürgern nähergebracht werden, sodass sie ihn auch verstehen und nutzen.“ Auch Silvan ist überzeugt, dass die angespannte finanzielle Lage im Gesundheitssystem und die ohnehin zunehmende Nutzung digitaler Anwendungen durch die Bevölkerung gute Voraussetzungen sind, diesen Paradigmenwechsel voranzutreiben.

Intelligente Steuerungssysteme auf Basis digitaler Anwendungen könnten nach Ansicht von Silvan wesentlich dabei unterstützen, die Patientinnen und Patienten dorthin zu lotsen, wo sie im individuellen Fall am besten aufgehoben sind. Auch durch Apps mit Erinnerungsfunktionen für Kontrolltermine oder zur strukturierten Medikamenteneinnahme lassen sich Therapietreue und Gesundheitsverläufe verbessern. Gleichzeitig eröffnet die Digitalisierung ganz neue Potenziale für die Prävention, indem mithilfe prädiktiver Analysen – der Nutzung historischer Gesundheitsdaten zur Vorhersage zukünftiger Erkrankungen – Risikopatientinnen und -patienten frühzeitig identifiziert und den passenden Stellen zugewiesen werden könnten. „All diese Maßnahmen verfolgen das gemeinsame Ziel von mehr Effizienz durch smarte Steuerung – bei gleichzeitiger Förderung der Selbstbestimmung. Am Ende stehen wir damit am Start der digitalen Patientenreise in Richtung einer nutzerorientierten, digitalisierten und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung“, ist Silvan überzeugt.

Digitalisierung mit Weitblick

Für die österreichische Sozialversicherung ist die digitale Transformation kein Neuland, sondern ein konsequenter und fortschreitender Prozess, der bereits viele konkrete Verbesserungen für Versicherte und die Verwaltung gebracht hat. „Ein bedeutender Meilenstein war der Umstieg von den Papierkrankenscheinen zur e-card, die sich seither zum Türöffner für zentrale Leistungen entwickelt hat und künftig noch stärker zur Drehscheibe neuer digitaler Gesundheitsservices werden wird“, ist Mag. Claudia Neumayer-Stickler, Vorsitzende der Konferenz der Sozialversicherungsträger und stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates der AUVA, überzeugt. Als Erfolg wertet sie, dass etwa allein im Jänner 2025 bereits über





sechs Millionen elektronische Rezepte ausgestellt wurden und auch die „Meine SV“-App mit ähnlich erfreulichen Zugriffszahlen auf hohe Akzeptanz trifft. „Die elektronischen Angebote bieten Versicherten einen einfachen Überblick über Leistungen, ermöglichen die digitale Antragstellung und Datenaktualisierung – alles intuitiv und benutzerfreundlich“, sagt Neumayer-Stickler. Sie wünscht sich, dass künftig alle Verordnungen über die e-card abgewickelt werden, um Informationsflüsse zu vereinfachen und Versorgungslücken zu schließen. Auch von der Umstellung auf den elektronischen Eltern-Kind-Pass erhofft sie sich Vorteile, wie eine verbesserte Dokumentation, mehrsprachige Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund und ein integriertes Erinnerungsservice für Vorsorgeuntersuchungen, aber auch zur einfacheren Abwicklung des Kinderbetreuungsgeldes. Als zentrale Grundlage betont Neumayer-Stickler die Datensicherheit und das Vertrauen der Versicherten in die Services.

Für Dr. Alexander Biach, Generaldirektor der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS), ist klar, dass die digitale Transformation kein abstrakter Prozess, sondern eine konkrete Erleichterung für die Menschen sein muss. Daher nennt er in seiner Keynote fünf zentrale Handlungsfelder, in denen digitale Lösungen und künstliche Intelligenz (KI) eine „digitale Heilung“ ermöglichen: den demografischen Wandel, den Fachkräftemangel, die Versorgungsqualität, die Prävention und die Datensicherheit.

„Über den Lebenszyklus eines Menschen hinweg und seine Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zeigt sich ein Einsparungspotenzial von zumindest 40.000 Euro pro Person durch Digitalisierung“, rechnet Biach vor. Möglich wird das etwa durch KI-gestützte Frühdiagnostik sowie automatisierte Impferinnerungen, KI-gestützte Robotik im OP oder den Einsatz digitaler Assistenzsysteme. Gleichzeitig sind diese Angebote auch entlastend im Hinblick auf den Mangel der rund 76.000 Pflegekräfte oder 10.000 Fachkräfte in medizintechnischen Berufen sowie der rund 5.200 Fachärztinnen und -ärzte, der bis zum Jahr 2030 schlagend wird. „Digitale Technologien können hier bis zu 40 % des Fachkräftemangels kompensieren, wenn wir auf die Automatisierung administrativer Prozesse, den Einsatz von Robotik und Assistenzsystemen, KI-gestützte Diagnostik und Telemedizin oder digitale Dienst- und Einsatzplanung setzen. Dann bleibt auch mehr Zeit für menschliche Zuwendung und Qualität in der Versorgung“, ist Biach überzeugt.

Ein Blick nach Deutschland zeigt, welche Vorteile die Digitalisierung in der Prävention ausspielen kann: „Dort ist es den Krankenkassen erlaubt, bestimmte Gesundheitsdaten zu analysieren und aktiv auf ihre Versicherten zur frühzeitigen Erkennung seltener Erkrankungen,

zur Risikoeinschätzung bei Arzneimitteltherapien oder zur Erinnerung an Impfungen zuzugehen“, gibt Biach Einblick und hofft, dass auch Österreich diesen Weg der aktiven, datenlebten Prävention einschlagen wird. Auch bei seinen Vorschlägen ist klar, dass alle digitalen Fortschritte die Datensicherheit und das Vertrauen der Bevölkerung als Fundament benötigen.

Leadership, Vertrauen und ein langer Atem

In der anschließenden Podiumsdiskussion, die von Univ.-Prof. Dr. Reinhard Riedl von der Berner Fachhochschule und Lisa Holzgruber, MBA, MSc., Geschäftsführerin von rotatable technologies, moderiert wird, wurde deutlich, dass der Weg zur digitalen Transformation über klare Verantwortlichkeiten, niederschwellige Zugänge und den Schulterschluss aller Stakeholder führen muss. Mit am Podium war neben den Keynote Speakern auch Dr. Clemens Auer, Präsident des European Health Forums, der auf Digitalisierung als gesellschaftliches Grundrecht pocht und aufzeigt, woran es in Österreich fehlt: „Die digitale Teilhabe an medizinischer Versorgung darf nicht länger aufgeschoben werden,

sie ist ein Menschenrecht, das sich direkt auf Lebensqualität, Zugang zur Versorgung und individuelle Autonomie auswirkt.“ Besonders deutlich wird das zum Beispiel anhand der elektronischen Gesundheitsakte ELGA mit rund 4,1 Milliarden Transaktionen allein im Jahr 2024. „Das zeigt die technische Leistungsfähigkeit dieser Plattform und die hohe Akzeptanz durch die Bevölkerung“, so Auer. Doch trotz dieser Erfolge sind die strukturellen Defizite bei der Umsetzung von Digitalisierungsmaßnahmen in Österreich evident und dabei fehlt es nach Ansicht von Auer nicht an der Vision, sondern am Rahmen: „Es fehlt ein rechtlicher Rahmen, der klare Zuständigkeiten und Datenschutzregelungen definiert, ein technologischer Rahmen, der interoperable, zukunftsfähige Systeme sichert und ganz besonders mangelt es einem organisatorischen Rahmen, denn auf Ebene der Verwaltungsspitzen im Gesundheitsministerium fehlt es an Leadership.“ Einig sind sich alle Expertinnen und Experten, dass die Digitalisierung unser Gesundheitssystem nicht nur effizienter, sondern auch menschlicher machen könnte, wenn Verantwortliche den Mut aufbringen, jetzt gemeinsam zu handeln. **P**

V. l. n. r.: Reinhard Riedl, Lisa Holzgruber, Hans Jörg Schelling, Claudia Neumayer-Stickler, Clemens Martin Auer, Alexander Biach, Juliane Bogner-Strauß, Rudolf Silvan.



Digitalisierung muss Nutzen stiften

Das 7. PRAEVENIRE Digital Health Symposium etablierte sich auch heuer wieder zum Hotspot rund um Fragen der Digitalisierung im Gesundheitsbereich und **SCHLOSS MIT KONKRETEN VORSCHLÄGEN AUS RUND 50 IMPULSEN IN ACHT SESSIONS, DREI PLENUMDISKUSSIONEN UND ZAHLREICHEN NETZWERKPAUSEN AB.** | von Michaela Meier

Die Digitalisierung in der Medizin ist ein wichtiger Baustein, um unser solidarisches Gesundheitssystem zu stärken, kann aber kein Allheilmittel sein“, betont Ulrike Königsberger-Ludwig, Staatssekretärin für Gesundheit im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, in ihrem Impulsstatement zum Abschluss des diesjährigen PRAEVENIRE Digital Health Symposions. Sie wünscht sich, dass Ärztinnen und Ärzte wieder gerne im öffentlichen Gesundheitssystem arbeiten und die Bevölkerung wieder mehr Vertrauen in die Leistungen fasst. Diese Rechnung geht aber nach Ansicht der Politikerin nur dann auf, wenn die digitalen Angebote niederschwellig und nutzerfreundlich sind. Oder anders gesagt: Digitalisierung muss sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch das medizinische Personal einen Mehrwert bieten. Wichtige Schritte sind demnach die Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA, einheitliche Angebote über Bundeslandgrenzen hinweg, die Anbindung aller Gesundheitsberufe sowie eine aussagekräftige Diagnosecodierung. „Nur wenn wir alle Nutzerinnen und Nutzer mitdenken, kann Digitalisierung echte Effizienzpotenziale heben und die Versorgung nachhaltig verbessern“, ist Königsberger-Ludwig überzeugt und unterstreicht klar: „Die gesamte Regierung ist unglaublich motiviert, um gemeinsam das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln. Es ist uns ein großes Anliegen, das solidarische Gesundheitssystem in Österreich zu stärken.“

Faktor „Mensch“ nicht außer Acht lassen

Ein Weg dorthin führt über die Digitalisierung, die aber nach Ansicht der Staatssekretärin kein Allheilmittel sein kann, denn: „Die Medizin braucht Interaktion und Menschen müssen im Mittelpunkt stehen.“ Diese Forderung hat zwei Seiten: Auf der einen Seite sind es die Patientinnen und Patienten, auf der anderen Seite das Personal – also Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger und viele andere Gesundheitsberufe –, die zum Behandlungserfolg beitragen. „Wir dürfen dieses soziale Gefüge in der Medizin nicht außer Acht lassen“, fordert sie nachdrücklich. Die Digitalisierung bietet enorme Chancen für die Medizin, die im Sinne der Patientinnen und Patienten gestaltet werden müssen: „Dabei geht es nicht nur um technologische Lösungen, sondern auch um konkrete Verbesserungen im Versorgungsalltag. Wir müssen die digitalen Möglichkeiten so einsetzen, dass sie Orientierung bieten, Sicherheit schaffen und die Versorgung erleichtern. Auf keinen Fall dürfen wir damit zusätzliche Hürden aufbauen.“ Sie bringt als konkretes Beispiel dazu die digitale Informationsflut rund um Gesundheitsthemen. Gerade beim Thema Impfen kursieren viele Fehlinformationen, daher ist die Politik in der Verantwortung, im digitalen Raum für mehr Patientensicherheit zu sorgen.

Digitale Navigation durch das Gesundheitssystem

Ein weiteres zentrales Anliegen von Königsberger-Ludwig ist es, Patientinnen und Patienten

besser durch das System zu leiten: „Zu oft landen Menschen nicht am richtigen Ort, konsultieren eine Reihe von Ärztinnen und Ärzten, ohne am Ende eine klare Diagnose oder überhaupt den richtigen Ansprechpartner gefunden zu haben. Das kostet Zeit, Geld und belastet das System unnötig.“ Wenn es gelingt, mit digitalen Instrumenten die Versorgung gezielt zu steuern, könnten personelle wie auch finanzielle Engpässe spürbar reduziert werden. Sie wünscht sich, dass die vorhandenen Mittel im Gesundheitssystem so eingesetzt werden, dass die Versicherten den Eindruck haben, dass das System für sie tatsächlich die beste Versorgung bietet. Ein vielversprechendes Instrument in diesem Zusammenhang sieht Königsberger-Ludwig in der Gesundheitshotline 1450, die ein zentrales Vorhaben im Regierungsprogramm darstellt. Ziel ist, dass sich die Patientinnen und Patienten innerhalb des Gesundheitssystems gut zurechtfinden und vor allem, um die notwendige Behandlung am richtigen Ort, also bei der Hausärztin, beim Hausarzt, der Fachärztin, dem Facharzt oder in einer Spitalsambulanz zu erhalten, brauchen Menschen eine gewisse Lenkung. „Ich möchte fast sagen, sie sollten geleitet und begleitet werden. In den Bundesländern gibt es bereits zahlreiche und vor allem erfolgreiche Ansätze für die 1450. Jetzt geht es darum, diese zu bündeln und daraus einen österreichweiten Standard zu machen. Zusammengefasst bedeutet das, dass wir mit der Gesundheitshotline 1450 eine für die Patientinnen und Patienten kostenlos und niederschwellige Möglichkeit

v.l.n.r.: Johannes Steinhart, Ulrike Königsberger-Ludwig, Katina Sostmann, Angelika Widhalm, Andreas Huss





schaffen, die rund um die Uhr erreichbar ist und als digitaler Einstiegspunkt in die Gesundheitsversorgung, sozusagen als Gesundheits-Navi für ganz Österreich, implementiert werden soll.“

Daten sinnvoll und sicher nutzen

Einen künftig ebenso wichtigen digitalen Hebel sieht sie in der elektronischen Gesundheitsakte ELGA: „Auch hier müssen wir in die nächste Entwicklungsstufe gehen. ELGA soll anwenderfreundlich sein, für Patientinnen und Patienten ebenso wie für Ärztinnen und Ärzte, aber auch Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe.“ Besonders hebt sie den elektronischen Impfpass hervor, der rasch und konsequent umgesetzt werden muss. Gerade mit der Erinnerungsfunktion wird ein Mehrwert geschaffen, denn mit digitalen Impferinnerungen können Impfquoten gesteigert und Schutzlücken vermieden werden. Die unter Einhaltung höchster Datenschutzstandards gesammelten Gesundheitsdaten will Königsberger-Ludwig gezielt für die gesundheitspolitische Planung einsetzen, denn: „So können wir präzise erkennen, welche Erkrankungen gehäuft auftreten, wo Prävention besonders nötig ist und wie wir Programme zielgerichtet gestalten müssen. In diesem Zusammenhang ist auch die Diagnosecodierung ein wichtiges Thema. Sie schafft eine verlässliche Datengrundlage, um chronische Erkrankungen besser zu erfassen und Versorgungsangebote entsprechend anzupassen.“

Bei allen digitalen Entwicklungen gilt für sie ein wichtiger Grundsatz: „Digitalisierung darf niemanden zurücklassen. Sie muss inklusiv gestaltet sein und darf keine neue Zweiklassenmedizin erzeugen. Jeder Mensch, unabhängig von Alter, Bildung oder Herkunft, muss mitgenommen werden, sonst verlieren wir Vertrauen, anstelle es aufzubauen.“

Praxistaugliche Lösungen finden

Die abschließende Diskussion – moderiert von Lisa Holzgruber, MBA, MSc, Geschäftsführerin von rotatable, und Prof. DI Dr. Reinhard Riedl, Dozent an der Berner Fachhochschule – stand unter dem klaren Leitsatz: „Visionen in die Tat umsetzen“. Die Expertinnen und Experten waren sich einig, dass die Zukunft der digitalen Gesundheitsversorgung in konsequentem Handeln, realistischen Etappenzielen und dem gemeinsamen Willen zur Veränderung liegt. Betont wurde vor allem, dass Digitalisierung kein Selbstzweck sein darf und Visionen erst dann Realität werden, wenn sie gemeinsam getragen und mutig umgesetzt werden.

Katina Sostmann, Associate Partner Health Platform und Design Principal, IBM, sieht sich hier als Mittlerin zwischen den unterschiedlichen Perspektiven: „Der rein technische Zugang allein wird nicht helfen, Menschen zur Gesundheitskompetenz zu bringen. Wir brauchen auch einen fachlichen oder einen persönlichen Zugang über das Gesundheitspersonal.“ Mithilfe von sogenannten „Health Hackathons“, die in unterschiedlichen deutschen Bundesländern von den Universitätskliniken gemeinsam mit jeweils einer Landesregierung initiiert werden, werden hier Ideen und Lösungen erarbeitet, die hohe Praxistauglichkeit haben.

Ein besonderes Ergebnis aus diesen Runden war zum Beispiel die Idee, die medizinische Fachsprache eines Entlassungsbriefes in eine für Patientinnen und Patienten verständliche Information zu übersetzen – und zwar nicht nur in einfache Sprache, sondern gegebenenfalls auch in andere Sprachen. Ergänzend dazu wurden auch leicht verständliche Handlungsempfehlungen formuliert. „Wichtig ist, dass die Aufbereitung so gestaltet ist, dass Patientinnen und Patienten die Inhalte wirklich nachvollziehen können und zugleich auch die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen, etwa wenn eine Diagnose unklar bleibt oder nicht vollständig verstanden wurde“, so Sostmann.

In einem weiteren Projekt wurde der Frage nachgegangen, wie Daten aus elektronischen Patientenakten sinnvoll nutzbar gemacht werden können – unter vollständiger Berücksichtigung der geltenden Datenschutzrichtlinien. „Die zentrale Aufgabe bestand darin, zu zeigen, wie eine solche Nutzung konkret aussehen könnte, welche Governance-Strukturen und welche Technik dazu notwendig wären, um in Echtzeit auf diese Datenmengen zugreifen zu können“, beschreibt die IBM-Expertin. Sie rät, möglichst früh Prototypen zu entwickeln, um in den Austausch zu kommen – mit den Anwenderinnen und Anwendern, mit Patientinnen und Patienten sowie mit Forscherinnen und Forschern. Nur so kann geklärt werden, ob geplante Entwicklungen überhaupt hilfreich sein können, um das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln.

Technik braucht auch Menschen

Dr. Johannes Steinhart, Präsident der österreichischen Ärztekammer, sieht in der Digitalisierung eine Reihe von Vorteilen, doch für ihn muss die Arzt-Patienten-Beziehung das zentrale Element der medizinischen Versorgung bleiben. „Sie ist nicht durch Technik ersetzbar. Digitale Systeme dürfen nicht zu einem Verlust an Kommunikation führen oder gar den persönlichen Kontakt verdrängen.“ Eine weitere Gefahr ortet er darin, dass wirtschaftliche Interessen überhandnehmen: „Wenn Digitalisierung nur dazu dient, Leistungen kostengünstiger zu erbringen, besteht das Risiko, dass Investoren versuchen, telemedizinische Angebote oder durch künstliche Intelligenz (KI) gesteuerte Lösungen allein aus ökonomischer Perspektive zu gestalten. Die Folge könnte eine Entmenschlichung der Medizin sein, das muss unbedingt verhindert werden. Auch wenn Telemedizin und KI wertvolle Werkzeuge sind, darf die Medizin nicht zu einem rein technischen Prozess verkommen.“

Der Ärzterevertreter fordert in diesem Zusammenhang eine Reihe von Rahmenbedingungen: Investitionen in die nationale Gesundheitstelematik-Infrastruktur, rechtliche, ethische und technische Rahmenbedingungen in Form eines Gesetzes sowie einen digitalen Gesundheitspfad, der den Weg durch die digitalen Angebote nachvollziehbar macht. Weiters fordert er, dass die Interoperabilität innerhalb der E-Health-Infrastruktur sichergestellt und an internationale Standards angepasst werden muss. Digitale Gesundheitsanwendungen in Form von Apps müssen erstattungsfähig sein und Telemedizin und E-Health müssen bereits im Medizinstudium als fixer Bestandteil moderner Ausbildung

verankert sein. „Bestehende Lösungen wie ELGA müssen verbessert werden, denn noch immer fehlt die Patient Summary, die eigentlich längst Standard sein sollte“, sagt Steinhart. Und schließlich braucht es nach Ansicht des Ärztekammervertreeters auch eine klare Regelung zur Übernahme der Kosten der Digitalisierung, sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in den Spitälern.

„Patientinnen und Patienten müssen die Digitalisierung im Gesundheitswesen verstehen, nur so kann Vertrauen entstehen“, betont Angelika Widhalm, Vorsitzende des Bundesverbands Selbsthilfe Österreich. Sie fordert, dass Angebote noch verständlicher kommuniziert werden müssen, denn sonst bleiben sie ungenutzt, egal wie gut sie sind. Sie formuliert ihre Wünsche für die Entwicklung des Gesundheitswesens deutlich: „Alle Gesundheitsberufe müssen an ELGA angeschlossen sein, der e-Impfpass mit einem Erinnerungssystem muss funktionieren und Telemedizin ist eine gute Möglichkeit, die Patienten und Patientinnen noch besser und noch sicherer zu versorgen.“

Wartezeitenmanagement verbessern

„Die Menschen in Österreich erwarten zu Recht, dass ihre Gesundheitsdaten dort verfügbar sind, wo sie gebraucht werden – sicher, aber eben auch zuverlässig zugänglich“, schließt sich Andreas Huss, Obmann-Stellvertreter der österreichischen Gesundheitskasse, den Forderungen an. Auch er plädiert für eine übersichtliche, strukturierte Patient Summary, die relevante Informationen einfach zusammenfasst. „Die Daten sollen gut verfügbar sein, und zwar nicht nur für die behandelnden Personen, sondern auch im Sinne der Patientensicherheit für die Bevölkerung. Als Patientin oder Patient möchte ich sicher sein können, dass meine Daten genau dort zur Verfügung stehen, wo sie im Bedarfsfall benötigt werden – sei es in der Hausarztpraxis, im Krankenhaus oder im Rettungswagen.“ Gleichzeitig weist er auf die Defizite im Bereich der epidemiologischen Daten hin: „Viele liegen einfach nicht vor und genau deshalb fehlt uns oft auch die fundierte Grundlage für die Planung des Gesundheitssystems und der Versorgungsstrukturen. Wenn wir gezielt und vorausschauend steuern wollen, brauchen wir valide und zugängliche Gesundheitsdaten.“ Auch Huss steckt die digitalen Handlungsfelder ab – von 1450 über den Ausbau telemedizinischer Services bis zu einer telemedizinischen Ambulanz, die 24/7 erreichbar sein soll. Die Modernisierung und der Ausbau von ELGA mit einer flächendeckenden Anbindung aller Gesundheitsdienstleister ist für ihn ebenso zentral wie die einheitliche Diagnosecodierung. Ein besonderes Anliegen ist ihm die Analyse der Zuweisung zu CT- und MR-Untersuchungen und die Verbesserung des Wartezeitenmanagements, denn Österreich hat hier im internationalen Vergleich auffallend hohe Zahlen: 40 % der Bevölkerung erhalten jährlich eine dieser Untersuchungen. „Unser Ziel ist klar: Wir wollen ein digital gestütztes Gesundheitssystem, das sicher, effizient und menschenzentriert ist – mit gut verfügbaren Daten, klarer Verantwortung und nachhaltiger Wirkung für die Versorgung aller“, so Huss abschließend. 



Der Countdown läuft

Der European Health Data Space (EHDS) eröffnet neue Möglichkeiten für datengestützte, patientenzentrierte Gesundheitsversorgung. Insbesondere **PRIMÄRDATEN BIETEN ENORMES POTENZIAL FÜR PRÄZISIONSMEDIZIN**. Welchen Herausforderungen sich Österreich noch stellen muss, wurde im Rahmen des 7. PRAEVENIRE Digital Health Symposiums, das kürzlich in Wien stattgefunden hat, diskutiert. | von Paul Schnell

Im European Health Report 2024 der WHO wird festgestellt, dass fehlende Daten aus dem Gesundheitswesen zu einem Großteil dafür verantwortlich sind, dass es politische Entscheidungstragende schwer haben, rechtzeitig effiziente Entscheidungen für die Gesundheitsplanung treffen zu können. Genau hier setzt der European Health Data Space (EHDS) mit der Vision an, das europäische Gesundheitssystem nachhaltig weiterzuentwickeln und dabei das Solidaritätsprinzip zu wahren.

ELGA: Österreichs Startvorteil für den Gesundheitsdatenraum

„In Österreich haben wir mit der ELGA bereits ein System, das den Zugriff auf Gesundheitsdaten ermöglicht, allerdings nicht in dem Umfang, wie es für eine ganzheitliche Versorgung nötig wäre“, sagt Helene Prenner, MA, Leiterin des Kompetenzzentrums für internationale Projekte in der ELGA GmbH. Doch es scheint kein österreichisches Phänomen zu sein, dass Patientinnen und Patienten auf eigene Daten nicht zugreifen können oder Leistungserbringende häufig nicht ausreichend angebunden sind. „Die WHO und die EU haben erkannt, dass hier ein strukturierter, interoperabler Raum notwendig ist, in dem Daten europaweit sicher und standardisiert ausgetauscht werden können“, bringt es Prenner auf den Punkt. Der EHDS widmet sich dazu drei zentralen Herausforderungen:

1. Primärdatennutzung: Patientinnen und Patienten erhalten mehr Kontrolle über ihre Daten und können entscheiden, wer im Versorgungsprozess Zugriff erhält. Der EHDS regelt diesen Zugang nicht nur national, sondern EU-weit einheitlich.
2. Sekundärdatennutzung: Gesundheitsdaten sollen auch für politische Entscheidungen, Forschung, Innovation und Gesundheitswirtschaft nutzbar gemacht werden – ein bislang stark vernachlässigtes Potenzial.
3. Technische Standardisierung: Ohne einheitliche Schnittstellen, Formate und semantische Standards ist ein europaweiter Datenraum nicht realisierbar. Der EHDS setzt hier klare Vorgaben für Softwarehersteller und Gesundheitseinrichtungen.

Am 26. März 2025 ist die EHDS-Verordnung in Kraft getreten und hat eine ambitionierte Phase der Umsetzung gestartet: „Nach vier Jahren müssen die Patient Summary, das elektronische Rezept und die elektronische Abgabe von Medikamenten verfügbar sein, nach sechs Jahren die Bilddaten, Ergebnisse medizinischer Tests und Laboruntersuchungen sowie Entlassungsberichte“, beschreibt Prenner die Herausforderungen. Diese Inhalte müssen in einem standardisierten Format (EEHRxF) verfügbar sein, national sowie grenzüberschreitend und nachvollziehbar protokolliert. Bis März 2027 werden die entsprechenden Durchführungsrechtsakte auf EU-Ebene verhandelt. Nationale Gesetzgebungen – auch jene in Österreich – müssen entsprechend angepasst werden.

Die ELGA GmbH arbeitet gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium, den Ländern und der Sozialversicherung aktiv an der Umsetzung, wie etwa in Fit4EHDS, einer Anforderungsanalyse und Roadmapentwicklung zu Primärdatennutzung. Zur Sekundärdatennutzung läuft ein EU-kofinanziertes Projekt der Gesundheit Österreich GmbH, um eine passende Infrastruktur in Österreich dazu aufzubauen. Weiters sind ein Projekt zur Harmonisierung der EU-Austauschformate oder zur Integration in die europäische E-Health Digital Service Infrastructure im Laufen. „Die Umsetzung des EHDS bringt tiefgreifende Veränderungen, aber auch große Chancen mit sich“, ist Prenner überzeugt und ergänzt: „Für Patientinnen und Patienten bedeutet es mehr Transparenz und Kontrolle, für die Gesundheitsversorgung mehr Qualität und Effizienz. Für die Gesundheitspolitik schafft es endlich eine Datengrundlage, um faktenbasierte Entscheidungen zu treffen. Die Reise in die digitale Gesundheitszukunft Europas hat begonnen – und Österreich hat alle Voraussetzungen, hier vorne mit dabei zu sein.“

Datenschutz bleibt, neue Rechte kommen

Im Zentrum der Diskussion um Gesundheitsdaten steht hierzulande nach wie vor die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), doch mittlerweile ist eine Vielzahl weiterer Rechtsakte hinzugekommen: Der Digital Services Act (DAS) schafft Regeln für Transparenz und Verantwortung digitaler Plattformen, der Digital Markets Act (DMA) regelt das Verhalten marktbeherrschender „Gatekeeper“ zur Sicherung fairer Wettbewerbsbedingungen, der Data Governance Act (DGA) fördert die freiwillige Datennutzung über vertrauenswürdige Vermittlungsstellen, der Data Act (DA) regelt Zugriffs- und Nutzungsrechte von Daten und der Artificial Intelligence Act (AIA) umfasst risikobasierte Regeln für den Einsatz von KI-Systemen. Dazu kommen NIS 2, eine EU-Richtlinie zu Cybersicherheitsstandards, insbesondere in kritischen Infrastrukturen, oder der Digital Operational Resilience Act (DORA), der die digitale Resilienz im Finanzsektor, insbesondere in Bezug auf IKT-Risiken, adressiert.

„Diese Regelwerke überlagern einander, ergänzen einander und schaffen häufig auch neue Unklarheiten und Vollzugsdefizite, insbesondere dort, wo technische Umsetzung, Datenschutz, sektorspezifische Bedürfnisse und politische Ziele zusammentreffen“, ist Univ.-Prof. Dr. Nikolaus Forgó, Vorstand des Instituts für Innovation und Digitalisierung im Recht an der Universität Wien, überzeugt. „Nachdem die DSGVO stets anwendbar ist, steht damit jede Initiative zur Nutzung personenbezogener Gesundheitsdaten unter dem Vorbehalt der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit. In der Praxis ist die DSGVO dabei oft eine ‚Weapon of Mass Destruction‘, die jede Diskussion rasch beenden kann“, ergänzt Forgó und beschreibt eine Reihe von Unklarheiten: „Behandler wollen schnellstmöglichen Zugang zu den relevanten Daten, wissen aber oft nicht,

was erlaubt ist. Dateninhabende möchten oft kooperieren, unterliegen aber ebenfalls Unsicherheiten im Umgang mit der DSGVO, und schließlich fordern Forschende den Zugang zu den Daten für die Sekundärnutzung doch auch ihnen ist oft nicht klar, unter welchen Bedingungen das erlaubt ist.“ Am Ende entstehen statt interoperabler Systeme oft Silos und wertvolle öffentliche Mittel versanden in Pilotprojekten, die nicht skaliert werden können.

Viele Fragen offen

Der EHDS bringt nicht nur technische und organisatorische Neuerungen, sondern erweitert auch den Rechtekatalog für Patientinnen und Patienten, allen voran stellt die Verordnung klar: Die DSGVO bleibt voll anwendbar, aber es kommen zusätzliche Betroffenenrechte hinzu, wie etwa das Recht auf analoge Ausfertigungen oder der kostenlose Zugang zu Gesundheitsdaten über nationale Zugangsportale. Die Infrastruktur MyHealth@EU soll eine grenzüberschreitende Versorgung unterstützen, ohne nationale Zuständigkeiten zu beschneiden. „Doch das wirft neue Fragen auf, denn der kostenlose Zugang für Patientinnen und Patienten zu ihren Daten zieht unweigerlich die Frage nach sich, wer den Aufwand bezahlt und wo dieser – mit Blick auf den Umsetzungszeitraum – schon budgetiert ist“, sagt Forgó und beschreibt weiter: „Die Kommission überwacht zwar die Einhaltung technischer Vorgaben, doch der Aufbau nationaler Kontaktstellen für digitale Gesundheit muss durch die Mitgliedstaaten bis spätestens März 2027 erfolgen – inklusive Finanzierung, Organisation und Rechtssicherheit.“ Bis dahin sollen im Wege von Durchführungsrechtsakten verbindliche europäische Austauschformate festgelegt werden, die maschinenlesbar sind und den hohen Anforderungen an Sicherheit und Datenschutz entsprechen müssen. Doch auch hier bleibt vieles offen, vor allem die Frage nach den Kosten und der Dauer einer flächendeckenden Umsetzung. Am Ende sieht Forgó die Gefahr des Regulierungschas: „Wenn wir nur neue Behörden schaffen, neue Systeme installieren und eine Interoperabilität nicht nachhaltig implementiert wird, ist das Risiko von Fehlsteuerungen, Doppelgleisigkeiten und Umsetzungslücken groß. Wenn Europa es jedoch schafft, konsequent, pragmatisch und technologieoffen zu agieren, könnte der EHDS ein entscheidender Baustein für eine moderne, vernetzte und datengestützte Gesundheitsversorgung werden. Doch dafür müssen wir jetzt die richtigen Fragen stellen – und konkrete Antworten liefern: technisch, rechtlich und finanziell“, fordert der Jurist.

Herausforderungen für die Industrie

Die neuen europäischen Gesetze im Rahmen des European Health Data Space (EHDS) sind nur ein kleiner Ausschnitt der rechtlichen Rahmenbedingungen, die von der heimischen Softwareindustrie künftig berücksichtigt werden müssen. „Zusätzlich kommen in Österreich





nationale Regelungen hinzu, wie etwa das Gesundheitstelematikgesetz, das ELGA-Gesetz, die ELGA-Verordnung sowie begleitende Leitfäden der ELGA. All diese Bestimmungen müssen von Softwareanbietern beherrscht, umgesetzt und laufend berücksichtigt werden“, beschreibt Mag. Herwig Loidl, MBA MSc, Sprecher des Arbeitskreises E-Health in der Wirtschaftskammer Österreich, die großen Herausforderungen für die Softwareindustrie. Eine der wichtigsten Neuerungen betrifft die internationalen Austauschformate. „Hier bringt sich Österreich intensiv in die europäische Gestaltung ein. Das eröffnet die Chance, eine Vorreiterrolle einzunehmen und ein Alleinstellungsmerkmal in Europa zu schaffen“, so Loidl. Besonders relevant für Softwarehersteller ist künftig die Konformitätserklärung: „Nach aktueller Interpretation darf kein Projekt mehr durchgeführt werden, das nicht internationalen Standards genügt. Jedes Vorhaben, das Patientendaten verarbeitet, muss die bestehenden Standards und Profile, wie sie heute bereits in der ELGA gelten, berücksichtigen. Der EHDS schreibt diese Vorgabe seit dem 26. März verbindlich vor“, erklärt Loidl. Interoperabilität wird in allen Bereichen gefordert. Standards müssen strikt eingehalten werden und Systeme, die künftig auf den Markt kommen oder weiterhin betrieben werden, müssen interoperabel sein. Damit betrifft der EHDS nicht nur Neuentwicklungen, sondern auch bestehende Produkte, die an die neuen Anforderungen angepasst werden müssen. Doch der Experte sieht das nicht nur als Nachteil: „Wird Interoperabilität richtig umgesetzt, können Budgets effizienter genutzt werden, weil redundante Schnittstellen und teure Insellösungen entfallen.“ Zudem wer-

V. l. n. r.: Hans Georg Mustafa, Alexander Moussa, Helene Prenner, Christine Stadler-Häbich, Nikolaus Forgó, Herwig Loidl.

den damit erstmals einheitliche Qualitätsvorgabe für Gesundheits-IT-Systeme geschaffen und die digitale Zusammenarbeit erleichtert.

Daten intelligent nutzen

In der Podiumsdiskussion, die von Mag. (FH) Ing. Christine Stadler-Häbich, AUSTROMED Vorstandsmitglied für Digitalisierung, moderiert wird, beschreiben die Mediziner Dr. Hans Georg Mustafa, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und Klinische Chemie, sowie Dr. Alexander Moussa, Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, und zuständig für E-Health in Ordinationen in der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK), die Herausforderungen des EHDS aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte. „Wir nutzen auf Anforderung im Rahmen der Krankenbehandlung eigene pseudonymisierte Labordaten bereits jetzt, etwa Ergebnisse aus dem Liquid Profiling oder für die Anwendung künstlicher Intelligenz auf bestehende Blutbilddaten, um Krankheitsrisiken zu kalkulieren“, sagt Mustafa. Weitere konkrete Anwendungsbeispiele sind die Früherkennung der nicht-alkoholischen Fettleber oder die Alzheimer-Diagnostik. „Durch multiple Parameter und Algorithmen können Betroffene frühzeitig für Therapien identifiziert werden“, erklärt der Labormediziner und führt weiter aus: „Für zukünftige Entwicklungen sind verbindliche Rahmenbedingungen und einheitliche Kodierungssysteme Voraussetzung“. Einig ist er sich mit Moussa, dass für den Erfolg des European Health Data Space (EHDS) die frühzeitige Einbindung von Ärztinnen und Ärzten von großer Bedeutung ist. „Wir dürfen im Prozess der Datennutzung nicht bloße Passagiere sein, sondern müssen als Piloten agieren: bei

Zeitplan: Die Umsetzung des EHDS

26. März 2025: Der EHDS ist in Kraft getreten, die Übergangsphase beginnt.

26. März 2027: Die Europäische Union hat festgelegt, wie die neuen Regelungen konkret im Alltag umgesetzt werden sollen.

26. März 2029: Erste Daten wie Patientenakten und elektronische Rezepte werden EU-weit ausgetauscht. Zudem stehen erste elektronische Gesundheitsdaten für die Sekundärnutzung zur Verfügung.

26. März 2031: Weitere Gesundheitsdaten, z. B. Röntgenbilder, Laborergebnisse oder Entlassberichte, werden in den Austausch integriert.

der korrekten Datenerhebung, der fundierten Interpretation sowie der Umsetzung in den Versorgungsalltag“, so Moussa. Er weist darauf hin, dass die Österreichische Ärztekammer zahlreiche Initiativen setzt, um die Mitglieder auf die Anforderungen der Digitalisierung vorzubereiten. Auch auf der Agenda der Österreichischen Gesellschaft für Telemedizin und E-Health stehen die Anforderungen des EHDS weit oben. „Es geht darum, klare Rahmenbedingungen zu schaffen, wie Gesundheitsdaten erhoben, verwaltet und genutzt werden sollen, damit Vertrauen entsteht und die Patientinnen und Patienten ebenso wie die Ärztinnen und Ärzte vom EHDS profitieren können“, sagt Moussa abschließend. **P**

Diagnosecodierung: Mehr als nur Statistik

Ein Plus an Effizienz und Qualität in der Diabetesversorgung könnte durch eine patientenzentrierte Diagnosedokumentation erreicht werden. **NOCH HAT ÖSTERREICH HIER AUFHOLBEDARF.** Derzeit wird die Diagnosecodierung noch vielfach als lästige Pflicht wahrgenommen, **DOCH DAS POTENZIAL FÜR EINE MODERNE, PATIENTENZENTRIERTE GESUNDHEITSVERSORGUNG IST GROSS** – ein Demo-Codierservice ist bereits auf einem guten Weg. | von Paul Schnell

Dr. Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik in der Arbeiterkammer Niederösterreich und Leiter der Registerbehörde für die elf nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, ist mit der Geschichte der Diagnosecodierung in heimischen Spitälern bestens vertraut. In seiner Keynote im Rahmen des 7. PRAEVENIRE Digital Health Symposions, das kürzlich in Wien stattgefunden hat, beschreibt er, dass schon Mitte der 90er-Jahre die Einführung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems (LKF) „mit wenig Leidenschaft“ erfolgte. In Reha-Einrichtungen kommt das Thema noch schwieriger an, weil dort nicht einmal eine abrechnungsrelevante Rolle damit verknüpft ist. Kaum anders ist es aktuell um die Diagnosecodierung in der Niederlassung bestellt und der Grund liegt für Rupp auf der Hand: „Solange eine Codierung lediglich für statistische Zwecke oder zur Abrechnung dient, bleibt die Bereitschaft bei den Anwenderinnen und Anwendern zur sorgfältigen Datenerfassung begrenzt. Wenn Ärztinnen und Ärzte keine Vorteile für den Behandlungsprozess sehen, wird es schwierig, das notwendige Engagement zu erzeugen.“

Dokumentation muss Nutzen schaffen

Bei aller Lustlosigkeit zu codieren wächst der Druck auf die Verantwortlichen, ein praktikables System zur Verfügung zu stellen, denn das verlangt unter anderem der European Health Data Space (EHDS): „Die EU treibt damit die europaweite Vernetzung von Gesundheitsdaten voran und da kommen auch auf Österreich neue Anforderungen zu. Parallel dazu sieht das aktuelle Regierungsprogramm die verpflichtende Diagnosecodierung auch im niedergelassenen Bereich

vor. Allerdings rein für statistische Zwecke und noch nicht patientenzentriert. Der ursprünglich geplante Start mit 1. Jänner 2025 wurde um ein Jahr verschoben, weil die Pläne noch nicht ganz ausgereift sind“, bringt es Rupp auf den Punkt. Allzu lange Zeit lassen kann sich Österreich dennoch nicht, denn während der EHDS immer näher rückt, steigt auch die Erwartungshaltung bei den Anwenderinnen und Anwender sowie den Patientinnen und Patienten.

Andere europäische Länder zeigen gerade am Beispiel der Volkskrankheit Diabetes, welche Vorteile eine patientenzentrierte Diagnosecodierung bringen kann: In Dänemark existiert seit Jahren ein zentrales Diabetesregister, in das Ärztinnen, Ärzte und Vertreterinnen und Vertreter anderer Gesundheitsberufe relevante Daten einspeisen. „Behandler können analysieren, welche Therapie bei welchen Patientengruppen besser oder weniger gut wirkt und so für die weitere Behandlung lernen. Das bringt echten Mehrwert in der Versorgung. Solche Systeme ermöglichen nicht nur evidenzbasierte Entscheidungen, sondern fördern auch das Vertrauen in die digitale Gesundheitsinfrastruktur“, meint Rupp.

In Österreich sind aktuell nur rund acht bis zehn Prozent der Diabetikerinnen und Diabetiker in einem einzigen Disease-Management-Programm, „Therapie aktiv“, erfasst – von einem Register oder einem multidisziplinären Datenaustausch sind wir weit entfernt. „Wir haben wenig Zeit und es ist viel zu tun“, resümiert Rupp im Hinblick auf die Codierung, den Aufbau von Registern und den Ausbau von ELGA, der elektronischen Gesundheitsakte. Er wünscht sich, dass diese Themen nicht nur als Verpflichtung erlebt werden, sondern auch als Chance, die Versorgung und Lebensqualität für chronisch

Erkrankte zu verbessern, den Einsatz in der Prävention fördern und den Nutzen und die Vorteile schon im Medizinstudium vermitteln.

Das Gespräch im Mittelpunkt

Die Versorgung von Menschen mit Typ-2-Diabetes steht vor einem bedeutenden Wandel. Priv.-Doz. Dr. Gersina Rega-Kaun, erste Sekretärin der Österreichischen Diabetesgesellschaft (ÖDG) und Leiterin der Diabetesambulanz an der Klinik Ottakring, weiß, was es dazu braucht: „Wir haben inzwischen wirklich gute Projekte laufen. Jetzt geht es darum, alle ins Boot zu holen und gemeinsam umzusetzen, was noch fehlt.“ Im Rahmen des Konzepts zur integrierten Versorgung bei Typ-2-Diabetes mellitus steht das strukturierte, multiprofessionelle Gespräch im Mittelpunkt, das Rega-Kaun auch bei aller Digitalisierung im Mittelpunkt sehen will. „Ziel ist ein abgestuftes, leitlinienkonformes Versorgungssystem mit digitaler Unterstützung, das multiprofessionell orientiert ist, das heißt, von der Hausarztpraxis bis zur Rehabilitation alle Berufsgruppen einbindet.“ Dazu braucht es nach Ansicht der Expertin dringend eine gute Vernetzung, die durch ein gemeinsames elektronisches Leitdokument, das die Kommunikation und Koordination strukturiert und den Datenaustausch über alle Versorgungsstufen hinweg beinhaltet. „Wir wünschen uns auch eine Patient Summary, doch sie muss im Praxisalltag einfach handhabbar sein“, fordert Rega-Kaun und ergänzt: „Die Aufgaben müssen koordiniert werden, denn es braucht unter anderem eine Ernährungsberatung, eine Schulung auf ein Blutzuckermessgerät, Augenkontrollen, am besten alles kombiniert mit einer Erinnerungsfunktion. Das heißt, wir benötigen eine Zusammenschau von Behandlungsplan, Laborparametern und Diabetes-Schulungen sowie modernen Medizinprodukten wie Blutzuckersensoren oder Insulinpumpen – alles abgebildet in einem gemeinsamen Tool mit multidisziplinärem Zugang.“ Rega-Kaun ist überzeugt, dass mit derartigen Angeboten in Echtzeit am Ende eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen, die Entlastung der Spitäler und Spitalsambulanzen und die Senkung der volkswirtschaftlichen Kosten steht. Die Datensicherheit und die Benutzerfreundlichkeit müssen ebenso gegeben sein wie passende Schnittstellen und Standards sowie die Möglichkeit zum Opt-out.

Compliance der Ärztinnen und Ärzte verbessern

Einig sind sich alle Expertinnen und Experten, dass eine Diagnosecodierung die Basis für die Umsetzung all dieser Anforderungen ist. „Die Codierung medizinischer Informationen ist ein entscheidender Schritt auf dem Weg zu einer modernen, digitalen Gesundheitsversorgung. Dabei geht es nicht primär um das Codieren,



SNOMED CT übersetzt medizinische Begriffe in standardisierte, maschinenlesbare Daten – und schafft damit die Grundlage für digitale Versorgungsprozesse.



sondern um strukturiertes, maschinenlesbares Dokumentieren. Nur so können automatisiert Prozesse angestoßen werden, etwa, dass ein integrierter Versorgungsplan bei Diabetes automatisch startet, sobald Begriffe wie ‚Diabetische Nephropathie‘, ‚Diabetes Typ 2‘ oder andere Diabetesformen eingegeben werden“, beschreibt Mag. Dr. Moritz Buchmann, Programm- und Projektmanager bei der ELGA GmbH, den praktischen Zugang. Damit digitale Anwendungen wie Decision-Support-Systeme oder strukturierte Versorgungspläne auf den eingegebenen Daten aufbauen können, müssen die Begriffe klar und eindeutig sein. Der verwendete medizinische Ausdruck muss bereits so viel Information enthalten, dass Maschinen damit weiterarbeiten können, ohne dass Interpretationsspielraum offen bleibt. Für diese Eingabe bietet sich SNOMED CT an, eine standardisierte medizinische Terminologie, die Fachbegriffe in strukturierte Daten umwandelt, die miteinander verknüpft und verarbeitet werden können. „Ärztinnen und Ärzte wollen Suchfunktionen, Freitextfelder, aber auch gängige Jargonbegriffe aus dem medizinischen Alltag eingeben können. Und schließlich muss sichergestellt sein, dass eine strukturierte Dokumentation auch rechtliche und abrechnungstechnische Anforderungen erfüllt“, fasst Buchmann zusammen und gibt Hoffnung, denn: „Dank umfassender Vorarbeiten läuft ein e-Health Codierservice in einer Demoversion. Die Eingabe von Jargonbegriffen ist aufgrund einer Kooperation mit der Med Uni Graz möglich, die hier über Jahre eine umfassende Liste aufgebaut hat. Diese ist verknüpft mit der strukturierten Terminologie SNOMED CT einerseits und der international etablierten ICD-10-Klassifikation

Expertinnen und Experten sind sich einig: Die Codierung muss für Anwender einen konkreten Nutzen bringen, sonst bleibt sie lückenhaft.

V.l.n.r.: Christoph Powondra, Harald Schlögel, Gersina Rega-Kaun, Mona Dür, Bernhard Rupp, Moritz Buchmann.



andererseits. Wichtig war uns auch von Anfang an die Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer; mit der arbeiten wir intensiv an der Fertigstellung der vollständigen Funktionalität. Technisch entwickelt und betrieben wird das e-Health Codierservice vom BMASGPK, es steht den Softwareherstellern kostenfrei zur Integration in die eigene Software zur Verfügung. „Ziel ist es, dass künftig jede Softwarelösung, die strukturierte medizinische Daten erfasst, über eine Schnittstelle zu diesem Codierservice verfügt. Gespräche mit der Softwareindustrie zur Integration und Implementierung laufen derzeit. In Kürze werden wir auch eine Implementierungsempfehlung herausgeben“, so Buchmann. Damit wird in Zukunft eine strukturierte Diagnosecodierung in ELGA möglich, Disease-Management-Programme starten bei Eingabe bestimmter Keywords automatisch und die Daten bilden die Grundlage für eine automatisierte Patient Summary. Er nimmt auch die Angst vor dem Aufwand aufseiten der Behandelnden: „Niemand muss SNOMED-CT lernen, es ist intuitiv bedienbar, es bietet Zugang zu über 350.000 Begriffen, in einem Drop-down-Menü ist ein Häufigkeitstracking eingebaut, das Suchergebnisse nach praktischer Relevanz reiht.“

Pflicht, Chance und Zukunftsaufgabe

Der Allgemeinmediziner Dr. Christoph Powondra, Präsidiumsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) und Vorstandsmitglied der Austrian Primary Care Association (APCA), arbeitet an dem e-Health Codierservice mit und setzt sich ebenfalls für eine strukturierte Diagnosedokumentation ein. „Die Verpflichtung

sollte nicht nur als bürokratischer Mehraufwand verstanden werden. Ganz im Gegenteil: Wer in einer Primärversorgungseinheit arbeitet, weiß, wie essenziell gute Dokumentation im Alltag ist – nicht für die Statistik, sondern für den Behandlungserfolg und die Zusammenarbeit im multidisziplinären Setting“, so der Mediziner. Kontinuität, Qualität und Sicherheit sind für ihn der Mehrwert, den strukturierte, interoperable Daten tatsächlich bringen. Er bricht ebenfalls eine Lanze für SNOMED CT: „Das ist mehr als nur ein Diagnosekatalog, es ist eine medizinische Ontologie, mit der auch der gesamte österreichische Leistungskatalog abgebildet werden könnte. Mit der SNOMED-Referenzterminologie können bereits jetzt eine Vielzahl medizinischer Inhalte praxisnah und zukunftsorientiert dargestellt werden.“

In der abschließenden Podiumsdiskussion, die von Priv.-Doz. Prof. (FH) Mona Dür, PhD, MSc. moderiert wurde, zeigt sich auch Dr. Harald Schlögel, Präsident der Ärztinnen- und Ärztekammer für Niederösterreich und erster Vizepräsident der österreichischen Ärztekammer, von der Idee überzeugt und ergänzt: „Der Einsatz von künstlicher Intelligenz in der Codierung wird künftig zunehmen. Wir verfügen über Gesundheitsdaten in einem riesigen Ausmaß, die bisher jedoch nur zu einem geringen Teil genutzt werden. Aus diesem Datenschatz müssen wir etwas machen.“ Er wünscht sich abschließend, dass in den Dokumentationssystemen auch Feedbackschleifen eingebaut sind: „Nur wenn Behandler auch rückgemeldet bekommen, welchen Beitrag sie tatsächlich zur Verbesserung der Versorgung leisten und welchen Erfolg ihre Arbeit hat, wird der Mehrwert als Chance erkannt werden.“ **P**



PORTFOLIO

Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil der Unternehmensentwicklung

In aktuellen Arbeitswelten gewinnt das Thema Mitarbeitergesundheit an Bedeutung. Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) unterstützt Unternehmen dabei, strukturierte und nachhaltige Prozesse zu etablieren, die sich mit dem Wohlbefinden der Belegschaft befassen. Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) stellt mit dem BGF-Gütesiegel ein Instrument bereit, um entsprechende Prozesse sichtbar zu machen. **ZIEL IST ES, ARBEITSBEDINGUNGEN ZU VERBESSERN UND GESUNDHEITLICHE BELASTUNGEN ZU REDUZIEREN.** | von Karl Innauer

Die PERI Group, ein Unternehmensverbund im Gesundheitskommunikationssektor, nahm an diesem Prozess teil. Am 12. März 2025 wurde die Organisation gemeinsam mit weiteren Wiener Betrieben mit dem BGF-Gütesiegel ausgezeichnet. Die Verleihung durch die ÖGK versteht sich als Bestätigung dafür, dass strukturierte Gesundheitsmaßnahmen initiiert und dokumentiert wurden. Damit reiht sich die PERI Group in eine Vielzahl von Unternehmen ein, die diesen Weg beschreiten. Der formalisierte Charakter des BGF-Prozesses, die externe Begleitung sowie die Anbindung an bestehende Netzwerke ermöglichen eine systematische Herangehensweise.

Projektbeginn und Einbindung

Im Februar 2023 wurde in der PERISKOP-Ausgabe über die Entscheidung der PERI Group berichtet, sich am BGF-Programm der ÖGK zu beteiligen. Der Auslöser für diesen Schritt lag unter anderem in den betrieblichen Erfahrungen während der COVID-19-Pandemie. Themen wie psychische Belastung, Arbeitsorganisation im Homeoffice sowie die generelle Sicherstellung arbeitsbezogener Gesundheitsressourcen traten verstärkt in den Vordergrund.

In diesem Zusammenhang wurde erkannt, dass der Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen eine Ergänzung zu bestehenden Maßnahmen darstellen kann.

Die PERI Group beschäftigt rund 35 Mitarbeitende an ihrem Standort in Wien. Im Rahmen der BGF-Teilnahme wurden verschiedene Strukturen analysiert. Ziel war es, Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag systematisch zu identifizieren und darauf aufbauend Maßnahmen zu entwickeln. Die Projektarchitektur folgte dabei den fünf Phasen der BGF-Systematik: Vorbereitungs-, Diagnose-, Planungs-, Umsetzungs- und Evaluationsphase. Diese Vorgehensweise wird von der ÖGK standardisiert begleitet und ermöglicht vergleichbare Prozesse in sehr unterschiedlichen Organisationen.

Analyse- und Planungsphasen

In der Anfangsphase wurden Verantwortlichkeiten definiert sowie ein Steuerungsteam eingerichtet. Anschließend wurde eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Diese umfasste Themen wie Arbeitszufriedenheit, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Stresswahrnehmung sowie das soziale Klima. Weitere Aspekte betrafen etwa die Arbeitsplatzgestaltung und interne Kommunikationsstrukturen. Die Datenerhe-

bung erfolgte anonymisiert und wurde durch die ÖGK begleitet. Auf Grundlage der Auswertung fanden Gesundheitszirkel statt. In diesen konnten Mitarbeitende eigene Beobachtungen einbringen und Themen zur Diskussion stellen. Die Ergebnisse wurden protokolliert und in die Maßnahmenplanung überführt. Die Partizipation der Mitarbeitenden war fester Bestandteil des Gesamtprozesses. Die gewonnenen Erkenntnisse flossen in einen Katalog von Handlungsempfehlungen ein, der anschließend durch das Steuerungsteam priorisiert wurde.

Umsetzungsphase: Maßnahmen im Betrieb

Im Rahmen des Projekts wurden den Mitarbeitenden verschiedene gesundheitsbezogene Kursangebote zur Verfügung gestellt. Diese konnten individuell ausgewählt und ohne Kostenaufwand besucht werden. Die Inhalte reichten von Bewegungseinheiten über mentale Gesundheitsförderung bis hin zu Vorträgen zu ergonomischem Arbeiten. Die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis. Rückmeldungen wurden dokumentiert und in regelmäßigen Projektbesprechungen ausgewertet. Ein weiterer Schwerpunkt der Umsetzungsphase lag auf der Verbesserung der internen Kommunikation. Informationsflüsse wurden

Am 12. März 2025 erhielten 52 Wiener Unternehmen im Rahmen einer ÖGK-Veranstaltung das BGF-Gütesiegel – ein sichtbares Zeichen für nachhaltige betriebliche Gesundheitsstrategien.



XXXX

© ÖGK



überprüft und angepasst, unter anderem durch regelmäßige Updates im Intranet und einen neu konzipierten internen Newsletter. Auch gesundheitspezifische Informationen wurden auf einer zentralen Plattform zusammengeführt. Im Verlauf der Umsetzung wurden verschiedene Kommunikationskanäle auf ihre Reichweite und Funktionalität hin überprüft.

Parallel zur inhaltlichen Projektumsetzung wurde auch die Arbeitsumgebung angepasst. Der neue Büroraum wurde mit ergonomischen Sesseln, höhenverstellbaren Tischen und Tageslichtlampen ausgestattet. Eine vollständig eingerichtete Küche steht den Mitarbeitenden zur Verfügung und wird regelmäßig genutzt. Diese strukturellen Veränderungen sollen die Rahmenbedingungen für gesundheitsbewusstes Arbeiten weiter verbessern. Auch das Angebot für kurze Bewegungspausen oder ruhige Rückzugsorte wurde thematisiert, teilweise teilweise eingeführt und zur weiteren Beobachtung freigegeben.

Erste Ergebnisse und Beobachtungen

Im Verlauf des Projekts wurden einzelne Ergebnisse dokumentiert, etwa zur Beteiligung an Maßnahmen oder zu Feedbackrückmeldungen. Mitarbeitende bewerteten einige neue Angebote als hilfreich, insbesondere in den Bereichen Bewegung und mentale Gesundheit. Auch eine verstärkte interne Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen wurde beobachtet. Die Resonanz zeigte sich auch in der Nachfrage nach wiederkehrenden Formaten.

Im weiteren Projektverlauf wurde das Thema Gesundheit in regelmäßigen internen Gesprächen und Reflexionsrunden weiter aufgegriffen. Rückmeldungen aus der Belegschaft zeigten, dass das Angebot an Maßnahmen als relevant wahrgenommen wurde. Auch in internen Feedbackformaten wurde das Thema kontinuierlich eingebracht. Diese Informationen dienen als Grundlage für die Weiterentwicklung bestehender Angebote.

BGF-Gütesiegelverleihung 2025

„Gesundheit ist ein entscheidender Faktor für die Arbeitsfähigkeit und Zufriedenheit unserer Mitarbeitenden. Die Beteiligung am BGF-Prozess hat uns ermöglicht, diesen Aspekt noch strukturierter in unsere Arbeitswelt zu integrieren“, so ein Statement der Geschäftsführung der PERI Group. „Der Austausch mit der ÖGK und der partizipative Ansatz haben hilfreiche Impulse gesetzt.“

Mag. Peter McDonald, Generaldirektor der Österreichischen Gesundheitskasse, betonte bei



Die PERI Group wurde mit dem BGF-Gütesiegel für ihr Engagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung ausgezeichnet und setzt damit auf nachhaltige Strukturen im Arbeitsalltag.

der Verleihung: „Die ausgezeichneten Unternehmen zeigen, dass Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt konkret und wirksam umgesetzt werden kann. Das Gütesiegel steht für Qualität, Partizipation und Nachhaltigkeit.“

Im März 2025 wurde die PERI Group gemeinsam mit 51 weiteren Wiener Unternehmen mit dem BGF-Gütesiegel ausgezeichnet. Die Veranstaltung der ÖGK diente als öffentliche Anerkennung für die Umsetzung eines dokumentierten BGF-Prozesses. Neben der PERI Group erhielten unter anderem die APA, Siemens Mobility Austria, die FH Campus Wien und der Fonds Soziales Wien diese Auszeichnung. Die Verleihung ist auf drei Jahre befristet und verpflichtet die ausgezeichneten Unternehmen zur Weiterführung ihrer Maßnahmen. Die PERI Group sieht darin eine Möglichkeit zur Verstetigung begonnener Prozesse und zur kritischen Reflexion bisheriger Ergebnisse. Die Veranstaltung bot zudem Raum für Austausch mit anderen Unternehmen und Einblicke in unterschiedliche Herangehensweisen an das Thema Gesundheit im Betrieb.

Weiterführung und Ausblick

Die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung in der PERI Group umfasst nicht nur neue Maßnahmen, sondern auch strukturelle Überlegungen. Beispielsweise soll geprüft werden, inwieweit sich Gesundheitsaspekte dauerhaft in Regelprozesse wie Onboarding, Mitarbeitergespräche oder Projektplanung integrieren lassen. Dadurch könnte das Thema stärker in den betrieblichen Alltag eingebettet werden. Zudem ist eine verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Organisationen vorgesehen, etwa durch Netzwerktreffen mit anderen Gütesiegelträgern oder gemeinsame Veranstaltungen. Solche Kooperationen ermöglichen einen Perspektivwechsel und unterstützen den Wissenstransfer über Branchen hinweg.

Langfristig verfolgt die PERI Group das Ziel, durch wiederkehrende Datenerhebungen – wie etwa Folgebefragungen – die Wirkung der gesetzten Maßnahmen messbar zu machen. So sollen Erfolge nachvollziehbar und Verbesserungsbedarfe frühzeitig erkannt werden. Auch qualitative Methoden, wie moderierte Fokusgruppen, könnten in Zukunft zur Anwendung kommen.

Ein besonderes Augenmerk liegt darüber hinaus auf der Frage, wie sich individuelle Gesundheitskompetenz fördern lässt. Erste Überlegungen gehen dahin, Online-Module zu Themen wie Schlaf, Ernährung, mentale Fitness oder Medienkonsum anzubieten. In Kombination mit persönlichen Gesprächen könnten so verschiedene Lernzugänge geschaffen werden. Mit diesen Schritten verfolgt die PERI Group eine kontinuierliche Weiterentwicklung ihrer betrieblichen Gesundheitsstrategie. Der BGF-Prozess wird damit nicht als abgeschlossen, sondern als dynamischer Lernprozess verstanden, der mit neuen Impulsen und Rückmeldungen immer wieder angepasst wird.

Nach der Gütesiegelverleihung plant die PERI Group, bestehende Gesundheitsmaßnahmen zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen. Weitere geplante Schritte beinhalten die stärkere Einbindung digitaler Tools sowie Kooperationen mit externen Fachpersonen für fachlich fundierte Inhalte. Die Integration von Gesundheitsförderung in bestehende Abläufe wird dabei als kontinuierlicher Prozess verstanden.

Im Vordergrund steht die Absicht, Gesundheit dauerhaft als Querschnittsthema im Unternehmen zu behandeln. Die Erfahrungen aus dem bisherigen Projektverlauf sollen dabei als Grundlage für künftige Weiterentwicklungen dienen. Darüber hinaus wird geprüft, inwieweit gesundheitsrelevante Aspekte in die Führungskräfteentwicklung und strategische Unternehmensplanung einbezogen werden können. **P**





PORTFOLIO

Patientenrechte

Wer hilft, wenn keiner zuständig ist?

Wenn das Gesundheitssystem Menschen im Kreis schickt und keiner die Verantwortung übernimmt, laufen Patientenrechte ins Leere. In einem PRAEVENIRE Gipfelgespräch diskutierten **EXPERTINNEN UND EXPERTEN AUS MEDIZIN UND RECHT ÜBER STRUKTURELLE UNTÄTIGKEIT, JURISTISCHE SACKGASSEN** und die stille Wut der betroffenen Menschen. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Es beginnt oft harmlos: mit Schmerzen im Knie, einem unklaren Befund oder der Empfehlung zur MRT-Untersuchung. Doch manchmal steht rasch ein ernster Verdacht im Raum – etwa auf eine Tumorerkrankung. Der Weg durch das österreichische Gesundheitssystem führt dann nicht selten über Wartelisten, widersprüchliche Auskünfte und formale Ablehnungen – von einer Türe zur nächsten, so der Tenor des PRAEVENIRE Gipfelgesprächs. Erkrankte Menschen, die eigentlich rasch Hilfe brauchen, irren durch ein Labyrinth. Zuständigkeiten verschwimmen, Verantwortung wird weitergereicht. Viele wissen am Ende nicht, woran sie gescheitert sind: Wer war eigentlich zuständig? Welche Fristen galten? Was wurde zugesagt – und warum nicht eingehalten? Diese alltägliche Realität stand im Zentrum eines intensiven gesundheitspolitischen Dialogs – mit einem besorgniserregenden Ergebnis. Denn: Solange Menschen aufgeben, weil sie keine Informationen und keine Stimme haben, bleibt alles beim Alten. Die Gesprächsteilnehmer waren sich jedenfalls einig: Es braucht keine Heldentaten – aber es braucht den Mut, den eigenen „Fall“ ernst zu nehmen, Fragen zu stellen, Missstände zu dokumentieren und, wenn nötig, auch rechtlich dagegen vorzugehen.

Wenn das eigene Bundesland versagt

Im Fokus stand vor allem die Situation in Niederösterreich. Das Bundesland hat in den vergangenen Jahren zunehmend Schwierigkeiten, die eigene Bevölkerung stationär medizinisch

zu versorgen. 2022 wurden über 18 Prozent der Patientinnen und Patienten aus Niederösterreich in Wien behandelt – der höchste Wert im Bundesvergleich. Konkret heißt das: Menschen müssen in andere Bundesländer ausweichen, in der Hoffnung, dort schneller oder überhaupt behandelt zu werden. Wien gerät dadurch unter Druck, während sich Niederösterreich auf die föderale Komplexität beruft. Die entscheidende Frage bleibt jedoch unbeantwortet: Wer übernimmt die Verantwortung, wenn Patientinnen und Patienten nicht rechtzeitig versorgt werden?

Die große Leerstelle: Recht auf Versorgung

Das österreichische Gesundheitssystem kennt keine gesetzlich verbindliche Garantie auf Behandlung innerhalb eines festgelegten Zeitrahmens. Zwar ist im ASVG (§ 131) ein Versorgungsauftrag verankert, dieser bleibt jedoch unkonkret und enthält – mit Ausnahme von „Akutfällen“ – keine verbindlichen Fristen. Der Oberste Gerichtshof (OGH) versuchte kürzlich, etwas Klarheit zu schaffen (Urteil vom 18.03.2025, GZ 10 ObS 101/24m): Wird eine medizinisch notwendige Leistung – etwa eine MRT – nicht innerhalb der in der 7. Zusatzvereinbarung festgelegten Fristen erbracht, besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Kostenerstattung. Allerdings nur, wenn es sich um einen „Akutfall“ handelt. Und genau dieser ist oft schwer zu definieren, denn viele Erkrankungen werden erst im späteren Verlauf als akut eingestuft. Diese Perspektive benachteiligt insbesondere chronisch kranke sowie onkologische



Wenn Zuständigkeiten verschwimmen und niemand Verantwortung übernimmt, bleiben Patientinnen und Patienten oft auf der Strecke – ein zentrales Thema beim PRAEVENIRE Gipfelgespräch.

Patientinnen und Patienten. Wer spät diagnostiziert wird, erhält oft keine Entschädigung – selbst wenn der gesundheitliche Schaden längst eingetreten ist.

Wartezeiten-Drama: Ein blinder Fleck

Wie viele Menschen in Österreich durch überlange Wartezeiten gesundheitliche Schäden erleiden, weiß niemand genau – denn Wartezeiten werden nicht systematisch erfasst. Es gibt keine verlässlichen Daten, keine flächendeckende Transparenz. Ein Blick nach Dänemark zeigt, wie es anders gehen könnte: Dort darf niemand länger als 30 Tage auf eine geplante Behandlung warten. Wird diese Frist überschritten, können Patientinnen und Patienten auf ein privates oder ausländisches Angebot ausweichen – auf Kosten des Staates. In Österreich gibt es kein vergleichbares System. Es fehlen verbindliche Zeitgarantien ebenso wie einheitliche Definitionen für Begriffe wie „dringlich“, „planbar“ oder „verzichtbar“. Selbst in der Onkologie werden notwendige Behandlungen regelmäßig verschoben – es sei denn, ein akuter Notfall liegt vor. Das führt dazu, dass beispielsweise eine Patientin mit Tumorverdacht wochenlang auf einen Untersuchungstermin warten muss, während sich die Krankheit ungehindert weiterentwickelt. Nicht selten werden Behandlungen wie eine Prothese zunächst zugesagt – und schließlich doch nicht umgesetzt. Das ist kein Einzelfall, sondern Ausdruck eines strukturellen Problems, wie im Gipfelgespräch deutlich wurde.





Politischer Blindflug

Warum nichts passiert? Weil die gesundheitspolitischen Steuerungsinstrumente nicht greifen. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne (RSG) sind politisch ausgehandelte Empfehlungen, aber keine rechtlich verbindlichen Vorgaben. Wird ein Krankenhaus geschlossen, eine Leistung reduziert oder eine Versorgung ausgelagert, geschieht das oft ohne transparente Bedarfsanalyse, wie in der Diskussion aufgezeigt wurde. Früher enthielt der ÖSG beispielsweise konkrete Personalstandards – heute fehlen diese Angaben. Auch die Qualität der Versorgungsergebnisse ist kaum nachvollziehbar. Das System kontrolliert sich weitgehend selbst, niemand möchte verantwortlich sein.

Wer sich wehrt, verliert (meist)

Rein rechtlich könnten Patientinnen und Patienten Verfahren anstrengen – Krankenanstalten klagen, gegen Sozialversicherungsträger vorgehen, oder sogar gegen das eigene Bundesland. In der Praxis aber ist das ein Hürdenlauf mit ungewissem Ausgang und hohem Kostenrisiko. Wer klagen will, braucht Mut, finanzielle Mittel, rechtliche Unterstützung – und medizinische Gutachten. Viele scheitern nicht an der Sache selbst, sondern am System. Und: Ein Großteil der Betroffenen weiß gar nicht, dass sie überhaupt Rechte hätten. Gibt es etwa ein Recht auf eine Prothese innerhalb eines Monats? Auf ein CT binnen zwei Wochen? Auf eine stationäre Aufnahme, wenn das Spital im Heimatbezirk überlastet ist? Die Antwort lautet oft: Es kommt darauf an. Genau darin liegt das Problem.

Fehlende Standards

Ein weiterer blinder Fleck: Es fehlen klar definierte medizinische Zeitfenster, innerhalb derer eine bestimmte Diagnose oder Behandlung spätestens erfolgen muss. Dabei wäre es machbar, wie sich im Gespräch abzeichnete. Fachgesellschaften könnten etwa festlegen, dass eine Tumorerkrankungsdiagnose binnen 14 Tagen mit einer Bildgebung abgeklärt werden soll. Doch viele zögern – aus Sorge vor juristischen Folgen. Denn wenn Fristen offiziell definiert sind, könnten daraus haftungsrechtliche Konsequenzen entstehen, wenn sie nicht eingehalten werden. Ohne solche Standards bleibt alles im luftleeren Raum. Juristinnen und Juristen können eine Behandlungsverzögerung nicht als

Expertinnen und Experten diskutierten über notwendige Reformen und forderten klare Regeln, transparente Daten – und Mut zur Veränderung.

Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet (in alphabetischer Reihenfolge)

- Gisela Ernst
- Richard Greil



„medizinisch unvertretbar“ einordnen, wenn es keinen definierten Maßstab gibt. Deshalb braucht es dringend klare fachliche Vorgaben zu maximalen Wartezeiten, eine gut organisierte Versorgungsmatrix und eine rechtlich eindeutige Definition, ab wann eine Verzögerung nicht mehr akzeptabel ist.

Von Lösungen, die zum Greifen nah wären

Die Liste möglicher Maßnahmen ist lang – und keineswegs unrealistisch, wie sich im Gipfelgespräch an konkreten Vorschlägen zeigte:

- Gesetzliche Wartezeitgrenzen mit Beweislastumkehr
- Patientenmobilität, wenn die eigene Region nicht versorgt (analog zur 7. Zusatzvereinbarung)
- Zentrale Plattformen für Terminmanagement (etwa nach dem skandinavischen Modell „1177.se“ aus Schweden)
- Bonussysteme für Einrichtungen, die unter den Wartezeitgrenzen bleiben
- Dokumentationspflichten für verweigerte oder verzögerte Leistungen
- Unabhängige Ombudsstellen
- Regelmäßige parlamentarische Berichte zur Versorgungslage
- Rechtsschutz durch die AK oder Rechtsanwaltskanzleien für strategische Musterklagen

Die strukturellen Voraussetzungen für eine Übertragbarkeit des skandinavischen Modells sind vorhanden – auch wenn föderale Hürden bestehen. Die zentrale Frage ist längst nicht mehr, ob es möglich wäre, sondern warum es noch immer nicht umgesetzt ist.

Der Patient als Störfaktor?

Eine der ernüchterndsten Erkenntnisse: Häufig entsteht der Eindruck, Patientinnen und Patienten seien selbst das Problem – zu fordernd, zu häufig beim Arzt, mit zu wenig Respekt vor dem System. Doch die Realität zeigt: So einfach ist es nicht immer. Viele, die dringend medizinische Hilfe brauchen, scheitern schon beim Zugang. Hausärztinnen und Hausärzte agieren nach Einschätzung der Diskussionsteilnehmenden oft zurückhaltend oder sind mit der Rechtslage nicht vertraut. Fachärztinnen und Fachärzte sind ausgelastet und müssen wirtschaftlich arbeiten. Spitäler können nicht alle aufnehmen – und verweisen weiter. Zurück bleiben die Schwächsten: Ältere Menschen, Personen mit wenig Geld

oder ohne ausreichende Sprachkenntnisse. Dem gegenüber stehen rund 51.000 „aktive“ Ärztinnen und Ärzte in Österreich – mehr denn je. Doch wie viele davon tatsächlich patientennahe Leistungen erbringen, ist unklar. Der Begriff „aktiv“ ist irreführend: Ein Wohnsitzarzt muss keine einzige Behandlung durchführen – wird in der Statistik aber dennoch mitgezählt.

Aufruf zur Courage

Am Ende steht ein klarer Appell: Demokratie im Gesundheitswesen braucht Mut. Patientinnen und Patienten müssen ihre Rechte kennen – und den Schritt wagen, sie auch einzufordern, so der klare Tenor der Diskussion. Doch sie dürfen damit nicht allein gelassen werden. Juristinnen und Juristen, Sozialversicherungsträger, Volksanwältinnen und Volksanwälte sowie Ärztinnen und Ärzte sind gefordert, sie dabei zu unterstützen. Es braucht Menschen, die bereit sind, das System zu hinterfragen – und es dadurch in Bewegung zu bringen.

Verantwortung beginnt nicht in Verhandlungsräumen, sondern dort, wo Hilfe konkret gebraucht wird: an der Rezeption, im Wartezimmer, in einer unbeantworteten E-Mail.

Veränderung entsteht, wenn Missstände offen angesprochen werden. Wenn Patientinnen und Patienten im System hin- und hergeschoben werden, ohne dass sich jemand verantwortlich fühlt, verlieren ihre Rechte an Bedeutung.

Zentrale Forderungen des Gipfelgesprächs:

- Patientenvertreterinnen und -vertreter stärken: durch ausreichende Ressourcen, Sichtbarkeit in den Medien und rechtliche Rückendeckung
- Politischen Druck erhöhen: mit parlamentarischen Anfragen, fundierten Berichten und gezielten medialen Kampagnen
- Daten sichtbar machen: zu Wartezeiten, Ablehnungsquoten und regionalen Versorgungsdefiziten
- Strategisch klagen: mit Rechtsschutz, juristischer Begleitung und öffentlicher Aufmerksamkeit
- Fachgesellschaften ermutigen, verbindliche Standards zu formulieren und transparente Zeitlinien zu veröffentlichen
- Volksanwaltschaft aktivieren: als unabhängige Instanz für mehr Gerechtigkeit im Gesundheitssystem **P**

Diskussionsteilnehmende (in alphabetischer Reihenfolge):

Dr. Gisela ERNST | Postdoctoral Researcher, Universität Wien, Rechtsanwaltsanwältin bei Haslinger / Nagele Rechtsanwälte GmbH

Mag. Dr. Wilhelm FRANK | Geschäftsführer Gesundheitssystemberatung GmbH

Univ.-Prof. Dr. Richard GREIL | ehem. Vorstand der III. Medizin am Uniklinikum Salzburg

DI Dr. Franz LEISCH | Chief Digital Officer bei PRAEVENIRE

Dr. Karin PRUTSCH-LANG | Rechtsanwältin bei Prutsch-Lang & Damitner Rechtsanwälte OG

Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard RUPP, MBA | Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich

Angelika WIDHALM | Präsidentin Bundesverband der Selbsthilfe Österreich (BVSHOE)

SAVE THE DATE

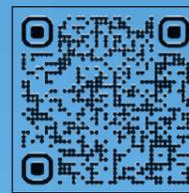


5. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH am Fuße der Rax 2025

  www.praevenire.at



Programm und
Anmeldung:



24.-25. JUNI 2025

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

Wir freuen uns, wenn Sie sich den Termin vormerken.

Weitere Informationen unter: umsetzen@praevenire.at

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

••• FÖRDERVEREIN
Kinder- und
Jugendlichenrehabilitation
in Österreich



Diabetes: integrierte Versorgung und digitale Unterstützung erforderlich

Prognosen der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) gehen davon aus, dass **BIS 2030 MEHR ALS EINE MILLION MENSCHEN IN ÖSTERREICH VON DIABETES BETROFFEN** sein könnten. Die Behandlung und die damit verbundenen Folgeerkrankungen verursachen nicht nur persönliches Leid, sondern auch hohe Kosten im Gesundheitssystem. Verbesserte Versorgungsstrukturen könnten die Zahlen nachhaltig reduzieren. | von Michaela Meier

Mit rund 800.000 Betroffenen stellt Diabetes mellitus Typ 2 eine der größten chronischen Erkrankungen in Österreich dar. Doch das sind nur Schätzungen, denn es in Österreich immer noch an belastbaren, systematisch erhobenen epidemiologischen Daten. „Wir wissen zu wenig über das tatsächliche Ausmaß der Betroffenen und damit über die Versorgungslücken und die Wirkung bestehender Maßnahmen“, sagt Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching, Präsident der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG), im Rahmen der PRAEVENIRE Jahres-Presskonferenz 2025 in Wien. Eine standardisierte Diagnosencodierung im niedergelassenen Bereich ist für ihn einer von vielen zentralen Hebeln, um evidenzbasierte Versorgungsstrukturen aufzubauen und langfristig Gesundheitsziele zu erreichen. Das bestehende Disease-Management-Programm (DMP) „Therapie aktiv“ erreicht bislang nur etwa 130.000 Personen und damit gerade einmal einen Bruchteil der tatsächlich vermuteten Zielgruppe. Die ÖDG fordert deshalb eine grundsätzliche Neuausrichtung in Richtung eines modernen „DMP 2.0“, das als flächendeckendes Opt-out-Modell etabliert werden soll – alle diagnostizierten Personen werden automatisch eingebunden, können aber aktiv widersprechen. „Ziel ist eine niederschwellige, kontinuierliche Begleitung und Schulung, um Folgeerkrankungen zu vermeiden, die Lebensqualität zu erhöhen und das Gesundheitssystem langfristig zu entlasten“, so Fasching.

Wir brauchen ein modernes Diabetesregister, um Versorgungslücken zu erkennen und gezielt handeln zu können.

Peter Fasching

Diabetesregister für mehr Transparenz

Nach Angaben im Internationalen Diabetes-Föderationsatlas sind etwa 6,3 bis 6,4 Prozent der österreichischen Bevölkerung von Diabetes Typ 1 und Typ 2 betroffen – doch wer diese Zahlen und auf welcher Grundlage dort einmeldet, ist selbst für den Experten offen. Ein Versuch der ÖDG, mit der Gesundheit Österreich (GÖG) anhand der über die Sozialversicherung erfassten Diabetesmedikationen zu errechnen, wie hoch der Versorgungsbedarf in Österreich wäre, zeigt trübe Aussichten: Die Dunkelziffer scheint weit aus höher, da viele Fälle oft lange Zeit unerkannt bleiben. Weitere Berechnungen gehen von 12.000 Diabetes-bezogenen Todesfällen pro Jahr aus, die Gesundheitsausgaben sollen bei 5.025 Euro pro Person liegen – auch hier sind die Berechnungsgrundlagen jedoch weitgehend intransparent. Die Betrachtung von Komplikationen und Todesfällen bei Menschen mit Diabetes zeigt, dass nicht nur der Typ-2-Diabetes eine bedeutende Rolle spielt, obwohl dieser aufgrund seiner



Integrierte Versorgung, digitale Dokumentation und frühe Prävention: Ein modernes Diabetes-Management ist entscheidend, um dem Anstieg chronischer Erkrankungen in Österreich wirksam zu begegnen.

Häufigkeit zahlenmäßig dominiert. Auch der Typ-1-Diabetes, der insbesondere im Jugend- und jungen Erwachsenenalter auftritt, ist mit schweren Komplikationen verbunden. Im Laufe des Lebensalters nimmt das Risiko für Folgeerkrankungen bei beiden Diabetesformen zu. Ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus Typ 1 ist mit koronaren Herzerkrankungen, Niereninsuffizienz und einer erhöhten Sterblichkeit assoziiert. Ein österreichisches Diabetesregister würde nach Ansicht Faschings aus mehreren Gründen benötigt: zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Diabetes und zur besseren Steuerung des Gesundheitssystems. Ein nationales Register liefert systematisch Daten zu Diagnose, Therapie und Krankheitsverlauf. Damit können Versorgungslücken erkannt und gezielt Maßnahmen ergriffen werden, um die Behandlungsqualität zu verbessern – zum Beispiel durch strukturierte Nachsorge, rechtzeitige Komplikationsprophylaxe und individuelle Therapieanpassung. Ein Register schafft außerdem Transparenz über die Häufigkeit und regionale Verteilung von Typ-1- und Typ-2-Diabetes, Risikogruppen und Komorbiditäten sowie Langzeitverläufe und Spätfolgen. „Diese Daten sind essenziell, um gezielte Public-Health-Strategien zu entwickeln und Präventionsmaßnahmen dort zu setzen, wo sie am meisten Wirkung zeigen“, so Fasching. Mithilfe eines Registers können Personen mit erhöhtem Risiko früh identifiziert werden – etwa durch auffällige Laborwerte oder familiäre Vorbelastung. So lassen sich gezielt Präventionsprogramme initiieren, etwa Lebensstilinterventionen oder gezielte Aufklärung. Schließlich bietet ein Diabetesregister eine wertvolle Datenbasis für klinische Forschung, Versorgungsforschung und Innovation – etwa zur Entwicklung neuer Medikamente, neuer Medizinprodukte oder Versorgungspfade, sodass es am Ende objektive Grundlagen für quali-

tätsgesicherte Versorgung und evidenzbasierte Steuerung gibt.

Elektronischer Diabetespass als Dreh- und Angelpunkt

Kernstück dieser Neuausrichtung ist ein elektronischer Diabetespass, eingebettet in die elektronische Patientenakte ELGA. Nach dem Vorbild des elektronischen Impfpasses sollen hier nicht nur medizinische Befunde und Kontrolltermine dokumentiert werden, sondern auch an Versorgungsziele erinnert, Patientinnen und Patienten aktiv eingebunden und strukturierte Behandlungsverläufe möglich werden. Überweisungen, oder Medikationspläne könnten ebenfalls digital integriert werden.

Die ÖDG skizziert ein abgestuftes, ELGA-basiertes Versorgungsmodell mit drei Ebenen: der Primärversorgung zur Erstdiagnose, allgemeinen Betreuung und Lebensstilberatung, gefolgt von einer fachärztlichen Versorgungsebene, die Diabetes-spezifische Leistungen wie Einschulung auf Insulinpens oder -pumpen, Glukosesensoren und diätologische Beratung übernehmen kann. Die dritte Ebene sind Spezialambulanzen in Spitälern für komplexere Fälle oder stationäre Therapien. Eine durchgängige digitale Fallführung mit „Live“-Einblick in ELGA soll die Versorgung koordinieren, die Kommunikation zwischen Berufsgruppen verbessern und eine individuelle Patientensteuerung ermöglichen. Besonderes Augenmerk liegt auf der Stärkung der Gesundheitskompetenz unterstützt durch strukturierte Schulungsangebote im extramuralen Bereich.

Politischer Auftrag zur Umsetzung

Mit den verbesserten Behandlungsmöglichkeiten steigt die Lebenserwartung von Menschen mit Typ-1-Diabetes. Dennoch müssen Begleiterkrankungen weiterhin im Fokus der medizinischen Betreuung stehen. Neben den klassischen kardiovaskulären und renalen Komplikationen gewinnt auch die Adipositas zunehmend an Bedeutung. Insbesondere in den USA hat sich in den letzten Jahren das Phänomen des „Double Diabetes“ verbreitet: Menschen mit primärem Typ-1-Diabetes entwickeln aufgrund von Übergewicht zusätzlich Merkmale eines Typ-2-Diabetes, was die Behandlung weiter erschwert. Die Fortschritte in der Diabetesbehandlung haben insgesamt die Prognose erheblich verbessern können. Dennoch bleibt eine umfassende Betreuung essenziell, um sowohl Stoffwechselkomplikationen als auch Begleiterkrankungen effektiv zu managen. Die im Regierungsprogramm enthaltenen Ziele – von der Digitalisierung über die Stärkung multiprofessioneller Teams bis zur Entwicklung von Fachzentren – sieht Fasching als klare Legitimation, die integrierte Diabetesversorgung nun als gesundheitspolitisches Leuchtturmprojekt umzusetzen. Dabei müssten auch neue Honorierungsmodelle für die fachärztliche Versorgung geschaffen werden, um die Attraktivität im Kassenbereich zu steigern und die Versorgung flächendeckend sicherzustellen. 





PRÄGNANT

Bessere Lebensqualität bei Lungenkrebs

LUNGENKREBS MUSS NICHT AUTOMATISCH MIT EINEM VERLUST AN LEBENSQUALITÄT EINHERGEHEN. Die medizinischen Möglichkeiten sind vorhanden, nun liegt es an der Struktur des Gesundheitssystems, diese auch flächendeckend für Betroffene zur Verfügung zu stellen. | von Paul Schnell

Trotz beachtlicher medizinischer Fortschritte bleibt das Lungenkarzinom derzeit eine der am spätesten behandelten Krebsformen. Ein PRAEVENIRE Gipfelgespräch rückte kürzlich jene Dimension in den Vordergrund, die für Betroffene besonders zentral ist: die Lebensqualität. Expertinnen und Experten aus Medizin, Psychologie, Pflege und der Patientenvertretung diskutierten über Herausforderungen und Chancen einer besseren Versorgung und damit auch der Hebung der individuellen Lebensqualität.

Früherkennung entscheidet auch über Lebensqualität

In Österreich sterben jährlich rund 4.500 Menschen an Lungenkrebs, eine Zahl, die in etwa jener der Neuerkrankungen im selben Zeitraum entspricht. Die Ursache dieser schlechten Prognose liegt im Wesentlichen in der späten Diagnose: Ein Großteil der Betroffenen wird erst bei behandelnden Ärztinnen und Ärzten vorstellig, wenn sich die Erkrankung bereits in einem fortgeschrittenen Stadium – den sogenannten Stadien III und IV – befindet. Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour, Vorstand der Abteilung für Innere Medizin und Pneumologie an der Klinik Floridsdorf, unterstreicht eindringlich, wie dramatisch sich die Prognose dadurch verschlechtert: „Nur rund ein Viertel der Betroffenen kommt in ein kuratives Behandlungsstadium. Die Konsequenz sind eingeschränkte Behandlungsoptionen und ein deutlich reduziertes Langzeitüberleben.“ Dabei gäbe es längst praktikable Früherkennungsmethoden wie das Low-Dose-CT. „Die Untersuchung ist in weniger als einer Minute erledigt, kommt ohne Kontrastmittel aus und wird mit minimaler Strahlenbelastung durchgeführt“, beschreibt der Mediziner, wie einfach ein Paradigmenwechsel in Richtung Früherkennung wäre. In vielen europäischen Ländern ist das Low-Dose-CT die Methode der Wahl im Rahmen der Vorsorge, doch Österreich hinkt hier hinterher. Valipour verweist auf internationale Screening-Daten, die überzeugen müssten: „Mit Früherkennung könnte man das Verhältnis von Stadium I zu Stadium III und IV komplett umdrehen. Durch Früherkennung kann die Diagnosehäufigkeit im heilbaren Stadium I von rund 25 Prozent auf bis zu 77 Prozent gesteigert werden.“ Valipour hat Daten von rund 1.500 Patientinnen und Patienten ausgewertet und analysiert, wie lange der Weg vom ersten klinischen Kontakt im Krankenhaus bis hin zum histologischen Gesamtbefund und weiter zur Behandlung benötigt: „Wir liegen hier im Schnitt mit 15 Tagen im Spitzenfeld. Auch wenn es um operative Eingriffe geht, haben wir ein Zeitfenster von maximal acht Wochen von der Erstvorstellung weg. Ein Umstand, der sich ebenfalls zentral auf die Lebensqualität auswirkt.“

Auf klinisch-wissenschaftlicher Ebene hat sich der Experte in diesem Zusammenhang auch noch weiteren Fragen gewidmet. „Je früher die Erkrankung erkannt wird, desto geringer ist in der Regel die Belastung, sowohl körperlich als auch psychisch. Wir wissen auch, dass Komorbiditäten maßgeblich das individuelle Wohlbefinden beeinflussen, aber auch die Therapie und den Alltag mit der Erkrankung zusätzlich erschweren.“ Ein unterstützendes psychosoziales Netzwerk ist für ihn ebenso entscheidend wie die Mobilität, körperliche Aktivität, der Ernährungszustand oder der Muskelstatus: „Diese Aspekte werden noch immer viel zu wenig berücksichtigt, obwohl sie wesentlich zur Lebensqualität beitragen.“ Soziale Teilhabe durch moderne Rehabilitation Hier schließt sich auch Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna, MBA, MSc, MSc, Vorstand der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin, Medizinische Universität Wien, an: „Ein zentrales Ziel der modernen onkologischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung sozialer und beruflicher Teilhabe. Dank der medizinischen Fortschritte verfügen viele Betroffene heute über ein gutes Rehabilitationspotenzial. Voraussetzung dafür ist jedoch eine frühzeitige und gezielte Diagnostik.“ Er beschreibt auch, warum Rehabilitation nicht isoliert wirkt: „Sie basiert auf mehreren Säulen, wie dem Empowerment der Patientinnen und Patienten, praxisnaher Information und Edukation sowie Maßnahmen der Psychoonkologie, diätologischer Betreuung, gezieltem Kraft- und Ausdauertraining sowie Schmerz- und Stressmanagement.“ Während man sich lange Zeit nicht traute, onkologische Patientinnen und Patienten körperlich zu belasten, ist mittlerweile evident, dass alle Betroffenen unter kontrollierten Bedingungen trainiert werden können. „Am besten beginnt ein passendes Programm zur Bewegung und Ernährung bereits mit der Diagnose, im Stadium der sogenannten Prehabilitation.“ Hier schließt sich auch Prim. Dr. Stefan Vogt, ärztlicher Leiter der onkologischen Rehabilitation des Lebens.Med Zentrums Bad Erlach, an: „Die onkologische Rehabilitation sollte heutzutage ein fixer Bestandteil eines modernen Gesamtbehandlungskonzeptes sein. Häufig findet diese aber in der Praxis nicht regelhaft statt.“ Mögliche Ursachen der Versorgungsdefizite ortet er im organisatorischen Aufwand und der mangelnden Awareness aufseiten des Gesundheitspersonals über die vorhandenen Möglichkeiten. „Auch Patientinnen und Patienten in einer stabilen palliativen Krankheitssituation unter laufender Therapie könnten von einer Rehabilitation profitieren, die zu einer verbesserten Lebensqualität, dem Erhalt der Belastbarkeit für weitere Therapielinien und der Verzögerung oder Verhinderung einer Pflegebedürftigkeit führen kann“, so Vogt weiter. Crevenna fordert schließlich zur Eigenverant-



KURIER, Erscheinungsdatum 24. April 2025



Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet

• Patricia Göttersdorfer

wortung auf: „Langfristig liegt die Verantwortung bei den Patientinnen und Patienten selbst, denn die Maßnahmen wie körperliches Training, psychologische Unterstützung oder Ernährungstherapie sollten idealerweise dauerhaft in den Alltag integriert werden.“ Damit es aber überhaupt dazu kommen kann, fordert er eine enge Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationsexpertinnen und -experten sowie den Ärztinnen und Ärzten aller beteiligten Fachdisziplinen. „Nur ein vernetztes Vorgehen garantiert eine optimale Versorgung“, sagt Crevenna. Er plädiert für eine Veränderung im Mindset: „Im Sinne eines Continuum of Cancer Care muss alles, was zum Überleben und zur Lebensqualität beiträgt, unternommen werden. Wir müssen davon abkommen, Betroffene immer nur punktuell zu versorgen, sondern sie durch einen ganzheitlichen, fortlaufenden Versorgungsprozess über alle Phasen der Erkrankung hinweg zu erreichen. Das ist ein integratives Konzept, das kontinuierlich, abgestimmt und individuell erfolgt und daher diese Vernetzung der Berufsgruppen unbedingt erforderlich macht.“ Voraussetzung, so der Mediziner, sei daher auch, dass alle nach gleichen Standards vorgehen und dieselben Ziele verfolgen.

Psychoonkologische Begleitung

Mag.a Patricia Göttersdorfer, Obfrau der Österreichischen Plattform für Psychoonkologie, weist darauf hin, dass gerade Lungenkrebspatientinnen und -patienten oft mit zusätzlichen psychischen Belastungen konfrontiert sind: „Raucherinnen und Raucher meinen etwa, ihre Erkrankung selbst verschuldet zu haben. Das verstärkt das Stigma und die seelische Belastung. Psychoonkologische Begleitung und Rehabilitation kann in solchen Fällen wertvolle Unterstützung leisten, allerdings wissen viele Betroffene nicht, dass ihnen diese Möglichkeit offensteht“, so Göttersdorfer. Sie verweist auf den European Cancer Plan aus 2021, der bereits eine stärkere Einbindung von Betroffenen, eine bessere Versorgungskoordination und die Einführung von „Cancer Nurses“ fordert. „Jetzt wäre der richtige Zeitpunkt, diese Forderungen neuerlich zu betonen und gegenüber dem Verantwortlichen klarzumachen, dass strukturelle Verbesserungen dringend notwendig sind, um die Qualität der Betreuung onkologischer Patientinnen und Patienten nachhaltig zu verbessern“, meint Göttersdorfer. Besonders wichtig ist ihr, dass der Weg durch das Behandlungssystem für die Betroffenen und ihre Angehörigen verständlich und nachvollziehbar ist. „Psychoonkologie ist eng mit Sprache verbunden. Es reicht nicht, medizinische Inhalte einmal zu erklären, sie müssen mehrfach und in verständlicher Sprache vermittelt werden“, so die Expertin. Auch sie fordert als zentrales Element im Versorgungspfad ein Case Management, das eine kontinuierliche und koordinierte Begleitung ermöglicht, denn: „Eine Patient



Journey endet nicht zwangsläufig mit Heilung, sodass wir Phasen mit höherem und niedrigerem Betreuungsbedarf individuell gestalten müssen.“ Dazu wäre etwa die Abrechnung psychoonkologischer Gespräche über die Krankenkasse eine wichtige Voraussetzung. Einen Appell richtet sie auch an die Industrie: „Psychoonkologinnen und -onkologen haben intensiven Kontakt zu den Betroffenen und werden sehr häufig zu medizinischen Themen befragt. Eine Einbindung in die Patientenkommunikation wäre wünschenswert.“

Erfolge schaffen neue Herausforderungen

Es sind gerade die Fortschritte in der Krebsmedizin, die dazu führen, dass viele Herausforderungen in der Versorgung von Betroffenen jetzt neu entstehen, auf die das System noch nicht ausreichend vorbereitet ist. „Die Versorgung ist komplexer geworden und damit steigen die Anforderungen an Koordination und Kommunikation. Die unterstützenden Strukturen haben mit der Dynamik nicht Schritt gehalten. Es braucht jetzt ein besser vernetztes System, das Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialarbeit und Selbsthilfe eng miteinander verbindet“, meint auch Dr. Felix Hüttinger, Leiter der Pulmologie am Franziskus Spital Margareten. Zentrale Herausforderung aus Sicht des Mediziners ist nach wie vor das fehlende Case Management durch Cancer Nurses oder vergleichbare Koordinationsstellen, die Betroffene idealerweise durch den gesamten Versorgungsprozess begleiten. Er weist auch darauf hin, dass die niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner nach wie vor nicht ausreichend in diese fortlaufende Betreuung eingebunden sind. Langfristig wird – schon allein aufgrund der Ressourcen und der Kosten – ein Teil der onkologischen Betreuung stärker in den niedergelassenen Bereich verlagert werden müssen, doch Einzelpraxen stoßen hier rasch an ihre Grenzen. „Gleichzeitig erfordert die zunehmende Spezialisierung der Medizin auch spezialisierte Zentren und eine effektive Wissensvernetzung“, beschreibt er die Herausforderungen, die es in der Versorgung gibt.

Die Primärversorgung spielt nach Ansicht von Dr. Erwin Rebhandl, Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin sowie Präsident von AM plus, der Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit, eine Schlüsselrolle in der Gesundheitsversorgung, auch für Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs. „Die Identifikation von Risikopersonen und die Früherkennung durch Zuweisungen zu Low-Dose-CT-Untersuchungen kann und soll auf der Primärversorgungsebene erfolgen. Auch in der Phase der Prehabilitation und nach der stationären Behandlung und Rehabilitation spielt die Primärversorgung im Sinne einer kontinuierlichen Langzeitbetreuung eine wichtige Rolle.“ Er ist überzeugt, dass eine umfassende Betreuung nicht nur von Hausärztinnen und Hausärz-



ten allein umgesetzt werden kann, denn dazu braucht es zusätzlich ein Team aus diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sowie Mitarbeitenden aus den Fachbereichen Diätologie, Psychotherapie, klinische Psychologie, Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie und Sozialarbeit. „Wichtig wäre die Entwicklung und Umsetzung von multidisziplinären Disease-Management-Programmen für onkologische Patientinnen und Patienten“, wünscht sich Rebhandl.

Vulnerable Gruppen und Angehörige mitdenken

Für die Perspektive der Patientinnen und Patienten setzt sich Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich (BVSHOE), ein und fordert, Maßnahmen zur Hebung der Gesundheitskompetenz sowie besondere Aufmerksamkeit den vulnerablen Gruppen zu schenken, um Missverständnissen und Unsicherheiten vorzubeugen. „Es braucht niedrigschwellige Angebote, kultursensible Kommunikation und unterschiedliche Sprachmodelle, um Menschen dort abzuholen, wo sie stehen. Dazu sind soziale Sicherheit und finanzielle Absicherung im Krankheitsfall wichtige Voraussetzungen“, so Widhalm. Auch Anita Kienesberger von CCI Europe und Obfrau von „Die Allianz der onkologischen Patient:innen-organisationen“ ortet großen Aufholbedarf bei der Gesundheitskompetenz: „Wir müssen als Gesellschaft investieren, um die Bevölkerung gesundheitskompetenter zu machen.“ Mit ähnlichen Herausforderungen ist auch Mag.a Katharina Gruber, Klinische und Gesundheitspsychologin bei der Österreichischen Krebshilfe in Wien, konfrontiert. „Patientinnen und Patienten kommen in ganz unterschiedlichen Phasen ihrer Erkrankung. Sehr häufig melden sie sich direkt nach der Diagnose, denn dann können selbst nur 15 Tage bis zum Behandlungsbeginn unendlich lang erscheinen. Nicht selten entwickeln sich massive Ängste und Schlafstörungen.“ Auch Gruber setzt sich daher

V. l. n. r.: Herbert Puhl (Moderation), Arschang Valipour, Angelika Widhalm, Katharina Gruber, Felix Hüttinger, Richard Crevenna.



Kommentare (in alphabetischer Reihenfolge)

- Anita Kienesberger
- Erwin Rebhandl
- Stefan Vogt

für die Prehabilitation und die Vernetzung der Berufsgruppen ein, um die Menschen gemeinsam körperlich und psychisch fit für die weiteren Schritte machen. Sie weist aber auf eine weitere Gruppe hin, die bisher kaum im Fokus steht: die Angehörigen. „Sie sind häufig mit denselben Ängsten konfrontiert wie die Betroffenen selbst und erhalten kaum die erforderliche Aufmerksamkeit.“

Auch in der Nachsorge erlebt Gruber die ambivalenten Gefühle der Betroffenen. „Einerseits sind viele froh, dass die Therapie vorbei ist. Andererseits fällt der enge Kontakt zu den Behandlerinnen und Behandlern weg und sie fühlen sich im Stich gelassen“, so Gruber. Geht die Therapie zu Ende, ist das ein besonders heikler Punkt, an dem Information und Begleitung umso wichtiger sind. Die Menschen kommen zurück in das „normale Leben“, an den Arbeitsplatz und in das soziale Umfeld, doch: „Für sie ist nichts mehr normal, denn häufig ist es beschwerlich, hier wieder mit allem Schritt zu halten.“ Gruber erlebt auch, dass die so wichtige Phase der Rehabilitation ausfällt, weil ihre Bedeutung nicht ausreichend anerkannt ist. „Entspannungsübungen, körperliches Training, Psychoedukation würden helfen, sich insgesamt wohler und stabiler zu fühlen, doch nicht alle Patientinnen und Patienten kommen zur Rehabilitation.“

Auftrag an das Gesundheitssystem

Das PRAEVENIRE Gipfelgespräch hat deutlich gemacht, dass eine gute Lebensqualität für Betroffene weit über die rein medizinische Versorgung hinausgeht. Sie ist ein ebenso individueller wie komplexer Begriff – geprägt vom Krankheitsverlauf, der Therapieform, dem sozialen Umfeld und der psychosozialen sowie psychoonkologischen Betreuung. Die Früherkennung, das Konzept der Prehabilitation sowie die Vernetzung aller Gesundheitsberufe und schließlich die Stärkung der Eigenverantwortung sind wichtige Eckpfeiler für eine gute Lebensqualität der Betroffenen. **P**



“

80 % aller
Steuern
werden von
Menschen
wie mir
bezahlt.
Das ist
nicht fair.

“

Stimmt.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bekommen 60 % Anteil an der Wertschöpfung. Sie zahlen aber 80 % aller Steuern!

Die Verteilung der Steuer- und Abgabenleistung zeigt eine Schieflage: Die größten Einnahmequellen des Staates in seiner Gesamtheit sind derzeit die Sozialversicherungsbeiträge, die Umsatzsteuer sowie die Einkommen- bzw. Lohnsteuer. Um eine Größenordnung zu geben: Im Jahr 2023 betragen die Sozialversicherungsbeiträge mehr als 70 Milliarden Euro, die Umsatzsteuer knapp 38 Milliarden Euro und die Lohnsteuer knapp 35 Milliarden Euro.

Diese Steuern und Abgaben werden aber fast ausschließlich von privaten Haushalten getragen.

Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer tragen derzeit ca. 80 % zum gesamten Steuer- und Abgabenvolumen bei, obwohl sie über Löhne und Gehälter nur ca. 60 % der Bruttowertschöpfung erhalten. Gewinne der Unternehmen werden derzeit unterdurchschnittlich besteuert und haben in den letzten Jahrzehnten von einigen Steuerreformen profitiert. So wurde der Steuersatz der Körperschaftsteuer Stück für Stück reduziert: Im Jahr 2000 lag der Steuersatz noch bei 34 %, im Jahr 2024 wurde er auf 23 % reduziert.

Suchtprävention und mentale Gesundheit:

Unsichtbare Wunden, spürbare Folgen

Immer mehr junge Menschen kämpfen mit der Psyche – und ein unzureichendes Versorgungssystem verschärft die Lage zusätzlich. Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer, Leiterin der Suchtforschung und –therapie an der MedUni Wien, fordert **ENTSCHLOSSENE MASSNAHMEN FÜR EINE BESSERE BETREUUNG UND EINE WIRKSAME SUCHTPRÄVENTION.** | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Mentale Gesundheit ist kostspielig – und zwar auf vielen Ebenen. „Psychiatrische Erkrankungen sind volkswirtschaftlich die teuersten Erkrankungen überhaupt“, warnt Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer. Während Herz-Kreislauf-Probleme und Krebs stark im öffentlichen Bewusstsein verankert sind, werden die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Folgen psychischer Erkrankungen nach wie vor unterschätzt. Dabei betrifft die Krise der mentalen Gesundheit Menschen aller Altersgruppen – von Kindern und Jugendlichen bis ins hohe Alter.

Psychiatrie ohne Nachwuchs

Trotz wiederholter Forderungen, etwa aus dem Obersten Sanitätsrat, bleibt die psychiatrische Ausbildung unzureichend aufgestellt. „Österreich braucht dringend mehr Fachärztinnen und Fachärzte – und auch Turnusärztinnen und –ärzte müssten stärker in die psychiatrische Ausbildung eingebunden werden“, fordert Fischer. Dass dieser Reformschritt trotz der wachsenden öffentlichen Debatte über psychische Gesundheit bislang ausgeblieben ist, hält sie für völlig unverständlich.

Eine gravierende Versorgungslücke klappt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. „In Regionen wie der Steiermark, außerhalb von Graz, gibt es keinen einzigen Kassenvertrag für Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und –psychiater“, berichtet Fischer. Für viele Familien bedeutet das: lange Anfahrtswege, monatelange Wartezeiten. Um gegenzusteuern, müsse Telemedizin gezielt ausgebaut werden: „Damit könnten wir betroffene Familien schnell und unkompliziert unterstützen.“

Suchtprävention: Der blinde Fleck

Als Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der EU Agentur für Drogenüberwachung – dem European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) – beobachtet die Fachärztin für Psychiatrie die Entwicklungen im Bereich der Suchterkrankungen mit Sorge. So zählt Österreich beim Alkoholkonsum weiterhin zu den Spitzenreitern in Europa. „Zwar sinkt der Pro-Kopf-Konsum, jedoch deutlich langsamer als in vielen anderen EU-Ländern.“ Ähnliches gilt für den Tabakkonsum. Obwohl die gesundheitlichen Vorteile eines Rauchstopps – etwa im Hinblick auf Krebserkrankungen – gut belegt sind, wird die psychische Dimension in der klassischen Medizin oft zu wenig berücksichtigt.

Lehrkräfte brauchen Rückendeckung

Psychische Erkrankungen entstehen häufig schon im Kindes- oder Jugendalter, werden aber oft erst spät erkannt. Univ. Prof. Dr. Fischer fordert daher ein besseres Zusammenspiel der Fachdisziplinen: „Wir brauchen klinische Psychologinnen und Psychologen direkt im Schulalltag – nicht erst, wenn der Hut brennt.“ Gerade bei Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (ADHS) sei frühe Diagnostik entscheidend. Zwar würden Lehrkräfte Auffälligkeiten durchaus wahrnehmen, seien aber oft unsicher, wie sie richtig reagieren sollen. Klinische Psychologinnen und Psychologen könnten hier wichtige



erste Einschätzungen liefern, Diagnosen stellen, Orientierung geben und dabei helfen, die nächsten Schritte in die Wege zu leiten.

ADHS und Adipositas: Wenn Körper und Seele zusammenspielen

Auch bei Adipositas sieht Fischer dringenden Handlungsbedarf. „Die große Herausforderung sind nicht unterernährte, sondern übergewichtige Kinder“, stellt sie klar. Besonders auffällig sei das Zusammenspiel mit psychischen Faktoren: Viele Kinder mit ADHS neigen zu übermäßigem Essen – nicht aus Hunger, sondern um innere Unruhe und emotionale Spannungen zu dämpfen. Werden diese Muster nicht früh erkannt, kann sich daraus ein riskanter Weg entwickeln: Kinder mit einer Kombination aus ADHS und Adipositas gelten als besonders gefährdet für frühen Substanzmissbrauch. Deshalb brauche es frühzeitige, ganzheitliche therapeutische Ansätze – nicht erst, wenn Folgeerkrankungen wie Diabetes auftreten. Ein positives Beispiel sei die Zusammenarbeit mit der Adipositasambulanz am AKH Wien. „Wir sehen, dass moderne Medikamente wie GLP-1-Agonisten nicht nur beim Gewichtsmanagement, sondern auch bei Alkoholabhängigkeit und anderen Suchterkrankungen vielversprechende Effekte zeigen.“ Solche Ansätze müssten laut Fischer rascher und breiter verfügbar gemacht werden.

Politik am Zug

Österreich belegt in der EU bei der substanzassoziierten Mortalität einen besorgniserregenden Spitzenplatz. „Sucht und psychische Erkrankungen sind keine Randthemen – sie gehören ins Zentrum unserer Gesundheitspolitik.“

Was jetzt zu tun ist:

- **Mentale Gesundheit ernst nehmen:** Psychische Erkrankungen verursachen enorme Kosten – gezielte Prävention und frühe Behandlung sind nicht nur menschlich, sondern auch wirtschaftlich sinnvoll.

- **Früherkennung stärken:** Klinische Psychologinnen und Psychologen sollten fixer Bestandteil des Schulalltags werden, um frühzeitig Diagnosen zu stellen und Unterstützungsmaßnahmen einzuleiten.
- **Versorgungslücken schließen:** Gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie braucht es dringend den Ausbau telemedizinischer Angebote – besonders für ländliche Regionen.
- **Moderne Therapieansätze nutzen:** Innovative therapeutische Möglichkeiten, etwa bei ADHS oder Adipositas, sollten frühzeitig und breiter eingesetzt werden.
- **Systeme besser vernetzen:** Ambulante, stationäre und präventive Angebote müssen stärker verzahnt werden, um Versorgung wirksam zu gestalten.

„Mentale Gesundheit beginnt nicht erst in der Klinik – sie muss Teil unseres Alltags sein“, betont Fischer. Ihr Appell ist klar: Wer früh unterstützt, verändert nicht nur einzelne Lebenswege – sondern stärkt die Gesellschaft als Ganze. **P**

BioBox: Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer

Leiterin der Suchtforschung und –therapie an der Medizinischen Universität Wien, tätig am Zentrum für Public Health und der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. International engagiert als Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der EU-Drogenagentur EMCDDA sowie als Konsultantin für WHO, UNO und das Open Society Institute. National berät sie den Obersten Sanitätsrat der Republik Österreich und ist in mehreren Fachkommissionen von Gesundheits- und Innenministerium vertreten. Fischer leitet zahlreiche Forschungsprojekte, ist Autorin von über 400 wissenschaftlichen Beiträgen und war zehn Jahre lang Universitätsrätin – zuletzt als Vorsitzende an der Medizinischen Universität Innsbruck.



Sucht und psychische Erkrankungen sind keine Randthemen – sie gehören ins Zentrum unserer Gesundheitspolitik.



PRÄGNANT

Harm Reduction – Schlüssel zur tabakfreien Generation 2040

Die Europäische Union verfolgt mit dem „Europe’s Beating Cancer Plan“ das Ziel, die Raucherquote bis 2040 auf unter 5 Prozent zu senken. **TEIL DIESES PLANS IST DIE VISION EINER „RAUCHFREIEN GENERATION“.** Raucherentwöhnung ist sohin ein zentrales Element der Krebsprävention und wird von zahlreichen Maßnahmen in der Tabakkontrolle flankiert.

Doch während Aufklärungskampagnen, Tabaksteuererhöhungen und Rauchverbote in der Politik und der Öffentlichkeit breit akzeptiert sind, bleibt ein Instrument der Tabakprävention hoch umstritten: Harm Reduction. Produkte wie E-Zigaretten, Tabakerhitzer, Nikotinbeutel oder Snus bieten Rauchenden nach heutigem Wissensstand potenziell risikoärmere Alternativen zur klassischen Zigarette, dennoch ist ihre Rolle in der gesundheitspolitischen Strategie vieler EU-Mitgliedstaaten ungeklärt oder wird explizit abgelehnt. Auch die Gesundheitspolitik in Österreich ist zur Zeit noch fest entschlossen, dem „quit or die“ Ansatz entsprechend, alle Rauchenden zur nachhaltigen Abstinenz zu bekehren. Für diejenigen, die das (noch) nicht können oder wollen, dünne sich die nationalen Angebote derzeit gegen Null aus.

Der europäische Kontext: Zielsetzungen und Realität

Das Ziel einer Rauchquote von unter 5 Prozent bis 2040 stellt ein ambitioniertes Vorhaben dar, das ein hohes Maß an politischen, gesellschaftlichen und medizinischen Anstrengungen erfordert. Trotz jahrzehntelanger Aufklärung und zunehmender Regulierung rauchen in der EU noch immer im Durchschnitt 24 Prozent der Bevölkerung. Die gesundheitlichen und ökonomischen Folgen sind gravierend. Tabakkonsum ist der führende vermeidbare Risikofaktor für Lungenkrebs, COPD und kardiovaskuläre Erkrankungen und verursacht jährlich über hunderttausende Todesfälle in Europa. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die bisherigen Interventionsstrategien nicht ausreichen werden, um die Ziele der EU zu erreichen. Hier setzt das Konzept der Harm Reduction an.

Was bedeutet Harm Reduction im Kontext der Tabakprävention?

Ein Blick nach Schweden zeigt, welches Potenzial in einer pragmatischen Harm-Reduction-Strategie steckt. Schweden hat als einziges EU-Land die Raucherquote bereits auf etwa 5 Prozent gesenkt – ein Wert, der weit unter dem EU-Durchschnitt von ca. 24 Prozent Rauchenden liegt. Gleichzeitig verzeichnet Schweden die niedrigste Lungenkrebssterblichkeit in Europa – zumindest bei Männern. Diese Erfolge sind auf die Kombination restriktiver Maßnahmen wie strikte Rauchverbote, hohe Tabaksteuern und vor allem auf die weitverbreitete Nutzung von Snus zurückzuführen.

Ist Schweden ein restriktiver „Nanny State“ in der Tabakkontrolle?

Die Vorstellung, Schweden sei angesichts seiner niedrigen Raucherquoten ein „Nanny State“ im Sinne übermäßiger Bevormundung der Bevölkerung, greift wohl zu kurz. Zwar existiert in Schweden eine klare Tabakpolitik mit beschränktem Marketing und Einschränkungen für den Tabakverkauf, doch die Regulierung von Snus ist liberal: Anders als in der übrigen EU ist der Verkauf von Snus erlaubt, und der Zugang wird nicht restriktiver gehandhabt als für andere Verbrauchsgüter.

Diese Doppelstrategie – strenge Kontrolle klassischer Tabakprodukte bei gleichzeitigem Zugang zu risikoärmeren Alternativen – zeigt nicht totale Bevormundung, sondern einen pragmatischen Ausgleich zwischen Verbraucherschutz und Schadensminimierung. Der Staat lässt pragmatisch wissenschaftliche Evidenz in die Regulierung einfließen. Damit unterscheidet sich das schwedische Modell von klassischen Nanny-State-Konzepten, die individuelles Verhalten aus ideologischen Gründen stark einschränken, ohne zwischen Produktrisiken zu differenzieren.

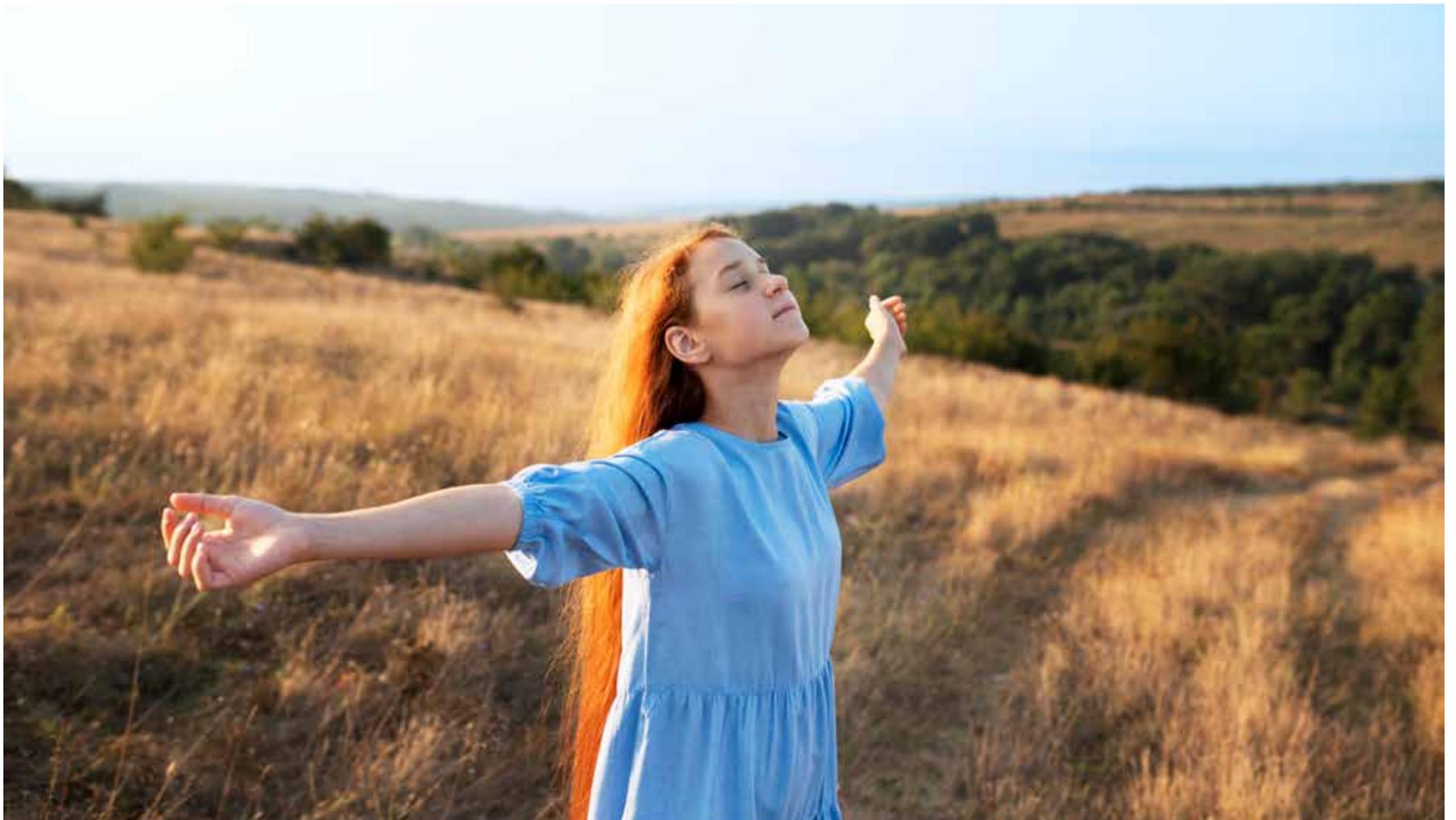
Politische und regulatorische Inkonsistenzen

Trotz dieser Erfolge ist Snus in der übrigen EU – mit Ausnahme Schwedens – nach wie vor verboten. E-Zigaretten unterliegen Regulierungen, deren konkrete Ausgestaltung stark zwischen den EU-Mitgliedstaaten variiert. Während einige Länder relativ liberale Rahmenbedingungen bieten, setzen andere auf weitreichende Einschränkungen. Grundlage für die Regulierung bildet die EU-Tabakproduktrichtlinie (TPD), deren nationale Umsetzung jedoch unterschiedlich erfolgt. In Österreich etwa wurde noch Anfang 2025 ein Entwurf eines Tabak- und Nikotinsuchtgesetzes (TNSG) zur Begutachtung ausgesandt, der tabak- und nikotinhaltige



Bernhard Rupp setzt sich auf internationaler Bühne für einen evidenzbasierten Umgang mit Harm Reduction ein – als Speaker und Fachexperte bringt er wissenschaftliche Perspektiven in die politische Tabakdebatte ein.

© KRISTIAN JUHASZ



Produkte grundsätzlich gleichen restriktiven Regelungen unterwerfen möchte und zu einem „De-facto-Verbot“ alternativer Nikotinprodukte und Tabakerhitzer führen würde und das nach heutigem Wissensstand günstigere Risikoprofil dieser Produkte dabei unberücksichtigt bleiben würde.

Kritik am Harm Reduction-Ansatz

Klar ist, dass jede Zigarette, die – auch von Jugendlichen – nicht geraucht wird, ist ein Gewinn: für die Person selbst, für das Gesundheitssystem und für das soziale Umfeld. Langzeitdaten, die eine klare Kausalität zwischen dem Ausprobieren von E-Zigaretten und dem Übergang zum regelmäßigen Zigarettenkonsum belegen, sind bislang jedoch begrenzt und teilweise widersprüchlich. Eine kontinuierliche Surveillance und differenzierte Auswertung alters- und produktbezogener Konsummuster bleiben daher essenziell.

Handlungsempfehlungen für Politik und Gesundheitssystem

Um das Ziel einer rauchfreien Generation bis 2040 zu erreichen, sind folgende Empfehlungen aus gesundheitspolitischer Sicht zentral:

1. Harm Reduction kann und soll ausschließlich ein Instrument zur Schadensreduktion für bereits Rauchende, die Alternativen zur Zigarette suchen, sein. Es braucht eine differenzierte Harm Reduction orientierte Regulierung, die entsprechenden Produkte sollten entsprechend ihres Schadenspotenzials reguliert (und besteuert) werden. Hochriskante Produkte wie Zigaretten müssen strenger reguliert werden als risikoarme Alternativen. Keinesfalls sollten regulatorisch Tabak und Nikotin „in einen Topf geworfen werden“. In anderen Politikbereichen wird Schadensminimierung nicht nur akzeptiert, sondern aktiv gefördert – man denke an die staatliche Unterstützung für den Umstieg auf E-Mobilität zur Redukti-

on von Emissionen. Ein vergleichbarer Ansatz in der Tabakkontrolle würde bedeuten, den Wechsel zu weniger schädlichen Nikotinprodukten ebenfalls zu erleichtern.

2. Integrierte Tabakentwöhnungsstrategien – Harm Reduction sollte als komplementärer Bestandteil bestehender Rauchstopp-Programme verankert werden, insbesondere für schwer abhängige oder mehrfach gescheiterte Raucher:innen
3. Aufklärung statt „quit or die“-Ideologie – Die Bevölkerung im allgemeinen, insbesondere jedoch medizinisches Fachpersonal und poli-

tische Entscheidungsträger, müssen über das relative Risiko verschiedener Nikotinprodukte evidenzbasiert informiert werden.

4. Forschung und Monitoring: Langzeitstudien zur Sicherheit neuer Produkte müssen intensiviert werden. Gleichzeitig sollten Registerdaten geschaffen und genutzt werden, um realweltliche Effekte (z. B. in Schweden) systematisch zu analysieren.
5. Harm-Reduction-Produkte müssen jugendschutzgerecht reguliert werden, mit klaren Altersgrenzen und Werbung, die sich nicht an Jugendliche richtet. **P**

Publikationen

Harm Reduction bei Suchterkrankungen in JATROS Neurologie & Psychiatrie 6 / 2023

Ethische Aspekte der Harm Reduction in JATROS Neurologie & Psychiatrie 4 / 2023

Harm reduction – Besser als ein Stein am Schädel in medonline: <https://medonline.at/news/pneumologie/10169038/harm-reduction-besser-als-ein-stein-am-schaedel/>

Tabakerhitzer – eine sinnvolle Alternative für Raucher? in Magazin Filterlos 12/2023

Rezente Fachvorträge zum Thema Harm Reduction und Rauchen

Speaker – Interdisziplinäres Herbstsymposium für Psychopharmakologie Hauptthema: Innovationen von Psychopharmaka in Psychiatrie und Neurologie am 1. Oktober 2022 <https://www.ihsp.info/>

Speaker bei 1. Harm Reduction DACH Konferenz am 23. Juni 2023 in Wien

<https://www.universimed.com/at/article/psychiatrie/ethische-aspekte-harm-reduction-323769>

Speaker bei High-level International Conference „AddictEU 2023“ in Brüssel am 6. Dezember 2023.

<https://agenda.euractiv.com/events/addic-teu-2023-257248#:~:text=A%20one%2D-day%20event%2C%20AddictEU,of%20current%20EU%20policy%20debate.>

Panel-Diskutant beim Panel Regulatorisches Umfeld im Tabaksektor beim WKO Festakt 240 Jahre Tabakmonopol in Österreich am 7.6.2024 in Graz

Speaker bei der AddictCZ/SK-International Conference on Mental Health and Addictions in Bratislava am 24.11.2024 <https://www.addictczsk.eu/>

Speaker bei der 7. Fachtagung Tobacco Harm Reduction Berlin Charite' (Innovative Rauchentwöhnungsstrategien – 7. Fachtagung Tobacco Harm Reduction)



Nur vergesslich oder doch dement?

In Österreich leiden derzeit rund 130.000 Menschen an einer demenziellen Erkrankung. Prognosen gehen von einem **STARKEN ANSTIEG DER KRANKHEITSAZAHLEN AUS**. Unter den Folgen leiden nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch deren Angehörige und am Ende das Gesundheitssystem. | von Paul Schnell

Demenz ist ein Sammelbegriff für eine Reihe von Erkrankungen, die mit einem fortschreitenden Verlust kognitiver Fähigkeiten einhergehen. Sie betrifft vor allem das Gedächtnis, das Denkvermögen, die Orientierung, das Sprachverständnis und die Urteilsfähigkeit. Im fortgeschrittenen Stadium kann sie auch das Verhalten und die Persönlichkeit verändern. „Die Erkrankung stellt eine zunehmende gesellschaftliche, gesundheitliche und wirtschaftliche Herausforderung dar. Aufgrund der alternden Bevölkerung nimmt die Zahl der Betroffenen stetig zu, was sowohl das Gesundheitssystem als auch pflegende Angehörige und Betreuungseinrichtungen vor schwierige Aufgaben stellt“, sagt Prof. Dr. Eva Hilger, leitende Ärztin der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS), im Rahmen der 9. PRAEVENIRE Gesundheitstage in Eisenstadt. Der Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer Demenz ist das Alter: „Liegt die Prävalenz bei den 65- bis 69-Jährigen noch bei ca. 1,85 Prozent, so steigt sie auf über 36 Prozent bei den über 90-Jährigen. Vor dem 65. Lebensjahr tritt die Erkrankung deutlich seltener auf und entwickelt sich hier meist aufgrund einer sehr starken genetischen Prädisposition“, fasst Hilger zusammen.

Ursachen und Formen der Demenz

Die häufigste Form einer demenziellen Erkrankung im fortgeschrittenen Alter ist die Alzheimer-Demenz. „Sie betrifft etwa 70 Prozent aller Erkrankten. Es handelt sich um eine neurodegenerative Erkrankung, bei der es durch die Ablagerung von Eiweißen, den Amyloid-Plaques und den Tau-Tangles, zum Absterben von Nervenzellen im Gehirn kommt. Typisches Frühsymptom ist die Störung des episodischen Kurzzeitgedächtnisses“, beschreibt die Medizinerin. Die genauen Ursachen sind noch nicht vollständig geklärt.

Die Krankheit verläuft schleichend: „In frühen Stadien stehen Vergesslichkeit, Orientierungsschwierigkeiten in ungewohnter Umgebung, Wortfindungsstörungen sowie Problemen mit der Planung und Organisation des Alltags, aber auch Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit oder Depression im Vordergrund. In der Folge werden die Gedächtnislücken deutlicher und Verwirrtheit und Orientierungslosigkeit treten zunehmend auch in vertrauter Umgebung auf. Verhaltensänderungen wie Unruhe, Aggression, ein veränderter Biorhythmus oder sozialer Rückzug sind häufig“, erklärt Hilger. In weit fortgeschrittenen Stadien sind sowohl Gedächtnis- als auch Sprachverlust sehr ausgeprägt und auch die Bewegungsfähigkeit kann zunehmend stark eingeschränkt sein. Es drohen Bettlägerigkeit und der Verlust der Kontrolle über Körperfunktionen, sodass Betroffene vollständig von Betreuung und Pflege abhängig sind.

Eine „vaskuläre Demenz“, die zweithäufigste Form, entsteht durch Erkrankungen der hirnversorgenden Blutgefäße, beispielsweise infolge von Schlaganfällen, Arteriosklerose, Bluthochdruck oder Diabetes sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. „Je nachdem, welche Gehirna-

reale betroffen sind, können unterschiedliche Symptome auftreten. Typische Symptome der vaskulären Demenz, vor allem in Anfangsstadium, sind starke Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme. Später kommen Gangstörungen, Schluck- und Sprachprobleme hinzu; auch Stimmungsschwankungen, Depressionen oder Antriebslosigkeit sind häufig. Im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz treten die Symptome oft vergleichsweise plötzlich nach einem vaskulären Ereignis, z. B. einem Schlaganfall auf und verschlechtern sich oft schubweise.

Die Lewy-Body-Demenz ist eine neurodegenerative Erkrankung, die sowohl kognitive als auch motorische Symptome verursacht. Sie ist nach der Alzheimer-Demenz und der vaskulären Demenz die dritthäufigste Demenzform. „Ein zentrales Merkmal der Krankheit ist das Vorhandensein von sogenannten Lewy-Körperchen, das sind abnorme Eiweißablagerungen, die in den Nervenzellen bestimmter Gehirnregionen auftreten und die Zellfunktion stören. Die Erkrankung tritt meist zwischen 60 und 80 Jahren auf und betrifft fünf bis zehn Prozent aller Demenzerkrankten, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen.“

Eine frontotemporale Demenz, ebenfalls eine neurodegenerative – jedoch vergleichsweise seltene – Demenzform, tritt häufig schon in jungen Jahren auf und ist eine seltenere, aber besonders herausfordernde Form der Demenz. Sie unterscheidet sich von Alzheimer und vaskulärer Demenz dadurch, dass sie vor allem den Frontal- und Temporallappen betrifft. Diese Areale steuern Persönlichkeit, Verhalten, Sprache und Emotionen.

Präventionsstrategien zur Reduzierung des Demenzrisikos

Die Diagnose einer demenziellen Erkrankung erfolgt durch Anamnese, eine genaue klinisch-neurologische Untersuchung, eine neuropsychologische Testung, strukturelle – oft auch funktionelle - bildgebende Verfahren, eine Liquordiagnostik sowie – primär im Sinne einer Ausschlussdiagnostik – durch Laboruntersuchungen. „Keine der Demenzformen oder sonstige derzeit geheilt werden, aber bestimmte Medikamente können das Fortschreiten verlangsamen. Einen wesentlichen Stellenwert hat daher die Prävention“, betont Hilger.

Frauen sind häufiger von Demenz betroffen, vor allem wegen ihrer höheren Lebenserwartung, hormonellen Einflüssen und genetischen Faktoren. Eine gezielte Prävention, insbesondere durch Stärkung der Gefäß-Gesundheit durch gesunde Ernährung, geistige Aktivität und kardiovaskuläre Gesundheit, kann helfen, das Risiko zu reduzieren. „Regelmäßige Bewegung fördert die Durchblutung des Gehirns und unterstützt die Neuroplastizität. Studien zeigen, dass körperlich und geistig aktive Menschen ein geringeres Demenzrisiko haben. Aktivitäten wie Lesen, Lernen neuer Fähigkeiten oder soziale Interaktionen stimulieren das und sind wichtige Elemente dessen, was als „kognitive Reserve“ – also die Resilienz gegenüber externen hirnschädigenden Noxen und Einflüssen des normalen



Demenz ist ein Sammelbegriff für eine Reihe von Erkrankungen, die mit einem fortschreitenden Verlust kognitiver Fähigkeiten einhergehen. Sie betrifft vor allem das Gedächtnis, das Denkvermögen, die Orientierung, das Sprachverständnis und die Urteilsfähigkeit.

Altersprozesses - bezeichnet wird“, beschreibt Hilger einige Präventionsmaßnahmen. Auch der Verzicht auf Rauchen und Alkohol sowie die Kontrolle von kardiovaskulären Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder das Monitoring einer hyperglykämischen Stoffwechsellage stehen im Zusammenhang mit einer wirksamen Demenzprophylaxe.

Auswirkungen auf das Gesundheitssystem

Über 80 Prozent der Betroffenen werden aktuell im häuslichen Umfeld versorgt – eine Aufgabe, die Angehörige oft vor erhebliche psychische, physische und finanzielle Belastungen stellt. Unterstützungsangebote wie Demenzberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und finanzielle Förderungen sind zwar vorhanden, werden jedoch nicht immer ausreichend genutzt oder sind schwer zugänglich. Doch auch Pflegeeinrichtungen und mobile Pflegedienste spielen eine zentrale Rolle und müssen im Hinblick auf die demografische Entwicklung und die zu erwartenden Fallzahlen entsprechend gerüstet sein. „Die Kosten für die Demenzversorgung, einschließlich medizinischer Betreuung, Pflegegeld und stationärer Pflege, sind erheblich und steigen weiter. Demenz ist kein Problem einzelner Familien, es braucht mehr gesellschaftliches Bewusstsein für die Tragweite der aktuellen und zu erwartenden Belastungen“, fordert Hilger. Öffentliche Diskussionen und Initiativen tragen dazu bei, das Thema sichtbarer zu machen und Betroffene sowie Angehörige besser zu unterstützen. **P**

SVS Gemeinsam
gesünder.



TERMININE

DAS PRAEVENIRE JAHR



2025/26

SAVE THE DATE



12. PRAEVENIRE
GESUNDHEITSGESPRÄCHE
in Alpbach 2025



2.-7. JULI