

In Kooperation mit dem PRAEVENIRE Gesundheitsforum.

# PERISKOP

123

JUN 2025

Standpunkte.  
Dialog.  
Konsens.

Die neutrale  
Plattform  
zum offenen  
Meinungs-  
austausch.



## Gesundheit stärken, Zukunft sichern

Interview mit Korinna Schumann

**Frauengesundheit  
zwischen Tabu und  
Transformation**  
PRAEVENIRE Denkartag

**PRAEVENIRE  
Gesundheitsland-  
karte 2025**  
Zum Herausnehmen

**Diabetesversor-  
gung als „Leucht-  
turmprojekt“**  
ÖDG

# Inhalt **123**

JUN 2025



PEOPLE

## Innovative Rehabilitation mit Weitblick

Ob nach einem Herzinfarkt, einer Operation oder im Umgang mit chronischen Erkrankungen – medizinische Rehabilitation hilft Menschen, Schritt für Schritt in ein selbstbestimmtes Leben zurückzufinden. Dr. Monika Mustak-Blagusz, MBA, Chefärztin der Pensionsversicherung, beschreibt, wohin sich Rehabilitation entwickelt: Sie muss, unter Einbindung der zunehmenden Digitalisierung, teilhabeorientiert, individuell und forschungsbasiert werden.

- 4 **Gesundheit stärken, Zukunft sichern** – Interview mit Bundesministerin Korinna Schumann
- 6 **PVE als tragende Säule der Zukunft** – Alexander Biach
- 7 **Impfen am Arbeitsplatz: Die unterschätzte Chance** – Eva Hörtl beim PRAEVENIRE Denkartag
- 8 **Innovative Rehabilitation mit Weitblick** – Monika Mustak-Blagusz
- 10 **Frauengesundheit zwischen Tabu und Transformation** – Alexandra Kautzky-Willer

## 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., Mag. pharm. Andreas Hoyer, Karl Innauer, Katharina Irwitzer, Paul Schnell, Mag. Dominique Stiefsohn, MA
- 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

## Wie Prävention Leben rettet und Milliarden spart

Die Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) rückte im Juli 2025 das Thema Krebsprävention in den Mittelpunkt. In einer hochkarätig besetzten Pressekonferenz wurde die neue Studie zu den volkswirtschaftlichen Auswirkungen von Krebserkrankungen vorgestellt – und tags darauf beim Gipfelgespräch in Wien aus unterschiedlichen Perspektiven diskutiert. Der Befund ist eindeutig: Prävention wirkt – für betroffene, für Unternehmen und für die gesamte Gesellschaft.

- 13 **Entlastung des Faktors Arbeit** – Markus Wieser
- 14 **Gesundheit gestalten statt nur verwalten** – Obmann Andreas Huss über die Pläne der ÖGK
- 16 **Wie Prävention Leben rettet und Milliarden spart** – SVS Gipfelgespräche
- 18 **Schlüsselrolle für Prävention und Vertrauen** – Impfen in PVE



PIONIERE

## Mut zur Veränderung

Die Optimierung der Patient Journey stand kürzlich im Rahmen eines PRAEVENIRE Denker-Talks auf der Agenda. Vertreterinnen und Vertreter aus Medizin, Wirtschaft, Wissenschaft und der Gesundheitspolitik diskutierten, wie ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem und mögliche Wege dahin aussehen müssen.

- 21 **Wohnortnahe Versorgung** – ein funktionierendes Modell aus Deutschland
- 22 **Kolumne »360° Blick«** von Pro Rare Austria
- 22 **Buchvorstellung: Inneres Strahlen & Natürliche Schönheit** von Christine Reiler
- 23 **Zukunft denken – Finanzierung sichern** – Eröffnung des 2. PRAEVENIRE Denkartags
- 24 **Mut zur Veränderung** – PRAEVENIRE DenkerTalk Patient Journey
- 26 **Nudging – Kleine Stupser mit großer Wirkung: Prävention neu definiert**
- 27 **PRAEVENIRE Gesundheitsatlas: Selbsthilfe- und Patientenorganisationen – Zum Herausnehmen**

© KRISZTIAN JUHASZ, ALEXANDER FELTEN/SVS, BEN LEITNER



## MARKET ACCESS & REIMBURSEMENT MANAGEMENT LEHRGANG

MIT MARKET-ACCESS EXPERTE HANNS KRATZER & VIELEN WEITEREN EXPERT:INNEN

Infos unter:



Start  
1. Oktober



31



PLATTFORMEN

## Digitalisierung mit Wirkung

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens muss künftig mehr als nur ein trendiges Schlagwort sein, damit eine moderne, patientenzentrierte und effiziente Gesundheitsversorgung garantiert werden kann. Digitalisierung ist kein Selbstzweck, daher muss im Zentrum der Mensch stehen – als Patientin und Patient oder als Anwenderin und Anwender.

- 28 **PRAEVENIRE Gesundheitslandkarte** – Akteure des österreichischen Gesundheitssystems 2025 – **Zum Herausnehmen**
- 30 **PRAEVENIRE Gesundheitsatlas: Selbsthilfe- und Patientenorganisationen**
- 31 **Digitalisierung mit Wirkung** – Gesundheitsberatung 1450
- 32 **Wie gelingt ein gesundes Aufwachsen in digitalen Zeiten?** – Kinder- und Jugendgesundheit 2030
- 35 **TikTok, Angst & Fake News:** Wie Jugendliche in die Desinfo-Falle geraten



44



PORTFOLIO

## Neue Wege für die Primärversorgung in Österreich

Unter dem Motto „Visionen für die wohnortnahe Gesundheitsversorgung“ lud der Verein AM PLUS am 22. und 23. Mai 2025 zur PVE-Tagung nach Linz. Zwei Tage lang diskutierten Ärzt:innen, Gesundheitsberufe, Vertreter:innen der Sozialversicherung, Politik und Wissenschaft, wie eine moderne, teamorientierte Primärversorgung in Österreich gestaltet werden kann. Die Veranstaltung bot damit eine wertvolle Plattform für den Austausch zwischen Praxis, Forschung und Gesundheitspolitik – und setzte ein klares Signal für die Stärkung der wohnortnahen Versorgung.

- 42 **eHealth: Mehr als „nur“ eine Strategie** – 7. PRAEVENIRE Digital Health Symposion
- 44 **Neue Wege für die Primärversorgung in Österreich: PVE-Tagung in Linz**
- 46 **Das Richtige tun!** – Impfen in Apotheken gefordert



40



POLITIK

## Schönheitswahn: Stadt Wien klärt auf

Immer mehr Menschen, vor allem junge Frauen, greifen zu Botox, Fillern und anderen ästhetischen Eingriffen – oft ohne die Risiken zu kennen. Die Stadt Wien startet nun eine groß angelegte Kampagne, die aufklären, sensibilisieren und zu mehr Selbstakzeptanz beitragen soll. Warum das so dringend ist, welche Rolle Social Media dabei spielt und welche Folgen der Druck zur Perfektion haben kann, steht im Fokus der Initiative.

- 36 **Gemeinsam Lösungen finden** – Forderungen der Arbeitsgruppen des PRAEVENIRE Denkertags
- 38 **Investition in Früherkennung zahlt sich aus** – Hypertrophe Kardiomyopathie
- 39 **Digitale Rezepte für eine analoge Krise** – Georg Psota über die digitale Lebenswelt der Generation Z
- 40 **Schönheitswahn: Stadt Wien klärt auf** – die neue Kampagne der Stadt Wien



51



PRÄGNANT

## Kardiovaskuläre Erkrankungen: Europas größte Gesundheitsgefahr

Kardiovaskuläre Erkrankungen zählen nach wie vor zu den häufigsten Todesursachen in Europa. Die Prävalenz steigt, die Risikofaktoren sind bekannt, doch es fehlt an systematischer Prävention, strukturiertem Risikomanagement und patientenorientierter Aufklärung. Mögliche Lösungsstrategien präsentiert Priv.-Doz. Dr. Georg Delle Karth, Past-Präsident der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft und Vorstand der Abteilung für Kardiologie an der Klinik Floridsdorf, in seinem Impulsvortrag beim PRAEVENIRE Denkertag.

- 49 **Diabetes:** Digitalisierung als Schlüssel zu Prävention und Versorgung
- 50 **Nephrologie update 2.5** – Fortschritte, Herausforderungen, Zukunftsperspektiven
- 51 **Kardiovaskuläre Erkrankungen:** Europas größte Gesundheitsgefahr
- 52 **Auszeichnung für Apothekerverbandspräsident Veitschegger** – ein Portrait
- 53 **Sucht hat viele Gesichter** – und Primärversorgungseinheiten eine zentrale Rolle
- 54 **Diabetesversorgung als „Leuchtturmprojekt“**





PEOPLE

# Gesundheit stärken, Zukunft sichern

Mehr Prävention, bessere Arbeitsbedingungen für Gesundheitsberufe und ein niederschwelliger Zugang für alle Bürgerinnen und Bürger sollen das heimische Gesundheitssystem zukunftsfit machen. Ein besonderer Fokus liegt für Gesundheitsministerin Korinna Schumann auf der Kinder- und Jugendgesundheit: „**JUNGE MENSCHEN BRAUCHEN EINEN GUTEN START IN DAS ERWACHSENENLEBEN.**“ | von Mag. Renate Haiden, MSc.

**G**esundheitsministerin Korinna Schumann will zentrale Weichen stellen: von fairer Bezahlung für Pflegekräfte über wohnortnahe Versorgung bis zu mehr Prävention. Auch Frauengesundheit, psychische Betreuung und Digitalisierung sollen gestärkt werden. Einen Überblick über Schwerpunkte, Herausforderungen und Chancen für das österreichische Gesundheitswesen gibt sie im Interview.

**PERISKOP: Das Gesundheitswesen steht vor vielen Herausforderungen. Wie kann die solidarische Versorgung auch künftig gesichert bleiben?**

**SCHUMANN:** Wir stehen tatsächlich vor großen Herausforderungen, aber das Grundbekenntnis zu einem solidarischen und sicheren und starken Gesundheitssystem muss erhalten bleiben. Damit im Zusammenhang steht die Frage, wie wir die Gesundheitsversorgung für die Menschen so gut gestalten können, dass alle – unabhängig von ihrem Einkommen – die gleiche Chance haben, die bestmögliche Versorgung zu erhalten, die sie benötigen. Ich bin grundsätzlich überzeugt, dass Österreich trotz einiger Problemfelder noch immer eines der weltbesten Gesundheitssysteme hat. Dennoch muss man anerkennen, dass viele Menschen nicht mehr das Gefühl haben, jene

**Prävention beginnt schon sehr früh, genau genommen ab der Geburt. Wir müssen in den Kindergärten und in den Schulen schon einen Fokus darauf legen und das Bewusstsein dafür schaffen.**

Korinna Schumann

Versorgungsqualität zu erhalten, die sie früher gewohnt waren. Gerade angesichts der schwierigen wirtschaftlichen und budgetären Rahmenbedingungen ist es umso wichtiger, nun die richtigen Schwerpunkte zu setzen. Wir brauchen eine Versorgung, die flächendeckend und wohnortnah ist. Wir müssen überlegen, wie Patientenzentren gestaltet sein müssen, damit die Menschen dort ankommen, wo sie die für sie erforderliche Versorgung erhalten. Dazu braucht es zum Beispiel den Ausbau der Primärversorgungszentren oder den Ausbau von Erstversorgungsambulanzen. Es ist auch wesentlich, dass wir die psychische Versorgung der Menschen weiter in den Mittelpunkt rücken.

**Welchen Stellenwert hat die Frauengesundheit im Regierungsprogramm?**

Frauengesundheit ist insgesamt ein wichtiges Thema, doch gerade die gesundheitlichen Veränderungen in den Wechseljahren und die damit einhergehenden Beschwerden treffen viele Frauen besonders. Als Bundesregierung ist es uns wichtig, dass die Frauen länger in Beschäftigungsverhältnissen bleiben können, daher muss es unser Ziel sein, die Betroffenen gut durch diese Lebensphase zu bringen. Das heißt, die körperlichen Belastungen, die in den Wechseljahren auftreten können, zu reduzieren und die Chancen, diese Zeit positiv zu gestalten, zu verbessern.

**Welchen Stellenwert hat die Kinder- und Jugendgesundheit?**

Um an die psychische Gesundheit anzuknüpfen: Hier sehen wir besonders bei Kindern und Jugendlichen noch Aufholbedarf und wollen einen starken Schwerpunkt setzen. Wir müssen dieser Generation einen guten Start in das Erwachsenenleben ermöglichen. Wir müssen sie fördern, um nicht ungenutzte Potenziale zurückzulassen.

Frauengesundheit im Fokus: Geschlechtsspezifische Versorgung soll systematisch gestärkt werden.



© BEN LEITNER



Vorsorgen statt heilen: Prävention, Digitalisierung und Gesundheitskompetenz als zentrale Bausteine für ein modernes Gesundheitssystem.

andersetzen. Doch eines darf auf keinen Fall passieren: dass immer mehr Aufgaben auf das Pflegepersonal abgewälzt werden, ohne dass sich das auch in einer fairen und angemessenen Bezahlung niederschlägt. Respekt vor dieser verantwortungsvollen Tätigkeit zeigt sich nicht nur in Symbolpolitik, sondern vor allem in besseren Arbeitsbedingungen und Gehältern. Nur so werden wir diesem essenziellen Berufsfeld gerecht.

#### Sind Primärversorgungseinheiten ein zukunftsfähiges Versorgungsmodell?

Primärversorgungseinheiten (PVE) sind moderne Modelle der wohnortnahen Gesundheitsversorgung und gewinnen zunehmend an Bedeutung, sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Ärztinnen und Ärzte. Seit Juli sind österreichweit 100 Primärversorgungseinheiten in Betrieb, viele weitere sind bereits in Planung. Allein 13 sind für Kinder- und Jugendmedizin eingerichtet. Sie alle bieten eine umfassende medizinische Betreuung unter einem Dach. Teams aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen arbeiten dort eng zusammen. Der multidisziplinäre Ansatz ermöglicht eine Versorgung, die über die reine Behandlung akuter Beschwerden hinausgeht und auch Prävention, Nachsorge und psychosoziale Aspekte miteinbezieht. Durch längere Öffnungszeiten, ein breites Leistungsangebot und kürzere Wartezeiten stärken PVE die Versorgung in urbanen wie ländlichen Regionen gleichermaßen. Gleichzeitig tragen sie zur besseren Steuerung von Patientenströmen bei. Ich hatte vor kurzem die Gelegenheit, ein Primärversorgungszentrum in Oberösterreich zu besuchen – was dort geleistet wird, ist großartig.

#### Wird die Gesundheits-Hotline 1450 Teil zur Patientenlenkung beitragen können?

Die zentrale Telefonnummer 1450 soll zum „Gesundheits-Navi“ für alle Österreicherinnen und Österreicher ausgebaut werden und eine Anlaufstelle für die Ersteinschätzung, Terminvergaben und in weiterer Folge auch für Videokonsultationen werden. Patientinnen und Patienten sollen nicht nur Information erhalten, sondern auch systematisch an die richtige Stelle im Gesundheitswesen geleitet werden – also in die Hausarzt- oder Facharztpraxis sowie in ein Krankenhaus. Daher ist 1450 auf einem guten und wichtigen Weg, zu einem zentralen Steuerungselement zu werden, mit dem eine effizientere Ressourcennutzung bei gleichbleibender hoher Versorgungsqualität erreicht werden soll.

#### In welcher Form sollen Gesundheitsdaten künftig stärker für Prävention und gesundheitspolitische Planung genutzt werden?

Bislang fehlen uns oft noch grundlegende Daten für die Gesundheitsplanung und -steuerung. Wenn wir die Gesundheitsversorgung gezielt weiterentwickeln wollen, brauchen wir eine solide Datengrundlage. Ohne sie bleibt gute Planung ein Blindflug. Jetzt setzen wir erste Schritte: Ab 1. Jänner 2026 wird die verpflichtende Diagnosecodierung eingeführt, damit schließen wir eine zentrale Lücke, vor allem im niedergelassenen Bereich. Parallel machen wir bei ELGA rasch Fortschritte: mit klaren Zusammenfassungen der wichtigsten Gesundheitsdaten und einem digitalen Medikationsplan sowie einem benutzerfreundlichen Portal, das auch mobil funktioniert. Wenn wir Ressourcen effizienter einsetzen wollen ohne Einbußen für die Patientinnen und Patienten, führt an einer besseren Datennutzung kein Weg vorbei. **P**

Vieles davon ist keine gesundheitliche, sondern vielmehr eine soziale Frage und zeigt, wie Gesundheit mit sozialen Bedingungen Hand in Hand geht. Daher bin ich sehr froh, dass bei uns im Haus nicht nur die Gesundheit, sondern auch Soziales, Pflege und Arbeit integriert sind.

#### Welche Rolle kann Digitalisierung im Gesundheitswesen spielen?

Die digitale Welt ist eine Realität und löst aktuell viele Veränderungen aus. Ich bin überzeugt, dass gerade im medizinischen Umfeld oder in der Pflege die Digitalisierung wirklich dazu beitragen kann, dass die Verwaltungsabläufe einfacher zu machen und die Bürokratieaufwand deutlich zu reduzieren. So können die Beschäftigten unterstützt und entlastet werden. Die Möglichkeiten sind vielfältig und auch hier wollen wir als Bundesregierung einen wesentlichen Schwerpunkt setzen. So soll zum Beispiel die Elektronische Gesundheitsakte ELGA weiter ausgebaut werden, ich kann mir auch gut vorstellen, Daten aus der Pflege in die ELGA zu integrieren. Digitalisierung, Künstliche Intelligenz und Algorithmen verändern Jobs und den Arbeitsmarkt. Das bringt Chancen für Innovationen, aber auch Herausforderungen. Es braucht klare Regelungen und den Schutz von Arbeitnehmer:innenrechten

#### Wo sehen Sie den Stellenwert von Prävention aktuell und welche Aktivitäten planen Sie konkret?

Die Förderung der Prävention liegt mir sehr am Herzen und ich möchte Gesundheit mit vielen Partnerinnen und Partnern gemeinsam gestalten, die am Gesundheitssystem mitarbeiten. Gerade in Zeiten, in denen Einsparungen erforderlich sein werden, müssen wir gemeinsam an einen Tisch kommen und gemeinsame Lösungen finden.

In Prävention muss dringend investiert werden, denn sie ist ein wichtiges Feld. Wir haben beispielsweise eine noch viel zu geringe Anzahl an Teilnehmenden bei den Vorsorgeuntersuchungen. Prävention beginnt schon sehr früh, genau genommen ab der Geburt. Wir müssen in den Kindergärten und in den Schulen schon einen Fokus darauf legen und das Bewusstsein dafür schaffen. Doch Prävention ist nicht nur ein Thema in jungen Jahren, sondern geht bis ins hohe Alter, denn jeder oder jede, der oder die jetzt schon eine Pflegestufe hat, kann Schritte

setzen, um nicht so rasch in die nächste Stufe zu kommen. Jede und jeder kann und muss im eigenen Lebensumfeld und der aktuellen Lebensphase ansetzen. Um das Gesundheitssystem zu entlasten, müssen wir alles daran setzen, die Menschen länger gesund zu halten.

#### Warum ist die Förderung der Gesundheitskompetenz für Sie ein so wichtiges politisches Ziel?

Wir haben im Regierungsprogramm Gesundheitsziele verankert, wie etwa die Stärkung von Prävention und Gesundheitskompetenz. Gerade angesichts knapper Budgets ist es wichtig, Prioritäten zu setzen. Frühe Aufklärung ist wesentlich, denn nur aus gut informierten gesunden jungen Menschen können auch gesunde Erwachsene werden. Mit Instrumenten wie dem Eltern-Kind-Pass bis 18 Jahre, schulischer Gesundheitsbildung und Impfprogrammen wollen wir die Gesundheitskompetenz erhöhen.

#### Gerade im medizinischen Umfeld oder in der Pflege kann die Digitalisierung dazu beitragen, die Verwaltungsabläufe einfacher zu machen und den Bürokratieaufwand deutlich zu reduzieren.

Korinna Schumann

#### Welche Maßnahmen sind für eine Aufwertung der Gesundheitsberufe geplant?

Ich bin überzeugt, dass Menschen, die in der Pflege und Betreuung arbeiten, tagtäglich Großartiges leisten. Sie verdienen unseren Respekt und unsere Anerkennung – nicht nur in Worten, sondern auch in konkreten Maßnahmen. Ein wichtiger erster Schritt ist nun getan: Pflegebeschäftigte werden endlich in die Schwerarbeit eingestuft. Es ist in unser aller Interesse, dass es faire Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte gibt. Und es ist besonders wichtig, dass anerkannt wird, welche körperlicher und psychischer Kraftakt Pflegearbeit ist. Wir setzen mit den Verbesserungen auch eine langjährige Forderung der Betroffenen um.

Gleichzeitig müssen wir uns intensiv mit den Fragen rund um Qualifikation, Weiterbildung und Perspektiven in diesen Berufen ausein-

Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz



# PVE als tragende Säule der Zukunft

Bei der PVE-Tagung in Linz präsentierte Dr. Alexander Biach eine klare Diagnose zum Zustand des österreichischen Gesundheitssystems – und zeigte auf, wie Primärversorgungseinheiten (PVEs) zu einem **SCHLÜSSEL FÜR NACHHALTIGE, MODERNE UND BEZAHLBARE VERSORGUNG** werden können. | von Karl Innauer

**D**as österreichische Gesundheitssystem steht unter enormem Druck – und das gleich auf mehreren Ebenen. Die Gesellschaft altert, die Zahl der Pflegebedürftigen steigt, die Kosten explodieren, gleichzeitig fehlen Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte. Wie Versorgung unter diesen Bedingungen zukunftsfähig gestaltet werden kann, stellte Dr. Alexander Biach, Generaldirektor der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS), bei der PVE-Tagung in Linz eindrucksvoll dar. Seine Antwort: neue Versorgungsformen, mehr Digitalisierung – und eine konsequente Stärkung der Primärversorgungseinheiten.

### Demografie als Treiber der Veränderung

Schon in wenigen Jahren werden über zwei Millionen Menschen in Österreich älter als 65 Jahre sein. Bis 2050 wird fast ein Drittel der Bevölkerung dieser Altersgruppe angehören. Das bedeutet nicht nur mehr chronische Erkrankungen, sondern auch massiv steigende Ausgaben. Biach bezifferte die durchschnittlichen Gesundheitskosten pro Person im Lebensverlauf mit rund 400.000 Euro. Der Großteil dieser Kosten fällt im letzten Lebensabschnitt an – ein Umstand, der präventive Maßnahmen noch dringlicher macht. PVEs könnten hier eine zentrale Rolle übernehmen, als erste Anlaufstelle und Lotse für frühzeitige Gesundheitsförderung.

### Fachkräftemangel als strukturelles Risiko

Mindestens ebenso besorgniserregend wie die demografische Entwicklung ist der Fachkräftemangel. Biach sprach von rund 100.000 fehlenden Kräften bis 2030, besonders in der Pflege, bei medizintechnischen Berufen und in der Allgemeinmedizin. Zwar gibt es mehr Absolventinnen und Absolventen, doch die Zahl der Kassenärztinnen und -ärzte stagniert. Die Gründe: mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, unattraktive Strukturen und zunehmende Bürokratie. Genau hier bieten PVEs eine Lösung – mit Teamarbeit, geregelten Diensten, moderner Infrastruktur und einer Aufgabenverteilung, die auch junge Ärztinnen und Ärzte anspricht.

### Kostentreiber Spital – Potenzial niedergelassener Bereich

Ein weiterer Brennpunkt liegt in der falschen Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten. Ein stationärer Aufenthalt kostet im Schnitt 6.500 Euro pro Patientin bzw. Patient, ein Ambulanzbesuch 432 Euro, ein Kontakt im niedergelassenen Bereich hingegen nur rund 100 Euro – inklusive Medikation. Trotzdem landen viele Patientinnen und Patienten direkt im Spital. Studien zeigen, dass bis zu 60 Prozent der Ambulanzfälle durch PVEs oder Hausärztinnen und -ärzte versorgt werden könnten. Die Gründe für den Weg ins Krankenhaus sind vielfältig: Öffnungszeiten, Erreichbarkeit, aber auch das subjektive Gefühl umfassender Betreuung. Genau hier können PVEs ansetzen – als multiprofessionelle Einheiten mit erweitertem Angebot und guter Zugänglichkeit.

Bei der PVE-Tagung in Linz skizzierte Alexander Biach, wie Primärversorgungseinheiten dem Gesundheitssystem neue Perspektiven eröffnen können.



### Digitalisierung als Schlüssel zur Entlastung

Biach betonte besonders das enorme Potenzial digitaler Anwendungen. Schon einfache Maßnahmen wie automatisierte Impf-Erinnerungen, elektronische Patientenakten, digitale Triage-Tools oder KI-gestützte Diagnostik könnten Versorgung effizienter machen. Allein durch Digitalisierung ließen sich laut Berechnungen rund zehn Prozent der Gesundheitskosten einsparen. In konkreten Zahlen: Bis zu 9.500 Ärztinnen bzw. Ärzte und 19.000 Pflegekräfte könnten durch digitale Entlastung effektiver eingesetzt werden. Biach forderte, diese Technologien systematisch zu nutzen – vor allem auch im niedergelassenen Bereich.

### PVEs als digitale und präventive Zentren

Die PVEs könnten in diesem Wandel eine zentrale Rolle spielen – nicht nur als klassische Anlaufstelle, sondern als digitale Drehscheiben. Biach plädierte dafür, sie zu Vermittlungszentren für geprüfte Gesundheits-Apps weiterzuentwickeln, wie sie etwa in Deutschland bereits verschreibungsfähig sind. Auch in der Prävention sieht er große Chancen. In den Gesundheitszentren der SVS konnte etwa durch gezielte Anreizsysteme – etwa ein 100-Euro-Bonus für Vorsorgeuntersuchungen – die Teilnahmequote massiv erhöht werden. Das zeige: Prävention funktioniert, wenn sie einfach zugänglich und sinnvoll eingebettet ist. PVEs sollten daher auch als Präventionszentren strategisch verankert werden.

### Faire Rahmenbedingungen statt Flickenteppich

Ein großes Hindernis für die flächendeckende Etablierung sieht Biach in der föderalen

Zersplitterung des Systems. Unterschiedliche Verträge, Honorare und Rahmenbedingungen je Bundesland erschweren den Ausbau massiv. Stattdessen forderte er österreichweit gültige Gesamtverträge – so wie sie die SVS bereits in 16 Fachbereichen umsetzt. Einheitliche Bedingungen könnten nicht nur faire Spielregeln schaffen, sondern auch verhindern, dass PVEs zum Spielball regionaler Interessen werden. Ohne klare, bundesweite Regeln wird es laut Biach keinen echten Durchbruch geben.

### Patientenströme besser steuern

Auch das Thema Patientensteuerung braucht neue Antworten. Biach sprach sich klar für den weiteren Ausbau der Gesundheitshotline 1450 aus – inklusive intelligenter Terminvermittlung, Anbindung an ELGA und digitaler Triage. Wer über diese Kanäle einen raschen Facharzttermin erhält, aber dennoch direkt ins Spital geht, könnte in Zukunft mit einer Kostenbeteiligung rechnen. Das Ziel: Steuerung statt Sanktion – aber mit klaren Systemvorgaben.

### Zukunftsmodell mit Rückenwind

Abschließend unterstrich Biach, dass die Idee der Primärversorgung unumkehrbar sei. Seit der Einführung des Primärversorgungsgesetzes 2017 sei viel passiert: Heute gibt es 92 PVEs in Österreich, darunter 13 Kinderzentren. Doch das reiche nicht aus. Wenn PVEs als attraktive Arbeitsorte, moderne Versorgungseinheiten und verlässliche Begleiter im Gesundheitssystem etabliert werden, dann könnten sie zur echten Triebkraft für ein nachhaltiges, gerechtes und modernes Gesundheitswesen werden. Die Werkzeuge dafür liegen laut Biach längst bereit – jetzt müsse man sie nur entschlossen einsetzen. **P**





# Impfen am Arbeitsplatz: Die unterschätzte Chance

Das Setting „Arbeitsplatz“ bietet ein großes, aber bisher kaum genutztes **POTENZIAL FÜR PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG**. Rund vier Millionen unselbstständig Erwerbstätige in Österreich haben Zugang zu arbeitsmedizinischer Betreuung, die gesetzlich verankert und unternehmensfinanziert ist. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Obwohl rund 1000 Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner Österreich prinzipiell impfen dürfen, bleiben viele Impfangebote auf Berufskrankheiten beschränkt. Dabei könnten innerbetriebliche Impfprogramme besonders jene Zielgruppen gut erreichen, die sich mit Impfscheidungen schwertun. „Das sind vor allem Menschen mittleren Alters, mit chronischen Erkrankungen oder in prekären Lebenslagen“, gibt Dr. Eva Höttl Einblick in die Situation. Die Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Bank und Vizepräsidentin der österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin plädiert im Rahmen des PRAEVENIRE-Denkertages für eine Neuausrichtung der Arbeitsmedizin als niederschwellige Anlaufstelle für die Verbesserung der Impfkompetenz und der Vorsorgeangebote.

## Impfmüdigkeit versus Impfpraxis

Die Realität im Jahr 2025 zeigt ein alarmierendes Bild: Österreich zählt EU-weit zu den Ländern mit der geringsten Impfquote, Keuchhusten- und Masernausbrüche häufen sich. Dabei wäre ein flächendeckender Zugang zu Impfangeboten durchaus möglich, denn über das Setting „Arbeitsplatz“ könnten etwa vier Millionen unselbstständig Erwerbstätige erreicht werden. Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz sieht nicht vor, dieses Potential auszuschöpfen und den Arbeitsplatz als wichtigen Präventionsort zu etablieren. „Rund ein Drittel aller unselbstständig Erwerbstätigen ist in Großunternehmen mit über 250 Beschäftigten tätig und diese Unternehmen verfügen verpflichtend über eine Arbeitsmedizinerin oder einen Arbeitsmediziner“, sagt Höttl. In diesem präventiven Fach steht der Auftrag, arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken zu identifizieren, zu vermeiden und zu managen, im Mittelpunkt – und demnach auch der Stellenwert von Impfungen. Doch impfen dürfen diese Ärztinnen und Ärzte bisher nur gegen Krankheiten, die als Berufskrankheiten anerkannt sind. So gilt etwa eine Zeckeninfektion bei Gärtnerinnen und Gärtnern als Berufskrankheit – nicht aber eine Pertussis-Erkrankung bei Callcenter-Mitarbeitenden, selbst wenn dort – aufgrund der vielen Menschen auf engem Raum, die den ganzen Tag sprechen, – ein Keuchhusten-Cluster auftritt. Auch eine Maserninfektion durch Kolleginnen und Kollegen, die aus einem Risikogebiet einreisen, fällt nicht in die Verantwortung der Arbeitsmedizin. Die Folge beschreibt Höttl: „In vielen Betrieben bleibt Impfen ein freiwilliges Zusatzangebot, wenn es überhaupt stattfindet.“

## Nähe schafft Verständnis

Der Setting-Ansatz der WHO, der seit den 1980er-Jahren in der Gesundheitsförderung

etabliert ist, geht davon aus, dass Interventionen dort am wirksamsten sind, wo Menschen gemeinsam leben und arbeiten. Arbeitsplätze erfüllen all diese Kriterien, denn es gibt eine gemeinsame Sprache, eine funktionierende Kommunikationskultur und oft auch ein starkes Zugehörigkeitsgefühl. „Als Arbeitsmedizinerin weiß ich, wie ich mit Menschen im Betrieb kommunizieren muss, ich kenne ihre Routinen, ihre Sorgen, ihre Kanäle“, erklärt Höttl und betont, dass der Zugang niedrigschwellig und das Vertrauen groß ist. So könnten Aufklärungsgespräche, Impfangebote oder Impfberatung genau dort stattfinden, wo Menschen ohnehin sind: am Arbeitsplatz, in der Garderobe, im Pausenraum oder beim Jahresgespräch. Das ist umso wichtiger, als evident ist, dass die Gesundheitskompetenz in Österreich in puncto Impfscheidungen noch ausbaufähig ist. „Viele Menschen können kaum entscheiden, ob eine Grippeimpfung sinnvoll ist, oder wissen nicht, welche Impfungen sie selbst oder ihre Angehörigen brauchen. Ein Teil findet keine verlässlichen Informationen oder kann die Angebote nicht richtig beurteilen. Besonders betroffen sind Menschen in der Altersgruppe 30 bis 60 Jahre, Personen mit chronischen Erkrankungen sowie Menschen in finanziell schwieriger Lage. Diese Gruppen stellen einen erheblichen Teil der Erwerbsbevölkerung dar und sind im betrieblichen Setting gut erreichbar“, bringt es Höttl auf den Punkt.

Ein Blick auf die aktuelle Situation bei Pertussis macht das Dilemma deutlich: Trotz einer Impfpflicht im österreichischen Impfplan und einer Reduktion des Impfintervalls auf fünf Jahre verfügt nur etwa ein Drittel der Bevölkerung über einen ausreichenden Immunschutz. „Auch hier ist eine Impfung im betrieblichen Setting in der Regel nicht vorgesehen, da Pertussis nicht als Berufskrankheit gilt. Dennoch könnte eine Infektion innerhalb weniger Tage ganze Abteilungen lahmlegen oder über Familienangehörige weitergetragen werden. Ein systematisches Impfangebot am Arbeitsplatz könnte hier Leben retten und wäre kostengünstiger als Arbeitsausfälle, Krankenhausaufenthalte oder langfristige Folgeschäden“, beschreibt die Arbeitsmedizinerin.

## Politischer Wille fehlt

Die Situation scheint paradox, denn obwohl die arbeitsmedizinische Infrastruktur vorhanden, die Finanzierung durch die Unternehmen gesichert und die Vertrauensbasis gegeben ist, fehlt der gesundheitspolitische Auftrag. In Deutschland wurde mit dem Präventionsgesetz bereits vor über zehn Jahren ein gesetzlicher Rahmen geschaffen, der betriebliche Gesundheitsförderung, einschließlich Impfberatung und -angeboten, ermöglicht und fördert. In Österreich hingegen ist die Arbeitsmedizin nach wie vor



Eva Höttl plädiert beim PRAEVENIRE Denkartag für den Ausbau betrieblicher Impfangebote als niederschwellige Präventionsmaßnahme.

primär mit der Prävention von klassischen Berufskrankheiten beauftragt. Höttl wünscht sich daher eine Reform der arbeitsmedizinischen Aufgabenstellungen: „Wir müssen die Kolleginnen und Kollegen endlich als das einsetzen, was sie sein können, als strategische Partnerinnen und Partner für Public-Health-Aufgaben.“ Sie fordert konkret die Erweiterung des arbeitsmedizinischen Auftrags um allgemeine präventive Maßnahmen und die Integration von Impfberatung und -angeboten in die betriebliche Gesundheitsvorsorge sowie den Aufbau von gesundheitskompetenten Organisationen. Dazu gilt es, vorhandene Strukturen zur Information und Aufklärung auch in mehreren Sprachen zu nutzen.

„Wenn Prävention ernst genommen wird, darf sie nicht an rechtlichen Grenzen scheitern. Die Herausforderung der kommenden Jahre liegt nicht nur im Bereitstellen von Impfstoffen, sondern im Vermitteln von Impfkompetenz. Der Arbeitsplatz bietet dafür eine einmalige Chance, vorausgesetzt, Politik und Gesellschaft erkennen das Potenzial und schaffen die nötigen Rahmenbedingungen“, sagt Höttl abschließend. P





PEOPLE

# Innovative Rehabilitation mit Weitblick

Ob nach einem Herzinfarkt, einer Operation oder im Umgang mit chronischen Erkrankungen – medizinische Rehabilitation hilft Menschen, Schritt für Schritt in ein selbstbestimmtes Leben zurückzufinden. Dr. Monika Mustak-Blagusz, MBA, Chefärztin der Pensionsversicherung, beschreibt, wohin sich Rehabilitation entwickelt: Sie muss, unter Einbindung der zunehmenden Digitalisierung, **TEILHABEORIENTIERT, INDIVIDUELL UND FORSCHUNGSBASIIERT WERDEN.** | von Mag. Renate Haiden, MSc.

**D**ie medizinische Rehabilitation hat sich in den vergangenen Jahren stark gewandelt und sie wird sich weiterentwickeln. Daher setzt die Pensionsversicherung (PV) schon heute auf Spezialisierung, Individualisierung und innovative Konzepte wie PV RehaJET® oder Telerehabilitation. Entscheidend dabei ist, das passende Setting für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu finden. Neben dem medizinischen Erfolg steht die nachhaltige Teilhabe im Fokus. Mit interdisziplinären Teams, digitalen Angeboten und gezielter Forschung und Erfolgskontrolle gelingt es der PV, moderne Reha nah an den Bedürfnissen der Menschen zu gestalten, mitumfasst sind damit auch pflegende Angehörige, Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Berufstätige in belastenden Arbeitsumfeldern.

**PERISKOP: Welche Kriterien sind ausschlaggebend für die Wahl des geeigneten Settings einer ambulanten, stationären oder teilstationären Rehabilitation?**

**MUSTAK-BLAGUSZ:** Die stationäre Rehabilitation ist besonders für Personen geeignet, die eine umfassende medizinische und pflegerische Betreuung benötigen. Der strukturierte Tages-

ablauf, die ständige Verfügbarkeit von Fachpersonal und der geschützte Rahmen ermöglichen eine fokussierte Genesung, fernab vom Alltag. Vor allem nach schweren Erkrankungen oder Operationen bietet die stationäre Reha daher ein sicheres und entlastendes Umfeld. Demgegenüber steht die ambulante Rehabilitation, bei der tagsüber Therapieeinheiten in einer Reha-Einrichtung entsprechend dem ambulanten medizinischen Leistungsprofil stattfinden. Anschließend kehren die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in das gewohnte Umfeld zurück. Besonders für Menschen mit familiären Verpflichtungen oder Betreuungspflichten kann dies eine erhebliche Entlastung darstellen. Als innovative Variante gewinnt die teilstationäre Rehabilitation an Bedeutung. Dieses Modell eignet sich besonders für Menschen, die in der Nähe eines Reha-Zentrums, aber zu weit von einer geeigneten ambulanten Einrichtung wohnen. Derzeit wird die teilstationäre Reha an den Standorten Bad Aussee, Saalfelden, Gröbming und Bad Tatzmannsdorf angeboten. Ziel ist es, das rehabilitative Angebot auch abseits urbaner Zentren auszubauen. Unabhängig vom Setting steht bei allen Rehabilitationsformen die Teilhabe der Patientinnen

**Mit interdisziplinären Teams, digitalen Angeboten, gezielter Forschung und Erfolgskontrolle gelingt es der PV, moderne Reha nah an den Bedürfnissen der Menschen zu gestalten.**

Monika Mustak-Blagusz

und Patienten am beruflichen und gesellschaftlichen Leben im Fokus. Die Zielformulierung orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen und wird konsequent verfolgt. Die Entscheidung für die passende Rehabilitationsform sollte daher gemeinsam mit dem Behandlungsteam, unter Berücksichtigung medizinischer Erfordernisse und persönlicher Lebensumstände, getroffen werden.

**Telerehabilitation gewinnt zunehmend an Bedeutung. Welche Erfahrungen haben sie damit?**

Telerehabilitation ist uns sehr wichtig, daher haben wir ein Pilotprojekt gestartet, das es Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erlaubt, zeit- und ortsunabhängig als Phase-3-Reha in dieser Form teilzunehmen. Nach einer Akutbehandlung in Phase 1 und deren Anschlussrehabilitation in Phase 2 kann eine Erhaltungsrehabilitation als Telerehabilitation beantragt werden. Sie dient zur langfristigen Stabilisierung des Gesundheitszustandes und der Wiedereingliederung in den Alltag und ins Berufsleben.

**Wie ist die Akzeptanz von Telerehabilitation bei den Patientinnen und Patienten?**

Erste Erfahrungen zeigen, dass sie besonders für Patientinnen und Patienten mit weiter Anreise eine gute Unterstützung darstellt. Das Konzept kombiniert digitale Eigenübungen mit persönlichem Kontakt zum Reha-Team – teils in Präsenz, teils online. Auch Arztkonsultationen sind über die Telerehabilitation möglich. Eine abschließende Bewertung der Akzeptanz wird mit den Ergebnissen im kommenden Jahr erwartet.

**Wie stellen Sie fest, ob ein Rehabilitationsprogramm nachhaltigen Erfolg hat?**

Mit innovativen Therapiekonzepten und ausgewählten Schwerpunkten setzen wir neue Impulse für eine moderne, zielgerichtete Rehabilitation. Der nachhaltige Erfolg kann bei medizinischem Bedarf durch eine zielorientierte, längerfristige Begleitung wie zum Beispiel Maßnahmen der Phase-3-Reha in Präsenz oder via Telerehabilitation, unterstützt werden. Im Rahmen von Forschungsprojekten kann gezielt nachverfolgt werden, ob Patientinnen und Patienten auch einige Monate nach Abschluss der Rehabilitation an ihrem Leben teilhaben.

Telerehabilitation ist uns sehr wichtig, daher haben wir ein Pilotprojekt gestartet, das es erlaubt, zeit- und ortsunabhängig als Phase-3-Reha in dieser Form teilzunehmen.



© KRISZTIAN JUHASZ

### **Gibt es ein Beispiel, das diese Weiterentwicklung und Erfolgskontrolle besonders gut dokumentiert?**

Ja, der PV RehaJET®, ein innovatives, medizinisch-berufsorientiertes Rehabilitationsprogramm, das Menschen gezielt auf die Rückkehr ins Berufsleben vorbereitet. Es handelt sich um ein intensives Programm mit klarem Arbeitsplatzbezug, das in verschiedenen Varianten erprobt wird, um passgenaue Angebote für unterschiedliche Bedarfslagen zu schaffen. Auch hier ist es wichtig, die Nachhaltigkeit im Auge zu haben und unsere Reha-Angebote laufend weiterzuentwickeln, abgestimmt auf die Indikationen und Bedürfnisse der Betroffenen. Der PV RehaJET® ist die einzige medizinisch-berufsorientierte Reha in Österreich und bereitet Patientinnen und Patienten bestmöglich auf den beruflichen Wiedereinstieg vor. So werden etwa in Arbeitssimulationstrainings, die auf die berufliche Tätigkeit ausgerichtet sind, Fähigkeiten und Arbeitsabläufe gezielt trainiert. Vorab wird dazu eine genaue Anforderungs- und Fähigkeitsanalyse erstellt und Probleme und Einschränkungen gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden analysiert. Derzeit wird der PV RehaJET® in Bad Hofgastein, Bad Schallerbach, Gröbming, Laab im Walde und im Zentrum für ambulante Rehabilitation in Graz angeboten.

### **Gibt es Branchen oder Berufsbilder, die von diesem Angebot besonders profitieren?**

Für Menschen, die bereits im Berufsleben standen und gezielt auf ihre Rückkehr in den angestammten Beruf vorbereitet werden sollen, ist der PV RehaJET® von hohem Nutzen. Durch eine präzise Analyse der Arbeitsplatzanforderungen und der individuellen Fähigkeiten wird gezielt an bestehenden Lücken gearbeitet. Dabei kommen standardisierte Testverfahren (FCE) zum Einsatz.

### **Die PV engagiert sich in verschiedenen Forschungsprojekten, beispielsweise zur psychokardiologischen Reha. Welche Erkenntnisse konnten daraus gewonnen werden und wie fließen diese in die Praxis ein?**

Forschung schafft Evidenz für unser Handeln, das ist mir sehr wichtig. Wir forschen universitätsnah – etwa in Kooperation mit der Universität Graz – aber auch praxisbezogen zur Evaluierung unserer Programme. Wichtige Erkenntnisse wurden etwa im Bereich der Psychokardiologie gewonnen, wo psychische Belastungen nach Herzerkrankungen systematisch adressiert werden. Diese konnten rezent im PLOS One publiziert werden. Alle Projekte orientieren sich an einer veröffentlichten Forschungsagenda und fließen direkt in die Weiterentwicklung der Versorgungsangebote ein. Internationale Kooperationen und Kongressbeiträge sichern zudem den Austausch mit der Forschungsgemeinschaft.

### **Wie setzen Sie das bio-psycho-soziale ICF-Modell der WHO konkret in der Erstellung individueller Therapiepläne um und welche Vorteile bringt das für die Patientinnen und Patienten?**

Bereits beim Aufnahmeprozess werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten konkrete Teilhabeziele definiert, an denen sich der individuelle Therapieplan ausrichtet. Die Entlassungs- und Teilhabeberatung begleitet diesen Prozess von Beginn an. In interdisziplinären und multiprofessionellen Teams wird der Fortschritt regelmäßig überprüft und bei Bedarf der Plan angepasst.

### **Wie stellen Sie sicher, dass die Qualität der Rehabilitationsleistungen in externen**

Mit innovativen Therapiekonzepten setzen wir neue Impulse für eine moderne, zielgerichtete Rehabilitation.



### **Einrichtungen stimmt und welche Kriterien müssen diese Einrichtungen erfüllen?**

Die Qualität der Reha-Leistungen in den Vertragspartnereinrichtungen der PV wird durch verbindliche medizinische Leistungsprofile (MLP) sichergestellt, die für alle Vertragseinrichtungen gelten, differenziert nach stationärer, ambulanter und psychosozialer Rehabilitation. Ergänzend dazu gibt es ein umfassendes Reha-Leistungsspektrum. Zur Qualitätssicherung führt die Pensionsversicherung regelmäßige begleitende Visitationen durch, bei denen sowohl organisatorische als auch medizinische Aspekte überprüft werden, insbesondere, ob Teilhabeziele korrekt formuliert und umgesetzt werden. Ziel ist eine einheitlich hohe Versorgungsqualität für alle Versicherten.

### **Der PV RehaJET® ist ein innovatives, medizinisch-berufsorientiertes Rehabilitationsprogramm, das Menschen gezielt auf die Rückkehr ins Berufsleben vorbereitet.**

Monika Mustak-Blagusz

### **Welche digitalen Angebote stellen Sie Ihren Versicherten zur Verfügung und wie werden diese angenommen?**

Wir bieten den Versicherten umfassende digitale Services, darunter eine neu gestaltete Website mit klarer Nutzerführung zu Themen wie medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation. Alle Informationsmaterialien, dazu gehören auch Folder und Broschüren, sind online abrufbar. Ein zentrales Anliegen ist auch die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz. Im Projekt „digiGeko“ werden zunächst Mitarbeitende geschult, um dieses Wissen dann an Patientinnen und Patienten weiterzugeben. So stellen wir sicher, dass digitale Angebote effektiv genutzt werden und verlässliche Gesundheitsinformationen im Netz zu finden sind.

### **Gibt es Programme zur engeren Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern?**

Programme zur engeren Zusammenarbeit mit der Arbeitsmedizin und damit den Unternehmen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner spielen eine Schlüsselrolle, da sie frühzeitig erkennen können, wenn Beschäftigte durch chronische Erkrankungen oder arbeitsbedingte Belastungen Unterstützung benötigen. Ziel ist es, diese Personen rechtzeitig in passende Reha-Programme

zu bringen, um ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen – ein Bereich, der künftig weiter ausgebaut werden soll.

### **Sie bieten auch Rehabilitation für pflegende Angehörige an. Welche Ziele verfolgen Sie damit?**

Die Pensionsversicherung bietet pflegenden Angehörigen ein vierwöchiges Rehabilitationsprogramm in Bad Schallerbach an, um ihre hohe körperliche und psychische Belastung zu reduzieren – insbesondere, wenn sie zusätzlich im Berufsleben stehen. Das Programm ist teilhabe- und zielorientiert und berücksichtigt auch das soziale und häusliche Umfeld. Es richtet sich zum Beispiel auch an Eltern pflegebedürftiger Kinder. Aktuell wird das Angebot wissenschaftlich evaluiert. Erste Rückmeldungen sind sehr positiv.

### **Welche Entwicklungen erwarten Sie in den nächsten fünf Jahren im Bereich der medizinischen Rehabilitation in Österreich und wo sehen Sie die Rolle der PV?**

In den nächsten fünf Jahren wird die medizinische Rehabilitation in Österreich noch individueller und zielgerichteter werden und noch besser abgestimmt auf Beruf, Lebenssituation und Krankheitsbild. Die Pensionsversicherung setzt dabei auf passgenaue Zuweisung in spezialisierte Einrichtungen, den Ausbau des PV RehaJET® und den verstärkten Einsatz von Robotik und technischen Hilfsmitteln, etwa in der neurologischen Reha oder beim beruflichen Wiedereinstieg. Ein wachsender Fokus liegt auf der Begleitung chronisch kranker und älterer Menschen, um deren Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern. Zudem wird die Prävention weiter ausgebaut, insbesondere im Hinblick auf psychische Belastungen und die Anforderungen der modernen Arbeitswelt.

### **Gibt es Themen, die Ihnen persönlich besonders am Herzen liegen?**

Ein besonderes Anliegen ist mir die stärkere Einbindung der Rehabilitation in eine integrierte Versorgung. Die Pensionsversicherung verfügt über hochqualifiziertes Personal und fachärztliche Expertise, die gezielt genutzt werden kann. Dazu ist eine enge Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und -ärzten erforderlich. Eine Anbindung an das Arzneimittel-Bewilligungs-Service wäre wünschenswert, damit Fachärztinnen und -ärzte in den Reha-Zentren Medikamente direkt verordnen können. So würden Patientinnen und Patienten nach der Reha unnötige Wege und lange Wartezeiten auf Facharzttermine erspart bleiben. **P**





PEOPLE

# Frauengesundheit zwischen Tabu und Transformation

Frauengesundheit wird nach wie vor auf einzelne Lebensphasen reduziert, anstatt sie ganzheitlich und systematisch zu betrachten. **DREI STARKE STIMMEN ZEIGEN AM PRAEVENIRE-DENKERTAG AUF, WARUM SICH DAS RASCH ÄNDERN MUSS:** Genderexpertin Univ.-Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer, Nationalratsabgeordnete Mag. Dr. Juliane Bogner-Strauß und Mag. Claudia Neumayer-Stickler, Leiterin des gesundheitspolitischen Referats im österreichischen Gewerkschaftsbund. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

**E**s ist nicht nur die medizinische Versorgung, die eine frauenspezifische Perspektive braucht, denn es geht bei Gendermedizin auch um strukturelle Rahmenbedingungen, Aufklärung und Sensibilisierung. Einig sind sich die drei Expertinnen Univ.-Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer, Mag. Dr. Juliane Bogner-Strauß und Mag. Claudia Neumayer-Stickler daher rasch, dass es ein Gesundheitssystem braucht, das weibliche Lebensrealitäten ernst nimmt und in allen Bereichen gerecht gestaltet ist.

## Frauengesundheit beginnt am Arbeitsplatz

„Ein wichtiges Feld für Frauengesundheit ist der Arbeitsplatz, der im Hinblick auf die Gesundheit von Frauen jedoch noch wenig in den Fokus gerückt wird. Unsere Arbeits- und Lebensbedingungen gestalten den Rahmen, ob wir ein gutes und gesundes Leben führen können oder ob es gesundheitliche Belastungen gibt, die sich negativ auf das Wohlbefinden auswirken. Gerade bei Frauen sind oft strukturelle Benachteiligungen spürbar, aber zu wenig sichtbar“, ist Neumayer-Stickler überzeugt.

Während Gesundheitsförderung in Unternehmen längst angekommen ist, fehlt vielfach noch der geschlechtersensible Blick. Gefährdungen und Belastungen am Arbeitsplatz, sowohl

Genderexpertin Alexandra Kautzky-Willer betont am PRAEVENIRE Denkertag die Bedeutung einer ganzheitlichen, geschlechtersensiblen Medizin für Frauen.

physische als auch psychische, werden oft noch immer nicht aus Sicht der Frauen beurteilt. Arbeitsbedingungen, die auf männliche Normen zugeschnitten sind, ignorieren die spezifischen Risiken und Belastungen für Frauen. Das betrifft sowohl physische als auch psychische Gefährdungen und reicht von ergonomisch ungeeigneten Arbeitsplätzen bis hin zu unbeachteten hormonellen Lebensphasen. „Ziel muss immer sein, eine gesundheitliche Schädigung oder eine Erkrankung zu verhindern. Dazu wäre es wichtig, Maßnahmen unter Berücksichtigung gendermedizinischer Aspekte anzupassen und auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung sollte Frauengesundheit einen höheren Stellenwert bekommen“, betont Neumayer-Stickler. Als konkretes Beispiel nennt sie Arbeitnehmerinnen in der Menopause. „Wechseljahre sind Privatsache“, so lautet das Motto vieler Betriebe. Das kann negative Folgen bei allen Beteiligten haben, beschreibt die Expertin: „Neben den Auswirkungen auf die Betroffenen selbst sind Betriebe damit konfrontiert, dass zum Beispiel Fehlzeiten zunehmen oder die Frauen frühzeitig aus dem Berufsleben aussteigen müssen.“ Neumayer-Stickler fordert daher mehr Offenheit, Sensibilisierung und konkrete Maßnahmen für einen Perspektivenwechsel und eine Enttabuisierung des Themas. „Es braucht

insbesondere geschulte Führungskräfte, die Verständnis zeigen und Unterstützung anbieten, damit Frauen länger bei guter Gesundheit arbeiten und auch länger bei guter Gesundheit leben können.“

## Aufklärung in der Ausbildung

Auch Bogner-Strauß ist überzeugt, dass Frauengesundheit bisher eine vernachlässigte Materie ist und betont, dass diesem Thema in der aktuellen Regierungsarbeit hohe Aufmerksamkeit geschenkt werden wird: „Ob Endometriose, Menstruationsbeschwerden oder Menopause, noch immer herrscht viel Unwissen und Tabuisierung bei Betroffenen ebenso wie beim ärztlichen Personal.“ Sie weiß auch um die Folgen Bescheid und nennt beispielsweise Fehldiagnosen, verspätete Therapien und chronisches Leiden. „Aufklärung muss schon in der Ausbildung stattfinden und frauenspezifische Beschwerden müssen verstärkt adressiert werden“, so Bogner-Strauß. Sie fordert darüber hinaus auch einen Fokus in der Forschung, angepasste Arzneimittel und vor allem eine geeignete Infrastruktur. „Eigene Frauengesundheitszentren, in denen multiprofessionelle Teams frauenspezifische Versorgungsbedürfnisse von der Jugend bis ins hohe Alter betreuen“, wären ebenfalls hilfreich.



© KRISTIAN JUHASZ



### Gender-Bias kostet gesunde Lebensjahre

Kautzky-Willer macht am PRAEVENIRE Denkertag einmal mehr deutlich, dass Frauengesundheit kein Nischen-, sondern ein Querschnittsthema ist und sowohl biologische als auch soziale, gesellschaftliche und gesundheitspolitische Aspekte umfasst. Sie erinnert daran, dass die Weltgesundheitsorganisation Gendermedizin als wichtigen Ansatz zur Verbesserung der Versorgung anerkannt hat, jedoch die Realität sowohl national als auch international nach wie vor hinterherhinkt. „Frauengesundheit ist weit mehr als Gynäkologie. Es braucht einen Perspektivenwechsel weg vom Fokus auf Reproduktionsmedizin, hin zu einem ganzheitlichen, geschlechtersensiblen Zugang. Dazu gehören auch Themen wie Bildung, finanzielle Ressourcen, soziale Normen, Erwerbsbiografien und nicht zuletzt Traumatisierungen, die nach wie vor eine große Rolle spielen“, sagt Kautzky-Willer. Sie zeigt auf, dass biologische Unterschiede, insbesondere hormonelle Schwankungen von der Pubertät über die Schwangerschaft bis hin zur Menopause, die Krankheitsanfälligkeit von Frauen erheblich beeinflussen. „Doch auch Lebensstilfaktoren wie Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Suchtverhalten sind genderspezifisch ausgeprägt. Zudem hat die Kommunikation mit Gesundheitsberufen nachweislich Einfluss auf die Diagnose- und Behandlungsqualität und nicht zuletzt sind es auch die Behandlerinnen oder Behandler selbst, die ausschlaggebend dafür sind, dass Frauen häufig eine schlechtere Behandlungsqualität erfahren“, weiß die Medizinerin.

Obwohl Frauen in Österreich im Schnitt vier bis fünf Jahre länger leben als Männer, verbringen sie deutlich weniger Jahre bei guter Gesundheit. Laut aktuellen Gesundheitsberichten sind die Haupttodesursachen für Frauen wie für Männer Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von Krebs und Demenz. Besonders kritisch ist aber zum Beispiel die Zunahme von Lungenkrebs infolge steigender Raucherinnenzahlen. Bei vielen Erkrankungen – etwa Brustkrebs, Osteoporose, Autoimmunerkrankungen, Depressionen oder chronischen Schmerzen – sind Frauen zudem überproportional häufig betroffen.

### Frauengesundheit im Lebensverlauf

Kautzky-Willer betont zudem, dass sich frauenspezifische Gesundheitsrisiken entlang des gesamten Lebenslaufs abzeichnen und Veränderungen unterworfen sind. Dennoch könnten – bei rechtzeitiger Prävention – viele Risiken schon vorab reduziert werden. In der Pubertät sind das zum Beispiel Zyklusbeschwerden, Essstörungen oder psychische Belastungen. In der Schwangerschaft folgen Gestationsdiabetes, Schwangerschaftshypertonie oder Adipositas

und schließlich steigen in der Menopause die Risiken für Herzinfarkt, Schlaganfall oder Diabetes. Im Alter nehmen Osteoporose, Frailty oder Demenz zu, wenn in jungen Jahren die Anzeichen dafür übersehen werden. „Viele dieser Risiken lassen sich frühzeitig erkennen, würden frauenspezifische Vorsorgeuntersuchungen implementiert. Besonders wichtig sind hier Impfungen wie etwa HPV, Lebensstilberatung und ein niedrigschwelliger Zugang zu medizinischer Versorgung“, sagt Kautzky-Willer. Eine aktuelle globale Untersuchung zeigt zudem, dass unter den 20 führenden Ursachen für verlorene gesunde Lebensjahre bei Frauen Kreuzschmerzen, Depressionen, Kopfschmerzen, Angststörungen, muskuloskeletale Erkrankungen, Demenz und HIV/Aids besonders relevant sind. „Österreich macht keine Ausnahme. Auch weltweit beobachten wir, dass die gesundheitlichen Belastungen durch Erkrankungen bei Frauen höher als bei Männern sind, Tendenz steigend“, weiß die Genderexpertin. Dazu kommt, dass Interventionen bei Frauen oft schlechter wirken, klinische Studien zu wenige weibliche Probandinnen enthalten und nur etwa die Hälfte aller Studien überhaupt geschlechterspezifisch getrennte Daten vorlegen. „In über 60 Prozent dieser Fälle schneiden Frauen schlechter ab – durch weniger Wirkung, schlechteren Zugang oder höhere Nebenwirkungen. Medikamente werden dreieinhalbmal so häufig wegen Nebenwirkungen bei Frauen wieder vom Markt genommen“, betont Kautzky-Willer.

### Niederschweligen Zugang ausbauen

Die Liste notwendiger Maßnahmen ist auch für die Medizinerin lang, aber klar umrissen: „Wir müssen Gendermedizin in medizinischer Ausbildung und Weiterbildung verankern und benötigen eine geschlechterspezifische Auswertung von Studiendaten.“ Einig ist sie sich mit Bogner-Strauß und Neumayer-Stickler, dass es spezialisierte Versorgungseinrichtungen für Frauengesundheit braucht, darüber hinaus eine frühzeitige Aufklärung über Risikofaktoren in Schule, Beruf und Gesellschaft sowie niederschwellige Versorgungsangebote auch für sozial oder kulturell benachteiligte Gruppen. Als strukturelle Antwort auf diese Herausforderungen nennt Kautzky-Willer unterschiedliche Modelle, wie etwa niederschwellige „Kioske“, wie sie in Wien eingerichtet werden, um Frauen aus verschiedenen Kulturkreisen an das Gesundheitssystem heranzuführen. Auch interdisziplinäre Ambulanzen, die medizinische, psychologische und soziale Expertise verbinden, oder Primärversorgungseinheiten mit einer Spezialisierung auf Frauengesundheit sind aus ihrer Sicht gangbare Wege. Zentren müssten ärztliche Fachrichtungen, Hebammen, Pflege, Sozial-



Juliane Bogner-Strauß (oben) und Claudia Neumayer-Stickler (unten) fordern mehr Aufklärung, Forschung und frauenspezifische Versorgungsangebote für alle Lebensphasen.

arbeit und Psychotherapie unter einem Dach vereinen und auf die gesamte Lebensspanne ausgerichtete Versorgung bieten. Zudem weist sie auf einen internationalen Delphi-Prozess hin, in dem Expertinnen und Experten, Patientinnen und Patienten sowie Fachgesellschaften zentrale Wissensbereiche definiert haben, die alle Gesundheitsberufe zum Thema Frauengesundheit kennen sollten. „Das reicht von Bluthochdruck mit frauenspezifischen Grenzwerten, Arzneimittelwirkungen bei Kinderwunsch und Stillzeit über Unterschiede in der Notfallversorgung bis hin zu Osteoporose und Diabetes“, so Kautzky-Willer.

Insgesamt betonen die Expertinnen in ihren Impulsreferaten im Rahmen des PRAEVENIRE-Denkertages einhellig den differenzierten Blick auf weibliche Gesundheitsrealitäten. Die Datenlage ist eindeutig, der Handlungsbedarf groß, die Lösungsskizzen liegen auf dem Tisch. Jetzt braucht es noch den politischen Willen und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit, damit ein Gesundheitssystem entstehen kann, das die Lebenswelten von Frauen nicht nur mitdenkt, sondern mitgestaltet. **P**



**die möwe**



**Missbrauch hinterlässt Spuren.**  
Sehen Sie genauer hin.

Helfen Sie betroffenen Kindern mit Ihrer Spende.



[die-moewe.at/spende](https://die-moewe.at/spende)



# Entlastung des Faktors Arbeit

**DAS ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSSYSTEM** steht unter finanziellem Druck und **DIE FRAGE, WER DIESE KOSTEN KÜNFTIG TRÄGT**, wird immer drängender. Immer weniger Beschäftigte finanzieren einen wachsenden Bedarf, während Automatisierung, technologische Umbrüche und demografische Entwicklungen die Schere weiter öffnen und den gesellschaftlichen Zusammenhalt auf die Probe stellen. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

**M**arkus Wieser, Präsident der Arbeiterkammer Niederösterreich, beschreibt es mit einer Analogie aus der Medizin in seinem Impulsvortrag im Rahmen des PRAEVENIRE Denkartages: „Wir befinden uns längst nicht mehr in der Prävention, wir sind schon im ambulanten Bereich angekommen und stehen kurz davor, auf der Intensivstation zu landen“.

Der Experte hat öffentlich zugängliche Zahlen zusammengetragen und zeigt deutlich auf, woher derzeit die Mittel kommen und wofür sie ausgegeben werden: Der Anteil der Verwaltungskosten im Gesundheitssystem beträgt lediglich 2,7 Prozent, Krankentransporte und Rettungsdienste schlagen mit 1,4 Prozent zu Buche. Deutlich höhere Ausgaben entfallen auf die stationäre Versorgung (43 Prozent), die ambulante Versorgung (28,5 Prozent) sowie pharmazeutische Produkte und medizinische Verbrauchsgüter (12,7 Prozent). Die häusliche Pflege, inklusive Pflegegeld, macht 7,4 Prozent aus und der Bereich der Prävention kommt auf 4,6 Prozent.

Bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention entfallen 70 Prozent auf tertiäre, 13,5 Prozent auf primäre und 13,2 Prozent auf sekundäre Prävention. Während Primärprävention zum Beispiel mit Impfungen oder Arbeitnehmerschutzmaßnahmen gesunde Menschen im Fokus hat und das Auftreten von Krankheiten von vornherein verhindern soll, steht im Mittelpunkt der sekundären Prävention das frühzeitige Erkennen von Krankheiten oder Risikofaktoren, etwa über Vorsorgeuntersuchungen oder Screening-Programme, und schließlich setzt die Tertiärprävention dort an, wo eine Krankheit bereits diagnostiziert wurde. Sie soll verhindern, dass sich der Zustand verschlechtert, Komplikationen auftreten oder Rückfälle entstehen, zum Beispiel durch Rehabilitationsmaßnahmen, medikamentöse Einstellung bei chronischen Erkrankungen oder Schulungsangebote. „Wir investieren vor allem dann, wenn es schon zu

spät ist“, kritisiert Wieser diesen Ansatz und betont, dass auch ein weiterer Trend die soziale Schieflage verschärft: „Bereits knapp 40 Prozent der Bevölkerung verfügen über eine private Krankenversicherung. Die privaten Gesundheitsausgaben steigen deutlich an. Insgesamt beträgt der Anteil der privaten an den gesamten Gesundheitsausgaben etwa 23 Prozent.“

## Einseitige Belastung künftig vermeiden

Wieser analysiert in diesem Zusammenhang das bestehende Steuer- und Abgabensystem und die hier besonders massive Zentrierung auf die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer: „55,5 Prozent des gesamten Steueraufkommens stammen direkt aus lohnabhängigen Abgaben, weitere 22 Prozent aus Konsumsteuern. Das heißt, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Konsumentinnen und Konsumenten 80 Prozent des Staatshaushalts finanzieren. Der Anteil der Unternehmensgewinne und Kapitalerträge liegt bei lediglich 14,6 Prozent und Vermögenssteuern machen nur 1,1 Prozent aus.“

Gleichzeitig sinkt jedoch aktuell der Anteil der menschlichen Arbeit an der Wertschöpfung kontinuierlich. Lag er vor 40 Jahren noch bei 80 bis 90 Prozent, so beträgt er heute nur mehr rund 60 Prozent. Die Finanzierung des Sozialstaates erfolgt jedoch weiterhin zu einem Großteil über die Lohn- und Gehaltssumme. „Es ist kein Wunder, dass sich viele Sorgen um die Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung machen, denn diese Menschen tragen die Hauptlast der Finanzierung“, bringt es Wieser auf den Punkt.

Ein Blick auf die Einkommensverteilung macht deutlich, dass fast 40 Prozent der Wertschöpfung in Form von Brutto-Betriebsüberschüssen an die Unternehmen gehen, und das im Vergleich zur lohnabhängigen Arbeit abgabefrei. „Die Finanzierung des Gesundheitssystems beruht jedoch zu 60 Prozent auf Sozialversicherungsbeiträgen und zu 39 Prozent auf allgemeinen Steuermitteln. Nur 1,5 Prozent kommen aus sonstigen Einnahmen wie Rezept-



gebühren oder privaten Zuzahlungen“, fasst Wieser zusammen.

## Automatisierung als Herausforderung

Gleichzeitig verändern neue Technologien wie künstliche Intelligenz (KI) und Robotik die Arbeitswelt tiefgreifend und sorgen im Zusammenhang mit diesen Berechnungen dafür, dass eine immer geringer werdende Zahl an Arbeitskräften für die Finanzierung der Gesundheitsausgaben aufkommen soll – eine Schere, die unweigerlich immer weiter auseinandergehen muss.

In der Industrie, aber auch im Gesundheitswesen und der Pflege werden menschliche Tätigkeiten zunehmend durch Maschinen ersetzt. Das kann positive Effekte auf die Ergonomie und Gesundheit der Arbeitenden haben, reduziert aber auch die Zahl der beitragspflichtigen Arbeitsplätze – mit direkten Folgen für das Finanzierungssystem.

„Wer erhält die zusätzlichen Wertschöpfungsanteile durch neue Technologien?“, fragt Wieser.

„Und warum leisten diese keinen fairen Beitrag zur Finanzierung des Solidarsystems?“ Zur Illustration zieht er einen Vergleich heran: Während eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter bei einem Dienstleistungsbetrieb wie Friseur Klipp einen Nettogewinn von rund 670 Euro pro Jahr generiert, liegt dieser beim deutschen Mischkonzern Siemens bei 26.500 Euro und bei Facebook, im Eigentum eines börsennotierten US-amerikanischen Internetkonzerns, bei 580.000 Dollar. Wieser fordert daher deutlich eine gerechte Umverteilung mit nachhaltigen Auswirkungen: „Betriebe mit hoher Beschäftigtenzahl und hoher Lohnsumme sollen steuerlich entlastet werden. Im Gegenzug sollen Unternehmen, die hohe Gewinne mit geringem Personaleinsatz erzielen, stärker zur Finanzierung des Sozialstaats herangezogen werden.“

Dabei denkt er an eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage: „Es braucht eine Wertschöpfungsabgabe, die alle Produktionsfaktoren einbezieht, nicht nur menschliche Arbeit, sondern auch Maschinen, KI und Kapital.“ Auch die Anhebung der Höchstbemessungsgrundlage in der Sozialversicherung möchte er als Maßnahme diskutieren.

## Gesundheit als wirtschaftlicher Faktor

Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung sind kein Kostenfaktor, sondern eine wirtschaftliche Notwendigkeit. „Gesunde, aktive Menschen leisten mehr Wertschöpfung, zahlen mehr Steuern und brauchen seltener teure Behandlungen. Daher ist es klug, hier öffentlich zu investieren“, meint Wieser, fordert eine neue Balance der Verantwortung und hinterfragt: „Wie lange geht sich das noch aus, wenn 60 Prozent der Wertschöpfung durch Menschen erbracht werden, diese aber 80 Prozent der Steuern finanzieren?“ Die künftige Finanzierung des Gesundheitssystems und des Sozialstaats müsse nach Meinung des Experten auf eine breitere, gerechtere Basis gestellt werden. Nur so lasse sich der Faktor Arbeit entlasten und der gesellschaftliche Zusammenhalt sichern. **P**



Markus Wieser, Präsident der Arbeiterkammer Niederösterreich, fordert am PRAEVENIRE Denkartag eine gerechtere Finanzierung des Gesundheitssystems und warnt vor der wachsenden Belastung des Faktors Arbeit.



PERFORMANCE

# Gesundheit gestalten statt nur verwalten – Die Pläne der ÖGK

Seit 1. Juli steht Andreas Huss, MBA, an der Spitze der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK). Er übernimmt in einer Zeit, in der das Gesundheitssystem unter massivem Druck steht: ein Rekorddefizit, wachsende Ansprüche der Versicherten und ein föderales System, das Reformen oft bremst. **TROTZDEM LEGT HUSS EIN EHRGEIZIGES PROGRAMM BIS 2029 VOR.** Es geht um Versorgungssicherheit, digitale Modernisierung, gerechte Finanzierung – und um die Frage, wie das solidarische System auch in einer alternden Gesellschaft Zukunft haben kann. | von Karl Innauer

**D**as österreichische Gesundheitssystem befindet sich an einem entscheidenden Wendepunkt. Nach Jahren multipler Krisen – von der Pandemie über den Krieg in Europa bis zur Energie- und Inflationskrise – hat sich der Druck auf die Gesundheitsversorgung deutlich erhöht. Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) steht als größter Krankenversicherungsträger des Landes im Zentrum dieser Entwicklung. Sie versorgt über 7,6 Millionen Menschen, beschäftigt rund 12.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und stellt jährlich Leistungen im Wert von etwa 20 Milliarden Euro bereit. Doch trotz der hohen Leistungsfähigkeit ist das System ins Wanken geraten.

Ein strukturelles Defizit von rund 900 Millionen Euro verdeutlicht die angespannte finanzielle Lage. Die Ursachen liegen in steigenden Kosten für Spitäler, Medikamente und ärztliche Honorare, während gleichzeitig die Einnahmen durch konjunkturelle Einbrüche und demografische Veränderungen unter Druck geraten. Der Generationenvertrag, nach dem die Jungen für die Älteren und die Gesunden für die Kranken aufkommen, funktioniert immer schwerer, da die Bevölkerung altert und Geburtenraten sinken. Gleichzeitig führt der Föderalismus mit der geteilten Verantwortung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung immer wieder zu Reibungsverlusten. Die Folge ist ein Flickwerk an Zuständigkeiten, das Reformen erschwert und Ressourcen bindet.

Das neue gesundheitspolitische Programm der ÖGK für die Jahre 2025 bis 2029 setzt genau hier an. Es legt den Fokus auf drei große Handlungsfelder: die Sicherung der Versorgung, die Nutzung der Digitalisierung und die Stabilisierung der Finanzierung. Ziel ist es, die Versorgung solidarisch und qualitativ zu gestalten, das System effizienter zu machen und dabei die soziale Gerechtigkeit zu bewahren. Gleichzeitig wird betont, dass es ohne die enge Zusammenarbeit aller Partner – von Bund und Ländern bis zu Ärztekammern und Sozialdiensten – keine nachhaltige Verbesserung geben kann.

## Versorgung sichern und modernisieren

Die Sicherung der medizinischen Versorgung ist die erste und wohl wichtigste Säule des Programms. Ein zentrales Element ist der Ausbau der Primärversorgungseinheiten (PVE). Diese multiprofessionellen Zentren kombinieren die Arbeit von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern mit Pflegefachkräften, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Sozialarbeiterinnen und

Sozialarbeitern. Sie sollen eine wohnortnahe Versorgung garantieren, die weniger auf Einzelordinationen angewiesen ist und Versorgungslücken in strukturschwachen Regionen schließt. Bereits 100 dieser PVEs sind in Betrieb, weitere 14 befinden sich konkret in Planung. Mittelfristig soll jede Region Zugang zu einem Primärzentrum haben, damit die Versorgung flächendeckend gesichert ist.

Neben der Primärversorgung wird die psychosoziale Betreuung deutlich ausgebaut. Geplant sind 300.000 zusätzliche Therapiestunden, neue kinder- und jugendpsychiatrische Ambulatorien und spezialisierte Frauengesundheitszentren. Besonders Kinder und Jugendliche, die in den letzten Jahren stark unter psychischen Belastungen gelitten haben, sollen davon profitieren. Auch die chronische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes, Long COVID oder anderen komplexen Erkrankungen wird durch neue Case-Management-Programme strukturiert. Ziel ist eine engere Begleitung, um Folgeschäden zu verhindern und die Lebensqualität nachhaltig zu verbessern.

Eine wichtige Neuerung ist zudem die Schaffung von zentralen Versorgungsstellen für Heilbehelfe, Impfungen und Medikamente. Bisher sind die Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung zersplittert, was für Patientinnen und Patienten oft zu langen Wegen und bürokratischen Hürden führt. Künftig sollen One-Stop-Shops die nötigen Leistungen gebündelt anbieten. Dadurch soll die Versorgung einfacher und schneller zugänglich werden, vor allem für ältere und chronisch kranke Menschen, die häufig mehrere Stellen aufsuchen müssen.

Ein besonderes Augenmerk gilt außerdem der Prävention. Impfungen sollen flächendeckend, niederschwellig und kostenlos zugänglich sein. Für den Zeitraum bis 2028 stellt die ÖGK gemeinsam mit Bund und Ländern jährlich 90 Millionen Euro für ein Erwachsenen-Impfprogramm bereit. Dabei geht es nicht nur um Grippe- und FSME-Impfungen, sondern auch um die Nachholimpfung gegen HPV oder zusätzliche Schutzimpfungen, die bisher nicht flächendeckend angeboten wurden. Neu ist, dass künftig auch die Herpes-Zoster-Impfung (Schutz vor Gürtelrose) sowie die Pneumokokken-Impfung für Erwachsene kostenlos angeboten werden. Damit sollen insbesondere ältere Menschen und Risikogruppen besser geschützt werden. In den kommenden Jahren sollen zudem mobile Impfangebote verstärkt zum Einsatz kommen, um auch Menschen in abgelegenen Regionen besser zu erreichen.

## Digitalisierung als Schlüssel zur Effizienz

Die zweite große Säule des Programms ist die Digitalisierung. Sie soll nicht nur Bürokratie abbauen, sondern auch die Versorgung effizienter und transparenter machen. Ein wichtiger Baustein ist der Ausbau der telefonischen Gesundheitsberatung unter der Nummer 1450 zu einer digitalen Versorgungsplattform. Künftig sollen Patientinnen und Patienten dort nicht nur eine Erstberatung erhalten, sondern auch direkt Termine in Spitalsambulanzen oder im niedergelassenen Bereich buchen können. Damit sollen unnötige Arztbesuche und Doppeluntersuchungen reduziert und Wartezeiten verkürzt werden. Die elektronische Gesundheitsakte ELGA wird weiterentwickelt und nutzerfreundlicher gestaltet. Bisher wurde sie oft als unübersichtlich empfunden und kaum als aktives Versorgungsinstrument genutzt. Zukünftig soll sie strukturierte Diagnosedaten enthalten, die den Behandelnden eine bessere Orientierung ermöglichen. Künstliche Intelligenz kann dabei unterstützen, Behandlungspfade vorzuschlagen, Wechselwirkungen von Medikamenten zu erkennen und Präventionsmaßnahmen gezielt zu empfehlen. Digitalisierung soll auch in der Verwaltung für Entlastung sorgen. Bewilligungen von Medikamenten oder Heilbehelfen werden automatisiert, Schnittstellenprobleme zwischen Hauskrankenpflege, Sozialdiensten und Ärztinnen sollen beseitigt werden. Ein flächendeckendes Wartezeiten-Monitoring soll zudem für mehr Transparenz sorgen und die Ressourcensteuerung verbessern.

Darüber hinaus wird die digitale Gesundheitskompetenz gefördert. Angebote für Schulen, Betriebe und Gemeinden sollen den Umgang mit digitalen Gesundheitstools erleichtern und den Zugang zu Prävention und Früherkennung stärken. Besonders bei chronischen Erkrankungen können Apps und Telemedizin einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie Patientinnen und Patienten kontinuierlich begleiten und die Behandlungsergebnisse verbessern. Ergänzend sollen digitale Präventionsprogramme entwickelt werden, die gezielt auf Risikogruppen zugeschnitten sind und so Erkrankungen verhindern, bevor sie entstehen.

## Finanzierung langfristig absichern

Die dritte und schwierigste Säule ist die Finanzierung des Gesundheitssystems. Die strukturelle Unterfinanzierung der ÖGK wird durch die Alterung der Gesellschaft und den medizinischen Fortschritt weiter verschärft. Um gegenzusteuern, setzt das Programm auf mehrere Maßnahmen.



Zunächst sollen neue Einnahmequellen erschlossen werden. Vorgesehen sind zweckgebundene Steuern auf Produkte, die nachweislich Gesundheitsschäden verursachen – etwa Alkohol, Zucker und Tabak. Damit sollen Prävention und Gesundheitsförderung finanziert werden, während gleichzeitig ein Lenkungseffekt erzielt wird. Außerdem wird ein Risikostrukturausgleich zwischen den Sozialversicherungsträgern gefordert, um finanzielle Lasten gerechter zu verteilen. Auch Kapitalerträge sollen künftig in die Beitragsgrundlage aufgenommen werden, um die Einnahmen zu verbreitern. Selbstbehalte bleiben die Ausnahme und werden nur sozial gestaffelt eingeführt, beispielsweise bei bestimmten Heilbehelfen. Kinder, Krebspatientinnen und Patientinnen mit Rezeptgebührenbefreiung sind dabei ausgenommen. Gleichzeitig setzt das Programm auf Einsparungen durch Effizienz. Ein gemeinsamer Medikamenteneinkauf von Spitälern und ÖGK soll bessere Preise bringen und den Kostendruck mindern. Ein weiteres Ziel ist die Eindämmung der sogenannten Polypharmazie, also der häufig problematischen Mehrfachmedikation bei älteren Menschen. Bundesweite Polypharmazieboards sollen die Medikamentenlisten prüfen und unnötige oder riskante Kombinationen vermeiden. In Pflegeheimen sollen Projekte wie „Gemed“ helfen, unnötige Medikamente abzusetzen und Wechselwirkungen zu vermeiden. Auch die Transparenz im Umgang mit der Pharmaindustrie wird erhöht, um Interessenkonflikte zu vermeiden. Die ÖGK betont, dass sie diese Herausforderungen nicht alleine bewältigen kann. Eine enge Zusammenarbeit mit Bund, Ländern, Ärztekammern und anderen Akteuren ist Voraus-

Andreas Huss präsentiert das Reformprogramm 2025–2029 der ÖGK mit Schwerpunkten auf Versorgungssicherheit, Digitalisierung und nachhaltiger Finanzierung des Gesundheitssystems.



setzung, um die langfristige Finanzierbarkeit des Systems zu sichern. Diese Kooperation soll durch regelmäßige Gesundheitsgipfel und gemeinsame Zielvereinbarungen gestärkt werden, damit Reformen nicht an politischen oder institutionellen Blockaden scheitern.

#### Prävention und chronische Krankheiten im Fokus

Neben der Akutversorgung legt das Programm besonderen Wert auf Prävention und die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Österreich hinkt bei strukturierten Disease-Management-Programmen im internationalen Vergleich hinterher. Für Krankheiten wie Diabetes, COPD oder Herzinsuffizienz sollen verpflichtende Programme eingeführt werden, die klare Behandlungspfade, regelmäßige Kontrollen und Patientenschulungen beinhalten. Vorbild sind Länder wie Dänemark, in denen 80 Prozent der Diabetesversorgung ambulant in Primärzentren und nur 20 Prozent in spezialisierten Zentren stattfindet. Das spart Kosten und verbessert gleichzeitig die Lebensqualität. Auch in Österreich sollen multidisziplinäre Teams in Primärversorgungseinheiten oder Gruppenpraxen die Betreuung übernehmen, sodass Spitalsaufenthalte vermieden werden können. Prävention wird breiter gedacht und soll schon in jungen Jahren beginnen. Schulen sollen Programme zu Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit anbieten. Betriebliche Gesundheitsförderung wird ausgeweitet und in öffentlichen Ausschreibungen berücksichtigt. Frühe Hilfen für Familien in belastenden Situationen werden flächendeckend ausgebaut und durch Bund, Länder und Sozialversicherung ge-

meinsam finanziert. Ziel ist es, gesundheitliche Probleme bereits in der Entstehung zu verhindern und damit langfristig Kosten zu reduzieren. Ergänzend sollen Präventionszentren in Gemeinden eingerichtet werden, die Beratung, Screening-Programme und Gesundheitsbildung bündeln.

#### Ein Balanceakt zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Das Programm der ÖGK für die Jahre 2025 bis 2029 ist ambitioniert und umfassend. Es will Versorgungslücken schließen, digitale Innovationen nutzen, die Finanzierung stabilisieren und gleichzeitig die soziale Gerechtigkeit sichern. Doch die Umsetzung ist komplex und erfordert die Zusammenarbeit vieler Akteure. Der Föderalismus bringt Abhängigkeiten, die Ärztekammern haben über die Vertragsverhandlungen ein Mitspracherecht, und politische Mehrheiten können Reformen verzögern. Trotz dieser Herausforderungen ist das Ziel klar: Ein Gesundheitssystem, das solidarisch, gerecht und modern ist. Ein System, in dem der Zugang zu medizinischen Leistungen nicht von Einkommen oder Wohnort abhängt, sondern als gesellschaftliches Grundrecht verstanden wird. Das Programm der ÖGK zeigt auf, wie dieser Weg gelingen kann – durch bessere Primärversorgung, stärkere Prävention, digitale Entlastung und eine nachhaltige Finanzierung. Ob es gelingt, das System auf Zukunftskurs zu bringen, wird sich in den kommenden Jahren entscheiden. Nur wenn alle Ebenen koordiniert zusammenarbeiten, können die großen Herausforderungen gemeistert werden und das solidarische Modell als tragfähige Basis erhalten bleiben. 



PERFORMANCE

# Wie Prävention Leben rettet und Milliarden spart

Die Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) rückte im Juli 2025 das Thema Krebsprävention in den Mittelpunkt. In einer hochkarätig besetzten Pressekonferenz wurde die neue Studie zu den volkswirtschaftlichen Auswirkungen von Krebserkrankungen vorgestellt – und tags darauf beim Gipfelgespräch in Wien aus unterschiedlichen Perspektiven diskutiert. **DER BEFUND IST EINDEUTIG: PRÄVENTION WIRKT – FÜR BETROFFENE, FÜR UNTERNEHMEN UND FÜR DIE GESAMTE GESELLSCHAFT.** | von Katharina Irwitzer

**D**ie SVS und das Wirtschaftsforschungsinstitut Economica präsentierten am 7. Juli 2025 in Wien ihre gemeinsame Studie zu den volkswirtschaftlichen Folgen von Krebserkrankungen. Die Analyse machte deutlich: Krebs ist nicht nur eine medizinische, sondern auch eine gesellschaftliche und wirtschaftliche Herausforderung ersten Ranges.

Jährlich erkranken in Österreich rund 45.000 Menschen neu an Krebs, mit einer besonders hohen Inzidenz bei Männern ab dem 50. Lebensjahr. Allein bei den vier Fokus-Krebsarten – Darm-, Prostata-, Brust- und Gebärmutterhalskrebs – werden pro Jahr 65.000 Hospitalisierungen mit 388.000 Spitaltagen gezählt. Das verursacht 512 Millionen Euro direkte Kosten, hinzu kommen 147 Millionen Euro für Medikamente und beträchtliche Folgekosten durch krankheitsbedingte Erwerbsunfähigkeit, Frühpensionen und Produktivitätsausfälle. Die Studie beziffert die gesamtwirtschaftliche Belastung durch Krebs in Österreich mit 1,7 Milliarden Euro pro Jahr. Sie berücksichtigt nicht nur die unmittelbaren medizinischen Aufwendungen, sondern auch verlorene Arbeitsstunden, BIP-Einbußen und Wertschöpfungsverluste. So entstehen allein durch hospitalisierungsbedingte Erwerbsausfälle 35 Millionen Euro jährliche Verluste, dazu kommen rund 30 Millionen Euro für Erwerbs- und Berufsunfähigkeitspensionen.

Die Gründe für den Kostenanstieg sind vielfältig: steigende Lebenserwartung, teurere Therapien, längere Medikation und komplexere Behandlungsmethoden. Österreich liegt mit

einem prognostizierten Kostenanstieg von 63 Prozent bis 2050 sogar über dem EU-Schnitt (59 Prozent). Ein Vergleich mit Skandinavien zeigt zusätzlich, wie stark das Präventionsverhalten die Entwicklung beeinflussen kann: In Österreich nehmen nur 41 Prozent der Frauen an der Brustkrebsvorsorge teil, in Skandinavien sind es über 80 Prozent. Bei der Darmkrebsvorsorge liegt Österreich bei 62 Prozent, bei der Gebärmutterhalskrebsvorsorge bei 85 Prozent. Um gegenzusteuern, setzt die SVS auf das Programm „Gemeinsam gegen Krebs“. Es kombiniert gezielte Informationskampagnen mit finanziellen Anreizen: Für absolvierte Vorsorgeuntersuchungen gibt es einen 100-Euro-Bonus, der bereits über 50.000 Mal ausbezahlt wurde. Im ersten Quartal 2025 konnten dadurch Darmkrebsvorsorgen um 21 Prozent und Hautkrebsvorsorgen um 18 Prozent gesteigert werden.

## Ein Forum für Prävention

Nur einen Tag nach der Präsentation der Zahlen setzte die SVS den Dialog fort – diesmal im Rahmen der Gipfelgespräche. Dieses Format wurde erst kürzlich ins Leben gerufen, um aktuelle gesellschaftlich relevante Themen im Kontext der Sozialversicherung zu beleuchten. Ziel ist es, den Austausch zwischen Forschung, Praxis, Politik und Verwaltung zu fördern. Die zweite Ausgabe stand ganz im Zeichen der „Kraft der Prävention“ und brachte Expertinnen und Experten über den Dächern Wiens zusammen. Nach einer Begrüßung durch SVS-Obmann Mag. Peter Lehner und Generaldirektor Dr. Alexander Biach begann eine

Reihe von Fachvorträgen, die die verschiedenen Dimensionen von Prävention verdeutlichten

## Drei Perspektiven: Medizin, Struktur, Ökonomie

Medizinisch sprach Univ.-Prof. Dr. Paul Sevelda, Präsident der Österreichischen Krebshilfe, über die entscheidende Rolle der Früherkennung. Die Diagnose im frühen Stadium verbessert nicht nur die Heilungschancen, sondern auch die Lebensqualität und reduziert die Behandlungskosten. Ein klarer Befund, den auch internationale Studien bestätigen. Strukturell stellten Biach und Dr. Michael Müller, Direktor für Leistung und Prävention, die Präventionsinitiativen der SVS vor. Programme wie „Selbständig Gesund“, der Gesundheitshunderter und „Gemeinsam gegen Krebs“ sollen den Übergang vom reparierenden Gesundheitssystem hin zu einem Vorsorgesystem ermöglichen. Ziel ist es, Eigenverantwortung zu stärken und gleichzeitig einfache Zugänge zu schaffen.

Ökonomisch präsentierte Priv.-Doz. Dr. Andrea Pitzschke vom Economica-Institut die neuen Zahlen. Sie zeigte, dass Prävention ein konkreter Hebel ist, um Kosten zu senken und gleichzeitig Produktivitätsverluste in Unternehmen zu verhindern. Allein die vier betrachteten Krebsarten verursachten 2023 insgesamt 724 Millionen Euro Kosten (Hospitalisierung, Medikamente, Erwerbsausfall, Berufsunfähigkeit), hochgerechnet ergibt sich eine volkswirtschaftliche Belastung von 1,7 Milliarden Euro pro Jahr.

## Diskussion: Wie erreicht man mehr Menschen?

Im Anschluss an die Vorträge folgte die Podiumsdiskussion „Angebot, Anreiz & Akzeptanz – von der Bewusstseinsbildung zum Handeln“. Hier diskutierten Sevelda, Pitzschke und Dr. Martina Rosenmayr-Khoshideh, Direktorin für Strategie und Interne Services, über zentrale Fragen der Präventionspolitik.

Im Mittelpunkt der Diskussion standen vor allem vier Kernfragen, die den Zugang zur Prävention entscheidend beeinflussen. Zunächst ging es um die Frage, wie Vorsorgeangebote noch niederschwelliger gestaltet werden können. Gerade für Selbständige, die oftmals weniger planbare Zeitfenster und keine standardisierten Vorsorgeprozesse wie Angestellte haben, sind unkomplizierte Strukturen wichtig. Hier brauche es Angebote, die ohne großen organisatorischen Aufwand wahrgenommen werden können. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Bedeutung von Anreizen. Die bisherigen Erfolge der SVS-Boni wurden als Beispiel angeführt: Mehr als 50.000 ausgezahlte Präventionsboni verdeutlichen, dass finanzielle Impulse durchaus ein wirksames Mittel sind, um die Teilnahmequote



(v.l.n.r.): Peter Lehner, Obmann der SVS und Christian Helmenstein, Vorstand Economica, Chefökonom IV



zu steigern. Darüber hinaus wurde die Frage erörtert, wie man das Bewusstsein für Prävention stärker verankern kann. Trotz vieler Informationskampagnen bleibt Vorsorge für viele Menschen ein abstraktes Thema. Die Diskutierenden betonten, dass Aufklärung mit konkreten und leicht verständlichen Botschaften verbunden werden muss. Persönliche Beispiele könnten helfen, Ängste abzubauen und die Relevanz von Früherkennung greifbarer zu machen. Schließlich wurde die Rolle der Wirtschaft beleuchtet. Vor allem in kleinen und mittleren Betrieben können krankheitsbedingte Ausfälle existenzbedrohend sein. Prävention ist daher nicht nur eine Frage der individuellen Gesundheit, sondern auch ein wesentlicher wirtschaftlicher Standortfaktor. Gesunde Unternehmerin-

nen und Unternehmer sichern Arbeitsplätze, vermeiden Produktivitätsverluste und stärken damit die Stabilität des gesamten Unternehmensumfelds.

#### Warum „Gipfelgespräche“?

Mit den Gipfelgesprächen hat die SVS ein neues Format etabliert, das bewusst über den eigenen Rahmen hinausgeht. Anders als klassische Fachkonferenzen verbindet es wissenschaftlichen Input mit praktischen Lösungsansätzen und öffnet den Dialog für unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen.

Bereits die erste Ausgabe hatte sich mit der Transformation der Sozialversicherung beschäftigt, nun folgt mit der Prävention ein Thema, das medizinisch, ökonomisch und politisch gleich-

V. l. n. r.: Arne Johannsen (Moderation), Alexander Biach, Michael Müller, Martina Rosenmayr-Khoshideh, Paul Sevelda, Andrea Pitzschke, Peter Lehner.

chermaßen relevant ist. Die positive Resonanz zeigte sich auch in der regen Beteiligung: Vertreterinnen und Vertreter aus der Gesundheitspolitik, Ärztinnen und Ärzte, Wirtschaftsforschende und Unternehmerinnen und Unternehmer waren anwesend und brachten ihre vielfältigen Perspektiven ein.

#### Mehr als nur Zahlen: Prävention als Kulturwandel

Die Diskussionen beim Gipfelgespräch machten deutlich, dass Prävention nicht nur durch Fakten überzeugt. Es geht um einen Kulturwandel: weg vom reaktiven Gesundheitssystem, hin zu einem präventiven Ansatz, der Krankheit gar nicht erst entstehen lässt.

Die vorgestellten Initiativen – von der Krebsvorsorge mit Bonuszahlungen über Darm- und Hautkrebsprogramme bis hin zu neuen Bewusstseinskampagnen – zeigen konkrete Wege. Gleichzeitig wurde klar: Die Verantwortung liegt nicht nur bei Einzelnen. Prävention ist ein Zusammenspiel von persönlichem Verhalten, politischen Rahmenbedingungen und strukturellen Angeboten.

#### Ein Impuls für langfristige Veränderung

Die Gipfelgespräche am 8. Juli haben verdeutlicht, dass Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Die wissenschaftlichen Daten belegen den Handlungsbedarf, die Diskussion zeigte konkrete Ansatzpunkte – von besseren Vorsorgeangeboten bis hin zu Anreizsystemen. Die SVS plant, die Gipfelgespräche als regelmäßiges Forum weiterzuführen. Mit jedem weiteren Termin sollen neue Perspektiven hinzukommen und der Dialog zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik vertieft werden. Der Auftakt im Juli 2025 hat gezeigt: Prävention ist kein Nischenthema – sie ist ein Schlüssel zur Zukunft des Gesundheitssystems. 





## Impfen in der Primärversorgungseinheit

# Schlüsselrolle für Prävention und Vertrauen

**IMPFEN IST DIE EFFEKTIVSTE PRÄVENTIONSMASSNAHME DES GESUNDHEITSSYSTEMS.** Doch Impfskepsis, organisatorische Hürden und politisch motivierte Debatten erschweren den Weg zu hohen Durchimpfungsraten. Bei der AM Plus Tagung in Linz diskutierten Ärztinnen und Ärzte, Kassenvertreter und Pflegeverantwortliche über die Herausforderungen und Chancen von Impfungen in Primärversorgungseinheiten – und darüber, wie man Vertrauen zurückgewinnen kann. | von Karl Innauer



Melanie Tamesberger aus der Kinder-PVE Linz verdeutlicht, wie gefährlich Impflücken sind, und zeigt Wege auf, Vertrauen durch persönliche Gespräche und niederschwellige Angebote zurückzugewinnen.

Impfungen mit ohnehin fälligen Terminen wie Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen zu kombinieren, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass der Impfschutz vollständig bleibt.

Doch auch Vertrauen ist eine tragende Säule. Eltern lassen sich nicht nur durch Fakten überzeugen, sondern auch durch persönliche Erfahrung in der Arztpraxis. Tamesberger berichtete von Eltern, die anfänglich strikt gegen Impfungen eingestellt waren, sich nach mehreren Terminen aber doch entschieden, weil sie gesehen hatten, dass der Arzt oder die Ärztin ihrem Kind geholfen hatte und ihnen nichts „aufgedrängt“ wurde. Der persönliche Draht, das ehrliche Gespräch und das Gefühl, ernst genommen zu werden, sind oft entscheidender als jede Broschüre.

Dr. Erwin Rebhandl, Präsident von AM Plus, bestätigte diese Beobachtung aus dem Erwachsenenbereich. Auch ältere Menschen brauchen regelmäßige Auffrischungen gegen Influenza, Pneumokokken oder Herpes Zoster. Primärversorgungseinheiten seien dafür der ideale Ort – wenn sie gut organisiert und interdisziplinär aufgestellt sind. Ein ganzes Team müsse die gleiche Botschaft vermitteln und die Abläufe müssen so gestaltet sein, dass Impfungen unkompliziert und schnell durchgeführt werden können. Regelmäßige Fortbildungen seien ebenso wichtig wie die direkte Verfügbarkeit der Impfstoffe in der Praxis. Rebhandl wies zudem auf eine rechtliche Hürde hin: Der Stich selbst dauere Sekunden, die Aufklärung hingegen oft zwanzig Minuten. Warum dürfe die Pflege zwar impfen, aber nicht aufklären? Hier hinke das Gesetz der Realität hinterher. Eine Entlastung der Ärztinnen und Ärzte wäre möglich, wenn Pflegekräfte, die entsprechend geschult sind, auch diese Gespräche führen könnten.

### Podiumsdiskussion: Politische und gesellschaftliche Dimensionen

In der anschließenden Podiumsdiskussion unter der Moderation von Univ.-Prof. Manfred Mayer wurden die Themen noch einmal aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet. Andreas Huss, MBA, Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse hob hervor, dass Österreich im internationalen Vergleich ein sehr gut aufgestelltes Kinderimpfprogramm habe. Doch dieses endet mit dem 15. Lebensjahr, danach würden Impfungen zur Privatangelegenheit. Das sei ein großer Fehler, weil Prävention nicht mit der Jugend aufhören dürfe. Huss berichtete von den Plänen der ÖGK, ein Erwachsenenimpfprogramm aufzubauen. Nach der kostenlosen Influenza-Impfung und der HPV-Impfung bis

In Österreich ist die Impfbereitschaft in den vergangenen Jahren spürbar gesunken. Krankheiten, die lange Zeit als nahezu eliminiert galten, treten wieder häufiger auf. Dr. Melanie Tamesberger, Kinderärztin in der Kinder-PVE am Domplatz in Linz, verdeutlichte in ihrer Keynote die aktuellen Entwicklungen mit eindrücklichen Zahlen: Allein im letzten Jahr wurden 540 Masernfälle in Österreich registriert – ein Niveau, das es seit über 25 Jahren nicht mehr gegeben hatte. Noch dramatischer war der Anstieg beim Keuchhusten: 15.000 Fälle wurden gemeldet, ein Plus von 450 Prozent innerhalb eines Jahres, so viele wie seit den 1960er-Jahren nicht mehr, also aus einer Zeit vor der flächendeckenden Impfung. Während FSME-Fälle in etwa stabil bleiben, zeigen Masern und Pertussis deutlich, wie gefährlich Impflücken sein können.

Diese Zunahme ist nicht allein auf mangelnde Impfbereitschaft zurückzuführen, sondern auch auf veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen. In einer mobilen Gesellschaft, in der Reisen und Migration selbstverständlich sind, werden Erreger aus Ländern mit niedriger Impfquote leicht eingeschleppt. Rumänien etwa meldete 30.000 Masernfälle – und Rumänen sind nach Deutschen die zweitgrößte Zuwanderungsgruppe in Österreich. Mit diesen Zahlen verdeutlichte Tamesberger, dass Impfschutz längst keine rein private Entscheidung ist, son-

dern eine Frage der kollektiven Verantwortung. Viele Menschen unterschätzen heute das Risiko, weil sie die Krankheiten nicht mehr aus eigener Anschauung kennen. Während in früheren Jahrzehnten jeder jemanden kannte, der durch Polio gelähmt war oder an Masernkomplikationen litt, ist dieses Erfahrungswissen weitgehend verloren gegangen. Das führt dazu, dass Impfungen als weniger dringlich wahrgenommen werden. Hinzu kommen hartnäckige Mythen und Fehlinformationen, die sich in sozialen Netzwerken und persönlichen Gesprächen verbreiten. Besonders der falsche Zusammenhang zwischen der MMR-Impfung und Autismus ist ein Dauerthema, obwohl großangelegte Studien mit Millionen Geimpften diesen Zusammenhang klar widerlegt haben.

### Bequemlichkeit, Organisation und Vertrauen als Schlüssel

Neben der Risikowahrnehmung spielen ganz praktische Gründe eine Rolle für die Entscheidung für oder gegen eine Impfung. Tamesberger machte deutlich, dass Bequemlichkeit ein entscheidender Faktor ist: Wenn der Impfstoff direkt in der Ordination verfügbar ist, lassen sich deutlich mehr Menschen impfen. Müssen sie den Impfstoff erst in einer Apotheke besorgen, geht oft ein erheblicher Teil verloren, weil der zusätzliche Schritt zu Hürden führt. Auch klare Abläufe, kurze Wartezeiten und die Möglichkeit,





zum 30. Lebensjahr sollen nun vier weitere Impfungen – Herpes Zoster, Pneumokokken, Hepatitis B und die Dreifachaufrischung – in das Programm aufgenommen werden, finanziert mit 90 Millionen Euro aus dem Finanzausgleich. Doch Huss machte deutlich, dass allein kostenlose Impfstoffe nicht ausreichen. Entscheidend sei, die Impfungen zu den Menschen zu bringen – in Betriebe, Apotheken und andere niederschwellige Settings. Er verwies auf eindrucksvolle Zahlen aus Finnland, wo sich jährlich rund 70 Prozent der Bevölkerung gegen etwas impfen lassen, während es in Österreich weniger als 40 Prozent sind. „Wir müssen von erfolgreichen Modellen lernen und Impfungen dort anbieten, wo die Menschen sind“, so Huss. Außerdem gebe es eine politische Dimension: In Regionen, in denen bestimmte Parteien hohe Wahlergebnisse erzielen, seien die Durchimpfungsraten am schlechtesten. Impfgegnerschaft sei dort Teil des politischen Programms geworden – ein gefährlicher Trend, der das Gesundheitssystem schwäche und viel Vertrauen zerstört habe.

Wolfgang Kuttner vom Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) ergänzte die Perspektive der Pflege und verwies auf Erfahrungen aus Skandinavien. Dort übernehmen Community Nurses und School Nurses eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsaufklärung und -versorgung. Sie sind nah an den Familien, können Eltern informieren und Ängste abbauen. Kuttner plädierte für niedrigschwellige Informationsangebote und kreative Ansätze. So habe man in Projekten Männer direkt dort angesprochen, wo sie sonst kaum mit Gesundheitsthemen in Berührung kommen – in Baumärkten oder Abfallsammelzentren – und auf diese Weise auch Impfkampagnen durchgeführt. Pflegekräfte könnten viel mehr Verantwortung übernehmen, wenn man ihnen die Befugnisse gäbe. Impfskepsis sei längst in der Mitte der Gesellschaft angekommen, daher brauche es mehr Personal mit direktem Zugang zu den Menschen und mehr Ausbildung in Gesundheitskompetenz.

Tamesberger griff in der Diskussion das Problem fehlender Regulierung auf. Es gebe in Österreich Ärztinnen und Ärzte, die Pseudomaßnahmen wie sogenannte Meso-Impfungen

Erwin Rebhandl, Präsident von AM Plus, betont die Rolle von Primärversorgungseinheiten als Schlüssel für mehr Impfbereitschaft und fordert rechtliche Anpassungen für eine bessere Zusammenarbeit von Ärzten und Pflege.



anbieten – sie verabreichten nur einen Bruchteil des Impfstoffs und trügen ihn dennoch in den Impfpass ein. Solche Praktiken richteten enormen Schaden an, weil sie Eltern in falscher Sicherheit wiegen. Rebhandl bestätigte diese Problematik und erinnerte an Gerichtsentscheidungen, bei denen Ärzten, die als Impfgegner öffentlich auftraten, schließlich sogar noch Recht gegeben wurde. Hier seien gesetzliche Nachschärfungen nötig, um evidenzbasierte Medizin zu schützen. Er betonte zudem, dass die Pandemie mit ihrer Impfpflicht-Debatte viel Vertrauen zerstört habe: Viele Menschen seien nun skeptischer als zuvor, auch bei lange etablierten Impfungen.

Die Diskussion machte auch deutlich, dass Digitalisierung eine wichtige Rolle spielen könnte. Erinnerungsfunktionen im elektronischen Impfpass könnten dazu beitragen, Impfungen im

Alltag präsent zu halten. Doch auch hier gibt es Lücken: Aktuell werden nur öffentlich finanzierte Impfungen verpflichtend eingetragen. Viele andere Impfungen fehlen, was einen vollständigen Überblick erschwert.

### Gesundheitskompetenz als Schlüssel und die Rolle der PVE

Alle Diskutanten waren sich einig, dass Primärversorgungseinheiten eine Schlüsselrolle spielen, wenn sie gut aufgestellt sind. Sie bieten die Chance, Impfungen einfach zugänglich zu machen und gleichzeitig vertrauensvolle Aufklärung zu leisten. Dafür müsse die Organisation in den Praxen stimmen, Impfstoffe müssten verfügbar sein, und das Team müsse zusammenarbeiten. Gleichzeitig brauche es aber mehr: Kampagnen zur Gesundheitsbildung, digitale Tools wie Erinnerungsfunktionen im elektronischen Impfpass, breitere Impfssettings und gesetzliche Anpassungen.

Huss betonte zum Abschluss, dass Gesundheitskompetenz nicht nur eine Aufgabe der Kassen sei, sondern ein Public-Health-Thema, das alle Bereiche der Gesellschaft betreffe. Schulen, Kindergärten, Betriebe und Medien müssten gemeinsam daran arbeiten, dass Menschen die Bedeutung von Impfungen verstehen. Kuttner verwies erneut auf internationale Modelle, bei denen frühe Aufklärung durch School Nurses die Zahl junger Raucher und Impferweigerer senken konnte. Tamesberger sah die Verantwortung im persönlichen Arzt-Patient-Verhältnis und in einer klaren politischen Haltung gegen Desinformation. Und Rebhandl plädierte dafür, die Pflege als wichtige Partnerin stärker einzubeziehen und die rechtlichen Rahmenbedingungen der Realität anzupassen.

Die Diskussion zeigte deutlich: Impfen ist weit mehr als ein medizinischer Akt. Es ist ein Zusammenspiel aus Vertrauen, Organisation, Bildung, Politik und gesellschaftlichem Bewusstsein. Primärversorgungseinheiten können dabei eine entscheidende Rolle übernehmen – wenn sie die richtigen Rahmenbedingungen bekommen. Oder, wie Huss es formulierte: „Es gibt keine wirksamere Präventionsmaßnahme als das Impfen. Aber wir dürfen nicht warten, dass die Menschen zum Impfstoff kommen – wir müssen den Impfstoff zu den Menschen bringen.“ **P**

Am Podium diskutierten (v. l. n. r.): Andreas Huss, Wolfgang Kuttner, Melanie Tamesberger, Erwin Rebhandl und Manfred Maier (Moderation).





“

Ich finde, du  
könntest ruhig  
einen höheren  
Beitrag für uns  
Menschen  
leisten.

“

Stimmt.

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

In Österreich werden die Leistungen des Solidarstaates zu einem großen Teil über den Faktor Arbeit finanziert. Im Jahr 2022 wurden laut Statistik Austria ca. 60 % aller Leistungen des Solidarstaates mit Sozialversicherungsbeiträgen finanziert. Der Rest über allgemeine Steuern und Abgaben, welche aber auch hauptsächlich aus Lohn- und Umsatzsteuer gespeist werden, d.h. durch Steuer- und Abgabenleistungen von privaten Haushalten und insbesondere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Durch die zu erwartende Transformation der Wertschöpfungsprozesse aufgrund der technologischen Entwicklungen wird dieses Finanzierungsmodell – mit dem Schwerpunkt Faktor Arbeit – in Bedrängnis kommen und somit auf breitere Beine gestellt werden müssen. Künftig soll die gesamte Wertschöpfung des Unternehmens (Mensch – Robotik – Automatisierung usw.) zur Finanzierung des Solidarstaates herangezogen werden. Damit wäre es auch möglich, beschäftigungsintensive Unternehmen zu entlasten. Dies verdeutlichen auch die Entwicklungen in den letzten 30 Jahren. Von 1995 bis 2022 sind laut Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung die Summe aller Löhne und Gehälter um ca. 140 % gestiegen, die Bruttobetriebsüberschüsse bzw. Gewinne der Unternehmen im selben Zeitraum um + 200 %.

Eine Initiative der AK Niederösterreich

**AK** NIEDER  
ÖSTERREICH

STEUERLAST  
FAIR VERTEILEN.



# Wohnortnahe Versorgung – ein funktionierendes Modell aus Deutschland

Wie kann Versorgung am Land gelingen – auch bei zunehmendem Mangel an Ärztinnen und Ärzten? Dr. Wolfgang Blank aus dem Bayerischen Wald zeigt mit seiner Gemeinschaftspraxis, wie es anders gehen kann: **TEAMORIENTIERT, STRUKTURIERT UND MIT EINEM KLAREN ZIEL VOR AUGEN** – dass alle Beteiligten profitieren. | von Karl Innauer

**M**itten im Bayerischen Wald, verteilt auf sieben Standorte in drei Landkreisen, betreibt Dr. Wolfgang Blank eine Gemeinschaftspraxis, die dem zunehmenden Mangel an Ärztinnen und Ärzten auf dem Land erfolgreich etwas entgegensetzt: ein durchdachtes, funktionierendes und alltagstaugliches Modell. Es basiert auf klarer Aufgabenverteilung, engagierter Weiterbildung und dem festen Willen, sowohl Patientinnen und Patienten als auch Mitarbeitende in den Mittelpunkt zu stellen. Die Praxis beweist, dass gute Versorgung auch unter schwierigen Rahmenbedingungen möglich ist – wenn man Verantwortung teilt und Strukturen schafft, die wirklich entlasten.

Im Zentrum steht dabei eine Philosophie, die in vielen Systemdebatten zu kurz kommt: eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, ein Arbeitsumfeld, das auf Augenhöhe und Respekt basiert – und ein wirtschaftliches Fundament, das langfristig trägt. Diese drei Säulen sind keine Gegensätze, sondern bedingen einander. Nur wenn alle profitieren, entsteht eine Praxisstruktur, die nicht nur funktioniert, sondern auch Perspektiven eröffnet.

## Gute Medizin durch gute Organisation

Die sieben Praxen, von denen drei in strukturell unterversorgten Gebieten liegen, sind bewusst dezentral angesiedelt. Sie garantieren eine ortsnahe Versorgung – gerade für ältere Menschen, chronisch Kranke, Familien ohne Auto oder Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Mobilität. Die Organisation der Arbeitsabläufe ist dabei entscheidend: Ärztinnen und Ärzte konzentrieren sich ausschließlich auf die medizinischen Kernaufgaben – Anamnese, Diagnostik, Beratung und Therapie. Alles andere übernehmen die medizinischen Fachangestellten (MFAs). Diese klare Rollentrennung entlastet nicht nur medizinisches Personal, sondern stärkt auch das Vertrauen und die Eigenverantwortung im Team. Spezialisierte MFAs betreuen bestimmte Patientengruppen wie Diabetikerinnen und Diabetiker oder Menschen mit geriatrischen Erkrankungen. Durch ihre Kontinuität entstehen enge Bindungen und wertvolle Beobachtungen, die direkt in die Versorgung einfließen. Betriebswirtschaftlich geschulte Mitarbeitende übernehmen darüber hinaus die Praxisführung, organisieren IT, Personal und Abrechnung – damit sich alle auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können.

## Nähe statt Zentralisierung

Ökonomisch betrachtet wäre ein einzelner großer Standort sicherlich effizienter – geringe

re Mietkosten, konzentrierter Personaleinsatz, zentrale Technik. Doch in der Praxis würde diese Logik zu Lasten der Patientinnen und Patienten gehen. Der öffentliche Nahverkehr ist im Bayerischen Wald kaum ausgebaut, viele Wege sind lang. Die wohnortnahe Versorgung, die Möglichkeit für Hausbesuche und die persönliche Beziehung zwischen Ärztinnen, Ärzten und Patientinnen und Patienten sind zentrale Elemente, die so nicht ersetzbar wären.

## Weiterbildung, die sich rechnet

Ein zentrales Element im Modell ist die konsequente Einbindung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Sie übernehmen unter Supervision eigenverantwortlich Aufgaben, führen Gespräche, behandeln und dokumentieren. Neben dem fachlichen Lernen geht es dabei vor allem auch um ärztliche Haltung und den Alltag einer Hausarztpraxis – Themen, die im Klinikbetrieb oft zu kurz kommen.

Begleitet wird dies durch eine Vielzahl an Formaten: Fallbesprechungen im Team, Online-Diskussionen aktueller Studien, ein internes Wiki für praxisrelevante Prozesse und regelmäßiges persönliches Feedback. Dabei übernehmen MFAs häufig die Rolle der ersten Ansprechperson und helfen, Aufgaben und Lernfortschritte realistisch einzuschätzen. Der Nutzen ist beidseitig: Die Weiterzubildenden erleben ein strukturiertes und wertschätzendes Umfeld, die Praxis erhält motivierte Kolleginnen und Kollegen, die entlasten und Impulse setzen. Viele bleiben – und übernehmen später sogar selbst Standorte.

## Klar strukturiert, menschlich geführt

Der technologische Fokus liegt nicht auf Digitalisierung um der Digitalisierung willen, sondern auf funktionierenden Abläufen. Vieles läuft bewusst analog, aber mit klaren Verantwortlichkeiten, verlässlichen Strukturen und gegenseitigem Vertrauen. Entscheidungen werden im Team getroffen, Vorschläge sind willkommen – unabhängig von der Position.

Wachstum entsteht dabei nicht durch strategische Expansion, sondern aus der Praxis heraus: Neue Standorte kommen nur dann hinzu, wenn eine passende Ärztin oder ein passender Arzt bereit ist, Verantwortung zu übernehmen. Diese Haltung sorgt für Stabilität – und für ein Umfeld, in dem sich Patientinnen, Patienten und Mitarbeitende gleichermaßen wohlfühlen.

## Ein Impuls auch für andere Regionen

Das Modell aus dem Bayerischen Wald ist kein Patentrezept. Es lebt von Menschen, vom Team-



Wolfgang Blank beweist mit seiner Gemeinschaftspraxis im Bayerischen Wald, dass wohnortnahe Versorgung und klare Strukturen dem Ärztemangel am Land entgegenwirken können.

geist und von der Bereitschaft, Verantwortung zu teilen. Aber es liefert Impulse, die über die Region hinaus Gültigkeit haben: Wie viel kann erreicht werden, wenn Kompetenzen anerkannt, Ausbildung ernst genommen und Versorgung lokal gedacht wird?

In einer Zeit, in der der Mangel an medizinischem Personal vielerorts spürbar ist, lohnt sich der Blick auf solche Modelle besonders. Denn sie zeigen, dass gute Versorgung auch unter schwierigen Bedingungen möglich ist – wenn man den Mut hat, neue Wege zu gehen und das Team in den Mittelpunkt zu stellen. **P**





PIONIERE

# 360° Blick

Leben mit einer Seltenen Erkrankung



## Die „Seltenen“ im Mittelpunkt: Erster DACH-Kongress für Seltene Erkrankungen

Erfolgreicher Startschuss für länderübergreifende Zusammenarbeit in Innsbruck

**D**ie Frage: „Wie viele mit Ihrer Erkrankung gibt es noch in Österreich?“ ist Menschen mit einer seltenen Erkrankung (SE) keine unbekannt. Auch im ärztlichen Gespräch. Kein Wunder, möchte man meinen, wo man doch selbst gerade eine Handvoll Gleichbetroffener kennt. Eine Frage, die sich aber mit bekannten Lösungen wie einer flächendeckenden Kodierung und einem nationalen Patient:innenregister beantworten ließe. Und auf der man die Gesundheitsversorgung dieser Patient:innen-gruppe, die alleine hierzulande ca. eine halbe Mio. Menschen umfasst, direkt aufbauen könnte. Diese und weitere dringende Maßnahmen zur medizinischen Versorgung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft erörterten rund 240 Teilnehmende der DACH-Region im April zwei Tage lang im Congress Innsbruck: Fachpersonal aus Medizin und Forschung, Stakeholder aus dem Gesundheitswesen und der Industrie, Patient:innenverbände und Selbsthilfegruppen sowie Betroffene und deren Angehörige. Die drei Patient:innendachverbände

Pro Rare Austria, ProRaris und ACHSE waren aktiv an der Programmgestaltung beteiligt.

**Die Expertise KANN reisen, die Patient:innen oftmals nicht.**

Einigkeit herrschte darüber, dass Patient:innen in Zukunft viel schneller zu einer Diagnose und damit auch zu einer vorausschauenden, gezielten Behandlung kommen müssen. Dies kann vor allem mit zwei Maßnahmen gelingen: mit einem rascheren Zugang zu State-of-the-Art Gentests und mit dem Aufbau von Expertise und Anlaufstellen für jede dieser SE im Land, in engem Austausch mit Europäischen Referenznetzwerken. Nur so haben Patient:innen Zugang zu innovativen Therapien und können selbst zur Erforschung ihrer Krankheit beitragen. Patient:innen mit SE sowie ihre Angehörigen sind oftmals über viele Jahre erheblich belastet. Ihre Versorgung soll daher ganzheitlich und an ihre Lebensumstände angepasst erfolgen: Das heißt, medizinische und therapeutische Versorgung, psycho-



Mag.® Dominique Stiefsohn, MA  
Vorstand Phelan-McDermid-Gesellschaft e.V.

logische/psychotherapeutische Begleitung, Pflege sowie soziale Absicherung werden von einer Stelle initiiert und organisiert.

**Patient:innen sind (meist) keine Ärzt:innen.**

Solange es nicht für alle Betroffenen spezialisierte Anlaufstellen und ein Case Management gibt, werden ärztliche Aufgaben auf Patient:innen abgewälzt. Sie müssen wissen, wann welche Untersuchungen notwendig sind, welche aktuellen Erkenntnisse es zu Therapien gibt und diese Informationen den behandelnden Ärzt:innen bereitstellen. Besonders überfordernd wird das bei vielfältigen Beschwerdebildern und mehrfacher Medikation, wo es für die Patient:innen unbedingt ein Case Management bräuchte. Und im Erwachsenenwerden kommt es für junge Patient:innen noch immer größtenteils mangels strukturiertem Übergang zu einem vermeidbaren Bruch in der medizinischen Versorgung durch den Wechsel in die Erwachsenenmedizin.

**Die richtigen Ausgaben für die richtigen Leistungen.**

Umso wichtiger, dass der Kongress mit einer prominent besetzten Podiumsdiskussion zu der entscheidenden Frage schloss: „Die richtigen Ausgaben für die richtigen Leistungen: Was wollen und sollen wir als Gesellschaft wie finanzieren?“ Ein besonderer Dank geht an den Veranstalter, das Forum Seltene Krankheiten, das Betroffenen Zeit und Raum gab, auf Augenhöhe mit Fachpersonal und Stakeholdern des Gesundheitssystems für sich selbst zu sprechen.

Die Phelan-McDermid-Gesellschaft e.V. (Deutschland – Österreich – Schweiz) ist Mitglied von Pro Rare Austria und der deutschen ACHSE e.V. **P**

[www.22q13.info](http://www.22q13.info)



# Buchvorstellung

## Inneres Strahlen & Natürliche Schönheit

Sanfte Wege zu innerer Balance und natürlichem Glow – inspiriert von der Heilkraft der Natur.

**W**as bringt uns wirklich zum Strahlen? Ist es nur äußere Pflege oder beginnt wahre Schönheit tief im Inneren? Die renommierte Ärztin, Phytotherapeutin und ORF-Gesundheitsexpertin Christine Reiler beantwortet diese Fragen in ihrem inspirierenden Buch „Inneres Strahlen & Natürliche Schönheit – Meine besten Hausmittel.“ Sie zeigt, wie wir mit einfachen, natürlichen Mitteln Körper und Geist in Balance bringen und so nicht nur äußerlich, sondern auch innerlich leuchten können. Das Buch vereint altbewährtes Wissen aus der Pflanzenheilkunde mit modernen medizinischen Erkenntnissen. Leserinnen und Leser erfahren, wie selbst gemachte Naturkosmetik Haut und Haare verwöhnt, welche Kräuter gegen typische Beschwerden helfen und wie kreative Rezepte den Gaumen erfreuen, ohne auf Gesundheit zu verzichten. Besonders charmant: Reiler verbindet Wohlfühlmomente für den Körper mit fundiertem Hintergrundwissen – eine Einladung, sich achtsam um sich selbst zu kümmern. Neben Rezepten für pflegende Masken, wohltuende

Tees oder kleine Detox-Kuren bietet das Buch einfache Übungen für mehr Bewegung im Alltag. Von Lieblings-Yogaeinheiten bis zu einem sanften Garten-Workout – Reiler zeigt, dass Selbstfürsorge nicht kompliziert sein muss. Sie ermutigt dazu, Pausen zuzulassen und sich bewusste Auszeiten zu nehmen. Wer sich im hektischen Alltag oft erschöpft fühlt, findet hier sanfte Impulse für mehr Energie und innere Ruhe. Ein Kapitel widmet sich den Stars der heimischen Heilpflanzen. So erfährt man etwa, warum die Schafgarbe ein Multitalent ist: Mit ihren Bitter- und Gerbstoffen, reich an Vitamin C und K, wirkt sie wohltuend auf Frauenleiden und unterstützt den Körper sanft. Auch hier wird deutlich, wie eng Natur und Gesundheit miteinander verbunden sind. Weitere Pflanzen wie Ringelblume, Lavendel oder Rosmarin werden vorgestellt – alle mit wertvollen Hinweisen zur richtigen Anwendung. Christine Reiler kennt beide Seiten – die Wissenschaft und die Natur. Als Ärztin und Moderatorin beliebter ORF-Medizinsendungen wie „Bewusst gesund“ ist sie eine erfahrene Ratgeberin für Gesundheitsfragen. Gleichzeitig liebt sie die Einfachheit der Natur und



**Das Buch**

**Inneres Strahlen & Natürliche Schönheit**

**Autorin:** Christine Reiler

**Seiten:** 160

**Preis:** 28,- €

**Verlag:** Kneipp Verlag Wien

**ISBN-Nr.:** 978-3-7088-0822-2

schöpft Kraft auf ihrem Bauernhof. Diese Verbundenheit mit der Natur zieht sich wie ein roter Faden durch das Buch und macht es so authentisch. Ihr Ansatz ist kein strenger Gesundheitsplan, sondern eine liebevolle Einladung, sich selbst wieder näherzukommen und neue Routinen voller Leichtigkeit zu entdecken. Besonders schön ist die Mischung aus medizinischem Fachwissen und alltagstauglichen Tipps. Man muss keine Vorkenntnisse haben, um die Vorschläge umzusetzen. Ob kleine Rituale für mehr Gelassenheit, pflegende DIY-Rezepte oder genussvolle Kochideen – Reiler zeigt, dass Schönheit, Gesundheit und Wohlbefinden untrennbar miteinander verbunden sind. Wer sich nach Klarheit, Frische und innerer Balance sehnt, wird in diesem Buch viele Anregungen finden. Es ist ein Werk für alle, die ganzheitliche Gesundheit schätzen, einfache Hausmittel ausprobieren möchten und Lust haben, sich selbst etwas Gutes zu tun. Mit praktischen Tipps, sanften Entspannungsübungen und köstlichen Genussrezepten bringt es ein Stück Natur ins eigene Zuhause – und lässt uns von innen nach außen leuchten. **P**



# Zukunft denken – Finanzierung sichern

Wie lässt sich eines der besten Gesundheitssysteme der Welt auch künftig noch finanzieren? Diese Frage stand am Beginn des diesjährigen PRAEVENIRE Denkertags in Reichenau an der Rax. Hochkarätige Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Sozialversicherung und Gesundheitswesen diskutierten über **TRAGFÄHIGE ZUKUNFTSMODELLE UND NOTWENDIGE REFORMSCHRITTE.** | von Mag. Renate Haiden, MSc.

**D**er PRAEVENIRE Denkertag, der sich bereits im Vorjahr als exklusive Plattform für wegweisende Diskussionen rund um das österreichische Gesundheitssystem etabliert hat, fand heuer in Reichenau an der Rax seine Fortsetzung. Eingebettet in das traditionsreiche Ambiente des Luftkurortes, wurden erneut die „heißen Eisen“ der heimischen Gesundheitspolitik und drängende Fragen der Gesundheitsversorgung – allen voran eine nachhaltige Finanzierung – in den Mittelpunkt gerückt. Mit PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling und Andreas Huss, MBA, Obmann-Stellvertreter der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), stand der Auftakt ganz im Zeichen der Frage, wie das Gesundheitssystem angesichts wachsender Herausforderungen finanzierbar bleiben kann.

## Ein Ort, der zum Denken einlädt

Die Gastgeberrolle für den diesjährigen Denkertag übernahm Bürgermeister Johann Döllner. Die Marktgemeinde Reichenau sei, so Döllner, ein Ort des Rückzugs und der Erholung und ein Ort, an dem sich Menschen bewusst mit Zukunftsfragen auseinandersetzen können. „Ein Denkertag ist ein Ort für Ideen – auch für solche, die nicht sofort umsetzbar erscheinen, aber den Horizont erweitern und vielleicht doch ihren Weg in die Realität finden“, sagt Döllner zur Eröffnung.

Diese Philosophie greift PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling auf und betont: „Das österreichische Gesundheitssystem zählt international zu den besten, doch seine Finanzierungsgrundlage gerät zunehmend ins Wanken. Der Denkertag ist deshalb kein Selbstzweck, sondern ein Aufruf zum Vordenken, Nachdenken, Querdenken und Überdenken.“ Zwei zentrale Kostentreiber bestimmen laut Schelling die Entwicklung: die demografische Alterung der Gesellschaft und der medizinische Fortschritt. Daraus ergeben sich auch die massiven Herausforderungen, denn dieser Fortschritt soll möglichst allen Menschen in Österreich zugänglich bleiben.

Schelling fordert ein Umdenken in der Finanzierungslogik. Die vielzitierte Finanzierung aus einem Topf ist zwar ein altbekanntes Thema, ist aber dennoch bis heute ungelöst. Er plädiert für pragmatische Zwischenschritte, etwa die getrennte Finanzierung des stationären und des ambulanten Bereichs über unterschiedliche Töpfe, um langfristig zu einer integrierten Finanzierung zu gelangen. „Das erfordert aber auch strukturelle Reformen“, meint Schelling und ist überzeugt: „Ein Weiter-wie-bisher kann es nicht geben, weder im stationären Bereich, der stärker tagesklinisch ausgerichtet werden muss, noch im extramuralen Sektor, der klarer gesteuert und besser ausgestattet werden muss.“ Schelling zeigt sich aber auch optimistisch: „Viele Ideen von PRAEVENIRE spiegeln sich im aktuellen Regierungsprogramm wider, wie etwa die Lenkung von Patientenströmen im Gesundheitssystem. Viele der von uns vorge-



schlagenen Maßnahmen könnten helfen, das System effizienter zu gestalten und finanzierbar zu halten.“

## Weitere Forderung nach Reformen

Andreas Huss, MBA, stellvertretender ÖGK-Obmann, brachte die finanzielle Realität der sozialen Krankenversicherung deutlich auf den Punkt: „Wir haben in Österreich eine strukturelle Unterfinanzierung. Während in Deutschland nur rund 13 Prozent der Gesundheitsausgaben aus privaten Haushalten stammen, sind es in Österreich bereits 23 Prozent oder etwa 11 Milliarden Euro jährlich. Pro Person entspricht das etwa 1.200 Euro, bei einer vierköpfigen Familie fast 5.000 Euro, die privat getragen werden müssen. Diese Entwicklung untergräbt das solidarische Fundament der Krankenversicherung.“

Die Ursache sieht Huss unter anderem im starren Krankenversicherungsbeitragssatz von 7,65 Prozent, der seit Jahrzehnten unverändert ist. In Deutschland hingegen ist der Beitrag dynamisch – aktuell liegt er bei 16 Prozent – und orientiert sich an der tatsächlichen Finanzierungsnotwendigkeit. „Selbst wenn man in der Gegenrechnung berücksichtigt, dass die Spitalsfinanzierung in Deutschland zu 100 Prozent über die Krankenkassen läuft, während in Österreich nur etwa die Hälfte durch die Sozialversicherung gedeckt ist, bleibt ein strukturelles Finanzierungsdelta bestehen. Um eine annähernd gleichwertige Basis zu schaffen, müsste Österreich einen Beitragssatz von 9,5 Prozent einführen“, so Huss. Das wäre ein realistischer, aber politisch derzeit kaum durchsetzbarer Schritt. Huss skizziert zwei mögliche Auswege: eine Anpassung der Krankenversicherungsbeiträge oder eine stärkere Finanzierung über Steuermittel. „Beide Wege könnten helfen, die zunehmenden privaten Zuzahlungen zu reduzieren und somit wieder mehr Gerechtigkeit im System herzustellen“, sagt Huss. Die Notwendigkeit zusätzlicher Mittel ist unbestritten, nicht nur für den laufenden Betrieb, sondern vor allem für die geplanten Strukturreformen. Auch im Regierungsprogramm ist ein klarer

Ausbau der Versorgung vorgesehen. So stehen insgesamt 300 Primärversorgungseinheiten, spezialisierte Zentren für Diabetes, psychosoziale Betreuung und Frauengesundheit sowie eine Entlastung der Spitäler durch den Ausbau der niedergelassenen Versorgung auf dem Plan.

## Neue Finanzierungsideen dringend gesucht

Der Denkertag 2025 hat einmal mehr gezeigt, dass die Finanzierung des Gesundheitssystems nicht nur eine technische Frage, sondern eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung ist. Die aktuellen Strukturen stoßen an ihre Grenzen. Sowohl Schelling als auch Huss fordern ein Umdenken in der Finanzierung, in der Steuerung und in der Verantwortung, denn das Gesundheitssystem steht unter wachsendem Kostendruck. Der Denkertag hat wichtige Impulse für mögliche Lösungen geliefert. Jetzt liegt es an Politik, Institutionen und Gesellschaft, diese Denkanstöße aufzugreifen und daraus tragfähige Konzepte für die Zukunft zu entwickeln, um ein faires, solidarisches und zukunftsfestes Gesundheitssystem sicherzustellen. **P**



Bürgermeister Johann Döllner, PRAEVENIRE Präsident Hans Jörg Schelling und ÖGK-Obmann-Stellvertreter Andreas Huss eröffneten den Denkertag 2025 in Reichenau an der Rax und gaben den Startschuss für neue Impulse zur Zukunft des Gesundheitssystems.



PIONIERE

# Mut zur Veränderung

Die **OPTIMIERUNG DER PATIENT JOURNEY** stand kürzlich im Rahmen eines PRAEVENIRE Denker-Talks auf der Agenda. Vertreterinnen und Vertreter aus Medizin, Wirtschaft, Wissenschaft und der Gesundheitspolitik diskutierten, wie ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem und mögliche Wege dahin aussehen müssen. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

**A**ufbauend auf den Erkenntnissen des letzten PRAEVENIRE Denker-Talks, der sich mit der Bedeutung einer frühzeitigen Diagnose und gezielter Therapie befasst hat, wurde diesmal gemeinsam an konkreten Lösungsansätzen für eine effizientere und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung gearbeitet. Einig waren sich alle Teilnehmenden, dass ein leistungsfähiges Gesundheitssystem sowohl den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten als auch den wirtschaftlichen und strukturellen Anforderungen gerecht werden muss. Um dies zu erreichen, braucht es eine enge Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens, moderne Technologien und innovative Versorgungsmodelle. Ein zentraler Baustein, der sich wie eine Klammer über das Thema legt, ist die Patient Journey und die Chancen und Herausforderungen, diese optimal zu gestalten.

Das österreichische Gesundheitssystem zählt im internationalen Vergleich nach wie vor zu den leistungsfähigeren und qualitativ hochwertigeren – zumindest was das theoretische Angebot betrifft. In der Praxis jedoch stoßen Betroffene und Behandelnde zunehmend an strukturelle und systembedingte Grenzen: Lange Wartezeiten, unklare Zuständigkeiten, überfüllte Spitalsambulanzen, ineffiziente Ressourcennutzung und veraltete Abrechnungsmechanismen bremsen eine moderne Versorgung aus. Dabei gäbe es genügend Know-how, Personal und auch Geld im System, doch all diese Parameter werden derzeit nicht optimal eingesetzt. Die Patient Journey als Konzept rückt diese Versorgungsrealität in den Fokus und fragt, wie Menschen schneller, zielgerichteter und bedarfsgerecht im System versorgt und dort effizient begleitet werden können, sodass die Ressourcen bestmöglich zum Einsatz kommen.

## Diagnose beginnt im Labor

Am Beginn dieser Patient Journey steht die Diagnose, die aus Ressourcengründen nicht erst im Spital gestellt werden soll. In diesem Zusammenhang spielt die Labormedizin eine zentrale Rolle. Neue diagnostische Möglichkeiten, etwa die Liquid Biopsy, ermöglichen heute bereits frühzeitig und ohne invasive Eingriffe wichtige Hinweise auf Tumorerkrankungen durch einfache Blutuntersuchungen. Auch die Pharmakogenetik, die Analyse genetischer Varianten zur Anpassung von Medikamentendosierungen und -auswahl, macht personalisierte Therapien effizienter und sicherer und damit am Ende auch kosteneffizienter.

Die Integration dieser Methoden in die Frühdiagnostik würde nicht nur eine frühzeitige, sondern

auch eine qualitativ hochwertigere Versorgung ermöglichen. Statt vieler unnötiger oder meist auch nicht zielführender Tests braucht es gezielte, intelligente Diagnostik auf Basis wissenschaftlicher Evidenz. Die Digitalisierung und allen voran der Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) unterstützt dabei, Labor- und Klinikdaten mit Patienteninformationen zu verknüpfen.

Die wachsende Datenflut in der Labormedizin verlangt nach intelligenten Auswertungssystemen. Künstliche Intelligenz spielt auch dabei eine Schlüsselrolle. Sie kann nicht nur Laborparameter interpretieren, sondern auch patientenübergreifend Muster erkennen. Diese sogenannten „digitalen Biomarker“ ermöglichen es, chronische Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Tumore frühzeitig zu erkennen, noch bevor klinische Symptome auftreten.

Durch die Integration von KI-basierten Tools in Vorsorgeuntersuchungen lassen sich Risikogruppen genauer identifizieren. So könnten beispielsweise Algorithmen in der Darmkrebsvorsorge anhand minimaler Abweichungen im Blutbild frühzeitig auf eine potenzielle Krebserkrankung hinweisen, ohne dass invasive Eingriffe wie die Koloskopie erforderlich sind. Das senkt nicht nur die Hemmschwelle, die zur Vorsorgeangebote in Anspruch zu nehmen, sondern erhöht auch gleichzeitig die Früherkennungsrate.

Zudem sorgen automatisierte Systeme dafür, dass sich hochspezialisierte Fachkräfte auf komplexe Entscheidungen konzentrieren können, während Routineaufgaben standardisiert und qualitätsgesichert ablaufen. Damit steigt die Effizienz der Versorgung bei gleichbleibend hoher Qualität.

## Kurze Wege zur richtigen Therapie

Die Labormedizin der Zukunft liefert nicht nur Befunde, sondern Handlungsempfehlungen und entwickelt sich immer mehr zu einem integralen Bestandteil eines lernenden Gesundheitssystems: In der Prävention kann sie helfen, Krankheitsrisiken zu erkennen und frühzeitig gegenzusteuern, in der Akutversorgung unterstützt sie eine schnelle, evidenzbasierte Therapieentscheidung und in der Versorgung chronisch Kranker ermöglicht sie ein engmaschiges Monitoring, ohne die Betroffenen dauerhaft an teure Einrichtungen zu binden. Neue Technologien werden in den kommenden Jahren tief in diagnostische Prozesse eingreifen – mit dem Potenzial, die gesamte Versorgungslogik neu zu strukturieren. Eine der bedeutendsten Entwicklungen ist der zunehmende Einsatz von „Next Generation Sequencing“ (NGS), einer Technologie, mit der genetische Informationen besonders präzise und umfassend analysiert werden können. Besonders

## Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet

(v. o.)

- Reingard Glehr
- Franz Leisch



## Videobotschaft

- Michael Gnant



in der Onkologie, der Hämatologie und der Psychiatrie eröffnet dies neue Horizonte: Tumore werden genetisch charakterisiert, Rückfälle frühzeitig erkannt, Therapien individuell angepasst. Ein weiteres Zukunftsfeld ist die Analyse minimaler Resterkrankungen (MRD) nach einer Krebstherapie. Durch hochsensitive molekulare Verfahren kann die verbliebene Tumormasse im Körper aufgespürt werden – ein entscheidender Faktor für die Überwachung und das Management der Therapie.

Auch auf der technologischen Seite gibt es entscheidende Entwicklungen: Neue Verfahren in der Genomsequenzierung – etwa auf Basis von Nanoporen – versprechen eine drastische Senkung der Fehleranfälligkeit bei gleichzeitig massiver Ausweitung der Anwendungsmöglichkeiten. Damit könnte Genomdiagnostik in wenigen Jahren zu einem Standardinstrument auch bei weniger komplexen Erkrankungen werden. Diese Entwicklungen führen auch zu neuen Anforderungen an das System: Die derzeitigen Abrechnungskataloge bilden diese Leistungen kaum oder gar nicht ab, was ihre breite Anwendung hemmt. Sie sind immer noch sehr stark parameterbasiert und berücksichtigen nicht, dass sich zu Beginn aufwendigere Untersuchungen am Ende doch rechnen. Gleichzeitig erfordern die neuen Technologien auch eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit, die sich positiv im Behandlungsergebnis niederschlagen kann, denn so gelingt es einfach, wissenschaftliche Daten und innovative Studienergebnisse in den Alltag zum konkreten Nutzen von Betroffenen zu übersetzen.

## Veraltete Kataloge überarbeiten

Damit die Labormedizin alle ihre Vorteile ausspielen kann, braucht es schon in der Primärversorgung evidenzbasierte Tools, die das Gesundheitspersonal unterstützen und damit auch die Spezialambulanzen entlasten. Weiters werden so überflüssige Untersuchungen und Mehrfachdiagnostik sowie Kosten durch gezielte Steuerung der Versorgung gesenkt.

Zugleich steigen aber auch die Anforderungen an die Infrastruktur, denn es braucht neue Abrechnungsmodelle, die moderne Diagnostik abbilden, und eine enge Verzahnung zwischen Primärversorgung, Fachmedizin und Labor. Ebenso müssen Datenschutz und medizinische Verantwortung klar geregelt sein – denn KI-gestützte Entscheidungen dürfen den ärztlichen Entscheidungsprozess nicht ersetzen, sondern nur ergänzen.

Ein zentrales Hindernis für die Umsetzung moderner diagnostischer Verfahren liegt im derzeitigen Abrechnungssystem. Es basiert vielfach auf veralteten Katalogen und Einzelleistungsver-





rechnungen, die weder aktuelle wissenschaftliche Standards noch digitale Innovationen abbilden. Viele potenziell effiziente und medizinisch sinnvolle Leistungen sind entweder nicht abrechenbar oder wirtschaftlich nicht darstellbar, wie etwa PCR-basierte Serologien. Gleichzeitig werden kostenintensive, aber wenig aussagekräftige Routineuntersuchungen oft massenhaft durchgeführt, nicht zuletzt, weil sie sich besser abrechnen lassen. Dieses Missverhältnis kostet nicht nur Geld, sondern blockiert auch eine sinnvolle Weiterentwicklung des Systems.

#### Ambulant statt stationär

Die Ambulantisierung ist ein weiteres zentrales Element der Patient Journey. Viele Erkrankungen, die früher einen stationären Aufenthalt erforderten, können heute ambulant oder tagesklinisch behandelt werden. Doch die Struktur des Systems hinkt hinterher. Ambulante Einrichtungen sind überlastet oder nicht ausreichend ausgestattet, während Spitäler teure Infrastruktur für nicht mehr notwendige stationäre Aufenthalte vorhalten. Einige Bundesländer haben erfolgreiche Projekte gestartet, um spezialisierte Versorgung in den niedergelassenen Bereich zu verlagern, wie etwa onkologische Nachsorge. Doch ohne begleitende Reform der Finanzierung, klare Behandlungspfade und eine funktionierende digitale Infrastruktur bleiben solche Pilotprojekte

Beim PRAEVENIRE Denker-Talk zur Optimierung der Patient Journey diskutierten Expertinnen und Experten aus Medizin, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik über Wege zu einem effizienteren und patientenzentrierten Gesundheitssystem. (v. l. n. r.: Wilhelm Marhold, Hans Georg Mustafa, Reinhold Glehr, Michael Müller, Peter Fasching, Andreas Huss)



Einzelfälle. Es ist daher naheliegend, dass Ruf nach einer gesamthaften Versorgungsstrategie immer lauter wird, die Primärversorgungszentren, digitale Patientendatenintegration und flexibler Zuständigkeiten zwischen Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und Fachärzten sowie den Ambulanzen und Spitälern umfassen.

Um die Patient Journey effizient zu gestalten ist eine grundlegende Neuausrichtung der Gesundheitsfinanzierung unumgänglich. Der Weg von der Einzelleistungsvergütung hin zu einem Health-Maintenance-Modell, bei dem Prävention, Qualität und Therapieerfolg finanziell honoriert werden, ist nur ein mögliches Szenario.

In Österreich hingegen wird Prävention oft nur unzureichend gefördert. Aktuell scheint die angespannte Finanzlage im Gesundheitswesen bei steigender Inanspruchnahme dazu zu führen, dass Leistungen eher zurückgefahren als ausgebaut werden. Wer es sich leisten kann, wandert zunehmend in den privaten Sektor ab. Damit droht das solidarische System weiter zu erodieren. Bereits jetzt stammen 23 Prozent der Gesundheitsausgaben oder rund 1.200 Euro pro Kopf jährlich aus privaten Mitteln.

#### Patient Journey als Reformfahrplan

Damit das österreichische Gesundheitssystem solidarisch bleibt, braucht es nach Ansicht der Expertinnen und Experten dringend eine ehr-

liche Debatte über Finanzierung und Struktur. Eine moderate Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge, wie sie in Deutschland längst erfolgt ist, wäre ein möglicher Schritt. In jedem Fall gilt: Wenn mehr Leistungen aus privaten Mitteln finanziert werden, schrumpft der öffentliche Handlungsspielraum und damit das Ziel einer gerechten Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig gibt es viele Stellschrauben zur Effizienzsteigerung, wie die Evaluation von Laborparametern auf ihren Vorsorgewert, die Digitalisierung von Abläufen, verbindliche Disease-Management-Programme sowie eine bessere Versorgungssteuerung.

Patient Journey muss weit mehr sein als nur ein moderner Terminus – sie ist ein Konzept für ein reformiertes, integriertes, patientenzentriertes Gesundheitssystem. Sie beginnt mit guter Aufklärung und Vorsorge, umfasst smarte, personalisierte Diagnostik, braucht eine abgestimmte Versorgungsstruktur zwischen niedergelassenem Bereich und Spital und endet nicht mit der Therapie, sondern mit einem gesicherten Behandlungserfolg. All das erfordert in einem ersten Schritt nicht zwingend mehr Geld, sondern eine bessere Nutzung der vorhandenen Mittel. Es braucht Mut zur Veränderung und einen ehrlichen Blick auf das, was medizinisch sinnvoll, strukturell machbar und gesellschaftlich finanzierbar ist. **P**

# Kleine Stupser mit großer Wirkung: Prävention neu definiert

Ob Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen oder Zahnarztbesuche: Prävention ist ein zentrales Element moderner Gesundheitspolitik und dennoch oft schwer zu vermitteln. Die Sozialversicherung der Selbständigen hat in den letzten Jahren mit dem sogenannten **NUDGING-ANSATZ EINEN NEUEN UND DURCHAUS ERFOLGREICHEN WEG BESCHRITTEN**, um ihre Versicherten zu **GESUNDHEITSFÖRDERLICHEM VERHALTEN** zu motivieren. | von Mag. Renate Haiden, MSc.



Michael Müller erläuterte, wie die SVS mit Nudging-Boni präventives Verhalten stärkt und die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen deutlich steigern konnte.

ge Richtung. „Ein klassischer Nudge ist kein starker finanzieller Anreiz, sondern bewegt sich typischerweise im unteren zweistelligen Eurobereich. Er unterscheidet sich damit deutlich von Sanktionen oder massiven Bonusregelungen“, beschreibt Müller und nennt als Gegenbeispiel das Kinderbetreuungsgeld, das in Österreich an die Durchführung aller Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen geknüpft ist. Wird eine Untersuchung ausgelassen, entfällt die Hälfte der Leistung – eine Maßnahme mit starker Steuerungswirkung, aber kein Nudge im eigentlichen Sinne.

## Nudging – was steckt dahinter?

Der Nudging-Ansatz wurde durch den Wirtschaftsnobelpreisträger Richard Thaler und den Rechtswissenschaftler Cass Sunstein bekannt gemacht. Die beiden Verhaltensökonomien forschten rund um die Form des „sanften Paternalismus“, der Individuen durch gezielt entworfene Mechanismen in Richtungen lenkt, die sie von allein nicht ohne Weiteres ansteuern würden. Thaler untersuchte so Situationen, in denen menschliches Verhalten nicht rein rational zu erklären ist und baute eine Brücke zwischen der wirtschaftlichen und der psychologischen Analyse menschlicher Entscheidungen. Diesen Ansatz hat sich die SVS nun mehrere Jahre bereits zunutze gemacht und damit eindrucksvoll gezeigt, wie durch niederschwellige Anreize relevante Verhaltensänderungen erreicht werden können, ganz ohne Zwang und mit hoher Akzeptanz. Dabei profitiert die SVS auch vom besonderen Charakter ihrer Versichertengruppe: Selbstständige sind es gewohnt, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen, viele nutzen bereits Programme wie „Selbstständig gesund“, bei denen die Vorsorgeuntersuchung Eingangsvoraussetzung ist.

Ein Vergleich mit deutschen Krankenkassen zeigt, dass Nudging auch im internationalen Wettbewerb an Bedeutung gewinnt. Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland bietet etwa einen Bonus von bis zu 390 Euro jährlich an und wer diesen wieder in gesundheitsförderliche Leistungen reinvestiert, kann sogar bis zu 500 Euro erhalten. Die Techniker Krankenkasse erlaubt eine Umwandlung von 10 Euro Barbonus in eine 20 Euro „Gesundheitsdividende“.

Die Erfahrungen der SVS zeigen, dass Nudging eine wirksame Strategie zur Stärkung der Eigenverantwortung in der Prävention sein kann, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Der finanzielle Anreiz muss überschaubar, aber relevant sein. Die Maßnahmen müssen klar kommuniziert und einfach zugänglich sein. Und sie müssen dort ansetzen, wo bereits eine latente Veränderungsbereitschaft vorhanden ist. „Mit einem Mix aus wissenschaftlich fundierter Strategie, kluger Kommunikation und struktureller Verankerung ist es gelungen, Prävention neu zu denken und auch in die Praxis umzusetzen“, resümiert Müller. **P**

**S**eit dem Jahr 2022 setzt die Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) auf jährliche Gesundheitsaktionen, die auf dem Nudging-Ansatz basieren. Nudging steht für „Anstupfen“ und ist in der Gesundheitsförderung und Prävention mittlerweile weit mehr als nur ein zeitgemäßes Schlagwort. Dahinter steht eine Strategie, die auf den Erkenntnissen der Verhaltensökonomie basiert und bei der SVS bereits messbare Erfolge zeigt. Die zentrale Botschaft lautet: Wer präventiv aktiv wird, erhält 100 Euro Bonus. Die Aktionen sind jeweils auf ein spezifisches Thema fokussiert und tragen das Motto „Geimpft gesünder“, „Gemeinsam vorsorgen“, „Gemeinsam lächeln“ oder aktuell „Gemeinsam gegen Krebs“. Im ersten Jahr wurde die Impfbereitschaft gefördert. Für altersgerechte Impfungen, darunter Diphtherie, Tetanus, Masern-Mumps-Röteln, FSME oder HPV, gab es 100 Euro Bonus. Rund 23.500 Versicherte nahmen dieses Angebot in Anspruch, was einer Auszahlungssumme von fast 2,5 Millionen Euro entspricht.

## Mehr Motivation zur Vorsorge

Im Folgejahr rückte die klassische Vorsorgeuntersuchung in den Fokus und der „Gesundheits-Check Junior“ für Kinder wurde etabliert. Das Ergebnis waren 236.000 ausgezahlte Boni und ein Plus von 41 Prozent bei der Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung. Noch beeindruckender waren die Ergebnisse beim Gesundheits-Check Junior, hier konnte sogar ein Plus von 111 Prozent eingefahren werden. „Natürlich erreicht man mit Präventionsmaßnahmen hauptsächlich jene Menschen, die schon eine gewisse Bereitschaft zeigen, sich für Gesundheitsvorsorgen zu engagieren. Daher war für uns besonders erfreulich, dass 54 Prozent der Erwachsenen

und 65 Prozent der Kinder echte Neukundinnen und -kunden waren, also in den letzten Jahren keine Vorsorgeuntersuchung absolviert hatten“, beschreibt Direktor Dr. Michael Müller, Leiter des Geschäftsbereichs Leistung und Prävention in der SVS, den Erfolg im Rahmen des PRAEVENIRE Denkertages.

Für zahnärztliche Kontrolluntersuchungen wurde im Jahr 2024 ebenfalls ein Bonus ausgelobt, allerdings mit einer zusätzlichen Bedingung: Die Anmeldung im digitalen Kundenportal svsgO. Dadurch sollte nicht nur die Gesundheitsvorsorge, sondern auch die digitale Kommunikation mit den Versicherten gefördert werden. Trotz dieser Hürde nutzten über 122.000 SVS-Versicherte die Aktion. Im laufenden Jahr liegt der Fokus auf der Krebsvorsorge – vom PAP-Abstrich über die Koloskopie bis zur Prostatakontrolle und auch hier winkt ein 100-Euro-Bonus, wenn eine der Untersuchungen in Anspruch genommen wird. Erste Analysen zeigen auch hier eine klare Tendenz mit deutlichen Steigerungsraten gegenüber den Vorjahren.

## Was Nudging erfolgreich macht

Nudging setzt als sanfte Form der Verhaltenslenkung nicht auf Gebote oder Verbote, sondern auf kleine Anstöße, sogenannte Nudges, die Menschen dabei helfen sollen, gute Entscheidungen für sich selbst zu treffen. „Nudging ist eine Hilfestellung zum selbstbestimmten Handeln. Es setzt auf das Empowerment des Einzelnen und beruht auf wissenschaftlichen Grundlagen der Verhaltensökonomie“, erklärt Müller. Entscheidend ist, dass ein Nudge nur dann wirkt, wenn bereits eine gewisse intrinsische Motivation vorhanden ist. Oder anders gesagt: Wer ohnehin über eine Verhaltensänderung nachdenkt, braucht oft nur noch einen kleinen Schubs in die richti-

**SVS**  
Gemeinsam gesünder.

PRAEVENIRE  
GESUNDHEITSFORUM

ZUM  
HERAUS-  
NEHMEN

Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen. Ziel ist gegenseitige Unterstützung und gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Herausforderungen und den Weg durch das Gesundheits- und Sozialsystem zu finden. Diese Menschen sind entweder selbst betroffen oder sie sind Angehörige von Betroffenen. Sie ergänzen die professionellen Angebote der medizinischen und sozialen Versorgung in vielfältiger und wirksamer Weise. Grundlage dafür ist das aus der Betroffenheit gewonnene Erfahrungswissen.

**Wichtiger Hinweis:** Selbsthilfegruppen werden von Betroffenen oder deren Angehörigen geleitet und nicht von Mediziner:innen oder Therapeut:innen. Sie können eine professionelle medizinische oder therapeutische Versorgung nicht ersetzen.

## erreich (BVSHOE)

- unabhängig
- demokratisch gewählt
- bundesweit



### Netzwerk der bundesweit tätigen Selbsthilfe- und Patientenorganisationen

**ADAPT – Arbeitsgruppe zur Förderung von Personen mit ADHS**

Kontakt: Karin Schmid-Gallistl; [www.adapt.at](http://www.adapt.at)

**Aktion Kinderherz Österreich**

Kontakt: Bernhard Kolarik; [www.kinderherz.at](http://www.kinderherz.at)

**Aktiv gegen Mediensucht e.V.**

Kontakt: Ronald Stolz  
[www.aktiv-gegen-mediensucht.de](http://www.aktiv-gegen-mediensucht.de)

**Al-Anon Familiengruppen – Interessengemeinschaft für Angehörige und Freunde von Alkoholikern**

Kontakt: Dr. Daniela Buder; [www.al-anon.at](http://www.al-anon.at)

**Allianz Chronischer Schmerz vertreten durch EURAG Österreich**

Kontakt: Erika Folkes; [www.schmerz-allianz.at](http://www.schmerz-allianz.at)

**ARGE Gestose-Frauen Österreich**

Kontakt: Sabine Herrich  
[www.gestose-frauen.at](http://www.gestose-frauen.at)

**BKMF – BV Kleinwüchsige**

Kontakt: Kathrin Block; [www.bkmf.at](http://www.bkmf.at)

**Blaues Kreuz Österreich**

Kontakt: Horst Koger; [www.blaueskreuz.at](http://www.blaueskreuz.at)

**Childhood Cancer international Europe**

Kontakt: Anita Kienesberger  
[www.ccieurope.eu](http://www.ccieurope.eu)

**CIA Cochlea Implant Austria**

Kontakt: Wolf-Dieter Baumgartner; [www.ci-a.at](http://www.ci-a.at)

**CMT Austria**

Kontakt: Barbara Chaloupek  
[www.cmt-austria.at](http://www.cmt-austria.at)

**CRPS Salzburg Morbus Sudeck SHG**

Kontakt: Rosmarie Nill  
[www.prorare-austria.org/mitglieder/unsere-mitglieder/mitglied/crps-austria-selbsthilfe](http://www.prorare-austria.org/mitglieder/unsere-mitglieder/mitglied/crps-austria-selbsthilfe)

**Dachverband Österreichische Autistenhilfe**

Kontakt: Andreas Steidl  
[www.autistenhilfe.at](http://www.autistenhilfe.at)

**Down-Syndrom Österreich**

Kontakt: Michael Sebald  
[www.down-syndrom.at](http://www.down-syndrom.at)

**EVA Endometriose Vereinigung Austria**

Kontakt: Ines Mayer; [www.eva-info.at](http://www.eva-info.at)

**Fhchol Austria**

Kontakt: Mag. Anna Böhm  
[www.fhchol.at](http://www.fhchol.at)

**Forum für Usher-Syndrom, Hörsehbeeinträchtigung und Taubblindheit**

Kontakt: Gerald Schiller  
[www.usher-taubblind.at](http://www.usher-taubblind.at)

**Frauen- und Brustkrebshilfe Österreich**

Kontakt: Claudia Petru  
[www.frauenkrebshilfe.at](http://www.frauenkrebshilfe.at)

**Gemeinschaft Eltern und Freunde Hörgeschädigter Kinder, Jugendliche und Erwachsene**

Kontakt: Stefan Langfellner  
[www.elternundfreunde.at](http://www.elternundfreunde.at)

**Gesellschaft für Spina Bifida Hydrocephalus Österreich**

Kontakt: Ursula Puchmann; [www.sbho.at](http://www.sbho.at)

**GIST Support Österreich**

Kontakt: Rainer Sawdyk; [www.gistsupport.at](http://www.gistsupport.at)

**HAE Austria – Österreichische SHG für das Hereditäre Angioödem**

Kontakt: Adelheid Huemer; [www.hae-austria.at](http://www.hae-austria.at)

**Hämophiliegesellschaft**

Kontakt: Thomas Schindl  
[www.bluter.at](http://www.bluter.at)

**Hand in Hand gegen Tay-Sachs und Sandhoff**

Kontakt: Eva Irran  
[www.tay-sachs.net](http://www.tay-sachs.net)

**Helfende Engel – Selbsthilfegruppe zur Förderung von Miteinander und Mobilität Sehender-Blinden und Sehbehinderten in Österreich**

Kontakt: Sabine Kleist  
[www.helfende-engel.at](http://www.helfende-engel.at)

**Herzkinder Österreich**

Kontakt: Michaela Altendorfer  
[www.herzkinder.at](http://www.herzkinder.at)

**Heimkinder-Aktiv-Community – SHG Ex-Heim-, Pflege- und Fürsorgekinder mit erworbenen Hirnschäden**

Kontakt: Johann Kailich  
[www.facebook.com/groups/hohewarte35](http://www.facebook.com/groups/hohewarte35)

**HIRNverletzt vernetzt – Netzwerk für Menschen mit erworbenen Hirnschäden**

Kontakt: Ricarda Motschilnig  
[www.hirnverletzt.at](http://www.hirnverletzt.at)

**HPE Österreich**

Kontakt: Angelika Klug; [www.hpe.at](http://www.hpe.at)

**INR – Austria – SHG von Gerinnungspatienten**

Kontakt: Rupert Hofer; [www.inr-austria.at](http://www.inr-austria.at)

**KEKS Österreich**

Kontakt: Lisa Müllneritsch; [www.keks.at](http://www.keks.at)

**KiB Children Care – Verein rund ums erkrankte Kind**

Kontakt: Johanna Part; [www.notfallmama.at](http://www.notfallmama.at)

**Klinefelter Syndrom Österreich**

Kontakt: Helmut Kronewetter  
[www.rare-disease.at/klinefelter-syndrom](http://www.rare-disease.at/klinefelter-syndrom)

**La Leche Liga Österreich**

Kontakt: Karin Opelka; [www.lalecheliga.at](http://www.lalecheliga.at)

**Lobby4Kids**

Kontakt: Irene Promussas; [www.lobby4kids.at](http://www.lobby4kids.at)

**Lungenfibrose Forum Austria**

Kontakt: Ing. Günther Wanke  
[www.lungenfibroseforum.at](http://www.lungenfibroseforum.at)

**Lungenkrebsforum Austria**

Kontakt: Franz Buchberger  
[www.lungenkrebsforum-austria.at](http://www.lungenkrebsforum-austria.at)

**Myelom & Lymphon Hilfe Österreich**

Kontakt: Elfi Jirsa; [www.myelom-lymphom.at](http://www.myelom-lymphom.at)

**NF Kinder – Hilfe für Neurofibromatose-PatientInnen und Angehörige Österreich**

Kontakt: Claas Röhl; [www.nfkinder.at](http://www.nfkinder.at)

**ÖGAST – Österreichische Gesellschaft für angeborene Stoffwechselstörungen**

Kontakt: Martina Spissak; [www.oegast.at](http://www.oegast.at)

**ÖGG – Österreichische Gaucher Gesellschaft**

Kontakt: Andrea Kavallar  
[www.morbus-gaucher-oegg.at](http://www.morbus-gaucher-oegg.at)

**ÖMCCV – Österreichische Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung**

Kontakt: Ing. Evelyn Groß; [www.oemccv.at](http://www.oemccv.at)

**Osteogenesis imperfecta Austria (OIA)**

Kontakt: Veronika Lieber  
[www.glasknochen.at](http://www.glasknochen.at)

**Österreichische Arbeitsgemeinschaft Zöliakie**

Kontakt: Hertha Deutsch  
[www.zoeliakie.or.at](http://www.zoeliakie.or.at)

**Österreichische Huntington-Hilfe**

Kontakt: Kurt Zwettler  
[www.huntington.at](http://www.huntington.at)

**Österreichische ILCO Stoma Dachverband**

Kontakt: Hans-Rainer Offenhuber  
[www.ilco.at](http://www.ilco.at)

**Österreichische Lymph-Liga**

Kontakt: Richard Crevenna  
[www.lymphliga.at](http://www.lymphliga.at)

**Österreichische Multiple Sklerose Gesellschaft**

Kontakt: Fritz Leutmezer  
[www.oemsg.at](http://www.oemsg.at)

**Österreichische Narkolepsie Gesellschaft**

Kontakt: Jennifer Bocek  
[www.narkolepsie.at](http://www.narkolepsie.at)

**Österreichische Rett-Syndrom Gesellschaft**

Kontakt: Günther Painsi  
[www.rett-syndrom.at](http://www.rett-syndrom.at)

**Österreichische Rheumalige (ÖRL)**

Kontakt: Gertraud Schaffer  
[www.rheumaliga.at](http://www.rheumaliga.at)

**Österreichische Selbsthilfe Polyneuropathie**

Kontakt: Franz Karl  
[www.selbsthilfe-polyneuropathie.at](http://www.selbsthilfe-polyneuropathie.at)

**Österreichische Selbsthilfegruppe für primäre Immundefekte**

Kontakt: Karin Modl;  
[www.oespid.org](http://www.oespid.org)

**Österreichische Tourette Gesellschaft SHG**

Kontakt: Birgitt Urbaneck  
[www.tourette.at](http://www.tourette.at)

**Österreichische Turner-Syndrom Initiative (ÖTSI)**

Kontakt: Peter Siebert  
[www.oetsi.at](http://www.oetsi.at)

**Österreichische Vereinigung Morbus Bechterew**

Kontakt: Josef Wibner  
[www.bechterew.at](http://www.bechterew.at)

**Österreichische Wachkoma Gesellschaft**

Kontakt: Gerald Pichler  
[www.wachkoma.at](http://www.wachkoma.at)

**Österreichischer Herzverband**

Kontakt: Helmut Schuller  
[www.herzverband.at](http://www.herzverband.at)

**PH Austria Selbsthilfegruppe Lungenhochdruck**

Kontakt: Gerald Fischer  
[www.lungenhochdruck.at](http://www.lungenhochdruck.at)

**PULSHIV – Interessensvertretung von und für Menschen mit HIV/AIDS und deren Angehörige**

Kontakt: Wiltrud Stefanek  
[www.pulshiv.at](http://www.pulshiv.at)

**PWS Austria**

Kontakt: Franz Prankl; [www.prader-willi-syndrom.at](http://www.prader-willi-syndrom.at)

**SHG Contergan- und Thalidomid-geschädigte Österreich, Thalidomide Austria**

Kontakt: Michaela Moik  
[www.contergan.or.at](http://www.contergan.or.at)

**SHG für Menschen mit angeborenen Gefäßfehlbildungen und deren Angehörige**

Kontakt: Andreas Miedler; [www.blutbahn.at](http://www.blutbahn.at)

**SHG für Schilddrüsenkazinom-PatientInnen Österreich Zweigverein Steiermark**

Kontakt: Sabine Leopold  
[www.selbsthilfegruppe.at](http://www.selbsthilfegruppe.at)

**SHO Morbus Pompe Österreich**

Kontakt: Heidi Gmeiner  
[www.morbus-pompe.at](http://www.morbus-pompe.at)

**SHG Darmkrebs**

Kontakt: Helga Thurnher  
[www.selbsthilfe-darmkrebs.at](http://www.selbsthilfe-darmkrebs.at)

**SHG Ehlers-Danlos-Syndrom**

Kontakt: Hannes Tannich  
[ehlersdanlossyndrom@gmail.com](mailto:ehlersdanlossyndrom@gmail.com)

**SHG Klumpfuß**

Kontakt: Nina Lai; [www.klumpfuss.at](http://www.klumpfuss.at)

**SHG Kopfweg**

Kontakt: Christa Katerl  
[www.shgkopfweg.at](http://www.shgkopfweg.at)

**SHG Rheumalis – Selbsthilfegruppe für Eltern rheumakranker Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener**

Kontakt: Karin Formanek  
[www.rheumalis.org](http://www.rheumalis.org)

**SIDS Austria**

Kontakt: Isolde Bachler  
[www.sids.at](http://www.sids.at)

**SLIÖ Selbstbestimmt Leben Initiative Österreich**

Kontakt: Bernadette Feuerstein  
[www.xn--sli-una.at](http://www.xn--sli-una.at)

**SoMa**

Kontakt: Mazeena Mohideen  
[www.soma-austria.at](http://www.soma-austria.at)

**Tiorbusfabry Selbsthilfegruppe Österreich**

Kontakt: Willibald Koglbauer  
[www.morbus-fabry.eu](http://www.morbus-fabry.eu)

**Verein Blickkontakt. Interessensgemeinschaft sehender, sehbehinderter und blinder Menschen**

Kontakt: Thomas Posch  
[www.blickkontakt.or.at](http://www.blickkontakt.or.at)

**Verein Feuerball – Verein für brandverletzte Kinder und Jugendliche**

Kontakt: Martina Loidl  
[www.feuerball.at](http://www.feuerball.at)

**Verein Forum Hodenkrebs Österreich**

Kontakt: Peter Bachinger  
[www.hodentumor.at](http://www.hodentumor.at)

**Verein MAS Alzheimerhilfe**

Kontakt: Felicitas Zehetner; [www.alzheimerhilfe.at](http://www.alzheimerhilfe.at)

**Verein Tuberoöse Sklerose Complex Mitand**

Kontakt: Andrea Schmidt  
[www.tuberoesesklerose.at](http://www.tuberoesesklerose.at)

**Verein von Eltern und Angehörigen gegen Muskelerkrankungen bei Kindern**

Kontakt: Bernd Scholler  
[www.verein-marathon.at](http://www.verein-marathon.at)

**Pro Rare Austria – Allianz für seltene Erkrankungen**

Kontakt: Urike Holzer  
[www.prorare-austria.org](http://www.prorare-austria.org)



## POLITIK UND VERWALTUNG

### Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

**Korinna Schumann (Bundesministerin)**  
**Ulrike Königsberger-Ludwig (Staatssekretärin)**  
Zuständig für die Gesundheitsversorgung auf zentraler Ebene, Prävention und Gesundheitsförderung, Arbeits-, Sozial- & Behindertenpolitik und Konsumentenschutz

### Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

a. o. **Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann (Geschäftsführer)**  
Forschungs- und Planungsinstitut des österreichischen Gesundheitswesens. Untergliedert in drei Kernbereiche: ÖBIG, FGÖ und BIQG.

### Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)

a. o. **Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann (Geschäftsführer)**  
Arbeitet im Auftrag des Bundes. Schwerpunktmäßig beauftragt mit der Erforschung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, Entwicklung von Methoden, Instrumenten und Grundlagenforschung.

### Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)

**Mag. Dr. Klaus Ropin (Geschäftsbereichsleiter)**  
Förderung von Projekten für Prävention und Gesundheitsförderung sowie selbstständige Durchführung von Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung, Erhöhung der Gesundheitskompetenz und Vernetzung.

### Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG)

**Dr. Karin Eglau, MPH (Geschäftsbereichsleiterin)**  
Entwicklung von Instrumenten für die Evaluierung der Qualität des österreichischen Gesundheitswesens, Schaffung von Informationsgrundlagen. Arbeitet auf regionaler und bundesweiter Ebene.

### Bundesgesundheitsagentur (BGA)

Weiterverfolgung der Ziele aus der 2013 eingeführten Zielsteuerung-Gesundheit. Sicherstellung der Einhaltung der Vorgaben der Finanzzielsteuerung, sowie Qualität, Effizienz, Effektivität der Gesundheitsversorgung. Organe: Bundes-Zielsteuerungskommission und Ständiger Koordinierungsausschuss.

### Preiskommission (PK)

Regelmäßige Preisevaluierung von Produkten, die die Aufnahme in den Erstattungskodex anstreben, sowie von speziellen Produkten in der No-Box.

### Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES)

**Priv.-Doz. Dr. Johannes Pleiner-Duxneuner (Geschäftsführer)**

### Dr. Anton Reintl (Geschäftsführer)

Staatliches Unternehmen, welches dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz unterstellt ist. Arbeitet unterstützend in folgenden Bereichen: öffentliche Gesundheit, Tiergesundheit, Lebensmittelsicherheit, Arzneimittelsicherheit, Ernährungssicherheit und Verbraucher\*innenschutz.

### AGES Medizinmarktaufsicht

### DI Dr. Günter Waxenecker (Leiter)

Verantwortlich für sichere und wirksame Arzneimittel und Medizinprodukte. Aufgaben: Arzneimittelzulassung, klinische Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, Pharmakovigilanz, Vigilanz im Bereich der Medizinprodukte und Inspektionswesen.

### Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG)

### SC Dr. Katharina Reich (Vorsitzende)

Vom Gesundheitsministerium mit verschiedenen Aufgaben betraute Behörde. Gemeinsam mit der AGES für diverse Angelegenheiten zuständig: Zulassung und klinische Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, Pharmakovigilanz etc.

### Oberster Sanitätsrat (OSR)

### Univ.-Prof. Dr. Markus Müller (Präsident)

Ist ein wissenschaftliches Beratungsgremium des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Die ehrenamtlichen Mitglieder setzen sich aus ExpertInnen verschiedener Bereiche zusammen: Medizin, Psychologie, Pflege, Wissenschaft, Ärzte- und Apothekerkammer, Sozialversicherung und öffentlichen Gesundheitsdienst. Die ausgesprochenen Empfehlungen sind nicht bindend und das Gremium ist unabhängig.

**52.779 Mio EUR**  
GESUNDHEITSAUSGABEN

**11,2%**  
IN % DES BIP

**76,7%**  
ÖFFENTLICHER ANTEIL

**81,9 Jahre**  
LEBENSERWARTUNG

Quelle: statistik.at (2023), Eurostat (2023)



## ÄRZTESCHAFT

### Österreichische Ärztekammer (ÖÄK)

### Dr. Johannes Steinhart (Präsident)

Nimmt die wirtschaftlichen, sozialen und beruflichen Interessen der österreichischen Ärzteschaft wahr. Sie ist zuständig, sofern die Interessen von zwei oder mehreren Landesärztekammern betroffen sind. Darüber hinaus hat die ÖÄK auch eine Vielzahl behördlicher Aufgaben, wie etwa die Anerkennung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen, die Anerkennung von Ausbildungen oder die Eintragung in die Ärzteliste.

### Bundeskurie niedergelassene Ärzte

### OMR Dr. Edgar Wutscher (Kurienobmann)

Vertritt die Interessen der niedergelassenen Ärzteschaft, insbesondere gegenüber den Sozialversicherungsträgern.

### Bundeskurie angestellte Ärzte

### Dr. Harald Mayer (Kurienobmann)

Vertritt im Speziellen die Interessen der angestellten Ärzteschaft, insbesondere ggü. den Krankenhausbetreibern.

### Landesärztekammer für jedes Bundesland

Die Präsidenten\*innen der neun Landesärztekammern wählen aus ihrer Mitte den Präsidenten der österreichischen Ärztekammer.

### Österreichische Zahnärztekammer (ÖZÄK)

### Dr. Birgit Vetter-Scheidl (Präsidentin)

Interessensvertretung der österreichischen Zahnärzt\*innen, hat neun Landes Zahnärztekammern. Vertritt die beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen der Zahnärzteschaft.

**50.631**

ÄRZT\*INNEN INSGESAMT

**12.901**

ALLGEMEIN-MEDIZINER\*INNEN (AM)

**28.618**

FACHÄRZT\*INNEN (FA)

**8.987**

ÄRZT\*INNEN IN AUSBILDUNG

**5.498**

ZAHNÄRZT\*INNEN

Quelle: aerkammer.at (Ärztstatistik 2023), zahnärztekammer.at (April 2025)



## APOTHEKEN

### Österreichische Apothekerkammer

### Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr (Präsidentin)

Gesetzliche Interessensvertretung der selbständigen und angestellten Apotheker\*innen mit umfassendem übertragenem und eigenem Wirkungsbereich. Rechtssetzungs- und Aufsichtsfunktion über ihre Mitglieder.

### Verband Angestellter Apotheker Österreichs (VAAÖ)

### Mag. pharm. Raimund Podroschko (Präsident)

Unabhängige Interessensvertretung für angestellte Apotheker\*innen. Setzt sich für die beruflichen und sozialen Anliegen ihrer Mitglieder ein.

### Forum Pharmazie

### Mag. pharm. Monika Aichberger (Präsidentin)

Verein für angestellte Apotheker\*innen Österreichs.

### Österreichischer Apothekerverband (ÖAV)

### Mag. pharm. Thomas W. Veitschegger (Präsident)

Verband der selbständigen österreichischen Apotheker\*innen. Vertritt die wirtschaftlichen und sozialen Interessen und setzt sich für eine transparente und offene Kommunikation innerhalb der Berufsgruppe ein.

### Österreichische Gesellschaft für Krankenhauspharmazie

### Mag. pharm. Dr. Elisabeth Messinger, aHPH (Präsidentin)

Setzt sich als gemeinnütziger Verein für die Interessen und Weiterentwicklung der Krankenhauspharmazie ein. Fördert sowohl die Weiterbildung als auch den Erfahrungsaustausch und die Zusammenarbeit in der Berufsgruppe sowie mit den verschiedenen Professionalitäten im Krankenhauswesen.

### Arbeitsgemeinschaft Österreichischer Krankenhausapotheker

### Mag. pharm. Martina Jeske, MSc, aHPH (Präsidentin)

Interessensvertretung der Krankenhausapotheker\*innen in Österreich. Fördert berufliche Fortbildung und Forschung sowie den Ausbau eines breiten Netzwerks. Ist ein Teil des Verbandes Angestellter Apotheker\*innen Österreichs.

### Pharmazeutische Gehaltskasse

### Mag. Irina Schwabegger-Wager (Obfrau)

### Mag. Georg Fischill (Obmann)

Aufgaben: Gehaltsangelegenheiten angestellter Pharmazeut\*innen, Verrechnung Kassenrezepte, soziale und wirtschaftliche Absicherung

**1.415**

ÖFFENTLICHE APOTHEKEN

**42**

KRANKENHAUSAPOTHEKEN

**884**

HAUSAPOTHEKEN FÜHRENDE ORDINATIONEN

**11.413.491**

HELMITTELVERORDNUNGEN

Quelle: apothekerkammer (2023), sozialversicherung.at (2022, 2023)



## SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

### DACHVERBAND DER SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

www.sozialversicherung.at

**Vorsitz der Konferenz der SV-Träger (in Rotation):** Mag. Claudia Neumayer-Stickler, Mag. Peter McDonald  
**Büroleiter:** Mag. Jan Pazourek

### UNFALL-VERSICHERUNG

#### AUVA

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

**4,7 Mio Versicherte**

**DI Mario Watz (Obmann)**  
**Mag. Alexander Bernart (Generaldirektor)**  
**Prim. Dr. Roland Frank, MSc (Chefarzt)**

### KRANKEN-VERSICHERUNG

#### ÖGK

Österreichische Gesundheitskasse

**7,6 Mio Versicherte**

**Andreas Huss, MBA (Dienstnehmer Obmann)**  
**Mag. Peter McDonald (Dienstgeber Obmann)**  
**Mag. Bernhard Wurzer (Generaldirektor)**  
**Dr. Andreas Krauter, MBA (Chefarzt)**

### PENSIONS-VERSICHERUNG

#### PVA

Pensionsversicherungsanstalt

**2,2 Mio Pensionsbezieher\*innen**

**Andreas Herz, MSc (Dienstgeber Obmann)**  
**Peter Schleimbach (Dienstnehmer Obmann)**  
**Dr. Winfried Pinggera (Generaldirektor)**  
**Dr. Monika Mustak-Blagusz (Chefärztin)**

#### SVS

Sozialversicherung der Selbständigen

**Mag. Peter Lehner (Obmann) | Mag. Dr. Alexander Biach (Generaldirektor)**

**1,3 Mio**  
VERSICHERTE

#### BVAEB

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

**Dr. Norbert Schnedl (Obmann) | Dr. Gerhard Vogel (Generaldirektor)**  
**Prim. Dr. Gudrun Wolner-Strohmeier, MPH (Chefärztin)**

**1,2 Mio**  
VERSICHERTE

Quelle: auva.at (2023), gesundheitskasse.at (2024), pva.at, svv.at, bvaeb.at



## BUNDESLÄNDER

### Landesgesundheitsreferent\*innen

Vorsitz: halbjährlich rotierend

**Burgenland:** LH Mag. Hans Peter Doskozil

**Kärnten:** LH-Stv. Dr. Beate Prettner

**NÖ:** Dipl. Ing. Ludwig Schleritzko (LGA), Eva Prischl

**OÖ:** LH-Stv. Mag. Christine Haberlander

**Salzburg:** LR Mag. Daniela Gutsch

**Steiermark:** LR Dr. Karlheinz Kornhäusl

**Tirol:** LR MMag. Dr. Cornelia Hagele

**Vorarlberg:** LR Martina Rüscher, MBA MSc

**Wien:** ASR Peter Hacker

### Landesgesundheitsfonds

Öffentlich-rechtliche Fonds zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens auf Landesebene

### Burgenländischer Gesundheitsfonds (BURGEF)

Ing. Mag. Karl Helm, MAS (Geschäftsführer)

### Kärntner Gesundheitsfonds (kgf)

Dr. Karl Cernic (Geschäftsführer)

Dr. Gernot Melischnigg (Geschäftsführer)

### NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS)

Mag. Volker Knestel (Geschäftsführer)

### OÖ. Gesundheitsfonds

Mag. Jakob Hochgerner (Geschäftsführer)

### Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES)

Mag. Günter Lutzenberger, MBA (Geschäftsführer)

### Gesundheitsfonds Steiermark

Mag. Michael Koren (Geschäftsführer)

Dr. Bernd Leinich (Geschäftsführer)

### Tiroler Gesundheitsfonds (TGF)

HR Dr. Erwin Webhofer (Leiter)

### Gesundheitsfonds für das Land Vorarlberg

Peter Kleireir, BA (Geschäftsführer)

### Wiener Gesundheitsfonds

SR Mag. Richard Gauss (Geschäftsführer)



## KRANKENANSTALTEN

### Gesundheit Burgenland

(Burgenländische Krankenanstalten GmbH)

Univ.-Prof. Dr. Stephan Kriwanek (Geschäftsführer)

Mag. Franz Öller, MBA MPH (kf. Geschäftsführer)

### Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft des Landes Kärnten (KABEG)

Dr. Arnold Gabriel (Vorstand)

### NÖ Landesgesundheitsagentur (LGA)

Mag. Dr. Elisabeth Bräutigam (Vorständin)

Mag. Gerhard Dafert (Vorstand)

Mag. Dr. Bernhard Kadlec (Vorstand)

### Oberösterreichische Gesundheitsholding (OÖG)

Mag. Dr. Franz Harmoncourt (Vorstandsvorsitzender)

### Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes)

Univ. Prof. Ing. Dr. Dr.h.c Gerhard Stark (Vorstandsvorsitzender)

### Salzburger Landeskliniken (SALK)

Dr. Thomas Gamsjäger (Geschäftsführer)

Dr. Silvia Lechner (Geschäftsführerin)

### Tirol Kliniken GmbH

Mag. Stefan Defforian (Geschäftsführer)

Univ.-Prof. Dr. Christian Haring, MAS (Geschäftsführer)

Dr. Matthias Walter, MBA (Geschäftsführer)

### Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft

Dir. Dr. Gerald Fleisch (Geschäftsführer)

Dir. Prim. Dr. Peter Fraunberger (Geschäftsführer)

### Wiener Gesundheitsverbund (WIGEV)

Mag.a Evelyn Kölldorfer-Leitgeb (Generaldirektorin)

### ARGE der Ordensspitäler Österreich

MMag. Peter Bohynik (Vorsitzender)

### Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs

Prim. Dr. Josef F. Macher (Präsident)

**262 / 60.306**

KRANKENANSTALTEN INSGESAMT / BETTEN

**90 / 37.115**

ALLGEMEINE KRANKENANSTALTEN / BETTEN

**121 / 16.842**

SONDER-KRANKENANSTALTEN / BETTEN

**32 / 2.362**

SANATORIEN / BETTEN

**19 / 3.987**

PFLEGEANSTALTEN FÜR CHRONISCH KRANKE / BETTEN

Quelle: statistik.at (2023)

## SOZIALPARTNER UND ZUSAMMENARBEIT

**Kammer für Arbeiter und Angestellte (AK)**  
*Renate Anderl (Präsidentin)*  
Gesetzliche Interessenvertretung für Arbeiter\*innen inkl. Gesundheitsberufe

**Österr. Gewerkschaftsbund (ÖGB)**  
*Wolfgang Katzian (Präsident)*  
Freiwillige Interessensvertretung aus sieben Teilgewerkschaften.

**Seniorenrat**  
*LAbg Ingrid Korosec (Präsidentin)*  
Dachverband der großen Pensionisten- und Seniorenorganisationen

**Wirtschaftskammer (WKÖ)**  
*Mag. Dr. Harald Mahrer (Präsident)*  
Gesetzliche Interessenvertretung für Unternehmer\*innen

**Industriellenvereinigung (IV)**  
*Georg Knill (Präsident)*  
Freiwillige Interessensvertretung der Industrie

**Sozialwirtschaft Österreich – Verband der österreichischen Sozial- und Gesundheitsunternehmen**

*BGF Dir. Mag. (FH) Erich Fenninger, DSA (Vorsitzender)*  
Verband der österreichischen Sozial- und Gesundheitsunternehmen, Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe. Fachgruppen: Gesundheits- und Pflegedienste, Behindertenarbeit/ Psychosoziale Arbeit, Soziale Dienste und Rettungsdienste, Arbeitsmarktpolitische Dienstleistungen, Kinderbetreuung/Kinder- und Jugendhilfe

**4.026.000**  
AK MITGLIEDER

**5.000+**  
IV BETRIEBE

**845.085**  
WKÖ BETRIEBE

**1.208.009**  
ÖGB MITGLIEDER

**623**  
SOZIALWIRTSCHAFT ORGANISATIONEN

**706.633**  
SENIORENRAT MITGLIEDER

Quelle: arbeiterkammer.at (2024), wko.at (2024), oegb.at (2024), seniorenrat.at (2016), swoe.at (2024)

## GESUNDHEITSBERUFE

Personen, die folgende Berufe ausüben, müssen sich im Gesundheitsberuferegister (GBR) registrieren  
[www.gbr-public.ehealth.gv.at/](http://www.gbr-public.ehealth.gv.at/)

**GuK-Berufe (Gesundheits- und Krankenpflege)**  
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen (DGKP), Pflegefachassistent\*innen, Pflegeassistent\*innen

**MTD-Berufe (gehobene medizinisch-technischen Dienste)**

Biomedizinische Analytiker\*innen, Diätolog\*innen, Ergotherapeut\*innen, Logopäde\*innen, Orthoptist\*innen, Physiotherapeut\*innen, Radiotechnolog\*innen  
**Neu (seit 1.7.2022):** Operationstechnische Assistenz

**Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)**

*Mag. Elisabeth Potzmann (Präsidentin)*  
Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Austria)

*Mag. Gabriele Jaksch (Präsidentin)*

**Österreichisches Hebammengremium (ÖHG)**

*Gerlinde Feichtlbauer, MSc (Präsidentin)*

**Berufsverband der Arztassistentinnen Österreich (BdA)**

*Mag. Elisabeth Hammer-Zach (Präsidentin)*

Personen GBR registriert	<b>220.264</b>	MTD-Berufe (alle)	<b>41.211</b>
GuK-Berufe (alle)	<b>179.300</b>	Physiotherapeut*innen	<b>18.551</b>
DGKP	<b>111.566</b>	BMA	<b>7.025</b>
Pflegeassistent*innen	<b>61.234</b>	Hebammen	<b>2.800</b>

Quelle: geog.at(2023), hebammen.at (2024)

## PATIENT\*INNENVERTRETUNG

**Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (ÖKUSS)**

*Mag. Gudrun Braunegger-Kallinger (Leiterin)*  
Stärkung der Position von Selbsthilfegruppen in Österreich, fördert Projekte die Selbsthilfe betreffend und steht für die Verbreitung und Bündelung von Wissen.

**Arbeitsgemeinschaft der Patient\*innen und Pflegenachwachen**

*Dr. Michaela Wlattnig (Sprecherin)*  
Zusammenschluss aller Patientenrät\*innen Österreichs

**Bundesverband Selbsthilfe Österreich (BVSHOE)**

*Angelika Widhalm (Vorsitzende)*  
Dachverband für alle Patient\*innenorganisationen, bündelt Interessen verschiedener Patient\*innenorganisationen. Vertritt die Angelegenheiten der Mitglieder auf Bundesebene.

**1.700**  
SELBSTHILFEGRUPPEN

**250.000**  
MITGLIEDER

Quelle: gesundheit.gv.at

## DIGITALISIERUNG

**ELGA GmbH (Elektronische Gesundheitsakte)**

*Dr. Edith Bulant-Wodak (Geschäftsführerin)*  
*Dr. Stefan Sabutsch (Geschäftsführer)*  
Im Eigentum von Bund, Ländern und Sozialversicherung stehende Gesellschaft. Zuständig für alle Maßnahmen zur österreichweiten Umsetzung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA).

**ITSV GmbH (IT-Services der Sozialversicherung)**

*Mag. Erwin Fleischhacker (Geschäftsführer)*  
*Mag. Hubert Wackerle (Geschäftsführer)*  
Im Eigentum der Sozialversicherung. Zuständig für IT-Aktivitäten aller SV-Träger.

**eHealth Arbeitskreis der UBIT/WKÖ**

*Mag. Herwig Loidl (Sprecher)*

**IHE Austria**

*DI Dr. Alexander Kollmann (Vorstand)*  
*Mag. Herwig Loidl (Vorstand)*

Initiative zur Forcierung der Integration von IT- und Medizintechnik im Gesundheitswesen.

**e-Health in Ordinationen (Ärztelkammer)**

*Dr. Alexander Moussa (Referatsleiter)*

**TELEMED Austria**

*Priv.-Doz. Dr. Christof Pabinger (Präsident)*

**Health Pioneers**

*Lukas Seper (Obmann)*  
Branchenverband für Hersteller von Digital-Health-Anwendungen.

**Bundesrechenzentrum GmbH**

*Ing. Roland Ledinger (Geschäftsführer)*

**SVC GmbH (Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft)**

*DI(FH) Volker Schörghofer (Geschäftsführung)*

*Mag. Ursula Weismann (Geschäftsführung)*

Im Eigentum der Sozialversicherung. Zuständig Betrieb und Weiterentwicklung des e-card Systems.

**Plattform für Digitale Gesundheit im FEEI**

*Gerhard Stimac (Sprecher)*  
Interessenverband von Unternehmen die in Österreich Infrastrukturlösungen und Software für den Gesundheitsbereich erstellen

**ÖG Telemed**

*Dr. Dietmar Bayer (Präsident)*  
Österreichische Gesellschaft für Telemedizin und E-Health

**HL7 Austria, DICOM Austria**

*Dr. Stefan Sabutsch (Präsident)*  
Weiterentwicklung der Standards.

**AIT Austrian Institute of Technology GmbH**

*Prof. Dr. Elke Guenther (Leiterin Center for Health & Bioresources)*  
Österreichs größte Research and Technology Organisation

ELGA Einrichtungen

Öffentliche Spitäler **100 %**

Apotheken **97 %**

Kassenordinationen **85 %**

ELGA Widersprüche **280.000**

ELGA e-Befunde (insgesamt) **100 Mio**

+ Bilddatenverweise **5 Mio**

ELGA e-Medikation (Abgaben in 18 Monaten) **150 Mio**

Impfungen im e-Impfpass **35 Mio**

Aktive e-cards **9 Mio**

Quelle: hl7.at(2025), svc.co.at (2025)

## METHODENBEWERTUNG (HTA)

**HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT ÖSTERREICH**

In Österreich gibt es keine zentrale Institution; verschiedene Organisationen führen nach jeweils eigenen Prozessen HTA durch:

— **Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie der Donau-Universität Krems**

[www.donau-uni.ac.at/de/universitaet/fakultaeten/gesundheitsmedizin/departments/evidenzbasierte-medicin-klinische-epidemiologie.html](http://www.donau-uni.ac.at/de/universitaet/fakultaeten/gesundheitsmedizin/departments/evidenzbasierte-medicin-klinische-epidemiologie.html)

— **Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)**

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

— **Dachverband der österreichische Sozialversicherungsträger – Evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung (EWG)**

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

— **Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV)**

[www.allgemeinmedizin.medunigraz.at](http://www.allgemeinmedizin.medunigraz.at)

— **Institute of Public Health, Medical Decision Making and Health Technology Assessment der UMIT**

[www.umit-tirol.at](http://www.umit-tirol.at)

— **JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften**

[www.joanneum.at/health](http://www.joanneum.at/health)

— **HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment (AIHTA) GmbH (vormals LBI-HTA)**

<https://aihta.at/>

— **HEILMITTELEVALUIERUNGSKOMMISSION (HEK)**

Entscheidungs-gremium im Erstattungswesen, gibt Empfehlungen ab über die Aufnahme von Arzneimitteln in den Erstattungskodex. Angesiedelt beim Dachverband der Sozialversicherungsträger.

**HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INTERNATIONAL LÄNDERÜBERGREIFEND**

— **Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHC)**

[www.ceestahc.org](http://www.ceestahc.org)

— **European Network for Health Technology Assessment (EUNETHTA)**

[www.eunethta.eu](http://www.eunethta.eu)

— **Health Evidence Network (HEN)**

[www.who.int/europe/groups/health-evidence-network-\(hen\)](http://www.who.int/europe/groups/health-evidence-network-(hen))

— **Health Technology Assessment international (HTAI)**

[www.htai.org](http://www.htai.org)

— **International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)**

[www.inahta.org](http://www.inahta.org)

## MEDIZINISCHE UNIVERSITÄTEN

**Medizinische Universität Graz**

*Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. med. univ. Andrea Kunz (Rektorin)*

staatlich, 370 Plätze Humanmedizin

**Medizinische Universität Innsbruck**

*Univ.-Prof. Dr. W. Wolfgang Fleischhacker (Rektor)*

staatlich, 410 Plätze Humanmedizin

**Johannes-Kepler Universität Linz JKU**

*Univ.-Prof. Dr. Stefan Koch (Rektor)*

staatlich, 310 Plätze Humanmedizin

**Medizinische Universität Wien**

*Univ.-Prof. Dr.med.univ. Markus Müller (Rektor)*

staatlich, 760 Plätze Humanmedizin

**Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg**

*Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Sperl (Rektor) | privat*

**Karl-Landsteiner-Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften Krems**

*Univ.-Prof. Dr. Rudolf Mallinger (Rektor) | privat*

**Danube Private University Austria**

*Prof.in h.c. Marga B. Wagner-Pischel (Rektorin) | privat*

**Sigmund Freud Privatuniversität Wien**

*Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Alfred Pritz (Rektor) | privat*

**Leit-Ethikkommissionen**

Medizinische Universität Graz, Medizinische Universität Innsbruck, Medizinische Universität Wien, Stadt Wien gemäß KAG, AMG und MPG, Land Niederösterreich, Land Oberösterreich, Land Salzburg, Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt

## GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

**Vertretung der Pharmabranche in der WKO**

Die Wirtschaftskammer Österreich (WKO) ist die gesetzliche Interessenvertretung. Das Drei-Sparten Prinzip Handel-Gewerbe-Industrie wird auch auf die Pharmawirtschaft angewendet.

**Sparte Industrie – Fachverband der Chemischen Industrie**

*Mag. Sylvia Hofinger (Geschäftsführerin)*

*Dr. Ilse Bartenstein (Vorsitzende ARGE Pharma)*

Sparte Industrie – Interessenvertretung der Chemie-Unternehmen in Österreich.

**Sparte Handel – Handel mit Arzneimitteln, Drogerie- und Parfümeriewaren sowie Chemikalien & Farben**

*Dipl.TA Mag. Christoph Atzmüller (Geschäftsführer)*

Sparte Handel – Interessenvertretung für den Handel mit Arzneimitteln, Drogerie- und Parfümeriewaren sowie Chemikalien und Farben.

**Sparte Gewerbe – Chemische Gewerbe**

*Mag. Harald Wächter (Branchenvertreter Arzneimittelhersteller)*

*Mag. Erwin Czesany (Bundesinnungsgeschäftsführer, Wirtschaftskammer Österreich, Chemischen Gewerbe und der Denkmal-, Fassaden- und Gebäudereiniger, Bundesinnung)*

Sparte Gewerbe – Interessenvertretung für chemisch-technische Produktion, chemische Labors, Schädlingsbekämpfung sowie Kosmetik – und Arzneimittelherstellung.

**Pharmig**

*Dr. Bernhard Wittmann (Präsident)*

*Mag. Alexander Herzog (Generalsekretär)*

Verband der Pharmazeutischen Industrie Österreichs. Interessenvertretung für alle Mitglieder, parteipolitisch unabhängig und agiert auf nationaler sowie internationaler Ebene. Mitglieder müssen nach dem Pharmig Verhaltenskodex handeln. Die Mitgliedschaft ist freiwillig.

**Forum der forschenden pharmazeutischen Industrie (FOPI)**

*Dr. Leif Moll (Präsident)*

Vertritt die Interessen von 26 internationalen forschenden Pharmaunternehmen. Setzt sich für den Zugang zu innovativen Arzneimitteln ein und steht mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens im Dialog.

Biotechnologie Unternehmen **191**

Biotechnologie Beschäftigte **3.316**

Biotechnologie Produktion **479,7 Mio EUR**

**Interessengemeinschaft österreichischer Heilmittelhersteller und Depositeure (IGEPHA)**

*Mag. Mirjana Mayerhofer (Präsidentin)*

*Mag. Christina Nageler (Geschäftsführerin)*

Vertritt jene Unternehmen, welche rezeptfreie Arzneimittel und Gesundheitsprodukte produzieren und am öst. Markt positionieren wollen. Arbeitet auf nat. und internat. Ebene.

**Österreichischer Generikaverband**

*Dr. Wolfgang Andiel (Präsident)*

Zusammenschluss von Generikaproduzenten, welcher sich für den verstärkten Einsatz von Generika einsetzt. Ziel ist es die Vorteile von Generika an die Öffentlichkeit zu bringen und bei pol. Entscheidungen mitzuwirken.

**Biosimilarsverband Österreich**

*Dr. Sabine Möritz-Kaisergruber (Präsidentin)*

Als Zweigverein zum Öst. Generikaverband die freiwillige Interessenvertretung der Biosimilarsanbieter in Österreich.

**PHAGO vormals Arge Pharmazeutika**

*Dr. Andreas Windischbauer (Präsident)*

*Dr. Monika Vögele (Generalsekretärin)*

Interessenvertretung von Arzneimittelgroßhändlern in Österreich. Steht für die Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln. Ist Mitglied des europäischen Dachverbands für Arzneimittelgroßhändler.

**Austromed**

*Gerald Gschlössl (Präsident)*

*Mag. Philipp Lindinger (Geschäftsführer)*

Interessenvertretung für Medizinprodukte-Unternehmen.

**Pharma Marketing Club Austria (PMCA)**

*Dietrich Göller (Präsident)*

Plattform von Unternehmen und Dienstleistern zur Förderung von neuen Ideen und zur Qualitätssteigerung im Pharma-Marketing.

**Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO)**

*MMag. Astrid B. Knitel (Leiterin der Sektionen Kranken- und Unfallversicherung)*

Der VVO vertritt die Interessen aller in Österreich tätigen privaten Versicherungsunternehmen.

Pharmazeutische Unternehmen **120**

Pharmazeutische Beschäftigte **18.000**

Pharmazeutische Produktion **1.434 Mio. EUR**

Quelle: pharmig.at (2023), lifescienceaustria.at (2023)



# PRAEVENIRE GESUNDHEITS Selbsthilfe- und Patientenorganisationen

## Selbsthilfeunterstützungs- einrichtungen:

### auf Bundesebene

ÖKUSS – Österreichische  
Kompetenz- und Service-  
stelle für Selbsthilfe

Leiterin:

Mag. Gudrun Braunegger-Kallinger  
www.oekuss.at



### auf Landesebene

#### BURGENLAND

Burgenländischer Landesver-  
band der Selbsthilfegruppen  
Selbsthilfe Burgenland

Obfrau: Eva Tuczay

www.selbsthilfe-bglld.at



#### NIEDERÖSTERREICH

Dachverband NÖ Selbsthilfe

Vorstandsvorsitzender:

Ronald Söllner

www.selbsthilfenoe.at



#### KÄRNTEN

Selbsthilfe Kärnten

Präsident: Karl Felsberger

www.selbsthilfe-kaernten.at



#### OBERÖSTERREICH

Selbsthilfe Oberösterreich

Obfrau: Christa Katerl

www.selbsthilfe-ooe.at



#### SALZBURG

Selbsthilfe Salzburg

Obmann: Dr. Johann Ebner

www.selbsthilfe-salzburg.at



#### STEIERMARK

Selbsthilfe Steiermark

Teamleitung: Dipl. Päd.

Elisabeth Bachler

www.selbsthilfe-stmk.at



#### TIROL

Selbsthilfe Tirol

Geschäftsstellenleitung:

Maria Pflanzner-Stockl

www.selbsthilfe-tirol.at



#### VORARLBERG

Selbsthilfe Vorarlberg

Obmann: Werner Gohm, BA

www.selbsthilfe-vorarlberg.at



#### WIEN

Selbsthilfe-Unterstützungs-  
stelle SUS Wien

Fachliche Leitung:

Mag. (FH) Heidrun Rader und

Mag. Martina Daim

www.wig.or.at/selbsthilfe-beratung/  
selbsthilfe-unterstuetzungs-stelle



#### Medizinisches

Selbsthilfezentrum Wien

Vorsitzende: Maria Nimführ

www.medshz.org

Quelle: www.oekuss.at

## Bundesverband Selbsthilfe Öst

Kontakt: Angelika Widhalm und Waltraud Duven

www.bvshoe.at

## Bundesforen des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich (BVSHOE)

### Bundesforum: Bewegungsapparat/Knochen/Muskel

#### Adipositas-SHG Österreich

Kontakt: Elisabeth Jäger  
www.adipositas-shg.at

#### Dachverband der Öst. Osteoporose-SHG

Kontakt: Christine Oberforcher  
www.osteoporose-selbsthilfe.org

#### Parkinsonline Österreich

Kontakt: Gerald Ganglbauer  
www.parkinsonline.at

#### SHG Multiple Sklerose Österreich

Kontakt: Robert Arthofer  
Facebook: Selbsthilfegruppe Multiple Sklerose  
Österreich

### Bundesforum: Gastroenterologie

#### Adipositas-SHG Österreich

Kontakt: Elisabeth Jäger; www.adipositas-shg.at

#### Aktive Diabetiker Austria

Kontakt: Renate Wagner; www.aktive-diabetiker.at

#### ARGE Niere Österreich

Kontakt: Rudolf Brettbacher; www.argeniere.at

FruLak & Co. | Patienteninitiative Fruktose-,  
Laktose-, Histamin-Intoleranz, Nahrungsmittel-  
unverträglichkeiten, Allergien und Ernährung  
Kontakt: Ernst Leitgeb; www.fruLakco.at

#### Hepatitis Hilfe Österreich – Plattform Gesunde Leber

Kontakt: Angelika Widhalm  
www.gesundeleber.at

#### Pankreatitis Austria

Kontakt: Doris Lang; www.pankreatitis-austria.at

#### Selbsthilfe Niere

Kontakt: Claus Pohnitzer; www.selbsthilfe-niere.at

#### Verein der Lebertransplantierten Österreichs

Kontakt: Silvia Wogowitsch  
www.gesundeleber.at

### Bundesforum: Gehör/Sprache

#### Österr. Cochlear-Implant-Gesellschaft

Kontakt: Tobias Fischer; www.oecig.at

#### Österr. Selbsthilfe Initiative Stottern

Kontakt: Thomas Kupetz; www.oesis.at

#### Österr. Tinnitus-Liga (ÖTL)

Kontakt: Dr. Roland Moschén; www.oetl.at

### Bundesforum: Gensyndrome

#### Angelman Verein Österreich

Kontakt: Yvonne Otzelberger; www.angelman.at

#### cf-austria

Kontakt: Mag. Johannes Lösch; www.cf-austria.at

#### Cystische Fibrose Hilfe OÖ

Kontakt: Elisabeth Jodlbauer-Riegler  
www.cystischefibrose.info

#### Klinefelter-Inter

Kontakt: Wolfgang Rögner; www.klinefelter-inter.at

#### Marfan Initiative Österreich

Kontakt: Margit Aschenbrenner  
www.marfan-initiative.at

### Bundesforum: Krebspatienten für Krebspatienten

#### Hepatitis Hilfe Österreich – Plattform Gesunde Leber

Kontakt: Angelika Widhalm  
www.gesundeleber.at

#### Multiples Myelom Selbsthilfe Österreich

Kontakt: DI Thomas Derntl  
www.multiplesmyelom.at

#### PatientInnenportal

Kontakt: Mona Elzayat MSc  
www.patientinnenportal.at

#### SHG Pankreaskarzinom

Kontakt: Michaela Hirt  
www.selbsthilfe-pankreaskarzinom.at

#### Selbsthilfe Prostatakrebs

Kontakt: Leopold Pecenka  
www.prostatakrebs.at

### Bundesforum: Neurologie

#### Corona Patienten Österreich

Kontakt: Waltraud Duven; www.corona-patienten.at

#### Elterninitiative für anfallkranke Kinder \*E\*I\*A\*K\*

Kontakt: Eva Ressler; www.eiak.at

#### Epilepsie Dachverband Österreich

Kontakt: Mag. (FH) Michael Alexa; www.epilepsie.at

#### Epilepsie Interessensgemeinschaft Österreich

Kontakt: Erika Fassl; www.epilepsie-ig.at

#### Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit HSSG

Kontakt: Johann Bauer; www.hssg.at

#### Österreichische Dystoniegesellschaft

Kontakt: Friedrich Kasal; www.dystonie.at

#### Österreichische Gesellschaft für Schädel-Hirn-Trauma

Kontakt: Sigrid Kundela; www.oegsht.org

#### Parkinsonline Österreich

Kontakt: Gerald Ganglbauer  
www.parkinsonline.at

#### Selbsthilfegruppe Borreliose

Kontakt: Rudolf Buchinger  
www.shg-borreliose.at

#### SHG Multiple Sklerose Österreich

Kontakt: Robert Arthofer  
Facebook: Selbsthilfegruppe Multiple Sklerose  
Österreich

#### SHG Schlafapnoe Österreich

Kontakt: Josef Hoza; www.ssoe.at

### Bundesforum: Organ-Transplantation

#### ARGE Niere Österreich

Kontakt: Rudolf Brettbacher  
www.argeniere.at

Österreichischer Verband der  
Herz- und Lungentransplantierten  
Kontakt: Günther Gansger; www.hlutx.at

#### Selbsthilfe Niere

Kontakt: Claus Pohnitzer; www.selbsthilfe-niere.at

#### Verein der Lebertransplantierten Österreichs

Kontakt: Silvia Wogowitsch  
www.gesundeleber.at

### Bundesforum: Seltene Erkrankungen

#### Alpha 1 Österreich

Kontakt: Ella Bauer  
www.alpha1-oesterreich.at

#### Angelman Verein Österreich

Kontakt: Yvonne Otzelberger  
www.angelman.at

#### cf-austria

Kontakt: Mag. Johannes Lösch  
www.cf-austria.at

#### Cystische Fibrose Hilfe OÖ

Kontakt: Elisabeth Jodlbauer-Riegler  
www.cystischefibrose.info

#### Marfan Initiative Österreich

Kontakt: Margit Aschenbrenner  
www.marfan-initiative.at

#### Multiples Myelom Selbsthilfe Österreich

Kontakt: DI Thomas Derntl  
www.multiplesmyelom.at

#### Smith-Magenis-Syndrom Österreich

Kontakt: Mag. Dr. Alexander Ströher  
www.mith-magenis.at

### Bundesforum: Soziales, Seele, Psyche

#### Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit HSSG

Kontakt: Johann Bauer  
www.hssg.at

#### Österr. Cochlear-Implant-Gesellschaft

Kontakt: Tobias Fischer  
www.oecig.at

#### Österr. Selbsthilfe Initiative Stottern

Kontakt: Thomas Kupetz  
www.oesis.at

#### PatientInnenportal

Kontakt: Mona Elzayat MSc  
www.patientinnenportal.at

#### SAG 7

Kontakt: Christoph Pengl; www.sag7.com

#### Transgender Team Austria

Kontakt: Sarah Michelle Fuchs  
www.transgender-team.at

### Bundesforum: Thoraxerkrankungen

#### COPD-Austria Selbsthilfegruppe für COPD und Langzeit-Sauerstoff-Therapie

Kontakt: Illek Judith  
www.copd-austria.at

#### Corona Patienten Österreich

Kontakt: Waltraud Duven  
www.corona-patienten.at

#### Österreichische Lungenunion

Kontakt: Gundula Koblmiller, MSc  
www.lungenunion.at

#### Österreichischer Verband der Herz- und Lungentransplantierten

Kontakt: Günther Gansger  
www.hlutx.at

#### SHG Schlafapnoe Österreich

Kontakt: Josef Hoza  
www.ssoe.at



# Digitalisierung mit Wirkung

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens muss künftig mehr als nur ein trendiges Schlagwort sein, damit eine moderne, patientenzentrierte und effiziente Gesundheitsversorgung garantiert werden kann. **DIGITALISIERUNG IST KEIN SELBSTZWECK, DAHER MUSS IM ZENTRUM DER MENSCH STEHEN** – als Patientin und Patient oder als Anwenderin und Anwender. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

**G**enau hier setzt das PRAEVENIRE Jahrbuch 2024/25 an: Es fordert nicht nur mehr Mut zur Umsetzung, sondern auch klare politische Strukturen, um die vorhandenen digitalen Potenziale systematisch zu heben. Denn obwohl Österreich mit der e-card und ELGA über eine solide Basis verfügt, mangelt es weiterhin an durchgängigen, sektorenübergreifenden Anwendungen. Das Ziel muss ein „digitaler Versorgungsweg“ sein, der allen Beteiligten Orientierung bietet: vom ersten Symptom bis zur Nachsorge.

Ein zentrales Thema dabei ist die Primär- und Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten. Der European Health Data Space (EHDS) sieht vor, dass Gesundheitsdaten künftig nicht nur in der Versorgung – also zur Primärnutzung –, sondern auch für Forschung, Qualitätssicherung und Politikgestaltung zur Sekundärnutzung verwendet werden können. Diese Nutzungsvarianten müssen datenschutzkonform und standardisiert sein, doch hier hat Österreich noch Aufholbedarf. Gemäß den Vorgaben des EHDS müssen unter anderem eine unabhängige Digital Health Authority sowie ein strukturiertes Diagnose- und Allergieregister innerhalb von ELGA eingerichtet werden. Digitale Gesundheitsanwendungen müssen den Weg in die Erstattung finden und parallel gilt es, die digitale Gesundheitskompetenz sowohl bei Bürgerinnen und Bürgern als auch bei Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsberufe auszubauen.

## 1450 als Erfolgsmodell

Wie Digitalisierung konkret zur Entlastung des Systems und zur Verbesserung der Versorgung beitragen kann, zeigt das Beispiel der Gesundheitsberatung 1450 in Wien. David Reif, Leiter der Gesundheitsberatung 1450 Wien, beschreibt das kostenlose, niederschwellige und strukturierte Angebot knapp und einfach: „Wir bringen Patientinnen und Patienten zum richtigen Zeitpunkt an den richtigen Ort.“ Die Einrichtung steht seit 2017 rund um die Uhr telefonisch zur Verfügung und hat seit ihrer Gründung bereits über 6,7 Millionen Anrufe entgegengenommen. Ein strukturiertes Triage-System sorgt für die Einschätzung der Dringlichkeit, danach folgen konkrete Handlungsempfehlungen. „Das reicht von Hinweisen zur Selbstversorgung über ärztliche Konsultation bis hin zum Notfalleinsatz“, sagt Reif und gibt Einblick in die Erfolgsquote: „Etwa 70 Prozent der Anruferinnen und Anrufer halten sich auch an diese Empfehlungen, sodass wir zu einer deutlichen Entlastung von Notaufnahmen und Rettungssystemen beitragen, aber auch die Zufriedenheit der Anrufer erhöhen können.“

1450 ist dabei weit mehr als eine Hotline. Die Plattform bietet zahlreiche digitale Services an: Terminbuchungen in Primärversorgungseinheiten (PVE) sind ebenso möglich wie Videokonsultation, wenn ärztlicher Rat gefragt ist. Das mehrsprachige Portal geburtsinfo.wien haben



allein im Vorjahr rund 11.500 schwangere Frauen genutzt. Mit oncare.wien steht für Menschen mit Krebsverdacht eine rasche und koordinierte Terminvergabe innerhalb von zehn Tagen zur Verfügung. Ein neues Projekt, die digitale Notfallversorgung für Pflegewohnhäuser, reduziert Rettungseinsätze und für die Bewohnerinnen und Bewohner häufig belastende Transportwege. Ein weiterer Service ist die Abfrage verfügbarer Medikamente und die Reservierung in einer Apotheke. „Digitalisierung muss den Zugang zur Versorgung erleichtern und echte Probleme lösen, denn nur dann wird sie auch angenommen“, ist Reif überzeugt und freut sich, dass rund fünf Prozent der Nutzerinnen und Nutzer der Videokonsultationen zur Altersgruppe 70+ gehören.

## Kooperation als Schlüssel

Der Erfolg von 1450 basiert nicht nur auf Technik, sondern auf intelligenter Vernetzung. So arbeitet die Plattform eng mit der Berufsrettung Wien zusammen: Über 18.000 niedrigpriorisierte Einsätze wurden allein im Jahr 2024 übernommen – davon konnten 80 Prozent außerhalb des Spitals versorgt werden und somit auch die Ressourcen in den Ambulanzen entlastet werden. Auch mit dem Ärztefunkdienst, mobilen Impfteams, PVE und Apotheken bestehen gut abgestimmte und eingespielte Schnittstellen. Eine besondere Innovation beschreibt Reif: „Über eine elektronische Plattform kann 1450

in Echtzeit das passende Transportmittel für immobile Personen anfordern. So werden Versorgungslücken geschlossen, ohne Zeit oder Geld zu verschwenden.“

## Leadership gefragt

Aus dem Beispiel 1450 lassen sich einige Learnings für die Digitalisierung des heimischen Gesundheitswesens ableiten: Digitalisierung funktioniert dann, wenn sie klar organisiert, zielorientiert eingesetzt und kontinuierlich weiterentwickelt wird.

Die Diskussion im Rahmen des PRAEVENIRE Denkertages zeigt dabei klar, was auch schon im Rahmen des Digital Health Symposiums evident wurde: Es braucht Leadership. Neben der übergeordneten Steuerung müssen Investitionen in Gesundheitsinfrastruktur, in Datenmodelle wie eine Patient Summary oder ein Diagnoseregister erfolgen und die digitale Gesundheitskompetenz muss ausgebaut werden. Die Forderungen, die auch im aktuellen PRAEVENIRE Jahrbuch 24/25 zusammengefasst sind, weisen in Richtung einer klaren Versorgungsstrategie, die Mut zur Entscheidung, zu intersektoraler Zusammenarbeit und weiteren Best-Practice-Modellen wie 1450 verlangt. Wenn Politik und Verwaltung bereit sind, die Digitalisierung im Sinne der Patientinnen und Patienten auszubauen, wird sie nicht nur das System entlasten, sondern auch resilienter, gerechter und moderner. **P**



David Reif zeigt, wie die Gesundheitsberatung 1450 Wien mit digitalen Services Versorgungslücken schließt und Notaufnahmen nachhaltig entlastet.



# Wie gelingt ein gesundes Aufwachsen in digitalen Zeiten?

Wenn sich Stakeholder, Fachexpertinnen und Gesundheitspolitiker zum 5. PRAEVENIRE Gipfelgespräch am Fuße der Rax im Parkhotel Hirschwang einfinden, ist eines gewiss: **DIE ZUKUNFT DER KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT STEHT IM ZENTRUM.** Vom gesellschaftlichen Umgang mit digitalen Medien über strukturelle Herausforderungen in der Versorgung bis hin zu konkreten Maßnahmen in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation – der thematische Bogen war weit gespannt, die Diskussionen offen und lösungsorientiert. | von Karl Innauer

**Z**wei Tage lang stand das Thema Kinder- und Jugendgesundheit in all seinen Facetten im Mittelpunkt intensiver Diskussionen. Das 5. PRAEVENIRE Gipfelgespräch in Hirschwang brachte hochrangige Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Wissenschaft, Gesundheitswesen und Zivilgesellschaft zusammen, um gemeinsam die aktuellen Herausforderungen und Lösungsansätze für ein gesundes Aufwachsen zu beleuchten. Der erste Tag widmete sich ganz dem Einfluss digitaler Medien auf junge Menschen und deren psychische Gesundheit. Der zweite Tag bot mit politischen Impulsen, einer hochkarätig besetzten Podiumsdiskussion und vier themenspezifischen Workshops einen umfassenden Überblick über den Reformbedarf und neue Strategien in der Versorgung.

## Medienwelt und psychische Belastung – Wie Social Media unsere Jugend beeinflusst

Der erste Veranstaltungstag rückte die Auswirkungen digitaler Medien auf Kinder und Jugendliche in den Fokus. Besonders die Verbreitung von Falschinformationen, die psychischen Folgen exzessiver Online-Nutzung sowie die daraus resultierenden gesellschaftlichen Herausforderungen wurden eingehend beleuchtet. Nach den Begrüßungsworten von Obmann Markus Wieser und einer Videobotschaft von Mag. Peter McDonald (ÖGK) bildeten zwei Keynotes die inhaltliche Grundlage des Tages und lieferten wertvolle Impulse für das anschließende Plenum.

Journalistin und Digitalexpertin Ingrid Brodnig schilderte eindrucksvoll, wie sich sogenannte Fake News und destruktive Narrative unter Jugendlichen verbreiten. Am Beispiel des fiktiven „National Rape Day“ auf TikTok zeigte sie auf, wie Unsicherheit, Angst und Misstrauen durch virale Videos geschürt werden können – mit gravierenden Folgen für das Sicherheitsgefühl junger Menschen. Selbst in ländlichen Regionen schlugen Lehrkräfte Alarm, als ihre Schülerinnen und Schüler verstört und verängstigt auf solche Inhalte reagierten.

Brodnig machte deutlich, dass Jugendliche andere Informationskanäle nutzen als Erwachsene und daher auch andere Desinformationsmuster zu erkennen sind. Sie forderte eine Aufklärung auf Augenhöhe – nicht mit erhobenem Zeigefinger, sondern über digitale Bildungsformate, die an die Lebenswelt der jungen Generation anknüpfen. Schulen, Eltern und auch Plattformbetreiber stünden in der Verantwortung, ein Bewusstsein für Medienkompetenz zu schaffen. Im Anschluss sprach Prim. Dr. Georg Psota, langjähriger Chefarzt der Psychosozialen

Dienste in Wien über die psychischen Folgen der Dauerverfügbarkeit digitaler Reize. Sieben Stunden tägliche Bildschirmzeit außerhalb der Schule seien keine Seltenheit, berichtete Psota aus der Praxis. Er sprach sich für eine klar strukturierte, flächendeckende Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus. Dabei müsse der digitale Raum auch therapeutisch genutzt werden – allerdings auf seriöse, qualitätsgesicherte Weise.

Psota stellte die Mosenso-App, eine digitale Gesundheitsanwendung vor, die Jugendliche bei der Bewältigung psychischer Belastungen unterstützen soll. Er kritisierte die mangelnde gesetzliche Regulierung digitaler Gesundheitsapps in Österreich und forderte ein System, das Wirkung und Sicherheit überprüfbar macht. Sein Fazit: Digitale Tools können helfen – wenn sie verantwortungsvoll konzipiert und begleitet werden.

Das anschließende Plenum griff die Impulse beider Keynotes auf. Fachleute aus Bildung, Medizin und Sozialarbeit diskutierten u. a. die Frage, wie Gesundheitsbildung, Medienkompetenz und psychische Prävention im Bildungssystem verankert werden können. Breite Zustimmung fand der Vorschlag, Medienbildung verpflichtend in den Schulunterricht aufzunehmen und Lehrkräfte entsprechend auszubilden.

## Politik trifft Praxis

Am zweiten Tag richtete sich der Blick auf strukturelle und politische Rahmenbedingungen. Markus Wieser, Obmann des Fördervereins für Kinder- und Jugendlichenrehabilitation, eröffnete mit einem Bericht über sein Gespräch mit EU-Gesundheitskommissar Olivér Várhelyi. Dabei sei das österreichische Modell der integrierten Kindergesundheit auf großes Interesse gestoßen. Wieser appellierte, Österreich solle seine Rolle als europäischer Vorreiter weiter aktiv gestalten.

Várhelyi richtete sich per Videobotschaft an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Gipfels. Er unterstrich die Bedeutung eines sicheren digitalen Raums für junge Menschen und kündigte eine europäische Untersuchung zu den psychischen Auswirkungen sozialer Medien an. Weitere Schwerpunkte seiner Botschaft waren die Förderung der kardiovaskulären Gesundheit, der Ausbau des europäischen Gesundheitsdatenraums und die Stärkung von Forschung und Biotechnologie. 1,3 Milliarden Euro will die EU in psychische Gesundheit investieren – ein starkes Signal für den Schutz der jungen Generation.

## Keynotespeaker (v. o.)

- Roland Berger
- Ingrid Brodnig
- Jutta Falger
- Eva-Maria Mostler
- Paul Plener
- Georg Psota
- Manuel Schätzer



## Podiumsdiskussion: Kinder- und Jugendgesundheit als gesellschaftlicher Auftrag

Im Zentrum des Vormittags stand die Podiumsdiskussion mit Staatssekretärin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Ulrike Königsberger-Ludwig, Andreas Huss, MBA, Obmann der ÖGK, Dr. Alexander Biach Generaldirektor der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS), Mag. Dr. Elisabeth Bräutigam Vorständin der NÖ Landesgesundheitsagentur (LGA NÖ) und Markus Wieser, Obmann des Fördervereins Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich. Die Diskussion zeigte eindrucksvoll, wie groß der Handlungsbedarf, aber auch die Einigkeit über zentrale Zielsetzungen ist.

Königsberger-Ludwig betonte, dass Kinder nicht nur in medizinischer Hinsicht, sondern auch psychisch, sozial und digital besser begleitet werden müssen. Sie forderte die Verankerung psychischer Gesundheit in allen Bildungs- und Regierungsprogrammen. Bewegend war ihr Appell, Kinder stark zu machen – gegen Cybermobbing, soziale Ausgrenzung und psychischen Druck. Dabei müssten Eltern, Lehrkräfte und politische Entscheidungsträger gemeinsam Verantwortung übernehmen.

Andreas Huss hob hervor, wie entscheidend der Ausbau regionaler Versorgungsnetzwerke sei. Gesundheitskompetenz müsse früh gestärkt werden – etwa durch tägliche Bewegungsangebote und den Ausbau von Schulgesundheitsdiensten. Huss forderte, mehr auf Prävention als auf Reparaturmedizin zu setzen.

Alexander Biach ergänzte, dass Digitalisierung kein Selbstzweck sei. Der elektronische Eltern-Kind-Pass, die Integration aller relevanten Daten in ELGA und die sichere Nutzung von Gesundheitsdaten seien Meilensteine, die dringend umgesetzt werden müssten.

Elisabeth Bräutigam verwies auf die Rolle der Landesgesundheitsagenturen, die besonders in der Prävention Verantwortung trügen. Sie sprach sich für multiprofessionelle Teams an Schulen und für mehr Ressourcen für Sozialarbeit und Schulpsychologie aus.

Markus Wieser betonte abschließend, dass Kindergesundheit nur gelingen kann, wenn man sektorübergreifend denkt und handelt – vom Mutter-Kind-Pass über pädiatrische Versorgung bis hin zur Rehabilitation.

## Thema 1: Psychische Gesundheit

Keynote-Speaker Univ.-Prof. Dr. Paul Plener von der MedUni Wien, skizzierte eindrucksvoll die Entwicklung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Internationale Daten zeigen eine dramatische Zunahme, insbesondere



bei Angststörungen, Depressionen und Essstörungen. Besonders prekär: Österreich verfügt über keine aktuellen repräsentativen Erhebungen zur psychischen Gesundheit dieser Altersgruppe. Plener betonte, dass psychische Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden müsse. Er forderte eine langfristige Strategie, die sowohl auf präventive als auch auf therapeutische Maßnahmen setzt. Schulen seien dabei zentrale Orte der Intervention – mit psychologischer Unterstützung, altersgerechter Gesundheitsbildung und einer umfassenden Enttabuisierung psychischer Erkrankungen. Digitale Angebote könnten dabei helfen, Lücken zu schließen, müssten jedoch qualitätsgesichert und sozial eingebettet sein.

Im Workshop diskutierten Expertinnen und Experten aus Psychiatrie, Pädagogik und Sozialarbeit über konkrete Maßnahmen zur Stärkung psychischer Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. Ein zentrales Ergebnis war die Forderung nach einem nationalen Gesundheitsmonitoring, um erstmals verlässliche Daten zu bekommen. Weiters wurde der flächendeckende Ausbau von niederschweligen Beratungsangeboten gefordert – sowohl analog in Schulen als auch digital über Apps oder Chatangebote. Besonders betont wurde die Rolle der Elternarbeit und die Stärkung von Resilienz ab dem Kindergartenalter. Auch der Ausbau ambulanter Versorgungseinheiten sowie ein erleichterter Zugang zu therapeutischen Leistungen wurden als notwendig identifiziert.

## Thema 2: Digitalisierung und Pädiatrie

Nach einem umfassenden Vortrag von Prim. Dr. Roland Berger, Leiter der Abteilung Kinderheilkunde mit Neonatologie des St. Josef Krankenhauses in Wien, über aktuelle Hürden und Potenziale digitaler Dateninfrastruktur in der Pädiatrie entwickelte sich eine lebhaftige Debatte über das „Datenchaos“ in Österreichs Gesundheitssystem. Berger zeigte auf, wie fragmentiert die bestehenden digitalen Lösungen sind und wie wenig interoperabel aktuelle Systeme miteinander arbeiten. Er stellte das geplante Modell eines digitalen Eltern-Kind-Passes vor, der nicht nur die bisherigen Papierdokumente ersetzen, sondern auch Entwicklungsschritte, Impfungen und psychosoziale Parameter erfassen soll. Berger betonte die Notwendigkeit, diesen Pass mit ELGA zu verknüpfen und ihn sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für Eltern intuitiv bedienbar zu gestalten. Die Workshopgruppe arbeitete an einer Liste von Kernanforderungen: Neben der sofortigen Einführung des digitalen Eltern-Kind-Passes wurde auch eine vollständige Integration aller Kinderimpfungen in ELGA gefordert. Weitere Punkte waren die Möglichkeit zur anonymisierten Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschung, die Vereinfachung digitaler Schnittstellen in der Primärversorgung sowie mehr Investitionen in Gesundheits-IT.

## Thema 3: Adipositas und Diabetes

Mag. Dr. Manuel Schätzer, Bundeskoordinator, Ernährungswissenschaftler bei SIPCAN, präsentierte alarmierende Zahlen: Je nach Altersgruppe sind rund 30–35 Prozent der Kinder in Österreich übergewichtig oder adipös. Besonders besorgniserregend ist der Trend, dass vor allem sozial benachteiligte Kinder betroffen sind. Die Zahl der an Typ-2-Diabetes erkrankten Jugendlichen steigt. Schätzer machte klar, dass Adipositas kein individuelles, sondern ein gesellschaftliches Problem sei. Er kritisierte die bisherige Fragmentierung der Präventionsangebote und forderte einen systemischen Ansatz.



Im Rahmen der Podiumsdiskussion beim 5. PRAEVENIRE Gipfelgespräch in Hirschwang sprachen Vertreterinnen und Vertreter aus Politik und Gesundheitswesen über notwendige Reformen für die Kinder- und Jugendgesundheit. (v. l. n. r.: Alexander Biach, Andreas Huss, Elisabeth Bräutigam, Ulrike Königsberger-Ludwig, Markus Wieser)

## Videobotschaft

(v. o.)

- Peter McDonald
- Olivér Várhelyi



Im Workshop wurde intensiv über mögliche Lösungsansätze debattiert. Neben täglichen Bewegungseinheiten in Schulen sprachen sich viele Teilnehmende für eine gesetzlich verpflichtende, gesundheitsfördernde Schulverpflegung aus. Auch die Verankerung von Ernährungskompetenz im Lehrplan wurde als zentrales Ziel identifiziert. Ein besonders intensiver Diskussionspunkt war die bessere Einbindung von Eltern und das Angebot niederschwelliger Familienprogramme zur gesunden Lebensweise. Weitere Forderungen betrafen den Ausbau von Bewegungsräumen im öffentlichen Raum, steuerliche Anreize für gesundes Essen und die Förderung digitaler Präventionsangebote.

## Thema 4: Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Dr. Eva-Maria Mostler (ÖGK) und Prim. Assoz. Prof. Dr. Jutta Falger, ärztliche Direktorin des Kinderrehabilitationszentrums kokon Bad Erlach, schilderten die enormen Herausforderungen in der Rehabilitationslandschaft: langwierige Antragsprozesse, mangelnde Standards, unzureichende Kommunikation zwischen Akteuren. Besonders kritisch wurde die fehlende Information für Eltern und Ärzte gesehen, welche Voraussetzungen für einen erfolgreichen Reha-Antrag erfüllt sein müssen. Die Workshopteilnehmerinnen und Teilnehmer erarbeiteten einen umfassenden Maßnahmenkatalog: Neben einem einheitlichen digitalen Reha-Antragssystem wurde ein strukturierter

Ablauf von der Antragstellung über die Aufnahme bis zur Nachbetreuung gefordert. Standards zur Definition von Reha-Fähigkeit, verpflichtende Schulungen für Hausärztinnen und -ärzte sowie ein zentrales Informationsportal wurden angeregt. Auch die schulische Wiedereingliederung nach der Reha – oft mit großem Anpassungsdruck verbunden – müsse systematisch begleitet werden. Besonders betont wurde die Notwendigkeit, auch psychische Erkrankungen als Reha-indizierende Faktoren stärker zu berücksichtigen und Kapazitäten entsprechend auszubauen.

## Resümee

Zum Abschluss des zweiten Tages zog Markus Wieser ein prägnantes Resümee. Die Diskussionen zeigten klar: Die Herausforderungen sind groß, aber es gibt bereits viele praktikable Lösungsansätze. Nun gelte es, diese in konkrete politische Maßnahmen zu übersetzen. **P**

## Save the Date: 12. Mai 2026

Der Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich und das PRAEVENIRE Gesundheitsforum setzen ihre gemeinsame Arbeit fort. Mit viel Schwung geht es nächstes Jahr am 12. Mai 2026 in die nächste Runde.

Schirmherrschaften:



# AM PLUS

Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit



WELLDONE

## Seltene Erkrankungen häufiger erkennen

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



Für einzelne Krankheitsbildbeschreibungen gibt es DFP-Fortbildungen mittels Online-Test auf [www.meindfp.at](http://www.meindfp.at).

Sponsoren der Plattform



STAND: 30. JUNI 2025



# TikTok, Angst & Fake News: Wie Jugendliche in die Desinfo-Falle geraten

**DIGITALE MEDIEN PRÄGEN DIE WAHRNEHMUNG JUNGER MENSCHEN WIE NIE ZUVOR – MIT WEITREICHENDEN FOLGEN FÜR IHR WELTBILD UND IHRE MENTALE GESUNDHEIT.** Ingrid Brodnig zeigt in ihrem Vortrag bei den 5. PRAEVENIRE Gipfelgesprächen Kinder- und Jugendgesundheit 2030 in Hirschwang, wie soziale Netzwerke Jugendliche in emotionale Abgründe ziehen, warum Fake News so gut funktionieren und weshalb Medienkompetenz viel früher ansetzen muss. | von Karl Innauer

**A**m 24. April 2024 war die Aufregung in einer österreichischen Schule groß. Mädchen berichteten von TikTok-Videos, die behaupteten, an diesem Tag sei sexuelle Gewalt gegen Frauen straffrei. Der sogenannte „National Rape Day“-Mythos ist eine bizarre, aber hartnäckige Falschmeldung. Für Erwachsene wirkt das absurd – für Jugendliche, die solche Inhalte tröpfchenweise sehen, kann es bedrohlich wirken – beginnt die Social Media Expertin und Journalistin, Ingrid Brodnig ihren Vortrag. Dieses Beispiel zeigt, wie unterschiedlich die digitale Lebenswelt der Generation Z im Vergleich zu Älteren ist. Jugendliche konsumieren Nachrichten meist über Social Media, oft nur in Fragmenten. Während viele Erwachsene auf klassische Medien setzen, ist TikTok für 18- bis 24-Jährige zur wichtigsten Informationsquelle geworden. Doch TikTok ist nicht für verlässliche Information gemacht, sondern für Verweildauer, Emotionen und einen Algorithmus, der immer tiefer in „Rabbit Holes“ führt.

## Der Algorithmus, der traurig macht

Eine Recherche des Wall Street Journal zeigte, wie schnell TikTok-Nutzer in depressive Spiralen geraten: Ein Test-Account, der etwas länger traurige Videos ansah, bekam bald fast nur noch düstere Inhalte. Wer bereits in einer Krise steckt, findet dort keine Hilfe – sondern eine digitale Verstärkung seiner Stimmung.

Dasselbe Muster zeigt sich bei politischen Themen. Wer sich für Krieg, Untergangsszenarien oder Verschwörungstheorien interessiert, wird mit immer radikaleren Inhalten gefüttert. Selbst Neugier kann Jugendliche in apokalyptische Nischen ziehen.

Brodnig erklärt ein Beispiel: Ein TikTok-Kanal, der sonst schöne Kunst zeigt, veröffentlicht plötzlich Karten mit dem Zerstörungsradius einer Atombombe über Berlin. Die Botschaft: Die Apokalypse ist nur einen Knopfdruck entfernt. Solche Inhalte faszinieren, aber sie machen auch Angst.

## Warum Falsches glaubwürdig wirkt

Psychologische Effekte wie der „Wahrheitseffekt“ verstärken die Wirkung: Je öfter man eine Behauptung hört, desto glaubwürdiger scheint sie. Beim schnellen Scrollen wird selten reflektiert. Wenn vermeintliche Autoritäten – Influencer oder Politiker – Falsches behaupten, steigt die Überzeugungskraft. Auf TikTok reicht ein charismatischer Creator, der sagt, Sonnencreme sei schädlich, um Tausende zu verunsichern. Der Satz „Kein Tier benutzt Sonnencreme“ klingt

einfach, aber übertönt medizinische Fakten. Gerade in der Jugendphase wirken vermeintlich rebellische Botschaften besonders stark. Wer sich nach Abgrenzung sehnt, ist empfänglicher für alternative Erzählungen, egal wie absurd sie sind.

## Kettenbriefe, Gaming-Stars und neue Öffentlichkeiten

Falschmeldungen beginnen oft früh: In der Volksschule kursieren Kettenbriefe, die mit dem Tod drohen, wenn man sie nicht weiterleitet. Kinder können den Wahrheitsgehalt noch nicht einschätzen, und bleiben nachts wach, um andere zu „beschützen“.

In der Teenagerzeit wandelt sich die Aufmerksamkeit. Dann prägen Influencer, Streamer und Social-Media-Stars das Meinungsbild. Wer in klassischen Medien nie auftaucht, ist für viele Jugendliche relevanter als jede Nachrichtensendung. Brodnig nennt das Beispiel von Shurjoka, einer Streamerin, die eine extreme Verunglimpfungskampagne über YouTube und andere Kanäle erlebte. Erwachsene kennen sie nicht – für Jugendliche ist es stundenlanges Gesprächsstoff. Diese Fragmentierung erschwert Aufklärung. Jede digitale Community hat eigene Codes, Themen und Skandale. Wer Jugendliche erreichen will, muss ihre digitale Welt verstehen, und bereit sein, Inhalte zu sehen, die einem selbst fremd sind.

## Emotionen als Treibstoff

Auf Social Media verbreitet sich, was starke Emotionen weckt. Wut und Angst sind die größten Treiber. Studien zeigen: Empörende Inhalte haben deutlich höhere Chancen, viral zu gehen. Das gilt auch für seriöse Medien. Auf TikTok ist es noch extremer.

Wer Jugendliche erreichen will, muss verstehen: Emotion schlägt Information. Social Media verstärkt, was fesselt, egal, ob es stimmt. Ein Video, das Angst vor dem Dritten Weltkrieg schürt, bleibt im Gedächtnis; ein nüchterner Faktencheck nicht.

## Medienkompetenz neu denken

Was tun? Brodnig plädiert für eine Kombination aus Technik und Pädagogik:

- „Behauptung + Faktencheck“ googeln.
- Bilder rückwärts prüfen: Mit Google Lens oder TinEye lassen sich manipulierte oder KI-generierte Bilder enttarnen..
- Quellen hinterfragen: Stammt die Info von einem anonymen Account oder einer seriösen Quelle?



Brodnig warnte in Hirschwang, wie Social-Media-Algorithmen Jugendliche in Fake-News-Fallen ziehen – und fordert Medienkompetenz schon ab der Volksschule.

- Auf Emotionen achten: Inhalte, die Angst oder Wut erzeugen, sollten kritisch hinterfragt werden.

Doch technische Tipps allein reichen nicht. Jugendliche brauchen Erwachsene, die zuhören und nicht belächeln. Sie brauchen Räume für Unsicherheiten und Lehrerinnen und Lehrer, die die Dynamiken sozialer Plattformen verstehen. Österreich hat das Fach „Digitale Grundbildung“ eingeführt, aber erst ab der Sekundarstufe. Viele Kinder haben ab längst ein Smartphone. Brodnig fordert, Medienkompetenz schon in der Volksschule zu verankern, mit einfachen Übungen zu Kettenbriefen und Quellenprüfung. Denn Medienkompetenz ist längst keine Nebenkompetenz mehr, sondern eine Überlebensstrategie.

## Ein gesellschaftliches Warnsignal

Die Überforderung durch digitale Informationsfluten betrifft alle, doch Jugendliche sind besonders verletzlich. Sie befinden sich in einer Lebensphase, in der Orientierung zentral ist, und genau das versprechen ihnen Social-Media-Algorithmen, oft auf destruktive Weise. Brodnig fordert ein Umdenken: Medienkompetenz darf nicht nur „eine Stunde im Jahr“ im Lehrplan sein, sondern muss fester Bestandteil von Erziehung und Bildung werden. Nur wer gelernt hat, digitale Inhalte zu hinterfragen, kann sich in einer Welt voller Manipulationen behaupten. **P**





# Gemeinsam Lösungen finden

Im Mai lud PRAEVENIRE bereits zum zweiten Mal zu einem „Denkertag“ nach Hirschwang an der Rax. Ziel war es auch heuer, **NEUE PERSPEKTIVEN AUF BEKANNTE PROBLEME IM GESUNDHEITSSYSTEM ZU ENTWICKELN**. Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Wissenschaft, Sozialversicherung, Interessensvertretungen, Industrie und Wissenschaft diskutierten konstruktiv und suchten gemeinsam tragfähige Lösungen.

**D**ie Herausforderungen im österreichischen Gesundheitssystem sind komplex – doch sie sind lösbar. Davon zeigten sich die Expertinnen und Experten am zweiten PRAEVENIRE Denkertag jedenfalls überzeugt. Unter den „Chatham House Rules“ wurde offen und lösungsorientiert diskutiert, gemeinsam über neue Ideen nachgedacht, aber auch gewohnte Denkmuster verlassen und gangbare Wege für ein zukunftsfittes Gesundheitssystem entwickelt.

In den Impulsstatements zu zentralen Zukunftsthemen wie Finanzierung, Impfwesen, Frauengesundheit, Digitalisierung und chronischen Erkrankungen wurde rasch deutlich: Ein „Weiter wie bisher“ ist keine Option mehr. Die demografische Entwicklung, der medizini-

sche Fortschritt und der zunehmende Fachkräftemangel verlangen nach einem systemischen Neustart, mit mutigen Entscheidungen, strukturellen Anpassungen und innovativen Versorgungsmodellen. Besonders dringlich war aus allen Arbeitsgruppen der einhellige Tenor nach einer soliden und gerechten Finanzierungsbasis für den Erhalt des solidarischen Systems sowie eine konsequente Nutzung digitaler Potenziale. Auch die Rolle von Prävention, Public Health und Patientensteuerung wurde breit diskutiert. Am Ende waren sich alle Teilnehmenden einig: Es braucht klare Verantwortung, politische Entschlossenheit und ein gemeinsames Ziel. Denn nur durch ein gesundes Maß an Mut, Miteinander und Machbarkeit lässt sich die Gesundheitsversorgung von morgen nachhaltig sichern. **P**

## Forderungen der Arbeitsgruppe „Frauengesundheit“

- Gesundheitspolitische Entscheidungen müssen auch Kosten-Nutzen-Aspekte im Fokus haben.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, etwa zwischen Radiologie und Gynäkologie, muss durch strukturierten Befundaustausch gefördert werden.
- Frauen sollen frühzeitig und aktiv in die Planung und Durchführung klinischer Studien einbezogen werden.
- Patientinnen sollen als Expertinnen ihrer Erkrankung anerkannt und durch Einbindung von Patientenorganisationen in Entscheidungen berücksichtigt werden.
- Frauen müssen bei gesundheitspolitischen Entscheidungen gleichberechtigt beteiligt werden.
- Informationen müssen niedrigschwellig, in verständlicher Sprache und auch mehrsprachig verfügbar sein.
- Der Eltern-Kind-Pass soll zu einem umfassenden Gesundheitspass ausgebaut werden, der auch frauenspezifische Herausforderungen wie Ernährung, Adipositas, Fettleber oder Diabetes adressiert.
- Die Osteoporosevorsorge muss gestärkt und breiter verankert werden.
- Es braucht langfristig angelegte Gesundheitsprogramme in der Regelversorgung anstelle kurzfristiger Einzelprojekte.
- Gesundheitsförderung soll durch „Nudging“ unterstützt werden – auf Basis bestehender Bedürfnisse und gezielter Information.
- Screening-Programme müssen risikoadaptiert aufgesetzt und durchgeführt werden.
- Es braucht praxistaugliche frauenspezifische Leitlinien für den niedergelassenen Bereich.
- Die Digitalisierung soll gezielt genutzt werden, um Frauen besser zu erreichen und aktiv einzubinden.

## Forderungen der Arbeitsgruppe „Impfen“

- Alle Impfungen aus dem nationalen Impfplan müssen durch die öffentliche Hand finanziert werden, um soziale Ungleichheiten zu beseitigen.
- Der Zugang zu Impfungen soll durch niederschwellige Angebote wie etwa in Schulen, Universitäten, Betrieben, Einkaufszentren und Apotheken erleichtert werden.
- Niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sollen gezielt als niederschwellige Impfstellen eingebunden werden.
- Impfkampagnen müssen vermehrt dort ansetzen, wo Menschen sich aufhalten – etwa am Arbeitsplatz oder in Bildungseinrichtungen.
- Die Impfstoffversorgung muss durch planbare und verlässliche Lieferzusagen seitens der Hersteller sichergestellt werden.
- Die hohe Impfskepsis in Österreich erfordert eine umfassende und langfristige Informationsstrategie.
- Aufklärung über Impfungen soll bereits im Schulunterricht systematisch und altersgerecht verankert werden.
- Öffentliche Informationskampagnen zum Impfen sollen in Zusammenarbeit mit unabhängigen Expertinnen und Experten sowie der Industrie entwickelt werden.
- Der E-Impfpass soll verpflichtend für alle durchgeführten Impfungen genutzt und vollständig befüllt werden.
- Die im E-Impfpass gespeicherten Daten müssen zur Evaluation von Impfprogrammen systematisch genutzt werden.
- Auf Basis der digitalen Impfdaten sollen automatisierte Erinnerungssysteme zur rechtzeitigen Impfaufforderung etabliert werden.



### Forderungen der Arbeitsgruppe „Finanzierung“

- Der Anteil des Gesundheitsbudgets, der in die Primärprävention fließt, muss deutlich erhöht werden.
- Es braucht einen umfassenden Kassasturz, um Transparenz über verfügbare Mittel und notwendige Investitionen zu schaffen.
- Starke Selbsthilfegruppen sollen systematisch gefördert werden, da ihre Einbindung zur mehr Patientenorientierung und langfristiger Kostensenkung beitragen kann.
- Investitionen in Prävention und frühzeitige Interventionen sind notwendig, um spätere Kosten im System zu senken.
- Leistungen sollen verstärkt im extramodalen Bereich erbracht werden, wenn dies qualitativ möglich und ökonomisch sinnvoll ist – dazu muss er personell und finanziell gestärkt werden, um Spitäler und Ambulanzen nachhaltig zu entlasten.
- Die Schnittstellen zwischen stationärem, ambulantem und extramodalem Bereich müssen durch klare Zuständigkeiten und abgestimmte Prozesse überbrückt werden.
- Politische Entscheidungen zur Finanzierungsstruktur müssen ermöglichen, dass Leistungen dort erbracht werden, wo sie am sinnvollsten sind.
- Die Versorgungsqualität soll durch gezielte Fortbildungen im niedergelassenen Bereich, etwa bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes, gesteigert werden.
- Das Modell eines dynamischen Sozialversicherungsbeitrags muss geprüft werden.
- Eigenbeteiligungen im Gesundheitssystem sollen gezielt gesteuert werden, um soziale Fairness und Systemeffizienz zu sichern.
- Das solidarische Gesundheitssystem muss als zentrale Errungenschaft erhalten und weiterentwickelt werden.
- Ein neues Narrativ, das die demografische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt als Investition und nicht nur als Kostenfaktor kommuniziert, ist dringend nötig.
- Die Gesundheitskommunikation aller Akteure muss aktiver und transparenter werden, um Vertrauen zu stärken und politische Entscheidungen mitzutragen.

### Forderungen der Arbeitsgruppe „Non Communicable Diseases“ mit Fokus auf Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Gesundheitskompetenz soll schon in der Schule gestärkt werden.
- Es braucht flächendeckende Präventionskampagnen, etwa Anti-Rauch-Initiativen, die Menschen aktiv zur Mitwirkung auffordern.
- Kochen und Bewegung sollen als verpflichtende Bestandteile in den Bildungsplan integriert werden.
- Die Bevölkerung soll durch Programme wie „Know Your Risk“ zur Eigenverantwortung motiviert, aber auch die Lebensmittelindustrie in die Pflicht genommen werden.
- Selbsthilfegruppen müssen systematisch in gesundheitspolitische Entscheidungen und Awareness-Kampagnen eingebunden werden.
- Disease-Management-Programme sollen ausgebaut und gemeinsam mit Patientinnen und Patienten entwickelt werden.
- Die Vorsorgeuntersuchung muss durch frühes Screening auf kardiovaskuläre Risiken wie Lipoprotein(a) und HbA1c erweitert werden.
- Der Zugang zu Diätberatung und diabetologischer Betreuung muss niederschwellig, wohnortnah und kostengünstig möglich sein.
- Bewegungs- und Ernährungsprogramme sollen integrativ gestaltet und entlang der gesamten Patient Journey verfügbar gemacht werden.
- Die Primärversorgung muss gestärkt und als zentrale Steuerungsinanz des Gesundheitssystems etabliert werden.
- Leistungen sollen vermehrt aus den Spitalsambulanzen in den niedergelassenen Bereich überführt und dort auch zeitlich adäquat refundiert werden.
- Multidisziplinäre Facharztzentren und ein besseres Nahtstellenmanagement sollen die Kontinuität der Versorgung sichern.
- Die Pflege soll aktiv in gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Social Prescribing eingebunden und in ihrer Rolle gestärkt werden.
- Die Digitalisierung soll genutzt werden, um chronisch kranke Menschen besser zu begleiten, Doppeluntersuchungen zu vermeiden und den Zugriff der Patientinnen und Patienten auf ihre Gesundheitsdaten zu erleichtern.
- Eine einheitliche Finanzierung aus einer Hand sowie klare gesetzliche Rahmenbedingungen sollen Versorgung effizienter und patientenzentrierter gestalten.

### Forderungen der Arbeitsgruppe Digitalisierung

- Es braucht ein zentrales, digitales Lotsensystem, das Patientinnen und Patienten effizient durch das Gesundheitssystem navigiert.
- Die digitale Gesundheitsakte ELGA muss durch klare rechtliche, technologische und organisatorische Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden.
- Die digitale Transformation erfordert Leadership, klare Zuständigkeiten und den politischen Willen zur Umsetzung.
- Digitale Tools sollen gezielt eingesetzt werden, um Fachkräfte zu entlasten und Ressourcen effizienter zu nutzen.
- Digitale Leuchtturmprojekte wie Tele-Dermatologie oder Tele-Wundmanagement müssen rasch österreichweit skaliert werden.
- Der elektronische Eltern-Kind-Pass soll mit mehrsprachigen Informationen und Erinnerungsfunktionen die Vorsorge verbessern.
- Der digitale Zugang zu Gesundheitsdaten für Patientinnen und Patienten muss vereinfacht und gestärkt werden.
- Digitale Anwendungen wie KI-gestützte Frühdiagnostik, Impf-Erinnerungen und Robotik sollen zur Effizienzsteigerung beitragen.
- Die elektronische Diagnosecodierung muss qualitätsgesichert eingeführt und konsequent genutzt werden.
- Es braucht eine datengestützte Präventionsstrategie mit prädiktiven Analysen und personalisierten Angeboten.
- Die Primärversorgung soll gestärkt und durch Digitalisierung vernetzt werden, um ambulante und stationäre Bereiche zu entlasten.
- Neue Versorgungsmodelle nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ müssen systematisch gefördert werden.
- Die Integration digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGAs) in das Erstattungssystem muss rechtlich und strukturell abgesichert werden.
- Der Dialog zwischen Sozialversicherung und Industrie ist notwendig, um Innovation zu fördern und patientenzentrierte Lösungen zu ermöglichen.



POLITIK

# Investition in Früherkennung zahlt sich aus

Die hypertrophe Kardiomyopathie ist eine potenziell lebensbedrohliche, aber behandelbare Erkrankung – vorausgesetzt, sie wird rechtzeitig erkannt. **EINE STRUKTURIERTE DIAGNOSTIK MIT GENETISCHER ABKLÄRUNG UND FAMILIÄREM SCREENING** ist ein wichtiger Schlüssel zu besserer Versorgung und effektiver Prävention. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

**W**er an Atemnot bei Belastung leidet, denkt vermutlich nicht gleich an die Möglichkeit, an einer genetisch bedingten Herzerkrankung zu leiden. Doch rund 20.000 Menschen in Österreich könnte dieses Unwissen das Leben kosten, denn sie sind von einer sogenannten hypertrophen Kardiomyopathie (HCM) betroffen. Strategien für Betroffene und das Gesundheitswesen erörtern DDr. Daniel Dalos, FESC, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie an der Klinischen Abteilung für Kardiologie mit HCM Ambulanz im AKH Wien, und Mag. (FH) Sabine Röhrenbacher, Geschäftsführerin im Bundesverband Selbsthilfe Österreich (BVSHOE).

## PERISKOP: Was ist eine hypertrophe Kardiomyopathie und wie wird sie erkannt?

**DALOS:** Die hypertrophe Kardiomyopathie (HCM) zählt zu den häufigsten genetisch bedingten Herzerkrankungen. Eine Genmutation führt zu einer Verdickung des Herzmuskels. HCM betrifft etwa einen von 500 Menschen und bleibt lange unentdeckt, denn die Symptome sind oft unspezifisch. Erste Anzeichen treten häufig bei körperlicher Belastung auf. Dazu zählt beispielsweise Atemnot, die oft fälschlicherweise zum Pulmologen führt, der jedoch in seinem Fachgebiet keine Ursache finden kann. Daher bleibt die weitere Abklärung oft aus. Typische Symptome, die Betroffene dann zur Hausärztin oder dem Hausarzt führen, sind Brustschmerzen, Schwindel oder Benommenheit, eingeschränkte Belastbarkeit und rasche Erschöpfung.

## Welche Rolle spielt eine klare Differenzialdiagnose?

**DALOS:** HCM ist eine der häufigsten Ursachen für plötzlichen Herztod bei jungen Menschen, insbesondere bei Sportlerinnen und Sportlern sowie jungen Menschen zwischen 15 und 20 Jahren. Die Differenzialdiagnose entscheidet nicht nur über den Zugang zu innovativer Therapie, sondern auch über Prognose, Lebensqualität und Kosten im Gesundheitswesen. Ein Engegefühl in der Brust, Atemnot bei Belastung, Herzrhythmusstörungen oder Schwindel sind

Beschwerden, die auf viele Ursachen hinweisen können. Dass dahinter eine hypertrophe Kardiomyopathie stecken könnte, ist nicht immer offensichtlich. Umso wichtiger ist eine gründliche kardiologische Abklärung inklusive Bildgebung, genetischer Diagnostik und Belastungstests. Doch selbst wenn die Diagnose HCM gestellt ist, ist noch nicht alles geklärt. Denn innerhalb der HCM gibt es verschiedene Subtypen – und insbesondere die Unterscheidung zwischen einer obstruktiven und einer nicht-obstruktiven Form ist therapeutisch entscheidend. Während bei der nicht-obstruktiven HCM vor allem eine symptomatische Therapie mit Betablockern oder Kalziumantagonisten im Vordergrund steht, kann bei der obstruktiven Form seit Kurzem gezielt in den Krankheitsprozess eingegriffen werden: Der Wirkstoff Mavacamten greift in den pathologischen Mechanismus der Muskelverdickung ein. Studien zeigen, dass unter der Therapie deutlich weniger Beschwerden auftreten und seltener invasive Eingriffe erforderlich sind. Eine unklare oder unvollständige Abklärung kann dazu führen, dass Betroffenen ein hochwirksames Medikament vorenthalten wird oder unnötig belastende Eingriffe durchgeführt werden.

## Warum sind Aufklärung und Bewusstseinsbildung so wichtig?

**RÖHRENBACHER:** In einem Gesundheitssystem unter permanentem Zeitdruck bleibt oft zu wenig Raum für gründliche Gespräche, umfassende Diagnostik und systematische Vorsorge. Dabei zeigt gerade die hypertrophe Kardiomyopathie (HCM), wie wichtig Zeit, Aufmerksamkeit und strukturierte Früherkennung wären – nicht nur für die Lebensqualität, sondern auch für ihre Lebenserwartung der Betroffenen. HCM ist nicht nur eine körperliche, sondern auch eine psychisch und sozial belastende Diagnose, die auch die Familie und das soziale Umfeld betrifft. Plötzlich stehen regelmäßige Kontrollen, mögliche Bewegungseinschränkungen, Medikamenteneinnahme oder sogar die Entscheidung für einen implantierbaren Defibrillator im Raum. Nicht zu vergessen die psychischen Belastungen, die häufig mit einer



chronischen Erkrankung einhergehen. Auch Angehörige sind unmittelbar betroffen – sei es durch genetische Risikofaktoren oder durch die notwendige emotionale Unterstützung. Deshalb ist es nicht nur medizinisch, sondern auch menschlich geboten, diesen Einschnitt möglichst früh, strukturiert und begleitet zu gestalten. Früherkennung kann die Chance geben, sich vorzubereiten, Ängste zu verarbeiten und mit der Erkrankung zu leben.

## Kann Früherkennung das Risiko für den plötzlichen Herztod senken?

**DALOS:** Heute wird HCM häufig zufällig entdeckt, zum Beispiel im Rahmen der Stellung bei jungen Männern, bei Sporttauglichkeitsuntersuchungen oder durch auffällige EKGs im Rahmen anderer Abklärungen. Diese Zufallstreffer zeigen, wie viel Potenzial in systematischer Vorsorge steckt. Durch gezieltes Screening bei Risikogruppen, etwa bei familiärer Vorbelastung oder bei auffälliger klinischer Symptomatik, und durch eine stärkere Sensibilisierung der Primärversorgung für das Thema könnte das Risiko eines plötzlichen Herztodes bei vielen Betroffenen deutlich gesenkt werden.

## Was können Patientenorganisationen zur Bewusstseinsbildung beitragen?

**RÖHRENBACHER:** Zeit ist die zentrale Ressource, für Aufklärung, genetische Beratung und langfristige Begleitung. Doch gerade das ist in der Realität oft nicht gegeben: Gerade bei chronischen oder genetisch bedingten Erkrankungen wie HCM verfügen viele Betroffene über ein tiefgehendes Wissen über Symptome, Therapien, Nebenwirkungen, psychische Belastungen und Versorgungshürden. Dieses Wissen entsteht im Alltag – durch eigene Erfahrungen, durch Gespräche mit anderen Betroffenen, durch Recherchen und nicht zuletzt durch die jahrelange Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung. Patientenorganisationen bündeln dieses Wissen und machen es systematisch nutzbar. Damit schaffen wir Bewusstsein für die Krankheit, sowohl bei Betroffenen selbst als auch bei medizinischem Personal und politischen Entscheidungsträgern.

## Woran wird aktuell im Zusammenhang mit HCM geforscht?

**DALOS:** Seit 2023 ist erstmals ein Medikament verfügbar, das gezielt in den Krankheitsmechanismus eingreift. Wir sehen deutlich, dass die Zahl der Betroffenen, die sich einer Operation unterziehen müssen, rückläufig ist. Mit der Zulassung des Wirkstoffs wurde auch eine neue Phase in der Forschung eingeleitet. Wir gehen jetzt der Frage nach, wie stark sich dadurch Komplikationen reduzieren lassen und wie nachhaltig die Umbaumechanismen im Herzmuskel gebremst werden können. Ein weiterer Forschungsfokus liegt auch auf der Frage der Auswahl der passenden Patientinnen und Patienten für die Medikation. **P**

Sabine Röhrenbacher und Daniel Dalos sind sich einig: Investitionen in Aufklärung, Screening und Therapie lohnen sich für die Betroffenen und das Gesundheitssystem.





# Digitale Rezepte für eine analoge Krise

WIE KÖNNEN WIR JUGENDLICHE IN EINER WELT SCHÜTZEN, DIE SIE SÜCHTIG MACHT? Beim 5. PRAEVENIRE Gipfelgespräch Kinder- und Jugendgesundheit in Hirschwang präsentierte der Wiener Psychiater Prim. Univ.-Doz. Dr. Georg Psota einen ebenso kritischen wie pragmatischen Blick auf die digitale Lebenswelt der Generation Z. Er entwarf ein Bild von einer Jugend am Rand der psychischen Erschöpfung – und zeigte gleichzeitig Wege, wie digitale Anwendungen auch Teil der Lösung sein könnten. | von Karl Innauer

**P**sota kennt die Abgründe der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus jahrzehntelanger Erfahrung. Sein Resümee ist ernüchternd: „Der Schaden ist bislang weit größer als der Nutzen“, so seine Diagnose zur Wirkung digitaler Medien. Smartphones seien für die Generation Z kein Gerät mehr, sondern „ein Körperteil“. Jugendliche verbringen durchschnittlich sieben Stunden täglich auf Social Media – abseits von Schule oder Lernen. Manche sind sogar bis zu 14 Stunden online. Die Folge: Impulsivität, ein permanentes Belohnungsbedürfnis und eine wachsende Vereinsamung. „In dieser Lebensphase ist das Gehirn besonders verletzlich. Der präfrontale Kortex, zuständig für Selbstkontrolle und kritisches Denken, ist noch eine Baustelle. Diese Zeitspanne nutzen Social-Media-Plattformen gnadenlos aus“, erklärte Psota. Das Ergebnis sei ein generationenübergreifendes Experiment, dessen Langzeitfolgen noch kaum absehbar sind – aber schon jetzt in den Ambulanzen und Kliniken spürbar werden. Psota verwies auf einen dramatischen Anstieg psychischer Störungen: Depressionen, Essstörungen und selbstverletzendes Verhalten hätten sich in den letzten zehn Jahren vervielfacht. Besonders Mädchen seien betroffen, wie internationale Studien zeigen. Und in Österreich? „Wir haben miserable Daten“, sagt Psota trocken. „Wer die Aufnahmestationen in Österreich kennt, weiß, was los ist.“

## „Antisoziale Medien“ und eine Jugend am Limit

Psota bezeichnet Social Media als „antisoziale Medien“, deren einziges Ziel die Maximierung der Nutzungszeit – und damit des Profits – sei. „Diese Unternehmen beschäftigen die besten Suchtforscher. Aber nicht, um Süchte zu heilen – sondern um sie zu erzeugen.“

Er erläuterte den Mechanismus der digitalen Abhängigkeit: Dopamin-Schübe sorgen für den „Kick“, der das Gehirn immer wieder zurück zu Likes, Clips und Nachrichten zieht. Doch mit jeder Wiederholung wird der Genuss kleiner, während das Verlangen wächst – ein klassisches Muster der Suchtentwicklung. „Es ist wie bei der griechischen Sage, in der ein König einen unstillbaren Hunger bekam. Je mehr er aß, desto größer wurde sein Verlangen. Am Ende fraß er sich selbst.“

Die Folgen sind messbar: Selbstverletzungen bei britischen Teenagern haben sich seit 2010 verdoppelt, Hospitalisierungen wegen psychischer Probleme in Australien steigen steil an. „Und 2010 ist kein Zufall“, betont Psota. „Das war der Knackpunkt, als Smartphones flächendeckend in die Hände der Kinder kamen.“ Die Pandemie habe diesen Trend nur noch beschleunigt. Besonders alarmierend sind die Fälle extremer Untergewichtung bei Jugendlichen. „Kinder mit Anorexie werden mittlerweile in Kliniken erst



Georg Psota beleuchtete beim PRAEVENIRE Gipfelgespräch in Hirschwang die psychischen Belastungen der Generation Z durch digitale Medien und zeigte mögliche Auswege auf.

aufgenommen, wenn sie bei 1,55 Meter Körpergröße nur noch 25 Kilo wiegen – weil es sonst keine Betten gibt. Wir reden von BMI-Werten unter 11. Das ist nicht nur ein statistischer Trend. Das ist tägliche Realität.“

## Digitale Hilfe gegen digitale Überlastung

Doch Psota ist kein Technikskeptiker. „Natürlich kann man mit dem Handy auch vernünftige Anwendungen schaffen“, sagt er. Gemeinsam mit der Medizinischen Universität Wien entwickelt sein Team derzeit eine digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ziel ist, Behandlungskontinuität nach Klinikaufenthalten zu sichern, Monitoring zu ermöglichen und Jugendliche niederschwellig zu erreichen – genau dort, wo sie ohnehin sind: am Smartphone. Die App soll Termin-Erinnerungen verschicken, Stimmungsverläufe aufzeichnen und Selbsthilfetools bereitstellen. Sie ersetzt keine Therapie, sondern ergänzt sie. „Wenn du den Jugendlichen eine Nachricht direkt aufs Handy schickst, kommen sie. Ein Zettel bleibt liegen. Eine SMS funktioniert. Wir müssen dort sein, wo sie sind.“ Psota betont die wissenschaftliche Strenge des Projekts: „Wir behaupten nicht einfach, dass die App wirkt. Sie wird in einer klinischen Studie evaluiert. Und wenn herauskommt, dass sie nichts bringt oder schadet, dann wird sie abgeschaltet.“ Aktuell sind bereits rund 80 Jugendliche eingebunden, 37 Behandlerinnen und Behandler nutzen die Plattform. Die ersten Rückmeldungen sind positiv – vor allem, weil die Anwendung nicht krankmachend designt ist, sondern bewusst analoge Aktivitäten anregt.

## Von Island lernen: Prävention statt Flickwerk

Doch Psota geht über digitale Tools hinaus. Sein Blick fällt auf erfolgreiche Präventions-

modelle, wie das „Island-Experiment“ der 1990er-Jahre. Dort senkten Gruppenaktivitäten, Kunst- und Sportprogramme die Sucht- und Suizidraten der Jugend binnen weniger Jahre drastisch.

„Die Isländer waren am Ende. Ihre Jugendlichen hatten die höchsten Suizid- und Alkoholraten Europas. Dann haben sie alle Lebensbereiche umgekrempelt: Schulen, Freizeit, Elternarbeit. Nach sieben Jahren waren Alkohol und Drogenkonsum auf ein Zehntel gesunken. Das zeigt: Es geht. Man muss nichts neu erfinden – nur endlich umsetzen.“

Was heißt das für Österreich? Psota sieht riesige Versorgungslücken. Während Wien immerhin den psychosozialen Dienst ausgebaut hat, fehlen in den Bundesländern Schulpsychologinnen und -psychologen, Präventionsprogramme und niederschwellige Angebote. „Wir haben in Wien mehr Psychologen in Schulen als der Rest Österreich zusammen. Und trotzdem ist es zu wenig. Die Jugend ist psychisch am Limit.“

**Das Handy als Werkzeug des „digitalen Monsters“ ist nicht mehr wegzukriegen. Aber wir müssen den Schaden reduzieren.**

Georg Psota

## Eine gesellschaftliche Aufgabe

Zum Abschluss schlug Psota den Bogen von der Einzeltherapie zur gesellschaftlichen Verantwortung. „Das Handy als Werkzeug des digitalen Monsters ist nicht mehr wegzukriegen. Aber wir müssen jede Gelegenheit nützen, den Schaden zu reduzieren und den Nutzen zu erhöhen.“

Er forderte strengere Regulierung von Social-Media-Plattformen, mehr Investitionen in Prävention und eine ehrliche Debatte darüber, welchen Einfluss digitale Konzerne auf Kinder und Jugendliche haben dürfen. „Wir dürfen nicht naiv sein. Social Media will nicht die Welt heilen. Es will unsere Aufmerksamkeit – und unser Geld.“ Gleichzeitig erinnerte er daran, dass digitale Räume auch Chancen bieten können: etwa für Jugendliche, die in der analogen Welt isoliert sind oder Unterstützung in Nischen-Communities suchen. „Aber der Preis ist hoch. Zu hoch.“ Der Appell des Psychiaters ist klar: Ohne strukturelle Veränderungen – von Schulen über Freizeitangebote bis hin zur Regulierung sozialer Medien – bleibt jede App nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Prävention, Aufklärung und verbindliche Regeln seien der Schlüssel, damit die nächste Generation psychisch gesund aufwachsen könne. Denn die Jugend ist unsere wichtigste Ressource – und sie darf nicht an digitalen Süchten zerbrechen. **P**



POLITIK

# Schönheitswahn: Stadt Wien klärt auf

Immer mehr Menschen, vor allem junge Frauen, greifen zu Botox, Fillern und anderen ästhetischen Eingriffen – oft ohne die Risiken zu kennen. **DIE STADT WIEN STARTET NUN EINE GROSS ANGELEGTE KAMPAGNE, DIE AUFKLÄREN, SENSIBILISIEREN UND ZU MEHR SELBSTAKZEPTANZ BEITRAGEN SOLL.** Warum das so dringend ist, welche Rolle Social Media dabei spielt und welche Folgen der Druck zur Perfektion haben kann, steht im Fokus der Initiative. | von Karl Innauer

**W**er heute TikTok oder Instagram öffnet, wird von makellosen Gesichtern empfangen. Glatte Haut ohne Poren, perfekt geformte Lippen, symmetrische Gesichtszüge – fast schon standardisiert. Doch das, was dort als Realität verkauft wird, ist oft ein Produkt von Filtern, Bildbearbeitung und zunehmend auch ästhetischen Eingriffen.

„Wir sind überwältigt von einer Flut an Bildern, die in der Regel manipuliert sind – sei es durch Filter, künstliche Intelligenz oder bereits durch Eingriffe“, erklärt Alexandra Münch-Beurle vom Wiener Programm für Frauengesundheit. „Und für junge Menschen ist das besonders problematisch. Ihr Körper ist noch in Entwicklung, ebenso wie ihr Selbstbild. Wenn in dieser sensiblen Phase schon nachgebessert wird, können die Langzeitfolgen körperlich wie psychisch gravierend sein.“

Was früher nur in Hochglanzmagazinen vorkam, ist heute alltäglich. Der endlose Scroll-Feed verstärkt den Druck, ebenfalls „perfekt“ aussehen zu müssen. Laut einer Safer-Internet-Studie 2024 haben 28 Prozent der Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren bereits ernsthaft über einen Schönheitseingriff nachgedacht. Münch-Beurle sagt dazu: „Wir sehen, dass Mädchen und junge Frauen immer früher zu einer Zielgruppe der Schönheitsmedizin werden. Und das hat auch damit zu tun, dass Social Media Ideale normalisiert, die eigentlich künstlich sind.“

Die Algorithmen sozialer Netzwerke spielen dabei eine entscheidende Rolle. Wer einmal nach Beauty-Tipps sucht oder einem Influencer mit aufgespritzten Lippen folgt, wird mit immer mehr ähnlichen Inhalten gefüttert. Das verstärkt den Eindruck, dass alle anderen bereits „nachgebessert“ hätten. Psycholog\*innen sprechen hier vom „Instagram-Face-Effekt“: Alle Gesichter sehen zunehmend gleich aus, mit vollen Lippen, schmaler Nase und hohen Wangenknochen.

## Minimalinvasiv ist nicht harmlos – reale Risiken hinter dem Hype

Besonders beliebt sind sogenannte minimalinvasive Eingriffe. Botox, Hyaluronsäure-Filler oder Fettweg-Spritzen werden oft als harmlose Beauty-Treatments verkauft. Der Eindruck: ein

kleiner Eingriff, schnell gemacht, günstig und risikolos. Doch dieser Eindruck trügt.

„Grundsätzlich werden gerade bei minimalinvasiven Eingriffen wie Hyaluron oder Botox diese Eingriffe oft verharmlost“, warnt Münch-Beurle. „Aber jeder Eingriff ist ein Eingriff in einen gesunden Körper. Und jeder Eingriff bringt Risiken mit sich.“

Die Stadt Wien schätzt, dass es in Österreich jährlich 30.000 bis 100.000 ästhetische Eingriffe gibt. Die Wiener Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft berichtet regelmäßig von Fällen, in denen die Ergebnisse nicht den Erwartungen entsprechen oder Komplikationen auftreten: allergische Reaktionen, entzündete Stellen, blockierte Blutgefäße, dauerhafte Asymmetrien oder sichtbare Dellen nach Fettabsaugungen. „Die Patient\*innenanwaltschaft berichtet von Fällen, in denen Frauen nach Brustimplantaten nicht nur unzufrieden waren, sondern auch massiv gelitten haben – physisch und psychisch“, sagt Münch-Beurle. Besonders riskant wird es, wenn Behandlungen von unqualifizierten Personen durchgeführt werden. Denn nur Fachärztinnen und -ärzte können mögliche Komplikationen früh erkennen und richtig behandeln.

Ein konkretes Beispiel aus der Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft: Eine junge Frau ließ sich in einem vermeintlich günstigen Studio Hyaluronsäure in die Lippen spritzen. Kurz darauf kam es zu einer Gefäßverstopfung, die nicht rechtzeitig erkannt wurde. Die Folge war eine Gewebnekrose – ein Teil des Lippengewebes starb ab. Solche Fälle sind keine Einzelfälle und zeigen, wie wichtig fachkundige Behandlung ist. Hinzu kommt: Selbst wenn der Eingriff gelingt, sind die Ergebnisse oft nur vorübergehend. Filler bauen sich nach einigen Monaten ab, Botox wirkt nach drei Monaten nicht mehr. Das führt dazu, dass viele in einen Kreislauf permanenter Behandlungen geraten – mit steigenden Kosten und zunehmendem Druck, das Ergebnis immer wieder zu „erneuern“.

## Psychischer Druck: Der Wunsch nach Perfektion

Warum steigt die Nachfrage nach Schönheitsbehandlungen gerade jetzt so stark? Münch-Beurle sieht die Ursache in der Gesellschaft:

„Wir leben in einer Welt, in der es schwer ist, mit dem eigenen Körper zufrieden zu sein.

Der Vergleich mit ständig bearbeiteten Bildern macht es noch schwerer. Junge Menschen wachsen in einer Umgebung auf, in der Makellosigkeit der Standard ist.“

Vizebürgermeisterin und Frauenstadträtin Kathrin Gaál ergänzt: „Es entscheidet oft das Selbstbewusstsein, ob man einen eigenen Stil entwickelt, der zu einem passt, oder ob man uniformierten Idealen nachläuft, die sogar gesundheitsgefährdend sein können.“

Die Psychologin Caroline Culen von der Liga für Kinder- und Jugendgesundheit erklärt die Mechanismen dahinter: „Der endlose Bilderstrom mit KI-veränderten Gesichtern macht es der jungen Generation besonders schwer, eine gesunde Selbstwahrnehmung auszubilden. Wer ständig diese Ideale sieht, beginnt irgendwann, den eigenen Körper als fehlerhaft zu empfinden. Und dann erscheint ein kleiner Eingriff plötzlich wie die einfache Lösung.“

Doch hinter dem Wunsch nach Veränderung steckt oft mehr als nur Eitelkeit. Viele Betroffene kämpfen mit Unsicherheiten oder leiden unter einer gestörten Selbstwahrnehmung. „Wir wollen mit der Kampagne dazu anregen, zu hinterfragen: Woher kommt dieser Wunsch eigentlich? Warum ist das so wichtig für mich? Und was erhoffe ich mir davon?“, sagt Münch-Beurle. Psychologinnen warnen außerdem vor einer möglichen Verschiebung des Schönheitsstandards: Wer einmal einen Eingriff hinter sich hat, neigt dazu, weitere zu planen. Was zunächst nur „eine kleine Korrektur“ war, wird schnell zum Drang nach immer mehr Perfektion. Diese Dynamik verstärken Influencerinnen, die ihre eigenen Eingriffe öffentlich teilen und scheinbar mühelos immer „besser“ aussehen.

## Patientinnen- und Patientenrechte: Gut informiert entscheiden

Was viele nicht wissen: In Österreich gibt es klare gesetzliche Regeln. Vor jedem ästhetischen Eingriff muss ein ausführliches Aufklärungsgespräch stattfinden. Dabei werden nicht nur der Ablauf und die Kosten besprochen, sondern auch mögliche Risiken und Komplikationen. Außerdem gilt vor einer Operation eine verpflichtende Wartezeit von zwei Wochen, bevor

der Eingriff durchgeführt werden darf. „Diese Frist ist extrem wichtig“, betont Universitätsprofessorin Christine Radtke, Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie. „Sie gibt Zeit, die Entscheidung zu überdenken, sich weitere Meinungen einzuholen und den Eingriff wirklich bewusst zu wählen.“ Zudem haben Ärzt\*innen die Pflicht, psychische Hintergründe zu prüfen. Wenn im Aufklärungsgespräch der Eindruck entsteht, dass ein psychisches Problem wie eine Körperbildstörung dem Wunsch zugrunde liegt, muss eine psychologische Abklärung empfohlen werden.

„Viele wissen gar nicht, dass sie Patientinnen- bzw. Patientenrechte haben und diese auch einfordern können“, sagt Münch-Beurle. „Dazu gehört das Recht auf vollständige Information, auf Bedenkzeit und auf eine professionelle Durchführung. Man sollte sich trauen, alle Fragen zu stellen – und notfalls auch Nein zu sagen.“

Besonders wichtig ist die Wahl der behandelnden Person. „Nur wer über fundierte medizinische Ausbildung verfügt, darf solche Eingriffe vornehmen. Lassen Sie sich immer nach der Qualifikation fragen – ein seriöser Arzt oder eine seriöse Ärztin wird das transparent beantworten“, rät Radtke.

#### Die Kampagne „Dein Körper ist wertvoll“ – Aufklärung auf allen Kanälen

Um genau darüber aufzuklären, startet die Stadt Wien eine mehrwöchige Kampagne. Unter dem Motto „Kenne dein Risiko. Schönheitseingriffe im Check“ werden Informationsmaterialien in einfacher Sprache bereitgestellt. Dazu gehören ein ausführliches Leaflet mit dem Titel „Wunsch und Wirklichkeit – was Sie über Filler, Botox und Schönheitsoperationen wissen sollten“, eine neunteilige Video-Serie „Botox und Filler im Check“ sowie eine Podcast-Reihe „Filter, Filler, Folgen“.

„Wir wollen die Informationen dort hinbringen, wo junge Menschen sind“, erklärt Kristina Hametner, Leiterin des Wiener Programms für Frauengesundheit. „Deshalb nutzen wir Social Media, wir arbeiten mit Influencerinnen und Influencer und setzen auch auf Aktionen vor Ort, zum Beispiel Sticker in Fitnessstudios oder Lokalen.“



Frauenstadträtin Kathrin Gaál, Gesundheitsstadtrat Peter Hacker und Daniela Thurner, Projektleiterin im Wiener Programm für Frauengesundheit, bei der Präsentation der neuen Kampagne der Stadt Wien zu Schönheitsidealen und Selbstakzeptanz.

Zusätzlich gibt es Straßeninterviews mit jungen Passantinnen und Passanten, um herauszufinden, wie sie über Schönheitseingriffe denken. In den Videos berichten Betroffene von ihren Erfahrungen – sowohl von positiven als auch von negativen. Diese persönlichen Geschichten sollen anderen helfen, eine realistische Vorstellung zu entwickeln.

Auch Erwachsene werden gezielt angesprochen, um Eltern, Lehrerinnen und Lehrer und andere Bezugspersonen zu sensibilisieren. Denn sie sind oft die ersten Ansprechpartnerinnen bzw. -partner, wenn Jugendliche über Eingriffe nachdenken. Die Kampagne stellt ihnen Materialien zur Verfügung, wie sie das Thema behutsam ansprechen können. „Wir wollen Bewusstsein schaffen, nicht nur Angst“, betont Münch-Beurle. „Wer gut informiert ist, kann frei entscheiden. Aber wir wollen auch zeigen: Niemand muss sich verändern, um akzeptiert zu werden.“

#### Schönheit ist kein Lifestyle-Produkt – und niemand ist makellos

Die zentrale Botschaft der Kampagne ist klar: Ästhetische Eingriffe sind kein Lifestyle-Produkt, sondern eine ernsthafte medizinische

Entscheidung. Wer sich damit beschäftigt, sollte sich umfassend informieren, Risiken abwägen und den eigenen Wunsch kritisch hinterfragen. „Wir wollen Frauen in ihrer Selbstbestimmung unterstützen, aber informierte Entscheidungen sind dafür die Basis“, sagt Münch-Beurle. „Und wir wollen vermitteln: Niemand ist makellos, und das ist vollkommen in Ordnung. Dein Körper ist wertvoll, pass auf dich auf.“

Denn am Ende geht es nicht nur um Falten oder volle Lippen, sondern um Gesundheit, Selbstwert und die Freiheit, sich nicht dem Druck von außen beugen zu müssen. Oder, wie Münch-Beurle es formuliert: „Wir leben in einer Welt, in der es schwierig ist, mit dem eigenen Körper zufrieden zu sein. Aber niemand ist perfekt – und das ist voll okay.“

#### Ein Blick in die Zukunft

Der Trend zur Selbstoptimierung wird bleiben. Doch Aufklärung, Sensibilisierung und ein bewusster Umgang mit Social Media können helfen, den Druck zu verringern. Vielleicht gelingt es, das Schönheitsideal der Zukunft zu verändern – weg von makellosen Masken hin zu mehr Echtheit, Vielfalt und Selbstakzeptanz.





# eHealth: Mehr als „nur“ eine Strategie

Digitalisierung im Gesundheitswesen ist kein Selbstzweck. Sie muss Nutzen stiften, die Versorgung verbessern und die Menschen mitnehmen. Österreich hat dazu gute Grundlagen geschaffen, aber die eigentliche Arbeit liegt im Dialog zwischen **TECHNIK UND BEDARF, ZWISCHEN STRATEGIE UND REALITÄT SOWIE ZWISCHEN INNOVATION UND SOLIDARITÄT.** | von Paul Schnell

**D**er Frage, wie Digitalisierung in einem solidarischen Gesundheitswesen echten Mehrwert schaffen kann, widmet sich unter anderem die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) aus einer Public-Health-Perspektive und fordert, digitale Transformation nicht bloß als technologische Modernisierung, sondern als gesellschaftliche und strukturelle Aufgabe zu begreifen. „Digitalisierung bedeutet mehr, als nur analoge Prozesse ins Digitale zu übertragen. Wirklich transformative Digitalisierung muss daher über die reine Technisierung hinausgehen und verlangt nach einem grundsätzlichen Umdenken in der Versorgungslogik“, betont GÖG-Abteilungsleiter Mag. Dr. Alexander Degelsegger-Márquez in seiner Keynote im Rahmen des 7. PRAEVENIRE Digital Health Symposions. Er ist überzeugt, dass ein schlecht durchdachter Prozess auch in digitaler Form nicht besser wird, sondern mitunter sogar mit zusätzlichem Dokumentationsaufwand verbunden ist. Digitale Realitäten sind heute in vielen Lebensbereichen bereits wirkmächtiger als physische und haben das Potenzial, tiefgreifende Veränderungen anzustoßen – von der Patientenrolle über die Versorgungspfade bis hin zur Steuerung des Systems. „Diese Veränderungen erzeugen Spannungsfelder zwischen technologischem Fortschritt und konkreten Anforderungen aus der Praxis, zwischen Innovationsdynamik und einer trägen Systemrealität. „Im besten Fall gelingt es, beide Seiten miteinander ins Gespräch zu bringen und damit Ideen auch irgendwann in eine Regelversorgung zu überführen“, beschreibt Degelsegger-Márquez, denn im Gegensatz zu digitalen Start-ups, die oft innerhalb weniger Jahre ihren Markterfolg beweisen müssen, verlaufen Innovationen im Gesundheitswesen deutlich langsamer, was geduldige, langfristige Strategien erfordert.

## Digitalisierung im europäischen Kontext

Im europäischen Vergleich sticht Österreich mit durchaus erfolgreichen Projekten hervor, zu denen beispielsweise die elektronische Gesundheitsakte ELGA oder die telefonische Gesundheitsberatung 1450 zählen. Ein wichtiger Meilenstein ist die im Juni 2024 beschlossene österreichische eHealth-Strategie, die aus den Arbeiten der Bundes-Zielsteuerungskommission hervorgegangen ist. „Anders als in vielen anderen europäischen Ländern ist sie nicht nur ein Konzeptpapier, sondern auch mit finanziellen Mitteln aus der Gesundheitsreform hinterlegt. Sie ist bewusst als ‚lebendes Dokument‘ angelegt, das regelmäßig weiterentwickelt und evaluiert werden muss, um sich den ständig neuen technischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen anzupassen“, sagt der GÖG-Experte. Die eHealth-Strategie folgt dem Leitsatz „digital vor ambulant vor stationär“ und formuliert acht strategische Ziele, die den digitalen Wandel im Gesundheits- und Pflegebereich bis 2030 vorantreiben sollen: die Verbesserung des digitalen Zugriffs aller Bürgerinnen und Bürger auf ihre Gesundheitsdaten, die Stärkung der Telegesundheit, den Ausbau der Telematik-Infrastruktur und weiterer eHealth-Services, die Etablierung von Gesundheitsregistern, die Förderung der Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten, die Integration KI-basierter Lösungen in die Regelversorgung und insgesamt die Stärkung der digitalen Kompetenzen. „Die Strategie umfasst insgesamt 68 Maßnahmen, die zeitlich gestaffelt umgesetzt werden sollen. Besondere Bedeutung kommt dem Impact-Monitoring zu, denn es muss sichtbar werden, wie die Maßnahmen in der Bevölkerung ankommen und wo sich demnach weitere Investitionen lohnen“, so Degelsegger-Márquez. Österreich orientiert sich dabei auch an internationalen Best Practices und Strategien anderer OECD-Länder, denn die nationale eHealth-Strategie ist eng verzahnt mit anderen politischen und strategischen Initiativen, allen voran dem European Health Data Space (EHDS).

## Was Österreich von Australien lernen kann

Einen internationalen Blickwinkel auf das Engagement Österreichs bringt Mehdi Khaled, MD, Managing Partner bei Seha Consulting, einem international tätigen Beratungsunternehmen, das sich auf die digitale Transformation im Gesundheitswesen spezialisiert hat, in die Diskussion ein. Die – fast beruhigende – Nachricht ist, dass sich die Herausforderungen im Gesundheitswesen weltweit sehr ähnlich sind, sowohl auf struktureller als auch auf digitaler Ebene. „Wer glaubt, dass Österreichs Probleme im Bereich Digital Health einzigartig seien, unterliegt einem weitverbreiteten Irrtum. Das blockiert Lernprozesse, erschwert sinnvolle Reformen und führt dazu, dass wir bekannte

Fehler wiederholen.“ Daher lädt Khaled ein, sich zum Beispiel die Entwicklung in Australien anzusehen, denn hier wurde zeitgleich mit Österreich im Jahr 2005 die Digitalisierung des Gesundheitswesens gestartet. Doch heute liegt Australien deutlich vorne, meint der Experte, denn: „Sie haben aus Fehlern rasch gelernt, ihre Strategie kontinuierlich angepasst und sind systematisch vorgegangen.“

So wurde etwa ursprünglich die elektronische Gesundheitsakte mit einem Opt-in-System gestartet, aber bald schon hat man festgestellt, dass dieser Weg keinen Fortschritt bringt. Trotz hoher politischer Kosten wurde das Modell auf ein Opt-out-System umgestellt. Die Gründung der „Australian Digital Health Agency“ bezeichnet Khaled als einen Meilenstein: „Sie agiert nicht nur als Regulierungsbehörde, sondern betreibt auch die ‚My Health Records‘, vergleichbar mit ELGA. Derzeit wird kontrovers diskutiert, ob eine Institution gleichzeitig Regulator und Betreiber eines Systems sein kann“, gibt er weiter Einblick. Australien hat in den letzten Jahren nicht nur eine konsistente Digital-Health-Strategie mit integrierter Roadmap entwickelt, sondern auch eine Workforce-Strategie, die aufzeigt, welche Kompetenzen, Rollen und Arbeitskräfte künftig im Digital-Health-Bereich benötigt werden. „Ein strukturierter Plan für den Aufbau dieser Kapazitäten fehlt in Österreich ebenso wie in vielen anderen europäischen Ländern“, resümiert der Experte und rät zur Gründung einer gemeinnützigen Bundesstiftung für digitale Gesundheit, die als zentrale Plattform Themen wie Strategie, Aufsicht, Governance, Datenqualität und Workforce bündelt. Ein Aufsichtsorgan aus Bund, Ländern sowie Bürgervertretungen könnte Transparenz und Beteiligung sicherstellen und den Grundstein für eine nachhaltige, technikgestützte Gesundheitsversorgung legen.

Alexander Degelsegger-Márquez und Mehdi Khaled zeigten beim PRAEVENIRE Digital Health Symposium, wie strategische Planung und internationale Best Practices die digitale Transformation im Gesundheitswesen voranbringen können.





### eHealth-Umsetzung: ein juristischer Kraftakt

Eine Vielzahl an rechtlichen Rahmenbedingungen ist bei der Umsetzung der eHealth-Strategie zu erfüllen, die vom EU-Gesetzgeber nicht unbedingt harmonisch aufeinander abgestimmt wurde. Im Gegenteil: Viele der relevanten Rechtsakte stehen in einem Spannungsverhältnis zueinander. „Zu den zentralen Rechtsgrundlagen gehören die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und der European Health Data Space (EHDS). Auch die KI-Verordnung, der Data Governance Act, die Medizinprodukteverordnung, die NIS-2-Richtlinie oder der Cyber Resilience Act greifen in die Materie ein – jeder mit eigenen Anforderungen, die nicht zwingend aufeinander abgestimmt sind“, beschreibt Mag. Katharina Raabe-Stuppniq, Rechtsanwältin mit Schwerpunkt Gesundheitsrecht, die juristischen Herausforderungen.

Gerade die DSGVO verfolgt einen besonders restriktiven Ansatz beim Umgang mit Gesundheitsdaten, wie etwa die Datenminimierung, die Speicherbegrenzung und größtmögliche Transparenz. „Patientinnen und Patienten sollen umfassend informiert werden, was mit ihren Daten

Das Podium diskutierte die juristischen, technischen und organisatorischen Herausforderungen bei der Umsetzung der eHealth-Strategie und zeigte Lösungsansätze für eine bessere Zusammenarbeit. V. l. n. r.: Josef Broukal (Moderation), Alexander Degelsegger-Márquez, Katharina Raabe-Stuppniq, Wolfgang Ebner, Fiona Fiedler.

geschicht, und behalten das Recht, Auskunft, Löschung oder Einschränkung zu verlangen. Der EHDS geht hier einen Schritt weiter, indem er ohne langwierige Auskunftsverfahren einen unmittelbaren Zugriff auf Gesundheitsdaten ermöglicht“, sagt Raabe-Stuppniq. Ein besonders komplexes Feld ergibt sich bei digitalen Gesundheitsanwendungen, die sowohl unter die Medizinprodukteverordnung als auch unter die KI-Verordnung fallen. Sobald ein System eine medizinische Zweckbestimmung hat und zugleich KI-Funktionalitäten einsetzt, greifen beide Regelwerke gleichzeitig – mit einem strengen Pflichtenkatalog, der nicht nur Hersteller, sondern auch Betreiber betrifft. „Letztere müssen unter anderem KI-Kompetenz nachweisen, den zweckmäßigen Gebrauch sicherstellen, eng mit den Marktaufsichtsbehörden zusammenarbeiten, den Einsatz dokumentieren und über diesen informieren. Gleichzeitig gelten natürlich weiterhin die Anforderungen der DSGVO“, weist die Juristin auf das umfassende Set an Anforderungen hin. Auch im Bereich der Datensicherheit lauern Widersprüche: „So sinnvoll und notwendig höchste Sicherheitsstandards bei Systemen wie ELGA sind, sie bringen wenig, wenn gleichzeitig Gesundheitsdaten über ungesicherte Kanäle wie WhatsApp oder unverschlüsselte E-Mails weitergegeben werden“, warnt Raabe-Stuppniq und weist darauf hin, dass ohne begleitende Maßnahmen und ein starkes Bewusstsein für Datenschutz der Gedanke der Datensicherheit ins Leere läuft. Großes Potenzial bietet die eHealth-Strategie im Bereich Forschung – etwa durch die geplante Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten. Doch auch hier ortet Raabe-Stuppniq Rechtsunsicherheiten: „Zwar bietet der EHDS erstmals einen klaren Umsetzungsplan, doch in Österreich müssen Forschende derzeit weiterhin das Datenschutzgesetz und das Forschungsorganisationsgesetz berücksichtigen.“ Die rechtskonforme Umsetzung der eHealth-Strategie ist in vielerlei Hinsicht daher ein Kraftakt.

umsdiskussion beschreibt Mag. Wolfgang Ebner, Chief Digital Officer des Bundes und Leiter der Digitalisierungssektion, wie auf der Ebene der Verwaltung mit den Chancen und Herausforderungen umgegangen wird: „Wir haben eine ressortübergreifende Taskforce eingerichtet: In jedem Ministerium gibt es inzwischen Chief Digital Officer (CDO), die sich gemeinsam in einer übergeordneten Struktur abstimmen. Hier geht es längst nicht mehr nur um Technik oder Recht, denn die Digitalisierung stößt einen grundlegenden Kulturwandel an.“ Ziel ist nicht nur, Systeme zu vernetzen, sondern Denkweisen und Arbeitsweisen zu verändern und das ist umso schwieriger, je unterschiedlicher die Zugänge und die Erfahrungen sind. „Auf Ebene der Verwaltung gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bereichen. So nutzt etwa das Innenministerium IT-Systeme bereits seit den 1970er-Jahren. Der Gesundheitsbereich ist im Vergleich dazu relativ spät eingestiegen“, weiß Ebner. Das führt nach wie vor zu historisch gewachsenen Systemlandschaften, die oft nicht kompatibel sind und nur eingeschränkt miteinander kommunizieren können. Für ein gemeinsames Verständnis spricht sich daher Fiona Fiedler, BEd, Gesundheitssprecherin der NEOS, aus: „Wir müssen die Player im Gesundheitssystem zusammenbringen und das Bewusstsein schaffen, dass es nur gemeinsam funktionieren kann.“ Das erfordert ein klares Bekenntnis aller Beteiligten, das System auf zukunftsfähige und digitale Beine zu stellen. Besonders wichtig ist für Fiedler der Aspekt der Kommunikation: „Digitalisierung funktioniert nur, wenn Kommunikation zwischen den Systemen möglich ist. Wir brauchen Standardisierung und Interoperabilität.“ Sie sieht ihre Rolle als Vermittlerin – sowohl zwischen politischen Ebenen als auch zwischen den Institutionen des Gesundheitswesens, um Aufklärung zu leisten, Dialoge zu fördern und so konkrete Lösungen zu ermöglichen.

Insgesamt zeigt die Podiumsdiskussion einmal mehr, dass Digitalisierung des Gesundheitswesens keine Aufgabe für Einzelkämpfer ist. Sie erfordert das Zusammenspiel zahlreicher Akteurinnen und Akteure – in Ministerien, in Bundesländern, in privaten und öffentlichen Organisationen und zwischen Berufsgruppen. **P**



Katharina Raabe-Stuppniq erläuterte die komplexen rechtlichen Rahmenbedingungen für eHealth und warnte vor Widersprüchen zwischen Datenschutz, KI-Verordnung und Praxisrealität.





PORTFOLIO

PVE-Tagung in Linz:

# Neue Wege für die Primärversorgung in Österreich

Unter dem Motto „VISIONEN FÜR DIE WOHNORTNAHE GESUNDHEITSVERSORGUNG“ lud der Verein AM PLUS am 22. und 23. Mai 2025 zur PVE-Tagung nach Linz. Zwei Tage lang diskutierten Ärzt:innen, Gesundheitsberufe, Vertreter:innen der Sozialversicherung, Politik und Wissenschaft, wie eine moderne, teamorientierte Primärversorgung in Österreich gestaltet werden kann. Die Veranstaltung bot damit eine wertvolle Plattform für den Austausch zwischen Praxis, Forschung und Gesundheitspolitik – und setzte ein klares Signal für die Stärkung der wohnortnahen Versorgung. | von Katharina Irwitzer

**B**ereits die Eröffnung zeigte, wie groß das Interesse an diesem Thema ist. Dr. Erwin Rebhandl, Präsident von AM PLUS, wies auf die zentrale Bedeutung von Primärversorgungseinheiten (PVE) für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem hin. „Wir müssen die Versorgung dorthin bringen, wo die Menschen leben. PVE sind nicht nur medizinische Anlaufstellen, sondern auch Orte der Prävention, der Beratung und des Vertrauens“, betonte Rebhandl.

Im Anschluss begrüßte Karin Leitner, Gemeinderätin der Stadt Linz in Vertretung des Bürgermeisters, die Teilnehmer:innen. Sie hob die Bedeutung der PVE nicht nur für die medizinische Versorgung hervor, sondern auch für den sozialen Zusammenhalt in den Gemeinden. Gerade in einer Zeit, in der sich die Lebensrealitäten vieler Menschen verändern, seien wohnortnahe Strukturen entscheidend, um Vertrauen in das Gesundheitssystem zu stärken.

Auch Mag. Peter McDonald, Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse, meldete sich mit einer Videobotschaft zu Wort. Er machte deutlich, dass moderne Primärversorgung nur in enger Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen, Pflegekräften, Therapeut:innen und Sozialarbeitern funktionieren könne. Die Tagung sei ein wichtiges Forum, um diese Vernetzung sichtbar zu machen und weiterzuentwickeln.



Die AM PLUS PVE-Tagung in Linz bot nicht nur spannende Impulse für die Zukunft der wohnortnahen Gesundheitsversorgung, sondern vor allem Raum für intensives Netzwerken zwischen Praxis, Politik, Wissenschaft und Sozialversicherung.



Der Verein AM PLUS bedankt sich herzlich bei allen Partner:innen:





### Aktuelle Herausforderungen und konkrete Lösungsansätze

Zu Beginn des fachlichen Programms sprach Dr. Alexander Biach (SVS) über die drängenden Herausforderungen der kommenden Jahre: eine alternde Bevölkerung, der zunehmende Fachkräftemangel sowie steigende Gesundheitskosten. Er plädierte dafür, Primärversorgungseinheiten künftig noch stärker als Zentren für Prävention und Gesundheitsförderung zu etablieren – unterstützt durch digitale Tools, smarte Termin- und Versorgungssteuerung sowie neue Formen der Zusammenarbeit.

Wie solche Konzepte in der Praxis umgesetzt werden können, zeigte Dr. Wolfgang Blank anhand eines erfolgreichen Praxisnetzwerks im Bayerischen Wald. Dort ermöglicht eine klare Aufgabenverteilung, die Einbindung spezialisierter medizinischer Fachangestellter und ein strukturiertes Ausbildungskonzept eine effiziente Versorgung auch in strukturschwachen Regionen. Besonders interessant war der Blick darauf, wie Jungmediziner:innen für die hausärztliche Tätigkeit begeistert und langfristig gebunden werden können.

Einen weiteren wichtigen Impuls setzte Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer (MedUni Wien). Sie forderte, suchtkranke Menschen stärker in die Regelversorgung zu integrieren. Substanzgebrauchsstörungen dürften nicht an den Rand des Systems gedrängt werden, sondern gehörten direkt in die Primärversorgung. Entscheidend sei jedoch, dass interprofessionelle Strukturen geschaffen und entsprechende Kompetenzen vor Ort verfügbar seien.

Wie moderne Primärversorgung konkret aussehen kann, zeigte Dr. Patrick Reichel am Beispiel der Gruppenpraxis Sierndorf. Dort arbeiten Hausärzt:innen, Fachärzt:innen und Therapeut:innen eng unter einem Dach zusammen – nach dem Prinzip eines „One-Stop-Shops“, in dem Patient:innen alle wichtigen Leistungen

## SAVE THE DATE



8.–9. Mai 2026  
**10. AM PLUS PVE-TAGUNG IN LINZ**



gebündelt erhalten, inklusive Hausapotheke und gemeinsamer Betreuung.

### Fachärzt:innen in der PVE – Chancen und offene Fragen

Eine lebhaftes Podiumsdiskussion widmete sich der stundenweisen Einbindung von Fachärzt:innen in Primärversorgungseinheiten. Diskutiert wurden dabei rechtliche Rahmenbedingungen, Finanzierungsmodelle und organisatorische Fragen. Vertreter:innen aus Politik, Praxis und Sozialversicherung waren sich einig, dass dies eine Möglichkeit sei, die Versorgung vor allem in ländlichen Regionen zu verbessern – allerdings brauche es dafür klare Konzepte und Planungssicherheit. Das Publikum beteiligte sich aktiv mit zahlreichen Fragen und Praxisbeispielen.

### Impfen als zentraler Bestandteil der wohnortnahen Versorgung

Am Abend des ersten Tages rückte das Thema Impfen in den Mittelpunkt. Dr. Melanie Tamesberger (Kinder-PVZ Linz) und Dr. Erwin Reibhandl (AM PLUS) zeigten auf, wie PVE durch niederschwellige Impfangebote und persönliche Beratung das Vertrauen der Bevölkerung stärken und so die Impfbereitschaft erhöhen können. In der Diskussion wurde deutlich, dass Impfen nicht nur ein wichtiges Präventionsthema ist, sondern auch eine Möglichkeit, Patient:innen frühzeitig in das System der Primärversorgung einzubinden und so langfristig gesundheitliche Risiken zu reduzieren.

### Multiprofessionelle Zusammenarbeit als Schlüssel

Der zweite Tag der Tagung stand ganz im Zeichen der multiprofessionellen Zusammenarbeit. Andreas Huss (ÖGK) stellte ein zukunftsweisendes Konzept vor: eigenständige Praxis- und Therapiezentren für Gesundheitsberufe, die eng mit PVE vernetzt sind. Ziel ist es, Engpässe zu vermeiden und gleichzeitig

wohnortnahe, integrierte Angebote zu schaffen. Johanna Pilwarsch (GÖG) zeigte auf, wie Pflege, Physiotherapie, Sozialarbeit oder Logopädie in PVE strukturell verankert sind. Mit klaren rechtlichen Grundlagen, Onboarding-Materialien für neue Teammitglieder und gezielten Vernetzungsinitiativen werde die Rolle dieser Gesundheitsberufe zunehmend gestärkt. Im Anschluss präsentierten Vertreter:innen der Berufsverbände – darunter Diätologie, Ergotherapie, Pflege, Logopädie, Hebammen, Physiotherapie, Sozialarbeit und Ordinationsassistenten – ihre Beiträge zur Primärversorgung. Ihr gemeinsames Anliegen: mehr Anerkennung, bessere Sichtbarkeit und faire Rahmenbedingungen für die Teamarbeit in PVE.

### Ein starkes Signal für die Zukunft

In der abschließenden Podiumsdiskussion wurde der Schulterschluss zwischen Berufsgruppen, Sozialversicherung, Wissenschaft und Trägerorganisationen sichtbar. Alle Beteiligten betonten, wie wichtig es sei, die jetzt angestoßenen Impulse weiterzutragen und konkrete Schritte umzusetzen. Nur durch Zusammenarbeit könne eine starke, wohnortnahe Versorgung für alle Menschen in Österreich gesichert werden. **P**

### Der Verein AM PLUS bedankt sich herzlich bei allen Partner:innen und Unterstützer:innen:

- Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)
  - Gesundheit Österreich GmbH – Plattform Primärversorgung
  - PROGES – Wir schaffen Gesundheit
  - Institut für Allgemeinmedizin der Johannes Kepler Universität Linz
  - Informatik Beratung GmbH
  - GSK
  - ÖVIH
  - Berufsverbände der Gesundheitsberufe
  - Stadt Linz und Diözese Linz
- sowie allen Vortragenden und Mitwirkenden



PORTFOLIO

# Das Richtige tun!

Wer die gesundheitspolitische Debatte der letzten Jahre verfolgt hat, wird einen Satz von uns wohl schon mehrfach gehört haben: **WIR APOTHEKERINNEN UND APOTHEKER WOLLEN IMPFEN!** Wir fordern das seit Langem und geben bei dem Thema weder nach noch auf. Das hat einen einfachen Grund: Wir sind davon überzeugt, dass eine Ausweitung von Impfangeboten richtig ist – als Investition in Präventionsmaßnahmen, die menschliches Leid verhindern und das Gesundheitssystem entlasten. | von Mag. pharm. Andreas Hoyer



**D**arüber haben wir Anfang Juli bei den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach diskutiert – mit Gästen aus der Politik, der Ärzteschaft, der Sozialversicherung und von Selbsthilfeorganisationen. Der Austausch war wertschätzend, stets interessant und manchmal kontrovers. Wo man sich finden konnte, war bei der Bedeutung präventiver Maßnahmen und der Notwendigkeit, sie auszubauen – konkret heruntergebrochen auf das Thema Impfen in Apotheken, ging diese Einigkeit mit manchen Anwesenden allerdings wieder verloren.

### Alarmierend niedrige Durchimpfungsraten mit besorgniserregenden Auswirkungen

Weshalb also ist uns diese Forderung so wichtig, dass wir sie beharrlich seit mehreren Jahren trommeln? Die Durchimpfungsraten sind in Österreich generell niedrig. Österreich ist ein Land der „Impfmuffel“ heißt es immer

wieder. Eine glatte Verharmlosung, sind doch die Auswirkungen viel weniger niedlich, als der Begriff vermuten lässt. Beispiele gefällig? Die Masern sind wieder auf dem Vormarsch, mit 527 gemeldeten Fällen im Jahr 2024. Im gleichen Jahr sind 15.465 Fälle von Keuchhusten am AGES-Radar für Infektionsgeschehen aufgeschlagen – eine Steigerung von 450 Prozent gegenüber dem Jahr davor. Der Grund: Zu wenige Personen haben einen ausreichenden Impfschutz. Gleiches gilt für die echte Influenza, gegen die sich laut dem Verband der Impfstoffhersteller in der Grippezeit 2023/24 nicht einmal 14 Prozent schützen ließen. Und sogar bei FSME nehmen die Infektionen stark zu, während die Impfquoten nach unten gehen – innerhalb von fünf Jahren von 74 Prozent auf nur mehr 60 Prozent im Vorjahr, wie einer Studie des Sozial- und Marktforschungsinstituts IPSOS zu entnehmen ist. Und besonders dramatisch: Nur mehr 45

Der Apothekerverband nutzte die Schafalm gezielt zum Netzwerken mit Partnern aus Gesundheitspolitik und Praxis.



Prozent der ein- bis 15-jährigen haben die drei ersten erforderlichen Dosen der FSME-Impfung erhalten.

Angesichts dieser Zahlen muss die Erhöhung der Durchimpfungsraten ein vordringliches gesundheitspolitisches Ziel sein. Geht es dabei doch um die Vorbeugung schwerer Erkrankungen, die in der Reparaturmedizin eine enorme Belastung für das Gesundheitssystem darstellen. Die vorhandenen Impfangebote sind zweifellos wichtig, sie werden allerdings nicht ausreichen, um mehr Menschen dazu zu bekommen, sich impfen zu lassen. Das belegt die Entwicklung der letzten Jahre eindrucksvoll. Der Zugang muss so einfach wie möglich sein – nur so können neue Zielgruppen erschlossen werden. Das zeigen internationale Erfahrungen. Ein Beispiel: Irland ist eines von 11 europäischen Ländern, in denen bereits in der Apotheke geimpft wird – seit 2011 dürfen Apothekerinnen und Apo-



## 12. PRAEVENIRE GESUNDHEITSGESPRÄCHE in Alpbach 2025

theker dort unter anderem Grippeimpfungen verabreichen. Die Durchimpfungsrate ist seither um 60 Prozent gestiegen.

### Atout niederschwelliger Zugang

Was die Apotheke besonders auszeichnet, ist ihr niederschwelliger Zugang – und damit die hohe Convenience, die sie ihren Kundinnen und Kunden bietet. In Österreich erreichen 95 Prozent der Bevölkerung die nächste Apotheke in weniger als zehn Minuten und finden dort ausgewiesene Expertise für Arzneimittel und Impfstoffe vor. Überlange Wartezeiten für eine Dienstleistung die kaum Zeit in Anspruch nimmt entfallen. Mit diesen Trümpfen kann es gelingen, mehr Menschen zu erreichen. Denn man muss es ihnen so einfach wie möglich machen, vorbeugende Maßnahmen in Anspruch zu nehmen – sonst werden gerade Impfungen auf die lange Bank geschoben oder auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verlegt. Eine schnelle und professionelle Abwicklung muss das Ziel sein – und genau damit kann die Apotheke punkten.

### Kooperation statt Konkurrenz

Innerhalb des Gesundheitssystems muss das Motto dabei lauten: „Kooperation statt Konkurrenz“. Es geht nicht darum, der einen Berufsgruppe etwas wegzunehmen, um es der anderen zu übertragen. Denn wenn das Ziel lautet, die Impfquoten möglichst weit nach oben zu bekommen, müssen sich die Angebote ergänzen und wir den Patientinnen und Patienten eine größere Auswahl anbieten: Wer sich lieber in der Hausarztordination impfen lassen will, soll das dort tun – wer die Apotheke bevorzugt, soll ihr Angebot in Anspruch nehmen. Zudem befinden wir uns in einer Situation, in der von der Hausarztordination bis zur Spital-

sambulanz – vielfach zurecht – geklagt wird, man sei mit dem hohen Patientenaufkommen überfordert. Auch hier kann eine möglichst gute Abstimmung zwischen den einzelnen Einrichtungen, ein besseres Lenken der Patientenströme und eine Ausweitung bestimmter Angebote helfen, das System für Gesundheitsberufe und Bevölkerung gleichermaßen effizienter zu machen.

### Potenziale nutzen

Wollen wir unser Gesundheitssystem effizienter und leistungsfähiger machen, müssen wir bislang ungenutzte Potenziale erschließen. Siehe oben: Im Bereich Prävention können wir besser werden – mit wesentlicher Unterstützung der Apotheke und der Kooperation verschiedener Gesundheitsberufe. Ein richtiger Schritt in diese Richtung ist letztes Jahr mit der Novellierung des Apotheken-Gesetzes erfolgt, die uns mehr Kompetenzen einräumt. Welchen Impact die Nutzung dieser Kompetenzen haben kann, zeigt ein Beispiel aus Kärnten. Dort haben die Apothekerkammer und das Bundesland Ende letzten Jahres eine gemeinsame Aktion zur Früherkennung von Diabetes gestartet. Zwei Wochen lang konnte die Bevölkerung ihren HbA1c-Wert kostenlos in 50 Apotheken ermitteln lassen. Knapp 5.200 Personen haben das Angebot genutzt. Dabei wurden 1.923 Fälle von Prädiabetes und 178 Diabeteserkrankungen erkannt und die Betroffenen dazu angehalten, sich dringend ärztlichen Rat zu holen und eine entsprechende Therapie einzuleiten. Ein geradezu idealtypisches Beispiel, wie eine präventive Maßnahme in die Fläche gebracht wird und durch das Zusammenspiel verschiedener Berufsgruppen ein effizienter Ablauf angestoßen werden kann. Und genau daran gilt es, weiterzuarbeiten – mit Entschlossenheit und Mut. Etwa bei Screenings

auf Infektions- und Herz-Kreislaufkrankungen oder bei der Unterstützung der Patientinnen und Patienten, den richtigen Weg durch das Gesundheitssystem zu finden. Allerdings gehört all das in eine bundesweite Strategie eingebettet, die auch eine faire Vergütung der apothekerlichen Leistungen vorsieht. Denn die Rechnung, Versorgungsleistungen über Arzneimittelspannen gegenzufinanzieren, geht nicht mehr auf.

### Faire Spielregeln und zeitgemäße wirtschaftliche Rahmenbedingungen

Genauso wie klare Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten festgelegt werden müssen, wenn wir unser Gesundheitssystem reformieren, muss die Leistung aller Gesundheitsberufe fair abgegolten werden. Aus der Sicht eines Apothekers: Die äußerst personalintensive Bewältigung von Lieferengpässen finanzieren wir aus eigener Tasche. Ähnliches gilt für Nachtdienste, die für uns ein Verlustgeschäft sind: In Gemeinden mit weniger als 20.000 Einwohnerinnen und Einwohnern muss eine durchschnittliche Apotheke für ihre Nachtdienste 35.000 bis 40.000 Euro draufzahlen. Hinzu kommt die Konkurrenz durch ausländische Onlinehändler, die kaum Auflagen – etwa den Betrieb eines Labors, Nachtdienste oder regelmäßige behördliche Visitationen – erfüllen müssen.

Wir wollen uns einbringen und tragen gerne zu neuen Lösungsansätzen bei. Wenn es sich – wie beim Thema Impfen – um Maßnahmen handelt, die für die Gesundheitsversorgung richtig sind. Dazu brauchen wir wirtschaftliche Rahmenbedingungen, die sich an den Anforderungen der heutigen Zeit orientieren. Denn nur gesunde Betriebe können das hohe Versorgungsniveau sicherstellen und am Ausbau präventiver Angebote mitwirken. 



## SAVE THE DATE

# 26.09.2025

# Erste Campus Rooftop Wintergarten

## SCIENCE4CARE

### Austrian High Impact Research

Freie  
Kongress-  
teilnahme für  
PERISKOP-  
Leser

Programm und  
Anmeldung unter:





“

Menschen wie  
ich leisten viel  
ehrenamtliche  
Arbeit.  
Du tust das  
nicht.

“

Stimmt.

**Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zahlen 80 % aller Steuern. Und leisten zusätzlich ehrenamtliche Arbeit im Wert von 9,8 Milliarden Euro!**

Viele Menschen in Österreich engagieren sich in der einen oder anderen Form freiwillig und ehrenamtlich bei der Freiwilligen Feuerwehr, in Rettungsorganisationen, aber auch in diversen Sport-, Kultur- und Sozialvereinen. Ohne diese Freiwilligen und Ehrenamtlichen wären viele dieser Organisationen nicht fähig, ihre wichtigen und unverzichtbaren gesellschaftlichen Aufgaben wahrzunehmen und auszuführen.

Neben dieser Tätigkeit in vielen Organisationen engagieren sich viele Menschen zusätzlich auch für Freunde, Familie und Nachbarn.

Insgesamt wurden laut Statistik Austria im Jahr 2021 ca. 470 Millionen Stunden an freiwilligen und ehrenamtlichen Tätigkeiten von den Österreicherinnen und Österreichern (ab einem Alter von 15 Jahren) geleistet. In einer vom Sozialministerium in Auftrag gegebenen Studie wurde versucht, diese ehrenamtliche Tätigkeit in Österreich in ihrer Gesamtheit mit einem Geldwert zu bewerten. Insgesamt erbrachten im Jahr 2021 die Österreicherinnen und Österreicher mit ihrer freiwilligen und ehrenamtlichen Tätigkeit einen Wert von 9,8 Milliarden Euro für die Allgemeinheit.

Eine Initiative der AK Niederösterreich

**AK** NIEDER  
ÖSTERREICH

STEUERLAST  
FAIR VERTEILEN.



# Diabetes: Digitalisierung als Schlüssel zu Prävention und Versorgung

Mit rund **800.000 BETROFFENEN ZÄHLT DIABETES MELLITUS ZU DEN DRÄNGENDSTEN HERAUSFORDERUNGEN** des österreichischen Gesundheitssystems. Die Prävalenz steigt und damit die Kosten und das Ausmaß der Folgeerkrankungen und Versorgungsdefizite. Priv.-Doz. Dr. Gersina Rega-Kaun, 1. Sekretärin der Österreichischen Diabetesgesellschaft (ÖDG), präsentierte am PRAEVENIRE Denkartag mögliche Lösungsansätze. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

**E**in durchgängig digital gestütztes, abgestuftes Versorgungsmodell auf Basis eines elektronischen Diabetespasses ist der Kern einer zukunftsweisenden Vision, die von der Fachärztin für Innere Medizin, Diabetes und Endokrinologie favorisiert wird. „Das bedeutet aber eine radikale Umgestaltung der Betreuung, die vernetzt, interdisziplinär und patientenzentriert erfolgen muss“, sagt Rega-Kaun.

## Die steigende Last des Diabetes

Wie der aktuelle IDF Diabetes Atlas zeigt, beträgt die Prävalenz der Erkrankung in Österreich mittlerweile 7,2 Prozent, das entspricht etwa 800.000 betroffenen Personen, die überwiegend an Typ-2-Diabetes leiden. Zum Vergleich waren es im Jahr 2017 lediglich 6,4 Prozent. Die Zahl wächst kontinuierlich und wird von bekannten Risikofaktoren wie Übergewicht, Bewegungsmangel und einer alternden Bevölkerung getrieben. Die Auswirkungen auf das Gesundheitssystem sind enorm: Österreich liegt laut IDF im internationalen Vergleich unter den zehn Ländern mit den höchsten gesundheitsbezogenen Ausgaben für Diabetes auf Platz 9. „Etwa 15 Prozent der Gesundheitskosten stehen mit der Erkrankung in Verbindung. Der Großteil dieser Kosten entfällt nicht auf die Primärversorgung, sondern auf die Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen. Dies zeigt deutlich, wie dringend es ist, viel früher anzusetzen“, fordert die Vertreterin der ÖDG.

Nicht besser macht es die in Österreich bekanntlich schwach ausgeprägte Gesundheitsbildung, denn lediglich etwa 5 Prozent der Gesundheitsausgaben fließen in präventive Maßnahmen und führen dazu, dass zum Beispiel Bewegungs- und Ernährungsprogramme in Schulen unzureichend implementiert sind. Auch das vorhandene Disease-Management-Programm „Therapie aktiv“ ist weder flächendeckend verfügbar, noch ist die Zahl der Teilnehmenden überzeugend.

## Zugangshürden zu strukturierter Versorgung

Schulungsprogramme und diätologische Beratungen sind im niedergelassenen Bereich schwer umzusetzen, insbesondere für Einzelordinationen. Oft fehlt es an finanzieller Attraktivität und den logistischen Rahmenbedingungen. „Es braucht sechs Teilnehmende, um überhaupt mit einer Schulung starten zu können, diese Voraussetzung ist oft in einer Einzelordination im ländlichen Raum nicht gegeben“, weiß die Medizinerin. Darüber hinaus stehen neue Wirkstoffe wie GIP/GLP1-Rezeptor-Agonisten oder

Gersina Rega-Kaun zeigte beim PRAEVENIRE Denkartag, wie digitale Lösungen, wie der elektronische Diabetespass, Prävention und Versorgung verbessern können.



Technologien wie die kontinuierliche Glukosemessung sowie automatisierte Insulin-Dosierungspumpen noch nicht allen Patienten, die es benötigen, zur Verfügung.

Ein zentrales Anliegen der ÖDG ist die Digitalisierung der Diabetesversorgung in Form eines elektronischen Diabetespasses: „Dieser soll analog zum elektronischen Impfpass als zentrale Dokumentations- und Steuerungseinheit fungieren. Ausgelöst durch die Diagnosecodierung ‚Diabetes‘ im ELGA-System, könnte so automatisch eine strukturierte Versorgungskette in Gang gesetzt werden. Schulungen, diätologische Beratungen, Verlaufskontrollen und Folgediagnostik könnten transparent geplant und nachverfolgt werden und müssen für alle an der Behandlung involvierten Berufsgruppen in Echtzeit einsehbar sein“, beschreibt Rega-Kaun. Ein mehrstufiges Versorgungsmodell muss von der Primärversorgung über niedergelassene Fachärzte, eine ambulante Fachversorgung bis hin zur stationären Versorgung reichen. Jede Stufe soll mit klaren Zuständigkeiten und einheitlicher IT-Schnittstelle digital dokumentiert und koordiniert werden.

Digitale Innovationen wie Telemedizin, digitale Gesundheitsanwendungen und die kontinuierliche Auswertung von Glukosewerten sind laut Rega-Kaun keine Zukunftsmusik, sondern notwendige Ergänzungen zur klassischen

Versorgung. Sie ermöglichen die erforderliche interdisziplinäre Zusammenarbeit und damit auch zum Beispiel die Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder eine stärkere Patientenbeteiligung. „Die Gesundheitskompetenz wird gefördert und das ist ein wichtiger Hebel für Therapieadhärenz und Selbstmanagement“, betont Rega-Kaun.

## Versorgungsengpässe beseitigen

Ein häufig vernachlässigter Aspekt liegt laut ÖDG derzeit in der zweiten Versorgungsebene, der niedergelassenen fachärztlichen Versorgung. Gerade hier fehlt es an systematischer Integration und adäquater Honorierung, sodass es zum Beispiel auch für Leistungen wie Einschulung auf Insulinpens, die Auswertung von Glukosedaten, präventive Beratung und psychosoziale Begleitung eine kassenärztliche Refundierung geben muss. Zudem erarbeitet die ÖDG die Entwicklung eines Curriculums zur diabetologischen Spezialisierung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, um künftig die bestehende Versorgungslücke im extramuralen Bereich schließen zu können. Das integrierte Versorgungsmodell soll zunächst für Diabetes Typ 2 etabliert werden, langfristig aber auch auf andere chronische Erkrankungen wie Herzinsuffizienz übertragbar sein. Diabetes dient hier bewusst als Leuchtturmprojekt. **P**

ÖDG





PRÄGNANT

## Nephrologie Update 2.5 in Schladming

# Fortschritte, Herausforderungen, Zukunftsperspektiven

Mit dem Nephrologie Update 2.5 bot Schladming im Juni 2025 erneut **EINE PLATTFORM FÜR HOCHKARÄTIGEN WISSENSCHAFTLICHEN AUSTAUSCH**. Von Transplantationsmedizin über Glomerulopathien bis hin zu innovativen Therapieansätzen bei chronischen Nierenerkrankungen spannte sich der Bogen der Themen. Ein Blick auf zwei Tage voller Impulse, die den aktuellen Stand und die Zukunft der Nephrologie beleuchteten – für Expertinnen und Experten ebenso wie für die Versorgung von Patientinnen und Patienten. | von Katharina Irwitzer

**A**m 13. und 14. Juni 2025 versammelten sich renommierte Expertinnen und Experten im congress Schladming, um im Rahmen des Nephrologie Update 2.5 neueste Erkenntnisse und Entwicklungen der Nierenmedizin zu diskutieren. Das wissenschaftliche Organisationskomitee – Univ.-Prof. PD Dr. Kathrin Eller, Ass. Prof. PD Dr. Alexander Kirsch, PhD und Univ.-Prof. Dr. Alexander Rosenkranz – setzte bewusst auf ein kompaktes, hochkonzentriertes Programm mit dem Dreiklang Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

Bereits der Auftakt am Freitag zeigte die Spannweite des Faches. Der Themenblock Nierentransplantation – Past, Present, Future, eröffnete spannende Perspektiven: Unter dem Vorsitz von Kathrin Eller und Alexander Rosenkranz beleuchtete Univ.-Prof. Dr. Rainer Oberbauer, PhD die aktuellen Standards der Immunsuppression nach Transplantation. Er zeigte, wie sich die Therapie in den vergangenen Jahrzehnten entwickelt hat – von breiten immunsuppressiven Strategien hin zu individualisierten, risikoangepassten Konzepten. Die Abstoßungsdiagnostik, vorgestellt von Dr. Katharina Mayer, präsentierte sich als zunehmend molekularbasiertes Feld, in dem Biomarker und nicht-invasive Methoden die Biopsie ergänzen oder in Zukunft vielleicht sogar ersetzen könnten. Den klinisch hochrelevanten Bogen spannte Dr. Amelie Kurnikowski zum Post-Transplant-Diabetes, einer häufig unterschätzten metabolischen Komplikation, die die langfristige Gesundheit von Patientinnen und Patienten nach Transplantation maßgeblich beeinflusst.

Im Anschluss rückten die nephrotischen Glomerulopathien in den Fokus, die sowohl in der täglichen Praxis als auch in der Forschung eine zentrale Rolle spielen. Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Markus Pirklbauer und Prim. Univ.-Doz. Dr. Sabine Schmalldienst führten durch einen

Block, der die Heterogenität dieser Erkrankungen verdeutlichte: Dr. Simon Aberger diskutierte Podozytopathien wie FSGS und MCD, deren Therapieansätze sich zunehmend auf die molekularen Mechanismen der Podocytenstörung konzentrieren. Dr. Noemi Ginthör zeigte, wie die Diagnostik und Therapie der membranösen Nephropathie durch neue Autoantikörper-Profile (z. B. PLA2R und THSD7A) revolutioniert wird. Alexander Kirsch rundete den Block mit einem Vortrag zur Adipositas-assoziierten Glomerulopathie ab – ein Krankheitsbild, das angesichts der global steigenden Adipositasprävalenz immer relevanter wird.

### Samstag: CKD, Systemerkrankungen und innovative Therapien

Der zweite Kongresstag begann mit einem hochaktuellen Themenblock zu chronischer Nierenerkrankung (CKD). Unter dem Vorsitz von Priv.-Doz. Dr. Michael Rudnicki und Noemi Ginthör beleuchteten drei hochkarätige Vorträge die aktuellen Herausforderungen im CKD-Management. Univ.-Prof. Dr. Gert Mayer zeigte innovative Ansätze in der Behandlung der renalen Anämie, die über klassische Erythropoetin-Stimulation hinausgehen und gezielt in den Eisenstoffwechsel eingreifen. Dr. Jascha Amenitsch diskutierte die komplexe Blutdruckregulation bei CKD, die nicht nur aus kardiovaskulärer Sicht, sondern auch für die Progressionsverlangsamung der Niereninsuffizienz entscheidend ist. Markus Pirklbauer schloss den Block mit einem Vortrag über Diabetes und Niere, in dem er die zunehmende Bedeutung neuer Antidiabetika wie SGLT2-Hemmer und GLP-1-Rezeptoragonisten für den Nierenschutz betonte.

Unter dem Titel „Substanzen auf dem Prüfstand“ präsentierte Prim. Univ.-Prof. Dr. Marcus Säemann die Effekte von Semaglutid in der diabetischen Nephropathie. Mit dem Untertitel

„Alles im Flow!“ zeigte er, wie GLP-1-Rezeptoragonisten nicht nur den Blutzucker positiv beeinflussen, sondern auch potenziell antiinflammatorische und nephroprotektive Wirkungen entfalten – ein spannendes Feld, das in den nächsten Jahren mit weiteren Studien vertieft werden wird.

Im weiteren Verlauf standen die Systemerkrankungen der Niere im Mittelpunkt. Univ. FA Dr. Balazs Odler stellte virtuell die neuesten Entwicklungen in der Behandlung der ANCA-assoziierten Vaskulitiden (AAV) vor und verdeutlichte, wie zielgerichtete Therapien die Prognose dieser oft lebensbedrohlichen Erkrankungen deutlich verbessert haben. Kathrin Eller präsentierte aktuelle Strategien zur Therapie der Lupusnephritis, bei der neue Biologika und differenzierte Therapieschemata die Balance zwischen Krankheitskontrolle und Nebenwirkungsrisiko verbessern.

Nach einer Phase des fachlichen Austauschs eröffnete der letzte Block des Kongresses: inflammatorische Nierenerkrankungen. Unter der Leitung von Jascha Amenitsch und Kathrin Eller gab Dr. Michael Kolland einen Überblick über die akute interstitielle Nephritis, die trotz klarer Pathogenese oft diagnostische Herausforderungen birgt. Michael Rudnicki widmete sich der IgA-Nephropathie, bei der neue immunmodulatorische Therapieansätze derzeit viel Hoffnung wecken. Dr. Max Schuller beleuchtete schließlich die C3-Glomerulopathie/MPGN, eine seltene, aber klinisch relevante Entität, deren Therapie zunehmend durch Erkenntnisse zur Komplementregulation geprägt wird.

### Ein Update, das Impulse setzt

Das Nephrologie Update 2.5 hat eindrucksvoll gezeigt, wie sich das Fach in den vergangenen Jahren weiterentwickelt hat – und welche Zukunftsperspektiven sich auftun. Ob Transplantationsmedizin, CKD-Management, Systemerkrankungen oder seltene Glomerulopathien: Die präsentierten Inhalte verdeutlichten, dass Fortschritt nur im interdisziplinären Austausch gelingt und dass die Versorgung von Patientinnen und Patienten heute stärker denn je von personalisierten Therapieansätzen profitiert. Der persönliche Rahmen in Schladming, die hohe Qualität der Vorträge und die Möglichkeit zum unmittelbaren Dialog mit führenden Expertinnen und Experten machten das Nephrologie Update erneut zu einem Fixpunkt im Fortbildungskalender. Schon jetzt darf man gespannt sein, welche Themen die nächste Veranstaltung setzen wird – denn die Nephrologie bleibt ein dynamisches, innovatives und zutiefst patientenorientiertes Fachgebiet.





# Kardiovaskuläre Erkrankungen: Europas größte Gesundheitsgefahr

Kardiovaskuläre Erkrankungen zählen nach wie vor zu den häufigsten Todesursachen in Europa. Die Prävalenz steigt, die Risikofaktoren sind bekannt, doch **ES FEHLT AN SYSTEMATISCHER PRÄVENTION, STRUKTURIERTEM RISIKOMANAGEMENT UND PATIENTENORIENTIERTER AUFKLÄRUNG**. Mögliche Lösungsstrategien präsentiert Priv.-Doz. Dr. Georg Delle Karth, Past-Präsident der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft und Vorstand der Abteilung für Kardiologie an der Klinik Floridsdorf, in seinem Impulsvortrag beim PRAEVENIRE Denkertag. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

**D**er Kardiologe plädiert deutlich für einen Paradigmenwechsel: „Prävention muss früher, konsequenter und breiter gedacht werden. Es braucht klare Zielwerte, digitale Hilfsmittel und das Empowerment von Patientinnen und Patienten.“ Denn nach Angaben des European Heart Journal sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 34 Prozent nach wie vor die häufigste Todesursache in den EU-27. Auch in Österreich liegt der Anteil mit 31 bis 37 Prozent über dem europäischen Durchschnitt. Besonders besorgniserregend ist für Delle Karth, dass die kardiovaskuläre Mortalität nur die Spitze des Eisbergs darstellt: „Noch mehr Gewicht haben die damit verbundenen Einschränkungen der Lebensqualität, insbesondere in höheren Lebensjahren.“ Frauen sind davon ebenso betroffen wie Männer, teils sogar noch stärker, denn durch die höhere Lebenserwartung tragen sie ein besonders hohes Risiko, mehr Lebensjahre in schlechter Gesundheit zu verbringen.

## Facetten einer komplexen Erkrankung

„Das chronische Koronarsyndrom (CCS) ist eine Manifestationsform der koronaren Herzkrankheit mit vielfältigen Verlaufsformen und konstanter oder langsam progredienter Symptomatik. Während die einen ein stabiles, symptomfreies Leben führen, zeigen andere einen hochproblematischen Verlauf mit massiver Einschränkung der Lebensqualität. Die Erkrankung verläuft in der Regel chronisch, beginnt meist unbemerkt und wird erst spät klinisch manifest“, beschreibt Delle Karth. Die bekannten Risikofaktoren sind Rauchen, körperliche Inaktivität, Hypertonie, Dyslipidämie und Diabetes mellitus. „Das Ziel der Primärprävention muss daher sein, diese Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und zu kontrollieren, um sowohl klinische Ereignisse wie Myokardinfarkt und Schlaganfall zu verhindern als auch gesunde Lebensjahre zu verlängern“, betont der Kardiologe. Interventionsziele sind daher die Reduktion der kardiovaskulären Sterblichkeit, die Verhinderung nicht-tödlicher kardiovaskulärer Ereignisse, die Vermeidung der Progression der Erkrankung sowie die Verbesserung der Lebensqualität durch Symptomkontrolle. Das schafft nicht nur ein Plus an individueller Lebensqualität, sondern trägt auch zur Entlastung des Gesundheitssystems bei.

## Risikofaktoren kontrollieren: Wissen schützt

Ein zentrales Thema dabei ist die Kontrolle modifizierbarer Risikofaktoren. Delle Karth betont, dass Prävention nicht bei der ärztlichen Intervention beginnen kann, sondern schon beim Wissen und dem Verständnis für diese Risikofaktoren in der Bevölkerung ansetzen muss. Der Leitsatz „Know your numbers“ soll Menschen dazu befähigen, ihre Gesundheitswerte zu

Delle Karth forderte beim PRAEVENIRE Denkertag einen Paradigmenwechsel in der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen – mit klaren Zielwerten, digitaler Unterstützung und mehr Aufklärung.



kennen und auch einordnen zu können. Dazu gehören einige zentrale Zielwerte, wie etwa jene von Blutdruck, Blutzucker, LDL-Cholesterin oder des Body-Mass-Index (BMI). „Diese Zahlen sollen nicht nur medizinisches Fachpersonal im Zuge einer Behandlung leiten, sondern auch Patientinnen und Patienten zu einem selbstverantwortlichen Handeln befähigen“, betont Delle Karth.

Eine deutsche Studie zeigt, dass sich rund 90 Prozent der Patientinnen und Patienten nach einem Myokardinfarkt über ihre Erkrankung und Risikofaktoren gut informiert fühlen. Doch nur 15 Prozent kennen konkret ihren Zielwert für LDL-Cholesterin. Über die Hälfte erreicht trotz Information nicht den empfohlenen Blutdruckwert – ein Umstand, der deutlich macht, wie groß die Lücke zwischen Wissen und tatsächlichem Verhalten ist. Delle Karth plädiert daher für standardisierte Aufklärungskampagnen und regelmäßige Evaluierung: Das Ziel muss sein, nicht nur zu informieren, sondern Verhaltensänderungen messbar zu fördern. Wichtig ist ihm auch die Bedeutung körperlicher Aktivität, denn bereits eine geringe Bewegungssteigerung hat messbare Effekte: „Es geht nicht darum, aus allen Menschen Spitzensportlerinnen und -sportler zu machen, sondern um den Abbau passiver Lebenszeit.“ Gestützt auf europäische Leitlinien, sind weitere präventive Empfehlungen der Verzicht auf Tabak- und übermäßigen Alkoholkonsum, die Vermeidung und Behandlung von Übergewicht sowie das Screening und die frühzeitige Behandlung von Hyperlipidämie, Diabetes und Hypertonie. Ein

Versäumnis sieht Delle Karth in der geschlechterspezifischen Versorgung: „Während junge Männer im Rahmen der Stellung routinemäßig gescreent werden, fehlen vergleichbare Programme für Frauen.“

## Inkretine als Game Changer?

Ein neues Kapitel in der kardiovaskulären Prävention wird aktuell durch Inkretin-basierte Medikamente aufgeschlagen. Ursprünglich wurden sie zur Behandlung von Diabetes entwickelt, aktuell zeigen Studienergebnisse, dass Inkretine auch bei nicht-diabetischen, übergewichtigen Patientinnen und Patienten kardiovaskuläre Risiken signifikant senken können. „Noch handelt es sich dabei um sehr kostenintensive Therapien. Doch ihre potenzielle Wirkung als präventive Maßnahme ist hoch und sollte daher in künftige Versorgungsmodelle einfließen“, fordert der Mediziner.

Künftig, so hofft Delle Karth, könnten auch digitale Hilfsmittel wie Wearables oder Apps sowie technologische Innovationen die Prävention und Therapie deutlich verbessern: kontinuierliches Blutdruckmonitoring und Aktivitätstracking, Apps zur Risikoabschätzung und Zielwertkontrolle oder telemedizinische Angebote. Damit diese Tools in die Breite kommen, braucht es jedoch eine neue Präventionskultur, die früh ansetzt, alle Altersgruppen einbezieht und die individuelle Risikokompetenz verbessert. Die ökonomischen Vorteile für das Gesundheitssystem sind neben der Verlängerung der individuellen gesunden Lebensjahre unumstritten. **P**





PRÄGNANT

Ein Portrait

# Land Oberösterreich zeichnet Apotheker- verbandspräsident Veitschegger aus

Seit über 20 Jahren setzt sich Thomas W. Veitschegger mit großem Engagement und viel Leidenschaft für die Apothekerschaft ein. Ob in der Landespolitik oder auf universitärer Ebene: vieles trägt seine Handschrift und wurde von ihm aktiv initiiert und mitgestaltet. **SEIN GROSSER EINSATZ WURDE NUN VOM LAND OBERÖSTERREICH MIT DEM GOLDENEN EHRENZEICHEN FEIERLICH GEWÜRDIGT.**

Seit 2003 leitet Mag. pharm. Thomas Veitschegger die Maria Schutz Apotheke am Hauptplatz in Bad Leonfelden. Familiär „vorbelastet“ begann er sich früh für die Disziplin der Pharmazie zu begeistern – daneben war es die Politik, die das Interesse des Oberösterreichers weckte. Schon an der Universität setzte er sich für die Interessen der Studierenden ein, als fertiger Apotheker zog es ihn in die Landespolitik. Dabei entwickelten sich die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum und die Rolle der heimischen Apotheken im Gesundheitssystem zu seinen Herzensangelegenheiten, für die er sich nun seit über 20 Jahren mit voller Kraft einsetzt.

Dieses Engagement wurde im Juni mit einer besonderen Auszeichnung gewürdigt: Landeshauptmann Thomas Stelzer verlieh dem nunmehrigen Präsidenten des Österreichischen Apothekerverbands und der Apothekerkammer Oberösterreichs das Goldene Ehrenzeichen des Bundeslandes.

## Die Apotheke am Land: Gesundheitsdienstleister, Nahversorger, soziales Zentrum

„Ich bin mit der Apotheke aufgewachsen und habe schon früh gesehen, wie wichtig sie für die Menschen in unserer Gemeinde ist. In erster Linie haben wir natürlich die Aufgabe, die Bevölkerung mit Arzneimitteln zu versorgen und ihr bei gesundheitlichen Fragen beratend zur Seite zu stehen. Hinzu kommt die soziale Funktion der Apotheke, als Treffpunkt und Raum, in dem man sich austauschen kann. Man könnte auch sagen: Das Leben im Ort spielt sich auch in der Apotheke ab. Auch das macht sie so wichtig – gerade in Zeiten, in denen die Infrastruktur im ländlichen Raum immer mehr ausgedünnt wird. Mit rund 20.000 Beschäftig-

ten in den 1450 Betrieben sorgen sie zudem für Wertschöpfung in den Gemeinden und sind ein wichtiger Arbeitgeber. Das alles funktioniert allerdings nur, wenn das Unternehmen Apotheke Rahmenbedingungen vorfindet, innerhalb derer sie ordentlich wirtschaften kann. Nur dann kann sie diese Rolle ausfüllen,“ fasst Veitschegger die Bedeutung der Apotheke für das Leben am Land zusammen.

## Standespolitisches Engagement und Einsatz für Studium

2007 beginnt Veitscheggers standespolitische Karriere, als er erstmals für fünf Jahre zum Präsidenten der Apothekerkammer Oberösterreich gewählt wird. 2017 übernimmt er dieses Amt erneut und übt es bis heute aus. Als Konzessionär eines Betriebs waren ihm die Anliegen der Arbeitgeberseite ein besonderes Anliegen, sodass er sich seit 2016 auch im Österreichischen Apothekerverband einbringt. In der Interessenvertretung der selbständigen Apothekerinnen und Apotheker bekleidet Veitschegger zuerst das Amt des zweiten Vizepräsidenten, von 2017 bis 2021 fungiert er als erster Vizepräsident, bevor er 2022 die Präsidentschaft übernimmt. Als Landesvertreter ist ihm die langfristige Perspektive auf die Zukunft der Apothekerschaft besonders wichtig. Wie kommen wir zu dem Nachwuchs, den wir brauchen? Und wie müssen die Jungen fachlich aufgestellt sein, dass sie das Rüstzeug für ein modernes Verständnis des Apothekerberufs mitbringen? Diesen Fragen widmete sich Veitschegger schon früh. Als Projektleiter des Verbandes bei der Entwicklung des Pharmaziestudiums an der PMU Salzburg, gilt er als einer der Hauptinitiatoren und wichtiger Ideengeber. Bis heute ist ihm der ständige Austausch und andauernder Dialog mit der Lehre wichtig.



Die Gratulantinnen und Gratulanten v. l. n. r.:

- Thomas Wolfesberger, Bürgermeister Bad Leonfelden
- Elisabeth Haiböck, Vizebürgermeisterin Bad Leonfelden
- Thomas Stelzer, Landeshauptmann OÖ
- Thomas W. Veitschegger
- Catherina Veitschegger
- Christine Haberlander, Landeshauptmannstellvertreterin OÖ
- Josef Pühringer, Landeshauptmann a. D.

## 1450 Outlets in ganz Österreich

„Mit unseren 1450 „Outlets“ in ganz Österreich haben wir eine große Stärke: Wir sind in der Fläche vorhanden, der Zugang zu unseren Betrieben ist sehr niederschwellig und wir sind im Prinzip jederzeit für die Menschen erreichbar. Eines meiner großen Anliegen ist, dass dieses Potenzial stärker genutzt wird. Unser Gesundheitssystem steht vor enormen Herausforderungen, bei denen wir helfen können, wenn man uns lässt. Mit der Apothekengesetz-Novelle des vergangenen Jahres, dürfen wir nun verschiedene gesundheitliche Tests durchführen – das war ein wesentlicher Schritt in die richtige Richtung. Nur ein Beispiel: Die Kolleginnen und Kollegen in Kärnten haben gemeinsam mit dem Land einen Versuch gestartet. Man konnte 14 Tage lang in Apotheken seinen Langzeitblutzuckerspiegel ermitteln lassen. Ergebnis: Knapp 5.200 Personen haben das Angebot genutzt. Dabei wurden 1.923 Fälle von Prädiabetes und 178 Diabeteserkrankungen erkannt. Kommen diese Personen nun in die entsprechende Behandlung, kann damit viel menschliches Leid verhindert werden und das System erspart Unsummen in der Reparaturmedizin. Genau mit diesem Ansatz müssen wir weitermachen: mit dem niederschweligen Zugang zu präventiven Angeboten. Das können wir effizient, sicher und professionell abwickeln. Das Langzeitthema „Impfen in der Apotheke“ fällt in dieselbe Kategorie. Hier werden wir nicht lockerlassen, weil wir davon überzeugt sind, dass es einfach richtig ist, Impfangebote auszubauen. Zumal sich die Impfquoten, gerade in Österreich, sukzessive verschlechtern,“ ruft der Verbandspräsident auf, die Apotheke weitgehender als bisher in der Architektur unseres Gesundheitssystems zu verankern und präventive Angebote auszubauen.

## Von der Podiumsdiskussion bis TikTok

Als leidenschaftlicher Landesvertreter vermittelt Veitschegger die Interessen seiner Kolleginnen und Kollegen auf Podiumsdiskussion, bei Netzwerkveranstaltungen, bei Gesundheitskongressen oder auch auf TikTok, wo er über die Apotheke als Arbeitgeber spricht und die Chancen, die der pharmazeutische Karriereweg jungen Talenten bietet. „Was unsere Arbeit ausmacht, ist, dass sie einem rasanten Wandel unterworfen ist. Das sehen wir an der Tara, wo wir viel mit Digitalisierung zu tun haben. Das sehen wir bei den neuen gesundheitlichen Dienstleistungen. Und nicht zuletzt sind wir damit konfrontiert, wenn es darum geht, unsere Branche auf die Zukunft vorzubereiten und um neue Fachkräfte zu werben. Auch darum müssen wir uns kümmern – und dabei manchmal über den eigenen Schatten springen, wenn es der Sache dient,“ beschreibt Veitschegger seine unterschiedlichen Einsatzgebiete. P





# Sucht hat viele Gesichter – und Primärversorgungseinheiten eine zentrale Rolle

Sucht ist kein Randthema – sie ist allgegenwärtig. In ihrem Vortrag bei der PVE-Tagung in Linz zeigte Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer, **WIE KOMPLEX SUCHTERKRANKUNGEN SIND, WELCHE ROLLE PSYCHISCHE BEGLEITERKRANKUNGEN SPIELEN UND WARUM PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEITEN (PVE) DRINGEND GESTÄRKT WERDEN MÜSSEN**, um betroffene Patientinnen und Patienten besser zu versorgen. | von Karl Innauer

**S**uchterkrankungen begegnen Ärztinnen und Ärzten im niedergelassenen Bereich täglich – oft ohne klaren Namen. Ob Alkoholabhängigkeit, Esssucht oder problematischer Medikamentengebrauch: Betroffene finden sich häufig in hausärztlichen Praxen wieder, ohne dass die zugrunde liegende Erkrankung klar diagnostiziert oder adäquat behandelt wird. Für Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer, Leiterin der Suchtforschung und -therapie an der MedUni Wien, ist klar: „Ohne die Allgemeinmedizin würde die Behandlung von Suchtkranken in Österreich zusammenbrechen.“

## Warum PVE ein Schlüssel zur Versorgung sind

Schon heute wird ein Großteil der Patientinnen und Patienten mit Opioidabhängigkeit von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern betreut – oft mit Opioiderhaltungstherapie. Doch die Betreuung ist komplexer: Rund ein Drittel dieser Patientinnen und Patienten benötigt psychiatrische Unterstützung, ein weiteres Drittel profitiert von gezielter Diagnostik, strukturierter Gesprächsführung und multiprofessioneller Begleitung. Genau hier sieht Fischer das große Potenzial der PVE: „Sie bieten durch ihre Struktur mit Pflege, klinischer Psychologie und Sozialarbeit die besten Voraussetzungen, um Suchtkranke umfassend zu versorgen – nicht nur pharmakologisch, sondern auch psychosozial.“ Das verbleibende Drittel spricht gut auf die spezifische pharmakologische Therapie an, und benötigt ausschließlich Medikation.

## Alkohol – das vernachlässigte Hauptproblem

In Österreich stellt Alkohol das größte Problem der substanzgebundenen Suchterkrankungen dar – mit geschätzten 15 Prozent betroffenen Personen. Global werden nur etwa acht Prozent dieser Menschen leitliniengerecht behandelt. Der politische Umgang mit dem Thema sei beschämend: Österreich ist eines der wenigen EU-Länder ohne nationalen Suchtplan. Dabei wären strukturelle Maßnahmen dringend nötig – gerade in der Primärversorgung, wo Alkoholprobleme oft zuerst sichtbar werden. Die bestehenden Stigmatisierungen erschweren zusätzlich eine offene Auseinandersetzung, sowohl im medizinischen System als auch in der Gesellschaft.

## Substanzgebrauchsstörungen und ADHS: eine gefährliche Kombination

Ein zentrales Thema des Vortrags war der enge Zusammenhang zwischen Suchterkrankungen und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Rund 50 Prozent der Menschen mit ADHS entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Suchterkrankung. Fischer wies darauf hin, dass diese Komorbidität oft übersehen wird – mit gravierenden Folgen für die Therapie. Viele



Gabriele Fischer betonte bei der PVE-Tagung in Linz die zentrale Rolle von Primärversorgungseinheiten für die Diagnose, Behandlung und Prävention von Suchterkrankungen.

Patientinnen und Patienten konsumieren Substanzen wie Kokain oder Alkohol zur Selbstmedikation. In der Praxis sei es daher entscheidend, ADHS frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu therapieren. PVE könnten hier mit gezieltem Screening und multiprofessionellen Teams wesentlich zur besseren Diagnostik und Behandlung beitragen.

## Sucht ist mehr als Drogen – auch Essen kann abhängig machen

Fischer erinnerte daran, dass auch Verhaltenssuchte wie Glücksspiel, Binge-Eating oder Esssucht vergleichbare neurologische Mechanismen wie Substanzsuchte aufweisen. Die neurobiologische Grundlage ist bei allen Suchtformen ähnlich: Im Belohnungssystem des Gehirns wird nach "Zufuhr" vermehrt Dopamin ausgeschüttet, das kurzfristig für Wohlbefinden sorgt. Gleichzeitig ist die Kontrolle durch den präfrontalen Kortex gestört – ein Muster, das sich bei Alkoholismus ebenso findet wie bei Essstörungen. Gerade bei Esssucht sei die Zahl der Betroffenen steigend, auch bei Jugendlichen, und stellt volkswirtschaftlich die größte Belastung dar. Prävention und frühzeitige Intervention – etwa in Zusammenarbeit mit Schulärztinnen und Schulärzten oder Kinderärztinnen und Kinderärzten – seien daher besonders wichtig.

## Die Rolle der multiprofessionellen Teams

Der große Vorteil der PVE liegt aus Fischers Sicht in der interdisziplinären Versorgung:

Pflegekräfte, Ernährungsberaterinnen und -berater, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, klinische Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzte arbeiten unter einem Dach zusammen – ein entscheidender Vorteil für komplexe Krankheitsbilder wie Sucht, so sie substanzgebunden oder verhaltensassoziiert sind. Gleichzeitig brauche es eine bessere Vernetzung mit Fachärztinnen und Fachärzten, etwa über Telemedizin. „Gerade im psychiatrischen Bereich funktioniert das extrem gut. Die Expertise kann digital eingebunden werden, ohne dass die Patientinnen und Patienten auf monatelange Facharzttermine warten müssen.“

## Was jetzt zu tun ist

Fischer machte in Linz klar: Die ärztliche Diagnostik ist bei Suchterkrankungen essenziell, aber nicht ausreichend. Screening-Instrumente, strukturierte Interviews, abgestimmte medikamentöse Therapien und eine professionelle psychosoziale Begleitung müssen Standard werden – nicht nur in Spezialambulanzen, sondern auch in der Primärversorgung. Medikamente zur Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit sind verfügbar – werden aber kaum eingesetzt. Auch bei ADHS gibt es medikamentöse Optionen, die Patientinnen und Patienten nachhaltig stabilisieren können. Doch die Verschreibung ist häufig durch administrative Hürden erschwert, etwa durch chefärztliche Genehmigungspflichten, bei geringen Medikationskosten.

## Ein Appell an die Politik – und die Versorgungspraxis

Was fehlt, ist ein politischer Rahmen, der Sucht als das behandelt, was es ist: eine Volkskrankheit mit massiven persönlichen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Folgen. Fischer fordert daher nicht nur einen nationalen Suchtplan, sondern auch eine strukturelle Verankerung von Suchtmedizin in der Primärversorgung. Die PVE seien ideal aufgestellt, um hier zentrale Aufgaben zu übernehmen – vorausgesetzt, ihre Finanzierung, ihr personeller Ausbau und ihre digitale Anbindung werden gesichert.

## Schnittstelle mit Verantwortung

Sucht ist keine Randerscheinung und auch kein rein psychiatrisches Thema – sie betrifft das gesamte Versorgungssystem. Von der Aufmerksamkeitsdefizitstörung über Alkoholmissbrauch bis hin zur Esssucht: Viele Patientinnen und Patienten landen zuerst in der Allgemeinmedizin. Genau dort – in gut ausgestatteten, multiprofessionellen Primärversorgungseinheiten – liegt daher der Schlüssel für frühzeitige Diagnostik, erfolgreiche Behandlung und nachhaltige Prävention. Die Strukturen dafür sind vorhanden. Jetzt müssen sie gezielt ausgebaut und gestärkt werden. **P**





PRÄGNANT

# Diabetesversorgung als „Leuchtturmprojekt“

Österreich steht vor einer der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte: der **SYSTEMATISCHEN** und **EFFEKTIVEN VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT DIABETES MELLITUS** und seiner Vorstufe, dem Prädiabetes. Einig sind sich Expertinnen und Experten, dass ausreichend Fakten bereits auf die hohe Dringlichkeit hinweisen und eine integrierte, patientenzentrierte Versorgung unumgänglich ist. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

**E**in Umdenken in der Primärversorgung, nachhaltige Finanzierungsmodelle, strukturelle Reformen und moderne digitale Tools sind notwendige Eckpunkte einer künftigen Versorgung von Diabetespatientinnen und -patienten in Österreich. Dass diese vielschichtigen Forderungen nur im Schulterschluss aller Versorgungsebenen und damit aller Stakeholderinnen und Stakeholder im Gesundheitswesen zu schaffen sind, liegt auf der Hand. Einmal mehr hat sich daher auf Einladung der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) in Kooperation mit PRAEVENIRE eine Expertenrunde führender heimischer Medizinerinnen und Mediziner aus dem Bereich der Endokrinologie sowie Stakeholderinnen und Stakeholdern der Sozialversicherungsträger getroffen und über mögliche Zukunftspläne diskutiert.

## Integrierte Versorgung noch nicht auf dem Weg

Ausgangspunkt war – wie auch bereits in den vergangenen Expertenrunden – das Rahmenkonzept zur integrierten Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2, das auf eine sektorenübergreifende, multiprofessionelle, koordinierte und leitlinienkonforme Versorgung in ganz Österreich abzielt. Trotz bestehender Leitlinien und Programme wie „Therapie Aktiv“ zeigen Analysen weiterhin große Versorgungslücken, insbesondere an den Schnittstellen zwischen den Versorgungsstufen. Der Rechnungshof hatte 2019 deutliche Mängel identifiziert, etwa bei Schulungsangeboten oder beim Einsatz niedergelassener Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner. Ziel des Konzepts ist es, durch klare Strukturen und Rollenverteilungen eine flächendeckend qualitativ hochwertige Versorgung zu ermöglichen. Im Zentrum steht die Primärversorgung, in der die Basisbetreuung erfolgen soll. Bei komplexeren Fragestellungen folgen spezialisierte Einrichtungen der ambulanten Fachversorgung und der stationären Versorgung. Ein zentrales Element ist aus Sicht der Expertinnen und Experten die Fallkoordination, die den individuellen Betreuungsverlauf steuert. Ergänzt wird diese durch eine Systemkoordination auf regionaler Ebene, die die strukturellen Voraussetzungen für integrierte Versorgung schafft, etwa durch Netzwerke, Schulungsangebote, Telemonitoring oder Rehabilitationseinrichtungen. Auch ein digitales Werkzeug als elektronisches Leitdokument auf Basis der ELGA-Infrastruktur soll eine standardisierte und versorgungsstufenübergreifende Dokumentation von Diagnosen, Behandlungsverläufen und Kontakten, idealerweise als Diabetespass, ermöglichen. Soweit die Theorie – in der Praxis, so die einhellige Überzeugung der Medizinerinnen und Mediziner, ist das Konzept der integrierten Versorgung noch nicht in der Form angekommen. Maßnahmen wie strukturierte

Patientenschulungen, ein kontinuierliches Monitoring und Qualitätszirkel oder die Fort- und Weiterbildungen aller beteiligten Berufsgruppen sind längst nicht flächendeckend vorhanden. Auch wenn einige dieser Punkte, wie die Stärkung der Primärversorgung oder der Ausbau von Präventionsmaßnahmen, bereits Eingang in das aktuelle Regierungsprogramm gefunden haben, so fehlt es nach wie vor an strukturierten Programmen, die eine frühe Therapie oder – noch einen Schritt weiter – die Awareness für Prädiabetes fördern würden.

## Prädiabetes als Kipppunkt

Prognosen der 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, die durch verbesserte Versorgungsstrukturen nachhaltig reduziert werden könnten. Lange Zeit fehlte es in Österreich an belastbaren Prävalenzdaten zum Diabetes mellitus. Aktuelle Auswertungen aus der Vorsorgeuntersuchung, niedergelassenen Praxen und Spitälern zeichnen nun ein deutliches Bild: Die Dunkelziffer der unerkannten Fälle ist hoch, insbesondere bei älteren und übergewichtigen Menschen.

Bei insgesamt 6,4 Millionen Menschen, die ohne bekannte Diabeteserkrankung bei den Vorsorgeuntersuchungen der Jahre 2017 bis 2023 teilgenommen hatten, lag bei 2,7 Prozent der Nüchternblutzuckerwert im diabetischen Bereich, knapp 20 Prozent wiesen Werte im Bereich des Prädiabetes auf – auch sie waren sich ihres Gesundheitsrisikos nicht bewusst. Obwohl der Nüchternzucker allein keine leitlinienkonforme Diagnostik darstellt und keine HbA1c-Werte vorlagen, so zeigen diese Werte doch den enormen Handlungsbedarf auf. Unterstützt wird das Ergebnis durch eine Untersuchung aus der Primärversorgung: 62 Ärztinnen und Ärzte beteiligten sich an einer Erhebung bei ihren Patientinnen und Patienten. Insgesamt wurden Daten von etwa 1.300 Personen analysiert. Obwohl die Teilnehmenden dieser Stichprobe tendenziell etwas älter waren, decken sich die Ergebnisse weitgehend mit den Daten der Vorsorgeuntersuchungen: 3,4 Prozent hatten manifesten Diabetes, 26,6 Prozent lagen im Bereich eines Prädiabetes. Und auch hier wies ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung ein erhöhtes Diabetesrisiko auf, ohne davon Kenntnis zu haben. Das unterstreicht neuerlich die Notwendigkeit einer breiteren und standardisierten Früherkennung.

In einem der bislang größten Krankenhaus-Screenings wurde bei mehr als 3.000 Patientinnen und Patienten, die mit unterschiedlichen Diagnosen wie Herzinsuffizienz, Pneumonie oder Harnwegsinfekten stationär aufgenommen

## Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet

(v. o.)

- Stephanie Poggenburg
- Nadja Shnawa-Amann
- Harald Sourij



wurden, systematisch der HbA1c-Wert erhoben. Und auch hier lässt das Ergebnis aufhorchen: Bei über 50 Prozent konnte ein manifester Diabetes oder Prädiabetes nachgewiesen werden. Die Datenlage zeigt, dass Prädiabetes kein harmloser Vorbote ist, sondern bereits ein eigenständiger Risikozustand mit klinischer Relevanz. Eine dänische Langzeitstudie etwa belegt, dass innerhalb von fünf Jahren rund 20 Prozent der Personen mit Prädiabetes einen manifesten Diabetes entwickeln – ebenso viele versterben in dieser Zeitspanne. Parallel zeigen Analysen aus Österreich, dass selbst Menschen mit Prädiabetes bereits deutlich höhere Raten an Herzinsuffizienz, Nierenerkrankungen oder kardiovaskulären Ereignissen aufweisen als stoffwechselgesunde Vergleichsgruppen. Früherkennung ist daher essenziell, sowohl in der Primärversorgung als auch bei Spitalsaufnahmen, daher sollte die Bestimmung des Langzeitblutzuckerwertes (HbA1c) aus Sicht der Fachgesellschaft zur Routine werden, um Risikopersonen frühzeitig zu identifizieren und gezielt in Therapie- und Betreuungspfaden zu integrieren.

## Zeit als Schlüsselressource

Die Versorgung chronisch kranker Menschen, und hier insbesondere von Patientinnen und Patienten mit Diabetes, steht daher aktuell im Zentrum gesundheitspolitischer Reformvorhaben. Vorgesehen ist etwa, dass mit der Feststellung eines (Prä-)Diabetes in der hausärztlichen Praxis automatisch ein strukturierter Behandlungsweg eröffnet wird, der eine dokumentierte Diagnose, Ernährungsberatung, Bewegungstherapie und bei Bedarf digital unterstützter Begleitung vorsieht. Analog zum bestehenden Disease-Management-Programm (DMP) könnten solche Pfade schrittweise ausgebaut und verpflichtend gemacht werden. Wesentlich ist dabei eine klare Definition der Rollen auf den verschiedenen Versorgungsebenen: von der Primärversorgung über den niedergelassenen Facharzt bis hin zu spezialisierten Ambulanzen und Krankenhausabteilungen. Besonders in nicht-urbanen Regionen wird die Rolle der internistischen Facharztordinationen hervorgehoben, die als Schnittstelle zwischen Basisversorgung und Spitalmedizin fungieren. Einig sind sich die Expertinnen und Experten, dass der Faktor Zeit eine häufig unterschätzte Herausforderung in der Betreuung von Menschen mit Diabetes ist. Nicht nur die Diagnostik, auch die Aufklärung, die Anleitung zur Verhaltensänderung oder das Polypharmaziemanagement erfordern ausführliche Arzt-Patient-Gespräche, die im aktuellen Honorarsystem nicht abgebildet sind. Zudem fehlt es in der Niederlassung an einem niedrigschwelligen Zugang zu Diätologinnen und Diätologen sowie passenden Möglichkeiten, zu Bewegungsprogrammen zuzuweisen. Aktuell wird ein Großteil





dieser Leistungen querfinanziert – ein Modell, das auf Dauer weder gerecht noch tragfähig ist.

#### Prävention neu denken

Die Erfahrungen mit bestehenden Programmen wie „Therapie Aktiv“ und neue Ansätze in der digitalen Gesundheitsversorgung zeigen, dass Prävention dann besonders gut funktioniert, wenn sie motiviert, belohnt und alltagsnah umgesetzt wird. Vorschläge wie ein digitales Prädiabetes-Programm („Therapie Aktiv light“), Nudging-Mechanismen über das HbA1c oder App-basierte Betreuungsmodelle mit Gamification-Elementen liegen auf dem Tisch. Betroffenen könnten über Bewegung, Gewichtsreduktion und gesunde Ernährung Punkte sammeln und dafür Anreize, wie etwa Bonuszahlungen oder vereinfachte Zugänge zu Gesundheitsleistungen, erhalten. Solche Modelle funktionieren bereits erfolgreich im Bereich der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und könnten nach diesem Vorbild auf breitere Bevölkerungsschichten ausgeweitet werden.

Neben Lebensstilinterventionen stehen auch neue medikamentöse Optionen im Fokus der Diabetologie. Inkretin-basierte Medikamente haben in Studien nicht nur signifikante Gewichtsabnahmen belegt, sondern auch die Progression von Prädiabetes zu Typ-2-Diabetes drastisch reduziert. Allerdings zeigen Langzeitbeobachtungen, dass nach dem Absetzen der Medikation häufig wieder Gewichtszunahme und steigende Blutzuckerwerte auftreten. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer langfristigen Begleitung und multidisziplinären Betreuung statt rein pharmakologischer Lösungen.

#### Digitalisierung gezielt nutzen

Die Weiterentwicklung der ELGA zu einem medizinischen Backbone ist eine zentrale Forderung der ÖDG. Geplant ist etwa ein strukturierter Medikationsplan (Projekt „DigiMed“), der

Expertinnen und Experten diskutierten über die Zukunft der integrierten Diabetesversorgung in Österreich – ein Schulterschluss von Medizin, Sozialversicherung und Politik soll Prävention und Behandlung nachhaltig verbessern.

nicht nur verschriebene Medikamente, sondern auch Diagnosen, Laborwerte und empfohlene Interventionen patientenzentriert dokumentiert. Für die Etablierung eines strukturierten Diagnosemanagements, insbesondere für Prädiabetes, sind zudem erweiterte Codierungsmöglichkeiten notwendig. Da es keinen ICD-10-Code für Prädiabetes gibt, wird die Einführung eines SNOMED-basierten Systems diskutiert, das mehr Präzision und klinische Relevanz erlaubt. Rund 15 Prozent der österreichischen Gesundheitsausgaben entfallen laut internationalem Vergleich auf die Behandlung von Diabetes und dessen Folgeerkrankungen – nicht auf Prävention. Stakeholderinnen und Stakeholder sind sich einig, dass es Ziel sein muss, durch gezielte Frühinterventionen Folgekosten zu vermeiden und Ressourcen effizient einzusetzen. Bereits ab 2026 soll die vorgesehene Gesundheitsreform mit zusätzlichen 500 Millionen Euro jährlich dotiert werden. Ein Teil davon könnte, so die Forderung der ÖDG, in eine integrierte Diabetesstrategie fließen, die Prävention, Versorgung und Digitalisierung sinnvoll verzahnt. Damit wäre Diabetes als Leuchtturmprojekt ein Vorreiter im Bereich des Managements chronischer Erkrankungen.

#### Jetzt gemeinsam handeln

Die medizinische Evidenz ist eindeutig, die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ändern sich, die Digitalisierung eröffnet neue Möglichkeiten, doch entscheidend bleibt die Zusammenarbeit aller Akteure im System sein. Die integrierte Versorgung von Menschen mit (Prä-)Diabetes muss als Leuchtturmprojekt verstanden werden, an dem der extra- und intramurale Sektor, Sozialversicherungsträger, Ministerien, Kammern und Patientenorganisationen gemeinsam arbeiten müssen. Dazu braucht es dringend verbindliche Strukturen, transparente Finanzierungsmodelle und mutige Pilotprojekte.

Nur so kann es gelingen, das steigende Erkrankungsrisiko breiter Bevölkerungsschichten frühzeitig zu adressieren, Folgeerkrankungen zu vermeiden und die Versorgung nachhaltig zu sichern. **P**

#### Gipfelgespräch in Kooperation mit der Österreichischen Diabetesgesellschaft

**Dr. Karin Hawlisch-Höffler** | Fachärztin für Innere Medizin, Ärztekammer für Wien

**Prim. Prof. Dr. Martin Clodi** | Bamherzige Brüder, Linz

**Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching** | Präsident der Österreichischen Diabetesgesellschaft

**Dr. Stephanie Poggenburg** | Vizepräsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM)

**Dr. Nadja Shnawa-Amann** | Fachärztin für Innere Medizin, in Rheumatologie, Endokrinologie und Geriatrie in Wien

**Dr. Franz Leisch** | Chief Digital Officer, PRAEVENIRE

**Prim. Dr. Gudrun Wolner-Strohmeier** | MPH, Leitende Ärztin der BVAEB

**Priv.Doz. Dr. Gersina Rega-Kaun** | Erste Sekretärin der Österreichischen Diabetesgesellschaft

**Univ.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Harald Sourij** | MBA, MedUni Graz, stellvertretender Vorsitzender der ÖDG

**Dr. Andreas Krauter, MBA** | Leiter Fachbereich Medizinischer Dienst, Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)



# PRAEVENIRE TERMINE



**PRAEVENIRE  
GESUNDHEITSFORUM**

## Teilnahmepaket

### Veranstaltung

SCIENCE4CARE im Erste Campus – Rooftop Wintergarten in Wien  
26. September 2025

10. PRAEVENIRE Gesundheitstage in Eisenstadt  
08.–10. Oktober 2025

PRAEVENIRE Vorreiter Event Ambulantisierung in Wien  
03. November 2025

PRAEVENIRE Vorreiter Event Frauengesundheit in Wien  
10. November 2025

PRAEVENIRE Vorreiter Event Digital Health in Wien  
20. November 2025

HEARTS Kongress in den Sofiensälen in Wien  
27. November 2025

PRAEVENIRE Jahres-Presskonferenz  
01. April 2026

PRAEVENIRE Vorreiter Event Digital Health in Wien  
April 2026

3. PRAEVENIRE Denkartag  
04. Mai 2026

AM Plus PVE-Tagung in Linz  
08.–09. Mai 2026

6. PRAEVENIRE GG Kinder- und Jugendgesundheit in Reichenau  
12. Mai 2026

13. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach  
08.–13. Juli 2026

**Listenpreis (exkl. USt.)**

**Gesamtpreis inkl. Jahresbonus (exkl. USt.)**

Kostenfrei

€ 2.100,-

Kostenfrei

Kostenfrei

€ 60,-

Kostenfrei

Kostenfrei

€ 120,-

Kostenfrei

€ 350,-

Kostenfrei

€ 2.100,-

€ 4.730,-

**€ 3.800,-**

**2025/26**

Die Tickets sind nicht personalisiert und können übertragen werden.

Alle Preise verstehen sich inklusive Verpflegung und Abendessen. Unterkunft und Frühstück sind nicht inkludiert.

PRAEVENIRE – GESELLSCHAFT ZUR OPTIMIERUNG DER SOLIDARISCHEN  
GESUNDHEITSVERSORGUNG gemeinnütziger Verein

Mehr Infos: [www.praevenire.at](http://www.praevenire.at)

Stand: 30. Juni 2025