

PERISKOP

116

APR 2024

Standpunkte.
Dialog.
Konsens.

Die neutrale
Plattform
zum offenen
Meinungs-
austausch.

Das Spital der Zukunft

Interview mit Dr. Natalja Haninger-Vacariu

**Gesundheits-
versorgung
neu denken**
Karlheinz Kornhäusl

**Zusammen stärker:
Wege und Visionen
der Selbsthilfe**
Angelika Widhalm

**Diagnosecodierung:
neuer Lösungsansatz
von PRAEVENIRE**
Franz Leisch

Symposium KI in und für Wissenschaften

14. Juni 2024, Technisches Museum Wien

Programm

- 08:45 – 09:15 Einlass und Registrierung**
Eröffnung
- 09:15 – 09:30 Begrüßung**
- Hannes Stockinger (Präsident VWGÖ)
 - Bernhard Moser (Präsident ASAI)
 - Michael Wiesmüller (BM für Klimaschutz, Umwelt, Energie Mobilität, Innovation und Technologie)
- 09:30 – 09:45 Smart World – KI-Ausstellung im Technischen Museum Wien (TMW)**
- Christiane Rainer (TMW)
- KI-Grundlagen**
- Moderation: Bernhard Moser [ASAI, Software Competence Center Hagenberg (SCCH), Johannes Kepler Universität Linz (JKU)]
- 09:45 – 10:15 The Brain as Role Model (in Englisch)**
- Impuls von Robert Legenstein (Technische Universität Graz)
- 10:15 – 10:45 Mathematics of Learning (in Englisch)**
- Impuls von Werner Zellinger [Österreichische Akademie der Wissenschaften (ÖAW)]
- 10:45 – 11:15 Neuro-Symbolic AI (in Englisch)**
- Impuls von Fajar J. Ekaputra (Wirtschaftsuniversität Wien)
- 11:15 – 11:45 Fishbowl**
- 11:45 – 12:45 Kaffeepause und Möglichkeit der Besichtigung der Smart World – KI-Ausstellung im TMW**
- KI-Potentiale**
- 12:45 – 13:30**
- Panel mit Lukas Gruber (JKU), Klaus Denkmayr (AVL LIST GmbH Graz), Brigitte Krenn [(Österreichisches Forschungsinstitut für Artificial Intelligence (ÖFAI)), Stefan Woltran (Technische Universität Wien)
 - Moderation: Lukas Fischer (SCCH)
- KI-Anwendungen**
- 13:30 – 14:45 Block 1 – Moderation: Alexandra Ciarnau (Women in AI Austria)**
- 13:30 – 14:00 ... in der Sprachverarbeitung**
- Brigitte Krenn (ÖFAI)
- 14:00 – 14:30 ... in den Geisteswissenschaften (Digital Humanities)**
- Michela Vignoli (Austrian Institute of Technology, Universität)
- 14:30 – 14:45 Fishbowl**
- 14:45 – 15:30 Kaffeepause und Möglichkeit der Besichtigung der Smart World – KI-Ausstellung im TMW**
- 15:30 – 16:45 Block 2 – Moderation: Hannes Stockinger (VWGÖ, Medizinische Universität Wien)**
- 15:30 – 16:00 ... in Naturwissenschaft und Technik**
- Lukas Gruber (JKU)
- 16:00 – 16:30 ... in der Medizin**
- Georg Langs (Medizinische Universität Wien)
- 16:30 – 16:45 Fishbowl**
- KI-Technikfolgen Abschätzung – Ethik – Recht**
- 16:45 – 17:45**
- Panel mit Thomas Doms (TRUSTIFAI, TÜV Austria), Jeannette Gorzala (Rechtsanwältin, stellvertr. Vorsitzende KI-Beirat Bundesregierung), Michael Funk (Universität Wien), Walter Peissl (ÖAW)
 - Moderation: Michael Strähle (Wissenschaftsladen Wien, Österreichische Gesellschaft für Dokumentation und Information, VWGÖ)
- KI-Forschung international**
- Moderation: Bernhard Moser (ASAI, SCCH, JKU)
- 17:45 – 18:15 Science of Ranking**
- Hamid Eghbalzadeh (Meta, USA – in Englisch/online)
- 18:15 – 19:30 Get-together mit Imbiss und Möglichkeit der Besichtigung der Smart World – KI-Ausstellung im TMW**

Eintritt frei.

Anmeldung: unter connfair.events/ki_symposium_24 oder dem nebenstehenden QR Code.

Wegen begrenzter Plätze empfehlen wir eine zeitnahe Anmeldung.



Mit freundlicher Unterstützung von:

Trauer um den herausragenden Suchtmedizinexperten Dr. Hans Haltmayer

Ende April ist der **EHMALIGE ÄRZTLICHE LEITER DER SUCHTHILFE WIEN UND BEAUFTRAGTER DER STADT WIEN FÜR SUCHT- UND DROGENFRAGEN** verstorben. Das PRAEVENIRE Gesundheitsforum und die PERI Group verliert mit ihm einen geschätzten Diskussionspartner und wichtigen Impulsgeber beim Thema Harm Reduction. | von Rainald Edel, MBA

Hans Haltmayer war Vorreiter und wichtiger Gestalter der Sucht- und Drogenarbeit in Österreich, insbesondere in Wien. Viele niederschwellige Angebote für suchtkranke Menschen und der erfolgreiche Kampf gegen Hepatitis C tragen seine Handschrift. Die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und damit die Verbesserung der Lebensqualität von suchtkranken Menschen und sein Eintreten für die Entstigmatisierung von Suchtkranken stand immer im Mittelpunkt seiner Arbeit. Im Jänner 2024 erhielt er das Goldene Ehrenzeichen für Verdienste um das Land Wien.

Für Hans Haltmayer war der Einsatz für suchtkranke Menschen, deren Leben zu verbessern und sich für ihre Teilhabe an der Gesellschaft einzusetzen, Lebensinhalt und Lebensaufgabe.

Hans Haltmayer, 1958 in Linz geboren und aufgewachsen, nahm noch bevor er seinen Turnus begonnen hat, eine Stelle als Arztpfleger in einer Suchthilfeeinrichtung an. Dort erkannte er schnell, dass es für die Behandlung und den Umgang mit suchtmittelabhängigen Menschen in der etablierten Medizin kaum fundierte Behandlungsangebote gab. Diese Erfahrung prägte sein weiteres berufliches Leben als Allgemeinmediziner sowie Arzt für Psychotherapie und Psychosomatik. Haltmayer war maßgeblich in die Konzeption und in den Aufbau der früheren Drogentherapieeinrichtung Ganslwirt eingebunden und prägte deren Nachfolgeinstitution Jedmayr bestimmend mit. So entwickelte er beispielsweise das Wiener Substitutionsprogramm, in dessen Rahmen heroïn- oder opioidabhängige Menschen weniger schädliche Ersatzstoffe wie Methadon erhalten. Er war als Arzt im Ambulatorium der Suchthilfe Wien tätig und später Ärztlicher Leiter der Suchthilfe Wien. Haltmayer war auch Autor und Herausgeber mehrerer wissenschaftlicher Werke rund um das Thema Opiatabhängigkeit und Substitutionstherapie.

Gemeinsam mit dem Verein PRAEVENIRE engagierte er sich in den letzten Jahren stark für die Etablierung des Konzeptes der Harm Reduction als Therapieoption auch bei Suchterkrankungen abseits der klassisch als Drogen eingestuft Substanzen. Im Vorjahr schaffte er mit der ersten „DACH“-Harm-Reduction-Konferenz den Brückenschlag und intensiven Austausch von Vertretern führender Organisationen der Suchtprävention und Behandlung aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Sein Ziel war es, das mittlerweile anerkannte und etablierte Konzept der Harm Reduction auch für andere Indikationsgebiete zu öffnen.

Sein Einsatz, Engagement und seine Expertise aber auch sein Verständnis für Menschen mit Suchterkrankungen wird in künftigen Diskussionen fehlen und eine große Lücke hinterlassen. 





10



PEOPLE

So setzen Sie auf das richtige Pferd

Das Gesundheitssystem für die Herausforderungen der Zukunft fit zu machen ist keine einfache Aufgabe. Praevenire hat die Herausforderung angenommen und kann sich nun über den vierten Platz im Netzwerkranking der wichtigsten Organisationen der Branche freuen. Was hinter dieser sogenannten „Mapping-Analyse“ steckt, erklärt Dr. Harald Katzmair, Ph.D., Direktor und Gründer von FAS Research.

- 3 Trauer um den herausragenden Suchtmedizinexperten **Dr. Hans Haltmayer**
- 6 **Das Spital** der Zukunft
- 8 **Hausarztpraxis** muss wieder zentrale Betreuungsstelle werden
- 10 So setzen Sie auf das richtige Pferd

Impressum

- Medieninhaber** Welldone Werbung und PR GmbH
Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien
Tel. 01/40213 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. 01/40213 41-0, Fax: DW-18, E-Mail: redaktion@periskop.at
- Chefredakteur** Robert Riedl
- Leitung Periskop** Erika Stickl
- Autorinnen und Autoren** Rainald Edel, MBA, Mag. Renate Haiden, MSc, Michaela Meier, Dr. Ernest G. Pichlbauer, Mag. pharm. Thomas W. Veitschegger, Wolfgang Wagner, Mag. Elisabeth Weigand, MBA
- Foto Cover** Krisztian Juhasz
- Grafik Design** Martina Eichhorn, Manuela Pöschko
- Druck** Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG
- Auflage** 6.000 | Erscheinungsweise: 6x jährlich | Einzelpreis: Euro 30,00

Die Zeitschrift und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin oder des Autors und nicht der Redaktion wieder. BLATTLINE: Informationen aus dem Gesundheits-, Pharma- und Wellnessbereich sowie aus der Gesundheitspolitik.



12



PERFORMANCE

Neuer Leiter von Österreichs One Health-Organisation

Priv.-Doz. Dr. Johannes Pleiner-Duxneuner hat mit April 2024 die fachliche Geschäftsführung der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) übernommen. PERISKOP sprach mit ihm über die Rolle und Aufgaben der AGES und welche Ziele und Herausforderungen es zu bewältigen gilt.

- 12 Neuer Leiter von **Österreichs One Health-Organisation**
- 14 **Mehr Bewusstsein** für Epilepsie schaffen
- 16 Zusammen stärker: **Wege und Visionen der Selbsthilfe**
- 17 **Medizin trifft Kultur**
- 18 **Kolumne »360° Blick«** von Pro Rare Austria
- 18 **Kolumne »Rezeptblock«** von Ernest G. Pichlbauer
- 19 Gute Lebensqualität **bei fortgeschrittenem Parkinson**



20



PIONIERE

Osteopathie: Anerkennung schafft Sicherheit

Die dänische Osteopathin Hanna Tómasdóttir, D.O., M.D.O., ist Präsidentin des europäischen Dachverbandes „Osteopathy Europe“ (OE), der Berufs- und Interessensvertretung von Osteopathinnen und Osteopathen in 22 vorwiegend europäischen Ländern. Im Gespräch mit PERISKOP gibt sie Einblicke in ihre Arbeit und spricht über Herausforderungen, die eine Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Gesundheitsberuf mit sich bringt.

- 20 Osteopathie: **Anerkennung schafft Sicherheit**
- 22 **Kolumne »Pharmazeutische Perspektiven«** Österreichischer Apothekerverband
- 24 Osteopathie: **Anerkennung nach europäischem Vorbild**
- 27 **App auf Rezept** – Interview mit Christian Bredl

© KRISZTIAN JUHASZ (2), BEN LEITNER



32



PLATTFORMEN

PRAEVENIRE KI im Gesundheitswesen: Es muss schneller gehen!

Künstliche Intelligenz (KI) durchdringt mittlerweile viele Lebensbereiche. Welche Chancen und Risiken damit in der Patientenversorgung verbunden sind, präsentierte Dr. Anita Puppe, Senior Healthcare Consultant Strategy & Business Design, IBM iX DACH, im Rahmen des 6. PRAEVENIRE Digital Health Symposions.

- 28 Geplante Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich braucht besseren **Lösungsansatz zum Nutzen der Patienten**
- 30 **Motivation, Kommunikation** und Vertrauen
- 31 Herausforderungen in der **Primärversorgung**
- 32 **KI im Gesundheitswesen**: Es muss schneller gehen!
- 33 **Data Driven Hospitals** sind keine Frage der Technologie.
- 34 **Datenschutz ist essenziell** aber kein Hemmschuh
- 35 **Digitalisierungsaufträge** aus dem Finanzausgleich



38



POLITIK

Digitalisierung als Effizienturbo

Patientenströme nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ zu lenken, kann einen effektiveren Einsatz der Ressourcen im Gesundheitssystem gewährleisten. Überzeugende Zahlen dazu liefert eine Studie der Wirtschaftskammer Wien.

- 36 EHDS wird auch Österreich **ein Patient Summary bringen**
- 38 Digitalisierung als **Effizienturbo**
- 40 Digitalisierung ist **ein Patientenrecht**
- 41 **Gesundheitsversorgung** neu denken

© KRISZTIAN JUHASZ (2), ISSA, PILZAMBULATORIUM SCHLOSSELGASSE



47



PORTFOLIO

Digitalisierung in der Medizin: Chancen und Risiken

Die digitale Transformation des Gesundheitswesens bietet signifikante Verbesserungen für Patientinnen und Patienten, aber auch eine spannendere Arbeitswelt für die Gesundheitsfachkräfte, schildert Dr. Jörg Debatin, Healthcare-Unternehmer und ehemaliger Leiter des Berliner „Health Innovation Hub“ beim 6. PRAEVENIRE Digital Health Symposium.

- 42 **Austria is ready!**
- 44 **Finalisten** des Start-up-Pitches
- 46 Nützlich ist, **was genutzt wird**
- 47 **Digitalisierung in der Medizin**: Chancen und Risiken



48



PRÄGNANT

Labor ist nicht gleich Labor

Pilzambulatorien sind medizinische Einrichtungen, die sich auf die Diagnose und Behandlungsvorschläge von Pilzinfektionen und anderen infektiösen venerodermatologischen Erkrankungen spezialisiert haben. Welche Ressourcen hinter der mikrobiologischen und serologischen Diagnostik stehen, beschreibt Univ.-Prof. Dr. Angelika Stary, Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Leiterin der Pilzambulatorien in Wien.

- 48 **Labor** ist nicht gleich Labor
- 50 **Langzeitpflege** – öffentliche Dienstleistungen oder Dienstleistungen im öffentlichen Interesse
- 52 **Gesundheitspolitik** braucht mehr Expertise
- 54 Digitalisierung UND Prävention

Anmeldung und mehr Informationen



www.praevenire.at

4.-8. JULI

UPDATE 2.4
NEPHROLOGIE
FORSCHUNG – STATE OF THE ART – HANDS-ON GESUNDHEITSPOLITIK

www.nephrologie-update.at



SAVE THE DATE
14.–15. Juni 2024



SCANNEN & ANMELDEN

congress Schladming sowie online

Jetzt anmelden unter nephrologie@perigroup.at

SAVE THE DATE



11. PRAEVENIRE
GESUNDHEITSGESPRÄCHE
in Alpbach 2024

www.praevenire.at



PEOPLE

Das Spital der Zukunft

Dr. Natalja Haninger-Vacariu ist erste Vizepräsidentin der Ärztekammer für Wien, Internistin und Ärztin in Ausbildung für Kinder- und Jugendheilkunde. PERISKOP sprach mit der **NEUEN KURIENOBFRAU ÜBER DIE HERAUSFORDERUNGEN FÜR DAS ÖFFENTLICHE GESUNDHEITSWESEN IN DER BUNDESHAUPTSTADT, IHRE ZIELE FÜR EINE ATTRAKTIVE SPITALS-LANDSCHAFT** und die Rolle von Technik und Innovation in der Medizin. | von Rainald Edel, MBA

Seit Ende Februar vertritt die Internistin Natalja Haninger-Vacariu die Interessen der Spitalsärztinnen und -ärzte Wiens. Damit tritt sie eine Funktion an, die gerade nach dem Protestmarsch der Spitalsangestellten im vergangenen Dezember viel Fingerspitzengefühl im Dialog mit den Krankenanstaltenträgern verlangt. Denn an Herausforderungen im öffentlichen Gesundheitswesen mangelt es nicht. Die Spitäler finden sich immer mehr im internationalen Wettbewerb um die besten Köpfe wieder. Einfache Lösungen zur Bekämpfung der Abwanderung von Personal gibt es nicht. Da sind sich die Stakeholder weitgehend einig. Geht es nach Haninger-Vacariu, soll das Spital der Zukunft ein Arbeitsplatz mit deutlich weniger Bürokratie, wettbewerbsfähigen Gehältern und ganzheitlich innovativen Lösungen sein. Ein Ort, an dem auch der medizinische Nachwuchs gerne arbeitet.

PERISKOP: Derzeit arbeiten Sie sowohl im Spital als auch in einer Ordination. Sie sind aber auch Vizepräsidentin der Ärztekammer für Wien und schließlich Mutter. Wie geht sich das alles aus?

HANINGER-VACARIU: Wichtig ist natürlich starke Unterstützung aus dem privaten und dem beruflichen Umfeld, ohne die ginge es nicht. Da schätze ich mich sehr glücklich. Ich arbeite an all meinen Wirkungsstätten – ob Spital oder Ärztekammer – mit tollen Teams zusammen. Gerade bei der medizinischen Versorgung von Menschen müssen die einzelnen Zahnräder sauber ineinandergreifen. Wer als Ärztin auf Dauer bestehen will, muss mit Mehrfachbelastung

umgehen können, flexibel sein und eine starke Resilienz aufbauen. Der ärztliche Beruf macht mir unheimlich viel Spaß – meistens zumindest (lacht). Ich kann mir nun endlich meinen Traum von der Ärztin für Kinder- und Jugendheilkunde erfüllen. Dass ich die Interessen der Wiener Spitalsärztinnen und -ärzten vertreten darf, ist für mich ein Privileg und keine Belastung.

Erstmals stehen an der Spitze der Wiener Ärztekammer zwei Vizepräsidentinnen. Doch die Standespolitik ist österreichweit immer noch männlich dominiert, in den Spitälern haben meistens Männer die Führungspositionen inne. Wie können bestehende Ungleichheiten für Frauen in der Medizin bekämpft werden?

Mentoringprogramme und Initiativen, wie etwa jene an der Medizinischen Universität Wien oder unseres Referates für Frauenpolitik, Gender und Diversity, sind immens wichtig, um den notwendigen Umbruch noch stärker zu forcieren. Die Kammer hat sich damit zum Ziel gesetzt, den Frauenanteil in allen Führungsebenen und Gremien auszubauen. Darüber hinaus gab es einen Vollversammlungsbeschluss zur Selbstverpflichtung aller Wahllisten, bei der nächsten Wahl zumindest 40 Prozent Ärztinnen aufzustellen – möglichst nach dem sogenannten Reißverschlussprinzip. Dieses Engagement erwarte ich mir generell. Andererseits muss das Thema Gender Health Gap viel mehr in den Fokus der öffentlichen Debatte gerückt werden. Die medizinische Ungleichbehandlung von Frauen und Männern ist laut Frauengesundheitsbericht eklatant, selbst

wenn Österreich im internationalen Vergleich nicht so schlecht abschneidet. Weltweit leben Frauen zwar länger als Männer, sind aber gleichzeitig deutlich kürzer gesund. Wir sollten bereits in der medizinischen Ausbildung damit anfangen, Awareness für unterrepräsentierte Themen wie Gender Health Gap, Gender Data Gap und Frauengesundheit im Allgemeinen zu schaffen. Aber auch nach der Ausbildung, sei es im Rahmen der Grundlagenforschung oder der medizinischen Versorgung, muss sich mehr tun. Zusätzlich zu Programmen und Kampagnen braucht es vor allem den politischen Willen, die Lage für Frauen in der Medizin tatsächlich nachhaltig zu verbessern. Es ist an der Zeit, dass die verschiedenen Player in der Gesundheitspolitik gemeinsame Konzepte entwickeln im Bereich der Frauenkarrieren und der Frauengesundheit.

Wir sollten bereits in der medizinischen Ausbildung damit anfangen, Awareness für unterrepräsentierte Themen wie Gender Health Gap, Gender Data Gap und Frauengesundheit im Allgemeinen zu schaffen.

Natalja Haninger-Vacariu

Welche Voraussetzungen muss denn ein modernes „Spital der Zukunft“ noch haben?

Ich bin immer dafür, unsere Gesundheitsversorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten zu denken. Was braucht eine Patientin, ein Patient im Spital unbedingt? Was ist ‚nice-to-have‘, und was ist unter Umständen aus Patientinnen-sicht eher nachrangig? Wenn man von diesen Fragestellungen ausgeht, lautet die erste Antwort zunächst mal, dass wir zur Versorgung unserer Patientinnen und Patienten ausreichendes Personal brauchen. Personal, das nicht nach ein paar Jahren dem öffentlichen Gesundheitswesen überlastet, ausgebrannt und frustriert den Rücken kehrt. Gerade in einer Millionenstadt wie Wien darf es so etwas wie zusammenbrechende Abteilungen gar nicht geben. Wir müssen den tagesklinischen Bereich mit adäquatem Personal ausbauen und könnten damit stationäre Betten einsparen. Es darf niemals der Eindruck entstehen, dass die Gesundheitsversorgung aufgrund von Personallengaps am Limit ist. Insgesamt ist sie das auch nicht, damit hier kein falscher Eindruck entsteht. Ich würde aber sagen, wir haben ein paar Baustellen, die wir gemeinsam mit den

Seit Ende Februar vertritt die Internistin Natalja Haninger-Vacariu die Interessen der Spitalsärztinnen und -ärzte als erste Vizepräsidentin und Obfrau der Kurie angestellte Ärzte in der Ärztekammer für Wien.



Neben ihrer am Universitätsklinikum Wien absolvierten Facharztausbildung für Innere Medizin und ihrer derzeit am Landeskrankenhaus MÖdling laufenden Ausbildung zur Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde bringt Natalja Haninger-Vacariu einen breiten Erfahrungsschatz in der Kammerpolitik mit.

Stakeholdern rasch bearbeiten müssen und auch werden – da bin ich zuversichtlich. Nach der Pandemie hieß es seitens der Politik ja oft, man müsse die richtigen Lehren aus dieser herausfordernden Zeit ziehen. Eine Lehre aus der Pandemie muss jedenfalls sein, bessere Rahmenbedingungen für bestehendes und potenziell neues Personal zu schaffen. Wer heute in Österreich hervorragend als Ärztin oder Arzt ausgebildet wurde, ist auch auf dem internationalen Markt begehrt und hat im benachbarten Ausland teilweise hochattraktive Möglichkeiten. Das liegt selbstverständlich auch an wettbewerbsfähigen Gehältern und Arbeitsbedingungen die vielschichtig sind, diskutiert und umgesetzt werden müssen. Die Kolleginnen und Kollegen sind gut vernetzt und informiert, sie vergleichen die Konditionen, wie es auch in anderen Branchen der Fall ist. Die Kolleginnen und Kollegen durch Neuorientierung zu verlieren. Aber auch innerhalb Österreichs sehen wir eine gewisse zunehmende Konkurrenzsituation. Wir müssen also zusammen mit den Wiener Spitalträgern attraktive Angebote entwickeln. Das wirkt langfristig besser als etwaige kurzfristige Zwangsverpflichtungen für Medizinstudierende. Ganz grundsätzlich ist mit dem ersten Zulagenpaket des Wiener Gesundheitsverbundes aus dem letzten Jahr zunächst einmal ein wichtiger Schritt getan worden. Das zweite Paket soll noch dieses Jahr geschnürt werden, da werden wir uns aktiv und stets konstruktiv einbringen.

Sie sagen also, ein zukunftsfitte Spital hat mehr Personal und zahlt dieses besser. Was gehört noch dazu, um die Wiener Spitäler über Jahre attraktiv zu gestalten?

Auch der Arbeitsplatz per se ist entscheidend. Dazu gehören zeitgemäße digitale Lösungen. Die Stadt Wien nimmt jetzt viel Geld für einen modernen Neubau des Instituts für Labordiagnostik in der Klinik Favoriten in die Hand. Das ist enorm wichtig, denn wir müssen viel mehr als bisher in ganzheitlich innovative Lösungen investieren. Als Ärztin, die auch ein Architekturstudium hat, kann ich sagen: die schönste Fassade nutzt mir relativ wenig, wenn im Gebäudeinneren die Zeit stehen geblieben ist. In so manchem Spital oder in manch einer Abteilung bekommt man einen derartigen Eindruck. Das sollten wir nicht akzeptieren. Innovation im Spital ist für mich im Übrigen nicht nur mit der Bereitstellung modernster Medizingeräte verbunden. Es gehört auch ein spürbarer Bürokratieabbau dazu. Wir setzen uns für eine konsequente Digitalisierung alltäglicher

Prozesse ein, um den ärztlichen Dokumentationsaufwand drastisch zu reduzieren. Insbesondere für die besten jungen Köpfe können Investitionen in diese Richtung ein Engagement im Spital attraktivieren.

Wer ein modernes Spital will, darf nicht nur an einer Stellschraube drehen. Dazu brauchen wir konstruktive Gesprächspartner und ein konstruktives Verhältnis mit der Stadtpolitik, dem Wiener Gesundheitsverband und allen relevanten Playern.

Natalja Haninger-Vacariu

Blieben wir bei der Technik. Welche Anforderungen an Software oder – allgemeiner – an IT-Lösungen im Krankenhaus haben Ärztinnen und Ärzte?

Es muss schnell gehen, sicher und genau sein und die Software sollte Arbeit abnehmen statt neue schaffen (lacht). Wenn wir Ärztinnen und Ärzte eines nicht haben, ist es Zeit. Zeit, die wir dringend für die Betreuung unserer Patientinnen bräuchten. Der Einsatz neuartiger Technologie wird im Spitalsalltag grundsätzlich immer wichtiger. Ich sage immer: Programme sollten neben Präzision durch intuitive Menüführung und generell leichte Handhabung glänzen. Die Spitzenmedizin sollte im Übrigen den Vormarsch der Künstlichen Intelligenz für effizientere medizinische Versorgung unbedingt nutzen. Das passiert auch schon. Mein Kollege Stefan Konrad (dritter Vizepräsident der Wiener Ärztekammer, Anm.) hat das zuletzt in der Ärzt*in für Wien hochinteressant für den Bereich der Radioonkologie beschrieben. Bei der Früherkennung der Makuladegeneration ist Künstliche Intelligenz bereits unverzichtbar. Demnach kann die Künstliche Intelligenz mittlerweile hervorragend Tumore erkennen und selbst konturieren. Damit wird der Ärztin oder dem Arzt viel Zeichenarbeit abgenommen, selbst wenn die medizinische Entscheidung letztlich von uns Ärztinnen und Ärzten getroffen wird. Insgesamt ist alles willkommen, was die eigentliche Aufga-

be, nämlich die Betreuung unserer Patientinnen und Patienten, freischaufelt.

Welche Schritte haben Sie in den kommenden Monaten geplant, welche Ziele haben Sie sich für dieses Jahr gesetzt?

Im Mittelpunkt stehen grundsätzlich immer die Verbesserungen für die Kolleginnen und Kollegen. Denn geht es den Angestellten in den Spitälern gut (da ist die Pflege selbstverständlich mitbegriffen), geht es auch den Patientinnen und Patienten gut! Dazu brauchen wir konstruktive Gesprächspartner und ein konstruktives Verhältnis mit der Stadtpolitik, dem Wiener Gesundheitsverband und allen relevanten Playern. Dann ist vieles möglich. Dementsprechend sind wir im Austausch mit dem Wiener Gesundheitsverband und auch dem Gesundheitsstadtrat, mit dem wir zeitnah einen Gesprächstermin haben. Ich betrachte unsere Arbeit immer ganzheitlich. Wer ein modernes Spital will, darf nicht nur an einer Stellschraube drehen. Wie bereits gesagt: Ausreichend Personal ist unumgänglich, wenn allerdings der Bürokratieaufwand zu viel Zeit kostet, werden unnötig trotzdem zu viele Ressourcen gezogen. Darunter leidet zum einen die Ausbildung der Kolleginnen und Kollegen und zum anderen die Zeitressource für die Patientinnen und Patienten. Eine qualitativ hochwertige Ausbildung und die Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildung ist für mich ein entscheidender Faktor, um künftig adäquate und zeitgemäße Betreuung der Patientinnen und Patienten anbieten zu können. Wenn sich die Medizin weiterentwickelt, muss sich alles damit in Verbindung stehende mitbewegen – auch die Ausbildung. Das Personal ist da vor große Herausforderungen gestellt. Insgesamt werden die Herausforderungen im Gesundheitswesen nicht geringer – im Gegenteil. Um das aber noch einmal zu unterstreichen: es läuft ja nicht alles schlecht, bei weitem nicht. In der Forschung sind wir auf absolutem Spitzenniveau und wir bewegen uns mit einigen Themen bereits in die richtige Richtung. Insofern bin ich äußerst motiviert.

Abschließend möchte ich festhalten, dass, wie oben erwähnt, die ersten Gespräche mit den Stakeholdern konstruktiv verlaufen sind und möchte mich bei allen Kolleginnen und Kollegen bedanken, die Tag ein Tag aus unser wertvolles Gesundheitssystem am Leben halten. 📌



Hausarztpraxis muss wieder zentrale Betreuungsstelle werden

DER WEG ZUR HAUSÄRZTIN, ZUM HAUSARZT SOLLTE SELBSTVERSTÄNDLICH SEIN. Stattdessen wird oft auf eigene Faust eine Facharztpraxis oder eine Spitalsambulanz aufgesucht, mit großen Nachteilen in der Versorgung und hohen Kosten für das Gesundheitssystem. Im PERISKOPINION Gespräch legen Dr. Susanne Rabady, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Andreas Huss, MBA, Obmann-Stellvertreter der Österreichischen Gesundheitskasse dar, wie das Berufsbild der Allgemein- und Familienmedizin neu definiert werden soll und wo die Vorteile einer gestärkten Allgemeinmedizin für Patientenseite und Gesundheitssystem liegen. | von Rainald Edel, MBA

Der Wegfall der Facharztüberweisung mit Einführung der eCard, andere Vorstellungen vom Berufsleben und Berufsbild sowie eine Unterschätzung der Leistungsfähigkeit der Allgemeinmedizin haben eine ungesunde Mischung geschaffen. Um gegenzusteuern, ist nun die Umsetzung guter und griffiger Konzepte gefragt.

PERISKOP: Die Allgemeinmedizin ist derzeit in einer schwierigen Situation. Was muss geändert werden?

HUSS: Wir haben aus dem Finanzausgleich abgeleitet eine klare Aufgabe. Wir müssen die Patientenströme besser und effizienter durch das Gesundheitssystem lenken. Das heißt Patientinnen und Patienten sollen zuerst bei der Gesundheitshotline 1450 anrufen bzw. in der Hausarztpraxis einsteigen und dann wenn nötig durch das System gelöst werden. Beispiel: In Österreich haben wir eine MRT-Untersuchungsrate von 159 Untersuchungen pro 1000 Einwohner im Jahr. In den Niederlanden, wo es ein viel stärkeres Hausarztssystem gibt, liegt die Rate bei 55 Untersuchungen pro 1000 Einwohner im Jahr. Das zeigt, wir haben ein Steuerungsproblem. Daher ist unsere erste Forderung: jede Versicherte, jeder Versicherte soll wieder eine Hausärztin, einen Hausarzt haben. Das geht nur Hand in Hand, indem wir die Quantität als auch die Qualität in der Allgemeinmedizin stärken. Ein Baustein dabei ist der Facharzt für Allgemeinmedizin, ein anderer Baustein ist der rasche Ausbau der Primärversorgung.

RABADY: Die Ersteintritts- und Lotsenfunktion

sind natürlich wichtig, aber nur Teilbereiche unserer Arbeit. Wesentlich wichtiger wäre, zuerst einmal klarzustellen, was Allgemein- und Familienfunktion überhaupt ist, was unseren Beruf ausmacht. Hier ist in erster Linie der generalistische Zugang zu nennen und die grundsätzliche Zuständigkeit für alle gesundheitsrelevanten Anliegen. Dass heißt, wir schauen nicht, ob das ein hausärztliches Problem ist oder nicht. Sondern wir finden heraus, inwieweit und in welcher Form eine Problemstellung in unserer Verantwortung alleine oder in Kombination mit anderen Fachdisziplinen zu halten ist. Wir haben einen völlig anderen, generalistischen Ansatz als andere Fachrichtungen. Das ist ein anderer diagnostischer Zugang, der auch ein anderes Wissensmanagement bedingt. Wenn wir von Spezialistinnen, Spezialisten verlangen, in einem Gesamtkontext zu denken, werden wir in die Irre laufen. Und wenn man uns auf Koordination und Lotsenfunktion reduziert, sozusagen nur auf die Verteilung an die „richtige Medizin“, dann ginge das völlig an unserer Bestimmung vorbei. **HUSS:** Da sind wir einer Meinung. Denn für mich ist die Allgemeinmedizin die Königsdisziplin. Denn nur die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner kennen einen Menschen in seinem gesamten sozioökonomischen Umfeld. Sie kennen nicht nur ein Organ, Gelenk etc. einer Patientin, eines Patienten, sondern die gesamte Person mit dem Arbeitsumfeld, seinen Vorerkrankungen, Vorbelastungen. Nur so lässt sich gut und schnell herausfinden, ob tatsächlich ein neues Gesundheitsproblem entstanden ist und einschätzen, ob beispielsweise

Wir haben aus dem Finanzausgleich abgeleitet die klare Aufgabe, die Patientenströme besser und effizienter durch das Gesundheitssystem zu lenken. Es ist daher notwendig, dass alle Personen in Österreich wieder eine Hausärztin, einen Hausarzt haben.

Andreas Huss

weise ein Schmerz somatische oder psychosomatische Ursache hat. Außerdem werden in der Allgemeinmedizin und der Primärversorgung viele abschließende Behandlungen durchgeführt, das geht weit über eine Lotsenfunktion hinaus. Besorgniserregend ist der Umstand, dass mittlerweile 20 Prozent der Versicherten keine Hausärztin, keinen Hausarzt mehr haben. Das heißt, wir müssen die Primärversorgung stärken.

Die Patientenlenkung hätte auch eine wichtige Funktion in der Wartezeitreduktion, damit Patientinnen und Patienten nicht unnötigerweise einen Termin blockieren. Müsste man das nicht stärker in den Vordergrund stellen?

RABADY: Wenn wir Versorgungsgerechtigkeit wollen, brauchen wir systemseitig diese Steuerung und Lenkung. Das ist auch ein Resultat unserer Grundkompetenz und auch unser Interesse an der Qualität in der Patientenbetreuung. Wenn man nur den direkten Zugang zur Spezialistenebene aufmacht, ohne dass es dort ein entsprechendes Angebot gibt, hat man nur die Engstelle auf eine höhere Ebene verlagert.

HUSS: Den Engpass, den es bei den Fachärztinnen und -ärzten gibt, sehen wir mittlerweile auch bei den Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner. Das heißt, ich kann nicht Patientinnen und Patienten verpflichten, zuerst in die Hausarztpraxis zu gehen, wenn die Ressource Allgemeinmedizin nicht ausreichend zur Verfügung steht. Hier müssen wir uns auch aus dem Finanzausgleich heraus anstrengen, zusätzliche Stellen in der Primärversorgung zu schaffen. Nur den bestehenden Hausärztinnen und Hausärzten mehr zahlen, wird nichts bringen und die Wartezeitenproblematik nicht ändern. Wir müssen das Angebot verbreitern. Das heißt, wir brauchen mehr Hausärztinnen und Hausärzte, Kinderärztinnen und Kinderärzte aber auch Gynäkologinnen und Gynäkologen. Nur so können wir es schaffen, dass jene 20 Prozent, die derzeit keine Hausärztin, Hausarzt haben, auch eine Erstanlaufstelle als Generalversorger haben. **RABADY:** Das kann aber nur gelingen, wenn wir

unsere fachlichen Kompetenzen klären und erklären. Denn nur die Kenntnis der spezifischen Kompetenz der Allgemeinmedizin mit ihrer eigenen Methodik bewirkt eine Attraktivierung des Berufes. Und wir brauchen die entsprechenden Leute, die diese Kompetenz auch leben wollen. Wenn wir nur mehr zahlen, riskieren wir, dass wir die falschen Personen anziehen. Daher brauchen wir die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen, die unsere qualitativ hochwertige Arbeit ermöglichen. Ohne gerechte Honorierung geht es allerdings auch ganz sicher nicht!

HUSS: Gerade am Land, wo die Wege zu einer Facharztpraxis oft weit sind, müssen Landärztinnen und Landärzte immer Generalisten sein. Das funktioniert auch gut. In Großstädten hingegen, wo ein Überhang an Fachärztinnen und Fachärzten besteht, gibt es auch viele Menschen ohne Hausärztin, Hausarzt. Hier ist es auch viel verbreiteter, dass Hausärztinnen und Hausärzte rasch auf die nächste Ebene weiterüberweisen. Auch bei den Patientenzahlen gibt es große Unterschiede. Es gibt Hausärztinnen und Hausärzte, die bis zu 1.400 Patientinnen und Patienten im Quartal betreuen und andere die nur 500 abrechnen. Das heißt, wir haben einen großen Unterschied in der Qualität und ein starkes Gefälle bei der Quantität.

Die Allgemeinmedizin nur auf die Koordination und Lotsenfunktion zu reduziert, ginge völlig an unserer Bestimmung vorbei. Wir müssen unsere Kompetenzen und Methodik noch besser bekannt machen.

Susanne Rabady

Müsste nicht auch der Leistungskatalog zeitgemäß angepasst und entsprechend definiert werden, was die Allgemeinmedizin leisten soll?

RABADY: Ja, wobei das ist erst der zweite Schritt. Wir kämpften 25 Jahren lang, um die Facharztausbildung und die Möglichkeit unsere Fachinhalte zu definieren. Denn nur mit der Ausbildung können wir unsere Methodik lehren und dann auch verlangen. Dem stand eine Vielzahl von „Verhinderern“ entgegen, die nicht verstehen wollten, was Allgemein- und Familienmedizin eigentlich ist. Teilweise war es vielleicht auch unsere Schuld, weil wir das so wenig gut genug kommuniziert haben. Nun konnten wir die Facharztausbildung durchsetzen. Jetzt müssen wir die Grundlage für eine hochwertige Ausbildung schaffen.

Wir dürfen uns da keine Fehler erlauben. Gerade wenn man die „Mutterländer der Primärversorgung“ anschaut, so wurden dort große Fehler gemacht, indem die Kontinuität verloren gegangen ist. Wir können aber unserer Methodik nur gerecht werden, wenn es Kontinuität gibt – sowohl institutionelle als auch digitale und vor allem persönliche. Wenn vor allem letztere nicht gegeben ist, können wir unsere Methodik nicht anwenden und es droht das gleiche Problem wie in Skandinavien. Denn wenn man Primärversorgungszentren nur auf die Systemfunktion reduziert und glaubt, dass sie nur die Menschen auffangen und verteilen, steigt die Abneigung in der Bevölkerung. Denn sie spüren, dass die PVE dann nur dazu da ist, zu verhindern, dass Menschen höhere Leistungen in Anspruch nehmen. **HUSS:** Gerade hier in Österreich haben wir beim Ausbau der Primärversorgung darauf geschaut

Susanne Rabady, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin setzt große Hoffnung in die Facharztausbildung in Allgemeinmedizin.



diese Fehler nicht zu machen. Die Primärversorgungseinheiten haben nicht weniger Angebot sondern mehr Angebot als eine herkömmliche Ordination und sie bieten längere Öffnungszeiten sowie kassenfinanzierte Leistungen mehrerer Gesundheitsberufe unter einem organisatorischen Dach an. Sie sind prädestiniert dafür gute abschließende Behandlungen zu machen und bei Bedarf an Spezialistinnen und Spezialisten weiterzuverweisen. Dabei ist es sehr wichtig, dass hier auch die Kompetenzen in der Beratung so genutzt werden, dass den Versicherten gut vermittelt wird welche zusätzlichen Untersuchungen nötig sind und welche nicht. Die Allgemeinmediziner:innen können hier Orientierung geben, brauchen dafür aber auch die richtigen Werkzeuge an der Hand. So sollen unnötige Untersuchungen beispielsweise in MR-Geräten, die nicht leitlinienkonform sind und Ressourcen für dringende Untersuchungen blockieren, verringert werden. Hier müssen wir die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner noch mehr dabei unterstützen bei den Versicherten Verständnis für derartige Zusammenhänge zu schaffen.

RABADY: Das Verständnis dafür wäre schon vorhanden. Nur wenn man nicht überweist, kommt die Patientin, der Patient vom Physiotherapeuten oder Orthopäden und richtet einem aus, dass es der Kollegin, dem Kollegen völlig unverständlich ist, dass noch kein MRT gemacht wurde. Das ist Absicherungsmedizin, die viel kostet. Ebenso wie das Propagieren der Telemedizin – auch das kann leicht in die falsche Richtung gehen. Denn mit Kamera oder Telefon kann ich das schmerzende Knie nicht angreifen, folglich bleibt kein anderer Weg, als die Patientin, den Patienten einfach an die nächste Spezialordination zu überweisen.

HUSS: Ein absolut richtiger Einwand. Wobei wenn man Telemedizin als Backup zu 1450 nützt, kann man etwas mehr abdecken.

RABADY: Das wird zum Teil unvermeidlich sein – kann aber auch rasch in höhere Versorgungsebenen führen, weil sich die Fachkräfte absichern müssen.

HUSS: Wenn die Fachkräfte bei 1450 sagen, das können sie nicht einschätzen, dazu braucht es eine Ärztin, einen Arzt, dann sollten wir dort schon telemedizinische Leistungen anbieten, speziell in den Tagesrandzeiten oder an Sonn-

und Feiertagen, wenn keine Hausärztinnen und Hausärzte zur Verfügung stehen.

RABADY: Da haben wir in vielen Teilen Österreichs durch ein Zusammenwirken vieler falscher Wege Fehler gemacht und an Qualität verloren. Denn in jenen Bundesländern, in denen der hausärztliche Bereitschaftsdienst auch wertgeschätzt und ordentlich bezahlt wird, funktioniert es sehr gut. Ob man das in den anderen Bundesländern ändern kann, weiß ich nicht. Was man ändern kann, wenn auch mit Verzögerung, ist eine gute Fachdefinition und eine darauf aufbauende Ausbildung.

HUSS: Wir müssen jetzt wirklich alle Kräfte bündeln und nicht aus komischen Überzeugungen etwas Falsches machen. Primärversorgung ist für mich nicht nur mehr Stellen schaffen, beispielsweise als Einzelpraxen, sondern das geht nur mit Multidisziplinarität einher. Wenn wir die Zentrum- und Netzwerklösung vorantreiben wollen, müssen wir den Primärversorgern auch alle Informationen an die Hand geben. Dazu gehören Diagnosecodierung, Patient Summary sowie sämtliche Daten und Themen, die im Rahmen des Finanzausgleichs fixiert wurden.

RABADY: Die Grundlage kann nur die Einigkeit über die Fachinhalte sein, sowie über die Arbeitsweise und die Arbeitsprozesse. Bei den Organisationsformen ist Flexibilität gefragt. Wir dürfen nur nicht in das Missverständnis verfallen und die Primärversorgung als Erstversorgung sehen. Wir müssen es schaffen, die Werte Kontinuität und Erreichbarkeit in Übereinstimmung zu bringen. Ohne Kontinuität funktioniert die Allgemeinmedizin nicht.

HUSS: Aus meiner Sicht hat die Primärversorgung immer das Ziel der finalen Versorgung. Eine gute allgemeinmedizinische Versorgung kann 80 bis 85 Prozent der Probleme final erledigen. Das heißt, nur in knapp 20 Prozent der Fälle bedarf es einer zusätzlichen Unterstützung durch eine Facharztebene. Wir müssen daher viel stärker die Botschaft trommeln, dass Primärversorger finale Versorger sind.

RABADY: Meine Botschaft wäre eher, dass Generalist und Spezialist aufeinander angewiesen sind, wenn das Ergebnis passen soll. Ohne die Defragmentierung durch den Generalisten können spezialistische Zugänge nicht wirksam werden. P



Für Andreas Huss, Obmann-Stellvertreter der ÖGK ist die Allgemeinmedizin die Königsdisziplin.

So setzen Sie auf das richtige Pferd

Das Gesundheitssystem für die Herausforderungen der Zukunft fit zu machen ist keine einfache Aufgabe. PRAEVENIRE hat die Herausforderung angenommen und kann sich nun **ÜBER DEN VIERTEN PLATZ IM NETZWERKRANKING DER WICHTIGSTEN ORGANISATIONEN DER BRANCHE FREUEN**. Was hinter dieser sogenannten „Mapping-Analyse“ steckt, erklärt Dr. Harald Katzmaier, Ph.D., Direktor und Gründer von FAS Research. | von Michaela Meier

Kommunikationsbarrieren sind in kaum einer Branche so groß, wie im Gesundheitswesen, denn das System ist überaus komplex, die Zahlungs- und Leistungsströme oft intransparent und viele konträre Interessen treffen aufeinander. Am Ende wollen aber doch alle das gleiche: eine hochwertige Patientenversorgung. Netzwerkanalysen können helfen, eine gute Gesprächsbasis für alle Beteiligten zu ebnet.

PERISKOP: Welche Informationen können aus einer Netzwerkanalyse abgelesen werden?

KATZMAIER: Die Netzwerkanalyse ist eine Methode, um Beziehungen zwischen verschiedenen Elementen, die in einem Netzwerk miteinander verbunden sind, darzustellen. Diese Elemente können beispielsweise Personen, Organisationen, aber auch Computer oder Gene sein, je nachdem, in welchem Kontext die Analyse durchgeführt wird. Eine Netzwerkanalyse beinhaltet daher die Identifizierung von Elementen und ihren Beziehungen zueinander. Wenn die Struktur des Netzwerks genau unter die Lupe genommen wird, so können verschiedene Eigenschaften und Muster identifiziert werden, die Einblicke in die zugrunde liegenden Prozesse bieten. So zeigt zum Beispiel die Zentralität, welche Knoten im Netzwerk die wichtigsten sind. Die Konnektivität zeigt, wie gut die Punkte in einem Netzwerk verbunden sind und wie leicht Informationen oder Ressourcen zwischen den Knoten fließen können. Gruppen und Gemeinschaften können so gut dargestellt werden. Damit wird etwa sichtbar, wer zu wem Verbindungen hat und wie „eng“ diese sind. Ein wichtiger Aspekt ist auch die Resilienz: Sie bewertet die Widerstandsfähigkeit des Netzwerks gegenüber Störungen oder Angriffen. Dazu wird untersucht, wie gut die Funktionalität beibehalten wird, selbst wenn Knoten oder Verbindungen entfernt werden.

Was bringt diese Information für das Gesundheitswesen?

Man kann damit Akteure identifizieren und abbilden, welche Beziehungen sie zueinander haben. Dieses Wissen ist zum Beispiel maßgeblich für die Lernfähigkeit und die Performance eines Systems. Möchte man bestimmte Themen im Gesundheitswesen anstoßen, so zeigt die Netzwerk-Map zum Beispiel, wen man sich dafür unbedingt ins Boot holen sollte.

Wie kommen Sie zu den Inhalten?

Die erste und wichtigste Frage ist immer, woher die Daten kommen. Hat man Daten gesammelt oder kann auf Daten referenzieren, dann ist der nächste Schritt die Auswertung. Hier gibt es drei Parameter zur Messung der Performance innerhalb eines Netzwerkes: 1. In wie vielen Schritten erreicht eine Person

FAS Research

- oder Organisation das gesamte Netzwerk oder, anders gefragt, wie schnell schafft man es in das Zentrum?
- Wie stark ist jemand in eine Gruppe eingebettet und hat damit Zugang und Koordinationsfähigkeit, um die Stärken des Netzwerkes auch abzurufen und nutzen zu können?
- Der dritte Parameter zeigt, wie variabel die Position ist.

Darüber hinaus kann man auch noch untersuchen, welche Ressourcen vorhanden sind und wie sehr eine Person oder eine Organisation in der Lage ist, die Aufmerksamkeit im Netzwerk in eine bestimmte Richtung zu lenken. Anders ausgedrückt heißt das: Die Position im Netzwerk ist umso besser, je mehr Netzwerkpunkte man erreicht und je mehr Möglichkeiten man hat, auf die Lenkung der Aufmerksamkeit einzuwirken. Das heißt, man ist gut vernetzt und kann das auch für sich nutzen. Vernetzung ist gut, aber nicht allein ausschlaggebend für Erfolg. Das abgebildete Ranking listet PRAEVENIRE gemeinsam mit anderen Playern des Gesundheitswesens auf, die untereinander nur dann miteinander verglichen werden können, wenn zur Vernetzung auch noch die Ressourcen, also politische und ökonomische Macht, sowie die Aufmerk-

samkeit und Präsenz im öffentlichen Diskurs herangezogen werden. Das lässt sich in der Formel darstellen: Macht = Ressourcen x Vernetzung x Aufmerksamkeit. Mit Ressourcen ist der politische und ökonomische Einfluss gemeint, mit Vernetzung die Netzwerkzentralität, und mit Aufmerksamkeit die Präsenz im öffentlichen Diskurs. Diese drei Dimensionen zusammengenommen ergeben die Position eines Players im Gesundheitswesen.

Können Sie erklären, wie sich die Analyseergebnisse für PRAEVENIRE beschreiben lassen?

Es zeigt sich, dass es Anknüpfungspunkte in allen Stakeholdergruppen gibt. Das allein ist noch nicht ausschlaggebend für den Erfolg. Dazu kommt noch die Tatsache, dass durch diese Verbindungen auch die Themen der gesamten Patienten Journey abgebildet sind – also von der Gesundheitsförderung und Prävention über Diagnose und Therapie bis hin zum Palliativbereich ist PRAEVENIRE mit wichtigen Personen und Organisationen in Kontakt.

Was können wir daraus lernen?

Als Person oder Organisation betrachtet man immer die eigene Performance im Vergleich



© KRISTIAN JUHASZ

Ich empfehle PRAEVENIRE dort aktiv zu werden, wo es „pain points“ gibt. In kleinen Schritten und mit konsequenter Arbeit muss ein klares Ziel verfolgt werden. PRAEVENIRE hat dafür die besten Voraussetzungen, denn über den Vorstand und den Beirat sind in diesem holistischen Netzwerk nicht nur alle Stakeholdergruppen vertreten, sondern auch alle Themen der Patienten-Journey abgedeckt.

Harald Katzmaier

zu anderen – also wer hat mehr und wer hat weniger Variabilität als die eigene Organisation. Man kann ablesen, wer weitere Player im Gesundheitswesen sind und welche Rolle sie spielen. Um das vielleicht mit einem Kartenspiel zu vergleichen: Will ich gewinnen, so achte ich darauf, wer mit mir am Spielfeld ist, wie viel Spielgeld eingesetzt wird, wie viele Pokertische es gibt und wer dort sitzt. Man kann auch die Frage stellen, ob es möglich ist, einen eigenen Pokertisch zu eröffnen und Gäste an den Tisch zu holen. Die Netzwerkanalyse gibt ein strategisches Lagebild, eine umfassende Analyse und Bewertung der aktuellen Situation oder des aktuellen Status in einem bestimmten Bereich. Das kann eine fundierte Entscheidungsfindung unterstützen und dient dazu, ein gemeinsames Verständnis der aktuellen Lage zu schaffen. Sie kann auch die Entwicklung von Handlungsstrategien unterstützen, um auf die identifizierten Herausforderungen oder Chancen zu reagieren. Es ist ein wichtiges Instrument in der Planung und Steuerung von Organisationen, um Ziele zu erreichen und Risiken zu minimieren. Wer eine Netzwerkanalyse erstellen lässt, erkennt auf einen Blick, wie das eigene Marktumfeld funktioniert und welche strategischen Partner erforderlich sind, um die eigenen Ziele effizienter und effektiver zu erreichen. Kurz gesagt: Man verhindert damit, auf das falsche Pferd zu setzen!

Wie kann man die Beziehungen zu den anderen Knotenpunkten in dem Netzwerk stärken?

Wer selbst kein wichtiger Knotenpunkt ist, wird es schwerer haben, zu jemandem der schon im Zentrum steht, eine Beziehung zu knüpfen. Die Map zeigt auch, was realistisch ist und über welche Wege ich mich langsam dem Zentrum annähern kann. Man kann Profile spannender Kooperationspartner entwickeln. So wie bei der Wahl des Lebenspartners geht es auch hier um die Frage: Wer ist frei und hat Ressourcen, sich zu verknüpfen, und wessen Interessen könnten gut zu meinen passen? Dann schaffe ich gute Bedingungen und baue Vertrauen für eine Gesprächsbasis auf. Wir brauchen einen passenden Kontext, in dem wir gute Voraussetzungen schaffen, um eine Win-win-Situation herzustellen. Nur Forderungen zu stellen, bringt niemanden ans Ziel. Man muss schon klar wissen, was realistisch ist und wer auch mithelfen kann, Lösungen voranzubringen. Will man mit Personen erfolgreich netzwerken, so braucht

© KRISTIAN JUHASZ, FAS RESEARCH (2)



es das Wissen um ein paar zentrale Parameter. Dazu gehört etwa die Antwort auf die Frage, ob diese Person unter Veränderungsdruck steht, in welcher Phase des Karrierezyklus die Person steht und für welche Themen sie empfänglich ist.

Wer setzt das Wissen aus der Map um?

FAS Research liefert nur die Grundlagen, indem wir die richtigen Fragen stellen sowie Daten sammeln und auswerten. Wir zeigen ein Problem auf und machen Vorschläge, welche Stakeholder zu einer Lösung wichtig wären. Die Umsetzung erfolgt dann zum Beispiel über Lobbyingagenturen oder Initiativen wie den Verein PRAEVENIRE.

Woher kam für Sie der Impuls, diese Analysen zu machen?

Wir haben uns 1995 als Spin-off der Universität Wien gegründet. Der Vorstoß ins Silicon Valley von 2005 bis 2010 markierte den Beginn unserer internationalen Präsenz. Diese Erfahrung hat unseren globalen Blickwinkel und unsere Widerstandsfähigkeit gestärkt. Netzwerkanalysen sind aus vielen Wissenschaftsgebieten bekannt, wie der Medizin, der Biologie oder der Mathematik. Wir waren eine der Ersten, die sich mit diesen Analysen im Beratungskontext auseinandergesetzt haben, und machen das für viele Branchen. Mittlerweile haben sich die Rechnerleistungen verbessert und wir könnten aus vielen Daten schöpfen. Unser Vorteil ist, dass wir nur beobachten und aufzeigen, aber nie Teil des Netzwerkes sind. Wir zeichnen nur ein Lagebild. Strategische Entscheidungen treffen andere.

Es gibt einige Player im Gesundheitswesen, die hier gar nicht aufscheinen, wie kommt das?

Die Daten gehen bis 2021 zurück. Wer danach gegründet hat, wird hier nicht abgebildet.

Der vierte Platz im Netzwerkranking der Organisationen ist beachtlich, doch was kann PRAEVENIRE tun, um noch besser zu werden?

Es braucht eine Mission, ein gemeinsames Ziel. Ich bin überzeugt, dass es derzeit viele wichtige Themen gibt und man sollte in die gehen, wo aktuell die größten Herausforderungen liegen, die wichtigsten Schwachstellen im System angehen oder, anders gesagt, die

Je schwieriger und kontroverser ein Thema, umso wichtiger ist es, die Auseinandersetzung auf einer sachlichen Ebene zu führen.

Ein Platz auf den vorderen Rängen in der Netzwerkanalyse der heimischen Gesundheitsplayer ist ein deutlicher Indikator dafür, dass es PRAEVENIRE geschafft hat, mit wichtigen Anliegen bei den richtigen Entscheidungsträgern anzukommen.

größten „pain points“ bearbeiten. Natürlich wird es nicht immer gleich eine Lösung geben, aber schon eine Bewegung in eine positive Richtung hilft. Nach wie vor ist es die Politik der kleinen Schritte, die uns der Lösung näher bringen werden. Je klarer dieses Ziel formuliert ist, umso besser. Wichtig ist es auch, die Stakeholder an einen Tisch zu bringen und in diesem Setting ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu schaffen. Es geht nicht um das „Recht haben“, sondern um den gemeinsamen Anstoß zur Weiterentwicklung. Je größer die pain points, umso mehr muss die Beziehungsebene geschützt sein und die Auseinandersetzung auf der Sachebene erfolgen. Man muss einen Anfang machen, Personen vernetzen und mit jedem Netzwerktreffen kommt man der Lösung ein Stück näher. Auch die kleinen Erfolge müssen sichtbar und messbar sein. **P**



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

© FAS Research | Mapping Complex Landscapes | Ranking der Organisationen nach Netzwerkzentralität im Sinne der aggregierten Personenverbindungen.



Neuer Leiter von Österreichs One Health-Organisation

Priv.-Doz. Dr. Johannes Pleiner-Duxneuner hat mit April 2024 die fachliche Geschäftsführung der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) übernommen. PERISKOP sprach mit ihm über die Rolle und Aufgaben der AGES und WELCHE ZIELE UND HERAUSFORDERUNGEN ES ZU BEWÄLTIGEN GILT. | von Rainald Edel, MBA

Pleiner-Duxneuner ist Facharzt für Innere Medizin mit dem Zusatzfach klinische Pharmakologie und fachspezifischen Zusatzausbildungen wie dem Diplom für Clinical Research Management und Ernährungsmedizin. Er hat jahrelange Berufserfahrung im medizinischen Bereich und in der Industrie, zuletzt als Head of Innovation to Business bei der Roche Austria GmbH. Als kaufmännischer Direktor der AGES wurde Dr. Anton Reinl für weitere 5 Jahre bestätigt.

PERISKOP: Die AGES ist eine Gesellschaft im Eigentum der Republik Österreich. Welchen Auftrag hat sie und welchen Ansatz verfolgt sie dabei?

PLEINER-DUXNEUNER: Der One Health-Ansatz – also der Umstand, dass die Gesundheit von Menschen, Haus- und Wildtieren, Pflanzen und der Umwelt eng miteinander verbunden und voneinander abhängig ist – ist in der jüngeren Vergangenheit in den Fokus von Wissenschaft, aber auch der Gesellschaft gerückt. Für uns als AGES ist dieser Ansatz seit jeher Programm. Die Gesundheit von Mensch, Tier, Pflanze und Boden steht im Mittelpunkt unseres Tuns: Wir überwachen übertragbare und lebensmittelbedingte Erkrankungen und Tierseuchen, aber auch die Sicherheit von Lebensmitteln und die Qualität unseres Trinkwassers und natürlich auch die Sicherheit und Qualität von Arzneimitteln und Medizinprodukten.

Wie ist die AGES international verankert?
Im Arzneimittelbereich ist die AGES auf

nationaler Ebene ein verlässlicher Partner und genießt auf europäischer Ebene eine hohe Reputation. So war die Medizinmarktaufsicht maßgeblich in zentralen Zulassungsverfahren beteiligt. Österreich rangiert im absoluten europäischen Spitzenfeld – und das nicht nur bei den Zulassungsverfahren, sondern auch bei der wissenschaftlichen Beratung. Denn auch im so genannten Scientific Advice-Verfahren der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) wird unsere Expertise geschätzt. Das ist ein großer Erfolg für einen kleinen Mitgliedstaat und spricht für unsere Expertise. Im Medizinprodukte-Sektor arbeitet die AGES in mehreren europäischen Gremien an einer einheitlichen Auslegung der rechtlichen Rahmenbedingungen mit und ist für die Benennung und Überwachung von benannten Stellen in Österreich zuständig. Zu den Herausforderungen zählen vor allem die Überarbeitung der EU-Pharmagesetzgebung und diverse Digitalisierungs-Initiativen auf europäischer Ebene.

Unmittelbar zur Gesundheit gehört auch die Umwelt. Welche Aufgaben hat die AGES hier?

Wir sind auch stark in Umweltbelange eingebunden, zum Beispiel bei der Überwachung auf Radioaktivität und Badegewässern. Des Weiteren überwachen und kontrollieren wir Tabak- und verwandten Erzeugnisse. Im landwirtschaftlichen Bereich untersuchen, begutachten und bewerten wir Böden, Sorten, Saat- und Pflanzgut im Hinblick auf Risiken und Qualität. Nahrungspflanzen sind zunehmend von Schäden infolge von Trockenheit und Niederschlagsdefiziten betroffen: „Klima-

fitte“ Pflanzensorten sind für uns deshalb ein wichtiger Forschungsbereich. Nicht zuletzt leisten wir auch wichtige Beiträge für evidenzbasierte Ernährungsempfehlungen, denn Ernährungsdefizite, die während der Schwangerschaft und bis zum Ende des zweiten Lebensjahres erworben werden, lassen sich im späteren Leben nur sehr schwer wieder ausgleichen.

Große Veränderungen mit unmittelbarer Auswirkung auf die Umwelt und damit auch auf die Gesundheit hat der Klimawandel. Vor welche Herausforderungen stellt dieser die AGES?

Da wir ja für die Gesundheit von Mensch, Tier, Pflanze und Umwelt stehen, steht ganz klar der One Health-Gedanke im Vordergrund. Wie sehr die Gesundheit von Menschen, Tieren und der Umwelt voneinander abhängen, sieht man besonders an den Auswirkungen des Klimawandels. Einer unserer Schwerpunkte als AGES liegt daher auf der Anpassung an den Klimawandel. In diesem Bereich forschen wir schon seit längerer Zeit gemeinsam mit europäischen Partnerorganisationen, aber auch mit unseren Stakeholdern. So waren unsere Expertinnen und Experten beispielsweise an einem europäischen One Health-Projekt beteiligt, in dem die zehn derzeit relevantesten Zoonosen in Europa definiert wurden.

Das Risiko für die Ausbreitung neuer Zoonosen steigt mit der Zerstörung und Veränderung natürlicher Lebensräume durch den Menschen. Diese neuen Zoonosen stellen ein erhebliches Risiko für die öffentliche Gesundheit dar, da sie epidemisches Potenzial besitzen und kaum diagnostische und therapeutische Gegenmaßnahmen vorhanden sind. Sechs dieser Krankheiten weisen einen Klimabezug auf und kommen in Österreich schon vor oder können in Zukunft eine Bedrohung sein. Fünf dieser Erkrankungen werden auch durch Vektoren wie Stechmücken und Zecken übertragen: Krim-Kongo-Hämorrhagisches-Fieber, Lyme-Borreliose, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), West-Nil-Fieber und Q-Fieber.

Was sind die Schwerpunkte der AGES für das heurige Jahr?

Der Überwachung von Vektoren kommt daher besondere Bedeutung zu: Krankheitserreger wie das Dengue-Virus oder das Krim-Kongo-Virus haben Österreich zwar bisher noch nicht erreicht, ihre möglichen Überträger wie die Asiatische Tigermücke oder Hyalomma-Zecken haben wir in unseren Überwachungsprogrammen aber schon festgestellt. In einem heuer angelaufenen Forschungs-Projekt mehrerer EU-Staaten, das wir leiten, bauen wir eine One Health-Überwachung für neu auftretende Krankheitserreger und ihre Vek-

Ingrid Kiefer, Leiterin der AGES Risikokommunikation (li.) und Johannes Pleiner-Duxneuner, fachlicher Geschäftsführer der AGES informieren die Menschen in Österreich über gesundheitliche Risiken für Mensch, Tier und Pflanzen. Um alle Bevölkerungsgruppen bestmöglich zu erreichen, werden unterschiedliche Kanäle genutzt, um wichtige Informationen zielgruppengerecht zu verbreiten.



Johannes Pleiner-Duxneuner will die Arbeit der AGES der Bevölkerung besser vermitteln.

toren auf. Ziel ist der Aufbau einer nationalen Vektorendatenbank für eine gemeinsame Nutzung von Vektordaten. Dadurch sollen Einträge neuer Vektorarten und neuer Krankheitserreger nach Österreich früher erkannt und die geographische Ausbreitung von Vektoren und Erregern, die bereits im Land vorkommen, kontinuierlich überwacht werden. Dazu wird die sektorübergreifende Zusammenarbeit auf nationaler und grenzüberschreitender Ebene gestärkt und ein Koordinierungsmechanismus eingerichtet, um einen regelmäßigen Wissensaustausch, Berichte über Bedrohungen und eine gemeinsame Risikobewertung zu gewährleisten.

Neben invasive Arten stellt das geänderte Klima an sich eine Bedrohung für die Bevölkerung dar. Welche Aufgaben resultieren daraus für ihre Organisation?

Vermehrte Hitzetage und Hitzewellen haben auch ganz direkte Auswirkungen auf die Österreicherinnen und Österreicher. Hitze kann zu erhöhter Mortalität beitragen, zu mehr Notaufnahmen und Krankenhauseinweisungen, zu einer Zunahme von psychischen Problemen, ungünstige Schwangerschaftsverläufe und Geburtsergebnisse sowie höhere Kosten im Gesundheitswesen. Mit unserem Hitze-Mortalitätsmonitoring können wir die Auswirkungen schon recht gut darstellen. In diese Analysen fließen fallbasierte All-Ursachen-Sterbedaten und tägliche Messwerte der maximalen sowie der minimalen Lufttemperatur ein. Seit 2019 werden für die Temperatur tägliche Messwerte von 181 Messstationen im gesamten Bundesgebiet herangezogen. Woran wir laufend arbeiten, ist die Verbesserung des Modells, die es ermöglichen soll, Hitze-assoziierte Übersterblichkeit auch kleinräumig und relativ kurzfristig zu bestimmen. Ziel ist, mit diesen Informationen Behörden, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Kuranstalten, Kindergärten, mobile Pflegedienste, Ärztinnen und Ärzte oder Einsatzorganisationen zeitnah über einen erhöhten Versorgungsbedarf in Kenntnis zu setzen.

Wir müssen als AGES den Menschen jene Informationen zur Verfügung stellen, die sie direkt nutzen können.

Johannes Pleiner-Duxneuner

Welchen Einfluss haben die Tätigkeiten der AGES auf das Gesundheitswesen?

Ich bin überzeugt davon, dass unser Einfluss nicht zu unterschätzen ist: Die Daten, die wir aus unseren zahlreichen Überwachungsprogrammen und Analysen gewinnen, sind die Grundlage beispielsweise für epidemiologische Einschätzungen, für Risikobewertungen, aber auch Therapieansätzen im Fall von resistenten Erregern. Als Zentrum für lebensmittelbedingte Infektionskrankheiten spielen wir beispielsweise eine wesentliche Rolle bei der Abklärung von lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen. Hier verfügen wir über eine langjährige Expertise: Über unsere Datenbanken können wir die Ergebnisse der Untersuchungen aus Humanisolaten und Isolaten aus Lebensmitteln und Tieren vergleichen und sind so in der Lage, Häufungen von Erkrankungen schnell zu erkennen. In Zusammenarbeit mit den Lebensmittel- und Gesundheitsbehörden in Österreich, aber auch in Europa, sind wir sehr oft in der Lage, die Quelle des Ausbruchs zu eruieren und somit weitere Krankheitsfälle zu verhindern. Und mit unserem Produktwarnungssystem unterstützen wir die Risikokommunikation der Behörden und informieren 24/7 über Produktwarnungen und -rückrufe.

Die WHO warnte zuletzt immer eindringlicher, dass antibiotikaresistente Bakterien zugenommen haben. Im Vergleich zu anderen Ländern scheint die Situation in Österreich jedoch nicht so dramatisch. Kann man auf nationaler Ebene hier gegensteuern?

Antibiotikaresistenzen zählen zu den großen Herausforderungen, denen sich das Gesundheitswesen stellen muss. Am Nationalen Referenzlaboratorium für Antibiotikaresistenz der AGES kümmern wir uns um die Surveillance der Antibiotikaresistenz im Rahmen der Zoonosen-Überwachungsrichtlinie sowie um Antibiotikaresistenztestung bei Isolaten, die vom Menschen, vom Tier, aus Lebens- und Futtermitteln und aus der Umwelt stammen. Um den Zusammenhang zwischen Antibiotikaresistenzen und -einsatz besser verstehen zu können, sind Daten in guter Qualität unerlässlich. Die AGES erhebt daher seit Jahren die Antibiotika-Vertriebsmengen in der Veterinärmedizin und veröffentlicht die Ergebnisse auf ihrer Website. Mit dem „Animal Health Data Service“ (AHDS) wurde zudem eine neue Auswertungsplattform geschaffen, die unterschiedliche Datenbanken verknüpft und den jeweiligen Benutzergruppen zielgerichtete Auswertungen bereitstellt. Rinder-/schweinehaltende Landwirt*innen, Landwirte sowie hausapothekenführende Tierärztinnen und Tierärzte können bereits jetzt ihre Antibiotikauswertungen über das AHDS einsehen.

Der einfache Zugang zu diesen Auswertungen soll ein weiterer Beitrag zur Bewusstseinsbildung hinsichtlich des Antibiotikaeinsatzes darstellen. Dieses System könnte natürlich ein Vorbild für ein ähnliches System im Human-Bereich sein.

Wie sehen Sie die Rolle der AGES?

Wir als One Health-Agentur kümmern wir uns um die Gesundheit von Mensch, Tier, Pflanze und Umwelt. Hier verfügen wir über ausgezeichnete Expertise. Mir ist es sehr wichtig, dieses Wissen ständig zu erweitern, aber auch weiterzugeben. Die Rolle der AGES in der Risikokommunikation und -information wird weiter zunehmen. Hier liefert uns die Forschung zur Risikowahrnehmung auch die wesentliche Voraussetzung für zukünftige Kommunikationsmaßnahmen. Unsere Forschungsaktivitäten bringen Ergebnisse, die jetzt schon für viele Kunden direkte Anwendungsmöglichkeiten und Verbesserungen bringen. Diesen Bereich müssen wir weiter stärken, daher ist es auch unser Ziel, junge Forscherinnen und Forscher gezielt anzusprechen und ihnen die Möglichkeit zu bieten, bei uns neues Wissen zu generieren. Ich sehe die AGES auch als Wissensdrehscheibe, über die unterschiedlichste Stakeholder die für sie wichtigen Informationen über die unterschiedlichen Kanäle erhalten können. Dafür ist eine noch stärkere Vernetzung mit unseren Stakeholdern im Gesundheitswesen, aber auch mit den europäischen Partnerorganisationen und anderen Forschungseinrichtungen notwendig.

Die AGES wirkte in der Vergangenheit oft bürgerfern. Welche Arbeitsschwerpunkte haben Sie sich gesetzt, um das zu verändern?

Als Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit sind unsere wichtigsten Stakeholder alle Menschen, die in Österreich leben. Wir müssen daher als AGES noch mehr darauf achten, den Menschen jene Informationen zur Verfügung zu stellen, die sie direkt nutzen können. Die Rolle der AGES in der Kommunikation und Information wird weiter zunehmen und wir wollen hier in der nächsten Zeit auch einen Schwerpunkt setzen. Die Information soll leicht zugänglich und verständlich sein. Wir werden daher unsere Social media-Aktivitäten weiter ausbauen, um unterschiedliche Bevölkerungsgruppen zielgruppenorientiert zu erreichen. Unser Ziel dabei ist es, die oft komplexen Zusammenhänge einfach, aber fachlich korrekt darzustellen und den Menschen Handlungsempfehlungen zu geben. Kurze Videos eignen sich dafür sehr gut, um die wichtigsten Botschaften kurz und prägnant darzustellen, beispielsweise zur korrekten Einnahme von Antibiotika oder zur Vermeidung lebensmittelbedingter Erkrankungen. Auch Apps in denen Information abrufbar ist, können hier ein Weg sein. Beispiele sind unsere Badegewässer- oder unsere Produkt-Rückruf-App. Denn die besten Informationen helfen wenig, wenn sie in der Öffentlichkeit nicht wahrgenommen werden.



PERFORMANCE

Mehr Bewusstsein für Epilepsie schaffen

Was die **DIAGNOSE EPILEPSIE IM ALLTAG TATSÄCHLICH BEDEUTET** und mit welchen Herausforderungen Betroffene und ihre Angehörige konfrontiert sind, stand bei einem Empfang von Angelini Pharma im Palais Metternich, Sitz der italienischen Botschaft, im Mittelpunkt. | von Rainald Edel, MBA

Im Vorfeld des heurigen Welt-Epilepsie-Tages, den 26. März, lud Angelini Pharma unter dem Titel „Brain Health im Fokus“ zu einem Empfang ins Palais Metternich in Wien, Sitz der italienischen Botschaft. Präsentiert wurde dabei die aktuellste Patienten- und Angehörigenbefragung in Österreich. Diese zeigt, dass eine der häufigsten chronischen, neurologischen Erkrankungen, die Epilepsie, noch immer mit Mythen und Vorurteilen behaftet ist, die Betroffenen den Alltag erschweren. „Wir haben uns vorgenommen, im Bereich Epilepsie weit mehr zu leisten, als nur ein Medikament zur Verfügung zu stellen. Wir wollen unseren Beitrag leisten, damit Betroffene schnell zur besten Therapie kommen. Gleichzeitig wollen wir die Bedürfnisse von Menschen mit Epilepsie

Wir wollen die Bedürfnisse von Menschen mit Epilepsie sichtbar machen und damit einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität leisten.

Mirjana Mayerhofer

sie sichtbar machen und damit einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität leisten“, schilderte Mirjana Mayerhofer, Angelini Country Managerin für Österreich und Ungarn zur Eröffnung des Empfangs. Das Familienunternehmen mit Sitz in Rom, zählt zu den international führenden Herstellern sowohl auf dem Pharma- als auch im Selbstmedikationsmarkt. Angelini zeichnet sich durch seine besondere Kompetenz und Erfahrung in den Therapiegebieten psychische Gesundheit und Epilepsie aus, hob der italienische Botschafter, Giovanni Pugliese, in seiner Begrüßung hervor.

Neuronales Feuern im Gehirn

Epilepsie, eine Sammelbezeichnung für eine Funktionsstörung des Gehirns, gehört zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen. Die Inzidenz liegt bei 46 pro 100.000 Einwohner pro Jahr. Auf Österreich umgerechnet bedeutet das, dass bis zu 80.000 Menschen an Epilepsie leiden, und es jedes Jahr ca. 4.000 Neuerkrankungen gibt. Auch wenn Menschen aller Altersgruppen erkranken können, gibt es zwei ausgeprägte Peaks – zum einen ganz junge Menschen sowie Personen ab 70 Jahren. Grundsätzlich kann Epilepsie aber in allen Altersgruppen auftreten.



Valérie Thiele, Mirjana Mayerhofer, Giovanni Pugliese, Michael Feichtinger, Elisabeth Pless, Peter Pless

Epileptische Anfälle und Epilepsien kommen in allen Ethnien, Kulturen und sozialen Schichten gleich häufig vor. Viele prominente Persönlichkeiten wie z. B. Sokrates, Julius Cäsar, Jeanne d'Arc, Napoleon, Charles Dickens, Fjodor Dostojewski, Vincent van Gogh oder Alfred Nobel, litten an Epilepsie. Die möglichen Ursachen reichen von genetischen Veranlagungen über Stoffwechselerkrankungen, erworbene strukturelle Veränderungen, angeborene Gehirnfehlbildungen bis hin zu den Folgen von Entzündungen des Zentralnervensystems. Ein epileptischer Anfall ist ein isoliertes klinisches Ereignis und wird durch abnormales neuronales Feuern im Gehirn verursacht. Wie sich Anfälle klinisch äußern, hängt vom Anfallstyp und den betroffenen Bereichen ab bzw. welche Funktion die betroffenen Nervenzellen normalerweise ausüben.

Selbstbestimmtes Leben ermöglichen

Ziel der Therapie ist Anfallsfreiheit bzw. eine bestmögliche Anfallskontrolle. Damit soll den Patientinnen und Patienten eine hohe Lebensqualität ermöglicht werden. In der Regel ist eine dauerhafte Therapie notwendig. Dank der modernen Medikamente sind in Österreich von zehn Betroffenen sechs bis sieben anfallsfrei eingestellt. Trotz der Fortschritte in den Medikamenten greifen bei knapp einem Drittel der betroffenen die derzeitigen Therapien nur unzureichend. „An Epilepsie zu erkranken bedeutet, meist lebenslang anfallssupprimierende Medikamente einnehmen zu müssen. Die Unsicherheit, ob die Behandlung wirkt, mögliche Nebenwirkungen und das gehäufte Auftreten anderer Erkrankungen, führen zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität“, erklärte der Neurologe Prim. Priv.-Doz. Dr. Michael Feichtinger, Leiter der Abteilung für Neurologie am LKH Hochsteiermark in Bruck an der Mur, in seinem Vortrag. Aber auch die unmittelbare Umgebung (Eltern, Betreuer etc.) sind durch die Erkrankung wesentlich mitbetroffen. Durch das wiederholte Auftreten von Anfällen kommt es, so Feichtinger, zu häufigen Krankenhausaufenthalten, erhöhten Therapiekosten und letztendlich auch zu einer erheblichen Belastung der Strukturen des Gesundheitssystems. Therapeutisches Ziel ist, dass Betroffene ein selbstbestimmtes Leben mit möglichst wenigen Einschränkungen führen können. Deshalb ist bei der Behandlung und Beratung von Menschen mit Epilepsie nicht nur die Anfallskontrolle relevant, sondern es muss auch die Krankheitsverarbeitung berücksichtigt werden sowie epilepsiespezifisches Wissen vermittelt werden, um Unfälle und Todesfälle zu verhindern, einschließlich eines SUDEP („sudden unexpected death in epilepsy“), also der „plötzliche unerwartete Tod bei Epilepsie“. Feichtinger appelliert an die Betroffenen, nicht aufzugeben, wenn eine Therapie die Anfälle nicht ausreichend kontrolliert, und mit Expertinnen, z.B. von Epilepsieambulanz, in Kontakt zu treten, um alle möglichen Therapieoptionen auszuschöpfen.

Erkrankung mit weitreichenden gesellschaftlichen Auswirkungen

„Meist haben Betroffene und deren Angehörige mehr Probleme mit der sozialen Ausgrenzung als mit der Krankheit selbst“, fasste Mag. Elisabeth Pless, Geschäftsführerin des Instituts für Epilepsie, ihre Erfahrungen aus zahlreichen Beratungsgesprächen zusammen. Auch heute noch prägen Mythen und Klischees das Bild von Epilepsie. „Unwissenheit und Angst vor den Anfällen verhindern die Inklusion in die Gesellschaft von Kindergarten, Schule, Arbeitsmarkt und Freizeitaktivitäten“, so Pless. Studien würden zeigen, dass Epilepsie-Sensibilisierung und Aufklärung in Kombination mit Unterstützungsprogrammen wie „LEA-Leben mit Epilepsie in der Arbeitswelt“ oder „Eiz-Epilepsie im Zentrum“ notwendig sind, um die Lebensqualität von Menschen mit Epilepsie nachhaltig zu verbessern.

Therapeutisches Ziel ist, dass Betroffene ein selbstbestimmtes Leben mit möglichst wenigen Einschränkungen führen können.

Michael Feichtinger

Seit 23 Jahren begleitet Mag. Valérie Thiele, Vizepräsidentin des Epilepsie Dachverbandes Österreich ihren Sohn als „Co-Epileptikerin“. „Es ist zuerst ein langer steiniger Weg bis zur richtigen Diagnose. Parallel wird ein Kampf auf mehreren Fronten geführt, die unermüdete Suche nach der richtigen Therapie und die soziale Ausgrenzung“, schilderte sie. Obwohl jeder zehnte Mensch im Laufe seines Lebens einen Anfall erleiden kann, sei das Wissen um Epilepsie in der Gesellschaft sehr gering, so Thiele. Nach wie vor gäbe es viele Betroffene die nach wie vor keine Diagnose haben und damit auch keinen Zugang zu Therapie, so Thiele. Epilepsie kann mit erheblichen sozioökonomischen und psychosozialen Auswirkungen in verschiedenen Lebensbereichen (Schule, Beruf, Mobilität, Familie etc.) und mit anfallsbezogenen Gefährdungen und Risiken in Freizeit (z.B. Ertrinken) und Beruf (z.B. Verletzungen) verbunden sein, schilderte sie anhand von Beispielen und Lebensstationen ihres Sohnes. Dr. Peter Pless, Schriftführer-Stellvertreter der Epilepsie Interessensgemeinschaft Österreich, der selbst an Epilepsie erkrankt ist, sprach das Problem an, dass bestimmten Gruppen nach wie vor ihre Meinungen über Erkrankte aufrechterhalten und notwendige Kompetenzen im Umgang mit diesen nicht erwerben wollen. Hier bestehe noch ein großes Aufgabenfeld in der Aufklärung.

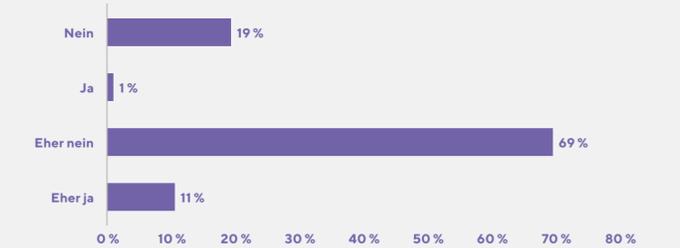
Patientenbefragung und Forderungen

Im Auftrag von Angelini Pharma führte das Marktforschungsinstitut Spectra von Juni 2023 bis Jänner 2024 eine Patientenbefragung durch. Ziel war es, mit detaillierten Fragen, tiefere Einblicke in das Leben mit der Erkrankung sowohl auf der medizinischen als auch auf der sozialen Seite zu gewinnen. Mitberücksichtigt wurden außerdem die Auswirkungen auf die betreuenden Personen und Angehörigen. „Insgesamt beteiligten sich 63 Betroffene an der Umfrage, darunter 28 Patientinnen und Patienten sowie 35 Angehörige“, erläuterte Mayerhofer. Die Umfrage richtete sich vor allem an Patientinnen und Patienten, die trotz zumindest zwei vorangegangener Therapieversuche mit anfallssupprimierenden Medikamenten immer noch unkontrollierte Anfälle haben. Einige der wichtigsten Ergebnisse der Befragung:

Anfang 2024 wurden für den „PRAEVENIRE Expert-Report 2“ zum Thema „Brain Health“ in Österreich (Abb. rechts) 120 Gesundheitsexpertinnen und Gesundheitsexperten um ihre Einschätzung gebeten.

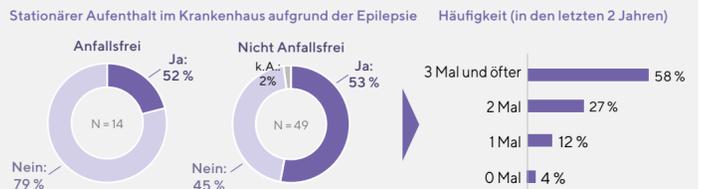
Tiefere Einblicke in das Leben von Erkrankten und ihren Angehörigen, sowohl auf der medizinischen als auch auf der sozialen Seite gibt die im Auftrag von Angelini Pharma vom Marktforschungsinstitut Spectra durchgeführte Patientenbefragung.

Gibt es in Österreich ausreichend Ressourcen für das Thema Brain Health – Hirngesundheit?



PRAEVENIRE Expert Report_Brain Health; Onlineumfrage vom 19.01. – 27.02.2024; 120 Antworten

Nutzung des Gesundheitssystems und Verletzungsrisiko



Angelini Pharma, Spectra Marktforschung

Meist haben Betroffene und deren Angehörige mehr Probleme mit der sozialen Ausgrenzung als mit der Krankheit selbst.

Elisabeth Pless

- Die Diagnose Epilepsie erhielten ungefähr 40 Prozent der Betroffenen innerhalb eines Monats nach dem ersten Anfall. Zwölf Prozent erhielten die Diagnose erst nach mehr als sechs Monaten nach dem ersten Anfall.
- Bei etwa 80 Prozent treten regelmäßig epileptische Anfälle auf, bei 27 Prozent sogar wöchentlich oder täglich.
- Oberstes Ziel ist für die Betroffenen die Anfallsfreiheit: Drei Viertel der Betroffenen wünschen sich von ihrer Therapie an erster Stelle Anfallsfreiheit.
- 68 Prozent der Betroffenen haben sich bei einem Anfall schon einmal verletzt
- Zwei Drittel fühlen sich von ihrer Ärztin, ihrem Arzt ausreichend informiert. Ein Drittel der Betroffenen wünscht sich eine intensivere Aufklärung.
- Rund 40 Prozent der Betroffenen sind mit der aktuellen Therapie wenig oder gar nicht zufrieden. 60 Prozent davon gaben an, nicht über alternative Therapieoptionen aufgeklärt worden zu sein. Daraus ergibt sich, dass bei Epilepsie-Patientinnen und Patienten ein Informationsbedarf besteht und der Wunsch nach Aufklärung bzw. Information gegeben ist.
- Jede zweite Patientin, jeder zweite Patient

ist in der Mobilität stark eingeschränkt und empfindet dies als stark belastend. • 65 Prozent berichten von zumindest teilweisen beruflichen Einschränkungen. • Knapp die Hälfte der Angehörigen gab an, sich große bis sehr große Sorgen vor dem nächsten Anfall zu machen.

Die Ergebnisse der Spectra-Studie decken sich auch mit den Erkenntnissen, die das PRAEVENIRE Gesundheitsforum im Rahmen einer Umfrage für den „PRAEVENIRE Expert-Report 2“ zum Thema „Brain Health“ in Österreich Anfang 2024 unter 120 Gesundheitsexpertinnen und Gesundheitsexperten erhoben hat. Die Mehrheit der Expertinnen und Experten, 80 Prozent, beurteilen den allgemeinen Zustand bzw. das Wissen und das Bewusstsein der österreichischen Bevölkerung als schlecht. Fast 90 Prozent der Befragten machen den Mangel an Ressourcen für das Thema Hirngesundheit dafür verantwortlich. Während sich grundsätzlich viel im Bereich der Entstigmatisierung psychischer und neurologischer Erkrankungen, wie Burnout oder Depression tut, wird die Situation bei Epilepsie von den Teilnehmenden wie vor unverändert wahrgenommen. Im Rahmen der Umfrage wurden mögliche Maßnahmen erfragt, sowie welche davon ergriffen werden sollten, um Brain Health in der Gesellschaft zu verbessern. Die Vorschläge reichten von mehr Aufklärung und Sensibilisierung, Aufnahme des Themas „Brain Health“ in die Gesundheitsvorsorge, Förderung von Früherkennung und Programmen zu Brain Health am Arbeitsplatz, bis zur Reduzierung von Stigmatisierung und Diskriminierung. P



© KRISTIAN JUHASZ

Zusammen stärker: Wege und Visionen der Selbsthilfe

Bei dieser Fachtagung des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich (BVSHOE) **KAMEN ERSTMALS ZAHLREICHE VERTRETERINNEN UND VERTRETER DER SELBSTHILFE- UND PATIENTENORGANISATIONEN** in dieser Breite zum „gemeinsamen Miteinander“, sowie der Selbsthilfe-Landesdachverbände bzw. -Unterstützungsstellen aus den Bundesländern, Entscheidungsträgerinnen und -träger im österreichischen Gesundheits- Sozialsystem sowie Stakeholder zusammen und schuf auch eine engere Verbindung mit Entscheidungsträgern im österreichischen Gesundheitswesen. | von Rainald Edel, MBA

Seit sechs Jahren gibt es mit dem Bundesverband der Selbsthilfe Österreich eine Dachorganisation der bundesweit tätigen, themenbezogenen Selbsthilfe- und Patientenorganisationen Österreichs. Ziel ist es die Rolle der Patientinnen und Patienten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in der Gesellschaft stärken, indem sie die Anliegen der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen auf Bundesebene vorantreiben, unterstützen und vertreten. Mit der ersten Fachtagung wurde nun der Startpunkt für eine zukünftige, strukturierte Weiterentwicklung der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen in Österreich und deren demokratisch gewählten Patientenvertreterinnen und -vertretern im Gesundheits- und Sozialsystem gesetzt. Die über 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Veranstaltung zeigten vom hohen Interesse die Partizipation im Gesundheitssystem weiterentwickeln zu wollen. Es gab von allen Seiten das klare Bekenntnis zur Intensivierung des Informationsaustausches und der engagierten Zusammenarbeit. Die breite Unterstützung der langjährigen Forderungen nach einer gesetzlichen Verankerung der Selbsthilfe in Österreich in Form eines Beteiligungsgesetzes und einer gesicherten Basis- und Projektfinanzierung für die Selbsthilfe in Österreich, begründet sich darin, dass die Arbeit der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen ein wesentlicher und anerkannter Teil des Gesundheits- und Sozialsystems in der gesamten EU ist.

Gesundheitspolitik will Selbsthilfe weiter stärken und ausbauen
„Mir und meinem Ressort ist die Beteiligung von Patientinnen und Patienten an Entsch-

cheidungsprozessen und die Mitgestaltung am Gesundheits- und Sozialwesen ein großes Anliegen“, erklärte der Gesundheitsminister Johannes Rauch in seinem Videostatement. Es sei wichtig, dass Betroffenenvertreter in vielen Beratungsgremien des Gesundheitsministeriums bereits eingebunden sind. „Als Gesundheitsminister werde ich mich weiter um einen Ausbau der bundesweiten Patientenbeteiligung einsetzen“, betonte Rauch und bedankte sich für den intensiven ehrenamtlichen Einsatz für die Anliegen der Patientinnen und Patienten.
„Selbsthilfe- und Patientenorganisationen können etwas leisten, was professionelle Organisationen nicht können. Sie können aus der Situation der Betroffenen mit anderen Betroffenen heraus ihre Erfahrungen austauschen und Halt geben. Selbsthilfegruppen sind daher ein wesentlicher und vor allem unverzichtbarer Bestandteil des österreichischen Gesundheitssystems“, erklärte Mag. Jan Pazourek, Büroleiter des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger. Eine weitere Funktion ist für den Dachverband wichtig: Selbsthilfe- und Patientenorganisationen können die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen transportieren sowie Kritik äußern. „Ohne diesen Spiegel können wir als Sozialversicherung nicht wachsen und messen“, betonte Pazourek. Das sei ein wesentliches Element, um die Bedürfnisse der Betroffenen besser zu unterstützen. „Es ist für uns als Sozialversicherung daher selbstverständlich, dass wir Mittel zur Verfügung stellen, damit die Selbsthilfe- und Patientenorganisationen auf allen Ebenen ihre Tätigkeiten gut nachkommen können. Wir werden auch in Zukunft einen wesentlichen finanziellen Beitrag dazu leisten“, kündigte Pazourek an.



Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer diskutieren Wege und Visionen der Selbsthilfe in Österreich.

„Die Selbsthilfe ist mir ein großes Anliegen und ist unverzichtbar. Für mich war es immer wichtig, die Selbsthilfe nah an der Versorgung zu haben“, erklärte Andreas Huss, MBA, Obmann-Stellvertreter der ÖGK. So hat die Selbsthilfe Salzburg ihr Büro auch im Gebäude der ÖGK in Salzburg, da das Service der ÖGK und der Selbsthilfe für Huss untrennbar miteinander verbunden sind und so auch Synergien genutzt werden können. So könne man beispielsweise Personen, die wegen einer Erkrankung beim pflegeärztlichen Dienst der ÖGK waren, gleich mit der Selbsthilfe in Kontakt zu bringen, damit sie dort die Vernetzung bekommen, die ihnen weiterhilft. „Das Beispiel zeigt, dass Selbsthilfe ein unverzichtbarer Bestandteil einer guten Versorgung ist“, so Huss.
„Ich würde mir wünschen, dass in fünf Jahren alle Österreicherinnen und Österreicher wissen was die Aufgabe und der Nutzen der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen ist“, erklärte Angelika Widhalm, die Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich. Denn erst wenn Menschen selbst betroffen sind, finden sie, wenn auch oftmals sehr späte, den Weg zu einer für ihren Fall passenden Organisation. Wichtig, um das zu ändern sei, eine gute Vernetzung zu schaffen und eine kollektive Patientenbeteiligung im Gesundheits- und Sozialversicherungsbereich aufzubauen sowie die Anliegen und die Bedeutung im öffentlichen Bewusstsein zu stärken, führt Waltraud Duven, die Vizepräsidentin aus.

Impulse aus den Ländern
Die Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfeunterstützung in den Bundesländern, Karl Felsberger von der Selbsthilfe Kärnten, Dipl.-KH-BW Ronald Söllner vom Dachverband NÖ Selbsthilfe, Volker Hartl von der Selbsthilfe Oberösterreich, Mag. (FH) Ingrid Winkler von der Selbsthilfe Tirol) sowie Mag. (FH) Heidrun Rader von der Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien hielten inspirie-

Präsidentin Angelika Widhalm (links) und Vizepräsidentin Waltraud Duven bitten zum „gemeinsamen Miteinander“.



rende Impuls-Key-Notes zu folgenden drei Fragen: Wie gestaltet sich Ihre Zusammenarbeit mit Ihrer Landesregierung? Was sind ihre drei wichtigsten Argumente für Patientenbeteiligung im Gesundheits- und Sozialwesen? Welche drei wichtigen Ziele möchten sie im Jahr 2024 noch erreichen und umsetzen? In Niederösterreich soll die Selbsthilfefreundlichkeit weiter ausgebaut und die Positionierung der Selbsthilfe weiter ausgebaut werden. Für die zu leistenden Aufgaben seien die Budgetmittel eher knapp bemessen, merkte man aus Oberösterreich an. Mit dem Projekt selbsthilfefreundlicher Betrieb, möchte man das Thema der Selbsthilfe auch jenen Personen näherbringen, die nicht unmittelbar betroffen sind. Für Tirol ist die verbindliche Beteiligungsstruktur sowie die gesetzliche Verankerung wichtige Anliegen, die es gilt, rasch zu erreichen. In Wien ist die Selbsthilfe organisatorisch in die Wiener Gesundheitsförderung – WiG eingebunden, die mit ihren Angeboten zur Selbsthilfe und Beratung einen wichtigen Beitrag zur Förderung der psychosozialen Gesundheit der Wiener Bevölkerung leistet. Zentrale Anlaufstellen ist dabei die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien. Die WiG fördert Angebote der Selbsthilfe und Beratung, die von den jeweilig fachlichen Selbsthilfevereinigungen durchgeführt werden.

Zukunftsvisionen der Selbsthilfeorganisationen in Österreich
Insbesondere die Workshops zum Thema „Zusammen stärker: Wege und Visionen der Selbsthilfe in Österreich“, konzentrierten

Speakerinnen und Speaker sowie Workshopleiterinnen und -leiter der 1. Fachtagung des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich (BVSHOE).



sich konkret auf folgende zukunftsweisende Fragestellungen: Zusammen stärker: Wie lauten unsere gemeinsamen Argumente für Patientenbeteiligung? Wege: Was wollen und brauchen wir alle im Bereich Selbsthilfe in Österreich? Visionen: Welche gemeinsamen Visionen haben wir für die Selbsthilfe in Österreich im Jahr 2030? Auf der durch die Teilnehmenden gestalteten „Visionenwand“ spiegelte sich die tatkräftige Unterstützung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in zahlreichen Visionen, Wünschen, Kerngedanken, Zukunftsvorstellungen, Einblicken und Bedürfnissen wider. Diese wurde von Mag. (FH) Sabine Röhrenbacher, Geschäftsführerin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich

(BVSHOE) und dem Moderator der Fachtagung, Mag. Tarek Leitner, präsentiert. So fand sich an der Visionenwand unter anderem die Forderung, dass es in Zukunft „cool sein“ sollte, bei einer Selbsthilfegruppe dabei zu sein. Auch müsse Selbsthilfe künftig weiter professionalisiert und ausreichend finanziert sein. Mitverantwortung und Mitbestimmung gehen Hand in Hand, daher müsse das System gemeinsam gestaltet werden. Umso wichtiger sei dadurch die demokratische Einbindung der Betroffenen im Gesundheitssystem. Schlussresümee der Beteiligten war, dass der intensive Austausch weiter fortgesetzt werden soll und weitere Treffen wie bei der Fachtagung folgen sollen. P



Medizin trifft Kultur

KINDERN KINDGERECHT EINE SELTENE ERKRANKUNG NÄHER ZU BRINGEN und was das für eine Familie bedeutet und wie wichtig diese ist, ist nicht einfach. Ein innovativer Zugang zu diesem Thema ist nun in Österreich in Form einer poetischen Märchenoper über dieses Thema entstanden. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Prof. Dr. Clemens Hellsberg von den Wiener Philharmonikern, Ferry Janoska, unter anderem Komponist von Tacamino, und Univ.-Prof. Dr. Daniela Karall von der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde an der Medizinischen Universität Innsbruck arbeiten gemeinsam an einer poetischen Märchenoper. „Teddy Schwarzohr“ erzählt die Geschichte einer Familie mit einem Kind, das eine seltene Erkrankung hat. So wie immer im Märchen verschmelzen Fantasie und Wirklichkeit, Teddy Schwarzohr bekommt eine völlig neue Bedeutung. Die Familie droht durch die Belastung zu zerreißen, aber das einfühlsame Wesen von Wendy führt im Epilog die Familie wieder zusammen.

Neue Therapien entwickeln
Kinder mit seltenen Erkrankungen stehen häufig in vielerlei Hinsicht im Schatten der Medizin, aber auch der Gesellschaft: Lange Leidenswege, Fehldiagnosen und die eigene Ohnmacht gegenüber der Erkrankung bestimmen ihr Leben. Nur durch verstärkte Forschungsanstrengungen und internationale Zusammenarbeit lässt sich dieses Schicksal wenden. Die Care-for-Rare Foundation hilft über Ländergrenzen hinweg, um Kindern mit seltenen Erkrankungen Hoffnung auf Hei-

lung zu geben. Dank moderner genetischer Forschung an seltenen Erkrankungen sollen Einsichten in allgemeine biologische Prinzipien gewonnen werden. Dieses Wissen dient nicht nur Patienten mit seltenen Erkrankungen, sondern eröffnet auch neue Zugänge zum Verständnis der Grundlagen häufiger Erkrankungen sowie zur Entwicklung neuer Therapien im Sinne einer personalisierten Medizin.

Kinder brauchen Aufmerksamkeit
Chronisch kranke Kinder benötigen mehr Aufmerksamkeit – von der Familie, ihrem Umfeld, aber vor allem auch von der Gesellschaft, Politik und Pharmaindustrie. Nur dann besteht die Chance, dass Kinder mit seltenen Erkrankungen schneller Zugang zu einer modernen genetischen Diagnostik und zu innovativen Therapieverfahren erhalten. Die Botschaft, dass die Familie ein wichtiger Teil der Therapie ist, wird in Teddy Schwarzohr musikalisch vermittelt, als große Märchenoper, die aus der Fülle der Klangfarben eines Orchesters schöpft und die unglaubliche Fähigkeit der Musik, Emotionen zu zeigen und Sprache ohne Worte zu vermitteln, belegt. Wendy wird von einer „Meistersängerin“ dargestellt, die sowohl die filigrane Stimme der kranken Wendy als auch die helle Sopranstimme von Teddy Schwarzohr beherrscht. Aktuell

werden noch Sponsoren gesucht, die dieses richtungsweisende Stück für die Medizin, die Kunst, aber vor allem für die betroffenen Familien Wirklichkeit werden lassen. P

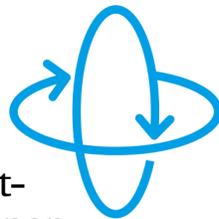


Kontakt: Univ.-Prof. Dr. Daniela Karall
E-Mail: daniela.karall@i-med.ac.at oder daniela.skladal@i-med.ac.at



360° Blick

Leben mit einer Seltenen Erkrankung



Wirksame und unabhängige Selbsthilfe- und Patientinnenorganisationen benötigen adäquate öffentliche Förderungen

Selbsthilfe- und Patientinnenorganisationen übernehmen wesentliche Aufgaben im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem, die sonst nicht abgedeckt werden. Bei seltenen Erkrankungen ist die Unterstützung der Betroffenen und Angehörigen sowie der nationale und internationale Austausch besonders wichtig. Obwohl der Wert der Leistungen unbestritten ist, fehlen adäquate öffentliche Förderung und Wertschätzung.

Patientinnen- und Selbsthilfeorganisationen (PO/SHO) und deren Dachverbände (DV) werden von Patientinnen und Patienten oder Angehörigen gegründet und ehrenamtlich geführt; diese haben meist jahrelange Erfahrung als Betroffene oder Angehörige und damit die Expertise für die Erkrankung. Um die vielfältigen Aufgaben qualitativ und durchgängig zu erfüllen, benötigen die in der Regel gemeinnützigen, nicht gewinnorientierten Vereine neben den tausenden ehrenamtlich geleisteten Stunden weitere Ressourcen, v. a. IT, Räumlichkeiten und ab einer bestimmten Größe auch ein angestelltes Team.

äußerst unzureichende Möglichkeiten der Basis- und Projektfinanzierung für die Selbsthilfe. Dies wurde durch eine unabhängige Evaluierung im Jahr 2020 ebenso wie der Fakt dargestellt, dass wichtige Akteurinnen und Akteure von einer Förderung gänzlich ausgeschlossen sind (beispielsweise Pro Rare Austria). Basisfinanzierung erhalten nur der Bundesverband Selbsthilfe Österreich (BVSHOE) und die Österr. Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (ÖKUSS). Darüber hinaus gibt es für bundesweite themenbezogene Organisationen bei Erfüllung bestimmter Kriterien die Möglichkeit, Projektförderungen bis 15.000 EUR pro Jahr zu bekommen; und ebenso eine Regionalförderung. Änderungen und Indexanpassungen fanden trotz der



Mag. Elisabeth Weigand, MBA
Geschäftsführung Pro Rare Austria

Das österreichische Fördermodell mit derzeit rund einer Million Euro*) bietet im internationalen Vergleich

Ergebnisse der Evaluierung, zahlreicher Vorsprachen und Lösungsvorschläge nicht statt. Angesuchte Förderungen und zu verteilende Mittel stehen mittlerweile in deutlich unausgewogenem Verhältnis. Projektbezogen gibt es eingeschränkte Möglichkeiten für Jahresförderungen durch das BMSGPK. International unterstützen vielfach wohltätige Stiftungen gemeinnützige PO/SHO, nicht so in Österreich bzw. in einem nur sehr eingeschränkten intransparenten Rahmen. PO/SHO im Zusammenhang mit der teils zusätzlichen Industrie-Finanzierung anzugreifen, ohne Alternativen und Lösungen anzubieten, zielt nicht auf das eigentliche Problem.

PO/SHO tragen wesentlich zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei und Pro Rare Austria fordert gemeinsam mit dem BVSHOE seit Jahren eine gesicherte **Basis- und Projektfinanzierung** für PO/SHO und DV auf Bundesebene ebenso wie eine **gesetzlich verankerte formalisierte Beteiligung** von Betroffenen in sozial- und gesundheitspolitischen Gremien. Obwohl die Stärkung der Selbsthilfe im Regierungsprogramm steht, gab es keine Verbesserungen. Klar ist, dass eine unveränderte Fortsetzung der Aktivitäten vieler PO/SHO und auch von Pro Rare Austria ohne adäquate Basis- und Projektförderungen bei inflationsbedingt steigenden Kosten nicht möglich sein wird.

Die benötigten Mittel sind im Gesundheits- und Sozialbudget vergleichsweise gering, der Wert und Nutzen wären ein Vielfaches. Angesichts mangelnder Umsetzung fragt man sich: Will man keine starken und transparent agierenden PO/SHO in Österreich? Aber genau die braucht es, um wirklich die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. **P**

*) Aktuelles Fördermodell aus 2018:



Rezeptblock | Folge 5

Prävention ist kein Heilsbringer

Geht es um die Zukunft der Gesundheitsversorgung, redet jeder von Prävention und Health Literacy.



Die Lösung ist dann meist Gesundheitserziehung, eine gesunde Jause und Bewegung in der Schule, da Kinder von heute Erwachsenen von Morgen sind, die gesund altern und das Gesundheitssystem entlasten sollen. Aber auch die allgemeine Vorsorgeuntersuchung sei wichtig, denn früh erkannte Krankheiten sind besser zu behandeln. Auch das würde viel sparen. Angeblich sechs Euro pro in Vorsorge investiertem Euro. Es ist immer wieder erstaunlich, welche Wirkung der Prävention zugeacht wird. Leider ist das alles eher Populismus, und wenn es um die Einforderung der Eigenverantwortung geht, mit Hang zur Demagogie. Wissenschaftlich ist daran bestenfalls sehr wenig. Dort gilt seit langem das „Polypen-Rätsel“ und das „Inverse Care Law“. Ersteres beschreibt den Zusammenhang zwischen unwirksamen Präventionsmaßnahmen, wenn es kein stabiles Krankheitsmodell

gibt, zweiteres das Problem, dass vor allem jene Prävention in Anspruch nehmen, die am wenigsten davon profitieren. Für das Polypen-Rätsel gibt es das Beispiel Schilddrüsenkrebs. Der wird durch verbesserte diagnostische Maßnahmen immer „früher“ entdeckt. Doch trotz seines nahezu epidemischen Auftretens, bleibt die Mortalität unverändert. Durch „Vorsorgeuntersuchungen“ finden wir also sehr viele Krebse, ohne dass sich die Zahl der daran gestorbenen ändert – wir überdiagnostizieren und übertherapieren. Populistisch könnte man diese Zahlen aber auch so interpretieren, dass sich die Überlebenswahrscheinlichkeit vervielfacht hat. Und all jene, die eine Schilddrüsen-OP wegen „Krebs“ hatten, und nicht daran starben, sind davon auch fest davon überzeugt. Alleine es stimmt nicht. Früherkennung ist mit Vorsicht zu betrachten. Und weil es eben nur für wenige Krankheiten so stabile Verlaufsmodelle gibt, dass eine frühe Diagnose wirklich was bringt, gibt es nirgends mehr allgemeine Vorsorgeuntersuchun-



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

gen. Solche Untersuchungen sind nur dort sinnvoll, wo es um spezifische Krankheiten bei spezifischen Bevölkerungsgruppen (Risikogruppen) geht. Und selbst dann gibt es ein Problem, nämlich das Inverse Care Law. Sinnvolle Präventionsprogramme müssen das Ziel haben 100 Prozent der adressierten Bevölkerungsgruppe zu erreichen. Denn die ersten 50 Prozent werden gar nicht davon profitieren. Die achten von selbst so gut auf die eigene Gesundheit, dass jedes Programm defacto unnötig ist. Für die nächsten 25 Prozent besteht eine 50/50 Chance, dass das Programm was bewirkt. So richtig wirksam, ist es erst bei dem letzten Viertel. Das sind jene mit schlechter Health Literacy, niedriger Compliance und noch niedrigerer Adherence – Eigenverantwortung einzufordern mag zwar gut klingen, wird aber diese nicht erreichen. Gleichzeitig sind es aber nur die, wo dann das oben besprochene Potential von 6 Euro Behandlungskostenersparnis liegen könnten. Aber nähmen wir an, alle Probleme seien gelöst, welche Prävention ist den eigentlich wichtig? Sind es wirklich Kinder, denen wir Vorschriften machen sollten? Nein, denn die sind in der aktuellen demographischen Situation völlig nebensächlich. Für die nächsten 30 Jahre sind es die Babyboomer, die unsere Gesundheitssystem überlasten werden. Wenn schon jemand mit gesetzlichen Pflichten zur besseren Lebensführung gezwungen werden müsste, dann die vor 1965 geborenen. Dort ist Übergewicht üblich, Alkohol- und Nikotin-Konsum hoch, Health Literacy niedrig und chronische Erkrankungen, deren Verlauf beeinflusst werden könnte, weit verbreitet. Unangenehmerweise sind es aber auch die meisten Wähler. Denen Vorschriften und Pflichten aufzulegen ist politisch unklug. Und so liegt der Fokus auf Kindern, die gesund altern sollen. **P**

© RENEDEL WISSER, PRIVAT

© DANIEL AUER



Gute Lebensqualität bei fortgeschrittenem Parkinson

RUND 20.000 MENSCHEN IN ÖSTERREICH LEIDEN AN PARKINSON. PERISKOP sprach mit dem Leiter der Parkinsonambulanz an der Klinischen Abteilung für Neurologie des Universitätsklinikums Tulln, Priv. Doz. Dr. Thomas Foki, über die aktuellen Therapiemöglichkeiten und die Lebensqualität bei der Diagnose Morbus Parkinson. | von Rainald Edel, MBA

Noch während seiner Ausbildungszeit wurde bei Thomas Foki das Interesse für Parkinson geweckt. Eine Leidenschaft die ihn seit 17 Jahren nicht mehr losgelassen hat.

Thomas Foki ist Leiter der Parkinson Ambulanz an der Klinischen Abteilung für Neurologie des Universitätsklinikums Tulln.



PERISKOP: Wie wirkt sich die Erkrankung auf die Betroffenen aus?

FOKI: Parkinson wird durch den langsam fortschreitenden Verlust von Dopamin produzierenden Nervenzellen im Gehirn ausgelöst. Nach Alzheimer ist sie die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung der Welt. Die erste Abhandlung über das Krankheitsbild stammt von James Parkinson, der vor über 200 Jahren vor allem deren motorische Symptome beschrieben hat. Die charakteristischen Symptome sind Bewegungsarmut bzw. Bewegungsverlangsamung, Muskelstarre und Steifigkeit, Haltungsinstabilität sowie bei bis zu 70 Prozent der Betroffenen der Ruhetremor, das Zittern. Auch wenn die Erkrankung nach wie vor anhand dieser klinischen motorischen Symptome diagnostiziert wird, wissen wir, dass die Erkrankung bereits Jahre davor beginnt. Dies äußert sich mit recht unspezifischen Symptomen, die allerdings nicht bei allen Patientinnen und Patienten gleich sind. Dazu gehören beispielsweise der Verlust des Geruchssinns oder Verstopfung aber auch Stimmungsschwankungen beziehungsweise Depressionen. Auch wenn noch nicht alle Ursachen für den Ausbruch der Erkrankung bekannt sind, weiß man heute, dass bereits zumindest 50 Prozent der Dopaminproduzierenden Zellen im Mittelhirn untergegangen sind, bis sich die für eine Diagnose eindeutigen motorischen Symptome zeigen.

In welcher Altersgruppe tritt Parkinson typischerweise auf?

Grundsätzlich ist Morbus Parkinson eine Erkrankung des älteren Menschen. Das Durchschnittsalter liegt bei 66 Jahren, wobei mit jedem Lebensjahrzent die Prävalenz zunimmt. Allerdings zeigt sich, dass zumindest zehn Prozent der Betroffenen schon vor dem 50. Lebensjahr Symptome zeigen, in seltenen Fällen sogar schon im dritten Lebensjahrzehnt. Durch die gute und engmaschige gesundheitliche Versorgung, aber auch durch die steigende Bekanntheit der Erkrankung werden Betroffene in Österreich im internationalen Vergleich früh erkannt und einer Behandlung zugeführt. Es gibt bislang noch keine Möglichkeit einer kausalen Therapie des Parkinson-Syndroms, dennoch gibt es erfolgreiche Strategien zur Behandlung der Symptome. Die heutigen Therapieoptionen geben Betroffenen die Chance auf Lebenserwartung und Lebensqualität annähernd im Bereich gesunder Menschen.

Was bedeutet „nicht heilbar aber gut behandelbar“ für Betroffene?

Die Behandlung erfolgt von Beginn an auf einer medikamentösen und einer nicht medi-

kamentösen Behandlungssache. Während zu Beginn die Behandlung mit Medikamenten eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität mit sich bringt, nimmt mit zunehmenden Erkrankungsjahren die Bedeutung von Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie zu. In der medikamentösen Therapie versucht man größtenteils den Dopaminverlust, der für die motorischen Symptome verantwortlich ist, auszugleichen. Dies kann durch ein Dopaminvorstufenpräparat erfolgen, das im Gehirn dann zu Dopamin umgewandelt wird. Alternativ kann auch ein Dopaminagonist verabreicht werden, der am entsprechenden Rezeptor wie das fehlende Dopamin wirkt. Ebenfalls eine mögliche Therapieform ist die Gabe eines Enzyblockers, der verhindert, dass das noch vorhandene Dopamin abgebaut wird. Diese Therapien wirken über viele Jahre sehr zuverlässig. Allerdings kommt es mit fortschreitender Erkrankung durch Abnahme der Dopamin-speichernden Nervenzellen oft zu komplexen Wirkstoffschwankungen der Therapie, die sich durch Über- bzw. Unterbeweglichkeit äußern. In diesen Fällen ist dann der Übergang von oralen zu gerätegestützten Therapieformen, wie den Wirkstoffpumpen oder der Tiefenhirnstimulation angezeigt. Die Wirkstoffpumpen helfen, eine kontinuierlich wirksame Dosis zu verabreichen. Dies kann entweder mittels Dauerinfusion subkutan oder nach chirurgischem Eingriff mittels PEG/PEJ-Sonde in den Dünndarm erfolgen. Eine andere Therapieoption wäre noch die Tiefenhirnstimulation mittels implantierter Elektroden.

Was sehen Sie als essenziell, damit Parkinson-Patienten ihre Lebensqualität – und damit verbunden auch die Selbständigkeit – möglichst gut und lange erhalten können?

Eine Guideline konforme Behandlung mittels Dopamin-Ersatz-Therapie ab der Diagnose, regelmäßige Kontrollen sowie nicht zu unterschätzen die regelmäßige sportliche Aktivität. Das ist ganz essenziell, da entsprechende Bewegung neurotrophe Faktoren stärkt und

so die Nervenzellen am Leben erhält. Gut wäre sportliche Betätigung im Ausmaß von fünf Mal 30 Minuten in aeroben Bereich, wie Nordic Walking. Aber auch Sportarten mit tonischer Muskelkontraktion bzw. die balancierend wirken, wie Klettern, asiatische Kampfsportarten, eignen sich. Gut untersucht sind in diesem Bereich Tai-Chi aber auch Tango tanzen. Zusammengefasst kann man sagen: Förderlich ist sowohl Ausdauersport im Freien als auch Kraftsport.

Was sind Ihre Erfahrungen in der Behandlung des fortgeschrittenen Morbus Parkinson im Hinblick auf neue Therapiemöglichkeiten?

In diesem Zusammenhang spricht man auch von Therapieeskalation – es muss eine kontinuierliche Therapieform angeboten werden, da es in diesen Fällen nicht mehr ausreicht, nur Tabletten einzunehmen. Mithilfe von gerätegestützten Therapien ist es möglich, die Lebensqualität weiter aufrechtzuerhalten und der zuvor beschriebenen Wirkfluktuation entgegenzuwirken. Vor diesem Schritt gibt es sowohl von ärztlicher Seite aber auch bei den Patientinnen und Patienten gewisse Hemmungen. Hier muss man entsprechend aufklären. Bemerkenswert ist, dass das Potenzial der Patientinnen und Patienten in Österreich, die von so einer Therapieform profitieren könnten größer ist, als die Zahl derer, die sie auch erhalten. Die Gründe dafür sind nicht ganz klar.

Wann ist der richtige Zeitpunkt von der oralen Therapie zu fortgeschrittener Therapie überzugehen?

Hier gibt es aus der Praxis abgeleitet die 5-2-1 Regel, die einen Anhaltspunkt gibt, wann es sich um das fortgeschrittene Stadium handelt: Bei fünf Levodopa-Einnahmezeitpunkten pro Tag und / oder zwei Stunden im Off – also unbewegliche Phase trotz Medikamenteinnahme und / oder eine Stunde überschüssige Bewegung. Wichtig für den Therapieerfolg und damit die Lebensqualität ist, dass man die richtigen Patientinnen und Patienten für die jeweilige gerätegestützte Therapie auswählt. Hierzu gibt es (unter Österreichischer Mitarbeit) die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und internationale Empfehlungen.

Gibt es Erfahrungen bzw. Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten zu den neuesten Therapieformen?

Bei den Patientinnen und Patienten, die mit der neuesten subkutanen Pumpentechnologie versorgt wurden, merke ich, dass sie sehr froh über die bessere Lebensqualität sind und wieder ihre Aktivitäten aufnehmen. Einer der Patienten hat zu mir gesagt: „Die Pumpe war meine Rettung.“ Das finde ich einen ganz wesentlichen Erfolg. Weiters ist die subkutane Pumpentechnologie der Diabetes-Pumpe sehr ähnlich. Es ist kein Eingriff erforderlich und das nimmt den Patienten die Angst vor einer Operation. Da diese Therapieform erst seit Dezember 2023 verfügbar ist, gibt es noch wenig Langzeitdaten aus der breiten Praxis jenseits von Studien.

Gerade chronisch kranke Menschen sind auf weitere Forschung angewiesen. Wo sehen Sie die nächsten Meilensteine?

Ich glaube, der nächste Schritt wird die Behandlungsmöglichkeit sein, die den Nervenzellenuntergang verzögert oder sogar stoppen kann. Neben der Suche nach kausalen Therapien ist die Erforschung von Biomarkern ein wichtiges Thema. **P**





PIONIERE

Osteopathie: Anerkennung schafft Sicherheit

Die dänische Osteopatin Hanna Tómasdóttir, D.O., M.D.O., ist Präsidentin des europäischen Dachverbandes „Osteopathy Europe“ (OE), der Berufs- und Interessensvertretung von Osteopathinnen und Osteopathen in 22 vorwiegend europäischen Ländern. Im Gespräch mit PERISKOP gibt sie Einblicke in ihre Arbeit und spricht über Herausforderungen, die eine **ANERKENNUNG DER OSTEOPATHIE ALS EIGENSTÄNDIGER GESUNDHEITSBERUF** mit sich bringt. | von Michaela Meier

Die 4. Österreichische Fachung Osteopathie (siehe Seite 24) stellt eine zentrale Forderung in den Mittelpunkt: das Berufsbild muss anerkannt werden.

PERISKOP: Sie sind Präsidentin von „Osteopathy Europe“. Für welche Ziele setzen Sie sich aktuell besonders ein?

TÓMASDÓTTIR: Osteopathy Europe fördert Standards, Regulierung und Anerkennung der Osteopathie in Europa. Wir vertreten Osteopathinnen und Osteopathen sowie osteopathische Einrichtungen in 22 Ländern. Unsere Mitglieder setzen sich aus den führenden Berufsverbänden und Regierungsbehörden in Europa zusammen. Unsere Hauptaufgabe ist es, die Anerkennung der Osteopathie zu fördern und ein Bewusstsein für die Rolle der Osteopathie als wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung zu schaffen. Durch hohe Standards tragen wir maßgeblich dazu bei, die Patientensicherheit zu gewährleisten.

Osteopathy Europe ist aus dem Zusammenschluss der European Federation of Osteopaths (EFO) und dem Forum for Osteopathic Regulation in Europe (FORE) im März 2018 hervorgegangen. Einer der Erfolge der beiden Organisationen ist die Einführung des europä-

ischen CEN-Standards (Centre Européen de Normalisation) für osteopathische Gesundheitsleistungen im Jahr 2015.

Die Organisation ist auch Mitglied der Osteopathic International Alliance, der führenden Organisation für die Förderung und Einheit des weltweiten Berufsstandes der Osteopathie.

In Österreich wird seit über zehn Jahren für die gesetzliche Anerkennung der Berufsgruppe als eigenständiger Gesundheitsberuf gekämpft. Wie sieht das in anderen europäischen Ländern aus?

Die Europäische Union hat rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen, um die Harmonisierung von Gesundheitsberufen innerhalb der EU zu fördern.

Eine der bedeutendsten Richtlinien in diesem Bereich ist die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Diese legt die Regeln für die Anerkennung von Berufsqualifikationen fest, einschließlich derjenigen im Gesundheitswesen, und erleichtert die Mobilität von Fachkräften innerhalb der EU. Die Richtlinie 2005/36/EG wurde durch die Richtlinie 2013/55/EU geändert, um bestimmte Aspekte zu aktualisieren und zu verbessern. Zusammen legen sie einen Rahmen für die Anerkennung von Qualifikationen für eine

Vielzahl von Gesundheitsberufen fest. Die Richtlinien zielen darauf ab, den freien Verkehr von Fachkräften zu erleichtern, indem sie einen Mechanismus für die gegenseitige Anerkennung von Qualifikationen schaffen. Sie legen auch Standards für Ausbildung und Qualifikationen fest, um sicherzustellen, dass Fachkräfte, die in einem EU-Land ausgebildet wurden, ohne zusätzliche Ausbildung oder Prüfungen, in anderen EU-Ländern arbeiten können. Derzeit sind es 12 europäische Länder, in denen es eine gesetzliche Regulierung für die Osteopathie gibt. Dazu gehören zum Beispiel Frankreich oder Dänemark, aber auch Island, die Schweiz, England und Norwegen. Italien ist aktuell auf einem guten Weg und hofft, die Anerkennung auch innerhalb eines Jahres zu schaffen.

Warum ist diese Anerkennung so wichtig?

Es gibt im Wesentlichen drei Argumente, die für eine Regulierung des Berufsbildes sprechen. An erster Stelle steht die Patientensicherheit. Es muss im Sinne der Patientinnen und Patienten gewährleistet sein, dass jede osteopathische Behandlung korrekt und sicher ausgeführt wird. Ebenso wichtig ist der Konsumentenschutz. Die Menschen müssen sicher sein, dass unter der Bezeichnung Osteopathie klar definierte Leistungen angeboten werden. Das dritte Argument betrifft eine der Grundfesten der EU, die Personen- und Niederlassungsfreiheit. Personen mit einer entsprechenden langjährigen Ausbildung muss es möglich sein, ihre Leistung auch in einem anderen europäischen Land anbieten zu können – so wie dies in anderen Berufen möglich ist. Daher empfehlen wir als OE, dass der Titel Osteopathin, Osteopath gesetzlich geschützt wird und Personen diesen Titel nur dann führen dürfen, wenn sie bestimmte gesetzliche Bedingungen in Bezug auf Kompetenzen und Registrierung und/oder Lizenzierung erfüllen. Es zeigt sich auch, dass Länder, in denen Osteopathinnen und Osteopathen ordnungsgemäß ausgebildet werden und reguliert sind, von einer hohen Patientenzufriedenheit, einer sicheren Praxis und guten Patientenergebnissen profitieren.

Zu guter Letzt sollte man noch erwähnen, dass eine Anerkennung auch ein anderes Standing gegenüber wichtigen Stakeholdern im Gesundheitswesen mit sich bringt. Denn dann kann nicht über uns entschieden werden, sondern Entscheidungen müssen mit uns gemeinsam, als aktiven Akteur, getroffen werden.

In Ländern, in denen die Osteopathie bereits als Gesundheitsberuf anerkannt ist, sind wir ein wichtiger Stakeholder im Gesundheitssystem.

Harmonisierung ist eines der Ziele von Osteopathy Europe. Welche Unterschiede bestehen in Europa derzeit noch?

Der größte Unterschied ist, ob der Beruf gesetzlich anerkannt ist oder nicht. Überall dort, wo es keine Regulierung gibt, kann sich jede

Derzeit sind es 12 europäische Länder, in denen es eine gesetzliche Regulierung für die Osteopathie gibt. Italien ist auf einem guten Weg dorthin.



Die Osteopathie ist eine eigenständige Disziplin und lässt sich keinem anderen Berufsstand unterordnen.

Hanna Tómasdóttir

oder jeder „Osteopath“ nennen, unabhängig ob eine Ausbildung von wenigen Tagen oder vielen Jahren absolviert wurde. Die Folge ist, dass sich die Qualität der Gesundheitsdienstleistung, der Schutz der Konsumenten und die Patientensicherheit, nicht einheitlich regeln lassen. Patientinnen und Patienten müssen sich sicher sein können, dass die Gesundheitsfachkräfte alle auf einem gleich hohen Niveau ausgebildet sind. Wir müssen sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten nicht zu Schaden kommen durch Behandlungen, die sich „Osteopathie“ nennen, aber wo nicht klar ist, was wirklich dahintersteckt. Damit ist die Rechtssicherheit, auch im Schadensfall, ein wichtiger Aspekt, den ein einheitliches Berufsbild, das sozusagen als Dachmarke fungiert, automatisch mit sich bringt. Am Ende geht es um das Image des Berufsbildes der Osteopathie, welches bereits in zwölf europäischen Ländern reguliert ist; Italien befindet sich auf einem guten Weg dorthin.

Wie ist der Weg zu Anerkennung in Dänemark gelungen?

Ich bin 2013 in den Vorstand eingetreten und wir haben intensiv an den Vorbereitungen für die Anerkennung der Osteopathie gearbeitet. Damals gab es zwei europäische Verbände und wir hatten lediglich vierzig Mitglieder im dänischen Verband „Danske Osteopater“. Die Schlagkraft war also im Vergleich zu heute noch gering. In einem ersten Schritt haben wir Informationen von europäischen Gesellschaften, im Speziellen von der aus Großbritannien, eingeholt, welche bereits viel Erfahrung hatten. Wir haben uns in die nationalen Gesetzesmaterien und in den europäischen CEN-Standard eingeleitet und daraus eine passende Kommunikationsstrategie entwickelt. Unter anderem haben wir unsere Kundinnen und Kunden miteinbezogen und gebeten, Postkarten an einen wichtigen Entscheidungsträger, das größte Versicherungsunternehmen, zu senden, auf denen stand: „Die Osteopathie muss reguliert werden. Und Ihre Versicherten brauchen eine Erstattung von Ihnen.“ Damit ist es uns gelungen, dass eines der größten dänischen Versicherungsunternehmen die Osteopathie in ihren Erstattungskatalog aufgenommen hat. Für uns war das ein großer Erfolg, sozusagen ein Qualitätssiegel. Danach besuchten wir die wichtigsten Politiker im Gesundheitsausschuss.

Gute Argumente für die Anerkennung der Osteopathie stimmen der „Osteopathy Europe“ positiv.

Das Interview fand im Rahmen der 4. Fachtagung Osteopathie 2024, statt. v.l.n.r. Toni Huber, Susanne Handl, Hanna Tómasdóttir, Margit Halbfurter, Thomas Marschall

Wir haben gute Argumente für eine Anerkennung: Patientensicherheit, die Mobilität der Arbeitskräfte und die wissenschaftliche Evidenz, die laufend erweitert wird.

Hanna Tómasdóttir

Mit welchen Argumenten konnten Sie am Ende überzeugen?

Dass unsere Berufsgruppe eine solide Ausbildung hat und die Mobilität über Grenzen hinweg gegeben sein muss. Wir waren gut vorbereitet und hatten gute Argumente und viel Hintergrundmaterial aufbereitet. Auch unsere pointierte und klare Kommunikation hat geholfen. Ebenso war unser Netzwerk zu den Entscheidungsträgern und Stakeholdern natürlich wichtig. Der Gesetzentwurf wurde Anfang Jänner erstellt und bereits am 15. Mai 2018 angenommen.

Was ist das Alleinstellungsmerkmal der Osteopathie?

Hinter der Osteopathie steckt ein eigenes Konzept mit einer Philosophie, die den Körper als Funktionseinheit sieht. Die Osteopathie ist eine patientenzentrierte Therapieform, bei der osteopathische Prinzipien und Behandlungskonzepte zum Einsatz kommen. Sie ist ein komplexer Interventionsansatz, der eine gründliche Beurteilung durch eine osteopathische Palpation und manuelle Tests umfasst, sowie die Patientengeschichte miteinbezieht und einen abgestimmten Behandlungsplan vorsieht. Die Osteopathie wird von entsprechend ausgebildeten osteopathischen Fachleuten ausgeübt.

Sie lässt sich keinem anderen Berufsstand unterordnen, daher ist eine Abgrenzung etwa zwischen manueller Medizin bzw. Chiropraktik und Osteopathie so wichtig. Die Behandlungsmethode entstand Ende des 19. Jahrhunderts in den USA und geht auf den Arzt Andrew Taylor Still zurück. Osteopathie orientiert sich an Grundlagenfächern der wissenschaftlich orientierten Medizin wie Anatomie, Physiologie und Pathologie. Die Behandlung erfolgt durch gezielte Handgriffe, dabei kommen verschiedene Techniken zum Einsatz, Anleitungen und maßgeschneiderte Empfehlun-

gen. Es werden keine Hilfsmittel verwendet. Am häufigsten suchen Menschen wegen Schmerzen des Bewegungsapparates und eingeschränkter Mobilität bzw. Funktionalität, eine osteopathische Praxis auf.

Wie ist die aktuelle Ausbildungssituation in den nordischen Ländern, insbesondere in Dänemark?

Der Trend geht zur Vollzeitausbildung, wie in Norwegen und Finnland, wo sie von den nationalen Behörden anerkannt wird. In Dänemark versuchen wir derzeit, eine staatlich akkreditierte und anerkannte Ausbildung zu etablieren, damit Osteopathinnen und Osteopathen ohne gesundheitlichen Erstberuf, Osteopathie in Vollzeit studieren können. Ich bin zuversichtlich, dass es so wie etwa in Norwegen eine vierjährige öffentlich finanzierte Vollzeitausbildung sein wird.

Umso wichtiger ist die Harmonisierung von Ausbildung und Anerkennung innerhalb Europas, denn wer viele Jahre investiert und dann in ein anderes Land ziehen möchte, muss auch dort seinen Beruf ausüben können.

Wie stellen Sie sich die Zukunft der Osteopathie in Europa vor?

Mittel- bis langfristig hoffe ich auf jeden Fall, dass wir in der Mehrheit der europäischen Länder den Beruf reguliert haben und Vollzeit-Studiengänge, die staatlich anerkannt und akkreditiert sind, bis hin zu PhD-Programmen, existieren. Das akademische Niveau führt dann auch automatisch dazu, dass die Forschung weiter ausgebaut wird.

Welchen Rat würden Sie aufgrund Ihrer Erfahrung nun Österreich geben, wenn es um die Anerkennung geht?

Wir haben gute Argumente, warum Osteopathie ein eigenständiger, regulierter Gesundheitsberuf sein soll (in den WHO-Benchmarks und der CEN-Norm ist sie bereits als unabhängig definiert) und auch eine harmonisierte Ausbildung braucht: die Patientensicherheit, den Konsumentenschutz, die Mobilität der Fachkräfte innerhalb der EU sowie die wissenschaftliche Evidenz, die laufend erweitert wird. Der Weg hat in Dänemark sehr gut funktioniert und wird auch in Österreich zielführend sein. 🇩🇪



© KRISTIAN JUHASZ

© KRISTIAN JUHASZ



Pharmazeutische Perspektiven

Gesundheit in Europa stärken

Bei der EU-Wahl entscheiden wir auch über unsere Gesundheitsversorgung

Von 6. bis 9. Juni wird das Europäische Parlament neu gewählt. Seit der letzten Wahl im Jahr 2019 hat sich viel verändert. Pandemie, Inflation, Klimawandel und nicht zuletzt der Krieg Russlands gegen die Ukraine zeigen uns, dass auch wir in Europa nicht vor Krisen und ihren tiefgreifenden Auswirkungen gefeit sind.

Was sich in den letzten fünf Jahren auch gezeigt hat – und zwar mit zunehmender Intensität – ist, dass wir uns selbst nicht mit Arzneimitteln versorgen können. Europa hängt am Tropf einiger weniger Produktionsstandorte in China und Indien. Und so viel sei vorausgeschickt: Davon können wir uns nur gemeinsam lösen – im Zusammenspiel aller EU-Mit-



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

glieder. Denn rund 90 Prozent der globalen Penicillin-Produktion erfolgt im fernen Osten, wo zudem 80 Prozent der Wirkstoffe für Arzneimittel hergestellt werden. Das führt am europäischen Markt zu einer bedrohlichen Verknappung: Mitte April waren weit über 500 Produkte auf der Liste der Vertriebsbeschränkungen des BASG zu finden – mittlerweile eine völlig „normale“ Zahl. In den Apotheken spüren wir das seit geraumer Zeit und mit uns die Patientinnen und Patienten. Der Aufwand, benötigte Medikamente zu bekommen, ist enorm angewachsen. Damit steigen die Kosten und die Frustration bei allen Beteiligten. Wollen wir das in den Griff bekommen, müssen wir eine europäische Strategie festzurren und in deren Umsetzung vorankommen. Das



heißt, dass wir Geld in die Hand nehmen müssen, um Europa als Produktionsstandort wieder interessanter zu machen. Wir werden außerdem über den gemeinschaftlichen Ankauf von Arzneimitteln reden müssen. Und es braucht eine gemeinschaftliche Bevorratung von kritischen Präparaten, die dann nach dem tatsächlichen Bedarf auf die Mitgliedsländer verteilt werden.

Das ist die Seite der Herstellung. Wir brauchen aber auch ein funktionierendes System der Arzneimittelabgabe. Und zwar in öffentlichen Apotheken. Sie kommen wirtschaftlich immer mehr unter Druck – auch in Österreich. Verschiedene Vorhaben auf EU-Ebene lassen nun befürchten, dass sich dieser Druck erhöhen wird. Wenn etwa der Beipackzettel nur digital zur Verfügung gestellt werden soll, bei gleichzeitigem Recht der Patientinnen und Patienten weiterhin eine gedruckte Version in der Apotheke verlangen zu können, klingt das auf den ersten Blick vielleicht ganz gut. Der Aufwand im einzelnen Betrieb wird dabei allerdings übersehen: zusätzliche Kostenbelastungen, längere Wartezeiten, unklare Haftungsfragen. Nur ein Beispiel für eine Reihe an Überlegungen denen eines gemein ist: Die Apotheke, als wesentliche Säule der gesundheitlichen Versorgung, wird in einem gefährlichen Ausmaß wirtschaftlich geschwächt.

Die Gesundheitsversorgung der Europäerinnen und Europäer ist ein Teilaspekt der Bedeutung dieser EU-Wahl – und zwar ein sehr wichtiger. Wollen wir unseren Wohlstand und unsere Lebensqualität erhalten, ist Gesundheit von zentraler Bedeutung. Wie auch in Sicherheits- oder Wirtschaftsfragen, brauchen wir dafür eine starke und geeinte EU, die koordiniert vorgeht und das Wohl aller Mitglieder im Blick hat. Daran sollten wir alle denken, wenn wir in Österreich am 9. Juni die zukünftige politische Ausrichtung der EU mitentscheiden.

EINLADUNG



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

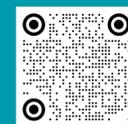
www.praevenire.at

Ort und Uhrzeit
Parkhotel Hirschwang in Reichenau an der Rax
25. Juni von 14:30 Uhr bis 18:30 Uhr
26. Juni von 9:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Mit spannenden Themen und Workshops:

- „Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheits – ein neuer Weg der Versorgung in Österreich“
Prim. MedR. Ass. -Prof. DDr. Peter VOITL, MBA | Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
- „Plötzlich erwachsen! Transitionsmedizin als Begleitung in die Erwachsenenmedizin“
Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang HOLTER | Ärztlicher Direktor des St. Anna Kinderspitals
- „Kinder- und Jugendliche – Übergewicht, Diabetes, Adipositas“
Prim. Univ.-Prof. Dr. Daniel WEGHUBER | Vorstand der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde am Uniklinikum Salzburg
- „Aktuelles aus der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation“
Dr. Eva-Maria MOSTLER | ÖGK-Medizinischer Dienst

Informationen und Anmeldung



Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

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

FÖRDERVEREIN
Kinder- und
Jugendenrehabilitation
in Österreich



25.–26. JUNI 2024

Alles bleibt anders. Prüfen. Überlegen. Gestalten.

13.–14. Juni 2024, Wien #oegwk

14. ÖSTERREICHISCHER GESUNDHEITSWIRTSCHAFTS- KONGRESS 2024



JETZT ANMELDEN UNTER
oegwk.at/ anmelden

© RENÉE DEL MISSER

Mit freundlicher Unterstützung von:





PIONIERE

Osteopathie: Anerkennung nach europäischem Vorbild

Im Rahmen der 4. Fachtagung Osteopathie 2024 richtete sich die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie mit einer klaren Botschaft an die Politik: **ES BRAUCHT EINE GESETZLICHE ANERKENNUNG DES BERUFSBILDES.** Darüber hinaus widmeten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen Tag lang aktuellen Trends und Themen rund um die osteopathische Behandlung. | von Michaela Meier

In der Bevölkerung ist Osteopathie als wertvolle Gesundheitsdienstleistung seit Langem anerkannt und stark nachgefragt. Auch seitens der Wissenschaft konnte die Wirksamkeit osteopathischer Behandlungen für viele Indikationsbereiche klar belegt werden. Dennoch ist es bisher noch nicht gelungen, diesem für die Gesunderhaltung der Bevölkerung wichtigen Berufsstand auch den entsprechenden Stellenwert innerhalb des heimischen Gesundheitswesens zuteil werden zu lassen. „Seit über zehn Jahren kämpfen wir für die gesetzliche Anerkennung unserer Berufsgruppe als eigenständigen Gesundheitsberuf. Wir haben alle Auflagen dazu erfüllt und unsere Hausaufgaben gemacht. Jetzt wäre die Politik am Zug, zu handeln und im Sinne der Patientensicherheit die Osteopathie endlich gesetzlich zu verankern“, erklärt Margit Halbfurter, MSc D.O., Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO), in ihrer Eröffnungsansprache zur Fachtagung. Sie verwies darauf, dass die Osteopathie Teil der integrativen Medizin ist, eines Zusammenschlusses von Schulmedizin und evidenzbasierter Komplementärmedizin.

Europäische Vorbilder

Die drei wesentlichen Argumente, die für eine Regulierung des Berufsbildes sprechen, präsentierte die Präsidentin des europäischen Dachverbandes „Osteopathy Europe“ (OE), Hanna Tómasdóttir, D.O., M.R.O.DK: „An erster Stelle steht die Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Dazu muss die osteopathische Behandlung korrekt ausgeführt werden und es braucht an zweiter Stelle eine Qualitätssicherung. Die Menschen müssen sicher sein, dass unter der Bezeichnung Osteopathie klar definierte Leistungen angeboten werden.“ Das dritte Argument, das für eine rasche Anerkennung des Berufsstandes in Österreich spricht, betrifft eine der Grundfesten innerhalb der Europäischen Union: die Personen-

und Niederlassungsfreiheit. Personen mit einer entsprechenden langjährigen Ausbildung muss es möglich sein, ihre Leistung auch in einem anderen europäischen Land anbieten zu können. „Das steht bei vielen anderen Berufen außer Frage. Die Osteopathie ist aktuell bereits in 13 europäischen Ländern ein gesetzlich anerkannter Gesundheitsberuf“, sagt Tómasdóttir. In Italien ist das gesetzliche Anerkennungsverfahren gerade im Gange. Im internationalen Vergleich sieht die Präsidentin der Osteopathy Europe bei der Ausbildung einen klaren Trend zu einem öffentlichen Vollzeitstudium. „Das ist auch wirtschaftlich sinnvoller, als zuerst staatlich ein Basisstudium der Physiotherapie oder Medizin zu finanzieren und danach müssen Interessierte noch auf eigene Kosten nebenberuflich eine bis zu fünfjährige Ausbildung in Osteopathie absolvieren“, betont Tómasdóttir. Schlussendlich ebne eine gesetzliche Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Gesundheitsberuf auch die Möglichkeit, dass Behandlungen durch die Krankenkassen erstattet werden.

Ohne Anerkennung keine Kostenerstattung

Für eine zeitnahe gesetzliche Anerkennung plädieren auch heimische Politikvertreterinnen und -vertreter. „Die Evidenz, die mittlerweile bezüglich der Osteopathie vorliegt, ist eine wichtige Basis für die gesetzliche Anerkennung als eigenständiger Gesundheitsberuf in Österreich“, erklärte Fiona Fiedler, B.Ed., Abgeordnete zum Nationalrat von den NEOS. Eine gesetzliche Absicherung bedeute zugleich auch Patientinnen- und Patientensicherheit und Qualitätssicherung. „Es ist mittlerweile an der Zeit, den europäischen Weg zu gehen, um dort anzukommen, wo 13 andere Länder schon sind“, sagte Ralph Schallmeiner, Abgeordneter zum Nationalrat von den Grünen. Beide sehen eine zeitnahe gesetzliche Umsetzung durchaus möglich.

v.l.n.r.: Fiona Fiedler, Ralph Schallmeiner, Margit Halbfurter

Die fehlende Anerkennung als gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf ist auch ein Grund dafür, dass osteopathische Leistungen derzeit vonseiten der Krankenkassen in Österreich nicht übernommen werden. Positive Signale wären vonseiten der Österreichischen Gesundheitskasse vorhanden, jedoch ist eine zentrale Voraussetzung für die Aufnahme des Angebots in den Leistungskatalog die gesetzliche Verankerung des Berufsbildes.

Qualität sichtbar gemacht

Die OEGO hat sich dazu entschlossen, ihre hohen Standards hinsichtlich Ausbildung und Qualität für Patientinnen und Patienten auch optisch klar zum Ausdruck zu bringen und das Qualitätssiegel für Osteopathie entwickelt. Es ist bei zertifizierten Osteopathinnen und Osteopathen auf Website, Praxisschildern oder Visitenkarten zu erkennen und weist jene aus, die die hohen Qualitätskriterien der OEGO erfüllen. Darüber hinaus führt die OEGO zur Qualitätssicherung auf ihrer Website ein Register aller zertifizierter Osteopathinnen und Osteopathen – sie verfügen alle über eine adäquate, den europäischen Standards entsprechende Ausbildung. Mit diesen klaren Qualitätskriterien grenzt sich die OEGO im Sinne der Patientensicherheit von Trittbrettfahrern ab. Das Gütezeichen wirkt in zwei Richtungen. Zum einen gibt es jenen Menschen, die eine osteopathische Leistung in Anspruch nehmen möchten, einen Hinweis über die Qualität, die sie erhalten. Zum anderen zeichnet es jene Osteopathinnen und Osteopathen aus, die nach den strengen Regeln der OEGO zertifiziert sind. Das ist umso wichtiger, wie ein Blick auf die Bedeutung der Behandlungen und den Markt zeigt: Derzeit führen rund 2.000 Osteopathinnen und Osteopathen in Österreich etwa 30.000 Behandlungen pro Woche durch. Da die gesetzliche Verankerung des Berufsbildes fehlt, gibt es auch eine Reihe von Ausbildungen, die weder adäquat sind

noch der europäischen Norm entsprechen. Das führt dazu, dass sich jede und jeder in Österreich Osteopathin oder Osteopath nennen kann, auch wenn nur wenige Kursstunden absolviert wurden. „Im Sinne der Qualitätssicherung und vor allem für die Patientensicherheit ist es notwendig, die Osteopathie als eigenständiges, gesetzlich anerkanntes Berufsbild in unserem Gesundheitssystem zu verankern. Patientinnen und Patienten haben das Recht auf höchste Behandlungsqualität“, fordert daher OEGO-Präsidentin Halbfurter.

Wissenschaftliche Evidenz

Im Auftrag der OEGO wurde bereits 2022 eine Überblicksstudie mit dem Titel „Wirksamkeit und Sicherheit osteopathischer Behandlungen“ vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz durchgeführt. Darüber hinaus ist es für die Osteopathie in Österreich besonders wertvoll, wenn sich unabhängige, wissenschaftliche Forschungseinrichtungen, wie HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH, mit der Fachdisziplin auseinandersetzen. Ein HTA-Projektbericht mit dem Titel „Osteopathie: Wirksamkeit und Sicherheit bei Schmerzen des Bewegungs- und Stützapparates und Überblick über Ausbildungs- und Qualitätsanforderungen“ listet einerseits Belege zur Wirksamkeit und Sicherheit von Osteopathie bei der Behandlung von Schmerzen des Bewegungs- und Stützapparates auf. Andererseits gibt er einen Überblick über die Ausbildungs- und Qualitätsanforderungen sowie Vorschriften für den Beruf in Europa. Laut dem HTA-Projektbericht konnte darüber hinaus belegt werden, dass die Osteopathie aufgrund der kaum berichteten Nebenwirkungen als eine sichere Behandlungsform angesehen werden kann und durch osteopathische Leistungen keine statistisch oder klinisch signifikanten Verschlechterungen auftreten. „Die Studie der Med Uni Graz sowie die Erkenntnisse des HTA-Projektberichts stimmen uns positiv und bilden eine wertvolle Basis für unsere weitere Arbeit, um dem Ziel der gesetzlichen Anerkennung des Berufsbildes der Osteopathie näherzukommen“, so Halbfurter.

Fortbildung als wichtiges Element

Anschließend an die Eröffnung der 4. Fachtagung der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie spannten Fachvorträge von national und international anerkannten Expertinnen und Experten zu aktuellen Themen und Trends den Bogen vom Zentralnervensystem über die Auswirkung von Beeinträchtigungen im Mund-Gesicht-Bereich bis hin zum Mikrobiom. Univ.-Prof. Dr. Rainer Breul, D.O. h.c. beschrieb die besondere physiologische Bedeutung des erst kürzlich entdeckten



v.l.n.r.: Ralph Schallmeiner, Susanne Handl, Fiona Fiedler, Hanna Tómasdóttir, Margit Halbfurter, Thomas Marschall, Toni Huber

„glymphatischen Systems“ für die Reinigung des zentralen Nervensystems (ZNS). Das Drainagesystem im Gehirn wurde erst 2013 erstmals umfassend beschrieben und transportiert gemeinsam mit dem lymphatischen System die Metabolite, die Abbauprodukte aus dem Stoffwechsel, des ZNS. Dr. Heike Sommer-Stern, HNO-Fachärztin, beschrieb die Möglichkeiten der orthomolekularen Medizin zur Unterstützung der Therapieerfolge in der Osteopathie. Die Sinologin und Medizinwissenschaftlerin DDR. Dominique Hertzler gab einen philosophischen Einblick ins Körper-Geist-Seele Verständnis von westlichen und fernöstlichen Kulturkreisen und dessen Auswirkungen auf das therapeutische Verständnis und beleuchtete den dynamisch-fließenden Aspekt von Gesundheit und Krankheit. PhDr. Karin Pfaller-Frank, MSc Präsidentin von logopädieaustria, dem österreichischen Berufsverband der Logopäden, gab spannende Einblicke in orofaziale Funktionen und Störungen und die Bedeutung logopädischer Leistungen für das Atmen, die Stimme, das Sprechen, die Sprache, das Hören, das Schlucken, das Lesen und das Schreiben in allen Altersgruppen. Der Beitrag von biomechanischen Laboruntersuchungen zur Sicherheit der osteopathischen Behandlungen wurde von Mediziner und Osteopath Univ.-Prof. Dr. Paul Klein beschrieben. Simone Kumhofer, BA, BSc, MSc vom Institut

Allergosan stellte das orale Mikrobiom in den Mittelpunkt ihres Vortrags. Sie wies anhand neuester Studien auf die Bedeutung des oralen Mikrobioms und dessen Interaktion mit dem Mikrobiom des Darms hin. Ralph Pariasek, MSc D.O. referierte zur Sicherheit in der Osteopathie und spannte den Bogen von der rechtlichen Sicherheit über Sicherheitstestung bis hin zur Anamnese und den daraus resultierenden Kontraindikationen. Univ.-Prof. Dr. Christoph Pieh adressierte in seinem Vortrag somatoforme Störungen. Sie seien mit bis zu 10 Prozent in der Bevölkerung sehr häufig, die Symptome vielfältig und unterschiedlich und die Diagnose erfolge oft spät. Er gab in seinem Vortrag einen Überblick, bei welchen Symptomen an eine somatoforme Genese zu denken sei und darüber, was gemäß der aktuellen Leitlinien getan bzw. vermieden werden sollte.

Abschließende Worte

Auch am Ende der 4. Fachtagung Osteopathie bedankte sich Halbfurter bei allen Expertinnen und Experten sowie bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern und unterstrich in ihren abschließenden Worten: „Wir als OEGO werden uns weiterhin intensiv für die Umsetzung unserer drei Kernziele – gesetzliche Anerkennung als Gesundheitsberuf, Sicherung höchster Aus- und Weiterbildung und niederschwelliger Zugang zu osteopathischen Behandlungen auf Kassenleistung – einsetzen.“



© KRISTIAN JUHASZ(3)

© KRISTIAN JUHASZ(2)



App auf Rezept

DER WEG ZUR ERSTATTUNG DIGITALER GESUNDHEITSANWENDUNGEN IST EIN LANGER. Wie das deutsche Erfolgsmodell funktioniert und welche Voraussetzungen eine Umsetzung in Österreich benötigen würde, beschreibt Christian Bredl, Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse (TK) in Bayern. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Die österreichische Gesundheitskasse will im Zuge der Digitalisierungsstrategie noch heuer erste Apps erstatten, die von Ärztinnen und Ärzten verschrieben werden. Sie müssen nachweislich dazu beitragen, die Gesundheit der Versicherten zu verbessern. Dadurch soll ein zusätzliches Gesundheitsangebot geschaffen werden, das leicht und niederschwellig zugänglich ist. Deutschland zeigt schon jetzt vor, wie das gelingen kann.

PERISKOP: Digitalisierung wird immer wieder als das Instrument zur Kosten- bzw. Versorgungseffizienz im Gesundheitswesen genannt. Warum ist es trotzdem so schwierig, digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) auf einen nachhaltigen Weg zu bringen?

BREDL: Seit Oktober 2020 können in Deutschland Ärztinnen und Ärzte DiGA auf Rezept verschreiben. Deutschland war weltweit das erste Land, in dem die Kosten für die digitalen Helfer durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden. Diese Innovationen begrüße ich. Dennoch gibt es Verbesserungspotenzial. Damit DiGA nachhaltig den Patientinnen und Patienten helfen, Krankheiten zu erkennen, zu überwachen und zu behandeln, schlagen wir als TK vier Änderungen vor: Erstens sollten wirksamere Mechanismen etabliert werden, um das Preisniveau im ersten Jahr zu regulieren. Zweitens sollte die Erprobungsphase einer DiGA nur in Ausnahmen und mit aussagekräftiger Begründung verlängert werden. Drittens müssen bestehende Evidenzlücken abgebaut werden und weitere anwendungs begleitende Studien nach Markteintritt erfolgen. Schließlich muss auch der Rahmen für Höchst- und Schwellenpreise angepasst werden.

Viele der DiGA kommen gar nicht bis zum Patienten, Start-ups verschwinden vom Markt, noch bevor sich überhaupt eine Anwendung amortisieren kann. Wie wird sich der Anbietermarkt in den nächsten drei bis fünf Jahren entwickeln?

Die Start-up-Szene ist von hoher Dynamik geprägt. Da bleibt es nicht aus, dass sich so manche Idee in der Praxis nicht durchsetzen wird. Wichtig ist bei der Entwicklung einer DiGA, immer die Sicht der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Entscheidend ist, dass die Apps nach einem Jahr nachweisen können, dass sie wirksam sind. Kommen dann noch klar geregelte Rahmenbedingungen hinzu, kann sich auf dem Anbietermarkt die zunehmende Digitalisierungsdynamik voll entfalten.

Die Zielgruppe der Techniker Krankenkasse ist vermutlich „digital affiner“ als viele in der Bevölkerung. Ist die Mehrheit der Patienten überhaupt „ready“ für DiGA? Wie wird sich der Usermarkt entwickeln?

Wir sehen, dass DiGA besonders von Patientinnen und Patienten in der Altersgruppe zwischen 30 und 60 Jahren genutzt werden. Da weni-



Christian Bredl, Leiter der Techniker Krankenkasse (TK) Landesvertretung Bayern

ger Jüngere als Ältere an Krankheiten leiden, werden für die jüngeren Jahrgänge DiGA nicht häufiger verschrieben als für Menschen im mittleren oder höheren Alter. Sind die Apps nachweislich wirksam und erkennen die Patientinnen und Patienten Vorteile für ihre Gesundheit, werden sie gern die digitalen Helfer als Ergänzung nutzen.

80 Prozent der Anträge in Deutschland kommen von Ärztinnen und Ärzten. Wie sehen Sie die Entwicklung am Verschreibermarkt? Wird hier die Adhärenz der Patientinnen und Patienten ebenso beobachtet wie bei Medikamenten oder Medizinprodukten?

Die Adhärenz wird gestärkt, wenn sowohl die verschreibenden Arztpraxen als auch die Patientinnen und Patienten den Nutzen der DiGA erkennen. Nach fast vier Jahren Erstattungspflicht durch die gesetzliche Krankenversicherung ist der Anteil von Anwendungen, die aufgrund ihres unklaren Nutzens nur zur Probe

gelistet sind, immer noch viel zu hoch. Das führt zur Unsicherheit sowohl bei den verordnenden Arztpraxen als auch bei den Nutzerinnen und Nutzern. Werden die bestehenden Evidenzlücken vor Markteintritt abgebaut und nach der Zulassung die Nutzungshäufigkeit und Therapieabbrüche nachhaltig systematisch analysiert, führt dies zu einer deutlich besseren Qualität. Das würde sich auch positiv auf die Therapietreue der Patientinnen und Patienten auswirken.

Welche Vorteile oder Nachteile hat aus Ihrer Sicht das Fast-Track-Verfahren? Sollte man am Zulassungsprozess etwas verändern?

DiGA sind ein lernendes System. Deshalb muss das Bewertungs- und Zulassungsverfahren ständig überprüft und weiterentwickelt werden. Nur so können die Sicherheit der medizinischen Versorgung mit DiGA, die Ausgestaltung der Höchstpreisregelung und die Erprobungsregelungen optimiert werden.

Handlungsbedarf gibt es bei der Verlängerung der Erprobungsphase, die, anders als heute, nur im Ausnahmefall möglich sein sollte. Außerdem sollten DiGA ausschließlich mit nachgewiesenem medizinischem Nutzen und echten Mehrwerten in die Erstattungspflicht aufgenommen werden. Der Erstattungspreis muss dabei verstärkt an die nachgewiesene Evidenz gekoppelt werden. Diese Vorgaben sind bei anderen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland Standard und haben sich bewährt.

Einsparungen im Gesundheitswesen über DiGA sind mittelfristig nicht zu erwarten – warum machen wir das dann?

Digitale Angebote haben ein großes Potenzial, die Patientenversorgung zu verbessern, Patientensicherheit zu erhöhen und die Gesundheit der Menschen zu stärken. DiGA können – richtig eingesetzt – ihren Anteil an dieser Entwicklung dazu beitragen. Werden die Rahmenbedingungen entsprechend angepasst, können die Apps die Versorgung der Patientinnen und Patienten maßgeblich verbessern. Die Möglichkeiten der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung nicht zu nutzen, würde auf Dauer der Gesellschaft deutlich mehr kosten und Innovationen zum Wohle der Patientinnen und Patienten erschweren.

Ihr Tipp lautet: Österreich soll eigene Erfahrungen sammeln. Gibt es ein paar Dinge, die wir uns dennoch von Deutschland abschauen sollten?

Die TK hat soeben ihren zweiten DiGA-Report veröffentlicht. Die dort veröffentlichten Erkenntnisse zusammen mit den oben genannten vier zentralen Änderungsvorschlägen können für Österreich eine wertvolle Hilfe sein. Die Bilanz aus fast vier Jahren DiGA-Erfahrung in Deutschland ist sicher für die Verantwortlichen des österreichischen Gesundheitswesens eine spannende Lektüre. 

Seltene Erkrankungen häufiger erkennen

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



Geplante Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich braucht besseren Lösungsansatz zum Nutzen der Patienten

Im Zuge der letzten Gesundheitsreform hat die Bundesregierung beschlossen, **AUCH FÜR DEN NIEDERGELASSENEN INKLUSIVE WAHLARZTORDINATIONEN VERPFLICHTEND EINE DIAGNOSENCODIERUNG EINZUFÜHREN**. Die geplante Vorgehensweise weckt Verwunderung und Kritik bei den betroffenen Gesundheitsdienstleistern, wie PRAEVENIRE Chief Digital Officer Dr. Franz Leisch gegenüber PERISKOP schildert. | von Rainald Edel, MBA

Die verpflichtende Diagnosecodierung wird im gesamten ambulanten Bereich, d.h. in Spitalsambulanzen sowie bei allen Kassen- und Wahlarztordinationen eingeführt. Diese Maßnahme soll Daten für die Entwicklung einer österreichweiten, alle Gesundheitsbereiche umfassenden Qualitätssicherung, Gesundheitsplanung und geeigneter Abrechnungssysteme liefern. Als Diagnosestandard für den niedergelassenen Bereich sieht Gesundheitsminister Rauch die Nutzung von ICD-10, wie er bereits im Spitalbereich eingesetzt wird, vor.

PERISKOP: Ist eine digitale Diagnoseerfassung nicht eine Selbstverständlichkeit in einem modernen öffentlichen Gesundheitssystem?

LEISCH: Grundsätzlich gehört die Dokumentation der Diagnosen zum ärztlichen Beruf und ist eine Selbstverständlichkeit, aber nicht notwendigerweise codiert. Bisher sind nur der Spitalbereich sowie die Primärversorgungseinheiten verpflichtet, Diagnosen zu codieren und zentral zu melden. Allerdings sind auch für diese beiden Bereiche zwei unterschiedliche Codier-Standards in Verwendung – in Spitalern ICD-10 und in der Primärversorgung ICPC-2. Jetzt will man die Datenlücke im niedergelassenen Bereich schließen und die Frage ist ja nicht ob, sondern wie das im fortgeschrittenen 21. Jahrhundert gemacht werden soll. Eine Herausforderung ist sicher, dass es 80 oder mehr verschiedene Arztsoftware-Systeme am Markt gibt, die dafür angepasst werden müssen. Außerdem sollte strategisch die richtige, für die Zukunft passende Terminologie, also das Codiersystem, verwendet werden und sichergestellt werden, dass die Diagnosen auch nachfolgenden Behandlern zugänglich sind.

Machen die verschiedenen Codierungssysteme einen wesentlichen Unterschied?

Im Endeffekt ja. Sie unterscheiden sich sowohl in den möglichen Anwendungsgebieten als auch hinsichtlich der Auswertbarkeit. Wir nutzen im Spitalbereich seit Jahrzehnten das Codiersystem ICD-10 der WHO. Der ICD-10 ist sehr gut für Statistiken und die Abrechnung im Spitalbereich geeignet. Für die Weitergabe von Diagnosen an Nachbehandler ist dieses System im Vergleich zu moderneren Terminologien eher ungeeignet. Aus einem ICD-Code lassen sich leider viele medizinisch wichtige Attribute – wie ob die Krankheit infektiös ist oder nicht – im Gegensatz zu anderen Terminologien nicht ableiten oder auswerten. Im Setting der Primärversorgungseinheiten (PVE) ist die Codierung mit ICPC-2 üblich. Dieses Codiersystem wurde speziell für die Bedürfnisse der Primärversorgung und der

Aus einem ICD-Code lassen sich, im Gegensatz zu anderen Terminologien, viele medizinisch wichtige Attribute nicht ableiten oder auswerten.

Franz Leisch

Allgemein- und Familienmedizin entwickelt. Aber diese Systematik entspricht nicht unbedingt der ärztlichen Praxis im fachärztlichen Bereich.

Welche Alternative gäbe es, die den Anforderungen besser entspricht?

Viel näher an der ärztlichen Praxis der Diagnosedokumentation und dem kollegialen Austausch wäre vor allem die Dokumentation mittels SNOMED-Terminologie, derzeit die weltweit bedeutendste medizinischen Terminologie. Diese ermöglicht eine detaillierte und nuancierte medizinische Dokumentation.

Angesichts der fortschreitenden Digitalisierung des Gesundheitswesens und der steigenden Anforderungen an die Datenqualität ist es essenziell, eine Terminologie zu nutzen, die medizinische Informationen genau und umfassend abbildet. SNOMED lässt sich außerdem problemlos in ICD-10 oder ICPC-2 umschlüsseln. Es ist aber klar, dass ein Arzt, ein Ärztin die neue Terminologie nicht auswendig lernen soll, sondern dass er bzw. sie IT-Tools braucht, die ihm oder ihr im Sinne einer automatischen Codierung bei der Auswahl der richtigen Begriffe hilft. Das heißt, er bzw. sie gibt seine, ihre Diagnose wie bisher als Text ein oder diktiert sie und erhält von der EDV dann automatisch die richtige Codierung vorgeschlagen.

Zudem agiert die ELGA GmbH seit 2018 als nationales SNOMED Release Center, was die Verfügbarkeit von öffentlich finanzierten Lizenzen für SNOMED in Österreich sichert. Darüber hinaus wurde in Kooperation mit Deutschland und der Schweiz eine Überset-



zung des ursprünglich englischsprachigen Diagnosekatalogs vorgenommen. Das bildet eine solide Grundlage für die Integration von SNOMED in die medizinische Dokumentation und ermögliche auch die Übernahme von Diagnosen in die elektronische Gesundheitsakte (ELGA).

Was sind die Hauptkritikpunkte an der verpflichtenden Einführung der Diagnosecodierung wie sie jetzt geplant ist?

Derzeit ist ja geplant, dass jede Ärztin, jeder Arzt quartalsweise eine Liste aller ihrer bzw. seiner Patientenkontakte samt ICD-Diagnosen und erbrachten Leistungen an den zuständigen Sozialversicherungsträger personenbezogen meldet. Über den Dachverband werden die Daten dann pseudonymisiert ans Ministerium gemeldet. Auf Grund zahlreicher Gespräche mit Expertinnen und Experten aus der Praxis lässt sich die Kritik in folgenden wesentlichen Punkten zusammenfassen:

- **Erheblicher Aufwand:** Die Notwendigkeit, dass jede Ärztin bzw. jeder Arzt bei jedem Patientenkontakt einen Diagnosecode dokumentiert und zentral meldet, stellt einen beträchtlichen administrativen Mehraufwand dar. In Zeiten des Mangels an Kassenärzten möglicherweise kontraproduktiv.
- **Potenziell geringe Datenqualität:** Aufgrund des hohen Aufwands könnten Ärztinnen und Ärzte dazu neigen, pauschal Codes wie „unbekannte Diagnose“ zu verwenden. Auch das Problem des „immer wieder von anderen Abschreiben“ ist ein bekannter Problemfaktor.
- **Eingeschränkter Nutzen der Daten:** Die so erhobenen Daten dienen ausschließlich statistischen Zwecken und sind für die direkte patientenbezogene Weiterbehandlung nicht vorgesehen. Die Daten helfen nur der

Statistik, aber nicht den Patientinnen und Patienten.

- **Unzureichende Detailgenauigkeit der ICD-Codierung:** Das ICD-System ist aufgrund seiner begrenzten Detailliertheit wenig geeignet für die medizinische Dokumentation. Es dient primär statistischen und abrechnungstechnischen Zwecken, während die SNOMED-Terminologie eine präzisere Alternative bietet.
- **Erwartbar schlechte Akzeptanz der Ärzteschaft:** Aufgrund des fehlenden Mehrwertes bei gleichzeitig höherem Aufwand, ist seitens der Ärzteschaft eine sehr geringe Compliance zu erwarten.
- **Unverhältnismäßigkeit der Datenübermittlungswege und -mengen:** Die vorgesehenen Übermittlungswege und der Umfang der Datenerhebung erscheinen für den alleinigen Zweck der Statistik überdimensioniert und könnten bei einer Prüfung auf Datenminimierung nach DSGVO als unangemessen betrachtet werden.
- **Besondere Unverhältnismäßigkeit im Privatsektor:** Insbesondere für den Privatbereich wäre eine direkte, pseudonymisierte Meldung an das Ministerium als Mittel zur statistischen Datenerhebung angemessener.

Ist angesichts dieser Kritikpunkte eine Umsetzung bis 1. Jänner 2025 überhaupt realistisch?

Es ist grundsätzlich richtig, eine Diagnosecodierung für alle Bereiche des Gesundheitssystems einzuführen. Nur die Methodik, der Codierungsstandard sowie der Zeithorizont sind problematisch. Angesichts der Komplexität halte ich eine vollständige Umsetzung bis 1.1.2025 für nicht realistisch. Hier hat man offensichtlich eine Reform ohne die betroffenen Stakeholder und deren IT-Dienstleister

Statt in einer Ho-ruck-Aktion jetzt eine Diagnosecodierung mit einem nicht zukunfts- und praxisorientierten Standard durchzuboxen, wäre die Gesundheitspolitik besser beraten, hier etwas langsamer, dafür nachhaltiger vorzugehen.

Franz Leisch

beschlossen, die von Beginn an unmöglich ist. Statt in einer Ho-ruck-Aktion jetzt eine Diagnosecodierung mit einem nicht zukunfts- und praxisorientierten Standard durchzuboxen, wäre die Gesundheitspolitik besser beraten, hier etwas langsamer, dafür nachhaltiger vorzugehen. Denn angesichts des bevorstehenden European Health Dataspace (EHDS) und der darin enthaltenen Verpflichtung, einen Patient Summary umzusetzen, braucht es als Basis Diagnose- und Allergiedaten, die auch diesbezüglich brauchbare Ergebnisse liefern. Wird jetzt mit der falschen Methodik und dem falschen Standard gestartet, droht uns spätestens im nächsten Jahr eine teure Reparatur und Methodenumstellung.

So notwendig die Erfassung von Diagnosen für die Steuerung des Gesundheitssystems ist, in erster Linie sollte so ein Projekt den Patientinnen und Patienten sowie den sie behandelnden Ärztinnen und Ärzten nützen und helfen. Auf beide Gruppen wurde bei der Umsetzung völlig vergessen. Ein grober Fehler, den die Regierung derzeit leider immer wieder begeht. Wenn jetzt mit gesetzlichem Druck ein Mehraufwand bei Ärztinnen und Ärzten für in ihren Augen „rein statistische Zwecke“ aufgebaut wird, riskieren wir, dass die Codierung nur „gesetzstreu“ aber nicht zielführend durchgeführt wird. Wir hätten damit über Jahre einen ungewollten Kollateralschaden, weil wir erst recht keine richtige Steuerung des Gesundheitssystems haben werden. Das heißt, wir müssen den Nutzen und die Vorteile, die eine Diagnosecodierung mit sich bringt, viel stärker in den Vordergrund stellen, die Ärzteschaft aber auch die Patientinnen und Patienten ins Boot holen. Das wird aber nur mit einem guten und praxistauglichen Diagnosesystematik und einer maßvollen, dem Datenschutz und der Datenminimierung entsprechenden Lösung gelingen. Beides ist aus meiner Sicht noch nicht erfüllt.

Wie ist die weitere Vorgehensweise?

Die Gesundheitsplattform PRAEVENIRE hat sich sowohl mit den Kritikpunkten als auch mit den Erfordernissen des Gesundheitssystems sowie den Wünschen und Erwartungen der Patientinnen, Patienten, der Ärztinnen, Ärzte und der weiteren Gesundheitsdienstleister sehr genau auseinandergesetzt. Daraus abgeleitet arbeiten wir an einem Lösungskonzept, das patientenzentriert die Anforderungen des EHDS erfüllt. Wir planen, das neue Konzept im Rahmen des Ersten PRAEVENIRE Denkartages, Mitte Mai, in Seitenstetten mit Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitssystem ausführlich zu diskutieren und anschließend der Gesundheitspolitik zu unterbreiten.



Franz Leisch, PRAEVENIRE CDO, sieht die geplante Einführung des ICD-Standards zur Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich kritisch.

© KRISTIAN JUHASZ

© KRISTIAN JUHASZ



Motivation, Kommunikation und Vertrauen

Effizienzpotenziale im Gesundheitswesen gibt es viele: von der Stärkung der Primärversorgung und digitalen Gesundheitsanwendung bis hin zu Data Driven Hospitals. Am Ende steht eine Patientenlenkung nach dem Motto „DIGITAL VOR AMBULANT VOR STATIONÄR“, sofern die Patientinnen und Patienten den Nutzen der Angebote sehen. | von Mag. Renate Haiden, MSc

deen, wie die Digitalisierung die Gesundheitsversorgung in Österreich bis 2040 verbessert haben wird, wurden im Rahmen des 6. PRAEVENIRE Digital Health Symposiums gesammelt. „Ohne Digitalisierung ist eine moderne Patientenversorgung nicht möglich. Österreich muss aufholen“, so lautet kurz und knapp das Fazit der Expertinnen und Experten, die vor mehr als 250 Besucherinnen und Besuchern den Event neuerlich zum Hotspot für Digitalisierung im Gesundheitsbereich gemacht haben.

Versorgung effizienter machen

Dr. Naghme Kamaleyan-Schmied, Vizepräsidentin und Obfrau der Kurie der niedergelassenen Ärzte in der Ärztekammer Wien, betonte die Bedeutung der Primärversorgungseinheiten (PVE) für die Zukunft der medizinischen Versorgung in Österreich. Damit verbunden sind für Gründerinnen und Gründer zahlreiche Herausforderungen: „Eine passende, barrierefreie Immobilie ist derzeit ebenso schwer zu finden wie Personal“, bringt es Kamaleyan-Schmied auf den Punkt. Aktuelle Förderungen für Praxisgründungen sind nur zum Teil hilfreich, weil sie die heißen Eisen, wie Miete und Umsatzsteuerbefreiungen von Ärztinnen und Ärzten, nicht adressieren. Die Kammervertreterin wünscht sich weiters eine rollierende Bedarfsprüfung – aktuell wird mit Daten aus 2015 geplant –, um zeitnah auf die Bedürfnisse der Bevölkerung reagieren zu können. Der Einsatz telemedizinischer Lösungen wird aus Sicht der Medizinerin von den Patientinnen und Patienten gewünscht und könnte flexiblere Versorgungsformen beschleunigen. Dr. Anita Puppe von IBM iX zeigte auf, wie KI die Patientenversorgung revolutioniert: Vorbild nehmen sollten sich Österreich und die DACH-Region zum Beispiel an Ländern wie Estland und Israel, die ihre Digitalisierung des Gesundheitssektors bereits sehr weit entwickelt haben. Dazu braucht es aber vor allem Vertrauen in den Datenaustausch. Mit ELGA hat Österreich hier eine solide Ausgangsbasis, doch von einer echten innovationsfreundlichen Umgebung sind viele europäische Länder derzeit noch weit entfernt. „Die Vorbehalte sind groß, Mut und Risikofreudigkeit sowie privates Investment und strategische Partnerschaften fehlen. So können wir keine Effizienzpotenziale heben“, fasst Puppe zusammen.

Spitäler im Fokus

Gegen Datensilos wehrt sich Silvio Frey von Detecon Schweiz, der anhand des Universitätsspitals Basel zeigt, wie steinig der Weg zu einem „Data Driven Hospital“ sein kann. Viele Daten sind nach Ansicht des Experten vorhanden, jedoch nicht in einer brauchbaren Form. Als Haupthindernis identifiziert er nicht die Technik, sondern die Organisationsstrukturen in Spitälern, die unweigerlich zu Datensilos führen. Dr. Alexander Biach, Direktor Stv. der Wirtschaftskammer Wien, präsentierte aktuelle Zah-



Digitale Anwendungen müssen für Patientinnen und Patienten verständlich und nützlich sein.

Angelika Widhalm

len zum Gesundheitsbereich in Österreich. Spitäler sind die teuersten Anlaufstellen im System und nicht immer die, die den Patientinnen und Patienten beim individuellen gesundheitlichen Anliegen auch am besten helfen. Biach zeigt damit deutlich auf, dass die Patientenlenkung nach dem Motto „digital vor ambulant vor stationär“ eine unumgängliche Lösung ist. Andreas Huss, MBA, Obmann Stv. der ÖGK, schließt daran an und betont, dass die geplante Verschiebung vom stationären in den niedergelassenen Bereich nicht ohne den Ausbau der Primärversorgung möglich ist. Bis 2030 sollen daher 300 PVE zur Verfügung stehen, die Finanzierung wird noch Gegenstand von Verhandlungen sein müssen.

Vertrauen muss gestärkt werden

Von den guten Ideen in die Umsetzung möchte PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling den Transformationsprozess möglichst rasch bringen, ist sich aber bewusst, dass Österreich im EU-Vergleich erst im Mittelfeld liegt. Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbands der Selbsthilfe Österreich, mahnt, die Patientenzentriertheit von Anfang an mitzudenken, und wünscht sich leicht verständliche Kommunikation auf allen Ebenen, sodass bei der Versorgung vulnerable Gruppen nicht auf der Strecke bleiben. Patientinnen und Patienten, die mittlerweile vom ehemals besten Gesundheitssystem der Welt enttäuscht sind, müssen wieder Vertrauen

Expertinnen und Experten sind sich einig: Es braucht noch mehr Mut, um digitale Anwendungen in die Breite zu bringen.



aufbauen, damit auch digitale Anwendungen die Chance haben, eingesetzt zu werden. Frey hofft, dass Beispiele guter Praxis auch über Krankenhaus- und Ländergrenzen hinaus nachgeahmt werden. Dazu wird beispielsweise in der Schweiz eine eigene Non-Profit-Organisation finanziert, die acht Projekte über drei Jahre fördert, die zur strukturierten Datensammlung am Point-of-Care beitragen werden. Den Ausbau von Datenkompetenz und Datenintelligenz unterstreicht in diesem Zusammenhang Puppe neuerlich: „Wenn wir von KI sprechen, haben wir immer noch nicht die gleiche Sprache“, betont die Expertin. Huss will die Akzeptanz und Nutzung von ELGA fördern, unter anderem mit einer neuen ÖGK-App, die ebenfalls dazu beitragen soll, Menschen dort abzuholen, wo sie stehen. Und spätestens hier wird klar, dass nicht alle persönlichen Kontakte durch digitale Werkzeuge abgelöst werden können und die Anwenderinnen und Anwender viel stärker in die Entwicklung miteinbezogen werden müssen. P

Herausforderungen in der Primärversorgung

Die Primärversorgung ist mittlerweile den Kinderschuhen entwachsen, doch um sie nachhaltig zukunftsfähig zu machen, **STEHEN NOCH EINIGE HERAUSFORDERUNGEN AN**. Förderprogramme sind erfreulich, gehen jedoch oft an den Bedürfnissen der Gründerinnen und Gründer vorbei. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Der Ausbau der Primärversorgung in den kommenden Jahren wird die heimische Gesundheitsversorgung deutlich verbessern. „Die Primärversorgung ist kein Ort, keine Immobilie, kein Zentrum, sondern lebt von Personal, das dort tätig ist, und dem Vertrauen, das zu den Patientinnen und Patienten aufgebaut werden kann“, betont Dr. Naghme Kamaleyan-Schmied, Vizepräsidentin und Obfrau der Kurie niedergelassener Ärzte in der Ärztekammer für Wien.



Eine rollierende Bedarfsprüfung wäre aus Sicht der Ärztekammer wichtig, denn die Planung von PVE erfolgt derzeit auf einer Datenbasis aus 2015, erklärte Naghme Kamaleyan-Schmied, Vizepräsidentin und Obfrau der Kurie niedergelassener Ärzte in der Ärztekammer für Wien.

Gesamtvertrag schafft Sicherheit

Am 18. Mai 2015 wurde in Wien Mariahilf das erste Primärversorgungszentrum eröffnet. „Das Pilotprojekt machte Hoffnung, dass in Zukunft die Primärversorgung alle Probleme der Gesundheitsversorgung lösen wird“, erinnert sich die Medizinerin. Doch bis zur Unterschrift eines Gesamtvertrages verging viel Zeit und es ist wenig verwunderlich, dass sich währenddessen nur drei PVZ gegründet haben. „Die Unsicherheiten waren groß. Es gab keine Erfahrung, ob sich der finanzielle Aufwand lohnt und die Öffnungszeiten von 50 Wochenstunden in guter Qualität zu bewältigen sind“, bringt es Kamaleyan-Schmied auf den Punkt.

Die Anschaffung einer passenden Immobilien stellt gerade in der Phase der Gründung eine große Hürde dar.

Naghme Kamaleyan-Schmied

Erst als im Jahr 2019 der bundesweite Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten (PVE) zwischen der Sozialversicherung und der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossen wurde und einen sicheren Rahmen bot, haben sich in kurzer Zeit zwölf weitere PVZ gegründet. Aktuell wird auf Bundesebene ein neuer Gesamtvertrag verhandelt, der dann in den einzelnen Bundesländern zur Umsetzung kommen soll. „Das löst aktuell in der PVE-Community erneut Unsicherheit aus, denn es lässt sich nicht vorhersagen, wie die Regelungen auf die regionalen Strukturen eingehen werden, denn Städte haben klarerweise andere Bedürfnisse an die Versorgung als ländliche Strukturen“, so Kamaleyan-Schmied. Aktuell sind in Österreich 64 PVE in Betrieb. Durch die Änderungen des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG) 2023 wurde die Einrichtung von sogenannten Kinder-PVE möglich. Sie sind speziell auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen ausgerichtete Primärversorgungseinheiten. „Wir konnten als Ärztekammer hier erfolgreich aufzeigen, welche Bedürfnisse die Kolleginnen und Kollegen haben“, freut sich die Kurienobfrau über die Umsetzung.

Aktuelle Herausforderungen

Trotz der aktuellen Erfolge sind die Herausforderungen in der Primärversorgung nach wie vor groß: „Wir haben gute Voraussetzungen, aber wir wissen auch, dass die Überalterung der Bevölkerung zu zunehmendem Aufwand in der Versorgung führen wird. Wir brauchen mehr Zeit für die Gespräche, die Untersuchungen, aber auch mehr Medizintechnik“, nennt die Ärztin nur einige der Punkte. So wie in vielen anderen Branchen kämpfen auch die Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung mit dem Fachkräftemangel: „Neben dem Kernteam kommt eine PVE rasch auf 30 Angestellte. Wir wissen, dass in der Medizin und in vielen anderen gesundheitsrelevanten Berufen viele Frauen beschäftigt sind. Die Öffnungszeiten der PVE kommen dem nicht entgegen. Wir haben große Schwierigkeiten, die Randzeiten zu besetzen, und wünschen uns eine gewisse Flexibilisierung“, beschreibt Kamaleyan-Schmied die Rahmenbedingungen am Arbeitsmarkt. Wer eine PVE gründen will, wird häufig schon bei der Suche nach der passenden Immobilie entmutigt. „Eine PVE braucht rund 400 m² mit barrierefreiem Zugang und diese Immobilien sind gerade in Ballungsräumen kaum zu vernünftigen Preisen zu finden. Aktuelle Förderungen helfen hier nicht, denn Mietimmobilien sind ausgenommen und Ärztinnen und Ärzte sind ohnehin keine attraktiven Mieter“,

so die Medizinerin. Durch die Umsatzsteuerbefreiung kommen hohe Zusatzkosten beim Erwerb von Immobilien auf die Gründerinnen und Gründer zu: „Diese extreme Ungleichberechtigung zu beseitigen ist eine unserer größten Forderungen“, sagt Kamaleyan-Schmied. Schwierig stellt sich auch die Bedarfsplanung dar, denn sie basiert auf Daten von 2015, die längst nicht mehr die Realität widerspiegeln. Die Kammervertreterin wünscht sich eine rollierende Bedarfsprüfung, um zeitnah auf die Bedürfnisse der Bevölkerung reagieren zu können. Darüber hinaus hofft sie auch, dass es künftig für einzelne Gründer möglich sein wird, mit einer PVE zu starten, denn: „Die Verträge ermutigen derzeit, nicht zu gründen. Wenn einzelne engagierte Unternehmerinnen und Unternehmer klein starten wollen und später neue Gesellschafter dazunehmen könnten, wäre das hilfreich. Für Patientinnen und Patienten würde diese Rechtsform in der Behandlung auch keinen Unterschied machen.“ Der Einsatz telemedizinischer Lösungen wird aus Sicht der Medizinerin von den Patientinnen und Patienten gewünscht und könnte flexiblere Versorgungsformen beschleunigen. Sie wünscht sich abschließend auch, dass unterschiedliche Fachdisziplinen gemeinsam eine Immobilie nutzen könnten, ohne sich gleich vertraglich auch zu einer Zusammenarbeit verpflichten zu müssen. P



KI im Gesundheitswesen: Es muss schneller gehen!

Künstliche Intelligenz (KI) durchdringt mittlerweile viele Lebensbereiche. Welche **CHANCEN UND RISIKEN DAMIT IN DER PATIENTENVERSORGUNG** verbunden sind, präsentierte Dr. Anita Puppe, Senior Healthcare Consultant Strategy & Business Design, IBM iX DACH, im Rahmen des 6. PRAEVENIRE Digital Health Symposions VOI. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

K I im Gesundheitswesen ist kein neues Thema. Bereits seit 1970 hat das IT-Unternehmen IBM an Projekten zum maschinellen Lernen gearbeitet und Anwendungen in der Praxis erforscht. Es folgte die Weiterentwicklung zu Deep Learning, einer speziellen Methode zur Informationsverarbeitung. Aktuell stehen Foundation Models im Vordergrund, die auf einem Deep-Learning-Algorithmus basieren, der mit extrem großen Datensätzen aus dem Internet trainiert wird. Noch einen Schritt weiter gehen Large Language Models (LLM). Sie arbeiten auf Basis von Deep-Learning-Modellen mit menschlicher Sprache. Ihr Ziel ist es, einen Text auf menschennähnliche Weise zu erzeugen und zu verstehen. Sie werden, beispielsweise wie ChatGPT, zur Generierung textbasierter Inhalte verwendet. „Wir haben im Vorjahr viele Pilotprojekte gestartet, um herauszufinden, welche Ansätze und Modelle ein sinnvolles Kosten-Nutzen-Verhältnis im Gesundheitswesen bieten können. So haben wir etwa einen Chatbot für die Kommunikation mit chronisch Kranken entwickelt und Projekte rund um das E-Rezept und die elektronische Patientenakte pilotiert“, bringt Dr. Anita Puppe, Senior Healthcare Consultant Strategy & Business Design, IBM iX DACH, im Rahmen des 6. PRAEVENIRE Digital Health Symposions Beispiele aus der Praxis.

Um die Entwicklung von KI-Anwendungen für das Gesundheitswesen zu beschleunigen braucht es mehr strategische Partnerschaften.

Anita Puppe

Rasch und sicher entscheiden

Mit KI-gestützten Entscheidungen Leben retten, das ist das Motto von VALIDATE, einer KI-basierten Software für den Einsatz im klinischen Alltag. Sie zielt darauf, Neurologinnen und Neurologen zu unterstützen, im Falle eines Schlaganfalls rasch die richtige Behandlungsentscheidung mit dem bestmöglichen Regenerationserfolg zu wählen. Die Software wird in einer prospektiven Studie evaluiert und aus den Ergebnissen werden Richtlinien und Prozesse abgeleitet, wie solche Entscheidungsunterstützungssysteme entwickelt und in das Gesundheitssystem integriert werden können. „Im VALIDATE-Projekt arbeiten zehn Partner aus Europa und Israel zusammen. Die Bandbreite der Expertise umfasst die Entwicklung medizinischer Machine-Learning-Modelle,

Forschungseinrichtungen mit Schwerpunkt auf vertrauenswürdige KI-Entwicklung, Patientenorganisationen, Universitätskliniken mit Schlaganfall-Ambulanzen sowie IBM iX als Experte für das Design und die Entwicklung nutzerzentrierter Software“, gibt Puppe Einblick und ergänzt: „Im Umfeld zeitkritischer Behandlungsentscheidungen ein Machine-Learning-Modell zu integrieren, schnelle und einfache Bedienbarkeit zu bieten und Ergebnisse schnell erfassbar und dennoch mit ausreichenden Informationen zu zeigen, war eine besondere Herausforderung an das Design. Die letzte Entscheidung liegt bei Ärztinnen und Ärzten und diese brauchen schnelle, valide und vertrauenswürdige Informationen für ihre Arbeit.“ Der Start der klinischen prospektiven Studie, bei der die Evidenz der Vorhersagen der App überprüft wird, ist gleichzeitig auch die Evaluierung, ob die Anforderungen an Bedienbarkeit und Vertrauenswürdigkeit ausreichend umgesetzt wurden.

Digitale Patientenbegleiter

„HealthAdvisor“ schließt daran an und ist eine KI-basierte App zur Prävention von Schlaganfällen – einer Erkrankung, die in einer alternden Gesellschaft zu einem steigenden Kostenfaktor für das Gesundheitssystem wird. „Gezielte Prävention kann helfen, mindestens 70 Prozent aller Schlaganfälle zu verhindern. Heutige Präventionsmaßnahmen sind jedoch oft zu allgemein und gehen nicht auf den individuellen Lebenswandel ein. Künstliche Intelligenz unterstützt bei der Gesundheitsvorsorge“, beschreibt Puppe die Vorteile. Mit einem Einverständnis zur Teilnahme an Studien werden die Daten der App an Forschungspartner übermittelt. Die Berechnung des Schlaganfallrisikos wird durch das Training des KI-Modells kontinuierlich verfeinert, wodurch Schlaganfälle langfristig vorhersagbar werden.

Als digitale Therapiebegleitung liefert das TheraKey Portal Betroffenen, Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen wissenschaftlich fundierte Informationen und begleitet eine Therapie mit hilfreichen Protokollfunktionen, Tools, Quizzes und Rezepten. Unterstützt werden acht Indikationen, unter anderem Typ-1- und Typ-2-Diabetes sowie Asthma und COPD und bilden den „verlängerten Arm der Behandler“: Betroffene und Angehörige kommen schneller an besser zugängliche, individuell zu treffende Informationen.

Forschung auf Basis von Echtzeitdaten

Die Plattform „mama health“ will bei chronischen Erkrankungen die Kluft zwischen der Wissenschaft und der realen Welt überbrücken:



Aktuell gibt es viele Datensilos, die nicht hilfreich sind, um das Vertrauen in den Datenaustausch zu fördern.

„Wir nutzen Tausende von echten Patientengeschichten, um den Weg von den ersten Symptomen bis zur Diagnose zu beschreiben. Die Erkenntnisse können den Diagnoseprozess rationalisieren, indem sie Gemeinsamkeiten und Muster aufzeigen, die aktuell oft zu Verzögerungen führen“, beschreibt Puppe die KI-Anwendung.

Hier wird das kollektive Wissen von Patientinnen und Patienten, Gesundheitsdienstleistern und Branchenführern zusammengeführt, um eine neue Ära der Zusammenarbeit und patientenzentrierten Innovation einzuleiten. Aktuell sind Erkrankungen wie Long Covid, Depressionen, Endometriose, atopische Dermatitis oder Multiple Sklerose abgedeckt, alle drei Monate soll um eine neue Krankheit erweitert werden. „Die Betreuung chronisch Kranker ist zeit- und damit kostenintensiv. Die Plattform kann viele Fragen abdecken, für deren Beantwortung das medizinische Personal heute keine Zeit mehr hat“, ist Puppe von den Vorteilen überzeugt. Eine essenzielle Voraussetzung, so die Expertin, ist das Ende der Datensilos und die offene Kommunikation: „Wir müssen bereit sein, das Vertrauen in den Datenaustausch aufzubauen und gemeinsam Probleme aus dem Alltag offen auf den Tisch legen. Nur so können IT-Unternehmen die Anforderungen aus den Kliniken und Praxen in digitale Sprache umsetzen“, sagt Puppe. Mit ELGA hat Österreich hier schon eine solide Ausgangsbasis, doch von einer echten innovationsfreundlichen Umgebung sind viele europäische Länder derzeit noch weit entfernt. Die Vorbehalte sind groß, Mut und Risikofreudigkeit sowie privates Investment und strategische Partnerschaften fehlen – all das sind Voraussetzungen, die eine Entwicklung von KI-Anwendungen für das Gesundheitswesen enorm beschleunigen und damit die Effizienzpotenziale heben könnten. P



© KRISTIAN JUHASZ

„Data Driven Hospitals sind keine Frage der Technologie.“

Wenn im Spital **STRATEGISCHE ENTSCHEIDUNGEN BEI ALLEN LEISTUNGSPROZESSEN AUF DER ANALYSE UND INTERPRETATION VON DATEN BASIEREN**, so spricht man von einem Data Driven Hospital. Daten zu erfassen ist aktuell keine Schwierigkeit, wenn sie jedoch strukturiert zur Verfügung gestellt werden sollen, stoßen selbst IT-Experten an ihre Grenzen. Der Grund ist die Spitalsorganisation. | von Michaela Meier

Silvio Frey ist Senior Manager im Bereich Digital Health Transformation im schweizerischen Beratungsunternehmen Detecon und Experte für Gesundheitsmarktösungen, die entlang der gesamten Wertschöpfungskette einer Organisation implementiert werden. Am Beispiel des Universitätsspitals Basel zeigt er die Herausforderungen, denen bei der Umsetzung von KI-Anwendungen im klinischen Prozess begegnet wird: „Das Problem ist die Interoperabilität. Der Ausgangspunkt in Basel waren 250 verschiedene Systeme, jedes für sich ein Datensilo. Was maschinell nicht übersetzt werden konnte, wurde durch Copy-Paste von PDF zu Word oder durch das Abschreiben von Papiervorlagen manuell übertragen“, beschreibt Frey den „IT-Alltag“, den er und sein Team vorgefunden haben.

Strukturierte Daten sind die Basis

Das Spitalmanagement hat sich dennoch für eine umfassende Digitalisierungsstrategie entschieden und am Beginn die gesamte Enterprise Architektur, also das Zusammenspiel von Elementen der Informationstechnologie und der gesamten Leistungserbringung des Spitals, analysieren lassen. Hier wurde rasch klar, dass zwischen den Prozessen und der Datenarchitektur das Problem liegt und eine Digitalisierungsstrategie auf der vorhandenen Basis nicht umgesetzt werden kann. Projektziel war das Data Driven Hospital: „Darunter versteht das Universitätsspital Basel die Integration eines ganzheitlichen Managements von Dateninfrastruktur und Datenverarbeitung auf der einen Seite und dem ganzheitlichen Management von Strategie, Organisation und allen Prozessen, nicht nur den medizinischen Kernprozessen, der Spitalsinfrastruktur auf der anderen Seite.“ Ziel war das Auflösen der Datensilos und das strukturierte

Key Facts zum „Data Driven Hospital“

- Die Grundlage bildet die Unternehmensarchitektur mit der entsprechenden Strategie.
- Das Ziel ist die Umsetzung der digitalen Strategie, die der Hauptteil für eine KI-Strategie ist.
- Die neuen Möglichkeiten sollen keine neuen Datensilos schaffen, dabei kann Co-Creation ein Ansatz sein.
- Eine gute Datengrundlage ist die Grundlage für KI-Anwendungen und neue Lösungen.
- KI-Anwendungen sollten zuerst die Low-hanging Fruits, wie zum Beispiel Supportprozesse, ansteuern.

Eine nachhaltige KI-Strategie orientiert sich primär an den Mehrwerten der Patientinnen und Patienten, den strategischen Zukunftsfeldern des Spitals, der verfügbaren Datenbasis und einem ausgewogenen Kosten-Nutzen-Verhältnis, so Silvio Frey, Senior Manager im Bereich Digital Health Transformation im schweizerischen Beratungsunternehmen Detecon.



Das Problem liegt dort, wo die Daten generiert werden, das heißt in den klinischen Prozessen bei Diagnostik, Therapie und der Pflege.

Silvio Frey

Erfassen von Daten nach dem FAIR-Prinzip – findable, accessible, interoperable, reusable –, das übersetzt so viel bedeutet wie den Grundsätzen der Auffindbarkeit, der Zugänglichkeit, der Interoperabilität und der Wiederverwendbarkeit folgend. Ausgerichtet ist die Strategie auf eine Patientenzentriertheit entlang der Behandlungspfade. „In der Theorie liegt das Konzept vor, die Ausschreibung wurde begonnen, musste aber wieder abgebrochen werden.“

Organisatorische Silos produzieren Datensilos

Aktuell ist im Konzept des Universitätsspitals Basel zu einem Data Driven Hospital vorgesehen, dass alle Daten auf ein Datawarehouse übertragen werden, wo die Themen der Effizienzsteigerung, der Qualität und der Kostensenkung sowie die Daten aus der Patient-Journey zusammenfließen. In Echtzeit werden damit sämtliche Inputs gesammelt und über einen

Meta-Datenkatalog die Interoperabilität aufgelöst. „Doch es ist wie ein Trichter, bei dem oben viele Daten reinkommen, unten können wenig benutzt werden. Genau dieses Problem wollte das Universitätsspital lösen, um schlussendlich aus der Datenbasis die entsprechenden Produkte und Tools zu entwickeln und zugänglich zu machen“, sagt Frey.

Die große Herausforderung dabei ist nicht die Technologie, sondern die organisatorischen Silos in einem Spital, die unweigerlich zu Datensilos führen. Auch hier konnte eine Lösung gefunden werden: durch den Einsatz von Co-Creation, einem Managementtool, das das kreative Potenzial der Menschen fordert und fördert. Co-Creation ist mehr als reine Kooperation oder Kollaboration. Menschen unterschiedlicher Arbeitsbereiche arbeiten nicht nur zusammen, sie gehen eine echte Verbindung ein und teilen positive Erfahrungen. Sie denken in Beziehungen. Das schafft Raum für neue Lösungen, die von allen getragen werden – mit hohem Engagement und in gemeinsamer Verantwortung. „Komplexe Zeiten verlangen kreative Lösungen. Da reicht es nicht mehr aus, wenn Menschen ab und zu aus ihren Silos heraustreten und zusammen Lösungen erarbeiten, die zwar gemeinsam gefunden, aber nicht von allen verinnerlicht und gelebt werden. Besser geht es mit Co-Creation“, ist Frey überzeugt. P



Datenschutz ist essenziell aber kein Hemmschuh

In Österreich kommen Diskussionen und Entscheidungen über Datennutzung im Gesundheitsbereich beim Thema Datenschutz unweigerlich ins Stocken. **RASCHE PRAGMATISCHE LÖSUNGEN SIND SELTEN.** Wo die Grenze zwischen Datenschutz und sinnvoller Datennutzung zu ziehen ist sowie ob und wie man beide Ziele konfliktfrei vereinen kann, erklärt der Datenschutz-Aktivist Thomas Lohninger, Geschäftsführer der NGO epicenter-works im PERISKOP

Interview. | von Rainald Edel, MBA

Gegründet wurde „epicenter.works – Plattform Grundrechtspolitik“ im Februar 2010. Entstanden ist diese Organisation aus dem Protest gegen die Vorratsdatenspeicherung und nannte sich ursprünglich Arbeitskreis Vorratsdaten Österreich (AKVorrat). Mittlerweile versteht sich diese NGO als Interessensvertretung für Grund- und Freiheitsrechte und setzt sich als starke Stimme der Zivilgesellschaft für einen aufgeklärten, sorgsam Umgang mit den Chancen und Risiken der Technik ein.

PERISKOP: Datenschutz hat in Österreich einen hohen Stellenwert. Während bei Gesundheitsdaten rasch Bedenken auftauchen, ist der Umgang mit Daten im privaten Bereich, bis hin zu Bankdaten oft recht sorglos. Messen wir in Österreich beim Datenschutz mit zweierlei Maß?

LOHNINGER: Man kann die privatwirtschaftliche Nutzung von Daten nicht mit der staatlichen gleichstellen. Denn ich habe keine Wahl, ob ich bei meinem Gesundheitssystem ein Konto habe oder ob ich in einer staatlichen Identitätsdatenbank gespeichert bin. Daher müssen an die staatliche Datenverarbeitung höhere Ansprüche gestellt werden als an die Privaten. Wobei sich die Datenschutzbewegung auch stark für eine Verschärfung des Datenschutzes bei den Big Techs, Facebook, Google, etc. einsetzen. Datenschutz ist ein Grundrecht und gilt für alle Menschen gegenüber allen, die Daten verarbeiten. Problematisch ist, dass in Österreich und in vielen anderen EU-Ländern die Strafbestimmungen gemäß der DSGVO nicht zur Anwendung kommen, wenn es sich um öffentliche Einrichtungen handelt. Das heißt, der Private hat Strafen zu befürchten, der Staat nicht. Notwendig wäre, dass dasselbe Prinzip für alle gelten sollte.

Zumindest medial, wird in letzter Zeit verstärkt auf Datenschutzprobleme hingewiesen. Sind Daten heute gefährdeter als früher? Wir leben in einer Informationsgesellschaft. Es ist heute sehr einfach und billig geworden, Daten zu erfassen, zu verarbeiten und auch für sehr lange Zeit auf Vorrat zu speichern. Daher brauchen wir Datenschutz, um unsere Grundrechte weiter ausüben zu können. Datenschutz und damit das Recht auf Privatheit leitet sich aus der Würde des Menschen ab. Datenschutz heißt nicht, dass man keine Daten weitergeben darf oder soll. Ich kann so freizügig sein, wie ich will, aber niemand darf mich dazu zwingen. Digitalisierung ist zwar in der Mitte der Gesellschaft angekommen, aber weil sie noch so neu ist, haben wir weder ein adäquates rechtliches Regelwerk noch die kulturellen Handlungsfähigkeiten und Fertigkeiten, ver-

antwortungsbewusst damit umzugehen. Es ist die Aufgabe unserer Generation, zu Lösungen zu kommen.

Fehlt in der Bevölkerung ein Bewusstsein für den richtigen Datenschutz?

Das Bewusstsein für Datenschutz ist in Zentraleuropa ausgeprägter als in anderen Weltregionen. Diese kulturelle Sensibilität hängt möglicherweise auch mit unserer Geschichte und Erfahrungen mit totalitären Systemen zusammen. Allerdings gibt es bei uns ein sehr geringes oder ungleich verteiltes Wissen über die technische Realität und die rechtlichen Rahmenbedingungen. Heutzutage muss man an vielen Stellen Entscheidungen zum Datenschutz treffen, nicht nur wenn es ein Berufsgeheimnis gibt, wo es ganz offensichtlich ist. Ebenso oft gilt es, sich selbst zu schützen. Die Menschen wollen auch selbstbestimmt mit ihren Daten umgehen. Deshalb haben wir mit Epicenter Academy vor Kurzem einen Bildungsarm aufgebaut, der an Schulen, in der Lehrerausbildung, bei Anwältinnen und Anwälten, bei Steuerberaterinnen und Steuerberatern sowie auf der Verwaltungsakademie versucht, das Bewusstsein für den richtigen Umgang mit Daten zu schärfen sowie mit technischem und rechtlichem Wissen zu komplementieren. Die große Nachfrage zeigt, wir haben damit genau das richtige Angebot geschaffen.

Die DSGVO wird gerne als Argument strapaziert, warum eine Herausgabe von Daten oder deren Beforschung nicht möglich ist. Wie kann man den Schutz des Individuums und die Freiheit der Forschung unter einen Hut bringen?

Datenschutz und datenbasierte Forschung sind kein Widerspruch. Man kann das perfekt in Einklang bringen, wenn man in der Designphase und in der Ausgestaltung eine Architektur wählt, die beiden Ansprüchen genüge tut. Dazu braucht es einen modernen Stand der Technik, bezüglich der Anonymisierung der Daten. Dann ist vieles möglich, wo man komplett außerhalb der DSGVO ist. Dann sind Daten ein Allgemeingut, das beforscht werden kann, ohne Nachteil für jemand anderen. Derartige Verfahren wie Differential Privacy, synthetische Daten, sind auch mathematisch beweisbar und somit valide. Wenn keine aggregierten Daten reichen und die Microdaten selbst genutzt werden sollen, braucht es wie sonst in unserem Rechtssystem eine Verhältnismäßigkeitsprüfung. Dabei gilt es abzuwägen, ob die Forschung tatsächlich im öffentlichen Interesse ist und deren Resultate auch der Allgemeinheit zugutekommen. Aber auch zu hinterfragen, ob wirklich alle Daten benötigt werden oder ob es auch ein gelinderes Mittel ohne Nachteil für das Individuum gäbe



Thomas Lohninger ist Geschäftsführer der netzpolitischen Bürgerrechtsorganisation epicenter.works in Wien.



© KRISTIAN JUHASZ

– vielleicht reicht nur ein Sample, ein Subset oder eine Benchmarkgruppe. Und zuletzt braucht es die richtigen Schutzschranken.

Bedeutet dies, es bräuchte mehr Aufklärung sowohl bei jenen, die bei der zur Verfügungstellung von Daten auf der Bremse stehen, wie auch bei jenen, die einen zu saloppen Umgang mit dem Datenschutz haben?

Wir haben heuer mit dem Beschluss eines Informationsfreiheitsgesetzes in Österreich ein zehnjähriges Projekt abgeschlossen, an dem ich als Experte im Verfassungsausschuss mitwirken durfte. Datenschutz und Informationsfreiheit sind eigentlich zwei Seiten derselben Medaille. Überall dort, wo ein überwiegendes öffentliches Interesse herrscht, wo wir von einem transparenten Staat und transparenten Abläufen unseres Allgemeinwesens sprechen, muss es die Möglichkeit eines Datenzugriffs geben. Nur muss man diesen mit dem Datenschutz in Einklang bringen. Grundsätzlich gäbe es mit dem Austrian Microdata Center eine Stelle, die für die Aufbereitung und zur Verfügungstellung von Daten der öffentlichen Hand vorgesehen wäre. Allerdings ist diese Konstruktion hoch riskant, sodass ich im Moment abrate, hier mehr Daten einzuspeisen. Hätte man diese Konstruktion sauber gemacht, wäre ich sofort auf der Seite jener, die eine Öffnung dieser Daten, die vornehmlich aus den Ministerien kommen, befürworten. Retten lässt sich die Situation nur, wenn man das derzeitige Gesetz reformiert und eine tragfähige Lösung schafft. **P**

Digitalisierungsaufträge aus dem Finanzausgleich

Der Finanzausgleich zielt auf eine gerechte Verteilung der vom Bund eingehobenen Steuermittel an Länder, Städte und Gemeinden ab. Einen Schwerpunkt bildete das Gesundheitswesen vor dem Hintergrund, dass sich **ÖSTERREICH FÜR DEN ZU ERWARTENDEN DEMOGRAFISCHEN WANDEL RÜSTEN MUSS.** | von Michaela Meier

Ein vorrangiges Ziel des Finanzausgleichs war die Entlastung der Spitäler und die verstärkte Lenkung der Patientinnen und Patienten in den niedergelassenen Sektor. „Dazu braucht es mehr Ressourcen und den Ausbau der Primärversorgung, daher planen wir bis zum Jahr 2030 300 Primärversorgungszentren für ganz Österreich“, sagt Andreas Huss, MBA, Obmann der österreichischen Gesundheitskasse. Das entspricht einer Aufstockung um das Fünffache der derzeit 64 Primärversorgungseinheiten (PVE). „Ich bin überzeugt, dass die momentanen Strukturen einer Einzelarztpraxis keine wirkungsvolle Entlastung des Spitalssektors übernehmen können, im Gegenteil. Die eingeschränkten Öffnungszeiten führen zu einer Unterversorgung der Bevölkerung, die zu den Randzeiten und am Wochenende erst recht in die Spitäler drängt“, betont der ÖGK-Obmann. Die Vereinbarungen im Finanzausgleich sind zwar erfreulich, dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Geldflüsse genau gegenteilig verteilt wurden: Für die Stärkung des spitalsambulanten Bereichs sowie für Struktur-reformen werden pro Jahr zusätzlich 550 Mio. Euro bereitgestellt, ab dem Jahr 2025 erfolgt die Valorisierung mit der Inflationsrate laut WIFO-Mittelfristprognose um + 2 Prozentpunkte. Die Stärkung des niedergelassenen Bereichs schlägt lediglich mit + 300,0 Mio. Euro pro Jahr zu Buche und für die Digitalisierung einigte man sich auf ein Plus von 17,0 Mio. Euro pro Jahr.

Planung ohne Datenbasis beenden

Die Digitalisierung spiegelt sich in einer Reihe von Vereinbarungen wider. „Wir müssen aufhören, die Patientinnen und Patienten mit Röntgenbildern und Befunden durch das System zu schicken. Die Daten können einfach in das ELGA-System gespielt werden und stehen damit den Patientinnen und Patienten sowie den behandelnden Gesundheitsdienstleistern über die e-card jederzeit zur Verfügung“, fordert Huss. Im Idealfall haben Betroffene ihre Gesundheitsdaten immer bei sich und wir können Doppelbefunde vermeiden. Ein weiteres Manko sieht Huss in der fehlenden Diagnosecodierung im niedergelassenen Sektor: „Wir wissen in Österreich nicht genau, welche Krankheiten in welchen Regionen die Menschen haben. Daher planen wir im Blindflug die Versorgung. Das muss ein Ende haben“, so der ÖGK-Obmann und bringt als Beispiel die Versorgung von Long-Covid-Patientinnen und -Patienten: „Wir mussten uns mit Vergleichsdaten aus dem Ausland behelfen, weil uns in Ös-

terreich die Information fehlt. Wir können von den Krankenständen teilweise Zahlen ableiten, wissen aber nichts über Kinder und Jugendliche oder Pensionisten. Aus diesem Grund wurde mit 1.1.2026 die verpflichtende Diagnosecodierung im niedergelassenen Sektor eingeführt, unabhängig ob es sich um Kassen-, Wahl- oder Privatpraxen handelt. Ebenfalls aufräumen will Huss mit der „Blackbox Wahlarzt“, um größtmögliche Transparenz in der Versorgung zu gewährleisten. „Aktuell haben wir rund 11.000 Wahlärztinnen und -ärzte, die nicht im Kassensystem mitarbeiten. 90 Prozent aller Abrechnungen bekommen wir von etwa 40 Prozent der Wahlärztinnen und -ärzte, die nicht im Kassensystem mitarbeiten. Die e-card, die derzeit nur über ein Stecksystem ausgelesen werden kann, soll künftig mobil werden und über die NFC-Funktion am Mobiltelefon abrufbar sein. Apotheken und weitere Gesundheitsberufe, wie etwa die mobile Pflege, sollen ebenfalls angebunden werden.“



terreich die Information fehlt. Wir können von den Krankenständen teilweise Zahlen ableiten, wissen aber nichts über Kinder und Jugendliche oder Pensionisten. Aus diesem Grund wurde mit 1.1.2026 die verpflichtende Diagnosecodierung im niedergelassenen Sektor eingeführt, unabhängig ob es sich um Kassen-, Wahl- oder Privatpraxen handelt. Ebenfalls aufräumen will Huss mit der „Blackbox Wahlarzt“, um größtmögliche Transparenz in der Versorgung zu gewährleisten. „Aktuell haben wir rund 11.000 Wahlärztinnen und -ärzte, die nicht im Kassensystem mitarbeiten. 90 Prozent aller Abrechnungen bekommen wir von etwa 40 Prozent der Wahlärztinnen und -ärzte, die nicht im Kassensystem mitarbeiten. Die e-card, die derzeit nur über ein Stecksystem ausgelesen werden kann, soll künftig mobil werden und über die NFC-Funktion am Mobiltelefon abrufbar sein. Apotheken und weitere Gesundheitsberufe, wie etwa die mobile Pflege, sollen ebenfalls angebunden werden.“

Weiterentwicklung bewährter Systeme

Als Erstanlaufstelle bei gesundheitlichen Fragen soll die Lotsenfunktion der Gesundheitshotline 1450 ausgebaut werden. Ergänzt wird der Service um ein Terminvergabesystem via App.

Beschlossen wurde auch die Anbindung an das ELGA-System, sodass Zuweiser die Berechtigung vom Anrufer erhalten, auf die Krankenakte zuzugreifen.

Obwohl ELGA international als Vorzeigemodell gilt, ist auch hier eine Weiterentwicklung dringend erforderlich: „Wir wollen noch heuer alle Radiologiedaten zur Verfügung stellen und verhandeln aktuell auch mit Laborbetreibern“, freut sich Huss über den Erfolg. Das Vorhandensein vieler Gesundheitsdaten unterstützt aber Ärztinnen und Ärzte nicht, bei der täglichen Arbeit effizienter zu agieren. Daher ist die Entwicklung und Implementierung eines Patient Summary erforderlich, die auf einen Blick die wesentlichen Eckpunkte einer Krankengeschichte hervorhebt, die wichtig sein könnten, wie etwa Vorerkrankungen, Allergien oder verordnete Medikamente. Die ÖGK hat zudem beschlossen, eine 24/7-Telemedizinpraxis einzurichten, die über 1450 geroutet wird und österreichweit mit einer Ärztin oder einem Arzt verbindet.

Um Patientendaten in Zukunft besser vernetzen zu können, muss sich Österreich auf die Teilnahme am europäischen Gesundheitsdatenraum vorbereiten. „Wir haben noch viele Hausaufgaben zu machen. Mit unserer jetzigen Datenbasis wären wir momentan nicht fähig, an so einem System teilzunehmen“, sagt Huss. Ziel muss es sein, dass Patientinnen und Patienten mit einer europäischen Versicherungskarte nicht nur überall in Europa behandelt werden können, sondern dass die Behandlerinnen und Behandler auch Zugriff auf das Patient Summary in ELGA haben. **P**

EHDS wird auch Österreich ein Patient Summary bringen

Die EU-Ebene steht mit dem European Health Data Space (EHDS) **SCHON KURZ VOR DEM ABSCHLUSS DER VERHANDLUNGEN ZUR NEUEN EU-VERORDNUNG.** Im Rahmen des 6. PRAEVENIRE Digital Health Symposions gaben Helene Prenner, MA, von er ELGA GmbH sowie Dr. Christoph Prowondra und Dr. Helmut Dultinger von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (ÖGAM) Einblicke in die österreichischen Fortschritte zur Umsetzung und beleuchteten dabei besonders den Bereich des Patient Summary. | von Rainald Edel, MBA

Die 2020 beschlossene Europäische Datenstrategie soll die EU an die Spitze einer datengesteuerten Gesellschaft bringen und hat dazu die Umsetzung eines Binnenmarktes für Daten in Angriff genommen. Mit dem im 2023 in Kraft getretenen Data Governance Act (DGA) will die EU mehr Daten zur Nutzung freigeben und branchenübergreifend regeln, wer welche Daten für welche Zwecke nutzen darf. Bisher wurde der verfügbare Datenbestand aufgrund gesetzlicher, wirtschaftlicher und technischer Hemmnisse nicht vollständig ausgenutzt. Als erster Teilbereich eines Europäischen Datenraums soll der Gesundheitsbereich realisiert werden. Nicht nur deshalb bekommt dessen Umsetzung besonders große Aufmerksamkeit. Um Welche Datenmenge es sich dabei handelt, schilderte Helene Prenner, Projektleiterin bei der ELGA GmbH, in ihrer Keynote anhand eines Eindrücklichen Beispiels: „Würde man die 2028 gespeicherte Datenmenge auf Festplatten handelsüblicher Laptops mit 512 Gigabyte Festplattenkapazität speichern und diese stapeln, würde das eine Strecke von der Erde bis zum Mond und wieder retour ergeben. 2025 bräuchte man, um das Datenvolumen zu speichern, bereits fünf Mal diese Strecke“.

Der EHDS deckt fünf wesentliche Bereiche des Umgangs mit Daten ab. Jede und jeder Einzelne soll befähigt werden, die Kontrolle über die eigenen, personenbezogenen Gesundheitsdaten zu übernehmen. „Zugang soll man nicht nur zu jenen Daten bekommen, die aus der Nutzung des Gesundheitssystems entstehen. Der EHDS fordert darüber hinaus auch noch eine Selbst-

eintragung von Daten“, so Prenner. Damit soll es möglich werden, dass man auch jene Gesundheitsdaten, die man über Gesundheitsapps etc sammelt mit jenen aus ELGA verbinden kann. Als zweiter wichtiger Punkt ist der Zugang nicht nur für Ärztinnen und Ärzte, sondern für alle Gesundheitsdiensteanbieter die sich um eine Patientin, einen Patienten behandeln oder betreuen, vorgesehen. Weiters geregelt ist der Zugriff auf sogenannte Sekundärdaten, für die Wissenschaft aber auch als vierter Punkt soll es einen europaweit einheitlichen Zugriff für die Politik und Versorgungsplanung geben. Und als letzter Punkt sollen Marktbarrieren durch einheitliche Standards und Mechanismen gesenkt werden. Durch den EHDS werden in Europa und somit Österreich zwei neue Begriffe geformt: MyHealth @EU und HealthData@EU. Das sind die zwei Säulen für die Primärdaten sowie für die Sekundärdaten. Auf der Primärdaten-seite lassen sich aus dem EHDS fünf prioritäre Projekte ableiten, an denen gearbeitet wird, schildert Prenner. Das Patient Summary muss nach einem einheitlichen, von der Europäischen Union gemeinsam mit den Mitgliedsstaaten festgelegten Standard implementiert werden. Dann die Bereiche ePrescription, eDispensation als Service einrichten. Zusätzlich sollen medizinischen Bilddate, Labordaten sowie die Spitals-Entlassungsbriefe digital zugänglich gemacht werden. Zwei dieser Bereiche werden zuerst umgesetzt: das Service ePrescription, eDispensation und das Patient Summary. Hier ist die Übergangsfrist vier Jahre ab in Kraft treten des EHDS, müssen diese Services national wie EU-weit zur Verfügung stehen“, schilderte

Die Keynoter (v.l.n.r.): Helmut Dultinger, Christoph Prowondra, Helene Prenner

Prenner. Die weiteren drei Kategorien Labordaten, Entlassungsbriefe und Bilddaten haben sechs Jahre Übergangszeitraum. Zum weiteren Fahrplan schilderte Prenner, dass die Verhandlungen auf EU-Ebene kurz vor dem Abschluss stehen. Es ist daher auszugehen, dass die EU-Verordnung Mitte des heurigen Jahres beschlossen wird, womit die Übergangsfristen beginnen.

Mit automatisierter Codierung zum Patient Summary

„Automatische Codierung ist die Zukunft“, leitete Dr. Christoph Prowondra, Allgemeinmediziner und Vorstandsmitglied der ÖGAM den gemeinsam mit dem Allgemeinmediziner Dr Helmut Dultinger gehaltenen Vortrag über die Erstellung des Patient Summary: Beide sind innerhalb der ÖGAM federführend beim Thema Diagnose-Codierung und der Etablierung des Standards SNOMED. Ein wichtiges Argument, dass für die automatisierte Erstellung einer Codierung spricht, sei, so Prowondra, man habe in den Ordinationen nur wenig Zeit für die Patientinnen und Patienten und könne es sich daher nicht leisten im Rahmen der Dokumentation noch zusätzlich Codes zu suchen. „Ab 1.1.2025 wird die ambulante Diagnose-Codierung verpflichtend. Das große Problem ist, man hat den Eindruck, codiert wird nur für Statistikkzwecke oder für die sekundäre Nutzung. Wir glauben, Codierung braucht man auch für die Primärdatennutzung. Das schließt auch die Patientinnen und Patienten sowie sämtliche Gesundheitsberufe ein“, erklärte Prowondra. Das Prinzip der automatisierten Codierung führe Dokumentation



und Codierung zusammen. Die Idee dahinter: man verwendet zur Dokumentation einen fachsprachlichen Begriff und automatisch wird ein dementsprechender Code automatisch vorgeschlagen. „Der Mehrwert für Primärnutzer, also für Patientinnen und Gesundheitsdienste ist, es werden so interoperable klinische Daten geschaffen. Das wiederum stellt die Basis für den Patient Summary dar“, so Prowondra. Weitere Nutzen sei der Decision Support, die Patientensicherheit und es erleichtere die interprofessionelle Zusammenarbeit. Da Texteingaben nicht maschinell lesbar sind, braucht es deren Übersetzung in maschinenlesbare Codes. „Helmut Dultinger und ich haben uns in der Vergangenheit bemüht, alle denkbaren Textdiagnosen mit einem Code zu hinterlegen, und zwar für alle in Österreich lizenzierten Codesysteme“, erklärte Prowondra zum Thema Referenzterminologie. Berücksichtigt wurde dabei sowohl das in der Primärversorgung verwendete ICPD-2, als auch ICD-10das im Spitalsbereich verwendet wird. Zudem wurde noch SNOMED berücksichtigt. Letzteres sei auch der Schlüssel, um automatisch zu codieren. „SNOMED ist für Anwender gedacht, weniger für Statistiker, weniger für Sekundärnutzer, weil es keine Klassifikation ist, wo man sich die Klassen herausuchen kann und herausfiltern kann, sondern für die Schaffung interoperabler Daten ideal. Mit der neuen Referenzterminologie schaffen wir unterschiedliche Sichtweisen und erfüllen damit auch die Ansprüche derer, die auch für Sekundärdatennutzung verantwortlich sind“, so Prowondra.

Intuitiv bedienbares Codierungstool

Mit einem plakativen Beispiel machte Helmut Dultinger die Unterscheide zwischen den Codierungssystemen deutlich und warum Fachsprache, auch in Bezug auf das Patient Summary wichtig ist: „Wenn man zum Beispiel bei einem der Patient mit Unterbauchschmerzen kommt, eine Blinddarmentzündung als Ursache ausschließen will, kann ich ihn fragen ob er appendektomiert ist oder ich sehe im Patient Summary nach finde eine Appendektomie vermerkt. In SNOMED ist das das auch eindeutig identifizierbar, denn History of Appendectomy

Die Diskussionsrunde (v.l.n.r.): Mona Dür, Bernhard Rupp, Helene Prenner, Thomas Holzgruber, Christoph Prowondra, Helmut Dultinger

ist ein eindeutiger Begriff. In ICD-10 würde es mit „Verlust anderer Teile des Verdauungstraktes“ sein. Für die Statistik reicht das, für die Arbeit mit der Patientin, dem Patienten nicht, da müsste man erst recht wieder fragen“. Mit der mit der Referenzterminologie allein findet man nichts, wenn man nur einzelne Fachbegriffe hat. Daher war die größte Herausforderung die Übersetzung der 350.000 englischen Fachtermini ins Deutsche. Zu Hilfe kam Prowondra und Dultinger ein Kontakt mit der Med-Uni Graz. Denn Univ.-Prof Dr. Stefan Schulz, vom Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation, der sich schon seit 20 Jahren mit SNOMED-CD befasste, hat eine sogenannte Interface-Terminologie entwickelt, die fünf Millionen Begriffe enthält. Damit wurde es möglich auch Synonyme, Abkürzungen, englische oder lateinische Begriffe zu berücksichtigen, um semantisch korrekt zu kodieren. Dieser Code wird im Hintergrund gespeichert und ist dann letztlich auch für den European Health Data Space und für das International Patient Summary wichtig, weil überall in Europa gelesen werden kann. Die Referenzterminologie ist keine rein ärztliche Terminologie. Sondern eine für jede Art der medizinischen Dokumentation. „Egal was du eingibst, du bekommst einen Code. Das heißt sowohl 1450, Rettung, alle GDAs, alle Ärztinnen und Ärzte, alle Krankenhäuser sollen in diesem System codieren. Eine Datenbank für den gesamten Gesundheitsbereich, für Österreich, für Europa. Nur so können wir uns automatisch austauschen. Nur so können wir fehlerfrei für die Patienten arbeiten“, schilderte Dultinger. Er habe mit Prowondra das Ref-Set der Family Medizin sowie das Ref-Set International Patient Summary übersetzt. „Das waren insgesamt 15.000 Codes. Das heißt die Basis von SNOMED CT zum Anwenden im gesamten deutschsprachigen Bereich ist da. Wir können heute mit dem Projekt starten“, so Dultinger. Auch wenn es bis zur Umsetzung des Patient Summary in Österreich und international noch ein wenig dauern werde, könne man die neue Technologie bereits heute schon nutzen, beispielsweise für Arztbriefe. „Die Hauptbotschaft

SNOMED ist die einzige Terminologie, die die medizinische Fachsprache abdeckt. Daher wird auch SNOMED für den International Patient Summary zur Verwendung empfohlen.

Helmut Dultinger

dieses Vortrags: vergesst die Codierung. Die Sache muss im Hintergrund ablaufen“, schloss Dultinger die Keynote.

Aus der Diskussion

Auch wenn es natürlich politisch jetzt noch nicht abschließend geklärt ist, welche Organisation in Österreich im Zuge des EHDS die „Digital Health Authority“ sein wird, kümmert sich, die ELGA GmbH bereits jetzt um die Implementierungen sowie das Aufsetzen der Gesamtprogramme und Projekte, berichtete Prenner in der Diskussion. SNOMED ist die einzige Terminologie, die die medizinische Fachsprache abdeckt. Daher wird auch SNOMED für den International Patient Summary zur Verwendung empfohlen, sagte Dultinger. Den primären Nutzen des Kordierens muss besser kommuniziert werden und muss auch sehr rasch fühlbar werden, ergänzte Prowondra. „Die AK Niederösterreich ist bestrebt, für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die entweder dienstlich im Ausland unterwegs sind oder die Urlaub in der Weise im Ausland unterwegs sind, die bestmögliche Versorgung sicherzustellen“, erklärte Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA. In diesem Sinne sei der EHDS und der Patient Summary zu begrüßen. „Ich halte den 1.1.2025 als Start für die Codierung für sehr sportlich, denn momentan sind die Fortschritte eher langsam. Das Patient Summary wird nur auf Basis einer vernünftigen Codierung funktionieren. Die entscheidenden Stichworte werden Zeit, Nutzbring und Finanzierung, anders wird es nicht gehen“, erklärte Hofrat Dr. Thomas Holzgruber, Patientenombudsmann der Ärztekammer für Wien. **P**



© KRISTIAN JUHASZ(E)

© KRISTIAN JUHASZ



Digitalisierung als Effizienz-turbo

Patientenströme nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ zu lenken, **KANN EINEN EFFEKTIVEREN EINSATZ DER RESSOURCEN IM GESUNDHEITSSYSTEM GEWÄHRLEISTEN.** Überzeugende Zahlen dazu liefert eine Studie der Wirtschaftskammer Wien. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Auch wenn es viele Patientinnen und Patienten nicht wahrhaben wollen, so steht längst fest, dass die Spitalsambulanz nicht immer für jedes gesundheitliche Anliegen der „Best Point of Service“ ist. Wer schnell, sicher und gut versorgt sein will, der ist manchmal im extramuralen Sektor oder gar zu Hause sogar besser aufgehoben. Seit vielen Jahren wurden immer wieder Initiativen gestartet, die dafür sorgen sollten, die Patientenlenkung durch das System so zu gestalten, dass sich die beste Versorgung bei gleichzeitiger Nutzung der kostengünstigsten Form an Ressourcen automatisch regelt. Doch die großzügige Wahlfreiheit der Österreicherinnen und Österreicher, dort in das System einzutreten, wo man es persönlich für am besten hält, hat viele dieser Bemühungen bereits im Keim erstickt. Patientinnen und Patienten an den „Best Point of Service“ zu leiten, ist nicht leicht, denn oft sind es die mangelnde Gesundheitskompetenz, unpassende Öffnungszeiten oder der Gedanke, dass ein One-Stop-Shop einfach Sicherheit gibt, die sie mit harmlosen Beschwerden in Spitäler treiben.

„Nach Angaben einer Studie der Wiener Wirtschaftskammer könnten über die Hälfte aller Personen, die in eine Spitalsambulanz gehen, im niedergelassenen Bereich gleich gut oder sogar noch besser versorgt werden“, bringt es Dr. Alexander Biach, Direktor-Stellvertreter in der Wirtschaftskammer Wien, im Rahmen des 6. PRAEVENIRE Digital Health Symposiums auf den Punkt. Wer sich Sorgen macht und plötzlich ein gesundheitliches Problem hat, das beunruhigt, möchte verständlicherweise den besten und schnellsten Rat. Beides kann 1450 bieten und setzt „digital vor ambulant vor stationär“ einfach in die Praxis um. Der Wert der telefonischen Gesundheitsberatung wurde jetzt auch von der Regierung anerkannt und hat Eingang in eine umfangreiche Sammelnovelle zur Gesundheitsreform gefunden, die im Parlament kürzlich beschlossen wurde. Das Commitment der Parteien sieht einen Ausbau der digitalen Angebote vor, das den Ausbau der Gesundheits-

beratung 1450, die verpflichtende Anbindung der Wahlärztinnen und -ärzte an das e-card- und ELGA-System, eine verpflichtende Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich, die Einrichtung einer gemeinsamen behördlichen Datenauswertungsplattform sowie den Aufbau eines Terminmanagement-Systems vorsieht.

Spitalsambulanzen sind als One-Stop-Shop attraktive Anlaufstellen, aber mehr als die Hälfte der Personen, die dort angekommen, wären im niedergelassenen Bereich deutlich besser aufgehoben.

Alexander Biach

Österreich hat Aufholbedarf

Warum digitale Angebote die Lösung für die auftretenden Finanz- und Steuerungsprobleme im Gesundheitsbereich sind, ist leicht erklärt: Die Lebenserwartung in Österreich steigt, doch die Zahl der gesunden Lebensjahre nimmt nicht im selben Ausmaß zu und auch die Ressourcen für einen Ausbau der Gesundheitsangebote sind nicht endlos vorhanden. Der Ärztemangel, lange Wartezeiten oder Versorgungslücken sind nur einige der längst spürbaren Auswirkungen. „Wir liegen im europäischen Schnitt bei 59 gesunden Lebensjahren. Das ist im Vergleich zu beispielsweise Schweden, das bei rund 73 Jahren liegt, relativ gering“, sagt Biach. Österreich hat also Aufholbedarf, was die Fitness der Menschen betrifft, und das spiegeln auch die Gesundheitsausgaben wider. Sie liegen bei rund 50 Milliarden Euro, davon werden 40 Milliarden vom öffentlichen Sektor bereitgestellt und noch einmal 10 Milliarden vom privaten Sektor getätigt. „Der Spitalsbereich schlug 2022 mit Kosten von 18 Milliarden Euro zu Buche, wovon lediglich 4 Milliarden auf den ambulanten Sektor entfielen. Diese Entwicklung ist besorgniserregend, wenn wir sie im Trend betrachten:

Kostenvergleich – wie wirksam sind die Bereiche?			
	Kosten pro Fall in Euro	Gesamtaufwand in Mio. Euro	Reichweite
Stationärer Spitalsbereich	6.561	12.548	2 Mio. Pat. (Entlassungen)
Ambulanter Spitalsbereich	432	3.859	8,9 Mio.
Niedergelassener Sektor	100,5	10.428 (Ärztinnen/Ärzte inkl. Medikamente)	132,3 Mio. Behandlungen



Eine Studie der Wiener Wirtschaftskammer fast die Effizienzpotenziale einer strukturierten Patientenlenkung zusammen.

Vor zehn Jahren entfielen auf das Spitalswesen nur 12 Milliarden Euro. Mittlerweile sind aber auch die Belagstage von rund 14 Millionen auf knapp 11 Milliarden zurückgegangen. Das heißt, wir haben deutlich weniger Patientinnen und Patienten im stationären Bereich, aber empfindlich steigende Kosten“, fasst Biach zusammen. Während in den Ambulanzen die Zahl der Patientinnen und Patienten in den letzten zehn Jahren etwa gleichgeblieben ist, sind auch hier die Kosten gestiegen. Im Vergleich dazu ist der niedergelassene Bereich bei den Kosten relativ stabil geblieben und lediglich von 3,6 Milliarden auf in etwa 4,5 Milliarden Euro gestiegen. „Der teuerste Behandlungspunkt ist der stationäre Spitalsbereich mit 6.561 Euro. Im niedergelassenen Bereich kostet eine ärztliche Behandlung inklusive Medikamente rund 100 Euro“, weiß der Experte aus den Berechnungen der Wirtschaftskammer.

Potenziale von stationär zu ambulant

Um tatsächlich Kosten im Gesundheitsbereich verlagern und einsparen zu können, müssen Patientinnen und Patienten in einen günstigeren Versorgungsbereich gelenkt werden. Das Ungleichgewicht von Kosten und Reichweite, das zwischen niedergelassenen Vertragsärzten, Spitalsambulanzen und im stationären Spitalsbereich herrscht, ist zwar auch durch

die unterschiedliche Komplexität der Behandlungen zu erklären, bietet aber dennoch hohes Optimierungspotenzial. Fortschritte in der Medizintechnik schaffen den Rahmen, dass mehr chirurgische Eingriffe pro Tag möglich sind und viele davon tagesklinisch abgewickelt werden können. Das verkürzt die Behandlungsdauer und spart Ressourcen, ohne dass dabei die Qualität der Versorgung leidet. Aufgrund der im stationären Bereich steigenden Kosten wurde im Bundeszielsteuerungsvertrag 2017 das operative Ziel „Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen“ festgelegt. Darin wurden 14 Leistungsbündel festgelegt, die vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden sollten, wie zum Beispiel Katarakt-, Hernien- oder Varizenoperationen. „Gelingt eine Verlagerung von stationär in den ambulanten Bereich, so würden im Schnitt 770 Euro pro Tag, das sind die Kosten pro Bett ohne Behandlung, jedenfalls wegfallen. Für die in der Zielsteuerung genannten Leistungsbündel ergibt sich bei konservativen Schätzungen bei extrakapsulären Kataraktoperationen mit Linsenimplantation ein Sparpotenzial von rund 9,6 Mio. Euro“, rechnet Biach vor. Ähnliche Kalkulationen zeigen bei Varizen ein Potenzial von 5,2 Mio. Euro, bei Leistenhernien-Operationen sogar knapp 14,3 Mio. Euro und bei Tonsillen weitere 18,7 Mio. Euro. „Beispielhaft kann allein bei den ausgewählten chirurgischen Interventionen in Summe ein Einsparungspotenzial von rund 47,8 Mio. Euro errechnet werden. Mehr Konsequenz bei den im Zielsteuerungsvertrag genannten medizinisch möglichen Interventionen würde hier noch mehr Möglichkeiten eröffnen“, so Biach.

Das E-Rezept ist ein hochkomplexer Prozess mit Tausenden von Akteuren und belegt eindrucksvoll, wie digitale Lösungen zum Vorteil der Versicherten eingesetzt werden können.

Marcelo Abi-Ramia Caetano

Voraussetzungen für Patientenlenkung

Das Verlagerungspotenzial vom ambulanten in den niedergelassenen Bereich konnte in der WKO-Studie mit rund 2,45 Milliarden Euro quantifiziert werden. „Das heißt, das führt tatsächlich zu weniger Kosten im Spitalsbereich und die Investitionen in diesem Bereich, die freierwerdenden 2,5 Milliarden Euro, könnte man klug in den Ausbau des niedergelassenen Bereichs investieren, um hier eine höhere Qualität bieten zu können. Das würde zu neuen Wachstums- und auch Arbeitsplatzeffekten führen“, prognostiziert Biach. Um Patientinnen und Patienten klug zu lenken, sieht der Experte drei Voraussetzungen als notwendig: „Wir müssen dem Grundsatz 1450 First folgen, das heißt, nach unserer Vorstellung sollte bei jeder Krankheit oder jedem Gesundheitsbedürfnis, das entsteht, zuerst 1450 konsultiert werden. Bei einer Konsultation von 1450 soll die Ärztin oder der Arzt eine Empfehlung geben, wohin sich die Anrufernden wenden sollen. Das kann zum Beispiel auch die Organisation eines Termins im niedergelassenen Bereich sein“, beschreibt Biach. Wenn die Patientinnen und Patienten diesen vorgeschlagenen Weg einhalten, könnte als „Belohnung“ dafür etwa die Rezeptgebühr erspart bleiben.

ISSA Good Practice Award for Europe 2024
Prix AISS des bonnes pratiques pour l'Europe 2024
Premio de la AISS de Buenas Prácticas para Europa 2024
IVSS-Preis für gute Praxis in Europa 2024



Dachverbands-Vorsitzender Peter Lehner (2. von links) übernimmt mit SVC-Geschäftsführerin Ursula Weismann und Dr. Alexander Burz vom Dachverband der Sozialversicherungsträger (re) den „ISSA Special Distinction for Innovation“-Preis für das E-Rezept.

Parallel dazu ergibt sich auch die Empfehlung zum Ausbau der Primärversorgungseinheiten und der Spitalsangebote, um auch am Wochenende oder zu Tagesrandzeiten die Unsicherheiten in der Versorgung zu reduzieren. Der beste Weg, so Biach, wäre aber eine Patientenlenkung durch mehr Prävention, sodass die Patientinnen und Patienten erst gar nicht die Reparaturmedizin in Anspruch nehmen müssen. „Auch hier kann digital gesteuert und motiviert werden, etwa durch den Best-Agers-Bonus-Pass“, ist Biach überzeugt.

Politik der kleinen Schritte

Das der eingeschlagene Weg jedenfalls der richtige ist, zeigt der kürzlich erreichte Ministerratsbeschluss auf Bundesebene zu 1450. Damit wurden nun auf Papier gedruckt werden, und kann die Rahmenbedingungen geschaffen, 1450 als telemedizinische Erstanlaufstelle zu etablieren. Neben der Anerkennung als Gesundheitsdiensteanbieter ermöglicht es die neue Regelung nun auch, über ELGA direkt auf Patientendaten zuzugreifen – beides ist notwendig, um 1450 weiter auszubauen und Effizienzpotenziale zu heben. Mit der Anbindung kann der Zuweiser bei 1450 einerseits die Berechtigung vom Anrufer erhalten, auf seine Krankenakte zuzugreifen, und er kann ihn andererseits einer niedergelassenen Ärztin oder einem niedergelassenen Arzt zuweisen. Es sind oft die kleinen Schritte, die in Summe die Anstrengungen entlohnen und große Erfolge ausmachen. Dazu gehört auch die Auszeichnung der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) in Europa, die an den österreichischen Dachverband der Sozialversicherungsträger für seine durchgehende Digitalisierung der E-Rezepte ging. „Das E-Rezept setzt Maßstäbe

für die Digitalisierung des Gesundheitssystem in Europa. Der IVSS-Preis für Innovation ist eine starke Auszeichnung für dieses Projekt und bestätigt unseren zukunftsweisenden und konsequenten Digitalisierungskurs“, erklärt Peter Lehner, Vorsitzender der Konferenz der Sozialversicherungsträger anlässlich der Verleihung des „ISSA Special Distinction for Innovation“-Preises der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS). Das E-Rezept löste im Sommer 2022 das Papierrezept ab und wurde flächendeckend österreichweit erfolgreich eingeführt. Mit dem E-Rezept ist der gesamte Prozess von der Ausstellung über das Einlösen bis zur Abrechnung digitalisiert. Das E-Rezept löst die jährlich rund 70 Millionen ausgegebenen Arztrezepte ab, die derzeit noch auf Papier gedruckt werden, und kann die Qualität der Dienstleistungen schlagartig erhöhen. Rezepte und Hinweise zur Anwendung von Arzneimitteln sind für Versicherte auch via App sichtbar, und die Verschreibungs- und Abrechnungsdaten können in Apotheken elektronisch abgerufen werden, sodass die Rezeptgebühren täglich abgerechnet und die Verwaltungsdaten laufend aktualisiert werden. Dies stärkt auch den Schutz vor Fälschungen, da E-Rezepte nur einmal eingelöst werden können. Diese Lösung ist auch in einem größeren Kontext von Bedeutung, denn die Europäische Union entwickelt derzeit einen Europäischen Raum für Gesundheitsdaten und damit die Grundlage für die Einlösung österreichischer E-Rezepte auch in anderen EU-Ländern und umgekehrt. Mit der Auszeichnung für das E-Rezept hat sich Österreich unter 119 europaweiten Innovationsprojekten durchgesetzt und bewiesen: Digitalisierung zahlt sich aus!



Digitalisierung ist ein Patientenrecht

Dieser durchaus motivierende Slogan steht am Ende des 6. PRAEVENIRE Digital Health Symposion 2024 und zeigt, dass DER WEG FÜR DIGITALE ANWENDUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN ÜBER WEITE STRECKEN GUT GEEBNET IST. Offene Wünsche standen im Mittelpunkt der Abschlussdiskussion. | von Mag. Renate Haiden, MSc



Einig sind sich die Expertinnen und Experten, dass Österreich nicht mehr lange Zeit hat, die letzten Hausaufgaben abzugeben. „Wenn wir die Digitalisierungskurve im Gesundheitssystem nicht bald schaffen und damit vor allem das Gesundheitspersonal durch Digitalisierung deutlich entlasten, dann bricht uns das System in den nächsten Jahren zusammen“, ist Dr. Clemens Martin Auer, Präsident des European Health Forum Gastein, überzeugt. Er appelliert an die Politik, Widerstände zu überwinden und für rasche Lösungen zu sorgen. Der Datenschutz darf nicht mehr als Feigenblatt eingesetzt werden, um Ängste zu schüren. Dass der Mensch im Mittelpunkt bleiben muss, steht für ihn außer Frage: „Digitalisierung ist ein Patientenrecht.“

Starke Stimmen für Niedergelassene

Die Digitalisierung hat das Gesundheitssystem erfasst und die positiven Auswirkungen sind für Dr. Erwin Rebhandl, Präsident AM Plus, deutlich sichtbar. Er betont: „Es müssen am Beginn jeder Entwicklung aber auch alle Berufsgruppen einbezogen sein, damit niemand auf der Strecke bleibt.“ Hausärztinnen und Hausärzte müssen trotz aller digitalen Tools auch künftig die primäre Ansprechstelle für Patientinnen und Patienten bleiben. Sie kennen die Menschen

Politische Entscheidungsträger sind aufgefordert, Hürden zu beseitigen und digitale Anwendungen populär zu machen.



und haben immer noch den besten Überblick über ihr Patient Summary.“ Wichtig ist für den Mediziner, dass Kolleginnen und Kollegen mit digitalen Werkzeugen gut umgehen lernen und so mithelfen können, die Bevölkerung zu überzeugen, sie auch zu nutzen.

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung ist digital. Dabei dürfen weder die Patientinnen und Patienten noch die Behandelnden auf der Strecke bleiben.

Erwin Rebhandl

In dieselbe Kerbe schlägt Prof. Dr. Friederike Thilo, Leiterin Innovationsfeld Digitale Gesundheit, Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Berner Fachhochschule, und beschreibt ihre Vision vom Gesundheitssystem 2040: „Patientinnen und Patienten werden im primären Setting zu Hause versorgt und nur akute Fälle kommen in hoch technologisierte Spitäler. Ich gehe davon aus, dass Informations- und Datenflüsse bis dahin auch funktionieren und dass entlang der Patientenfunde nützliche und evaluierte digitale Werkzeuge im Einsatz

sind, mit denen die Gesundheitsdienstleister gut umgehen können und auch ihre Patientinnen und Patienten dazu befähigen können.“

In Österreich ist viel Expertise vorhanden, diese sollte von der Politik mehr genutzt und eingebunden werden.

Franz Leisch

Wer bremst, verliert

Erfreulich geht es auch für Healthcare-Unternehmer Dr. Jörg Debatin in das Jahr 2040: „Wir werden die meisten Tumorerkrankungen besiegen können, das Immunsystem und Alterungsprozesse noch besser verstehen und daraus consequenten Nutzen ableiten.“ Eine längere gesunde Lebenserwartung werden wir im häuslichen Setting genießen – zu Hause, digital vor ambulant vor stationär.

Ebenso optimistisch blickt Dr. Karlheinz Kornhäusl, Landesrat für Gesundheit, Pflege & Sport, Land Steiermark, in die Zukunft der Gesundheitsversorgung und stellt einmal mehr den Mensch in den Mittelpunkt, denn: „Ein Bett heilt keine Menschen, nur gut ausgebildete Menschen können das und damit meine ich auch die digitale Ausbildung.“ Digitale Werkzeuge können helfen, den bestehenden Fachkräftemangel zu kompensieren und müssen rasch im Alltag der Gesundheitsanbieter ankommen, denn: „Jetzt gilt es, schnell zu sein, lange können wir die Ressourcenknappheit im System nicht mehr akzeptieren.“ Kornhäusl sieht es klar als Aufgabe der Politik, Hürden abzubauen und Anwendungen populär zu machen. „Die Angst und Skepsis ist auf Patientenseite, aber auch auf Behandlerseite noch zu oft vorhanden, das bremst und bremsen können wir uns nicht mehr leisten“, sagt Kornhäusl.

Hier schließt sich Debatin an: „Schluss mit Bremsen“, fordert der Mediziner und verweist auf viele Rückständigkeiten im System. „Wir brauchen Praktiker, die mit der Politik Wege eröffnen und echte Probleme lösen, denn was von Lobbyisten präsentiert wird, hat meist mit der Realität wenig zu tun“, ist Debatin überzeugt. Abschließend fasst Dr. Franz Leisch, Chief Digital Officer des PRAEVENIRE Gesundheitsforums, die Vision 2040 zusammen: „Gesundheit ist digital und ich wünsche mir, dass die Politik die vielen Expertinnen und Experten, die es auf diesem Gebiet bereits gibt, hört und einbindet. Wer wirklich eine hochwertige Patientenversorgung will, darf nicht mehr warten, bis alles zu Ende diskutiert und geregelt ist. Wir müssen jetzt den Rahmen voll ausnutzen, und der ist meist größer, als man sich vorstellen kann. Denn: Digitalisierung ist ein Patientenrecht und wir dürfen nicht mehr weiter bremsen, um das durchzusetzen.“

Gesundheitsversorgung neu denken

Digitale Lösungen im Gesundheitswesen sind technisch längst keine Herausforderung mehr. DIE POLITIK IST GEFORDERT, DIE PASSENDEN RAHMENBEDINGUNGEN ZU SCHAFFEN UND DEN MENSCHEN IN DEN MITTELPUNKT ZU STELLEN. Die Steiermark hat viel Zeit und Geld investiert und Projekte initiiert, die zum Nachmachen geeignet sind. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Digitalisierung löst oft Skepsis aus. „Ich denke, der Grund ist, dass manche Anwendungen nicht vorrangig darauf abzielen, dass die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen“, sagt Dr. Karlheinz Kornhäusl, Internist und Landesrat für Gesundheit, Pflege & Sport in der Steiermark. Aus Sicht des Politikers muss „ambulant vor stationär“ die gelebte Praxis sein und „digital vor ambulant“ künftig Alltag. Einmal mehr betont er dabei Bedeutung des Faktors Mensch: „Das sind nicht nur die Patientinnen und Patienten, sondern auch die vielen Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsberufe, die mit den Anwendungen täglich arbeiten müssen, dürfen nicht vergessen werden“, fordert Kornhäusl. Und das sind immerhin allein in der Steiermark rund 40.000 Menschen täglich.

Steirische Vorzeigeprojekte

Die Rolle der Politik ist für den Mediziner klar: „Sie kann und muss die Rahmenbedingungen für Digitalisierung schaffen. Das ist einerseits die Infrastruktur und andererseits sind es die finanziellen Ressourcen.“ Wie sich Digitalisierung im Gesundheitssystem unter guten Bedingungen entwickeln kann, zeige nicht zuletzt die Steiermark. So wurde etwa im Jahr 2018 unter dem Dach des Gesundheitsfonds ein eHealth Beirat eingerichtet, der sich regelmäßig trifft und neue Projekte diskutiert, laufende Projekte evaluiert und die nächsten Schritte plant. „Einer dieser Schritte wurde Ende 2023 gesetzt, indem wir einen Fördercall ausgerufen haben. 1,1 Million Euro wurden über den steirischen Gesundheitsfonds an sechs Siegerprojekte aus 29 Einreichungen ausgeschüttet, die Vorzeigemodelle für die Digitalisierung im Gesundheitssektor in der Steiermark sind.“ Zu diesen Siegerprojekten gehört beispielsweise ein Telemonitoring für junge Menschen mit Essstörungen. Damit wird ein bestehendes Tageszentrum erweitert und der laufende Austausch zwischen Betroffenen sowie dem betreuenden Gesundheitspersonal aus den Bereichen Psychologie, Psychiatrie und Medizin sichergestellt. Ein weiteres Siegerprojekt ist eine „TX App“, eine Applikation, die Menschen vor und nach einer Organtransplantation unterstützen soll, wieder in den gewohnten Alltag zurückzufinden. Weiters wurde „mental health to go“ unterstützt, das digitalen Support für mentale Stärke und Resilienz bietet.

Lösungen für die Ressourcenknappheit

Ebenfalls ausgezeichnet wurde das Versorgungsprogramm mit der App HerzMobil, die vom Austrian Institute of Technology (AIT) entwickelt wurde und vom steirischen Unternehmen Telbiomed bereitgestellt wird. Seit 2012 wird sie in Tirol, seit 2019 in der Steiermark in der Betreuung von Herzpatienten eingesetzt. „Pa-

Die Politik muss die Rahmenbedingungen schaffen, damit die Medizinerinnen und Mediziner mit KI-Anwendungen arbeiten können.

Karlheinz Kornhäusl

tientinnen und Patienten bekommen dabei ein Handy mit der HerzMobil-App, ein Blutdruckgerät und eine Waage mit nach Hause“, erklärt Kornhäusl. Die Geräte übertragen relevante Daten automatisch an die HerzMobil-Zentrale, sie werden von den Behandlerinnen und Behandlern kontrolliert, auf Veränderungen kann sofort reagiert werden.

Wie wirksam dieses Programm ist, zeigen die Erfahrungswerte in Tirol. Mit der HerzMobil-App konnte die Einjahressterblichkeit bei Herzinsuffizienzpatientinnen und -patienten von 26 auf zehn Prozent gesenkt werden. Einen deutlichen Rückgang gibt es auch bei der Wiederaufnahme ins Spital. Besonders überzeugen die deutlich niedrigeren Kosten dieser telemedizinischen Versorgung im Vergleich zu

einer stationären: Die mittleren Kosten für einen Spitalsaufenthalt liegen bei 7.100 Euro, die Kosten für HerzMobil betragen 1.900 Euro pro Anwenderin oder Anwender. Die kostenlose App stärkt zudem das Empowerment der Patientinnen und Patienten.

Seit zwei Jahren läuft in den Bezirken Liezen und Leibnitz das Projekt Teledermatologie. „Wir wissen, dass es oft schwierig ist, im niedergelassenen fachärztlichen Bereich zeitnah Termine zu bekommen“, beschreibt Kornhäusl den Ausgangspunkt und erklärt weiter: „Menschen, die eine Hautveränderung bemerken, gehen damit zur Hausärztin oder dem Hausarzt. Bevor eine Überweisung ausgestellt wird, können über ein Endgerät hochauflösende Bilder von der Hautveränderung an teilnehmende Dermatologinnen und Dermatologen gesendet werden. Diese entscheiden dann, ob und wie rasch ein Termin oder eine Direktüberweisung ins Spital erforderlich ist. „Diese Projekte zeigen deutlich, dass die Digitalisierung im Gesundheitssystem viele Chancen bietet, die wir nutzen müssen. Die Anwendungen müssen lösungsorientiert sein und auf jeden Fall Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen“, so Kornhäusl abschließend. P

Digitalisierung bietet viele Chancen, wenn die Anwendungen auch klare Lösungen aufzeigen und im Alltag weiterhelfen.





Austria is ready!

Rund um die Erstattung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) wird in Europa aktuell viel Erfahrung gesammelt. Vor allem Fragen zu **RECHTLICHEN RAHMENBEDINGUNGEN, DEM VERSORGUNGSWIRKSAMEN EINSATZ SOWIE DEN NACHWEIS VON EVIDENZ UND KOSTENEFFIZIENZ** gilt es rasch zu klären. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) spielen zumindest in der Stakeholder-Diskussion eine zunehmende Rolle in der Planung der Patientenversorgung der Zukunft. An „digital vor ambulant vor stationär“ ist ohne DiGA kaum zu denken, von einem flächendeckenden und erstattungsfähigen Einsatz ist Österreich aber dennoch ein Stück entfernt. Einig sind sich Expertinnen und Experten des 6. PRAEVENIRE Digital Health Symposiums trotzdem: „Austria is ready!“

Voraussetzungen für die „App auf Rezept“
Die rechtlichen Rahmenbedingungen für DiGA in Österreich erfordern zunächst eine Definition, die sich an der deutschen anlehnt. Demnach sind DiGA Medizinprodukte niedriger Risikoklasse, die im Wesentlichen der Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten dienen oder bei Behinderung unterstützen. Betroffen von einer neuen DiGA-Regelung wäre eine Reihe von Rechtsakten, die bereits Hinweise geben, dass eine Erstattung – zumindest aus juristischer Sicht – kein großer Kraftakt wäre. „Die Definition knüpft zunächst am Medizinproduktebegriff an und die Medical Device Regulation erklärt, dass auch Software ein Medizinprodukt sein kann“, sagt Dr. Gisela Ernst, Postdoctoral Researcher an der Wirtschaftsuniversität Wien und Rechtsanwältin bei Haslinger und Nagele. Die sozialversicherungsrechtliche Einordnung und damit eine mögliche Erstattung zeigt ebenfalls Potenziale auf: „Ein guter Anknüpfungspunkt sind Versicherungsleistungen im Krankheitsfall, die nicht nur ärztliche Hilfe, sondern auch Heilmittel und sonstige Mittel und auch Heilbehelfe sowie sonstige notwendige Heilbehelfe und umfassen“, beschreibt die Rechtsexpertin. Im § 136 ASVG sind „sonstige Mittel“ zur regelmäßigen Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolgs beschrieben. „Sie müssen aber ärztlich verordnet werden“, ergänzt Ernst. Ausgeschlossen sind Lifestyle-Produkte, die auch gesunde Menschen jederzeit anschaffen würden. Die OGH Judikatur stellt außerdem fest, dass ein gewisses Einwirken auf den Körper erforderlich ist und das Mittel Hauptbestandteil und nicht bloß eine unterstützende Rolle in der ärztlichen Behandlung hat. Zudem ist eine Abgabe über Apotheken festgeschrieben, damit scheiden

„sonstige Mittel“ als DiGA aus. Wesentlich besser, so die Expertin, gelingt die Einordnung von DiGA über den § 137 ASVG, in dem Heilbehelfe beschrieben werden. Sie werden auch ärztlich verordnet und unterstützen den Heilerfolg. Teildigitalisierte Produkte, wie etwa digitale Blutdruckmessgeräte, sind nach OGH bereits als erstattungsfähig anerkannt und für die DiGA-Einordnung von Bedeutung: Es wurde auch zugelassen, dass in diesem Fall das Blutdruckmessen von medizinischem Personal in einen anderen Bereich verlagert wurde. „Es braucht wohl nur noch an kleinen Schraubchen gedreht zu werden, damit DiGA auch in Österreich in die Erstattung kommen können. Eine Evidenz im Behandlungsprozess nachzuweisen, wird hier schon schwieriger“, ist Ernst überzeugt.

Studienlage noch dünn
Österreich wurde im Vorjahr vom Global Digital Health-Monitor der Weltgesundheitsorganisation ein durchaus hoher Reifegrad im Hinblick auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen zugeschrieben: „67 Länder wurden auch im Hinblick auf die öffentliche Finanzierung digitaler Lösungen durchleuchtet und nur rund 20 % stechen hier hervor“, sagt Mag. (FH) Veronika E. Mikl, Vorstandsmitglied in der Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin. Warum es Österreich trotz fehlender Erstattung für DiGA dorthin geschafft hat, ist leicht erklärt: „ELGA, der digitale Impfpass, E-Rezept und eCard sowie 1450 spielen hier auch mit, denn das sind wichtige Rahmenbedingungen, die DiGA nachhaltig erfolgreich machen“, sagt die Digital-Health-Expertin. Ein OECD-Bericht zu „State of Health in the EU“ aus 2023 ist hier schon kritischer und zeigt den Handlungsbedarf auf: Im EU-Vergleich ist Österreich mit der Implementierung von DiGA zu langsam. Länder, die in Sachen Erstattung die Nase vorne haben, sind etwa Belgien, Finnland, Frankreich, Deutschland, Italien, Niederlande, Polen, Schweden, Schweiz und Groß-

Es braucht nur noch an kleinen Schraubchen gedreht zu werden, damit DiGA auch in Österreich in die Erstattung kommen können.

Gisela Ernst



Gisela Ernst ist vom Institut Europarecht und Internationales Recht der WU Wien.



© KRISTIAN JUHASZ (2)

britannien. „Der Vergleich zeigt auch, dass die Heterogenität der Gesundheitssysteme in diesen Ländern sich auch auf die Erstattung von DiGA auswirkt und länderübergreifende Parameter für die Bewertung sinnvoll sind. Das wäre für eine einfachere Marktzulassung in Europa und eine Vergleichbarkeit der Evidenzlage hilfreich“, sagt Mikl. Sie ist überzeugt, dass in Österreich mit dem Digital Austria Act, der E-Health-Strategie und der Gesundheitsreform der politische Wille deutlich zum Ausdruck kommt.

Wie viel Effizienzpotenzial gibt es?

Die Studienlage zum Nachweis eines ökonomischen Nutzens ist aktuell noch überschaubar. Für eine niederländische App für Multiple Sklerose (MS) wurde ein Health Technology Assessment (HTA) durchgeführt, in dem die Kosteneffektivität der Anwendung nachgewiesen werden konnte. „Digitale Biomarker konnten den krankheitsbezogenen Verlauf vorhersagen und eine Verschlechterung identifizieren“, weiß Mikl. Das Institut für pharmakökonomische Forschung hat ebenfalls für MS in Österreich ein gesundheitsökonomisches Modell simuliert, wie Betroffene mit und ohne die Anwendung versorgt sind. „Wir waren sehr nahe am Versorgungsprozess und konnten Routinedaten aus dem MS-Register einspielen. Das Ergeb-

Wir werden zunehmend Evidenz haben, dass digitale Medizinprodukte einen Mehrwert in der Versorgung leisten.

Veronika E. Mikl

nis zeigt, dass die Gesundheitsanwendung die krankheitsbezogenen Kosten reduzieren und damit Effizienzpotenziale in der Versorgung heben kann“, freut sich Mikl und gibt sich zuversichtlich: „Wir werden zunehmend Evidenz haben, dass digitale Medizinprodukte einen Mehrwert in der Versorgung leisten. Aus meiner Sicht ist Österreich auf einem guten Weg – Austria is ready!“

Die deutschen Erfahrungen mit DiGA, die dort seit 2019 erstattungsfähig sind, beschreibt Christian Bredl, Leiter der TK der Landesvertretung Bayern, als eher verhalten: „Einsparungen waren nicht das primäre Ziel. Wir wollen DiGA in der Versorgung etablieren. Der Markt wächst, aber in der Regelversorgung sind wir damit noch nicht angekommen.“ Die Techniker Krankenkasse (TK) ist Deutschlands größte Krankenkasse mit insgesamt 11,4 Millionen Versicherten, 1,5 Millionen allein in Bayern. Aufgrund eines attraktiven Beitragssatzes ist die Zahl der Mitglieder allein in den ersten drei Monaten dieses Jahres um 250.000 angestiegen. In Deutschland wurden seit 2019 202 Anträge zur Zulassung von DiGA als Medizinprodukt gestellt, 56 sind aktuell gelistet, 13 in Bearbeitung, 20 erhielten einen negativen Bescheid und sechs wurden wieder aus dem Verzeichnis der erstattungsfähigen Produkte gestrichen, weil der Nutzen nicht nachgewiesen werden konnte. „Viele Start-ups ziehen sich wieder zurück, weil sie die Finanzierung über die ersten Jahre nicht stemmen können“, sagt Bredl und führt weiter aus: „Der Herstellerpreis bewegt sich zwischen 150 und 2.000 Euro pro Jahr. Im ersten Jahr dürfen die Hersteller den Preis selbst festlegen, hier lagen wir im Schnitt bei 530 Euro. Im Jahr



v.l.: Franz Leisch, Stefan Konrad, Christian Bredl, Gisela Ernst, Thomas Cypionka, Andreas Huss, Veronika Mikl, Mona Dür

Die deutschen Erfahrungen mit DiGA, die dort seit 2019 erstattungsfähig sind, beschreibt Christian Bredl (li.) als eher verhalten.

Veronika E. Mikl (re) sieht Österreich auf einem guten Weg bezüglich DiGAs.

Unsere aktuellen Daten zeigen, dass rund zwei Drittel aller Patientinnen und Patienten bestätigen, dass die App zum Behandlungserfolg beigetragen hat.

Christian Bredl

darauf wurden die Preise dann schon um rund 50 Prozent gesenkt, denn teure DiGA werden nicht verordnet. Die Preisanpassungen führen zu Insolvenzen der Hersteller.“ Die TK hat 154.000 Anträge auf Erstattung registriert, 80 Prozent davon kamen über die ärztliche Verordnung und 20 Prozent auf Antrag der Versicher-

ten. „Die Hälfte aller Anträge bezieht sich fünf Indikationsgebiete: Rückenschmerzen, Knie und Hüfte, chronischen Tinnitus, Adipositas sowie Ein- und Durchschlafstörungen. „Unsere aktuellen Daten zeigen, dass rund zwei Drittel aller Patientinnen und Patienten bestätigen, dass die App zum Behandlungserfolg beigetragen hat. Die Evidenz und die Adherence müssen genau beobachtet werden“, ist Bredl überzeugt.

Auch Patienten-Experience muss bewertet werden

„Es geht nicht allein um Kosten-Nutzen-Abwägungen, sondern auch darum, dass chronisch Kranke täglich mit ihrer Krankheit zurechtkommen müssen. Wir müssen daher neben klinischen Parametern auch Verbesserungen der Patienten-Experience in die Bewertung miteinfließen lassen“, fordert Dr. Thomas Cypionka, Leitung Health Economics and Health Policy, Institut für Höhere Studien. Positiv sieht der Experte die EU-HTA Regulation, sie könnte dazu beitragen, dass Skaleneffekte genutzt werden und sich damit die Entwicklungskosten einer App rascher amortisieren. Auch Andreas Huss, MBA, Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), sieht die Vorteile einer europaweiten DiGA-Zulassung und spricht sich für ein umfassendes Reporting aus: „Wir müssen genau beobachten, welchen Nutzen die digitalen Anwendungen bringen.“ Einen einfachen und unbürokratischen Zugang für die Verschreibenden wünscht sich Dr. Stefan Konrad, MBA, Vizepräsident der Ärztekammer für Wien, und weist darauf hin, dass auch auf Vergütung für die ärztliche Tätigkeit bei der DiGA-Beratung und -Anwendung nicht vergessen werden darf. Unterstützung erhält er von Huss: „Wir arbeiten an einem einheitlichen Gesamtvertrag und es ist klar, dass die Ärztin oder der Arzt entscheidet, was Betroffene benötigen – das kann ein Medikament oder eine DiGA sein.“



© KRISTIAN JUHASZ (3)



Finalisten des Start-up-Pitches

Im Rahmen des 6. PRAEVENIRE Digital Health Symposions traten heuer NEUN STARTUPS ZUM PITCH-CONTEST AN UND PRÄSENTIERTEN IHRE INNOVATIVEN DIGITALEN LÖSUNGEN FÜR DEN GESUNDHEITSMARKT. Neben dem Gewinner, „TBM Care Manager“ der telbiomed GmbH aus Graz, wurden folgende Innovationen vorgestellt, über die per Handy Voting durch die Symposion-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer angestimmt wurde. | von Rainald Edel, MBA

Alles Clara

Hilfe in der Pflege

Rund eine Million Menschen in Österreich kümmern sich um Familienmitglieder oder andere nahestehende Personen. Eine Rolle, auf die man in den seltensten Fällen vorbereitet ist und die neben der physischen und psychischen Anstrengung jede Menge Fragen aufwirft. Unterstützung in dieser Situation bietet die kostenfreie App „Alles Clara“. Sie verbindet pflegende Angehörige mit professionellen, in der Online-Beratung geschulten Beraterinnen



und Beratern, die aus der Pflege und Psychologie kommen. In virtuellen Beratungsräumen kann man sich zu aktuellen Fragestellungen und herausfordernden Situationen austauschen. Die Alles Clara App ist für mobile Endgeräte (Smartphone und Tablet) konzipiert und mit allen gängigen Betriebssystemen kompatibel. Eine Desktop-Variante ist ebenfalls verfügbar.

<https://www.alles-clara.at>

Aurimod

Schmerzlinderung ohne Medikamente

Oft werden Schmerzen mit Medikamenten behandelt – mit der Gefahr von starken Nebenwirkungen und möglichen Abhängigkeiten. Mit VIVO, einer minimal-invasiven Therapie, bietet der Hersteller Aurimod eine Alternative zur Schmerzbehandlung. Chronische Schmerzen



sind häufig begleitet von einer (chronischen) Fehlregulation im autonomen Nervensystem. Hier setzt die aurikuläre Vagus-Nerv-Stimulation an und moduliert die Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung durch elektrische Impulse. Einfach anzuwenden, nebenwirkungsarm und individuell einstellbar aktiviert diese Methode körpereigene Wege zur Schmerzreduktion. Mit der VIVO Pal App können zudem Schmerzverläufe und Wohlbefinden mit dem Handy dokumentiert und verfolgt werden.

<https://aurimod.com/>

CAATS Service

All in One Plattform

Die Anforderungen an die Beteiligten im Betreuungssystem nehmen zu – digitale Technologien können Abhilfe verschaffen und zur Entlastung



von Angehörigen sowie Betreuungs- und Pflegekräften beitragen. An einem Betreuungssystem sind viele unterschiedliche Akteure beteiligt. Die Koordination von Aufgaben und Terminen, ist nicht immer einfach. CAATS ist eine Plattform, die an den Problemen, Bedürfnissen und Erwartungen der Beteiligten im Betreuungssystem ansetzt, hat digitale Lösungen für eine effiziente und qualitätsvolle Betreuung, Pflege und Unterstützung im Alltag entwickelt. Mit den Lösungen der CAATS-Plattform werden alle Verwaltungs- und Organisationsprozesse digital abgebildet und tragen so zu einem lückenlosen Informationsfluss bei.

<https://caats.io/>

Contextflow

KI-Unterstützung für CT-Auswertungen



Bei Erkrankungen im Thoraxbereich ist eine Früherkennung wesentlich für den Therapieerfolg. Mit contextflow ADVANCE Thorax CT bietet der Anbieter Radiologinnen und Radiologen eine umfassende computergestützte Erkennungsunterstützung bei Verdacht auf Lungenkrebs, ILD- und COPD-Fällen. Die KI-Software gibt ergänzende Informationen zur Identifizierung und Interpretation von lungenspezifischen Bildmustern in Scans vom Computertomographen. Seine Hauptfunktionen sind darauf ausgelegt, Zeit zu sparen und die Berichtsqualität zu verbessern: Knotenerkennung und -quantifizierung, Knotenverfolgung im Zeitverlauf, quantitative Lungengewebeanalyse für wichtige Bildbefunde und

qualitative Analyse von 19 Bildmustern sowie Referenzfällen und Differentialdiagnoseinformationen.

<https://contextflow.com/>

drd

Ärztliche Hilfe am Smartphone



Das Start-up drd hat sich das Ziel gesetzt, den Arztzugang zu digitalisieren und zu vereinfachen. Dafür werden eine telemedizinische Konsultationsmöglichkeit von Hausärztinnen und Hausärzten über eine verschlüsselte Video-Konversation und eine einfache, sichere und userfreundliche Patientenakte für alle medizinischen Dokumente am Handy sowie eine Suchfunktion aller in Österreich niedergelassenen Fachärzte angeboten. Die Browserapp drd online schafft damit für Patientinnen und Patienten eine erste Anlaufstelle bei medizinischen Fragen und die Möglichkeit zur Soforthilfe. Sämtliche Ärztinnen und Ärzte bei drd sind als Wahlärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin in Österreich zugelassen.

<https://drd.at/>

heartfish

Medizinische Trainings-therapie

Ein sport- und trainingswissenschaftlich konzipiertes und individuelles Trainingsprogramm kann die Behandlungserfolge bei chroni-



schon Erkrankungen, wie beispielsweise bei Herz-Kreislauf-Problemen, Multipler Sklerose, Krebs und Reizdarmsyndrom, deutlich verbessern. Mit einer zertifizierten App und einer interaktiven Kursplattform soll es auch Ärztinnen und Ärzten ermöglicht werden, medizinisches Trainingstherapie in der Behandlung einzusetzen. Die heartfish App besteht aus einem Trainings- und Vitaltagebuch, in dem die Ärztinnen und Ärzte individuelle Trainingsempfehlungen festlegen können, sowie aus indikationsspezifischen Videoinhalten.

<https://www.heartfish.io/>

Famado

Lösung für Wartezeiten

Der „PriorizR“ besteht aus einem fairen Patientenpriorisierungssystem, welches ein einfaches und standardisiertes Erfassen der Probleme von Patientinnen und Patienten ermöglicht und sicherstellt, dass jene mit höherem Bedarf schneller auf der Warteliste vorrücken, wodurch sich ihre Wartezeit beträchtlich verkürzt. Zudem werden für sie passende und verfügbare



Behandlungsangebote vorgeschlagen. Entsprechend besteht der PriorizR aus drei ineinandergreifenden Modulen: SCORING, RANKING und MATCHING. Innerhalb des PriorizR werden alle klinischen Entscheidungen von Gesundheitsexpertinnen und -experten getroffen: von der Bewertung des Behandlungsbedarfs, der Festlegung des Priorisierungsgrades bis zur finalen Auswahl des Behandlungsangebotes.

<https://priorizr.com/>

Prosoma

Psychoonkologische Unterstützung

Das klinisch validierte digitale Medizinprodukt „Living Well Plus“ ist eine digitale Gesundheitsplattform, die sich an alle erwachsene Krebspatientinnen und Patienten in Behandlung und in Remission richtet. Während des 90-Tage umfassenden Programms werden Patientinnen und Patienten dabei unterstützt Stress-, Angst- und Depressionssymptome zu reduzieren und die Lebensqualität von Betroffenen, Angehörigen und Unterstützenden zu verbessern. Das Programm ist individualisiert und bietet 22 Lektionen, Übungen aber auch ein Symptomtagebuch sowie Backgroundinformationen wie Artikel



und Interviews. Zusätzlich zur Living Well Plus App können Nutzerinnen und Nutzer durch ein Tele-Coaching-Modul unterstützt werden.

Telbiomed

Umfassende Therapieunterstützung

Der Gewinner des heurigen Startup Pitch Contest war TELBIOMED. Mit dem TBM CareManager bietet das Grazer Unternehmen eine modular aufgebaute Digital Healthcare Solution zur Therapieunterstützung von chronisch kranken Menschen an. Das Herzstück ist ein Datenmanagementsystem, das zentral alle notwendigen Elemente umfasst und Funktionen wie Patientenregistrierung, Benutzerkreisverwaltung, Prozessunterstützung, Reporting und Visualisierung ermöglicht. Mit einer Smartphone-Patientenapp können Nutzerinnen und Nutzer aktiv in den Behandlungspfad eingebunden werden und selbst erfasste Messwerte wie z.B. Körpergewicht, Blutzucker, Blutdruck, Herzfrequenz, Sauerstoff-Sättigung, Körpertemperatur, etc. übermitteln. Nach dem Closed-Loop-Healthcare-Prinzip können betreuende Ärztinnen und Ärzte sowie das Diplompflegepersonal Rückmeldungen und Empfehlungen an Patientinnen und Patienten übermitteln. Im Geräteset ist die ergänzende Hardware, mit einer Vielzahl an Messgeräten wie Waage, Blutdruckmessgerät etc. zusammengefasst, die für die Therapieunterstützung erforderlich sind und die unmittelbar mit der App kommunizieren. Der TBM CareManager ist für viele unterschiedliche Indikationen einsetzbar. Abgerundet wird die Leistung von TELBIOMED durch umfassende Beratung (Consulting), durch die Unterstützung bei Fragen und Problemlösungen (Support) und durch die Unterstützung von Logistikprozessen (Logistik).

<https://www.telbiomed.at/>



„Nützlich ist, was genutzt wird.“

WELCHE DESIGNPRINZIPIEN ZUR MENSCH-MASCHINE-INTERAKTION IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG ERFORDERLICH SIND und warum diese stärker in das Zentrum der Digitalisierungsdiskussion rücken müssen, erklärt Univ.-Prof. Dr. Friederike Thilo, Leiterin Innovationsfeld Digitale Gesundheit, Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege an der Berner Fachhochschule. | von Mag. Renate Haiden, MSc



Ein Plädoyer für die Designperspektive: Ohne Userorientierung werden die Anwendungen in der Praxis nicht ankommen.

Pflegewissenschaftlerin Univ.-Prof. Dr. Friederike Thilo startet ihren Vortrag mit einem starken Appell: „Wir dürfen uns nicht zufrieden geben.“ Sie meint damit einerseits den Adoptionsgrad der digitalen Werkzeuge in der Gesundheitsversorgung und andererseits den Nutzen, der durch die digitalen Werkzeuge im realen Alltag von Gesundheitspersonal generiert wird. Der Mensch-Maschine-Interaktion ist nach Ansicht der Expertin gerade in der Gesundheitsversorgung besonderes Augenmerk zu schenken, denn die Komplexität ist hier höher als in anderen Branchen. Dazu kommt ein zentraler Aspekt: „Es muss der Mensch mit seiner physischen, psychischen und sozialen Dimension, die Patientinnen und Patienten mit der Kognition, Emotion, mit Wertevorstellungen und mit Zielen vor der Dimension der knappen Ressourcen im Gesundheitsmanagement berücksichtigt werden.“ Dazu kommen noch die unterschiedlichen Phasen des Prozesses, die von der Gesundheitsförderung über die Prävention und Kuration bis zur Palliativversorgung reichen. Nicht vergessen werden dürfen der hohe Grad an Interprofessionalität und schließlich das Setting, vom Spitalsnotfall bis zu Homecare.

Limitationen digitaler Werkzeuge

Wenn eine Patientin oder ein Patient in ein Spital kommt, wird er durch einen standardisierten Prozess geführt. „In der Pflege können

dann generische Patientenzugänge individualisiert werden und dazu digitale Werkzeuge zum Einsatz kommen, wie zum Beispiel Assessmentinstrumente zur Informationssammlung oder digitale Dokumentationswerkzeuge.“ Viele dieser Anwendungen wurden schon vor rund 15 Jahren entwickelt und haben in das Spital Eingang gefunden. „Wären digitale Werkzeuge für die medizinische Versorgung mit mehr Fokus auf die Komplexität der Mensch-Maschine-Interaktion entwickelt worden, würden wir heute vielleicht woanders stehen“, ist Thilo überzeugt, dass der Einbezug des Users manchmal vernachlässigt wurde. Daher, so die Expertin, haben die Anwendungen nun gewisse Limitationen: „Die Frage nach den Auswirkungen digitaler Werkzeuge auf Abläufe, Interventionen oder Dokumentation fehlt. Oft ist auch nicht klar, welcher Nutzen für wen generiert wird und woran überhaupt dieser Nutzen erkennbar oder messbar wird. Ich vermisse auch die Frage nach Nebenwirkungen oder Risiken, die sich durch den Einsatz der digitalen Werkzeuge etwa im Pflegealltag ergeben könnten.“

Design muss auf Nutzen fokussieren

Wer heute ernstzunehmende Lösungen für reale Probleme des Alltags in der Gesundheitsversorgung designen und implementieren will, kommt nicht darum herum, der Komplexität der Mensch-Maschine-Interaktion hohes Augenmerk zu widmen. Dazu gehört auch die Dimen-

sionen der idealen Arbeitsweise der Pflegenden, wie etwa Vorstellungen und Werte, was „gute“ Arbeit ist oder was Nicht-Schaden hinsichtlich der Patientenversorgung bedeutet. „Das scheint mir noch immer unzureichend berücksichtigt zu werden“, meint Thilo und ergänzt: „Ich bin dennoch überzeugt, dass die Designperspektive großes Potenzial bietet, um einen hohen Nutzen für die Anwenderinnen und Anwender zu generieren.“

Aus dem Pflegealltag weiß die Expertin, dass etwa das Eintrittsassessament in der häuslichen Krankenpflege in der Schweiz zur Informationssammlung standardisiert ist, jedoch werden manchmal mehrere Instrumente kombiniert und daher häufig noch Papier genutzt. Kommt die Pflegekraft zurück an den Standort, wird dann die Papierdokumentation digital erfasst. Digitale Instrumente werden mit Skepsis betrachtet, da befürchtet wird, dass eine direkte Verknüpfung mit der Leistungserstellung hergestellt wird. Zudem wäre eine mehrtägige Einschulung erforderlich, um die digitalen Instrumente zum Eintrittsassessament überhaupt anwenden zu können. „Sie brauchen natürlich regelmäßige Anwendung, damit sie auch gut ausgefüllt werden können. Und selbst dann sind noch keine Pflegemaßnahmen daraus abzuleiten oder ein Re-Assessment möglich, um etwa Verläufe zu erkennen“, beschreibt Thilo den fehlenden Nutzen für den Alltag der Anwenderinnen und Anwender.

Wir haben viele digitale Werkzeuge in der Anwendung, jedoch wurde nie hinterfragt, welches Problem damit gelöst werden sollte.

Friederike Thilo

Probleme schrittweise adressieren

Auch für die Kommunikation zwischen der Pflege und anderen Berufsgruppen wären digitale Werkzeuge hilfreich, werden aktuell aber noch kaum eingesetzt. „Es wäre hilfreich, überhaupt einmal aufzuzeigen, wer mit wem kommuniziert und welche Kanäle sinnvoll wären. Derzeit ist es zwischen extra- und intramuralen Einrichtungen und den unterschiedlichen Berufsgruppen ein Mix von Telefon, Fax, Brief, E-Mail oder Messenger-Diensten oder persönlicher Kommunikation“, zeigt Thilo die Anforderung auf und ergänzt: „Diesen Beispielen ist eines gemeinsam: Es fehlt die Frage, welches Problem das digitale Werkzeug überhaupt lösen soll.“ Damit muss auch hinterfragt werden, ob der Einsatz in der realen Welt die Abläufe tatsächlich – im besten Fall positiv – verändert. Ein Nutzen muss wahrnehmbar und messbar sein. „Und wie bei jedem Medikament muss man sich die Frage nach Nebenwirkungen und Risiken stellen“, fordert Thilo und plädiert für eine schrittweise Annäherung: „Die Komplexität wird es erforderlich machen, dass man sich einem Problem anfangs nur schrittweise annähern kann, um den Fokus nicht zu verlieren. Denn am Ende wird nur das genutzt, was wirklich nützlich ist.“



Digitalisierung in der Medizin: Chancen und Risiken

Die digitale Transformation des Gesundheitswesens bietet signifikante Verbesserungen für Patientinnen und Patienten, aber auch **EINE SPANNENDERE ARBEITSWELT FÜR DIE GESUNDHEITSFACHKRÄFTE.** | von Mag. Renate Haiden, MSc

Digitalisierung lebt von Daten und davon kann die Medizin ausreichend liefern: „Die medizinischen Daten verdoppeln sich derzeit alle 2,5 Jahre. Diese unglaubliche Komplexität an Zahlen und Fakten ist einfach zu groß, als dass sie von Menschen allein beherrschbar wäre“, sagt Dr. Jörg Debatin, Healthcare-Unternehmer und ehemaliger Leiter des Berliner „Health Innovation Hub“. Er hat in seinem Fachgebiet, der Radiologie, schon in den späten 90er-Jahren die Transformation von analog zu digital erlebt und ist von den vielen Chancen überzeugt, die sich hier noch bieten werden. „Die Digitalisierung wird auch außerhalb der Medizin vorangetrieben und genau das benötigen wir, um künftig interessante Lösungen bieten zu können“, sagt der Digitalisierungsexperte und bringt als Beispiel „Frontier“, den Anführer der Liste der Supercomputer: „Mit einer Rechenleistung von 1,102 Exaflops/s werden hier mehr als eine Trillion Rechenoperationen pro Sekunde durchgeführt, ein Wert, der wohl das Vorstellungsvermögen von uns allen sprengt, der aber zeigt, dass wir technologisch keineswegs an einem Endpunkt angelangt sind.“

Um KI-Lösungen voranzutreiben, müssen wir auch mutiger werden, denn es wird nicht gelingen, alle Eventualitäten vorab regulatorisch abzudecken. Damit öffnen wir nur den Markt für jene Länder, die keine so strengen Regularien haben.

Jörg Debatin

Patient im Mittelpunkt

Das Ziel der Digitalisierungsbemühungen sieht Debatin klar im Nutzen für Patientinnen und Patienten: „Es geht um ein Plus an Gesundheit, das heißt mehr Qualität und mehr Effizienz.“ Dafür sind aber noch nicht alle Voraussetzungen geschaffen. So gibt es in Deutschland immer noch Bundesländer, die über kein ausreichend schnelles Internet verfügen und auch bei Cloud-Funktionalitäten ist Europa derzeit nicht Vorreiter. Kriterien für die Interoperabilität von Daten sieht der Experte als wichtige und durchaus lösbare Herausforderung. „Die Politik muss dafür Sorge tragen, dass digitale Gesundheitsanwendungen nur dann im Gesundheitssystem Anwendung finden und erstattet werden, wenn sie auch bestimmte Voraussetzungen erfüllen“, betont Debatin. Erfreuliche Entwicklungen in Deutschland haben sich erst kürzlich ergeben: Rund 80 Millionen Krankmeldungen pro Jahr werden digital abgewickelt und seit wenigen Monaten gibt es das E-Rezept. „Diese Nutzenerfahrun-



gen sind ganz entscheidend für die Patientinnen und Patienten, denn nur so entwickelt sich eine Akzeptanz von Digitalisierungslösungen“, sagt Debatin.

Vertrauen entscheidet

Wichtig ist dem Mediziner, dass mit der digitalen Transformation nie der Eindruck entstehen darf, dass das Gesundheitspersonal ersetzt werden soll. „Es geht immer um die Unterstützung der Prozesse. Das Fundament muss die Arzt-Patienten-Beziehung bleiben und die Letztverantwortung muss immer eine behandelnde Ärztin oder ein behandelnder Arzt haben“, so Debatin. Damit das Vertrauensverhältnis zwischen Behandelnden sowie den Patientinnen und Patienten erhalten bleibt, muss hohe Transparenz hergestellt sein und ein „Security-by-Design“-Ansatz verfolgt werden. Das ist ein Designkonzept, das die Sicherheit der Hard- oder Software bereits im Entwicklungsprozess berücksichtigt und in den kompletten Lebenszyklus eines Produkts integriert. Zu den Designkriterien zählen beispielsweise die Minimierung der Angriffsfläche, der Einsatz von Verschlüsselung und eine redundante Datensicherung. Debatin nennt nur einige KI-Anwendungen, die das Gesundheitswesen jetzt schon effizienter machen könnten: das Erfassen unstrukturierter Patientengespräche und die Umwandlung in strukturierte Daten, Videoaufzeichnungen während Operationen, die automatisiert

OP-Berichte erstellen, oder die gesamte Leistungsabrechnung aufgrund von Befunddaten. In der Radiologie oder Dermatologie ist die KI-unterstützte Befundung von Tumoren bereits im Einsatz. „Damit wird immer Personal entlastet und die Qualität erhöht“, ist sich Debatin sicher. Darüber hinaus kann die Nutzung der Sekundärdaten in der Forschung beispielsweise die Entwicklungszeit von Therapien massiv beschleunigen. „Ich bin überzeugt, dass sich mithilfe von KI Forschungszyklen von zehn Jahren auf wenige Monate reduzieren lassen“, sagt der Mediziner.

Herausforderungen und Chancen

Aktuell sieht Debatin ein Ressourcen-Gap, das es zu überwinden gilt: „Wir werden aufgrund der Demografie etwa 30 Prozent mehr Nachfrage an Gesundheitsleistungen haben. Das können wir nicht mit gleichzeitig weniger Personal stemmen, wenn wir nicht digitale Anwendungen in den Prozess integrieren.“ KI in der Diagnostik und Therapieplanung gibt es bereits, darüber hinaus müssen aber noch mehr Möglichkeiten entwickelt werden, die auch die Spitalorganisationen zukunftsfit machen: „Das umfasst KI-gestützte Arztbriefe und Abrechnung und geht bis hin zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Betroffenen. Das Ziel muss es sein, die Arzt- und Pflegekontakte massiv zu reduzieren, um effizienter zu werden.“



Digitale Technologien sind das Fundament, damit Produktivitätssteigerungen in den Gesundheitseinrichtungen möglich werden.



PRÄGNANT

Labor ist nicht gleich Labor

Pilzambulatorien sind medizinische Einrichtungen, die sich auf die **DIAGNOSE UND BEHANDLUNGSVORSCHLÄGE VON PILZINFEKTIONEN UND ANDEREN INFERTKIÖSEN VENERODERMATOLOGISCHEN ERKRANKUNGEN SPEZIALISIERT** haben. Welche Ressourcen hinter der mikrobiologischen und serologischen Diagnostik stehen, beschreibt Univ.-Prof. Dr. Angelika Stary, Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Leiterin der Pilzambulatorien in Wien. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Die Diagnose von Pilzinfektionen beim Menschen erfordert in der Regel eine Kombination aus klinischer Beurteilung, Laboruntersuchungen und manchmal auch bildgebender Verfahren. Eine gründliche Anamnese steht immer am Anfang. Mikroskopisch untersucht wird Probenmaterial wie Hautschuppen, Nagelabschnitte, Blut oder Körperflüssigkeiten. PCR-, Antigen- und Antikörpertests können helfen, eine Infektion zu bestätigen und spezifische Erreger zu identifizieren.

PERISKOP: Welchen medizinischen Fragestellungen gehen Sie nach?

STARY: In den Pilzambulatorien werden überwiegend Frauen untersucht, der Anteil weiblicher Patientinnen liegt bei rund 70 %. Meist kommen sie in der Schwangerschaft, um infektionsfreie Geburtswege sicherstellen zu können, oder aufgrund von Sterilitätsproblemen, damit Infektionen als Ursache ausgeschlossen werden können. Damit leisten wir einen großen Beitrag zur Prävention von Infektionen von Anfang an.

Wie kann man sich Ihren Arbeitsalltag vorstellen?

Die Labortätigkeit erfolgt im Wesentlichen am Mikroskop oder am Laborplatz, das sind alles nicht-maschinelle Tätigkeiten, die von ärztlichem und Labpersonal und MikrobiologInnen durchgeführt werden. Hier werden Kulturen und Färbepreparate befunden. Nur ein geringer Teil wird maschinell verarbeitet, doch selbst diese Tätigkeiten benötigen Personalressourcen, da die Proben vorbereitet, die Geräte auch professionell bedient werden müssen und abschließende Qualitätskontrollen zur Gewährleistung korrekter Befundung äußerst wichtig sind. Internationalen Standards entsprechend werden positive Ergebnisse in automatisierten Amplifizierungsgeräten noch einmal zur Bestätigung getestet. Diese „doppelte“ Arbeit verursacht Mehrkosten, die nicht verrechnet werden können, aber zu hoher Genauigkeit und hoher Qualität führen. Insgesamt ist ein Ambulatorium damit sehr personalintensiv und gleichzeitig ist teure Medizintechnik erforderlich.

Bekommen Sie auch Proben von Laboren?

Durch das Angebot hochspezialisierter Untersuchungen erhalten wir auch Untersuchungsmaterial von Laboren, die diese nicht durchführen können. Grundlage jeder qualitativ hochwertigen Diagnostik ist die korrekte

Die derzeitige Kostenentwicklung macht einen Investitionsstopp unausweichlich. Wenn wir nicht in hochwertige Medizin- und Labortechnik investieren, ist eine hohe Qualität nicht mehr garantiert.

Angelika Stary

Abnahme des Patientenmaterials. Genaue Kenntnis über Prädispositionsstellen der Infektion sowie das Verhalten der Erreger nach der Sekretabnahme ist dafür unerlässlich. Diese Probenabnahme erfolgt zum Großteil direkt bei uns im Haus und wird von geschulten Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Das ist gut so, denn Patientinnen und Patienten sind das beste „Transportsystem“. Wird die Probe nicht an Ort und Stelle abgenommen, ist die richtige Aufbereitung des Materials zum möglichst raschen Versand Voraussetzung für eine erfolgreiche Weiterverarbeitung. Dazu leiten wir die Zuweisenden an, wie Proben abzunehmen sind und wie sie für den Transport vorbereitet werden müssen. Wir bieten dazu auch Schulungen und Vorträge an, die von der Ärztekammer mit Fortbildungspunkten approbiert sind.

Welchen Stellenwert hat die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten?

Auch hier ist das Bild vom still vor sich hinarbeitenden Labormediziner einfach falsch. Die Abnahme von Probenmaterial wird von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt, die natürlich in diesem Prozess sehr intensiv mit den Betroffenen kommunizieren. Sie müssen eine Anamnese erheben und die Befunde entsprechend interpretieren, ergänzen und vervollständigen sowie Fragen der Patientinnen und Patienten kompetent beantworten. Das Fazit aus dem Labor stellt eine wichtige Hilfe für die Zuweisenden durch die ihnen anschließend empfohlenen Therapievorschläge dar. Die ärztliche Leitung steht daher für zusätzliche Auskünfte an die Zuweisenden zur Verfügung.

Gesprächszeit in der Medizin ist knapp bemessen und selten ausreichend honoriert. Können Sie hier den Aufwand abschätzen? Die durchschnittliche Gesprächszeit pro Fall liegt bei rund zehn Minuten bei Sekretunter-

suchungen. Die Pilzabnahme, vorwiegend von Zehennägeln oder vom behaarten Kopf auch bei Kindern, erfordert schon ohne Gespräch mindestens zehn Minuten. In dieser Zeit wird die Anamnese auch durchgeführt und werden Daten erfasst, wie klinische Symptome, die Dauer der Beschwerden oder bereits initiierte Therapien. Diese Informationen müssen sehr detailliert erfasst werden, denn sie sind für die später folgende Interpretation der Befundergebnisse besonders wichtig.

Was macht aus Ihrer Sicht eine hohe Diagnosequalität aus?

Ein qualitativ hochwertiges Labor erfüllt hohe Qualitätsstandards, die auch regelmäßig überprüft werden. Die Qualifikation und Erfahrung des Personals sind entscheidend für die Qualität der durchgeführten Tests. Das Vorhandensein von Fachkräften mit entsprechenden Abschlüssen und Schulungen ist ein wichtiges Merkmal. Die ärztliche Leitung verfügt über eine mehr als 40jährige Erfahrung auch auf internationaler Ebene. Ein gutes Labor verwendet hochwertige Ausrüstung, die regelmäßig kalibriert und gewartet wird, um genaue und zuverlässige Ergebnisse sicherzustellen. Durch die internationale Kommunikation werden in den Pilzambulatorien ausschließlich die von CDC empfohlenen genauesten Testverfahren verwendet, die auch hochpreisig sind. Gearbeitet wird nach klaren Richtlinien und Verfahren für alle durchgeführten Tests. Diese sind gut dokumentiert und werden regelmäßig aktualisiert, um sicherzustellen, dass sie den aktuellen Standards entsprechen. Ein effizientes System

Laborarbeit ist auch Präventionsmedizin: Der Großteil der Untersuchungen wird für Patientinnen gemacht, die während einer Schwangerschaft infektionsfreie Geburtswege sicherstellen wollen.



© PILZAMBULATORIUM SCHLÖSSELGASSE



zur Verwaltung von Daten und zur Rückverfolgbarkeit von Proben ist das Rückgrat jedes Labors.

Die Kommunikation mit den Ärzten und Patienten sowie die Bereitstellung von klaren und verständlichen Befunden sind ebenfalls wichtige Aspekte einer hohen Diagnosequalität der Pilzambulatorien. Wir sind in der Lage, Fragen von Ärzten zu beantworten und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Hinblick auf Zuwendung, Information und Beratung zu erfüllen. Teil der Arbeit ist es auch, den Fortschritt der Behandlung zu überprüfen und sicherzustellen, dass die Infektion erfolgreich behandelt wurde. Gegebenenfalls werden Anpassungen am Behandlungsplan für zuweisende Ärzte vorgenommen, insbesondere wenn Resistenzentwicklungen von Erregern gegen die üblichen Antibiotika nachgewiesen werden. Wir sind darüber hinaus auch in der Forschung und Lehre tätig und bieten Schulungen für medizinisches Personal an, um das Verständnis für Pilzinfektionen, Prävention, Diagnose und Therapie zu verbessern.

Wird dieses umfassende Arbeitspaket adäquat vergütet?

Darf ich hier ein Beispiel anführen: Die Tarife der Positionsnummern für Sekretabnahme liegen derzeit bei Frauen bei 2,18 Euro und bei Männern bei 1,82 Euro. Pilzabnahmen werden mit 0,94 Euro honoriert und sind seit vielen Jahren gleichgeblieben. Eine Deckelung mit Degressionsregelung wurde 2019 festgelegt, diese ist zeitlich unlimitiert und ohne jährliche Erhöhung. Dies verursacht jährlich erhebliche Reduktionen der Einnahmen, die aufgrund der Steigerungen der Patientenzahlen bei gleichzeitigen teils massiven Kostenzunahmen zu besorgniserregenden finanziellen Problemen führen. Unsere Bemühungen, die Tarife und eine neue Degressionsregelung neu zu verhandeln, wurden auch 2023 abgelehnt.

Die Inflationsrate in Österreich ist fast doppelt so hoch wie im Euroraum. Wie entwickeln sich die Kosten seit dem letzten Jahr?

Seit der Pandemie spüren wir eine massive Teuerung in vielen Bereichen. Die Mieten stiegen im vergangenen Jahr um 9 Prozent, die Energiekosten um 10 %, die Personalkosten sowie die Kostenbelastung für Material, Labor- und Verbrauchsmaterial um durch-

Grundlage jeder qualitativ hochwertigen Diagnostik ist die korrekte Abnahme des Patientenmaterials. Die gesamte Arbeit in einem Labor ist überaus personalintensiv und gleichzeitig ist teure Medizintechnik erforderlich.

schnittlich 15 bis 20 %. Zudem müssen wir, um die hohe Qualität sicherstellen zu können, laufend investieren und Verbesserungsmaßnahmen anstoßen.

Ist ein Investitionsstopp mit einem Qualitätsverlust gleichzusetzen?

Ja, es sind eine Qualitätsbeeinträchtigung und ein Stillstand in der Weiterentwicklung von besseren molekularbiologischen Diagnosemöglichkeiten zu befürchten. Um das beste diagnostische Angebot den Patientinnen und Patienten anzubieten, ist es dringend notwendig, eine PCR-Untersuchung für den Nachweis von Syphiliserregern an Haut und Schleimhäuten sowie für andere Infektionen bei verdächtigen Läsionen durchzuführen. Es wurden daher im April 2024 entsprechende Tests etabliert, die allerdings nicht durch eine Kassenposition abrechenbar sind und daher nur als Privatleistung angeboten werden können. Weiters ist die Durchführung einer Resistenztestung für Mykoplasma genitalium bei einer vorhandenen Infektion mit diesem Erreger notwendig, da die Resistenzen gegen übliche Antibiotika im Steigen begriffen sind. Diese Untersuchung wird von Zuweisenden dringend gefordert. Der Nachweis von Resistenzen ist mittels PCR möglich und wird auch in den Ambulatorien durchgeführt, ist allerdings ebenfalls eine Privatleistung, da keine abre-

chenbare Positionsnummer gegeben wird. Für beide Untersuchungen besteht bereits seit Jahren ein Ansuchen um eine Kassenposition. Das Pilzambulatorium führt auch die wesentlich empfindlichere PCR-Methode für den Nachweis von Pilzinfektionen durch, die jedoch ebenfalls nur als Privatleistung angeboten werden kann. Auch hier konnte mittels eigener Daten die bessere Diagnosemöglichkeit aufgezeigt werden. Alle diese Beispiele sind ein weiterer Schritt zur 2-Klassenmedizin. Aufgrund der Preissteigerungen und der gedeckelten Vergütung wird es immer schwieriger, die hohe Qualität aufrechtzuerhalten. Wir wollen und müssen auch unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter adäquat entlohnen, denn sie sind ein wichtiger Teil dieser Qualität. Wenn wir keine Einigung zu einer Tarifanpassung erzielen können, werden wir jährlich einen noch längeren Zeitraum selbst dafür zahlen müssen, dass wir Abstriche machen dürfen. Das ist letztlich untragbar. Um die bestehende hochwertige Versorgung aufrechtzuerhalten, ist es daher erforderlich, die Tarif- und Degressionsgebarung den Gegebenheiten anzupassen. Die hohe, dem international empfohlenen Standard der CDC angepasste Qualität unserer Diagnostik sind wir den Patientinnen und Patienten sowie zuweisenden Ärztinnen und Ärzten schuldig und müssen diese Verantwortung auch weiterhin unbedingt wahrnehmen. **P**





PRÄGNANT

Langzeitpflege – öffentliche Dienstleistungen oder Dienstleistungen im öffentlichen Interesse

Gute und leistbare Pflege mit hoher Qualität ist ein wichtiger Eckpfeiler der Gesundheitsversorgung. Öffentliche Einrichtungen, private Betreiber sowie Mischformen sind am österreichischen Pflegemarkt vertreten. Im Zuge eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs in Wien diskutierten Expertinnen und Experten, **WELCHES ÖFFENTLICHE INTERESSE AN DER PFLEGE BESTEHT UND WELCHE RAHMENBEDINGUNGEN ES BRAUCHT**, damit Langzeitpflege in Österreich nicht wie in anderen Ländern in eine ausschließlich profitorientierte Dienstleistung zu Lasten der Qualität ableitet, sondern weiterhin dem Gemeinwohl dient. | von Rainald Edel, MBA

Private Betreiberinnen und Betreiber von stationären Pflegeeinrichtungen bestehen in Österreich seit vielen Jahren und haben ihre regionalen Nischen. Nun könnte sich allerdings durch die Gesundheitsreform 2024 das Betätigungsfeld privater Investorinnen und Investoren deutlich erweitern und in die eigentliche Gesundheitsversorgung vordringen. So hat beispielsweise die Raiffeisenlandesbank Steiermark angekündigt, man werde sich verstärkt im Bereich der Primärversorgung engagieren. Doch ist privatwirtschaftliches Engagement in diesem Sektor sinnvoll und wünschenswert bzw. welche Auswirkungen sind damit verbunden? Dieser Frage gingen Expertinnen und Experten im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs in Wien nach. „Liberalisierungstendenzen sowie der durch die Maastricht-Kriterien auferlegte Sparsamkeitszwang der öffentlichen Budgets hat dazu geführt, dass in mehreren Staaten Europas seit den 1980er-Jahren der Einstieg von privaten Investorinnen und Investoren in den Gesundheits- und Pflegebereich gesucht bzw. ermöglicht wurde.

Sonderbeilage Kurier, Erscheinungstermin 5. April 2024

Die Teilnehmenden am PRAEVENIRE Gipfelgespräch in Wien (v.l.): Bernhard Rupp, Susanne Herbek, Manfred Krenn, Anna Parr, Johannes Wallner, Nicole Traxler und Josef Zellhofer.



Auch Österreich blieb von diesem Trend nicht verschont, wenngleich nur einige Bereiche davon betroffen sind“, schilderte Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik in der Arbeiterkammer für Niederösterreich in seinem Einleitungsstatement zur Diskussionsrunde. Insbesondere der Spitalsbereich mit seinem komplizierten Abrechnungssystem sei für internationale Investorinnen und Investoren bislang wenig attraktiv. Die durch die demografische Entwicklung notwendigen Ausbaumaßnahmen in der stationären Pflege beleben nunmehr zusätzlich die Diskussion, ob und in welchem Ausmaß und unter welchen Bedingungen private Investorinnen und Investoren an den notwendigen Ausbauplänen beteiligt werden sollen. Allerdings werden auch Stimmen laut, die vor einer möglichen Fehlentwicklung warnen und ein Umdenken anregen. Um renditegetriebene Fehlentwicklungen von Österreich weiterhin fernzuhalten, sei, so Rupp, eine Stärkung der öffentlichen Finanzen, die Sicherung von Rahmenbedingungen zum Ausbau öffentlich geführter Pflege- und Gesundheitseinrichtungen notwendig. Zur Sicherung leistbarer und qualitativ guter Versorgung seien seiner Meinung nach auch die Ansätze des „Verantwortungseigentums“ (in neuartigen, gemeinnützigen Gesellschaftsrechtsformen, die etwa in Deutschland kurz vor der parlamentarischen Umsetzung stehen) vielversprechend.

Reform mit klaren Standards gefordert
In Österreich werde die Debatte über Qualität im Gesundheitsmarkt gerne mit der Rentabilität und den Finanzierungsmodellen verknüpft, erklärte Werner Bogendorfer, Generaldirektor-Stellvertreter bei der Versicherungsanstalt für öffentlich Bedienstete, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB). Er plädiert darauf, dass erst die Ziele in der Gesundheitsversorgung festzulegen wären und in einem zweiten Schritt zu diskutieren sei, ob ein öffentlicher, privater oder ein Mischansatz am besten geeignet sei, die Ziele zu erreichen. Er weist zudem darauf hin, dass auch im öffentlichen Sektor die Spielregeln des Marktes auf der Ausgabenseite gelten, hingegen die Einnahmeseite stark reglementiert sei. Dies könne ein ungewolltes Ungleichgewicht schaffen. „Es ist unerheblich, wer Leistungen erbringt, wenn es Struktur- und Qualitätskriterien gibt, die entsprechend überprüft und deren Nichteinhaltung gegebenenfalls sanktioniert wird“, erklärte Michael Tesar, MBA, Geschäftsführer der curaplus GmbH, einer Organisation, die sich auf die Durchführung der außerklinischen Intensivpflege spezialisiert hat. Sofern private als auch öffentliche Anbieterinnen und Anbieter denselben strengen Kriterien unterliegen, können sei-

ner Meinung nach, beide Modelle hochwertige Pflegeleistung erbringen. Im Mittelpunkt sollten immer die Fragen stehen: Wo ist der „best point of care“ und wer ist in einem konkreten Fall der beste Versorgungspartner? Kritik äußerte er am aktuellen Finanzierungsmodell im Gesundheits- und Pflegebereich, das er als ineffizient und unzureichend beurteilt. Er plädierte daher für eine tiefgreifende Reform des Systems, die eine Vereinheitlichung der Finanzierung und Leistungserbringung im Pflegesektor beinhalten sollte. Ohne eine solche könne die Qualität der Versorgung für die Betroffenen nicht nachhaltig gesichert werden. Skeptisch sieht die Privatisierung im Pflegebereich Josef Zellhofer, Mitglied des Bundesvorstands der Gewerkschaft Youunion. Er verweist auf die Erfahrungen aus dem englischen Gesundheitssystem, wo es durch die Privatisierung zu einer schnellen Abwärtsspirale der Versorgungsqualität gekommen ist. Es sei zu befürchten, dass Gewinnorientierung die Qualität und Zugänglichkeit der Pflege negativ beeinflusse. Daher fordert er klarere Standards für die Pflege und eine größere Transparenz in der Leistungserbringung. Er weist zudem darauf hin, dass eine einheitliche Definition und Messung von Pflegequalität entscheidend sind, um die Versorgung der Pflegebedürftigen zu verbessern. Ein weiterer Aspekt, den Zellhofer anspricht, ist der Bedarf an qualifiziertem Personal im Pflegektor. Er kritisiert, dass die Anforderungen an das Personal nicht immer klar definiert sind, und dass es eine Diskrepanz zwischen den benötigten Qualifikationen und der tatsächlichen Verfügbarkeit von Fachkräften gäbe.

Zur Sicherung leistbarer und qualitativ guter Versorgung sind die Ansätze des „Verantwortungseigentums“ vielversprechend.
Bernhard Rupp

Kooperation zwischen öffentlichen Einrichtungen und Privat Anbietern
Aufgrund des relativ hohen Anteils öffentlicher Einrichtungen unterscheide sich die Pflegesituation in Österreich deutlich von anderen Ländern, wie beispielsweise Deutschland oder Großbritannien. Auch funktioniere der Mix aus öffentlichen, privat gemeinnützigen und privat gewinnorientierten Anbieterinnen und Anbietern im österreichischen Pflegesystem im Allgemeinen gut, schilderte Johannes Wallner, Unternehmenssprecher von SeneCura, dem größten privaten Betreiber von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in Österreich. Notwendig sei aber dennoch eine bessere Regulierung und die Etablierung einheitlicher Standards und Qualitätskriterien im Pflegesektor. Allerdings dürfe es nicht zu einer Überregulierung kommen, die die Arbeit in Pflegeeinrichtungen übermäßig erschwere. Gerade Kooperationsmodelle wie Public-Private-Partnerships (PPP) ermöglichen dem gemeinnützigen Sektor, notwendige Investitionen zu tragen, so Mag. Anna Parr, Generalsekretärin von Caritas Österreich. „Ein Ausbau dieser Kooperationen kann von großem Vorteil sein, auch im Bereich der Digitalisierung“, erklärt sie.



Generell sei ein gesunder Wettbewerb zwischen öffentlichen, privaten gemeinnützigen und privat gewinnorientierten Anbietern sinnvoll, um die Versorgungsqualität zu verbessern und innovative Lösungen zu fördern. Problematisch sei hingegen der Föderalismus, denn es gäbe neun verschiedene Personalschlüssel, andere Qualitätskriterien, andere Finanzierungen und Selbstbehalte. Während man es im Krankenhausbereich geschafft habe, hier einheitliche Standards zu setzen, sei dies im Pflegebereich bislang nicht erfolgt. „Der Föderalismus in der Langzeitpflege macht keinen Sinn. Wir brauchen einheitliche Qualitätskriterien bis hin zu Standortplanung“, so Parr. Denn zum Beispiel zwei gleiche Einrichtungen innerhalb von zehn Kilometern in verschiedenen Bundesländern zu errichten, nur weil man nicht die Personen aus der Nachbarregion übernehmen könne, sei absurd.

Pflegebereich attraktivieren und vereinheitlichen
In der Diskussion müsse man die Krankenhäuser und den Pflegebereich differenziert betrachten, betonte die Gesundheitsexpertin Dr. Susanne Herbek. Denn diese Bereiche haben unterschiedliche finanzielle Strukturen und gehören in den meisten Bundesländern auch politisch in unterschiedliche Ressorts. Zudem wird im Pflegebereich ein wesentlicher Teil der Kosten durch die Pflegebedürftigen selbst übernommen. Problematisch sei, dass es zwischen den Bundesländern unterschiedliche Regelungen und Standards in der Pflege gäbe, diese sollten, so Herbek, vereinheitlicht werden, um eine gleichbleibende Qualität über die Bundesländergrenzen hinweg zu gewährleisten. Nicht nur die Betroffenen selbst, sondern oft auch deren Familien müssten zur Pflege finanziell beitragen, ergänzt Nicole Traxler, Geschäftsführerin der Alles Clara gGmbH. Aus ihrer Sicht brauche es eine stärkere Anerkennung und Unterstützung der Angehörigen sowie die Implementierung personenbezogener Pflegeansätze, die die individuellen Bedürfnisse aller Beteiligten in den Mittelpunkt stellen. Zudem sei es notwendig, den

Einig war sich die Gesprächsrunde, dass es klare Ziele, Rahmenbedingungen und Qualitätskriterien braucht.



Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet (in alphabetischer Reihenfolge)
• Werner Bogendorfer
• Michael Tesar

Pflegeberuf attraktiver zu gestalten. Denn viele ausgebildete Pflegekräfte verlassen nach einigen Jahren wieder den Pflegebereich. Hier brauche es Konzepte, diese gut ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter langfristig zu halten. Die Pflege ist als personenbezogene Dienstleistung zu verstehen. Das mache Rationalisierungen schwierig, schilderte der Arbeitssoziologe Dr. Manfred Krenn. Daher habe er Bedenken, wenn große Kapitalgesellschaften und Private-Equity-Fonds in den Pflegemarkt einsteigen wollen, denn deren Geschäftsmodelle seien nicht auf eine Verbesserung der Pflegemodelle ausgerichtet, sondern haben primär hohe Renditen im Fokus. Davon zu unterscheiden sei, so Krenn, der Einstieg kleinerer, gemeinnütziger Einrichtungen, die keine übermäßig hohen Renditen anstreben.

Es ist unerheblich, wer Leistungen erbringt, wenn es Struktur- und Qualitätskriterien gibt, die entsprechend überprüft und deren Nichteinhaltung gegebenenfalls sanktioniert werden.
Michael Tesar

Er spricht sich deshalb für eine stärkere Regulierung aus, um sicherzustellen, dass Pflegeeinrichtungen primär dem Gemeinwohl dienen. Kritisch zu sehen sei die zunehmende „Taylorisierung“ der Pflege, ein Prozess, bei dem die Pflegearbeit in kleinste Einheiten zerlegt und zeitlich bemessen werde. Diese Entwicklung solle helfen, die Kosten zu senken, gehe aber in den meisten Fällen zulasten der Qualität der Pflege und der Arbeitsbedingungen, kritisiert Krenn. Unbestritten notwendig sei hingegen, so der Arbeitssoziologe, die Durchführung von Qualitätskontrollen. Allerdings seien diese herausfordernd, da die Messung von Pflegequalität komplex sei und Qualitätskontrollen oft an Ressourcenmangel leiden. P





PRÄGNANT

Gesundheitspolitik braucht mehr Expertise

DIE POLITIK MUSS DIE GESUNDHEITSREFORM RASCH FORTSETZEN. DOCH UM DRÄNGENDE PROBLEME EFFIZIENT UND IM SINNE DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN ZU LÖSEN, SOLLTE SIE AUF DEN RAT VON EXPERTINNEN UND EXPERTEN HÖREN.

Anlässlich der Pressekonferenz zur Präsentation des aktuellen Jahrbuches 2023/2024 zeigte das PRAEVENIRE Gesundheitsforum nicht nur auf, wo der Schuh im Gesundheitsbereich weiter drückt, sondern präsentierte auch entsprechende Handlungsempfehlungen für die heimische Gesundheitspolitik. | von Rainald Edel, MBA

Die 2023 von der Bundesregierung durchgesetzte Gesundheitsreform war ein erster Schritt, dem unmittelbar noch weitere folgen müssen, so der Tenor der Speaker bei der Pressekonferenz „Gesundheitspolitik braucht mehr Expertise“ der Gesundheitsplattform PRAEVENIRE – Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung. Anhand der drei Themenkreise: chronische Krankheiten, Arzneimittelversorgung und Digitalisierung zeigten sie auf, wo der Schuh im Gesundheitsbereich weiter drückt.

Neue Versorgungsstrukturen bei Diabetes nötig

„Ein gut geschulter niedergelassener Bereich könnte über 80 Prozent der Leistungen übernehmen, die derzeit von den Spitälern und Ambulanzen erbracht werden“, erklärte Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching, MBA, Präsident ÖDG und Primar am Klinikum Ottakring. Hierzu sei es notwendig, neben der wohnortnahen Basisversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte eine weitere, spezialisierte Versorgungsebene im niedergelassenen Bereich

Ein gut geschulter niedergelassener Bereich könnte über 80 Prozent der Leistungen übernehmen, die derzeit von den Spitälern und Ambulanzen erbracht werden.

Peter Fasching



zu etablieren, die sich um jene Fälle kümmert, die auf Grund der Komplexität nicht durch die Allgemeinmedizin abgedeckt werden kann. Dies würde diese hochwertigen Ressourcen im Spitalsbereich deutlich entlasten. Wesentlich für eine gute Behandlung von Diabetes Typ-2 sei eine entsprechende Schulung der Betroffenen in der Erkrankung und Ernährung sowie eine Führung der Patientinnen und Patienten im Disease Management Programm „Therapie aktiv“, das derzeit durch die Österreichische Diabetesgesellschaft überarbeitet wird und dadurch attraktiver und serviceorientierter für Ärzte- und Patientenseite werden soll. Grundvoraussetzung, damit Ärztinnen und Ärzte in der ersten und zweiten Versorgungsebene eine aktivere Rolle spielen können, sei eine Abrechenbarkeit von Beratungszeit durch die Sozialversicherungen, so Fasching.

Mangelnde Information zu Bewertungsboard innovativer Therapien

Die Grundidee das Therapieangebot in den Spitälern zu harmonisieren sei prinzipiell zu begrüßen, erklärte Mag. pharm. Gunda Gittler, MBA, aHPh, Leiterin Anstaltsapothek und öffentlicher Apotheke der Barmherzigen Brüder Linz. Allerdings werfe der derzeitige Informationsstand zu dem Bewertungsboard noch einige Fragen auf. So sei bislang weder definiert, welche Medikamente unter den Begriff „hochpreisig“ fallen, noch, wie die tatsächliche Vorgehensweise mit den Entscheidungen dieses Boards aussehen soll. Bekannt sei, dass man für das Board mit einem jährlichen Verwaltungsaufwand von 3 Mio. Euro rechne, aber in der Neuregelung keine Finanzierung der Medikamente erwähnt werde.

Sektorgrenzen für eine optimale Versorgung überwinden

„Durch die Zusammenführung und gemeinsame Nutzung von Ressourcen, Daten und Expertisen können wir eine ganzheitlichere Versorgung gewährleisten und die Patientinnen und Patienten bestmöglich versorgen“, erklärte Mag. Karl Lehner, MBA, Geschäftsführer Oberösterreichische Gesundheitsholding. Die sektorenübergreifende Nutzung von ELGA als elektronische Gesundheitsakte und ein Patientenportal spiele dabei eine entscheidende Rolle, indem sie den nahtlosen Austausch von medizinischen Informationen ermöglichen und die Behandlungskoordination verbessern. „ELGA müsse zum digitalen Backbone der Gesundheitsversorgung werden“, forderte Lehner.

Patient Summary wird ELGA praxisorientierter machen

Der auf EU-Ebene letzte Woche beschlossene europäische Gesundheitsdatenraum (EHDS) – ein neues Gesetz, das Gesundheitsdaten europaweit standardisieren und austauschbar machen soll – erfordert eine rasche Weiterentwicklung von ELGA, berichtete Franz Leisch, PRAEVENIRE Chief Digital Officer. Durch den EHDS seien die Mitgliedsländer aufgefordert, ein „Patient Summary“ – eine Schnellübersicht über essenzielle Gesundheitsdaten einer Person zu implementieren. In Österreich besteht die Herausforderung, dass zwar der Wunsch groß ist, solch ein „Patient Summary“ zu nutzen, jedoch ist unklar, wie es erstellt werden soll. Details zur Erstellung, Speicherung und Finanzierung sind noch offen, obwohl das für eine dringende Erweiterung von ELGA erforderlich wäre“, so Leisch.



Franz Leisch, PRAEVENIRE Chief Digital Officer

Bislang ist weder definiert welche Medikamente unter den Begriff „hochpreisig“ fallen noch, wie die tatsächliche Vorgehensweise mit den Entscheidungen dieses Boards aussehen soll.

Gunda Gittler

Patientenmitbestimmung gesetzlich verankern

„Wenn man die Einbindung der Patientenstimme ernst nimmt, braucht es eine formalisierte Patientenbeteiligung in Form eines Beteiligungsgesetzes, das der Patientenseite Sitz und Stimme in allen relevanten Entscheidungsgremien auf Bundes- und Landesebene einräumt“, erklärte Angelika Widhalm, Präsidentin Bundesverband Selbsthilfe Österreich (BVSHOE). Zwar habe man diesem bei seiner Gründung 2018 Parteistellung eingeräumt, allerdings funktioniere dies nur auf Bundesebene. Die Einladung zu Sitzungen erfolgt meist auf Wohlwollen und Gutdünken der jeweiligen Körperschaft und Institution und hat – wenn überhaupt – nur beratende Stimme. Ein Richtmaß für eine gesetzlich verankerte Patientenbeteiligung in Österreich wären all jenen Gremien und Institutionen, in denen Patientenbeteiligung auf EU-Ebene bereits implementiert ist, so Widhalm.

Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich (re.), Oliver Brosch, PRAEVENIRE Generalsekretär (unten links), Gunda Gittler, Leiterin Anstaltsapothek und öffentlicher Apotheke der Barmherzigen Brüder Linz sowie PRAEVENIRE Vorstandsmitglied (unten rechts)

Neuer Input zur Reform des Gesundheitssystems

„Die Bedeutung einer Organisation steigt mit dem Grad der Vernetzung mit wichtigen Key-Playern im System“, erklärte Mag. Oliver Brosch, MA, Generalsekretär des PRAEVENIRE Gesundheitsforums und präsentierte eine aktuelle Netzwerkanalyse des österreichischen Gesundheitssystems, die das renommierte FAS Research Institut durchgeführt hat. „Diese weist das PRAEVENIRE Gesundheitsforum unter den Top-vier Organisationen des österreichischen Gesundheitssektors aus – eine Platzierung, die uns ehrt und zugleich noch mehr anspricht“, so Brosch.

Zur Erklärung des Ergebnisses zitierte er Dr. Harald Katzmaier, Gründer und Direktor von FAS Research, der für das Ergebnis vor allem drei Faktoren namhaft machte:

- PRAEVENIRE greift die komplette Patient Journey von Geburt bis zum Tod auf.
- PRAEVENIRE bearbeiten Themen, die im System „weh tun“.
- PRAEVENIRE erarbeitet Lösungsansätze für wichtige Problemstellungen und erhöht durch intensive Medienarbeit die Awareness für Themen.

„Diese drei Faktoren machen es für Institutionen

und Organisationen im Gesundheitssystem attraktiv, Entscheidungsträgerinnen, Entscheidungsträger sowie Expertinnen und Experten zu unseren Gesprächsformaten, Dialogrunden und Vortragsreihen zu entsenden“, erklärte Brosch. Dies wiederum wirke sich auf das Ranking aus.

„Aber PRAEVENIRE geht es nicht um die Kopfanzahl, sondern um das, was wir mit Hilfe der Expertise im Netzwerk zur Verbesserung des solidarischen Gesundheitssystems in Österreich beitragen können. Ein Ergebnis halten Sie in Händen – das druckfrische PRAEVENIRE Jahrbuch 2023/2024 mit Forderungen und Handlungsempfehlungen an die Politik und Entscheidungsträger im Gesundheitssystem zu sieben vordringlichen Gesundheitsthemen“, so Brosch abschließend.

Wenn man die Einbindung der Patientenstimme ernst nimmt, braucht es eine formalisierte Patientenbeteiligung in Form eines Beteiligungsgesetzes.

Angelika Widhalm



© KRISTIAN JUHASZ (2)



© KRISTIAN JUHASZ (4)





PRÄGNANT

Digitalisierung UND Prävention

DIE SICH VERSTÄRKENDEN ANFORDERUNGEN UND KRISEN IN DER PFLEGE IN ÖSTERREICH werden durch einfache ad-hoc-Lösungen nicht in den Griff zu bringen sein. Es bedarf aller Mittel – von der Prävention der Pflegebedürftigkeit an sich bis hin zur Entwicklung und Nutzbarmachung aller sinnvoll verfügbaren Technologien in Sachen Digitalisierung, hieß es bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen in Seitenstetten. | von Wolfgang Wagner

Die Leiterin des Masterstudiengangs „Health Care Informatics“ der FH Wiener Neustadt, Dr. Anne Busch sagte in ihrer Keynote: „Es gibt eine Reihe von neuen Technologien. Sie reichen von der Planung für Termine über die elektronische Patientenakte, Telemedizin-Anwendungen, robotische Hilfen und Smartphone-Anwendungen. Wir haben eine gute Grundlage“.

Worauf es ankommt: einerseits auf Effizienz der eingesetzten Mittel und Technologien, andererseits um transparente Prozesse. Dies sei entscheidend, sagte die Expertin. Derzeit würden oft vorhandene Mittel aus der Welt der digitalen Techniken nur beschränkt oder viel zu wenig umgesetzt. Hier fehle echtes Change Management, um einerseits die Herausforderungen der Digitalisierung zu schaffen, andererseits auch deren möglichen Nutzen zu lukrieren. Es gehe um echte Transformationsprozesse.

„Ganz wesentlich ist es, die notwendige Akzeptanz zu schaffen. Dazu gibt es zwei Möglichkeiten – die Integration in die Ausbildung und entsprechende Weiterbildung“, sagte Busch. An der FH in Wiener Neustadt hat man sich dazu entschlossen, für die Ausbildung einen „Room of Horror“ für die Ausbildung in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildung zu schaffen. Um zu simulieren, wie Fehler in der Pflege entstehen und die Ursachen zu diskutieren.

Die Übertragung in die digitale Welt würde das Erschließen neuer wichtiger Benutzerkreise ermöglichen, führte die Studiengang-Leiterin aus. Da wären zum Beispiel Medizinstudenten, die direkt Inhalte, Abläufe und Fallstricke einer gesamtheitlichen Versorgung von stationären PatientInnen auf diesem Weg erfahren könnten. „Das funktioniert auch international. Und die Arbeit mit einer VR-Brille ist auch kostengünstiger“, erklärte Busch.

Digitale Sturzprävention

Die reale Umsetzung digitaler Techniken inklusive künstlicher Intelligenz (AI) findet längst statt. „Meiner Meinung nach muss die Technologie eine entscheidende Rolle spielen. Wir haben 3D-Sensoren mit künstlicher Intelligenz entwickelt und bieten sie seit 2017 in der Form digitaler Pflegelösungen an. Wir haben mittlerweile mehr als 1.500 Sensoren im Einsatz. Mehr als 15 Prozent der Pflegeheime in Österreich verwenden diese Systeme“, sagte Dr. Rainer Planinc, Geschäftsführer der auf diesem Gebiet tätigen cogvis GmbH. Stürze gehören zu den folgenschwersten Konsequenzen von Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit inklusive der Betreuung Betroffener in

Integration in die Ausbildung und in die Weiterbildung mit dem Erkennen des Mehrwerts sind für die Digitalisierung entscheidend.

Anne Busch

Institutionen. Den Hintergrund haben Analysen aus Frankreich gezeigt, so der Experte. „Dort passieren rund 100.000 schwerer Stürze von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen. Das bedeutet rund 20.000 Euro Kosten pro Sturz und rund zwei Milliarden Euro Gesamtkosten pro Jahr in Frankreich.“

Das System erkennt, wenn zum Beispiel Bewohnerinnen oder Bewohner eines Pflegeheimes in der Nacht das Bett verlassen wollen. Dann kann das Personal gezielt helfen und unterstützen. Genauso schlägt es Alarm, wenn es zu einem Sturz gekommen ist. Schließlich lassen sich auch die Abläufe rekonstruieren, um einen Unfallhergang nachzuvollziehen und mögliche Gefahrenmomente zu beseitigen. „Unsere installierten Systeme haben bereits mehr als 50.000 Stürze erkannt – übrigens zwei bis drei Mal mehr als das Pflegepersonal selbst“, sagte Planinc. Sowohl Pflegeheime der Caritas als auch bei Senecura hätten Verbesserungen beobachtet. „Bei Senecura konnte eine 50-prozentige Reduktion der Stürze erreicht werden.“

Ein weiterer Vorteil ist der sofortige Alarm im sprichwörtlichen Fall des Falles. Planinc: „Das Auffinden von Gestürzten ist essenziell. Eine

v.l.: Alice Herzog (Moderation), Rainer Planinc, Benjamin Roszpal, Ingrid Ehrenmüller, Anne Busch, Ingrid Korosec

Stunde am Boden zu liegen verdoppelt die Mortalität im darauf folgenden Jahr. Bei cogvis hat man übrigens die Vorteile des Systems für Österreich gemäß den Zahlen aus Frankreich umgerechnet. „Wenn Frankreich und Österreich vergleicht, wären es Kosten von 268 Millionen Euro für Stürze in Pflegeheimen pro Jahr. Eine 50-prozentige Reduktion würde Einsparungen von 134 Millionen Euro pro Jahr bedeuten“, erklärte der Experte.

Mit unserem System konnte eine 50-prozentige Reduktion der Stürze erreicht werden.

Rainer Planinc

Nicht unterschätzen dürfe man den Ausbildungsaufwand bei der Installation des 3D-Systems. Planinc: „Wir haben gedacht, wir kommen mit 15 Minuten Einschulung aus. Das hat überhaupt nicht funktioniert. Mittlerweile benötigen wir zwei bis drei jeweils zweistündige Einschulungen.“

Virtuelles Training

„Augmented Reality“, „Augmented Virtuality“, „Virtual Reality“ – hinter diesen Begriffen stecken auch oft sehr große Erwartungen. Doch man sollte buchstäblich realistisch bleiben, erklärte Ing. Benjamin Roszpal, Wissenschaftler auf dem Gebiet von XR-basierten Lernsystemen an der Fachhochschule St. Pölten (Institute of Health Sciences). „Es muss ein Lernziel geben.

Man gelangt schrittweise zum Erfolg – mit kleinen Schritten. Die ‚Über-Drüber-Lösung‘ wird’s nicht geben“, sagte der Experte. Roszpal und sein Team beschäftigen sich mit der Entwicklung von Lern- und Trainingssystemen für den Bereich der Pflege – profitieren davon sollen sowohl professionell in der Pflege Tätige als auch pflegende Angehörige. Ein solches Projekt: XR-Train, bei dem an einem virtuellen Notfallwagen für medizinische Interventionen geübt werden soll. Hier wurden im Rahmen des Projekts Pflegepersonen mit dem virtuellen System trainiert, es gab eine Vergleichsgruppe ohne Training mit der digitalen Technik. Das Ergebnis: „Bei der Überprüfung am echten Notfallwagen zeigte sich in der XR-Gruppe eine um 30 Prozent kürzere Bearbeitungszeit.“

Ein anderes Projekt: der XRC Anatomy Trainer für Pflegestudenten, der den Verwendern schnell mehr und größeres anatomisches Wissen vermitteln soll. „96 Prozent der Studierenden haben erklärt, sie hätten gerne mit diesem System trainiert“, sagte Roszpal. Und schließlich: Im Entstehen ist ein weiteres Projekt, das auf Sturzprophylaxe ausgerichtet ist. Hier soll mit Virtual Reality ein Wohnungsumfeld gestaltet werden, in das man quasi Sturzfallen einbauen kann, um Probleme in diesem Bereich zu simulieren, zu erkennen und deren Beseitigung zu trainieren. Ein Problem, auf das Prof. Dr. Irtraud Ehrenmüller von der FH Oberösterreich in der anschließenden Podiumsdiskussion hinwies: „Es ist deutlich weniger Technologie unterstützend im Einsatz als bereits vorhanden ist.“ Es bedürfe allerdings der Realisierung von funktionierenden Gesamtlösungen. Ein Hol- oder Bring-Roboter, der an drei Zentimeter hohen Niveauunterschieden in seinem Einsatzgebiet scheitert, sei für die Pflegekräfte jedenfalls kein Gewinn. An der FH Oberösterreich soll ein Testsystem entstehen, um für die einzelnen Anwendungen die jeweils richtigen digitalen Hilfen auswählen und testen zu können.

Ohne das Gewinnen der Pflegekräften für die digitalen Technologien werde das alles nicht funktionieren, betonte schließlich die Präsidentin des Österreichischen Seniorenbundes Ingrid Korosec: „Pflegekräfte werden oft bei der Einführung solcher Systeme verunsichert. Mit einem ‚Da drück, dort drück auf den Knopf‘ und fertig wird es nicht gehen.“ Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen, in denen neue Techniken etabliert werden sollen, müssten ausreichend motiviert werden. Für sie müssten vor allem Sinn und erzielbare Erleichterungen erkennbar sein.

Prävention über alles

Digitale Technologien können in Pflegeeinrichtungen und auch in den Haushalten von Pflegebedürftigen eine Erleichterung sein, doch bei der demografischen Entwicklung käme es primär darauf an, Pflegebedürftigkeit insgesamt zu verhindern oder hinauszuschieben. Das Mittel dazu ist die Prävention, betonte Dr.



v.l.: Barbara Fisa, Constance Schlegl, Norbert Bachl, Harald Janisch, Kurt Leitner.

Die ‚Über-Drüber-Lösung‘ wird’s nicht geben.

Benjamin Roszpal

Alexander Biach, Direktor-Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien und ehemaliger Chef des Hauptverbandes der Sozialversicherungs-träger: „Wir geben in Summe in Österreich 2,4 Milliarden Euro aus. Davon entfallen aber 1,5 Milliarden bis 1,6 Milliarden Euro auf die Tertiärprävention.“ Damit komme man viel zu spät. Das Ergebnis, so Biach: „In Österreich bekommen 23 Prozent der über 65-Jährigen Pflegegeld. In Schweden und Dänemark sind es nur acht Prozent.“ Im Durchschnitt in Österreich 59 gesunde Lebensjahre stünden in Schweden deutlich mehr als 70 gesunde Lebensjahre gegenüber. Da müsse man schon fragen, was denn diese skandinavischen Länder in Sachen Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit besser machten.

Biach, der Sportmediziner Univ.-Prof. Norbert Bachl und Mag. Barbara Fisa, Geschäftsführerin von „The Healthy Choice“, haben den „Best-Agers-Bonus-Pass“ entwickelt, durchaus in Anlehnung des „Mutter-Kind-Passes“, aber für Menschen ab dem mittleren Lebensalter. „Die Benutzer bekommen eine Einladung zu einer erweiterten Erstuntersuchung. Dabei werden die Bedürfnisse erhoben und ein Plan erstellt“, sagte Biach. Mit Unterstützung digitaler Technik und mit einem Netzwerk-Coach, der motivierend eingreift, werde das Engagement gefördert. Und schließlich gebe es kleine Belohnungen bei Erfüllung der Ziele.

Bewegung schützt vor Demenz

„Wir haben rund 130.000 Demenzzranke in Österreich. 2030 werden wir 240.000 Demenzzranke haben. 40 bis 60 Prozent der Demenzzkrankungen können verhindert werden“, sagte der Sportmediziner Kurt Leitner (Hohentauern). Der Schlüssel liege in ständigem körperlichem Training. „Das Ausdauertraining sorgt dafür, dass im Hippocampus im Gehirn Nervenzellen neu gebildet werden. Das sind 5.000 bis 8.000 Nervenzellen pro Tag. Demenz beginnt im Hippocampus“, betonte der Experte. So würden permanentes Lernen und körperliche Aktivität die Plastizität des Gehirns erhalten. Eine wesentliche Rolle spiele dabei der Brain-derived neurotrophic Factor (BDNF). „Er ist ein Wachstumsfaktor für Nervenzellen im Hippocampus“, so Leitner. Ob Morbus Alzheimer, Depressionen oder Morbus Parkinson – alle diese Krankheiten seien auch mit einem Herunterregulieren von BDNF verbunden. Wichtig

sei aber auch der Serotonin-Stoffwechsel. Das „Glückshormon“ entstehe aus Tryptophan, das von einem Trägereiweiß gelöst ins Gehirn gelangt und dort zu Serotonin umgewandelt werde. Disstress mit hohen Cortisol-Spiegeln führe hingegen dazu, dass das Tryptophan nicht in Serotonin, sondern ins toxische Kynurenin umgewandelt werde. „Auch die Depression ist eine neurodegenerative Erkrankung“, erklärte der Sportmediziner. Wichtigstes Gegenmittel sei regelmäßige körperliche Belastung mit 60 bis 85 Prozent der maximalen Herzfrequenz oder 50 bis 70 Prozent der maximalen Wattleistung. Andere Staaten seien in der Prävention von im Alter zunehmend häufiger auftretenden Erkrankungen bereits weiter, betonte Barbara Fisa in der anschließenden Podiumsdiskussion: „In Schweden gibt es schon das Grüne Rezept auf Bewegung. Dort würden mehr als 60 Prozent der 40- bis 60-Jährigen regelmäßig ausreichend Bewegung machen. „Bei uns sind es nur 20 Prozent.“ Sportmediziner Univ.-Prof. Dr. Norbert Bachl forderte hier insbesondere mehr speziell ausgebildete Ärztinnen und Ärzte in der niedergelassenen Praxis: „Es sollte in jedem Primärversorgungszentrum eine Medizinerin bzw. ein Mediziner mit Sportärztediplom arbeiten. In jedem Altersheim sollte ebenfalls eine Medizinerin, ein Mediziner mit Sportärztediplom sein.“

In Österreich bekommen 23 Prozent der über 65-Jährigen Pflegegeld. In Schweden und Dänemark sind es nur acht Prozent.

Alexander Biach

„Bewegung auf Rezept ist eine Superidee. Bewegung als Prävention ist im Berufsbild der Physiotherapie verankert“, erklärte dazu Constance Schlegl, Präsidentin von Physio Austria. Hier sei viel zu tun: „Wir haben in Österreich 12 Prozent der über 65-Jährigen, die von Frailty (Gebrechlichkeit; Anm.) betroffen sind. Pre-frail sind 41 Prozent. Aufbau von Muskelmasse und Training kann dem entgegenwirken.“

Mag. Harald Janisch ist Obmann der Fachgruppe Personenberatung und Personenberatung in der Wirtschaftskammer Wien. Für ihn passen die modernen Berufsbilder von Sport-, Ernährungs- und psychosozialen Beraterinnen und Beratern perfekt in Präventionskonzepte für große Bevölkerungsgruppen: „Wir haben jetzt Programme, die Personenbetreuer zu kleinen Fitnesstrainern machen.“ Sie sollten zum Nutzen Vieler sanfte Bewegung für mehr Gesundheit propagieren.



© KRISTIAN JUHASZ

© KRISTIAN JUHASZ



DENKERTAG



1. PRAEVENIRE DENKERTAG | SEITENSTETTEN Optimierung der Versorgung im Gesundheitswesen

Bildungszentrum St. Benedikt | Promenade 13, A-3353 Seitenstetten

Programm

09:30	<i>Get Together</i>	
10:00	Moderation: Alice HERZOG, ORF Niederösterreich Eröffnung Oliver BROSCH PRAEVENIRE Begrüßung Anton KASSER Abgeordneter zum NÖ Landtag in Vertretung von Landeshauptfrau Johanna Mikl-Leitner Themenvorstellung Hanns KRATZER PERI Group	
	Impulsreferate – Plenum	
10:15	- Prävention	Peter McDONALD Sportunion
10:30	- Erstattungsprozesse	Alexander HAYN WKO
10:45	- FAG-Bewertungsboard	Claudia FUCHS WU Wien
11:00	<i>Vorstellung der Arbeitsgruppen / Pause</i>	
	Arbeitsgruppen	
11:15	(A) Prävention (B) Erstattungsprozesse (C) FAG-Bewertungsboard	
12:15	Präsentation Arbeitsgruppen	AG Sprecher:innen
13:00	<i>Mittagessen (Bildungszentrum)</i>	
	Impulsreferate – Plenum	
14:15	- Prävention und Versorgung	Alexander BIACH WKO
14:30	- Versorgungsformen der Zukunft	Michael BINDER WIGEV
14:45	- Digitalisierung im Gesundheitswesen	Franz LEISCH PRAEVENIRE
15:00	<i>Vorstellung der Arbeitsgruppen / Pause</i>	
	Arbeitsgruppen	
15:15	(D) Versorgungsformen der Zukunft (E) Digitalisierung	
16:15	<i>Pause</i>	
16:30	Präsentation Arbeitsgruppen	AG Sprecher:innen
17:00	Handlungsfelder für 2024/2025	PRAEVENIRE
18:00	<i>Abendessen (Bildungszentrum)</i>	

13. MAI 2024

Der PRAEVENIRE Denkertag in Seitenstetten ist eine Diskussions-Plattform des Vereins PRAEVENIRE für den gegenseitigen Austausch zu aktuellen Herausforderungen des österreichischen Gesundheitswesens und der Entwicklung von Strategien zu deren Bewältigung.

Die Diskussion findet im geschlossenen Rahmen unter den „Chatham House Rules“¹ statt.

Die Teilnahme erfolgt auf Einladung durch PRAEVENIRE.

- PRAEVENIRE Präsidium und Beirat
- Stakeholder aus dem Gesundheitswesen
- Vertreter von Politik, Interessengruppen, Verbänden und Industrie

Organisation: PERI Consulting GmbH.

¹ Die Chatham House Rule regelt die Weitergabe von Inhalten vertraulicher Gespräche an Dritte; sie dient der Anonymität der sich äussernden Teilnehmer. Wenn Gespräche oder Konferenzen unter dieser Regel stattfinden, dürfen die Teilnehmer zwar die Inhalte weitergeben, jedoch ist es untersagt, die Identität von Konferenzteilnehmern, Rednern oder Gesprächspartnern offenzulegen.

