

PERISKOP

117

JUN 2024

Standpunkte.
Dialog.
Konsens.

Die neutrale
Plattform
zum offenen
Meinungs-
austausch.

**Erfolgreicher
Start!**

PRAEVENIRE
Denkertag

**Diagnose-
codierung**

Franz Leisch

**„Ich würde es
wieder tun“**

Markus Wieser

**Weitsichtige Planung im
Gesundheitsbereich nötig**

Interview mit Ingrid Korosec

10



PEOPLE



Herausforderungen und Perspektiven der Radiologie

Moderne Geräte und die digitale Bildauswertung machen Läsionen und andere Abweichungen noch früher sichtbar und damit behandelbar. Doch lange Wartezeiten und bürokratische Hürden bremsen in Österreich den technologischen Fortschritt und die diagnostischen Möglichkeiten wieder aus, schildert Univ. Doz. Dr. Franz Frühwald, Radiologe in St. Pölten, im Gespräch mit PERISKOP.

- 4 **Alpbach 2024:** 11 Jahre PRAEVENIRE Gipfelgespräche auf der Alten Schafalm in Alpbach
- 8 **Weitsichtige Planung** im Gesundheitsbereich nötig
- 10 Herausforderungen und **Perspektiven der Radiologie**

Impressum

- Medieninhaber** Welldone Werbung und PR GmbH
Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien
Tel. 01/402 13 41-0, Fax: DW-18, E-Mail: redaktion@periskop.at
- Herausgeber** PERI Consulting GmbH, Mag. Hanns Kratzer
Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien
- Redaktionsanschrift** Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien
Tel. 01/402 13 41-0, Fax: DW-18, E-Mail: redaktion@periskop.at
- Chefredakteur** Robert Riedl
- Leitung Periskop** Erika Stickl
- Autorinnen und Autoren** Rainald Edel, MBA, Mag. Renate Haiden, MSc, Ulrike Holzer, Mag. pharm. Andreas Hoyer, Mag. Beate Krapfenbauer, Karin Leitner, Michaela Meier, Dr. Ernest G. Pichlbauer
- Foto Cover** Krisztian Juhasz
- Grafik Design** Martina Eichhorn, Manuela Pöschko
- Druck** Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG
- Auflage** 6.000 | Erscheinungsweise: 6 x jährlich | Einzelpreis: Euro 30,00

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



14

PERFORMANCE

Herausfordernder Weg zu mehr Primärversorgungseinheiten

Die achte jährliche Tagung von AM PLUS, der Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit, in Haslach an der Mühl stand unter dem Titel: wie kommt man schnell und effizient zu einer PVE? Die Vorträge und Diskussionen brachten Orientierung für jene, die eine solche Einrichtung gründen wollen.

- 12 **PRAEVENIRE Denkartag:** Erfolgreicher Start!
- 14 Herausfordernder Weg zu **mehr Primärversorgungseinheiten**
- 16 **Künstliche Intelligenz** in und für Wissenschaften
- 18 **Kolumne »360° Blick«** von Pro Rare Austria
- 18 **Kolumne »Rezeptblock«** von Ernest G. Pichlbauer

24



PIONIERE



Den Blutzucker jederzeit im Blick

Die Behandlung von Diabetes ist in den letzten drei Jahrzehnten durch Innovationen im Bereich der Diabetestechnologie für Betroffene wesentlich angenehmer und anwendungsfreundlicher geworden. Welche Vorteile und Möglichkeiten sich durch innovative kontinuierliche Glukosemessungen für Diabetespatientinnen und -patienten ergibt, erläutert Dr. Ingrid Schütz-Fuhrmann, Oberärztin an der Klinik Hietzing, 3. Medizinische Abteilung für Endokrinologie, Stoffwechselerkrankungen und Nephrologie sowie Vorsitzende des Technologieausschusses der Österreichischen Diabetesgesellschaft (ÖDG).

- 20 Startup Pitch-Contest: **Die Health Care Solution, die alle(s) verbindet**
- 22 **Kolumne »Pharmazeutische Perspektiven«** Österreichischer Apothekerverband
- 23 **„HEARTS Conference“** zur häufigsten Todesursache in Wien
- 24 **Den Blutzucker** jederzeit im Blick
- 26 **Diagnosecodierung:** Ein notwendiger Paradigmenwechsel

© KRISZTIAN JUHASZ, FOTO KIRSCHNER, PRIVAT

SHAPE THE FUTURE



7. PRAEVENIRE DIGITAL HEALTH SYMPOSIUM 2025

www.praevenire.at

17.-18. APRIL

34



PLATTFORMEN



Mehr Vertrauen in Künstliche Intelligenz ist gefragt

„Collaborative Governance“ heißt das Stichwort, wenn es um die gemeinsame Gestaltung von Anwendungen Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen geht. Vertrauen, Transparenz und gemeinsame Werte sind die Grundlage dafür. Expertinnen und Experten beschreiben, wie das aus ihrer Sicht gelingen kann.

- 28 **PRAEVENIRE Denkartag:** Gemeinsam diskutieren, geschlossen fordern
- 30 Digitalisierung darf **kein Lückenfüller sein**
- 32 Das Rad **nicht neu erfinden**
- 34 **Mehr Vertrauen** in Künstliche Intelligenz ist gefragt

44



PORTFOLIO



„Wir müssen schneller werden“

Der Datenschutz darf nicht mehr als Feigenblatt eingesetzt werden, um Ängste zu schüren. Dass der Mensch im Mittelpunkt bleiben muss, steht außer Frage: Daher muss Digitalisierung im Gesundheitswesen ein Patientenrecht werden!

- 42 „Wir müssen **schneller werden**“
- 43 „Ich würd' es wieder tun“: **Neues Buch von Markus Wieser**
- 44 Apotheken erweitern **ihr Leistungsspektrum**
- 46 Kommunikation entscheidet – **PRAEVENIRE Expert-Report 3**

39



POLITIK



Beste Gesundheitsversorgung im Land ermöglichen

Gesundheit fällt zum Großteil in die Kompetenz der Bundesländer. Durch den aktuellen Finanzausgleich wurde deren finanzieller Handlungsspielraum deutlich erweitert. Als langjähriger Spitalsarzt kennt der steirische Gesundheitslandesrat Dr. Karlheinz Kornhäusl die Herausforderungen des Gesundheitssystems von beiden Seiten, wo er Handlungsbedarf ortet und welche Maßnahmen er in der Steiermark gesetzt hat, erläutert er im Gespräch mit PERISKOP.

- 36 **Bitte Warten** – ein strukturelles Problem im öffentlichen Gesundheitssystem
- 38 KI soll **Menschen nie ersetzen**
- 39 **Beste Gesundheitsversorgung** im Land ermöglichen
- 40 **Nachfolge für Branchenlösung IS-H** von SAP dringend gesucht

51



PRÄGNANT



„Digital first“ ist noch ausbaubar

Wenn die Bevölkerung nach dem Motto „digital vor ambulant vor stationär“ das Gesundheitswesen nutzen soll, braucht es noch eine Reihe von Ausbausritten. Noch ist vieles nicht verfügbar, was tatsächlich zu einem Effizienzschub führen kann.

- 48 **Kostenerstattung** als Innovationsbremse?
- 49 **Neue Versorgungsformen** dringend gefragt
- 50 **Fairer Zugang** zu Medikamenten
- 51 **„Digital first“** ist noch ausbaubar
- 52 Die Geschwindigkeit für **Transformation steigern**
- 53 **Prävention:** Der Schlüssel zur Lösung?
- 54 Programm: 11. PRAEVENIRE **Gesundheitsgespräche in Alpbach**

EISENSTADT



9. PRAEVENIRE GESUNDHEITSTAGE
im Schloss Esterházy 2024



www.praevenire.at

9.-11.
OKT.



PEOPLE

PERI Group PRAEVENIRE Talks, Gipfelgespräche und Workshop auf der Schafalm

STAND BEI DRUCKLEGUNG: 25. JUNI 2024

- PRAEVENIRE Talk: Frauengesundheit in der Lebensmittel
- PRAEVENIRE Talk: Gesunde Lebensjahre – aber wie?
- PRAEVENIRE Talk: Digitalisierung im Gesundheitswesen
- Denker Talk: Finanzierung innovativer Therapien
- NETWORKING Walk: Von Betroffenen zu Beteiligten – wie Patientinnen und Patienten vertreten?
- Open Alm: HIV – Digitalisierung vs. Stigmatisierung

Alpbach 2024

11 Jahre PRAEVENIRE Gipfelgespräche auf der Alten Schafalm in Alpbach

Der Verein PRAEVENIRE lädt auch heuer wieder ein, sich in Alpbach mit relevanten gesundheitspolitischen Themen auseinanderzusetzen, womit die Alte Schafalm des Böglerhofs heuer zum elften Mal Denkwerkstatt für Stakeholder, Expertinnen und Experten, Entscheidungsträgerinnen und -träger sowie Betroffene ist. Gemeinsam wird über aktuelle Themen, Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten zur Optimierung des österreichischen Gesundheitssystems diskutiert. Bei den hochkarätigen Gipfelgesprächen auf der Alten Schafalm stehen heuer Themen wie Kardiomyopathien, Onkologie, Diabetes, Digital Health, Lebergesundheit, Vorhofflimmern aber auch Seltene Erkrankungen im Mittelpunkt. PERISKOP hat im Vorfeld die „Schafalm-Stimmung“ von Teilnehmerinnen und Teilnehmern der PRAEVENIRE Gipfelgespräche eingeholt. | von Rainald Edel, MBA



„Gesundheitspolitik neu denken – Es ist Zeit! – Die Gesundheitsreform vom vergangenen Jahr von Herrn Bundesminister Johannes Rauch war ein erster Schritt und jede Reise beginnt mit diesem. Es ist viel Steuergeld in die Gesundheitsreform geflossen, doch wir sehen, dass Geld allein nicht alle Herausforderungen lösen kann! PRAEVENIRE hat mit der aktuellen Ausgabe des Jahrbuchs 2023/2024 inhaltlich einen möglichen Leitfaden aufgezeigt – nützen wir diesen in einem Wahljahr gemeinsam und stellen den Menschen in den Mittelpunkt all unserer Überlegungen für die Zukunft eines fitten Gesundheitswesens.“

Mag. Oliver Brosch, MA | Generalsekretär des Vereins PRAEVENIRE



„Innovative Technologien und digitaler Wandel bleiben die zentralen Faktoren für die Zukunft der österreichischen Gesundheitsversorgung. Der European Health Data Space (EHDS) kann hierbei durch den grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten und die stärkere Zusammenarbeit in Europa eine entscheidende Rolle spielen. Leider kann ich dieses Jahr nicht an den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen teilnehmen, bin aber überzeugt, dass die Diskussionen rund um das Thema Digital Health wertvolle Erkenntnisse und konkrete Handlungsempfehlungen für ein nachhaltiges Gesundheitssystem hervorbringen werden.“

Anne Busch | Leiterin Masterstudiengang Health Care Informatics, FH Wiener Neustadt



„Es ist wichtig die Menschen in die digitale Transformation der Gesundheitsversorgung zu involvieren, um eine spürbare Verbesserung ihrer Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und eine deutliche Entlastung des Gesundheits- und Pflegepersonals sicherzustellen. Es bedarf einer Vielzahl an Begleitmaßnahmen, darunter Aufklärungs- und Informationskampagnen sowie eines öffentlichen Diskurses über die Herausforderungen, Chancen und den direkten Nutzen für die Versicherten. Ebenso wichtig sind leicht zugängliche Möglichkeiten, um konkrete Fragen rund um das Thema Digitalisierung der Gesundheitsversorgung zu stellen und zu diskutieren. Zusätzlich sind umfassende Maßnahmen zur Förderung der allgemeinen digitalen Kompetenzen und der digitalen Gesundheitskompetenz für alle Bürgerinnen und Bürger jeden Alters erforderlich. Duervation begleitet Menschen und Unternehmen bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von Innovations- und Digitalisierungsprojekten im Gesundheitsbereich.“

Prof. (FH) Mona Dür, PhD, MSc. | CEO & Gründerin Duervation GmbH



„Eine nachhaltige Gesundheitsversorgung für Patienten mit seltenen und schwerwiegenden Erkrankungen erfordert einen patientenzentrierten Ansatz, der den Zugang zu frühzeitiger Diagnostik und spezialisierter Behandlung sicherstellt. Essenziell ist auch die Erstattung innovativer Therapieoptionen, um die langfristige Versorgung zu garantieren. Durch verstärkte Forschung, internationale Zusammenarbeit, kontinuierliche medizinische Bildung und den Einsatz digitaler Technologien können wir eine umfassende und zukunftsorientierte Versorgung gewährleisten. Ich bin sehr dankbar und freue mich sehr, dass die PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach allen Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen ein Forum bietet, gemeinsam die Qualität und Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Österreich zukunftsicher zu gestalten.“

Mag. Dennis Engelke | Geschäftsführer Jazz Pharmaceuticals Österreich & Schweiz



„Die Gipfelgespräche in Alpbach sind ein wichtiger Bestandteil um den Stakeholderdialog in Österreich zu erhalten. Impfen heißt Verantwortung tragen – für den Einzelnen und natürlich für die Gesellschaft. Vor diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, dass wir gemeinsam an der Weiterentwicklung der Impfwesens in Österreich arbeiten. Dazu braucht es Dialog. Impfen für alle Altersgruppen ist wichtig um uns alle und die Gemeinschaft vor Erkrankungen zu schützen. Daher brauchen wir Impfungen wie z.B. die Pneumokokken Impfung und die RSV Impfung für Erwachsene.“

Mag. Renee Gallo-Daniel | Business Lead Vaccines Austria bei Pfizer Corporation Austria GmbH



„Krankenhausapothekerinnen und -apotheker sind eine wichtige Drehscheibe zwischen Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten, KH-Trägern und der Pharmaindustrie. Ihre jahrelange Erfahrung in der Medikamentenlogistik, der Produktion individueller Anfertigungen, der klinischen Pharmazie und dem strategischen Einkauf stellen eine qualitätsvolle Versorgung der Patientinnen und Patienten sicher. Bei den heurigen Gipfelgesprächen von PRAEVENIRE auf der Schafalm in Alpbach werden aktuelle Themen wie Frauengesundheit und Versorgung seltener Erkrankungen als künftige Herausforderungen des Gesundheitssystems thematisiert.“

Mag. Gunda Gittler, MBA, aHPH | Leiterin der Anstaltsapothek der Barmherzigen Brüder



„Ärztinnen und Ärzten und auch den anderen Gesundheitsberufen fehlt es im Spital und in der Kassenmedizin an Zeit. Für viele medizinischen Behandlungen ist auch eine Betreuung in einem Spital aus fachlich medizinischen Gründen gar nicht notwendig. Allerdings haben die Länder und die Krankenkassen in ihren ewigen Streitereien um die Finanzierung der Verlagerung von Leistungen aus den Spitälern in den extramuralen Bereich verabsäumt, die Kassenkataloge anzupassen und extramural attraktive Arbeitsbedingungen zu schaffen. Patientinnen und Patienten bleibt jetzt nur die Wahl lange Wartezeiten im Spital in Kauf zu nehmen oder Wahlärzte aufzusuchen. Aus Patientensicht sind die verantwortlichen Politiker im Bund und aller neun Bundesländer sowie die Sozialversicherung aufgefordert, ausreichend öffentliche Finanzierung sicherzustellen und die internen Streitereien auf Kosten der Patientinnen und Patienten zu beenden.“

Dr. Thomas Holzgruber | Patient*innenombudsmann der Ärztekammer für Wien

Bei den 11. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach 2024 finden Gipfelgespräche zu folgenden Themen statt:

- Privatisierung & Pflege
- Pneumokokken Impfung
- Rechte der Patienten
- Onkologie 2030
- Blutzuckernormalisierung
- Gesundheit 2030 – Fokus Spital
- Seltene Erkrankungen
- Kardiomyopathien
- CAR-T Therapie
- Lebergesundheit 2030
- Myasthenia Gravis
- Diabetes 2030



„Das jährliche PRAEVENIRE Gipfelgespräch zu Typ-2-Diabetes auf der Schafalm in Alpbach mit erfahrenen Stakeholdern aus dem Gesundheitssystem ist bereits Tradition. Die vergangenen Jahre haben gute Vorschläge hervorgebracht. Das Jahr 2024 mit Einigungen zu Finanzausgleich und Bundeszielsteuerung Gesundheit sowie der bevorstehenden Ausgestaltung durch die Landeszielsteuerungen ist der richtige Zeitpunkt die Empfehlungen der Expert:innen umzusetzen. Es geht darum, die Diabetes Versorgung zu verbessern, Innovationen zu den Menschen zu bringen und Spätkomplikationen und -kosten zu vermeiden. Heuer steht das Gipfelgespräch unter dem Motto „Blutzuckernormalisierung statt Bevölkerungskrankheit“. Wir freuen uns, dieses wieder zu unterstützen sowie auf spannende Diskussionen, Erkenntnisse und Lösungswege.“

DI Mario Haller | Geschäftsführer Eli Lilly



„Eine schöne Tradition ist der Austausch mit Entscheidern und Multiplikatoren in den Tiroler Bergen in Alpbach. Gemeinsame Diskussionen zu vielfältigen Themen führen zu innovativen Lösungen für die Herausforderungen im Gesundheitsbereich. Gerne beteiligen wir uns auch dieses Jahr – diesmal gemeinsam mit dem ÖVIH – mit einem Gipfelgespräch, das unter dem Aspekt der Prävention für mehr gesunde Lebensjahre steht. Die Bedeutung der Pneumokokken-Schutzimpfung ist ein wesentlicher Bestandteil der Impfvorsorge und des vorbeugenden Schutzes vor verschiedenen und insbesondere vor respiratorischen Erkrankungen, die gar nicht so selten zu tagelangen Arbeitsausfällen und auch Krankenhausaufenthalten führen. Ein niederschwelliges Erwachsenen-Impfprogramm sollte den Zugang zu der Pneumokokken-Impfung zukünftig sicherstellen, um einen optimalen Schutz für die im österreichischen Impfplan empfohlenen Zielgruppen zu gewährleisten.“

Mag. Sigrid Haslinger | Director Market Access, Policy & Communication



„Jetzt wird umgesetzt! Nach den intensiven Verhandlungen zum Finanzausgleich und den damit beschlossenen Veränderungen im Gesundheitssystem geht es jetzt ans Arbeiten. Ziel ist vor allem der Ausbau bei gleichzeitiger Modernisierung der niedergelassenen Versorgung. Um digital vor ambulant vor stationär zu werden braucht es einen massiven zentralen Ausbau der Gesundheitshotline 1450 und anschließende telemedizinische Angebote für die Versicherten. Alle Gesundheitsberufe müssen an eine übersichtliche ELGA inklusive Patient Summary angeschlossen werden und diese nutzen, damit die Arbeitsteilung für die Patient:innen funktioniert. Um die besten Lösungen zu finden müssen die beteiligten Stakeholder ihre unterschiedlichen Ideen und Zugänge austauschen, sich gegenseitig zuhören und gemeinsame Wege finden. Praevenire schafft es immer wieder hochqualifizierte und relevante Diskussionspartner:innen an einen Tisch zu bringen und die richtigen Diskussionsformate zu initiieren.“

Andreas Huss, MBA | Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK)



„Die Behandlung von Patientinnen mit seltenen und komplexen Krankheiten hat in den letzten Jahren enorm an Bedeutung gewonnen. Es gilt, die Finanzierbarkeit innovativer Arzneimittel mittels innovativer Modelle zu gewährleisten, die Versorgungs- und Planungssicherheit zu garantieren sowie einen frühestmöglichen Zugang für betroffene Patient*innen sicherzustellen. Dafür sind eine profunde Dateninfrastruktur, der Wille zur Zusammenarbeit und entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen notwendig. Ein gemeinsames Verständnis der Datennutzung führt zu einer evidenzbasierten Entscheidungsfindung und zu einer Steigerung der Gesamteffizienz. Ich glaube an ein umfassendes und nachhaltiges Gesundheitssystem und bin überzeugt davon, dass auch bei sehr unterschiedlichen Positionen stets ein gemeinsamer Nenner möglich ist. Diesen wollen wir bei den Gesprächen auf der alten Schafalm finden.“

MMag. Astrid Jankowitsch | Head Public Policy, Communications & Patient Advocacy bei Takeda



„Die Wiener Pflege- und Patient*innenanwaltschaft (WPPA) beschäftigt sich nicht nur mit Beschwerden über Behandlungsfehler oder sonstige Missstände im Gesundheitswesen, sondern soll in Form von jährlichen Empfehlungen auch allgemeine Vorschläge zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung machen. Nach einhelliger Expertenmeinung unternimmt Österreich zwar sehr viel (und erbringt hervorragende Leistungen) im Rahmen der sogenannten Reparaturmedizin, im Bereich der Prävention besteht aber noch hoher Handlungsbedarf. Wenngleich die Verhandlungspartner der aktuellen Gesundheitsreform beträchtliche Mittel für neue Impfangebote ausgehandelt haben (HPV, Influenza), gibt es in diesem Bereich noch zahlreiche sinnvolle und à la longue kostensparende Ausweitungsvorschläge. Der Austausch der Expert*innen in den PRAEVENIRE Gipfelgesprächen in Alpbach kann zu diesem Thema sicherlich einen wertvollen Beitrag leisten.“

Dr. Gerhard Jelinek | Wiener Pflege- und Patient*innenanwalt



„Großartige Innovationen erweitern die Möglichkeiten moderner Medizin dramatisch, gerade in der Onkologie. Trotz der Herausforderungen des Ärzt:innen- und Pflegemangels transformieren sie unser Gesundheitssystem in riesigen Schritten, in Zukunft auch mit den Möglichkeiten des Einsatzes künstlicher Intelligenz. Als relativ kleines Land ist Österreich in besonderem Maße darauf angewiesen, einerseits Forschung und Innovation hochzuhalten und zu fördern, andererseits auch auf fairen Zugang, gesellschaftliche Akzeptanz und Health Literacy zu achten. Bei der PRAEVENIRE Tagen in Alpbach kommen bedeutende Stakeholder in ungezwungener Atmosphäre zusammen, um Lösungen zu suchen, mit weltweit tätigen Expert:innen über den Tellerrand zu blicken und abseits standespolitischer Scheuklappen neues Denken zu wagen sowie neue Konzepte zu finden.“

Univ.-Prof. Dr. Michael Gnatt | Medizinische Universität Wien



„Das Setting und die Möglichkeiten zur Mitgestaltung des Gesundheitswesens in Alpbach sind mir schon seit Jahren gut vertraut. Umso mehr freut es mich, heuer erstmals für UCB als weltweit führendes biopharmazeutisches Unternehmen auf der Alten Schafalm einen konkreten Anstoß zur Diskussion und Verbesserung der Versorgungssituation von österreichischen Patientinnen und Patienten mit Myasthenia gravis – einer durch Autoantikörper verursachte neuromuskuläre Übertragungsstörung, die klinisch zu einer Muskelschwäche führt – geben zu können, um deren Behandlungs- und Lebensqualität zu verbessern.“

Daniela König, MA | Market Access Lead Austria, UCB Pharma



„Die Zukunft der Gesundheitsversorgung erfordert eine umfassende Betrachtung und Neuausrichtung, um die aktuellen Herausforderungen stemmen zu können. Die Überwindung von Sektorengrenzen spielt dabei eine entscheidende Rolle, um eine nahtlose und ganzheitliche Gesundheitsversorgung für die Menschen zu gewährleisten. Wesentlich ist auch die Ausbildung von Gesundheitspersonal mit klaren, einheitlichen Qualitätsstandards und Kompetenzen. Es bedarf sektorenübergreifender Ansätze, die sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die Attraktivität der Gesundheitsberufe fördern und verbessern, um eine ausreichende Anzahl qualifizierter Fachkräfte zu gewinnen und langfristig zu halten. Nur durch eine ganzheitliche Herangehensweise können die Spitäler ihre zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung erfolgreich erfüllen.“

Mag. Karl Lehner, MBA | Geschäftsführer der Oberösterreichischen Gesundheitsholding GmbH



„Der Verein PRAEVENIRE engagiert sich aktiv für den Wissensaustausch und die Förderung von Ideen, um das Verständnis für die Relevanz digitaler Gesundheit zu vertiefen. Wir bieten mit unseren DIGITAL HEALTH Aktivitäten eine Plattform, auf der renommierte Fachleute aus Gesundheitsversorgung und Technologie sowie Patientenvertretungen ihre Einsichten und Ziele teilen können. Aus diesen gesammelten Erkenntnissen entwickeln wir spezifische Handlungsempfehlungen und stärken die Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren im Bereich der digitalen Gesundheit.“

Dr. Franz Leisch | Chief Digital Officer des Vereins PRAEVENIRE

Wir danken den PRAEVENIRE Partnern 2024



„Digitalisierung ist wohl eines DER Schlagworte unserer Zeit. Interoperabilität und Standardisierung sind die Voraussetzung für die Bereitstellung von Daten zur Gesundheitsversorgung sowie zur Gesundheitsvorsorge. Daten können einen wesentlichen Beitrag für die diagnostischen AI-basierenden heute schon verfügbaren Digitalen Lösungen sein. Nützen wir das, was wir haben – es müssen alle Laborbefunde, alle Befunde auch aus dem niedergelassenen Bereich in die ELGA, um ein effizientes und interoperables Gesundheitssystem aufzubauen und für den EHDS gerüstet zu sein.“

Mag. Herwig Loidl, MBA MSc | Sprecher des eHealth Arbeitskreises der UBIT/WKÖ, Unternehmer, Sprecher des IHE Vorstandes



„Ein Großteil der Patient*innen könnte bzw. sollte schon bei ihrem ersten Arztkontakt eine zielführende Behandlung erhalten. Leider ist es jedoch häufig so, dass aus unterschiedlichsten Gründen, die Patient*innen in eine Ambulanz oder zu anderen Spezialist*innen weiter überwiesen werden. Viele dieser Überweisungen wären nicht zwingend notwendig oder machen sogar weitere Arztbesuche nötig und könnten auch durch ein kurzes Telefonat mit Fachärzt*innen vermieden werden. Mit diesem Ansatz hat man die Möglichkeit, den Patient*innen schon bei deren ersten Arztkontakt die für sie beste Therapie oder weitere Abklärung zukommen zu lassen, sodass unnötige Vorstellungen vermieden werden und das System entlastet werden kann. Das würde die Qualität der Patient*innenversorgung im niedergelassenen Bereich steigern und könnte enorme Kosten einsparen.“

Dr. med. univ. Emanuel Maitz | Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Medizinische Universität Graz



„Die Gesundheitserwartung der Österreicherinnen und Österreicher im Europavergleich ist unterdurchschnittlich und rückläufig, obwohl die Lebenserwartung steigt. Gemeinsames Ziel aller Verantwortlichen im Gesundheitswesen muss es meiner Meinung nach sein, fünf zusätzliche gesunde Lebensjahre für jede bzw. jeden zu erarbeiten. Sport und Bewegung ist die beste Medizin und gekoppelt mit moderner Krebsprävention, die Gebote der Stunde. Zwei Drittel bewegen sich nicht ausreichend. Wir brauchen disruptive und kooperative Ansätze zu einem kulturellen Wandel, wo wir 100 Prozent der Kinder und Jugendlichen und 80 Prozent der Erwachsenen in Bewegung bringen. Sportstätten statt Krankbetten heißt die Devise!“

Mag. Peter McDonald | Präsident der Sportunion



„Das seit letztem Jahr neu etablierte Konzept der eigenständigen Gesundheitsgespräche auf der Alten Schafalm in Alpbach hat sich so gut bewährt, dass Gilead die Erfolgsstory der CAR-T-Zelltherapie auch heuer dort ins Zentrum stellen wird. Der nur dort in dieser Form mögliche interdisziplinäre Austausch zwischen Medizin, Ökonomie, Patienteninteressen und Systempartnern wird dabei helfen, das volle Potenzial dieser innovativen Technologie auch in der österreichischen Versorgungswirklichkeit zu etablieren.“

Elham Pedram, PhD | Business Unit Director bei Gilead Sciences GmbH



„Vernetzung statt Fragmentierung. Das Gemeinsame über das (vermeintlich) Trennende stellen. Austausch und Dialog statt starrer Positionen. Gemeinsam Anstöße für innovative Lösungen in einem an Herausforderungen überaus reichen Umfeld in unserem Gesundheitssystem geben. Dafür steht Praevenire und dafür stehen die Praevenire Gipfelgespräche. Und genau das ist der große Nutzen dieser unabhängigen Plattform. Ich gratuliere herzlich zum bisher Erreichten und freue mich auf zahlreiche weitere inspirierende Begegnungen.“

Dr. Ronald Pichler | Head of Public Affairs & Market Access, PHARMIG



„Mit der Themensetzung in den Gipfelgesprächen und Talks spricht die Gesundheitsplattform PRAEVENIRE präzise jene Punkte an, die sowohl die Bevölkerung als auch die Politik und Verantwortliche im Gesundheitsbereich bewegen. Ein ganz wesentlicher Aspekt, der heuer behandelt wird, ist das Thema Pflege. Denn noch immer wird ein Großteil davon durch angehörige Frauen geleistet, da professionelle Angebote z.T. nicht vorhanden sind oder eine 24 Stunden Pflege oft nicht leistbar ist. Die wirtschaftlichen Folgen dieser aufopfernden Tätigkeit sind für die betroffenen Frauen dann oft bitter, da sie einen Einkommensverlust hatten und ihnen Pensionszeiten fehlen. Aber auch bei anderen Themen wie Pneumokokkenimpfung, Rechte der Patienten oder mit der Blutzuckernormalisierung wird der Scheinwerfer von PRAEVENIRE gezielt auf notwendige Verbesserungspotenziale gerichtet.“

Dr. Elisabeth Pittermann | Gesundheitsexpertin des Pensionistenverbandes Österreichs



„PRAEVENIRE hat für die Gesundheitsgespräche in Alpbach auch heuer wieder ein sehr interessantes Programm erstellt. In vielen Bereichen unseres Gesundheitssystems sind weitere Verbesserungen notwendig. In Alpbach werden jedes Jahr Vorschläge dazu von hochrangigen Expert:innen aus allen Bereichen des Gesundheitssystems erarbeitet und in klaren Statements zusammengefasst. Sehr wichtig erachte ich, dass auch Patientenvertreter:innen in die Diskussionen einbezogen werden. Besonders interessant finde ich die Gesundheitsgespräche zu Präventionsthemen und zur Frauengesundheit. Aber auch zu den wichtigen Themenbereichen Pflege, Diabetes und Lebergesundheit erwarte ich spannende Diskussionen. Ich freue mich sehr auf den zwanglosen fachlichen und persönlichen Austausch mit den zahlreichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern.“

Dr. Erwin Rebhandl | Präsident von AM Plus



„Die digitale Transformation des Gesundheitswesens muss den Nutzen für die Menschen über alle anderen Stakeholder-Interessen stellen. In erster Linie muss sie Patientinnen, Patienten und ihrem familiäres Umfeld etwas bringen, in zweiter Linie die Arbeit für Ärztinnen, Ärzte und Gesundheitsfachpersonen vereinfachen. Fachkundig designte digitale Plattformen und richtig eingesetzte KI können nicht nur Diagnosefehler verringern, Behandlungspfade beschleunigen und besser personalisierte Therapien ermöglichen. Sie unterstützen die Menschen auch in der Bewältigung ihrer Erkrankungen. Dies kann zum Game Changer insbesondere für alle jene werden, die aufgrund von geringer Bildung, fehlender sozialer Kompetenz, ungenügenden Sprachkenntnissen oder kulturellen Hindernissen sich im Gesundheitssystem nicht zurechtfinden.“

Prof. Dr. Reinhard Riedl | Herausgeber des Wissenschaftsblogs www.Societybyte.swiss der Berner Fachhochschule



„Die PRAEVENIRE Gipfelgespräche sind für mich ein unverzichtbarer Bestandteil meiner Tätigkeit in der Grundlagenarbeit der Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer geworden. Die Begegnung und offene diskursive Auseinandersetzung mit Vertreter:innen aus Forschung, Medizin, Sozialversicherungsträgern und der Politik und insbesondere mit Vertreter:innen der diversen Selbsthilfeorganisationen helfen mir in der Standortbestimmung und Zielausrichtung meiner eigenen Arbeit um einerseits Verbesserungen für Patient:innen, Angehörige und professionelle Gesundheitsdienstleister:innen zu unterstützen aber auch um latent drohende Verschlechterungen der Versorgung der Bevölkerung oder der Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe möglichst rechtzeitig erkennen zu können.“

Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA | Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der AK NÖ



„ELGA bietet einen einheitlichen Zugriff auf alle medizinischen Daten: für Patienten, Ärzte und andere Gesundheitsdiensteanbieter. Vom sicheren, nahtlosen Zugriff auf medizinische Gesundheitsdaten bis zur Anbindung aller Gesundheitsdiensteanbieter – ELGA ermöglicht das volle Potenzial für integrierte Versorgung und neue Anwendungen. Mit dem klaren Commitment und den bereitgestellten Ressourcen werden wir die Digitalisierung im Gesundheitswesen mit ELGA weiter vorantreiben.“

Dr. Stefan Sabutsch | Geschäftsführung ELGA GmbH, Präsident HL7 & DICOM Austria



„Unser solidarisches Gesundheitssystem lebt von der dynamischen Anpassung an die Bedürfnisse der Menschen. Daher ist es wichtig, dass es Vorausdenker gibt, die Trends und Entwicklungen aufgreifen, analysieren und entsprechende Reformideen formulieren. Genau diese Aufgabe erfüllen die PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach. Denn bei dieser Plattform kommen Stakeholdern aus Gesundheit, Politik und Wirtschaft zusammen, tauschen sich konstruktiv aus und können die Sichtweise des jeweils anderen erfahren und verstehen. Die Betonung der Solidarität in der Gesundheitsversorgung und dass bei allen Überlegungen die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen, ist nicht nur mir ein Anliegen, sondern muss auch ein essenzieller Bestandteil unseres Gesundheitssystems sein. Gerade in den Bereichen Onkologie, Diabetes, Lebererkrankungen müssen wir einen noch stärkeren Fokus auf die optimale Versorgung legen, um ein solidarisches Gesundheitssystem auch in Zukunft zu gewährleisten.“

Ing. Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA | Mitglied der Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses



„PRAEVENIRE ist eine unabhängige Plattform mit dem Ziel, das österreichische Gesundheitssystem zu fördern. Die Bevölkerung hat ein Anrecht auf die beste und effizienteste medizinische Versorgung. Bei allen Aktivitäten stehen die Patientinnen und Patienten sowie eine solidarische Gesundheitsförderung im Vordergrund. Stakeholder aus den Bereichen Gesundheit, Politik und Wirtschaft bringen sich auch wieder im Tiroler Alpbach ein, wo es zum elften Mal auf Einladung von PRAEVENIRE die bereits etablierten Gesundheitsgespräche stattfinden. Es geht um die aktuellen Themen und die Verbesserung des Gesundheitssystems. Hochkarätige Teilnehmerinnen und Teilnehmer liefern Expertise zur Bewältigung der derzeitigen und künftigen Herausforderungen.“

Dr. Hans Jörg Schelling | Präsident des Vereins PRAEVENIRE



„Wir unterstützen auch 2024 die Alpbacher Gesundheitsgespräche, die eine inspirierende Plattform bieten, um gemeinsam mit führenden Akteur*innen des Gesundheitssystems neue Wege zu definieren. Unser Fokus liegt dabei auf der Verbesserung der Situation von Menschen mit seltenen und chronischen Erkrankungen, die im Alltag besondere Herausforderungen und Bedürfnisse haben. In Alpbach stehen die Bedürfnisse der Menschen im Mittelpunkt – sie stehen auch im Zentrum unseres Handelns. Die Gespräche bieten die Chance, innovative Lösungen und Strategien zu entwickeln, die die Lebensqualität und Versorgung dieser Patient*innen nachhaltig verbessern. Durch gezielte Partnerschaften und Wissensaustausch können wir gemeinsam Initiativen entwickeln, die das Gesundheitssystem stärken und die Patientenversorgung optimieren.“

DI Petra Schlösser | General Manager bei Dr. Falk Pharma Österreich



„Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen sind meist ein Leben lang auf Leistungen verschiedener Gesundheitsbereiche angewiesen. Die Erbringung der benötigten Leistungen ist für das Gesundheitssystem eine besondere Herausforderung. Es ist ein Gebot der Menschlichkeit, die besonderen Bedürfnisse der Betroffenen bestmöglich zu erfüllen – von der anspruchsvollen Diagnosestellung bis zur interdisziplinären, spezialisierten medizinischen/therapeutischen Versorgung. Dafür müssen bestehende Defizite sichtbar gemacht werden, um Verbesserungen erarbeiten zu können. Die Gesundheitsgespräche in Alpbach bieten einen Rahmen, in dem sachlich, ergebnisorientiert und auf Augenhöhe diskutiert werden kann.“

Mag. Dominique Stiefsohn, MA | Wiener Pflege- und Patient*innenanwaltschaft



„Wir freuen uns, auch in diesem Jahr wieder an den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach teilzunehmen. Diese Veranstaltung bietet einen idealen Rahmen, Chancen und Herausforderungen im österreichischen Gesundheitswesen zu erörtern, und gemeinsam konkrete Lösungsansätze zu entwickeln. Innovative Therapien können Patientinnen und Patienten deutlich höhere Überlebens- und Heilungschancen bei gleichzeitig besserer Lebensqualität ermöglichen. Wir setzen uns für den breiten, raschen und gleichberechtigten Zugang zu diesen Innovationen für alle Menschen in Österreich ein, und möchten dadurch das österreichische Gesundheitswesen nachhaltig und zukunftsfit gestalten. Hierdurch streben wir nicht nur die optimale Behandlung der Patientinnen und Patienten an, sondern stärken auch den Gesundheitsstandort Österreich.“

Jens Weidner, MBA | Market Access Director Austria bei Bristol Myers Squibb GesmbH



„Die Kooperation „Lebergesundheit 2030“ der HHÖ – Plattform Gesunde Leber mit Praevenire bringt das Thema Lebergesundheit in die aktuelle Gesundheitspolitik. Weltweit steigen Lebererkrankungen enorm an, weshalb die Bewusstseinsbildung in allen Bevölkerungsschichten höchste Priorität hat. Prävention, Aufklärung und Awareness ist hier ein MUSS, vor allem bei Fettleber und viralen oder anders erworbenen Lebererkrankungen bzw. -infektionen. Auch gibt es viele ererbte seltene Lebererkrankungen, die spezielle Aufmerksamkeit brauchen. Für viele gibt es Heilung oder Therapie, nicht so wirklich für die Fettleber, da forscht man noch. Viel zu rasch kommt dann Adipositas, Diabetes und Koronarerkrankungen uvm. und oft Leberkrebs. Jeder Dritte in Österreich hat bereits eine Fettleber. Lebensstiländerung ist hier das Motto, denn „Leber OK – Leben OK!“

Angelika Widhalm | Vorsitzende des BVSHOE und der HHÖ-Plattform Gesunde Leber



„Der Dialog und ein intensiver offener Austausch zwischen den unterschiedlichen Stakeholdern im Gesundheitsbereich ist entscheidend für die gemeinsame Erarbeitung von Lösungen für die Herausforderungen auf diesem Gebiet. Dafür liefern die Praevenire-Gesprächsrunden in Alpbach eine geeignete Plattform. Gerade jetzt, wo die neue allgemeine Pharmagesetzgebung final diskutiert wird, ist der Austausch zwischen Regulierungsbehörden, Pharmaunternehmen, Gesundheitsdienstleister und Patientenvertretungen essenziell. Nur gemeinsam können wir sicherstellen, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht nur den aktuellen Herausforderungen gerecht werden, sondern auch zukunftsfähig sind.“

Prof. Dr. Christa Wirthumer-Hoche | Regulatory Affairs Expertin



„Resümee nach einem Jahr Gipfelgespräche in Alpbach auf der Alm, kann ich von einigen kleinen Schritten der Verbesserung wahrnehmen. So kann ich nur empfehlen sich an den Prozessen einzubringen. Über das Jahr finden regelmäßig Gespräche statt, welche in Alpbach zusammen geführt werden. Wichtig ist es weiterhin im persönlichen Austausch zu bleiben.“

Josef Zellhofer | Bereichsleiter Bundesvorstandsmitglied der Youunion – Daseinsgewerkschaft

Weitsichtige Planung im Gesundheitsbereich nötig

DER BEVÖLKERUNGSANTEIL DER SENIOREN STIEG ANFANG 2024 DAS ACHETE JAHR IN FOLGE UND AUF EINEN ERNEUTEN HÖCHSTSTAND. 19,9 Prozent der Bevölkerung ist 65 Jahre und älter. PERISKOP sprach mit der Präsidentin des Österreichischen Seniorenbundes, LAbg. Ingrid Korosec, über Herausforderungen und Reformbedarf im Gesundheitswesen. | von Rainald Edel, MBA

Mit rund 300.000 Mitgliedern ist der Österreichische Seniorenbund einer der größten gemeinnützigen Vereine Österreichs und versteht sich als Interessensvertretung der älteren Generation. Seit 2016 tritt die Abgeordnete zum Wiener Landtag und ehemalige Volksanwältin Ingrid Korosec als Präsidentin vehement für die Interessen der Seniorinnen und Senioren ein.

PERISKOP: Rund 20 Prozent der österreichischen Bevölkerung haben das 65. Lebensjahr erreicht und fallen somit in die wichtige und große Gruppe an Menschen, die Sie als Präsidentin des österreichischen Seniorenrats vertreten. Wie sehr ist der Bereich der Digitalisierung bei Ihrer Gruppe angekommen und wie wichtig ist es Möglichkeiten zu einem analogen Zugang zu haben?

KOROSEC: Über 30 Prozent der österreichischen Bevölkerung sind noch nicht digital fit bzw. haben nicht die technischen Voraussetzungen, um digitale Förderungen und Anträge eigenständig stellen zu können. Natürlich ist der Anteil bei den rund 2,7 Mio. Seniorinnen und Senioren deut-

lich höher als in allen anderen Altersgruppen. Daher ist ein analoger Zugang unabdingbar notwendig, damit niemand von öffentlichen und privatwirtschaftlichen Leistungen ausgeschlossen und somit diskriminiert wird. Niemand darf zurückgelassen werden am Weg in die Digitalisierung. Denn, eines müssen wir uns alle bewusst sein: Die Digitalisierung ist gekommen um zu bleiben und wird weiter mit großen Schritten voranschreiten. Es muss daher im eigenen Interesse jeder Bürgerin und jedes Bürgers – unabhängig vom Alter – sein, sich mit der Digitalisierung anzufreunden. Es ist aber auch Aufgabe der Politik, der Wirtschaft und der Gesellschaft, Barrieren und Ängste vor der Digitalisierung abzubauen, den Menschen Hilfestellungen zu geben, sie zu informieren und vor allem zu motivieren, am digitalen Leben teilzunehmen.

Wer sich der Digitalisierung verwehrt, schadet sich am Ende selbst. Die Digitalisierung bietet nämlich viele Vorteile, gerade für ältere Menschen, für Menschen die gesundheitlich oder in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Zum Beispiel kann Telemedizin lebensrettend sein. Eine Är-

tin, ein Arzt, die mit den Patientinnen und Patienten digital verbunden ist, kann im Notfall in Echtzeit lebensrettende Maßnahmen ergreifen. Ebenso bieten Digitalisierung und künstliche Intelligenz im Pflegebereich viele Möglichkeiten, den Pflegealltag zu erleichtern. Auch im normalen Alltag überwiegen die Vorteile in der Kommunikation mit Familie und Freunden, in der Informationsbeschaffung und ganz banal, beim Einkaufen oder beim Buchen von Reisen. Als österreichischer Seniorenrat fordern wir daher die Möglichkeit - kostenfrei und unbürokratisch - analoge Möglichkeiten in Papierform oder durch persönliche Ansprechpersonen, so lange wie nötig und gleichzeitig Angebote und Unterstützung für die Bürgerinnen und Bürger sich digital weiterzubilden.

Die Österreichische Bundesregierung hat mit der Konkretisierung des E-Gouvernement-Gesetzes klargestellt, dass es den rechtlichen Anspruch auf „alternative Kommunikationsmöglichkeiten“ geben muss und bietet mit dem 120 Mio Euro Gemeindepaket konkrete Hilfestellung, dass es in jeder Gemeinde eine Ansprechperson – den „Digi-Dolmetscher“ – geben wird, der die Bürgerinnen und Bürger am Weg in die Digitalisierung unterstützt. Das sind erste richtige und wichtige Maßnahmen, aber derer brauchen wir noch viele und – wie gesagt – so lange wie notwendig, damit niemand bei der Digitalisierung zurückgelassen wird.

Ein analoger Zugang ist unabdingbar, damit niemand von öffentlichen und privatwirtschaftlichen Leistungen ausgeschlossen und somit diskriminiert wird.

Ingrid Korosec

Generaldirektor Tobias Thomas von der Statistik Austria spricht einer aktuellen Presseaussendung von Gesamtausgaben für das Jahr 2023 in der Höhe von 52,28 Milliarden Euro. Dies ist eine Steigerung von 4,8 Prozent im Vergleich zum Jahr 2022. Wie würden Sie eine Finanzierung des Gesundheitswesens für die Zukunft gestalten, sodass der Zugang für die Österreicherinnen und Österreicher für die Zukunft gesichert wird?

Ich bekenne mich zu einer adäquaten Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems, um weiterhin die hohe Versorgungsqualität für die Bürgerinnen und Bürger aufrecht zu erhalten. Die Frage der Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens ist ganz zentral für die zukünftige Ausgestaltung. Maßgeblich ist hier ein Blick auf die Zahlen: Laut dem „Ageing Report 2024“ der EU-Kommission ist Österreich eines jener Länder innerhalb der europäischen

Ingrid Korosec vertritt als Präsidentin des Österreichischen Seniorenbundes seit 2016 die Interessen der älteren Generation.





Die Frage der Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens ist ganz zentral für die zukünftige Ausgestaltung.

Ingrid Korosec

Union mit den höchsten Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP.

Gleichzeitig braucht es aber strukturelle Reformen, damit das vorhandene Geld auch effizient eingesetzt wird. Das Stichwort hier ist die „Finanzierung aus einer Hand“. Expertinnen und Experten sind sich einig, dass es sich dabei um einen ganz zentralen Schlüssel zu einem nachhaltigen Gesundheitssystem handelt. Eine Folge der momentan bestehenden zersplitterten Finanzierungsverantwortung sind unerwünschte Anreize für die zuständigen Träger, was in weiterer Folge nicht zu der besten Gesundheitsversorgung für den Einzelnen führt. Veränderungen sind notwendig, damit ein Mehr an Gesundheit für die Österreicherinnen und Österreicher erzielt werden kann.

Die Umsetzung der Finanzierung aus einer Hand habe ich bereits seit Jahren gefordert und halte es weiterhin für eine sehr wichtige Maßnahme. Denn im Mittelpunkt aller Anstrengungen im Gesundheitssystem steht immer die Patientin, der Patient.

Der Arbeitskräftemangel ist auch seit langem in der Gesundheitswirtschaft angekommen. Ärzte und Pflegefachkräfte werden im öffentlichen, aber auch privaten Segment gesucht und dies nicht nur in Österreich, sondern auch im Ausland – siehe das Land Niederösterreich, welches in einer engen Kooperation mit der IMC Fachhochschule Krets, Pflegekräfte in Vietnam ausbildet, um den Mangel an Fachkräften zu kompensieren. Welchen Ansatz vertreten Sie, um den uneingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem künftig sicherstellen zu können?

Natürlich muss das Gesundheitssystem auch betreffend die Personalausstattung so aufgestellt sein, dass die bestmögliche Gesundheitsversorgung sichergestellt wird. So braucht es dringend

Für Ingrid Korosec ist es unabdingbar, dass Digitalisierung nicht ausgrenzend wirkt. Daher brauche es auch analoge Angebote.

mehr Kassenärzte, deren so wichtige Tätigkeit auch dementsprechend attraktiviert werden muss. Genauso fehlt das Personal beispielsweise auch in der mobilen Pflege.

Vor allem die Rolle der Allgemeinmedizinerinnen, Allgemeinmediziner (Finanzierung, Leistungen und Honorarkataloge) mit Kassenvertrag muss gestärkt werden, wobei es dabei vor allem auch um eine bessere Finanzierung geht. Weiters müssen im gesamten Kassenbereich die Leistungen und Honorarkataloge zwischen den Bundesländern angepasst werden, damit überall die bestmögliche Versorgung erfolgt. Ebenso müssen die Primärversorgungseinheiten (PVE) deutlich rascher aufgebaut werden, was allerdings momentan sehr schleppend verläuft. Gleichzeitig sollte in die Weiterbildung von medizinischem Personal investiert werden, um sicherzustellen, dass sie stets auf dem neuesten Stand der medizinischen Forschung und Praxis sind. Auch die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachrichtungen ist wichtig und besonders in der Behandlung chronischer Erkrankungen oder komplexer Gesundheitsprobleme von großer Bedeutung. Darüber hinaus sollte auch die Digitalisierung des Gesundheitswesens vorangetrieben werden. Elektronische Patientenakten, Telemedizin und digitale Terminvereinbarungssysteme erhöhen die Effizienz und erleichtern den Zugang zu medizinischen Dienstleistungen. Dies ist besonders in ländlichen Gebieten von Vorteil, wo der Zugang zu medizinischer Versorgung oft nicht so niederschwellig erfolgen kann.

Patientenanwaltschaften sowie Selbsthilfegruppen spielen in Österreich eine zentrale Rolle im Gesundheitssystem und bieten wertvolle Unterstützung für besonders vulnerable Gruppen.

Ingrid Korosec

Dr. Google wird immer öfter zum schnellen, jedoch unreflektierten Berater bei Gesundheitsfragen. Bildung ist somit für gesundheitspolitische Fragestellungen ein Schlüssel. Wie würden Sie dieses Segment der Bildung in regierungspolitischen Programmen verankern sehen?

Das Thema der Gesundheitsbildung (Health Literacy) ist sicherlich ein sehr zentrales für eine nötige Reform des österreichischen Gesundheitswesens. Das muss einerseits bereits über die Schulen erfolgen, wo es den Schülerinnen und Schülern beigebracht wird. Und andererseits spielen natürlich die Eltern von Kindern eine wichtige Rolle, da diese ihrem Nachwuchs den richtigen „Pfad“ im teilweise bestehenden „Gesundheitsdschungel“ näher bringen müssen. Weitere wichtige Maßnahmen handeln davon, dass bei Allgemeinmediziner und in PVE ebenfalls die Gesundheitsbildung der Patientinnen und Patienten geschult wird.

Gerade die Prävention ist hier besonders wichtig. Eine große Bedeutung hat die Weiterentwicklung der Gesundheits-Hotline 1450. Diese Hotline wurde (auch durch ihre Rolle im Zuge der Covid-Pandemie) immer mehr zur ersten Anlaufstelle für viele Menschen, die gesundheitliche Fragen oder Bedenken haben. Deshalb trägt auch sie erheblich zur Verbesserung der

Gesundheitskompetenz bei. Durch die telefonische Beratung können die Anrufer nicht nur erste Ratschläge erhalten, sondern auch gezielt an die richtigen Stellen im Gesundheitssystem weitergeleitet werden.

Die Medien spielen ebenfalls eine entscheidende Rolle. Durch Aufklärungskampagnen im Fernsehen, Radio, in Zeitungen und in sozialen Medien kann eine breite Öffentlichkeit erreicht werden. Hierbei ist es wichtig, die Informationen in einer für alle verständlichen Weise zu präsentieren, um eine möglichst hohe Wirksamkeit zu erzielen.

Zudem sollte auch die digitale Gesundheitskompetenz gefördert werden. In einer zunehmend digitalisierten Welt ist es unerlässlich, dass Menschen in der Lage sind, einfache Gesundheitsinformationen im Internet zu finden, aber auch richtig einzuordnen und zu bewerten. Hier könnten spezielle Schulungen und Informationsangebote in verschiedenen Bildungseinrichtungen einen wertvollen Beitrag leisten.


Abschließend ist es wichtig zu betonen, dass eine erfolgreiche Gesundheitsbildung eine enge Zusammenarbeit verschiedener Akteure erfordert. Nur durch gemeinsame Anstrengungen kann eine umfassende und nachhaltige Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der österreichischen Bevölkerung erreicht werden.

Patientinnen und Patienten werden in unterschiedlichen Belangen von diversen Organisationen wie der Patientenanwaltschaft oder den Selbsthilfegruppen vertreten und beraten. Wie wichtig sind diese, um einen optimalen Versorgungsgrad in Österreich zu gewährleisten?

Einrichtungen wie die Patientenanwaltschaft oder auch Selbsthilfegruppen spielen in Österreich eine zentrale Rolle im Gesundheitssystem. Sie dienen als unabhängige bzw. unterstützende Stellen, die die Rechte und Interessen der Patientinnen und Patienten wahren und schützen sowie Hilfestellungen in bereits sehr schwierigen Situationen bieten.

Eine der wichtigsten Aufgaben von den Patientenanwaltschaften ist die Beratung und Unterstützung von Patientinnen, Patienten bei Beschwerden über Fehler im Medizinbereich. Dies umfasst sowohl die Aufklärung über die Patientenrechte als auch die Unterstützung bei der Durchsetzung dieser Rechte. Auf diese Weise können für geschehene Fehler Entschädigungen rechtlich durchgesetzt werden und die betroffenen Organisationseinheiten können auf diese Fehler aufmerksam gemacht werden, damit diese in Zukunft nicht mehr geschehen.

Selbsthilfegruppen bieten Betroffenen die Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Dies fördert emotionalen Rückhalt und soziale Unterstützung, was oft einen positiven Einfluss auf den Heilungsprozess und die Lebensqualität hat. Selbsthilfegruppen vermitteln zudem wertvolle Informationen und praktische Tipps zum Umgang mit Krankheiten. Sie tragen zur Entlastung des Gesundheitssystems bei, indem sie präventiv und ergänzend zur professionellen Betreuung wirken.

Patientenanwaltschaften sowie Selbsthilfegruppen bieten wertvolle Unterstützung für besonders vulnerable Gruppen, wie ältere Menschen oder Menschen mit Behinderungen, die häufig zusätzliche Hilfe benötigen, um sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Dieser Einsatz ist gar nicht hoch genug zu bewerten. 

Herausforderungen und Perspektiven der Radiologie

Moderne Geräte und die digitale Bildauswertung machen Läsionen und andere Abweichungen noch früher sichtbar und damit behandelbar. Doch **LANGE WARTEZEITEN UND BÜROKRATISCHE HÜRDEN BREMSEN IN ÖSTERREICH** den technologischen Fortschritt und die diagnostischen Möglichkeiten wieder aus, schildert Univ. Doz. Dr. Franz Frühwald, Radiologe in St. Pölten, im Gespräch mit PERISKOP. | von Rainald Edel, MBA

Franz Frühwald ist ein wesentlicher Player in der Entwicklung des österreichischen Radiologiesektors. Er setzte sich in den letzten 25 Jahren seiner Laufbahn energisch für gesundheitspolitische Reformen ein, um Fortschritte in der Radiologie zu beschleunigen. Frühwald engagierte sich in wichtigen medizinischen und wissenschaftlichen Gremien sowie in der Ärztekammer und Wirtschaftskammer. Er ist seit 1989 niedergelassener Facharzt für Radiologie in St. Pölten sowie ärztlicher Direktor und geschäftsführender Gesellschafter des Instituts Frühwald. Nach seiner Fachausbildung in Radiologie und Nuklearmedizin in Wien hatte er eine Gastprofessur an der Texas Tech-University, USA inne. Er ist mit zahlreichen Publikationen in international führenden wissenschaftlichen Journalen vertreten und Herausgeber und Mitautor mehrerer radiologischer Lehrbücher.

PERISKOP: Vor sieben Jahren haben sich Sozialversicherungen und Wirtschaftskammer auf Maßnahmen zur Verkürzung der Wartezeiten bei MRT- und CT-Untersuchungen geeinigt. Doch mittlerweile ist die Situation mindestens genauso schlecht. Woran liegt das?

FRÜHWALD: Der wahre Grund für die Wartezeiten im Kassenbereich von sechs bis acht Wochen ist in der Politik und im Gesundheitssystem zu suchen. Die Geräte laufen bei uns im extramuralen Bereich, soweit es uns im Rahmen der Öffnungszeiten möglich ist, unter maximaler Auslastung. Zudem setzen sämtliche Institute die neuesten Geräte ein, die auch die Behandlungsdauer drastisch reduziert haben. Allerdings werden diese Technologien nun auch für immer mehr Untersuchungen eingesetzt, wodurch der

Zeitvorteil pro Patientin, Patient wieder egalisiert wird. Das zeigt, im Endeffekt haben wir zu wenige Geräte, um das Volumen abarbeiten zu können. Im Gegensatz zur freien Marktwirtschaft, die in diesem Fall einfach eine entsprechende Anzahl an zusätzlichen Geräten zum Einsatz bringen würde, ist die Zahl der Kassengeräte durch den Großgeräteplan limitiert. Auch hier haben wir mit einer Eigenart unseres Gesundheitssystems zu kämpfen: Denn der Plan wird zwischen dem jeweiligen Bundesland und den Sozialversicherungen festgelegt – alle anderen haben dort nicht einmal ein Anhörungsrecht. Pointiert könnte man sagen: Ich habe im Kassenbereich den Gestaltungsspielraum eines Tankstellenpächters.

Und wie ist die Lage in den Spitälern?

Würde dort im gleichen Ausmaß gearbeitet, wie bei uns extramural, wäre die Lage entspannt. Tatsächlich werden die MRT-Geräte in den Krankenhäusern in der Regel nur bis 14 Uhr bespielt. Der Grund ist, dass wenn ein Land zum Beispiel ein neues MR-Gerät aufstellt, bekommt es dafür solche Förderungen, dass es ein Profit ist. Nehmen sie das Gerät in Betrieb, wofür sie Personal benötigen, wird es unrentabel. Nach 14 Uhr steigen die Personalkosten dermaßen an, dass es für das Land unfinanzierbar wird. Zudem ist auch das nötige Personal nicht vorhanden. Daher werden dann nur noch Geräte in den Stroke Units, etc. betrieben, aber keine aufschiebbaren Untersuchungen mehr gemacht. Das heißt, in den Spitälern gäbe es noch Gerätekapazitäten, die aus Kostengründen nicht genutzt werden können und gleichzeitig wehren sich die Krankenkassen weitere Geräte extramural zu bewilligen. Ein Patt, an dem niemand etwas rühren will.

Sie haben zuerst angesprochen, dass sich auch die Zahl der Untersuchungen vergrößert hat. Gibt es mehr Zuweisungen oder lassen sich Patientinnen und Patienten öfter untersuchen?

Zum einen ist in immer mehr medizinischen Behandlungsleitlinien bei Verdacht auf bestimmte Krankheiten oder Verletzungen ein MRT gefordert, weil auf einem Röntgen beispielsweise nur eine von zehn möglichen Diagnosen zu erkennen ist. Zum anderen liegt es auch daran, dass es keine Übersicht gibt, welche Untersuchungen zuletzt gemacht wurden, da bislang kaum Eintragungen in ELGA erfolgen. In meinem Institut in St. Pölten habe ich seit dem Jahr 2000 alle Daten digital, da würde es auffallen, wenn innerhalb kürzester Zeit die gleiche Region untersucht wird. Kommt die Patientin, der Patient von einem anderen Institut weiß ich das nicht. Damit sind unnötigen Untersuchungen natürlich Tür und Tor geöffnet.

Das heißt, es bräuchte dringen die Integration der bildgebenden Diagnostik in ELGA?

Wir bespielen derzeit bis zu sieben unterschiedliche digitale Kanäle, um unsere Zuweiser zu erreichen. Das ist ein riesiger Aufwand, der noch dazu viel Geld kostet. Wir hätten gerne ein staatlich genormtes System, das für alle gleichermaßen zugänglich ist – und das wäre ELGA.

Das würde uns auch in einem anderen Punkt helfen. Denn in der Befundung ist der Vergleich und der Zeitverlauf relevant. Denn wenn eine auffällige Stelle zum Beispiel in der Lunge schon vor zehn Jahren vorhanden war und sich die Anomalie nicht verändert hat, dann ist das irrelevant. Wenn hingegen vor einem Viertel Jahr die Lunge ohne Befund war und jetzt zeichnet sich dort etwas ab, dann sollte man das abklären. Nur dieser Vergleich ist ein Aufwand. Wenn man zum Beispiel ein Thorax-CT mit 3000 Einzelbilder befundet und sich die alten Aufnahmen dazu ansieht, hat man plötzlich 6000 Bilder und das zum gleichen Honorar. In Deutschland beispielsweise gibt es einen gewissen Honoraranteil, wenn man sich die alten Bilder ansieht. Bei uns gibt es dafür keinerlei Abgeltung. Damit wir, die Radiologie, die ELGA als zentrale Stelle nützen können, wo sämtliches Bildmaterial hinterlegt ist, müsste die Dokumentationsübergabepflicht abgeändert werden. Denn an sich wären wir noch immer dazu verpflichtet, jeder Patientin, jedem Patienten diese in Papierform auszuhändigen. Bei einer CT mit 3000 Bildern eine Unmöglichkeit. Also geben wir diese als DVD weiter. Das heißt es wäre notwendig, dass die Übergabe dann erfüllt ist, wenn die Befunde und Bilder ordnungsgemäß in ELGA eingespielt sind. Gut ist, dass nun auch die Wahlärztinnen und -ärzte hier angeschlossen werden. Denn es war unverständlich, dass man diese bislang vom Zugriff ausgeschlossen hat.



Franz Frühwald, Radiologe in St. Pölten setzt sich vehement für gesundheitspolitische Reformen ein, die den Fortschritt in der Radiologie beschleunigen und somit den Patientinnen und Patienten zugute kommen.



Wenn mit ELGA ein System für alle Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung steht, kann man auch verlangen, dass vor einer Zuweisung nachgeschaut wird, ob nicht vor kurzem eine entsprechende Untersuchung ohnehin schon durchgeführt wurde. Das erspart dann Doppelgleisigkeiten und sinnlose Mehrfachuntersuchungen.

Bei der großen Zahl an Untersuchungsmöglichkeiten, wird da immer das Richtige gewählt?

Wir haben zum Beispiel rund 200 verschiedene MR- und CT-Positionen im Angebot. Natürlich passiert es hier und das sogar relativ häufig, dass etwas Falsches angekreuzt wird. Man darf auch nicht vergessen, dass die Zuweiserinnen und Zuweiser nicht vom Fach sind. Daher ist es wichtig zu prüfen, ob die angeforderte Untersuchung auch plausibel ist. Auch in diesem Fall würde uns eine Patientenakte in ELGA weiterhelfen und die Abklärung beschleunigen. So müssen wir recherchieren, die entsprechenden Zuweiserinnen und Zuweiser kontaktieren und herausfinden, was wirklich benötigt wird. Wir können in bestimmten Situationen die Überweisungen nach festgelegten Regeln abändern, wenn sie medizinisch kontraproduktiv oder falsch gestellt wurden. Das funktioniert mit Ausnahme der SVS an sich gut. Nur mit dieser Sozialversicherung gibt es einige Probleme. Das wird dann im Endeffekt auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen. Die SVS ist auch die einzige Kasse, die ihren Versicherten immer noch eine Bewilligungspflicht von CT- und MRT Untersuchungen zumutet, gleichzeitig aber telefonisch de facto nicht mehr erreichbar ist.

Sie haben zuvor die großen Bildmengen angesprochen. Inwieweit hilft hier die Techno-

logie, insbesondere KI, bei der Befundung?

Durch die Verschärfung des Zulassungsprozesses wird das Angebot KI-gestützter Systeme immer sinnvoller. Denn man hat nichts davon, wenn beispielsweise ein Mammografiesystem ununterbrochen Fehlalarm schlägt. Wenn Systeme gut arbeiten, sind sie eine Zeitersparnis. So gibt es beispielsweise die Möglichkeit, dass bei einem Thorax-CT im Hintergrund vollautomatisch eine Analyse sämtlicher Wirbel erfolgt und so eingebrochene Wirbel erkannt werden. Auch Rippenfrakturen, die häufig übersehen werden, können so nebenbei erkannt werden. Wesentlich genauer und besser ist zum Beispiel die Vermessung der Aorta, wenn es darum geht ein Aneurysma zu erkennen. Denn wenn man hier händisch schief misst, wird fälschlicherweise der Querschnitt größer, was auf ein Aneurysma hindeuten würde. Der Computer hingegen ermittelt aus 3000 Schichtbilder immer exakt die Mittellinie des Gefäßes und misst so präzise den Querschnitt.

Es fällt somit mühsame Basisarbeit weg. So braucht die Auswertung eines Coronar CT KI-gestützt drei Minuten, händisch ist das radiologische Assistenz-Personal daran früher 30 Minuten gesessen. Und das Gerät irrt wesentlich seltener als der Mensch. Das heißt, durch den Wegfall der ermüdenden Routine bleibt mehr Zeit und Aufmerksamkeit für jene Auffälligkeiten, die relevant sind.

Gerade in der Frauengesundheit, bei der Mammografie sind valide Ergebnisse sehr wichtig. Haben wir hier die richtige Qualität?

Wir haben in der Mammografie eine sehr gute österreichische Lösung. Erstens setzen wir zu 100 Prozent nur noch Tomosynthese-Systeme ein – die 3D-Mammografie. Diese erzeugt wesentlich mehr Bilder als die klassische

Franz Frühwald ist bestrebt, sein Institut technologisch immer auf dem neuesten Stand zu halten.

Mammografie, wodurch sich die Aussagekraft erhöht und zweitens haben wir im Gegensatz zu Deutschland schon in der Erstbefundung eine Ultraschalluntersuchung dabei, wodurch nochmals rund fünf Prozent der Fälle erkannt werden. Außerdem sind die Untersuchungen sehr niederschwellig im Heimatbezirk zugänglich – zumeist in Ordinationen, die die Frauen ohnehin kennen. Das heißt, wir sind in Österreich auf einem guten Weg, das Mammakarzinom als Todesursache auszurotten – zumindest bei jenen Frauen, die zu den Früherkennungsuntersuchungen gehen. **P**

Frühwald und Partner: Top-Radiologie-Institut 2024

Das Radiologie Institut Frühwald und Partner wurde mit dem Healthcare Business Review Award als eine der Top 10 Radiologie-Einrichtungen in Europa ausgezeichnet.

„Unsere Investition in modernste Technologie und hohe Redundanz von Geräten unterstreicht nicht nur unsere Bemühung um die Qualität der Patientenversorgung, sondern gewährleistet auch Effizienz und Zuverlässigkeit in unseren Dienstleistungen“, sagt Univ. Doz. Dr. Franz Frühwald, medizinischer Direktor und geschäftsführender Partner des Instituts Frühwald & Partner. „Mein Ziel ist es, dass mein Unternehmen übertrifft ist, aber auch die Verantwortung übernimmt, die Radiologie in Österreich voranzutreiben und Branchenstandards und -praktiken zu verbessern. Über diese internationale Auszeichnung freuen wir uns sehr“, fügt er hinzu. Frühwald abschließend: „Wir sind stolz auf unser qualifiziertes und kompetentes Team und freuen uns über die internationale Auszeichnung mit dem Healthcare Business Review Award.“





PERFORMANCE

PRAEVENIRE Denkertag: Erfolgreicher Start!

Schon Aristoteles wusste, **DASS DAS GANZE MEHR IST, ALS DIE SUMME DER EINZELNEN TEILE**. Diese Erkenntnis trifft auch auf den ersten PRAEVENIRE Denkertag zu, der kürzlich in Seitenstetten über die Bühne gegangen ist. | von Michaela Meier

Die Themen sind nicht neu, doch die Lösungsansätze können es sein, wenn einander rund 100 Expertinnen und Experten aus dem österreichischen Gesundheitswesen, der Politik, der Industrie sowie Interessensgruppen treffen und über die Herausforderungen der Branche nachdenken. Einmal mehr ist es PRAEVENIRE mit dem neuen Diskussionsformat gelungen, verschiedene Blickwinkel und Ansätze einzubringen. Kurze Inputs deckten die wichtigsten Herausforderungen ab: die Prävention, den Erstattungsprozess, das Bewertungsboard und die Versorgung digital vor ambulant und stationär. Diskutiert wurde anschließend nach der „Chatham House Rule“, einer Vereinbarung zwischen den Teilnehmenden, die es den Personen erlaubt, die Informationen aus einer Diskussion zu nutzen, jedoch ohne zu sagen, wer Absenderin oder Absender ist. Damit werden gerade bei sensiblen Inputs die Sammlung gemeinsamen Expertenwissens und gegenseitiges Verständnis gefördert und die Entscheidungsfindung bei kontroversen Fragen verbessert. „Wir haben ein Gesundheitssystem, das gut funktioniert, das uns aber auch extrem fordert und an Grenzen bringt. Daher braucht es dringend Mit- und Vordenker, die neue Lösungen einbringen“, sind sich Anton Kasser, Abgeordneter zum NÖ Landtag, und Johann Spreitzer, Bürgermeister von Seitenstetten, anlässlich der Eröffnung einig.

Strukturreformen dringend erforderlich

Oliver Brosch, Generalsekretär des Vereins PRAEVENIRE fordert verstärktes Augenmerk auf Strukturreformen: „Wir haben viel Geld in die Gesundheitsreform gesteckt, doch wir sehen, dass Geld allein nicht alle Herausforderungen lösen kann.“ Peter McDonald, Präsident der Sportunion, sieht klare Ziele für die Gesundheitspolitik als unerlässlich: „Auch wenn das unpopulär ist, benötigen wir dennoch messbare Größen, um zu wissen, ob wir mit den Maßnahmen auch etwas erreichen.“ Prävention muss aus Sicht des Experten dazu beitragen, dass die Bevölkerung erst zu einem späteren Zeitpunkt die Versorgungsangebote beansprucht und damit Druck aus dem System nimmt. „Angesichts der hohen Nachfrage und immer knapper werdenden Ressourcen braucht es neue Denkansätze, um passende Lösungen zu finden“, nimmt McDonald das Motto des Tages auf und fordert: „Bis zum Jahre 2035 soll es für jede Österreicherin und jeden Österreicher ein Plus an fünf gesunden Lebensjahren geben.“ Das ist umso bemerkenswerter, als hierzulande die Lebenserwartung zwar steigt, diese Jahre aber nicht bei guter Gesundheit verbracht werden. Geht es nach dem Experten, so ist der Schlüssel dazu mehr Vorsorge, vor allem durch ein einfaches Mittel: die Bewegung. Dazu fordert er einen disruptiven Zugang: „Wir brauchen die Zusammenlegung des Ministeriums für Gesund-



heit und Sport mit der sichtbaren Verwirklichung des Health-in-all-Policies-Ansatzes.“ Vorsorge- und Screening-Angebote müssten ausgebaut und die Erreichung von messbaren Gesundheitszielen müsste belohnt werden. „Jede Erkrankung, die verhindert werden kann, muss verhindert werden. Hier ist noch viel möglich“, ist McDonald überzeugt und setzt ein weiteres Ziel: „Bis 2035 soll die Zahl der Krebstoten halbiert werden.“ Aus Erfahrung weiß er auch, dass derzeit jedes zweite Kind in einem Sportverein eingeschrieben ist. „Das reicht nicht“, betont er und fordert: „100 Prozent der Kinder müssen in einem Sportverein aktiv werden und 90 Prozent aller Österreicherinnen und Österreicher müssen das WHO-Ziel von mindestens 2,5 Stunden Bewegung pro Woche erreichen.“

Wirtschaftlichkeitsfragen fordern die Hersteller

Mag. Alexander Hayn, Obmann Bundesgremium des Foto-, Optik- und Medizinproduktehandels der Wirtschaftskammer Österreich sowie Vizepräsident der AUSTROMED, der Interessensvertretung der Medizinprodukte-Unternehmen in Österreich, fokussiert seinen Input auf die Frage, wie innovationsförderlich oder -feindlich aktuell die Kostenerstattung von Arzneimitteln und Medizinprodukten ist: „Die Sozialversicherungen haben keine leichte Aufgabe, wenn Solidarität, Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualitätssicherung mit einer innovativen, bedarfsgerechten und angemessenen Versorgung in

Expertinnen und Experten diskutieren bekannte Themen unter neuen Blickwinkeln.

Einklang gebracht werden müssen.“ Aktuell stellt sich das System der Kostenerstattung aus Sicht des Experten häufig als Innovationsbremse dar. Entscheidungen, ob Medizinprodukte erstattet werden, erfolgen nicht über einen Bescheid, sondern in Einzelverträgen, sodass den Unternehmen bei einer Ablehnung auch keine Rechtsmittel zur Verfügung stehen. „Wir erleben, dass innovative und über den Behandlungsprozess gesehene kostensparende Produkte kein Entscheidungskriterium sind, um in den Leistungskatalog der Sozialversicherungen aufgenommen zu werden. Billig muss es sein“, bringt es Hayn auf den Punkt. Für eine Branche, die ohnehin – auch auf europäischer Ebene – streng reguliert ist, wird es daher immer schwieriger, Innovationen zu Patientinnen und Patienten zu bringen. Das trifft nicht nur das Gesundheitswesen und die Versorgung, sondern die gesamte Volkswirtschaft: „Der Wirtschaftsstandort und damit Arbeitsplätze sind in Gefahr, wenn Innovationen ausgebremst werden.“ Hayn sieht die Wege zu einer innovativen Kostenerstattung über Dialogbereitschaft und Mut: „Wir dürfen nicht bei Medizinprodukten sparen, sondern mit innovativen Medizinprodukten!“

Fairer Zugang für alle

Univ.-Prof. Dr. Claudia Fuchs, LL.M. vom Institut für Österreichisches und Europäisches Öffentliches Recht an der WU Wien, liefert mit ihrem Impulsstatement die Grundlage für die weitere Diskussion rund um das neue bundesweite Bewertungsboard für Arzneimittel.

„Die Zusammensetzung, die Aufgaben und die Kompetenzen lassen noch eine Reihe von Fragen offen, die es dringend zu beantworten gilt“, so Fuchs. Das Medikamenten-Bewertungsboard soll zur Bewertung neuer und bestehender Therapien vorrangig im Krankenhaussektor eingeführt werden und damit soll ein österreichweit einheitlicher Zugang zu diesen Therapien ermöglicht werden, und zwar unabhängig vom Bundesland, in dem Betroffene wohnen. Doch die Sorge um einen raschen Patientenzugang zu Therapien im Spitalsbereich scheint berechtigt, denn die krankheitsspezifisch-fachmedizinische Expertise fehlt. „Von den insgesamt 25 Mitgliedern des Boards sind lediglich drei aus pharmakologischen oder medizinischen Fachrichtungen vorgesehen“, führt Fuchs aus. Das Fachwissen besteht folglich bei der Mehrheit der Boardmitglieder nicht ausreichend, um Indikationen für Therapien im Sinne der Betroffenen zu bewerten. Die Stimme der Patientinnen und Patienten vertritt ein Mitglied der Patienten-anwaltschaft, jedoch ohne Stimmrecht. Derzeit ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von lebenswichtigen Therapien verzögert wird, denn das Board hat bis zu fünf Monate Zeit, um zu einer Entscheidung zu gelangen. Zudem ist vorgesehen, dass die Beratungszeit auch ausgedehnt werden kann. Erst danach finden die Preisverhandlungen mit dem jeweiligen Unternehmen statt – jedoch ohne zeitliche Vorgaben, bis wann sie abgeschlossen sein müssen. Am Ende steht ein Board, das maximal rechtlich unverbindliche Empfehlungen abgeben kann – ein Umstand, der den Schluss zulässt, dass auch hier der Preis einer Therapie bei der Bewertung im Vordergrund steht, und nicht ihr medizinisch-wissenschaftlicher Nutzen.

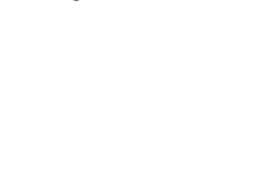
Kürzer, schneller, mutiger

Die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen der Stakeholderinnen, Stakeholder, Expertinnen und Experten knüpfen an die Impulsvorträge an und verstärken die Forderungen. Ganz oben auf der Liste steht die Stärkung der Gesundheitskompetenz und die Transparenz der Erstattungsprozesse. Der Nutzen für Patientinnen und Patienten muss immer klar im Vordergrund stehen. Insgesamt muss sich die gesellschaftliche Haltung gegenüber Prävention ändern und Aufklärungsarbeit zielgerichtet umgesetzt werden. Dazu braucht es Orientierungshilfe vonseiten der Politik und klare Lenkungsmaßnahmen, wie etwa „digital vor ambulant und stationär“. Ein Teil der Forderungen, so sind sich die Expertinnen und Experten einig, wird aktuell bereits mit den Gesundheitszielen Österreich verfolgt. Mehr Einsicht in die Ergebnisse und regelmäßig öffentlich zugängliche Monitoringberichte werden gefordert. Insgesamt lautet der Tenor: Es muss schneller gehen, die Wege im System müssen kürzer und die Entscheidungen mutiger werden.

Günstigere Versorgungsformen erforderlich

Ein Umdenken auf allen Ebenen steht auch im Mittelpunkt des Impulsvortrages von Dr. Alexander Biach, Direktor-Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien: „Die Demografie, der Ressourcenmangel, die Kostenexplosion oder die Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit sowie viele weitere Faktoren gehen Hand in Hand. Daher braucht es dringend neue Versorgungsformen, die nicht nur günstiger, sondern vor allem effizienter sind.“ Ab einem Alter von 65 Jahren sind 20 Prozent der heimischen Bevölkerung bereits Pflegegeldbe-

Neue Weichenstellung durch die Ausweitung des ELGA-Systems auf eine E-Diagnose?



Kurier, Erscheinungstermin 24. Mai 2024



zieher, während es zum Vergleich in Schweden nur 8 Prozent sind. „Fest steht, 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“, betont Biach. Und auch hier sind es oft die mangelnde Gesundheitskompetenz, die fehlende Aufklärung, aber auch unpassende Öffnungszeiten warum Patientinnen und Patienten mit harmlosen Beschwerden doch lieber in Spitäler gehen.


Das Verlagerungspotenzial vom ambulanten in den niedergelassenen Bereich konnte in einer WKO-Studie mit rund 2,45 Milliarden Euro quantifiziert werden. Nach Biachs Vorstellung sollte bei jedem Gesundheitsbedürfnis, das entsteht, zuerst 1450 konsultiert werden. Dort gibt eine Ärztin oder ein Arzt eine Empfehlung, wohin sich die Anrufenden wenden sollen. Wenn diese vorgeschlagenen Wege eingehalten werden, könnte als „Belohnung“ dafür etwa die Rezeptgebühr erspart bleiben. 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 – und hier schlägt Biach in dieselbe Kerbe wie McDonald – wäre eine Patientensteuerung durch mehr Prävention, sodass die Angebote der Reparaturmedizin gar nicht erst in Anspruch genommen werden müssen.

Diesem Vorschlag kann auch Dr. Michael Binder, Medizinischer Direktor im Wiener Gesundheitsverbund, viel abgewinnen. Er stellt die Frage, wie gut das heimische Gesundheitssystem, das häufig als „eines der besten der Welt“ bezeichnet wird, tatsächlich ist. „Wir wissen, dass viele Leistungen im niedergelassenen Bereich besser und günstiger abzuwickeln wären. Gleichzeitig geht der Trend aber in Richtung Spital, denn kassenärztliche Stellen können kaum nachbesetzt werden und führen zu Versorgungslücken im extramuralen Sektor“, so Binder. Im EU-Vergleich hat Österreich höhere Gesundheitsausgaben pro Kopf als der Durchschnitt und auch bei den gesunden Lebensjahren liegen wir knapp über dem EU-Schnitt. Dass digital vor ambulant vor stationär eine gute Option wäre, sieht auch der Wiener Spitalschef, denn im Vergleich zum Arztbesuch, der im Schnitt mit 100 Euro zu Buche schlägt, kostet ein ein- bis zweitägiger Spitalsaufenthalt bereits 6.500 Euro. Einfach zu realisieren ist der Switch dennoch nicht, denn: „Die telemedizinischen Angebote stecken noch in den Kinderschuhen. Hier braucht es noch eine Verknüpfung und Durchlässigkeit von Daten und den klaren Wunsch der Spitäler, auch Leistungen abzugeben“, schließt Binder seine Einschätzung. Dr. Franz Leisch, Chief Digital Officer von PRAEVENIRE, zeigt einen wichtigen Schritt in diesem erforderlichen Ausbau auf: „Die Diagnosecodierung im extramuralen Setting, die für Jänner 2025 geplant ist, muss in der aktu-

ellen Form überdacht werden. Mit den aktuellen Vorschlägen ist weder die Sicherheit noch die Qualität gegeben.“ Er plädiert für die Ausweitung des bewährten ELGA-Systems um eine E-Diagnose und die Codierung nach der SNOMADE-Terminologie, einem international etablierten Standard. Damit würden gleich mehrere Fliegen mit einer Klappe geschlagen: Die Eingabe über die Medikamentenverschreibung wäre einfach, eine Patienten-Summary wäre vorhanden, hochqualitätsgesicherte Daten für die Sekundärnutzung liegen vor, Mehrfachcodierungen werden vermieden und die Integrität des anerkannten ELGA-Systems wäre gestärkt. „Eine frühe Zusammenarbeit mit den Softwareherstellern ist genauso wichtig wie die Einbeziehung der Ärzte“, ist Leisch überzeugt und schlägt ein klares Ziel vor: „In einem Jahr sollten so erstmals hierzulande alle Diabetikerinnen und Diabetiker erfasst sein und eine sinnvolle Grundlage für eine Versorgungsplanung geboten werden.“

Transformationsgeschwindigkeit steigern Digitalisierung passiert nicht von selbst, sondern braucht auch Kompetenzen in Unternehmen und Forschung. Dazu trägt das Engagement von DI Dr. Verena Ossmann, Leiterin der Plattform für Gesundheitstechnologie, NÖ Wirtschaftsagentur ecoplus in Tulln, bei. „Wir sind eine zentrale Anlaufstelle für Betriebe, wenn es eben um Digitalisierung geht“, sagt Ossmann und ergänzt: „Wer beispielsweise Lösungen für niederösterreichische Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen anstoßen, entwickeln und umsetzen will, ist hier richtig. Langfristige Ziele sind unter anderem die Entwicklung neuer Produkte und Dienstleistungen. Es geht um neue Ausbildungsangebote im Gesundheitsbereich sowie um den wichtigen Know-how- und Technologietransfer in die Unternehmen.“ Das physische Haus arbeitet Hand in Hand mit einer virtuellen Plattform und zahlreichen Netzwerken mit einem klaren Ziel: die Steigerung der Transformationsgeschwindigkeit von Unternehmen in Niederösterreich, dem Ausbau der Forschung und der Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung.

Denkertag mit Forderungen abschließen

Ein klares „Ja“ zu neuen Versorgungsformen und zum Motto „digital vor ambulant vor stationär“ kam aus allen Arbeitsgruppen des Denkertages. Der Ausbau der Primärversorgung, die Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen und viel Kommunikation sind dazu noch notwendig, um die Ideen auch in die Tat umzusetzen – und dafür steht PRAEVENIRE ebenso wie das neue Diskussionsformat. Zusammengefasst wurde formuliert: „Alles digital, was digital möglich ist, und alles ambulant, was ambulant möglich ist.“ Vorbilder aus dem Ausland zeigen, dass hier noch in vielen Bereichen Optimierungspotenzial vorliegt. Disruptives Denken und Handeln, wie am Beginn des Denkertages gefordert, wird die Grundlage dafür sein müssen. 



PERFORMANCE

Herausfordernder Weg zu mehr Primärversorgungseinheiten

Die achte jährliche Tagung von AM PLUS, der Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit, in Haslach an der Mühl stand unter dem Titel: **WIE KOMMT MAN SCHNELL UND EFFIZIENT ZU EINER PVE?** Die Vorträge und Diskussionen brachten Orientierung für jene, die eine solche Einrichtung gründen wollen. | von Karin Leitner

Der Nutzen von Primärversorgungseinheiten (PVE) für Bürgerinnen und Bürger ist unumstritten. Die Vorteile: Der interdisziplinäre Behandlungsansatz, da Ärztinnen und Ärzte sowie diverse Therapeutinnen und Therapeuten sind unter einem Dach. Auch die Öffnungszeiten sind patientenfreundlich. 65 solcher Erstversorgungseinrichtungen – sechs davon für Kinder – gibt es derzeit in Österreich, 120 sollen es werden.

Eine PVE, speziell in Form eines Primärversorgungszentrums (PVZ) zu etablieren, ist kein Leichtes. Die erste Herausforderung: Ein Grundstück mit einer Immobilie, die groß genug für die nötigen Räumlichkeiten ist, zu finden. Diese sollte zudem – vor allem auf dem Land – nicht auf der sogenannten grünen Wiese, sondern im Stadt- oder Ortszentrum sein. Parkplätze werden gebraucht. Die PVE muss auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sein.

Was ist sonst noch alles gefordert? Darüber wurde am 6. und 7. Juni bei der achten Tagung von AM PLUS, der Initiative für Allgemeinmedizin, debattiert. Der Titel der Veranstaltung im oberösterreichischen Haslach an der Mühl: „Wie kommt man schnell und effizient zu einer Primärversorgungseinheit?“

Vorteile überwiegen

Medizinerinnen und Mediziner, Vertreter der Ärztekammer, der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), des Gesundheitspersonals, der Patienten und von Kommunen brachten ihre Expertise, ihre Erwartungshaltungen und ihre Wünsche ein.

AM PLUS-Präsident Erwin Rebhandl ist seit Jahren in Sachen Primärversorgungszentren aktiv. Sein Credo: „Die Gleise und Züge unse-

res Gesundheitssystems brauchen eine weitere Erneuerung und Neuorientierung. Auf Hauptgleisen sollten Primärversorgungszentren und Primärversorgungsnetzwerke fahren.“ Das Gesundheitszentrum Haslach hat Rebhandl initiiert. Sechs Jahre lang hat er in diesem gearbeitet. Für ihn bringt eine solche Einrichtung viele Vorteile. Die sieht auch der Haslacher Bürgermeister Dominik Reisinger. Von einer „Win-Win-Situation“ sprach er: „Die Mitarbeiter praktizieren im Team, sie sprechen sich ab. Die Patientinnen und Patienten profitieren von einem breiten Angebot.“ Für die Gemeinde sei die PVE „ein absoluter Frequenzbringer. Der Ortskern wird belebt.“

Kritisch merkte Rebhandl an, dass die Kommunen einerseits keine gesetzlich verankerte Parteienstellung bei der Gesundheitsversorgung und damit auch keine Mitsprache habe, andererseits aber für eine gute und wohnortnahe Gesundheitsversorgung mitverantwortlich gemacht werden: „Die Gemeinden sollten eingebunden sein.“ Diese könnten viel beitragen: Etwa, eine geeignete Immobilie zu finden – und nach Ärztinnen und Ärzten für die PVE zu suchen. „Wir sollten Gemeinden stärken, dass sie aktiv an ein Projekt herangehen.“ Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbands Selbsthilfe Österreich, weiß ebenfalls um den Wert von Primärversorgungseinrichtungen. Sie sieht sie als „zentrale Koordinationsstelle für Patientinnen und Patienten. Die Wege zwischen Diagnose und Therapie sind hier kürzer.“ Viele „Health Care Professionals“ seien an einem Ort. Während des Corona-Lockdowns seien sie essenziell für chronisch Kranke gewesen. Nicht geschehen dürfe, „dass mich in einer PVE der übliche Terminhorror begrüßt. Damit vernichte ich viele Vorteile wieder.“ Widhalm appellierte, noch mehr über PVE zu informieren: „Derzeit

weiß noch immer nicht jede Österreicherin und jeder Österreicher, was eine Primärversorgungseinrichtung ist.“

Rahmenbedingungen für Gründungen

Wie kommt es aber zu solchen? Was haben Ärztinnen und Ärzte, die eine PVE gründen wollen, zu bedenken? Wie sind die gesetzlichen Vorgaben, etwa was die Form der PVE, den Leistungsumfang und die Auswahlverfahren anlangt?

David Wachabauer von der Gesundheit Österreich GmbH erläuterte, was sich durch die Novelle des Primärversorgungsgesetzes mit 1. August 2023 geändert hat. So sind für eine PVE nicht mehr obligatorisch drei, sondern nur noch mindestens zwei Allgemeinmedizinerinnen oder Allgemeinmediziner mit Kassenverträgen nötig. Außerdem wurde das Auswahlverfahren beschleunigt. Auch Angehörige gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe können unter gewissen Voraussetzungen Gesellschafterinnen und Gesellschafter einer Primärversorgungseinheit sein. Wachabauer berichtete weiters, dass im Gesamtvertrag für PVEs multiprofessionelle Gruppenpraxen nicht berücksichtigt sind. Bei den Gesamtverträgen in den Bundesländern sei das ebenso nicht der Fall. Für die Kinder-PVEs gebe es noch keinen Gesamtvertrag. „Und die Ärztekammer ist keine Befürworterin von multiprofessionellen Gruppenpraxen.“

Naghme Kamaleyan-Schmied, Allgemeinmedizinerin und Vizepräsidentin der Wiener Ärztekammer, ist gerade dabei, eine PVE zu errichten. Sie verwies, aus der Bundeshauptstadt zugeschaltet, auf die Herausforderungen und Hürden. Die Investitionen seien hoch, weil große Immobilien gebraucht werden. Zumindest 300 bis 400 Quadratmeter seien in Wien notwendig. Solche Immobilien sind

Vortragende bei der PVE-Tagung in Haslach an der Mühl (v.l.): Angelika Widhalm, David Wachabauer, Franz Kiesl und Erwin Rebhandl



Mit freundlicher Unterstützung von:





schwer zu finden. Zu den Förderungen für eine PVE-Gründung sagte Kamaleyan-Schmied, diese seien hoch. Es sei aber ein schwieriges Unterfangen, sie zu bekommen. „Und man wartet lange auf das Geld, das man investiert hat.“ Dazu komme, dass Kolleginnen und Kollegen, die ebenfalls eine PVE gründen wollen, verunsichert seien. Es sei nämlich noch nicht klar, was der überarbeitete bundesweite Gesamtvertrag, über den verhandelt derzeit wird, bringen werde: „Derzeit gibt es ja in jedem Bundesland andere Verträge.“ In Wien sind momentan 16 allgemeinmedizinische PVE und fünf für Kinder vorhanden.

Peter Voitl hat das Gründungsprocedere schon hinter sich. Er ist ärztlicher Leiter der Kinder-PVE Donauinsel, der ersten diesbezüglichen Einrichtung in Wien. Diese ist aus einer Gruppenpraxis hervorgegangen. Seit Juli 2023 ist sie in Betrieb. Das Fächerangebot ist breit: Kinder- und Jugendheilkunde, Kinderkardiologie, Kinderneurologie, Kinderpulmologie, Kinder-gastroenterologie und Kinderchirurgie. Psychologische Betreuung, Logopädie, Ernährungsberatung und Physiotherapie werden ebenfalls offeriert. Lange Untersuchungswege für Kinder und Jugendliche werden dadurch vermieden.

Der Mehrwert für die Ärztinnen und Ärzte: „Familienfreundliches Arbeiten und Diagnose-sicherheit“, wie Voitl sagte. Jenen Kolleginnen und Kollegen, die eine PVE installieren wollen, rät er, sich geeignete Partner zu suchen: „Man ist ja wirtschaftlich eng verflochten. Das ist oft enger als eine Ehe.“ Ergo sollte zu Beginn der PVE-Partnerschaft eine Exitstrategie vorhanden sein, damit eine Trennung schlimmstenfalls nicht vor Gericht ende.

Gründungsvoraussetzungen

Relevant für Medizinerinnen und Mediziner, die sich mit anderen zu einer PVE zusammenschließen wollen, ist auch Steuer- und Haftungsrechtliches. Kerstin Garbeis und Nikolaus Herdega von der oberösterreichischen Ärztekammer referierten über die Organisationsform einer PVE. In Oberösterreich ist die Mehrheit der PVEs eine GmbH, in der Steiermark eine OG. Bundesweit steht es etwa Fifty-Fifty. Einer der Unterschiede: Bei einer GmbH bedarf es eines Geschäftsführers, bei einer OG nicht. Die Spielregeln, etwa die Gewinn- und Aufgabenverteilung, sollten jedenfalls von Anfang an fixiert werden. „Da verstehen sich noch alle gut. Das kann aber anders werden“, konstatierte Garbeis. Österreichweit sind derzeit nur drei Primärversorgungsnetzwerke als Vereine konzipiert, ließ der Steuerberater Berthold Kneidinger wissen. Sei eine PVE eher klein, sei eine OG sinnvoller, weil dies steuerrechtlich vorteilhafter sei. Bei hohen Gewinnen wäre eine GmbH steuerlich günstiger.

Viel Know-how ist also für den Betrieb einer PVE vonnöten. Christian Steinlechner von der Uni für Weiterbildung Krems präsentierte ein Studienprogramm, das Managerinnen und Manager auf die Leitung einer PVE vorbereiten soll.

Leistungsabrechnung

Mit der Honorierung befasste sich Franz Kiesel von der ÖGK in Oberösterreich. Die gesetzlichen Vorgaben: Grundpauschalen, Fall-

Bild o.l.: Karl Lehner
Bild o.r.: BM Johannes Rauch schilderte scheinbare PVE-Ausbaupläne in einem Videostatement
Bild rechts (v.l.n.r.): Christian Steinlechner, Nikolaus Herdega, Berthold Kneidinger, Angelika Widhalm, Franz Kiesel, Sabine Röhrenbacher, Erwin Rebhandl, Gerald Anton Steiner, Marianne Mayer



pauschalen, Einzelleistungsvergütungen und gegebenenfalls Bonuszahlungen. Die aktuellen Grundsätze der ÖGK: Mehr Pauschalierungen, weniger Einzelleistungsvergütungen. Ein höheres Honorar pro Fall im Vergleich zur Einzelpraxis wegen ganzjährig längerer Öffnungszeiten, eines verbindlichen und erweiterten Versorgungsauftrags und „verstärkter Koordinationsaufgaben und Patientensteuerung“. Die Pauschalhonorierung von Leistungen reduziere den Verwaltungsaufwand von Anbieter und Kasse, wodurch es mehr Kapazität für Patientinnen und Patienten gebe, sagte Kiesel. Eine „Hamsterrad“ bzw. „Handgriff-Medizin“ werde verhindert. Und Sicherheit sei gegeben, etwa bei Patiententrückgang. Nachteil könnte sein, dass dadurch manche Einzelleistungen nicht mehr aufwandsgerecht abgerechnet werden können. Eine qualitativ hochwertige Leistung könnte gefährdet sein. Am sinnvollsten erscheint Kiesel eine Mischung aus Pauschalsystem und einigen Einzelleistungen. Angestrebt werde eine bundesweit einheitliche Honorierung von PVE. Im Gegensatz zu den Einzel- und Gruppenpraxen sehe der Gesetzgeber aber nach wie vor die Möglichkeit regionaler Regelungen vor.

Kommunikationsfallen

Rebhandl skizzierte in einem zweiten Vortrag, was bei einer PVE-Gründung zu vermeiden ist: Die Idee öffentlich machen, bevor die lokalen Ärzte informiert sind. „Das löst Widerstände aus.“ Weiters zu unterlassen seien: zu enge Strukturen und ein zu enges finanzielles Konzept, zu geringer Fokus auf Qualität und Teambildung. Zu wenig Platz für das Gesundheitspersonal sei ebenfalls schlecht. Dies würde gute Arbeit erschweren: „Einen Physiotherapeuten in einem 15 Quadratmeter-Raum unterzubringen, ist ein No-Go“, befand Rebhandl. Geboten sei, das Gesundheitspersonal in die Planung, etwa was die Ausstattung der Räume betrifft, einzubinden.

Projektvorstellung PVZ Schwertberg

In Schwertberg entsteht derzeit eine PVE, Ende 2025 soll sie bezugsfertig sein. Die dortige Lage war wie in vielen anderen Gemeinden: Ärzte – hier drei Allgemeinmediziner – knapp

vor der Pensionierung, daher Druck von Bürgerinnen und Bürgern auf die Gemeindevertreter, zu handeln. Das geschah in der 5500 Einwohner-Gemeinde.

Der Linzer Architekt Gerald Anton Steiner und sein Team haben den Wettbewerb im Jahr 2020 gewonnen. Auf einem dreieckigen Grundstück mit einem steilen Hang wird die Primärversorgungseinheit errichtet. Die PVE ist im Untergeschoss: mit den Arztpraxen, einem Labor, einem großen Warteraum, Einheiten für Ergo- und Physiotherapie, Diätologie, Psychotherapie, Sozialarbeit und eine Hebamme. Ein Sozialraum für die Mitarbeiter ist ebenfalls vorgesehen. Für den Fall einer weiteren Pandemie werde vorgesorgt, erläuterte Steiner. Über einen separaten Eingang könnten Betroffene in die PVE kommen, ohne jenen Menschen zu begegnen, die im Wartebereich sind. Über der PVE sind 26 altersgerechte Wohnungen. Von diesen könnten bei Bedarf welche in Behandlungsräume umgebaut werden. Der Komplex ist im Zentrum Schwertbergs. „Eine PVE ist auch eine Chance, Leben in eine Gemeinde oder Stadt zu bringen“, sagte Steiner. Auf dem Land würden Zentren „ausgehöhlt“, es gebe viel Leerstand. Steier hat rund um das PVE noch Geschäftsflächen für lokale Betriebe vorgesehen.

Finanzielle Unterstützung

In seiner Videobotschaft betonte Gesundheitsminister Johannes Rauch „die erfreuliche Gründungsdynamik“. Das Interesse und die Nachfrage sei spürbar. „Ich bin fest davon überzeugt, dass wir das Ziel, die Zahl der PVE zu verdoppeln, in den nächsten Jahren erreichen können“, sagte Rauch. Bis Ende 2024 werde es österreichweit rund zehn Kinder-PVE geben. Rauch merkte auch an, dass der Bund für den niedergelassenen Bereich jährlich zusätzliche Mittel in der Höhe von 300 Millionen Euro bis 2028 zur Verfügung stelle. Durch den Aufbau- und Resilienzplan der Europäischen Kommission gebe es für die Stärkung der Primärversorgung in Österreich 100 Millionen Euro bis 2026. Damit würden die Gründung und die Weiterentwicklung von PVEs maßgeblich gefördert. **P**





PERFORMANCE

Künstliche Intelligenz in und für Wissenschaften

Am 14. Juni 2024 fand das Symposium „Künstliche Intelligenz (KI) in und für Wissenschaften“ des VWGÖ gemeinsam mit der Austrian Society for Artificial Intelligence und dem gemeinnützigen Verein Praevenire im Technischen Museum Wien statt. Ein **HOCHKARÄTIGES TEAM VON 20 EXPERTINNEN UND EXPERTEN AUS VERSCHIEDENEN WISSENSCHAFTLICHEN DISZIPLINEN** kam zusammen, um das **GROSSE POTENTIAL VON KI IN ÖSTERREICH** zu verdeutlichen.

Am 14. Juni 2024 fand im Technischen Museum Wien das Symposium „Künstliche Intelligenz in und für Wissenschaften“ statt. Diese Veranstaltung, organisiert vom Verband der wissenschaftlichen Gesellschaften Österreichs (VWGÖ), der Austrian Society for Artificial Intelligence (ASAI) und vom Verein PRAEVENIRE, bot eine Plattform für renommierte Experten, um die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten von KI in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen zu diskutieren. Die Konferenz zog Wissenschaftler und Forscher aus unterschiedlichen Disziplinen an und ermöglichte einen intensiven Austausch über aktuelle Entwicklungen und zukünftige Potenziale der KI.

Die Konferenz begann mit einer Eröffnungsrede von em. Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Hannes Stockinger, Präsident des VWGÖ, und Priv.-Doz. Dr. Bernhard Moser, Präsident der ASAI. Beide betonten die Bedeutung von KI für die Wissenschaft und die Gesellschaft. Mag. Michael Wiesmüller vom Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie (BMK) schloss sich mit einer Begrüßung an und unterstrich die technologische Revolution, die KI in den letzten Jahrzehnten ausgelöst hat. Wiesmüller hob hervor, wie Fortschritte in den Bereichen Da-

tenverarbeitung, Rechenleistung und Speichertechnologien die Möglichkeiten der KI revolutioniert haben. Er betonte auch die Bedeutung von KI für die Zukunft der Wissenschaft und die Notwendigkeit, gesellschaftliche Ängste und ethische Bedenken ernst zu nehmen.

Christiane Rainer vom Technischen Museum Wien stellte anschließend die Ausstellung „Smart World“ vor, die den Teilnehmern die Möglichkeit bot, die neuesten Entwicklungen und Anwendungen von KI zu erkunden. Diese interaktive Ausstellung bot einen umfassenden Überblick über die Integration von KI in den Alltag und die damit verbundenen gesellschaftlichen Implikationen. Rainer erläuterte, dass die Ausstellung weniger auf technische Details fokussiert ist, sondern vielmehr die gesellschaftlichen Fragen und Herausforderungen beleuchtet, die mit der Nutzung von KI verbunden sind.

Grundlagen der KI

Der erste inhaltliche Block des Symposiums widmete sich den Grundlagen der KI und wurde von Moser moderiert. Robert Legenstein von der Technischen Universität Graz eröffnete mit einem Vortrag zum Thema „The Brain as Role Model“. In diesem englischsprachigen Vortrag erklärte Legenstein die neuronale Modellierung und die Bedeutung biologischer Vorbilder für die Entwicklung von KI-Algorithmen. Er

betonte, wie das Verständnis der Funktionsweise des menschlichen Gehirns zur Entwicklung effizienter KI-Systeme beitragen kann.

Werner Zellinger von der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (ÖAW) setzte das Programm mit einem Vortrag über die „Mathematics of Learning“ fort. Zellinger erklärte die mathematischen Grundlagen des maschinellen Lernens und wie diese Prinzipien zur Entwicklung leistungsfähiger KI-Modelle genutzt werden können. Er ging insbesondere auf die Bedeutung von Algorithmen und statistischen Methoden ein, die es ermöglichen, aus großen Datenmengen zu lernen und Muster zu erkennen.

Den Abschluss dieses Blocks bildete Fajar J. Ekaputra von der Wirtschaftsuniversität Wien mit einem Vortrag über „Neuro-Symbolic AI“. Ekaputra erläuterte, wie neuro-symbolische Ansätze eine Brücke zwischen symbolischer und neuronaler KI schlagen können, indem sie die Stärken beider Ansätze kombinieren. Dies ermöglicht es, komplexe Probleme zu lösen, die sowohl symbolische Logik als auch neuronales Lernen erfordern.

Diskussionen über Potenziale der KI

Nach einer kurzen Kaffeepause fand eine Podiumsdiskussion über die Potenziale der KI statt. Die Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer, darunter Lukas Gruber von der Johannes Kepler Universität Linz (JKU), Klaus Denkmayr von AVL LIST GmbH, Brigitte Krenn vom Österreichischen Forschungsinstitut für Artificial Intelligence (ÖFAI) und Stefan Woltran von der Technischen Universität Wien, diskutierten unter der Moderation von Lukas Fischer vom Software Competence Center Hagenberg (SCCH) über die vielseitigen Einsatzmöglichkeiten von KI in verschiedenen Bereichen. Die Expertinnen und Experten betonten die transformative Kraft der KI und die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit, um die Potenziale voll auszuschöpfen.

Die Nachmittagsveranstaltungen wurden in zwei Blöcke unterteilt. Im ersten Block, moderiert von Alexandra Ciarnau von Women in AI Austria, präsentierten Krenn und Michela Vignoli die Anwendungen von KI in der Sprachverarbeitung und den Geisteswissenschaften. Krenn erklärte, wie KI die Verarbeitung und Analyse großer Textmengen revolutioniert und welche Fortschritte bereits erzielt wurden. Vignoli hob die Rolle der KI in den Digital Humanities hervor und zeigte auf, wie historische Daten digitalisiert und analysiert werden können, um neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Anwendungen der KI in verschiedenen Bereichen

Nach einer weiteren Pause wurde der zweite Block von Stockinger moderiert. Gruber erläuterte die Anwendungen von KI in den Naturwissenschaften und der Technik. Er präsentierte aktuelle Projekte und Forschungsergebnisse, die

Die Eröffnungsrede hielt Hannes Stockinger, Präsident des Verbandes der wissenschaftlichen Gesellschaften Österreichs (VWGÖ), der das Symposium organisierte.





zeigen, wie KI zur Lösung komplexer wissenschaftlicher Probleme eingesetzt wird. Georg Langs von der Medizinischen Universität Wien schloss sich mit einem Vortrag über die Fortschritte und Herausforderungen der KI in der Medizin an. Langs betonte die Rolle von KI bei der Diagnose und Behandlung von Krankheiten sowie die ethischen Fragen, die sich daraus ergeben. Er stellte auch Projekte vor, die die Integration von KI in die medizinische Praxis demonstrieren.

Ethik und Technikfolgenabschätzung

Der abschließende Teil des Symposiums widmete sich der Ethik und den gesellschaftlichen Auswirkungen der KI. Ein weiteres Panel, moderiert von Michael Strähle vom Wissenschaftsladen Wien und VWGÖ, beleuchtete die rechtlichen und ethischen Aspekte der KI. Thomas Doms von TRUSTIFAI, Michael Funk von der Universität Wien und Walter Peissl von der ÖAW diskutierten über die Notwendigkeit von Regulierungen und die Verantwortung der Entwickler und Anwender von KI-Technologien. Die Panelisten stimmten überein, dass die Entwicklung von KI rasant voranschreitet und Fragen zu Regulierung und Nachvollziehbarkeit von KI uns noch länger beschäftigen werden, trotz aller bestehenden Richtlinien, Empfehlungen und Gesetze.

Internationale Perspektiven

Das Symposium endete mit einem Vortrag von Hamid Eghbalzadeh von Meta, der online zugeschaltet war. Eghbalzadeh sprach über „Science of Ranking“ und erläuterte die Bedeutung und die Herausforderungen von Ranking-Systemen in sozialen Medien und anderen Online-Plattformen. Er erklärte, wie diese Systeme arbeiten und welche Algorithmen verwendet werden, um Inhalte zu sortieren und zu priorisieren. Eghbalzadeh betonte die Wichtigkeit von Transparenz und Fairness in Ranking-Systemen und stellte aktuelle Forschungsprojekte vor, die darauf abzielen, diese Systeme zu verbessern.

Fazit und Ausblick

Das Symposium „Künstliche Intelligenz in und für Wissenschaften“ zeigte eindrucksvoll die breite Anwendung und die tiefgreifenden Auswirkungen von KI in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen. Es bot eine wertvolle Plattform für den Austausch von Ideen und die Diskussion über die Zukunft der KI in der Wissenschaft und darüber hinaus. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten die Gelegenheit, sich über aktuelle Entwicklungen zu informieren, Kontakte zu knüpfen und gemeinsam über die Herausforderungen und Chancen der KI zu reflektieren.

Die Veranstaltung unterstrich auch die Notwendigkeit einer verantwortungsvollen Nutzung von KI und die Bedeutung ethischer und rechtlicher Rahmenbedingungen. Die vielfältigen Vorträge und Diskussionen machten deutlich, dass KI nicht nur technologische, sondern auch gesellschaftliche und ethische Fragen aufwirft, die es zu adressieren gilt.

Die Konferenz endete mit einem positiven Ausblick auf die Zukunft der KI in der Wissenschaft. Die Expertinnen und Experten waren sich einig, dass die Fortschritte in der KI-Technologie enorme Möglichkeiten bieten, die wissenschaftliche Forschung voranzutreiben und innovative Lösungen für komplexe Probleme zu entwickeln. Gleichzeitig betonten sie die Bedeutung von Zusammenarbeit und interdisziplinärem Austausch, um die Potenziale der KI voll auszuschöpfen und sicherzustellen, dass sie zum Wohle der Gesellschaft eingesetzt wird.

Praktische Anwendungen und Zukunftsperspektiven

Ein weiterer Schwerpunkt des Symposiums lag auf den praktischen Anwendungen der KI in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen. Gruber präsentierte beeindruckende Beispiele aus den Naturwissenschaften und der Technik. Er zeigte, wie KI zur Analyse komplexer Datenmengen und zur Lösung wissenschaftlicher Probleme eingesetzt wird. Ein besonderes Beispiel war die Nutzung von KI zur Vorhersage von Materialeigenschaften in der Materialwissenschaft, was die Entwicklung neuer Materialien beschleunigt.

Abschließende Gedanken

Das Symposium „Künstliche Intelligenz in und für Wissenschaften“ war ein großer Erfolg und bot eine umfassende Übersicht über die aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen im

Die Künstliche Intelligenz hat das Potenzial, das Gesundheitswesen revolutionär zu verändern. Sie kann Ärzten dabei helfen, präzisere Diagnosen zu stellen, personalisierte Behandlungspläne zu erstellen und insgesamt die Effizienz der medizinischen Versorgung zu steigern

Dr. Franz Leisch – Digital Chief Officer
PRAEVENIRE

Bereich der KI. Es zeigte, dass KI ein mächtiges Werkzeug ist, das in vielen wissenschaftlichen Disziplinen transformative Auswirkungen haben kann. Gleichzeitig machte es deutlich, dass es essenziell ist, ethische und rechtliche Fragen ernst zu nehmen und einen verantwortungsvollen Umgang mit dieser Technologie zu gewährleisten.

Die Veranstaltung bot den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit, sich zu vernetzen, Ideen auszutauschen und gemeinsam über die Zukunft der KI nachzudenken. Die vielfältigen Vorträge und Diskussionen zeigten, dass die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen und die Einbindung der Gesellschaft entscheidend sind, um die Potenziale der KI voll auszuschöpfen und sicherzustellen, dass sie zum Wohle aller eingesetzt wird.

Mit einem positiven Ausblick auf die Zukunft endete das Symposium und hinterließ die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit neuen Erkenntnissen, Inspiration und der Motivation, die Entwicklung und Anwendung von KI weiter voranzutreiben. **P**

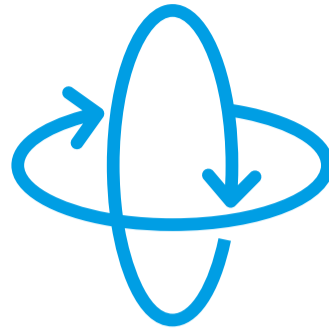




PERFORMANCE

360° Blick

Leben mit einer Seltenen Erkrankung



ECRD 2024 – GröÙte von Patient:innen geleitete Europäische Konferenz für Seltene Erkrankungen

Am 15. und 16. Mai 2024 fand die Europäische Konferenz für Seltene Erkrankungen (ECRD) in Brüssel hybrid statt. Ihr wichtigstes politisches Ziel bestand darin, sicherzustellen, dass seltene Erkrankungen auch weiterhin oberste Priorität für die künftige europäische politische Führung haben.

Die Konferenz bildete eine entscheidende Plattform, um die Integration eines umfassenden Europäischen Aktionsplans für Seltene Krankheiten in die neue Gesetzgebungsagenda der EU voranzutreiben, der auf den Empfehlungen von Rare 2030 basiert. Ein solcher Aktionsplan, der eine Reihe von Bereichen abdeckt, darunter Frühdiagnose, Zugang und Erreichbarkeit von Behandlungen, soziale Inklusion, Forschung und Innovation, psychische Gesundheit, nationale Strategien und Zugang zu hochspezialisierter Versorgung, würde alle politischen Maßnahmen und Initiativen umfassen, die sich auf Menschen mit einer seltenen Krankheit auf europäischer und nationaler Ebene auswirken und klare, messbare Ziele festlegen, die bis 2030 erreicht werden sollen.



Ulrike Holzer
Obfrau Pro Rare Austria

„Wenn es uns gelingt, das zu erreichen, was wir bei Krebserkrankungen erreicht haben, können wir dies auch bei seltenen Erkrankungen erreichen.“
EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides

Mit diesem Statement bestätigte die EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides ihre volle Unterstützung der Forderungen von EURORDIS und der gesamten Rare Disease Community. Die ECRD 2024 bot damit die einzigartige Gelegenheit, die aktuelle politische Dynamik in umfassende Maßnahmen für die nächsten politischen Entscheidungsträger:innen und Staats- und Regierungschef:innen der EU umzusetzen. Die wichtigsten Politikbereiche, die Teil eines breiteren politischen Rahmens sind, wurden im Programm angesprochen.

Die **sechs Hauptsitzungen** der Konferenz konzentrierten sich auf innovative Finanzierungsstrategien für die Entwicklung von Therapien für seltenere Krankheiten, psychische Gesundheit, Verwirklichung der Ausweitung des Zugangs zu grenzüberschreitender, hochspezialisierter Versorgung in ganz Europa, innovative Behandlungen, nationale Pläne für seltene Krankheiten und Frühdiagnose.

Der Programmteil zu **innovativen Behandlungen** betonte die entscheidende Rolle der Europäischen Referenznetzwerke (ERNs), der Zusammenarbeit, der Patient:innenbeteiligung und der Preistransparenz, um den Zugang zu Behandlungen in ganz Europa zu verbessern. In der Sitzung zu **nationalen Plänen für seltene Krankheiten** tauschten Patient:innenvertreter:innen und politische Entscheidungsträger:innen aus Italien, Luxemburg und Frankreich ihre Erkenntnisse und Erfahrungen aus und betonten die Notwendigkeit konkreter Ziele und einer verstärkten Zusammenarbeit, die europäische Strategien stärken und ergänzen können. Die Sitzung endete mit einem starken Konsens über die gemeinsame Forderung nach einem Europäischen Aktionsplan für Seltene Krankheiten, der nationale Initiativen stärkt.

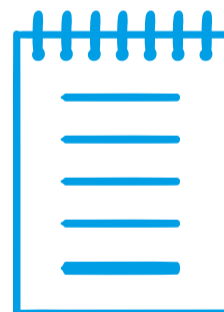
Der Abschluss der Konferenz gipfelte in einem gemeinsam verfassten **offenen Brief an die EU-Institutionen und Staats- und Regierungschef:innen**, in dem die Erwartungen der Gemeinschaft klar formuliert und die Entscheidungsträger:innen unmissverständlich übermitteln wurden, um die Relevanz und Dringlichkeit des Themas für die künftige EU-Führung zu hinterlassen. Es ist zu hoffen, dass es auch in der österreichischen Politik die Unterstützung für einen Europäischen Aktionsplan gibt, die es braucht, um für Betroffene seltener Erkrankungen eine umfassende Gleichstellung im österreichischen Gesundheitssystem zu gewährleisten. **P**



Rezeptblock | Folge 6

Wer billig kauft, kauft teuer

In der Langzeit-Pflege werden die Fehler der Vergangenheit spürbar



Es sind jetzt mehr als 15 Jahre vergangen, als mit einem Verfassungsgesetz beschlossen wurde, das Menschen, die bis dahin illegal in Österreich gearbeitet haben, von jeglicher Strafe oder Nachforderung befreit sind. Es war die Geburt der offiziellen Personenbetreuer – die seither als 24 Stunden- Pflege tief ins öffentliche Gedächtnis eingegangen sind. Natürlich sind das keine Pflegekräfte. Es sind normale Menschen aus irgendwelchen Berufen, die aufgrund der Lohnunterschiede zwischen Österreich und ihrem, i.d.R. osteuropäischen Heimatland, hier viel verdienen. Sogar Universitätsprofessoren haben hier gejobbt – einfach, weil die 100€ pro Tag die hier verdient wurden, daheim eine Kaufkraft von 1.000€ hatten. Aber, es war von Anfang an klar, dass diese Lohngefälle im Rahmen der europäischen Integration geringer werden. Und Wissende wußten, dass



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

es nur ein Provisorium sein kann, um eine Versorgungslücke zu schließen. Doch warum hat sich diese Lücke aufgetan? Das ist die Folge einer jahrzehntelangen und andauernden Weigerung, die Langzeit-Pflege zu reformieren. Was im Grunde nichts anderes hieÙe, als sie gemeinsam mit dem Gesundheitssystem zu denken, und professionelle Pflege so einzusetzen, dass sie tun kann, was sie kann. Denn, auch wenn das nicht überall verstanden wird, professionelle Langzeit-Pflege, richtig eingesetzt, wirkt tertiärpräventiv. Sie kann die Pflegebedürftigkeit der Patienten senken, und so den Pflegebedarf reduzieren – und das gewaltig. Informelle Pflege, sei es, durch Angehörige oder 24-Stunden-„Pflege“, kann das nicht. Die pflegt ins Bett und vom Bett ins Heim. Und dazwischen landen die Patienten immer und immer wieder im Spital. 24 Betreuung ist auf den ersten Blick billig, auf den zweiten Blick aber sehr teuer und vor allem schädlich.

Länder wie Dänemark aber auch die Schweiz setzen auf professionelle Langzeit-Pflege. Und dort wird bei vergleichbarem Personaleinsatz viel mehr erreicht. Der Anteil der Bevölkerung über 65 mit Einschränkungen bei den täglichen Aktivitäten ist praktisch überall gleich, aber bei uns ist die Zahl derer mit schweren Einschränkungen drei Mal höher. Integrierte, professionelle und koordinierte Pflege- und Betreuungsdienste verhindern nicht, dass wir alt werden, aber sie erleichtern das Alt-Sein doch erheblich. Weil wir das aber auf Grund unserer Kompetenzverteilung im Gesundheits- und Sozialsystem nicht hinkriegen, setzen wir weiter auf „Selbstversorgung“ durch informelle Pflege. Und die sogt für einen immer stärker steigenden Bedarf. Und um die geringer werdenden Lohnunterschiede zu den Herkunftsländern der Personenbetreuer zu kompensieren, werden einfach zusätzliche Mittel ausgeschüttet. Aber, das wird nicht funktionieren. Die Demographie ist hier sehr klar. Wenn wir den Pflegebedarf nicht durch tertiärpräventive Maßnahmen senken, wird die Langzeitpflege schlicht nicht bedarfsgerecht erbracht werden können. Wir sprechen hier von etwa 10.000 zusätzlichen Personenbetreuer:innen, die wir ins Land holen und zusätzlichen 5.000 Angehörigen, die sich der Pflege widmen müssten – JÄHRLICH. Der Weg muß ein anderer sein – und der setzt Mut voraus, vor allem auf der Ebene der Bürgermeister. Es ist unrealistisch, dass die durch die Verfassung normierte Kompetenzverteilung jemals geändert wird. Aber dezentral diese Kompetenzgrenzen zu sprengen, Mittel, woher auch immer, freizusetzen und statt Pflegeheime zu errichten, Pflege-Teams rund um Patienten entstehen zu lassen, die patientenorientiert arbeiten können, das könnte helfen – und ja, das niederländische „Buurtzorg“ wäre ein Vorbild. **P**

Schirmherrschaften:



AM PLUS
Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit



WELLDONE

Seltene Erkrankungen häufiger erkennen

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



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

Sponsoren der Plattform





PIONIERE

Startup Pitch-Contest: Gewinnerportrait

Die Health Care Solution, die alle(s) verbindet

Der Startup Pitch Contest des 6. PRAEVENIRE Digital Health Symposium 2024 blieb spannend bis zum Ergebnis des Handy-Votings. Denn jede einzelne Präsentation war ideenreich und klug durchdacht. Am meisten überzeugt hat der **TBM CAREMANAGER VON TELBIOMED**, der chronisch Erkrankte und auch das Gesundheitsteam durch **EINFACHE DATENERFASSUNG UMFASSEND UND NACHHALTIG** unterstützt. | von Mag. Beate Krapfenbauer

Mit dem „TBM CareManager“ bietet das in Graz ansässige Unternehmen Telbiomed 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 Körpergewicht, Blutzucker, Blutdruck, Herzfrequenz, Sauerstoff-Sättigung, Körpertemperatur etc. übermitteln. Nach dem Closed-Loop-Healthcare-Prinzip übermitteln die betreuenden Ärztinnen und Ärzte sowie das Diplompflegepersonal Rückmeldungen und Empfehlungen an Patientinnen und Patienten. Das Medizinprodukt KITMed ermöglicht eine automatische Datenanalyse und Entscheidungsunterstützung. Im Geräteset ist jene Hardware enthalten, wie zum Beispiel eine Waage, Blutdruckmessgerät etc., 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 Gerätebereitstellung (Logistik). DI Peter Kastner, MBA, zuständig für Technology & Operations, präsentierte das Projekt beim dreiminütigen Startup Pitch Contest.

In puncto Methodenentwicklung passiert sehr viel. Im Endeffekt sollte KI aus unserer Sicht zu einer Ressourceneinsparung beitragen.

Peter Kastner

PERISKOP: Wie fühlt es sich an, beim Startup Pitch Contest als Gewinner hervorzugehen?

KASTNER: Wir freuen uns natürlich sehr! Auch wenn ich den TBM CareManager allein auf der Bühne präsentiert habe, möchte ich vor allem anmerken, dass viele andere am Erfolg mitwirken. Mein Partner DI Dr. Robert Modre-Osprian ist für Research und Development zuständig, Telbiomed besteht inzwischen aus 13 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und wir kooperieren sehr eng mit der AIT Austrian Institute of Technology und weiteren Partnern. Die Auszeichnung ist eine Anerkennung für die gesamte Teamarbeit. Herzlichen Dank dafür! Ich muss anerkennen, es waren einige Mitbewerber dabei, für die ich selbst auch gevotet habe. In drei Minuten – das war meine erste Kurzdarstellung bei einem solchen Bewerb – zu zeigen, wie die Lösung in einem zentralen, realen Versorgungsszenarium verwendet wird, war sehr herausfordernd.

Wie kam es zu der Idee, ein digitales Versorgungstool für chronisch Erkrankte zu entwickeln?

Es haben hierfür sehr Viele mitgewirkt. Ausgangspunkt war eine neue Abteilung am AIT,

die Günter Schreier, im Jahr 2000 als Koordinator initiierte. Wir wollten mit einer Anwendung Telemedizin in der Versorgung salonreif machen. In Graz kam der wesentliche medizinische Aspekt durch die Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Graz hinzu. Mit einer randomisierten, multizentrischen Studie unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Friedrich Fruhwald konnte ein signifikant positives Ergebnis bei der Nutzung von Telemonitoring für die Betreuung von Herzschwäche-Patientinnen und -patienten nachgewiesen werden.

Demnächst steht der Start von HerzMobil NÖ bevor.

Peter Kastner

Was waren die wesentlichen Meilensteine, die wichtigsten Ereignisse am Weg von der Idee bis zum Startup Pitch Contest beim 6. PRAEVENIRE Digital Health Symposium?

Die Health Care Solution wurde danach als erstes in Oberösterreich, im Ordensklinikum Linz Elisabethinen, in die Routineversorgung gebracht. Allerdings gab es nach vier bis fünf Jahren die Finanzierungsproblematik aufgrund des dualen Systems. Im Bundesland Tirol konnte der Knoten der Finanzierung gelöst und eine neue Organisationsstruktur für die integrierte Versorgung geschaffen werden. Alle Partnerinnen und Partner für die Versorgung chronischer Herzerkrankungen haben gemeinsam versucht, das Mega-Puzzle aus Technik, Pflegedienstleistungen, niedergelassene Ärzteschaft (Tarife), Kassenleistungsträger usw. zusammenzusetzen. Gestartet wurde mit HerzMobil Tirol am Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol unter der medizinischen Leitung von Univ.-Prof. Dr. Gerhard Pözl und der Koordinatorin Bettina Fetz, DGKP. Mittlerweile wird es auch in der Steiermark und in Kärnten eingesetzt und im Juli startet Niederösterreich in der Thermenregion, am Landeskrankenhaus Wiener Neustadt.

Anwendungsmodell: Die 4 Säulen von HerzMobil

1. Patientenschulung für Selbstverantwortung und aktive Mitwirkung, Health Literacy
2. Telemonitoring: Therapietagebuch, Datenmanagement und Entscheidungsunterstützung
3. Zeitnahe Intervention: Trenderkennung und Möglichkeit zur zeitnahen Anpassung der Medikation
4. Netzwerkarbeit: Dateneinsicht für Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie integrierte Kommunikation



DI Peter Kastner, MBA kam, präsentierte und überzeugte die Handy-Voting-Teilnehmenden mit seinem Beitrag.



Zurzeit arbeiten wir an der Entwicklung des TBM CareManagers für Anwendungen im onkologischen Bereich, dem OnkoMobil. Beim Gesundheitsdialog Diabetes mellitus der BVAEB wird die gleiche technische Plattform verwendet. Ein wichtiges Ereignis im Zuge des Aufbaus von HerzMobil Tirol waren die Entwicklung des Vier-Säulen-Modells und die enge Einbindung qualifizierter Pflegekräfte. Denn sie sind nahe an der Patientin, am Patienten und haben Erfahrung in der unmittelbaren Versorgung.

Wie kann ich mir als Patientin, als Patient einen Tag mit dem TBM CareManager vorstellen?

Nehmen wir als Beispiel „Herzschwäche“, mit einer passenden medikamentösen Therapie Einstellung und hoher Patienten-Compliance ist die Erkrankung oft gut einstellbar. Die Patientinnen und Patienten sind geschult, Blutdruck und Körpergewicht zu messen. Die Daten werden von den Geräten (via Bluetooth) automatisch mit der HerzMobil-App verknüpft und nach Übertragung an das Datenmanagementsystem von KITMed zur Trenderkennung analysiert. Bei einer Grenzwertverletzung wird zunächst die zuständige Pflegekraft benachrichtigt. Zusätzlich gibt die Patientin, der Patient auch ein, wie es um sein Wohlbefinden steht und bestätigt die Einnahme der verordneten Medikamente. Beispielsweise, wenn eine Grippe hinzukommt oder wenn das Körpergewicht aufgrund z. B. von Wasseransammlung in den Beinen steigt, besteht Handlungsbedarf. Die zuständige Pflegefachkraft nimmt in Abstimmung mit der betreuenden Ärztin, dem betreuenden Arzt Kontakt zur Patientin oder zum Patienten auf und bespricht die notwendige Maßnahme. Mit der unterstützenden Betreuung kann oftmals frühzeitig reagiert werden und Notfälle und Rettungsfahrten ins Spital können vermieden werden. Die wichtigste Rolle der Patientin, des Patienten ist es, auf die eigene Gesundheit zu achten und die Medikation exakt einzuhalten. Damit ist auch bei Herzinsuffizienz Aktivität und Bewegung im Alltag möglich. Nach der dreimonatigen Teilnahme kann die geschulte

Das Moderatorenteam, Prof. DI Dr. Reinhard Riedl (l.), Pia Holzgruber, MBA, MSc, und PRAEVENIRE CDO Dr. Franz Leisch (r.) gratulierten DI Peter Kastner, MBA.

Der TBM CareManager ist für viele unterschiedliche Indikationen einsetzbar.

Peter Kastner

Patientin bzw. der geschulte Patient auf Basis der vereinbarten Bedarfsmedikation selbst über eine temporäre Anpassung entscheiden.

Und wie kann ich mir als betreuende Pflegekraft, als Ärztin bzw. als Arzt die Anwendung vorstellen?

Der TBM CareManager nimmt der Hausärztin, dem Hausarzt nicht die Arbeit ab, sondern gibt den Health Care Professionals zusätzliche Datengrundlage in die Hand, damit die Versorgungsqualität steigt. Dafür organisiert man Treffen mit zentralen Koordinatoren, es gibt Qualitätszirkel der Ärztekammer, einzelne Fälle werden diskutiert und über innovative Medikationen informiert. Das Netzwerk unterstützt einen qualitativ hochwertigen Austausch aller Beteiligten. Zudem wird jährlich ein Ländertreffen organisiert. Heuer findet es unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Hannes Alber in Kärnten statt. Die Teilnehmenden tauschen sich mit den anderen Bundesländern aus, wie der Netzwerkaufbau voranschreitet und wie es mit den Vertretern der Versicherungen läuft. Im Vorjahr waren die Initiatoren von HerzMobil Niederösterreich in der Steiermark mit dabei, heuer können sie bereits über den bevorstehenden Start in Niederösterreich berichten.

Wie viele Anwenderinnen und Anwender gibt es, wofür wird der TBM CareManager oft genutzt?


2022 zählten wir über 700 Patientenfälle in den drei Bundesländern, Kärnten war erst am Start, und 350 teilnehmende Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte. 2023 hatten wir fast 1.000 Patientinnen bzw. Patienten und dieses Jahr wird die Zahl weiter steigen. Die Patienten und Patientinnen nehmen das Angebot von HerzMobil, das ihnen zumeist am

Krankenbett nach einem Akutfall bekannt ist, gerne an. Die Patientenbefragung in der Steiermark fiel überaus positiv aus.

Welche Rolle spielt AI/KI – inwieweit wird dadurch die Usability verbessert, die Anwendung vereinfacht?

Derzeit haben wir in der Routineversorgung keine direkte KI-Anbindung. Aber bei AIT passiert in puncto Methodenentwicklung sehr viel. Im Endeffekt sollte KI aus unserer Sicht zu einer Ressourceneinsparung beitragen. So könnte zum Beispiel ein Chatbot vorrangig Fragen beantworten, auf der vorhandenen Datenlage heraus vorbereitend agieren und für eine zielgerichtete Patientenkommunikation sorgen. An solchen Methoden wird intensiv geforscht. In einem Projekt werden Notizen des Versorgungsteams mittels KI analysiert und automatisch kategorisiert.

Was sind ihre nächsten Pläne? Wie geht es mit dem TBM CareManager weiter?

Zeitlich gesehen ist der nächste Schritt der Niederösterreich-Start von HerzMobil im Juli. Auf funktionaler Ebene entwickeln wir mit Ärztinnen, Ärzten und Cancer Nurses an der Landes- klinik in Feldkirch, Vorarlberg das OnkoMobil zur Therapiebegleitung und Nachsorge onkologischer Patientinnen und Patienten. ELGA ist für uns als Infrastruktur natürlich ständig ein Thema. Wir haben sehr guten Austausch und wirken bei Implementierungsleitfäden für Telemonitoring Episodenberichte mit. Weitere Themen für den TBM CareManager sind das Wundmanagement oder die Nachsorge von Patienten und Patientinnen nach einer Organtransplantation. Es gibt viele Einsatzmöglichkeiten, wir haben noch viel zu tun. 

Die PERISKOP Redaktion und das Team des PRAEVENIRE Gesundheitsforum gratulieren zu dieser digitalen Lösung, die nachhaltig zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung beiträgt! Weitere Infos über das Gewinnerprojekt und über das Unternehmen: www.telebiomed.at





PIONIERS

Wandel aktiv gestalten

Wie die Apotheke vom Gesundheitssystem besser genutzt werden kann



Vor genau 30 Jahren hat sich in den österreichischen Apotheken ein einschneidender Wandel vollzogen: Der Lehrberuf „Pharmazeutisch Kaufmännische Assistenz“ wurde eingeführt. Eine Gruppe engagierter Selbständiger hat sich dafür eingesetzt, weil sie gesehen haben, dass die Anforderungen an unsere Betriebe gestiegen sind und ein Professionalisierungsschub notwendig wurde. Das Vorhaben wurde zur Erfolgsgeschichte. Heute sorgen rund 7.000 PKA – so die Abkürzung für den Beruf – für reibungslose Abläufe in den Apotheken und unterstützen die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten bei zahlreichen Aufgaben. Zusätzlich befinden sich aktuell knapp 1.600 Lehrlinge in Ausbildung. Sie alle sind ein unverzichtbarer Bestandteil unserer Branche und wir sind stolz auf ihr



Andreas Hoyer ist 1. Vizepräsident des Österreichischen Apothekerverbands

hohes fachliches Niveau. Die Apothekerschaft hat mit diesem Schritt bewiesen, dass Sie Herausforderungen erkennen und Veränderungen aktiv mitgestalten kann. 30 Jahre später befinden wir uns wieder in einer Situation, die einen grundlegenden Wandel notwendig macht.

Denn die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung in unserem Land nehmen zu. Die gute Nachricht: Die Lebenserwartung von uns Österreicherinnen und Österreichern steigt. Das heißt allerdings auch, dass die Versorgung der Menschen immer aufwendiger und komplexer wird, mehr Ressourcen erfordert und dadurch eine bessere Abstimmung von gesundheitlichen Leistungen notwendig macht. Wo also ansetzen? Unser Vorschlag: Schon beim Zugang der Menschen zum Gesundheitssystem. Und genau dabei können und sollen die Apothe-

ken eine stärkere Rolle spielen als bisher. Die klassische Hausarztpraxis am Land und in der Stadt hat mit einem enormen Patientenandrang zu kämpfen – überlange Wartezeiten inklusive. Zusätzlich klagen die Spitalsambulanzen, dass sie sich mit Symptomaten herumschlagen müssen, die nicht in ein Krankenhaus gehören. Eine effizientere Lenkung der Patientenströme würde viele Kapazitäten im Gesundheitssystem freispielen, die Versorgung verbessern und dabei Kosten sparen. Wir Apothekerinnen und Apotheker können die Rolle des Gatekeepers übernehmen. Denn die Infrastruktur dafür – immerhin bundesweit über 1.400 einfach erreichbare Einrichtungen – ist vorhanden, genauso wie das entsprechende Know-how.

Und wir können das System bei entsprechender Kostenabdeckung noch weiter entlasten. Die Apothekengesetz-Novelle hat uns neue Kompetenzen zugesprochen. Mit patientennahe Sofortdiagnostik können wir helfen, die Ausbreitung von Infektionskrankheiten wie Influenza oder COVID-19 hintanzuhalten, wir können im Bereich der Prävention entscheidende Unterstützung liefern, etwa indem jene Blutwerte bestimmen, die auf ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen hinweisen. Und über eingehende Medikationsanalysen haben wir ein Instrument in der Hand, die Risiken von gesundheitsgefährdenden Arzneimittelwechselwirkungen zu reduzieren.

Genauso wie es vor 30 Jahren einer gehörigen Portion Konsequenz bedurfte, um die Einführung des PKA-Berufs durchzubringen, müssen wir heute dranbleiben, wenn es darum geht die Rolle der Apotheke weiter zu stärken. Und heute wie damals werden wir hart daran arbeiten, wieder Erfolgsgeschichte zu schreiben. **P**

SAVE THE DATE



2. PRAEVENIRE DENKERTAG
Seitenstetten, 2025

5. MAI

www.praevenire.at

„HEARTS Conference“ zur häufigsten Todesursache in Wien

ZUM DRITTEN MAL FINDET AM 29. NOVEMBER 2024 DER HERZKONGRESS, der wissenschaftlichen Austausch mit gesellschaftlichem Engagement kombiniert, in Wien statt.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen weltweit zu den häufigsten Krankheiten. In den westlichen Ländern sind sie mit rund 45 Prozent und in den Entwicklungsländern mit rund 25 Prozent aller Todesfälle die häufigste Todesursache. Weltweit sterben jährlich 17,3 Millionen Menschen an den Folgen. Dabei lassen sich die meisten Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf eine geringe Anzahl von beeinflussbaren Faktoren zurückführen und bieten damit großes Präventionspotential. Sieben von zehn Herz-Kreislauf-Erkrankungen weltweit wären vermeidbar, wenn sich die Gesundheitspolitik auf genau diese Aspekte stärker konzentrieren würde, so die Hochrechnung einer Studie.

Einzigartiges Konzept und neue Partner

Hier setzt die europaweit einzigartige „HEARTS Conference“ an. Sie findet am 29. November 2024 im Wiener Palais Zögernitz in Kooperation mit der Med Uni Wien, der Universitätsklinik für Herzchirurgie und der Wiener Ärztekammer bereits zum dritten Mal statt. Der Herzkongress begrüßt durch seinen anhaltenden Erfolg auch neue wissenschaftliche Partner wie das Österreichische Akademische Institut für Ernährungsmedizin, die Universitätsklinik Unfallchirurgie und Traumatologie, die Universitätsklinik Neurochirurgie und das bekannte Gesundheitsforum PRAEVENIRE. Im Zusammenspiel von Wissenschaft und Kunst sollen dabei ganzheitliche Lösungsansätze für unser Gesundheitssystem geliefert werden.

Brücke zwischen Gesundheit, Politik und Industrie

Der Kongress richtet sich an Fachpublikum, darunter Kardiolog:innen, Allgemeinmediziner:innen, Herzchirurg:innen, Unfallchirurg:innen, Wissenschaftler:innen und medizinisches Fachpersonal. Diskutiert werden fachspezifische Themen aus der Spitzenforschung der Kardiologie, Herzchirurgie, Unfallchirurgie und der Ernährungsmedizin. Die fachspezifischen Themenblöcke münden in fächerübergreifende Medienblöcke „HEART FACTS“ welche Gesundheitspolitische Themen wie Mentale Gesundheit, Gesundheitspolitik, Gesundheits-Kommunikation, Verantwortung für Gesundheit und die Prävention in den Fokus rücken. Hier versammeln sich Stakeholder aus den Medien, der Politik, der Kunst, Wirtschaft zu Führungskräften aus der Medizin um gesellschaftsrelevanten Problemen auf den Zahn zu fühlen und die konkrete Pläne der anstehende Herausforderungen zu erörtern.

„Innovation soll live vor Ort entstehen und dann in Aktion münden. Innovation findet sich auch in der Kunst wieder, die sich in unserer Art Charity Gala widerspiegelt“, erläutert die österreichische Schauspielerin und Medizinstudentin Liliane Zillner. Sie hat die „HEARTS Conference“ 2022 gemeinsam mit Prof. Dr. Martin Andreas, geschäftsführender Oberarzt an der Univer-



Ins Leben gerufen wurde der Kongress von Schauspielerin und Medizinstudentin Mag. Liliane Zillner und Prof. Martin Andreas, geschäftsführender Oberarzt an der Universitätsklinik für Herzchirurgie in Wien. Unter neuer Leitung der Universitätsklinik Herzchirurgie durch Prof. Daniel Zimpfer wird das Erfolgskonzept nun fortgesetzt und weiter ausgebaut.

sitätsklinik für Herzchirurgie in Wien, ins Leben gerufen. Das Erfolgskonzept HEARTS Konferenz wird unter der neuen Leitung der Universitätsklinik Herzchirurgie durch Prof. Daniel Zimpfer nun fortgesetzt, welcher die neu forcierte Interdisziplinarität des Formats mitinitiierte.

Unter den Facheilnehmern der Großveranstaltung finden sich namhafte Größen wie Prof. Daniel Zimpfer, Prof. Günther Laufer und Prof. Martin Andreas, Universitätsklinik Herzchirurgie der Medizinischen Universität Wien und Graz; Prof. Kurt Widhalm, Präsident des Österreichischen Akademischen Instituts für Ernährungsmedizin. Im Bord of Advisors findet sich der bekannte Dr. Christian Rainer, ehemaliger Herausgeber und Chefredakteur des Nachrichtenmagazins Profil und Vorstandsmitglied der Ludwig Boltzmann Gesellschaft. Seitens Interessensvertretungen und Wirtschaft dürfen wir wieder mit klingenden Namen aus der Ärztekammer und Politik rechnen. Die letzten Jahre zu Gast waren u.a. Dr. Johannes Steinhart, Ärztekammerpräsident und Dr. Thomas Szekeres, ehemaliger Ärztekammerpräsident, Gesundheitsstadtrat Peter Hacker, und PRAEVENIRE Präsident und ehemaliger Finanzminister Hans Jörg Schelling. Ehrengast welcher Kunst und Medizin verbindet ist 2024 Erika Freeman, die Psychoanalytikerin der Hollywood Stars.

Kunst mit Herz: Hochkarätige Art Charity Gala

Am Abend des 29. November vereint außerdem die Art Charity Gala unterschiedliche Kunstformen – von Musik und Tanz bis hin zur Bildenden Kunst. „Kunst ist ein Tor zur Seele und zum Wohlbefinden. Mit unserer Art Charity Gala wollen wir eine Brücke zur Gesundheit schlagen“, erklärt Zillner. Die engagierte Veranstalterin freut sich, im heurigen Jahr wieder musikalische Größen wie Maya Hakvoort, Star aus dem Musical „Elisabeth“, Jungstars aus der Talentschmiede „Die Goldene Note“ von Leona König, den bekannten Musical Sänger Lukas Perman und hoffentlich auch wieder die Star-Geigerin Lidia Baich präsentieren zu dürfen.

Gemeinsam für ein dynamisches und zugängliches Gesundheitssystem

„Wir brauchen ein dynamisches Gesundheitssystem, das für alle zugänglich ist und mit den Herausforderungen der Zeit und den sich ändernden Bedürfnissen mitwächst. HEARTS möchte durch die Mittel der Wissenschaft und Kunst, Möglichkeiten aufzeigen, um die großen Herausforderungen unserer Zeit zu bewältigen. Wir freuen uns, an den Erfolg des Vorjahres anknüpfen zu können“, so Zillner abschließend. **P**





PIONIERS

Den Blutzucker jederzeit im Blick

DIE BEHANDLUNG VON DIABETES IST IN DEN LETZTEN DREI JAHRZENTEN DURCH INNOVATIONEN im Bereich der Diabetes-technologie für Betroffene wesentlich angenehmer und anwenderfreundlicher geworden. Welche Vorteile und Möglichkeiten sich durch innovative kontinuierliche Glukosemessungen für Diabetespatientinnen und -patienten ergibt, erläutert Dr. Ingrid Schütz-Fuhrmann, Oberärztin an der Klinik Hietzing, 3. Medizinische Abteilung für Endokrinologie, Stoffwechselerkrankungen und Nephrologie sowie Vorsitzende des Technologieausschusses der Österreichischen Diabetesgesellschaft (ÖDG). | von Rainald Edel, MBA

Die blutige Messung der Glukosewerte mittels Teststreifens wurde in den vergangenen Jahren weitestgehend durch subkutane, kontinuierliche Glukosemessungen verdrängt.

PERISKOP: Was versteht man unter kontinuierlicher Glukosemessung?

SCHÜTZ-FUHRMANN: Unter kontinuierlicher Glukosemessung versteht man die Messung der Glukose im Subkutan-Gewebe alle 1–15min mittels eines trans- oder subkutanen Sensors. Die Zeitverzögerung zum Blutzucker (Echtzeitglukose) beträgt je nach Messsystem ca. 10–20min, wird aber durch die aktuelle Sensor-Messtechnologie nahezu ausgeglichen, sodass Sensormessungen direkt herangezogen werden können, um Therapieentscheidungen zu treffen. Die Messwerte werden mittels eines Empfängergerätes erfasst und gespeichert und die Daten mithilfe spezieller Softwareprogramme ausgewertet.

Ingrid Schütz-Fuhrmann ist Oberärztin an der Klinik Hietzing in der Abteilung für Endokrinologie, Stoffwechselerkrankungen und Nephrologie sowie Vorsitzende des Technologieausschusses der ÖDG.



Für welche Patientengruppen ist diese medizinisch notwendig?

Der Routineeinsatz von CGM wird empfohlen bei allen Menschen mit Diabetes, die eine intensive Insulintherapie durchführen, definiert, als drei oder mehr Insulininjektionen am Tag oder eine Insulinpumpe nutzen sowie bei neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 1. Alle Menschen mit problematischen Hypoglykämien sollen ein rtCGM System (real time) verwenden. Dabei können die Werte gestreamt und Alarmer programmiert werden.

Wie groß schätzt man den Personenkreis, bei dem dieses System eingesetzt werden soll?

Grundsätzlich können alle Menschen mit Diabetes in unterschiedlichen Indikationen profitieren. So kann auch der Routineeinsatz von CGM empfohlen werden bei Frauen, mit Schwangerschaftsdiabetes, welche keine Insulintherapie durchführen oder bei Menschen mit Typ 2 Diabetes, die keine oder keine komplexe Insulintherapie durchführen. Eine limitierte Anzahl von heterogenen Studien konnte bei Menschen mit Diabetes Mellitus Typ 2 eine verbesserte Gewichtskontrolle, wie auch Verhaltensveränderungen zeigen. Deshalb wird es auch in Zukunft darum gehen nachzuweisen, dass kontinuierliche Glukose Messung als Intervention nachhaltig Einfluss auf das Hauptrisiko von Menschen mit Diabetes hat, nämlich auf makrovaskuläre Ereignisse, wie den Schlaganfall, den Herzinfarkt oder die periphere Verschlusskrankung. Selbstverständlich ist im Sinne einer effizienten Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen insbesondere der Einsatz bei jenen gerecht fertigt, wo auch der höchsten Grad an wissenschaftlicher Evidenz vorliegt. Der Technologie Ausschuss der ÖDG hat dies in seinen Leitlinien 2023 aktualisiert.

Welchen Fortschritt brachte die im Vorjahr aktualisierte Leitlinie der ÖDG bezüglich kontinuierlicher Glukosemessung und wie sieht deren Umsetzung aktuell aus?

Komplexe Insulintherapie wurde als drei oder mehr Insulininjektionen am Tag definiert und entspricht somit der internationalen Definition der Basis/Bolus Therapie. Therapieziele werden zunehmend auf Technologie ausgerichtet. Der Begriff „Time In Range“ (TIR = Zeit im Zielbereich), d. h. der Prozentsatz an Zeit mit Sensorglukosewerten im Bereich zwischen 70–180mg/dl, hat in den letzten

Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen und ist zu einer neuen Messgröße zusätzlich zum HbA1c geworden.

Rechnung getragen wurde auch jenen Systemen, die derzeit die am weitesten fortgeschrittene Technologie repräsentieren. Bei komplexeren automatisierten Insulinpumpen/CGM-Systemen, auch als „Künstliche Bauchspeicheldrüse“ oder „Automated Insulin Delivery“ (AID) Systeme bezeichnet, reguliert ein Algorithmus alle paar Minuten automatisch die Insulinzufuhr über die Pumpe unter Berücksichtigung der aktuellen und vergangenen sensor-generierten Glukoseverläufe. Diese Systeme werden allen Menschen mit Typ 1 Diabetes empfohlen.

Grundsätzlich können alle Menschen mit Diabetes in unterschiedlichen Indikationen von rtCGM Systemen profitieren.

Ingrid Schütz-Fuhrmann

Welchen Vorteil haben Patientinnen und Patienten sowie die behandelnden Ärztinnen, Ärzte durch den Einsatz einer kontinuierlichen Glukosemessung?

Es geht für Menschen mit Diabetes darum Hypo- und Hyperglykämien zu verhindern, um akute und chronische Komplikationen, welche durch die Diabetes Erkrankung verursacht werden, so gering wie möglich zu halten. Die Lebensqualität für alle Menschen mit Diabetes wird durch diese Systeme verbessert.

Als Diabetesteam profitieren wir insbesondere dadurch, dass wir standardisiert die metabolische Kontrolle beurteilen können und somit kompetenter und auf Augenhöhe Menschen mit Diabetes beraten können.

Die vorübergehende Anwendung der kontinuierlichen Glukosemessung bietet uns als Team zusätzliche Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie. Beispielhaft ist zu erwähnen, dass unter anderem viele Chemo Therapien Hyperglykämien nach sich ziehen können. Das rechtzeitige Erkennen und die Therapie dieser Hyperglykämien sind zentral für die Effizienz dieser Krebstherapien. So ist die Therapiesteuerung z.B. auch bei einer hochdosierten Gabe von Cortison eine Herausforderung. CGM erweist sich hier als hervorragendes Tool. Dazu gibt es auch in anderen Bereichen unzählige Beispiele.

Die Durchdringung innovativer Medizintechnik im Gesundheitssystem hängt von der Refundierung durch die Krankenkassen ab. Wie hat sich Österreichs größte Krankenkasse, die ÖGK zur kontinuierlichen Glukosemessung positioniert?

Ohne Zweifel ist Refundierung entscheidend ob innovative Medizintechnik bei allen Menschen mit Diabetes, letztendlich auch sozial gerecht, ankommt. Ich sehe mich allerdings nicht in der Position die ÖGK im Allgemeinen zu beurteilen. Meine Aufgabe im Gesundheitssystem ist es mich für Betroffene individuell auf Basis von medizinischen Indikationen einzusetzen. Wir haben auf der anderen Seite als Technologie Ausschuss der Österreichischen Diabetesgesellschaft Leitlinien auf Basis umfassender Evidenz ausgearbeitet, welche auch den Kostenträgern Grundlagen liefern sollen, sich zu positionieren.

Welche Einsparungspotenziale ergeben sich durch eine optimale Blutzuckereinstellung für das Gesundheitssystem?

Die Zeit im Zielbereich korreliert mit dem HbA1c-Wert hinsichtlich des Folgeerkrankungsrisiko. Die Evidenz ist in der höchsten Klasse dazu vorliegend. Somit ergeben sich daraus Einsparungspotenziale, denn Folgeerkrankungen, wie ein diabetischer Fuß oder ein Herzinfarkt haben einen hohen Betreuungsaufwand. Es ist auch bekannt, dass stationäre Aufnahmen bedingt durch akute Komplikationen wie zum

Beispiel schwere Hypoglykämien, abgesehen vom jeweiligen persönlichen Leid, ebenfalls teuer sind. Daten, dass die Verwendung von CGM zu weniger akuten stationären Aufnahmen führt sind durch amerikanische Autoren auch für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 publiziert. Modellrechnungen in Hinblick auf Kosteneffizienz für Österreich werden Ihnen dazu Ökonomen sicher liefern können. Ich freue mich über die Verhinderung jeder einzelnen Komplikation – von schweren Hypoglykämien bis zu Herzinfarkten.

Neben dem Einsatz innovativer medizinischer Geräte und Medikamente ist die optimale Versorgung der Betroffenen wichtig. Wo gäbe es hier noch Optimierungspotenzial?

Die Implementierung und Verwendung von Diabetes-Technologie muss fundiert vermittelt und trainiert werden. Vor allem die standardisierte CGM-Analyse mittels AGP (Ambulantes Glukoseprofil) soll von medizinischen Fachkräften im Diabetesbereich beherrscht werden. Letztendlich liegen auch durch die Cloud basierte Software gute Bedingungen zur telemedizinischen Versorgung vor. Um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten sind kontinuierliche Fortbildungen der Diabetesteam unverzichtbarer Teil eines erfolgreichen Qualitätsmanagements. Das Angebot muss dazu stetig ausgeweitet werden. Eine Grundlage zur Refundierung im niedergelassenen Bereich ist dazu auf jeden Fall erforderlich. **P**



Matthias Haabs ist Geschäftsführer und Country Manager Austria von DexCom, Inc., einem US-amerikanischen Unternehmen, das kontinuierlich messende Glukosesensoren für Diabetes-Patientinnen und Patienten entwickelt.

PERISKOP: Seit wann bietet Dexcom Sensoren in Österreich an?

HAABS: Dexcom feierte in diesem Jahr sein 25 Jahre Jubiläum. Der erste Sensor kam 1999 als implantierbarer Sensor der ersten Generation auf den Markt. Seitdem werden die Sensoren stetig weiterentwickelt (z.B. in puncto Anwendung, Tragekomfort und Verknüpfbarkeit mit anderen Systemen – Stichworte: längere Sensortragedauer, Sensoren wurden und werden fortlaufend kleiner sowie messgenauer, inzwischen verschiedene Anzeigegeräte möglich: Smartphone, Smartwatch, Empfänger oder Insulinpumpe). Dexcom ist ein Pionier in der Entwicklung von rtCGM-Systemen (Ausgaben Forschung & Entwicklung in Höhe von \$ 484,2 Mio. im Jahr 2022*). Dexcom Sensoren sind seit 2010 in Österreich erhältlich. Wir haben die Dexcom International Zweigniederlassung Österreich 2023 gegründet. Mittlerweile ist der Dexcom G7, die siebte Generation an Sensoren, in Österreich verfügbar.

Welche Meilensteine sehen Sie?

Die Interoperabilität von Sensoren mit Pumpensystemen stellt sicher die größte Innovation der letzten Jahre dar. Dexcom G6 ist das erste rtCGM-System, welches aufgrund seiner sehr hohen Messgenauigkeit von der FDA als interoperables System im Jahr 2021 zugelassen wurde und ist das meistvernetzte System weltweit. Dexcom G7 „zieht in Sachen Interoperabilität nach“ und ist seit Anfang des Jahres in Deutschland und in der Schweiz mit der t-slim X2 Insulinpumpe von Tandem verknüpfbar. Patientinnen und Patienten profitieren also von Algorithmen, die die Insulingabe aufgrund von Sensordaten steuern. Der Trend zur Vernetzung von Systemkomponenten macht bei Pumpen nicht halt; so sind Smartwatches (z.B. von Garmin) oder Insulin Pens (z.B. von Lilly) heute ebenfalls mit Dexcom Sensoren verbunden.

Werden in Zukunft alle Diabetespatienten Sensoren nutzen?

Die Evidenz zeigt ganz deutlich, dass alle Patienten mit Diabetes von Sensornutzung profitieren. Die Verbreitung ist also eher keine Frage ob sondern eine von wie schnell. Im Ländervergleich sehen wir, dass in Deutschland oder Frankreich bereits Patienten mit Basalinsulin zumindest zeitweise Sensoren nutzen. In Kombination mit DIGA (Digitalen Gesundheitsanwendungen; derzeit nur in Deutschland) profitieren heute schon Patientinnen, und Patienten mit Prädiabetes von kontinuierlicher Glukosemessung.

*Dexcom Geschäftsbericht 2022 <https://investors.dexcom.com/financials/annual-reports/default.aspx>

Therapieziele werden auf Technologie ausgerichtet

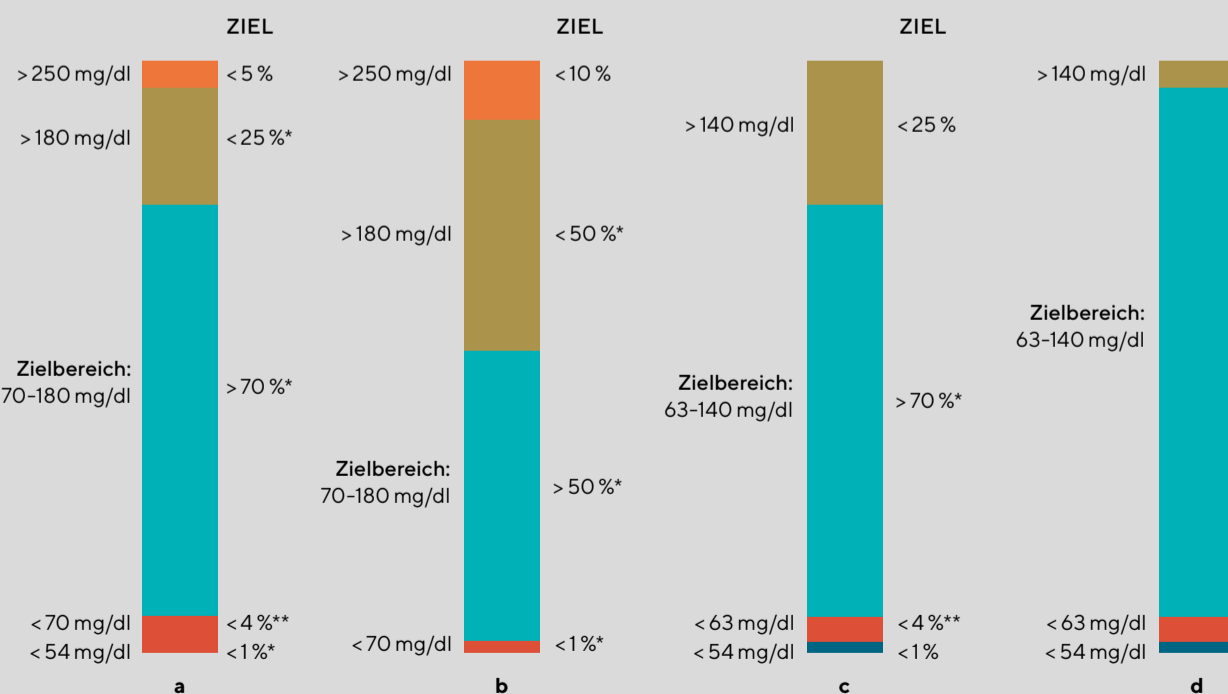


Abb.: Zeit im Zielbereich für einzelne Patientinnengruppen. (Modifiziert nach Battelino et al. [8]. GDM Gestationsdiabetes, T1D Typ 1 Diabetes, T2D Typ 2 Diabetes. *Beinhaltet Prozent der Werte > 250 mg/dl; **Beinhaltet Prozent der Werte <54 mg/dl; °Bei Personen < 25 Jahren falls das HbA_{1c}-Ziel bei 7,5 % (58 mmol/mol) liegt, dann sollte die TIR bei ~ 60 % gelegen sein; *Prozent der Zeiten in den einzelnen Bereichen basieren auf geringer Datenlage; °Keine Prozentangaben möglich aufgrund zu geringer Datenlage; es wird angenommen, dass so viel Zeit wie möglich im Zielbereich mit möglichst wenig Zeit über dem Zielbereich angestrebt werden soll)



PIONIERE

Diagnosecodierung: Ein notwendiger Paradigmenwechsel

Ab 1. Januar 2025 will Österreichs Regierung eine **VERPFLICHTENDE CODIERUNG VON DIAGNOSEN IM EXTRAMURALEN KASSENBEREICH** einführen. Das Konzept ist durchaus begrüßenswert – die Umsetzung zeigt aber noch eine Reihe von Schwachstellen, die jedoch rechtzeitig „repariert“ werden könnten. | von Mag. Renate Haiden, Msc.

Die Dokumentation ihrer Leistungen ist für Ärztinnen und Ärzte nicht neu, doch künftig sollen in Kassen und Privatordinationen alle Patientenkontakte – und zwar bei jedem Besuch personenbezogen – inklusive der zugehörigen Diagnosecodes nach ICD-10 quartalsweise an die Sozialversicherungsträger gemeldet werden. Das heißt: Jede Ärztin und jeder Arzt codiert neu und hat auf die Vorgängerdaten keinen Zugriff. Von den Sozialversicherungsträgern werden die Informationen anschließend an den Dachverband weitergeleitet, der sie wiederum dem zuständigen Ministerium übermittelt. „Man braucht kein Datenexperte zu sein, um festzustellen, dass dieser Prozess viel zu umständlich ist. Vom Prinzip der Datenminimierung und dem datenschutzrechtlichen Irrsinn, Volltexte mehrmals quer durch das Land zu schicken, spreche ich noch gar nicht“, bringt Dr. Franz Leisch, Chief Digital Officer im Verein PRAEVENIRE, die Bedenken im Hinblick auf die Umsetzbarkeit und die Akzeptanz aufgrund des administrativen Mehraufwands auf den Punkt. Was bisher nur im Spitalsbereich und in der Primärversorgung erforderlich war, soll jetzt auf den gesamten extramuralen Sektor ausgeweitet werden. „Es ist aber schon im Vorfeld absehbar, dass der Aufwand für jede

Es ist absehbar, dass nach dem aktuellen Plan der Aufwand für jede neue Codierung pro Besuch dazu führen wird, dass die Datenqualität leiden wird, denn es ist eine disproportionale Überbelastung der Ärztinnen und Ärzte.

Franz Leisch

neue Codierung pro Besuch dazu führen wird, dass die Datenqualität leiden wird“, sagt Leisch. Hinter der Idee stehen etwa 80 verschiedene Arztsoftwaresysteme, die in heimischen Praxen im Einsatz sind und in knapp sechs Monaten entsprechend angepasst sein sollen. „Das ist eine disproportionale Überbelastung der Ärztinnen und Ärzte. Die Kosten für den Aufwand und der Zeitplan muten jetzt schon wie ein Schilfbürgerstreich an“, sagt Leisch.

Unterschiedliche Codierungssysteme

Nicht besser wird der Plan, wenn man sich die Codierung ansieht. Für Spitäler gilt ICD-10, für Primärversorgungseinheiten ICPC-2, zwei Codierungssysteme, die sich im Hinblick auf

die Auswertbarkeit deutlich unterscheiden. Die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10), und die International Classification of Primary Care, 2nd edition (ICPC-2), sind zwei weit verbreitete Codierungssysteme im Gesundheitswesen.

Näher an der ärztlichen Praxis wäre heutzutage nach Ansicht des Experten aber die sogenannte SNOMED-Terminologie. SNOMED ist eine umfassende, multiaxiale, computerlesbare Terminologie, die entwickelt wurde, um medizinische Begriffe und Konzepte konsistent und präzise zu beschreiben. Sie bietet eine detaillierte und genaue Codierung von klinischen Informationen, die für die Gesundheitsversorgung, Forschung und Verwaltung gut einsetzbar ist. „SNOMED bietet eine extrem feine Granularität und kann sehr spezifische klinische Informationen codieren. Zum Beispiel können verschiedene Subtypen einer Erkrankung, klinische Befunde, Verfahren und medizinische Geräte detailliert beschrieben werden. Die Codierung ist flexibel und modular aufgebaut, sodass neue Begriffe und Konzepte leicht hinzugefügt werden können, um den sich ändernden

SNOMED bietet eine extrem feine Granularität und kann sehr spezifische klinische Informationen codieren. Die Flexibilität erleichtert Anpassungen bei verändernden Anforderungen.

Franz Leisch

Anforderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden“, gibt Leisch Einblick. Detaillierte und präzise Datenanalysen, die klinischen Entscheidungsunterstützungssystemen und medizinischer Forschung nützen, sind einfach möglich. Zudem fördert das System die Interoperabilität zwischen verschiedenen Gesundheitssystemen durch die Nutzung einer standardisierten Terminologie. Es kann nahtlos in elektronische Gesundheitsakten (EHRs) integriert werden und unterstützt die semantische Interoperabilität. SNOMED bietet im Vergleich zu ICD-10 eine detailliertere und flexiblere Möglichkeit der Codierung klinischer Informationen, was eine präzisere und umfassendere Erfassung und Analyse medizinischer Daten ermöglicht. Diese Vorteile machen SNOMED CT besonders nützlich für die Integration in moderne elektronische Gesundheitsakten-Systeme und für die Unterstützung komplexer klinischer und forschungsbezogener Aufgaben.

Was bisher nur im Spitalsbereich und in der Primärversorgung erforderlich war, soll jetzt auf den gesamten extramuralen Sektor ausgeweitet werden.






Behandlung zu gewährleisten. Die Beschränkung des Zugriffs auf Gesundheitsdaten ausschließlich über das e-card-System stellt aktuell ein Hindernis für die effiziente Implementierung digitaler Gesundheitsdienste dar, daher könnte die Anmeldung über ID Austria eine gute Alternative sein. Eine mobile Applikation, ähnlich der App zum e-Impfpass, ermöglicht die Datenerfassung und den Zugriff ortsunabhängig. „Durch die Implementierung dieser verschiedenen Zugangspunkte wird das Ziel verfolgt, eine flexible und benutzerorientierte Infrastruktur zu schaffen, die den Bedürfnissen aller Beteiligten im Gesundheitssystem gerecht wird“, ist Leisch überzeugt. Mithilfe der e-Diagnose könnte auch sehr rasch das Patient Summary eingeführt werden, denn damit wären alle wesentlichen Informationen für diese Patientenübersicht schon in ELGA vorhanden.

Bessere Planungsgrundlage für die Versorgung

Im Rahmen der Diagnosedokumentation ist es auch wichtig, dass „Verdacht auf“ und „Zustand nach“ erfasst werden können. „Aktuell basiert die Schätzung von Krankheitshäufigkeiten, wie zum Beispiel der Anzahl der Diabetikerinnen und Diabetiker, vorwiegend auf Daten zur Medikation. Dieses Vorgehen birgt jedoch Unzulänglichkeiten, da es den Off-Label-Gebrauch von Medikamenten, wie etwa Antidiabetika, nicht adäquat erfasst. Eine patientenzentrierte Dokumentation adressiert diese Problematik, indem sie eine ganzheitliche und präzise Datengrundlage bietet, die über die bloße Medikationshistorie hinausgeht“, ist Leisch überzeugt. Durch die zentrale Erfassung und fortlaufende Qualitätssicherung der Diagnosedaten wird nicht nur die Genauigkeit der Patientenakten erhöht, sondern es eröffnen sich auch verbesserte Möglichkeiten für die Forschung, die Gesundheitsüberwachung und die individuelle Patientenversorgung. Dieser Ansatz trägt somit zu einer umfassenderen und präziseren Abbildung des Gesundheitszustands der Bevölkerung bei und unterstützt eine zielgerichtete und effiziente Gesundheitsversorgung.

Um die Implementierung des neuen Diagnoseverzeichnisses schrittweise und fokussiert anzugehen, schlägt Leisch außerdem vor, mit einer Auswahl an Zieldiagnosen zu beginnen: „Als konkretes Beispiel könnte das Ziel gesetzt werden, innerhalb eines Jahres eine zentrale und umfassende Diagnostik für alle Patientinnen und Patienten mit Diabetes zu erreichen. Das steigert auch die Akzeptanz unter den Beteiligten und fördert nicht nur eine strukturierte und überschaubare Einführung. Wir sammeln Erfahrungen und können Prozesse optimieren, die für die spätere Ausweitung des Registers auf weitere Diagnosen genutzt werden können.“ Jedenfalls warnt der Experte eindringlich vor übereilten Umsetzungen und verweist auf einen langfristigen und nachhaltigen Nutzen, wenn man jetzt einen Gang zurückschalten würde: „Wenn wir jetzt mit der falschen Methodik und dem falschen Standard starten, haben wir spätestens bei der Umsetzung des EHDS einen enormen Reparaturaufwand. Bei optimalem Projektverlauf und ausreichender Finanzierung könnte mit dem landesweiten Rollout mit 1. Jänner 2027 gestartet werden.“ Gesundheitsminister Johannes Rauch hat nach der letzten Sitzung der Bundeszielsteuerungskommission im Juni angedeutet, dass man an die Integration von Diagnosen in ELGA denkt. Es gilt abzuwarten, ob auch SNOMED als Terminologie zum Einsatz kommen wird. 

Leisch beschreibt auch noch einen weiteren Vorteil: „Seit 2018 agiert die ELGA GmbH als nationales SNOWMED Release Center. Damit ist die Verfügbarkeit von öffentlich finanzierten Lizenzen in Österreich gesichert. Gemeinsam mit der Schweiz und Deutschland wurde die ursprünglich englische Codierung bereits auf Deutsch übersetzt und stellt damit für Ärztinnen und Ärzte eine gute Grundlage für die Codierung dar.“ Dabei dürfen die Anwenderinnen und Anwender nicht alleine gelassen werden. Sie müssen mit passenden IT-Tools im Sinne einer automatischen Codierung unterstützt werden. Aktuell gibt es ein Kooperationsprojekt der Karl Landsteiner Privatuniversität Krems, der Med Uni Graz und der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) für eine SNOMED-basierte Austrian-Reference-Terminology. Auf diesem Projekt kann aufgebaut werden.

ELGA-Anwendung e-Diagnose als alternative Lösung

Leisch schlägt daher auf Basis eines Konzeptes, das von PRAEVENIRE in Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Telemedizin und E-Health (ÖGTelemed) erstellt wurde, vor, eine neue ELGA-Anwendung einzuführen, die sogenannte e-Diagnose. „Das neue Konzept basiert auf einer patientenzentrierten Diagnose und Allergiedokumentation innerhalb der ELGA-Infrastruktur mittels SNOMED-Terminologie. Dieser Ansatz integriert bewährte Methoden in ein innovatives Konzept für ein nationales Diagnose- und Allergieverzeichnis, das eine zentrale, effiziente und qualitative Erfassung der Daten ermöglicht.“ Ein spezifisches Opt-out sowie die automatisierte Erfassung und

SNOMADE mach detaillierte und präzise Datenanalysen, die klinischen Entscheidungsunterstützungssystemen und medizinischer Forschung nützen, einfach möglich.

Integration in den Medikationsprozess sorgen für einen minimierten Implementierungsaufwand und eine deutlich verbesserte Datenqualität gegenüber der aktuellen Idee. Im Hinblick auf den European Health Dataspace und die Verpflichtung zur Erstellung eines Patient Summary wäre Österreich ebenfalls gut gerüstet und auch die Grundlagen für eine optimierte sekundäre Datennutzung für Forschung und Gesundheitspolitik wären damit gelegt.

Um die Implementierung des neuen Diagnoseverzeichnisses schrittweise und fokussiert anzugehen, sollte mit einer Auswahl an Zieldiagnosen begonnen werden, zum Beispiel innerhalb eines Jahres eine zentrale und umfassende Diagnostik für alle Patientinnen und Patienten mit Diabetes zu erreichen.

Franz Leisch

„Um eine umfassende Patientenversorgung zu gewährleisten, schlagen wir vor, den Zugriff auf diese Daten auch auf Pflegedienste sowie Therapeutinnen und Therapeuten auszuweiten, sofern diese im Gesundheitsberuferegister eingetragen sind“, fordert Leisch. Diese Erweiterung würde die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern und sicherstellen, dass alle an der Patientenversorgung Beteiligten über die notwendigen Informationen verfügen, um eine hochwertige

AK NIEDER ÖSTERREICH





Gemeinsam diskutieren, geschlossen fordern

Hinter verschlossenen Türen, gemäß der „Chatham House Rule“, wurden kürzlich in Seitenstetten zentrale Fragen des heimischen Gesundheitswesens diskutiert. Im Mittelpunkt standen an diesem 1. PRAEVENIRE Denkertag einmal mehr **DIE HEISSEN EISEN RUND UM VERSORGUNGSFRAGEN: EXTRAMURAL, INTRAMURAL UND DIGITAL**.

Die Themen sind nicht neu, doch die Lösungsansätze können es sein, wenn rund 100 Expertinnen und Experten aus dem österreichischen Gesundheitswesen, der Politik, der Industrie sowie Interessensgruppen aufeinandertreffen. Mit dem innovativen Diskussionsformat ist es vor allem gelungen, alte und neue Ideen zu verbinden sowie Perspektiven zu wechseln, um die Positionen der anderen besser zu verstehen. Ziel war es, zu teils sensiblen Inputs das gemeinsame Wissen zu sammeln, zu bewerten und die Entscheidungsfindung bei kontroversen

Fragen zu verbessern. Einig waren sich die Teilnehmenden zu einem Punkt: „Wir haben ein gut funktionierendes Gesundheitssystem, das aber an seine Grenzen stößt.“ Viele Ideen, die Lage zu entschärfen, liegen auf dem Tisch – oft ist der Weg in die praktische Umsetzung nur mehr ein kurzer, manchmal auch noch ein sehr langer. Auf jeden Fall war, „ins Gehen“ zu kommen, Ziel des Tages. In drei Arbeitsgruppen fassten Stakeholderinnen, Stakeholder, Expertinnen und Experten die Ergebnisse der Diskussionen zusammen und stellten ihre Forderungen dar. **P**

Mehr Eigenverantwortung braucht eine Veränderung der gesellschaftlichen Haltung. Dazu braucht es auch eine Orientierungshilfe vonseiten der Politik.

Forderungen der Arbeitsgruppe „Erstattungsprozess“

- Die Transparenz in allen Prozessen im Gesundheitswesen, allen voran der Erstattung, muss höher werden.
- Verbindliche Ziele und Timelines müssen nach marktwirtschaftlichen Kriterien vorgegeben und deren Einhaltung oder Nichteinhaltung muss transparent kommuniziert werden.
- Produkte an der Schnittstelle zwischen den Sektoren bzw. für komplexe Erkrankungen dürfen nicht zwischen den zahlenden Institutionen hin- und hergeschoben werden.
- Das Gesundheitssystem muss patientenorientierter werden: Die Stellung der Patientinnen und Patienten muss verbessert werden, der Expertenstatus von chronisch kranken Menschen muss anerkannt werden.
- Alle Prozesse im Gesundheitswesen müssen kürzer und schneller werden, es braucht mehr Mut, neue Ideen auch umzusetzen.
- Wenn bestehende Produkte aus dem Erstattungskodex entfernt werden, muss verpflichtend evaluiert werden, wie die Versorgung sichergestellt bleiben kann.
- Überbordernde Forderungen nach zusätzlichen Daten dürfen nicht als Ausrede verwendet werden, um Innovationen zu bremsen.
- Mehr klinische Studien bei digitalen Gesundheitsanwendungen sind erforderlich.
- Health in All Policies muss gelebt werden.

Forderungen der Arbeitsgruppe „Prävention“

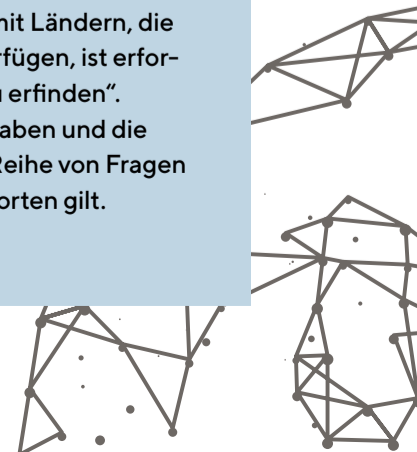
- Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung muss gestärkt werden.
- Die Gesundheitsziele Österreich, die schon viele Fragen zur einer Strukturverbesserung im Gesundheitswesen abdecken, müssen transparenter und öffentlich besser kommuniziert werden.
- Die Ergebnisse der Gesundheitsziele Österreich müssen regelmäßig überprüft und der Öffentlichkeit kommuniziert werden.
- Impfangebote stärken.
- Digital vor ambulant vor stationär muss konsequent verfolgt werden.

Patientinnen und Patienten müssen einen aktiven Part übernehmen, schließlich geht es um ihre Gesundheit.

Das Medikamenten-Bewertungsboard zur Bewertung neuer und bestehender Therapien für einen österreichweit einheitlichen Zugang ist eine positive Entwicklung, doch Schwachstellen müssen dringend ausgebessert werden.

Forderungen der Arbeitsgruppe „Bewertungsboard“

- Das Bewertungsboard muss durchgängig fachlich kompetent besetzt werden.
- Diskussionen im Bewertungsboard dürfen den raschen Patientenzugang zu Therapien im Spitalsbereich nicht verzögern.
- Die Stimme der Patientinnen und Patienten vertritt ein Mitglied der Patientenadvokatur, jedoch ohne Stimmrecht. Das muss geändert werden.
- Es muss eingegrenzt werden, welche Medikamente für welche Indikationen im Bewertungsboard besprochen werden.
- Der medizinisch-wissenschaftliche Nutzen einer Therapie und nicht der Preis soll bei der Bewertung im Vordergrund stehen.
- Die Prozesse innerhalb des Medikamenten-Bewertungsboards sowie die Auswirkung von Beschlüssen müssen transparent kommuniziert werden – vor allem die Auswirkungen für die Heilmittelbewertungskommission, für Spitalträger, Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten, aber auch die Industrie, die Planbarkeit braucht.
- Eine internationale Vernetzung mit Ländern, die bereits über derartige Boards verfügen, ist erforderlich, um das „Rad nicht neu zu erfinden“.
- Die Zusammensetzung, die Aufgaben und die Kompetenzen lassen noch eine Reihe von Fragen offen, die es dringend zu beantworten gilt.





Die Spitalsambulanz ist nicht immer für jedes gesundheitliche Anliegen der ‚Best Point of Service‘. Wer schnell, sicher und gut versorgt sein will, der ist manchmal im extramuralen Sektor oder gar zu Hause besser aufgehoben.

Forderungen der Arbeitsgruppe „extramurale Versorgungsformen“

- Die Primärversorgung muss weiter ausgebaut werden.
- Die Gesundheitshotline 1450 muss weiter ausgebaut werden.
- Prävention muss einen höheren Stellenwert erhalten, vor allem Themen wie Impfen, Ernährung und die Stärkung der Gesundheitskompetenz.
- Eine Verlagerung der Versorgung chronisch Kranker aus Spitalsambulanzen in kostengünstigere, extramurale Einheiten ist erforderlich, benötigt aber passende Konzepte, Strukturen und Kapazitäten.
- Die multidisziplinäre Zusammenarbeit muss gestärkt werden, vor allem die Einbindung der Pflege ist unerlässlich, insbesondere im Hinblick auf die demografische Entwicklung.
- Das Schnittstellenmanagement muss verbessert werden, um schneller zu Diagnosen und Therapien zu kommen.
- Es braucht klare Regeln für die Dokumentation, die auch für alle Gesundheitsdienstleister zugänglich sein muss.

Forderungen der Arbeitsgruppe „intramurale Versorgungsformen“

- „Alle Angebote sollen digital werden, die digital möglich sind.“ Dazu gibt es schon gute Vorbilder in anderen Ländern, von denen wir lernen können.
- Telemedizinische Angebote müssen ausgebaut werden.
- „Alle Angebote sollen ambulant angeboten werden, die ambulant möglich sind.“
- Der Ausbau tagesklinischer Angebote muss forciert werden. Dafür braucht es finanzielle Anreize und passende Vergütungsmodelle.
- Es braucht einen Ausbau und ein Upgrade von Ambulanzkapazitäten.
- Schwerpunkte an Spitalsstandorten in Form von Expertisезentren müssen auf- und ausgebaut werden. Spitäler müssen sich auf hochspezialisierte Medizin fokussieren.
- Das Gesundheitspersonal muss wieder ausreichend Zeit für seine Kernaufgaben zur Verfügung gestellt bekommen. Die digitale Übernahme von Routineaufgaben muss der Weg dorthin sein.
- Patientenlenkung muss umfassend kommuniziert werden – an Patientinnen und Patienten, aber auch an das Gesundheitspersonal.
- Im Ernstfall muss den Patientinnen und Patienten immer ein rascher Zugang zu medizinischer Behandlung offenstehen.

Wir haben ein Gesundheitssystem und wollen keine sektorale Differenzierung. Neues Denken erfordert hier, auch Disruption zuzulassen.

Die Diagnosecodierung im extramuralen Setting, die für Jänner 2025 geplant ist, muss in der aktuellen Form überdacht werden. Mit den aktuellen Vorschlägen ist weder die Sicherheit noch die Qualität gegeben.

Forderungen der Arbeitsgruppe „Digitalisierung“

- Das bewährte ELGA-System muss um eine e-Diagnose und die Dokumentation nach der SNOMED-Terminologie, einem international etablierten Standard, ausgeweitet werden.
- Eine frühe Zusammenarbeit mit den Softwareherstellern/-herstellerinnen ist genauso wichtig wie die Einbeziehung der Ärztinnen und Ärzte.
- Das Ziel der Diagnosecodierung muss die einfache, digitale und strukturierte Kommunikation im Gesundheitswesen sein.
- Die Sekundärnutzung der Daten für Abrechnungen, Forschung oder die Versorgungsplanung muss möglich sein.
- Klare Ziele müssen für die Versorgungsplanung formuliert werden, wie etwa: „In einem Jahr sind alle Diabetikerinnen und Diabetiker erfasst“.
- Der Nutzen muss für alle Systempartnerinnen und -partner sichtbar gemacht werden.
- Das dringend notwendige Patient-Summary muss rasch auf Basis der e-Diagnose eingeführt werden.

Digitalisierung darf kein Lückenfüller sein

Der verantwortungsvolle Umgang scheint oft im Vordergrund der aktuellen Debatte um die nationale eHealth-Strategie zu stehen. Viel wichtiger scheint aber die Frage: **WIE KOMMEN DIE ANWENDUNGEN ÜBERHAUPT ZU DEN PATIENTINNEN UND PATIENTEN**, und steckt mehr dahinter als nur das Überbrücken von Schwachstellen im Gesundheitswesen? | von Mag. Renate Haiden, MSc

Die österreichische eHealth-Strategie geht zurück auf einen Beschluss in der Bundeszielsteuerungskommission Ende 2022. Dort wurde festgehalten, dass beim ständigen Koordinierungsausschuss eine Arbeitsgruppe einzurichten ist, die eine österreichische eHealth-Strategie auszuarbeiten hat, weil Bund, Länder und Sozialversicherung eine gemeinsame Vision der digitalen Unterstützung des öffentlichen Gesundheitswesens verfolgen wollen. Diese Strategie wird in zwei Phasen erarbeitet: In einer ersten haben die Systemsteuerungspartner gemeinsam einen Entwurf mit ihren Inputs vorgelegt, der in einer zweiten Phase in einem partizipativen Prozess öffentlich diskutiert wird. Ziel ist ein Abschluss im Sommer, danach wird die eHealth-Strategie dem Beschluss durch die Bundeszielsteuerungskommission zugeführt. Damit ist aber nicht das Ende erreicht: Laufende Kommunikationsaktivitäten und der internationale Dialog sowie die Berücksichtigung der EU-Perspektive sind weitere künftige Aktivitäten.

Digitalisierung darf niemanden ausschließen
„Die Vorarbeiten zu diesem Prozess haben schon vor über 10 Jahren begonnen, als eine Kommission eingerichtet wurde, die sich mit

Wie ein umfassender digitaler Zugang zu Gesundheitsleistungen aussehen kann, wurde am Podium diskutiert.

Telemonitoring beschäftigt. Auch in den Bundesländern und in den Nachbarländern sowie EU- und weltweit sind viele relevante Ideen gesammelt und integriert worden“, beschreibt Dr. Alexander Degelsegger-Márquez, Abteilungsleiter Internationales, Policy, Evaluation und Digitalisierung bei der Gesundheit Österreich, die Vorgangsweise. Klar ist: Die österreichische eHealth-Strategie ist ein „moving target“. „Es benötigt grundlegende Werte und Leitlinien, wie sich Stakeholder die digitale Unterstützung des Gesundheitssystems 2030 vorstellen. Von diesen Vision Statements wurden dann strategische operative Ziele und zugeordnete Maßnahmen abgeleitet und zeitlich grob priorisiert“, so der Experte weiter. Im Mittelpunkt stehen immer die Qualität der Versorgung und die Zugangsmöglichkeiten. Dazu gehört zum Beispiel die Frage, welche Möglichkeiten Patientinnen und Patienten im Jahr 2030 haben werden, Arzter-

Ein großer Teil der finanziellen Mittel geht derzeit in die Systemerhaltung, damit wird Innovation extrem gehemmt.

Thomas Mück

mine zu vereinbaren, bei chronischen Krankheiten versorgt zu werden oder ihr Selbstmanagement zu übernehmen. „Digitalisierung muss inklusiv sein! Es reicht nicht, analoge Prozesse zu digitalisieren. Es braucht auch neue Prozesse und die müssen gleich digital mitgedacht werden“, betont Degelsegger-Márquez. Acht Ziele und, davon abgeleitet, passende Maßnahmen wurden formuliert und bilden das Kernstück der Strategie:

1. Es braucht einen digitalen Zugang zum Gesundheitssystem, aber man darf jene Menschen nicht vergessen, die keinen Zugang haben.
2. Telemedizinische Präventions- und Versorgungsangebote müssen geschaffen werden.
3. Die österreichische Gesundheitstelematik-Infrastruktur ((GTI, ELGA-Infrastruktur) muss weiterentwickelt werden.
4. Zentrale E-Health Services und Komponenten müssen bereitgestellt werden.
5. Für die Gesundheitsversorgung und ihre Steuerung müssen relevante Register etabliert werden.
6. Die Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten muss verbessert werden.
7. Innovationen müssen zugänglich gemacht werden.
8. Die digitalen Kompetenzen in der Bevölkerung müssen aufgebaut und gefördert werden.

Ausbau von 1450

Dr. Lisa Theresa Dam, BA, MSc, Projektleitung 1450, IT-Services der Sozialversicherung GmbH, stellt die Gesundheitshotline 1450 als Wegweiser durch das Gesundheitssystem vor und räumt zu Beginn mit gängigen Mythen auf: „1450 gab es schon lange vor Corona. Wir machen auch keine Diagnosen, sondern beraten im Hinblick auf die Dringlichkeit gesundheitlicher Anliegen und der dazu geeigneten Versorgung, wie zum Beispiel durch die Rettung, den Weg in die Ambulanz, eine Ordination oder in die Apotheke, aber auch die Selbstbehandlung. Dazu steht in Österreich beschäftigtes und diplomiertes Gesundheitspersonal zur Verfügung, das nach einem protokollbasierten Abfragesystem vorgeht.“ Im Jahr 2017 wurde das Projekt in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Vorarlberg als Pilot gestartet. Die Sozialversicherung sowie das Gesundheitsministerium waren von Anfang an wichtige Kooperationspartner. Mit der aktuellen Gesundheitsreform, die auf digital vor ambulant und stationär setzt, wird auch die Gesundheitshotline 1450 erweitert: „Sie wird verstärkt die Erstabklärung bei Beschwerden übernehmen und Video-Beratungen von Ärztinnen und Ärzten anbieten.“ Die Beratung via Telefon wird durch eine App mit Chat-Funktion erweitert. „Damit können wir zum Beispiel auch Menschen mit Gehörbeeinträchtigungen servieren“, sagt Damm. Geplant





ist außerdem die Vernetzung mit anderen Gesundheitsdienstleistern wie etwa Physiotherapeuten. Mit der ELGA-Anbindung, die kürzlich beschlossen wurde, steigt die Beratungsqualität und jene der nachfolgenden Behandlung weiter. „Das Lesen der e-Medikation zur weiteren Beurteilung der Situation sowie die Bereitstellung der Gesprächsprotokolle von 1450 als standardisiertes medizinisches Dokument für nachbehandelnde Organisationen tragen zu einer sicheren, schnelleren und damit verbesserten Versorgung bei“, betont Damm.

Wir haben viele schnelle Insellösungen, die uns aber gemeinsam nicht weiter bringen.

Alexander Kollmann

Integration regionaler Strukturen

Dipl.-Ing. Dr. Alexander Kollmann, Leiter eHealth und Telemedizin in der Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH – SALK, beschreibt die Erwartungen der Bundesländer an die eHealth-Strategie: „Kommunikation ist ein zentrales Anliegen, denn derzeit haben wir aufgrund der Geschwindigkeit des Themas viele rasche Insellösungen, die uns aber strategisch gemeinsam nicht weiterbringen.“ Er fordert gemeinsame Workflows und die Verknüpfung bestehender Anwendungen. Im Zentrum muss der Patientenpfad stehen, entlang dessen muss mit den Bürgerinnen und Bürgern und unter Integration aller Gesundheitsdiensteanbieter kommuniziert und regionale Versorgungskonzepte müssen aufgebaut werden. Weiters hofft Kollmann, dass die dezentrale Struktur der heimischen Versorgungslandschaft bei der Entwicklung einer einheitlichen Dateninfrastruktur berücksichtigt wird, denn: „Wir brauchen diesen Spielraum. Es gibt viele bewährte Prozesse der Zusammenarbeit, die man aufgrund der Digitalisierung jetzt nicht aufbrechen kann. Die Menschen, die dahinterstehen, müssen abgeholt und in regionale gut funktionierende Strukturen eingebunden werden.“ Am Ende geht es um einen Change-Management-Prozess und den Aufbau digitaler Kompetenzen: „Nur wenn Anwend-

Expertinnen und Experten sind sich einig: Die Digitalisierung darf nicht die „Billigschiene“ der künftigen Versorgung sein.

Die Vortragenden (v.l.n.r.): Alexander Degelsegger-Márquez, Lisa Theresia Dam, Alexander Kollmann


erinnen und Anwender den Nutzen verstehen, wird es auch in der Praxis gut funktionieren“, ist Kollmann überzeugt. Mehrwert wie etwa bei der e-Medikation muss auch bei neuen Anwendungen wie dem e-Befund generiert werden. Zudem braucht es nach Ansicht von Kollmann auch einen Investitionsschutz bei umfassenden IT-Projekten.

Einbindung aller Berufsgruppen

Im Rahmen der Podiumsdiskussion am 6. PRAEVENIRE Digital Health Symposium betonte auch Dr. Alexander Moussa, Leiter des Referats „e-Health in Ordinationen“ in der Österreichischen Ärztekammer, die Bedeutung der Einbindung aller Berufsgruppen: „Es ist wichtig, dass sich Ärztinnen und Ärzte für die Digitalisierung interessieren und aktiv einbringen. Die digitale Transformation des Gesundheitswesens ist nicht mehr aufzuhalten und hier müssen wir proaktiv mitgestalten.“ Wichtig ist laut Moussa, dass es für die Schnittstellen zwischen extra- und intramuraler Versorgung passende Lösungen gibt, die auch ausreichend finanziert sind. „Wenn die Arbeitsumgebung der Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt wird, spiegelt sich das im Ergebnis mehrfach positiv wider. Erfolgreiche Lösungen erhöhen die Volksgesundheit und heben Kosteneffizienzpotenziale“, so der Ärztekammervertreter. Für den Mediziner muss die unmittelbare Arzt-Patienten-Beziehung erhalten bleiben, da sonst die Gefahr besteht, dass die neuen Lösungen nicht angenommen werden. „Wir dürfen nicht vergessen, dass es in unserem Land auch Menschen gibt, die einen Migrationshintergrund haben oder gar nicht sozialversichert sind. Wir dürfen niemanden in der Versorgung zurücklassen.“ Für ihn sind die digitale Reife und die digitale Inklusion aller Systempartner entscheidend dafür, wie rasch und in welcher Form es mit der Digitalisierung vorangeht. Die Ärztekammer plant daher mit der Akademie der Ärzte ein Diplomfortbildungsprogramm, das sich speziell mit den Themen der Digitalisierung auseinandersetzt. „Die Gesundheitsdienstleister müssen vorbereitet sein, dennoch können wir nicht die Aufklärung der Bevölkerung übernehmen.“ Einig sind sich die Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer, dass die Weiterbildung der Gesund-

Menschen, die nicht ausreichend digital affin sind, dürfen nicht auf der Strecke bleiben und die Arzt-Patienten-Beziehung muss gewährleistet sein.

Alexander Moussa

heitsberufe, sowohl derer, die jetzt bereits aktiv tätig sind, als auch jener, die noch ausgebildet werden, ein zentrales Anliegen bei der Digitalisierungsstrategie sein muss. Dazu müssen Curricula angepasst und der interdisziplinäre Austausch gefördert werden. Univ.-Prof. Dr. Thomas Mück, Präsident der Österreichischen Computer Gesellschaft, plädiert für rasches Handeln: „Österreich hatte einen großen Vorsprung mit ELGA, doch diese Aufbruchstimmung hat nicht gereicht, um am Ball zu bleiben.“ Die Gründe sieht Mück einerseits in der fehlenden Rücksichtnahme auf die Struktur des Gesundheitssystems, insbesondere den niedergelassenen Bereich. Andererseits ist auf technischer Ebene die so genannte Wartungsfalle zugeschnappt: „Ein großer Teil der finanziellen Mittel geht derzeit in die Systemerhaltung, damit wird Innovation extrem gehemmt.“ Mehr Geld allein ist nach Ansicht von Mück nicht die Lösung, denn derzeit mangelt es in Österreich auch daran, dass die Bevölkerung nicht so digital affin ist, wie Stakeholder gerne glauben möchten: „Wir bewegen uns in einer Expertenblase, doch die digitalen Kompetenzen sind sowohl in der Bevölkerung als auch beim Gesundheitspersonal noch ausbaufähig.“ Er warnt davor, dass die Schwachstellen im klassischen Gesundheitssystem scheinbar mit digitalen Anwendungen kompensiert werden sollen. „Wer lange auf einen Arzttermin wartet, dem wird eine App auch nicht helfen. Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass wir Fehler kompensieren. Wir müssen vermitteln, dass Digitalisierung neue, zusätzliche Möglichkeiten eröffnet.“ In diese Kerbe schlägt auch Degelsegger-Márquez: „Wir dürfen das solidarische Gesundheitswesen nicht unterhöheln und Digitalisierung als die Billigschiene der künftigen Versorgung verkaufen.“ 



Das Rad nicht neu erfinden

VORHANDENES WISSEN ZUSAMMENFÜHREN UND AUSBAUEN – das ist nach Ansicht von Expertinnen und Experten die wichtigste Voraussetzung, wenn private Portale und Apps künftig im Gesundheitswesen Fuß fassen sollen. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Die zentrale Bedeutung der Interoperabilität im Gesundheitswesen betont Mag. Herwig Loidl, Konsulent und Sprecher der IHE Austria, der Initiative zur Forcierung der Integration von IT- und Medizintechnik im Gesundheitswesen, anlässlich seiner Keynote beim 6. Digital Health Symposium. Nach einem Jahr Bedarfserhebung bei Gesundheitsdienstleistern und Betroffenen im extramuralen Pflegesetting kennt er die Erfolgsfaktoren für digitale Anwendungen und beschreibt sie am Beispiel des Projektes „Linked Care“ wie folgt: „Personen in Gesundheitsberufen, insbesondere in der mobilen Pflege und Betreuung, arbeiten mit den Betroffenen selbst, deren An- und Zugehörigen sowie Medizinerinnen und Mediziner, aber auch Therapeutinnen und Therapeuten sowie Apotheken zusammen. Kommunikation passiert aktuell über viele Schienen, wie im Gespräch, per Fax oder Telefon. Diese Zusammenarbeit mit optimaler IT-Unterstützung auf Online-Wege umzustellen, ist effizient, sicher und niederschwellig.“

Erfolgsfaktor: Standardisierung

Über einen partizipativen Prozess und mit User-zentriertem Design ist es in einem ersten Schritt gelungen, die zentralen Prozesse zu filtern, die digitalisiert werden sollen: der Rezeptanforderungsprozess und eine interdisziplinäre Dokumentation. In 18 Workshops wurde erhoben, welche Inhalte für die mobile Pflege relevant sind. Dazu zählen zum Beispiel neben den Stammdaten der Klientinnen und Klienten wie Pflegegeldstufe oder Rezeptgebührenbefreiung auch die Beschreibung der Wohnsituation und das Pflegeassessment. Ein „Telemonitoring-Episodenbericht“ zum Wundmanagement wurde gestartet und wird in den nächsten Workshops weiter diskutiert. „Besonders hilfreich ist die standardisierte Anwendung, wenn es um eine Rezeptanforderung geht. Was bisher viel Zeit und Wege beansprucht hat, kann nun einfach online erfolgen. Das unterstützt die Pflege, die Medizin, die Apotheken und die Betroffenen sowie die Angehörigen gleichermaßen. Ein Medikationsbestellprozess rein digital mit allen Rückmeldungen zu Präparatänderung, Absetzen oder Dosierungsänderung erhöht zudem die Patientensicherheit.“ Ärztinnen und Ärzte können die Medikationsänderungen automatisch an die Pflege rückübermitteln und kontaktlose Bestellprozesse in Apotheken auslösen. Die Lösung auf Basis etablierter Standards wie HL7, einem Set für den elektronischen Austausch von medizinischen, administrativen und finanziellen Daten zwischen Informationssystemen

im Gesundheitswesen, ist auch erweiterbar, etwa um e-Verordnungen, ein e-Medikamentenblatt oder das Terminmanagement. „Allein für Wien könnten auf diesem Weg pro Jahr Einsparungen von 5 Millionen Euro oder umgerechnet 80 Planstellen lukriert werden“, sagt Loidl und ergänzt: „Die Infrastruktur ist vorhanden, jetzt braucht es nur noch den Willen zur Umsetzung und das Anerkennen, dass derart partizipativ entwickelte Projekte zahlreiche Vorteile bieten.“

ELGA wird komplettiert

Mag. Dr. Stefan Sabutsch, Geschäftsführer der ELGA GmbH und Präsident von HL7 Austria & DICOM Austria, beschreibt die rechtliche Grundlage für derartige Portale: „Der Paragraph 23 Gesundheitstelematikgesetz aus 2012 enthält bereits Regelungen dazu. Jedoch war bisher festgeschrieben, dass ein Zugriff auf das Zugangsportal von ELGA und E-Health-Anwendungen ausschließlich über Portale erfolgen darf, die von einer Gebietskörperschaft oder einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft betrieben werden.“ In einer aktuell im April vorgeschlagenen Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes (GTelG 2012) ist dieser Passus gefallen

und beschränkt sich auf die Überprüfung der eindeutigen Identität. „Wenn diese Änderung beschlossen wird, ist das ein echter Gamechanger“, betont Sabutsch. Die weiteren Änderungen schaffen ebenfalls neue Perspektiven: So ist der 1. Jänner 2026 als Verpflichtungstermin vorgesehen, um bestimmte ELGA-Gesundheitsdaten zu speichern, wie etwa Entlassungsbriefe von Krankenanstalten, Laborbefunde und Befunde der bildgebenden Diagnostik auch aus dem extramuralen Sektor oder Medikationsdaten sowie Ergebnisberichte durch die Gesundheitsberatung 1450. „Damit fällt das Argument weg, dass wichtige Daten von niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten fehlen würden“, fasst Sabutsch zusammen.

Erkennbaren Mehrwert gefragt

Wie wichtig diese Entwicklung in der Praxis ist, zeigt ein Blick auf die ELGA-Nutzung: 100 Prozent der öffentlichen Spitäler, 97 Prozent der Apotheken, 85 Prozent der Kassenordinationen und 97 Prozent der Bürgerinnen und Bürger sind hier angeschlossen. Lediglich 280.000 Personen haben von ihrer Opt-out-Möglichkeit Gebrauch gemacht. Auch die 85 Millionen

Experten beschreiben, was der 1. Jänner 2026 bringt, wenn bestimmte ELGA-Daten gespeichert werden müssen.



© KRISTIAN JUHASZ (2)



e-Befunde sind ein Zeichen dafür, dass die Bürgerinnen und Bürger Vertrauen in ELGA haben, was auch durch eine repräsentative Umfrage aus dem Vorjahr bestätigt wird.

„Dennoch wird ELGA noch unzureichend genutzt. Die Strukturierung der Gesundheitsdaten ist nur in den zentralen Anwendungen e-Medikation und e-Impfpass durchgängig gut und für einen Gesamtüberblick über Patientinnen und Patienten fehlen noch viele Informationen“, sagt Sabutsch, doch ein Teil dieser Schwachpunkte sollte mit der Novelle tatsächlich vom Tisch sein. Die Verwendung von ELGA muss nach Ansicht des Experten künftig für Gesundheitsdiensteanbieter, Bürgerinnen und Bürger einen erkennbaren Mehrwert bieten. „Im Hinblick auf den European Data Space müssen auch bei Behandlung im EU-Ausland ELGA-Daten zur Verfügung stehen“, sagt Sabutsch. Kombiniert mit höchsten Ansprüchen an Datensicherheit und Datenschutz sowie einem einfachen und niederschweligen Zugang für Bürgerinnen und Bürger muss der Anschluss an die eHealth Digital Service Infrastructure (eHDSI) und den europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) unter Verwendung von Standards für semantische Interoperabilität das mittelfristige Ziel sein.

Interoperabilität ist eine der wichtigsten Voraussetzungen, dass Lösungen auch angenommen werden und gut funktionieren.

**SIEMENS
Healthineers**



Aktuell wird daher an der Weiterentwicklung der ELGA- und E-Health-Architektur gearbeitet. Neue Projekte sind in Planung, wie etwa ein Patient Summary aus Vorsorgeuntersuchungen, codierte ambulante Diagnosen, die Integration von 1450 sowie eine ELGA-App, um auch mobil zugreifen zu können. „Wir haben das Bekenntnis der Systempartner zur Digitalisierung im Gesundheitswesen und auch, dass ELGA eine zentrale Drehscheibe dafür ist. Viele Themen werden durch die Zielsteuerung noch in den nächsten Monaten zu klären sein. Die technischen Anpassungen, damit der Zugriff durch private Portale und Apps möglich wird, ist frühestens 2025 realistisch, resümiert Sabutsch.

Millionen Akten-Schubladen

Wie eine derartige Umsetzung in der Praxis aussehen kann, beschreibt Dipl.-Ing. Bernhard Brauner, MBA, Geschäftsführer der Steiermärkische Medizinarchiv GmbH. Unter dem Titel „marc-Patientenportal“ wird hier in einem Joint Venture zwischen der Steiermärkischen Krankenanstalten GmbH und Siemens Healthineers ein Patientenportal betrieben, das schon seit vielen Jahren radiologische Bilddaten von zwei Bundesländern und von mehreren radiologischen Instituten speichert. Dazu kommen noch rund 15 Millionen ELGA-Befunde. „Die Gesamtdatenmenge an Daten liegt aktuell bei fast vier Petabyte, das entspricht etwa 320 Millionen Akten-Schubladen voll“, vergleicht Brauner und darf wohl zu Recht behaupten, dass die Erfahrung in der Betriebsführung von Serversystemen und der Datenspeicherung enorm ist. „Es braucht auch entsprechendes Wissen zu Netzwerkkomponenten, denn es gibt keine technischen Serverkomponenten, die eine Lebensdauer von 20 Jahren hätten, daher müssen wir das System ständig austauschen und weiterentwickeln.“ Dass Ausfallsicherheit und der Schutz vor fremden Zugriffen einen zentralen Stellenwert haben, versteht sich von selbst. Neben den technischen Highlights beschreibt Brauner auch seine praktischen Erfahrungen beim Aufbau des Patientenportals: „Wichtig für die Akzeptanz von mehr als 11.000 Nutzerinnen und Nutzern, die bei uns registriert sind, ist die Usability. Ein responsives Design ist die Voraussetzung für eine optimale Unterstützung mobiler Geräte. Die Sicherheit beim Onboarding und beim Login wird über eine Zwei-Faktoren-Authentifizierung gelöst und auch regelmäßig durch externe Penetrationstests geprüft.“

Die geplanten Weiterentwicklungen gehen in Richtung Barrierefreiheit und Gesichtserkennung für die Smartphone-App sowie die e-ID als Self-Onboarding und Login-Option. „Wir wollen den Nutzerinnen und Nutzern auch ermöglichen, ihre Daten an Dritte weiterzuleiten oder an Einrichtungen, die noch nicht an ELGA angebunden sind“, beschreibt Brauner weitere Pläne.

Kommunikation darf nicht fehlen

Hier setzt auch Mag. (FH) Sabine Röhrenbacher, Geschäftsführerin des Bundesverbands Selbsthilfe Österreich, in der Podiumsdiskussion an, die von Mag. Theresa Philipp vom FH Technikum moderiert wird. Röhrenbacher betont, dass bei all den technischen Entwicklungen die Patientinnen und Patienten nicht vergessen werden dürfen. Niederschwelligkeit und Barrierefreiheit sind von Anfang an mitzudenken. Zudem fordert sie, dass auch die Gesundheitskompetenz und die digitale Kompetenz gefördert werden müssen. „Wir unterstützen ELGA und die Datennutzung für die Forschung. Wir sind auch überzeugt, dass eine Standardisierung ein gutes Tool für eine individualisierte, personalisierte Medizin sein kann.“ Wichtig ist es der Patientenvertreterin, dass Projekte nicht nur kurzfristig gehypt, sondern langfristig implementiert und von einer verständlichen Kommunikationsstrategie begleitet werden.

Das Bekenntnis zu ELGA bekräftigt Andreas Huss, MBA, stellvertretender Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), einmal mehr und weist auch auf den Mehrwert für Patientinnen und Patienten hin. „Wir arbeiten intensiv an der Einbindung von digitalen Gesundheitsanwendungen in das Erstattungssystem und sehen auch hier, dass genutzt wird, was klar ersichtlichen Nutzen bringt.“ Dr. Irene Fialka, CEO & Managing Director, INiTS & Health Hub Vienna, fordert die Stakeholder zur Zusammenarbeit auf, denn oft ist es schwierig, neue Ideen und Lösungen für das Gesundheitswesen zu präsentieren. Vernetzung ist nach Ansicht Fialkas das Gebot der Stunde: „Man muss auch nicht alles selbst entwickeln, es gibt bereits viele gute Lösungen, auf die man zurückgreifen kann, nicht nur national, sondern international. Das spart Geld, aber auch Zeit.“ Ihr Wunsch ist es, auch die Prävention in die digitalen Lösungen einzubinden. Einig sind sich alle Expertinnen und Experten: „Der Wunsch, ELGA als zentrale Drehscheibe weiter auszubauen, ist deutlich geworden.“ 



Mehr Vertrauen in Künstliche Intelligenz ist gefragt

„Collaborative Governance“ heißt das Stichwort, wenn es um die gemeinsame Gestaltung von Anwendungen Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen geht. **VERTRAUEN, TRANSPARENZ UND GEMEINSAME WERTE SIND DIE GRUNDLAGE DAFÜR.** Expertinnen und Experten beschreiben, wie das aus ihrer Sicht gelingen kann. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Alzheimer, Parkinson oder Krebs schon an Veränderungen der Stimme oder aus der Analyse von Lebensstildaten zu erkennen oder gar verhindern zu können, ist längst keine Science Fiction mehr. „Multimodale künstliche Intelligenz arbeitet gemeinsam mit Forscherinnen und Forschern bereits daran und ich frage mich, warum derartige Anwendungen nicht verfügbar sind“, stellt Viktoria Prantauer, MA, Patientenvertreterin und Digitalisierungsexpertin beim 6. Digital Health Symposium die Frage in den Raum. Sie selbst weiß, wovon sie spricht, denn sie hat erfolgreich gegen Brustkrebs gekämpft und diese Erfahrung hat die junge Unternehmerin geprägt. „Ich habe mich dem Ziel verschrieben, in einem dynamischen, vertrauensbasierten Gesundheitsökosystem, das von menschlicher Empathie und Fachwissen getrieben und von künstlicher Intelligenz unterstützt wird, gemeinsam mit allen Beteiligten bahnbrechende und lebensrettende Technologien und Lösungen zu entwickeln“, beschreibt sie ihre Vision. Der Fokus liegt dabei auf „gemeinsam“, denn ohne koordinierte Zusammenarbeit werden wohl die Ergebnisse unnötig lange auf sich warten lassen.

Wenn Innovationen verkümmern

Dazu gilt es, das sogenannte Innovation Valley of Death zu überwinden: „Viele lebensrettenden Produkte und Lösungen kommen gar nie auf den Markt, sondern bleiben irgendwo auf dem Weg dorthin stecken, und das ist nicht immer nur eine Frage der Finanzierung“, ist Prantauer überzeugt. Die Gründe liegen häufig an Interessenskonflikten, daher müssen alle potenziellen Interessensgruppen möglichst früh eingebunden

KI soll niemanden ersetzen, aber dort Routineaufgaben übernehmen, wo es einfach möglich ist und das System entlastet.

werden. Und das ist nicht mit einem Co-Creation-Workshop erledigt, dazu braucht es eine partnerschaftliche Zusammenarbeit und die passenden Daten.

Als Beispiel bringt Prantauer Tidepool, ein Unternehmen, das aus einer Open Source Software der Diabetes Community ein digitales Medizinprodukt entwickelt hat. „Ziel war es, über alle unterschiedlichen Blutzuckermessgeräte hinweg Daten zu sammeln. Die Software kann nun nicht nur die Werte speichern, sondern auch Vorhersagen treffen, wie sich der Blutzuckerwert im Lauf des Tages entwickeln wird“, so Prantauer. Ein weiteres Beispiel ist Polaris, ein Tool, das von Hippocratic AI entwickelt wurde, um die Arbeitslast des Pflegepersonals zu reduzieren, und bereits in der dritten klinischen Phase getestet wird. „In einem ersten Schritt wurde die Kommunikation mit Betroffenen analysiert“, sagt die Digitalisierungsexpertin. Themen, Informationsweitergabe, aber auch der Aufbau einer Beziehung und die Gesprächskultur wurden erforscht. Im Anschluss wurde ein Haupt-KI-Agent entwickelt, der für die Gesprächsführung zuständig ist, im Hintergrund arbeiten Experten-KI-Agenten, je nach erforderlichem Thema – ähnlich wie auch in der realen Welt. „Wir haben Experten-KIs für Laborwerte, für eine individualisierte Medizin oder Pharmakologie“, gibt sie Einblick und ergänzt: „Wenn die Anwendungen einen klaren Mehrwert liefern, dann werden auch die Daten dafür zur Verfügung gestellt. Wir müssen die Perspektive dahingehend wechseln, dass Menschen nicht Endverbraucher oder Anwender sind, sondern die klare Plattform für medizinische Innovation. Unsere Aufgabe ist es, als Katalysator zu fungieren“, ist die Unterneh-

merin überzeugt. Dazu braucht es die Offenheit für kreative Lösungen und Innovationen, die auch aus anderen Branchen kommen können, wie beispielsweise ein Programm zur Erkennung von Krebszellen, das ursprünglich für japanische Süßigkeiten entwickelt wurde.

Zeitressourcen freibekommen

Auch ao. Univ.-Prof. Ing. Dr. Wolfgang Schuster von der University for Digital Technologies in Medicine and Dentistry Luxembourg und Institutsleiter des Instituts für ganzheitliches Gesundheitsmanagement und Pflege sucht Wege aus dem Todestal der Innovationen. Er ist überzeugt, dass bereits viele Tools vorhanden sind, die Fortschritte versprechen, jedoch fehlt die strukturierte Zusammenführung der Anwendungen. „Die Entwicklung ist disruptiv sowohl in der Ausbildung als auch in der Anwendung und Diagnostik. KI ist nur einer der Wege durch diesen Prozess und braucht verlässliche Datengrundlagen“, sagt Schuster und bedauert, dass in Europa zwar viele Daten vorhanden wären, jedoch deren Nutzung überreglementiert ist. „Kaum haben wir eine neue Idee, gibt es auch schon ein Gesetz, das uns bei der Umsetzung behindert“, beschreibt er die Herausforderungen, vor denen Innovatoren stehen. Die Ängste, dass KI Menschen ersetzen wird, kann er nicht nachvollziehen: „Zeit ist heute ein knappes Gut. KI soll Routineaufgaben standardisiert übernehmen und das ermöglicht, dass Mitarbeitende Ressourcen freibekommen, um sich wieder mehr um die Patientinnen und Patienten zu kümmern.“ Dazu fordert Schuster aber auch ein Plus an Kommunikation: „Wir können irrationale Ängste nicht abbauen und den Umgang



© KRISTIAN JUHASZ (4)



mit den Technologien verbessern, wenn wir nicht über KI sprechen und den Wissensstand bei den Patientinnen und Patienten erhöhen.“ Auch Schuster bringt Beispiele aus der Praxis, die zeigen, was möglich ist. Er arbeitet unter anderem mit einem US-amerikanischen Unternehmen für transdermale optische Bildgebungstechnologie und erklärt den Nutzen: „Die Dermis ist an der Ober- und Unterschicht transparent. Das ist für das menschliche Auge nicht sichtbar, aber für Smartphone-Kameras. Mithilfe eines 60-sekündigen Videos vom Gesicht können wir über Durchflussveränderungen Vitalwerte erfassen. Ein Deep-Learning-System wertet innerhalb von zwei Sekunden diese Daten aus und kann mit einer Genauigkeit von 99,9 Prozent den systolischen und diastolischen Blutdruck angeben.“ In Australien ist die Anwendung bereits in der letzten klinischen Prüfungsphase. Warum diese und viele weitere gute Ideen aber dennoch den Weg zu den Patientinnen und Patienten nicht finden, ist für Schuster klar: „Es fehlt an Mut, Schnelligkeit und einem gewissen Bekenntnis zum Unperfektionismus. Wir müssen unsere Prototypen viel schneller in den Alltag bringen, um auch die Vorteile zu demonstrieren.“ Themen wie Ethik und Moral werden aus Sicht des Experten oft nur vorgeschoben, um zu bremsen. Was er jedoch fordert, sind Prüfungen, so wie auch bei Menschen: „Ein

Die Expertinnen und Experten sind sich einig, dass sich Österreich nicht unbedingt durch Mut und Schnelligkeit auszeichnet.

Die Vortragenden (v.l. n.r.): Wolfgang Schuster, Clemens Martin Auer, Viktoria Prantauer



Medizinstudium kann auch nur abgeschlossen werden, wenn bestimmte Prüfungen bestanden wurden. Ähnlich muss das auch mit KI-Anwendungen laufen und dazu gehört auch eine Form der Aus- und Weiterbildung, in diesem Fall die Weiterentwicklung.“

Österreich hat Vorreiterrolle verloren


Dr. Clemens Martin Auer, Präsident des European Health Forum Gastein, nimmt die regulatorischen Hürden für KI-Anwendungen in der Medizin aus demokratiepolitischer Sicht ins Visier. „Es besteht Übereinkunft, dass Gesundheitsdaten sensible personenbezogene Daten sind und daher ein gesicherter Rechtsrahmen für die Verwendung existieren muss“, betont der Jurist und verweist auf das Gesundheitstelematikgesetz als europäisches Vorzeigeprojekt, nicht nur als Rechts-, sondern auch als Organisationsrahmen. „Das österreichische Gesundheitstelematikgesetz war im europäischen Kontext insofern eine Pionierleistung, als es eines der ersten Gesetze war, das national ein Opt-out für die Verwendung von Gesundheitsdaten vorgesehen hat. Viele Staaten haben sich das nicht getraut und daher eine Opt-in-Lösung realisiert“, beschreibt Auer. Er erinnert sich an die Anfänge und die Hürden – vor allem die Widerstände vieler Interessensgruppen, die zur Zeit der Entstehung der Materie zu überwinden waren: „Zurzeit der Implementierung waren Datenschutz und Datensicherheit als Konsumentenrechte im Fokus. Patienten- oder Gesundheitspersonalinteressen wurden nicht thematisiert. Schon damals wurde aber zwischen Primär- und Sekundärdatenutzung unterschieden.“

Die politischen Rahmenbedingungen und die Besetzung des Gesundheitsministeriums in den Jahren 2018/19 haben die bis dahin erfolgreiche Weiterentwicklung blockiert. „Auch ELGA ist steckengeblieben. Daher sind immer noch keine Labordaten aus dem niedergelassenen Sektor oder Daten aus der Bildgebung abrufbar“, beschreibt Auer und bezeichnet diesen Umstand als „politisches Versäumnis, das auf dem Rücken von Patientinnen und Patienten sowie dem Gesundheitspersonal ausgetragen wird“. Dennoch hat die heimische Pionierleistung Früchte getragen, denn vieles aus dem ELGA-Gesetz wurde in die europäische Gesetzgebung übernommen. Mit dem Europäischen Raum für Gesundheitsdaten werden nun 450 Millionen Europäerinnen und Europäer befähigt, die Kontrolle über die personenbezogenen Gesundheitsdaten zu über-

nehmen und damit wird der Binnenmarkt für elektronische Patientendaten Systeme gefördert. Auer gibt sich optimistisch, dass die Umsetzung der europäischen Gesetzgebung eine neue Dynamik in die Diskussion der Datennutzung bringt, ist sich aber auch sicher, dass neue Hürden auftauchen: „Die Umsetzung in nationales Recht lässt noch Spielräume offen.“

Daten demokratisch nutzen

Warum Daten aus der Gesundheitsversorgung oft nicht für die Sekundärnutzung im Rahmen der klinischen Forschung zur Verfügung stehen, stand auch im Mittelpunkt der Podiumsdiskussion, die von Dr. Anne Busch, FH Wiener Neustadt, moderiert wurde. Die Analyse von Daten entlang eines kontinuierlichen Patientpfades und unter Einbeziehung verschiedener Gesundheitsdienstleister stellt sich häufig als charakteristische Hürde heraus. Genau an dieser Schnittstelle setzt die Arbeit des AIT Austrian Institute of Technology an. Mit dem Projekt „Smart FOX“ soll die Effizienz der klinischen Forschung durch verbesserte Zweitnutzung von Gesundheitsdaten gesteigert werden. „Smart FOX will ELGA-Daten nutzen und die Rahmenbedingungen zur Bürger- sowie Patienten-basierten Spende von hochstrukturierten ELGA-Datensätzen für die klinische Forschung schaffen sowie komplexe Versorgungsprozesse institutionsübergreifend unterstützen“, beschreibt Dr. Dr. Günter Schreier vom AIT und ergänzt: „Am Ende steht eine Demokratisierung im Hinblick auf die Nutzung von Gesundheitsdaten.“ Andreas Diensthuber, B.Sc., B.A., M.A., Geschäftsführer der DAPHOS GmbH, hofft im Hinblick auf Softwarelösungen im Personalmanagement von Gesundheitseinrichtungen auf Standards, die dazu beitragen werden, die vielen unstrukturierten Daten über Schnittstellen hinaus zu vereinheitlichen.

Dr. med. Ilja Radlgruber, MB, AI Expert beim Digitalisierungsberater Pantaflo Digital Business GmbH, hofft auf mehr Aufklärung: „Keine KI wird Menschen im Spital je ersetzen. Wenn man aber weiß, dass sich das medizinische Wissen in 74 Tagen verdoppelt und nur im Fach Innere Medizin 100 Lesestunden pro Woche investiert werden müssen, um up to date zu bleiben, so liegt es auf der Hand, dass Gesundheitsdienstleister hier Unterstützung benötigen werden.“ Auch Schuster ist überzeugt: „KI wird Menschen nicht ersetzen, nur jene, die nicht mit KI arbeiten wollen.“ 



Bitte Warten – ein strukturelles Problem im öffentlichen Gesundheitssystem

Schon vor sieben Jahren, hoffte man das Problem der langen Wartezeiten, vor allem in der bildgebenden Diagnostik, überwunden zu haben. Doch mittlerweile hat sich das Problem auf sämtliche Fachrichtungen inklusive Allgemeinmedizin und Pädiatrie ausgeweitet. Beim PRAEVENIRE Digital Health Symposium diskutierte eine Expertenrunde, welchen Beitrag die Digitalisierung im Gesundheitsbereich leisten kann, damit **PATIENTINNEN UND PATIENTEN WIEDER RASCH ZU UNTERSUCHUNGEN ALS KASSENLEISTUNG** kommen können. | von Rainald Edel, MBA

Wartezeiten auf einen Untersuchungstermin oder einen Befund werden subjektiv immer als unangenehm und belastend empfunden. Manchmal lässt es sich nicht vermeiden. Allerdings gehört Warten mittlerweile zu Standard, wenn man Termine als Kassenleistung in Anspruch nehmen möchte. Studien zeigen, dass das Warten auf einen Befund quälender empfunden wird als ein positives Befundergebnis. „Mit zunehmender Wartezeit steigt auch die Angst. Zudem können Verzögerungen in der Diagnostik und Therapie den Outcome der Behandlung negativ beeinflussen“, leitete Mag. Lena Sattelberger, geschäftsführende Gesellschafterin von Solve Consulting die Diskussionsrunde zum Thema „Wartezeiten im Gesundheitswesen reduzieren“ ein.

Wir brauchen Sofortmaßnahmen aber in Folge auch langfristige, nachhaltige Schritte zur Verkürzung der Wartezeiten im Gesundheitssystem.

Angelika Widhalm

Sofortmaßnahmen gefordert

„War es in bestimmten Fachrichtungen schon immer schwierig einen zeitnahen Termin zu bekommen, hat sich dieses Problem in jüngster Vergangenheit auf so ziemlich alle Fachrichtungen ausgeweitet und wird immer schlimmer“, schilderte Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich

(BVSHOE). Sie verdeutlichte, wie groß der Unterschied in der Frist zwischen einem Termin im Privat- und im Kassenbereich ist. So braucht es für die Erstuntersuchung für ein akutes kardiologisches Problem in der Wahlartordination ein bis zwei Tage im Kassenbereich einen Monat. Einen Termin an einer Leberambulanz, für die es kein privates Pendant gibt, ist gar erst nach drei Monaten verfügbar. Ebenso müssen Schilddrüsenpatientinnen, -patienten zwischen einem viertel und einem halben Jahr warten. Für einen Hüftgelenkersatz dauert die Frist bis zu einem Untersuchungstermin 14 bis 16 Monate und manchmal nochmals so lange, bis der Eingriff durchgeführt werden könne. Privat lässt sich solch ein Eingriff inklusive sämtlicher nötiger Voruntersuchungen binnen Wochen durchführen. „Allerdings können sich das nur rund 20 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher leisten. Für Betroffene und das Gesundheitssystem ist diese Entwicklung äußerst problematisch und gefährlich“, warnte Widhalm. Ein Vertrauensverlust sei vorprogrammiert. „Wir brauchen Sofortmaßnahmen aber in Folge auch langfristige, nachhaltige Schritte zur Verkürzung der Wartezeiten im Gesundheitssystem“, appellierte die Präsidentin des BVSHOE. Potential hierbei habe die Digitalisierung, sofern generell das Patientenwohl berücksichtigt werde und sie an die Digitalisierungskompetenzen der betroffenen Patientinnen und Patienten angepasst sei.

Telemedizinische Plattform

Mehr als die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte in Österreich sind mittlerweile Privatärzte, weiß Dr. Clemens Billek, Gründer der ersten telemedizinischen Plattform Österreichs, DRD Doctors Online. „Es ist relativ unattraktiv geworden,

Hausärztin, Hausarzt zu werden“, berichtete er. Nur etwa ein bis zwei Prozent der Medizinabsolventinnen und -absolventen schlagen diesen Weg ein. Verschärft wird sich die Situation künftig noch mehr, da in den nächsten Jahren knapp die Hälfte der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner das pensionsfähige Alter erreicht haben werden. „Das heißt wir steuern auf einen strukturellen Mangel zu“, so Billek.

Persönliche Schicksalsschläge führten dem Juristen und ehemaligen Investmentbanker vor Augen, wie wichtig ein sofortiger und niederschwelliger Zugang zu Ärztinnen und Ärzten ohne Wartezeit ist. Gemeinsam mit einer Krankenschwester verwirklichte er die Vision einer telemedizinischen Plattform und konnte sich mit der Generali Versicherung sowie Hutchison Drei Austria zwei strategische Partner sichern. Der Zugang zur Plattform erfolgt mittels Smartphone über einen Internet-Browser. Wenige Minuten nach der Registrierung kann man bereits mit einer Ärztin, einem Arzt sprechen und Medizinische Dokumente in eine Wallet hochladen und so in das Gespräch einbringen. Mit einem Button kann man aber auch Kontakt mit allen Fachärztinnen und Fachärzten Österreichs aufnehmen. Möglich ist auch die Ausstellung eines digitalen Rezepts. Auch Überweisungen, Zuweisungen und Selbsttransportscheine können via DRD Doctor Online im Bedarfsfall ausgestellt werden. Nach jeder Konsultation wird auch ein Arztbrief in die Wallet geladen.

Da gerade in Pflegeheimen ein großer Bedarf an rascher medizinischer Abklärung besteht, plant DRD auch eine Version die speziell auf diese Patientengruppe abgestellt ist. Die größte Kundengruppe seinen derzeit Unternehmen, die nach amerikanischen Vorbild ihren Mitar-

Die Problematik der Wartezeiten analysierten, Angelika Widhalm, Clemens Billek und Ernest G. Pichlbauer



beiterinnen und Mitarbeitern einen Zugang als Healthcare Fringe Benefit anbieten. Trotz aller Vorteile, die eine digitale Plattformlösung bietet, sieht Billek dennoch das persönliche Gespräch zwischen Patientin, Patient und Ärztin, Arzt als nicht ersetzbar.

Wartezeiten selbst verursacht

Einen kritischen Blick auf die Ursachen der Wartezeiten warf der Gesundheitsökonom Dr. Ernest G. Pichlbauer. Diskussionen über das Gesundheitssystem finden vornehmlich auf der übergelagerten Systemebene statt. Auf der darunterliegenden Versorgungsebene oder gar auf der Behandlungsebene komme dabei nicht viel an.

„International gibt es nur eine Berufsgruppe die befugt ist, zwischen gesund und krank zu unterscheiden – die Ärztinnen und Ärzte. Wenn eine Diagnose gestellt wurde, können andere Berufsbilder die Behandlung übernehmen, wobei ein wesentlicher Teil davon bei Ärztinnen und Ärzten verbleiben wird“, erklärte Pichlbauer. Gut behandelt heißt die richtige Leistung vorzunehmen – doch hinter diesem simplen Schluss stecke ein komplexes Modell aus Logistik, Ressourcen und Motivation. Doch gerade bei letzterem ortet der Gesundheitsökonom Probleme. „Wenn das Kassenhonorar im Quartal gerade einmal 23 Euro beträgt und die Patientin, der Patient 30-mal in der Ordination vorstellig wird, ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Ärztin, der Arzt die richtige Leistung vornimmt, gering“. Ursache sei aber nicht eine böse Absicht, sondern, weil die Ärztin, der Arzt gar nicht mehr in die Lage versetzt wird die beste Lösung zu wählen. Hinzu kommt noch die hohe Patientenzahl, die es zu versorgen gelte. Denn derzeit werden Patienten, die nicht mehr auf der primären Ebene versorgt werden können auf die Facharztbene weiterverworfen und von dort in die Ambulanzen sowie weiter auf die Stationen.

Dabei sei dies medizinisch unnötig und koste extrem viel Ressourcen. Anzusetzen sei laut Pichlbauer an zwei Stellen. Zum einen mit der digitalen Patientensteuerung wie z.B. mit 1450, die eine mithelfen kann eine Vorauswahl zu treffen, wer überhaupt eine ärztliche Leistung benötigt. Wobei dies nur bei akuten Fällen möglich und sinnvoll ist – bei chronisch Kranken funktioniere das nicht. Zum anderen brauche es mehr Health Literacy in der Bevölkerung, damit diese besser wisse, wann tatsächlich eine ärztliche Leistung in Anspruch zu nehmen sei. Auf Grund der Demografie sähe er den Ansatzpunkt bei der Health Literacy im Gegensatz zu vielen anderen Gesundheitsexpertinnen und -experten nicht im Kindergarten, sondern bei den heute 55 bis 60-jährigen und chronisch kranken Menschen. „Denn sonst werden wird die Kanäle weiter verstopfen“, prognostizierte Pichlbauer.

Bezüglich dem Paradigma der wohnortnahen Versorgung merkte er an, dass damit nicht die wohnortnahe Spitalsambulanz gemeint sein könne, sondern tatsächlich das Wohnzimmer der Patientinnen und Patienten. Denn eine 85-jährige gebehinderte Person könne nicht wie jemand der 25 ist in eine Ambulanz gehen. Mit der propagierten Versorgungsabstufung digital vor ambulant und stationär soll die wohnortnahe



v.l. Franz Leisch, Regina Plass, Wolfgang Ebner, Angelika Widhalm, Kasia Greco, Lena Sattelberger, Ernest G. Pichlbauer, Clemens Billek

Gut behandelt heißt die richtige Leistung vorzunehmen – doch hinter diesem simplen Schluss stecke ein komplexes Modell aus Logistik, Ressourcen und Motivation.

Ernest G. Pichlbauer

Versorgung ermöglicht, nicht die Behandlung an sich verbessert werden Allerdings ortete er nur mäßiges Interesse seitens Ärztinnen und Ärzten, Ärztekammer, Sozialversicherungen, Ländern sowie Gemeinden, an einer Lenkung der Patientenströme und einer Erhöhung der Selbstversorgung der Patientinnen und Patienten, da sie von der derzeitigen Situation im Endeffekt profitieren.

Die richtige Versorgungsstufe wählen


„Wir leben in einer Zeit in der One-Stop-Shops in vielen Bereichen beliebt sind – das wünschen wir uns auch im Gesundheitsbereich“, eröffnete Dr. Kasia Greco Vizepräsidentin und EPU-Sprecherin der Wirtschaftskammer Wien (WKW) die Diskussionsrunde. Ein Problem sei zudem, dass es in bestimmten Bevölkerungsgruppen auf Grund der Herkunftsländer unbekannt ist, sich bei einem medizinischen Problem an den niedergelassenen Bereich zu wenden. Stattdessen werde sofort eine Spitalsambulanz aufgesucht. Daher brauche es zum einen eine entsprechende Health Literacy, um die Notwendigkeit eines Arztbesuches zu kennen und zum anderen über das Angebot bescheid zu wissen. 1450 sei so Greco, zwar kein Allheilmittel aber biete die Möglichkeit, die Menschen an die Hand zu nehmen und ihnen so zu helfen richtig im Gesundheitssystem anzudocken. Die Kosteneinsparungen durch einen Patientenlenkung sei gewaltig. So schlage sich eine stationäre Behandlung mit 6.000 Euro zu Buche, gegenüber 450 Euro in der Ambulanz und 100 Euro im niedergelassenen Bereich „Es geht nicht darum Patientinnen und Patienten eine hochwertige Leistung vorzuenthalten, sondern die Ressourcen so einzusetzen, dass den richtigen Betrof-

enen genügend Zeit in der jeweils benötigten Versorgungsstufe zur Verfügung steht“, betonte Greco.

Hilfe seitens der Wirtschaft

Die Leistungen der Wirtschaft, Menschen erst gar nicht zu Patientinnen und Patienten werden zu lassen, stellte DI Regina Plass, von Abteilung Wirtschaftspolitik der WKW in den Mittelpunkt ihres Diskussionsbeitrages. Man müsse einerseits mehr auf Prävention setzen aber andererseits auch die Menschen von der Totalversicherungsmentalität wieder mehr in Richtung Eigenverantwortung bringen. Seitens der Wirtschaft gäbe es ein breites Angebot an Gesundheitsapps, die v.a. bei jungen Menschen durchaus beliebt seien. Aber auch für chronisch kranke Menschen gäbe es einige Tools, die ihnen helfen können, besser und zielgerichteter mit ihrer Krankheit umzugehen. Sowohl große Anbieter als auch kleine Start-ups brauchen aber auch die Möglichkeit ihre Lösungen in den Gesundheitsmarkt hineinzubringen, appellierte sie.

Digitale Kompetenz

Ein Punkt, der für Mag. Wolfgang Ebner, Acting Director for Digital and eGovernment des Bundesministeriums für Finanzen, in der Diskussion bislang zu kurz gekommen ist, war die Digitalisierung Kompetenz des einzelnen Betroffenen. Denn diese sei Grundvoraussetzung, damit man von den digitalen Möglichkeiten überhaupt gebraucht machen könne. Hier gäbe es vor allem bei der älteren Bevölkerung noch großen Aufholbedarf. Es habe heuer eine digitale Kompetenzoffensive gestartet, und hat dazu in den nächsten Monaten und Jahren über 4.000 Workshops bundesweit gestartet bzw. organisiert. Gemeinsam mit Gebietskörperschaften, allen voran den Gemeinden, sollen digitale Grundkompetenzen, der Umgang mit Smartphones und Webportalen vermittelt werden. Ein positiver erster Schritt sei auch seitens des ehemaligen Digitalisierungsstaatssekretär Florian Tursky mit dem Digital Austria Act gesetzt worden, der auch ein Schwerpunkt Kapitel der Digitalisierung im Gesundheitswesen enthält. 



„KI soll Menschen nie ersetzen“

Innovationen haben es in Österreich nicht immer leicht. Die Bürokratie, das fehlende Risikokapital und die Wissenschaftsskepsis sind eine Kombination, die dafür sorgt, **DASS VIELES GAR NICHT ERST BEI DEN PATIENTINNEN UND PATIENTEN ANKOMMT** oder sich in der Praxis beweisen kann. | von Michaela Meier

Innovationen „verenden“ buchstäblich im „Tal des Todes“ – ein Terminus, der den steinig und meist unüberwindlichen Weg zwischen der Grundlagenforschung und einem fertigen Produkt, das idealerweise auch im Gesundheitswesen zum Einsatz kommt, beschreibt. Ao. Univ.-Prof. Ing. Dr. Wolfgang Schuster von der University for Digital Technologies in Medicine and Dentistry Luxembourg und Institutsleiter des Instituts für ganzheitliches Gesundheitsmanagement und Pflege sucht gangbare Wege aus diesem Tal.

PERISKOP: Wie meistert man am besten die Herausforderung, aus dem Tal des Todes der Innovationen herauszukommen?

SCHUSTER: Einerseits haben wir sehr viele digitale Tools, die wir jetzt zusammenfügen müssten. Andererseits hemmt uns auch die ständige Diskussion um die Datennutzung. Wir leben in einem extrem datengetriebenen Zeitalter. Wir müssen die Freiheiten bekommen, mit diesen Daten auch arbeiten zu dürfen. Derzeit scheint es, dass die Regulative in Europa dazu immer strenger und umfassender werden, oft schon im Ansatz einer Innovation, bevor wir überhaupt zu forschen beginnen. Da dürfen wir uns dann aber auch nicht wundern, wenn Produkte und Lösungen nie zur Anwenderin oder zum Anwender kommen. Oft habe ich das Gefühl, dass eine spannende Innovation gleich wieder der Auslöser für die nächste Regulierung ist.

Blutdruckmessen über die Smartphonekamera ist heute bereits Realität und steht in Australien knapp vor der Zulassung.

Wolfgang Schuster

Sie fordern, der Medizin auch Zeit zu geben, sich an die Digitalisierung anzupassen. Wie sehr müssen Ärztinnen und Ärzte Zeit investieren, um digital fit zu werden?

Ich meine nicht, dass man hier viel lernen muss, sondern im Gegenteil: Man muss sich Arbeit abnehmen lassen, um wieder Zeit für den Kontakt zu Patientinnen und Patienten zu haben, die eigentliche Aufgabe in der Medizin. Das ist so einfach, wie ein Wordfile zu schreiben. Es gibt Berechnungen, dass pro Tag rund 9.000 medizinische Erkenntnisse und Publikationen allein in einem Fachgebiet entstehen. Die sind zwar nicht alle relevant, aber kein Mensch kann das herausfinden, weil niemand die Zeit hat, sich damit auseinanderzusetzen. Künstliche Intelligenz (KI) kann das – das hat nichts mit Lernen oder Ersetzen von Menschen zu tun, sondern mit Zeit, die das medizinische Personal einspart und trotzdem in hoher Qualität behan-

deln kann, ohne dass das eigene Wissen auf der Strecke bleibt. Stellen Sie sich vor, Sie kommen als Notfall in ein Krankenhaus, und dort sitzt ein völlig übermüdeter Assistenzarzt für die Erstdiagnose. Behandelnde machen dort Fehler, weil sie überlastet sind, nicht weil sie schlechte Medizinerinnen oder Mediziner sind! Und hier kann KI helfen und die Routinetätigkeiten wie etwa Administration übernehmen.

Wir sprechen immer von künstlicher Intelligenz in der Medizin – was genau muss man darunter verstehen?

Tatsächlich gibt es viele Definitionen, was künstliche Intelligenz ist. Das Europäische Parlament sagt dazu: Künstliche Intelligenz ist die Fähigkeit einer Maschine, menschliche Fähigkeiten wie logisches Denken, Lernen, Planen und Kreativität zu imitieren. Für mich ist damit immer ein disruptiver Prozess verbunden. Dazu werden statistische Methoden eingesetzt, um aus Daten nach genau definierten Handlungsschritten, also den Algorithmen, bestimmte Erkenntnisse zu gewinnen.

Brauchen wir künftig mehr medizinisches oder mehr technisches Personal im Gesundheitswesen oder überhaupt Menschen, die beides oder ein ganz anderes Know-how mitbringen?

In der Medizin wird sich nichts daran ändern, dass wir Medizinerinnen und Mediziner benötigen. Sie alle sind User dessen, was woanders entwickelt wurde. Ich denke aber, dass sich die Inhalte mancher Berufe verändern und andere Schwerpunkte erforderlich sind. Nehmen wir als Beispiel die Zahntechnik. Hier wurde bisher nach einem Gipsmodell manuell an einem Zahnersatz gefeilt. Jetzt gibt es eine Maschine mit einer Planungssoftware, in der von einem Laserabdruck Daten eingespielt werden. Wer die Maschine bedient, muss aber nach wie vor wissen, ob und wie diese Daten sinnvoll kombiniert werden, damit am Ende das richtige Ergebnis herauskommt.

Können Sie uns ein Beispiel nennen, wo KI in der Medizin bereits erfolgreich eingesetzt wird?

Ich bin im Board eines amerikanischen Unternehmens für transdermale optische Bildgebungstechnologie. Dort beschäftigt man sich mit Blutdruckmessungen über die Haut über die Transparenz der Ober- und Unterschicht. Das ist für das menschliche Auge nicht sichtbar, aber für Smartphone-Kameras, die mit einem 60-Sekundenvideo des Gesichts über ein Set an Algorithmen die Durchflussveränderungen anhand von Farbverläufen bestimmen können. In nur zwei Sekunden stehen mit einer Genauigkeit von 99,9 Prozent der systolische und der diastolische Wert fest. Diese einfachen und mobilen Messungen können für Menschen mit



Herz-Kreislauf-Erkrankungen lebenswichtig sein. In Australien ist das Produkt bereits in der letzten Testphase vor der Marktzulassung. Viele gute Beispiele finden sich bei Boston Dynamics, wo etwa Roboter als Blindenhunde gebaut wurden. Auch Microsoft hat mit HoloLens ein Produkt entwickelt, das die einfache Vernetzung mit externen Spezialistinnen und Spezialisten und das Abrufen von Patientendaten ortsunabhängig erlaubt. Am Point-of-Care können so nicht nur Röntgenbilder, sondern auch MRT-Aufnahmen in 3D überprüft werden. Damit hat etwa das britische NHS Stationsrunden um 30 Prozent reduziert.

Was fehlt jetzt noch, damit die Anwendungen in die Breite kommen?

Wagnis, Mut, Tempo und ein gewisses Bekenntnis zur Unperfektheit. Produkte müssen raus, sich in der Praxis bewähren und dort immer wieder geprüft und angepasst werden. Zudem muss der Wissensstand der Patientinnen und Patienten erhöht werden, dass diese Lösungen keine Gefahr darstellen! **P**

Es gibt bereits viele digitale Tools, die nur mehr „passend“ zusammengefügt werden müssen, sagte Wolfgang Schuster.



Beste Gesundheitsversorgung im Land ermöglichen

Gesundheit fällt zum Großteil in die Kompetenz der Bundesländer. Durch den aktuellen Finanzausgleich wurde deren finanzieller Handlungsspielraum deutlich erweitert. Als langjähriger Spitalsarzt kennt der steirische Gesundheitslandesrat Dr. Karlheinz Kornhäusl die Herausforderungen des Gesundheitssystems von beiden Seiten. **WO ER HANDLUNGSBEDARF ORTET UND WELCHE MASSNAHMEN ER IN DER STEIERMARK GESETZT HAT**, erläutert er im Gespräch mit PERISKOP. | von Rainald Edel, MBA

Karlheinz Kornhäusl ist Allgemeinmediziner und Facharzt für Innere Medizin. In der Ärztekammer Österreich engagierte er sich als Obmann-Stellvertreter der Kurie Angestellte Ärzte und war Vorstandsmitglied der Ärztekammer Steiermark. Von 2019 bis 2023 war er Abgeordneter zum Bundesrat. Im Oktober 2023 wurde er als Nachfolger von Juliane Bogner-Strauß als Gesundheitslandesrat angelobt.

PERISKOP: Wo liegen aus Ihrer Sicht die größten Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung in Österreich bzw. in der Steiermark?

KORNHÄUSL: Wir haben einige Baustellen – und ich sage bewusst Baustellen, denn wo es Baustellen gibt, wird gearbeitet und entsteht etwas Neues. Eine unserer größten Baustellen sind sicher die Wartezeiten. Es muss möglich sein, dass Menschen, die Hilfe brauchen, diese in angemessener Zeit erhalten. Damit die Steirerinnen und Steirer rascher zu Terminen und schneller zur Behandlung kommen, habe ich das Projekt „Kürzere Wartezeiten“ gestartet. Erste Ergebnisse des Projekts liegen bereits vor. Eine weitere Baustelle ist der Personalmangel, der übrigens bei weitem kein steirisches oder österreichisches Phänomen ist, sondern ein europaweites. Als ersten Schritt haben wir die KAGes mit einem 130-Millionen-Euro-Gehaltspaket österreichweit an die Spitze katapultiert. Aber Geld ist nicht alles. Die Arbeitsbedingungen und vor allem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf beschäftigen viele Kolleginnen und Kollegen. Wenn wir uns z. B. die Kinderbetreuung in den KAGes-Häusern anschauen: An manchen Standorten sind Betriebskindergärten oder Betriebstagesmütter vorhanden. Derzeit laufen Erhebungen, um passende Angebote an den anderen Standorten zu schaffen.

Auch nach der Gesundheits- und Pflegereform im Vorjahr sind die Probleme de facto nicht kleiner geworden. Nach wie vor ist die Nachbesetzung von Kassenstellen in manchen Regionen schwierig. Auch der Pflegekräftemangel ist bislang nicht geringer geworden. Was müsste man aus Ihrer Sicht tun, um eine spürbare Entlastung zu erreichen?

Im Bereich der KAGes haben wir eine positive Entwicklung bei den Eintritten. Sowohl im ärztlichen, als auch im pflegerischen Bereich und bei den MTDs gibt es ein deutliches Plus. In puncto Kassenstellen sind ÖGK und Ärztekammer gefordert, gemeinsam zu schauen, wie diese attraktiver werden. In der Steiermark gibt es einige tolle Ansätze, wie etwa die Vier-Tage-Woche für den niedergelassenen Bereich. Voraussetzung dafür ist, dass die Ordinationen mindestens 23 Stunden in der Woche offen haben, statt

der 20 Stunden, die bei einer Fünf-Tage-Woche verpflichtend sind. Ich sehe zudem den Ausbau von telemedizinischen und e-Health-Angeboten als großartige Ergänzung für die flächendeckende Versorgung in allen Regionen.

Gesundheitspolitik ist Landessache. Wie muss die Zusammenarbeit der Länder aussehen, damit Lasten besser und gerechter verteilt werden?

Es ist weitaus komplexer: Gemeinden, Städte, Länder, Bund, Kammern und die Sozialversicherungsträger mischen im Gesundheitswesen mit. Wir Länder sind regelmäßig im Austausch, um bei Verhandlungen mit dem Gesundheitsminister unsere gemeinsamen Positionen bestmöglich vertreten zu können. Uns eint ein Ziel: Die beste Gesundheitsversorgung der Menschen in unserem Land ermöglichen.

Letztes Jahr wurde der Finanzausgleich beschlossen. Wie wirkt sich dieser auf die Länder und deren Beitrag zum Gesundheitssystem aus?

Durch den Finanzausgleich können wir einige wichtige Investitionen tätigen. Ein Fokus liegt auf dem Bereich Digitalisierung bzw. e-Health. Konkret wollen wir etwa das telemedizinische Angebot ausbauen und ELGA sowie das Gesundheitstelefon 1450 weiterentwickeln. Kurzum: Wir investieren, um den Leitgedanken „digital vor ambulant vor stationär“ zu stärken.

Wie hat die Digitalisierung die steirische Gesundheitsversorgung verändert? Welche Ziele haben Sie sich diesbezüglich in Ihrer Legislaturperiode noch gesetzt?

Die Digitalisierung hat bereits viele Prozesse verbessert – alleine, wenn ich an die elektronische Fieberkurve denke. Was mich stolz macht: Die Steiermark hat eine digitale Vorreiterrolle. Mit erfolgreichen Programmen wie HerzMobil oder Teledermatologie haben wir ein hervorragendes Angebot für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten. Ein Ziel ist sicherlich, die Weichen zu stellen, um Telemedizin und e-Health weiter auszubauen. Das zusätzliche medizinische Angebot entlastet auch unser Gesundheitspersonal und verbessert die Versorgung in allen Regionen. Egal wo jemand lebt, die Gesundheitsversorgung darf keinen Unterschied machen.

Die Wartezeiten im Kassensystem steigen laut einer Studie der Ärztekammer massiv und damit steigt auch die Unzufriedenheit der Patientinnen und Patienten. Welche Schritte müssen gesetzt werden, um wieder zeitnahe Untersuchungs- und Eingriffstermine anbieten zu können?

Seit Jahren wird von den Wartezeiten geredet. Ich will das Thema ernsthaft angehen, weshalb



Karlheinz Kornhäusl verantwortet seit Oktober 2023 als Landesrat der Steiermark die Bereiche Gesundheit, Pflege und Sport.

ich, wie eingangs erwähnt, das Projekt „Kürzere Wartezeiten“ gestartet habe. Wir haben 35 Expertinnen und Experten aller Bereiche und aller Spitalsträger eingeladen, mit uns Vorschläge zu erarbeiten. Im Fokus stehen insbesondere die fünf Disziplinen Grauer Star, Hüft- und Kniegelenkersatz, Krebs- und Strahlentherapie. Vor wenigen Wochen haben wir erste Empfehlungen präsentiert. Wir werden etwa das Angebot von Strahlentherapien am LKH Hochsteiermark ausbauen, zusätzliche Kooperationen im Bereich der Urologie eingehen und die Vormerkliste beim Grauen Star optimieren. Sie sehen: Es tut sich einiges. Die finalen Ergebnisse sollen im Herbst vorliegen.

Laut Gesundheitsexpertinnen und -experten kann der niedergelassene Bereich, insbesondere die Allgemeinmedizin bis zu 90 Prozent der medizinischen Fälle final erledigen. Aus ihrer Erfahrung als Allgemeinmediziner und Facharzt für Innere Medizin, sind die heute tätigen Hausärztinnen und Hausärzte auf diese Aufgabe vorbereitet bzw. welche Unterstützungen und flankierende Maßnahmen würde es dazu brauchen?

Unsere Hausärztinnen und Hausärzte sind grundsätzlich gut ausgebildet. Entscheidend sind die laufende Weiterbildung am Puls der Zeit, die Nutzung technischer und digitaler Hilfsmittel sowie eine gute Vernetzung mit anderen Allgemeinmedizinerinnen, Fachärzten und anderen Gesundheitsberufen. Darum bin ich auch ein großer Fan unserer Gesundheitszentren: Hier gibt es geballtes Gesundheitswissen unter einem Dach. **P**





Nachfolge für Branchenlösung IS-H von SAP dringend gesucht

DER DEUTSCHE SAP-KONZERN STELLT BIS SPÄTESTENS 2030 DEN SUPPORT FÜR SEINE BRANCHENLÖSUNG FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN IS-H EIN. Welche Auswirkungen dieser Schritt für Spitalbetreiber hat und welche Lösungen sich abzeichnen, diskutierte eine Expertenrunde beim PRAEVENIRE Digital Health Symposium unter dem Titel „SAP ändert Gesundheitsstrategie – Folgen für Krankenträger und KIS-Systeme“. | von Rainald Edel, MBA

Die Ankündigung des deutschen Software-Konzern SAP, den Support für seine Branchenlösung IS-H (Industry Solutions Healthcare) bis spätestens Ende 2030 einzustellen, traf Spitalsträger in Österreich und der gesamten DACH-Region wie ein Keulenschlag, fasste die Moderatorin der Expertenrunde, DI Herlinde Toth, Vorstandsmitglied HL7 Austria und DICOM Austria sowie ehemalige eHealth Koordinatorin der Stadt Wien den Status Quo zusammen. Denn ohne IS-H geht in den meisten Spitalern nichts – keine Aufnahme von Patienten, keine Leistungsbeschreibung, keine Entlassung, kein Schreiben von Rechnungen. Rund 800 Krankenhäuser in der DACH-Region haben derzeit IS-H im Einsatz, mehr als 100 davon in Österreich. Spitäler, die bislang mit SAP-Software gearbeitet haben, kommen daher mächtig unter Druck. IS-H ist eng mit dem Herzstück der SAP-Produktpalette, dem Programm ECC (ERP Central Component), verknüpft. Mit ihm steuern Unternehmen, darunter auch viele heimische Krankenhäuser, ihre Finanzbuchhaltung, Kostenrechnung oder Materialwirtschaft. SAP ist in diesem Bereich weltweit Marktführer. ECC wird im Zuge der Umstellung auf das 2015 eingeführte neue SAP Betriebssystem S/4HANA nun eingestellt. Kostenlosen Service und Updates für ECC gibt es nur mehr bis Ende 2027 und gegen Aufpreis bis Ende 2030. Was für ECC gilt, gilt auch für IS-H: Spätestens Ende 2030 ist Schluss.

Standardisierung der Datenkommunikation
Einblick in die Chancen und Herausforderungen, die sich nun durch die geplante Ablösung von SAP IS-H im Gesundheitswesen ergeben,

Die Entscheidung von SAP, sich aus dem Gesundheitswesen zurückzuziehen, hat nicht nur eine tragische Auswirkung auf die betroffenen Einrichtungen, sondern bietet auch eine Chance, die genutzt werden sollte.

Robert Bauchinger

präsentierte Robert Bauchinger, Chief Digital Officer der Oberösterreichischen Gesundheitsholding. „Die Entscheidung von SAP, sich aus dem Gesundheitswesen zurückzuziehen, hat nicht nur eine tragische Auswirkung auf die betroffenen Einrichtungen, sondern bietet auch eine Chance, die genutzt werden sollte“, startete er mit Optimismus in seinen Vortrag. Denn die Entscheidung von SAP habe die österreichischen Spitalmanager dazu gebracht, sich mit der Datenkommunikation im Gesundheitswesen tiefgreifend auseinanderzusetzen und neue Wege zu gehen. Dazu gründeten sie noch während der Corona-Pandemie ein Netzwerk, das sich monatlich trifft und als Plattform für den Austausch von Erfahrungen und Best Practices in Bezug auf die Implementierung neuer Technologien und die Bewältigung der SAP ISH-Ablöse dient. Bauchinger betonte, dass dieser regelmäßige Austausch von unschätzbarem Wert sei, um gemeinsame Herausforderungen zu identifizieren und Lösungen zu entwickeln. In der Analyse habe man sich entschlossen, nicht nur die Auswirkungen von IS-H innerhalb der

Krankenhäuser zu betrachten, sondern auch all jene Bereiche einzubeziehen, in denen IS-H Daten nach außen schickt. Dazu wurde das Projekt „MOPED“ eine Initiative zur Harmonisierung der Datenkommunikation im österreichischen Gesundheitswesen ins Leben gerufen. Ziel dieses Projekts ist es, einen gemeinsamen Patientendatensatz zu entwickeln, der die Datenkommunikation zwischen verschiedenen Gesundheitseinrichtungen standardisiert und vereinfacht. Bauchinger erläuterte, dass die aktuelle Praxis, bei der 240 Krankenanstalten in Österreich Daten in unterschiedlichen Strukturen und Formaten übermitteln, ineffizient und fehleranfällig sei. Durch die Einführung eines einheitlichen Datensatzes könnten redundante Datensätze vermieden und die Genauigkeit der übermittelten Informationen verbessert werden. Ein weiterer Aspekt, den Bauchinger ansprach, waren die rechtlichen und organisatorischen Herausforderungen, die mit der Standardisierung der Datenkommunikation einhergehen. Er betonte, dass es notwendig sei, klare rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, um die gemeinsame Nutzung von Patientendaten zu ermöglichen. Ohne eine entsprechende Rechtsgrundlage sei es schwierig, die angestrebten Verbesserungen in der Datenkommunikation umzusetzen. Bauchinger wies darauf hin, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen im Projekt eine zentrale Rolle spielen und intensiv bearbeitet werden müssen. Er erläuterte weiter, dass das Projekt MOPED zunächst einen Proof of Concept entwickeln werde, um zu demonstrieren, dass die vorgeschlagene Lösung in der Praxis funktioniert. Dieser Proof of Concept soll bis Ende des Jahres 2024 fertiggestellt werden und

Walther Schinnerer, Gunda Gittler, Robert Bauchinger, Kathrin Bruckmayer, Alexander Böhm, Michaela Kainsner, Martin Werner Herlinde Toth



© KRISTIAN JUHASZ



die Grundlage für die weitere Umsetzung des Projekts bilden. „Die Zeit drängt, daher ist es wichtig, schnell zu handeln und die notwendigen rechtlichen und technischen Voraussetzungen zu schaffen“, appellierte er zum Abschluss seines Vortrages.

Rasch Ressourcen für die Umstellung sichern

Walter Schinnerer, Fachvorstand der SAP-User-Organisation DSAG erläuterte in seinem Vortrag die Hintergründe zum Rückzug von SAP und präsentierte, welche Lösungen der Konzern seinen Krankenhaus-Kunden in Zukunft anbieten möchte. Seit 1988 habe SAP eine bedeutende Rolle in der Verwaltung von Patientenabrechnungen und -administrationen gespielt. Diese lange Partnerschaft erlebe nun einen Wendepunkt, da SAP angekündigt habe, ab 2025 ausschließlich Cloud-basierte Lösungen anzubieten. Diese Entscheidung sei von grundlegender Bedeutung, da sie die bisherigen on-premise Lösungen ablöse und Krankenhäuser dazu zwingt, ihre IT-Strategien grundlegend zu überdenken. SAPs neue Strategie sieht vor, dass das System SAP S/4HANA zukünftig nur noch in der Cloud betrieben wird. Schinnerer erläuterte, dass SAP bereits 2016 begonnen habe, diese Veränderungen zu kommunizieren, indem sie den Nachfolger des SAP R/3-Systems, SV HANA, einführt. Obwohl SV HANA weiterhin on-premise betrieben werden könne, würden die spezifischen Branchenlösungen für das Gesundheitswesen, wie das IS-H und IS-H-MED, zukünftig nur noch in der Cloud verfügbar sein. Allerdings hätten, so Schinnerer, viele Krankenhäuser Bedenken hinsichtlich der Cloud-Lösungen, insbesondere in Bezug auf Datenschutz, Flexibilität und die Notwendigkeit, maßgeschneiderte Lösungen zu implementieren. Bis zum Vorjahr hätten viele Krankenhausbetreiber wiederholt versucht, SAP davon zu überzeugen, die on-premise Lösungen beizubehalten, jedoch ohne Erfolg. Da SAP die Entwicklung von IS-H-Nachfolgelösungen nicht mehr selbst vorantreibt, hätten sich mehrere Partner bereit erklärt, diese Lücke zu füllen. Schinnerer hob hervor, dass diese Partnerlösungen sowohl auf der SAP-Plattform als auch unabhängig davon entwickelt wurden, was den Krankenhäusern eine gewisse Flexibilität biete.

Er betonte, dass die Zeit dränge und dass jedes Krankenhaus, das SAP IS-H und IS-H-MED verwendet, dringend Projekte zur Ablösung dieser Systeme starten müsse. Schinnerer rief die Krankenhäuser dazu auf, diese Herausforderungen proaktiv anzugehen und sich auf die zukünftigen Anforderungen vorzubereiten. „Die

Martin Werner (li.) und Alexander Böhm von T-Systems Austria bei der Vorstellung der Lösung ihres Unternehmens

gute Nachricht ist, dass Nachfolgelösungen zumindest für Österreich ab 2025 fertiggestellt sein werden. Auch die Vergabeverfahren der Bundesbeschaffungsgesellschaft BBG werden Ende 2024 fertiggestellt und abrufbar sein“, erklärte Schinnerer. Abschließend riet er den Krankenhäusern, sich rechtzeitig externe und interne Ressourcen zu sichern, um die Umstellung erfolgreich zu bewältigen.

Die Umstellung auf SAP S/4HANA und die Verlagerung in die Cloud wird erhebliche Auswirkungen auf die IT-Infrastruktur und die täglichen Abläufe in Krankenhäusern.

Martin Werner


T-Systems präsentiert robuste Lösung

Die Umstellung auf SAP S/4HANA und die Verlagerung in die Cloud werde erhebliche Auswirkungen auf die IT-Infrastruktur und die täglichen Abläufe in Krankenhäusern haben, erklärte DI Martin Werner, Head of Business Area Health bei T-Systems. Er stellte klar, dass eine zukunftssichere Lösung erforderlich sei, um diese Herausforderungen zu meistern und gleichzeitig die Effizienz und Qualität der Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern. Seit 1994 hat T-Systems Landesversionen für Österreich und die Schweiz im Auftrag von SAP entwickelt. Diese tiefgreifende Kenntnis des Marktes und der spezifischen Anforderungen der Gesundheitsbranche macht T-Systems zu einem führenden Anbieter für die Implementierung und Anpassung von Krankenhausinformationssystemen. Auch in der jetzt schwierigen Situation wolle man die Kunden nicht im Stich lassen und habe bereits eine Lösung entwickelt. Diese zielt darauf ab, die Benutzerfreundlichkeit zu maximieren und die Systemgrenzen zu überwinden, die bisher zwischen verschiedenen Anwendungen bestanden. Durch die Entwicklung einer tief integrierten Lösung sollen Benutzer nahtlos zwischen verschiedenen Aufgaben wechseln können, ohne die Effizienz und Genauigkeit zu beeinträchtigen. T-Systems arbeitet dafür eng mit ATSB und dem Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsunternehmen KPMG zusammen, um eine umfassende und robuste Lösung zu bieten. Diese Partnerschaften gewährleisten, dass sowohl die technischen als auch die organisatorischen Herausforderungen professionell und effizient angegangen werden. Werner hob hervor,

dass die enge Zusammenarbeit mit diesen Partnern es ermöglicht, innovative Lösungen zu entwickeln und gleichzeitig die bestehenden Investitionen der Krankenhäuser zu schützen. Die Details zur Lösung von T-Systems präsentierte Alexander Böhm, Head of SAP Consulting und AMM bei T-Systems. Er erklärte, dass die neuen Schnittstellen vollständig auf der FHIR-Technologie (Fast Healthcare Interoperability Resources) basieren, was eine flexible und effiziente Datenkommunikation ermöglicht. Diese moderne Infrastruktur sei entscheidend, um die Integration und den Austausch von Gesundheitsdaten zu verbessern und die Interoperabilität zwischen verschiedenen Systemen zu gewährleisten. Im Vorfeld jeder geplanten Migration bietet T-Systems einen sogenannten Readiness-Check. Dabei werde das bestehende System analysiert sowie notwendige Anpassungen und Optimierungen identifiziert. Durch diesen strukturierten Ansatz könne sichergestellt werden, dass die Migration effizient und ohne größere Komplikationen verläuft. Böhm betonte, dass die Migration erst ab 2025 vollständig abgeschlossen sein werde, aber der Readiness-Check bereits vorher durchgeführt werden könne, um eine reibungslose Übergangsphase zu gewährleisten. Anstatt einfach eine neue Benutzeroberfläche auf die bestehenden Prozesse zu setzen, zielen T-Systems darauf ab, die Prozesse selbst zu optimieren und neu zu denken. Dies beinhaltet die Integration klinischer und administrativer Prozesse, um eine nahtlose und benutzerfreundliche Lösung zu bieten, die den Arbeitsalltag der Mitarbeiter im Gesundheitswesen erleichtert.

Abschließend betonte Böhm, dass T-Systems bereit sei, die Krankenhäuser in Österreich und der Schweiz in die neue Ära der Krankenhausinformationssysteme zu führen. Mit ihrer tiefen Expertise und den starken Partnerschaften sei T-Systems in der Lage, die Herausforderungen der SAP ISH-Ablöse zu meistern und gleichzeitig neue Chancen für Innovation und Effizienz zu schaffen.

Umstellung braucht starke Partner und Ressourcen

In der anschließenden Podiumsdiskussion hob Mag. Gunda Gittler, Leiterin der Anstaltsapotheke der Barmherzigen Brüder in Linz hervor, dass knappe Ressourcen im IT-Bereich eine zusätzliche Belastung für die Spitäler darstellten, und appellierte an die Notwendigkeit maximaler Unterstützung durch die IT-Abteilungen und externen Berater. Denn die Umstellung dürfe den laufenden Betrieb nicht gefährden. Katrin Bruckmeier, Partnerin IT Advisory bei KPMG Advisory, betonte die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Strategie zur Bewältigung der bevorstehenden Umstellungen. Sie riet den Krankenhäusern, frühzeitig mit den Vorbereitungen zu beginnen und eine enge Zusammenarbeit mit erfahrenen Beratern sicherzustellen. Der Rückzug von SAP schaffe neue Möglichkeiten, betonte auch Mag. Michaela Kainsner, Geschäftsführerin des seit über 35 Jahren im Bereich digitale Patientenversorgung tätigen Digitalisierungsunternehmens. Zwar seien die Krankenhaus Informationssysteme (KIS) alle in IS-H integriert, dennoch gebe es spürbare Systemgrenzen – diese wolle man nun überwinden und eine Integration klinischer und administrativer Systeme bieten. Nur durch die enge Zusammenarbeit mit Partnern wie T-Systems sei es möglich, die besten Lösungen für die Krankenhäuser zu entwickeln und die bestehenden Systemgrenzen zu überwinden. 

Meierhofer

T Systems
Let's power higher performance



„Wir müssen schneller werden“

Der Datenschutz darf nicht mehr als Feigenblatt eingesetzt werden, um Ängste zu schüren. Dass der Mensch im Mittelpunkt bleiben muss, steht außer Frage: Daher muss **DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN EIN PATIENTEN-RECHT WERDEN!** | von Mag. Renate Haiden, MSc

Gesundheitsdaten sollen künftig in der Versorgung, in der Forschung und Entwicklung sowie für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens effektiver genutzt werden können. Darüber wurde im Trilog zwischen den EU-Mitgliedstaaten, dem EU-Parlament und der Europäischen Kommission eine Einigung zu einer Verordnung über die Schaffung des Europäischen Raums für Gesundheitsdaten (EDHS) erzielt. Damit soll ein EU-weiter Rechtsanspruch auf einen schnellen und einfachen Zugang zu den eigenen elektronischen Gesundheitsdaten für Patientinnen und Patienten geschaffen und Angehörige der Gesundheitsberufe sollen bei der optimalen Behandlung unterstützt werden. Der EHDS legt aber darüber hinaus auch Regelungen für die weitere Nutzung von Gesundheitsdaten fest. Die EHDS-Verordnung wird 20 Tage nach ihrer Veröffentlichung im Amtsblatt der EU in Kraft treten – voraussichtlich im Herbst 2024. Anwendung finden die Vorschriften im nationalstaatlichen Recht teilweise nach zwei Jahren, teilweise auch erst nach vier, sechs oder zehn Jahren nach dem Inkrafttreten. Dr. Clemens Martin Auer, Präsident des European Health Forum Gastein, beschreibt Chancen und Hürden bei der Umsetzung in Österreich.

Kranke Menschen haben bestimmt ein sehr großes Interesse an der Auswertung von Gesundheitsdaten.

Clemens Martin Auer

PERISKOP: Warum haben Patientinnen und Patienten, aber auch häufig Gesundheitsdienstleister so große Angst davor, dass Daten missbraucht werden?

AUER: Ich denke nicht, dass sie wirklich so viel Angst haben. Diese Vorbehalte kommen vonseiten des Konsumentenschutzes und das ist ein völlig anderes Feld. Ich bin überzeugt, dass kranke Menschen sogar ein sehr großes Interesse daran haben, dass Daten aus dem Gesundheitssystem dazu verwendet werden, mehr über die Erkrankungen zu erfahren und rascher zu passenden Diagnosen und Therapien zu finden. Ich bin auch überzeugt, dass sich alle Systempartner einig sind, dass Gesundheitsdaten sensible personenbezogene Daten sind und daher ein gesicherter Rechtsrahmen für die Verwendung existieren muss. Das ist uns schon mit dem Gesundheitstelematikgesetz gelungen,

das lange Zeit als europäisches Vorzeigeprojekt galt und nicht nur einen Rechts-, sondern auch einen Organisationsrahmen abgesteckt hat.

Warum war das österreichische Gesundheitstelematikgesetz im europäischen Kontext so eine Pionierleistung?

Es war eines der ersten Gesetze, das national ein Opt-out für die Verwendung von Gesundheitsdaten vorgesehen hat. Viele Staaten haben sich das nicht getraut und daher eine Opt-in-Lösung gewählt.

Jetzt wird aber genau diese Opt-out-Möglichkeit als „neue“ Hürde in der nationalstaatlichen Umsetzung gesehen. Können wir das überhaupt verhindern?

Verhindern können wir das nicht, aber wir können vernünftig Aufklärung betreiben und müssen das Vertrauen herstellen, dass die nationalstaatliche Umsetzung weiterhin diesen Fokus hat. Wer sich mit ELGA ein wenig auseinandersetzt, der wird rasch merken, dass es ein überaus missbrauchssicheres System ist.

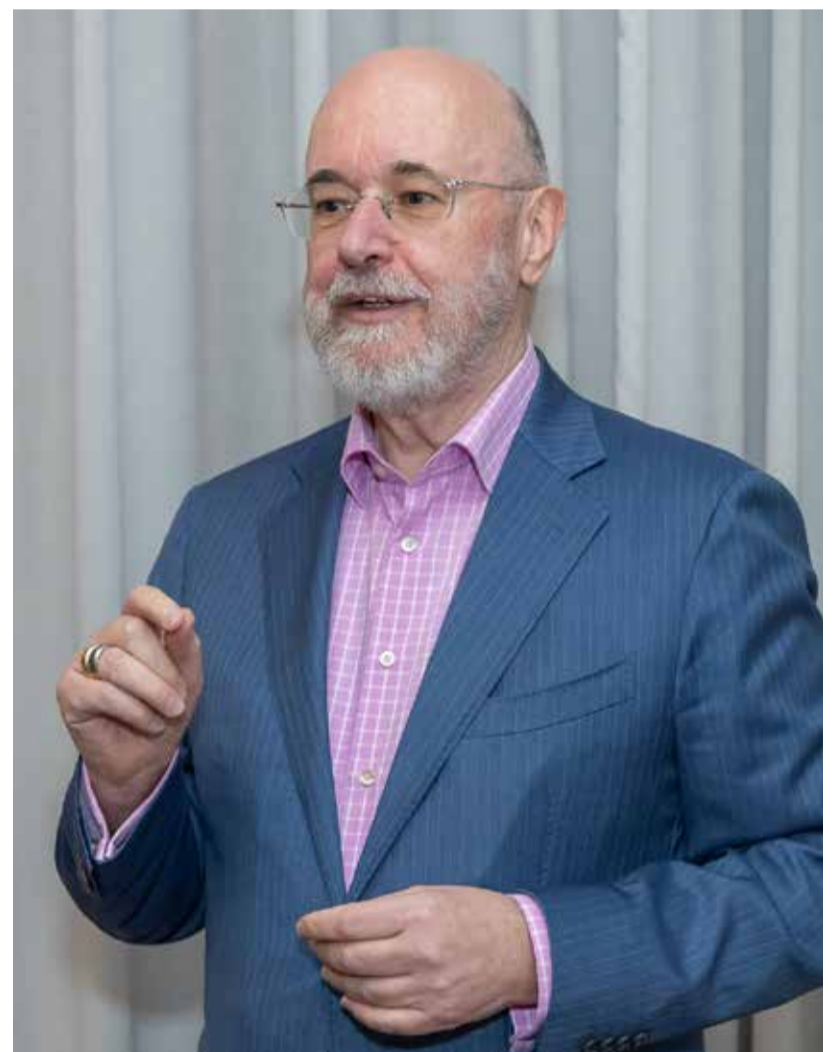
Wir hören sehr viel über mögliche Hürden, die mit dem European Health Data Space verbunden sind – gibt es auch Chancen?

Auf jeden Fall. Am Ende werden Gesundheitsdaten von 450 Millionen Menschen zur Verfügung stehen, die viele vernünftige Analysen zulassen und für den klinischen Betrieb, aber auch Public-Health-Entscheidungen richtungweisend sein werden. Wir müssen uns jetzt darum bemühen, dass die Erfassung der Daten nicht noch mehr administrativen Aufwand für das Gesundheitspersonal erzeugt. Gerade in der Dokumentation, der Administration und der Aufbereitung von Dokumenten wird uns künstliche Intelligenz viel Unterstützung bieten können.

Wie können beim Thema „KI in der Medizin“ schneller Erfolge sichtbar werden, um den Mehrwert deutlicher zu machen?

Das Entscheidende ist, dass die bestehenden Systeme wie zum Beispiel eine Arztsoftware rasch adaptiert werden. Insellösungen, die oft viele Jahre benötigen, um passende Schnittstellen überhaupt zu entwickeln, helfen nicht weiter und sind viel zu langsam. Wir benötigen standardisierte Daten, die zeitnah verfügbar sind. Forschungen auf Basis von Gesundheitsdaten können nur zukunftsweisend sein, wenn sie auf aktuellen und verfügbaren Daten basieren.

Wer muss aktiv werden und wen muss man ins Boot holen?



Clemens Martin Auer ist Präsident des European Health Forum Gastein.

Wir benötigen standardisierte Daten, die auch zeitnah verfügbar sind, um aussagekräftig zu sein.

Clemens Martin Auer

Die innovativen Start-ups, Entwicklerinnen und Entwickler von KI sitzen schon im Boot, wir müssen uns an die traditionellen Anbieterinnen und Anbieter wenden, damit sie die bestehenden Systeme rascher anpassen. Nur so kann es gelingen, die Ordinationen und Spitäler mitzunehmen. Ich bin hier durchaus optimistisch. Wir müssen schneller werden und die Digitalisierung als Recht für Patientinnen und Patienten erkennen und nicht als lästige Pflicht, die es auch irgendwann zu erfüllen gilt. Dazu kommt, dass wir die Digitalisierungskurve im Gesundheitssystem bald schaffen müssen, um damit vor allem das Gesundheitspersonal deutlich zu entlasten! **P**

„Ich würd' es wieder tun“

Im Sommer 2009 startete Markus Wieser aus familiärer Betroffenheit die Initiative „Kinder und Jugendlichenrehabilitation“ in Österreich und gründete noch im selben Jahr dafür einen Förderverein, dem er als Obmann vorsteht. 15 Jahre später sind **VIELE DER URSPRÜNGLICHEN ZIELE ERREICHT UND ES IST AN DER ZEIT, BILANZ ZU ZIEHEN** in Form eines Buches. | von Rainald Edel, MBA



Markus Wieser, Präsident der AK Niederösterreich und Obmann des Fördervereins Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Seit 2013 ist Markus Wieser Präsident der Arbeiterkammer Niederösterreich und Vorsitzender des ÖGB Niederösterreich. Der gelernte Betriebsleiter engagiert sich seit seiner Jugend für die Interessen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und hatte verschiedene Gewerkschaftsfunktionen auf Bezirks-, Landes- und Bundesebene inne. Doch wie er neben dem sozialpartnerschaftlichen Engagement zum „Gründungsvater“ der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich wurde, schildert er in seinem kürzlich erschienenen Buch „Ich würd' es wieder tun“. Dafür hat die bekannte ehemalige ORF-Journalistin Mag. Sigrun Reininghaus-Cussac auch mit vielen Wegbegleitern gesprochen.

Eine eklatante Lücke im Gesundheitssystem

Als er nach der überstandenen Krebserkrankung seiner damals 12-jährigen Tochter gefragt wurde, ob sie nicht auf Rehabilitation nach Deutschland gehen wolle, wurde Wieser zum ersten Mal mit dem Problem konfrontiert, dass es damals keine Möglichkeit der Rehabilitation für Kinder in Österreich gab. Zum Vergleich: Deutschland verfügte zu diesem Zeitpunkt über 70 Kinderreha-Einrichtungen mit über 7000 Betten – in Österreich gab es kein einziges. Auch die Kostenübernahme war hierzulande kompliziert. Denn bei angeborenen Erkrankungen waren die Sozialreferate des jeweiligen Bundeslandes zuständig, bei solchen, die nach der Geburt eingetreten sind, die je-

weilige Krankenkasse jenes Elternteils, bei der das Kind mitversichert war. Und es gab keinen Anspruch auf Unterstützung, sondern lag im Ermessen der jeweiligen Krankenkasse. „Das war für mich der Punkt, wo ich mir gesagt habe: Eltern, die ein halbes Jahr oder länger gemeinsam mit ihrem Kind gegen eine schwere Krankheit gekämpft haben und am Ende ihrer Kräfte sind, kann man diesen bürokratischen Spießrutenlauf nicht zumuten“, schildert Wieser. Das war für ihn die Motivation, die Initiative Kinder und Jugendreha zu gründen.

Steiniger Anfang

Das nun anlässlich des 15-jährigen Jubiläums erschienene Buch von Markus Wieser „Ich würd' es wieder tun“ zeichnet den langen und oftmals steinigen Weg bis zur Umsetzung der Kinderreha in Österreich nach. Gerade am Anfang galt es überhaupt einmal ein Problembewusstsein für das Thema zu schaffen. Während seitens der Bevölkerung mit 14.000 Unterschriften sehr rasch breite Unterstützung signalisiert wurde, reagierten Politik und Gesundheitssystem eher zögerlich auf die Initiative von Wieser. Aber seine Beharrlichkeit und Überzeugungskraft verschaffte der Initiative schließlich zum Durchbruch.

Wichtige Meilensteine

- 2011 gab der damalige Gesundheitsminister bei einer denkwürdigen Pressekonferenz bekannt, dass der Bedarf bei 350-450 Kinderreha-Betten liegt. Noch im gleichen Jahr

wurde die Kinderrehabilitation ins Regierungsprogramm aufgenommen.

- 2013 verabschiedete die Bundeszielsteuerungskommission Grundsätze und Empfehlungen zur Umsetzung von Kinder- und Jugendlichenrehabilitation.
- 2015 wurde im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit von Ländern und Sozialversicherung die Errichtung von sechs Zentren, verteilt über Österreich, beschlossen.
- Im Frühjahr 2018 eröffneten die ersten drei Zentren in Judendorf-Straßengel, St. Veit im Pongau und Wildbad Einöd. 2019 folgten jene in Rohrbach Berg sowie Bad Erlach. Mit dem Zentrum in Wiesing in Tirol konnte 2023 der Ausbau der Kinder und Jugendlichenrehabilitationszentren abgeschlossen werden.
- 2023 beschloss der Nationalrat einstimmig die Freistellung der Eltern zur Reha-Begleitung für Kinder bis zum 14. Lebensjahr.

Einblicke in den Reha-Alltag

Zu Wort kommen aber auch wichtige Mitstreiter, die mit persönlichem Engagement die Initiative unterstützt haben. In persönlichen Eindrücken beschreiben die Leiterinnen und Leiter der nunmehr sechs speziell auf Kinder und Jugendlichen spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen den Alltag in ihren Zentren. „Die Einführung der Kinderreha war kein Kinderspiel“, resümiert Wieser, der für sein Engagement 2022 mit dem Großen Goldenen Ehrenzeichen für Verdienste um die Republik Österreich ausgezeichnet wurde. Aber auch nach der Umsetzung bleibt für den Förderverein viel zu tun, denn die Reha-Zentren müssen jährlich evaluiert werden, um zu dokumentieren, was man noch verbessern kann. **P**



Das Buch

Ich würd' es wieder tun

Herausgeber: Markus Wieser

Autorin: Mag. Sigrun Reininghaus-Cussac

Gesamtherstellung: YARES GmbH, 1090 Wien

Spendenbeitrag: € 25,-

Bankverbindung: Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich

AT54 1400 0173 1081 0088



PORTFOLIO

Apotheken erweitern ihr Leistungsspektrum

Nach dem „Hofgespräch“ im Vorjahr anlässlich der Eröffnung der neuen Landesgeschäftsstelle fand das traditionelle Sommergespräch der Apothekerkammer Oberösterreich heuer wieder im Lentos Kunstmuseum in Linz statt. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stand eine Diskussionsrunde unter dem Titel „**PARADIGMENWECHSEL IN DER APOTHEKERSCHAFT - NEUE DIENSTLEISTUNGEN FÜR EINE MODERNE GESUNDHEITSVERSORGUNG**“.

von Rainald Edel, MBA

Bei Gesundheitsproblemen suchen die Menschen in Österreich traditionell gerne Rat in ihrer „Apothekum's Eck“. Allerdings gibt es eine Reihe weit verbreiteter Erkrankungen, bei denen man lange keine Symptome verspürt, wie hoher Blutzucker, Bluthochdruck, hohe Cholesterinwerte etc. Diese bleiben in zu vielen Fällen zu lange unentdeckt. Welchen Beitrag die Apotheken bei der frühen Erkennung dieser Erkrankungen leisten können, stand heuer im Mittelpunkt einer Diskussionsrunde im Rahmen des Sommergesprächs, an der Mag. Christine Haberlander, Landeshauptmann-Stellvertreterin und Gesundheitslandesrätin von Oberösterreich, Mst. Michael Pecherstorfer, Vorsitzender des Landesstellenausschusses OÖ, Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner und Präsident von AM PLUS, Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich – DIE Patientenstimme, sowie Vizepräsidentin Mag. pharm. Monika Aichberger teilnahmen.

Apothekengesetz ermöglicht zusätzliche Dienstleistungen

„Das Gesundheitssystem befindet sich in einem Umbruch. Wir werden mit einer alternden Gesellschaft, in der mehr Krankheiten vorkommen, konfrontiert sein“, erklärte Mag. pharm. Thomas W. Veitschegger, Präsident der Apothekerkammer OÖ in seinen Begrüßungsworten zur Eröffnung der Veranstaltung. Darüber hinaus gäbe es weitere große Herausforderungen, die zu einem Umbruch und folglich auch zu einem Umdenken führen müssen – betroffen von diesen Entwicklungen sei auch der gesamte Gesundheitsbereich. Beispiele hierfür wären, dass die Menschen heutzutage viel mehr Wert auf Life-Work-Balance legen, immer weniger Menschen ins Berufsleben eintreten und auch die Berufsbilder immer mehr werden und somit in Konkurrenz zu traditionellen Berufen des Gesundheitswesens stehen. „Dennoch hat die Apothekerschaft in den letzten Jahren bewiesen, dass auf sie Verlass ist. Obwohl

wir ein traditioneller Berufsstand sind, haben wir in der Coronapandemie gezeigt, wie agil wir sind und wie schnell wir auf die außergewöhnlichen Situationen reagieren können“, sagte Veitschegger. Gerade das Thema „Testen“ während der Pandemie habe auch der Politik deutlich vor Augen geführt, dass die großzügigen Öffnungszeiten und der niederschwellige Zugang tolle, unverzichtbare Errungenschaften sind. Mit der Modernisierung des Apothekengesetzes, habe die Testmöglichkeit in Apotheken auch rechtlich Platz gefunden. „Wir sind somit bereit und jederzeit in der Lage, großflächig zu testen, um Krankheiten oder Gesundheitsprobleme zu erkennen und die betroffenen Menschen dann gezielt Ärztinnen und Ärzten für Diagnose und Therapie zuzuweisen“, betonte Veitschegger.

Apotheken als moderne Gesundheitsdienstleister

„Apotheken haben sich in den letzten Jahren zu modernen Gesundheitsdienstleistern gewandelt. Die kürzlich verabschiedete Apothekengesetzesnovelle bietet uns jetzt mehr Möglichkeiten, unseren Beitrag in der Gesundheitsversorgung zu leisten“, erklärte Monika Aichberger, Vizepräsidentin der OÖ-Apothekerkammer. Speziell die Apotheken in Oberösterreich zeigen mit Pilotprojekten wie der Gefäßaltermessung sowie aktuell mit dem FSME-Antikörper-Projekt, welche zusätzlichen Leistungen in Prävention und Früherkennung, erbracht werden können. Auch die gezielte Zuweisung an die richtige Stelle im Gesundheitssystem ist eine wichtige Aufgabe und Unterstützung für die Menschen. „Ich glaube, Ärzteschaft und Apothekerschaft können gemeinsam sehr viel schaffen“, so Aichberger. Die Rolle der Apothekerinnen und Apotheker gehe mittlerweile weit über das Distribuieren und Beraten zu Arzneimitteln hinaus. Kleine Laborparameterbestimmungen, aber auch die Funktion als Lotsen im Gesundheitswesen werde künftig noch stärker notwendig sein. Die Bevölkerung wird immer älter. Daher muss



(v.l.): Thomas W. Veitschegger, Apothekerkammer OÖ; Gerhard Kaniak, NAbg.; Monika Aichberger, Apothekerkammer OÖ



(v.l.): Thomas W. Veitschegger; Sabine Engleitner-Neu, SPÖ-Klubvorsitzende OÖ; Peter Binder, 3. LT-Präsident; Monika Aichberger

1. (v.l.): Ulrike Mursch-Edlmayr, Österreichische Apothekerkammer; Thomas W. Veitschegger; Gerhard Durstberger, Land OÖ; Monika Aichberger

2. (v.l.): Thomas W. Veitschegger; Martin Hajart, Vizebürgermeister Stadt Linz; Maximilian Pointner, Sparkasse Oberösterreich Bank AG; Monika Aichberger

3. (v.l.): Thomas W. Veitschegger; Elisabeth Manhal, LABg. Land OÖ; Monika Aichberger

sich die gesamte Gesellschaft mit der Frage auseinandersetzen, wie man die Anzahl an gesunden Lebensjahren erhöhen kann. Um die Folgekosten nicht erkannter chronischer Erkrankungen zu reduzieren, muss daher die Aufmerksamkeit noch stärker auf Früherkennung und Vorsorge gelenkt werden. „Der große Vorteil der oberösterreichischen Apotheken ist, dass sie nahe bei den Menschen sind. Unsere Apotheken stellen für viele Menschen eine der wichtigsten Anlaufstellen bei gesundheitlichen Fragestellungen dar. Dabei unterstützen Apotheken professionell, und sind wesentliche Partnerinnen im Gesundheitswesen“, betonte Mag. Christine Haberlander, Gesundheitslandesrätin von Oberösterreich.

Ärztliche Diagnose unumgänglich

Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner und Präsident von AM PLUS betonte, wie wichtig





tig es sei, die richtigen Personen rechtzeitig zu erkennen und ihnen durch einen frühen Therapiebeginn Leid und krankheitsbezogene Einschränkungen zu ersparen. Ein wesentlicher Aspekt dabei sei die Zusammenarbeit aller im Gesundheitssystem – von den Apotheken über Ärztinnen und Ärzten bis zu den Therapeutinnen und Therapeuten. Es müsse bei Tests in der Apotheke klargestellt sein, dass bei Auffälligkeiten die Menschen unbedingt zu einer Ärztin, einem Arzt, zu schicken sind, um die genaue Diagnose festzustellen; keine Diagnosestellung in der Apotheke. Aber auch bei Befund negativen Tests sollten die Menschen motiviert werden zur Vorsorge zur Ärztin, zum Arzt zu gehen – nicht zuletzt, um auch falsch negative Schnelltests auszuschließen. Notwendig sei aus seiner Sicht auch eine Dokumentation der Testergebnisse und welche weiteren Schritte Patientinnen und Patienten in Folge geraten wurden. „Die Aufgaben werden immer mehr, so dass eine Einrichtung diese in Zukunft gar nicht mehr alleine bewältigen kann. Daher ist die Zusammenarbeit wichtig, aber auch der regelmäßige Austausch“, so Rebhandl.

Gemeinsames Anliegen: Vorsorge

„Wir, die Österreichische Gesundheitskasse, haben im Jahr 2023 mehr als 220 Millionen in Vorsorge und Prävention für unsere Versicherten investiert“, erklärte Michael Pecherstorfer, Vorsitzender des Landesstellenausschusses OÖ. Man sei davon überzeugt, dass jeder investierte Euro in Vorsorge und Prävention ein Vielfaches wieder zurückspiele. Daher werde man diesen Bereich immer weiter ausbauen. Auch im Bereich der Gesundheitsförderung engagiere sich die ÖGK stark mit diversen Programmen. Weiters sprach er den Innovations- und Zielsteuerungsfonds an, durch den in Oberösterreich bereits viele innovative Projekte ins Leben gerufen wurden: „Wir in Oberösterreich sind gut in der Zusammenarbeit. Mit unserer kreativen Art können wir noch weitere, bessere Leistungen für die Versicherten schaffen.“

Vertrauensverhältnis zu Apotheke

Die Apotheken können und leisten viel, und sind für Patientinnen und Patienten oft die erste Ansprechstelle in Gesundheitsfragen. Da über 80 Prozent der Menschen regelmäßig in „ihre

Die Diskussionsrunde beim Sommergespräch der Apothekerkammer Oberösterreich (v.l.): Michael Pecherstorfer, Angelika Widhalm, Christine Haberlander, Thomas W. Veitschegger, Monika Aichberger, Erwin Rebhandl

Stammapotheke“ gingen, gäbe es ein besonderes Vertrauensverhältnis, schilderte Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich – DIE Patientenstimme. „Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist ein niederschwelliger Zugang zur Früherkennung und Prävention von Krankheiten wichtig – denn dies bedeutet Lebensqualität. Daher sollten alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden und die Gesundheitsberufe eng zusammenarbeiten“, hob Widhalm hervor. „Wir Apothekerinnen und Apotheker sind gut darauf vorbereitet, noch mehr für die Gesundheit der Menschen in diesem Land zu leisten“, betonte Thomas W. Veitschegger, Präsident der Apothekerkammer OÖ abschließend. **P**



1. (v.l.): Thomas W. Veitschegger; Lucia Weber; Thomas Weber, Klinikum Wels-Grieskirchen; Monika Aichberger

2. (v.l.): Thomas W. Veitschegger; Elisabeth Frech, Apothekerkammer OÖ; Monika Aichberger

3. (v.l.): Thomas W. Veitschegger; Brigitte Wunsch, Pharmazeutische Gehaltskasse; Monika Aichberger

4. (v.l.): Thomas W. Veitschegger; Walter Aichinger, Rotes Kreuz OÖ; Monika Aichberger; Dagmar Märzinger, Rotes Kreuz OÖ; Thomas Märzinger, Rotes Kreuz OÖ





PORTFOLIO

Kommunikation entscheidet

DAS WISSEN IN DER MEDIZIN VERDOPPELT SICH DERZEIT ETWA ALLE 73 TAGE – das stellt insbesondere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte vor enorme Herausforderungen. Eine einfache und effiziente Lösung könnte ein kurzes Telefonat mit Fachärztinnen und -ärzten unterschiedliche Disziplinen darstellen. | von Michaela Meier

Eine aktuelle PRAEVENIRE Umfrage hat die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer Fachhotline für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erhoben. Immer topinformiert zu bleiben und das neu generierte Wissen rasch in die Behandlung der Patientinnen und Patienten einfließen zu lassen, wäre damit einfach umsetzbar. Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus auch deutlich, dass die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Team ausbaufähig ist, die angespannten Ressourcen im System gleichzeitig sinnvoll entlasten könnte.

Angesichts der rasanten Zunahme an Information ist die regelmäßige Teilnahme an medizinischen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, Seminaren und Workshops zwar hilfreich, um Best Practices auszutauschen oder unmittelbar hands-on zu trainieren, jedoch die Zeit dafür fehlt im Alltag. Selbst die vielen Onlinemöglichkeiten zur wissenschaftlichen Recherche, um über neueste Forschungsergebnisse informiert zu bleiben, erfordert Zeit, die gerade im extramuralen Sektor selten in diesem Umfang vorhanden ist. Denn trotz aller Bemühungen um den interdisziplinären Austausch sind die Ärztinnen und Ärzte mit eigener Ordination immer noch Einzelkämpferinnen und Einzelkämpfer.

Telefonieren statt überweisen?

Niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sind die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen und Geschlechter mit unterschiedlichsten gesundheitlichen Problemen, von akuten Erkrankungen bis zu chronischen Krankheiten. Sie müssen ein breit gefächertes Wissen mitbringen, um eine Vielzahl von Krankheiten und Symptomen zu diagnostizieren, zu behandeln oder die Patientinnen und Patienten zu den richtigen Stellen weiterzuüberweisen. Diese Koordinationsrolle ist zeitaufwendig und erfordert neben dem Fachwissen auch umfangreiche Kenntnisse über das gesamte Gesundheitssystem. Auf Notfälle und akute Erkrankungen müssen sie ebenso vorbereitet sein wie auf das kontinuierliche Management von Medikamenten, einschließlich der Berücksichtigung von Wechselwirkungen und Nebenwirkungen – das erfordert umfassende pharmakologische Kenntnisse. Immerhin geben 89 Prozent der befragten Medizinerinnen und Mediziner an, sehr häufig, häufig oder manchmal unsicher im Hinblick auf die präzise Diagnose zu sein. Ein ähnlich hoher Prozentsatz meint, dass ein fünfminütiges Telefonat mit einer Facharztkollegin oder einem Facharztkollegen durchaus hilfreich wäre, um die weitere

bestmögliche Diagnose und Therapieschritte gleich selbst durchzuführen. Die positiven Auswirkungen für das Gesundheitswesen liegen auf der Hand: Patientinnen und Patienten werden rascher behandelt, das könnte Folgeerkrankungen und Folgekosten vermeiden. Unnötige Wege durch das System – damit auch Doppelbefundungen oder lange Wartezeiten – könnten massiv reduziert werden. Am Ende werden Kosten und Zeitressourcen gespart und die Patientinnen und Patienten ohne Umwege durch das System gelenkt.

Multidisziplinäre Zusammenarbeit gefordert

Patientinnen und Patienten haben oft komplexe gesundheitliche Bedürfnisse, die verschiedene medizinische Fachgebiete betreffen. Die Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und Fachärzten, Therapeutinnen und Therapeuten und anderen Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleistern ist erforderlich, um eine umfassende und koordinierte Versorgung zu erreichen. Was im Spital, in Ambulanzen oder in Primärversorgungseinheiten an der Tagesordnung ist, fällt in der eigenen Ordination mangels Ressourcen oft schwer. Die Allgemeinmedizin lehrt zwar ein breites Wissen, aber nicht die tiefgehende Spezialisierung in jedem medizinischen Bereich und schon gar nicht die fachübergreifende Kommunikation. Durch die Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus anderen Disziplinen kann jedoch einfach sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten die bestmögliche diagnostische und therapeutische Expertise erhalten. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert auch die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung: Schnellere Diagnosen, effektivere Behandlungspläne und eine Verringerung von Doppeluntersuchungen und -behandlungen entlasten das Gesundheitswesen. Chronische Krankheiten und Multimorbidität machen die Behandlung und koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Fachärztinnen und Fachärzte ohnehin erforderlich, um eine optimale Therapie sicherzustellen und negative Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Behandlungen zu vermeiden. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit können Behandelnde sicherstellen, dass ihre Patientinnen und Patienten eine umfassende, qualitativ hochwertige und koordinierte Versorgung erhalten, die auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnitten ist.

Viele Erhebungen haben bereits gezeigt, dass sich gerade jüngere Medizinerinnen und Mediziner multiprofessionelle Teamarbeit wünschen und darin viele Vorteile sehen, die von der Entscheidungssicherheit bis hin zu einer besseren

Work-Life-Balance reicht. In einem unterstützenden Teamumfeld fühlen sich Ärztinnen und Ärzte oft wohler und weniger isoliert. Gemeinsame Entscheidungsfindung und gegenseitige Unterstützung können die Berufszufriedenheit steigern und das Risiko von Burnout reduzieren. Auch wenn die PRAEVENIRE Umfrage zeigt, dass inter- und multidisziplinäre Netzwerke vorhanden sind und oft ein rascher Anruf bei Kolleginnen und Kollegen hilfreich ist, sehen 60 Prozent der Befragten diesen Weg noch als durchaus ausbaufähig: 73 der 121 Befragten nutzen diese Möglichkeit derzeit nicht und würden sich einen derartigen Austausch über Fachdisziplinen hinweg durchaus wünschen. Besonders ausgeprägt ist die Zustimmung im Osten von Österreich, während die Befragten in den westlichen Bundesländern diese Form der Zusammenarbeit schon häufiger nutzen. Fakt ist, dass durch die Aufteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten die Effizienz und Produktivität gesteigert werden kann – nicht nur der eigenen Ordination, sondern auch des gesamten Gesundheitssystems. Teams können schneller und effektiver auf komplexe medizinische Situationen reagieren und bessere Ergebnisse erzielen. Schließlich fördert auch der Einsatz moderner Technologien und digitaler Werkzeuge die Teamarbeit. Elektronische Patientenakten, Telemedizin und andere digitale Lösungen erleichtern die Kommunikation und Zusammenarbeit innerhalb von Teams.

Vorteile für die Patientenlenkung

Nahezu alle Befragten sind sich einig, dass institutionalisierte Netzwerke, die alle unterschiedlichen Fachärztinnen und -ärzten unbürokratisch zum raschen Austausch vernetzt, wesentlich dazu beitragen könnte, weitere Überweisungen zu reduzieren. 112 der 121 Befragten stimmen hier mit einem klaren „ja“ zu, lediglich neun der Befragten sehen keinen Einfluss auf die Patientenlenkung. Betrachtet man die Analyse im Detail, so sind sogar 58 Prozent davon überzeugt, dass der Austausch mit anderen Fachdisziplinen dazu führen könnte, dass zwischen 20 und 60 Prozent der eigenen Überweisungen nicht erforderlich wären.

Facts & Figures

Zeitraum:	Mai und Juni 2024
Stichprobe:	121 Gesundheitsdienstleister österreichweit
Geschlecht:	57 % männlich, 43 % weiblich
Alter:	29 % bis 40 Jahre, 45 % 41-60 Jahre, 26 % 61 Jahre oder älter



PRAEVENIRE

Expert-Report 3

Wie wichtig das wäre und welche entlastenden Effekte dadurch entstehen, zeigt ein Blick auf die Kosten der unterschiedlichen Anlaufstellen im System. Die absoluten Gesundheitsausgaben umfassen 39,6 Mrd. Euro für den öffentlichen Sektor und 11,3 Mrd. Euro für den privaten Sektor (Stand 2022). Binnen zehn Jahren sind die Kosten im Bereich der stationären Versorgung um rund vier Milliarden Euro gestiegen, obwohl die Zahl der Patientinnen und Patienten mit Übernachtung im Krankenhaus rückläufig ist. Auch die Aufenthaltsdauer sank von 14 Mio. (2011) Belagstagen auf 10,7 Mio. (2021). Die Anzahl der Frequenzen in den Spitalsambulanzen ist in etwa gleichgeblieben, obwohl auch hier die Kosten um rund 2 Mrd. Euro angestiegen sind. Spitäler sind der teuerste Touchpoint entlang der Patient journey, denn ein Belagstag kostet im Schnitt 1.223 Euro. Ein ambulanter Patient oder eine ambulante Patientin kommt in der Regel mehrmals und schlägt mit 432 Euro zu Buche. Im Vergleich dazu kommt ein Behandlungsfall beim niedergelassenen Arzt oder bei der niedergelassenen Ärztin auf rund 66,39 Euro.

Renaissance für das Telefon

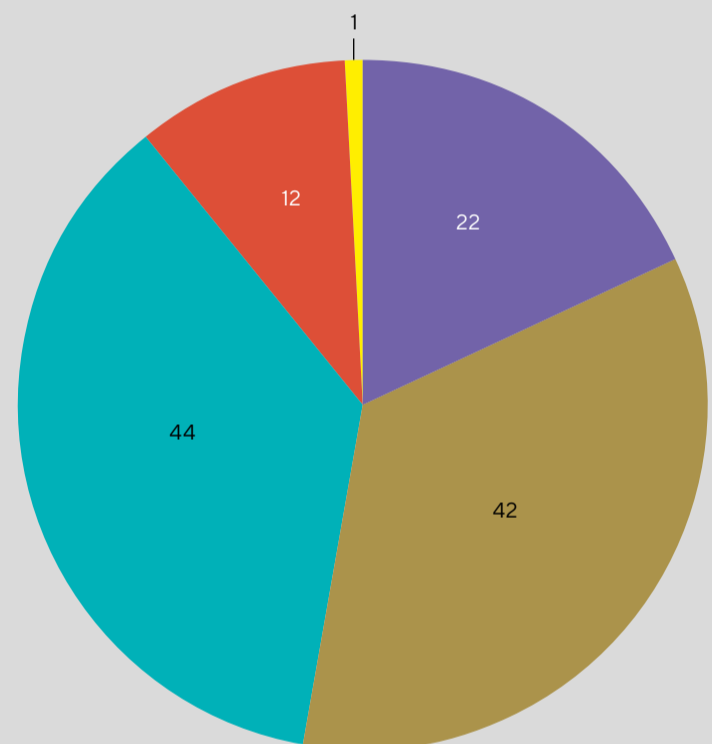
Die Idee einer Telefonhotline, die von allen Facharzt disziplinen besetzt ist und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten niederschwellig in der Zeit von 8:00 bis 18:00 für unpersonalisierten und unverbindlichen Ratschlag zur Verfügung steht, wird von 101 der 121 Befragten positiv aufgenommen: Sie sind überzeugt, davon könnten Behandelnde sehr oder eher profitieren. Lediglich 16 Befragte sehen keinen unmittelbaren Nutzen des Angebots. Auch wenn das Telefon auf den ersten Blick nicht zeitgemäß wirkt, hat es doch viele Vorteile. So ist die direkte und persönliche Kommunikation häufig schneller und effektiver als schriftliche oder KI-unterstützte Kommunikation. Man erhält sofort Antworten und Lösungen für ein Anliegen, bei Missverständnissen und Rückfragen spielt ebenfalls die direkte Kommunikation ihre Vorteile aus. Die persönliche Bindung schafft auch Vertrauen. Sogar 71 Prozent der Befragten würden die Hotline mehrmals täglich bis mehrmals wöchentlich nutzen. Durch die direkte Sammlung von Feedback kann das Service rasch verbessert werden. Hotlines, die mit Fachexperten besetzt sind, bieten einfachen Zugriff auf fundiertes Wissen und kompetente Beratung und unterstützen so, die Entscheidungen abzustützen und zu sichern. ^P

Weitere detaillierte Auswertungen folgen in den nächsten Ausgaben.

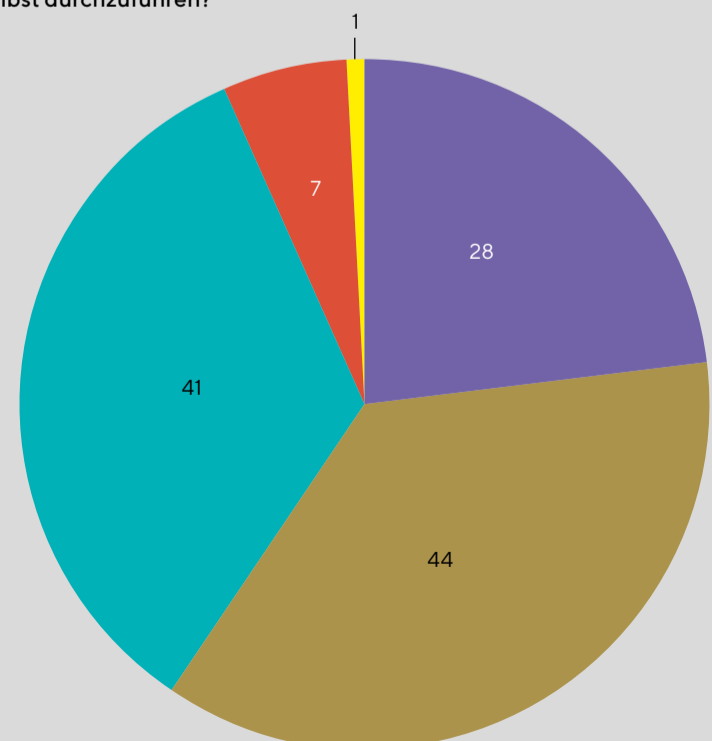


1. Wie oft kommt es – aus Ihrer Sicht – vor, dass bei niedergelassenen Ärzt:innen aufgrund dieser Tatsache eine Unsicherheit bezüglich der präzisen Diagnose herrscht?

- Sehr häufig
- Häufig
- Manchmal
- Selten
- Nie



2. Wie häufig wäre – aus Ihrer Sicht – ein fünfminütiges Telefonat von Allgemeinmediziner:innen mit Fachärzt:innen hilfreich, um die bestmögliche weitere Diagnose und Therapieschritte, wie Medikation etc. selbst durchzuführen?





PRÄGNANT

Kostenerstattung als Innovationsbremse?

Persönliche Lebensqualität und eine hochwertige, stabile Gesundheitsversorgung sind untrennbar mit Medizinprodukten verbunden. Kaum eine Diagnose oder ein ärztlicher Eingriff ist ohne sie denkbar. Daher ist es an der Zeit, **MEDIZINPRODUKTE NICHT NUR ALS KOSTENFAKTOR ZU BETRACHTEN, SONDERN ALS INNOVATIVE LÖSUNG**, um das Gesundheitswesen effizienter zu machen. | von Mag. Renate Haiden, MSc.



Nicht sparen an, sondern sparen mit Medizinprodukten muss die Devise lauten, sagte Alexander Hayn.

Behandlungsprozess gesehen kostensparende Produkte kein Entscheidungskriterium sind, um in den Leistungskatalog der Sozialversicherungen aufgenommen zu werden. Billig muss es sein“, bringt es Hayn auf den Punkt. Für eine Branche, die ohnehin streng reguliert ist, wird es daher immer schwieriger, Innovationen zu Patientinnen und Patienten zu bringen. Das trifft nicht nur das Gesundheitswesen und die Versorgung, sondern die gesamte Volkswirtschaft: „Der Wirtschaftsstandort und damit Arbeitsplätze sind in Gefahr, wenn Innovationen ausgebremst werden.“

Chancen digitaler Gesundheitsanwendungen

Innovation ist also kein Kriterium, um in diese Leistungskataloge aufgenommen zu werden, im Gegenteil: Laut ASVG müssen die Behandlung und die Kostenerstattung dazu „ausreichend und zweckmäßig erfolgen“ und dürfen „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Als Beispiel bringt Hayn Verbandstoffe: „Je nach Produktkategorie und innerhalb jeder Gruppe muss ein neues Produkt, gemessen am Preis in Cent pro Quadratzentimeter der Wirkfläche des Verbandstoffes, billiger sein als das billigste Produkt in der aktuellen Kategorie.“ Vergleicht man diese Vorgangsweise etwa mit einem Smartphone, würde das bedeuten: Die Größe des Displays entscheidet über den Verkaufspreis, nicht hingegen, ob eine hochwertige Kamera oder mehr Speicherplatz eingebaut ist. Zudem muss das neue Produkt billiger sein als das bereits am Markt befindliche Produkt. „Kein Hersteller würde sich das vermutlich bieten lassen“, resümiert Hayn.

Die restriktive Kostenerstattung ist sichtlich eine sehr wirkmächtige Zugangsbarriere. Sollen künftig mehr digitale Gesundheitsanwendungen auf den Markt kommen, die als Medizinprodukt zugelassen werden müssen, so ist diese Form der Aufnahme in den Leistungskatalog auf jeden Fall zu überdenken, denn Hard- und Software unterliegen schnellen Innovationszyklen, die nicht ausgeblendet werden können, wenn der Patientennutzen im Vordergrund stehen soll. „Aktuelle digitale Pilotprojekte machen Hoffnung, dass es doch möglich sein wird, mit der Kostenerstattung auch Innovationsförderung zu betreiben“, sagt Hayn.

Um die Erstattung von Medizinprodukten insgesamt innovationsfreundlich zu gestalten, braucht es nach Ansicht des Experten einen Dialog zwischen allen Stakeholdern und den Mut, eingefahrene Pfade zu verlassen. Es braucht auch Objektivität und die begleitende Evaluierung, welchen Nutzen die Produkte tatsächlich dem Gesundheitswesen bringen. „Wir müssen konsequent sein und beibehalten, was sich bewährt, sowie weglassen, was sich nicht bewährt“, so der AUSTROMED-Vertreter. Er fordert: „Wir dürfen nicht bei Medizinprodukten sparen, sondern mit innovativen Medizinprodukten!“ **P**

Medizinprodukte-Unternehmen tragen wesentlich dazu bei, die qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung der österreichischen Bevölkerung sicherzustellen und laufend zu verbessern. Sie sind auch unverzichtbarer Wirtschaftsfaktor für Österreich, bieten sichere und attraktive Arbeitsplätze und sorgen für Fortschritt und Innovation bei der Gesundheitsversorgung. „Die Branche zeichnet sich durch einige Besonderheiten aus. So sind Medizinprodukte der gemeinsame Nenner für mehr als 750.000 verschiedene Güter, die vom kleinen Handelsbetrieb bis zum großen Konzern auf den Markt gebracht werden. Die Unternehmen arbeiten in einem hochsensiblen Bereich, der menschlichen Gesundheit, an einer Schnittstelle von Wirtschaft, Technik und Medizin. Das sorgt dafür, dass auch strenge Vorschriften gelten, wenn Medizinprodukte zum Patienten kommen“, beschreibt KommRat Mag. Alexander Hayn, Obmann des Bundesgremiums des Foto-, Optik- und Medizinproduktehandels der Wirtschaftskammer Österreich sowie Vizepräsident der AUSTROMED, der Interessensvertretung der Medizinprodukte-Unternehmen in Österreich, im Rahmen seines Impulsvortrages am 1. PRAEVENIRE Denkartag der Branche. Die Komplexität der Regulierung von der Zulassung bis zur Erstattung und schließlich der hohe Wettbewerbsdruck sind für die Branche immer wieder herausfordernd, innovativ zu sein und zu bleiben. „Für Unternehmen ist es wichtig, ihre Innovationskompetenz aufzubauen und zu

halten. Wir arbeiten täglich daran, die zum Teil hemmenden Auswirkungen der EU-Verordnungen für Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika abzufedern und als Chance für Innovation zu begreifen“, sagt Hayn.

Innovation ist kein Entscheidungskriterium

Nicht nur auf europäischer Ebene hat die Branche mit legislativen Herausforderungen zu kämpfen. Auch hierzulande ist das Erstattungssystem ein Hemmschuh, der immer wieder dazu führt, dass moderne und kosteneffiziente Medizinprodukte nicht zum Einsatz kommen. „Die Sozialversicherungen haben wahrlich keine leichte Aufgabe, wenn Solidarität, Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualitätssicherung mit einer innovativen, bedarfsgerechten und angemessenen Versorgung in Einklang gebracht werden müssen.“ Aktuell stellt sich das System der Kostenerstattung aus Sicht des Experten dennoch häufig als Innovationsbremse dar. Eine zentrale Rolle spielt das Kompetenzzentrum für Heilbehelfe und Hilfsmittel, das einen Leistungskatalog mit Empfehlungscharakter für die Sozialversicherungsträger erstellt. Anders als bei Arzneimitteln erfolgen Entscheidungen, ob Medizinprodukte erstattet werden, nicht über einen Bescheid, sondern in Einzelverträgen oder Rahmenvereinbarungen, sodass den Unternehmen bei einer Ablehnung auch keine Rechtsmittel zur Verfügung stehen. Transparent und offen zur Einsicht für die Patientinnen und Patienten sind diese Entscheidungen nicht. „Wir erleben, dass innovative und über den





Neue Versorgungsformen dringend gefragt

Ein **UMDENKEN AUF ALLEN EBENEN FORDERT DR. ALEXANDER BIACH**, Direktor-Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien, in seinem Implusvortrag am 1. PRAEVENIRE Denkertag am 13. Mai 2024 in Seitenstetten und beschreibt seine Lösungen für eine effiziente und effektive Versorgung. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Die Demografie, der Ressourcenmangel, die Kostenexplosion, die Lebenserwartung und die Pflegebedürftigkeit sind nur einige der Faktoren, die das Gesundheitswesen in Österreich schon seit vielen Jahren unter Druck bringen. „Daher müssen neue Versorgungsformen überlegt werden, denn wenn wir uns die Finanzsituation ansehen, so zeigt sich, dass wir den Kostendämpfungspfad längst verlassen haben und der Trend weiter ansteigt“, sagt Biach. So haben wir etwa im Spitalsbereich noch vor zehn Jahren von 12 Milliarden Euro Kosten gesprochen und befinden uns bereits bei 18 Milliarden Euro. „Diese Dynamik ist in dieser Form sicher nicht mehr leistbar und bedarf dringender Überlegungen zu neuen Versorgungsformen, die nicht nur günstiger, sondern auch rascher und effizienter für die Behandlung der Patientinnen und Patienten sorgen“, so Biach weiter.

Alt, aber nicht gesund

Die durchschnittliche Lebenserwartung der Österreicher liegt bei 81,3 Jahren. Die Freude über ein langes Leben täuscht aber über die Realität hinweg, denn mehr als 15 Jahre verbringen die meisten nicht mehr bei guter Gesundheit. Bereits rund 20 Prozent der über 65-Jährigen bewerten hierzulande ihren Gesundheitszustand als so schlecht, dass sie Unterstützung, Betreuung oder Pflege benötigen. Ab einem Alter von 65 Jahren sind 20 Prozent der heimischen Bevölkerung bereits Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher, während es zum Vergleich in Schweden nur 8 Prozent sind. „Damit liegt Österreich klar im letzten Drittel Europas. Während wir uns also nur etwa bis zum 59. Geburtstag über ein beschwerdefreies Leben freuen können, kommen Länder wie Schweden auf fast 73 gesunde Lebensjahre und selbst Deutschland liegt mit 66

Spitäler sind nicht für alle Gesundheitisanliegen automatisch auch der Best-Point-of-Service, sagte Alexander Biach.

Jahren deutlich vor Österreich“, gibt Biach zu bedenken. Die Entwicklung ist kaum verwunderlich, wenn man dazu auch einen Blick auf die Vorsorgeangebote wirft: Nur etwa 14 % der Versicherten nehmen das Angebot der kostenlosen Vorsorgeuntersuchung in Anspruch. Mit den Ausgaben von 0,6 Prozentpunkten des Bruttoinlandsproduktes, die Österreich für die Diabetesbehandlung vorsieht, liegen wir im europäischen Spitzenfeld. Ebenso besorgniserregend sind die Statistiken rund um Übergewicht und Adipositas: Hier liegt die Prävalenz bei Jugendlichen und Erwachsenen bei rund 50 Prozent.

Wo bleibt die Konsequenz?

Belege für Fehlentwicklungen gibt es demnach genug und auch Ideen, wie gegengesteuert werden kann: „Doch scheint es bisher an der Konsequenz in der Umsetzung zu mangeln“, meint Biach. Ende 2023 wurde nun im Zuge des Finanzausgleichs neuerlich ein Bündel an Gesetzen verabschiedet, die gute Weichen für den Gesundheitsbereich stellen. Der Ausbau der Primärversorgungseinheiten ist beispielsweise ein wichtiger Schritt, von dem Biach viel hält. „Längere Öffnungszeiten, die multiprofessionelle Versorgung und ein breiteres Angebot sind ein guter Weg, um Patientinnen und Patienten von teuren in günstige und gleich gute Versorgungsformen zu lenken“, ist der Experte überzeugt. Dass Spitäler der teuerste Touchpoint entlang der Patienten-Journey sind, ist nicht neu. Zudem liegen wir mit 6,8 Betten auf 1.000 Österreicherinnen und Österreicher ebenfalls im absoluten europäischen Spitzenfeld. Ein Belagtag schlägt mit 1.223 Euro zu Buche, im Vergleich dazu kommt ein Behandlungsfall bei der niedergelassenen Ärztin oder beim niedergelassenen Arzt auf rund 66,39 Euro. „Der Grundsatz digital vor ambulant und stationär

kann nur dann erfolgreich verwirklicht werden, wenn es tatsächlich gelingt, Patientenströme aus dem stationären Bereich auch in den ambulanten oder in den niedergelassenen Bereich zu lenken. Dazu muss aber das tagesklinische und ambulante Angebot auch vorhanden sein“, sagt Biach.

1450 muss populärer werden

Das Verlagerungspotenzial vom ambulanten in den niedergelassenen Bereich konnte in einer WKO-Studie mit rund 2,45 Milliarden Euro quantifiziert werden. Klar ist: Patientinnen und Patienten müssen davon überzeugt werden, dass die Wahl des richtigen Touchpoints im Gesundheitswesen für sie auch ein besseres Ergebnis bringt. Nach Biachs Vorstellung sollte bei jedem Gesundheitsbedürfnis, das entsteht, zuerst 1450 konsultiert werden. Dort gibt eine Ärztin oder ein Arzt eine Empfehlung, wohin sich die Anrufer wenden sollen. Wenn diese vorgeschlagenen Wege eingehalten werden, könnte als „Belohnung“ dafür etwa die Rezeptgebühr erspart bleiben. Unter dem Motto „1450 first“ hat sich schon während der Pandemie gezeigt, dass die Bevölkerung durchaus lernfähig ist. Die niederschwellige Gesundheitsberatung könnte mit der aktuellen Anbindung an ELGA und einigen weiteren Adaptierungen als zentrales Steuerungselement überaus nützlich sein. Ebenso sind die Anbindung der Privat- und Wahlärztinnen und -ärzte an das ELGA-System sowie die verpflichtende Codierung im extramuralen Setting für Biach wichtige Schritte zu einer professionelleren Gesundheitsversorgung. „Der beste Weg wäre eine Patientensteuerung durch mehr Prävention, sodass die Angebote der Reparaturmedizin gar nicht erst in Anspruch genommen werden müssen“, so Biach abschließend. **P**



PRÄGNANT



Fairer Zugang zu Medikamenten

Univ.-Prof. Dr. Claudia Fuchs, LL.M. vom Institut für Österreichisches und Europäisches Öffentliches Recht an der WU Wien, liefert mit ihrem Impulsstatement am 1. PRAEVENIRE Denkartag die **GRUNDLAGE FÜR DIE DISKUSSION RUND UM DAS NEUE BUNDESWEITE BEWERTUNGSBOARD FÜR ARZNEIMITTEL.** | von Mag. Renate Haiden, MSc

Das Medikamenten-Bewertungsboard soll zur Bewertung neuer und bestehender Therapien vorrangig im Krankenhausesektor eingeführt werden. Damit soll ein österreichweit einheitlicher Zugang zu diesen Therapien ermöglicht werden, und zwar unabhängig vom Bundesland, in dem Betroffene wohnen. Doch die Zusammensetzung, die Aufgaben und die Kompetenzen lassen noch eine Reihe von Fragen offen, die es dringend zu beantworten gilt. Mit einer Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) erhält die Einrichtung eines bundesweiten Bewertungsboards auch einen regulatorischen Rahmen. Organisatorisch soll es beim Gesundheitsministerium angesiedelt sein und auch eine Geschäftsstelle soll eingerichtet werden. Zusätzlich ist auch ein sogenanntes Verhandlungsteam vorgesehen. Die Finanzierung erfolgt über Bundesmittel.

Fachliche Expertise unklar

Das Bewertungsboard, das von unterschiedlichen Seiten beschickt wird, soll sich aus 25 Mitgliedern zusammensetzen. 24 Mitglieder sind stimmberechtigt, sie setzen sich überwiegend aus Vertretern des Gesundheitsministeriums und der Sozialversicherungsträger zusammen. „Lediglich drei stimmberechtigte Mitglieder kommen von der universitären Seite und müssen Expertise in den Bereichen Medizin und Pharmazie mitbringen“, gibt Univ.-Prof. Dr. Claudia Fuchs, LL.M. vom Institut für Österrei-

chisches und Europäisches Öffentliches Recht an der WU Wien Einblick. Das 25. Mitglied bleibt der Patientinnen- und Patientenvertretung vorbehalten – jedoch ohne Stimmrecht, mit lediglich beratender Funktion.

Die Aufgaben des Boards lassen sich in zwei Phasen gliedern: In erster Linie gilt es, hochpreisige und spezialisierte Arzneimittel zu identifizieren. Danach wird festgestellt, ob es sich um ein Arzneimittel im intramuralen Sektor handelt, oder an der Schnittstelle zum extramuralen Bereich. „Ist diese Entscheidung gefallen, beginnt die fünfmonatige Frist zu laufen, die das Gesetz vorsieht, innerhalb der das Bewertungsboard eine Empfehlung abgeben kann“, sagt Fuchs. Doch damit ist der Prozess noch nicht am Ende: Die Empfehlung kann zunächst über Anwendung oder Nichtanwendung im Hinblick auf die betreffende Arzneispezialität entscheiden, eine generelle Beurteilung des medizinisch-therapeutischen Zusatznutzens sein oder die Formulierung von Anwendungskriterien und allenfalls notwendigen Begleitmaßnahmen umfassen. Alle Entscheidungen müssen auf der Website des Gesundheitsministeriums veröffentlicht werden.

Wirtschaftlichkeit entscheidend

Interessant ist auch, dass im Gesetzestext ausdrücklich festgehalten ist, dass die Empfehlungen nicht nur gesundheitsbezogene Erwägungen in Betracht ziehen müssen, sondern auch wirtschaftliche. „Dafür wird ein Verhand-

Die Organisation und Umsetzung des neuen Bewertungsboards lassen noch viele Fragen offen, berichtete Claudia Fuchs.

WU
VIENNA



lungsteam eingerichtet, das mit den vertriebsberechtigten Unternehmen kommuniziert. Wie es zusammengesetzt ist, wird nur lose vorgegeben“, sagt Fuchs. Im Wesentlichen setzt es sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Sozialversicherungsträger und Länder zusammen. Auf Basis der Ergebnisse dieser Preisverhandlungen findet dann der Bewertungsprozess durch das Bewertungsboard statt.

„Im Gesetz wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Empfehlungen den Charakter von Sachverständigengutachten haben, die sich nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft richten müssen“, beschreibt die Juristin und ergänzt: „Für mich lässt das schon die Frage offen, wie fundiert diese Entscheidung getroffen werden kann, wenn von 25 Personen lediglich drei über ausgewiesene Expertise in Medizin und Pharmazie verfügen. Zudem haben bloße Empfehlungen keinen rechtsverbindlichen Charakter, wie etwa ein Bescheid oder eine Verordnung.“

Problematisch für den raschen Einsatz bestimmter Arzneimittel stellt sich die fünfmonatige Entscheidungsfrist dar, die erst ab der Zuordnung der Arzneispezialität zu laufen beginnt und – so das Gesetz – auch verlängert werden kann, ohne dafür Gründe zu nennen. Es gibt zudem keinen Rechtsanspruch, dass das Board überhaupt einen Empfehlungsprozess startet und innerhalb einer bestimmten Zeit zum Abschluss kommt. **P**

„Digital first“ ist noch ausbaubar

Wenn die Bevölkerung nach dem Motto „DIGITAL VOR AMBULANT VOR STATIONÄR“ das Gesundheitswesen nutzen soll, braucht es noch eine Reihe von Ausbausritten. Noch ist vieles nicht verfügbar, was tatsächlich zu einem Effizienzschub führen kann. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Nach Angaben einer Umfrage einer österreichischen Tageszeitung ist die Gesundheit eines der vorrangigsten Themen für die heimische Bevölkerung. Gleichzeitig stimmt ein Anteil von 80 % der Befragten auch dafür, dass das Gesundheitssystem „besser“ werden muss. „Hier stellt sich für mich die Frage nach dem Soll- und dem Ist-Zustand, also wie gut ist das System aktuell und was genau sollte verbessert werden“, sagt Dr. Michael Binder, medizinischer Direktor des Wiener Gesundheitsverbundes im Rahmen seines Impulsvortrages am 1. PRAEVENIRE Denkertag. Um diese Frage zu beantworten, hat er sich auf die Suche nach passenden Quellen begeben und ist beim Gesundheitsministerium fündig geworden, wo er auch die Grundlage für „digital vor ambulant vor stationär“ findet. „Auf der Website ist zu lesen, dass Österreich über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt verfügt, jedoch viele Leistungen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten besser oder günstiger möglich wären, die derzeit in Spitälern erbracht werden. Es wird auch darauf hingewiesen, dass das auf lange Sicht enorme Kosten verursacht.“ Zudem beschreibt das Ministerium auch, dass immer weniger Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen System arbeiten, daher Kassenstellen unbesetzt bleiben und die Wartezeiten lang sind.

Schwachstellen im System

Ein Indiz dafür, dass im Gesundheitssystem eine Reihe weiterer Schwachstellen vorhanden sind, lässt sich auch aus der Tatsache ableiten, dass sich in den letzten 50 Jahren die relativen Ausgaben zum Bruttoinlandsprodukt für die Gesundheit nahezu verfünffacht haben, dabei aber die Bevölkerung nicht gesünder geworden ist. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Österreicher liegt bei 81,3 Jahren, wovon wir aber mehr als 15 Jahre nicht mehr bei guter Gesundheit verbringen. Bereits rund 20 Prozent der über 65-Jährigen bewerten hierzulande ihren Gesundheitszustand als so schlecht, dass sie Unterstützung, Betreuung oder Pflege benötigen. Damit liegt Österreich klar im letzten Drittel Europas.


Binder bringt weitere Faktoren zur Entwicklung des Gesundheitswesens: „Die Medikamentenkosten sind in den letzten Jahren gestiegen. Das muss man aber auch unter dem Aspekt sehen, dass die pharmazeutische Wissenschaft in der letzten Dekade Beeindruckendes geleistet hat, was bei vielen Erkrankungen, besonders onkologischen, fast an ein Wunder grenzt. Viele Erkrankungen, die noch vor Jahren zum Tod geführt haben, sind heute sehr gut behandelbar oder sogar heilbar.“



Michael Binder: Das Österreichische Gesundheitssystem wird oft hoch gelobt. Zu Recht?

Einen großen Teil der steigenden Gesamtkosten, nämlich rund 60 Prozent, machen Personalkosten aus und auch die Kosten für die stationäre Behandlung haben aufgrund der hochtechnisierten, geräteintensiven Medizin zugenommen. Dass Spitäler der teuerste Touchpoint entlang der Patienten-Journey sind, liegt auf der Hand. Zudem liegen wir mit 6,8 Betten auf 1.000 Österreicherinnen und Österreicher ebenfalls im absoluten europäischen Spitzenfeld. Dass ein Belagstag dann gleich mit 1.223 Euro zu Buche schlägt, wissen die wenigsten, die bei kleineren Beschwerden direkt das nächste Krankenhaus ansteuern. Im Vergleich dazu kommt ein Behandlungsfall beim niedergelassenen Arzt auf rund 66,39 Euro. Doch der ist zu Randzeiten und an Wochenenden in der Regel nicht verfügbar, auch wenn wir bei aller Personalmissere mit einer Ärztinnen- und Ärztedichte von 5,3 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner immer noch an der der OECD-Spitze liegen. Eine Verbesserung der negativen Entwicklungen, wie etwa die Lebensjahre in schlechter Gesundheit, wäre nach Ansicht des Experten gar nicht schwierig, wenn Österreich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung heben würde: „Das obliegt aber nicht dem Gesundheitsministerium, sondern vor allem der Bildung und der Wissenschaft. Das heißt, man müsste Gesundheit endlich als Querschnittmaterie begreifen und den Health in All Policies-Ansatz in die Praxis bringen.“

Digitalisierung noch nicht so weit

Binder befürwortet, dass Patientinnen und Patienten mehr Eigenverantwortung übernehmen sollen, doch zeigt er auch auf, dass die Forderung nach „digital first“ in der Praxis noch auf viele Lücken stößt. „Wir haben weder die telemedizinischen Services in der Niederlassung, die es dazu brauchen würde, noch sind überhaupt entsprechende Befunde an allen Touchpoints der Patienten-Journey verfügbar. Von einer Patienten-Summary und den Befunddaten, die allen Behandlerinnen und Behandlern extra- und intramural zugänglich sein sollen, sind wir auch noch ein Stück entfernt“, so der medizinische Direktor des Wiener Gesundheitsverbundes. Seine Wünsche für eine rasche Entwicklung gehen in mehrere Richtungen: „Zuallererst muss sich etwas an den Mittelflächen im Gesundheitswesen verändern, die einfach viel zu komplex sind. Strukturen müssen sich verändern. Wenn mehr ambulant gemacht wird, müssen Spitäler auf Leistungen verzichten. Wenn wir von Digitalisierung sprechen, dann braucht es Angebote, die auch zugänglich und nicht nur öffentlichkeitswirksame, aber leere Floskel sind. Hier gibt es noch viel zu wenig Services, die von Patientinnen und Patienten oder den Behandlerinnen und Behandlern auch genutzt werden. Wieviele können sich bereits heute einen notwendigen Termin in einem öffentlichen Krankenhaus vereinbaren? Dann brauchen wir nicht von einem digitalisierten System zu sprechen“, sagt Binder. 





PRÄGNANT



Die Geschwindigkeit für Transformation steigern

DIGITALISIERUNG PASSIERT NICHT VON SELBST, SONDERN BRAUCHT AUCH KOMPETENZEN IN UNTERNEHMEN UND FORSCHUNG. Dazu trägt unter anderem das Engagement von DI Dr. Verena Ossmann, Leiterin der Plattform für Gesundheitstechnologie, NÖ Wirtschaftsagentur ecoplus in Tulln, bei. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Wer beispielsweise Lösungen für niederösterreichische Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen anstoßen, entwickeln und umsetzen will, ist hier richtig. „Wir sind eine zentrale Anlaufstelle für Betriebe, wenn es um Digitalisierung geht“, sagt Ossmann. Im „Haus der Digitalisierung“ ist buchstäblich alles unter einem Dach. „Wir bündeln Know-how und Services zum Thema Digitalisierung und fungieren als innovativer Ausstellungsraum, Eventlocation und Zentrum für Unternehmensservices“, beschreibt die Leiterin der Plattform für Gesundheitstechnologie das Angebot. Langfristige Ziele sind unter anderem die Entwicklung neuer Produkte und Dienstleistungen. Es geht aber auch um neue Ausbildungsangebote im Gesundheitsbereich sowie um den wichtigen Know-how- und Technologietransfer in die Unternehmen. Das physische Haus arbeitet Hand in Hand mit einer virtuellen Plattform und zahlreichen Netzwerken, die gemeinsam einen Fokus verfolgen: die Steigerung der Transformationsgeschwindigkeit von Unternehmen in Niederösterreich, den Ausbau der Forschung und die Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung.

Alles unter einem Dach

Das im Dezember 2022 eröffnete „Haus der Digitalisierung“ in Tulln ist die zentrale niederösterreichische Anlaufstelle für Expertinnen und

Ziel von Verena Ossmann: Digitale Gesundheitskompetenz zu heben und Innovation fördern.



WIRTSCHAFTSAGENTUR
NIEDERÖSTERREICH



Experten sowie Betriebe im Digitalisierungsbereich. Auf 4.200 m² Gesamtfläche gibt es einen Showroom- und Eventbereich, Hörsäle der Fachhochschule Wiener Neustadt, einen Gastrobereich mit Gastgarten, Büroeinheiten und das Wissenschaftslabor „FabLab“ des Landes Niederösterreich. „Immer im Fokus der Leistungen ist die Unterstützung heimischer Klein- und Mittelunternehmen auf ihrem Weg in die

digitale Zukunft und die einfache Vermittlung des Themas Digitalisierung für Jung und Alt“, sagt Ossmann. In der „Werkstatt der Zukunft“, dem „FabLab“ stehen zum Beispiel Anwendungen von 3-D-Druck, Laserscanning oder Augmented Reality am Programm – nicht nur in der Theorie, sondern auch in der Praxis. In verschiedenen Workshops kann das technische Equipment selbst ausprobiert werden. Auch der Biotech Campus Tulln der FH Wiener Neustadt ist im Haus der Digitalisierung angesiedelt und schlägt mit dem berufsbegleitenden „Bio Data Science“-Studiengang die Brücke von der Biotechnologie zur Digitalisierung. Die Geschäftsstelle für Technologie & Digitalisierung ist der direkte Draht zum Land Niederösterreich, das mit mehr als 40 aktuellen Projektbeispielen und über 40 Kennzahlen und Indikatoren für das Jahr 2023 in ihrem „digi report“ zeigt, was hinter der Digitalisierungsstrategie von Niederösterreich tatsächlich steckt. „Auch hier steht die praktische Umsetzung klar im Vordergrund“, betont Ossmann.

Künstliche Intelligenz in der Medizin

Landesintern liegt der Schwerpunkt auf digitalen Lösungen mit Fokus auf künstlicher Intelligenz. Im Handlungsfeld „Forschung und Innovation“ wird zum Beispiel die Entwicklung neuer digitaler Möglichkeiten für technologische Produkt-, Prozess- oder Organisationsinnovationen vorangetrieben. „Ein Beispiel daraus sind etwa KI-gestützte Visualisierungen in der Radiologie“, beschreibt Ossmann. Dazu kommt in den radiologischen Instituten an Niederösterreichs Kliniken vermehrt Advanced Visualization Technology, kurz AVT, zum Einsatz. AVT unterstützt Radiologinnen und Radiologen durch den Einsatz von künstlicher Intelligenz in der Befundung von CTs und MRTs. Die KI-unterstützte Lösung ermöglicht dabei spezielle Darstellungen sowie standardisierte Vermessungen und ist in einigen Bereichen wie der onkologischen, kardiologischen, pulmonologischen und traumatischen Versorgung mittlerweile unverzichtbar für eine schnelle und gleichzeitig hochwertige Befundung. „Die Vorteile für Patientinnen und Patienten liegen in der Reduktion der Anzahl an Untersuchungen und damit einhergehend der Strahlen- bzw. Kontrastmitteldosis. Zudem wird die Patientensicherheit durch die standardisierten Berechnungen erhöht. Durch diese Optimierungen und Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen können darüber hinaus die Kosten für radiologische Versorgung reduziert und das Gesundheitspersonal kann entlastet werden“, beschreibt Ossmann.

Daten zum Angreifen

Mit einer jährlich wechselnden multimedialen Themeninszenierung für Digitalisierung sollen Besucherinnen und Besucher quer durch alle Altersgruppen begeistert werden. Den Anfang machte 2023 die Ausstellung Mensch + Maschine, seit Februar 2024 läuft die Inszenierung SMART DATA + DU. „Im Zentrum steht die Idee, die vielfältige und komplexe Landschaft der datengetriebenen Prozesse und Anwendungen besser verständlich zu machen. Die Ausstellung liefert spannende Einblicke, egal wie viel man über Digitalisierung bereits vorab weiß“, bestätigt Ossmann. Damit nimmt die Ausstellung ein wichtiges Thema auf, das auch als Forderung aus dem 1. PRAEVENIRE Denkartag hervorgegangen ist: Die digitale Kompetenz und die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung müssen gehoben und die Wissenschaftsskepsis muss überwunden werden. „Nur wer den Nutzen versteht, wird auch bereitwillig die Anwendung annehmen“, ist Ossmann überzeugt. **P**

Prävention: Der Schlüssel zur Lösung?

STELT SICH DIE GESUNDHEITSPOLITIK DIE RICHTIGEN FRAGEN? Setzt sie sich mit den richtigen Zielen auseinander? Diese zwei Fragen stellte der Präsident der Sportunion, Mag. Peter McDonald, am 1. PRAEVENIRE Denkartag und gab spannende Antworten. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Die demografische Veränderung, der Mangel an Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften sowie der steigende Bedarf, multimorbide und chronisch Kranke zu versorgen, bringt das Gesundheitssystem an seine Grenzen. „Das Wissen ist nicht neu. Wir wissen auch, dass die Unzufriedenheit in der Bevölkerung zunimmt, vor allem, weil die Wartezeiten auf Therapien oder Behandlungstermine immer länger werden“, sagt Mag. Peter McDonald, Präsident der Sportunion, und ergänzt: „Die Schere zwischen steigender Nachfrage und sinkendem Angebot bei Leistungen, aber auch beim Personal führt mich zur Überlegung, dass wir schon viel früher anfangen müssen, das System zu entlasten. Wir müssen nationale Strategien entwickeln, die Bevölkerung länger gesund zu halten, und so vom Gesundheitswesen möglichst fernzuhalten.“

Wie der ungewöhnliche Ansatz gehen kann, liegt auf der Hand: durch mehr Fokus auf dem Thema der Prävention. Das bringt nicht nur spürbare Entlastungen in der Versorgung, sondern verbessert auch die gesunden Lebensjahre in der Bevölkerung – und hier ist Österreich ohnehin nicht unter den Vorreitern in Europa.

Messbare Ziele setzen

In den letzten Jahren sind die Belegtage im Spital um ein Fünftel und die Spitalsaufenthalte um ein Viertel gesunken – dennoch sind die Kosten für das Spitalwesen in der gleichen Zeit um ein Drittel angestiegen. Daher regt McDonald zu einem Perspektivenwechsel an: „Die Politik setzt sich keine messbaren Ziele und kontrolliert regelmäßig, ob sie auch erfüllt werden. Jedes private Unternehmen, jeder Konzern arbeitet faktenorientiert und hat klare Umsatzziele, die es zu erreichen gilt. Sie werden auch monatlich oder quartalsweise kontrolliert und bei Bedarf sofort nachjustiert. Und man würde es nicht glauben: Sobald man Ziele hat, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass man diese auch erfüllt eklatant!“ Der Experte kann auch gleich mit ein paar Vorschlägen aufwarten, die er im Sinne der verstärkten Prävention für sinnvoll hält: bis 2035 ein Plus an fünf gesunden Lebensjahren für jede Österreicherin und jeden Österreicher. „Das allein würde schon ein Umdenken hin zu mehr präventiven Maßnahmen erfordern. Menschen müssen zu mehr Bewegung motiviert werden, daher würde ich



Peter McDonald plädiert für klare und messbare Ziele in der Politik.

SPORT UNION

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM

damit beginnen, die Ministerien Gesundheit und Sport zusammenzulegen“, sagt McDonald. Er fordert disruptive Ansätze, die über alle Politikbereiche hinweg Gesundheit als echte Querschnittsmaterie betrachten. Seine nächste Forderung lautet: „Maximale Krebsprävention. Wir sollten uns zu Ziel machen, die Zahl der Krebstoten in Österreich bis 2035 zu halbieren.“ Automatisierte Aufrufe zu regelmäßigen Screenings und positive Anreize für die Bevölkerung könnten aus Sicht des Experten viele Erkrankungen, vor allem Brust- oder Darmkrebs – schon in einem Stadium verhindern, in dem noch nicht viel menschliches Leid und hohe Krankheitskosten angefallen sind. „Die Zielwerte müssen noch mit Expertinnen und Experten erarbeitet werden, aber ich denke, das ist keine schwierige Aufgabe“, so McDonald.

Bewegung ist „beste Medizin“

Als positives Beispiel verweist er auf die Angebote der Sozialversicherung der Selbständigen, die mit Gesundheitszielen und Anreizen, an Vorsorgeprogrammen teilzunehmen, erfolgreich

ist. „Vorsorge hilft in allen Lebensphasen, die eigene Gesundheit zu erhalten. Mit Gesundheitswochen, dem Gesundheitshunderter oder Beratungsangeboten werden Versicherte dabei unterstützt, lange gesund und beschwerdefrei zu bleiben und die persönlichen Ressourcen zu stärken. Gesundheitsziele zu Themen wie Gewicht, Alkohol- und Nikotinkonsum sowie Bewegung und Blutdruck werden vereinbart und bei Zielerreichung mit einer Reduktion des Selbstbehaltes belohnt“, beschreibt McDonald eine einfache, aber wirkungsvolle Maßnahme. Als Präsident der Sportunion ist McDonald Bewegung ein besonderes Anliegen: „Wir müssen 100 Prozent der Kinder in Sportvereine bringen. Derzeit liegen wir etwa bei der Hälfte.“ Auch sollen sich 90 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher so bewegen, dass sie die Bewegungsempfehlungen erfüllen – das sind rund 2,5 Stunden mittelmäßige Intensität pro Woche. „Aktuell erfüllt es einer von dreien“, weiß McDonald und fordert abschließend: „Rücken wir die Prävention in den Fokus und setzen wir disruptive Impulse, um den Druck aus dem Gesundheitswesen herauszubekommen.“

4.-7. JULI 2024

Samstag, 6. Juli		
9:00-16:00 Uhr	Networking Lounge	Böghlerhof, Terrasse
9:00-11:00 Uhr	Gipfelgespräch	Alte Schafalm
	Rechte der Patienten	
9:00-11:00 Uhr	Gipfelgespräch	Fichtensaal, Böghlerhof
	Onkologie 2030	
9:00-10:30 Uhr	Denker Talk (geschlossene Veranstaltung)	Alpbacherstüberl
	Finanzierung innovativer Therapien	
11:00 Uhr	<i>Pause</i>	
11:30-13:30	Gipfelgespräch (geschlossene Veranstaltung)	Alte Schafalm
	Blutzuckernormalisierung	
11:30-13:30	Gipfelgespräch	Fichtensaal, Böghlerhof
	Gesundheit 2030 – Fokus Spital	
13:30 Uhr	<i>Pause</i>	
14:00-16:00	Gipfelgespräch (geschlossene Veranstaltung)	Alte Schafalm
	Seltene Erkrankungen	
14:00-16:00	Gipfelgespräch (geschlossene Veranstaltung)	Fichtensaal, Böghlerhof
	Kardiomypopathien	
16:00 Uhr	<i>Pause</i>	
17:00 Uhr	OPEN ALM	Alte Schafalm
	HIV – Digitalisierung vs. Stigmatisierung	
	Podiumsdiskussion	
19:30 Uhr	<i>Abendessen</i>	Hotel Böghlerhof
Sonntag, 7. Juli		
9:00-13:00 Uhr	Networking Lounge	Böghlerhof, Terrasse
9:00-11:00 Uhr	Gipfelgespräch (geschlossene Veranstaltung)	Alte Schafalm
	CAR-T Therapie	
9:00-11:00 Uhr	Gipfelgespräch	Fichtensaal, Böghlerhof
	Lebergesundheit 2030	
11:00 Uhr	<i>Pause</i>	
11:30-13:30	Gipfelgespräch (geschlossene Veranstaltung)	Alte Schafalm
	Myasthenia Gravis	
11:30-13:30	Gipfelgespräch	Fichtensaal, Böghlerhof
	Diabetes 2030	
13:30 Uhr	<i>Pause</i>	
14:00	NETWORKING WALK	vom Böghlerhof zum Zottahof
	Von Betroffenen zu Beteiligten – wie Patientinnen und Patienten vertreten?	
18:30 Uhr	<i>Abendessen</i>	Gasthof Rossmoos

ALPBACH



11. PRAEVENIRE GESUNDHEITSGESPRÄCHE | ALPBACH

Hotel Böglerhof | Alte Schafalm | Dorf Alpbach, Tirol

Donnerstag, 4. Juli

15:00–16:30 Uhr	PRAEVENIRE Insights I (geschlossene Veranstaltung)	Fichtensaal, Böglerhof
17:00–18:30 Uhr	PRAEVENIRE Insights II (geschlossene Veranstaltung)	Fichtensaal, Böglerhof
19:30 Uhr	PRAEVENIRE Insights III	Hotel Böglerhof

Abdessen

Freitag, 5. Juli

9:00–17:00 Uhr	<i>Networking Lounge</i>	Fichtensaal, Böglerhof
9:00–11:00 Uhr	Gipfgespräch Privatisierung und Pflege	Alte Schafalm
11:00 Uhr	<i>Pause</i>	
11:30–13:30	Gipfgespräch (geschlossene Veranstaltung) Pneumokokken Impfung	Alte Schafalm
13:30 Uhr	<i>Pause</i>	
14:00 Uhr	ERÖFFNUNG 11. PRAEVENIRE GESUNDHEITSGESPRÄCHE	Veranstaltungssaal Alpbach
14:15–15:30 Uhr	PRAEVENIRE Talk I Frauengesundheit in der Lebensmitte Podiumsdiskussion	
15:45–17:00 Uhr	PRAEVENIRE Talk II Gesunde Lebensjahre – aber wie?	
17:15–18:15 Uhr	PRAEVENIRE Talk III Digitalisierung im Gesundheitswesen Podiumsdiskussion	
20:00 Uhr	<i>Abdessen</i>	Hotel Böglerhof





Alpbach 2024

11 Jahre PRAEVENIRE Gipfelgespräche auf der Alten Schafalm in Alpbach

Digitalisierung im Gesundheitswesen
PRAEVENIRE Talk III

Gesunde Lebensjahre – aber wie?
PRAEVENIRE Talk II

Frauengesundheit in der Lebensmitte
PRAEVENIRE Talk I

PERRISKOP

SONDERAUSGABE
ALPBACH
2024

JUN 2024

117