

In Kooperation mit dem PRAEVENIRE Gesundheitsforum.

PERISKOP

124

AUG 2025

Standpunkte.
Dialog.
Konsens.

Die neutrale
Plattform
zum offenen
Meinungs-
austausch.



**Daten als kritische
Ressource unserer Zeit**
DIO & PRAEVENIRE

**Transformation
im Gesundheitswesen**
PRAEVENIRE Talk in Alpbach

**Petition Harm
Reduction**
PRAEVENIRE

Gesundheit braucht Kompetenz

Interview mit Ulrike Königsberger-Ludwig



PEOPLE

Ernährung als Schlüsselfrage der innovativen Medizin

Die Integration von Ernährung(-stherapie) in den medizinischen Alltag ist ein strategisches Gesundheitsthema, das dringend mehr Aufmerksamkeit der Politik erfordert. Denn gerade bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs zeigt sich, dass die Ernährung nicht nur die Entstehung von Krankheiten, sondern auch den Therapieerfolg beeinflussen kann.

- 4 **Gesundheit braucht Kompetenz** – Interview mit Staatssekretärin Ulrike Königsberger-Ludwig
- 6 **Ernährung als Schlüsselfrage der innovativen Medizin** – Interview mit Felix Keil
- 8 **KI und Sprachmodelle als Partner in der Medizin** – Francesco Moscato und Sebastian Hochreiter
- 10 **Daten als kritische Ressource unserer Zeit** – Hannah Engel, Reinhard Riedl und Günther Tschabuschnig

Impressum

Medieninhaber	Welldone Werbung und PR GmbH Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien Tel. 01/402 13 41-0, Fax: DW-18, E-Mail: redaktion@periskop.at
Herausgeber	PERI Consulting GmbH, Mag. Hanns Kratzer Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien
Redaktionsanschrift	Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien Tel. 01/402 13 41-0, Fax: DW-18, E-Mail: redaktion@periskop.at
Chefredakteur	Robert Riedl
Leitung Periskop	Erika Stickl
Autorinnen und Autoren	Mag. Renate Haiden, MSc, Karl Innauer, Katharina Irwitzer, Mag. Ella Rosenberger, Paul Schnell, Mag. pharm. Thomas W. Veitschegger
Foto Cover	Katharina Fröschl-Roßboth
Grafik Design	Martina Eichhorn, Manuela Pöschko
Druck	Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG
Auflage	6.000 Erscheinungsweise: 6 x jährlich Einzelpreis: Euro 30,00

DIE ZEITSCHRIFT UND ALLE DARIN ENTHALTENEN BEITRÄGE UND ABBILDUNGEN SIND URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZT. NAMENTLICH GEKENNZEICHNETE ARTIKEL GEBEN DIE MEINUNG DER AUTORIN ODER DES AUTORS UND NICHT DER REDAKTION WIEDER. BLATTLINIE: INFORMATIONEN AUS DEM GESUNDHEITS-, PHARMA- UND WELLNESSBEREICH SOWIE AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK.



PERFORMANCE

Evidenzbasierte Medizin – Wissen, was wirkt

Bei den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach 2025 widmete sich Univ.-Prof. Dr. Georg Stummvoll, vom chefarztlichen Dienst der SVS, einem Thema, das in Zeiten knapper Ressourcen und wachsender medizinischer Möglichkeiten aktueller denn je ist: der Evidenzbasierten Medizin (EBM). In seinem Vortrag spannte er den Bogen von historischen Irrwegen und bahnbrechenden Entdeckungen bis hin zu den Herausforderungen heutiger Studienpraxis. Sein zentrales Anliegen: nur das, was nachweislich wirkt, darf teil solidarisch finanzierter gesundheitsversorgung sein.

- 12 **Impfen dort, wo die Menschen sind** – Primärversorgungseinheiten im Fokus
- 14 **Josef Zellhofer – ein Leben im Dienst der Menschen** – Ein Nachruf
- 14 **Buchvorstellung** – Ärztinnen, die Geschichte schrieben – 125 Jahre Medizin-studium für Frauen in Österreich
- 15 **Evidenzbasierte Medizin – Wissen, was wirkt** – Georg Stummvoll bei den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach
- 16 **Myasthenia gravis** – Versorgung zwischen Theorie und Praxis
- 18 **Diabetesversorgung in Österreich** – PRAEVENIRE Talk in Alpbach



PIONIERS

Rare Diseases & Plasma: Versorgung muss gesichert sein

Plasmaprodukte sind für Menschen mit seltenen und chronischen Erkrankungen lebensnotwendig, daher ist eine sichere und kontinuierliche Versorgung ein zentraler Bestandteil einer vorausschauenden Gesundheitspolitik. Was Österreich zu einer resilienten europäischen Plasmastrategie beitragen kann, wurde kürzlich im Rahmen einer Expertenrunde im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs in Alpbach diskutiert.

- 21 **August-von-Reuss-Medaille für Markus Wieser**
- 23 **Kolumne »360° Blick«** von Pro Rare Austria
- 24 **Onkologie 2030: Was darf Lebensqualität kosten?**
- 26 **Rare Diseases & Plasma: Versorgung muss gesichert sein**

© BEN LEITNER, HANS-PETER EBERHARTER, GATTINGER

SAVE THE DATE



PRAEVENIRE VORREITER EVENT
DIGITAL HEALTH 2025

www.praevenire.at

20. NOV.



PLATTFORMEN

Gutes Hören: Der Schlüssel zu guter Gesundheit

Hörschwierigkeiten sind weit mehr als ein individuelles Problem. Schätzungen gehen davon aus, dass Millionen Menschen in Österreich von einer mehr oder weniger starken Form der Hörbehinderung betroffen sind – mit teils massiven Folgen für die soziale Teilhabe, die psychische Stabilität, die geistige Fitness und die wirtschaftliche Produktivität.

- 28 **PRAEVENIRE Gesundheitslandkarte** – Akteure des österreichischen Gesundheitssystems 2025 – Zum Entnehmen
- 30 **PRAEVENIRE Talk: Transformation im Gesundheitswesen – Zahlen, Fakten, Konsequenzen**
- 32 **Gutes Hören: Der Schlüssel zu guter Gesundheit**
- 34 **ganznormal.at: Selbstzweifel und Ängste von Jugendlichen im Fokus**



PORTFOLIO

Pflege- und Therapiepraxen – Ein neues Fundament für die Primärversorgung

Auf der 9. AM PLUS PVE-Tagung in Linz stellte Andreas Huss, MBA, Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), ein Projekt vor, das die Versorgung in Österreich nachhaltig verändern könnte: die Pflege- und Therapiepraxis. Dieses neue Modell soll Pflege, Therapieberufe und Soziale Arbeit systematisch in die Regelversorgung integrieren, Ärztinnen und Ärzte entlasten und Patientinnen und Patienten niederschwellig Zugang zu multiprofessioneller Betreuung ermöglichen.

- 42 **Kolumne »Pharmazeutische Perspektiven«** Österreichischer Apothekerverband
- 42 **Manege frei für den 74. Wiener Ärzteball**
- 44 **Besser gemeinsam** – Johanna Pilwarsch bei der PVE-Tagung in Linz
- 45 **Pflege- und Therapiepraxen** – Ein neues Fundament für die Primärversorgung
- 46 **PRAEVENIRE in den Medien**
- 47 **Frauengesundheit 2030** – Mehr Gerechtigkeit, mehr Sichtbarkeit, mehr Chancen



POLITIK

Herpes Zoster – Impfmotivation muss gesteigert werden

Im Rahmen der 12. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach stand das Thema „Impfen für Erwachsene“ auf dem Programm. Während bei Herpes Zoster die Verfügbarkeit von Impfstoffen und demnächst vermutlich auch die Übernahme der Kosten außer Streit stehen, bleibt nach wie vor offen, wie mehr Menschen von der Notwendigkeit des Impfschutzes überzeugt werden können.

- 36 **PRAEVENIRE Insight** – Extramurale Versorgung im Fokus
- 38 **Herpes Zoster** – Impfmotivation muss gesteigert werden
- 40 **PRAEVENIRE Insight** – Weniger Betten, mehr Zukunft



PRÄGNANT

COVID-19: Vom akuten zu einem chronischen Thema

Auch wenn die große Krise der Pandemie überwunden und aus dem Fokus der öffentlichen Diskussion geraten ist, bleibt COVID für das Gesundheitswesen und die Bevölkerung relevant. Das Virus hat sich verändert, die Immunlage der Gesellschaft ebenso, doch die grundlegende Dynamik ist ähnlich geblieben: Infektionen verlaufen weiterhin asymptomatisch, mild, schwer oder sehr schwer.

- 48 **Die Qual der Wahl:** Neue Erkenntnisse zum Wahlarztsektor
- 50 **CAR-T-Zelltherapie:** Chancen besser nutzen
- 52 **Unterstützer der Seitenstettener Petition zu Harm Reduction und Risikominderung**
- 54 **COVID-19:** Vom akuten zu einem chronischen Thema

© BEN LEITNER, HANS-PETER EBERHARTER (2), GREINDL

SAVE THE DATE



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

www.praevenire.at

12. MAI

Gesundheit braucht Kompetenz

Von der Impfskepsis bis zur Digitalisierung, von Früherkennung bis zur wohnortnahen Versorgung: Ulrike Königsberger-Ludwig, Staatssekretärin für Gesundheit, gibt **EINBLICK IN ZENTRALE WEICHENSTELLUNGEN FÜR EINE PRÄVENTIONSORIENTIERTE GESUNDHEITSPOLITIK** und beschreibt, warum Gesundheitskompetenz der Schlüssel zur Systemeffizienz ist. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Prävention statt Reparaturmedizin ist nur einer der Leitsätze, die aktuell die Gesundheitspolitik prägen. Die größten Hebel für eine verbesserte Gesundheitsversorgung liegen aber nicht nur in der Bewusstseinsbildung und dem Ausbau der Vorsorge, sondern auch in der Modernisierung und Effizienzsteigerung. Wie die Pläne in der Versorgungsrealität ankommen und welche Strategien verfolgt werden, beschreibt Ulrike Königsberger-Ludwig, Staatssekretärin für Gesundheit.

PERISKOP: Wo sehen Sie aktuell die größten Hebel, um zu mehr Vorsorge zu motivieren?

KÖNIGSBERGER-LUDWIG: Nur wenn wir Gesundheitsvorsorge in den Mittelpunkt stellen, können wir langfristig Kosten im System senken und den Menschen in Österreich mehr gesun-

de Lebensjahre ermöglichen. Deshalb ist uns der Ausbau von Präventionsprogrammen ein zentrales Anliegen. Ein wichtiger Hebel liegt in der Stärkung der Impfprogramme. Während für Kinder und Jugendliche bereits ein kostenloses Impfangebot besteht, wollen wir auch das Impfprogramm für Erwachsene weiter ausbauen. Doch Prävention ist weit mehr als Impfen. Es geht auch darum, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu erhöhen, und hier spielt die Digitalisierung eine entscheidende Rolle. Der Zugang zu verlässlichen Gesundheitsinformationen muss für alle Menschen niederschwellig und in allen Lebenslagen möglich sein, zum Beispiel über seriöse Gesundheits-Apps. Es gibt bereits eine Vielzahl an Initiativen, auf die wir aufbauen können: von der Suchtpräventionsstrategie über die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie bis hin zur Frau-

engesundheitsstrategie, dem nationalen Krebsrahmenprogramm oder Angeboten wie dem Rauchfrei Telefon. Auch Aktivitäten im schulischen Bereich leisten einen wertvollen Beitrag. Jetzt müssen wir in die Umsetzung kommen.

Die Skepsis gegenüber wissenschaftlichen Empfehlungen hat insbesondere seit der Pandemie zugenommen. Wie kann das Vertrauen der Bevölkerung in Impfprogramme wieder gestärkt werden?

Impfungen zählen zu den wirksamsten Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge. Sie dienen nicht nur dem individuellen Schutz vor schweren Krankheitsverläufen, sondern auch dem Schutz der gesamten Gesellschaft. Dieses Bewusstsein gilt es zu stärken, etwa durch den Verweis auf erfolgreiche Beispiele wie die nahezu vollständige Ausrottung der Kinderlähmung oder die Bedeutung hoher Durchimpfungsraten bei Masern zur Erreichung der Herdenimmunität.

Impfen ist auch ein Akt der Solidarität. Denn es gibt Menschen, die sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können. Umso wichtiger ist es, dass jene, die es können, ihren Teil zum Schutz der Gemeinschaft beitragen. Diese solidarische Verpflichtung sollte wieder stärker in den Mittelpunkt der öffentlichen Debatte rücken.

Impfskepsis lässt sich nicht mit Druck begegnen, sondern mit verständlicher, seriöser Information. Gerade im digitalen Raum muss es möglich sein, verlässliche Gesundheitsinformationen einfach und überall zugänglich zu machen, etwa durch qualitätsgesicherte Gesundheits-Apps. Diese Präventionsarbeit muss früh ansetzen, schon bei Kindern, Jugendlichen und werdenden Eltern.

Impfprogramme sind ein zentraler Bestandteil präventiver Gesundheitspolitik, doch Prävention geht weiter: Bewegung, gesunde Ernährung und psychische Gesundheit sind ebenso wichtig. Österreich investiert aktuell nur rund fünf Prozent der Gesundheitsausgaben in Prävention – hier besteht Aufholbedarf. Ziel muss es sein, Menschen zu motivieren, selbst Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen – ohne erhobenen Zeigefinger, sondern durch positive, stärkende Botschaften.

Wie können wir die wohnortnahe Versorgung gezielt weiterentwickeln?

Ziel ist es, die Versorgung flächendeckend, niederschwellig und für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich zu gestalten. Eine abgestufte Versorgung ist dabei ein durchaus bewährtes Prinzip, auf dem ein zukunftsfähiges Versorgungssystem basieren kann – von der Primärversorgung über spezialisierte ambulante Leistungen bis hin zur stationären Versorgung. Dieses Prinzip ist nicht neu, es existiert bereits in vielen Konzepten und Beschlüssen, so etwa seit 2013 im Konzept des „Best Point of Service“ als Leitbild dafür, wie

Prävention, Aufklärung und Gesundheitskompetenz stehen für Ulrike Königsberger-Ludwig im Zentrum einer modernen und effizienten Gesundheitspolitik.



Patientinnen und Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort behandelt werden können. Es braucht keine völligen Neuentwicklungen, sondern die konsequente Umsetzung bestehender Konzepte. Dazu gehört auch, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken und Menschen gezielt durch das System zu leiten – mit klaren Zuständigkeiten, guter Information und abgestimmten Versorgungsstrukturen.

Wie gelingt es, für Patientinnen und Patienten den Weg durch das System einfacher zu gestalten?

Ein modernes Gesundheitssystem muss sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren, das gilt nicht nur für die Versorgung selbst, sondern auch für die Navigation durch ein oft komplexes System. Dafür braucht es klare Strukturen, niederschwellige Angebote und eine gestärkte Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Ein weiterer Baustein ist die Ambulantisierung, denn sie kann Krankenhäuser entlasten und gleichzeitig Wartezeiten auf medizinische Leistungen verkürzen. Wir wollen die Versorgung stärker in den niedergelassenen Bereich verlagern, mit einem dichten Netz an Primärversorgungseinheiten (PVE), die wohnortnah, interdisziplinär und mit erweiterten Öffnungszeiten arbeiten. Auch hier liegt der Vorteil auf der Hand: kürzere Wartezeiten, längere Öffnungszeiten und eine Teamstruktur, die insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiv ist. Das schafft eine Win-win-Situation für das Gesundheitspersonal ebenso wie für die Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus ist im Regierungsprogramm vorgesehen, Therapie- und Pflegepraxen, Gemeinschaftspraxen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, einzurichten.

Sie betonen immer wieder die Bedeutung der Gesundheitskompetenz. Warum ist es so wichtig, dass sie gestärkt wird?

Gesundheitskompetenz ist ein Schlüsselbegriff, wenn es darum geht, Menschen in ihrer Eigenverantwortung zu stärken und sie in die Lage zu versetzen, fundierte Entscheidungen zu treffen. Wer weiß, wann welche Versorgung notwendig ist, reduziert Umwege im System und trägt zu einer zielgerichteten Inanspruchnahme von Leistungen bei. Ein wichtiges Instrument in diesem Zusammenhang ist die Gesundheitshotline 1450. Sie bietet rund um die Uhr kostenlos und niederschwellig Orientierung und vermittelt Patientinnen und Patienten an die richtige Stelle im Versorgungssystem, ob Hausarztpraxis, Fachärztin oder -arzt, Primärversorgungseinheit oder Spitalsambulanz. 1450 ist nicht dazu da, Versorgungsstrukturen zu ersetzen, sondern zu ergänzen. Erste erfolgreiche Modelle gibt es bereits: In Wien können über 1450 Termine in PVEs gebucht werden, in der Steiermark vermittelt der Dienst nachts einen mobilen ärztlichen Einsatz, in Oberösterreich erfolgt eine direkte Zuweisung in Spitalsambulanzen. Diese regionalen Best-Practice-Beispiele zeigen das Potenzial. Nun gilt es, diese Erfahrungen zu bündeln und einen einheitlichen österreichweiten Standard zu etablieren, 1450 soll das digitale Gesundheits-Navi für ganz Österreich werden.

Gesundheitskompetenz soll früh gefördert werden. Wie kann das klappen?

Ein zentrales Instrument dafür ist der Eltern-Kind-Pass. Die darin vorgesehenen Untersuchungen unterstützen die Früherkennung, die Behandlung von Krankheiten und die Kontrolle der kindlichen Entwicklung. Künftig soll der Eltern-Kind-Pass nicht nur bis zum fünften Lebensjahr, sondern bis zum 18. Lebensjahr ausgeweitet werden und stärker mit den Frühen

Von Impfprogrammen über Digitalisierung bis hin zur wohnortnahen Versorgung setzt die Staatssekretärin auf Maßnahmen, die Vorsorge und Systemeffizienz verbinden.

 Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz



Hilfen verknüpft werden. Darüber hinaus werden zusätzliche Leistungen integriert, unter anderem ein Impfpass mit Erinnerungsfunktion. Damit sollen Impflücken vermieden werden. Ein besonderer Schwerpunkt liegt aber auch auf gesunder Ernährung und psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Hier hat sich in den letzten Jahren ein deutlicher Handlungsbedarf gezeigt, vor allem infolge der Pandemie und weiterer Krisen. Wir müssen daher Gesundheitsförderung direkt in den Bildungseinrichtungen verankern. So sollen künftig mehr sogenannte School Nurses sowie psychosoziale Betreuungsangebote an Schulen verfügbar sein. Gleichzeitig ist dabei auf eine gute Abstimmung mit dem pädagogischen Personal zu achten. Die Schulen dürfen nicht überfordert werden, denn viele Themen wie Finanzbildung, Gesundheitsbildung oder soziale Kompetenzen prasseln ohnehin schon auf das Bildungssystem ein.

Wie können Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen besser versorgt werden?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes zählen zu den häufigsten chronischen Leiden in Österreich. Sie sind nicht nur für einen großen Teil der Krankheitslast verantwortlich, sondern stellen auch das Gesundheitssystem vor zunehmende Herausforderungen. Ein Großteil der Erkrankungen ist auf wenige, gut bekannte Risikofaktoren zurückzuführen, wie Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, Fehlernährung und chronischer Stress. Schätzungen zufolge ließen sich bis zu 40 % der chronischen Erkrankungen durch das Management dieser Risikofaktoren verhindern. Deshalb liegt ein klarer gesundheitspolitischer Fokus auf der Stärkung der Präventionsarbeit. Dazu zählen zielgerichtete Gesundheitskampagnen ebenso wie lebensstilbasierte Programme zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung. Doch Prävention allein genügt nicht – ebenso wichtig ist die Früherkennung.

Gerade bei chronischen Erkrankungen entscheidet der Zeitpunkt der Diagnose maßgeblich über den weiteren Krankheitsverlauf. Deshalb sollen Vorsorgeuntersuchungen ausgebaut und vor allem auch für vulnerable Bevölkerungsgruppen besser zugänglich gemacht werden. Bestehende Disease-Management-Programme sollen ausgebaut, besser koordiniert und vereinheitlicht werden. Das betrifft nicht nur die Inhalte, sondern auch die Strukturen: Die derzeit sehr heterogenen Leistungskataloge gehören

auf den Prüfstand. Ziel muss ein einheitlicher, transparenter Leistungskatalog sein, der sowohl die Versorgungsrealität abbildet als auch klare Rahmenbedingungen für alle Leistungserbringerinnen und -erbringer schafft.

Wie kann der Zugang zur Krebsvorsorge verbessert werden?

Rund 45.000 Menschen erhalten in Österreich jedes Jahr eine Krebsdiagnose, etwa 400.000 leben mit der Erkrankung, und jährlich versterben rund 21.000 Menschen an den Folgen von Krebs. Diese Zahlen zeigen deutlich, wie wichtig eine frühzeitige Diagnose ist, denn sie erhöht nicht nur die Heilungschancen, sondern verbessert auch die Lebensqualität Betroffener deutlich.

Die onkologische Früherkennung ist daher ein zentraler Schwerpunkt der Gesundheitspolitik. Aktuell wird das nationale Krebsrahmenprogramm überarbeitet. Eine Herausforderung bleibt die niedrige Inanspruchnahme der Vorsorgeangebote. Diese Lücke soll durch gezielte Bewusstseinsbildung geschlossen werden. Vulnerable Gruppen, wie etwa Menschen mit Migrationshintergrund, müssen besser erreicht werden.

Welche Rolle kann Digitalisierung künftig im Gesundheitswesen spielen?

Moderne Technologien ermöglichen schnelleren Zugang zu Informationen, unterstützen Diagnose- und Therapieprozesse und sorgen für effizientere Abläufe. Vor allem in ländlichen Regionen oder bei eingeschränkter Mobilität kann etwa die Telemedizin den Zugang zur Versorgung erheblich erleichtern. Ein zentrales Prinzip lautet daher digital vor ambulant vor stationär. Doch persönlicher Kontakt, ärztliche Zuwendung und das vertrauensvolle Gespräch sind durch nichts zu ersetzen. Technologie soll entlasten und unterstützen, aber nicht den zwischenmenschlichen Kern medizinischer Betreuung ersetzen. Wenn Routinetätigkeiten und Dokumentation durch digitale Tools vereinfacht werden, bleibt mehr Raum für die persönliche Zuwendung, das Gespräch, das Zuhören. In diesem Sinne steht Digitalisierung nicht im Gegensatz zur sogenannten Zuwendungsmedizin, sondern kann sie sogar stärken.

Ein besonders vielversprechender Ansatz in diesem Kontext ist das Konzept des Social Prescribing. In Oberösterreich läuft dazu bereits ein Pilotprojekt, das zeigt, wie digitale Steuerung und menschliche Zuwendung erfolgreich zusammenspielen können. 

Ernährung als Schlüsselfrage der innovativen Medizin

DIE INTEGRATION VON ERNÄHRUNG(-STHERAPIE) IN DEN MEDIZINISCHEN ALLTAG IST EIN STRATEGISCHES GESUNDHEITSTHEMA, das dringend mehr Aufmerksamkeit der Politik erfordert. Denn gerade bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs zeigt sich, dass die Ernährung nicht nur die Entstehung von Krankheiten, sondern auch den Therapieerfolg beeinflussen kann. | von Paul Schnell

Lange Zeit wurde das Thema Ernährung in der Medizin als Randthema betrachtet, allenfalls als eine gute Ergänzung, aber bei Weitem nicht als ein integraler Bestandteil von Prävention, Krankheitsentstehung oder Therapieverlauf. Doch die wissenschaftliche Evidenz wächst und macht deutlich, dass die Ernährung den Stoffwechsel maßgeblich mitbestimmt. Das beeinflusst unter anderem, wie wir altern und welche Krankheiten sich entwickeln. Relativ neu sind die Ergebnisse von Studien, die nahelegen, dass Ernährung und Stoffwechsel auch moderne Ernährungsformen beeinflussen können.

In einer Gesellschaft, die einerseits älter wird und andererseits zunehmend mit Übergewicht, Fehlernährung und Bewegungsmangel konfrontiert ist, rückt das Thema Ernährung daher ins Zentrum der klinischen Praxis und der gesundheitspolitischen Agenda.

Eine besondere Herausforderung ist die sogenannte „mangelhafte Hyperalimentation“: eine Ernährung, die einerseits reich an Zucker, Fett und hochverarbeiteten Lebensmitteln ist, gleichzeitig aber arm an essenziellen Nährstoffen, Ballaststoffen und sekundären Pflanzenstoffen. Dies führt zu einer paradoxen Situation: Die Energiezufuhr ist hoch, die ernährungsphysiologische Qualität hingegen zu gering. Und genau dieses Muster ist längst kein Randphänomen mehr, sondern prägt das Essverhalten großer Teile der Bevölkerung. Dass es auch für viele neue Patientinnen und Patienten in den kommenden Jahren sorgen wird, weiß auch Prim. Univ.-Prof. Dr. Felix Keil. Der Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-Onkologie, Intensivmedizin und Leiter der 3. Medizinischen Abteilung im Wiener Hanusch-Krankenhaus der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) beschreibt im Gespräch mit PRAEVENIRE, warum die Ernährung bei Stoffwechselerkrankungen, aber auch in der Onkologie eine derzeit noch unterschätzte Ressource ist. Er ist sowohl kooptiertes Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (ÖGHO) als auch Präsident der Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung (AKE) und setzt sich in diesen Funktionen interdisziplinär für die Verbesserung des Allgemeinzustandes und die Beschleunigung des Genesungsprozesses von Kranken durch professionelle klinische Ernährung ein.

PERISKOP: Wie hängt eine ausgewogene Ernährung mit der Entwicklung von Demografie und Krankheitslast zusammen?

KEIL: Die demographische Entwicklung zeigt zwei Dinge, die uns in der Versorgung generell beschäftigen werden. Einerseits sehen wir eine seit 1970 ansteigende Adipositasrate in unserer Gesellschaft. Andererseits werden wir durch die Erfolge in der Medizin und den in die Jahre kommenden Babyboomern eine Verdoppelung der über 80-Jährigen in Österreich bis 2040 beobachten. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit von Erkrankungen, die wiederum mit Ernährung und Lebensstil verknüpft sind. Neben

Diabetes mellitus, kardiovaskulären Erkrankungen oder Adipositas sind Alter und Übergewicht kombiniert mit Fehlernährung auch für die Zunahme der Tumorerkrankungen verantwortlich. Speziell das Bauchfett ist bei Adipösen nicht nur ein Energiespeicher, sondern ein aktives Gewebe, das unter anderem chronische Entzündungsprozesse befeuert und die Onkogenese stimuliert. Diese systemischen Prozesse erhöhen das Risiko, gewisse maligne Erkrankungen zu entwickeln, und verschlechtern wiederum die Erfolgsaussichten einiger onkologischer Therapien.

In Österreich sind knapp 20 Prozent der Erwachsenen krankhaft übergewichtig mit einem Body-Mass-Index über 30 und 35 Prozent übergewichtig mit Body-Mass-Index über 25. Besorgniserregend ist zudem, dass ein Viertel der Kinder bereits übergewichtig ist und junge Erwachsenen bereits eine nicht-alkoholische Fettleber unterschiedlicher Schweregrade aufweisen. Diese Erkrankung, die eng mit Übergewicht und übermäßiger Zuckeraufnahme in verarbeiteten Lebensmitteln verbunden ist, galt lange Zeit als Problem älterer Bevölkerungsgruppen. Eine Fettleber wiederum erhöht deutlich die Toxizität mancher hämato-onkologischer Therapien. Relativ rezent sind Erkenntnisse, dass Fettleibigkeit und chronische Entzündungen auch Mutationen in blutbildenden Stammzellen verursachen können, die wiederum Entzündungen und Gefäßerkrankungen oder die Tumorentstehungen fördern.

Gibt es ausreichend Evidenz zur Relevanz von Ernährung im therapeutischen Kontext?

Der Nutzen gesunder Ernährung in der Prävention ist nicht zu bestreiten, und die Evidenz deren Benefit bei Adipositas oder Diabetes ist klar. Bezüglich der Interaktion moderner Therapien und Ernährung sowie Lebensstil ist der Zusammenhang komplexer. Wir wissen natürlich, wie erwähnt, dass Dauer und Ausmaß der Fettleibigkeit Risikofaktoren für Tumorerkrankung sind. Schwieriger ist die Frage, wie eine gezielte Ernährung einen Krankheitsverlauf bei Tumorpatientinnen und -patienten in der Therapie beeinflussen kann. Jedenfalls muss bei den Erkrankten ein funktioneller Ernährungsstatus erhoben werden, um bei beginnender Mangelernährung – ungewolltem Gewichtsverlust und/oder verringerter Nahrungsaufnahme – mit einhergehender Funktionseinschränkung frühzeitig intervenieren zu können. Mangelernährung kann übrigens auch Menschen mit Übergewicht oder mit Fettleibigkeit betreffen – auch bei ihnen muss bei ungewolltem Gewichtsverlust interveniert werden. Es zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten mit einem guten Ernährungs- und Stoffwechselstatus besser auf einige Therapien ansprechen beziehungsweise diese besser tolerieren, weniger Nebenwirkungen haben und insgesamt höhere Überlebenschancen besitzen.

Studien zeigen, dass gezielte Ernährungsberatung im häuslichen Umfeld oft nachhaltiger wirkt als aufwendige Supplementierungen. Patientinnen und Patienten, die darin unterstützt

werden, welche Lebensmittel sie einkaufen, wie sie kochen und welche Ernährungsweise sich in ihren Alltag integrieren lässt, profitieren langfristig mehr als von kurzfristigen, spitalszentrierten Interventionen. Die Verfügbarkeit von spezifischer Ernährungsunterstützung wie Trink- oder Sondennahrung sollte bei Evidenz und Bedarf sichergestellt werden. Generell sind Studien bezüglich Einfluss von Lebensstilinterventionen und Verbesserung modernen Therapien sehr interessant und zeigen positive Resultate. Wie wir mit Ernährungskonzepten eine bestehende Erkrankung modifizieren können, muss einzelnen von Erkrankung und Therapiemöglichkeiten differenziert beurteilt werden. Die Intervention bezüglich Ernährung, Bewegung und auch Rehabilitation und Prähabilitation ist im Vergleich zum sonstigen Aufwand in der Gesundheitsversorgung eher günstig und frühzeitig angewendet auch effizient. Wir bieten unseren Patientinnen und Patienten zum Beispiel vor Stammzelltransplantation ein gezieltes Ernährungs- und Bewegungsprogramm an, klinisch sinnvoll, aber eben nicht in Studien untersucht. Gerade diese Studien, die etablierte Therapien effizienter machen könnten, müssten von der öffentlichen Hand oder akademischen Institutionen finanziert und durchgeführt werden. Wir haben erfreulicherweise genügend Entwicklungen bei modernen medikamentösen Therapien, die ausreichend von der Industrie finanziert werden, aber es sollten eben auch akademische Studien mit oben genannten Themen im Interesse einer

Facts & Figures



Die Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung (AKE) wurde 1979 gegründet und ist international anerkannter Partner im therapeutischen und wissenschaftlichen Bereich. Rund 800 Mitglieder aus allen Berufsgruppen, die sich mit klinischer Ernährung beschäftigen, haben sich zum Ziel gesetzt, die therapeutische und wissenschaftliche Bedeutung dieser Disziplin in Österreich sowie den Austausch und die Verbreitung von Erkenntnissen zu fördern. Damit soll die Bedeutung der Verbesserung des Allgemeinzustandes und Beschleunigung des Genesungsprozesses von Kranken durch professionelle klinische Ernährung mehr Öffentlichkeit erhalten. Als zentrale Ansprechpartnerin für die Organisation und Koordination der AKE fungiert Geschäftsführerin Alexandra Schweiger, BSc. Sie stellt die Kooperation mit Gesundheitsträgern und medizinischen Fachgesellschaften her, leitet das Veranstaltungsmanagement sowie die Medien- & Öffentlichkeitsarbeit.

verbesserten Patientenversorgung finanziert werden. Zumal Alter, Funktionszustand mit Ernährung sowie Komorbiditäten eben ganz entscheidende beeinflussende Faktoren bei jeder Art von Therapien sind.

Müssten diese Fragen nicht interdisziplinär und multiprofessionell bearbeitet werden?

Selbstverständlich! Langsam spiegelt sich die Notwendigkeit, Ernährung stärker in die Medizin zu integrieren, auch in der Kongresslandschaft wider. Veranstaltungen wie jene des Arbeitskreises Klinische Ernährung (AKE) bringen Expertinnen und Experten aus Medizin, Pflege, der Diätologie, der Ernährungswissenschaft und der Forschung zusammen. Dabei geht es zum Beispiel um Fragen, welche Rolle Ernährung bei der Entstehung von Tumoren spielt, wie das Immunsystem durch gezielte Ernährung gestärkt werden kann oder wie sich eine durchgängige Versorgung zwischen Spital und extramuralem Bereich sicherstellen lässt. Besonders bemerkenswert ist, dass solche Diskussionen inzwischen auch in Kooperation mit anderen medizinischen Fachgesellschaften, die vielleicht früher die Ernährung nicht so im Fokus hatten, geführt werden. Dies zeigt, dass Ernährung aus der Nische in den Mainstream der klinischen Medizin rückt und wir werden diese Themen auch breit in unserer Herbsttagung der AKE interdisziplinär diskutieren.

Kann eine ausgewogene Ernährung auch das Immunsystem positiv beeinflussen?

Ein wesentlicher pathophysiologischer Mechanismus, der die Relevanz der Ernährung unterstreicht, ist die oben beschriebene chronische Inflammation durch ungesunde Ernährung, die auch das spezifische Immunsystem schwächen kann. Adipositas geht mit einer permanenten Reizung und eventuell Erschöpfung des Immunsystems einher und beeinflusst das Mikrobiom negativ. Die Gesamtheit der Mikroorganismen im Darm beeinflusst Immunprozesse, entzündliche Reaktionen und Stoffwechselfvorgänge. Eine hohe Diversität des Mikrobioms geht mit einer besseren Ansprechrate von Immuntherapien einher. Eine Ernährung, die reich an Ballaststoffen, fermentierten Lebensmitteln und unverarbeiteten Produkten ist. Eine gezielte Ernährungsumstellung kann die Zusammensetzung des Mikrobioms verändern. Sie fördert die Diversität des Mikrobioms und kann somit die Grundlage für ein verbessertes Therapieansprechen schaffen – und das bei geringen Kosten und ohne relevante Nebenwirkungen. Der Darm ist letzten Endes auch ein Immunorgan mit einer Fläche von 40 m². So konnte in Studien die Wirksamkeit und Toxizität in der Stammzelltransplantation oder bei immunonkologischen Therapien durch nicht resorbierbare resistente Stärke positiv beeinflusst werden. Resistente Stärke können Sie im Alltag ganz einfach herstellen, Erdäpfel kochen, schnell abkühlen und nach 24 Stunden Kühlzeit zum Kochen verwenden. Diese beeinflusst das Mikrobiom und damit die immunologischen Reaktionen günstig. Somit könnten moderne onkologische Behandlungen, darunter Immun- und Zelltherapien, durch die Leistungsfähigkeit des Immunsystems des behandelten Patienten beeinflusst werden. Diese Studien sind schlüssig und überzeugen mich als Hämato-Onkologen, allgemeinen Internisten, Intensivmediziner und Stammzelltransplanteur und metabolisch interessierten Arzt gleichermaßen. Aber wir brauchen dennoch bestätigende Studien.

Braucht es mehr Bewusstsein, etwa auch in der Gesundheitspolitik, für die Rolle von Ernährung und Therapieerfolg und wie kann eine erfolgreiche Umsetzung aussehen?

Felix Keil betont im Gespräch die zentrale Rolle der Ernährung für Prävention, Therapieerfolg und die Stärkung des Immunsystems.



Wir müssen immer die Rolle der Ernährung in der Prävention einerseits und bei der Verbesserung therapeutischer Ergebnisse andererseits unterscheiden. Die Rolle der Prävention ist leicht zu beantworten. Wie gesunde Ernährung systematisch gefördert werden kann, wird längst nicht mehr nur von Ärztinnen, Ärzten und Forschenden diskutiert, sondern ist auch ein gesundheitspolitisches Thema. Initiativen wie die EAT-Lancet-Kommission oder die „Planetary Health Diet“ plädieren für eine Ernährung, die sowohl die menschliche Gesundheit schützt als auch ökologisch nachhaltig ist. Das Konzept sieht vor, regionale, saisonale und pflanzenbasierte Lebensmittel stärker zu fördern, während hochverarbeitete Produkte, rotes Fleisch und zuckerreiche Nahrungsmittel reduziert werden. Essen ist ja auch mit Kultur, sozialem Wohlbefinden und Genuss verbunden und der kann eben auch gesund sein. Eine simple Regel wäre der Verzicht auf Fertigprodukte und Süßgetränke sowie die Förderung der Freude am Kochen mit etwa 500 Gramm Gemüse und Obst pro Tag. Ein wirksames Instrument könnten wirtschaftliche Anreize sein: Subventionen für gesunde und lokal produzierte Lebensmittel und Steuermechanismen für ungesunde Produkte, ähnlich wie bei Tabak oder Alkohol. Österreich steht hier noch am Anfang, doch die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass finanzielle Anreize einen deutlichen Einfluss auf Konsumgewohnheiten haben können.

Eine mangelhafte Überernährung durch Angebote der Lebensmittelindustrie, die bereits bei Kindern beginnt, wird zu einer deutlichen Zunahme chronischer Erkrankungen führen. Während der unmittelbare finanzielle Gewinn bei der Lebensmittelindustrie bleibt, werden die individuellen Folgen und Kosten durch die zunehmenden Erkrankungen die Betroffenen und die Allgemeinheit zu tragen haben.

Das fragmentierte Gesundheitswesen in Österreich ist für so manche Versorgungslücken und fehlgeleiteten Ressourcen verantwortlich. Gilt das auch in Bezug auf die Ernährung?

Ein bekanntes Problem ist die Trennung von intra- und extramuraler Versorgung. Im Krankenhaus erhalten Patientinnen und Patienten häufig eine individuell angepasste Ernährung, begleitet von Diätologinnen und Diätologen sowie medizinischen Fachkräften. Nach der Entlassung aus dem Spital gilt es, die weitere Versorgung zu sichern. Manche sind im Alltag mit der Umsetzung der nötigen der Krankheit angepassten Ernährung überfordert, sei es aus finanziellen, sozialen oder praktischen Gründen.

Im extramuralen Setting gibt es die Strukturen nicht immer, um diese Menschen adäquat weiter zu versorgen.

Das bedeutet, dass eine durchgängige Ernährungsversorgung, die den Übergang vom Krankenhaus in den Alltag sicherstellt, essenziell ist. Dazu braucht es strukturierte Programme, eine stärkere Einbindung von Ernährungsberatungen in die Regelversorgung und eine klare geregelte Transition von stationären in ambulante Strukturen.

Diäten und Ernährungsumstellungen sind meist in der Kommunikation nicht positiv besetzt. Verzicht, Einschränkung und mühsam sind der Grundtenor. Müsste das verändert werden?

Ernährungskonzepte dürfen nicht als freudlose Einschränkung verstanden werden. Ziel ist es, Genuss, Lebensqualität und Gesundheit in Einklang zu bringen. Es ist ja eigentlich skurril, dass die Ernährung, welche im Alltag in der kulturell, gesellschaftlich und kulinarisch so prominent besetzt ist, im klinischen Alltag eher das Aschenputtel der Versorgung zu sein scheint.

Eine saisonale, regionale und abwechslungsreiche Ernährung kann nicht nur Krankheiten vorbeugen, sondern auch Freude bereiten – vielleicht auch im Krankenhaus. Und sie ist nicht automatisch mit höheren Kosten verbunden, auch das gehört kommuniziert. Wer regional und saisonal einkauft, fährt meist billiger als mit dem Kauf hochverarbeiteter Convenience-Produkte. Damit Ernährungsempfehlungen angenommen werden, müssen sie realistisch, alltagstauglich und nicht dogmatisch formuliert sein und eben auch schmecken. Da haben wir sicher noch etwas Luft nach oben.

Und wie hoffentlich verständlich dargelegt, ist Ernährung eben auch ein zentraler Faktor für das Funktionieren des Immunsystems, für die Prävention chronischer Erkrankungen und könnte den Erfolg medizinischer Interventionen verbessern. **P**

AKE-Herbsttagung 2025: „Zucker und Fett – Zu viel des Guten macht krank“

13. bis 15. November 2025
Tech Gate, 1220 Wien



<https://ake-nutrition.at/ake-projekte/#herbsttagung>

KI und Sprachmodelle als Partner in der Medizin

GROSSE DATENMENGEN SCHNELLER VERSTEHEN, PRÄZISERE ENTSCHEIDUNGEN TREFFEN UND SO DIAGNOSE UND THERAPIE VERBESSERT ist die Basis eines Projektes an der MedUni Wien. Assoc. Prof. Francesco Moscato vom Center for Medical Physics and Biomedical Engineering und Sebastian Hochreiter, Experte für IT Management und Consulting, entwickeln ein System, das Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, klinische Fragen in natürlicher Sprache zu stellen – und in Echtzeit Antworten zu erhalten. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

In der medizinischen Forschung und Praxis werden täglich große Mengen an Daten erstellt, von Laborwerten über Bildbefunde bis hin zu ausführlichen Arztbriefen. Diese Informationen enthalten wertvolles Wissen für Forschung, Diagnose und Therapie, doch ihre Auswertung ist aufwendig und oft mühsam. Genau hier setzt ein Projekt der MedUni Wien an, das mithilfe sogenannter Sprachmodelle, also künstlicher Intelligenz, die menschliche Sprache verstehen und verarbeiten kann und Kardiologinnen und Kardiologen in Echtzeit Antworten auf bestimmte Fragestellungen aus vorhandenen Patientendaten liefert. Das Ziel ist es, klinische Entscheidungen schneller, präziser und personalisierter zu machen.

PERISKOP: Wie könnte die Interaktion zwischen medizinischen Expertinnen und Experten und einem Sprachmodell im klinischen Alltag funktionieren?

MOSCATO: Die Behandelnden haben ein Eingabefeld auf ihrem Computer, in das sie ihre medizinische Fragestellung tippen. Aus den vorhandenen Datenmengen der medizinischen Einrichtung soll beispielsweise herausgefunden werden, wie unterscheidet sich die 5-Jahres-Überlebensrate zwischen einer Behandlung mit einer bestimmten Therapie im Vergleich zur alleinigen leitliniengerechten Standardtherapie bei Frauen über 60 Jahren mit Herzinsuffizienz und bestimmten Begleiterkrankungen. Nun durchsucht das System die vorliegenden Daten und gibt dann das Ergebnis der Userin oder dem User zurück, beispielsweise in Form einer Tabelle oder eines Diagramms.

Wie ist die Idee zu dem Projekt entstanden?

MOSCATO: Als biomedizinischer Techniker in einem Krankenhaus habe ich viele medizinische Diplomarbeiten betreut. Im Zuge dessen kommen immer wieder Kolleginnen und Kollegen aus der Klinik zu mir und stehen vor der Frage, dass sie eine große Mengen an Daten erfasst haben und nun gerne spezielle Fragestellungen und Antworten daraus ableiten wollen. Die Beantwortung dieser Fragen erfordert dann das Erfassen der Daten aus dem Krankenhaus-Informationssystem, die Voraufbereitung der Daten, die Selektion der passenden statistischen Tests, die Darstellung und die Interpretation der Daten. Das dauert oft Wochen oder sogar Monate. Wir wollen diesen Prozess beschleunigen, sodass quasi in Echtzeit die Beantwortung dieser Fragen möglich wird.

Mit welcher Art von medizinischen Daten kann Ihr Ansatz umgehen? Sprechen wir hier eher von strukturierten Daten wie Laborwerten oder liegt die besondere Stärke im Verständnis von unstrukturiertem Text, wie etwa aus Arztbriefen?

Ein enormes Potenzial liegt darin, Datensilos aufzubrechen. Erst wenn diese Daten zusammengeführt werden, entsteht ein Gesamtbild, das für Diagnose und Therapie wirklich nutzbar ist.

Sebastian Hochreiter

MOSCATO: Aktuell arbeiten wir mit strukturierten Daten, aber Ziel ist, dass wir dieses System auch mit unstrukturiertem Text aus Arztbriefen nutzen können. Unsere Kolleginnen und Kollegen aus der Kardiologie haben eine hervorragend strukturierte Datenbank aufgebaut, ein Register, das die ideale Datenbasis darstellt für solche Entwicklungen.

HOCHREITER: Für den Prototyp würde diese Anforderung den Rahmen sprengen, weil unstrukturierte Daten ganz eigene Herausforderungen mit sich bringen. Erst wenn sich das Modell mit strukturierten Daten gut bewährt hat, können wir es ausweiten.

Wo im medizinischen Umfeld, sei es in der Klinik oder in der Forschung, sehen Sie den größten potenziellen Nutzen Ihres Ansatzes?

MOSCATO: Wir starten mit der Forschung, hier können auch ganz neue Forschungserkenntnisse entstehen und neue Fragestellungen möglich werden. Aber schlussendlich wollen wir das als ein klinisches Tool zur Verfügung stellen, das die Diagnose und Therapie beschleunigen soll.

HOCHREITER: Der Prototyp wird für die Kardiologie trainiert, aber grundsätzlich ist es auf viele weitere Fächer umlegbar, wie die Nephrologie beispielsweise. In weiterer Folge, wenn der Zusatz mit unstrukturierten Daten kommt, kommen auch noch ganz andere Fachbereiche der Medizin infrage.

Können Sie eine typische klinische Fragestellung beschreiben, deren Bearbeitung durch Ihren Ansatz vereinfacht oder verbessert werden könnte?

MOSCATO: Ein zentrales Anwendungsfeld ist auf jeden Fall die medizinische Diagnostik sowie die Erstellung von Therapieempfehlungen auf Basis der Krankengeschichte. Besonders spannend ist die Möglichkeit, ein digitales Tool zu befragen, wie sich Patientinnen und Patienten mit einem vergleichbaren Profil und derselben Medikation bisher in der eigenen Institution entwickelt haben – gestützt auf die vorhandenen Daten. In der Beschleunigung und in der Personalisierung liegt der klinische Nutzen. Ärztinnen und Ärzte können in der Regel auf ihre individuelle Erfahrung, einschließlich klinischer Leitlinien, zurückgreifen. Wenn sie eine Patientin oder einen



IT-Experte Sebastian Hochreiter betont die Bedeutung von Vertrauen, Regulierung und Datenintegration, um KI-Systeme erfolgreich in den medizinischen Alltag zu bringen.

Patienten sehen, erinnern sie sich an ähnliche Fälle, die sie selbst behandelt haben. Mit einer Datenbank, die die Erfahrungen von tausenden behandelten Personen umfasst, erweitert sich diese Perspektive jedoch erheblich. Anstelle der begrenzten persönlichen Erinnerung steht eine kollektive Wissensbasis zur Verfügung, die zu fundierteren Entscheidungen beiträgt.

Wie sehen Sie die Integrationsfähigkeit solcher KI-Systeme in die komplexen und hochregulierten IT-Landschaften von Krankenhäusern?

MOSCATO: Es gibt einen Gesetzesrahmen, den wir einhalten müssen, aber auch ausschöpfen können. Bei Innovation muss man auch kreativ sein, um diese regulatorischen Anforderungen zu erfüllen.

HOCHREITER: In Österreich bewegen wir uns nicht im luftleeren Raum. Wir haben für sehr viele Themen Regularien, auf die wir auch zurückgreifen können, wie die Datenschutz-

Grundverordnung, den AI-Act oder auch zukünftig den European Health Data Space. Darauf können wir zurückgreifen und unsere Software schon so modellieren, dass es mit diesen Regularien in Einklang steht.

Welche Meilensteine sind auf dem Weg von einem Prototyp zu einer validierten, einsetzbaren Lösung entscheidend?

MOSCATO: Der erste Meilenstein ist die Validierung des Prototyps. Das geschieht anhand bereits definierter klinischer Fragestellungen und bereits ausgewerteter Daten. Diese Fragen decken ein breites Spektrum ab und liefern eine erste, solide Basis, um die nächsten Schritte zu gehen.

HOCHREITER: Vor allem die kardiologischen Kolleginnen und Kollegen müssen das System im Testbetrieb nutzen und anschließend bewerten: Was war gut, was weniger, wo hätten sie andere Ergebnisse erwartet? Erst wenn dieses Vertrauen entsteht, ist der Prototyp in einem klinischen Setting tatsächlich validiert und liefert echten Mehrwert. Die Einstufung als Medizinprodukt bringt weitere Hürden mit sich, ist aber zugleich ein Qualitätsmerkmal. Sie schafft Vertrauen und setzt eine Zertifizierung voraus, die hohe Standards garantiert.

MOSCATO: Der zweite große Meilenstein betrifft die regulatorischen Anforderungen. Hier müssen wir genau prüfen, welche Vorgaben gelten und wie wir in einer klinischen Studie nachweisen können, dass unser Produkt diese Kriterien zuverlässig erfüllt. Die Anwendung in der klinischen Forschung und Routine kann dann folgen.

Denken Sie bereits über die nächste Generation solcher Systeme nach?

MOSCATO: Auf jeden Fall. Wir wollen über die rein institutionellen Datenbanken hinausgehen. Immer relevanter werden Gesundheitsdaten, die Menschen selbst mit Wearables erzeugen, etwa durch die Messung von Vitalfunktionen. Ein KI-Tool sollte idealerweise nicht nur auf klinische Register zugreifen können, sondern auch diese individuellen Daten einbeziehen. So hätten Ärztinnen und Ärzte, aber auch die Betroffenen selbst, ein umfassenderes Bild ihres Gesundheitszustands. Das eröffnet neue Möglichkeiten für Prävention, Risikoabschätzungen und die frühzeitige Vorhersage möglicher Probleme im Vergleich zu institutionellen Daten ebenso wie zu Menschen mit ähnlichem Alter, Geschlecht oder Laborwerten.

Wo sehen Sie die nächsten Skalierungsschritte?

HOCHREITER: Sobald die kardiologische Validierung vorliegt, wollen wir das System auf verwandte Fachrichtungen wie die Nephrologie ausweiten. Grundsätzlich eignet es sich für alle Bereiche, die mit klinischen Werten und Texten arbeiten, perspektivisch aber auch für bildgebende Fächer wie Radiologie oder Dermatologie.

MOSCATO: Wir konzentrieren uns derzeit auf Zahlen und Laborwerte, also vor allem Zeitreihenanalysen. Aber langfristig wird eine Integration mit bildgebenden Verfahren unvermeidlich sein.

Wo sehen Sie aktuell das größte ungenutzte Potenzial für KI in der Medizin?

HOCHREITER: Ein enormes Potenzial liegt darin, Datensilos aufzubrechen. Heute liegen Informationen oft getrennt, denn die Radiologie hat ihre Daten, die Hausärztinnen und -ärzte ihre, und die Patientinnen und Patienten sammeln zusätzlich eigene Werte, etwa über Wearables. Erst wenn diese Daten zusammengeführt werden, entsteht ein Gesamtbild, das für Diagnose

Francesco Moscato von der MedUni Wien erklärt, wie KI und Sprachmodelle klinische Fragen in Echtzeit beantworten können – ein Ansatz, der Forschung und klinische Versorgung deutlich beschleunigen soll.



und Therapie wirklich nutzbar ist. Genau dahin sollte die Entwicklung gehen.

MOSCATO: Ein weiterer Bereich ist die Entlastung der Primärversorgung. Intelligente Tools könnten unnötige Arztbesuche vermeiden und so Hausärztinnen und -ärzte spürbar unterstützen. Noch kaum genutzt wird außerdem das Potenzial in der Chirurgie. Bisherige Roboter sind meist reine Telemanipulatoren, die die Bewegungen der Ärztinnen und Ärzte präziser wiedergeben. Spannend wird es, wenn KI-gesteuerte Systeme eigenständig bestimmte Routineeingriffe übernehmen und damit Zeit für komplexere Aufgaben schaffen. KI kann also nicht nur Diagnosen und Therapievorschlüge verbessern, sondern künftig auch operative Abläufe sinnvoll unterstützen.

Was ist Ihrer Erfahrung nach die größte Herausforderung bei der Einführung von KI im klinischen Alltag?

HOCHREITER: Technisch gibt es kaum Grenzen, die nicht überwindbar wären. Größere Herausforderungen liegen eher im regulatorischen und bürokratischen Bereich – etwa beim Datenschutz oder bei komplexen Zulassungsverfahren. Diese Hürden sind wichtig, aber sie erfordern Zeit und Sorgfalt.

MOSCATO: Die größte Grenze sehe ich in der Menschlichkeit. Patientinnen und Patienten brauchen Empathie und persönlichen Kontakt, um Vertrauen zu fassen und gesund zu werden. Für die Unterstützung evidenzbasierter Behandlungen wird KI nützlich sein, doch in ernsten Situationen kann sie den direkten Austausch mit einer einfühlsamen Ärztin oder einem Arzt nicht ersetzen. Studien zeigen zwar, dass KI-gestützte Textantworten manchmal sogar als empathischer wahrgenommen werden. Aber das persönliche Gespräch, der Blickkontakt, vielleicht auch eine beruhigende Geste, all das wird KI nicht leisten können. Deshalb sehe ich keine Gefahr, dass sie den Arztberuf verdrängen könnte.

Gibt es genug Vertrauen in diese KI-Systeme?

MOSCATO: Vertrauen kann aufgebaut werden – entscheidend ist die Erklärbarkeit der Algorithmen. Ein KI-System muss nicht nur Ergebnisse liefern, sondern auch nachvollziehbar machen, wie es zu diesen kommt. Ein Beispiel ist unser Projekt mit Elektrokardiogrammen: Die KI kann daraus das biologische Alter einer Person abschätzen. Weicht dieses stark vom tatsächlichen Alter ab, stellt sich die Frage, ob das ein Warnsignal ist oder ein Fehler des Systems. Indem das Tool genau markiert, an welcher Stelle der EKG-Kurve die Entscheidung getroffen wurde, wird Transparenz geschaffen. Ebenso wichtig ist die strikte Einhaltung aller Datenschutz- und

Besonders spannend ist die Möglichkeit, ein digitales Tool zu befragen, wie sich Patientinnen und Patienten mit einem vergleichbaren Profil bisher entwickelt haben – gestützt auf die vorhandenen Daten.

Francesco Moscato

Sicherheitsvorgaben, um Vertrauen zu stärken.

HOCHREITER: Nachvollziehbarkeit ist der Schlüssel. Solange KI als „Blackbox“ wahrgenommen wird, bleibt Skepsis bestehen. Erst wenn klar ist, auf welchen Parametern eine Entscheidung basiert, kann echtes Vertrauen entstehen.

Wie wichtig ist es aus Ihrer Sicht, KI-Modelle und Daten innerhalb Europas zu entwickeln und zu hosten, um Cyber-Security und Datenschutz langfristig zu gewährleisten?

HOCHREITER: Schon in der frühen Entwicklungsphase unseres Prototyps stellte sich die Frage, welche vortrainierten Modelle wir nutzen können. Die großen US-Anbieter sind hier technologisch weit vorne, doch auch in Europa gibt es leistungsfähige Modelle, die qualitativ mithalten können. Aus meiner Sicht ist es sinnvoll, bei solchen Projekten den europäischen Markt stärker einzubeziehen. So behalten wir die Daten in unserer Region, statt sie auf andere Kontinente zu übertragen. In unserem Projekt hosten wir die Daten ohnehin selbst, aber gerade in der Entwicklungsphase ist dieser Aspekt von großer Bedeutung.

Welche Rolle spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Technik, Medizin und Patientinnen und Patienten für den Erfolg solcher Projekte?

HOCHREITER: Dieses Projekt ist äußerst spannend, weil es uns an die Grenzen des Machbaren führt. Gleichzeitig zeigt es, wie herausfordernd die Kommunikation in einem interdisziplinären Feld sein kann: Techniker, Kliniker und Patientinnen sprechen oft unterschiedliche „Sprachen“. Gerade deshalb sehe ich einen großen Mehrwert darin, dass unser Projekt diese Verständigung fördert und verbessert.

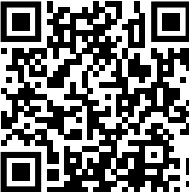
MOSCATO: Wir leben in einer unglaublich spannenden Zeit, nicht nur wegen der Möglichkeiten technologischer Fortschritte in der Medizin, sondern auch, weil wir durch KI mehr über uns selbst lernen können, und ich bin dankbar, in diesem Bereich arbeiten zu dürfen. **P**

Infobox

Assoc. Prof. Dipl.-Ing. Francesco Moscato, PhD
Center for Medical Physics and Biomedical Engineering
Position: Associate Professor
francesco.moscato@meduniwien.ac.at



Sebastian Hochreiter, BSc
PRAEVENIRE KI-Experte und Senior Consultant der MedUni Wien
sebastian.hochreiter@meduniwien.ac.at



Daten als kritische Ressource unserer Zeit

In kaum einem anderen Bereich wird derzeit so intensiv über Daten gesprochen wie im Gesundheitswesen. Begriffe wie die digitale Transformation oder der Europäische Gesundheitsdatenraum prägen die Debatten. Dahinter steht eine zentrale Erkenntnis: **DATEN SIND ZUR KRITISCHEN RESSOURCE DES 21. JAHRHUNDERTS GEWORDEN.** | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Daten bestimmen nicht nur die Innovationskraft einzelner Unternehmen, sondern auch die Wettbewerbsfähigkeit ganzer Volkswirtschaften und die Zukunftsfähigkeit unserer Gesundheitssysteme. Doch wie man aus der Geschichte weiß, haben Rohstoffe ihren Wert immer erst dann entfaltet, wenn sie verarbeitet wurden. Ähnlich verhält es sich mit Daten. Erst durch die systematische Erhebung, Aufbereitung und Analyse werden sie zu einer Ressource, aus der Wissen entsteht, das in weiterer Folge in Innovationen übersetzt werden kann, wie beispielsweise neue Therapien, personalisierte Angebote oder effizientere Versorgungsprozesse. Dennoch zeigt sich in der Praxis, dass Österreich in puncto Gesundheitsdatennutzung und viel Luft nach oben hat. Die elektronische Gesundheitsakte ELGA ist ausbaufähig, digitale Gesundheitsanwendungen kommen viel zu langsam auf den Markt und die Skepsis im Hinblick auf die Datennutzung ist auf Patientenseite, aber auch auf Behandlerseite häufig noch viel zu ausgeprägt. In diesem fordernden Umfeld hat sich die „Data Intelligence Offensive“ (DIO) positioniert und ist angetreten, die Hemmnisse aus dem Weg zu räumen, Datenprojekte in Österreich umzusetzen und in europäische Initiativen einzubinden. Über die gemeinsamen Ziele und Herausforderungen, Österreich in der Datenökonomie weiter nach vorne zu bringen, diskutieren DI Mag. Günther Tschabuschnig, Präsident der Data Intelligence Offensive (DIO), Mag. Hannah Engel, DIO Generalsekretariat und Marketingverantwortliche, und PRAEVENIRE Vorstandsmitglied und Digital-Health-Experte Prof. Dr. Reinhard Riedl.

PERISKOP: Warum wurde die „Data Intelligence Offensive“ gegründet und welches Ziel verfolgt man damit?

TSCHABUSCHNIG: Gegründet wurde DIO im Jahr 2018 auf Initiative des damaligen Bundesministeriums für Verkehr, Innovation und Technologie, des Bundeskanzleramts und des Wirtschaftsministeriums. DIO versteht sich als österreichische Plattform für die Datenwirtschaft. Wir haben uns in einer Zeit etabliert, als die Digitalisierung noch viel weiter am Anfang stand und die Herausforderungen rund um Datenmanagement, Datenhoheit und datengestützte Innovation laufend gewachsen sind. Unser Ziel war es, den Wandel hin zu einer datenbasierten Wirtschaft aktiv mitzugestalten und Österreich als Datenstandort zu stärken.

Wo sehen Sie Ihre zentralen Aufgabenfelder?

TSCHABUSCHNIG: Als Kooperations- und Netzwerkplattform bringen wir Akteure zusammen, die Daten erzeugen, verarbeiten oder nutzen. Das sind zum Beispiel Forschungseinrichtungen, öffentliche Institutionen, aber auch Unternehmen oder Krankenhäuser.

ENGEL: Wir haben einzelne Arbeitsgruppen und

Fachforen gegründet, zum Beispiel zu Themen wie Datenschutz, Datenethik, Datenrecht, Data Governance, KI-Einsatz oder dem Aufbau von Data Spaces. Hier werden fachliche Fragen diskutiert, Stellungnahmen vorbereitet und Empfehlungen erarbeitet. Wir unterstützen aber auch ganz konkret bei der Konzeption und Umsetzung von Data Spaces, die den sicheren, souveränen und rechtskonformen Austausch und die Nutzung von Daten ermöglichen. Im Gesundheitsbereich können solche Räume Forschung und Technologieentwicklung mit Gesundheitsdaten fördern. Wir begleiten auch Projekte, bieten Beratung zu technischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Aspekten von Datennutzung an und fördern so die Entwicklung von Use Cases und Demonstratoren.

Welchen Fokus haben Sie im Gesundheitssektor?

TSCHABUSCHNIG: Wir wollen Data Spaces etablieren, die über Organisations- und Sektorengrenzen hinweg funktionieren, und den Markt für datengestützte Innovationen und Geschäftsmodelle öffnen. Parallel sollen technische Standards, Governance-Rahmen und vertrauenswürdige Infrastrukturen geschaffen werden, die einen sicheren, transparenten und regelkonformen Datenaustausch ermöglichen. Im Gesundheitsbereich steht dabei insbesondere die Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten im Fokus, also die Nutzung vorhandener Daten für Forschung, Studien und Innovationen. Natürlich passiert das unter Wahrung von Datenschutz, Patientenrechten und Transparenz.

Wer ist Mitglied und was bedeutet das für das Gesundheitswesen?

ENGEL: Das DIO-Netzwerk umfasst Stakeholder aus Forschung, Wirtschaft, Technologie, Verwaltung und Gesundheitswesen. Mitglieder sind unter anderem Unternehmen und Start-ups aus dem Daten- und Technologiebereich, Forschungsinstitute, Gesundheitsdienstleister, öffentliche Institutionen sowie Organisationen, die in Data Governance, Datenschutz und Dateninfrastrukturen tätig sind.

Welche Vorteile bringt DIO dem Gesundheitswesen?

TSCHABUSCHNIG: Gesundheitsorganisationen und Forschende können in Data Spaces mitwirken, ihre Daten nutzbar machen und gleichzeitig an Projekten teilnehmen, die neue datenbasierte Versorgungs- und Forschungsansätze testen. Durch die Beteiligung an Arbeitsgruppen und Fachforen kann das Gesundheitswesen von der DIO-Expertise in Bereichen wie Datenethik, Datenschutz, Datenmanagement und technischer Infrastruktur profitieren. Projekte wie Smart FOX, an denen wir beteiligt sind, helfen, die Rahmenbedingungen für die Wiederverwendung von Gesundheitsdaten in der klinischen Forschung zu verbessern. Das kann die Effizienz

von Studien steigern, die Rekrutierung erleichtern und langfristige Follow-up-Untersuchungen optimieren.

Wir arbeiten gezielt an Governance-Strukturen und Community-Ansätzen, die das Vertrauen und die Bereitschaft von Patientinnen und Patienten erhöhen sollen, ihre Daten dem Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen, denn damit leisten sie einen Beitrag zur Forschung und einer besseren medizinischen Versorgung von morgen. Für Patientinnen und Patienten bedeutet die sinnvolle Nutzung von Gesundheitsdaten mehr Sicherheit, bessere Diagnosen und individualisierte Behandlungsmöglichkeiten.

Wo liegt der gesellschaftliche Mehrwert?

ENGEL: Ein digital vernetztes Gesundheitssystem kann zum Beispiel Doppeluntersuchungen vermeiden, Wechselwirkungen früh erkennen oder die Kommunikation zwischen den Versorgern verbessern. Das sind Vorteile, die allen zugutekommen, denn Daten stärken damit nicht nur die Effizienz, sondern auch die Qualität der Versorgung.

Daten sind einer der wichtigsten Treiber für Forschung und Entwicklung. Sie ermöglichen klinische Studien in bislang unerreichter Dimension und eröffnen Start-ups wie etablierten Unternehmen gleichermaßen Chancen. Wer Zugriff auf valide Daten hat, kann neue Geschäftsmodelle entwickeln, Produkte schneller auf den Markt bringen und international konkurrenzfähig bleiben. Damit sind Daten nicht nur ein medizinischer, sondern auch ein volkswirtschaftlicher Rohstoff.

Die Vorteile sind schlüssig. Warum ist es dennoch so schwierig, die Bevölkerung von der Bedeutung zu überzeugen, dass Daten wichtig für eine bessere Gesundheitsversorgung sind?

RIEDL: Ich beobachte, dass es oft an Grundverständnis mangelt – von der Frage, welchen Nutzen Daten bringen, über Good Practices bei der Datennutzung bis hin zu Kriterien für Vertrauenswürdigkeit und Sicherheit. Das Gesundheitswesen ist ein sensibler Bereich: Viele Menschen empfinden ihre medizinischen Daten als zutiefst privat. Schon der Gedanke, dass Krankengeschichte, genetische Profile oder Therapieverläufe in Datenbanken gespeichert und verarbeitet werden, weckt Misstrauen. Diese emotionale Hürde unterscheidet die Daten im



Reinhard Riedl verweist auf die Notwendigkeit, den Nutzen von Gesundheitsdaten sichtbar zu machen und Vertrauen durch Transparenz zu schaffen.





österreichischen Gesundheitswesen von Daten, welche beispielsweise durch die Nutzung von digitalen Plattformen und Apps generiert werden. In kommerziell generierten Daten stecken oft ebenso private Informationen wie in den Daten des Gesundheitswesens, aber es stört die Menschen nicht. Es weckt bei ihnen keine Ängste, wenn amerikanische oder chinesische Unternehmen über sie detaillierte Datenprofile anlegen, obwohl sogar die Behörden in diesen Ländern diese Daten nutzen. Viele Insider verstehen nicht, dass das österreichische Gesundheitswesen als viel gefährlicher für die Privatsphäre eingeschätzt wird als kommerzielle Firmen und ausländische Regierungen. Aber das muss man respektieren. Es wäre falsch, darüber gekränkt zu sein. Denn es geht um menschliche Emotionen und die sind, wie sie sind. Das Einzige, was daran substanziell etwas ändern kann, ist Wissensvermittlung. Was die Menschen besonders beunruhigt, sind die unklaren Zugriffsambitionen von unseren Behörden und Versicherungen sowie die Dynamik der technologischen Entwicklungen, welche sie nicht einschätzen können. Ein weiteres Hindernis ist die fehlende Sichtbarkeit des unmittelbaren Nutzens. Für die Bevölkerung ist oft nicht klar, wie aus den eigenen Daten konkrete Vorteile entstehen. Häufig haben sogar Medizinstudierende große Vorbehalte bei diesem Thema und das sind unmittelbare Userinnen und User, die wir benötigen, um überhaupt Angebote zu machen. Doch während man beispielsweise beim App-Nutzen unmittelbaren Nutzen erlebt, bleibt der Nutzen von Gesundheitsdaten abstrakt: Warum ist es wichtig, Laborwerte oder Bilddiagnostik langfristig zu speichern? Welche Vorteile ergeben sich, wenn Daten für Forschung freigegeben werden? Diese Fragen werden selten nachvollziehbar beantwortet. **ENGEL:** Auch die Sprache spielt eine Rolle. Die Diskussion über Datenschutz, europäische Regularien oder Interoperabilität ist technokratisch und für Laien schwer zugänglich. Das führt dazu, dass die Bevölkerung häufig sehr einfache Schlagworte wie „Datenmissbrauch“ oder „gläserner Patient“ wahrnimmt. Schließlich ist es auch eine Frage der Kultur. In Österreich herrscht einerseits ein stark ausgeprägtes Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle und parallel dazu auch eine hohe Wissenschafts- und Technologieskepsis. Während in skandinavischen Staaten ein pragmatischer Umgang mit Gesundheitsdaten üblich und das Vertrauen in staatliche Strukturen hoch ist, reagieren andere Gesellschaften zurückhaltender.

Was müsste passieren, um bessere Awareness zu schaffen?

RIEDL: Awareness entsteht durch erlebbaren Nutzen. Wenn Menschen begreifen, dass ihre Daten einen konkreten Beitrag zu ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer Angehörigen leisten,

Hannah Engel betont die Rolle von Governance, Datenschutz und klarer Kommunikation für mehr Vertrauen in digitale Gesundheitslösungen.

Günther Tschabuschnig unterstreicht die Bedeutung von Data Spaces und die Chancen einer sicheren, sektorübergreifenden Nutzung von Gesundheitsdaten.

 **DIO**
Data Intelligence Offensive
Verbund zur Förderung der Datenwirtschaft

wächst die Akzeptanz. Der erste Schritt ist daher die konsequente Nutzenorientierung: Die Kommunikation muss für Patienten und Patienten ebenso wie für Gesundheitsfachperson verständlich machen, dass Daten keine abstrakten Zahlenkolonnen sind, sondern ein Schlüssel zu einer besseren und sichereren Versorgung. Ein zweiter zentraler Punkt ist Transparenz. Wer weiß, welche Daten zu welchem Zweck erhoben, verarbeitet und gespeichert werden – und wer darauf Zugriff hat –, entwickelt Vertrauen. Transparenz entsteht aber nur durch „E S“, durch einfache Sprache.

Eine weitere Dimension ist Bildung. Schon in der Schule sollte digitale Gesundheitskompetenz vermittelt werden: Was sind Gesundheitsdaten? Warum sind sie wichtig? Wie schützt man sie? Nur so kann langfristig ein Grundverständnis wachsen. Nicht zuletzt müssen Politik, Gesundheitsinstitutionen und Industrie ihre Kommunikation koordinieren. Wenn unterschiedliche Akteure gegensätzliche Botschaften senden, verstärkt das die Unsicherheit. Wir benötigen ein gemeinsames Narrativ.

TSCHABUSCHNIG: Es braucht auch positive Leuchtturmprojekte. Menschen lassen sich am ehesten überzeugen, wenn sie anhand von Beispielen sehen, wie Daten Leben retten oder Krankheiten verhindern können. Fallstudien über verbesserte Krebsdiagnostik durch Datenanalysen, schneller zugelassene Medikamente dank klinischer Register oder eine bessere Versorgung chronisch Kranker durch digitale Vernetzung sind wirkungsstärker als jede theoretische Debatte.

Welche Zielgruppen müssen konkret angesprochen werden?

TSCHABUSCHNIG: Drei Zielgruppen sind besonders relevant: die Bürgerinnen und Bürger. Hier geht es um Aufklärung in einfacher, klarer Sprache. Informationskampagnen sollten nicht auf technische Begriffe wie „Interoperabilität“

oder „Sekundärnutzung“ setzen, sondern auf Geschichten und Nutzenbeispiele. Patientenorganisationen könnten hier auch eine Schlüsselrolle spielen. In zweiter Linie sind es die Gesundheitsberufe als Multiplikatoren, die Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Therapeutinnen und Therapeuten oder Apothekenpersonal. Sie alle genießen hohes Vertrauen in der Bevölkerung.

Und schließlich ist es die Politik, die den regulatorischen Rahmen setzt. Hier ist es entscheidend, die gesundheitspolitische und ökonomische Dimension klarzumachen. Daten stärken die Innovationskraft, sichern die Wettbewerbsfähigkeit und sparen langfristig Kosten im Gesundheitssystem.

DIO und PRAEVENIRE planen eine gemeinsame Veranstaltung im November. Welche Vorteile bringt diese Kooperation?

TSCHABUSCHNIG: Ohne Daten als strategische Ressource können moderne Versorgungssysteme nicht mehr funktionieren. Hier setzen wir an. DIO verfügt über Expertise in der Entwicklung von Data Spaces, Governance-Modellen und rechtlich sicheren Rahmenbedingungen für die Datennutzung. PRAEVENIRE bringt die Fähigkeit mit, gesundheitspolitische Diskussionen zu strukturieren und Stakeholder auf Augenhöhe einzubinden.

RIEDL: PRAEVENIRE steht seit Jahren für die Entwicklung praxisnaher, konsensbasierter Empfehlungen zur Verbesserung des Gesundheitssystems. Dafür bringt es die Patientinnen und Patienten, die Leistungserbringenden, die Industrie und die Politik an einen Tisch. Eine Zusammenarbeit von DIO und PRAEVENIRE ist daher nicht nur naheliegend, sondern hochgradig synergetisch. Gemeinsam können wir sicherstellen, dass datengetriebene Technologien nicht im Labor oder Pilotprojekt stecken bleiben, sondern den Weg in die konkrete Versorgung finden. 





Impfen dort, wo die Menschen sind

Bei den 12. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach diskutierten Expertinnen und Experten aus Politik, Medizin, Pflege und Pharmazie über die Chancen und Herausforderungen, **IMPFUNGEN IN PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEITEN (PVE) FLÄCHENDECKEND ZU VERANKERN**. Einig war man sich: Impfen muss niederschwellig, teamorientiert und organisatorisch reibungslos umgesetzt werden, um Durchimpfungsraten zu steigern und Versorgungslücken zu schließen. | von Karl Innauer

Impfungen zählen zu den wirksamsten Maßnahmen der modernen Medizin. Sie verhindern Krankheiten, schützen ganze Bevölkerungsgruppen und sind kosteneffizienter als jede spätere Behandlung. Dennoch ist die Durchimpfungsrate in Österreich bei vielen Impfungen unzureichend. Gerade Erwachsene versäumen Auffrischungen oder nehmen neue Impfangebote nicht in Anspruch. Primärversorgung als Schlüssel für Prävention Vor diesem Hintergrund nahmen die Diskutierenden in Alpbach die Primärversorgungseinheiten (PVE) in den Blick. Diese Einrichtungen verfügen über multiprofessionelle Teams, die aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und weiteren Gesundheitsberufen bestehen. Sie bieten längere Öffnungszeiten und sind organisatorisch besser aufgestellt als Einzelordinationen. Damit gelten sie als ideale Orte, um Impfungen strukturell zu verankern. Die Diskussion machte deutlich, dass Impfungen in PVE nicht als zusätzliche Leistung gesehen werden dürfen, sondern als selbstverständlicher Bestandteil jeder Vorsorge. Vorsorgeuntersuchungen bieten eine gute Gelegenheit, den Impfstatus zu prüfen und Auffrischungen gleich vorzunehmen. Mit Hilfe des elektronischen Impfpasses ist es zudem möglich, rasch und zuverlässig festzustellen, welche Impfungen fehlen. Entscheidend sei, dass dieser Prozess in den Arbeitsalltag integriert wird, sodass Impfungen nicht vom Zufall, sondern von klaren Routinen abhängen.

Niederschwellige Angebote für mehr Reichweite

Ein zentrales Thema war die Niederschwelligkeit. Kostenfreie Impfungen sind zwar ein wichtiger Schritt, doch alleine reichen sie nicht aus. Erfahrungen mit der Influenza-Impfung haben gezeigt, dass trotz kostenloser Bereitstellung organisatorische Hürden bestehen bleiben. Viele Patientinnen und Patienten nehmen die Impfung nicht wahr, wenn sie mit zusätzlichen Wegen oder Wartezeiten verbunden ist. Primärversorgungseinheiten können hier Abhilfe schaffen. Durch längere Öffnungszeiten und ein eingespieltes Team lassen sich Impfungen auch außerhalb der klassischen Ordinationszeiten

anbieten – etwa in den frühen Morgenstunden oder am Abend. Dies ist vor allem für berufstätige Menschen von Vorteil, die sonst oft keinen Zugang finden. Gleichzeitig wurde betont, dass auch andere Impfsettings eine Rolle spielen. Betriebsärztliche Programme haben in der Vergangenheit sehr hohe Durchimpfungsraten erzielt, weil Impfungen direkt am Arbeitsplatz und für ganze Gruppen verfügbar gemacht wurden. Auch Apotheken können einen wichtigen Beitrag leisten, da sie niederschwellig erreichbar sind und ohnehin häufig erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Fragen darstellen. Mobile Impfangebote wie Impfbusse wurden ebenfalls als erfolgreiches Modell beschrieben, um insbesondere schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen einzubinden. Die Schlussfolgerung der Runde war eindeutig: Impfungen müssen zu den Menschen gebracht werden. Je mehr Möglichkeiten bestehen, sich unkompliziert impfen zu lassen, desto höher die Chance, dass das Angebot tatsächlich genutzt wird. Primärversorgungseinheiten nehmen dabei eine Schlüsselrolle ein, dürfen aber nicht die einzige Säule sein.

Logistik, Verteilung und Dokumentation

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Impfstofflogistik. Impfungen können nur erfolgreich sein, wenn Impfstoffe jederzeit verfügbar und ohne Umwege abrufbar sind. Viele Ärztinnen und Ärzte berichteten, dass Patientinnen verloren gehen, wenn diese erst eine Apotheke aufsuchen müssen, um den Impfstoff zu besorgen. Schon kleine organisatorische Hindernisse reichen aus, um Vorhaben scheitern zu lassen. Als Lösung wurde die Vorratshaltung kleiner Mengen in den PVE genannt. So können Impfungen sofort durchgeführt werden, wenn Bedarf besteht. Dies erfordert jedoch eine sichere Lagerung, die Einhaltung der Kühlkette und klare Verantwortlichkeiten. Apothekenvertreter betonten, dass sie als Partner in der Lieferkette bereitstehen und in der Pandemie bereits gezeigt haben, dass dokumentierte Verteilwege möglich sind. Ein ungelöstes Problem bleibt die Dokumentation. In der letzten Influenza-Saison waren hunderttausende Impfdosen nicht im elektro-



nischen Impfpass verzeichnet. Ob sie nicht verimpft oder nur nicht eingetragen wurden, lässt sich nicht feststellen. Beide Szenarien sind problematisch: Entweder wurden Ressourcen verschwendet oder die tatsächliche Durchimpfung bleibt unsichtbar. Die Expertinnen und Experten waren sich einig, dass eine lückenlose Eintragung verpflichtend sein muss. Nur so lassen sich Programme steuern und zukünftige Bedarfe planen. Darüber hinaus wurde die föderale Verteilung der Impfstoffe thematisiert. Unterschiede zwischen den Bundesländern führen dazu, dass manche Regionen Impfstoffüberschüsse haben, während andere unterversorgt bleiben. Künftig soll ein zentrales Reservekontingent geschaffen werden, das flexibel dorthin verteilt werden kann, wo es gebraucht wird.

Pflege als unverzichtbare Partnerin

Besonders intensiv wurde die Rolle der Pflege diskutiert. Pflegekräfte sind in Primärversorgungseinheiten bereits stark eingebunden. Sie informieren Patientinnen, bereiten Impfungen vor und übernehmen vielerorts auch die Durchführung. Damit tragen sie wesentlich zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte bei. Allerdings sind die rechtlichen Rahmenbedingungen noch nicht überall gegeben. In vielen Bereichen dürfen Pflegekräfte Impfungen nur unter ärztlicher Aufsicht durchführen. Vertreterinnen der Pflege forderten daher eine Ausweitung der Befugnisse, insbesondere auch für freiberufliche Pflegepersonen. Diese sind häufig im Homecare-Bereich tätig und haben engen Kontakt zu älteren oder immobilen Menschen. Sie könnten Impfungen unkompliziert in den Alltag dieser Patientinnen integrieren – vorausgesetzt, sie erhalten die rechtlichen Möglichkeiten und Zugang zum elektronischen Impfpass. Darüber hinaus wurde betont, dass Aufklärung und Wissen über Impfungen auch innerhalb der Pflegeberufe gestärkt werden müssen. Es brauche verpflichtende Fortbildungen und eine klare Informationsstrategie, damit alle Pflegekräfte über denselben Wissensstand verfügen. Nur so können Patientinnen einheitliche und verlässliche Botschaften erhalten.



Kommunikation und gesellschaftliches Vertrauen

Impfprogramme scheitern nicht nur an organisatorischen Hürden, sondern auch am fehlenden Vertrauen. Österreich gehört zu jenen Ländern, in denen Impfskepsis weit verbreitet ist. Die Corona-Pandemie hat diesen Trend verstärkt. Die Diskussion zeigte, dass Kommunikation und Motivation entscheidend sind. Impfungen müssen nicht nur angeboten, sondern auch erklärt werden. Menschen müssen verstehen, warum Auffrischungen notwendig sind, welche Vorteile Impfungen bringen und welche Risiken ohne Impfschutz bestehen.

Besondere Aufmerksamkeit gilt den jungen Generationen, die gesundheitliche Vorsorge oft vernachlässigen. Aber auch in der mittleren Altersgruppe fehlt häufig die Bereitschaft, sich mit Impfplänen auseinanderzusetzen. Umso wichtiger sind niederschwellige Informationsangebote – in Apotheken, in PVE, in Schulen und Betrieben.

Patientenorganisationen betonten ihre Bereitschaft, aktiv an Aufklärungskampagnen mitzuwirken. Sie verfügen über direkten Zugang zu Betroffenen und können im persönlichen Gespräch Vertrauen schaffen. Denn Information allein reicht oft nicht aus – entscheidend ist der Dialog.

Ein weiterer Diskussionspunkt war die Vorbildwirkung innerhalb der Gesundheitsberufe. Wenn Pflegekräfte, Ärztinnen und Apotheker selbst hohe Impfquoten aufweisen und dies auch kommunizieren, stärkt das das Vertrauen in der Bevölkerung. Umgekehrt untergräbt eine geringe Impfbereitschaft im Gesundheitswesen die Glaubwürdigkeit öffentlicher Kampagnen.

Diskussionsteilnehmende v. l. n. r.:

- Herbert Puhl (Moderation)
- Angelika Widhalm
- Gerald Radner
- Andreas Hoyer
- Andreas Huss
- Inge Köberl-Hiebler
- Gunda Gittler
- Erwin Rebhandl



Ärztliche Verantwortung und neue Impfstoffe

Die Runde widmete sich auch der Frage, inwieweit Impfungen als ärztliche Pflichtleistung zu verstehen sind. Noch immer gibt es Ärztinnen und Ärzte, die Impfungen ablehnen oder ihren Patientinnen nicht aktiv anbieten. Dies wurde als problematisch bezeichnet, da dadurch Versorgungslücken entstehen.

Die Sozialversicherung arbeitet daher an einem einheitlichen Leistungskatalog, der Impfen als festen Bestandteil definiert. Damit soll klargestellt werden, dass Impfungen nicht dem persönlichen Ermessen überlassen sind, sondern Teil der evidenzbasierten medizinischen Versorgung.

Darüber hinaus stehen ständig neue Impfstoffe im Raum. Das Nationale Impfgremium hat für das Erwachsenen-Impfprogramm Prioritäten gesetzt. Dazu zählen unter anderem Pneumokokken, Hepatitis, die Dreifach-Auffrischung und Herpes Zoster. Künftig soll das Angebot schrittweise ausgeweitet werden, auch Impfungen gegen RSV stehen im Fokus. Jede Erweiterung bringt neue organisatorische Anforderungen mit sich – von der Beschaffung über die Lagerung bis zur Aufklärung der Patientinnen.

Ausblick: Vom Konzept zur Routine

Die Diskussion in Alpbach machte deutlich, dass Österreich die Strukturen besitzt, um Impfungen in Primärversorgungseinheiten breit umzusetzen. Damit dies gelingt, müssen jedoch mehrere Voraussetzungen erfüllt sein. Zunächst gilt es, Impfungen klar in der Regelversorgung zu verankern. Sie dürfen nicht von der Initiative einzelner Ärztinnen oder Ärzte abhängen, sondern müssen in jeder PVE

selbstverständlich angeboten werden. So wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten jederzeit Zugang haben.

Darüber hinaus sollen Pflegekräfte und Apotheken stärker eingebunden werden. Pflegepersonen sind oft nahe an den Menschen, sei es in den PVE oder im häuslichen Umfeld, und könnten Impfungen dort unkompliziert durchführen. Apotheken wiederum sind niederschwellige Anlaufstellen, die durch Beratung und Organisation einen wichtigen Beitrag leisten können.

Eine weitere Voraussetzung ist eine verlässliche Logistik. Impfstoffe müssen flexibel bestellbar und jederzeit verfügbar sein. Ebenso zentral ist die vollständige Dokumentation im elektronischen Impfpass, damit Transparenz entsteht und Bedarfe besser geplant werden können. Auch die digitale Infrastruktur selbst sollte weiterentwickelt werden, etwa mit Erinnerungsfunktionen für Auffrischungen.

Schließlich braucht es eine klare Kommunikation. Impfprogramme können nur erfolgreich sein, wenn die Bevölkerung Vertrauen hat. Dazu gehört eine verständliche Information über Nutzen und Risiken, die in allen Lebenswelten ankommt, sowie die Vorbildwirkung von Gesundheitsberufen.

Das Fazit der Runde war eindeutig: Impfungen müssen für alle Menschen jederzeit erreichbar sein. Primärversorgungseinheiten können dabei eine tragende Rolle spielen, weil sie Nähe, Kompetenz und Organisation vereinen. Mit klaren Strukturen und gemeinsamer Verantwortung kann aus einzelnen Projekten eine verlässliche Routine werden – zum Nutzen der gesamten Bevölkerung. **P**



PERFORMANCE

Josef Zellhofer – ein Leben im Dienst der Menschen

Mit großer Betroffenheit und tiefer Trauer nimmt PRAEVENIRE Abschied von Josef Zellhofer, der uns über viele Jahre hinweg als verlässlicher Partner, geschätzter Ratgeber und hochkompetenter Experte begleitet hat. Sein Tod hinterlässt eine Lücke, die weit über unser Netzwerk hinaus spürbar ist. Josef war nicht nur bei nahezu allen PRAEVENIRE-Veranstaltungen präsent, er hat diese mit seiner unverwechselbaren Art, seinem Engagement und seiner umfassenden Expertise entscheidend geprägt. Josef Zellhofer war ein Mann, dessen berufliches und persönliches Leben von einem Grundsatz getragen wurde: Die Sorge um das Wohl der Menschen – insbesondere jener, die Unterstützung benötigen. Seine Wurzeln in der Pflege prägten ihn nachhaltig. Mit einer beeindruckenden fachlichen Tiefe und einem stets klaren Blick für die Realität der Praxis setzte er sich dafür ein, die Strukturen im Gesundheitswesen so weiterzuentwickeln, dass sie den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten gerecht werden. Die Pflege war für Josef nie nur ein Berufsfeld, sondern eine Berufung. Er kannte die Herausforderungen des Pflegealltags aus eigener Erfahrung und brachte dieses Wissen in alle seine Tätigkeiten ein. Mit diesem praktischen Hintergrund war er in der Lage, Diskussionen auf eine Ebene zu heben, die eine oft „graue Theorie“ mit der praktischen und gelebten Realität der Versorgung verband. Seine Wortmeldungen hatten Gewicht, weil sie aus Erfahrung, aus Verantwortungsbewusstsein und aus einem tiefen Verständnis für die Menschen kamen. Einen wichtigen Teil seiner Laufbahn widmete Josef Zellhofer seiner Tätigkeit bei der younion – Die Daseinsgewerkschaft. Dort setzte er sich mit großer Leidenschaft für die Interessen von Beschäftigten im öffentlichen Dienst, vor allem im Gesundheits- und Pflegebereich, ein. Er verstand es, die Sorgen und Anliegen der Kolleginnen und Kollegen aufzugreifen und in politische Entscheidungsprozesse und zahlreiche Diskussionen einzubringen. Sein Engagement war von großem Respekt gegenüber den Menschen getragen, die in Pflege und Betreuung

tätig sind. Es wusste, dass ihre Arbeit ein unverzichtbares Fundament unseres Gesundheitssystems darstellt und kämpfte unermüdlich dafür, dass diese Arbeit sichtbar gemacht, anerkannt und in ihrer Bedeutung gestärkt wird. Dabei verband er die Fähigkeit zum klaren, manchmal auch unbequemen Wort mit dem Willen zum Dialog.

Brückenbauer im Gesundheitswesen

Bei PRAEVENIRE wurde Josef Zellhofer als Brückenbauer geschätzt. Er war überzeugt, dass nachhaltige Lösungen im Gesundheitswesen nur im Miteinander entstehen können – im Dialog zwischen Politik, Sozialversicherung, ärztlicher und pflegerischer Praxis, Industrie und nicht zuletzt den Betroffenen selbst.

Seine Beiträge bei unseren Gipfelgesprächen und Foren zeichneten sich dadurch aus, dass er Probleme nicht nur klar benannte, sondern auch Lösungsansätze aufzeigte. Er forderte nicht um der Forderung willen, sondern immer mit Blick auf die Machbarkeit, die konkrete Verbesserung für die Betroffenen und die langfristige Tragfähigkeit für das System.

In Diskussionen war er oft die Stimme, die daran erinnerte, dass Pflege mehr ist als eine Dienstleistung – sie ist Beziehung, Verantwortung und gelebte Menschlichkeit. Damit lenkte er die Aufmerksamkeit immer wieder auf den Kern dessen, worum es im Gesundheitswesen geht: die Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind, und jene, die sie geben.

Dabei war er stets offen für neue Entwicklungen. Er sah die Chancen der Digitalisierung ebenso wie die Notwendigkeit, moderne Strukturen in der Pflegeversorgung zu verankern. Doch zugleich blieb er Realist: Innovation durfte für ihn nie Selbstzweck sein, sondern musste sich an ihrem Nutzen für Patientinnen, Patienten und Beschäftigte messen lassen. Seine Expertise war in vielen Bereichen gefragt: von Fragen der Versorgungsqualität über die Arbeitsbedingungen im Pflegebereich bis hin zu strukturellen Reformen. Mit seiner klaren Sprache machte er auch komplexe Themen verständlich und brachte sie auf den Punkt.

Für PRAEVENIRE war er Teil der Gemeinschaft, ein Impulsgeber, ein Gesprächspartner und Freund. Bei unseren Gipfelgesprächen in Alpbach, den Diskussionsrunden in Wien und bei regionalen Veranstaltungen in den Bundesländern war sein Input klug, wohlüberlegt und von einer tiefen Menschlichkeit getragen. Denn: Er erinnerte uns immer wieder daran, dass es bei allen gesundheitspolitischen Debatten letztlich um die Lebensqualität von Menschen geht – um jene, die gepflegt werden müssen, und um jene, die diese Pflege leisten.

Wir danken Josef Zellhofer für alles, was er für PRAEVENIRE, für die Pflege und für das Gesundheitswesen insgesamt getan hat. Wir danken ihm für seine Offenheit und seine unermüdliche Bereitschaft, Wissen und Erfahrungen zu teilen.

Sein Platz bei unseren Veranstaltungen wird leer bleiben. Doch seine Gedanken, seine Impulse und seine Haltung werden uns weiterhin begleiten. Unser Mitgefühl gilt seiner Familie und allen, die ihm nahestanden. **P**



Buchvorstellung

Ärztinnen, die Geschichte schrieben – 125 Jahre Medizinstudium für Frauen in Österreich

Wie Pionierinnen die Medizin in Österreich verändert haben – und wie weit der Weg noch ist

In „Ärztinnen, die Geschichte schrieben – 125 Jahre Medizinstudium für Frauen in Österreich“ zeichnet Birgit Kofler-Bettschart ein facettenreiches Porträt weiblicher Medizin in Österreich. Anhand zahlreicher Biografien zeigt sie, wie Frauen seit dem späten 19. Jahrhundert gegen Vorurteile kämpften und dennoch maßgeblich beitrugen – und bis heute beitragen. Ausgangspunkt ist 1889, als Rosa Kerschbaumer-Putjata als erste Frau der Habsburgermonarchie zum Studium zugelassen wurde – nach hartem Ringen und mit Einschränkungen. Kofler-Bettschart schildert die pseudowissenschaftlichen Argumente („kleinere Hirnmasse“, Menstruation), mit denen Frauen vom Studium oder bestimmten Fächern ferngehalten werden sollten. Doch die Widerstände wurden zum Ansporn. Der Weg war lang und widersprüchlich: Studieren ja,

arbeiten nein; später Arbeit ja, aber kaum Spitzenpositionen. Beispielhaft steht Gabriele Possanner von Ehrenthal, die zwar Mitglied der Ärztekammer wurde, aber nicht wählen durfte – erst 1901 brachte das Höchstgericht Gleichberechtigung.

Die Autorin schlägt den Bogen in die Gegenwart. Interviews mit heutigen Ärztinnen wie Anita Rieder, Andrea Kurz oder Naghme Kamaleyan-Schmied zeigen, dass viele Kämpfe andauern: um Sichtbarkeit, faire Vergleiche, Verantwortung, Sprache und Führungspositionen. Dabei wird deutlich, dass Gleichstellung kein abgeschlossener Prozess ist, sondern immer wieder neu verhandelt werden muss. Ein eindringliches Kapitel widmet sich der NS-Zeit: Ärztinnen wurden verfolgt, vertrieben oder ermordet. Kofler-Bettschart macht klar, dass Erinnerung Teil von Verantwortung ist – auch in der Medizin. Gerade diese



Das Buch

Ärztinnen, die Geschichte schrieben – 125 Jahre Medizinstudium für Frauen in Österreich

Autorin: Birgit Kofler-Bettschart

Seiten: 224 Seiten

Preis: 29,90 €

Verlag: Ampuls Verlag

ISBN-Nr.: 9783950538588

Passagen verleihen dem Buch eine besondere gesellschaftspolitische Relevanz.

Zahlen verdeutlichen die Entwicklung: 1926 praktizierten 411 Ärztinnen in Österreich; nach 1945 und besonders seit den 1970er-Jahren beschleunigte sich die „Feminisierung“ des Berufs. Doch Spitzenämter und akademische Laufbahnen bleiben rar.

Kofler-Bettscharts Stil ist zugänglich und präzise. Sie verbindet Fakten mit Schicksalen und schafft so Wärme und Tiefe. Erfolgsgeschichten und Rückschläge stehen nebeneinander – das macht das Buch glaubwürdig.

„Ärztinnen, die Geschichte schrieben“ ist ein wichtiges Werk zum Jubiläum – Erinnerung, Mahnung und Appell zugleich. Es zeigt, was erreicht wurde und was bleibt. Empfehlenswert für alle, die sich für Medizin, Geschlechtergerechtigkeit und österreichische Zeitgeschichte interessieren. **P**



Evidenzbasierte Medizin – Wissen, was wirkt

Bei den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach 2025 widmete sich Univ.-Prof. Dr. Georg Stummvoll, vom chefarztlichen Dienst der SVS, einem Thema, das in Zeiten knapper Ressourcen und wachsender medizinischer Möglichkeiten aktueller denn je ist: der Evidenzbasierten Medizin (EBM). In seinem Vortrag spannte er den Bogen von historischen Irrwegen und bahnbrechenden Entdeckungen bis hin zu den Herausforderungen heutiger Studienpraxis. Sein zentrales Anliegen: **NUR DAS, WAS NACHWEISLICH WIRKT, DARF TEIL SOLIDARISCH FINANZierter GESUNDHEITSVERSORGUNG SEIN.** | von Karl Innauer

Evidence bedeutet im Englischen Nachweis oder Beleg, während „Evidenz“ im Deutschen eher „Offensichtlichkeit“ meint – eine sprachliche Unschärfe, die laut Stummvoll zu Missverständnissen führt. Treffender sei daher der Begriff „beweisgestützte Medizin“. Gemeint ist ein Abkehr von Autoritätsglauben und Tradition hin zu empirisch gesicherten Belegen.

Von der Säftelehre zum randomisierten Studiendesign

Die Medizingeschichte zeigt, wohin das Fehlen solcher Belege führen konnte: Aderlass als Universaltherapie, Tabakklistiere oder die Quecksilberbehandlung der Syphilis sind Beispiele für Therapien ohne sicheren Wirksamkeitsnachweis – oft sogar mit schädlichen Folgen. Erst die Einführung naturwissenschaftlicher Methoden im 19. und 20. Jahrhundert schuf die Basis für systematische Prüfung medizinischer Hypothesen. Stummvoll erinnerte an Pioniere: James Lind, der 1747 mit seiner Skorbut-Studie die erste kontrollierte klinische Untersuchung durchführte; Ignaz Semmelweis, der durch konsequentes Händewaschen das Kindbettfieber eindämmte, jedoch Zeit seines Lebens auf erbitterten Widerstand stieß; und Archibald Cochrane, der 1972 die Bedeutung systematischer Studien für effiziente Gesundheitsversorgung hervorhob. Besonders eindrücklich schilderte Stummvoll die Geschichte von Linds Skorbut-Experiment: Zwölf erkrankte Matrosen wurden in sechs Gruppen aufgeteilt und erhielten verschiedene Behandlungen – von Apfelwein über Meerwasser bis hin zu Essig. Nur jene, die Zitronen und Orangen bekamen, erholten sich rasch und konnten bald ihre Kameraden pflegen. „Das war die erste randomisierte Studie der Medizingeschichte“, so Stummvoll, „und sie zeigte klar: systematisches Testen rettet Leben.“ Trotzdem dauerte es fast 50 Jahre, bis die britische Admiralität Zitronensaft offiziell in die Schiffsverpflegung aufnahm. Auch die Entdeckung des Penicillins durch Alexander Fleming illustriert die Rolle des Zufalls, aber auch die Notwendigkeit methodischer Absicherung. Fleming bemerkte 1928, dass um eine verschimmelte Bakterienkultur herum keine Staphylokokken wuchsen. Doch erst mehr als ein Jahrzehnt später gelang es anderen Forschern, den Wirkstoff in ausreichender Menge herzustellen – ein Beispiel dafür, dass Evidenz nicht nur entdeckt, sondern auch praktisch nutzbar gemacht werden muss.

Qualität, Evidenzklassen und die Macht der Psyche

Heute gilt die randomisierte, kontrollierte Studie (RCT) als Goldstandard. Ihre Ergebnisse

se fließen in Metaanalysen und systematische Übersichtsarbeiten ein – die Spitze der Evidenzpyramide. Darunter rangieren Beobachtungsstudien, Fallberichte oder Expertenmeinungen. Wichtig sei, so Stummvoll, dass auch diese niedrigeren Evidenzstufen in bestimmten Kontexten – etwa bei seltenen Erkrankungen – eine Rolle spielen können.

Doch selbst das bestgemachte Studiendesign ist nicht vor Fallstricken gefeit. Verzerrungen (Bias) wie Selektions- oder Publikationsbias können Ergebnisse verfälschen, ebenso Störgrößen (Confounder). Hinzu kommt die Wahl geeigneter Outcomes: Harte Endpunkte wie Mortalität sind eindeutig, Surrogatmarker wie Laborwerte hingegen interpretierbar. Auch Patient-Reported-Outcomes, also Angaben zur Lebensqualität, gewinnen an Bedeutung.

Stummvoll illustrierte, wie sehr die Psyche medizinische Effekte beeinflusst. Placebos können durch Erwartung, Zuwendung und Symbolik messbare physiologische Reaktionen hervorrufen – von Schmerzlinderung bis zur Ausschüttung körpereigener Endorphine. Größe, Farbe oder Applikationsform von Tabletten beeinflussen den wahrgenommenen Effekt, ebenso die Autorität des behandelnden Arztes. Umgekehrt kann der „Nocebo-Effekt“ schaden, wenn Patienten Nebenwirkungen erwarten. Deshalb sei die Verblindung in Studien unverzichtbar.

Ein weiterer Diskussionspunkt ist die Übertragbarkeit von Studienergebnissen in den Alltag. In klinischen Prüfungen werden oft Patientengruppen mit möglichst wenigen Begleiterkrankungen untersucht. In der Realität aber leiden viele Betroffene an mehreren Krankheiten gleichzeitig. Erst in Phase-IV-Studien oder nach Markteinführung zeigen sich Nebenwirkungen, die vorher unentdeckt bleiben.

Evidenz als Grundlage solidarischer Versorgung

Ein weiterer Schwerpunkt von Stummvolls Vortrag war die Abgrenzung zur komplementären und alternativen Medizin. Für viele Verfahren fehle schlicht der Wirksamkeitsnachweis, dennoch würden sie von Anbietern mit wirtschaftlichem Interesse propagiert. „Nicht untersucht ist nicht gleich unwirksam“, betonte er – doch ohne Studien bleibt es bei Behauptungen. Seriöse Forschung sei daher Pflicht, auch wenn Ergebnisse nicht den gewünschten Effekt zeigen. Hier kommt die Rolle der Sozialversicherung ins Spiel: Leistungen müssen nach dem Gesetz „ausreichend und zweckmäßig“ sein, dürfen aber „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Für Stummvoll ist das eine klare Handlungsanleitung: Finanziert werden darf nur, was durch Evidenz gedeckt ist. Beispiele



Georg Stummvoll – Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie – bei den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach 2025: Sein Plädoyer für eine Medizin, die sich konsequent an nachweislich wirksamen Methoden orientiert.

wie Post-Covid zeigen, wie groß der Druck ist, schnelle Lösungen anzubieten – doch ohne Studien bleibe der Einsatz unbewiesener Therapien unverantwortlich.

Darüber hinaus warnte Stummvoll vor einem unkritischen Umgang mit statistischer Signifikanz. Ein Ergebnis könne zwar hochsignifikant sein, aber klinisch irrelevant, wenn der Effekt für die Patient:innen kaum spürbar sei. Umgekehrt gebe es jahrzehntelange klinische Erfahrungen – etwa beim Einsatz von Adrenalin im Herzstillstand – die so eindeutig seien, dass randomisierte Studien aus ethischen Gründen nicht mehr durchgeführt werden können. Auch hier sei Augenmaß gefragt.

Am Ende seines Vortrags schlug Stummvoll den Bogen zum sichtbarsten Beleg des medizinischen Fortschritts: der Lebenserwartung. Lag sie 1900 in Österreich noch bei rund 40 Jahren, so beträgt sie heute über 80 Jahre. „Dieser Fortschritt ist nur durch evidenzbasierte Medizin erklärbar“, resümierte er.

Sein Fazit: Evidenzbasierte Medizin bedeutet, zu wissen, was wirkt – und ebenso, zu erkennen, was nicht wirkt. Nur so kann eine solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung nachhaltig funktionieren. **P**



Gemeinsam gesünder.





Myasthenia gravis

Versorgung zwischen Theorie und Praxis

Die österreichische Versorgungsrealität bei Myasthenia gravis ist ein Spiegelbild des medizinischen Fortschritts: Neue Therapieoptionen eröffnen die Chancen auf mehr Selbstbestimmung, stellen aber gleichzeitig höhere Anforderungen an alle beteiligten Akteurinnen und Akteure. **DAHER BRAUCHT ES JETZT AUCH VERÄNDERUNGEN AUF SYSTEMISCHER EBENE**, wie klare Versorgungsstrukturen und eine transparente Erstattung, damit die Vorteile auch für Patientinnen und Patienten erlebbar werden. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Myasthenia gravis (MG) ist eine seltene, aber gut behandelbare neuromuskuläre Erkrankung, die durch eine gestörte Signalübertragung zwischen Nerven und Muskeln verursacht wird. Sie zeigt sich durch eine krankhafte Ermüdbarkeit der Muskulatur, die sich typischerweise durch Doppelbilder, hängende Augenlider, Schluckstörungen oder generalisierte Muskelschwäche bemerkbar macht. „Trotz ihrer Seltenheit gilt die Erkrankung als Musterbeispiel für eine erfolgreiche medikamentöse Behandlung, denn dank Standardtherapien und zusätzlicher Eskalationstherapien ist es heute möglich, die meisten Betroffenen in ein weitgehend normales Alltagsleben zu begleiten“, erläutert Primarius Priv.-Doz. Dr. Raffi Topakian, Leiter der Abteilung für Neurologie mit einer Spezialambulanz „Myasthenia gravis und andere Rare Diseases“ am Klinikum Wels-Grieskirchen anlässlich des 12. PRAEVENIRE Gipfelgesprächs in Alpbach.

Neue Herausforderungen für die Versorgung

Die Versorgungswirklichkeit in Österreich zeigt, dass mit den Fortschritten der Medizin auch neue Herausforderungen entstehen. „Lange Zeit war die Behandlung insbesondere in akuten oder schweren Verläufen eng an das Krankenhaus gebunden. Therapeutische Optionen wie Plasmapherese oder intravenöse Immunglobuline (IVIG) erforderten Infusionsbehandlungen in spezialisierten Zentren. Heute gibt es durchaus Möglichkeiten, die Versorgung wohnortnah oder im häuslichen Setting durchzuführen. Dennoch braucht es die Zentren mit der entsprechenden Expertise für die Erstdiagnose und die Auswahl der passenden Therapeutika“, ist Topakian überzeugt. Spätestens hier driften Theorie und Praxis auseinander, denn oft liegt davor für die Betroffenen ein langer Weg ohne klare Diagnose, lange Wartezeiten auf Termine oder Unklarheit, bei welchen Ambulanzen überhaupt eine Abklärung erfolgen kann. Ist dann endlich die richtige Stelle gefunden, braucht es häufig noch einen Spießrutenlauf der Behandeln-

Der Round Table und die Veröffentlichung des Artikels wurde von UCB unterstützt.



den, bevor die hochpreisigen Therapien auch übernommen werden. Für Patientinnen und Patienten bedeutet das nicht nur eine regelmäßige Anfahrt und lange Aufenthalte im stationären oder teilstationären Bereich, sondern auch eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität – vor allem unter dem Aspekt, dass viele von ihnen den Weg in ein Zentrum meist gar nicht ohne fremde Hilfe bewerkstelligen können.

Zahl der Fälle steigt

Gemäß einer 2012 publizierten österreichischen Studie steigt die Zahl der neu diagnostizierten Krankheitsfälle jährlich um 3,7 bis 5 Prozent. Ähnlich wie bei Multipler Sklerose tritt Myasthenia gravis häufiger bei Frauen als bei Männern unter 50 Jahren auf. Unbehandelt oder bei besonders schweren Krankheitsverläufen kann es zu massiven Komplikationen kommen. Die Früherkennung und Fortschritte bei den Behandlungsmöglichkeiten können die Lebensqualität jedoch deutlich verbessern.

„Wir haben in Österreich rund 2.000 Betroffene, doch die Prävalenz nimmt deutlich zu. Allein in unserer überregionalen Spezialambulanz gab es im letzten Jahr 14 Neudiagnosen. Viele Betroffenen kommen danach lange Zeit nicht mehr, denn die Symptome sind variabel und teilweise nicht vorhersagbar, wann eine Verschlechterung eintreten wird“, erklärt der Mediziner und gibt Einblick in weitere Herausforderungen: „Kardiovaskuläre Komplikationen oder das Auftreten weiterer Autoimmunerkrankungen betreffen im Schnitt jede Fünfte oder jeden Fünften. Allgemeine und kognitive Fatigue treten ebenso auf wie Infektionen im Zuge der immunsuppressiven Therapie.“ Aufgrund der eingeschränkten Lebensqualität sind Depressionen und negative Folgen für die Berufsfähigkeit oder die Rolle in der Partnerschaft und der Familie unabdingbar. Auch wenn die Lebenserwartung dank moderner Therapien kaum eingeschränkt ist, sind Arzt- und Ambulanzkontakte sowie Hospitalisierungen häufig.

Diskussionsteilnehmende

- Gunda Gittler
- Evelyn Suritsch
- Antonia Müller
- Raffi Topakian
- Hanns Kratzer (Moderation)
- Bernhard Rupp
- Erwin Rebhandl
- Georg Stummvoll
- Gudrun Wolner-Strohmeyer





Zentrale Rolle der Allgemeinmedizin

In den letzten Jahren hat sich jedoch ein Paradigmenwechsel vollzogen. Immer mehr Arzneimittel werden in anwenderfreundlicheren Formen entwickelt. Diese Entwicklung eröffnet Betroffenen mehr Flexibilität und Autonomie, stellt jedoch gleichzeitig das Gesundheitssystem vor neue Aufgaben. Für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bedeutet dieser Wandel, dass sie ihre Patientinnen und Patienten stärker in die Handhabung und Überwachung der Therapie einbeziehen müssen. Aufklärung, Schulung und eine engmaschige Verlaufskontrolle gewinnen an Bedeutung. Gleichzeitig wächst die Verantwortung, mögliche Nebenwirkungen oder Komplikationen frühzeitig zu erkennen, da die unmittelbare klinische Umgebung des Krankenhauses wegfällt.

Hausärztinnen und Hausärzte spielen daher nicht nur eine zentrale Rolle bei der Früherkennung. „Wir überweisen die Betroffenen an neurologische Fachärztinnen und -ärzte sind aber auch in der laufenden Betreuung etwa bei Infekten oder Exazerbationen erste Ansprechstelle. Auch zur Unterstützung bei Fragen rund um die Therapie, zur Kontrolle von Laborwerten oder für den Umgang mit Ängsten und Unsicherheiten kommen Betroffene in die allgemeinmedizinische Praxis“, beschreibt Allgemein- und Familienmediziner Dr. Erwin Rebhandl die Situation aus der Praxis und weist gleichzeitig auf die Bedeutung von Netzwerken hin: „Bei der Seltenheit dieser Erkrankungen fehlt uns im Detail oft die entsprechende Erfahrung, sodass ein Backup von Fachärztinnen und -ärzten, zum Beispiel telefonisch oder telemedizinisch, wichtig ist.“ Der regelmäßige Kontakt zur Hausärztin oder zum Hausarzt schafft Sicherheit und Stabilität – ein Faktor, der über die rein medizinische Versorgung hinausgeht und auch für Topakian wichtig ist: „Nicht jede oder jeder Betroffene erreicht sofort ein Zentrum, daher ist in manchen Fällen eine wohnortnahe Abklärung, etwa bei Fragen zur Therapie oder bei Infekten, schneller möglich. Das Folgemanagement sollte aber dann wieder in den Händen der neurologischen Fachdisziplin liegen.“

Die Koordination und der Austausch mit anderen medizinischen Disziplinen wird nicht nur vonseiten der Medizin gefordert, sondern ist auch aus Sicht der Selbsthilfe wichtig: „Viele Betroffene und ihre Angehörigen sind mit der Diagnose überfordert und wissen nicht, wohin sie sich wenden können“, beschreiben Antonia Müller und Evelyn Suritsch von der Selbsthilfegruppe Myasthenia gravis ihre Erfahrungen. Sie fordern auch eine verstärkte Aufklärung, beispielsweise von Augenärztinnen und -ärzten, die oft in der Früherkennung eine zentrale Anlaufstelle sind.

Auch die Sozialversicherungsträger sehen sich mit neuen Fragen konfrontiert. Während stationäre Therapien klar budgetiert waren, müssen Kosten- und Erstattungsmodelle für innovative Arzneiformen im ambulanten Setting oder über Cost-Sharing-Modelle neu verhandelt werden. Hier zeigt sich ein bekanntes Spannungsfeld: Einerseits entstehen höhere Ausgaben für moderne Medikamente, andererseits sinken die Kosten für Krankenhausaufenthalte und die indirekten Belastungen durch Arbeitsausfälle oder eingeschränkte Teilhabe. Eine gesamtheitliche gesundheitsökonomische Betrachtung wird



Die beiden Betroffenen Antonia Müller und Evelyn Suritsch brachten beim Round Table in Alpbach ihre Erfahrungen als Patientinnen ein und diskutierten gemeinsam mit Expertinnen und Experten über die Versorgungssituation bei Myasthenia gravis.

daher entscheidend sein, um die Versorgung langfristig auf ein stabiles Fundament zu stellen. Zentren sind unbestritten eine gute Anlaufstelle für Betroffene. Während sich Topakian aber mehr derartige Zentren wünscht – zumindest zehn für ganz Österreich – bremst Prim Dr. Gudrun Wolner-Strohmeyer, leitende Ärztin der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB), die Euphorie: „Wir wollen alle Patientinnen und Patienten gut versorgt haben, aber wir müssen die Ökonomie im Auge behalten. Ich denke, dass fünf oder sechs Zentren in Österreich ein guter Schnitt wären, um die medizinische Expertise dort zu bündeln.“ Weitere Unterstützung könnten nach Ansicht der Expertinnen und Experten neben einem Ärzteteam dort auch Case-Manager leisten, die über die medizinische Versorgung hinaus auch soziale und pflegerische Themen mit den Betroffenen besprechen könnten. Zentrumslösungen sollten gleichzeitig auch so weit mit einem Vertrauensvorschuss gekoppelt sein, dass auch hochpreisige Therapien rasch und unbürokratisch bewilligt werden könnten. Topakian begrüßt diesen Ansatz und betont: „Wir brauchen zeitnahe, verbindliche und gesetzlich verankerte Fristen, auf die wir uns verlassen können. Aktuell dauern Bewilligungen sehr lange und die Ergebnisse sind oft nicht nachvollziehbar oder begründet. Damit verschlechtert sich nicht nur die Patientenversorgung, wir setzen damit auch unseren Ruf gegenüber der eigenen Geschäftsführung und der Klinikleitung aufs Spiel.“ Direkte Rückfragen bei den Sozialversicherungen sollten möglich sein, dazu braucht es zumindest Kontakt-Telefonnummern, idealerweise auch Ansprechpersonen für die Kliniken bzw. Zentren.

Ressourcen sinnvoll einsetzen

Für die Patientinnen und Patienten selbst eröffnet sich ein neues Kapitel der Krankheitsbewältigung. Wer früher alle paar Wochen ins Krankenhaus musste, kann heute viele Schritte selbstständig übernehmen. Das steigert nicht nur die Lebensqualität, sondern stärkt auch die

Eigenverantwortung im Umgang mit der Erkrankung. Zugleich ist es aber eine Herausforderung, denn nicht jeder fühlt sich der Selbstanwendung von Medikamenten sofort gewachsen. Auch hier braucht es eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen, Ärzten, Pflegepersonal und spezialisierten Zentren, um Ängste abzubauen und die Sicherheit zu gewährleisten. „Wir haben im Moment mehrere neurologische Therapien, die nicht in den niedergelassenen Bereich verlagert werden können, weil es noch zu keiner Einigung über die Kostenaufteilung gekommen ist. Damit müssen Patientinnen und Patienten den weiten Weg ins Spital auf sich nehmen, obwohl dies eigentlich gar nicht der Best Point of Care ist“, schildert Mag. pharm. Gunda Gittler, Leiterin des Einkaufs sowie der Anstalts- und öffentlichen Apotheke der Barmherzigen Brüder in Linz. Sie ist überzeugt, dass es einen Mittelweg geben muss: „Wenn der Best Point of Care zu Hause ist, muss das auch möglich sein. Dennoch braucht es die Kontrollen und das Feedback an das Zentrum, das könnte zum Beispiel auch über Telekonsultationen möglich sein.“ Prof. (FH) Dr. Bernhard Rumm, MBA von der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich hofft auf weitreichendere Veränderungen im System: „Wir dürfen nicht die Ressourcen der Medizinerinnen und Mediziner mit bürokratischen Hürden vergeuden. Hier ist dringend zu optimieren.“ Zudem verweist er auf die Tatsache, dass ein erheblicher Teil des Patientengutes mit Myasthenia gravis im erwerbsfähigen Alter ist: „Das bedeutet, dass wir einen raschen und guten Zugang zu den Therapien schaffen müssen, um die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Das ist kein volkswirtschaftliches Argument, sondern eine Frage von Lebensqualität und Teilhabe.“

Einig sind sich die Expertinnen und Experten auch, dass die Vernetzung und die Kommunikation zwischen allen an der Versorgung der Betroffenen beteiligten Stakeholder noch verbesserungswürdig ist. Kurze Wege, rasche Entscheidungen und unbürokratische Strukturen sind dazu die wesentlichen Eckpfeiler. **P**





PERFORMANCE

Diabetesversorgung in Österreich

PRAEVENIRE hat in Kooperation mit der Österreichischen Diabetesgesellschaft kürzlich in Alpbach die Diskussion um die Diabetesversorgung fortgesetzt. Ziel ist, die zahlreichen Aktivitäten in Österreich zusammenzuführen und konkrete nächste Schritte zu definieren. **DABEI KÖNNTE DIE DIABETESVERSORGUNG SOGAR ALS LEUCHTTURMPROJEKT FÜR ALLE CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN HERANGEZOGEN WERDEN.** | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Prognosen der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) gehen davon aus, dass bis zum Jahr 2030 mehr als eine Million Menschen in Österreich von Diabetes Mellitus betroffen sein könnten. Die Behandlung und die damit verbundenen Folgeerkrankungen verursachen nicht nur persönliches Leid, sondern auch hohe Kosten im Gesundheitssystem. Verbesserte Versorgungsstrukturen könnten beide Entwicklungen nachhaltig stoppen oder zumindest verlangsamen.

Daten zeigen trübes Bild

Wie der aktuelle Diabetes Atlas der IDF (International Diabetes Federation) 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. Ein Versuch der ÖDG, mit der Gesundheit Österreich (GÖG) anhand der über die Sozialversicherung erfassten Diabetesmedikationen zu errechnen, wie hoch der Versorgungsbedarf in Österreich wäre, zeigt trübe Aussichten: Die Dunkelziffer könnte weitaus höher liegen, da viele Fälle oft lange Zeit unerkannt bleiben. Häufig kolportierte Berechnungen, jedoch auf Basis unklarer Quellen, gehen von 12.000 Diabetes-bezogenen Todesfällen pro Jahr aus, die Gesundheitsausgaben sollen bei 5.025 EUR pro Person liegen. Sicher ist, dass die Zahl kontinuierlich wächst und bekannte Risikofaktoren wie Übergewicht, Bewegungsmangel und eine alternde Bevölkerung die größten Treiber sind. Die Auswirkungen auf das Gesundheitssystem sind enorm. So liegt Österreich 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“, beschreibt ÖDG-Präsident Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching, MBA, Facharzt für Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen und Vorstand der 5. Med. Abteilung der Klinik Ottakring.

Betroffene meist uninformatiert

In einer der bislang größten Studien ihrer Art haben Forscherinnen und Forscher aus Oberösterreich systematisch den Blutzuckerwert (HbA1c) von über 3.000 erwachsenen Krankenhauspatientinnen und -patienten untersucht. Durchgeführt wurde die Untersuchung an drei Krankenhäusern in Linz und Gmunden. Das Ergebnis ist alarmierend, denn jeder zweite Pa-

tient litt an Diabetes oder einer Vorstufe davon, dem Prädiabetes. Besonders häufig betroffen waren ältere Menschen. In der Altersgruppe zwischen 70 und 79 Jahren hatte sogar über ein Drittel der stationär Aufgenommenen Diabetes. Noch alarmierender ist der Umstand, dass ein Großteil der Betroffenen nicht einmal von der eigenen Erkrankung Bescheid wusste. So wurde bei 73 Patientinnen und Patienten, die wegen ganz anderer Beschwerden in das Spital kamen, der Diabetes erst im Rahmen des Krankenhausaufenthalts entdeckt. Daher fordert Fasching: „Die flächendeckende Bestimmung des HbA1c-Wertes ist kostengünstig und muss bei Spitalsaufnahmen zur Routine werden, wenn wir Versorgungslücken schließen und Folgeerkrankungen verhindern wollen.“ Diese Studie zeigt auch einen engen Zusammenhang zwischen erhöhtem Blutzucker und anderen Erkrankungen, wie Herzschwäche, Bluthochdruck und Gefäßerkrankungen, die bei Menschen mit Diabetes oder Prädiabetes deutlich häufiger festgestellt wurden.

In einer Untersuchung der Österreichischen Diabetesgesellschaft wurden knapp 6,5 Millionen Nüchternblutzuckerwerte aus der Vorsorgeuntersuchung von den Jahren 2017-2023 untersucht und mit der AUSTRO-PROFIT Studie, die in allgemeinmedizinischen und internistischen Ordinationen in ganz Österreich durchgeführt wurde, verglichen. Auch hier zeigt sich, dass sieben Prozent der Teilnehmenden an bekanntem Typ-2-Diabetes leiden, während drei Prozent bislang unentdeckten Diabetes aufwiesen. Prädiabetes wurde bei rund 20 Prozent festgestellt. Daten aus der AUSTRO-PROFIT Studie zeigen weiters, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität auch bei Menschen mit undiagnostizierten Zuckerstoffwechselstörungen reduziert ist.

Menschen mit Prädiabetes zeigen ein hohes Progressionsrisiko: Ohne gezielte Lebensstilintervention und, falls nötig, medikamentöse Unterstützung entwickelt innerhalb von etwa zehn Jahren rund ein Drittel oder mehr einen manifesten Diabetes. Die wichtigsten Risikofaktoren sind Alter und Übergewicht. In Untersuchungen zeigen 60- bis 69-Jährige einen Prädiabetesanteil bis etwa 40 Prozent. Der Anteil mit bereits manifestem Diabetes liegt im Alter zwischen 60 und 80 Jahren bei bis zu rund 12 Prozent. Fasching weist auch auf die Schwierigkeiten bei der leitlinienkonformen Betreuung hin: „Wir haben bei Menschen mit manifestem Diabetes auch die Qualität der Betreuung erhoben und als Zielparameter die Blutdruckeinstellung, die LDL-Cholesterin-Kontrolle und die Hb1C-Kontrolle bewertet. Etwa jeweils knapp die Hälfte der Personen lag bei diesen unterschiedlichen Parametern im empfohlenen Zielbereich laut Leitlinien. Nur bei 15 Prozent

wurden alle Parameter leitliniengerecht erfüllt.“ Das zeigt, dass ohne Adhärenz selbst die ambitioniertesten Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in der Praxis vor großen Herausforderungen stehen.

Konzept für eine abgestufte, integrierte Betreuung

Zur Verbesserung der österreichischen Situation wurde – mit Unterstützung von PRAEVENIRE – eine Arbeitsgruppe eingerichtet, in der Stakeholder aus der Sozialversicherung, der Österreichischen Diabetesgesellschaft, IT-Fachleute sowie Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitsministeriums und der Selbsthilfe zusammenarbeiten, um ein abgestuftes, integriertes Betreuungskonzept zu entwickeln. Die Allgemeinmedizin nimmt dabei im Rahmen des Disease-Management-Programms „Therapie aktiv“ die breiteste Rolle ein. Früherkennung und Screening, der Therapiestart sowie die kontinuierliche Fallführung in der Langzeitbetreuung und die Einbindung weiterer Gesundheitsberufe soll in ihrer Verantwortung liegen. Danach soll ein strukturierter Überleitungsweg in die nächste Versorgungsstufe folgen, den allgemein-internistischen Bereich, der jedoch gezielt mit zusätzlicher Diabeteskompetenz ausgestattet werden muss, denn nicht alle internistischen Fachärztinnen und -ärzte sind unmittelbar diabetologisch tätig. Zudem bestehen Abrechnungs- und Leistungsabbildungsprobleme, die zu beheben sind. Die ÖDG könnte dafür auch spezielle Qualifikationscurricula konzipieren, anbieten und evaluieren. Diese würden es ermöglichen, spezialisierte Leistungen eindeutig abzubilden und angemessen zu refundieren. Wo erforderlich, sind Fachabteilungen in Spitälern oder spezialisierte Ambulanzen als Ansprechpartner der oberen Versorgungsstufe einzubinden. „Ziel ist eine klar geregelte, durchgängige Versorgungskette vom Erstkontakt bis zur spezialisierten Betreuung. Es sollte auch eine klare Verpflichtung für Betroffene geben, in diese Programme und Versorgungsstrukturen eingebunden zu werden“, meint Fasching.

Unterstützung für die Idee kommt auch aus dem aktuellen Regierungsprogramm, das auf einen elektronischen Diabetespass als Unterstützungssystem für ein Disease-Management-Programm Therapie aktiv 2.0 setzt. Über die zu erwartende Diagnosecodierung könnten erstmalig auch die entsprechende Behandlungs- und Betreuungspfade über die elektronische Patientenakte ELGA gesteuert werden. Ein Ausbau der Primärversorgungszentren, in denen verschiedene Berufsgruppen zusammenarbeiten, und die Einrichtung von Facharztzentren für chronische Krankheiten könnten die strukturierte Diabetesversorgung als Leuchtturmprojekt für viele andere chronische Erkrankungen ausweisen.





Neue Medikamente reduzieren Progression

Schulungsprogramme und diätologische Beratungen sind im niedergelassenen Bereich schwer umzusetzen, insbesondere für Einzelordinationen. Oft fehlt es an finanzieller Attraktivität und den logistischen Rahmenbedingungen. „Wir müssen auf jeden Fall den Lebensstil im Auge haben, denn Menschen mit Prädiabetes oder schon manifestem Diabetes brauchen Schulungen und Ernährungsberatung. Doch es braucht sechs Teilnehmende, um überhaupt mit einer Schulung starten zu können, diese Voraussetzung ist oft in einer Einzelordination im ländlichen Raum nicht gegeben“, betont Priv.-Doz. Dr. Gersina Rega-Kaun, erste Sekretärin der ÖDG, und liefert weitere Daten, die das begründen: „Evidenz aus Dänemark zeigt, dass jeder fünfte Mensch mit Prädiabetes in den nächsten fünf Jahren einen Diabetes entwickelt. Eine Gewichtsreduktion von mindestens sieben Prozent und mindestens 150 Minuten Bewegung pro Woche könnten das Risiko für eine Diabetesmanifestation um 58 Prozent senken.“ Im Fokus stehen derzeit auch neue Medikamente, die beim Abnehmen helfen und den Blutzucker regulieren, die sogenannten Inkretine, die Mono GLP-1- und duale GLP1/GIP-Rezeptoragonisten umfassen. Allerdings zeigten Studienergebnisse auch, dass es nach Absetzen der Medikation zu einem Rückgang der positiven Effekte wie Gewichtsabnahme kam, was auf die Notwendigkeit einer langfristigen Therapie bei Hochrisikopatientinnen und -patienten hinweist.

Zugang zu modernen Therapien ausbauen

Auch Rega-Kaun sieht eine zentrale Herausforderung in Österreich in der weiter steigenden Diabetesprävalenz, vorangetrieben durch eine alternde Bevölkerung, zunehmende Adipositas und Bewegungsmangel. Entsprechend groß ist der Handlungsbedarf entlang der gesamten Versorgungskette: „Wir müssen konsequent hinschauen und systematisch identifizieren, wer eine Störung des Glukosestoffwechsels hat. Darauf aufbauend braucht es ein flächendeckendes wirksames Disease-Management-Programm, das modernisiert und stärker genutzt wird.“ Aktuell sind zu wenige Betroffene eingeschrieben und zu wenige Behandelnde beteiligt. Jede neu diagnostizierte Person soll strukturiert geschult werden – mit niedrigschwelligen, leicht zugänglichen Angeboten, die die Gesundheitskompetenz nachhaltig stärken. „Parallel dazu ist der Zugang zu modernen Therapien und Diabetes-Devices auszubauen, etwa kontinuierlicher Glukosemessung (CGM) und automatisierten Insulinsystemen. Digitale Innovationen und Telemedizin müssen zum Standard werden; ein elektronischer Diabetespass muss Befunde, Behandlungspläne und To-dos für alle Beteiligten



Diskussionsteilnehmende,
v. l. n. r.:

- Harald Führer
- Thomas Holzgruber
- Peter Fasching
- Gersina Rega-Kaun
- Gudrun Wolner-Strohmeyer
- Erwin Rebhandl
- Herbert Puhl (Moderation)

in Echtzeit bündeln“, fordert Rega-Kaun. Das setzt wiederum die Diagnosecodierung und eine IT-Vernetzung voraus, in der nicht nur Endokrinologinnen und Endokrinologen Zugang haben, sondern alle Berufsgruppen sichtbar beitragen und Informationen unmittelbar verfügbar sind.

Modernisierung und Adaptierungen

Allgemeinmediziner und PRAEVENIRE-Vorstandsmitglied Dr. Erwin Rebhandl war an der Entwicklung von Therapie aktiv von Beginn an beteiligt und betreute seine Patientinnen und Patienten konsequent nach diesem Programm. „Die Akzeptanz war immer hoch, aber ich denke auch, dass es eine Modernisierung und Adaptierungen benötigt.“ Entscheidend ist für ihn, dass alle Menschen mit Diabetes in dieses Programm aufgenommen werden müssen und: „Solange die Teilnahme für Behandelnde freiwillig ist, erreicht man bestenfalls die Hälfte aller Ordinationen.“ Er fordert, dass mit dem Kassenvertrag auch der volle Leistungsumfang von Therapie aktiv verlässlich erbracht wird, einschließlich Prädiabetes-Management, denn: „Wer bereits im Vorfeld strukturiert begleitet wird, kann die Manifestation bzw. Progression deutlich verzögern.“ Daher plädiert Rebhandl unter anderem dafür, diätologische Leistungen auch extramural über die Sozialversicherungen abrechenbar zu machen. Für die Steuerung und Qualitätssicherung seien außerdem einheitliche Codierungen notwendig, um solide Daten direkt aus der Primärversorgung zu generieren und genau dort die Kapazitäten anzupassen.

Auch aus Sicht von Prim. Dr. Gudrun Wolner-Strohmeyer, MPH, leitende Ärztin der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB), braucht es klare strukturelle Schritte. Auch sie fordert, alle Betroffenen automatisch in ein Disease-Management-Programm einzuschreiben, mit der Möglichkeit zum Opt-out. „Die Versorgung muss interdisziplinär organisiert werden und es braucht Zusatzmodule zur gezielten diabetologi-

schen Qualifizierung.“ Sie plädiert auch auf den Ausbau von Telemedizin und digitale Anwendungen: „Wir wissen, dass sich viele Leistungen, etwa Psychologie, Physiotherapie oder Diätologie, effizient online erbringen lassen. Wir haben bereits Projekte, die zeigen, dass es fachlich funktioniert und ökonomisch sinnvoll ist.“

Gesellschaftliche Herausforderungen rasch annehmen

DI Harald Führer, Präsident der Selbsthilfereininitiative „Wir sind Diabetes“ ortet immerhin Fortschritte in der Stärkung der Selbsthilfe, wenn auch eine Basisfinanzierung noch nicht in Sicht ist. Die wäre aber dringend notwendig, um die Arbeit weiter sicherzustellen: „Wir bauen derzeit Kinder- und Schulungscamps aus. Eltern teilnehmender Kinder werden finanziell unterstützt werden.“ Er sieht seine Aufgabe auch darin, Awareness zu schaffen und Betroffene zu ermutigen, bestehende Angebote und Leistungen aktiv einzufordern. „Viele kennen Therapie aktiv gar nicht, aber nur so wird das Programm im Alltag ankommen.“

Dass es Maßnahmen braucht, um die Bevölkerung aktiv mitzunehmen, etwa durch Anreize wie eine steuerliche Begünstigung von Mitgliedsbeiträgen in Sportvereinen, bringt Hofrat Dr. Thomas Holzgruber, Patientenombudsman der Ärztekammer für Wien, ein. „Gleichzeitig dürfen wir uns nicht der Illusion hingeben, den Fachkräftemangel kurzfristig zu lösen. Die Ausbildung von Endokrinologinnen und Endokrinologen dauert im Schnitt rund 15 Jahre, das ist kein schneller Hebel.“ Er plädiert für den Ausbau von Facharztzentren als ambulante Anlaufstellen zwischen Hausarztpraxis und Krankenhaus und sieht die Zuständigkeits- und Finanzierungsstreitigkeiten zwischen Sozialversicherung und Ländern als großen Hemmschuh. Das Ergebnis ist Stillstand, der nur dann aufgebrochen werden kann, wenn es parallel zu integrierten Versorgungsmodellen auch integrierte Finanzierungsmodelle geben kann. **P**





Ein Tanz für das Leben

Sheida Samyi | Digitale Illustration,
Mixed Media, 80 x 120cm
„Lebensfreudetänzer“

Vorhang auf für den 74. Wiener Ärzteball! 2026 verwandelt sich die Hofburg in eine Manege der Lebensfreude: Unter dem Motto „Ein Tanz für das Leben – eine Charity-Nacht für die CliniClowns“ feiern wir das Leben und setzen uns für jene ein, die Unterstützung und Zuversicht brauchen. Erleben Sie eine Ballnacht voller Zirkuszauber und unvergesslicher Momente.

SAMSTAG, 31. JÄNNER 2026, WIENER HOFBURG

EINLASS 20.00 UHR, ERÖFFNUNG 21.30 UHR

Programm, Karten & Tischplätze: www.aerzteball.at

Wir danken unseren Partnern und Sponsoren:

Besuchen Sie uns auf:



August-von-Reuss-Medaille für Markus Wieser

Bei der Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) in Graz wurde Markus Wieser mit der August-von-Reuss-Medaille ausgezeichnet. Die Gesellschaft vergibt die Auszeichnung alle zwei Jahre an Persönlichkeiten, die die Sozialpädiatrie in Österreich organisatorisch oder strukturell vorangebracht haben.

MIT WIESER ERHÄLT ERSTMALS EIN NICHT-MEDIZINER DIE EHRUNG – EIN HINWEIS DARAUF, WIE PRÄGEND SEIN BEITRAG FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN WAR. | von Katharina Irwitzer

Der Anstoß für Wiesers Engagement liegt im Jahr 2008. Seine damals zwölfjährige Tochter Raphaela erkrankte an Leukämie und wurde im St. Anna Kinderspital erfolgreich behandelt. Bald zeigte sich jedoch eine Versorgungslücke: Während Erwachsene auf spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen zurückgreifen konnten, gab es für Kinder und Jugendliche kein vergleichbares Angebot in Österreich. Familien mussten auf deutsche Einrichtungen wie Tannheim oder die Katharinenhöhe ausweichen. Wieser gründete daraufhin 2009 den Förderverein für Kinder- und Jugendlichenrehabilitation, damals noch „Initiative Kinderreha“. Aus der persönlichen Betroffenheit wurde eine politische Mission.

Von der Elterninitiative zum politischen Beschluss

Der Weg von der Idee bis zur Umsetzung war lang. Bereits 2010 wurde im Gesundheitsministerium ein „Gesundheitsdialog“ gestartet, in dessen Rahmen die Arbeitsgruppe 4 unter Leitung von Prof. Schlögel tagte. Dort wurde erstmals systematisch der Bedarf an Kinder- und Jugendlichenrehabilitation erhoben – rund 343 bis 353 Betten österreichweit, inklusive spezieller familienorientierter Angebote bei onkologischen Erkrankungen. 2012 fanden die Ergebnisse Eingang in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG). Damit war erstmals ein politisches Bekenntnis zur Kinderreha verankert. 2013 griff auch die

Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie das Thema auf. Ab diesem Zeitpunkt ging es um konkrete Umsetzung: rechtliche Regelungen, Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern und nicht zuletzt die Finanzierung. Wieser war dabei die treibende Kraft. Er brachte Betroffene, Fachärzte, Institutionen und Politiker an einen Tisch, verhandelte mit Hartnäckigkeit und diplomatischem Geschick. Besonders schwierig war die Einigung über die Finanzierung. Wieser sprach von der Notwendigkeit, das „österreichische Kastlendenken“ zu überwinden. Schließlich wurde ein Modell entwickelt, das rund 33 Millionen Euro jährlich für die Kinder- und Jugendreha bereitstellt. 2015 folgte ein europaweites Vergabeverfahren, 2018 nahmen die ersten Zentren ihren Betrieb auf. Inzwischen gibt es sechs spezialisierte Einrichtungen in vier Versorgungszonen, die Kinder und Jugendliche mit verschiedensten Indikationen aufnehmen können.

„Ohne Markus Wieser gäbe es die Kinder- und Jugendrehabilitation in Österreich in dieser Form nicht“, betonte Univ.-Prof. Wolfgang Sperl in seiner Laudatio.

Weitere Erfolge und aktuelle Themen

Doch mit dem Aufbau der Einrichtungen endete Wiesers Engagement nicht. Er setzte sich für Qualitätsstandards ein, für familienfreundliche Strukturen und für die Begleitung durch Eltern. 2023 konnte er durchsetzen, dass Eltern einen Rechtsanspruch auf die Begleitung ihres Kindes bis zum 14. Lebensjahr haben. Für bis zu vier

Wochen erhalten sie seither finanzielle Unterstützung.

Parallel weitete Wieser seinen Blick auf die gesamte Kinder- und Jugendgesundheit. Seit 2021 veranstaltet er die „Kinder- und Jugendgesundheitstage“ in Hirschwang. Dort werden Themen wie Fachkräftemangel, Digitalisierung oder Prävention diskutiert. Mittlerweile haben sich die Gipfelgespräche zu einer festen Plattform etabliert.

Sein jüngstes Projekt ist ein Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit in Bad Vöslau. Dort sollen Prävention, Therapie, Nachsorge und Facharztversorgung unter einem Dach gebündelt werden – ein Modell, das auch auf EU-Ebene Aufmerksamkeit gefunden hat. Wieser konnte es persönlich beim EU-Gesundheitskommissar vorstellen.

„Ich würde es wieder tun“

Anlässlich des 15-jährigen Bestehens des Fördervereins veröffentlichte Wieser 2024 das Buch „Ich würde es wieder tun“. Darin schildert er den langen Weg von der Elterninitiative bis zur Umsetzung der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation. Der Titel fasst zusammen, was ihn antreibt: persönliche Betroffenheit, aber auch Mut und Konsequenz.

Wieser betont dabei immer, dass der eigentliche Auslöser seine Tochter Raphaela war. „Somit ist Raphaela eigentlich diejenige, die es ermöglicht hat, dass jedes Jahr Kinder und Jugendliche in Österreich gemeinsam mit ihren Eltern die Kinderreha besuchen können“, schreibt er.

Bedeutung der Auszeichnung

Die August-von-Reuss-Medaille erinnert an den Wiener Kinderarzt August von Reuss (1879–1954), der als Pionier der Sozialpädiatrie gilt. Sie wird an Persönlichkeiten verliehen, die die Kinder- und Jugendheilkunde organisatorisch vorangebracht haben. Dass mit Markus Wieser ein Gewerkschafter und Vereinsgründer ausgezeichnet wird, verdeutlicht, dass auch außerhalb der Medizin nachhaltige Impulse gesetzt werden können.

Ein Preis mit Signalwirkung

Für Wieser selbst ist die Ehrung keine persönliche Inszenierung, sondern Ausdruck einer kollektiven Leistung: „Die Auszeichnung ist eine Ehre für mich und ich nehme sie demütig an. Sie ist eine besondere Würdigung aller Unterstützer und Mitarbeiter des Fördervereins sowie aller betroffenen Kinder und ihrer Familien.“ Dass die Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde ihn ehrt, unterstreicht die Bedeutung bürgerschaftlichen Engagements für das Gesundheitswesen – und zeigt, dass Veränderungen oft dort ihren Anfang nehmen, wo persönliches Erleben auf politische Tatkraft trifft. **P**



Am Bild von links nach rechts:

Univ.-Prof. Wolfgang Sperl, Vizepräsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, Univ.-Prof. Daniela Karall, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, Preisträger Markus Wieser





Missbrauch hinterlässt Spuren.

Sehen Sie genauer hin.

Helfen Sie betroffenen Kindern mit Ihrer Spende.



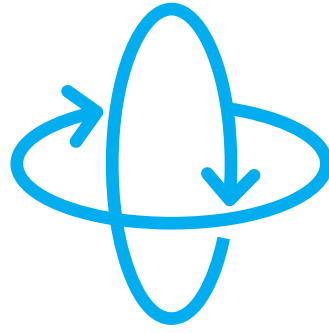
die-moewe.at/spende

360°Blick

Leben mit einer Seltenen Erkrankung

Pro Rare Austria „Helpline SE“:

Anfragen bei zentraler Anlaufstelle für Betroffene nehmen weiter zu



Pro Rare Austria ist die einzige Organisation in Österreich, die als Anlaufstelle und Informationsquelle für Menschen mit seltenen Erkrankungen, deren Angehörige oder Personen auf der Suche nach einer Diagnose fungiert. Für viele Betroffene sind wir „der letzte Anker“.

Der Vergleich mit den letzten Jahren zeigt eine deutliche Steigerung solcher Anfragen mit jedem Jahr. 2024 erreichten uns 138 Anfragen (Erstkontakte, pot. Folgekontakte nicht inkludiert), mehrheitlich per Telefon. Für den Ausblick auf 2025 zeichnet sich bis Mitte des Jahres bereits eine Verdoppelung der Kontaktaufnahmen ab. Dies zeigt, dass die Aktivitäten unserer Öffentlichkeitsarbeit und der Bewusstseinsbildung eines unserer Ziele erreichen, nämlich die Aufmerksamkeit bei Betroffenen, Angehörigen, medizinischem und Gesundheitspersonal zu wecken bzw. hoch zu halten.

Die Kontaktaufnahme erfolgt häufig auf **Empfehlung**, u. a. durch Ärzt:innen und Gesundheitspersonal. Viele Betroffene finden uns jedoch auch eigenständig über Websuchen, soziale Medien oder Medienberichte, in denen Pro Rare Austria erwähnt wird.

Alle Anfragen werden unabhängig von einer Mitgliedschaft und kostenfrei bearbeitet. Aufgrund des notwendigen Rechercheaufwands und unserer begrenzten personellen Ressourcen kann die Beantwortung etwas Zeit in Anspruch nehmen.

Die Gründe für die Kontaktaufnahme sind primär folgende:

- Wunsch nach Austausch mit anderen Betroffenen
- Suche nach einer Diagnose
- Fragen zu Sozialleistungen, Erstattung und Systempartner:innen
- Kontakte für Versorgung (Zentren, Ärzt:innen) zu erhalten



Mag. Ella Rosenberger,
Geschäftsführung Pro Rare Austria

Anhand einer kurzen Liste einfacher Fragen werden die wichtigsten Informationen von Betroffenen in einem **Online-Formular strukturiert eingeholt**, um die Anfrage schnell bearbeiten und gegebenenfalls eine Weiterleitung an Mitglieder unseres Medizinischen Beirats zu ermöglichen. Auch ein länderübergreifender Austausch ist möglich: Häufig nehmen wir mit den Dachorganisationen in Deutschland (Allianz chronischer seltener Erkrankungen – ACHSE) und in der Schweiz (ProRaris) Kon-

takt auf, wodurch immer wieder grenzüberschreitende Vernetzung mit anderen Betroffenen vermittelt werden kann.

Viele der Anfragenden werden später selbst Mitglieder von Pro Rare Austria – nicht zuletzt, um Teil der Community zu sein und von unseren krankheitsübergreifenden Angeboten sowie vom Austausch mit anderen zu profitieren.

Bestätigung durch Pro Rare Austria Mitglieder-Umfrage 2024

Als Dachverband ist der Austausch mit unseren aktuell 120 Mitgliedern für Pro Rare Austria eine Voraussetzung, um die gemeinsamen Herausforderungen und Erwartungen zu kennen, die den Motor für die Aktivitäten von Pro Rare Austria bilden. Daher wurde kürzlich auch wieder eine umfassende Umfrage unter den Mitgliedern durchgeführt. Unter den fünf am **wichtigsten gereihten Leistungen von Pro Rare Austria** aus einer Reihe von 13 vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurden die Austauschmöglichkeiten von Erfahrungs- und Fachwissen mit anderen Betroffenen und die Vermittlung zwischen Angehörigen/Betroffenen und Organisationen (z. B. fehlende Expert:innen-Nachfolge in SE Zentrum) gereiht.

Das bestärkt uns in unserer Arbeit, ebenso wie die Bereitschaft vieler Mitglieder, mehr beitragen zu wollen und je nach Expertise und Erfahrung mehr Partizipation und Mitarbeit in der Allianz anzubieten. Das freut uns sehr, macht es doch die Allianz und gemeinsame Stimme für die „Seltenen“ noch eindringlicher und stärker. **P**



Weiterführende Links:
Mitglieder-Umfrage:



Pro Rare Austria:



pro rare austria
allianz für seltene erkrankungen

volkshilfe.
WIEN

Mitkochen im Nordlicht.

In unserem Notquartier Nordlicht finden obdach- und wohnungslose Menschen einen sicheren Rückzugsort. Ganzjährig wird Verpflegung und ein Aufenthalt untertags ermöglicht, im Winter werden Schlafplätze angeboten.

Ab sofort suchen wir Freiwillige fürs Kochen. Ob einmalig oder regelmäßig: Ihre Zeit macht einen Unterschied.

Jetzt informieren: www.volkshilfe-wien.at/kochen
oder freiwillig@volkshilfe-wien.at



Onkologie 2030: Was darf Lebensqualität kosten?

Wissenschaftliche Erkenntnisse, medizinische Expertise und moderne Krebstherapien sichern vielen Betroffenen in Österreich eine gute Lebensqualität. Dennoch gilt es, eine Reihe offener Fragen zu klären, allen voran die **FINANZIERUNG**, den **AUSBAU DER FRÜHERKENNUNG** und eine **ÖSTERREICHWEIT EINHEITLICHE FLÄCHENDECKENDE VERSORGUNG**. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Warum Früherkennung gerade bei Lungenkrebs entscheidend für die Lebensqualität ist und welche Learnings vom Brustkrebs-Früherkennungsprogramm möglicherweise auch hier übertragbar sind, diskutierten Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen kürzlich in Alpbach. Zum Auftakt fasste jeweils ein Impulsreferat von Prim. Univ.-Prof. Dr. Judith Löffler-Ragg, Leiterin der Abteilung für Pneumologie am Landeskrankenhaus Hochzirl-Natters und Generalsekretärin der österreichischen Gesellschaft für Pulmonologie, sowie Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, Brustkrebspezialist am Comprehensive Cancer Center der MedUni Wien und Präsident der österreichischen Brustkrebsstudiengruppe ABCSG (Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group), den Stand der Diskussion zu Lungen- bzw. Brustkrebs in Österreich zusammen.

Lungenkrebs häufig zu spät entdeckt

In Österreich sterben jährlich rund 5.000 Menschen an Lungenkrebs, eine Zahl, die in etwa jener der Neuerkrankungen im selben Zeitraum entspricht. Die Ursache dieser schlechten Prognose liegt im Wesentlichen in der späten Diagnose, denn nur rund ein Viertel der Betroffenen wird in einem kurativen Behandlungsstadium vorstellig. Die Konsequenz sind eingeschränkte Therapieoptionen und ein deutlich reduziertes Langzeitüberleben.

Die Global Burden of Disease Initiative hat zuletzt 2021 dazu auch die Gesundheitsdaten aus Österreich ausgewertet. „Wir haben in Österreich eine sehr hohe Versorgungslast und erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem.

Lungenkrebs verursacht jährlich Gesellschaftskosten von rund vier Milliarden Euro. Auf Platz zwei liegt die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit 3,2 Milliarden Euro“, gibt Löffler-Ragg Einblick in die Daten und ergänzt: „Etwa 80 Prozent der neu diagnostizierten Menschen mit Lungenkrebs haben eine Fünf-Jahres-Überlebensrate von nur 20 Prozent. Lungenkrebs ist damit weltweit und auch in Österreich die Krebserkrankung mit der höchsten Sterblichkeit.“

Zwar wurden in den letzten Jahren enorme Fortschritte durch multimodale Behandlungskonzepte, interdisziplinäre Zusammenarbeit und moderne Medikamente erzielt, doch ist noch Luft nach oben. Positiv beschreibt Löffler-Ragg, dass in Österreich bei einem Krebsverdacht der Zugang zur Diagnostik gut und sehr rasch funktioniert, eine Einschätzung und der Therapiebeginn können meist binnen drei Wochen abgeschlossen werden. „Die eigentliche Limitation liegt in der Frage, wer überhaupt in den Verdacht gerät, krank zu sein. Meist handelt es sich um Zufallsbefunde, denn Symptome treten oft erst in späten Krankheitsstadien auf“, weiß die Medizinerin.

Dennoch stehen auch in fortgeschrittenen Stadien zunehmend mehr Optionen wie Chemotherapie, Immuntherapie, Kombinationen daraus oder zielgerichtete Medikamente bei bestimmten Mutationen zur Verfügung und eröffnen so auch neue Chancen in der Therapie. „Von regulatorischer Seite bemühen wir uns, die Zulassungen neuer Medikamente so rasch wie möglich voranzutreiben. Dafür wurden neue Prozesse entwickelt, etwa der PRIME-Prozess (Priority Medicines), der der pharmazeutischen Industrie frühzeitig Unterstützung in der Ent-

Diskussionsteilnehmender, digital dazugeschaltet

• Gabriel Rinnerthaler



wicklung bietet. Doch auch nach der Zulassung bleiben zahlreiche Hürden bestehen, wie die Frage der Erstattung oder der Nachbeobachtung. Gerade bei Orphan Drugs ist das notwendig, weil die behandelten Patientengruppen sehr klein sind und zusätzliche Daten gesammelt werden müssen“, sagt Prof. DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche, Regulatory-Affairs-Expertin.

Ein paar Sekunden sind genug

Die Low-Dose-Computertomografie (LDCT) ist das derzeit beste Verfahren zur Lungenkrebsfrüherkennung bei Hochrisikopersonen. „Ohne Kontrastmittel mit sehr geringer Strahlendosis benötigen moderne Geräte nur mehr fünf Sekunden und liefern hochpräzise Bilder“, weiß Löffler-Ragg um die Vorteile Bescheid. Nationale Programme, wie sie bereits in den USA und Großbritannien etabliert sind, empfehlen ein jährliches Screening für bestimmte Risikogruppen wie Rauchende, ehemalige Raucherinnen und Raucher oder Personen in einem höheren Lebensalter. Stellt man die Kosten der Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium den Kosten einer Früherkennung und den damit verbundenen Behandlungsausgaben gegenüber, so wiegt Letzteres den Aufwand jedenfalls auf, denn die Behandlungskosten im Stadium IV sind fast doppelt so hoch wie noch im Stadium III. Löffler-Ragg fordert daher dringend ein strukturiertes Programm zur Früherkennung von Lungenkrebs: „Damit können die Menschen länger in Erwerbsfähigkeit erhalten bleiben und auch die Raucherentwöhnung könnte mehr Erfolge erzielen. Ein weiterer Vorteil ist, dass auch rechtzeitig pulmonale und kardiovaskuläre Komorbiditäten detektiert und kostenintensive Therapien in einem Spätstadium vermieden werden.“ Bei Hochrisikopatientinnen und -patienten kann eine jährliche Low-Dose-CT-Untersuchung die Lungenkrebssterblichkeit um mindestens 20 Prozent senken. „Die niederländisch-belgische NELSON-Studie hat gezeigt, dass durch KI-gestützte Auswertung eine bessere Unterscheidung zwischen harmlosen und verdächtigen Befunden möglich ist. Das reduziert unnötige Eingriffe und verbessert die Diagnosesicherheit“, sagt Löffler-Ragg.

Österreich ist Schlusslicht in Europa

Eine Untersuchung, die auf die Wirtschaftlichkeit eines Lungenkrebscreenings mittels Low-Dose-Computertomografie in Österreich abzielt, ist überdies zu dem Ergebnis gekommen, dass durch die Etablierung einer Lungenkrebsfrüherkennung in Österreich rund 12.000 Lungenkrebstodesfälle abgewendet werden könnten. Der Nutzen würde bei knapp 16.000 Euro pro gerettetes Lebensjahr liegen und damit weit unterhalb der in Österreich üblichen Schwelle von 50.000 Euro pro QALY, dem qualitätskorrigierten Lebensjahr als Kennzahl für

Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen diskutierten in Alpbach über Früherkennung, moderne Therapien und die Zukunft der onkologischen Versorgung in Österreich





12. PRAEVENIRE GESUNDHEITSGESPRÄCHE in Alpbach 2025



Gegenstimmen, sei es mit dem Verweis auf Datenschutz, Finanzierung oder andere Vorbehalte. „Dabei ist klar, dass der Nutzen des Screenings überwiegt.“

Trotz allem geht die Entwicklung laufend weiter: „Aktuell wird intensiv an Studien zur Früherkennung von Metastasen gearbeitet.“ Neue Publikationen beschreiben Screeningmethoden, die noch spezifischer werden, etwa durch die Analyse minimaler Spuren von Tumor-DNA im Blut. „Solche Ansätze könnten künftig die Effizienz radiologischer Verfahren steigern, indem nur jene Patientinnen weiterführende Untersuchungen erhalten, bei denen tatsächlich ein Risiko besteht“, ist Gnant überzeugt und rät gemeinsam mit Angelika Widhalm vom Bundesverband Selbsthilfe auf jedenfall zu mehr Mut: „Das Konzept für ein Lungenkrebscreening muss nicht perfekt sein, denn auch ein akademischer Exzellenzanspruch ist ein Rezept, um eine Umsetzung zu verhindern. Wir müssen weg von der Planung hin ins Tun kommen.“

Dr. Gabriel Rinnerthaler von der Klinischen Abteilung für Onkologie der Med Uni Graz sieht hingegen eine wissenschaftliche Begleitung durchaus als Schlüssel zum Erfolg. „Eine begleitende Evaluierung von Anfang ist wichtig, denn ohne systematische Datenerhebung lassen sich weder die Effizienz noch die Detektionsraten zuverlässig beurteilen, und innovative Methoden können nicht rechtzeitig integriert werden. Nur so lässt sich der langfristige Nutzen für Betroffene und das Gesundheitssystem beurteilen.“

Zugang zu neuen Krebstherapien

Unabhängig ob Lunge, Brust oder andere Indikationen betrachtet werden: Insgesamt stehen heute deutlich mehr Therapien als noch vor einigen Jahren zur Verfügung und mit zunehmendem Wettbewerb auf dem Markt sind auch die Preise dafür weiter gesunken. „Gleichzeitig stoßen wir aber im Spitalsbereich auf strukturelle Probleme. Durch die LKF-Finanzierung hinken neue Präparate oft ein bis zwei Jahre hinterher, bis sie überhaupt eine Bepunktung erhalten. Diese Verzögerung erschwert den frühzeitigen Einsatz moderner Therapien, obwohl diese zwar Kosten verursachen, aber zugleich auch erhebliche Vorteile für Betroffene bringen“, sagt Mag. Gunda Gittler, MBA, Leiterin der Krankenhausapotheke der Barmherzigen Brüder Linz. Die Realität zeigt zudem Unterschiede zwischen Universitätskliniken und Versorgungskrankenhäusern und auch innerhalb einzelner Bundesländer sind Unterschiede spürbar. „Nicht selten hängt der Einsatz neuer Therapien von der Initiative und Reputation einzelner Ärztinnen und Ärzte ab“, weiß Gittler aus der Praxis. Dass am Ende keine fachliche Frage im Raum steht, sondern eine politische und gesellschaftliche Frage, erfordert eine offene Diskussion über den Wert von Leben und Lebenszeit und darüber, wie viel einer Gesellschaft die Lebensqualität der Betroffenen wert ist. Früherkennung und Prävention wären Maßnahmen, die nicht nur Erkrankungen verhindern, sondern auch die Produktivität steigern könnten, denn wer früh erkannt und rechtzeitig behandelt wird, kann oft weiterhin im Arbeitsprozess bleiben. Wer die gesellschaftlichen Auswirkungen von Krebserkrankungen diskutiert, muss alle Versorgungsbereiche einbeziehen – von der Akuttherapie bis hin zu Rehabilitation und palliativer Begleitung. Über strukturelle Anpassungen im Finanzierungssystem als auch eine gesellschaftspolitische Diskussion über Werte, Leistbarkeit und Prioritäten wird Österreich nicht umhinkommen. **P**

die Bewertung eines Lebensjahres in Relation zur Gesundheit.

Best-Practice-Beispiele mit flächendeckenden Screenings aus dem Vereinigten Königreich, Polen oder Kroatien zeigen die Vorteile klar auf. Deutschland wird ab April 2026 ein flächendeckendes Lungenkrebs-Screening einführen und plant jährlich zwei Millionen zusätzliche CT-Untersuchungen, finanziert über die gesetzliche Krankenversicherung. In Österreich hingegen gibt es bislang keine offiziellen Pilotprojekte. „Die Evidenz ist klar: Früherkennung wirkt. Um das in Österreich zu implementieren, braucht es eine Pilotphase, die Fragen zu Einschlusskriterien, Datenregistern, Software-Harmonisierung und Befundmitteilung klären kann. Wir haben einen Vorschlag unterbreitet, in Tirol ein Pilotprojekt mit 500 Teilnehmenden aufzusetzen, das mit einer digitalen Plattform vernetzt sein soll, die sich auch in ELGA integrieren ließe. KI-Algorithmen könnten helfen, österreichweit einheitliche Standards zu schaffen“, wünscht sich die Medizinerin. Zielgruppe sind aus ihrer Sicht Hochrisikopatientinnen und -patienten zwischen 50 und 74 Jahren. In Österreich betrifft das bis zu 600.000 Menschen. Realistisch wären zunächst 150.000 bis 300.000 jährliche Untersuchungen. „Österreich verfügt über eine solide Ausgangsbasis, mit 26 CT-Geräten pro einer Million Einwohner liegen wir knapp hinter Deutschland, aber vor Ländern wie Kroatien, Polen oder England. Das ist eine gute Grundlage, um optimistisch nach vorne zu blicken“, zeigt sich Löffler-Ragg zuversichtlich.

Forschung als Erfolgsfaktor

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen – eine von acht Frauen in Österreich erkrankt im Laufe ihres Lebens daran. Gleichzeitig zeigt sich aber auch, wie stark die Fortschritte der letzten Jahrzehnte sind: „Die Ein-Jahres-Überlebensrate von Brustkrebspatientinnen beträgt heute 95 Prozent, die Überlebensrate nach drei Jahren 90 Prozent und nach

Diskussionsteilnehmende v. l. n. r.:

- Herbert Puhl (Moderation)
- Hamid Schirasi-Fard
- Benjamin Glaser
- Eduardo Maldonado-Gonzalez
- Angelika Widhalm
- Johannes Kastner
- Christa Wirthumer-Hoche
- Gerald Radner
- Judith Löffler-Ragg
- Michael Gnant
- Gunda Gittler
- Hans Georg Mustafa

zehn Jahren 80 Prozent. Vergangenes Jahr lag die Brusterhaltungsrate bei den Operationen bei 80 Prozent“, beschreibt Gnant. 95 Prozent der österreichischen Mammakarzinom-Patientinnen werden derzeit in zertifizierten Zentren versorgt. Nach wie vor ist die Früherkennung der entscheidende Schritt: „Eine rechtzeitige Therapie steigert die Überlebenswahrscheinlichkeit“, so Gnant weiter. Ein Umstand, der auch die Kosten für die weitere Versorgung reduziert. Wie weit die Früherkennung inzwischen geht, zeigt ein Beispiel aus der Praxis: „Ich habe kürzlich eine Patientin mit einem Tumor von nur 1mm Größe operieren können – da ist die Heilung praktisch garantiert – ein großartiger Erfolg der Früherkennung“, freut sich Gnant.

Dass Österreich heute diese Vorreiterrolle einnimmt, war nicht immer selbstverständlich. „Wir waren das letzte EU-Land, das ein systematisches Brustkrebscreening eingeführt hat, und das auch erst unter deutlichem Druck der Europäischen Kommission. Der Aufbau war langwierig und es hat über zehn Jahre gedauert, bis ein klar geregeltes Programm mit Einladungsbriefen und regelmäßigen Mammografien für Frauen zwischen 50 und 70 Jahren etabliert war.“ Die formale Teilnahmequote liegt zwar nur bei rund 40 Prozent, tatsächlich ist die Abdeckung aber höher, weil viele Frauen ohne das Einladungsschreiben regelmäßig zur Mammografie kommen.

Herausforderungen sieht Gnant jedoch bei bestimmten Bevölkerungsgruppen. So werden rund 300.000 Frauen in Wien mit nicht-deutscher Muttersprache vom Screening deutlich schlechter erreicht. „Oft stehen gesellschaftliche Strukturen im Weg, etwa, wenn Frauen die Zustimmung von Ehemann oder Vater brauchen, um eine Untersuchung wahrzunehmen. Hier stößt das System aktuell klar an seine Grenzen“, weiß der Mediziner aus der Praxis. Hinzu kommt ein gewisses Zögern auch in der Politik, wenn es darum geht, Maßnahmen konsequent umzusetzen. Vorschläge stoßen schnell auf



Rare Diseases & Plasma: Versorgung muss gesichert sein

Plasmaprodukte sind für Menschen **MIT SELTENEN UND CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN LEBENSNOTWENDIG**, daher ist eine sichere und kontinuierliche Versorgung ein **ZENTRALER BESTANDTEIL EINER VORAUSSCHAUENDEN GESUNDHEITSPOLITIK**. Was Österreich zu einer resilienten europäischen Plasmastrategie beitragen kann, wurde kürzlich im Rahmen einer Expertenrunde im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelsprächs in Alpbach diskutiert. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Wien hat den Ruf, die Plasmahauptstadt Europas zu sein – und das nicht zu Unrecht, denn die Region rund um die österreichische Bundeshauptstadt weist eine in Europa einzigartige Konzentration an Infrastruktur, Know-how und international tätigen Unternehmen in der Plasmaindustrie auf. Wien und die unmittelbare Umgebung bieten die gesamte Prozesskette der Plasmanutzung an einem Ort: Plasmaspendezentren mit modernster Apherese-Technologie, biopharmazeutische Produktionsanlagen zur Fraktionierung des Plasmas, Qualitäts- und Sicherheitslabors für umfassende Testverfahren sowie Abfüll- und Verpackungsstätten für fertige Arzneimittel. Plasmaprodukte, auch Plasmaderivate genannt, sind aus menschlichem Blutplasma gewonnene Arzneimittel, die durch industrielle Fraktionierung hergestellt werden. Sie enthalten spezifische Plasmaproteine wie Immunglobuline, die zur Behandlung von Immundefekten oder Autoimmunerkrankungen eingesetzt werden, oder Albumin, das zur Stabilisierung des Blutvolumens bei Schock oder Verbrennungen zur Anwendung kommt.

In der EU – und damit auch in Österreich – gelten Plasmaprodukte als humanarzneiliche Produkte. Ihre Herstellung, Zulassung, Qualitätskontrolle und Überwachung unterliegen denselben strengen Regularien wie andere pharmazeutische Produkte, das heißt, sie müssen ein Zulassungsverfahren durchlaufen, klinisch geprüft werden und hohen Standards der pharmazeutischen Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit entsprechen. Das Rohplasma gilt nicht als Arzneimittel, sondern als sogenannte „Substance of Human Origin“ (SoHO) und fällt unter besondere EU-Richtlinien und natio-

nale Transfusionsgesetze. Erst nach industrieller Verarbeitung wird daraus ein Arzneimittel.

Steigender Bedarf

Blutplasma ist der Rohstoff hinter einer Vielzahl an hochspezialisierten Medikamenten, die in der modernen Medizin unersetzbar sind. Sie werden beispielsweise zur Behandlung seltener primärer Immundefekte, von Autoimmun- oder Gerinnungserkrankungen, bei neurologischen Störungen oder als unterstützende Therapie nach onkologischen Behandlungen eingesetzt. Plasmaprodukte sichern das Überleben, erhöhen die Lebensqualität und ermöglichen Teilhabe am sozialen und beruflichen Alltag – und das ist nicht erst seit Kurzem bekannt: „Diese Produkte sind schon seit den 1950er-Jahren in Verwendung und der Bedarf wächst weiter“, gibt Dr. Thomas R. Kreil, Leiter der Global Pathogen Safety bei Takeda, Einblick und ergänzt: „Allein in Österreich sind schätzungsweise 5.000 bis 10.000 Menschen auf eine dauerhafte Versorgung mit Immunglobulinen angewiesen. Weltweit geht man von mehreren Millionen Patientinnen und Patienten aus – Tendenz steigend, denn Immundefizite sind alternativlos nur durch Plasmaderivate zu versorgen.“

Plasmaprodukte, insbesondere Immunglobuline, spielen bei Immundefekten eine zentrale therapeutische Rolle, da sie den Mangel an körpereigenen Abwehrstoffen bei Immundefekten ausgleichen. Primäre Immundefekte treten aufgrund seltener genetischer Erkrankungen auf, bei denen das Immunsystem bereits von Geburt an nicht richtig funktioniert. Weltweit sind rund 500 verschiedene Formen dieser „seltenen“ Erkrankungen bekannt, die in Summe kaum mehr als selten bezeichnet werden können. Sekundäre Immundefekte werden

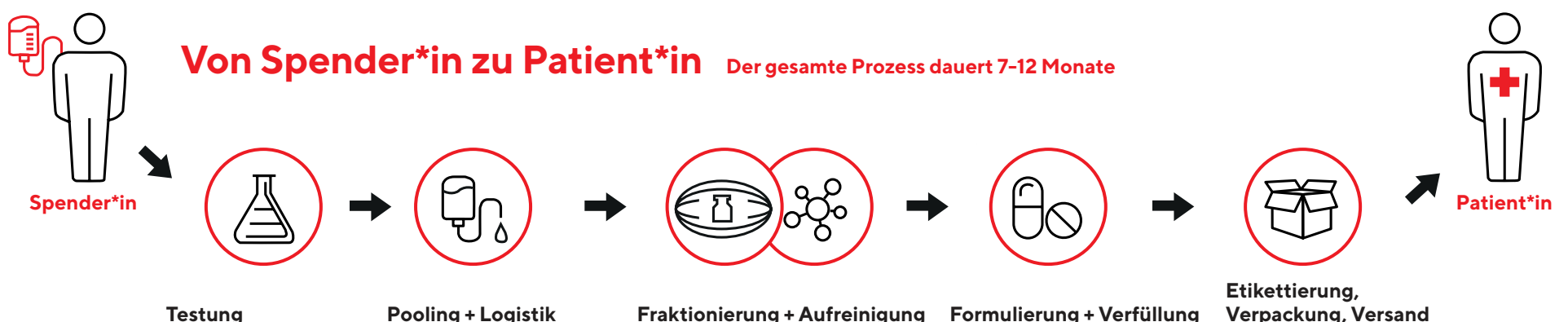
im Laufe des Lebens erworben, etwa durch onkologische Erkrankungen, Krebstherapien oder die Einnahme von Immunsuppressiva nach Organtransplantationen oder die Therapie mit Biologicals. Trotz intensiver Forschung gibt es bis heute keine künstlich herstellbare Alternative zu Immunglobulinen, die aus dem menschlichen Blutplasma Tausender gesunder Spenderinnen und Spender gewonnen werden und ein breites Spektrum an Antikörpern gegen gängige Krankheitserreger enthalten. „Die Herstellung ist komplex und dauert mehrere Monate und die Empfängerinnen und Empfänger sind meist auf eine langfristige bis lebenslange Therapie angewiesen. Die regelmäßige Gabe erfolgt subkutan oder intravenös, meist alle ein bis vier Wochen. Ein typischer Patient hat vor der Therapie einen Krankenstand von einer Woche pro Monat aufgrund einer Infektion, nach der Immunglobulingabe über gut fünf bis sechs Jahre lang keinen einzigen“, erklärt Univ.-Prof. Dr. Hermann Wolf von der Immunologischen Tagesklinik Wien. Das zeigt die enorme Wirksamkeit dieser Therapie und gleichzeitig auch die volkswirtschaftliche Bedeutung, wenn das Risiko für schwerer Infektionen deutlich gesenkt und die Lebensqualität und Lebenserwartung erheblich verbessert werden können.

Österreich als internationales Vorzeigemodell

Österreich nimmt im Bereich der Plasmaproduktion eine Schlüsselstellung ein. Besonders bemerkenswert ist die jahrzehntelange Tradition freiwilliger Spenden, hochentwickelter industrieller Infrastruktur sowie intensiver pharmazeutischer Forschung und medizinischer Expertise. „Wir haben in Österreich eine durchgängige Wertschöpfungskette, die von der Spende über die Verarbeitung bis zur Distribution reicht. Das ist in dieser Dichte und Qualität in Europa einzigartig“, betont Kreil. Allein in der Plasmasparte sichert der Standort mehr als 9.900 hochqualifizierte Arbeitsplätze und beliefert über 100 Länder mit sicheren und wirksamen Präparaten. Einig waren sich alle Expertinnen und Experten im Zuge der Diskussion sehr rasch, dass nur gemeinsame Lösungen, regulatorische Klarheit und eine breite Bewusstseinsbildung dazu beitragen können, dass diese Vorreiterrolle weiter bestehen oder noch ausgebaut werden kann, denn: Die Versorgungssicherheit von morgen beginnt mit den gesundheitspolitischen Entscheidungen von heute. „Es ist essenziell, dass unser Modell zum Vorbild für den Rest von Europa wird und nicht umgekehrt“, warnt Kreil. Hier schließt sich auch Univ.-Prof. Dr. Josef Smolle, ehemaliger Gesundheits-sprecher der ÖVP und ehemaliger Rektor der MedUni Graz, an: „Ein regulatorischer Rückschritt durch neue europäische Vorgaben, die in erfolgreiche nationale Systeme eingreifen, wäre ein fatales Signal nicht nur für den Standort, sondern vor allem für eine sichere Versorgung



Prozess der Immunglobulinproduktion





12. PRAEVENIRE GESUNDHEITSGESPRÄCHE in Alpbach 2025

der Betroffenen, die auf die Plasmaproducte angewiesen sind. Wir brauchen vernetzte, resiliente Systeme und müssen bedeutende Player wie Österreich stärken, keinesfalls schwächen.“ Dr. Christa Wirthumer-Hoche, Regulatory-Expertin für Arzneimittel, sieht gute Chancen im aktuell diskutierten Critical Medicines Act, der von der Europäischen Union ins Leben gerufen wurde, um Europa wieder attraktiver für die Arzneimittelproduktion zu machen. Ziel ist die Sicherstellung der Verfügbarkeit und Versorgungssicherheit von „kritischen Arzneimitteln“, also Medikamenten für lebensbedrohliche Krankheiten mit wenigen Alternativen, sowie „Arzneimitteln von gemeinsamem Interesse“ wie Orphan Drugs. Dazu sollen gezielt strategische Projekte in der EU gefördert werden, wie etwa der Aufbau oder die Modernisierung von Produktionskapazitäten. „Es wäre ein guter Zeitpunkt, das Plasmathema in diese Diskussion einzubringen“, meint Wirthumer-Hoche.

Umso wichtiger ist das Thema, als die Relevanz von Plasmaproducten stetig steigt, wie Univ.-Prof. Dr. Antonia Maria Susanne Müller von der Universitätsklinik für Transfusionsmedizin und Zelltherapie betont: „Wir erzeugen durch moderne Therapien zunehmend mehr Patientinnen und Patienten mit Folgeabwehrschwäche. Diese Menschen brauchen Immunglobuline oft über Jahre, manche lebenslang.“ Die Folgen einer unzureichenden Versorgung sind dramatisch und trotz der klaren Evidenz ist die Versorgung in der Praxis nicht immer gesichert. „Wir erleben Erstattungsprobleme und langwierige Genehmigungsverfahren“, beschreibt Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbands Selbsthilfe Österreich, einen Aspekt aus der Praxis. „Der Flaschenhals ist oft nicht die medizinische Notwendigkeit, sondern die Krankenkasse“, kritisiert Wolf, denn: „Es werden Auslassversuche oder Verlängerungen der Intervalle verlangt, die medizinisch nicht sinnvoll sind und auch jeglicher Evidenz entbehren.“ Für betroffene Patientinnen und Patienten bedeutet das enorme Unsicherheit und einen Rückschritt in der Versorgung. Auch Mag. pharm. Martina Jeske, MSc, Leiterin der Anstaltsapotheke des Landeskrankenhauses der Uniklinik Innsbruck, bestätigt, dass es oft Ablehnungen gibt, die nicht nachvollziehbar sind. „Das Feedback kommt ohne Erklärung oder Rücksprache. Das kann keine zukunftsfähige Lösung sein.“

Abhängigkeiten als Schwachstelle

Rund 60 bis 70 Prozent des weltweit verwendeten Plasmas stammen derzeit aus den USA. Auch Europa bezieht rund 30 bis 40 Prozent seines Bedarfs über den Atlantik. Diese einseitige Abhängigkeit birgt erhebliche Risiken, denn aktuell erlebt die Weltwirtschaft eine Reihe von geopolitischen Spannungen, gefolgt von Lieferengpässen oder Preissteigerungen. „Gerade für den intramuralen Bereich wären Versorgungsengpässe fatal, denn wir können bei Plasmaproducten nicht einfach die Medikation umstellen.“ Auch Kreil sieht Handlungsbedarf: „Europa muss realisieren, dass diese Abhängigkeit langfristig unverantwortlich ist, daher wird eine stärkere europäische Eigenversorgung immer dringlicher.“ Zudem hat auch die Pandemie dazu geführt, dass sich das Volumen an Spenden reduziert hat, was auch die Kosten der Aufbringung, die etwa 40 Prozent der Gesamtproduktionskosten ausmachen, deutlich höher gemacht hat.

In Europa erfolgt die effiziente Plasmaaufbringung tatsächlich nur in vier Ländern: in



Expertinnen und Experten aus Medizin, Politik, Industrie und Selbsthilfe beim PRAEVENIRE Gipfelgespräch in Alpbach zur Zukunft der Plasmaversorgung in Österreich. V. l. n. r.: Hanns Kratzer (Moderation), Antonia Müller, Hermann Wolf, Thomas Kreil, Astrid Jankowitsch, Ella Rosenberger, Kerstin Schorn, Angelika Widhalm, Gunda Gittler, Martina Jeske, Christa Wirthumer-Hoche, Josef Smolle.



Österreich, Deutschland, der Tschechischen Republik und Ungarn. „Hier ist eine Spende gegen eine Aufwandsentschädigung bis zu einmal pro Woche erlaubt. Blut kann nur einmal pro Quartal gespendet werden und erfolgt ohne Abgeltung“, erklärt Kreil. Die Europäische Union plant hier Einschränkungen, während in den USA Plasmaspenden bis zu zweimal pro Woche möglich sind und daher dort viel höhere Volumina aufgebracht werden können. Plasmaspenden sind im Gegensatz zu Blutspenden hierzulande bis zu 50-mal pro Jahr möglich und die Spende dauert rund 45 bis 60 Minuten. Sie ist dank modernster Apherese-Technologie besonders sicher und schonend. Jede Spende wird labortechnisch auf Infektionskrankheiten getestet. Obwohl der zeitliche Aufwand finanziell abgegolten wird, gibt es immer weniger Spendenwillige. „Diese Entwicklung wird sich bei steigendem Bedarf fortsetzen, denn derzeit stammen viele regelmäßige Spenderinnen und Spender aus geburtenstarken Jahrgängen. Doch diese Gruppe nähert sich dem nicht mehr spendenfähigen Alter. Mehr als die Hälfte der Personen, die regelmäßig Plasma spenden, sind über 50 Jahre alt“, warnt Müller. „Wenn diese Gruppe ausfällt, aber gleichzeitig mehr Patientinnen und Patienten auf eine Therapie angewiesen sind, entsteht eine gefährliche Lücke.“ Auch hier herrscht im Rahmen der Diskussion Einigkeit, dass es gezielte öffentlich-rechtliche Kampagnen braucht, um junge Menschen für

das Thema zu sensibilisieren und zur Spende zu motivieren. „Das kann weder die Medizin noch die Patientenorganisationen allein stemmen“, ist Mag. Manuela Rosenberger, Geschäftsführerin von Pro Rare Austria, überzeugt.

Nicht außer Acht gelassen werden darf der Umstand, dass der Plasmaspendenmarkt mit Kommunikationsmissverständnissen kämpft, die nach Ansicht aller Expertinnen und Experten dringend aufgeklärt gehören, denn oft werden Blut- und Plasmaspende in öffentlichen Debatten vermischt. Hier könnte das Nachbarland Deutschland als Vorbild fungieren, das vom Ministerium einen Arbeitskreis Blut eingerichtet hat, der sich um die adäquate Versorgung mit allen Blutprodukten kümmert. „Diese Zusammenarbeit kann eine erfolgreiche Option darstellen und dieses Best-Practice-Modell könnten wir durchaus kopieren“, meint Kreil. Klar ist, dass sich viele der Herausforderungen nicht isoliert lösen lassen und ein Schulterschluss aller Beteiligten – von Politik, Industrie, Sozialversicherung, Medizin und Zivilgesellschaft – erforderlich ist. „Nur gemeinsam kann eine nachhaltige Lösung gelingen. Die Betroffenen dürfen nicht als Bittstellerinnen und Bittsteller übrig bleiben“, fordern Widhalm und Rosenberger nachdrücklich und weisen darauf hin, dass in einem solidarischen Gesundheitssystem Rechte strukturell abgesichert sein, unabhängig von Bundesland oder Versicherungsträger. **P**



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.

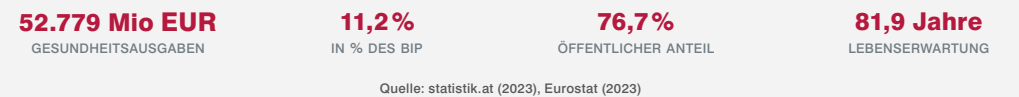
Preiskommission (PK)
Regelmäßige Preisevaluierung von Produkten, die die Aufnahme in den Erstattungskodex anstreben, sowie von speziellen Produkten in der No-Box.

Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES)
Priv.-Doz. Dr. Johannes Pleiner-Duxneuner (Geschäftsführer)
Dr. Anton Reinl (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.



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.



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.

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.

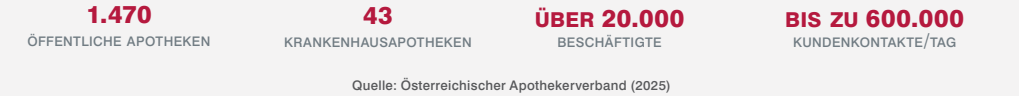
Verband Angestellter Apotheker Österreichs (VAAÖ)
Mag.pharm. Raimund Podroschko (Präsident)
Unabhängige Interessensvertretung für angestellte Apotheker*innen. Setzt sich für die beruflichen und sozialen Anliegen ihrer Mitglieder ein.

Forum Pharmazie
Mag.pharm. Monika Aichberger (Präsidentin)
Verein für angestellte Apotheker*innen Österreichs.

Österreichische Gesellschaft für Krankenhauspharmazie
Mag.pharm. Dr. Elisabeth Messinger, aPh (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, aPh (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. pharm. Irina Schwabegger-Wager (Obfrau)
Mag. pharm. Christoph Zeidler (Obmann)
Aufgaben: Gehaltsangelegenheiten angestellter Pharmazeut*innen, Verrechnung Kassenrezepte, soziale und wirtschaftliche Absicherung



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 Pensions-bezieher*innen

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

SVS

Sozialversicherung der Selbstständigen

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-Strohmeyer, MPH (Chefärztin)

1,2 Mio
VERSICHERTE

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



BUNDESLÄNDER

Landesgesundheitsreferent*innen

Vorsitz: halbjährlich rotierend

Burgenland: *LH Mag. Hans Peter Doskozil*

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

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 Verkleirer, 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 Privatkanenanstalten Österreichs
Prim. Dr. Josef F. Macher (Präsident)





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 Interessenvertretung 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/ Psycho-soziale Arbeit, Soziale Dienste und Rettungsdienste, Arbeitsmarktpolitische Dienstleistungen, Kinderbetreuung/Kinderund 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/
GuK-Berufe (Gesundheits- und Krankenpflege)
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (DGKP), Pflegefachassistent*innen, Pflegeassistent*innen
MTD-Berufe (gehobene medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe)
Biomedizinische Analytiker*innen, Diätolog*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Orthoptist*innen, Physiotherapeut*innen, Radiologietechnolog*innen

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)
Mag. Elisabeth Potzmann (Präsidentin)
Dachverband der gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe Österreichs (MTD-Austria)
Mag. Gabriele Jaksch (Präsidentin)
Österreichisches Hebammengremium (ÖHG)
Gerlinde Feichtlbauer, MSc (Präsidentin)
Berufsverband der Assistent:innen in Ordinationen in Österreich (BdA)
Mag. Elisabeth Hammer-Zach (Präsidentin)

Personen GBR registriert
GuK-Berufe (alle)
DGKP
Pflegeassistent*innen

220.264
179.300
111.566
61.234

MTD-Berufe (alle)
Physiotherapeut*innen
BMA
Hebammen

41.211
18.551
7.025
2.800

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 Pflegeanwaltschaften
Dr. Michaela Wlattnig (Sprecherin)
Zusammenschluss aller Patientenanwält*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 (Ärztekammer)
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 Weismannn (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
Apotheken
Kassenordinationen
ELGA Widersprüche
ELGA e-Befunde (insgesamt)
+ Bilddatenverweise
ELGA e-Medikation (Abgaben im 18 Monaten)
Impfungen im e-Impfpass
Aktive e-cards

100 %
97 %
85 %
280.000
100 Mio
5 Mio
150 Mio
35 Mio
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-medinin-klinische-epidemiologie.html
Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)
www.goeg.at
Dachverband der österreichische Sozialversicherungsträger – Evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung (EWG)
www.sozialversicherung.at
Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV)
www.allgemeinmedizin.medunigraz.at
Institute of Public Health, Medical Decision Making and Health Technology Assessment der UMIT
www.umat-tirol.at
JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften
www.joanneum.at/health

HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment (AIHTA) GmbH (vormals LBI-HTA)
https://aihta.at/
HEILMITTELEVALUIERUNGSKOMMISSION (HEK)
Entscheidungsgremium im Erstattungswesen, gibt Empfehlungen ab über die Aufnahme von Arzneimitteln in den Erstattungskodex. Angesiedelt beim Dachverband der Sozialversicherungsträger.
HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INTERNATIONAL LÄNDERÜBEGREIFEND
Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHC)
www.ceestahc.org
European Network for Health Technology Assesement (EUnetHTA)
www.eunethta.eu
Health Evidence Network (HEN)
www.who.int/europe/groups/health-evidence-network-(hen)
Health Technology Assessment international (HTAi)
www.htai.org
International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)
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
Biotechnologie Beschäftigte
Biotechnologie Produktion

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.

191
3.316
479,7 Mio EUR

Pharmazeutische Unternehmen
Pharmazeutische Beschäftigte
Pharmazeutische Produktion

120
18.000
1.434 Mio. EUR

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



Stand: August 2025 | Ihr persönliches Print-Exemplar im Format A2 können Sie unter umsetzen@praevenire.at anfordern.

Transformation im Gesundheitswesen

Bei den 12. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach stand ein zentrales Thema im Mittelpunkt: **WIE REAGIEREN WIR AUF DIE TIEFGREIFENDEN GESELLSCHAFTLICHEN UND ÖKONOMISCHEN VERÄNDERUNGEN, DIE UNSER GESUNDHEITSSYSTEM HERAUSFORDERN?** Drei Impulsvorträge, eine engagierte Podiumsdiskussion und lebhaftes Publikumsbeiträge machten deutlich, wo die größten Belastungen liegen – und welche Antworten jetzt gefragt sind. | von Karl Innauer

Den PRAEVENIRE Talk eröffnete Dr. Clemens Martin Auer, Präsident des European Forum Gastein, mit einem Blick weit über die nationalen Grenzen hinaus. Sein Ansatz war bewusst historisch und politisch: Wer das Gesundheitssystem verstehen will, darf es nicht isoliert betrachten, sondern muss es im Kontext des europäischen Sozialstaats denken. Er erinnerte daran, dass die Nachkriegszeit durch zwei entscheidende Innovationen geprägt war: den Rechtsanspruch auf soziale Leistungen und die Einführung progressiver Einkommenssteuern. Diese Mechanismen hätten es ermöglicht, die Gesundheitsversorgung als Teil eines breiten solidarischen Systems aufzubauen und über Jahrzehnte hinweg zu stabilisieren. „Es war nicht Caritas oder Barmherzigkeit, die unser System getragen hat, sondern das Sozialgesetzbuch“, betonte Auer. Doch dieser Rahmen verschiebe sich. Immer neue staatliche Aufgaben – Bankenrettungen nach der Finanzkrise, die milliardenschwere Dekarbonisierungspolitik im Rahmen des „Green Deal“ oder zuletzt die NATO-Entscheidung, künftig fünf Prozent des BIP für Verteidigung auszugeben – beanspruchten immer größere Teile der öffentlichen Budgets. „Wir müssen uns ehrlich fragen, ob Sozialstaat und Gesundheit in dieser Konkurrenz der Prioritäten noch ausreichend finanziert werden können“, so Auer. Er warnte eindringlich davor, die Finanzierung weiterhin fast ausschließlich auf Arbeitseinkommen abzustützen. Globalisierung, Automatisierung und stagnierende Löhne hätten die Einnahmenseite erodiert. Schon heute wachse die Ungleichheit: Während Kapitalerträge zunähmen, stagnierten die Löhne vieler Beschäftigter. Auer forderte eine grundlegende Neuausrichtung der Finanzierung: Kapitaleinkommen, Vermögen und die „kommerziellen Determinanten von Krankheit“ müssten stärker besteuert werden. „Sonst stehen wir vor der paradoxen Situation, dass Industrien, die Krankheiten verursachen, profitieren, während die Solidarsysteme unterfinanziert sind.“ Seine Botschaft: Ohne eine solche Reform drohe nicht nur der finanzielle Kollaps, sondern auch ein politischer

Vertrauensverlust, der die demokratische Mitte schwäche und Populismus stärke.

Datenlage zwischen Wachstum und Effizienzverlust

Univ.-Prof. Dr. Gerhard Pruckner, Gesundheitsökonom an der JKU Linz, führte den analytischen Teil der Veranstaltung fort. Sein Vortrag war eine Tour d’Horizon durch Zahlen, Trends und Berechnungen – stets mit Blick auf die Frage, wie sich Kosten und Leistungen zueinander verhalten.

Pruckner begann mit einer Grundsatzbeobachtung: Die Lebenserwartung sei seit den 1960er-Jahren um viele Jahre gestiegen, aber die Kosten pro gewonnenem Lebensjahr hätten sich vervielfacht. „Früher konnten wir für wenige Tausend Euro ein Jahr Lebenszeit für die Bevölkerung erkaufen, heute brauchen wir dafür ein Vielfaches. Das zeigt: Wir haben ein Produktivitätsproblem.“

Sein Befund wurde durch konkrete Daten aus Oberösterreich illustriert. Dort ist die Zahl der über 65-Jährigen seit 2002 um über 40 Prozent gestiegen. Rechnet man allein diesen demografischen Effekt hoch, so erhöht er die Gesundheitsausgaben um über 20 Prozent – ohne dass sich medizinische Innovation oder steigende Erwartungen der Bevölkerung berücksichtigen ließen. Die Analyse individueller ÖGK-Daten zeigte zudem, dass die Inanspruchnahme von Leistungen klar altersabhängig steigt. Ab 65 Jahren verdoppeln sich die Ausgaben pro Kopf beinahe, sowohl für Medikamente als auch für stationäre Aufenthalte. Auffällig sei auch, dass Migrant:innen nicht – wie oft behauptet – überdurchschnittlich viele Leistungen beanspruchten, sondern dass die Inanspruchnahme bei Österreicher:innen sogar höher liege.

Besonders scharf zeichnete Pruckner das Bild der Spitäler: Während die Zahl der Vollzeit-äquivalente deutlich anstieg, sank die Zahl der stationären Leistungen. „Wir haben mehr Personal denn je – aber weniger erbrachte Leistung pro Kopf. Das kann man nicht allein mit dem demografischen Wandel erklären.“

Sein Fazit war differenziert: Die Ausgaben steigen schneller als das BIP, die demografische Alterung wirkt massiv, und dennoch müsse

Diskussionsteilnehmender, digital dazugeschaltet

• Karl Lehner



man vorsichtig sein mit Untergangsrhetorik. „Unfinanzierbar ist das System nicht. Aber wir müssen präziser hinschauen, wo die Produktivität verloren geht und wie wir sie wiedergewinnen können.“ Digitalisierung sei ein wichtiger Hebel, doch die Hoffnung, dass Künstliche Intelligenz kurzfristig die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen senke, bezeichnete er als Illusion.

Spitäler im Spannungsfeld von Kosten und Demografie

Mag. Karl Lehner, MBA, Geschäftsführer der Oberösterreichischen Gesundheitsholding, knüpfte an die ökonomische Analyse an, brachte aber die Perspektive der Praxis ins Spiel. Für ihn sind die Spitäler die Orte, an denen die großen Trends sichtbar werden – und an denen sie unmittelbar wirken.

Lehner machte klar: Die Finanzierungsgrundlagen seien brüchig. Über die Hälfte der Einnahmen stamme aus Sozialversicherungsbeiträgen – und diese seien direkt vom Arbeitsmarkt abhängig. Wenn Beschäftigung stagniere oder Löhne nicht wüchsen, fehle den Krankenhäusern das Geld. Parallel dazu litten Länder und Gemeinden unter steigenden Defiziten und schrumpfenden Spielräumen.

Die Kostenseite sei ebenso angespannt: Mit einem Anteil von 60 bis 70 Prozent schlagen die Personalkosten besonders durch, und jeder Lohnabschluss habe unmittelbare Folgen. Hinzu kämen steigende Energie- und Materialkosten. Der medizinische Fortschritt – von innovativen Medikamenten bis zu komplexen Therapien – steigere den Bedarf zusätzlich.

Besonders eindrücklich war Lehnerts Hinweis auf die Diskrepanz zwischen Planung und Realität:

„Unser System war für 7,5 Millionen Menschen konzipiert. Heute leben über neun Millionen in Österreich.“ Diese Überlastung führe zu längeren Wartezeiten, steigenden Erwartungen und einem spürbaren Druck auf das Personal.

Lehnerts Antwort lag in drei Punkten: erstens Effizienzsteigerung durch Digitalisierung, etwa durch bessere Datentransparenz und Vermeidung von Doppeluntersuchungen; zweitens stärkere sektorübergreifende Zusammenarbeit, um Doppelstrukturen zwischen Spitälern, niedergelassenem Bereich und Pflege abzubauen; drit-



tens eine bessere Patientensteuerung. Österreich brauche dringend eine Gatekeeping-Kultur, wie sie etwa in Skandinavien etabliert sei. Sein Fazit war unmissverständlich: „Wir haben die Rezepte. Aber sie müssen endlich umgesetzt werden. Sonst riskieren wir ein System, das zwar teuer ist, aber nicht mehr effizient versorgt.“

Podium: Finanzierungsfragen, Effizienz und internationale Einordnung

Die Podiumsdiskussion vertiefte die Impulse und brachte weitere Akzente.

Dr. Arno Melitopoulos von der Österreichischen Gesundheitskasse präsentierte ergänzende Daten zur Entwicklung der ambulanten Versorgung. Die Zahl der Konsultationen bei Allgemeinmediziner:innen sei gestiegen, ebenso die Medikamentenausgaben. „Das zeigt: Der Druck auf die Kassen wächst an allen Fronten“, erklärte er. Dr. Wilhelm Marhold, früher Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbunds, sprach die strukturellen Probleme offen an. Er kritisierte die Fragmentierung des Systems: Zu viele Schnittstellen, zu viele Parallelstrukturen, zu wenig Koordination. „Wir brauchen klare Verantwortlichkeiten und Mut zu Entscheidungen. Sonst verlieren wir uns in Details.“

Der deutsche Gesundheitsmanager Dr. Christian Rotering brachte eine Außenperspektive ein. Er berichtete, wie Deutschland mit hausarztzentrierter Versorgung und konsequenter Patientensteuerung experimentiere. Zwar gebe es auch dort Schwierigkeiten, doch insgesamt habe sich die Steuerung positiv auf die Versorgung ausgewirkt. Österreich könne von diesen Erfahrungen lernen, müsse aber seine eigenen institutionellen Besonderheiten berücksichtigen.

Impulsgeber v. l. n. r.:

- Gerald Pruckner
- Christian Rotering
- Clemens Martin Auer
- Arno Melitopoulos
- Wilhelm Marhold

Die Diskussion kreiste immer wieder um die Kernfrage: Haben wir ein Finanzierungs- oder ein Effizienzproblem? Während Auer auf die bröckelnde Einnahmebasis hinwies, betonte Lehner das Effizienzdefizit, und Pruckner warnte davor, die beiden Dimensionen gegeneinander auszuspielen. „Wir brauchen beides: mehr Einnahmen und mehr Effizienz“, lautete der gemeinsame Nenner.

Stimmen aus dem Publikum: Realität und Erwartung

In der offenen Diskussion meldeten sich zahlreiche Praktiker:innen zu Wort. Pflegekräfte schilderten eindrücklich den Alltag zwischen Personalknappheit und steigenden Anforderungen. Eine Teilnehmerin berichtete, dass in manchen Stationen die Schichten nur noch durch Überstunden abgedeckt würden – mit entsprechenden Belastungen für die Beschäftigten. Ärzt:innen forderten eine klare Stärkung des Gatekeeping, um Ambulanzen zu entlasten. Ein niedergelassener Arzt warnte davor, dass ohne verbindliche Steuerung Patient:innen oft unkoordiniert zwischen Spitälern und Ordinationen pendelten – zum Nachteil der Versorgungsqualität. Mehrere Stimmen aus der Gesundheitsverwaltung mahnten, dass Digitalisierung kein Selbstzweck sein dürfe. „Wir brauchen Systeme, die wirklich entlasten – nicht solche, die zusätzliche Dokumentationspflichten schaffen.“

Auch die Finanzierungsfrage wurde offen angesprochen: „Solange wir uns weigern, Kapitaleinkommen oder Vermögen heranzuziehen, bleibt das System unfair und instabil“, sagte ein Teilnehmer. Andere verwiesen auf die Notwendigkeit, Prioritäten zu setzen: „Wenn wir

gleichzeitig Milliarden in Verteidigung investieren, müssen wir erklären, warum beim Gesundheitssystem angeblich das Geld fehlt.“ Die Wortmeldungen machten deutlich, dass die Fachwelt zwar differenzierte Perspektiven hat, aber in einem Punkt einig ist: Ohne rasches Handeln droht das Vertrauen der Bevölkerung zu schwinden.

Klarheit in der Analyse, Unsicherheit in der Umsetzung

Der PRAEVENIRE Talk hat gezeigt, wie vielschichtig die aktuelle Lage ist: Historisch gewachsene Finanzierungsmodelle geraten unter Druck, die demografische Alterung treibt die Kosten, und die Erwartungen an Medizin und Versorgung steigen weiter. Die Zahlen von Pruckner, die praktischen Einblicke Lehnerts und die makroökonomischen Überlegungen Auers zeichnen ein konsistentes Bild: Das System ist nicht am Rande des Kollapses, aber es verliert an Effizienz und finanzieller Stabilität. Die Diskussion machte deutlich, dass die zentralen Fragen seit Jahren bekannt sind – von der breiteren Finanzierungsbasis bis zu sektorrübergreifenden Versorgungsmodellen. Doch zwischen Analyse und Umsetzung klafft eine Lücke.

Genau hier lag die gemeinsame Botschaft der Experten und des Publikums: Es geht nicht mehr darum, neue Diagnosen zu stellen, sondern vorhandene Konzepte konsequent anzuwenden. Ob dies gelingt, hängt weniger von technischen Lösungen ab, sondern von politischer Prioritätensetzung und der Bereitschaft, Reformen auch gegen Widerstände umzusetzen. **P**





PLATTFORMEN

Gutes Hören: Der Schlüssel zu guter Gesundheit

Hörschwierigkeiten sind weit mehr als ein individuelles Problem. Schätzungen gehen davon aus, dass **MILLIONEN MENSCHEN IN ÖSTERREICH** von einer **MEHR ODER WENIGER STARKEN FORM DER HÖRBEHINDERUNG BETROFFEN SIND** – mit teils massiven Folgen für die soziale Teilhabe, die psychische Stabilität, die geistige Fitness und die wirtschaftliche Produktivität. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Trotz der großen Bedeutung wird das Thema in der öffentlichen Wahrnehmung nach wie vor unterschätzt. Das Wissen, dass unbehandelte Hörminderungen ein Risikofaktor für Demenz, Depression und Vereinsamung sind, ist kaum verbreitet. Damit fehlt auch das Bewusstsein für Maßnahmen zum Schutz gegen Lärm oder zur regelmäßigen Vorsorge. Zudem sind die volkswirtschaftlichen Folgekosten enorm, denn wenn es an der Möglichkeit fehlt, mit Mitmenschen ausreichend zu kommunizieren, ist auch die Suche nach einer Ausbildungsstelle oder einem Arbeitsplatz massiv eingeschränkt. Damit sinken die Chancen auf ein selbstbestimmtes und finanziell abgesichertes Leben. Im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs mit Vertreterinnen und Vertretern aus Medizin und Gesundheitswesen, der Politik, der Sozialversicherung und der Industrie sowie der Selbsthilfe wurde deutlich, dass Österreich dringend eine Strategie für gutes Hören benötigt. Sie muss bei der Gesundheitskompetenz der Jüngsten ansetzen, die Prävention einschließen und die frühzeitige Diagnose ebenso abdecken wie die Versorgung und Rehabilitation.

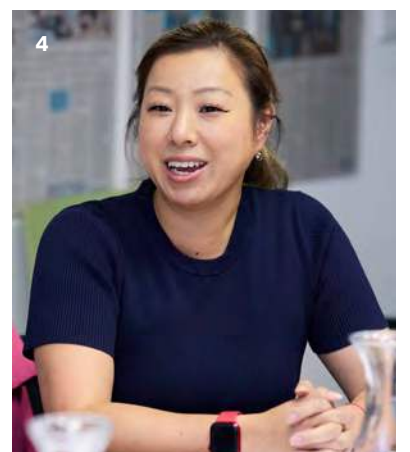
Vielfältige Ursachen erfordern differenzierte Strategie

Hörverlust zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Europa. In Österreich sind rund 1,7 Millionen Menschen von einer Hörminderung betroffen. Die Dunkelziffer ist hoch und die Zahl der Betroffenen steigt nicht zuletzt auch aufgrund der demografischen Entwicklung. Global betrachtet geht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) davon aus, dass im Jahr 2050 etwa 2,5 Milliarden Menschen mit einer relevanten Hörminderung leben werden, davon rund 700 Millionen mit einem so schweren Verlust, dass sie auf eine Hörgeräte- oder Implantatversorgung angewiesen sein werden. Eine Hörminderung (Hypakusis) beschreibt eine Einschränkung des Hörvermögens, bei der Betroffene Geräusche, Sprache oder Umweltlaute nicht mehr in normaler Lautstärke und Klarheit wahrnehmen können. Sie kann

in jedem Lebensalter auftreten und ist keine einheitliche Erkrankung, sondern ein Sammelbegriff für unterschiedlichste Störungen des Hörvermögens, die reversibel oder irreversibel sind. Die Ursachen reichen von Trommelfellverletzungen bis hin zu Folgen von Infektionen sowie neurologischen Auslösern wie Tumoren oder Schlaganfällen. Genetische Ursachen führen schon im Kindesalter zu Hörverlust und akute Ereignisse wie ein Hörsturz oder Lärmunfälle können in jedem Alter auftreten. Eine leichte Hörminderung bedeutet, dass leises Sprechen bei Umgebungsgeräuschen schwer verständlich ist. Wenn Gespräche bei klarer Lautstärke nur eingeschränkt zu verstehen sind, spricht man bereits von einer mittleren bis schweren Hörminderung. Hochgradig schwerhörig sind Menschen, die Alltagsgesprächen ohne Hörhilfen nicht mehr folgen können. Die Einteilung nach Schweregrad, Ort der Schädigung und Zeitpunkt des Auftretens – angeboren oder erworben – ist wichtig, um eine zielgerichtete Diagnostik und Therapie einzuleiten.

Ökonomische Folgen für Gesellschaft und System

Die gesundheitlichen Auswirkungen reichen weit über das Organ „Ohr“ hinaus. Hörverlust führt nicht nur zu Kommunikationsproblemen mit all seinen Folgen, sondern erhöht das Risiko für Demenz um das Zwei- bis Fünffache, wie internationale Studien belegen. Durch die Verwendung von Hörgeräten kann dieses Risiko wirksam verringert werden. Betroffene mit einem Hörschaden sollten möglichst früh mit einem Hörgerät versorgt und therapiert werden, denn das Gehirn kann die Fähigkeit verlieren, Geräusche oder Sprache zu verarbeiten. Das Hören ist auch an die geistige Leistungsfähigkeit gekoppelt, daher ist der rasche Ausgleich eines beginnenden Hörverlustes, etwa im fortschreitenden Alter, wichtig, um beispielsweise eine erhöhte Sturz- und Unfallgefahr zu verringern. Denn: wer schlecht hört, nimmt akustische Warnsignale schlechter wahr. Zudem ziehen sich Menschen mit Hörbeeinträchtigungen häufiger aus dem gesellschaftlichen Leben zurück, und



Diskussions- teilnehmende

1. Harald Schlögel
2. Elisabeth Bischofreiter
3. Monika Mustak-Blagusz
4. Jing Hu
5. Alexandra Obermeier-Gangl
6. Johannes Fellingner
7. Herwig Kügler

verlieren so wichtige soziale Schutzfaktoren für die Gesundheit. Damit wird deutlich, dass gutes Hören nicht nur eine Frage der Lebensqualität ist, sondern eine zentrale Säule der Prävention anderer gesundheitlicher Beeinträchtigungen ist. Die gesundheitlichen Belastungen sind eng mit der ökonomischen Dimension verknüpft. Unbehandelte Schwerhörigkeit verursacht laut WHO jährlich globale Kosten von rund 980 Milliarden US-Dollar, die durch Produktivitätsverluste, Gesundheitskosten und indirekte Folgen wie erhöhte Pflegebedürftigkeit entstehen. Für Österreich gibt es keine validen Zahlen, doch lässt sich aus internationalen Vergleichen ableiten, dass jährlich mehrere Milliarden Euro an Fol-



© BEN LEITNER (7)

gekosten aufgrund von Hörbeeinträchtigungen entstehen. Schon geringe Verbesserungen bei Früherkennung und Versorgung hätten einen spürbaren Effekt. Die WHO geht im World Report On Hearing (2021) für jeden in Gehörschutz- und Gehörakustik investierten Euro von einem volkswirtschaftlichen Return On Investment in der Höhe von 31 Euro innerhalb von zehn Jahren aus.

Die Kosten entstehen durch reduzierte Arbeitsfähigkeit, erhöhte Krankenstände, Frühpensionierungen und einen erhöhten Versorgungsbedarf im Alter. Gerade im Kontext des Fachkräftemangels ist der Verlust von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gravierend, denn wenn schon in jungen Jahren eine Hörminderung auftritt, gestaltet sich bereits die Schul- und Bildungskarriere schwierig. Jüngste Studien aus Deutschland zeigen auch den positiven Zusammenhang zwischen erhaltenem Hörvermögen und spätem Pensionsantrittsalter auf. Demgegenüber sind die Kosten für Prävention, Screening und Hörgeräteversorgung verhältnismäßig gering – eine Investition, die sich für das Gesundheitssystem, die Sozialversicherung und die gesamte Volkswirtschaft vielfach auszahlt.

Herausforderungen in der Versorgung

Österreich verfügt über ein gut ausgebautes Netz an HNO-Ärztinnen und -ärzten, Hörakustikerinnen und Hörakustikern sowie spezialisierten Kliniken. Dennoch gibt es Herausforderungen, denn trotz all dieser Angebote stellt bereits die Früherkennung die erste Hürde dar. Im Durchschnitt vergehen sieben Jahre, bis Betroffene mit einer relevanten Hörminderung ein Hörgerät nutzen. Der Grund ist einfach erklärt: Das Tragen von Hörgeräten ist nach wie vor mit Stigmata behaftet, die viele Menschen von einer frühzeitigen Versorgung abhalten. Umgekehrt haben Studien aber belegt, dass Menschen im Umfeld von Hörgeräteträgern viel eher bereit sind, selbst eines zu tragen. Hörschäden entstehen oft früh, etwa durch das Hören lauter Musik, fehlenden Gehörschutz im Beruf oder Infektionen im Kindesalter. School Nurses könnten gerade in der jungen Generation auch zum Thema Hören aufklären und beraten. Es ist aber nicht nur die „Generation Kopfhörer“, der das Bewusstsein für die Bedeutung von Hörschwierigkeiten fehlt. Quer durch alle Altersklassen bleibt der Weg zu einem ärztlichen Gespräch aufgrund fehlender Gesundheitskompetenz aus. Erst wenn es gravierende Einschränkungen, die Familie und Freunde ebenso belasten, wie die Betroffenen selbst, oder Beschwerden gibt, sucht man eine Ärztin oder einen Arzt auf. Die Versorgungswege und auch die Erstattung vonseiten der Krankenkassen sind zwar gut ausgebaut, dennoch fragmentiert: zwischen Diagnose, Hörgeräteanpassung und Rehabilitation fehlen standardisierte Schnittstellen. Vor allem sind es die niederschweligen Angebote, die schon im schulischen Umfeld beginnen müssten, indem Awareness für das Thema geschaffen wird, und bis hin zu Vor-Ort-Beratungen in Apotheken, bei Seniorenverbänden oder in Alten- und Pflegeheimen reichen sollten. Besonders problematisch ist die Versorgung von Menschen mit komplexen Hörstörungen. Cochlea-Implantate bieten hier oft eine sehr effektive Lösung, werden aber noch immer nicht flächendeckend und zeitgerecht eingesetzt. Hinzu kommt, dass viele Betroffene nicht ausreichend über die Optionen informiert sind.

Berufskrankheit: Lärmschwerhörigkeit

Auch die Arbeitswelt ist stark betroffen: Lärmschwerhörigkeit zählt zu den häufigsten Berufskrankheiten, und fehlende Prävention führt

Diskussionsteilnehmende

1. Gernot Pagger
2. Angelika Widhalm
3. Gunda Gittler
4. Renate Welter



nicht nur zu gesundheitlichen Belastungen, sondern auch zu Einbußen bei Arbeitsfähigkeit und Fachkräftepotenzial. So sind vor allem Beschäftigte in der Bauwirtschaft, der Metallindustrie, im Verkehrswesen, der Landwirtschaft oder in Bereichen mit starkem Maschinenlärm sind betroffen. Laut Daten der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) wurde die Berufskrankheit Lärmschwerhörigkeit im Jahr 2024 bei 758 Personen anerkannt, die Dunkelziffer dürfte jedoch deutlich höher liegen. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind gesetzlich verpflichtet, Lärmbelastungen am Arbeitsplatz zu ermitteln und zu minimieren. Rechtsgrundlage dafür bildet die Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung (VOLV), die auf dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) basiert. Sie legt Grenzwerte für Lärmexposition fest, die den Einsatz von Schutzmaßnahmen, wie zum Beispiel das Tragen von Gehörschutz, erforderlich machen. Eine Überprüfung erfolgt durch Lärmmessungen, Betriebsbegehungen und verpflichtende arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen bei der Arbeitsmedizinerin oder beim Arbeitsmediziner.

Trotz klarer gesetzlicher Vorgaben und Sanktionen bei Verstößen bleibt die Umsetzung herausfordernd, da Gehörschutz nicht konsequent getragen wird – er wird, so wie bei persönlicher Schutzausrüstung häufig der Fall, als lästig und unpraktisch im Arbeitsalltag empfunden. Eine Verbesserung kann individuell angepasster Hörschutz leisten, der den Tragekomfort erhöht und auf die jeweilige Lärmsituation optimal angepasst werden kann.

HNO-Ärztinnen und -Ärzte müssen die Berufskrankheit melden, das trifft bei den Betroffenen häufig auf großes Unverständnis und Unsicherheit. Prävention und regelmäßige Sensibilisierung sind daher am Arbeitsplatz zentrale Bausteine, um die Zahl lärmbedingter Hörschäden in Österreich zu reduzieren. Betriebe können einen wichtigen und ebenso niederschweligen Beitrag leisten, etwa durch Angebote wie regelmäßige Hörtests für Mitarbeitende, durch betriebliches Gesundheitsmanagement oder den gezielten Einsatz von Präventionsprogrammen.

Das Thema sichtbar machen

Expertinnen und Experten fordern einhellig eine nationale Strategie, die bereits bei Kindern und Jugendlichen ansetzen muss. Dazu gehören verpflichtende Hörscreenings in Schulen, gezielte Aufklärungskampagnen über Lärmprävention und die Sensibilisierung von Eltern und Lehrkräften. Neben der Schul- und Elternbildung braucht es Kampagnen zum Thema Früherkennung und Frühversorgung.

Ein Blick nach Europa zeigt, wie Versorgung

auch anders organisiert werden kann. In Deutschland ist zum Beispiel die Hörrehabilitation eng mit der Demenzprävention verknüpft. Dort werden Patientinnen und Patienten mit einem neu diagnostizierten Hörverlust aktiv zu Präventionsprogrammen eingeladen. In Skandinavien gibt es großflächige Screening-Programme für Kinder und Jugendliche, die Hörprobleme schon früh identifizieren. In Großbritannien haben Aufklärungskampagnen maßgeblich dazu beigetragen, das Stigma rund um Hörgeräte zu reduzieren.

Digitale Lösungen werden zunehmend eingesetzt, um Zugangsbarrieren zu überwinden. Sie bilden eine gute Grundlage für die Sensibilisierung und den folgenden, höchst individuellen Prozess der Versorgung. Dazu gehören Screening-Apps, telemedizinische Beratungen oder KI-gestützte Diagnostik, die niederschwellig verfügbar ist. Während Deutschland zum Beispiel für Tinnitus eine „App auf Rezept“ verordnen kann, gibt es in Österreich noch keine klare gesetzliche Regelung zur Erstattung von digitalen Gesundheitsanwendungen, daher wird ihr Potenzial nicht genutzt.

Damit moderne Hörversorgung funktioniert, braucht es klare Strukturen im Gesundheitssystem. Auch passende Rehabilitationsangebote und Unterstützung durch die Selbsthilfe könnten in einen nationalen Versorgungsplan aufgenommen werden.

Initiative „Gutes Hören 2030“

Mit der Initiative „Gutes Hören 2030“ will PRAEVENIRE das Thema weiterhin mit Expertinnen und Experten diskutieren und die Ergebnisse und Forderungen auf die gesundheitspolitische Agenda setzen. Ziel ist es, das Bewusstsein für die gesamtgesellschaftliche Bedeutung des Hörens zu stärken, konkrete politische Maßnahmen einzufordern und die Zusammenarbeit aller relevanten Akteurinnen und Akteure zu fördern. Die Barrieren für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen müssen abgebaut werden und die Bedeutung des Hörens in nationale Gesundheits-, Präventions- und Demenzstrategien integriert werden.

Die Diskussion zeigt deutlich, dass Österreich die Chance hat, bei der Hörversorgung eine Vorreiterrolle einzunehmen – vorausgesetzt, es werden rasch die richtigen Weichen gestellt. Dazu gehören ein konsequenter Ausbau von Prävention und Vorsorge, die Förderung moderner Technologien, eine bessere Vernetzung der Versorgungsstrukturen und die Entstigmatisierung von Hörhilfen in der Öffentlichkeit. Stakeholder aus Politik, Sozialversicherung, Gesundheitswesen und Industrie sind gefordert, gemeinsam Verantwortung zu übernehmen. **P**



PLATTFORMEN

ganznormal.at: Selbstzweifel und Ängste von Jugendlichen im Fokus

DER WIENER RINGTURM WAR WIEDER EINMAL SCHAUPLATZ EINER VERANSTALTUNG, DIE GESELLSCHAFTLICH HOCHRELEVANT IST UND ZUGLEICH BERÜHRT: ganznormal.at, der Verein für die Gleichstellung von psychischen und physischen Krankheiten, lud gemeinsam mit der Wiener Städtischen Versicherung zu einem Abend über die Sorgen und Ängste junger Menschen. | von Karl Innauer

Bereits die Begrüßung durch Doris Wendler, Vorstandsdirktorin der Wiener Städtischen, machte deutlich, dass psychische Gesundheit in der Mitte der Gesellschaft angekommen ist. Wendler sprach von der Bedeutung der Vorsorge und hob hervor, dass ihr Haus die Arbeit von ganznormal.at seit Jahren mit Überzeugung unterstützt. „Vorsorge bedeutet, rechtzeitig Bewusstsein zu schaffen – auch für die seelische Gesundheit“, betonte sie. Im Anschluss erinnerte Alexander Biach, stellvertretender Vorsitzender des Vereins und Generaldirektor der SVS, daran, dass die Entigmatisierung psychischer Erkrankungen kein kurzfristiges Projekt, sondern eine dauerhafte Aufgabe sei: „Wir wollen auch in den kommenden Jahren gemeinsam daran arbeiten, dass psychische Krankheiten nicht länger im Schatten stehen.“ Sein Dank galt den Sponsoren, ohne deren langjährige Unterstützung die Sichtbarkeit des Vereins nicht möglich wäre. Biach verwies auch auf die jährlichen Kampagnen von ganznormal.at, die mit klaren Botschaften und eindringlichen Bildern Tabus aufbrechen und aufzeigen, wie verbreitet Depressionen, Angstzustände oder Suchterkrankungen tatsächlich sind. 2026 wird der Verein fünfzehn Jahre alt – ein Jubiläum, das zum Rückblick, vor allem aber auch zum Blick nach vorne einlädt.

Hintergrund: Warum ganznormal.at?

Der Verein wurde 2011 gegründet, um psychische Erkrankungen aus der Tabuzone zu holen. Von Beginn an stand der Gedanke im Mittelpunkt, dass psychische und körperliche Krankheiten gleichwertig zu behandeln sind. Seither hat ganznormal.at eine Reihe von Initiativen gestartet: von großflächigen Plakatkampagnen über mediale Aufklärung bis hin zu Veranstaltungen wie jener im Ringturm. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Sprache. Viele Betroffene berichten, dass nicht die Krankheit selbst, sondern die Scham und das Schweigen am meisten belasten. Das Motto „Reden wir darüber“ ist deshalb nicht nur ein Slogan, sondern eine Haltung, die sich durch alle Aktivitäten zieht. Jedes Jahr werden mit neuen Schwerpunkten – etwa Depressionen bei Jugendlichen, Burnout im Arbeitsleben oder die Situation von pflegenden Angehörigen – gesellschaftliche Diskussionen angestoßen.

Jugendliche im Spannungsfeld

Den thematischen Auftakt zur Podiumsdiskussion „Selbstzweifel und Ängste von Jugendlichen“ machte Georg Psota, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und stellvertretender Vorsitzender von ganznormal.at. In seiner Keynote zeichnete er ein Bild von Jugendlichen, die unter vielfältigen Belastungen leiden: Verunsicherung durch hohe schulische Anforderungen, der Druck der Gleichaltrigen, die ständige Präsenz von Social Media.



Psota untermauerte dies mit Zahlen: „Heute verbringen Schülerinnen und Schüler etwa 35 Stunden pro Woche in der Schule – und fast ebenso viel Zeit im Netz. Rund 40 Stunden sind es mittlerweile. Diese Verlagerung des Lebens in den digitalen Raum hat tiefgreifende Folgen.“ Besonders die Corona-Pandemie habe diesen Trend verstärkt. Angststörungen, Depressionen und Süchte seien deshalb keine Randerscheinungen, sondern prägende Themen der Jugendphase. Damit griff Psota eine Entwicklung auf, die auch internationale Studien bestätigen. Laut der WHO leidet weltweit jeder: siebte Jugendliche zwischen zehn und neunzehn Jahren an einer psychischen Erkrankung. Angststörungen und Depressionen zählen dabei zu den häufigsten Diagnosen. In Österreich zeigen aktuelle Untersuchungen, dass sich rund ein Drittel der Jugendlichen in den letzten Jahren psychisch belastet fühlt – ein deutlicher Anstieg gegenüber der Zeit vor der Pandemie.

Stimmen aus Psychologie, Bildung und Krisenintervention

Nach dem Impuls wechselte Psota auf das Podium, wo er gemeinsam mit Katrin Skala, Chefärztin und Leiterin des Psychosozialen



Dienstes Wien, Barbara Juen, Psychologin, Kriseninterventionsexpertin und Hochschullehrerin in Innsbruck, sowie Elisabeth Fuchs, Wiener Bildungsdirektorin, Platz nahm. Die Diskussion moderierte Laila Docekal, Leiterin der Ressorts Gesundheit, Wissenschaft und Familie beim Kurier.

Elisabeth Fuchs schilderte die Herausforderungen aus Sicht der Schulen. Viele Jugendliche kämen aus Familien, die selbst unter Druck stehen. Manche hätten nie gelernt, klare Grenzen zu akzeptieren. „Für manche ist es ein Schock, wenn sie in der Schule zum ersten Mal ein Nein hören. Das kann zu schwierigen Situationen führen, die Lehrkräfte alleine kaum abfangen können.“ Schulen könnten Halt geben, aber nicht die Aufgaben der Eltern übernehmen. Barbara Juen legte den Fokus auf die Gruppendynamik unter Jugendlichen. In einer Klasse oder Clique entstehe oft subtiler Druck, perfekt zu sein – ein Phänomen, das durch Instagram, TikTok oder Facebook verstärkt werde. „Wir haben uns angewöhnt, den Kindern jedes Hindernis aus dem Weg zu räumen. Aber Krisenkompetenz entsteht nur, wenn man Hürden selbst überwindet.“ Juen warnte davor, dass die ständige Verfügbarkeit von Unterhaltung und Ablenkung bei Jugendlichen das Gefühl verstär-



Von links nach rechts:
Barbara Juen, Alexander Biach, Katrin Skala, Laila Docekal, Elisabeth Fuchs, Georg Psota

© GÜNTHER LANGEGER (3)



ke, mit Problemen nicht umgehen zu können. Katrin Skala wiederum sprach von Jugendlichen, die wie „Dopamin-Junkies“ auf der ständigen Suche nach dem nächsten Kick agierten. Das beginne bei kurzen Social-Media-Clips und ende bei riskantem Verhalten. „Unsere Gesellschaft hat ein strukturelles Problem: Lehrkräfte können nicht für psychotherapeutische Aufgaben ausgebildet werden, das ist auch nicht ihre Aufgabe. Dafür gibt es Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiater.“ Gleichzeitig brauche es mehr Orientierung im Elternhaus. Zu oft fehle es an klaren Regeln.

Georg Psota knüpfte daran an und zeigte auf, dass sich Ängste unter Jugendlichen in den letzten Jahren deutlich verstärkt hätten. Der dauernde Vergleich im Netz, die Angst, etwas zu verpassen, führe bei vielen zu einem Gefühl der Überforderung. „Die Zahlen, die wir heute sehen, sprechen eine deutliche Sprache.“

Wohin die Reise geht

Die Moderatorin fragte schließlich nach Lösungen. Die Antwort fiel vielschichtig aus. Ja, es gebe bereits einiges: etwa die fünf Ambulatorien des Psychosozialen Dienstes, die psychische Therapien anbieten. Doch der Bedarf wachse schneller als das Angebot. Ein zentrales Thema war die frühzeitige Unterstützung. Schon in Kindergärten sollten Pädagog:innen stärker befähigt werden, Resilienz und Selbstbewusstsein zu fördern. Auch Eltern müssten mehr einbezogen werden, etwa durch Schulungen oder Gesprächsangebote. Das klinge herausfordernd, sei aber notwendig, um langfristig wirksam zu sein. Das Podium war sich einig: Es braucht vor allem Bewusstsein. Bewusstsein in Schulen, in Familien, in der Gesellschaft. „Awareness schaffen, mit Humor begegnen, Gemeinschaft stärken und reden – immer wieder reden“, brachte es einer der Diskutierenden auf den Punkt. Genau das ist seit vierzehn Jahren das Motto von ganznormal.at: „Reden wir darüber.“

Begegnungen am Abend

Im Anschluss an die Podiumsdiskussion nutzten zahlreiche Gäste die Gelegenheit zum fachlichen Austausch. Unter den Teilnehmer:innen

Die Veranstaltung bot auch Raum für persönliche Begegnungen und Austausch zwischen Vertreterinnen und Vertretern aus Gesundheitswesen, Politik, Wirtschaft und Zivilgesellschaft.

befanden sich Caroline Krammer, Direktorin der AUVA, Silvia Hruska-Frank, Direktorin der AK Wien, sowie Rudolf P. Wagner, Geschäftsführer von prominente Wien. Auch Vertreter:innen aus Wirtschaft und Beratung wie Steuerberater Christian Moritz (Consultatio), Unternehmensberater Rudi Semrad und Martin Heimhilcher, Spartenobmann der WKW, waren anwesend. Die Unternehmerschaft war unter anderem durch Robert Moser und Teppichhändler Omar Besim vertreten. Ebenfalls vor Ort waren die Ärzt:innen Anna Convaexius und Ernst Weinmann, Sylvia Unterdorfer vom ORF sowie Jutta Löffler, Geschäftsführerin der UIV. Von Seiten des Vereins nahmen die Vorstandsmitglieder Susanne Schicker, Stefan Schermaier, Peter Wehle und Ralph Vallon teil. Die organisatorische Leitung des Abends lag bei Raphaela Vallon-Sattler, Geschäftsführerin von Vallon Relations & Coaching.

Erkenntnisse des Abends

Die Veranstaltung im Ringturm machte deutlich, dass Selbstzweifel und Ängste von Jugendlichen nicht nur pädagogische oder medizinische Fragen sind. Sie sind Ausdruck einer komplexen gesellschaftlichen Realität, in der Schule, Familie, Medien und digitale Welt ineinandergreifen. Gleichzeitig zeigte der Abend, dass es eine breite Bereitschaft gibt, diese Herausforderungen gemeinsam anzugehen. Politik, Bildung, Gesundheitswesen und Wirtschaft zogen in der Diskussion an einem Strang. ganznormal.at ist dabei seit fast fünfzehn Jahren ein Motor, um Bewusstsein zu schaffen und konkrete Unterstützungsangebote zu fördern. Die Botschaft bleibt klar: Psychische Gesundheit ist genauso wichtig wie körperliche – und wir müssen darüber reden. **P**



Extramurale Versorgung im Fokus

Die 12. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach boten erneut ein Forum für Diskussionen zum österreichischen Gesundheitswesen. **IM RAHMEN EINES PRAEVENIRE INSIGHTS STAND DIE EXTRAMURALE VERSORGUNG:** Hans Georg Mustafa beleuchtete Chancen und Risiken von Zentralisierung und Automatisierung in der Diagnostik, Andreas Huss skizzierte die künftige Rolle größerer Versorgungsstrukturen. Eine offene Diskussion mit dem Publikum lieferte zusätzliche Impulse für die praktische Umsetzung. | von Karl Innauer

Hans Georg Mustafa, Labormediziner mit jahrzehntelanger Erfahrung, begann seinen Vortrag mit einem Blick auf die Entwicklung seines Labors, das er seit Mitte der 1990er-Jahre mit aufgebaut hat. Was damals mit kleinen, fast handwerklich wirkenden Geräten begann, sei heute eine hochautomatisierte, digitalisierte Infrastruktur mit mehreren Partnern, hunderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Millionen von Proben im Jahr. Die Labormedizin, so Mustafa, habe sich in den vergangenen Jahrzehnten von einer klassischen Dienstleistung zu einem unverzichtbaren Bestandteil des gesamten Krankheitsmanagements entwickelt: Rund 70 Prozent aller medizinischen Entscheidungen basieren heute auf Laborwerten. Damit sei klar, dass Labordiagnostik nicht nur für die Diagnosestellung, sondern auch für Prävention und Therapieentscheidungen zentral sei.

Anhand von Beispielen wie der molekularen Charakterisierung von Tumoren oder dem Einsatz von Bluttests beim Kolonkarzinom-Screening zeigte Mustafa, wie neue Methoden zu mehr Präzision und besseren Behandlungsergebnissen führen können. Gleichzeitig verwies er auf die wachsende Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten: Sie möchten nicht nur schnelle und zuverlässige Ergebnisse, sondern auch individualisierte Diagnostik im

Sinne der personalisierten Medizin. Doch mit dem medizinischen Fortschritt steigen auch die Anforderungen. Mustafa sprach von einem anhaltenden Preisverfall bei Standardparametern, gleichzeitig explodierenden Kosten für High-Tech-Analysen, immer aufwendigeren regulatorischen Anforderungen und einer akuten Verknappung am Arbeitsmarkt. All das zwingt Labore zu hohen Investitionen in Automatisierung, digitale Systeme und neue Testmethoden. Sein Credo: Nur wer sich anpasst und Innovationen offensiv aufgreift, werde künftig bestehen.

Chancen und Risiken der Zentralisierung

Ein Schwerpunkt des Vortrags lag auf der Frage der Strukturen: Kleine, selbstständige Labore gebe es heute kaum mehr, die Entwicklung gehe eindeutig hin zu großen Gruppen mit hoher Spezialisierung und enormem Automatisierungsgrad. Dies ermögliche einerseits Effizienz, Verfügbarkeit rund um die Uhr und ein breites Testportfolio. Andererseits entstünden neue Abhängigkeiten: Fällt ein großer Standort aus, sei er schwer zu kompensieren. Auch internationale Konzerne könnten in den Markt drängen und damit Fragen nach Versorgungssicherheit und regionaler Verantwortung aufwerfen. Mustafa illustrierte diese Entwicklung mit Zahlen aus dem eigenen Unternehmen: Rund 1,7 Millionen Kilometer lege man jährlich allein

für den Probentransport zurück – eine logistische Mammutaufgabe, die nur durch ständige Optimierung und Digitalisierung zu bewältigen sei. Gleichzeitig sei Nachhaltigkeit ein Gebot der Stunde: von Verpackungsreduktion über Energieeffizienz bis zu neuen Transportformen wie Drohnen.

Besonders betonte er die Notwendigkeit, Laborbefunde nicht nur als isolierte Werte zu betrachten, sondern in einen medizinischen Entscheidungsprozess zu integrieren. Das Ziel müsse sein, Diagnostik und Therapie enger zu verzahnen und Patientinnen und Patienten entlang der gesamten Versorgungskette zu begleiten. „Von der Probe zur Entscheidung zum Krankheitsmanagement“ – so umriss Mustafa seine Vision.

Versorgung neu denken: Die Perspektive der ÖGK

Andreas Huss knüpfte an Mustafas Ausführungen an, setzte jedoch einen deutlich anderen Schwerpunkt: Für ihn steht die Weiterentwicklung der extramuralen Versorgung durch größere, interdisziplinäre Einheiten im Vordergrund. In Österreich sei man in den vergangenen Jahren bereits einen wichtigen Schritt gegangen, etwa mit der Eröffnung von über hundert Primärversorgungseinheiten (PVE). Diese Zentren böten lange Öffnungszeiten, eine Vielzahl an Leistungen unter einem Dach und die Möglichkeit, unterschiedliche Gesundheitsberufe eng zusammenarbeiten zu lassen. Genau darin liege der Schlüssel, um die Versorgung den Bedürfnissen der Bevölkerung und den Anforderungen der kommenden Jahre anzupassen.

Huss zeichnete ein Bild einer Gesundheitslandschaft, in der Ambulatorien für spezifische Fachrichtungen – etwa in der Frauenmedizin oder Urologie – ebenso selbstverständlich sind wie multidisziplinäre Zentren, die Radiologie, Psychotherapie oder Sozialarbeit integrieren. Ziel sei es, Versorgung nicht mehr entlang der Logik einzelner Ordinationen zu denken, sondern in Netzwerken und Teams. Das entlaste nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch die Ärztinnen und Ärzte selbst: Gerade jüngere Medizinerinnen und Mediziner schätzten die Möglichkeit, in strukturierten Settings mit planbaren Arbeitszeiten und multiprofessioneller Unterstützung tätig zu sein.

Auch auf die Labormedizin ging Huss explizit ein. Sie sei ein unverzichtbarer Teil des Systems, aber auch ein relevanter Kostenfaktor. Angesichts begrenzter Budgets sei es notwendig, Über- und Fehlversorgungen einzudämmen. Er nannte Beispiele wie den massenhaften Einsatz



Hans Georg Mustafa beleuchtete Chancen und Risiken von Zentralisierung und Automatisierung in der Labordiagnostik bei den 12. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach.



von Vitamin-D- oder PSA-Tests ohne klare Indikation. Hier brauche es klare Programme und eine Konzentration auf jene Untersuchungen, die tatsächlich einen medizinischen Mehrwert bringen. Gleichzeitig zeigte er sich überzeugt, dass Effizienzsteigerungen durch Digitalisierung und Standardisierung möglich sind – etwa durch eine einheitliche Administration von Proben oder gemeinsame Gesamtverträge mit den Laboren.

Digitalisierung und Patientenkompetenz als Schlüssel

Ein wiederkehrendes Thema in beiden Vorträgen war die Rolle der Digitalisierung. Mustafa schilderte den hohen Automatisierungsgrad moderner Labore und die Chancen künstlicher Intelligenz für Diagnoseunterstützung und Disease Management. Huss wiederum verwies auf die Bedeutung einer funktionierenden elektronischen Gesundheitsakte (ELGA). Befunde lägen längst digital vor, würden aber noch zu wenig genutzt. Er plädierte dafür, technische und rechtliche Barrieren wie das „Opt-out“-Prinzip kritisch zu hinterfragen und stattdessen auf eine konsequente Nutzung der vorhandenen Daten zu setzen – zum Nutzen von Ärztinnen und Ärzten wie Patientinnen und Patienten. Genau hier setzte die anschließende Diskussion an. Mehrere Stimmen aus dem Publikum forderten, die Benutzerfreundlichkeit von ELGA deutlich zu verbessern. Es brauche leistungsfähige Suchfunktionen, eine strukturierte Darstellung der Befunde und eine verpflichtende Nutzung durch alle Gesundheitsberufe. Zugleich müsse auch die Bevölkerung geschult werden, um ihre Daten verstehen und aktiv nutzen zu können. Gesundheitskompetenz beginne mit dem Zugang zu Informationen – und mit der Fähigkeit, diese einzuordnen. Ein weiterer Impuls betraf die Balance zwischen Datenschutz und Versorgungseffizienz. Während manche Diskutierende betonten, dass Patientinnen und Patienten granular über die Nutzung ihrer Daten entscheiden können sollten, warnen andere vor übertriebenen Hürden. Entscheidend sei, praktikable Lösungen zu finden, die den klinischen Alltag nicht blockieren und gleichzeitig die Rechte der Betroffenen wahren.

Andreas Huss skizzierte die künftige Rolle größerer, interdisziplinärer Versorgungsstrukturen in der extramuralen Versorgung.

Impulse aus der Diskussion

In der offenen Gesprächsrunde wurde deutlich, wie stark die extramurale Versorgung derzeit im Umbruch ist – und wie viele Fragen noch offen sind. Besonders hervorgehoben wurde die Notwendigkeit, Patientenakten strukturiert und leicht zugänglich zu gestalten, anstatt Befunde in einem kaum überschaubaren Sammelsurium verschwinden zu lassen. Damit verbunden war die Forderung, die Nutzung der elektronischen Gesundheitsakte nicht länger freiwillig zu belassen, sondern gesetzlich verpflichtend für alle Gesundheitsberufe zu verankern. Mehrfach wurde auch auf die Bedeutung der Gesundheitskompetenz hingewiesen: Die Bevölkerung müsse befähigt werden, ihre eigenen Daten zu verstehen und aktiv für ihre Versorgung zu nutzen. Gleichzeitig äußerten Diskutierende Skepsis gegenüber einer zunehmenden Übernahme regionaler Laborstrukturen durch internationale Konzerne. Versorgungssicherheit und Qualität sollten, so der Tenor, in regionaler Verantwortung bleiben. Neben Fragen der Effizienz und der Kosten kam schließlich auch die ökologische Dimension zur Sprache: Nachhaltigkeit – von reduzierten Verpackungseinheiten bis hin zu optimierten Transportwegen – müsse zu einem festen Bestandteil des extramuralen Systems werden. Die Diskussion machte damit deutlich, dass Labor und extramurale Versorgung zwar unterschiedliche, aber eng miteinander verflochtene Bereiche sind. Innovationen in der Diagnostik greifen nur dann, wenn sie in ein

funktionierendes Versorgungssystem eingebettet sind. Umgekehrt kann eine moderne Versorgungslandschaft ihre Stärke nur entfalten, wenn sie auf verlässliche diagnostische Grundlagen bauen kann.

Aufbruch mit offenen Fragen

Die PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach zeigten eindrücklich, wie viel Bewegung derzeit im Gesundheitssystem steckt. Hans Georg Mustafa machte klar, dass Labormedizin längst mehr ist als die bloße Analyse von Proben – sie ist Motor von Innovation, aber auch ein Bereich mit erheblichen strukturellen und finanziellen Herausforderungen. Andreas Huss wiederum skizzierte, wie sich die extramurale Versorgung hin zu größeren, interdisziplinären Einheiten entwickeln soll, um den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten, aber auch von Gesundheitsberufen gerecht zu werden. Aus dem Publikum kamen wichtige Hinweise auf die praktischen Hürden: von der Usability der elektronischen Systeme über Fragen des Datenschutzes bis zur Notwendigkeit einer flächendeckenden Gesundheitskompetenz. Die Richtung scheint klar: Digitalisierung, Zentralisierung und Kooperation sind die Leitplanken. Doch der Weg dorthin verlangt sorgfältige Abstimmung, politischen Willen und die Einbindung aller Beteiligten. Alpbach bot dafür einen wertvollen Resonanzraum – und machte zugleich deutlich, wie groß die Erwartungen an konkrete Umsetzungsschritte sind. **P**



Herpes Zoster

Impfmotivation muss gesteigert werden

Im Rahmen der 12. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach stand das Thema „IMPFEN FÜR ERWACHSENE“ auf dem Programm. Während bei Herpes Zoster die Verfügbarkeit von Impfstoffen und demnächst vermutlich auch die Übernahme der Kosten außer Streit stehen, bleibt nach wie vor offen, wie mehr Menschen von der Notwendigkeit des Impfschutzes überzeugt werden können. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Aufklärung und Kommunikation sind jedenfalls gefragt, meint dazu Prim. Univ.-Doz. Dr. Robert Müllegger von der Abteilung für Dermatologie und Venerologie am Universitätsklinikum Wiener Neustadt. Er beschreibt in seiner Keynote, warum es wichtig ist, dass die Herpes-Zoster-Impfung in ein kostenfreies Erwachsenen-Impfprogramm übernommen wird und welche Risikogruppen im Fokus von Awarenesskampagnen stehen müssten.

Ältere Bevölkerung häufiger betroffen

Herpes Zoster – in der Laiensprache als Gürtelrose bezeichnet – tritt in der Bevölkerung relativ häufig auf. Eine Inzidenz von etwa vier Fällen pro 1.000 Einwohner und Jahr, bedeutet für Österreich mehr als 30.000 Neuerkrankungen jährlich. „Über die Lebenszeit betrachtet, erkrankt etwa jeder dritte bis vierte Mensch an Gürtelrose. Besonders deutlich steigt das Risiko ab dem 50. Lebensjahr an, und mindestens die Hälfte aller Betroffenen ist älter als 50 Jahre“, sagt Müllegger. Mit steigendem Pensionsantrittsalter und höherer Lebenserwartung ist davon auszugehen, dass künftig zunehmend auch mehr Menschen im erwerbsfähigen Alter betroffen sein werden. „Derzeit geht die Wirtschaftskammer von rund 24.000 Fällen pro Jahr aus, die auf diese Gruppe entfallen“, so der Experte weiter.

Auffällig und gleichzeitig Anlass zum raschen Handeln ist der graduelle Anstieg der Erkrankungszahlen, der jährlich fast fünf Prozent

beträgt. Während lange Zeit die Fachwelt überzeugt war, dass Herpes Zoster eine einmalige Erkrankung ist, haben Studien mittlerweile gezeigt, dass eine Rezidivrate von zwei bis zehn Prozent vorhanden ist. Die meisten Rezidive treten schon sehr früh nach der ersten Episode auf, im Schnitt nach zwei bis drei Jahren.

Risikofaktoren sind vielfältig

Zu einem der wichtigsten Prädispositionsfaktoren für die Entstehung von Herpes Zoster zählt das Alter. „Eine besondere Rolle spielt die sogenannte Immunseneszenz, die altersbedingt nachlassende Leistungsfähigkeit des Immunsystems, die etwa ab dem 50. Lebensjahr auftritt und erklärt, warum Herpes Zoster in höheren Altersgruppen besonders häufig vorkommt“, sagt Müllegger.

Auch krankheitsbedingte Formen der Immunschwäche, autoimmunologische Erkrankungen wie jene aus dem rheumatischen Formenkreis, verschiedene Krebserkrankungen, aber auch internistische Grunderkrankungen wie Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz begünstigen das Auftreten von Herpes Zoster. „Krankheits- oder therapiebedingte Veränderungen der Immunlage können das Risiko für Herpes Zoster je nach Grunderkrankung oder eingesetztem Medikament um das Zwei- bis Zehnfache erhöhen. Darüber hinaus zeigen aktuelle Daten, dass eine durchgemachte COVID-19-Erkrankung das Risiko für Herpes Zoster um 15 bis 21 Prozent steigern kann. Auch im Zusammenhang mit der COVID-19-Impfung wurde ein leicht erhöhtes

Impulsvortrag digital

• Robert Müllegger



relatives Risiko beschrieben“, führt Müllegger aus. Und damit nicht genug: Liegt eine immunsuppressive Situation vor, ist nicht nur das Risiko einer Erkrankung deutlich gesteigert, sondern auch der Krankheitsverlauf oft schwerwiegende und mit mehr Komplikationen verbunden.

Häufig schwerwiegende Komplikationen

Bei etwa 90 Prozent der Betroffenen treten Schmerzen bereits zu Beginn der Erkrankung auf und können den Hauterscheinungen sogar vorausgehen. „Zudem ist Herpes Zoster eine ausgesprochen komplikationseigete Erkrankung, die keinesfalls als harmloser Bläschenauschlag abgetan werden darf. Komplikationen können an unterschiedlichen Organen auftreten. Am Hautorgan selbst kommt es unter anderem zu Disseminationen, Gewebnekrosen und Narbenbildungen. Besonders gefährlich sind Komplikationen am zentralen Nervensystem, wie Meningitis oder Enzephalitis, die bei immunsupprimierten Patientinnen und Patienten mit einer signifikant höheren Mortalität verbunden sind“, beschreibt der Dermatologe. Auch das periphere Nervensystem ist häufig betroffen: Verschiedene Hirnnervenparesen, wie beispielsweise eine Gesichtsnervenlähmung, können auftreten. Diese Komplikationen können über Monate persistieren und eine vollständige Rückbildung ist nicht in jedem Fall gewährleistet. Liegt der Herpes Zoster im Bereich des Gesichtes, und hier im Versorgungsgebiet des ersten Trigeminusastes, ist in etwa 25 Prozent der Fälle auch das Auge betroffen.

Bei immunsupprimierten Patientinnen und Patienten kann es darüber hinaus zu Organmanifestationen kommen, beispielsweise in Form einer Pneumonie. „Insgesamt gilt, dass Komplikationen keineswegs selten sind. Rund zwei Drittel aller Betroffenen über 50 Jahre entwickeln mindestens eine der genannten Komplikationen“, sagt Müllegger.

Zu den häufigsten und schwerwiegendsten Komplikationen zählt die postherpetische Neuralgie, die im Schnitt fünf bis 30 Prozent aller Patientinnen und Patienten mit Gürtelrose betrifft, und auch hier zeigt sich eine steigende Tendenz mit zunehmendem Lebensalter: „Über dem 60. Lebensjahr ist bereits die Hälfte betroffen, über dem 70. Lebensjahr zwei Drittel.“ Die postzosterische Neuralgie ist ein neuropathischer Schmerz, der nach Abklingen der akuten Hautveränderungen bestehen bleibt und über Monate bis Jahre persistieren kann. „Bei über 65-Jährigen liegt die durchschnittliche Persistenz sogar bei über drei Jahren. Das führt zu einer massiven Beeinträchtigung der Lebensqualität, verbunden mit depressiven



Bei den 12. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach diskutierten Expertinnen und Experten über die Bedeutung der Herpes-Zoster-Impfung und Wege, die Impfmotivation in der Bevölkerung zu steigern.



Symptomen, Angstzuständen, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen. Zudem ist bei dieser Patientengruppe die Suizidalität eindeutig erhöht“, beschreibt Müllegger und ergänzt: „Etwa 40 Prozent der Betroffenen können trotz verschiedener Kombinationen von Schmerzmedikamenten nur leidlich schmerzfrei gestellt werden. Bei älteren Personen verschärft sich die Problematik, da sie oft ohnehin schon eine Reihe von Medikamenten einnehmen, und damit erhöht sich das Risiko für Wechselwirkungen und Nebenwirkungen erheblich.“

Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse steigt

Müllegger verweist auch auf Zusammenhänge, auf die in den letzten Jahren in der Literatur häufig hingewiesen wird: Die Vaskulopathie, die im Rahmen einer Herpes-Zoster-Erkrankung entsteht und mit einem signifikant erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse einhergeht. Schlaganfälle und Myokardinfarkte, die durch entzündliche Veränderungen sowohl im zentralen Nervensystem als auch in den Koronargefäßen begünstigt werden, häufen sich. Auch darf neben dem persönlichen Leid der ökonomische Aspekt nicht aus den Augen verloren werden, denn: Rund fünf Prozent aller Schlaganfallpatienten werden pflegebedürftig und die durchschnittliche Hospitalisierungsdauer liegt bei über 16 Tagen.

Treten Komplikationen auf, führt das sehr häufig zu Spitalsaufnahmen. Je nach Datenlage berichten einzelne Länder von Hospitalisierungsraten von bis zu 35 Prozent. Vorwiegend betroffen sind ältere Patientinnen und Patienten mit relevanten Komorbiditäten. „In Österreich wurden 1.900 stationäre Aufnahmen im Jahr 2022 mit insgesamt 16.000 Belagstagen verzeichnet, das heißt, dass die durchschnittliche Verweildauer pro Patientin und Patient acht bis neun Tage beträgt“, beschreibt der Experte die Relevanz auch aus gesundheitsökonomischer Sicht, denn nach Berechnungen der Wirtschaftskammer kostet ein Belagstag für einen Herpes-Zoster-Fall rund 1.300 Euro.

Diskussionsteilnehmer
hinten: Heimo Pernt,
Andreas Hoyer, Erwin
Rebhandl, Josef Zellhofer,
Josef Smolle, Franz Öller.
Vorne: Gunda Gittler,
Elisabeth Pittermann,
Angelika Widhalm



Kostenerstattung könnte Impfrate verbessern

Seit 2021 steht in Österreich ein rekombinanter, adjuvanter Totimpfstoff gegen Herpes Zoster zur Verfügung. Im österreichischen Impfplan wird die Impfung ab dem 60. Lebensjahr empfohlen, bei Patientinnen und Patienten mit Immunsuppression oder schweren Grunderkrankungen bereits ab dem 18. Lebensjahr.

Der Impfstoff wird als Grundimmunisierung mit zwei Dosen verabreicht, eine Kostenerstattung ist in Diskussion und derzeit wohl der Hauptgrund, warum die Durchimpfungsrate noch immer im niedrigen einstelligen Prozentbereich liegt. In Deutschland zeigte sich ein anderes Bild: Nachdem dort die Erstattung eingeführt wurde, hat sich die Durchimpfungsrate innerhalb kurzer Zeit verzehnfacht.

Der Impfstoff weist eine sehr hohe Wirksamkeit in allen Altersgruppen auf – sowohl in der Prävention der Gürtelrose selbst als auch in der Verhinderung der postherpetischen Neuralgie. Darüber hinaus verhindert die Impfung auch in über 90 Prozent der Fälle eine Dissemination, neurologische und okuläre Komplikationen sowie vaskuläre Folgeerkrankungen. Bei bis zu 70-Jährigen liegt die Effektivität bei rund 97 Prozent, bei über 80-Jährigen immerhin noch bei 89 Prozent. „Bei den über 70-Jährigen müssen neun Personen geimpft werden, um einen Zosterfall zu verhindern – eine Rate, die wesentlich besser ist als zum Beispiel bei Influenza oder COVID-19. Langzeitdaten belegen außerdem, dass ein Impfschutz auch viele Jahre nach der Grundimmunisierung anhält. Selbst im elften Jahr nach der Impfung besteht noch ein Schutz von 82 Prozent“, sagt der Dermatologe. Für Österreich zeigen Berechnungen – unter anderem auf Basis von Daten der Wirtschaftskammer –, dass die Gesamtkosten durch Herpes Zoster bei rund 150 Millionen Euro liegen. Betrachtet man eine 10-Jahres-Periode, so würde eine konsequente Impfung der über 50-Jährigen dem Gesundheitssystem deutliche Einsparungen bringen. Umgekehrt bedeutet ein Verzicht auf die

Impfung nicht nur höhere Kosten für Versicherungsträger und Krankenhäuser. Auch Arbeitgeber sind durch Arbeitsausfälle betroffen, und für Betroffene selbst entstehen Belastungen durch den erheblichen Verlust an Lebensqualität.

Awareness schaffen und Impfmotivation steigern

Neben der Kostenübernahme ist der niederschwellige Zugang zu Impfaufklärung und -angeboten ein wichtiger Hebel, um die Impfquote zu steigern. Idealerweise wird in der niedergelassenen Arztpraxis aufgeklärt, wo ältere Menschen aufgrund ihrer häufigen Komorbiditäten ohnehin regelmäßig vorbeikommen. Der Impfstoff sollte in der Praxis vorrätig sein, sodass die Impfung unmittelbar nach einem Aufklärungsgespräch erfolgen kann.

Weitere können Impfangebote auch dort etabliert werden, wo die Zielgruppe anzutreffen ist – von der Apotheke bis hin zu Senioren- und Pflegeheimen. Auch Selbsthilfeverbände und Arbeitsmediziner sind Schnittstellen zu potenziellen Patientinnen und Patienten, die in einer Aufklärungskampagne vorrangig adressiert werden müssen.

Der richtige Schritt in Richtung einer Kostenübernahme ist bereits erfolgt, denn die Sozialversicherung hat vor Kurzem evaluiert, welche Erwachsenenimpfungen aus medizinischer, ökonomischer und volkswirtschaftlicher Sicht sowie unter Berücksichtigung der Kosteneffizienz, künftig kostenfrei angeboten werden sollen. Darauf basierend soll laut Ankündigung die Herpes Zoster Impfung noch Ende 2025 in das kostenlose Erwachsenenimpfprogramm aufgenommen werden. Aktuell gibt es bereits eine Vereinbarung zwischen der Sozialversicherung und dem Bund, wonach die Sozialversicherung die Umsetzungsverantwortung trägt, Länder und Regionen können ergänzende Impfangebote schaffen. Diese bundesweit einheitliche Lösung ist einmalig in Österreich und wird ebenfalls ein wesentlicher Erfolgsfaktor zur Impfmotivation sein. **P**

Weniger Betten, mehr Zukunft

Bei den 12. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach präsentierte Krankenhausmanager Wilhelm Marhold eine deutliche Analyse der österreichischen Spitalslandschaft. **SEINE KERNTHESE: DIE ZUKUNFT LIEGT IN DER AMBULANTISIERUNG – WENIGER STATIONÄRE BETTEN, MEHR TAGESKLINIKEN, EFFIZIENTERE STRUKTUREN.** Seine Ausführungen lösten eine lebhafte Debatte aus, in der Chancen, Risiken und soziale Dimensionen der Reform sichtbar wurden. | von Karl Innauer

Mit einer analytischen Betrachtung der Veränderungen der modernen Medizin im Laufe der Zeit, eröffnete Wilhelm Marhold seinen Beitrag. Fortschritte in Diagnostik und Therapie führen dazu, dass Krankheiten früher erkannt und weniger invasiv behandelt werden können. Das Beispiel der Onkologie zeigt, wie sehr Prävention und Frühdiagnose die Behandlungspfade verschoben haben: Früher entdeckte Tumore ermöglichen Eingriffe, die Patientinnen und Patienten rasch wieder auf die Beine bringen. Diese Entwicklung verkürzt die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus, reduziert die Notwendigkeit langer stationärer Behandlungen und verändert damit die Anforderungen an Spitalsstrukturen. Die klassische Bettenstation, wie sie in den 1970er- und 1980er-Jahren aufgebaut wurde, passt nach Marholds Darstellung nicht mehr zu dieser Realität. Während früher langwierige stationäre Aufenthalte selbstverständlich waren, kann heute ein wachsender Teil medizinischer Leistungen ambulant oder tagesklinisch durch-

geführt werden. Der Trend ist international erkennbar – in vielen Ländern wird seit Jahren von „Ambulantisierung“ gesprochen. Doch während etwa Deutschland die Diskussion schon länger führt, bleibt die Umsetzung oft halbherzig. Österreich, so Marholds Appell, dürfe diesen Fehler nicht wiederholen, sondern müsse den Strukturwandel aktiv gestalten.

Die stille Ambulantisierung und ihre Tücken

Ein zentrales Problem ortete Marhold in der sogenannten „stillen Ambulantisierung“. Gemeint ist damit, dass Eingriffe zwar faktisch tagesklinisch erfolgen, die Patientinnen und Patienten jedoch weiterhin über stationäre Betten geführt werden. Das führt zu einer paradoxen Situation: Für die Öffentlichkeit – und vor allem für die Politik – entsteht so das Bild, die Spitäler würden immer teurer, obwohl sie nicht mehr Leistungen erbringen. Die Ursache liegt jedoch im System: In alten Strukturen werden moderne Therapien erbracht, die rechnerisch weiterhin in die Logik der Bettenversorgung fallen. So entstehen Kostensteigerungen ohne sichtbaren Nutzenzuwachs.

Marhold betonte, dass mit der Reform des LKF-Systems 2025 eine entscheidende Weichenstellung erfolgt sei. Erstmals werden ambulantiserte Leistungen gleich hoch bewertet wie stationäre. Damit entfällt der finanzielle Nachteil für Spitäler, die ihre Angebote in Richtung Tageskliniken und externe Ambulanzen umstellen. Für ihn ist klar: Geld bleibt der wichtigste Treiber. Wenn die Finanzierung stimmt, gibt es keinen Grund mehr, am ineffizienten Status quo festzuhalten.

Tageskliniken als Zukunftsmodell

Besonders eindrücklich war Marholds Darstellung des Potenzials tagesklinischer Therapieplätze. Eine neu geschaffene Einheit dieser Art könne, so seine Berechnungen, den Bedarf an eineinhalb stationären Betten ersetzen. Es gehe dabei nicht um „Bettenabbau“ im Sinne von Schließungen, sondern um eine notwendige Anpassung an die tatsächlichen Versorgungsrealitäten.

Tageskliniken könnten unterschiedlich ausgestaltet sein: von komfortablen Räumen, in denen Patientinnen und Patienten nach Narkosen ausschlafen, bis hin zu spezialisierten Bereichen für onkologische Therapien. Wichtig sei, dass die Strukturen konsequent auf ambulante Abläufe ausgelegt sind. Für die Spitäler bedeute das, weniger fixe Betten vorzuhalten, dafür mehr flexible Plätze, die tagsüber mehrfach genutzt werden können.

Der Krankenhausmanager zeigte sich überzeugt, dass nicht jedes Krankenhausgebäude kostenintensiv umgebaut werden müsse. Stattdessen plädierte er für sogenannte Exposituren – ausgelagerte Einheiten, die organisatorisch zu einem Spital gehören, räumlich jedoch getrennt sind. Diese Modelle hätten mehrere Vorteile: Sie erfordern geringere Investitionen, ermöglichen klarere Abläufe und sparen durch die Auslagerung teurer Nacht- und Bereitschaftsdienste erhebliche Mittel ein.

Ein Blick nach Deutschland verdeutlicht, dass solche Konzepte bereits erfolgreich umgesetzt werden. Dort betreiben externe Firmen die technische Infrastruktur, während das ärztliche und pflegerische Personal von den Mutterhäusern kommt. In Wien wird ein vergleichbares Projekt derzeit geplant: eine tagesklinische Außenstelle der Kliniken Floridsdorf und Donaustadt, in der ab 2028 kleinere chirurgische Eingriffe stattfinden sollen.

Reformdruck und politische Rahmenbedingungen

Doch Marhold beließ es nicht bei medizinischen und organisatorischen Argumenten. Er legte großen Wert auf die Frage der Finanzierung. Spitäler in Österreich werden überwiegend aus den Landesgesundheitsfonds getragen, gespeist von Bund, Ländern und Sozialversicherung. Solange diese Mittel unabhängig von Strukturveränderungen verteilt werden, fehlt der Anreiz, bestehende Muster aufzubrechen. Sein Vorschlag: Ein Teil der Finanzmittel – etwa zehn bis 15 Prozent – sollte zweckgebunden für Reformprojekte wie Ambulantisierung reserviert werden. Nur wenn Länder und Spitäler konkrete Strukturveränderungen nachweisen, sollen sie dieses Geld erhalten. Beispiele dafür sieht er in Wien, das seit Jahren konsequent Standorte konzentriert, oder in Niederösterreich, wo das Landeskrankenhaus Gmünd zu einem reinen Ambulanzzentrum umgebaut wird. Entscheidend sei, Veränderungen nicht als „Schließungen“ zu kommunizieren, sondern als Umstrukturierungen, bei denen Leistungen erhalten und sogar verbessert werden. Für Marhold steht fest: Die Frage, ob Österreichs Spitalswesen langfristig finanzierbar bleibt, entscheidet sich daran, ob dieser Strukturwandel gelingt. „Wir müssen den medizinisch-technologischen und den medizinwissenschaftlichen Fortschritt auch strukturell umsetzen und wirtschaftlich abholen.“

Eine Diskussion voller Spannungsfelder
Im Anschluss an den Vortrag entwickelte





sich eine intensive Diskussion, die zeigte, wie vielschichtig das Thema ist. Mehrere Wortmeldungen erinnerten an historische Reformen, die an sozialen Schieflagen gescheitert waren. Die Sorge, dass durch Ambulantisierung Belastungen auf Angehörige – insbesondere Frauen – abgewälzt werden könnten, war deutlich spürbar. Es wurde darauf hingewiesen, dass auch ältere Patientinnen und Patienten von verkürzten Spitalsaufenthalten betroffen sind und dass deren Betreuung nach der Entlassung gesichert sein müsse.

Andere Stimmen betonten die Chancen einer engeren Kooperation zwischen Spitälern und dem niedergelassenen Bereich. Ambulantisierung könne nicht isoliert gedacht werden, sondern müsse Teil einer umfassenden Versorgungsstrategie sein, in der Leistungen sektorenübergreifend geplant und finanziert werden. Ein wiederkehrendes Thema war die Rolle der Pflege. Vertreterinnen und Vertreter des Berufsstandes machten klar, dass neue Strukturen auch neue Aufgabenverteilungen erfordern. Viele verwiesen auf die Überlastung durch Dokumentationspflichten und die fehlende Nutzung vorhandener Kompetenzen. Ambulante Strukturen ohne Nachtdienste könnten durchaus zu höherer Arbeitszufriedenheit führen



Moderne Medizin verkürzt die Aufenthaltsdauer, macht viele Eingriffe ambulant möglich und zwingt uns, alte Strukturen grundlegend zu hinterfragen.

Wilhelm Marhold

– vorausgesetzt, man ermögliche Pflegekräften mehr Eigenverantwortung. Besonders eindrucksvoll wirkte die Schilderung eines praktischen Beispiels aus der Versorgungsrealität: In einem regionalen Gesundheitszentrum werden bereits seit einiger Zeit unterschiedlichste Eingriffe unter Allgemeinnarkose durchgeführt – von kleineren Operationen im HNO-Bereich über zahnmedizinische Eingriffe bis hin zu orthopädischen Verfahren wie Kniearthroskopien. Die Erfahrungen dort zeigen, dass Patientinnen und Patienten hochzufrieden sind, ebenso das medizinische Personal. Der entscheidende Engpass liegt nicht in der Machbarkeit, sondern in den Finanzierungsstrukturen: Für diese Form der Versorgung fehlen bislang ausreichend klare Rahmenbedingungen. Das Beispiel machte deutlich, dass Ambulantisierung keine

abstrakte Zukunftsvision ist, sondern in Österreich längst erfolgreich erprobt wird – sofern die systemischen Hürden überwunden werden.

Kommunikation als Schlüssel zum Erfolg

Neben den fachlichen und organisatorischen Fragen rückte in der Diskussion immer wieder ein Punkt in den Vordergrund: Kommunikation. Veränderungen im Spitalswesen stoßen oft auf Widerstand, wenn sie als Bedrohung wahrgenommen werden. Entscheidend sei daher, dass Reformen nicht als Abbau, sondern als Weiterentwicklung dargestellt werden. Wien habe vorgemacht, dass die Verlagerung von Leistungen ohne das Schlagwort „Spitalschließung“ möglich ist und dabei kaum öffentliche Aufregung erzeugt.

Für viele Diskutierende war klar: Ambulantisierung ist nicht nur eine technische oder finanzielle Frage, sondern auch eine kulturelle. Führungskräfte im Gesundheitswesen müssen in der Lage sein, Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter und Bevölkerung mitzunehmen, Vertrauen aufzubauen und die Vorteile klar zu kommunizieren. Nur so könne verhindert werden, dass notwendige Reformen durch Ängste blockiert werden.

Zwischen Einsicht und Umsetzung

Die 12. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach machten deutlich, dass die Ambulantisierung in Österreich nicht mehr als Randthema behandelt werden kann. Wilhelm Marhold zeichnete in seinem Vortrag ein klares Bild: Moderne Medizin verkürzt Aufenthaltsdauern, macht viele Eingriffe ambulant möglich und zwingt dazu, alte Strukturen zu hinterfragen. Tageskliniken und externe Ambulanzen bieten die Chance, Ressourcen effizienter zu nutzen und Kosten zu senken, ohne die Versorgungsqualität zu mindern.

Die Diskussion im Plenum zeigte jedoch auch, dass der Weg dorthin voller Spannungsfelder ist: Fragen der Finanzierung, soziale Gerechtigkeit, Arbeitsbedingungen in der Pflege und die Notwendigkeit überzeugender Kommunikation stehen gleichberechtigt neben den medizinischen und ökonomischen Argumenten. Eines wurde in Alpbach unübersehbar: Das Zeitfenster für Reformen ist geöffnet. Ob es gelingt, die Ambulantisierung konsequent umzusetzen, hängt von Mut, Kreativität und dem Willen zur Zusammenarbeit ab – zwischen Politik, Management, Ärzteschaft, Pflege und Gesellschaft. **P**



PORTFOLIO

Durchschnittlich 1.300 Todesopfer jedes Jahr

Jedes Jahr aufs Neue warnen Fachleute vor den Auswirkungen der Influenza. Durchschnittlich sterben in Österreich jährlich rund 1.300 Personen an der sogenannten echten Grippe – das hat ein Expertenteam rund um Monika Redlberger-Fritz und Florian Krammer vom Zentrum für Virologie an der MedUni Wien erhoben. Die Ergebnisse ihrer Analyse haben sie Mitte September vorgestellt. Gänzlich neu sind diese Erkenntnisse nicht. Umso wichtiger ist das beharrliche Aufzeigen der Problematik, wofür den Forscher:innen Anerkennung gebührt.

Hinzu zur erschreckend hohen Zahl an Todesopfern, kommt ein empfindlich hoher Anteil an Infektionen innerhalb der Bevölkerung. 5 bis 10 Prozent der Erwachsenen und 10 bis 20 Prozent der Kinder stecken sich laut diesen Erkenntnissen im Schnitt jede Saison an, was neben hohen gesundheitlichen Belastungen und persönlichem Leid einen immensen volkswirtschaftlichen Schaden verursacht.



Mag. pharm. Thomas W. Veitschegger
Präsident des Österreichischen Apothekerverbands

Impfungen in die Apotheke holen

Dabei wissen wir, was zu tun ist. Die Durchimpfungsraten müssen rauf – und zwar quer über alle Alterskohorten. Dass sie in Österreich so niedrig ausfallen, liegt sicher nicht alleine an der Gruppe notorischer Impfverweigerer. Es fehlt am Bewusstsein und es fehlt an einem niederschweligen und flächendeckenden Zugang. Das Angebot der Apothekerschaft ist klar: Wir stehen jederzeit zur Verfügung, wenn es darum geht, Impfungen in Apotheken anzubieten. Und wir sind vorbereitet: Bereits jetzt verfügen über 2.500 Kolleginnen und Kollegen über eine Impfausbildung nach internationalen Standards. Nur ein Beispiel dazu aus der Praxis: Irland ist eines von 11 europäischen Ländern, in denen bereits in der Apotheke geimpft wird. Seit 2011 dürfen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten dort unter anderem Grippeimpfungen verabreichen. Die



Durchimpfungsrate ist seither um 60 % gestiegen. Ergänzend dazu sollte die Gesundheitspolitik ebenso beharrlich wie die Forscher:innen über die Erkrankungen und den Impfschutz aufklären. Die Awareness-Kampagne „St. Influenza“ war ein erster Schritt in diese Richtung dem nun die weitere folgen müssen.

Anstrengung wird belohnt

Ich gehe davon aus, dass derartige Anstrengungen belohnt werden – belohnt mit höheren Impfquoten, niedrigeren Infektionszahlen und damit geringeren Kosten im Gesundheitssystem. Sieht man sich die Eurostat-Daten zu Durchimpfungsraten etwa in der Gruppe der über 65-Jährigen an, erkennt man das Potenzial: In Irland liegt der niedrigste Wert seit 2018 bei 57,63 Prozent in ebendiesem Jahr, wobei der Wert während der Corona-Pandemie auf über 75 Prozent geklettert ist. In Dänemark, wo seit 2021 in Apotheken gegen Influenza geimpft wird, stieg der Anteil von 52 Prozent im Jahr 2020 auf 75 Prozent im Folgejahr und entwickelt sich seither weiter nach oben. Portugal verzeichnete zwischen 2018 und 2024 Werte zwischen 55,70 Prozent (2019) und 75,80 Prozent (2022). Und Österreich? Daten liegen kaum vor, für das Jahr 2018 wird ein Wert von 18,30 Prozent angeführt, für 2024 wurden 23,50 Prozent ermittelt – wohlgerne im älteren Segment der Bevölkerung, das hier zu den Top-Performern zählt.

Wollen wir die erschreckenden Opferzahlen reduzieren, müssen wir bei der Prävention besser werden – Impfungen sind dabei ein wesentlicher Faktor. Dass das gelingen kann, führen uns internationale Beispiele vor. Die zeigen auch, dass es dabei keinen Verdrängungswettbewerb zwischen Berufsgruppen gibt, sondern dass sich die Impfangebote ergänzen. Worauf also warten? Lasst uns Impfungen in die Apotheken bringen! **P**

Manege frei für den 74. Wiener Ärzteball

Glanz, Musik und Charity: Eine Ballnacht für das Leben in der Wiener Hofburg

Am 31. Jänner 2026 öffnet die Wiener Hofburg erneut ihre Pforten für eines der traditionsreichsten gesellschaftlichen Ereignisse des Landes: den Ärzteball. Zum bereits 74. Mal lädt die Wiener Ärztekammer zum festlichen Tanz in imperialem Ambiente – und verbindet dabei Glanz und Glamour mit einem klaren humanitären Auftrag. Unter dem Motto „Ein Tanz für das Leben – eine Charity-Nacht für die CliniClowns“ verwandeln sich die historischen Säle in eine farbenfrohe Manege voller Musik, Akrobatik und Lebensfreude. Rund 3.800 Gäste aus Medizin, Politik, Kultur und Wirtschaft werden erwartet, um nicht nur eine rauschende Ballnacht zu erleben, sondern auch ein starkes Zeichen für Mitmenschlichkeit zu setzen. Die Benefizidee ist fixer Bestandteil des Ärzteballs: Im Vorjahr konnte eine Rekordsumme von 118.000 Euro gesammelt werden, die der WE&ME Foundation zugutekam. Diesmal fließt der Reinerlös an die CliniClowns Austria, die 2026 ihr 35-jähriges Bestehen feiern. Seit 1991 bringen die CliniClowns schwerkranken Kindern und Erwachsenen auf über 150 Stationen in ganz Österreich Hoffnung, Humor und Zuversicht – kleine Momente, die oft Großes bewirken.



Zirkus der Lebensfreude

Höhepunkt des Programms ist die Mitternachtseinlage „Zirkus der Lebensfreude“: Sängerin Monika Ballwein, Artistin Maria Gschwandtner und Alexander Schneller, Zirkusdirektor des Circus Pikard, verwandeln den Festsaal in eine Bühne voller Staunen. Daneben laden Erinnerungsfotos mit den CliniClowns, das Charity-Casino oder der „CliniClown Campari Spritz“ zum Mitmachen und Spenden ein.

Vielfalt der Musik

Der Ärzteball ist berühmt für seine musikalische Bandbreite – und 2026 wird diese größer sein als je zuvor. „Mamas Soul Club“ heizt im Zeremonienaal ein, „The Bling-Blings“ sorgen im Metternichsaal für Stimmung, während „The Rudy Tunes“ Rock’n’Roll-Feeling ins Forum bringen. Jazzliebhaber kommen in der Geheimen Ratsstube und im Rittersaal auf ihre Kosten, Discofans dürfen

zwischen der Radio Wien Disco mit DJ Alex List und Italo-Sounds von DJ Mel Merio wählen. Der Heurige bietet mit „Whisky and Wine“ und dem Clini Clown Salonorchester gemütliche Stimmung, während sich im Radetzky Appartement II mutige Gäste beim Karaoke selbst ans Mikrofon wagen. Wer seine Tanzschritte vor

dem Eröffnungseinzug auffrischen möchte, kann dies in den angebotenen Tanzstunden tun.

Kunst und Symbolik

Das Ball-Sujet stammt diesmal von der austro-iranischen Künstlerin Sheida Samyi. Ihr Entwurf – ein tanzendes Paar am Seil, veredelt durch eine rote Clownsnase – verbindet die Leichtigkeit des Zirkus mit der Eleganz der Balltradition und macht sichtbar, dass Freude und Mitgefühl Hand in Hand gehen.

Tanz, Tradition und Tatkraft

Der Ärzteball vereint, was viele gesellschaftliche Ereignisse nur anstreben: festliche Tradition, ein hochkarätiges Musik- und Showprogramm und eine klare Botschaft der Solidarität. Inmitten des Glanzes der Hofburg entsteht so eine Ballnacht, die über das Tanzen hinausgeht – ein Abend, an dem Lebensfreude und Nächstenliebe gleichermaßen gefeiert werden. **P**



74. Wiener Ärzteball

Samstag, 31. Jänner 2026

Wiener Hofburg, 1010 Wien, Heldenplatz

Der Kartenverkauf startete am 15. September 2025 über die Website www.aerzteball.at. Reguläre Tickets kosten 180 Euro, Studierende unter 26 Jahren zahlen ermäßigte 85 Euro. Zusätzlich gibt es wieder ein limitiertes „Late Night Ticket“ um 55 Euro, das ab 00.30 Uhr Eintritt gewährt. Tischreservierungen sind im Voraus erforderlich.

PRAEVENIRE TERMINE



PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM

Teilnahmepaket

Veranstaltung

PRAEVENIRE Vorreiter Event Ernährung & innovative Medizin in Wien
20. 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-Pressekonferenz
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

11. PRAEVENIRE Gesundheitstage in Eisenstadt
Oktober 2026

Listenpreis (exkl. USt.)

Gesamtpreis inkl. Jahresbonus (exkl. USt.)

Kostenfrei

Kostenfrei

Kostenfrei

€ 60,-

Kostenfrei

Kostenfrei

€ 120,-

Kostenfrei

€ 350,-

Kostenfrei

€ 2.100,-

€ 2.400,-

€ 5.030,-

€ 4.050,-

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

Stand: 31. August 2025

2025/26



PORTFOLIO

Besser gemeinsam

Bei der PVE-Tagung in Linz sprach Johanna Pilwarsch von der Gesundheit Österreich GmbH über **DIE BEDEUTUNG DER INTERPROFESSIONELLEN ZUSAMMENARBEIT IN PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEITEN**. Sie zeigte, wie verbindliche Teamarbeit die Versorgung verbessert, welche Rollen Gesundheits- und Sozialberufe übernehmen und warum das Modell für die Zukunft des Gesundheitssystems entscheidend ist. | von Katharina Irwitzer

Primärversorgung ist die erste, direkt zugängliche Stelle für Menschen mit gesundheitlichen Problemen. Sie liegt zwischen informeller Eigenversorgung und spezialisierter Fach- oder Spitalsmedizin und soll eine umfassende, koordinierte und kontinuierliche Betreuung bieten. In Österreich gibt es dafür unterschiedliche Formen – von der Einzelordination über die Gruppenpraxis bis hin zu Primärversorgungseinheiten. Primärversorgungseinheiten, kurz PVEs, sind gesetzlich seit 2017 verankert und 2023 novelliert worden. Ihr Kennzeichen ist die verbindliche Zusammenarbeit mehrerer Gesundheits- und Sozialberufe. Jede PVE muss ein Versorgungskonzept vorlegen, das sich an den Bedürfnissen der Region orientiert. Gründerinnen und Gründer müssen darin aufzeigen, wie die Bevölkerung zusammengesetzt ist, welche Altersgruppen dominieren, welche Krankheitsbilder relevant sind – und darauf abgestimmt ihr Team zusammenstellen. Der Erfolg dieser Idee zeigt sich an den Zahlen: Inzwischen gibt es knapp 100 PVEs in Österreich, darunter 13 Kinder-PVEs. Besonders seit 2022 ist die Zahl gewachsen, unterstützt durch Förderungen und die Arbeit der Plattform Primärversorgung. Auch Mittel aus dem europäischen Aufbau- und Resilienzplan fließen in den Ausbau. Für Patientinnen und Patienten bedeutet das mehr Erreichbarkeit, längere Öffnungszeiten, bessere Koordination und eine Betreuung, die über reine Akutmedizin hinausgeht.

Rollen im Team: Dürfen, Können, Müssen

Ein Schwerpunkt des Vortrags lag auf der Frage, wie die Rollen der Gesundheits- und Sozialberufe in der PVE bestimmt werden. Pilwarsch beschrieb das Modell von „Dürfen, Können und Müssen“.

Mit „Dürfen“ sind die rechtlichen Befugnisse gemeint, die in den Berufsgesetzen festgelegt sind – etwa im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, im Hebammengesetz oder im MTD-Gesetz. „Können“ bezeichnet die tatsächlichen Kompetenzen, die eine Person durch Ausbildung, Spezialisierung oder Erfahrung erwirbt. „Müssen“ wiederum ergibt sich aus den Vereinbarungen im Arbeitsvertrag und aus dem Versorgungskonzept der jeweiligen PVE. In der Praxis gibt es zahlreiche Überschneidungen zwischen den Berufsgruppen. So können diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger viele Tätigkeiten übernehmen, die auch Ordinationsassistentinnen und -assistenten ausführen, allerdings nicht in umgekehrter Richtung. Für die Organisation be-

deutet das, dass Aufgaben und Zuständigkeiten bewusst verteilt werden müssen, damit Ressourcen optimal genutzt werden und die Zufriedenheit im Team hoch bleibt.

Pilwarsch betonte, dass Gesundheits- und Sozialberufe ihre Stärken klar kommunizieren sollten. Wer weiß, welche Kompetenzen er oder sie einbringt, kann aktiv an der Gestaltung der eigenen Rolle mitwirken. Hilfreich sind dabei die von der GÖG entwickelten Kompetenzprofile und Factsheets. Sie beschreiben für elf Gesundheits- und Sozialberufe detailliert, welche Leistungen in einer PVE möglich sind, und geben sowohl Gründerinnen und Gründern als auch bestehenden Teams Orientierung. Besonders wichtig ist der neue Auftrag, dass Primärversorgungseinheiten nicht nur medizinische Akutversorgung leisten, sondern auch Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz betreiben. Damit werden sie zu zentralen Akteuren im Umgang mit dem demografischen Wandel und mit chronischen Erkrankungen.

Die Potenziale der interprofessionellen Zusammenarbeit sind groß. Jetzt gilt es, sie konsequent zu nutzen – zum Vorteil der Patientinnen und Patienten, der Beschäftigten und des gesamten Systems.

Johanna Pilwarsch

Interprofessionelle Zusammenarbeit als Schlüssel

Das Herzstück einer PVE ist die interprofessionelle Zusammenarbeit. Darunter versteht die Weltgesundheitsorganisation, dass Angehörige verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe gemeinsam mit Patientinnen und Patienten sowie deren Familien arbeiten, um die bestmögliche Versorgung sicherzustellen. Entscheidend ist dabei das gemeinsame Verständnis, das erst durch Zusammenarbeit entsteht und das keine Berufsgruppe allein erreichen könnte. Die Vorteile sind deutlich: Komplexe Krankheitsbilder lassen sich besser behandeln, die Versorgung wird koordinierter, die Überwachung des Gesundheitszustandes verbessert sich, und die Anbindung an gemeindenahe Dienste wird enger. Am Ende steigt sowohl die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten als auch jene der Beschäftigten. Angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels gilt interprofessionelle



Bei der PVE-Tagung in Linz betonte Johanna Pilwarsch die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit in Primärversorgungseinheiten – ein Modell, das die Versorgung in Österreich nachhaltig verbessern soll.

Zusammenarbeit sogar als innovativer Lösungsansatz.

Damit sie gelingt, braucht es jedoch mehr als räumliche Nähe. Pilwarsch verwies auf die Angebote der Plattform Primärversorgung, die Teams unterstützen: Onboarding-Mappen, die neue Mitarbeitende in Abläufe und Kultur einführen, Kommunikationstrainings mit Schauspielpatientinnen und -patienten, Empfehlungen und Checklisten zur Reflexion der Zusammenarbeit sowie berufsgruppeninterne Vernetzungsgruppen. All diese Instrumente helfen, Rollen zu klären, Kommunikation zu verbessern und Teamprozesse aktiv zu gestalten. Wesentlich ist auch die Haltung. Interprofessionalität muss bewusst gewollt sein und aktiv gefördert werden. Führung und klare Strukturen sind ebenso nötig wie Gelegenheiten, die Kompetenzen der Kolleginnen und Kollegen kennenzulernen. Ein sichtbares Zeichen nach außen ist der gemeinsame Auftritt. PVEs, die auf ihrer Website nicht nur die Ärztinnen und Ärzte, sondern das gesamte Team mit Fotos und Profilen präsentieren, machen deutlich, dass hier Versorgung interprofessionell gedacht und gelebt wird.

Eine Chance für alle Beteiligten

Die pflegerische, therapeutische und sozialarbeiterische Expertise war in der Primärversorgung lange kaum sichtbar. Mit dem Primärversorgungsgesetz ist es gelungen, diese Lücke zu schließen und interprofessionelle Zusammenarbeit strukturell zu verankern. Für Patientinnen und Patienten bedeutet das eine umfassendere und koordiniertere Betreuung. Für Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger, Therapeutinnen und Therapeuten, Hebammen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter eröffnet es neue Gestaltungsmöglichkeiten. Und für das Gesundheitssystem insgesamt ist es eine wichtige Antwort auf wachsende Herausforderungen. Johanna Pilwarsch brachte es in Linz auf den Punkt: Die Potenziale der interprofessionellen Zusammenarbeit sind groß. Jetzt gilt es, sie konsequent zu nutzen – zum Vorteil der Patientinnen und Patienten, der Beschäftigten und des gesamten Systems. **P**

 Plattform
Primärversorgung



Pflege- und Therapiepraxen:

Ein neues Fundament für die Primärversorgung

Auf der 9. AM PLUS PVE-Tagung in Linz stellte Andreas Huss, MBA, Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), ein Projekt vor, das die Versorgung in Österreich nachhaltig verändern könnte: **DIE PFLEGE- UND THERAPIEPRACTIS**. Dieses neue Modell soll Pflege, Therapieberufe und Soziale Arbeit systematisch in die Regelversorgung integrieren, Ärztinnen und Ärzte entlasten und Patientinnen und Patienten niederschwellig Zugang zu multiprofessioneller Betreuung ermöglichen. | von Katharina Irwitzer

Seit Jahren wird über die Stärkung der Primärversorgung in Österreich diskutiert. Genau hier setzt die Idee der Pflege- und Therapiepraxis an. Diese Praxen sollen nichtärztliche Gesundheitsberufe bündeln: Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie, Ernährungsberatung und Soziale Arbeit. Damit sollen Leistungen, die bislang nur eingeschränkt oder gar nicht von den Kassen übernommen wurden, systematisch in die Sachleistungsversorgung überführt werden. Zentral ist, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten unkompliziert an diese Praxen überweisen können. Das eröffnet neue Kooperationsformen für Einzelordinationen, die bislang keinen Zugang zu multiprofessionellen Teams hatten, und schafft Synergien für die Gesundheitsberufe selbst – etwa durch gemeinsame Infrastruktur und organisatorische Entlastung.

Patientenlenkung als Schlüssel

Die Ausgangslage ist klar: Rund 40 Prozent der Patientinnen und Patienten suchen in Österreich nicht zuerst die Hausärztin bzw. -arzt oder die Kinder- bzw. Frauenärztin oder -arzt auf, sondern direkt Fachärzte oder Spitalsambulanzen. Das belastet teure und komplexe Versorgungseinrichtungen unnötig. Ziel der Pflege- und Therapiepraxen ist es daher, diese Patientinnen und Patienten stärker in die Primärversorgung einzubinden. Dazu sollen die neuen Praxen in ein übergeordnetes System der Patientensteuerung integriert werden. Huss verwies auf die Bedeutung von „1450“ und Telemedizin als vorgeschaltete Filter, die Patientinnen und Patienten an die richtige Stelle leiten sollen – sei es zur Allgemeinmedizin, in die Pflege- und Therapiepraxis oder in die Fachversorgung. Das Modell soll auch zur Entlastung der Ärzteschaft beitragen: Pflegekräfte könnten beispielsweise Diabetesberatungen anbieten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sich um psychosoziale Problemlagen kümmern und Therapeutinnen und Therapeuten interdisziplinär zusammenarbeiten. So entfallen Wege, Doppelbefunde und Wartezeiten, während die medizinische Kompetenz besser fokussiert werden kann.

Breite Einbindung der Gesundheitsberufe

Ein zentrales Merkmal des Konzepts ist die gleichwertige Rolle vieler Berufsgruppen. Pflegekräfte übernehmen nicht nur klassische Aufgaben, sondern können durch spezialisierte Beratung und Prävention auch chronische Krankheitsverläufe positiv beeinflussen. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten helfen Patientinnen und Patienten, nach Unfällen oder Erkrankungen den Alltag wieder zu meistern.

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten unterstützen bei der Wiederherstellung der Beweglichkeit, während Logopädinnen und Logopäden bei Sprach- oder Schluckstörungen wertvolle Arbeit leisten. Die Psychotherapie wiederum eröffnet die Möglichkeit, psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Ergänzt wird dieses Spektrum durch Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater, die Prävention und Therapie verbinden, sowie durch die Soziale Arbeit, die oftmals entscheidend ist, wenn es um die ganzheitliche Betreuung von Menschen mit komplexen Problemlagen geht. Gerade diese Vielfalt macht die Pflege- und Therapiepraxis zu einem multiprofessionellen Knotenpunkt, der weit über die ärztliche Versorgung hinausgeht.

Herausforderungen: Finanzierung, Recht und Vernetzung

Noch steht das Projekt am Anfang. Offene Fragen betreffen insbesondere die Rechtsform der Praxen, die Finanzierung und die Vernetzung zwischen den Berufsgruppen. Finanziell sollen die Pflege- und Therapiepraxen Vertragspartner der ÖGK sein, wobei weitere Stakeholder wie die Länder mitfinanzieren müssen. Schließlich fallen Pflegeleistungen und Soziale Arbeit teilweise in deren Zuständigkeit. Diskutiert werden verschiedene Modelle – von Fallpauschalen über Pauschalfinanzierungen bis zu Einzelverrechnungen. Ein weiterer Knackpunkt ist die Vernetzung. Ärztinnen und Ärzte befürchten Doppelstrukturen und Qualitätsprobleme. Vertreterinnen und Vertreter der Therapieberufe betonen wiederum die Notwendigkeit eines funktionierenden Austausches, wie er in Primärversorgungseinheiten etabliert ist. Huss verweist auf die Digitalisierung: Die Integration aller Gesundheitsberufe in ELGA soll künftig Transparenz schaffen und den Austausch erleichtern. Auch rechtliche Fragen, etwa zur Verantwortung oder zur Stellung nichtärztlicher Gesundheitsberufe, sind noch offen. Hier braucht es klare Rahmenbedingungen, um Unsicherheiten zu vermeiden und die Attraktivität für die Berufsgruppen zu erhöhen.

Attraktivität für die nächste Generation

Neben der Versorgungsperspektive spielt auch die Frage eine Rolle, wie junge Fachkräfte für das Gesundheitssystem gewonnen werden können. Viele Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten oder Pflegekräfte scheuen sich vor der selbstständigen Tätigkeit in Einzelpraxen, weil die Belastung hoch und die Verantwortung groß ist. In einer multiprofessionellen Struktur wie der Pflege- und Therapiepraxis können Räume, Verwaltung und organisatori-



Bei der PVE-Tagung präsentierte Andreas Huss das Konzept der Pflege- und Therapiepraxen – ein Modell, das Pflege, Therapieberufe und Soziale Arbeit systematisch in die Primärversorgung integrieren soll.

sche Aufgaben geteilt werden. Zugleich entsteht ein Arbeitsumfeld, das Teamarbeit, gegenseitiges Lernen und fachlichen Austausch fördert. Für Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger bedeutet das, nicht sofort in einem „Einzelkämpfer-Modus“ bestehen zu müssen, sondern von Beginn an in einem Netzwerk eingebunden zu sein.

Leuchtturmprojekte und neue Versorgungsrealität

Das Regierungsprogramm sieht explizit die Einführung von Pflege- und Therapiepraxen vor. Neben allgemeinen Versorgungszentren sind auch spezialisierte Modelle denkbar – etwa frauenspezifische Einrichtungen, in denen Gynäkologie, Hebammen, Psychologie und Soziale Arbeit eng zusammenarbeiten. Ziel ist stets, Patientinnen und Patienten wohnortnah, niederschwellig und multiprofessionell zu betreuen. Ob sich das Modell dauerhaft etabliert, hängt davon ab, wie gut es gelingt, die verschiedenen Berufsgruppen einzubinden, die Finanzierung stabil zu gestalten und die Ärzteschaft mitzunehmen. Da sich die PVE-Netzwerke in der Umsetzung als zäh erwiesen haben, wären die PTP eine gute Ergänzung um die Primärversorgung weiter auszubauen.

PRAEVENIRE in den Medien

PRAEVENIRE setzt mit seinen Initiativen und Veranstaltungen wichtige Impulse für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung. Die Themen reichen von Prävention und Frauengesundheit über Digitalisierung bis hin zu strukturellen Reformen im Sozial- und Gesundheitssystem. In zahlreichen Medienberichten wird sichtbar, wie unsere Arbeit wahrgenommen, diskutiert und weitergetragen wird. Auf dieser Seite finden Sie eine Auswahl aktueller Presseartikel, die das Engagement von PRAEVENIRE dokumentieren und den gesundheitspolitischen Diskurs in Österreich mitgestalten.

ONLINE



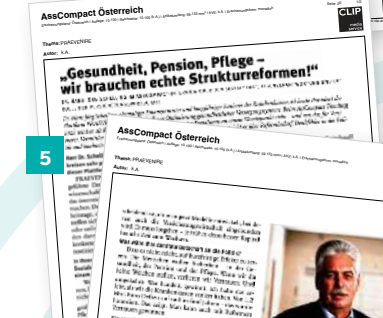















1: APA, 26. Juni 2025
 2: TARA24, 11. Juli 2025
 3: MedMedia, 15. Juli 2025
 4: APA, 21. Juli 2025
 5: KURIER, 27. Juli 2025
 6: APA, 27. August 2025
 7: NEWS, 27. August 2025

1: KURIER, 4. Juli 2025
 2: Das Medizinprodukt, 15. Juli 2025
 3: Österr. Apothekerzeitung, 28. Juli 2025
 4: Ärzt*In für Wien, 31. Juli 2025
 5: AssCompact Österreich, 5. Aug. 2025
 6: Österr. Apothekerzeitung, 11. Aug. 2025
 7: KURIER, 21. August 2025
 8: Ärzt*In für Wien, 8. September 2025



PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM

Frauengesundheit 2030:

Mehr Gerechtigkeit, mehr Sichtbarkeit, mehr Chancen

Die PRAEVENIRE Initiative Frauengesundheit 2030 setzt ein starkes Zeichen für die Zukunft der Gesundheitsversorgung von Frauen in Österreich. Unter der Ägide von Bundesministerin Korinna Schumann werden Themen der Frauengesundheit in den Mittelpunkt gestellt, **DIE FÜR DIE LEBENSQUALITÄT VON MILLIONEN FRAUEN ENTSCHEIDEND SIND**, bisher jedoch in Politik, Gesellschaft und Medizin häufig zu wenig Beachtung finden. | von Katharina Irwitzer

Ein Blick in die Realität zeigt deutlich: Frauen sind im Gesundheitswesen nach wie vor schlechter versorgt als Männer. Das liegt vor allem daran, dass sich Wissenschaft und Forschung jahrzehntelang stark an männlichen Standards orientiert haben. Darüberhinaus ist klar: Frauen erleben Krankheiten anders, sie zeigen oft andere Symptome und benötigen vielfach eine spezifische Behandlung. Beispiele sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, das Mammakarzinom, Multiple Sklerose, psychische Erkrankungen, Lungenkarzinom oder Diabetes. Bei all diesen Krankheitsbildern spielt die Früherkennung eine entscheidende Rolle – ebenso wie bei den Wechseljahren, denn gerade in dieser Lebensphase treten viele dieser Erkrankungen gehäuft auf oder verschärfen sich. Hinzu kommt, dass die meisten Frauen lieber von einer weiblichen Gynäkologin behandelt werden möchten, doch davon gibt es zu wenige, und ein Großteil von ihnen arbeitet als Wahlärztin, was die Versorgungslage zusätzlich erschwert. Ein besonderer Fokus der Initiative Frauengesundheit 2030 liegt daher auf den Wechseljahren – einer Lebensphase, die jede Frau betrifft und doch noch immer von Tabus und Unwissen geprägt ist. Körperliche, psychische und soziale Veränderungen in dieser Zeit haben weitreichende Auswirkungen: Sie beeinflussen nicht nur das persönliche Wohlbefinden, sondern auch die Teilhabe am Arbeitsleben, die familiäre Rolle und die langfristige Gesundheit. Während bei manchen Frauen der Hormonabfall langsam und schrittweise erfolgt – und daher kaum Beschwerden verursacht – erleben andere einen steileren Hormonabfall, der mit massiven Symptomen verbunden ist und ein deutlich

höheres Risiko für Folgeerkrankungen birgt. Für diese Frauen ist die Früherkennung die einzige Chance, rechtzeitig gegenzusteuern und gesundheitliche Belastungen sowie Spätfolgen zu vermeiden. Von zentraler Bedeutung ist dabei die frühe Erkennung und die gezielte medizinische Abklärung der Wechseljahre. Erste Symptome wie Schlafstörungen, seelische Verstimmungen, Kreuzschmerzen und Gelenkschmerzen, oder unerklärliche Gewichtszunahme werden oft nicht ernst genommen oder anderen Ursachen zugeschrieben. Erst in einem späteren Stadium treten schwerwiegendere Beschwerden wie Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Haarverlust oder depressive Episoden auf. Durch eine rechtzeitige ärztliche Abklärung können jedoch nicht nur Fehldiagnosen und unnötiges Leiden vermieden, sondern auch langfristige Krankheitsfolgen wirksam reduziert werden.

Impulse für eine geschlechtersensible Gesundheitspolitik

Die PRAEVENIRE Initiative verfolgt daher einen ganzheitlichen Ansatz: Sie schafft Plattformen, auf denen Politik, Wissenschaft, Gesundheitswesen, Arbeitswelt, Medien und betroffene Frauen zusammenkommen. Ziel ist es, Bewusstsein zu schaffen, Versorgungsgerechtigkeit zu sichern und innovative Präventionsstrategien zu entwickeln. Die Initiative versteht sich zugleich als Impulsgeberin für eine moderne, chancengerechte Gesundheitspolitik und als Partnerin der Frauen, die Orientierung, Aufklärung und konkrete Unterstützung suchen. Mit einer Reihe von Veranstaltungen und einer begleitenden Informations- und Bewusstseinskampagne wird ein breites Publikum erreicht

– von politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern über Ärztinnen und Ärzte sowie Sozialversicherungsträger bis hin zu Frauen selbst, die ermutigt werden sollen, aktiv und selbstbewusst ihre Gesundheit in die Hand zu nehmen. Denn Frauengesundheit ist nicht nur ein individuelles, sondern auch ein gesellschaftliches Thema – und verdient die volle Aufmerksamkeit von Politik, Medizin und Öffentlichkeit. Ein starkes Signal wird auch das kommende PRAEVENIRE Vorreiter Event Frauengesundheit am 10. November 2025 in Wien setzen. Unter der Schirmherrschaft von Bundesministerin Korinna Schumann kommen führende Köpfe aus Medizin und Wissenschaft zusammen, um zentrale Aspekte der Frauengesundheit zu beleuchten. So wird etwa Univ.-Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer die Bedeutung der Gendermedizin hervorheben, während Dr. Wilhelm Marhold die Wechseljahre und deren Früherkennung in den Mittelpunkt stellt. Ergänzt werden diese Perspektiven durch Beiträge von Univ.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Barbara Kornek zur Multiplen Sklerose und Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant zur Brustgesundheit, die verdeutlichen, wie breit das Spektrum frauenspezifischer Herausforderungen ist. Auch Priv.-Doz. Dr. Georg Delle Karth zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour zur Lungengesundheit und Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer zur psychischen Gesundheit tragen mit ihrer Expertise dazu bei, die Komplexität und Relevanz der Frauengesundheit sichtbar zu machen. Ziel ist es, nicht nur neueste wissenschaftliche Erkenntnisse vorzustellen, sondern auch den gesellschaftlichen Dialog zu stärken und Impulse für eine nachhaltige, geschlechtersensible Gesundheitspolitik zu geben. 

SAVE THE DATE



PRAEVENIRE VORREITER EVENT FRAUENGESUNDHEIT
 Albert Schweitzer Haus, Schwarzspanierstraße 13, 1090 Wien
 14:00 – 18:00 Uhr

KEYNOTES:

- Gendermedizin
- Gesunde Wechseljahre
- Früherkennung Wechseljahre
- Multiple Sklerose

- Herz- Kreislauf-Erkrankungen
- Lungengesundheit
- Brustgesundheit
- Psychische Gesundheit

Mit einem **Impuls** von **Korinna Schumann**, Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Die Qual der Wahl:

Neue Erkenntnisse zum Wahlarztsektor

Bei den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach präsentierte Dr. Michael Müller von der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) gemeinsam mit Maria Kremser, BSc, MA, neue Daten zum Wahlarztsektor. **IM RAHMEN EINER WISSENSCHAFTLICHEN ARBEIT WURDEN DIE ABRECHNUNGSDATEN DER SVS AUS 2022 ANALYSIERT**, und nach Fachgruppen, Regionen und individuellen Faktoren ausgewertet. Die Ergebnisse liefern erstmals eine fundierte Basis, die sowohl den Status quo beschreibt als auch auf strukturelle Defizite und soziale Unterschiede hinweist. | von Karl Innauer

Das Thema ist brisant. In Österreich wird seit Jahren über Wartezeiten im Kassensystem, über die Attraktivität des Arztberufs und über die zunehmende Bedeutung privater Zusatzleistungen diskutiert. Wahlärztinnen und -ärzte stehen dabei häufig im Zentrum der Auseinandersetzung: Kritiker werfen ihnen vor, nur eine zahlungskräftige Klientel zu bedienen, Befürworter unterstreichen ihre Rolle als unverzichtbare Ergänzung zur Regelversorgung. Müller betonte in seiner Präsentation, dass es ihm nicht um eine ideologische Debatte gehe, sondern um nüchterne Fakten. „Wir wollten verstehen, ob Wahlärztinnen bzw. -ärzte Versorgungslücken füllen, ob sie eigene Nachfrage erzeugen oder ob individuelle Faktoren entscheidend sind – vermutlich ist es ein Zusammenspiel von allem.“

Ein wachsender Sektor mit wachsender Relevanz

Die Entwicklung des letzten Jahrzehnts zeigt eindrücklich, dass der Wahlarztsektor kein Randphänomen mehr ist. Laut Rechnungshof-

bericht aus 2021 ist die Zahl der Wahlärztinnen und -ärzte seit 2009 deutlich gestiegen, im Bereich der Allgemeinmedizin um 42 Prozent, bei den Fachärztinnen und -ärzten um 38 Prozent. Schon 2019 übertraf ihre Anzahl jene der Vertragsärztinnen und -ärzte: 10.000 Wahlärztinnen und -ärzte standen 7.260 Kassenärztinnen und -ärzten gegenüber. Seither hat sich dieser Trend nicht abgeschwächt, sondern weiter verstärkt. Österreich liegt bei der Ärztedichte im europäischen Spitzenfeld. Doch die Zuwächse konzentrieren sich zunehmend auf den Wahlarztsektor. Für die Versorgung bedeutet das, dass Patientinnen und Patienten immer häufiger die Möglichkeit haben sich an Wahlärztinnen bzw. -ärzte zu wenden – sei es aus Unzufriedenheit mit Wartezeiten, wegen eines besseren Zugangs oder aufgrund von Qualitätswahrnehmungen. Besonders sichtbar wird dies in den Fachrichtungen, in denen Wartezeiten im Kassensystem notorisch lang sind.

Aus gesundheitsökonomischer Perspektive können folgende Annahmen getroffen werden: Einerseits könnte man von angebotsinduzierter



Nachfrage sprechen – mehr Ärztinnen bzw. Ärzte schaffen mehr Konsultationen. Andererseits zeigt die Analyse, dass Wahlärztinnen und -ärzte längst eine tragende Säule der Versorgung geworden sind. „Der Wahlarztsektor übernimmt inzwischen in relevanten Fachgebieten einen großen Teil der Versorgung“, so Müller.

Fachgruppen und regionale Unterschiede

Besonders interessant ist der Blick in die einzelnen Fachgebiete. Während in der Allgemeinmedizin weiterhin die Vertragsärztinnen und -ärzte dominieren, ergibt sich in spezialisierten Fächern ein anderes Bild. In der Augenheilkunde entfällt bereits ein Fünftel des Honoraraufwands auf den Wahlarztsektor, etwa ein Viertel der Patientinnen und Patienten sucht eine Privat-Ordination auf. In der Dermatologie liegt der Anteil der Aufwände bei 35 Prozent und über 40 Prozent der Patientinnen und Patienten konsultieren Wahlärztinnen und -ärzte. Die Spitze des Eisbergs repräsentiert die Gynäkologie: Das Verhältnis der Aufwandsverteilung liegt bei 55:45 zu Gunsten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte – wobei die Anzahl der Patientinnen, die eine Privatärztin oder einen Privatarzt aufsuchen, bei über 50 Prozent liegt.

Regional zeigen sich markante Unterschiede. Tirol sticht besonders hervor: In der Frauenheilkunde übersteigt die Zahl der Wahlarztkonsultationen bereits jene im Vertragsarztsystem, in der Fachgruppe Dermatologie liegt der Anteil der Wahlarztkonsultationen bereits bei 41 Prozent.

Das ÖSG-Monitoring, das die Versorgungslage auf Basis von Planstellen bewertet, zeigt ein heterogenes Bild: Während einzelne Bereiche

Der Wahlarztsektor trägt inzwischen in relevanten Fachgebieten einen großen Teil der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung.

Michael Müller



Bei den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach wurden neue Daten zum Wahlarztsektor vorgestellt.



auf vertragsärztliche Lücken hinweisen, sind andere Fachgruppen durchaus gut mit Vertragsärztinnen bzw. -ärzten ausgestattet. Müller fasste zusammen: „Manches korreliert, manches nicht. Wir sehen, dass fehlende Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte oft, aber eben nicht immer die Inanspruchnahme im Wahlarztsektor erklären. Es spielen auch individuelle Faktoren eine große Rolle.“

Individuelle Prädiktoren der Inanspruchnahme

Ein zentrales Element der Studie war die Analyse personenbezogener Einflussfaktoren. Dafür wurden Einkommen, Bildung, berufliche Ausrichtung und Konsultationsfrequenz untersucht. Die Ergebnisse zeigen ein vielschichtiges Bild. Hinsichtlich des Einkommens zeigen sich Abweichungen zwischen aktiv Erwerbstätigen und Pensionistinnen und Pensionisten: Bei den Erwerbstätigen lässt sich kein signifikante Unterschied nachweisen: Menschen mit niedrigem und hohem Einkommen nutzen den Wahlarztsektor in ähnlichem Ausmaß. Für Müller liegt die Erklärung in der Logik der Selbständigenversicherung: „Wenn ein selbständiger Erwerbstätiger krank ist, braucht er eine rasche Abklärung. Sonst steht sein Geschäft still. Da ist das verfügbare Einkommen zweitrangig.“ Bei Pensionistinnen und Pensionisten hingegen zeigte sich ein deutlicher Effekt. Wer eine höhere Pension bezieht, konsultiert um 21 Prozent häufiger eine Wahlarztordination. Noch deutlicher war der Unterschied bei der Bildung. Personen mit akademischem Titel gingen 22,5 Prozent häufiger zu Wahlärztinnen und -ärzten, als jene ohne. Besonders stark war dieser Trend in den Fächern Psychiatrie, Neurologie und Frauenheilkunde, aber auch in der Allgemeinmedizin. Für Müller ist das ein Hinweis auf unterschiedliche Gesundheitskompetenz und die Erwartungshaltung an das System: „Akademikerinnen und Akademiker haben offenbar eine höhere Tendenz, Leistungen aus dem Gesundheitssystem gezielt nachzufragen.“ Die berufliche Ausrichtung spielte dagegen keine Rolle hinsichtlich der Konsumation von privaten Leistungen. Weder Landwirtinnen und Landwirte noch Gesundheitsberufler noch andere Berufsgruppen wichen signifikant vom Durchschnitt ab. Eine überraschende Erkenntnis, denn gerade im Gesundheitsbereich hätte man eine stärkere Affinität zum Wahlarztsektor vermuten können.

Schließlich zeigte die Analyse, dass sogenannte „Heavy User“ – Versicherte, die bereits im Kassensystem mehr als 16 Konsultationen pro Jahr aufweisen – auch im Wahlarztbereich besonders aktiv sind. In fast allen Fachrichtungen, mit Ausnahme der Inneren Medizin und der Psychiatrie, war ihre Konsultationshäufigkeit überdurchschnittlich hoch. In der Augenheilkunde etwa lag der Unterschied bei 26 Prozent, in der Orthopädie bei 24 Prozent, in der Urologie bei 20 Prozent im Vergleich zu den Personen die das Vertragsarztssystem weniger in Anspruch genommen haben.

Chancen(un)gleichheit und Entlastung des Systems

Die Ergebnisse lassen sich doppelt interpretieren. Einerseits ist der Wahlarztsektor ein Puffer, der Versorgungslücken füllt und Engpässe abfedern kann. Andererseits haben soziale Unterschiede einen Einfluss auf den Konsum



Michael Müller präsentierte aktuelle Analysen zu Versorgungslücken und sozialen Unterschieden.

Die Inanspruchnahme von Wahlärzten ist nicht nur von Versorgungsengpässen, sondern auch von individuellen Präferenzen der Patientinnen und Patienten abhängig.

Maria Kremser

von Gesundheitsleistungen. Während Selbständige unabhängig vom Einkommen auf rasche Abklärung angewiesen sind, entscheidet bei Pensionistinnen die Höhe der Pension über die Häufigkeit von Wahlarztbesuchen. Damit ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen solidarischer Krankenversorgung und Chancenungleichheit. Müller brachte es auf den Punkt: „Wir haben den Nachweis, dass auch individuelle Prädiktoren einen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten haben – es geht also nicht nur um Versorgungslücken oder Systemdefizite, sondern auch um Bedürfnisse und Befindlichkeiten.“ Gleichzeitig betonte er, dass der Wahlarztsektor das solidarische System auch entlastet.

Politische Perspektiven und offene Fragen

Die politische Debatte konzentriert sich auf zwei zentrale Fragen: die Attraktivität des Vertragsarztsystems und die Höhe des Kostenersatzes. Die aktuelle Gesetzeslage manifestiert sich – im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern – in einer Finanzierung des Privatarztsektors durch das soziale Gesundheitssystem. Müller machte deutlich, dass der Wahlarztsektor nicht verschwinden wird und auch nicht verschwinden soll. Vielmehr müsse das Kassensystem so gestaltet werden, dass mehr Ärztinnen und Ärzte bereit sind, dort tätig zu werden. Ein Ansatzpunkt seien flexible Arbeitszeitmodelle. „Warum nicht kleine Kassenstellen schaffen, mit sechs oder acht Stunden Öffnungszeit pro Woche? Das würde vielen jungen Ärztinnen und Ärzten entgegenkommen und das System entlasten.“

Beim Kostenersatz steht die Forderung nach 100 Prozent im Raum – was zusätzlich einen Anreiz zur Wahlärztinanspruchnahme schafft. Derzeit erhalten Versicherte im Wahlarztsektor meist 80 Prozent des Kassentarifs zurück. Manche sehen darin eine Ungleichbehandlung, andere postulieren eine Relativierung der Kostenersatzung generell.

Offen ist auch die Frage, wie sich Mehrfachversicherte verhalten. Viele Versicherte sind gleichzeitig bei mehreren Trägern versichert und reichen ihre Wahlarztrechnungen dort ein, wo die Rückerstattung am schnellsten oder am höchsten ist. Müller vermutet, dass die SVS hier überdurchschnittlich häufig in Anspruch genommen wird, weil sie rascher refundiert und vergleichsweise einen breiteren Honorarkatalog anbietet.

Ausblick: Forschung und gesundheitspolitische Konsequenzen

Die präsentierte Studie ist als erster Schritt zu verstehen. Geplant sind weiterführende Analysen, etwa zur Differenz zwischen Honorarforderungen und Rückerstattungen. Eines steht jedoch schon jetzt fest: Der Wahlarztsektor ist versorgungswirksam, regional unterschiedlich stark ausgeprägt und von sozialen Faktoren beeinflusst. Er entlastet das Kassensystem, birgt aber auch Risiken sozialer Selektivität. Für die Gesundheitspolitik ergibt sich daraus ein doppelter Auftrag: Einerseits müssen Vertragsarztssystem und Honorarkatalog reformiert werden, um Wartezeiten zu reduzieren und attraktive Arbeitsmodelle zu schaffen. Andererseits gilt es, die Chancenungleichheit im Zugang zur Versorgung im Blick zu behalten. Müller fasste seine Botschaft zum Abschluss prägnant zusammen: „Wir wissen, dass das System ohne Wahlärztinnen bzw. -ärzte aktuell nicht funktionieren würde. Die Frage ist, wie wir es schaffen, beide Bereiche so zu gestalten, dass Versorgung und Gerechtigkeit im Gleichgewicht bleiben.“ 



PRÄGNANT

CAR-T-Zelltherapie: Chancen besser nutzen

Die CAR-T-Zelltherapie steht exemplarisch für die **HERAUSFORDERUNGEN MODERNER HOCHLEISTUNGSMEDIZIN**. Sie zeigt, wie eng medizinischer Fortschritt mit politischem Willen, ökonomischen Entscheidungen und organisatorischen Innovationen verknüpft ist. Österreich hat die Chance, aus den Erfahrungen anderer Länder zu lernen und seine Strukturen gezielt weiterzuentwickeln. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Die CAR-T-Zelltherapie ist eine Form der Krebsbehandlung, bei der körpereigene Immunzellen, die sogenannten T-Zellen, entnommen, im Labor gentechnisch verändert und danach den Betroffenen wieder zurückgegeben werden. Diese Zellen sind dann in der Lage, Krebszellen gezielt zu erkennen und zu zerstören. Die CAR-T-Zelltherapie gilt als eine der größten medizinischen Innovationen der letzten Jahre, vor allem in der Behandlung von bestimmten Leukämien, Lymphomen und dem multiplen Myelom. Sie bietet einer Reihe von Betroffenen neue Hoffnung, oftmals dort, wo andere Therapien ausgeschöpft sind. In Österreich ist CAR-T inzwischen in der klinischen Routine angekommen, doch die Zugänglichkeit ist weiterhin stark von strukturellen und organisatorischen Faktoren abhängig. Sie bringt nicht nur Chancen für Patientinnen und Patienten, sondern auch erhebliche Herausforderungen für das Gesundheitswesen mit sich. Damit die Therapie funktioniert, braucht es im Gesundheitswesen spezielle Strukturen: hochspezialisierte Zentren mit Erfahrung in Hämatologie und Onkologie, Labor- und Produktionsstätten für die Zellaufbereitung sowie geschultes medizinisches Personal. Auch die Abläufe sind komplex: Patientinnen und Patienten müssen sorgfältig ausgewählt und engmaschig überwacht werden, da es zu schweren Nebenwirkungen kommen kann. Außerdem sind enge Kooperationen zwischen Spitälern, Kostenträgern, Herstellern und Behörden notwendig, um Zugang, Finanzierung und Qualität der Behandlung sicherzustellen. Dieses komplexe Bündel an Herausforderungen wurde kürzlich im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs in Alpbach von Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen diskutiert.

Zugangsquoten im europäischen Vergleich
Der IQVIA-Bericht „Achieving CAR T Cell Therapy Health System Readiness: An Assessment of Barriers and Opportunities“ aus dem März 2025 hat die Situation in sieben Ländern (Australien, Kanada, Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien und Großbritannien) analysiert und zeigt, wie unterschiedlich CAR-T-Therapien jeweils umgesetzt werden. Der Blick auf andere europäische Gesundheitssysteme zeigt, dass die Rahmenbedingungen für den Einsatz von CAR-T höchst unterschiedlich ausgestaltet sind. Einige Länder haben frühzeitig nationale Strukturen etabliert, um diese Therapieform zentral zu koordinieren. Hierzu gehören nationale Kompetenznetzwerke, klare Zuweisungspfade und transparente Kriterien, welche Patientinnen und Patienten Zugang erhalten. In anderen Staaten erfolgte die Implementierung fragmentiert und regional sehr unterschiedlich, was zu unglei-

chen Behandlungschancen führte. So erhielten beispielsweise in Frankreich etwa 30 Prozent der potenziell geeigneten Patientinnen und Patienten eine CAR-T-Therapie, während es in Spanien nur 18 Prozent waren, gefolgt von Deutschland mit 17 Prozent, Großbritannien mit 15 Prozent und Italien mit 11 Prozent. In Österreich werden derzeit von zehn infrage kommenden Patientinnen und Patienten nur ein bis zwei mit der innovativen Behandlung therapiert. Der IQVIA-Bericht zeigt, wie stark der Zugang zu CAR-T-Zelltherapien durch gesundheitspolitische Rahmenbedingungen geprägt ist. Er unterstreicht, dass neben medizinischer Exzellenz auch Governance, Finanzierung und strukturelle Planung entscheidend sind, um Innovation breit und gerecht verfügbar zu machen. Entscheidende Hürden werden in diesem Bericht deutlich formuliert: Es mangelt in vielen Regionen an passenden Behandlungszentren und es fehlt an einer Standardisierung bei Überweisungen und Abläufen. Die Erstattungsprozesse sind komplex, sodass es häufig zu Verzögerungen in der Behandlung kommt. Nicht einfacher macht es die Tatsache, dass die Kapazitäten für die Apherese – ein Verfahren, bei dem bestimmte Blutbestandteile getrennt werden – oder Intensivpflege in praktisch allen Ländern begrenzt sind. Der Bericht empfiehlt daher eine langfristige Planung und den Ausbau von Kapazitäten für die Versorgung. Stakeholder-Kooperation zur Standardisierung von Zuweisungen oder der Datenerfassung sowie der Einsatz von digitalen Tools und künstlicher Intelligenz werden zur Steigerung der Effizienz empfohlen. Obwohl Österreich im Detail im Bericht nicht genannt wird, lässt sich eine Reihe von Parallelen ziehen: Wie viele europäische Länder hat auch Österreich umfassende Expertise in spezialisierten Zentren, hinkt jedoch beim Ausbau von Zugangskapazitäten – insbesondere in ländlichen Regionen und im ambulanten Bereich – noch hinterher.

Zelltherapie ist Team sport

Univ.-Prof. Dr. Antonia Maria Susanne Müller von der Universitätsklinik für Transfusionsmedizin und Zelltherapie am AKH Wien ist überzeugt, dass die CAR-T-Zelltherapie trotz aller Herausforderungen gekommen ist, um zu bleiben. „Im letzten Jahr haben wir in Österreich insgesamt 150 CAR-T-Zellprodukte verabreicht. Etwa die Hälfte davon war bei Non-Hodgkin-Lymphom und Plasmazellerkrankungen im Einsatz. Neue Anwendungen, zum Beispiel bei Autoimmunerkrankungen wie systemischer Sklerose oder idiopathischer entzündlicher Myopathie, sind im Kommen. Hier benötigen 48 von 50 Behandelten danach keine weitere Therapie mehr.“ Diese Zahlen zeigen deutlich das mögliche Einsparpotenzial auf, denn

autoimmunerkrankte Patientinnen und Patienten beanspruchen viel Zeit und damit Kosten im Gesundheitswesen und stellen auch einen volkswirtschaftlichen Faktor dar. „Ich gehe davon aus, dass in den nächsten zwei bis drei Jahren auch die ersten CAR-T-Produkte für Autoimmunerkrankungen zugelassen werden“, ergänzt Müller.

Während die CAR-T-Therapie weltweit einen Hype erlebt, zeigt sich hierzulande in der praktischen Versorgung, dass die Implementierung nicht nur medizinische, sondern auch erhebliche organisatorische, ökonomische und strukturelle Herausforderungen mit sich bringt. Einig sind sich die Expertinnen und Experten, dass in Österreich die CAR-T-Zelltherapie mittlerweile in der klinischen Routine angekommen ist: Mehrere spezialisierte Zentren verfügen über die notwendige Expertise, die technischen Voraussetzungen und die interdisziplinären Strukturen, um Patientinnen und Patienten mit dieser komplexen Therapie zu versorgen. „Dennoch bleibt der Zugang für Betroffene stark limitiert. Nur ein kleiner Teil jener Erkrankten, die potenziell von einer CAR-T-Zelltherapie profitieren könnten, erhält tatsächlich eine Behandlung. Das liegt nicht nur an den hohen Kosten der Therapie, sondern auch an Selektivitätskriterien, begrenzten Kapazitäten in den Zentren, der Notwendigkeit komplexer logistischer Abläufe“, bringt es Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich, auf den Punkt.

Trotz der Euphorie über die Behandlungserfolge sind zahlreiche Produkte seit 2020 unter anderem aus Kostengründen wieder vom Markt verschwunden. Rupp hat daher die Möglichkeiten, die Kosten zu dämpfen, näher unter die Lupe genommen: „Das AKH Wien geht etwa den Weg, vor allem für Nischenindikationen die Produkte selbst herzustellen.“ Er schlägt auch vor, die Prozesse innovativ zu verändern und zu gestalten oder Skaleneffekte zu nutzen, das bedeutet, in der Anwendung breiter zu werden. Die Produktion in Billiglohnländer zu verlagern, schließt er aus, im Gegenteil: „Die aktuelle weltpolitische Lage erfordert vielmehr den Weg, in Europa eigenes Know-how aufzubauen, um Abhängigkeiten zu reduzieren.“

Erfolgsentscheidend ist in allen Fällen die enge Kooperation zwischen klinischen Zentren, Gesundheitspolitik, Kostenträgern und Industrie. „Zelltherapie ist Team sport“, betont Müller in diesem Zusammenhang, denn es zeigt sich, dass nur dort, wo gemeinsame Strategien verfolgt und langfristige Finanzierungsmechanismen etabliert wurden, eine flächendeckendere Versorgung erreicht werden kann. Länder, die auf verbindliche Register und systematisches Outcome-Monitoring setzen, schaffen zudem





eine belastbare Evidenzbasis, die sowohl für die Weiterentwicklung der Therapie als auch für politische Entscheidungen unverzichtbar ist.

Prozesse müssen schneller werden

Oft scheint es, dass die Zulassungen neuer Medikamente in Europa langsamer ablaufen als in den USA und es daher zu einer verzögerten Therapie kommt. „Um gerade bei neuen, innovativen Arzneimitteln schneller zu werden, hat Europa in den vergangenen Jahren daher eine Reihe neuer Verfahren etabliert, wie etwa das Prime-Verfahren, das Unternehmen während der Entwicklung unterstützt. Hierbei begleitet die Behörde die Firmen mit einer Kette an wissenschaftlichen Beratungen, etwa zur richtigen Planung und Durchführung klinischer Prüfungen. Ziel ist es, Studiendesigns so zu gestalten, dass am Ende aussagekräftige Daten vorliegen, die tatsächlich zur Zulassung herangezogen werden können und eine fundierte Entscheidung ermöglichen“, erklärt Prof. DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche, Regulatory-Affairs-Expertin. Sie weist auch darauf hin, dass die europäische Pharmagesetzgebung aktuell überarbeitet wird, um künftig etwa eine neue Form der dezentralen Herstellung näher an der Patientin oder am Patienten zu ermöglichen: „Gerade für komplexe und innovative Therapien könnte das von großem Vorteil sein. Auch wenn es fraglich bleibt, ob dadurch die Herstellungskosten tatsächlich sinken, stehen doch der Nutzen für die Patientinnen und Patienten sowie die praktische Umsetzbarkeit im Mittelpunkt. Es ist zu erwarten, dass diese Bestimmung in die neue Gesetzgebung aufgenommen wird und damit einen Meilenstein markiert, um den Zugang zu modernen Therapien weiter zu verbessern.“ Während in Deutschland das Medizinforschungsgesetz die Durchführung klinischer Studien erheblich unterstützt, verliert Österreich als Studienstandort zunehmend an Attraktivität, unter anderem weil die Patientenrekrutierung hierzulande besonders schwierig ist. Auch hier hofft die Regulatory-Affairs-Expertin auf

Diskussionsteilnehmende v. l. n. r.:

- Hanns Kratzer (Moderation)
- Josef Zellhofer
- Bernd Schöpf
- Elham Pedram
- Gudrun Wolner-Strohmeyer
- Harald Führer
- Reinhard Riedl
- Gunda Gittler
- Christa Wirthumer-Hoche
- Antonia Müller
- Bernhard Rupp



Neuerungen: „In Deutschland wird an einem einheitlichen Standardformular gearbeitet, das für alle Kliniken gelten und die Rekrutierung erleichtern soll.“ Ein Weg, den sie sich auch für Österreich gut vorstellen kann, denn: „Je mehr Patientinnen und Patienten wir in klinische Studien einschließen, desto mehr Erfahrung kann gesammelt werden, und das hat wiederum einen positiven Einfluss auf die Qualität und den Outcome der Studien. Wer häufiger und in größerem Umfang Studien durchführt, arbeitet effizienter, routinierter und trägt damit zu verlässlicheren Ergebnissen bei“, ist Wirthumer-Hoche überzeugt.

Hier schließt auch Pflegeexperte Josef Zellhofer, Mitglied des Bundesvorstandes der Younion – die Daseinsgewerkschaft, an: „Österreich hat mit dem Aufbau eines eigenen CAR-T-Netzwerks bereits wichtige Schritte gesetzt. In spezialisierten Zentren werden Betroffene nach einheitlichen Standards versorgt, und die Zusammenarbeit zwischen den universitären Standorten ermöglicht eine Bündelung von Expertise. Und mehr Expertise heißt auch mehr Forschung und automatisch auch wieder mehr Patientengut für diese Studien.“ Dennoch dürften die strukturellen Defizite nicht übersehen werden: Kapazitätsgrenzen in den Kliniken, aufwendige administrative Abläufe und teils unklare Zuweisungswege erschweren den Zugang. An dieser Stelle zeigt sich einmal mehr die Notwendigkeit klarer politischer und ökonomischer Weichenstellungen. Die Bedeutung der Zentren betonen auch Mag. Gunda Gittler, Leiterin der Apotheke der Barmherzigen Brüder in Linz, und Selbsthilfevertreter DI Harald Führer. Gittler verweist aber darauf, dass der Zugang österreichweit nicht einheitlich ist: „Zumindest für die Standardindikationen brauchen wir in allen Bundesländern die gleichen Voraussetzungen, um den Patiententourismus zu vermeiden.“

Vision: Mathematik trifft Medizin

E-Government-Expertin Prof. DI Dr. Reinhard Riedl schlägt vor, den Austausch zwischen

Forschenden zu forcieren, um die Möglichkeiten von Big Data auch bei der Verbreitung von CAR-T-Zelltherapien zu nutzen. „Fortschritte in der Kausalitätsforschung könnten dort helfen, wo Head-to-Head-Studien fehlen“, ist Riedl überzeugt. Dazu braucht es aber einheitliche Dokumentationen und die Zusammenarbeit zwischen der Mathematik und medizinischen Forschenden, denn, so Riedl: „Wenn schon so viel Geld für Therapien ausgegeben wird, sollte man an der Dokumentation nicht sparen.“ In Staaten, die CAR-T frühzeitig breit implementiert haben, wurde von Beginn an darauf geachtet, dass klinische Daten systematisch erhoben und ausgewertet werden. Dadurch konnten nicht nur Therapieprotokolle verbessert, sondern auch gesundheitspolitische Entscheidungen datenbasiert getroffen werden. In Österreich stehen diese Daten aktuell nicht zur Verfügung. Damit wäre es eine vordringliche Aufgabe, bestehende Register konsequent weiterzuentwickeln und ihre Ergebnisse transparent in die Versorgungsgestaltung einfließen zu lassen. Damit die CAR-T-Zelltherapie künftig die zahlreichen strukturellen Hürden meistern kann, wurde im Rahmen des diesjährigen Kongresses der American Society of Clinical Oncology (ASCO) eine „CAR-T Vision Coalition“ gegründet, ein unabhängiges Gremium, das sich zum Ziel gesetzt hat, bis zum Jahr 2030 den Anteil der für CAR-T-Therapie geeigneten Patientinnen und Patienten, die tatsächlich behandelt werden, zu verdoppeln. Dazu braucht es unter anderem mehr Awareness auch bei Ärztinnen und Ärzten sowie ein verbessertes Zuweisungsmanagement, um Betroffene frühzeitig in Zentren zu bringen. Geplant ist die Arbeit über multidisziplinäre Working Groups, die konkrete Maßnahmen und ein Messsystem zur Fortschrittskontrolle entwickeln wollen. Insgesamt skizziert die CAR-T-Vision eine globale Roadmap mit einem ambitionierten Ziel und formuliert klare Handlungsbereiche, um den Zugang zur Therapie nachhaltiger und gerechter zu gestalten. **P**



PRÄGNANT

Unterstützer der Seitenstettener Petition zu Harm Reduction und Risikominderung



Mag. pharm. Monika
Aichberger



Assoc. Prof. Priv.-Doz.
Dr. Martin Andreas, MBA



Dr. Gerald Bachinger



Prim. Dr. Martin Barth



Dr. Alexander Biach



Prim. Univ.-Prof.
Dr. Nikolaus Böhler



Dr. Corinna Bruckmann,
MSc



Manfred Brunner



Univ.-Prof.
Dr. Catherina Chiari



Univ.-Prof. Dr. Richard
Crevenna, MMSc, MBA



Mag. pharm. Dr. Ulrike
Mursch-Edlmayr



Mag. Barbara Fisa, MPH



Mag. pharm. Gunda
Gittler, aHPH



Dr. Reingard Glehr



MR Dr. Reinhold Glehr



Univ.-Prof.
Dr. Michael Gnant



Daniel Peter Gressl,
DGKP



Univ.-Doz. Dr. Ernest
Groman



Dr. Marlies Gruber



Margit Halbfurter, MSc
D.O.



Lisa Holzgruber



Mag. pharm. Andreas
Hoyer



Mag. pharm. Gernot
Idinger aHPH



Mag. Georg Jillich



Univ.-Prof. Dr.
Lars-Peter Kamolz



Dr. Andreas Krauter



Dr. Herwig Kügler

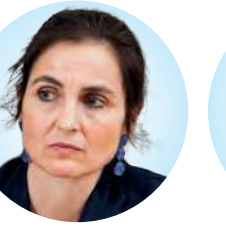


Univ.-Prof. Dr.
Günther Laufer

Mag. Karl Lehner, MBA



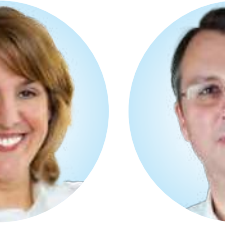
Thomas Marschall



Mag. pharm. Dr. Elisabeth
Messinger, aHPH



Nina Mittendorfer



Priv.-Doz. Dr. Valerie
Nell-Duxneuner



Univ.-Prof. Dr.
Christoph Neumayer



Mag. Wolfgang Panhölzl



Mag. Dr. Doris
Polzer

Prim. Univ.-Prof.
Dr. Wolfgang Popp



Mag. Elisabeth Potzmann



Dr. Erwin Rebhandl



Prof. Dr. Reinhard Riedl



Priv.-Doz.
Dr. Ralf Rosenberger



Hon.Prof.(FH)Dr.
Bernhard Rupp



Mag. Martin Schaffenrath



Mag. Dr. Hans-Jörg
Schelling

Dr. Harald Schlögel



Dr. Florian Stummer



Univ.-Prof.
Dr. Thomas Szekeres



Mag. Susanne
Siokola-Tomandl



Mag. DDr.
Wolfgang Wein



Dr. Fabian Waechter



Max Winiger



Univ.-Prof. Dr. Erika Zelko

Prof. Dr. Dirk Ziebolz

Für eine evidenzbasierte Harm Reduction im Gesundheitssystem

Mit der Seitenstettener Petition will das PRAEVENIRE Gesundheitsforum einen neuen Akzent in der Gesundheitspolitik setzen. Im Zentrum stehen Prävention, Risikominderung und Harm Reduction – **ANSÄTZE, DIE MENSCHEN DORT ABHOLEN, WO REINE LEBENSSTILÄNDERUNG ODER ABSTINENZ NICHT MÖGLICH SIND**. Ziel ist eine patientenorientierte, wissenschaftlich fundierte Versorgung, die sowohl sozial gerechter als auch ökonomisch tragfähig bleibt.

Das PRAEVENIRE Gesundheitsforum setzt sich seit seiner Gründung für eine Stärkung präventiver Ansätze im Gesundheitssystem und eine Abkehr von reiner Reparaturmedizin ein. Mit der Seitenstettener Petition zu Harm Reduction und Risikominderung will es die patientenorientierte und evidenzbasierte Gestaltung gesundheitspolitischer Strukturen unterstützen, Potenziale aufzeigen und den Diskurs versachlichen. Ziel ist eine Versorgung, die sich stärker an den Bedürfnissen der Menschen orientiert und bessere Gesundheitsoutcomes ermöglicht. Die Petition verfolgt drei zentrale Ebenen: individuell sollen Patientinnen und Patienten durch frühere Diagnosen und Vermeidung von Leid profitieren, gesundheitsökonomisch gilt Vorbeugen als kostengünstiger als Behandeln und trägt so zur Finanzierbarkeit des solidarischen Systems

bei, und sozioökonomisch soll benachteiligten Gruppen geholfen werden, da sie überproportional von Lebensstilrisiken und Sucht betroffen sind. Über ein Jahr hinweg diskutierten Expertinnen und Experten die Themen intensiv, wobei fünf Schwerpunkte gewählt wurden: Bewegung, Ernährung, Alkohol, Rauchen und illegale Drogen. Diese stehen in engem Zusammenhang mit Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Leiden, orthopädischen Problemen und Zahngesundheit. Die Petition hält fest, dass Prävention oberstes Ziel bleibt und Lebensstiländerung sowie Abstinenz die besten Ergebnisse für Betroffene darstellen. Harm Reduction und Risikominderung sollen jedoch dort greifen, wo Prävention zu spät kommt oder individuelle Gründe eine Umstellung verhindern. So können sie einen Beitrag leisten, Gesundheit zu erhalten, zu schaffen und zu verbessern. Damit verbunden ist die Forderung,

die Präventionsarbeit in Österreich insgesamt aufzuwerten, Gesundheitswissen schon früh zu vermitteln und einen engen Austausch mit der Wissenschaft zu pflegen. Evidenzbasierung ist die Grundlage aller Ansätze, neue Erkenntnisse müssen laufend einfließen und in die Praxis sowie in die Ausbildung medizinischen Fachpersonals übertragen werden. Politische und regulatorische Entscheidungen auf nationaler und europäischer Ebene sollen sich ebenfalls an vergleichbaren wissenschaftlichen Bewertungsprozessen orientieren. Zudem fordert die Petition die Förderung innovativer Projekte, deren regelmäßige Evaluierung und bei Erfolg die Übernahme in die Regelversorgung. Schließlich wird betont, dass Angebote niederschwellig, praxistauglich und auf Augenhöhe mit den Betroffenen gestaltet sein müssen, um eine nachhaltige Verbesserung von Lebensstil und Gesundheit zu erreichen. 

PETITION



SEITENSTETTNER PETITION zu Harm Reduction und Risikominimierung

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

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



COVID-19: Vom akuten zu einem chronischen Thema

Auch wenn die große Krise der Pandemie überwunden und aus dem Fokus der öffentlichen Diskussion geraten ist, bleibt **COVID FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN UND DIE BEVÖLKERUNG RELEVANT**. Das Virus hat sich verändert, die Immunlage der Gesellschaft ebenso, doch die grundlegende Dynamik ist ähnlich geblieben: Infektionen verlaufen weiterhin asymptomatisch, mild, schwer oder sehr schwer. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen haben in Alpbach über die Veränderungen in der Wahrnehmung und die Folgen für Diagnose und Therapie diskutiert. Sie sind sich einig, dass sich die Rolle von COVID-19 verändert hat, denn obwohl die Pandemie beendet ist, zirkuliert das Virus weiter. Viele Menschen infizieren sich regelmäßig, auch mehrfach. Für die meisten verläuft eine Infektion mild, doch ältere Personen, Menschen mit Vorerkrankungen oder mit geschwächtem Immunsystem haben weiterhin ein deutlich höheres Risiko für schwere Verläufe und immer noch sterben in Österreich deutlich mehr Menschen an COVID als an Influenza.

Im Gesundheitssystem gehört COVID-19 mittlerweile fix zum Spektrum schwerer Atemwegserkrankungen, die insbesondere im Winter zu mehr Spitalsaufnahmen führen bzw. bei aufgenommenen Patientinnen und Patienten diagnostiziert werden. Impfungen schützen vor schweren Verläufen, antivirale Medikamente können zusätzlich wirksam sein, müssen aber frühzeitig eingesetzt werden. Langzeitfolgen, wie Long COVID, bleiben ein ernstes Problem, auch wenn die Häufigkeit durch Impfungen abgenommen hat. All diese Aspekte führen nun zu veränderten Herausforderungen für die Diagnose und die weitere Behandlung. „Ursprünglich entfielen rund 81 Prozent der Fälle auf leichte Verläufe, 14 Prozent auf schwere und fünf Prozent auf sehr schwere Verläufe. Heute sind diese Zahlen durch die erworbene Grundimmunität aufgrund von Impfung oder durchgemachter Infektionen verschoben“, fasst Univ.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Markus Zeitlinger, Leiter der Univer-

sitätsklinik für Klinische Pharmakologie an der MedUni Wien, die aktuelle Situation zusammen. Ein Blick auf die WHO-Kriterien und das SARI-Dashboard zeigt die Situation in Österreich auf. Unter den hospitalisierten Patientinnen und Patienten mit schweren akuten Atemwegsinfektionen (SARI) werden neben COVID auch Influenza, RSV (Human Respiratory Syncytial Virus) sowie andere Erkrankungen wie Pneumonien oder Bronchitiden erfasst. „Im Winter 2024 führte weiterhin COVID die Statistik an, gefolgt von Influenza und RSV. Auch die Todeszahlen belegen die Bedeutung von COVID, denn im Jahr 2024 starben in Österreich rund 1.200 Menschen an der Erkrankung, das sind doppelt so viele wie an Influenza. Damit liegt COVID auf einem Niveau vergleichbar mit Brust- oder Prostatakrebs. Besonders betroffen ist die ältere Bevölkerung zwischen 60 und 85 Jahren“, gibt Zeitlinger Einblick in die Zahlen. Auch internationale Daten, etwa aus den USA, zeigen ein ähnliches Bild: Seit 2022/2023 hat sich die Pandemie auf ein niedrigeres, aber stabiles Niveau eingependelt und wird dort – mit wenigen Ausreißern in den Wintermonaten – bleiben.

Therapieoptionen: Antivirale Medikamente
COVID verläuft – anders als etwa Influenza – in Phasen: Zunächst dominiert die Virusvermehrung, später die Entzündungsreaktion des Körpers. „Daher gilt, dass antivirale Medikamente nur sehr früh wirken können“, betont Zeitlinger. Das nach der Studienlagen derzeit wirksamste Mittel ist Nirmatrelvir/Ritonavir. Nirmatrelvir/Ritonavir ist ein Medikament zur Behandlung von COVID-19 bei Erwachsenen, die ein

erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben und keinen Sauerstoff benötigen. Nirmatrelvir ist der antivirale Wirkstoff, der das Coronavirus SARS-CoV-2 bekämpft, während Ritonavir als Booster dient, der die Konzentration von Nirmatrelvir im Körper erhöht und dessen Wirkung verlängert. „In den Zulassungsstudien zeigte es eine deutliche Reduktion von Hospitalisierungen. Etwa 10 bis 15 Behandlungen verhinderten eine Hospitalisierung, rund 80 Behandlungen verhinderten einen Todesfall. Insbesondere ältere und immunsupprimierte Menschen haben Vorteile mit einer rechtzeitigen Therapie“, so Zeitlinger. Studien zeigen, dass Personen ab dem 40. Lebensjahr ohne Immunität – also ungeimpft und nie infiziert – deutlich profitieren. Bei bestehender Immunität durch Impfung oder Infektion ist der Nutzen bei Jüngeren mittlerweile gering, bei Älteren jedoch nach wie vor relevant. Es ist auch davon auszugehen, dass eine frühe Therapie das Risiko für Long COVID senken kann, wenngleich diese Daten retrospektiv erhoben werden. Neben antiviralen Medikamenten wurden auch monoklonale Antikörper entwickelt. Sie funktionieren nach dem „Schlüsselschlossprinzip“: Sie binden am Spikeprotein des Virus an, blockieren es und aktivieren zugleich das Immunsystem. Vor allem bei immunsupprimierten Patientinnen und Patienten, für die Impfungen weniger wirksam sind, boten sie anfangs einen Schutz. Teilweise konnten Hospitalisierungen um bis zu 70 Prozent reduziert werden. Jedoch veränderte sich das Virus so rasch, dass viele Antikörper bei Zulassung bereits gegen neue Varianten an Wirksamkeit verloren hatten. Heute spielen sie daher kaum noch eine Rolle.

„Während Impfungen die Basis für den Bevölkerungsschutz bilden, bleibt die frühzeitige antivirale Therapie eine wichtige Ergänzung, um Spitalsaufenthalte und Todesfälle zu verhindern. Damit reiht sich COVID heute ein in die Gruppe der schweren Atemwegserkrankungen wie Influenza oder RSV – jedoch mit weiterhin höherer Krankheitslast“, fasst Zeitlinger zusammen und verweist auch auf Daten aus Wien: „Hier wurde allen positiv Getesteten eine Therapie angeboten. Zuerst wurden telefonisch die Hochrisikopatientinnen und -patienten kontaktiert, danach andere Zielgruppen.“ Insgesamt wurden 200.000 Personen erreicht und auch diese Daten belegen, dass neben dem Alter auch die Immunsuppression eine Rolle spielt, ob man überhaupt erkrankt und welcher Verlauf zu erwarten ist.

Herausforderungen haben sich geändert
Einen kurzen Rückblick auf die Herausforderungen der Arbeit während der COVID-Zeit und die aktuellen Aspekte der Versorgung heute bringt Mag. Gunda Gittler, Leiterin der Apotheke der Barmherzigen Brüder in Linz: „Krisenmanagement war überall gefragt – von



Markus Zeitlinger betonte die Bedeutung einer frühzeitigen antiviralen Therapie, um Spitalsaufenthalte und Todesfälle durch COVID-19 zu verhindern.



den flexiblen Teamstrukturen über kreative Lösungen bei der Beschaffung von Medikamenten, Schutzausrüstung und Logistik bis hin zur Eigenproduktion von Desinfektionsmitteln oder der Durchführung von COVID-Testungen. Neue Kommunikations- und Verteilstrukturen waren gefragt. „Was aus der Zeit geblieben ist, sind nach Ansicht der Expertin die Liefer-schwierigkeiten und höhere Kosten durch Bevorratung. „Apotheken haben während der Pandemie ihre zentrale Rolle erfolgreich ausgefüllt. Heute sind wir im Spital in die Versorgung schwerer Verläufe eingebunden und über die öffentliche Apotheke betreuen wir viele Long-COVID-Betroffene, für die es leider nach wie vor keine spezifischen Medikamente und nur wenige Unterstützungsangebote gibt.“ Zudem übernehmen öffentliche Apotheken derzeit auch eine wichtige Funktion bei der Aufklärung von Risikogruppen zur Notwendigkeit einer Therapie oder einer Impfung und prüfen bei Verschreibung von Antivirostatika die Medikamentenwechselwirkungen. Eine der größten Herausforderungen stellt aktuell die rasche und frühe Versorgung der Erkrankten dar und hier spielt vor allem auch die allgemeinmedizinischen Ordinationen eine große Rolle. „Aktuell sind die meisten Verläufe mild und COVID ist zu Beginn oft schwierig von einem viralen Infekt, Influenza oder RSV zu unterscheiden. Wir müssen daher besonders ältere und immungeschwächte Personen beobachten und testen, sodass wir im Fall von COVID rasch die Therapie einleiten können“, berichtet Allgemeinmediziner und PRAEVENIRE Vorstandsmitglied Dr. Erwin Rebhandl aus der Praxis. Er weiß auch, dass gerade bei dieser Zielgruppe mehr Überzeugungsarbeit nötig ist: „Wir können nicht zuwarten und müssen daher

Expertinnen und Experten diskutieren über die aktuellen Herausforderungen im Umgang mit Covid-19 – von Versorgung und Teststrategie bis zur Aufklärung von Risikogruppen. (v. l.)

- Michael Müller
- Erwin Rebhandl
- Gunda Gittler
- Josef Smolle
- Markus Zeitlinger



Patientinnen und Patienten mit leichten Symptomen, die zur Risikogruppe zählen, von einer medikamentösen Therapie überzeugen und auch weiterhin motivieren, sich impfen zu lassen.“ Gerade die Notwendigkeit einer Impfung wird unterschätzt, weil man davon ausgeht, dass COVID nur mehr ein harmloser Infekt ist.

Information für Risikogruppen

Aus Sicht der Sozialversicherung gibt es derzeit keine Impfaufklärungskampagne für die breite Bevölkerung. „Das aktuell gültige Versorgungsregime ist so ausgestaltet, dass für eine klar definierte Risikopopulation auf Kosten der Sozialversicherung Paxlovid zur Verfügung steht. Voraussetzung ist ein positiver Test, der mittlerweile ebenfalls erstattet wird. Zusätzlich gibt es eine eigene Beratungsposition, in der mögliche Nebenwirkungen und individuelle Risiken besprochen werden“, sagt Dr. Michael Müller, Direktor des Geschäftsbereiches Leistung & Prävention der Sozialversicherung der Selbständigen. Kostenlose Testmöglichkeiten in Arztpraxen für die breite Bevölkerung sind aus Sicht der Sozialversicherung derzeit weder sinnvoll noch finanzierbar.

COVID-19 ist vergleichbar mit anderen schweren Infektionskrankheiten wie Influenza oder RSV, aber bei Weitem nicht zu verharmlosen. „Daher sollte die Versorgung im Rahmen des regulären Systems abgebildet werden. Sonderregelungen sind nur in Ausnahmefällen sinnvoll“, meint ÖVP-Gesundheitssprecher Dr. Josef Smolle und ergänzt: „Point-of-Care-Tests werden in Zukunft in bestimmten Nischen eine Rolle spielen, und was medizinisch notwendig ist, sollte das solidarische Gesundheitssystem tragen. Doch die Herausforderung liegt jetzt vielmehr darin, Erkrankte rechtzeitig zu errei-

chen. Während banale Infekte nicht zwingend einen Arztbesuch erfordern, muss Risikogruppen klar vermittelt werden, dass bei ersten Anzeichen eines respiratorischen Infekts rasches Testen entscheidend ist, da sonst das therapeutische Zeitfenster verstreicht.“ Smolle betont auch die Rolle der rund 1.400 öffentlichen Apotheken in Österreich, die sich während der Pandemie als verlässlicher Partner erwiesen hatten. Politisch müsse es daher ein klares Ziel sein, stabile Rahmenbedingungen für das öffentliche Apothekenwesen zu sichern, da sie ein wesentliches Asset des Gesundheitssystems darstellen.

Ohne Testen geht es nicht

Zeitlinger weist abschließend auf die finanzielle Logik des Testens hin: „Ein einzelner Test ist im Verhältnis zu den hohen Kosten einer COVID-Therapie sehr günstig.“ Auch aus wissenschaftlicher Sicht sieht der Experte das Testen als unverzichtbar, denn die „Number needed to treat“ sei nur dann hoch, wenn Medikamente nicht bei den richtigen Menschen ankämen. Durch Tests könne die Wahrscheinlichkeit entscheidend erhöht werden, die wirklich Betroffenen treffsicher zu behandeln. Zeitlinger unterstreicht zudem die unterschiedliche Immunologie von Influenza und COVID-19: „Während bei Influenza eine länger anhaltende Immunität besteht und das Problem vor allem in den wechselnden Sero-gruppen liegt, ist es bei Corona umgekehrt. Hier fällt die Immunität rasch ab, während Mutationen, wie der seit drei Jahren dominierende Omikron-Ast, weniger gravierend sind.“ Daraus folgt auch eine neue Denkrichtung für Impfungen: „Nicht die ständige Anpassung des Impfstoffs ist entscheidend, sondern die regelmäßige Auffrischung, um den Schutz alle paar Monate zu stabilisieren.“ 

FUSSBALL



**PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM**

Gesundheit in Bewegung

Das PRAEVENIRE Gesundheitsforum ist ab 2025 stolzer Hauptsponsor der Österreichischen Ärzte-Fußballnationalmannschaft – für mehr Teamgeist, Fitness und Prävention im ärztlichen Alltag.

