

Lebensmut statt Endzeitstimmung

Interview mit Claudia Altmann-Pospishek

**Gesundheit vor
Profit schützen**
Johannes Steinhart

**Zukunftssicheres
Gesundheitssystem**
Andreas Huss

**Spitals-IT:
Umbruch als Chance**
Franz Leisch



8

PEOPLE

35 Jahre Engagement für Kinderschutz

1989 wurde „die möwe“ gegründet und hat von Beginn an Kindesmisshandlung sowie Kindesmissbrauch zum Thema gemacht. Damit wurde ein gesellschaftliches Tabu gebrochen und den Opfern eine professionelle Anlaufstelle geboten. Vor welchen Herausforderungen die Organisation heute steht und welche Wünsche an eine neue Regierung offen sind, erklärt Mag. Hedwig Wölfl, Geschäftsführung und fachliche Leitung von „die möwe“.

- 4 **Lebensmut statt Endzeitstimmung:** Interview mit Claudia Altmann-Pospiscek
- 6 Nächste Bundesregierung muss **Konzernisierung im Gesundheitssystem Riegel vorschieben**
- 8 35 Jahre **Engagement für Kinderschutz**
- 10 Networking Walk: **Im Einsatz für Patientinnen und Patienten**

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, Mag. pharm. Andreas Hoyer, Mag. Beate Krapfenbauer, Michaela Meier, Dr. Ernest G. Pichlbauer, Paul Schnell, Wolfgang Wagner, Mag. Elisabeth Weigand, MBA, Mag. Birgit Weilguni
- Foto Cover** Ben Leitner
- 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

Wie viel sind uns unsere Kinder wert?

Der Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich und das PRAEVENIRE Gesundheitsforum haben Ende Juni zu den vierten Gipfelgesprächen am Fuße der Rax geladen. Neu seit diesem Jahr ist die Erweiterung auf ein Zweitagesprogramm. Es gibt viel zu tun in der pädiatrischen Versorgung. Denn: Kinder sind unsere Zukunft!

- 12 Maßnahmen für ein **zukunftsfähiges Gesundheitssystem**
- 14 PRAEVENIRE Initiative Kinder- und Jugendgesundheit: **Wie viel sind uns unsere Kinder wert?**
- 16 PRAEVENIRE Initiative Leber 2030: **Tabuthema „Leber“**
- 18 **Kolumne »360° Blick«** von Pro Rare Austria
- 19 Erfrischender Austausch über **drängende Gesundheitsthemen**



23

PIONIERE

Kardiovaskuläre Erkrankungen: Wiens Innovatoren

Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören weltweit zu den häufigsten Todesursachen. An der Medizinischen Universität Wien engagieren sich zahlreiche Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Medizinerinnen und Mediziner, um innovative Lösungen und Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, die das Leben von Patienten verbessern und die Gesundheitsversorgung revolutionieren sollen. Aktuell gibt es in Wien einige herausragende Projekte, die bedeutende Fortschritte in der Behandlung und Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen erzielen möchten.

- 20 **Myasthenia gravis:** Reiches Armamentarium, problematische Finanzierung
- 22 **Kolumne »Pharmazeutische Perspektiven«** Österreichischer Apothekerverband
- 23 **„HEARTS Conference“** – Kardiovaskuläre Erkrankungen: Wiens Innovatoren
- 24 **Telemedizin:** „Alles wird anders“
- 26 PRAEVENIRE Initiative Onkologie 2030: **Neue Therapieansätze in der Krebsbehandlung**

© KRISZTIAN JUHASZ, GEORGES SCHNEIDER, ARZTEKAMMER FÜR WIEN/STEFAN SEELIG

SEITENSTETTEN



2. PRAEVENIRE DENKERTAG
Seitenstetten, 2025

www.praevenire.at

5. MAI



PLATTFORMEN

Spital 2030: Ideen für eine bessere Zukunft

Denkerinnen und Denker waren in Alpbach eingeladen, neue Impulse für ein zukunftsfähiges Spitalswesen in Österreich zu sammeln. Der Zeitpunkt könnte besser nicht sein – die Nationalratswahl steht an.

- 28 **Open Alm:** Die Stigmatisierung von HIV-Patientinnen und Patienten überwinden
- 30 Gesundheitsgespräche auf der Schafalm: **Risiken und Nebenwirkungen privater Investments**
- 32 **Kolumne » Rezeptblock «** von Ernest G. Pichlbauer
- 33 **Harm Reduction:** Politik der „kleinen Schritte“
- 34 **Spital 2030: Ideen für eine bessere Zukunft**



PORTFOLIO

Ein Krätermessen um teure Arzneimittel

Der Zugang zu innovativen Therapien in Österreich ist nach wie vor unzureichend und der Weg dorthin mit vielen bürokratischen Hürden gepflastert. PRAEVENIRE hat Vertreter aus Wissenschaft, Medizin, Industrie und Patientenvertretung eingeladen, wesentliche Herausforderungen und mögliche Lösungsansätze zu diskutieren.

- 42 PRAEVENIRE Talk Frauengesundheit: **Tabuthema Wechseljahre**
- 44 **Bewertungsboard:** Ein Krätermessen um teure Arzneimittel
- 46 Im Team erfolgreich – **PRAEVENIRE Expert-Report 3**



POLITIK

Plattformlösungen für alle!

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen bietet riesige Chancen. Für das Funktionieren sind einige Faktoren entscheidend: Zugänglichkeit für die Patientinnen und Patienten und erkennbare Vorteile bei Teilnahme. Leichte Bedienbarkeit und direkter Nutzen für die Beschäftigten sowie Vernetzung durch offene Plattformlösungen zwischen Sektoren/ Institutionen. Dies erklärten Fachleute bei den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach.

- 36 **Digital Health:** Gesundheitsdaten schützen, aber auch nützen
- 38 **PRAEVENIRE Talk Digitalisierung:** Plattformlösungen für alle!
- 40 **Ökonomie versus Medizin:** Der schwierige Zugang zu innovativen Therapien



PRÄGNANT

Versorgungsstrukturen neu denken

Um Innovationen im Gesundheitswesen voranzutreiben, braucht es eine gemeinsame Vision aller Beteiligten. Die kann es nur geben, wenn Schnittstellen, Bundesländergrenzen oder die Trennung in extra- und intramurale Versorgung überwunden wird. Wie realistisch das ist und wo Handlungsbedarf herrscht, wurde bei den PRAEVENIRE Insights in Alpbach kürzlich diskutiert.

- 48 **Versorgungsstrukturen** neu denken
- 51 **Prävention: Sport ist die beste Medizin**
- 52 **Spitals-IT: Umbruch als Chance statt Belastung**
- 54 **Diabetiker-Versorgung** blockiert!

SHAPE THE FUTURE



**7. PRAEVENIRE
DIGITAL HEALTH SYMPOSIUM 2025**

www.praevenire.at

**2.-3.
APRIL**



PEOPLE

Lebensmut statt Endzeitstimmung

Mit 38 Jahren bekam Claudia Altmann-Pospiscek die Diagnose Brustkrebs. Dieser hatte bereits in Leber und Knochen gestreut. **DIE DURCHSCHNITTLICHE LEBENSERWARTUNG BEI METASTASIERTEM BRUSTKREBS BETRÄGT DERZEIT ZWEI BIS VIER JAHRE.** Mit bisher 11 Jahren gehört die Wiener Neustädterin zu den Langzeitüberlebenden. Wie sie mit der Diagnose umgegangen ist, was die Krankheit in ihrem Leben verändert hat und welche Unterstützung sie vom Gesundheitssystem erwartet, schildert sie im PERISKOP Interview. | von Rainald Edel, MBA

Statt sich zurückzuziehen, ging Claudia Altmann-Pospiscek mit ihrer persönlichen Geschichte an die Öffentlichkeit. Mit ihrem Blog „Claudias Cancer Challenge“ und vielen weiteren Aktionen schafft sie große Aufmerksamkeit und Verständnis für die Situation von Patientinnen und Patienten mit Krebs im fortgeschrittenen Stadium.

PERISKOP: Die Chancen auf Heilung aber auch das Ansprechen von Therapien hängt stark mit dem Zeitpunkt der Entdeckung einer Krebserkrankung zusammen. Wird hier Ihrer Meinung nach in Österreich schon genug gemacht, oder bedarf es hier noch Nachbesserungen? Müssten Screenings engmaschiger werden?

ALTMANN-POSPISCHEK: Österreich hat bei kostenlosen Screening-Angeboten ab dem 40. Lebensjahr im europäischen Vergleich die Nase vorne. Das ist die beste und wichtigste Maßnahme, um eine Brustkrebserkrankung möglichst früh zu erkennen, denn dann sind die Heilungschancen am größten. Das Problem ist nur, dass viel zu wenige Frauen auch tatsächlich zur Mammografie gehen. Weil sie keine Information darüber haben, weil sie sich vor der Untersuchung fürchten, weil sie nicht mit einer Krebserkrankung rechnen – die Gründe sind vielfältig. Dabei erkrankt jede achte Frau im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Engmaschigere Kontrollen gehen mit einer höheren Strahlenbelastung durch die Mammografie einher. Davon raten Expertinnen und Experten auch ab – außer es handelt sich um Hochrisikopatientinnen. Das heißt, das Ziel kann nur sein, der Öffentlichkeit die Vorteile von Screenings nahezubringen. Es gilt, die wichtige Botschaft an die Frau zu bringen.

Österreich hat jetzt im Sommer eine Ausweitung der kostenlosen HPV-Impfung bis zum 30. Lebensjahr umgesetzt. Impfungen sind aber nur ein Baustein in der Krebsprävention. Welche Schritte müssten noch implementiert werden, damit vermeidbare Krebsrisiken gesenkt werden können?

Das ist ein großartiger Schritt in der Präventionsstrategie. Ich denke, wir sollten in erster Linie die Gesundheitskompetenz fördern und stärken. Diese ist in Österreich – im europäischen Vergleich – nur mittelmäßig ausgeprägt. Das fängt schon im Schulalter an – hier fehlt ein entsprechendes eigenes Fach mit Augenmerk auf Körper, Gesundheit, Ernährung und Bewegung. Denn, wer einen gesunden Lebensstil pflegt, trägt enorm dazu bei, das Krebsrisiko zu senken.

Bedeutung hat weiters – gerade was das Thema Brustkrebs betrifft – das Wissen um die genetische Prädisposition. Rund 30 Prozent aller Frauen mit Brustkrebs sind familiär vorbelastet.

Wer hier aufmerksam ist und an Früherkennungsprogrammen teilnimmt, kann eine Erkrankung bereits im Anfangsstadium diagnostizieren. Auch eine vorsorgliche Brustentfernung kann in einigen Fällen das Krankheitsrisiko deutlich senken. Information und Aufklärung sind hier der Schlüssel zum Erfolg. Wenn wir den Nutzen des Gesundheitssystems erhöhen wollen, muss es verstärkt Investitionen in die Präventionsmedizin geben.

Österreich hat bei kostenlosen Screening-Angeboten ab dem 40. Lebensjahr im europäischen Vergleich die Nase vorne. Das ist die beste und wichtigste Maßnahme, um eine Brustkrebserkrankung möglichst früh zu erkennen, denn dann sind die Heilungschancen am größten.

Claudia Altmann-Pospiscek

Mit über 80 Prozent zählt Brustkrebs zu jenen Arten, die grundsätzlich eine sehr große Heilungschance haben, wenn sie früh erkannt werden und rechtzeitig eine Intervention stattfindet. In Ihrem Fall hat sich allerdings schon gleich zu Beginn gezeigt, dass der Krebs gestreut hat und Metastasen an den Knochen und in der Leber vorhanden sind. 2018 wurden zudem Metastasen im Bauchfell festgestellt. Wie sind sie mit dieser Diagnose umgegangen? Wo findet man in diesen Fällen noch Halt?

„Sie haben Krebs“ sind mitunter die drei schlimmsten Worte, die man hören kann. Plötzlich ist nichts mehr, wie es einmal war. Kein Stein bleibt auf dem anderen; die eigene kleine Welt findet sich in Schutt und Asche wieder. War bei mir so – ohne genetische Prädisposition und trotz regelmäßiger Gyn-Besuche. Sofort Metastasen. Angst. Panik. Die bange Frage: „Muss ich jetzt sterben?“

Ich bin durch verschiedene Phasen gegangen: Zuerst war da diese fürchterliche Schockstarre, in der ich wie in einem dichten Nebel agierte. Dann kam die unbändige Angst, die mir die Luft zum Atmen raubte. Darauf folgte eine Zeit des Haderns nach dem Motto: „Warum passiert das ausgerechnet mir?“ Diese ging über in eine langsame Akzeptanz der Situation, die ich ohnehin nicht ändern konnte. Und daraus entstand die Kraft, den Blick wieder nach vorne zu richten und meinen Weg weiterzugehen. Ich habe folgende Metapher im Kopf: „Der Krebs ist mein Beifahrer – ich werde ihn nicht mehr los. Aber ich sitze hinter dem Steuer und

gebe die Richtung und das Tempo vor. Solange es noch geht“. Das beschreibt wohl am besten, wie sich mein Leben mit fortgeschrittenem Brustkrebs anfühlt.

Wo fand ich Halt? In erster Linie bei meinem sozialen Umfeld – meinem Peter, meiner Mama und meinen Freundinnen, Freunden, die mich stets unterstützt und motiviert haben. Dafür bin ich ungemein dankbar!

Ihr Arzt hat Ihnen nach der Diagnose eine Überlebenszeit von zwei Jahren vorausgesagt. Mittlerweile leben Sie seit 11 Jahren mit der Erkrankung. Was bedeutet metastasierter Brustkrebs für Betroffene? Wie verändert sich das Leben, der Alltag?

Metastasierte Frauen ...

- leiden unter einer chronischen, unheilbaren Krankheit
- können nie wieder in ihr altes Leben einsteigen
- brauchen Dauertherapie
- müssen mit fortwährenden Nebenwirkungen und Schmerzen zurechtkommen
- tragen eine enorme psychische Belastung
- können in den meisten Fällen nicht mehr arbeiten
- müssen anhaltende finanzielle Einschnitte hinnehmen
- sind gezwungen, ihre (familiären) Lebensträume einzuschränken/aufzugeben

Claudia Altmann-Pospiscek ist sich sicher: Die Erkrankung bringt nicht nur Fürchterliches mit sich – sondern auch Schönes, wie z. B. ein anderer Fokus im Leben oder neue Freundschaften.



© BEN LEITNER



- stellen ihre Familie und ihr Umfeld vor große Herausforderungen
- sind plötzlich mit der Endlichkeit des Lebens konfrontiert

All diese Punkte machen den Rucksack, den man von einem auf den anderen Tag ungewollt umschnallt bekommt, äußerst schwer.

Das Leben mit Krebs ist wie eine Achterbahnfahrt. Mal geht's steil bergauf und dann rast man wieder flott nach unten. Es gibt zahlreiche Hochs und Tiefs, gute und schlechte Untersuchungsbeobachtungen, inspirierende Begegnungen und interessante Erkenntnisse; aber auch schlimme Schockerlebnisse und niederschmetternde Diagnosen.

Ich würde mir einen Cancer Case Manager wünschen, der gleich bei der Diagnose mit seinem ‚Bauchladen an Unterstützungsmöglichkeiten‘ vorstellig wird.

Claudia Altmann-Pospishek

Zur Behandlung der metastasierten Brustkrebserkrankung war in Ihrem Fall ein wahrer Marathon an Behandlungen notwendig. Studien zeigen, dass Patientinnen und Patienten nur knapp die Hälfte dessen verstehen, was ihnen Ärztinnen und Ärzte im Therapiegespräch vermitteln wollen. Wie bereiten sie sich auf Arzttermine vor? Welche Verbesserungen in der ärztlichen Aufklärung wären aus Ihrer Sicht wünschenswert?

Das stimmt. Wenn man die Worte „Krebs“ und „Chemotherapie“ hört, dann geht der Rollbalken runter und man bekommt nicht mehr viel mit. Diese einschneidende Nachricht muss sich erst setzen. Da braucht es im Nachgang einfache Erklärungen in laiengerechter Sprache – also verständliche Kommunikation. Und da scheitert's oft im Krankenhausalltag.

Am bedeutendsten war es für mich, eine stabile, vertrauensvolle Beziehung zu meinem Onko-Team aufzubauen. Mit dem Ziel, auf Augenhöhe zu kommunizieren und ein „shared decision making“ zu erreichen. Auch wenn ich Medizinisches nicht bis ins letzte Detail verstehe – so sehe ich mich nach all den Jahren als „Hobby-

Die Bloggerin blickt nach vorne: Ich empfinde es als hilfreich, sich darauf zu konzentrieren, was man noch kann und nicht darauf, was man nicht mehr kann.

medizinerin“ und möchte meine Entscheidungen als mündige Patientin gemeinsam mit dem Arzt treffen. Nichts ist für mich wichtiger als Kapitänin meines eigenen Bootes zu bleiben. Hier kurz zusammengefasst meine 7 Tipps für ein wertvolles Gespräch mit dem Onko-Team:

- Zusammenstellen eines Fragebogens
- Mitnehmen einer Vertrauensperson
- Begegnung auf Augen- und Herzeshöhe
- Nachfragen bei Unklarheiten
- Anstreben eines shared-decision-making
- Festlegen der nächsten Schritte
- Motivierende take-home-messages

Was generell gute Kommunikation ausmacht? Offenheit, Ehrlichkeit, Verständnis und Empathie. Gepaart mit ausreichend Zeit und einer großen Portion Motivation.

Sie haben 2018 auch eine Selbsthilfegruppe zu metastasierendem Brustkrebs gegründet. Wie wichtig ist diese Vernetzungsarbeit für Betroffene?

„Was ist wichtiger? Der Weg oder das Ziel? Die Weggefährten!“ – Ein weiser Spruch.

Ebenso bedeutsam wie die Kommunikation mit dem Onko-Team ist der Austausch unter Betroffenen. Mitpatientinnen und -patienten bringen Verständnis, Erfahrung und Schwarmwissen mit – das ist nicht zu unterschätzen. Man muss nicht lange erklären – das Gegenüber versteht.

Als ich damals, 2013, mit 38 Jahren meine metastasierte Brustkrebsdiagnose bekam, fühlte ich mich allein – schrecklich allein. Ich suchte nach einer Andockstelle – doch Fehlanzeige, die gab es nicht. Deshalb schwor ich mir: „Wenn ich mal die Kraft aufbringe, dann werde ich Selbsthilfeprojekte ins Leben rufen“. Gesagt – getan. Mit den „Meta Mädels“ und dem „Krebs Klub Wiener Neustadt“. Dazu moderiere ich die Facebook-Gruppen „Meta Mädels“ und „Metastasierter Brustkrebs Österreich“. Obwohl uns die Schwere unserer Erkrankung bewusst ist, sind wir kein Trauerverein – wir lachen viel zusammen und planen gemeinsame Aktivitäten. Ich kann nur jeder und jedem ans Herz legen, sich zu öffnen und sich zu vernetzen.

Im Gegensatz zu vielen anderen Betroffenen haben sie sich nicht zurückgezogen, sondern sind als Bloggerin und auf Social Media sehr aktiv in der Aufklärung rund um metastasierenden Brustkrebs. Was treibt sie an? Wie schaffen Sie es, die für diese Medienformate notwendige Heiterkeit aufzubringen? Wie wichtig ist es auf trendigen Formaten, wie den diversen Social Media Plattformen über Themen wie Brustkrebs zu sprechen?

Im Laufe der Jahre wurde mir immer klarer, dass ich meinen Fokus auf Brustkrebsaktivitäten richten möchte. Das ist der Motor, der mich am Laufen hält. Ich will aus meiner Krankheit das Beste machen, möchte Brustkrebsbotschafterin sein, zur Vorsorge aufrufen und Solidarität mit Betroffenen einfordern. Ich liebe es, meine Erfahrung weiterzugeben, Brustkrebs-Aktionen zu unterstützen und als Patientenvertreterin bei Kongressen gehört zu werden. Ich möchte ein Gesicht und eine Stimme einer Krankheit sein. Damit einher geht die Arbeit an meinem „Sprachrohr“ – meinem Blog „Claudias Cancer Challenge“. Dass mir auf Facebook und Instagram Menschen folgen und mich täglich lesen, tut der Journalisten-Seele gut. Und ja, Brustkrebs ist kein Randthema, sondern muss dort hingeschoben werden, wo es hingehört – nämlich in die Mitte der Gesellschaft. Dabei helfen Social-Media-Kanäle.

An manchen Tagen überfällt mich die Angst und nimmt mir die Luft zum Atmen. An manchen Tagen fühle ich mich glücklich, frei und unbeschwert. Das Leben mit Krebs ist eine Wunder-tüte – du weißt nie, was der nächste Tag bringen wird. Und nein, Dauer-Heiterkeit ist nicht

mein Job, auch wenn ich generell ein positiver Mensch bin. Auf meinen Plattformen ist ebenso Platz für Tränen, Trauer und Abschiednehmen. Das verstehe ich unter Authentizität.

Auf Grund Ihrer jahrelangen Erfahrung, was möchten Sie Frauen, die gesagt bekommen, dass ihr Krebs schon Metastasen gebildet hat, mitgeben?

Ich möchte diesen Frauen mitgeben, dass es nichts bringt, den Kopf in den Sand zu stecken oder sich zu fragen: „Warum ich?“ Sie sollten lieber hinausgehen, leben und tiefe Spuren hinterlassen.

Ich empfinde es als hilfreich, sich darauf zu konzentrieren, was man noch kann und nicht darauf, was man nicht mehr kann. Wir alle haben Kraftquellen und diese müssen wir auch anzapfen. Damit kann alles gemeint sein – von herzlichen Familientreffen über ein geliebtes Hobby bis hin zu „Auszeiten aus der Cancer Reality“. Wir sind schließlich so viel mehr als nur unsere Krankheit.

Resilienz ist für mich ein zentraler Begriff. Und so habe ich versucht, mein Lebenscredo in zehn Punkten zu gießen:

- Akzeptiere Deine Krankheit und lebe mit ihr als „Beifahrer“
- Setz Dir Fixsterne auf Deiner Lichterkette des Lebens (Treffen, Konzerte, Reisen)
- Lass Dich in Dein soziales Netz fallen
- Such Dir eine Aufgabe, die Dein Herz erfüllt
- Konzentriere Dich auf Deine Bedürfnisse und Deinen Weg
- Informiere Dich über Krankheit & Behandlung
- Finde ein kompetentes und empathisches Onko-Team
- Nimm psychologische Hilfe in Anspruch
- Sei aktiv und lebe im Hier & Jetzt
- Versuche das Positive in all dem Negativen zu erkennen

Und so seltsam es auch retrospektiv klingen mag: Die Erkrankung bringt nicht nur Fürchterliches mit sich – sondern auch Schönes, wie z.B. ein anderer Fokus im Leben oder neue Freundschaften.

Welche Unterstützung würden Sie sich seitens des Gesundheitssystems und der Gesellschaft noch wünschen, die das Leben von Betroffenen mit metastasierendem Krebs erleichtern würde?

Ich würde mir einen Cancer Case Manager wünschen, der gleich bei der Diagnose mit seinem „Bauchladen an Unterstützungsmöglichkeiten“ vorstellig wird. Der auslotet, was es bedarf, Anträge ausfüllt und Kontakte herstellt. Was es braucht, sind flexible Arbeitszeitmodelle nach dem Motto: „Arbeiten, wenn immer es die Krankheit erlaubt“. Denn: Viele von uns wollen oder müssen arbeiten, schaffen das aber – unter Therapie – nicht Tag für Tag.

Eine unheilbare Krebsdiagnose ist eine enorme psychische Belastung – Ängste aller Art sind unsere ständigen Begleiter. Aus diesem Grund wäre eine dauerhafte psychische Unterstützung wertvoll.

Wir brauchen Reha-Angebote, die speziell auf metastasierte PatientInnen zugeschnitten sind. Bei einem „Gehen Sie wieder fit und gesund nach Hause“ fühlen wir uns wenig repräsentiert. Wir müssen uns um den Palliativ- und End-of-Life-Bereich annehmen, denn den letzten Lebensmetern wird viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Hier wäre es notwendig, das Angebot (z.B. Hospizplätze) auszubauen.

Diese Liste wäre natürlich fortsetzbar ... es gibt noch jede Menge zu tun. 📌



Facebook: /claudiascancerchallenge
Instagram: @claudiascancerchallenge



PEOPLE

„Nächste Bundesregierung muss Konzernisierung im Gesundheitssystem Riegel vorschieben“

Ärztammerpräsident Johannes Steinhart pocht im Gespräch mit PERISKOP auf rasche Maßnahmen, um die Kommerzialisierung der Medizin zu unterbinden und **FORDERT VON DER NÄCHSTEN BUNDESREGIERUNG EINEN MASSIVEN AUSBAU DER KASSENSTELLEN** sowie eine Attraktivierung des Berufsbildes.

Mit der Nationalratswahl am 29. September werden auch entscheidende Weichen für die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems gestellt. Im Gespräch mit PERISKOP erklärt der Präsident der Österreichischen und Wiener Ärztekammer, Johannes Steinhart, was aus Sicht der Standesvertretung dringend in Angriff genommen werden muss, um das System nachhaltig abzusichern und zu verbessern. Die Regulierung der Konzernisierung des Gesundheitssystems, die zuletzt durch den Verkauf der VAMED an einen französischen Hedgefonds in Österreich für Diskussionen gesorgt hat, spielt für Johannes Steinhart dabei eine entscheidende Rolle: „Die Ärztekammer warnt schon lange vor den negativen Konsequenzen der Konzernisierung. Wir Ärztinnen und Ärzte, die tagtäglich mit vollem Einsatz im Dienste der Gesundheit der Bevölkerung stehen, sehen uns verpflichtet, unsere Stimme gegen die Veräußerung der VAMED an einen französischen Private Equity Fonds zu erheben und werden dies auch bei ähnlichen Entwicklungen in Zukunft mit starker Stimme tun. Übernahmen durch Spekulanten bringen erhebliche Gefahren für die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Österreich mit sich und setzen die Sicherheit der Patientinnen und Patienten aufs Spiel. Die Gesundheitsversorgung darf nicht zu einem Spekulationsobjekt werden.“

Denn internationale gewinnorientierte Konzerne würden laut dem Ärztekammerpräsidenten in erster Linie nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten handeln: „Ärztinnen und Ärzte richten ihre Arbeit auf die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten aus und stellen damit die medizinischen Aspekte in den Mittelpunkt ihrer Entscheidungen. Hedgefonds und internationale Großkonzerne haben andere, meist betriebswirtschaftliche, Entscheidungsgrundlagen.“ Diese Entwicklungen müssten daher sofort gestoppt werden: „In solidarischer Verbundenheit mit unseren Patientinnen und Patienten und im Interesse einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung appellieren wir an die Politik, die Verantwortung für die Zukunft unseres Gesundheitssystems zu übernehmen und rasch entsprechende Maßnahmen zum Stopp der Konzernisierung und des Ausverkaufs unseres Gesundheitssystems zu ergreifen“, so Steinhart.

„Ärztinnen und Ärzte müssen Vorrang vor Konzernen haben“

Bei der Frage, welche Schritte die Politik nun

setzen müsse, um die Konzernisierung abzuwenden, bringt Steinhart eine Priorisierung der Ärzteschaft im Vergabeprozess ins Spiel: „Neben der Absicherung des freien Berufs braucht es die Einführung einer Vergabekaskade im gesamten Sozialversicherungsrecht nach dem Vorbild des Primärversorgungsmodells. Dieses schreibt vor, dass die Vergabe an freiberufliche Ärztinnen und Ärzten und, falls sich für eine Stelle keine finden, an gemeinnützige Einrichtungen erfolgen muss. Grundlage dafür wäre eine längst überfällige Reform und Vereinheitlichung der rechtlichen Rahmenbedingungen für Gruppenpraxen und Ambulatorien. Zudem müssen die Anstellungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten in Einzel- und Gruppenpraxen endlich erweitert werden“, erklärt Steinhart. Es brauche auch strengere, kartellrechtliche Grenzen und eine Gewährleistung von Transparenz für Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Eigentumsverhältnisse in medizinischen Einrichtungen.

„Kassensystem ausbauen, um solidarisches Gesundheitssystem abzusichern“

Neben dem Schutz vor der Kommerzialisierung fordert Steinhart im Gespräch mit „Periskop“ von der kommenden Bundesregierung Investitionen im ambulanten kassenärztlichen Bereich. Dieser habe in den vergangenen Jahren nicht mit der Bevölkerungsentwicklung und den wachsenden Anforderungen an die wohnortnahe Versorgung Schritt gehalten: „Es ist eine Bringschuld der österreichischen Gesundheitspolitik, eine leistungsstarke solidarische Gesundheitsversorgung für alle Menschen sicherzustellen. Richtiger gesagt: Es wäre eigentlich eine Bringschuld, denn die Versorgungslücken sind inzwischen zahlreich, und sie werden größer.“ Zentrale Problemfelder, die der Präsident der Ärztekammer im Interview aufzeigt, seien der Ärztemangel in öffentlichen Spitälern und im kassenärztlichen Bereich, lange Wartezeiten auf Arzttermine oder Operationen und Aufnahmestopps in Kassenordinationen. Schuld daran sei die jahrelange Untätigkeit: „Leider sind die Probleme hausgemacht, weil das Kassensystem seit vielen Jahren kaputtgespart wird. Die Leidtragenden sind die Patientinnen und Patienten.“

Wartezeitenstudie für Wien zeigt negative Entwicklung auf

Eine von der Ärztekammer für Wien in Auftrag gegebene Studie des renommierten Meinungsforschers Peter Hajek habe diese Entwicklung erst kürzlich in Zahlen gegossen. Die Ergebnisse

hätten auch für ganz Österreich Gültigkeit: „Die Ergebnisse zeigen eine enorme Verschlechterung für Patientinnen und Patienten in Wien seit 2012. Die Wartezeiten auf einen Termin in einer Wiener Kassenordinationen sind seit der letzten Erhebung in beinahe allen Fachrichtungen merklich gestiegen. Besonders lang sind die Wartezeiten in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 90 Tagen im Medianvergleich, was untragbar ist. Ärztinnen und Ärzte kommen im solidarischen Gesundheitssystem immer öfter an ihre Belastungsgrenzen. Mehr als die Hälfte der Wiener Kassenmedizinerinnen und -mediziner für Kinder- und Jugendheilkunde kann aufgrund der Auslastung keine neuen Patientinnen und Patienten mehr aufnehmen.“ Man dürfe laut Steinhart daher keinesfalls zur Tagesordnung übergehen, denn „die Zukunft unserer sozialen und solidarischen Gesundheitsversorgung ist durch die Entwicklungen der vergangenen Jahre und den damit einhergehenden Stillstand massiv gefährdet. Mein Appell richtet sich an die Politik, endlich Maßnahmen zu ergreifen, um die Gesundheit jeder und jedes Einzelnen zu garantieren.“

„1.000 zusätzliche Kassenstellen, um solidarisches Gesundheitssystem abzusichern“

Was braucht es nun, um unser Gesundheitssystem fit für die Zukunft zu machen? Angesprochen auf die von Bundeskanzler Karl Nehammer geschaffenen 100 neuen Kassenstellen, sagt Steinhart: „Die Schaffung der zusätzlichen Stellen war sicherlich wichtig, kann aber nur der Anfang von weiteren notwendigen Maßnahmen sein. Um unser Gesundheitssystem langfristig abzusichern und allen Menschen in Österreich, unabhängig vom Einkommen, die bestmögliche Gesundheitsversorgung zu garantieren, braucht es mindestens 1.000 zusätzliche Kassenstellen in Österreich. Zudem bedarf es auch einer Erweiterung um weitere Fachgebiete, insbesondere in den Bereichen Onkologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin, die aktuell in der niedergelassenen Kassenmedizin überhaupt nicht abgebildet sind.“

Damit die zur Verfügung stehenden Kassenstellen auch tatsächlich dem Bedarf der Bevölkerung entsprechen, fordert Steinhart laufende Anpassungsmöglichkeiten in den Regionalen Strukturplänen für Gesundheit (RSG) und zeigt dies am Beispiel Wien auf: „Die vorhandenen Kassenstellen reichen aktuell nicht aus, um den tatsächlichen Bedarf der Wiener Bevölkerung zu decken. Denn die Bedarfserhebung für





Kassenplanstellen in der Hauptstadt beruht immer noch auf Zahlen aus dem Jahr 2016. Das entspricht nicht annähernd der Realität und dem tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Die Folge sind lange Wartezeiten und Aufnahmestopps aufgrund der enormen Arbeitslast in den Ordinationen. Ausbaden müssen das die Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzte. Unser oberstes Ziel muss sein, eine lückenlose wohnortnahe Versorgung mit geringen Wartezeiten zu garantieren“, ist Steinhart überzeugt.

Attraktivierung des Kassenbereichs statt Verbote

Neben Maßnahmen im ambulanten Bereich sollte die nächste Bundesregierung laut Ständevertretung eine Ausbildungs- und Anreizoffensive für Gesundheitsberufe setzen sowie die Einführung eines Anreizsystems für eine Tätigkeit im öffentlichen Versorgungsbereich schaffen. Anstatt mit Verboten, wie etwa kürzlich dem von Gesundheitsstadtrat Peter Hacker ins Spiel gebrachte wahlärztliche Berufsverbot für Spitalsärztinnen und -ärzte in Teilzeit, zu drohen: „Wir haben es schon oft festgestellt und man kann es nicht oft genug betonen: Mit Verboten werden Menschen nicht im öffentlichen System bleiben. Vielmehr braucht es endlich Anreize,

Johannes Steinhart, Präsident der Wiener Ärztekammer, fordert rasche Maßnahmen gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitssystems und einen massiven Ausbau der Kassenstellen durch die nächste Bundesregierung.

wie die Schaffung guter Arbeitsbedingungen und faire Honorierung, wobei etwa die Vorsorgeuntersuchung und Zuwendungsmedizin einen höheren Stellenwert erhalten müssen.“

„Insbesondere werden wir auch durch eine Flexibilisierung bei Teilzeitkassenverträgen, angemessene Arbeitszeiten und bessere Betreuungsmöglichkeiten für Kinder wieder Ärztinnen und Ärzte für das solidarische Gesundheitssystem gewinnen können“, erklärt Steinhart. Der Abbau bürokratischer Hürden sowie steuerfreie Überstunden für Gesundheitsberufe würden laut Präsident Steinhart weitere entscheidende Hebel sein, um das Kassensystem zu attraktiveren.

Angebot an die Politik: „Stehen mit unserem Fachwissen zur Verfügung“

Wenn es um das Gesundheitssystem gehe, herrsche mitunter eine gewisse Kurzsichtigkeit, und dies bei all den augenscheinlichen Problemen und Baustellen, kritisiert Steinhart und macht gleichzeitig ein Angebot an die Politik: „Die Ärztekammer steht gerne bereit, ihr Fachwissen und ihre Expertise zur Verfügung zu stellen, um das Gesundheitssystem wieder zukunftsfit zu machen.“

Mit der aktiven und verpflichtenden Einbeziehung der Ärzteschaft in Steuerungsgremien erhöhe sich laut Steinhart nicht nur die Trans-

parenz bei Entscheidungen der Gesundheitsteuerung, sondern „es wird auch sichergestellt, dass bei politischen Entscheidungen die Interessen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in den Vordergrund gestellt werden. Ein gut ausgestattetes Gesundheitssystem ist, wie gesagt, eine Bringschuld der Politik. Unsere Vorschläge und Forderungen zeigen Gesundheitspolitikern, wie sie diese Bringschuld einlösen können.“

Appell: „Gesundheit muss oberste Priorität haben“

Bei all den Herausforderungen müsse die Stärkung des Gesundheitssystems für die nächste Bundesregierung oberste Priorität haben:

„Unser Gesundheitssystem, das Jahrzehnte als das beste der Welt galt, steht an der Kippe. Denn Österreich ist neben dem Rückgang an Kassenärztinnen und -ärzten seit Jahren mit der Entwicklung einer immer älter werdenden und wachsenden Bevölkerung konfrontiert. Menschen, die jahrelang in unser solidarisches Gesundheitssystem einzahlen bzw. eingezahlt haben, müssen ein Recht auf die bestmögliche Versorgung haben. Es geht um das Wohl der Patientinnen und Patienten und das muss die oberste Prämisse der Politik sein“, stellt Präsident Johannes Steinhart im Gespräch mit PERISKOP abschließend fest. **P**



PEOPLE

35 Jahre Engagement für den Kinderschutz

1989 WURDE „DIE MÖWE“ GEGRÜNDET UND HAT VON BEGINN AN KINDESMISSHANDLUNG SOWIE KINDESMISSBRAUCH ZUM THEMA GEMACHT. Damit wurde ein gesellschaftliches Tabu gebrochen und den Opfern eine professionelle Anlaufstelle geboten. Vor welchen Herausforderungen die Organisation heute steht und welche Wünsche an eine neue Regierung offen sind, erklärt Mag. Hedwig Wölfl, Geschäftsführung und fachliche Leitung von „die möwe“. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Ende der 80er-Jahre ist deutlich geworden, dass Gewalt an Kindern existiert. Im Gründungsjahr der „möwe“ wurden viele wichtige Meilensteine gesetzt, die zu grundlegenden Änderungen im Bereich der Kinder- und Jugendrechte geführt haben: Gewalt an Kindern wurde verboten, die UN-Kinderrechtskonvention wurde ratifiziert und die Kinder- und Jugendanwaltschaft eingeführt.

PERISKOP: Was hat sich seither verändert?

HEDWIG WÖLFL: Beginnen wir mit dem, was sich nicht verändert hat: Die Grundidee, die in unserem Leitbild verankert ist, besagt, dass wir das gesunde und sichere Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen fördern wollen. Dazu zählt der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt und ihren Folgen. Das reicht von der Prävention bis hin zur Unterstützung in der Verarbeitung, wenn es bereits Gewalterlebnisse gegeben hat. Diese Bandbreite decken wir mit passenden Angeboten ab.

Wie sehen die Angebote konkret aus?

In der Prävention beraten wir beispielsweise Organisationen, wie Kindergärten, Schulen, aber auch Sportvereine oder Sommercamps, wie Kinderschutz etabliert werden kann, das heißt, wie ein Kinderschutzkonzept erstellt und gelebt wird. Auch hier geht es um die Vorbeugung von Übergriffen, aber auch um die Unterstützung, wenn etwas passiert ist. Mitarbeitende müssen geschult werden, um Anzeichen von Gewalt und Missbrauch zu erkennen, um richtig reagieren zu können. Seit 2006 bieten wir Workshops in Schulen an, wo wir nicht nur mit den Schulklassen, sondern immer auch mit den Eltern und dem Lehrkörper arbeiten, weil wir überzeugt sind, dass Kinderschutz in der Verantwortung der Erwachsenen liegt. Kinder müssen informiert sein, welches Verhalten ihnen gegenüber in Ordnung ist und wo Gewalt beginnt.

Welche Aufgaben nehmen Sie im Konzept der Frühen Hilfen wahr?

Die Familienbegleiterinnen und -begleiter der Frühen Hilfen unterstützen kostenlos ab der Schwangerschaft bis zum 3. Geburtstag des Kindes und begleiten zum Beispiel bei der Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung. Wir wissen, dass es in dieser Phase ein Zeitfenster gibt, in dem Eltern bereit sind, Unterstützung anzunehmen. Gleichzeitig ist diese Phase auch sehr

gefährlich im Hinblick auf die Eskalation von Gewalt: Ein Schütteltrauma bei Neugeborenen ist lebensgefährlich und oft eine Überforderungshandlung bzw. resultiert aus fehlendem Wissen über die Gefahren. Die meisten wollen gute Eltern sein und eine gute Bindung zu ihrem Kind aufbauen, manche schaffen das aber ohne Hilfe nicht, sei es, weil sie kein soziales Netz haben oder die Sprache nicht beherrschen, sich im System nicht zurechtfinden oder finanzielle Sorgen haben. Neue Lebenssituationen können fordernd sein, manchmal auch überfordern. Beratung und Begleitung können helfen, Belastungen zu reduzieren und die Entwicklung des Kindes zu fördern. Wir sind für Familien da, wenn es persönliche, gesundheitliche, finanzielle oder familiäre Themen gibt.

Primärversorgungszentren sind eine sehr gute Entwicklung, denn hier arbeiten medizinische und soziale Berufsgruppen zusammen.

Hedwig Wölfl

Welche Aus- und Weiterbildungsangebote bieten Sie an?

Die möwe-Akademie versucht die Lücken in der Ausbildung von zahlreichen Berufsgruppen zu schließen, die viel mit Kindern arbeiten, aber selten das passende Kinderschutz-Wissen vermittelt bekommen. Wir bilden Kinderschutzfachkräfte aus, haben aber auch Angebote für Fachpersonal aus dem Gesundheitsbereich oder für Pädagoginnen und Pädagogen, aber auch für Mitarbeitende der Polizei oder der Justiz. Eltern können unsere alltagstaugliche Elternbildungsangebote nutzen.

Die möwe betreibt sechs Kinderschutzzentren. Was passiert dort?

Wir haben sechs Kinderschutzzentren, die bereits aktiv werden, wenn es den Verdacht auf Gewalt an Kindern und Jugendlichen gibt. Das ist zum Beispiel, wenn es um Vernachlässigung oder psychischen Druck geht. Vor allem aber bei sexuellem Missbrauch und körperlicher Gewalt. Beraten und im Strafprozess begleitet werden Kinder und ihre schützenden Angehörigen, aber auch jene, die Gewalthandlungen setzen. Auch wenn Kinder und Jugendliche als Zeugen gegen Eltern aussagen müssen, ist das eine besonders

belastende Situation, in der wir begleitend zur Seite stehen.

Wie sieht Ihr Angebot im Bereich der Psychotherapie und psychologischen Diagnostik aus?

Schwerpunkt sind auch hier die Unterstützung und Hilfe bei der Verarbeitung von Gewalterfahrungen. Wir haben Einzel- und Gruppenangebote und bieten auch Elternberatung an. Neu im Programm sind auch Outdoorgruppen für Kinder, die Gewalt erlebt haben. Die Nachsorge hört nie auf, denn oft kommen Betroffene nach vielen Jahren, etwa Jugendliche, die als Kind sexuellen Missbrauch erlebt haben und jetzt selbst erste Beziehungen eingehen. Da kommen viele Erinnerungen wieder hoch und die Betreuung in dieser Phase ist enorm wichtig.

Wie finanziert sich die Arbeit der möwe?

Unsere fachliche Arbeit wird in vielen Bereichen von der öffentlichen Hand (z.B. von den Ländern Wien und NÖ) gefördert. Es gibt Verträge mit Krankenkassen, dem Justizministerium und dem BKA zur Abrechnung von Psychotherapie, Diagnostik, Beratung und Prozessbegleitung. Die öffentlichen Mittel reichen jedoch nicht aus, um den Basisbetrieb unserer Organisation sowie die präventive Öffentlichkeitsarbeit zu decken. Für rund ein Viertel der Gesamtausgaben sind wir daher auf die Unterstützung von Sponsoren und Spenden angewiesen.

Haben sich die Anforderungen in den letzten Jahren verändert?

Nach wie vor ist Kinderschutz ein Thema, bei dem man lieber weg- als hinschauen möchte, weil es unangenehm betroffen macht. Sehr positiv auf unsere Arbeit hat sich die #MeToo-Bewegung ausgewirkt, denn sie hat weltweit dazu beigetragen, dass Gewalt und Übergriffe enttabuisiert wurden. Wir beobachten, dass unser Angebot öfter genutzt wird, das kann bedeuten, dass die Zahl der Missbrauchsfälle steigt, es kann aber auch heißen, dass mehr Menschen das Thema als wichtig erkennen und sich trauen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Wir fürchten, dass aus Angst und Scham aber die Dunkelziffer immer noch hoch ist. Verändert haben sich auch die Gesellschaft und der Blick auf Gewalt an Kindern, aber auch untereinander. Raufereien oder Mobbing gab es immer schon, nur das Augenmerk darauf ist



1989	1996	1996	1998	1999	2003	2004
Gründung der möwe als gemeinnütziger Verein und Eröffnung der möwe Wien als Familienberatungsstelle	die möwe Wien wird als „Anerkannter freier Träger der Jugendwohlfahrt“ anerkannt	Gründung der Familienberatungsstelle St. Pölten	Umbenennung in die möwe – Kinderschutzzentren	Gründung des Kinderschutzzentrums Neunkirchen	Gründung des Kinderschutzzentrums Mistelbach	Gründung des Kinderschutzzentrums Mödling

ein anderes. Wir bringen es zur Sprache, können es benennen und können auch feststellen, wo Grenzen zu ziehen sind. Das führt auch dazu, dass mehr Hilfe und Handlungsoptionen zur Verfügung gestellt und in Anspruch genommen werden.

Gibt es neue Arbeitsfelder?

Der Bereich der digitalen Gewalt ist neu dazugekommen. Wir haben kaum mehr Fälle, in denen soziale Medien nicht in irgendeiner Form eine Rolle spielen, sei es über Fotos oder das sogenannte Cyber-Grooming, die gezielte Manipulation Minderjähriger über Internetkanäle.

Gibt es ausreichend geschultes Personal für die Arbeit mit Kindern?

So wie im gesamten Sozial- und Gesundheitswesen spüren auch wir den Personalmangel. Anfang 2023 wurde von der Regierung ein Maßnahmenpaket verabschiedet, das dem Schutz von Kindern und Jugendlichen vor allem vor sexualisierter Gewalt verstärkt entgegenwirken soll. Die Maßnahmen reichen von verstärkter Präventionsarbeit durch verpflichtende Kinderschutzkonzepte mit eigenen Teams in Schulen bis hin zu erhöhten Strafdrohungen für Sexualdelikte an Kindern und Jugendlichen. Dieses Paket beginnt nun zu greifen und mit mehr Bewusstseinsbildung steigt auch der Bedarf an geschultem Personal. Wir haben noch viele Felder, die ausgebaut werden müssen: Es gibt das sogenannte Tabu im Tabu, wie etwa Elternteile, insbesondere Mütter, die selbst Gewalt erleben und diese dann an Kinder weitergeben. Das darf nicht übersehen werden!

Ein großes Thema ist im psychosozialen und Gesundheitssektor die Diversität. Wir haben zu wenige Männer, die sich engagieren und gute Vorbilder sind. Jeder von uns kann als Zivilperson in seiner Rolle als Nachbarin oder Nachbar, Oma oder Opa, Pädagogin oder Pädagoge ein Vorbild sein. Wir benötigen aber auch Personal aus anderen Kulturen, die Kinder und Jugendliche besser verstehen und abholen können, weil sie die Sitten und Bräuche aus den Herkunftsländern kennen oder einfach ihre Sprache sprechen. Besonders schwierig ist es, außerhalb von Ballungsräumen passendes Personal zu finden!

Es braucht mehr männliche Bezugspersonen und insgesamt mehr Diversität bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen.

Hedwig Wölfl

Das Thema „Gewalt“ ist bei Ihrer Arbeit allgegenwärtig, doch was genau ist darunter zu verstehen?

Es ist tatsächlich so, dass Gewalt ein breites Spektrum abdeckt und aufgrund von individueller Erfahrung unterschiedlich interpretiert wird. Auch eine Ohrfeige oder der „Klaps“ in der Erziehung ist Gewalt, so wie Mobbing, Beschimpfungen oder abwertendes Verhalten sowie sexistische Anspielungen einer Person gegenüber. Wir wollen das Bewusstsein schaffen, dass Gewalt bereits bei Grenzverletzungen beginnt,



Mut und Offenheit ist gefragt, denn: Gewalt hat viele Gesichter und immer noch sind eine Reihe von Themen in Österreich tabuisiert.

auch wenn das nicht strafrechtlich relevant ist. Daher ist geschultes Personal so wichtig, das diese Grenzen kennt und sofort Stopp sagt. Denn: Gewalt ist etwas Graduelles, wird nicht rechtzeitig gestoppt, geht es weiter und unmerklich, aber sehr schnell verschieben sich die Grenzen.

Wo ist in diesem Zusammenhang der größte Handlungsbedarf?

Psychische Gewalt wird oft am meisten unterschätzt. Das ist Abwertung, Drohung, Demütigung oder einfach das Ignorieren. Wir kennen Kinder, die werden von den Eltern zur Strafe wochenlang angeschwiegen oder sie werden engmaschig überwacht – auch das ist Gewalt, wenn sich Kinder nicht altersgemäß entwickeln dürfen. Dazu zählt in Österreich überraschend häufig die Vernachlässigung – angefangen vom fehlenden Essen bis hin zum grenzenlosen Medienkonsum. Kinder müssen altersadäquat begleitet werden, passiert das nicht, verwahrlosen sie – auch wenn sie materiell oft gut versorgt sind! Zugenommen hat auch die Gewalt im Bereich von Ideologisierung und Extremisierung.

Was sind derzeit die großen Herausforderungen bei Ihrer Arbeit?

Wir haben zu wenige Ressourcen und müssten unser Angebot ausbauen. Wir haben in Wien derzeit nur zwei Kinderschutzzentren, hier sind wir absolut unterversorgt. Es braucht auch mehr Ressourcen für die Vernetzung, denn Kinderschutz kann nur gemeinsam gelingen und dazu braucht es viel mehr Koordination und Abstimmung mit anderen Opferschutzeinrichtungen, der Polizei, den Gerichten oder Schulen. Es sind auch viel mehr niederschwellige Anlaufstellen, wie etwa „Rat auf Draht“ erforderlich. Prävention ist eine unserer zentralen Aufgaben, auch hier müssen die Ressourcen aufgestockt werden, etwa in der Sexualpädagogik.

Gibt es neue Themen, die Sie noch bearbeiten wollen?

Es gibt gesellschaftliche Themen, bei denen der Kinderschutz dringend mitgedacht werden muss, die aber auf den ersten Blick nicht so naheliegend sind. Zum Beispiel der gesamte Bereich der Reproduktionsmedizin. In Österreich haben wir klare Regelungen, aber es gibt Frauen, die Angebote aus dem Ausland in Anspruch nehmen, und da werden viele Kinderrechte verletzt.

Ein weiteres Thema, das auch mit den sozialen Medien aufgepoppt ist, wird als „regretting motherhood“ bezeichnet, also Frauen, die auf eigenen Kanälen beschreiben, dass sie nie Mütter werden wollten. Nicht zu vergessen die Klimakrise, die viele Felder für Kinder- und Jugendschutz offenhält und in diesem Zusammenhang noch gar nicht auf dem Radar der Entscheidungsträger ist. Gerade die Frage, wie man mit Kindern oder Jugendlichen umgeht, die sich für ihre Zukunft engagieren, ist aktuell besonders im Fokus der Medien, aber nicht der Expertinnen und Experten!

Was wünschen Sie sich aktuell besonders von den Stakeholderinnen und Stakeholdern aus dem Gesundheitswesen?

Eine bessere Vernetzung im gesamten Gesundheits- und Sozialbereich steht ganz oben. Es gibt sehr wenige Gefährdungsmeldungen aus dem Gesundheitswesen, obwohl es in den Spitälern Kinderschutzgruppen gibt. Eine tolle Entwicklung sind die Primärversorgungseinheiten und die Kinder-PVEs, wo es auch niederschwellig einen Zugang zu Beratung geben könnte und die Vernetzung mit Sozialberufen gut gelingen kann. Der Gesundheitssektor insgesamt ist in Sachen Kinderschutz noch schlecht geschult und unterrepräsentiert. Auch in der Ausbildung von Gesundheitsberufen ist das meist kein Thema – das muss sich ändern! **P**

2005

die möwe bietet erstmals Präventionsworkshops für Schulen an und beginnt mit dem Aufbau der Präventionsarbeit

2011

Die Online- und Chat-Beratung wird ins Leben gerufen und richtet sich an eine jugendliche Zielgruppe, die mit der Kommunikation über dieses neue Medium vertraut ist

2015

Umsetzung von gutbegleitet – Frühe Hilfen Wien

2016

Gründung des Vereins zur Förderung des Kinder- und Jugendschutzes in Österreich („möwe-Förderverein“)

2018

Gründung der Zweigstelle Gänserndorf

2023

Umsetzung der Frühen Hilfen in Wien West und Niederösterreich Süd-Ost

Im Einsatz für Patientinnen und Patienten

Das Alpbachtal ist bekannt als Ort der Inspiration und des Austauschs für visionäre Denkerinnen und Denker aus Gesundheit, Politik und Wirtschaft. Führende Vertreterinnen und Vertreter waren auch beim diesjährigen „Networking Walk“ dabei, der das **THEMA DER PATIENTENVERTRETUNG** adressierte. | von Paul Schnell

Eine Studie der Stanford University fand heraus, dass Personen, die gehen, im Vergleich zu sitzenden Personen deutlich mehr kreative Ideen entwickeln. Denn: Gehen fördert die Divergenz und damit die Fähigkeit, verschiedene Lösungen für ein Problem zu finden. Umso besser klappt das, wenn das Gehen so wie beim „Networking Walk“ in entspannter Umgebung rund um Alpbach passiert. Zwei Impulsgebende sorgten zudem für den passenden Diskussionsstoff und standen für fachliche Fragen zur Verfügung: Angelika Widhalm, Vorstandsvorsitzende im Bundesverband Selbsthilfe Österreich, und Hofrat Dr. Thomas Holzgruber, der seit knapp einem Jahr Patientenombudsmann der Ärztekammer für Wien ist.

Von der Selbsthilfe zur Patientenvertretung

Widhalm startete mit einem Blick auf die Entwicklung von Patientenorganisationen auf EU-Ebene. „Das ist eine bemerkenswerte Erfolgsgeschichte, die eng mit dem zunehmenden Fokus auf Patientenrechte und -beteiligung in der europäischen Gesundheitslandschaft verbunden ist. Diese Organisationen haben sich von kleinen, oft national agierenden Gruppen zu einflussreichen Akteuren auf europäischer Ebene entwickelt, die heute in der Lage sind, die Gesundheitspolitik maßgeblich mitzugestalten.“ Am Anfang stand eine Graswurzelbewegung, das „grassroots movement“. Das ist eine Basisbewegung, deren politische oder gesellschaftliche Initiative aus der Bevölkerung – meist aus der eigenen Betroffenheit – wächst. In den 1980er- und frühen 1990er-Jahren begannen Patientenorganisationen in Europa verstärkt, sich zu vernetzen und ihre Anliegen auf nationaler Ebene zu koordinieren. Zu dieser Zeit war die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung in der EU jedoch noch weitgehend von den Mitgliedstaaten dominiert, und der Einfluss von Patientenorganisationen auf europäischer Ebene war begrenzt. Viele dieser frühen Orga-

nisationen hatten spezifische Krankheitsbilder im Fokus und kämpften vor allem für bessere Behandlungsmöglichkeiten und den Zugang zu Medikamenten.

Mit der Gründung der Europäischen Union und der fortschreitenden Integration der Mitgliedstaaten entstand die Notwendigkeit, gesundheitspolitische Fragen auch auf europäischer Ebene zu adressieren. Dies führte in den 1990er-Jahren zur Gründung der ersten EU-weiten Netzwerke von Patientenorganisationen. Ein bedeutendes Beispiel ist das 1993 gegründete European Patients' Forum (EPF), das heute als eine der wichtigsten Dachorganisationen für Patientenorganisationen auf EU-Ebene gilt.

Das EPF wurde ins Leben gerufen, um eine gemeinsame Stimme für Patientenorganisationen in Europa zu schaffen und sicherzustellen, dass die Perspektiven der Patientinnen und Patienten in der EU-Gesundheitspolitik gehört werden. Dieses Netzwerk bot kleineren, nationalen Organisationen die Möglichkeit, ihre Anliegen auf die europäische Bühne zu bringen und sich mit anderen Organisationen auszutauschen. In den 2000er-Jahren wurde die Beteiligung von Patientenorganisationen in der EU-Gesundheitspolitik weiter institutionalisiert. Die Europäische Kommission und das Europäische Parlament begannen, die Expertise von Patientenorganisationen verstärkt in ihre Entscheidungsprozesse einzubeziehen. „Ein Beispiel ist etwa die Einbindung von Patientenvertretern in den Prozess der Bewertung von Arzneimitteln durch die Europäische Arzneimittelagentur EMA. Hier können Patientenorganisationen mittlerweile aktiv an der Bewertung von neuen Medikamenten mitwirken, um sicherzustellen, dass die Bedürfnisse und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten in die Entscheidungsfindung einfließen“, gibt Widhalm Einblick.

Eine starke Stimme für Patientenanliegen

Was die meisten EU-Länder Österreich voraushaben, ist ein Gesetz, das die Patientenbe-



Angelika Widhalm und Thomas Holzgruber beschreiben ihre Perspektiven und Herausforderungen rund um das Thema „Patientenvertretung“.

teilung institutionalisiert. „Das ist aus meiner Sicht eine bedeutende Grundlage für unsere Arbeit, denn nur Patientinnen und Patienten selbst wissen, wie es ihnen geht und was sie am dringendsten brauchen“, so Widhalm. Parallel zur Entwicklung der Selbsthilfe in Österreich wuchs das Bewusstsein für die Bedeutung der Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem. Patientenbeteiligung bedeutet, dass Patientinnen und Patienten aktiv in Entscheidungen einbezogen werden, die ihre Gesundheit und die Gestaltung des Gesundheitssystems betreffen. Dieser Ansatz zielt darauf ab, die Qualität der Versorgung zu verbessern, indem die Bedürfnisse und Präferenzen der Patientinnen und Patienten stärker berücksichtigt werden. „Es ist wichtig, dass ihre Perspektive in gesundheitspolitische Prozesse eingebracht wird, sonst ist das System nicht komplett. Daher arbeiten wir mit Hochdruck an einem Patientenbeteiligungsgesetz“, sagt die Patientenvertreterin.

Dass diese Stimme auch Gewicht hat, zeigt ein Blick auf die Zahlen: In Österreich gibt es 1.700 Patientenorganisationen, in denen rund 2,5 Millionen Menschen organisiert sind.

Der Bundesverband Selbsthilfe Österreich (BVSHOE) hat sich im Jahr 2018 als Dachverband der bundesweit tätigen, themenbezogenen Selbsthilfe- und Patientenorganisationen Österreichs konstituiert und setzt sich vor allem für die Mitbestimmung und Mitwirkung im Gesundheitswesen und einen konstruktiven Dialog auf Augenhöhe ein. „Der BVSHOE verleiht Österreichs Patientinnen und Patienten eine starke Stimme im Gesundheitswesen und in der Politik sowie in den Medien, der Öffentlichkeit und der Gesellschaft“, betont Widhalm und beschreibt die derzeit größte Herausforderung: „Für uns, aber auch für alle Mitgliedsorganisationen ist Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung immer wieder eine große Herausforderung. Die Patientenorganisationen sind auf Spenden und öffentliche Fördermittel angewiesen, was ihre Unabhängigkeit und Handlungsfähigkeit einschränken kann“, so Widhalm. „Die meisten sind als Verein eingerichtet, doch Mitgliedsbeiträge stellen die Arbeit bei Weitem nicht sicher. Wir haben Strukturen und Aufgaben, die schon mit einem Kleinunternehmen vergleichbar sind. Das beginnt bei der Buchhaltung und endet bei der Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden“, ergänzt die Expertin. Der Großteil der in den Patientenorganisationen engagierten Personen arbeitet freiwillig, Vorstände sind ehrenamtlich bestellt, doch Bürokosten, Öffentlichkeitsarbeit oder das Umsetzen von Projekten wollen finanziert werden. Daher fordert der BVSHOE eine Basisfinanzierung nach dem deutschen Modell. Hier sind die gesetzlichen Krankenkassen der Hauptfinanzierer der Selbsthilfe. „Die Krankenkassen müssen einen bestimmten Prozentsatz ihres Budgets für die Förderung der Selbsthilfe aufwenden. Dieser Betrag wird jährlich festgelegt und richtet sich nach der





Kulinarik & Diskussion aus vielen Perspektiven: Wo sind Patientinnen und Patienten im Konfliktfall gut aufgehoben?



Anzahl der Versicherten. Derzeit sind es 1,95 Euro“, erklärt Widhalm. Eine Basisfinanzierung sieht sie als gerechtfertigt, da die Selbsthilfe bereits jetzt viele Aufgaben im Gesundheitssystem übernimmt, die nicht entsprechend honoriert sind. Daher, so Widhalm, hat eine gesetzlich verankerte Zusammenarbeit und Finanzierung oberste Priorität.

Neutrale Vermittlung im Konfliktfall

Patientenombudsmann Holzgruber gibt ebenfalls Einblick in die Entstehungsgeschichte dieser Position: „Es gibt in Wien einen Patientenanwalt, der vom Land bestellt wird. Aus verfassungsrechtlichen Gründen hat dieser aber keine Kompetenz für den extramuralen Sektor, sondern nur für den Spitalsbereich.“ Die Wiener Ärztekammer, die immer wieder auch mit Beschwerden über die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte konfrontiert ist, hat sich daher vor rund zehn Jahren entschlossen, die Position des Patientenombudsmanns einzurichten. „Sie fungiert als Vermittlungs- und Beratungsstelle für Patientinnen und Patienten, manchmal aber auch für medizinisches Personal. „Zu uns kommen etwa 170 Beschwerden pro Monat, das sind umgerechnet eine pro Woche“, zeigt Holzgruber auf. Im Wesentlichen sind es drei Bereiche, die den Patientinnen und Patienten besonders häufig Anlass für Unmut geben: die Qualität in den Ordinationen, disziplinarische Beschwerden und Behandlungsfehler. „Im Vordergrund steht aber besonders häufig die Kommunikation“, weiß Holzgruber. Patientinnen und Patienten können sich an die Ombudsstelle wenden, wenn sie der Meinung sind, dass sie durch das Verhalten einer Ärztin oder eines Arztes geschädigt wurden oder wenn sie mit der erbrachten medizinischen Leistung unzufrieden sind. Die Ombudsstelle prüft diese Beschwerden und leitet gegebenenfalls weitere Schritte ein, wie zum Beispiel die Einschaltung der Disziplinarkommission der Ärztekammer. Im Konfliktfall fungiert die Ombudsstelle als neutrale Vermittlung. Sie versucht, die Anliegen



der Betroffenen anzuhören und eine einvernehmliche Lösung zu finden, bevor es zu einer Eskalation oder rechtlichen Auseinandersetzung kommt. „Die Mediation durch die Ombudsstelle kann dazu beitragen, Missverständnisse zu klären und das Vertrauen zwischen Betroffenen und Behandelnden wiederherzustellen“, sagt der Kammervorteiler.

Im Sinne der Qualität ist ein wichtiger Aspekt der Arbeit der Patientenombudsstelle die systematische Erfassung und Dokumentation von Beschwerden und Anliegen der Patientinnen und Patienten. „Diese anonymisierten Daten können dann dazu verwendet werden, Schwachstellen im Gesundheitssystem zu identifizieren und Verbesserungen anzustoßen. Durch die Analyse von Beschwerden können Muster erkannt werden, die auf strukturelle Probleme hinweisen, und entsprechende Maßnahmen zur Qualitätssicherung können ergriffen werden“, so Holzgruber. Zur Verbesserung der „Usability“ für Patientinnen und Patienten wird aktuell etwa auch daran gearbeitet, den Praxisplan um wichtige Hinweise zum Impfen oder zu Psychotherapieleistungen zu erweitern, sodass klarer wird, wo welche Leistungen angeboten oder auch von den Krankenkassen vergütet werden. „Eines der aktuell vordringlichsten Probleme sind die Wartezeiten“, weiß der Ärztekammervorteiler. Mit anderen Institutionen im Gesundheitswesen, darunter Krankenhäuser, Krankenkassen, Patientenanwaltschaften und Selbsthilfegruppen, wird eng kooperiert. „Die Ombudsstelle ist ein unverzichtbares Instrument zur Sicherstellung der Patientenrechte und zur Förderung eines patientenorientierten Gesundheitswesens“, so Holzgruber abschließend. **P**



Beraten, vermitteln, informieren, beistehen, vertreten, unterstützen: Patientenvertretung hat viele Gesichter.





PERFORMANCE

Maßnahmen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem

Andreas Huss, MBA, übernahm mit 1. Juli 2024 neuerlich den Vorsitz im Verwaltungsrat der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) **SOWIE ERSTMALS AUCH DEN VORSITZ IN DER KONFERENZ DES DACHVERBANDS DER SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**. Der Zeitpunkt könnte nicht herausfordernder sein, denn nach dem Finanzausgleich ist die Aufgabenliste lang. Die beiden Gremien der Sozialversicherung spielen dabei eine zentrale Rolle. | von Mag. Renate Haiden, Msc.

Im Herbst werden sowohl der österreichische als auch die regionalen Strukturpläne, in denen die gesamte Versorgung bis 2030 geplant wird, neu verhandelt. „Unser Ziel ist eine moderne ambulante Versorgung für alle, um das Vertrauen in das öffentliche Gesundheitssystem zu sichern. Das gibt uns die Möglichkeit, alle Notwendigkeiten der Gesundheitsversorgung umzusetzen“, sagt Andreas Huss, MBA, Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse. Die ÖGK ist mit 7,6 Millionen Versicherten der größte Sozialversicherungsträger Österreichs. Jede und jeder Versicherte erhält unabhängig von Alter, Wohnort, Herkunft oder sozialem Status die erforderliche Behandlung. „Das Jahr 2023 stellt für die ÖGK ein Rekordjahr dar: 5,9 Milliarden Euro wurden für medizinische Leistungen im niedergelassenen Bereich aufgewendet, der Anteil am Gesamtbudget beträgt 31 Prozent. Ein weiterer Ausbau der Leistungen wurde im Verwaltungsrat der ÖGK beschlossen“, beschreibt Huss die Pläne und lädt zu einem kurzen Rückblick ein: „In acht Handlungsfeldern haben wir unsere Ziele zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems erstmals 2020 mit einem Arbeitnehmer:innenprogramm für eine bessere Gesundheitsversorgung vorgelegt. Heute können wir feststellen, dass einiges davon umgesetzt, einiges eingeleitet ist, aber natürlich noch viel Arbeit vor uns liegt.“

Die ÖGK hat beschlossen, ihre Leistungen zur Stärkung der Primärversorgung weiter auszubauen. Von uns betriebene Versorgungszentren in jedem Bundesland sind geplant.

Andreas Huss

Allgemeinmedizin wieder attraktiv machen

Den Kern der Handlungsfelder stellt eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung dar. Das setzt einerseits voraus, dass es eine laufende Weiterentwicklung und Anpassung gibt, aber auch, dass die heimische Bevölkerung auf die hochwertige Versorgung vertrauen kann. Nach einer fundierten Analyse zur Struktur, zur Finanzierung und zu den Problemen des österreichischen Gesundheitswesens standen die Handlungsfelder fest. „Den Mittelpunkt bildet die hausärztliche Versorgung, die Königsdisziplin der gesamten ärztlichen Versorgung. Hier gibt es mehrere Herausforderungen, die zu meistern sind wie neue Anforderungen der jungen Ärztinnen und Ärzte an die Arbeits-

gestaltung, zu hohe Ärztelastigkeit in den Arbeitsprozessen und eine hohe Zahl an Pensionierungen. Hier braucht es Flexibilität hinsichtlich der Zusammenarbeitsformen in der Kassenmedizin“, bringt es Huss auf den Punkt. Künftig wird die Entscheidung über die Anzahl und Verteilung der Kassenärztinnen und -ärzten in enger Abstimmung zwischen den Ländern und der Sozialversicherung getroffen. Das Ziel dieser Neuregelung ist die Implementierung einer umfassenden Versorgungsplanung, die nicht nur die Spitalsstandorte, sondern auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt. „Das wird im Rahmen der Regionalen Strukturpläne Gesundheit geschehen, wobei wissenschaftliche Grundlagen wie Bevölkerungswachstum, Bevölkerungsalterung, Zu- und Wegzug sowie epidemiologische Daten herangezogen werden. Durch diese fundierte Herangehensweise sollen flexible Lösungen ermöglicht und Probleme bei Nachbesetzungen minimiert werden“, weiß Huss. Mit Jobsharing-Angeboten, geteilten Kassenstellen, Vertretungen, Anstellungen in Voll- und Teilzeit, Gruppenpraxen, dislozierten Ambulanzen, Primärversorgungszentren, geförderten Medizinstudienplätzen mit anschließender Verpflichtung im öffentlichen System zu arbeiten oder dem ÖGK-Stipendium ist die ÖGK bereits Vorreiterin in Bezug auf flexible Arbeitsmodelle und Alternativlösungen.

Primärversorgung ausbauen

Die ÖGK will in den Ausbau der niedergelassenen Versorgungsangebote massiv investieren. Dazu soll die Landschaft der Primärversorgungszentren dichter werden, aber auch eigene medizinische Einrichtungen der ÖGK und Versorgungszentren für chronische Krankheiten wie Diabetes sollen ausgebaut werden. Die ÖGK will diese Zentren errichten und auch betreiben, um die Versorgung sicherzustellen. Erst vor einigen Wochen wurde der neue Bundeszielsteuerungsvertrag in der Bundeszielsteuerungskommission endgültig beschlossen, der die Übereinkünfte aus dem Finanzausgleich 2024 in vielen Bereichen konkretisiert hat. „Vieles aus unserem damaligen Programm wurde auch darin und in Begleitgesetzen festgeschrieben“, freut sich Huss. Der kontinuierliche Ausbau der Primärversorgungseinheiten (PVE) läuft. Das definierte Handlungsfeld „Ausbau interdisziplinärer Versorgungseinheiten für Kinder und Jugendliche“ kann sich sehen lassen, denn aktuell gibt es bereits sechs Kinder-PVE in Österreich. „Es gibt kein Bundesland mehr ohne PVE und Hürden für die Gründung wurden mit einer Gesetzesnovelle abgebaut. Im Jahr 2030 wollen wir 300 PVE in den insgesamt 32 österreichischen Versorgungsregionen eröffnet haben“,

63 Prozent der Kassengynäkologen sind männlich. Viele Frauen, die von einer der zu wenigen Gynäkologinnen behandelt werden wollen, müssen derzeit lange auf ihre Termine warten.

Andreas Huss

beschreibt Huss die ehrgeizigen Pläne. In der Zahnmedizin braucht es ebenfalls mehr Engagement, vor allem für Kinder. Während in den nordischen Ländern über 90 Prozent der Kinder kariesfrei sind, sind es bei uns nur knapp über 50 Prozent. „Investitionen in Kinderzähne rechnen sich bis ans Lebensende“, betont Huss die Bedeutung von Prävention für die individuelle Entwicklung, aber auch für das Gesundheitswesen. Die Zahnversorgung in eigenen Einrichtungen der ÖGK wird daher ausgebaut und bringt bereits jetzt spürbare Verbesserungen für Versicherte, etwa mit kürzeren Wartezeiten. Doch mit der Zahnmedizin ist der Bereich der Prävention in der ÖGK noch längst nicht beendet und weitere weitreichende Initiativen sind vorgesehen. So soll ein erweitertes Impfprogramm dazu beitragen, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und Infektionskrankheiten effektiv vorzubeugen. Zudem ist geplant, die finanzielle Unterstützung für Präventionsprojekte in den einzelnen Ländern zu erhöhen. Diese Maßnahme soll innovative Ansätze zur Gesundheitsförderung vor Ort fördern und somit einen nachhaltigen Beitrag zur Prävention leisten. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Regelfinanzierung der Frühen Hilfen, um eine flächendeckende und bedarfsgerechte Unterstützung für Familien in sensiblen Phasen der Kindesentwicklung sicherzustellen.

Gesundheitszentren schaffen Arbeitsplätze

Als Vorbild eines regionalen Gesundheitszentrums nennt Huss die Seestadt Aspern. Hier entsteht auf knapp 10.000 Quadratmetern ein moderner Standort für PVEs, Gruppenpraxen, Tageskliniken, Ambulanzen und gesundheitsnahe Gewerbebetriebe. Abgestimmt auf die Zielgruppe in diesem Wiener Stadtentwicklungsgebiet, sollen Angebote im Bereich der Kinder- und Frauengesundheit sowie der psychosozialen Gesundheit im Vordergrund stehen. „Nach dem Vorbild der Primärversorgungseinheiten sollen Frauengesundheitszentren, in denen vor allem die Bereiche Gynäkologie, Sozialarbeit, Psychologie, Psychotherapie und Ernährungsberatung sowie Hebammen zusammenarbeiten, etabliert werden. So werden allein





in den Primärversorgungszentren inklusive der Varianten für Kinder und Frauen insgesamt 800 neue Arztstellen geschaffen“, sagt Huss. Dazu ist jedoch noch eine Gesetzesänderung erforderlich, denn derzeit sind PVE nur für Haus- und Kinderärzte möglich. „Wenn es schnell geht, könnte sich das im Herbst ausgehen und dann würden bereits mit Jahresbeginn 2025 die ersten Zentren eröffnen können“, meint Huss. Vor allem Frauen, die derzeit in Wahlarztordnungen tätig sind, will der ÖGK-Obmann damit ansprechen, denn 63 Prozent der Kassengynäkologen sind männlich. Viele Frauen, die von einer der zu wenigen Gynäkologinnen behandelt werden wollen, müssen derzeit lange auf ihre Termine warten.

Ein dringendes Anliegen des ÖGK-Obmanns ist die adäquate Behandlung psychischer Erkrankungen. Neben dem Ausbau der psychosozialen Versorgungszentren in allen 32 Versorgungsregionen Österreichs, die als Erstanlauf- und Behandlungsstellen arbeiten, müssen die psychologischen Therapien als Kassenleistungen angeboten und die Kontingente für die Psychotherapie weiter erhöht werden. „Dazu ist aber ein einheitlicher österreichweiter Vertrag mit den psychotherapeutischen Interessensvertretungen nötig. Nur so kann ein stabiler und für alle Patientinnen und Patienten gleicher Zugang zu diesen Leistungen ermöglicht werden“, so Huss. Ein Beschluss zum Ausbau, um zusätzliche 20.000 Patientinnen und Patienten auf Kassenkosten versorgen zu können, ist gefasst, jedoch geht das Projekt dem ÖGK-Obmann noch zu langsam: „Psychologinnen und Psychologen wurden in das Kassensystem integriert, aber derzeit fehlt noch die langfristige Finanzierung. Psychologische Unterstützung ist derzeit nur über Kostenzuschüsse möglich, das muss sich rasch ändern.“ Daher wird künftig mit Hochdruck daran gearbeitet, die flächendeckende Sachleistung bei therapeutischen Leistungen auszubauen und auch die notwendigen Planstellen zu besetzen. Für einen verbesserten Zugang zu Therapien fordert die ÖGK in ganz Österreich Clearingstellen als kundenorientierte Andockmöglichkeit. Derzeit sind diese Stellen

Mit der Einigung im Finanzausgleich will die ÖGK gemeinsam mit den Ländern nun rasch mit den notwendigen Investitionen starten.

aber erst in einigen Bundesländern realisiert und hier zeigt sich, dass es für Patientinnen und Patienten deutlich einfacher geworden ist, Therapieplätze – passend zu den individuellen Bedürfnissen und dem jeweiligen Krankheitsbild – zu bekommen.

Digitalisierung schafft Transparenz und Sicherheit

Im Finanzausgleich wurde beschlossen, dass eine Kassenarztstelle immer mit allen Krankenkassen Verträge haben muss – diese All-in-Kassenverträge stärken ebenfalls die niedergelassene Versorgung. Hand in Hand mit der Digitalisierung geht die Verpflichtung am 1.1. 2026, dass alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an ELGA teilnehmen und eine verpflichtende Diagnosecodierung umsetzen müssen. Daneben muss der österreichweite Gesamtvertrag mit einem einheitlichen Leistungskatalog und einem unbürokratischen und gerechteren Honorierungssystem endlich umgesetzt werden. „Wir müssen wegkommen von Einzelleistungsvergütungen und Deckelungen hin zu einem pauschaleren System, in dem Patientinnen und Kassenärztinnen und -ärzten ein attraktives Einkommen garantiert wird“, ist Huss überzeugt. Mit der Einigung im Finanzausgleich kann nun die ÖGK gemeinsam mit den Ländern beginnen, die notwendigen Investitionen dafür auch anzugehen. „Alles, was in den Strukturplänen festgeschrieben wird, können wir ohne Blockade durch die Ärztekammern umsetzen. Diese Situation ist erstmalig in Österreich so gegeben und eröffnet einen dringend notwendigen Handlungsspielraum“, so Huss weiter.

Um Patientinnen und Patienten zielgerichtet durch das System zu führen, braucht es einen einheitlichen Ausbau der Gesundheitshotline 1450 und daran anschließende telemedizinische sowie neue und ausgebaut ambulante Angebote für die Versicherten. Alle Gesundheitsberufe müssen künftig an eine übersichtliche und mit allen Daten ausgestattete ELGA inklusive Patient Summary angeschlossen werden und diese nutzen. „Nur so kann die Zusammenarbeit aller

Über ein pauschaliertes System bekommen Patientinnen und Patienten was sie benötigen und Kassenärztinnen und -ärzten wird ein attraktives Einkommen garantiert.

Andreas Huss

Gesundheitsberufe für die Versicherten optimal funktionieren. Bilddaten, Labordaten sowie Daten aus der Diagnosecodierung müssen in ELGA für alle Gesundheitsdienstleister verfügbar sein“, fordert Huss.

Ein weiterer Baustein ist der Ausbau der Patientensicherheit und Datentransparenz, indem Wahlärztinnen und Wahlärzte bereits jetzt ihre Rechnungen digital an die Krankenkasse schicken müssen. „Das ist ein Novum, jedoch muss aufgrund der Bagatellgrenze vorerst nur ein Viertel von rund 11.000 Wahlärztinnen und Wahlärzten dabei mitmachen. Das heißt, nur 3.000 Wahlärzte haben im Jahr mehr als 300 unterschiedliche PatientInnen mit Kassenleistungen. Soviel zur angeblichen Versorgungswirksamkeit des Wahlarztsystems. Bereits jetzt bezahlen die Menschen 23 Prozent der Gesundheitsausgaben aus der privaten Tasche. Das entspricht nicht mehr der Idee eines solidarischen Systems. Darüber hinaus müssen wir die immer noch vorhandene Intransparenz zwischen öffentlichem und privatem System weiter bekämpfen. Eine Verwischung der Grenzen wie derzeit gelebt, bringt für die Betroffenen viele Nachteile, wie hohe Kosten und lange Wartezeiten. Wir müssen das öffentliche Gesundheitssystem mit viel mehr kassenärztlicher Versorgung und der Einbeziehung aller Gesundheitsberufe stärken. Nur so können Wartezeiten reduziert, den Gesundheitsdienstleistern mehr Zeit für ihre Patientinnen und Patienten ermöglicht und so das Vertrauen der Versicherten zur öffentlichen Versorgung aufrechterhalten werden. Wir haben genug verhandelt, genug Konzepte und Papiere geschrieben. Jetzt geht's ans Umsetzen!“, so Huss abschließend. **P**



PERFORMANCE

4. PRAEVENIRE Gipfelgespräch „Kinder- und Jugendgesundheit 2030“

Wie viel sind uns unsere Kinder wert?

Der Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich und das PRAEVENIRE Gesundheitsforum haben Ende Juni zu den vierten Gipfelgesprächen am Fuße der Rax geladen. Neu seit diesem Jahr ist die Erweiterung auf ein Zweitagesprogramm. **ES GIBT VIEL ZU TUN IN DER PÄDIATRISCHEN VERSORGUNG.** Denn: Kinder sind unsere Zukunft! | von Mag. Beate Krapfenbauer

Wenn im Juni-Kalenderblatt die Gipfelgespräche zur Leadership-Kampagne Kinder- und Jugendgesundheit eingetragen sind, gibt es Sonnenschein garantiert am Fuße der Rax in Hirschwang. So könnte die Prognose des niederösterreichischen Wetterfroschs auf Beobachtungsbasis der letzten vier Jahre lauten. Am 25. und 26. Juni war es draußen heiß, drinnen gab es zeitweise hitzige Debatten und richtig aufgeheizt war die Stimmung dann am Abend im Garten des Parkhotels, als die österreichische Nationalmannschaft mit 3:2 gegen die Niederlande Gruppensieger bei der Fußball-EM 2024 wurde. An die Spitze stellte sich auch Hirschwang, in der Kategorie Veranstaltungsort für Gesundheitsagenden der Jüngsten in der Bevölkerung. Sportliches Credo der teilnehmenden Gesundheitsexpertinnen und -experten: Das Gesundheitswesen braucht viel mehr Miteinander, Durchhaltevermögen, Ausdauer und vor allem eine Lobby für Kinder und Jugendliche. Diesbezüglich wurden im Vorjahr die zwei wichtigsten Forderungen nach einem „Staatssekretariat Kinder und Jugendliche“ und der „Kindergesundheitsmilliarde“ aufgestellt. Bis zur Umsetzung heißt es sportlich dranzubleiben und in der Zwischenzeit: Bringen wir gemeinsam mehr Bewegung ins Spiel!

Gesundheitskompetenz ist ein Muss

Apropos Bewegung: Der Ruf nach der „Turnstunde“ oder der „täglichen Bewegungseinheit“ in Kindergärten und Schulen war unisono deutlich zu hören. Sei es aus medizinischer Sicht, aus Perspektive der Medizinisch Technischen Dienste, Osteopathie oder Mental Health Issues. Univ.-Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel weiß, wie schwer es ist, nachhaltig Verhaltensänderungen zu erwirken. Regelmäßige (!) Bewegung zählt neben Ernährung, Alkoholabstinenz, „no smoking“, Stress-Kontrolle und eine sichere Berufsaussicht zu den WHO-Maßgaben, die eine Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit erst ermöglichen. Eine starke Gesundheitskompetenz sei die Basis, um für seinen Körper selbstverantwortlich gesundheitsfördernde Entscheidungen treffen zu können. Und dieser Grundstein muss in Form von Health Literacy bereits in Kindergärten und Schulen gelegt werden. Die Teilnehmenden im Plenum und die Diskutanten am Podium gingen im Laufe des Diskurses noch einen Schritt weiter: Gesundheitswissensvermittlung und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung beginnen bereits in der Schwangerschaft.

Nagel stellte zu Beginn seiner Keynote „Gesundheitskompetenz stärken“ die Frage: „Ist es nicht ein ‚Learning by doing?‘, sind die Kinder von ihren Eltern, Vorbildern, der Umgebung geprägt?“. Die Verbindung zwischen Zukunft

Sonderbeilage Die Presse, Erscheinungstermin 22. August 2024



v.l.: Eckhard Nagel, Ulrike Königsberger-Ludwig, Christiane Teschl-Hofmeister, Markus Wieser.

und einen selbst sei allerdings nicht vorgeprägt. Es gibt Erkrankungen, die in Verbindung mit Gesundheitskompetenz stehen. Gesundheitskompetenzvermittlung stehe wiederum in Zusammenhang mit dem Bildungsgrad und der (sozioökonomischen) Gesellschaftsgruppe, in der Kinder und Jugendliche aufwachsen. Er veranschaulicht dies mit einem Beispiel aus London. Eine Karte in den U-Bahnstationen zeigt, wie viele Jahre eine Bevölkerungsgruppe in der Nähe der Station zu erwarten hat. Sie zeigt deutlich das Auseinanderdriften zwischen Teilhabe und Lebenserwartung. Geht man von durchschnittlich 83 Lebensjahre aus, sind es bei Kindern, die in einer sozial prekären Situation aufwachsen 73 Lebensjahre. Zehn Jahre Differenz. Unter dieser Maßgabe sieht der Geschäftsführende Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth Gesundheitskompetenz tiefergehende Gründe. Oft wird Gesundheit als vom Schicksal gegeben angesehen. Dabei liegt ein langes, gesundes Leben – sofern entsprechende Gesundheitskompetenz vorhanden ist – auch in den eigenen Händen. Dafür braucht es die gesellschaftliche Anerkennung und Awareness, dass Gesundheit wie Friede, Freiheit und Gerechtigkeit als konditionales Gut zu pflegen sei. Die Gesundheitsförderung früh zu fördern, muss u. a.

chronisch Kranke, Krebskranke, organtransplantierte Kinder und Jugendliche mit einbinden. Als Transplantationschirurg und Ärztlicher Direktor des Kinderrehabilitationszentrums Ederhof in Osttirol (www.ederhof.eu) weiß Nagel, wie wichtig es ist, Kindern nach ihrer Operation mitzugeben, was sie selbst in ihrem Wirkungskreis tun können, um mit ihrer Erkrankung so umzugehen, damit sie eine aktive Teilhabe in der Gesellschaft ausüben können. Die Gäste im Plenum betonten in ihren Beiträgen die Wichtigkeit der Schulärztinnen und Schulärzte für die kontinuierliche Gesundheitsförderung und die Rolle der Digitalisierung für Präventivmaßnahmen.

Eine Investition, die sich lohnt

Kinder und Jugendliche brauchen jede mögliche finanzielle, rechtliche und gesellschaftliche Unterstützung, um ein gesundheitsförderliches und (sobald möglich) selbstbestimmtes gesundes Leben führen zu können. Wie die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen gestaltet werden können, diskutierten die Podiumsgäste aus ihrer jeweiligen Perspektive am Beginn des zweiten Tages der Gipfelgespräche am Fuße der Rax. Markus Wieser, Obmann des Fördervereins Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich, berichtete über die erfreulichen Erfolge der letzten Jahre, wie z. B. der Rechtsanspruch für Eltern auf Reha-Begleitung und die finanzielle Absicherung. Als Obmann lag



Der Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich dankt für die freundliche Unterstützung:





es ihm besonders am Herzen, das vor kurzem erschienene Jubiläumsbuch des Fördervereins Kinderreha zu erwähnen. Es blickt auf die Entstehungsgeschichte, zeigt die Erfolge und auch Rückschritte, die es im Verlauf des 15-jährigen Bestehens zu feiern bzw. zu bewältigen gab. Er betonte aber auch, wie wichtig die Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe sei und vor allem, weiter kontinuierlich am Thema dranzubleiben. Ulrike Königsberger-Ludwig, Landesrätin für Gesundheit der Niederösterreichischen Landesregierung unterstrich die Notwendigkeit einer frühen Prävention und in diesem Sinne auch die Unterstützung werdender Eltern. Sie wiederholte ihre immer wieder gestellte Forderung, Bewegungseinheiten und gesunde Ernährung in Schulen zu etablieren. Mag. Mag. (FH) Konrad Kogler, Vorstand der Niederösterreichischen Landesgesundheitsagentur, sieht eine große Herausforderung in der Gesundheitsversorgung, insbesondere im ambulanten Bereich, der es sich zu stellen gelte. Diesbezüglich sei die multiprofessionelle Zusammenarbeit und ein verfügbares, verschränktes Angebot in allen Bereichen der Gesundheitsdienstleistungen wesentlich. Mag. Bernhard Wurzer, Generaldirektor der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), hob die Bedeutung neuer Versorgungsmodelle wie der Kindergesundheitszentren hervor, betonte dass die Angebote einfach und niederschwellig erreichbar sein müssten und forderte zur breiten Nutzung digitaler Lösungen zur Verbesserung der Patientensteuerung auf.

In seiner Videobotschaft betonte Gesundheitsminister Johannes Rauch die Bedeutung der Kinder- und Jugendgesundheit für die Zukunft der Gesellschaft und infolgedessen bedankte er sich für diese Initiative und die Arbeit an diesen wichtigen Themen. Er kündigte seitens des Bundesministeriums die Aktualisierung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie an und wünschte den Mitwirkenden interessante und produktive Gipfelgespräche zu den vier Themenschwerpunkten dieses Tages.

Thema 1: Kindergesundheitszentren

Das erste Thema „Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit – ein neuer Weg der Versorgung in Österreich“ wurde von Prim. MedR. Ass.-Prof. DDr. Peter Voitl, MBA, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde abgedeckt. Er ging der Frage nach, ob die privatärztliche Versorgung eine Alternative sein kann. Mit den jüngsten Gesetzesänderungen seien gewohnte Konzepte brüchig geworden, Spitalsambulanzen überfüllt, die Wartezeiten zu lang. Der Pädiater war selbst zu Beginn als Wahlarzt tätig und als solcher mit Erfahrungen konfrontiert kranke Kinder ohne Zusatzversicherung abweisen zu müssen. Da zu sein für jene, die eine ärztliche Leistung notwendig haben, unabhängig von dem finanziellen Background der Eltern, war die Motivation, das erste pädiatrische Kinderzentrum „Kinder-PVE Donauinsel“ zu gründen. Er berichtete von den Vorteilen der interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit und die positiven Erfahrungen der fachliche Erweiterung für die Kinder- und Jugendgesundheit. Für die Gründung gibt er den Anwesenden Tipps und Erfahrungen mit. Vor allem legt er das Hinzuziehen eines PVE-Managers nahe, der bei der Gründung und der Teamarbeit unterstützt.

Thema 2: Transitionsmedizin

Zum zweiten Thema „Plötzlich erwachsen! Transitionsmedizin als Begleitung in die Erwachsenenmedizin“ stellte OÄ MD PhD DDr. Edit Bardi, Oberärztin für Kinderhämatoonko-

logie und Immunologie im St. Anna Kinderspital, die Frage in den Raum „Warum brauchen wir die Transitionsmedizin?“. Die Antwort folgte prompt mit der Feststellung, dass eine Nachbetreuung beispielsweise krebskranker Kinder oder chronisch Erkrankter unerlässlich sei, auch wenn sie das formelle Erwachsenenalter erreicht haben. Zurzeit sei der Schwachpunkt eine fehlende Intervention der Erwachsenenmedizin, ein lückenloser Übergang sei nicht gegeben. Wann ist der optimale Zeitpunkt von der einen zur anderen Versorgungsstruktur zu wechseln? Dafür gibt es das Programm „Ready steady go“. Beginnend mit der Erstinformation für Elf- bis Zwölfjährige, begleitet sie das Programm bis ins Erwachsenenalter mit Informationen zur Erkrankung, Wirkung und Nebenwirkung ihrer Therapie, Gesundheitskompetenzvermittlung. In den europäischen Guidelines werden Erfahrungsaustausch mit Gleichgesinnten, Survivals und Familienbeteiligten bei der Evaluierung mitberücksichtigt. Wichtig bei allen Aktivitäten sei es, die jungen Erwachsenen früh vorzubereiten und ihre Bereitschaft zu stärken, vorhandene Tools anzunehmen, damit niemand verlorengelasse. In Österreich gibt es die Koordinationsstelle SUPA Register. Als Best-Practice gilt die Transitionsambulanz IONA (vgl. Keynote von Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Holter im Vorjahr), die Transition erfolgreich umsetzt und es wurden lokal Zentren für die Nachsorge eröffnet. Das EU-Projekt „PanCareSurPass“ stellt die Therapiebelastung dar und erfasst die lebenslange Nachsorge.

Thema 3: Adipositas

„Wir müssen handeln, darum sind wir überhaupt hier“, so Prim. Univ.-Prof. Dr. Daniel Weghuber, Vorstand der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde am Uniklinikum Salzburg. In seiner Keynote „Übergewicht, Diabetes, Adipositas“ belegte er den dringenden Handlungsbedarf, um eine schnellere Versorgungswirksamkeit zu erreichen, mit Zahlenmaterial. Für Übergewichtige ist das Risiko an Typ-2-Diabetes zu erkranken zwischen 30 und 60 Jahren um ein Vierfaches erhöht. Das stünde auch repräsentativ für viele andere Komorbiditäten und stelle daher neben einem gesundheitssystemischen Thema auch eine ökonomische, eine gesellschaftliche Problematik dar. Dabei sei bereits eine fünfprozentige BMI-Reduktion klinisch relevant, zusätzlich zu lebensstilmodifizierenden Therapien. Der bereits erarbeitete Versorgungsplan sieht vor, dass das Gesundheitswesen auf mehreren Ebenen wirksam werde und auch die Kinder-Reha einbeziehe. Bei der Entwicklung des Programms war auch klar, dass es konkrete Überlegungen brauche, wie Kinder- und Jugendliche nach der Reha zu betreuen sind. Das nationale Konzept sieht zwei Säulen vor, neu ist die ambulante Lebensstilinter-

v.l.: Bernhard Wurzer, Markus Wieser, Ulrike Königsberger-Ludwig, Konrad Kogler.

Keynotespeaker (v. o.)

- Peter Voitl
- Edit Bardi
- Daniel Weghuber
- Eva-Maria Mostler



tion. Die ÖGK nimmt die Ausrollung in die Hand, derzeit ist die erste Säule in Umsetzung. Wesentlich sei nun die zweite Säule: die bundesweite Etablierung von Kinderadipositaszentren, in denen nach klaren Struktur- und Prozesskriterien betroffene Kinder und Jugendliche mit Adipositas und bereits bestehenden Folgeerkrankungen interdisziplinär versorgt werden. Weghuber erzählt von einem ähnlichen Projekt, das ein Jahr zuvor in Belgien gestartet ist und daher für Österreich ein Modell sein kann. Für die junge App-affine Gruppe plädiert Weghuber: „Digitale Begleitung und Nachsorge sind verfügbar. Wir müssen nur zugreifen!“ Auch die Forschung beschäftige sich intensiv mit dem Thema.

Thema 4: Rehabilitation

Dr. Eva-Maria Mostler, berichtete als Vertreterin der ÖGK Medizinischen Dienst, über „Aktuelles aus der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation“. Sie freute sich über die Möglichkeit des persönlichen Austauschs bei der Arbeitsgruppe. Für Mostler ist es am zielführendsten durch regen Austausch mit allen Beteiligten frühestmöglich an die alltäglichen und strukturellen Problemstellungen denken und Lösungen erarbeiten zu können. Es seien Hürden bei der Antragsstellung und Zuweisung – oft reine Optimierung der Bürokratie und Formalitäten – zu bewältigen, aber auch Fragen und Problemstellungen, die sich im Zuge der Rehabilitation aufenthaltes entstehen bis zu Evaluierung und Qualitätssicherung. Miteinander offen reden, sich austauschen, das ist Voraussetzung, um voneinander zu lernen, Verständnis füreinander zu schaffen. Aus ihrer Zusammenarbeit mit Vertragspartnern weiß sie, dass nach wie vor viele die Schwerpunkt-Indikationen der jeweiligen Reha-Einrichtungen nicht kennen. Deshalb war ihr der Austausch an diesem Tag, wo die verschiedensten Partnerinnen und Partner für die Kinder- und Jugendgesundheit persönlich präsent waren, am wichtigsten. Auch in der Arbeitsgruppe ging es vorrangig darum, den Prozess von der Antragsstellung bis zur Nachsorge zu verbessern. Conclusio: Direkter Kontakt ist wesentlich, um keine Zeit zu verlieren, personelle Ressourcen zu minimieren. Eine Plattform, auf die alle Zuweisenden zugreifen können, könne schon ein wichtiger Schritt zur Vereinfachung sein.

Save the Date: 24. und 25. Juni 2025

Der Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich und das PRAEVENIRE Gesundheitsforum setzen ihre gemeinsame Arbeit fort. Mit viel Schwung geht es nächstes Jahr am 24. und 25. Juni 2025 in die nächste Runde. Es gibt noch viel Optimierungspotenzial und im Sinne der von Wieser geforderten Kontinuität lautet das Motto: Wir bleiben dran!





Tabuthema „Leber“

Am 28. Juli war Welt-Hepatitis-Tag. Einmal mehr wurde auf die Bedeutung von Lebererkrankungen aufmerksam gemacht. Hepatitis B und C soll bis zum Jahr 2030 eliminiert und die Awareness für Lebererkrankungen gehoben werden – **EIN ZIEL, VON DEM ÖSTERREICH NOCH WEIT ENTFERNT SCHEINT.** | von Michaela Meier

Die Leber ist eines der wichtigsten Organe im menschlichen Körper und erfüllt eine Vielzahl lebenswichtiger Funktionen – von der Entgiftung über die Speicherung von Nährstoffen bis hin zur Produktion von Proteinen für die Blutgerinnung. Trotzdem ist die Gesunderhaltung der Leber kaum am Radar der heimischen Gesundheitspolitik. Das wollten Expertinnen und Experten im Rahmen des Alpbacher Gipfelgesprächs „Lebergesundheit 2030“ ändern und waren sich einig, dass Lebergesundheit und ihre gesundheitspolitischen Implikationen von zunehmender Bedeutung sind, insbesondere vor dem Hintergrund steigender Zahlen von Lebererkrankungen. Die Diskussionen, die am „Gipfelgespräch Lebergesundheit 2030“ geführt wurden, werfen ein wichtiges Licht auf die Notwendigkeit, Lebererkrankungen stärker in den Fokus der öffentlichen Gesundheitspolitik zu rücken und die Versorgung der Betroffenen auszubauen.

Öffentliche Wahrnehmung fehlt

Lebererkrankungen sind in der öffentlichen Wahrnehmung sehr häufig unterrepräsentiert. Ein wesentlicher Grund dafür ist die Stigmatisierung, die mit Lebererkrankungen einhergeht. Lebererkrankungen werden häufig mit Alkohol- und Drogenmissbrauch assoziiert. Darüber hinaus können aber auch falsche Ernährung und Fettleibigkeit, Diabetes mellitus, Bewegungsmangel, Medikamente und Hepatitisviren Auslöser für vielfältige Erkrankungen des Or-

Mit ein paar Leberparametern könnte man wesentliche Hinweise bekommen.

Erwin Rebhandl

gans sein“, betont Univ.-Prof. Dr. Harald Hofer, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie. Das zeigt schon, dass Lebererkrankungen heterogen sind – ein Umstand, der die Kommunikation und die Öffentlichkeitsarbeit durchaus schwierig macht. „Lebererkrankungen nehmen meist auch einen schleichenden Verlauf, sodass Betroffene über lange Zeit nicht als krank wahrgenommen werden. Im Gegensatz zu vielen Volkskrankheiten steht das Thema wenig im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion“, bestätigt auch Prim. Univ.-Prof. Dr. Peck-Radosavljevic, Abteilungsvorstand Innere Medizin und Gastroenterologie, Klinikum Klagenfurt, und ergänzt: „Zudem werden oft Diagnosen spät gestellt, oft erst, wenn Komplikationen vorhanden sind. Das schränkt auch die Therapiemöglichkeiten ein und dann sind Lebertransplantationen meist die letzte Option.“ Würden jedoch Lebererkrankungen frühzeitig diagnostiziert werden, wären sie gut behandelbar. Das unterstreicht, wie wichtig es ist, Awareness zu schaffen, damit eine spezifische Therapie dann auch in einem Stadium begonnen werden kann, wo effektive Heilungschancen vorhanden sind. Denn: Die Leber kann sich von Schäden gut erholen, wenn die Ursache rechtzeitig behoben wird.

Wie wichtig eine gesunde Leber ist, wissen nicht nur Expertinnen und Experten in Alpbach. Dennoch ist das Thema in der Versorgungsrealität noch nicht angekommen.

Stigmatisierung als Herausforderung

Ein weiteres Problem besteht darin, dass viele Maßnahmen zur Förderung der Lebergesundheit aufgrund wirtschaftlicher Interessen blockiert werden. Peck-Radosavljevic hebt hervor, dass Bemühungen, politische Maßnahmen auf europäischer Ebene anzuregen, oft am Widerstand mächtiger Industrien, wie etwa der „United Brewers of Europe“, scheitern. Auch Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching, MBA, Vorstand 5. Medizinische Abteilung, Klinik Ottakring, verweist auf die Schwierigkeit, gesundheitspolitische Maßnahmen durchzusetzen, wenn starke wirtschaftliche Interessen im Spiel sind. Fasching betont, dass gerade in Europa Alkohol- und Ernährungsgewohnheiten weit verbreitet sind, die der Lebergesundheit wenig zuträglich sind, was die Umsetzung von Präventionsstrategien erschwert. „Etwa ein Drittel aller Menschen mit einer Leberzirrhose hat eine metabolische Grunderkrankung“, ergänzt Fasching, der auch Präsident der Österreichischen Diabetes Gesellschaft ist. Er weist darauf hin, dass gerade Adipositas oder Diabetes in den kommenden Jahren noch weiter zunehmen werden und damit auch davon auszugehen ist, dass metabolische Fettlebererkrankungen (MASLD) häufiger werden.

Gesundheitskompetenz heben

Ein zentraler Aspekt der Diskussion war die Bedeutung der Prävention und Früherkennung von Lebererkrankungen. Christine Pall, Diabetologin und Vizepräsidentin des Verbandes Diätologie Austria, weist darauf hin, dass die hepatische Manifestation des metabolischen Syndroms bei vielen Patientinnen und Patienten unzureichend behandelt wird. Sie kritisiert, dass es an präventiven Maßnahmen fehlt und Lebensstilmodifikationen oft den Patientinnen und Patienten selbst überlassen bleiben. „Diätologie



Diätologie ist nach wie vor keine Kassenleistung.

Christine Pall

ist nach wie vor keine Kassenleistung“, sagt Pall. Wirksame Präventionsmaßnahmen, die einer breiten Bevölkerungsschicht zugänglich wären, sind damit verwehrt. „Wir gehen davon aus, dass etwa 20 bis 30 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher an einer metabolischen Fettlebererkrankung (MASLD) leiden, bei der Hälfte sind entzündliche Leberveränderungen erkennbar. Das sind 1,2 Millionen Menschen, bei denen wir mit den passenden Lebensstiländerungen, also einer Veränderung der Ernährungsgewohnheiten, sehr viel bewirken könnten“, betont Pall. Was nach Ansicht der Expertin hier neben der Finanzierung fehlt, ist die Aufklärung und Bewusstseinsbildung, was mit der passenden Ernährung erreicht werden kann. Damit Hand in Hand geht die geringe Gesundheitskompetenz der Bevölkerung allgemein und für Lebergesundheit im Besonderen. Angelika Widhalm, Vertreterin des Bundesverbands für Hepatitis-Selbsthilfe und Vorstandsvorsitzende im Bundesverband Selbsthilfe Österreich – DIE Patientenstimme, hebt hervor, dass viele Menschen die Risiken von Lebererkrankungen nicht erkennen, was Präventionsmaßnahmen erschwert. Sie betont, dass Ernährungsbewusstsein und Gesundheitskompetenz gestärkt werden müssen, um Lebererkrankungen wirksam vorzubeugen. Widhalm spricht auch die Herausforderungen an, die mit der Finanzierung von präventiven Maßnahmen verbunden sind: „Gesunde Ernährung ist für viele Menschen finanziell nicht leistbar“, ist sie überzeugt. Gemeinsam mit Peck-Radosavljevic plädiert sie dafür, das Thema der gesunden Ernährung bereits in Kindergärten und Schulen stärker zu implementieren, denn Diätologie auf Krankenschein allein wird das Problem in Zukunft nicht lösen können. „Prävention ist gefragt und die klappt nur, wenn man weiß, was gesunde Ernährung für eine Bedeutung hat und das auch in den Familien verankert wird“, so Widhalm. In die gleiche Kerbe schlägt Dr. Elisabeth Kippl, Allgemeinmedizinerin mit Schwerpunkt Ernährung und Diabetes: „Wir beobachten, dass wir deutlich mehr metabolische Fettlebererkrankungen diagnostizieren. Die Erkrankung überhaupt zu erkennen, ist ein wichtiger Schritt, denn so wie bei Diabetes haben die Betroffenen anfangs keinen Leidensdruck.“ Auch sie fordert mehr Aufklärung und Bewusstseinsbildung, nicht nur über Kindergärten und Schulen, sondern auch über soziale Netzwerke.

Herausforderungen bei der Umsetzung von Therapieansätzen

Die Diskussion verdeutlichte auch die Herausforderungen, die bei der Therapie von Lebererkrankungen entstehen. Dr. Max Wudy, Vizepräsident der niederösterreichischen Ärztekammer, betont die Notwendigkeit, die Zusammenarbeit zwischen Fachdisziplinen zu stärken, um eine umfassende Betreuung von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Er sieht in der Verzahnung von spezialisierten Ordinationen in Form von Netzwerken, die sich etwa das Angebot von Diätologen und Ernährungsberatern teilen, als gute Möglichkeit für die Verbesserung der Patientenversorgung im niedergelassenen Setting. Der Experte lenkt den Fokus aber auch auf andere Lebererkrankungen:



Diskussionsteilnehmende (v.l.n.r.) Peter Fasching, Harald Hofer, Max Wudy, Christine Pall, Angelika Widhalm, Erwin Rebhandl, Elisabeth Kippl, Gersina Rega-Kaun, Markus Peck-Radosavljevic, Herbert Puhl (Moderation)

„In Niederösterreich gibt es nur wenige Zentren, die auch Hepatitis-C-Therapie anbieten, was zu Wartezeiten von über einem Jahr führen kann.“ Das verzögert nicht nur den Beginn der Behandlung, sondern erhöht auch das Risiko der Weiterverbreitung des Virus. „Wir müssen schneller werden“, fordert Wudy für die Zeit von der Diagnose zum Therapiebeginn. Darüber hinaus muss auch die Verordnung von Hepatitis-C-Medikamenten angepasst werden, denn aktuell stammt der Prozess noch aus einer Zeit, in der die Produkte extrem teuer waren und die Erstverordnung nur in spezialisierten Zentren erfolgen durfte. Diese Vorgangsweise ist mittlerweile überholt und führt zu einer extremen Verzögerung bei der Behandlung.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Rolle der Diätologie wurde mehrfach betont, insbesondere auch von Allgemeinmediziner Dr. Erwin Rebhandl, der darauf hinweist, dass Prävention ohne eine flächendeckende diätologische Betreuung kaum wirksam sein kann. Er betont, dass das Krankenhaus keine ambulante Diätologie ersetzen kann und in der Niederlassung diese Leistungen nicht finanziert werden. Eine ähnliche Forderung äußert Fasching, der auch darauf hinweist, dass es wichtig ist, die Herausforderungen getrennt zu betrachten: „Prävention ist das eine, aber die Versorgung von bereits Erkrankten stellt ganz andere Herausforderungen an das Gesundheitssystem.“ Rebhandl schlägt vor, dass die Vorsorgeuntersuchungen vermehrt genutzt werden sollten, um auch den Lebererkrankungen die entsprechende Aufmerksamkeit zu schenken: „Hier ist die Primärversorgung oft eine unterschätzte Ebene. Mit ein paar Leberparametern könnte man hier wesentliche Hinweise bekommen.“ Er beobachtet, dass in den Primärversorgungszentren die Diätologie als Kassenleistung durchaus auf Zuspruch stößt und das auch wichtig ist, denn: „Es geht nicht nur um Ernährungstipps, sondern auch um Unterstützung bei der Umsetzung. Da kann es auch manchmal die Psychotherapie benötigen. Das ist eine sehr effektive Form, wenn sich ein interdisziplinäres Team um die Betroffenen kümmern kann“, so Rebhandl.

Einsatz moderner Technologien

Die Diskussion zeigte auch die Bedeutung moderner Technologien wie des Fibroskans auf, einer Elastografie der Leber, die schmerz- und nebenwirkungsfrei die Diagnostik von Lebererkrankungen erlaubt. Priv.-Doz. Dr. Gersina Rega-Kaun, Fachärztin für Innere Medizin, Diabetes und Endokrinologie sowie 1. Sekretärin der Österreichischen Diabetes Gesellschaft, erklärt, dass der Fibroscan zwar viele Vorteile

bietet, aber derzeit nicht flächendeckend eingesetzt wird. „Das Gerät ist teuer und die Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Untersuchung nicht.“ Rega-Kaun betont jedoch, dass der Fibroscan eine wichtige Rolle bei der Früherkennung von Lebererkrankungen spielen könnte, wenn er breiter verfügbar wäre. Chronische Lebererkrankungen können zu einem narbigen Umbau des Lebergewebes führen, die zu einer Einschränkung der Leberleistung und langfristig zu einer Leberzirrhose führen können. Da aber die Vernarbung zumeist schmerz- und symptomfrei verläuft, bemerken die Patientinnen und Patienten lange nichts von ihrer Erkrankung. Erst im weit fortgeschrittenen Stadium, wenn die Leberfunktion bereits eingeschränkt ist, zeigt sich in Untersuchungen die Vernarbung, die zu diesem Zeitpunkt meist nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. „Die einzige weitgehend zuverlässige Methode, das Ausmaß einer Leberschädigung exakt abzuschätzen, war bisher eine Entnahme von Lebergewebe mit anschließender feingeweblicher Untersuchung. Dazu war ein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich. Die Fibroscan-Untersuchung erfasst nun die Verformbarkeit des Lebergewebes und lässt Rückschlüsse auf den Vernarbungsgrad bei einer chronischen Lebererkrankung zu“, erklärt Rega-Kaun den Fortschritt. Die Untersuchung funktioniert einfach wie eine Ultraschalluntersuchung und kann ambulant durchgeführt werden.

Fazit und Ausblick

Die gesundheitspolitischen Implikationen der Lebergesundheit sind weitreichend und betreffen sowohl die Prävention als auch die Behandlung von bereits Erkrankten. Es besteht ein dringender Bedarf an einer besserer Integration der Lebergesundheit in die öffentliche Gesundheitspolitik, die Bereitstellung von Ressourcen für Präventionsmaßnahmen und die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Gleichzeitig müssen bestehende Therapien verbessert und der Zugang zu modernen Diagnose- und Behandlungsmethoden wie dem Fibroscan erweitert werden. Die Früherkennung und Behandlung seltener Lebererkrankungen wie der Primär Biliären Cholangitis (PBC) ist von großer Bedeutung, denn damit wird das Fortschreiten der Krankheit verlangsamt, das Risiko für Begleiterkrankungen reduziert und die Prognose sowie die Lebensqualität der Betroffenen verbessert. Nur durch eine umfassende, interdisziplinäre Herangehensweise können die Lebergesundheit langfristig gestärkt und die steigende Zahl von Lebererkrankungen effektiv bekämpft werden. **P**



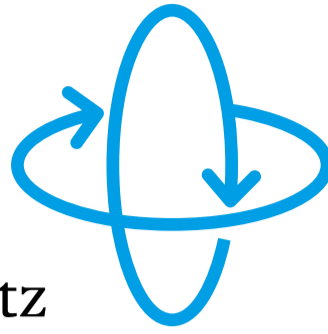


PERFORMANCE

360° Blick

Leben mit einer Seltenen Erkrankung

Seltene Erkrankungen und Einsatz von School Health Nurses



Langjährige Forderung von Pro Rare Austria zur Verbesserung der ganzheitlichen Versorgung und Teilhabe von Kindern mit einer seltenen Erkrankung durch erfolgreichen Einsatz an Wiener Schulen bestätigt.

Pro Rare Austria setzt sich in einer langjährigen Kooperation mit Expertinnen und Experten der Kinderkrankenpflege für die Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit seltenen und/oder chronischen Erkrankungen ein. Im gemeinsamen Forderungspapier „**Masterplan Pflege**“ wird die wichtige Rolle von School Health Nurses betont, um eine adäquate Gesundheitsversorgung in österreichischen Bildungseinrichtungen zu bieten.

„School Nurses“ stellen ein niederschwelliges Angebot in Kindergarten und Schule dar und sind für Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention verantwortlich; vor Ort tätige Nurses sind erste Ansprechpersonen in Gesundheitsfragen und somit ein Teil eines multiprofessionellen Schulgesundheitsteams.

Dadurch kann auf die Gesundheit, aber auch den Bildungsweg der Kinder und Jugendlichen positiv eingewirkt werden. Chancengleichheit, „gesundes Aufwachsen“ und Bildung sind Rechte von allen Kindern und Jugendlichen; eine entsprechende Versorgung im Bildungswesen bildet dafür die Grundlage.



Mag. Elisabeth Weigand, MBA
Geschäftsführung Pro Rare Austria

Tätigkeiten der „School Nurses“ umfassen u. a.:

- Notfallmanagement und Erstversorgung
- Betreuung von chronisch kranken Kindern und Kindern mit besonderen Bedürfnissen (z. B. Verabreichung und Verwaltung von Medikamenten, Versorgung, Unterstützung beim Umgang mit der Erkrankung)
- Gesundheitsvorsorge
- Information und Beratungsleistungen (z. B. Vermittlung und Empfehlung an Spezialistinnen und Spezialisten)

„School Nurses“ sind diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, die auf Kinder- und Jugendheilkunde spezialisiert sind. Als Pilotprojekt wurden sie seit 2022 an sechs Wiener Schulen eingesetzt, um die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler zu fördern und jene mit chronischen Erkrankungen zu begleiten. Dieser erste Einsatz in Wien zeigte überzeugende Erfolge: Pädagoginnen und Pädagogen, Eltern und das Gesundheitssystem werden entlastet, Kinder nehmen die „School Nurses“ als wichtige Vertrauensperson bei psychischen und physischen Beeinträchtigungen an. Bei einem Medientermin des Berufsverbands Kinderkrankenpflege Österreich wurden erste Erfahrungen des Pilotprojekts der Stadt Wien präsentiert. Der Erfolg des Projekts sowie der Wunsch nach Weiterführung und Ausweitung bestätigen unsere langjährige Forderung, denn „School Nurses“ ermöglichen Kindern und Jugendlichen mit einer seltenen Erkrankung eine Teilhabe am Unterricht und sind somit eine wichtige Grundlage für ein möglichst selbstbestimmtes Leben.

Österreichweite Umsetzung von School Health Nurses zur Verbesserung der Versorgung und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen

Die Ergebnisse des Wiener Pilotprojekts sprechen für sich: Medizinerinnen und Mediziner, Pflegefachkräfte sowie Pädagoginnen und Pädagogen fordern, dass alle Schulen in Österreich schrittweise eine „School Nurse“ bekommen. Bisher wurde das Pilotprojekt durch EU-Förderungen finanziert. Pro Rare Austria setzt sich im Rahmen des „Pflege-Round-Tables“ ebenso dafür ein, dass „School Nurses“ flächendeckend für Kinder und Jugendliche zur Verfügung stehen, indem sie auf ganz Österreich ausgeweitet werden. **P**



Weitere Informationen:
<https://www.prorare-austria.org/news/aktuelles/news/school-health-nurses-erfolgreicher-einsatz-an-wiener-schulen>

SAVE THE DATE



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

www.praevenire.at



Kinder- und Jugendgesundheit 2030.
Im Fokus der Veranstaltung stehen vier spannende Versorgungsthemen:

- Adipositas
- Kinderpsyche
- Kinderrehabilitation
- Digitalisierung in der Kinder- und Jugendgesundheit

Parkhotel Hirschwang in Reichenau an der Rax

Wir freuen uns, wenn Sie sich den Termin vormerken.

Weitere Informationen unter: umsetzen@praevenire.at

ÖRDERVEREIN
und
Ichenrehabilitation



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

24.-25. JUNI 2025



PERFORMANCE

Erfrischender Austausch über drängende Gesundheitsthemen

Mit den 11. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach setzte die Gesundheitsplattform wieder Akzente bei wichtigen Versorgungsthemen und Problemstellungen des solidarischen Gesundheitssystems in Österreich. Dazu versammelten sich in Alpbach Leistungsträger und Entscheidungsträger des österreichischen Gesundheitswesens, **UM GEMEINSAM LÖSUNGEN ZU FINDEN** – im Sinne des PRAEVENIRE Mottos: Nachdenken – Umsetzen – Jetzt! | von Rainald Edel, MBA

Die heuer in Kraft getretene Gesundheitsreform sowie die bevorstehende Nationalratswahl im September werfen ein besonderes Schlaglicht auf den Gesundheitsbereich, denn es galt die Reformdynamik beizubehalten und wichtige Weichen für die Zukunft des solidarischen Gesundheitssystems in Österreich zu stellen. „Die Gesundheitsplattform PRAEVENIRE scheut sich nicht, Themen aufzugreifen, die dem System wehtun. Wir erarbeiten Lösungsansätze für wichtige Problemstellungen und erhöht durch intensive Medienarbeit Awareness für diese Themen“, betonte die PRAEVENIRE Vizepräsidentin Mag. Gunda Gittler in Ihrer Eröffnungsansprache. Dazu werden tagesaktuelle, aber auch politische Themen mit vielen Expertinnen und Experten diskutiert aber auch Aspekte, die in anderen Gesprächskonstellationen nicht so beachtet werden, ihnen nähergebracht. „Die heurigen Gesundheitsgespräche behandeln wichtige Themen wie Kardiomyopathie, Onkologie, Diabetes, Lebergesundheit, seltene Erkrankungen und nicht zuletzt auch den Weg der Patientinnen und Patienten durch das Gesundheitssystem, sowie die Digitalisierung“, kündigte Gittler an. Ebenfalls auf der Tagesordnung der Gesundheitsgespräche stand der Austausch über politische Entscheidungen wie, das Bewertungsbord für innovative, hochpreisige Medikamente sowie die Themen: Standort Österreich, der Wirtschafts- und Forschungs- und Studienstandort Österreich. „Wir diskutieren hier auch offen über Vorschläge, die in der Zielsteuerung stehen“, hob Gittler hervor und verwies auf die Zusammenfassung der Gesprächsergebnisse und Handlungsempfehlungen für die Politik in den PRAEVENIRE Jahrbüchern, das politischen Vertretern und Entscheidungsträgern vorgelegt werde.

Gemeinsam Wege suchen

„Unser Gesundheitssystem befindet sich in einem starken Wandel“, erklärte Dr. Stefan Kastner, Präsident der Ärztekammer Tirol zu Beginn seiner Eröffnungsansprache. Dieser sei allerdings nicht so stark durch die Gesundheitsreform getrieben, worüber man als teilweise froh sei, in anderen Punkten aber auch mehr Mut erwartet habe. Denn man kämpfe sowohl mit einem Pflege- als auch Ärztemangel. „Letzterer ist für viele unverständlich, denn es gibt mehr Ärztinnen und Ärzte denn je“, sagte Kastner. Faktoren wie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie – gerade für den steigenden Anteil der Ärztinnen wichtig –, aber auch das gegenüber früher strengere Krankenanstaltenarbeitsgesetz und andere Faktoren führten zu einem höheren Personalbedarf. Hinzu komme noch

die im Vergleich zu den 70er Jahren zehn Jahre höhere Lebenserwartung von Patientinnen und Patienten. „So erfreulich das ist, bedeutet dies auch einen Mehraufwand. Auch gibt es heute Therapien, die es früher nicht gegeben hat. Für das alles braucht es mehr Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte. Deshalb sind wir jetzt gefordert, diesem Ärztemangel – bevor er wirklich schwerwiegend wird – entgegenzutreten“, appellierte Kastner. Deshalb sei es wichtig, dass Absolventinnen und Absolventen eines Medizinstudiums in Österreich rasch in den Beruf als Ärztin, Arzt einsteigen können und keine Wartezeiten auf Ausbildungsplätze entstehen. Auch das Thema „Best Point of Service“ war Kastner ein großes Anliegen. „Obwohl es schon vor Jahren eine entsprechende Definition gibt, wissen wir noch immer nicht, wo der günstigste und wo der beste Ort für die jeweiligen Patientin bzw. den Patienten ist. Und was noch schlimmer wiegt ist, dass wir keine Steuerung haben, die gut funktioniert“, schilderte Kastner. Man habe noch immer zu viele Patientinnen und Patienten, die zum falschen Zeitpunkt am falschen Ort sein. In Zeiten knapper Ressourcen müsse man gemeinsam überlegen, wie man die Patientinnen und Patienten optimal versorgen könne. So fehle der von der Gesund-



Prominent besetzte Eröffnungsrunde der PRAEVENIRE Gesundheitstage in Alpbach: Stefan Kastner, Gunda Gittler, Andreas Huss.



heitsreform geprägten Schlagwort „digital, vor ambulant, vor stationär, die nötigen digitalen Ressourcen.

Das kassenärztliche System sei in seinen Augen sehr effizientes, allerdings müsse es planbarer, attraktiver werden und auch mehr Verbindlichkeit für die Zukunft der Kollegenschaft anbieten. Bezüglich Primärversorgungseinrichtungen sieht Kastner, dass diese nur Teil der Lösung sein können und kein „Allheilmittel“ seien und verwies auf erfolgreiche Gruppenpraxen, die ebenfalls lange Eröffnungszeiten haben und die Pflege, Physiotherapie und weitere Berufsgruppen inkludieren. „Insgesamt wünscht sich die Kollegenschaft, das Gefühl einer Vertragspartnerschaft mit der Sozialversicherung wieder stärker zu erleben“, so Kastner.

Überblick verschaffen

Andreas Huss, Obmann der ÖGK kann über weite Strecken dem Befund und den von Kastner angeregten Änderungen durchaus zustimmen und sieht sehr große Einigkeit bei den Positionen der Ärztekammer. „Im Detail, beispielsweise bezüglich einheitlicher Gesamtverträge, wie wir zusätzlichen Stellen ausrollen, wie wir Versorgung in Zukunft sehen, da haben wir noch ein bisschen Diskussionsbedarf“, so der ÖGK-Obmann anlässlich der Eröffnung und gab sich zuversichtlich auch in diesen Punkten eine Einigung erzielen zu können. „PRAEVENIRE macht und kann etwas, was wir offensichtlich im öffentlichen Gesundheitssystem nicht schaffen, nämlich regelmäßig alle wesentlichen Stakeholder zusammenbringen und voneinander lernen, zuhören sowie auch miteinander diskutieren. So können wir uns von möglicherweise unterschiedlichen Seiten annähern und gemeinsame Lösungen sowie gemeinsame Entwicklungen sehen. Durch diese können wir dann anschließend, in der Gesundheitspolitik die Gesundheitsversorgung vorantreiben“, resümierte Huss. Im Rahmen der PRAEVENIRE Diskussionsformate könne er zudem Positionen aus der Sozialversicherung auf den Prüfstand stellen und Themen einzubringen, die dann hier diskutiert werden. Dadurch werden seine Überlegungen entweder bestätigt oder angeregt noch einmal darüber nachzudenken. „Diese Veranstaltungen sind ein wichtiger Teil im Jahr, um voneinander zu lernen, sich gegenseitig kennenzulernen, schätzen zu lernen und auch in einem wertschätzenden Austausch zu sein sowie auch gegensätzliche Positionen auf eine vernünftige Art und Weise zu diskutieren. Das geht auf der Alm offensichtlich ein bisschen leichter als in irgendwelchen Bürogebäuden und Sitzungszimmer“, so Huss abschließend. **P**



PIONIERS

Reiches Armamentarium, problematische Finanzierung

Die Behandlungsmöglichkeiten der Autoimmunerkrankung Myasthenia gravis haben sich in den letzten Jahren durch **IMMER GEZIELTERE THERAPIEANSÄTZE DEUTLICH VERBESSERT**. Allerdings ist vor allem der wohnortnahe, niedergelassene Bereich finanziell und ausstattungs­mäßig nur ungenügend auf diese neuen Optionen vorbereitet. Wo und welche Verbesserungen es diesbezüglich im Gesundheitsbereich bedarf, erörterte eine Expertenrunde bei den 11. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach. | von Rainald Edel, MBA

Myasthenia gravis ist eine seltene Autoimmunerkrankung, bei der die Signalübertragung zwischen Nerven und Muskeln gestört ist. Dies führt zu Muskelschwäche und schneller Ermüdung der Muskulatur, insbesondere der Augen- und Gesichtsmuskulatur sowie der Muskulatur des Rumpfes und der Extremitäten. Myasthenia gravis ist selten. Die Prävalenz beträgt in etwa 157 Fälle pro einer Mio. Menschen, wobei in den letzten Jahren eine Zunahme der Prävalenz und Inzidenz zu beobachten ist. Gemäß einer 2012 publizierten österreichischen Studie steigt die Zahl der neu diagnostizierten Krankheitsfälle jährlich um 3,7 bis fünf Prozent. Ähnlich wie bei Multiple Sklerose tritt Myasthenia gravis im jüngeren Alter (unter 50 Jahre) häufiger bei Frauen als bei Männern auf. Unbehandelt bzw. bei besonders schweren Krankheitsverläufen kann es zu massiven Komplikationen kommen, die selten auch zum Tode führen. Durch frühe Erkennung und Fortschritte in den Behandlungsmöglichkeiten sind Todesfälle aber heutzutage die Ausnahme.

„Über viele Jahre wurde die Erkrankung mit Cholinesterasehemmer, Kortison und Kortison einsparende orale Chemotherapeutika behandelt, die allerdings multiple Probleme für die Betroffenen hervorriefen. In den letzten Jahren wurden immer mehr molekulare Zielstrukturen erforscht, die spezifischere Therapien erlauben“, schilderte Priv.-Doz. Dr. Raffi Topakian, Leiter der Abteilung für Neurologie am Klinikum Wels-Grieskirchen. Mit Komplementinhibitoren, FcRn-Inhibitoren und B-Zell-Depletions­therapien wurde das Behandlungsarsenal entscheidend erweitert, so dass man noch mehr Betroffenen besser helfen könne. Allerdings steigen mit den neuen Substanzen und Substanzklassen auch die Therapiekosten.

Frühe Diagnose

„Bei mir wurde Myasthenia gravis vor 45 Jahren diagnostiziert. Im Vergleich zu damals, hat sich



KURIER, Erscheinungstermin 22. August 2024



in der Behandlung aber auch in der Diagnose sehr viel getan“, berichtete Evelyn Suritsch von der Selbsthilfegruppe Myasthenia gravis. Damals habe es auch sehr lange gedauert, bis die Diagnose gestellt werden konnte. „Auf Grund der Seltenheit dauert es auch heute oftmals lange, bis Symptome einer Myasthenia gravis zugeordnet werden“, ergänzte Antonia Müller, die aus eigener Betroffenheit vor einigen Jahren die Selbsthilfegruppe für dieses Krankheitsbild gründete: „Als erste Ansprechperson bei Neubetroffenen höre ich immer wieder, wie langwierig es war, bis eine Diagnose gestellt werden konnte. Gerade weil Ärztinnen und Ärzte oftmals keine Erfahrungen mit der Erkrankung haben und die Symptome vieldeutig sein können, dauere es oft lange. „Das Problem in einer Hausarztpraxis ist, dass sehr viele Patientinnen und Patienten mit primär scheinbar harmlosen Symptomen, die noch nicht stark ausgeprägt sind, zu uns kommen. Hier gilt es herauszufinden, ob es eine harmlose Ursache ist oder eine schwierige Problematik dahintersteckt“, sagte Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner und Präsident von AM PLUS.

War die Erkrankung vor 100 Jahren noch ein Todesurteil, haben Betroffene heute durch den

Einsatz immunmodulatorischer Therapien einen guten Verlauf, mit normaler Symptompräsentation oder sogar Beschwerdefreiheit“, schilderte Assoc. Prof. Dr. Eva Hilger, Chefärztin der SVS, die vor ihrem Wechsel in die Sozialversicherung 25 Jahre klinische Erfahrung v.a. am AKH-Wien sammelte. Sorge bereiten jene zehn Prozent, die bisher therapierefraktäre Verläufe gezeigt haben. Hier sehe man in den neuen Substanzen, die in den letzten Jahren auf den Markt gekommen sind, echte Game Changer. Auf Grund der Schilderungen seitens der Selbsthilfe ortet sie einen erhöhten Informationsbedarf bezüglich Diagnose und therapeutischer Optionen im niedergelassenen Bereich. Zwar gebe es einige kritische differenzialdiagnostische Konstellationen, aber grundsätzlich sollte es gelingen, in einer angemessenen Zeit eine Diagnose zu stellen.

Führung an Spezialambulanzen

Versorgungsprobleme ortet auch Rebhandl durch einen Mangel an niedergelassenen Neurologinnen und Neurologen mit Kassenverträgen: „Bei uns im Bezirk Rohrbach gibt es beispielsweise im ganzen Bezirk keine. Der nächste Kassenneurologe ist in Linz.“ Die meisten Diagnosen würden, so Topakian, in



Die Diskutanten v.l.n.r.: Nenad Mitrovic, Antonia Müller, Evelyn Suritsch





Spitälern auf Grund der Differenzialdiagnose gestellt. Grundsätzlich gehören Betroffene auch an einer Spezialambulanz geführt, da die meisten Therapieentscheidungen und auch Therapieeskalationen die Möglichkeiten im niedergelassenen Bereich überfordern würden und dort auch nicht ausreichend Zeit zur Behandlung zur Verfügung stünde. Einfache und leichte Interventionen könne aber im niedergelassenen Bereich erfolgen, ebenso könnten Routine-Laborparameter durchaus auch durch Hausarztordinationen ermittelt werden. Ähnlich sieht dies auch Eva Hilger: „In einer Kassenordination ein informierendes 45 Minuten langes Gespräch zu führen – wie soll sich das ausgehen? Das ist der Vorteil bzw. der Luxus, den man sich an einer spezialisierten Ambulanz nehmen kann. Das Setting im Spital gibt zudem auch Sicherheit. Dennoch ist der niedergelassene Bereich ein wichtiger Ansprechpartner beispielsweise für milde Verläufe oder Weiterverschreibungen“.

Schnittstellenproblematik

„Wir haben im Moment mehrere neurologische Therapien, die nicht in den niedergelassenen Bereich verlagert werden können, weil es noch zu keiner Einigung über die Kostenaufteilung gekommen ist. Damit müssen Patientinnen und Patienten den weiten Weg ins Spital auf sich nehmen, obwohl dies eigentlich gar nicht der Best Point of Care ist“, schilderte Mag. pharm. Gunda Gittler, Leiterin des Einkaufs sowie Leiterin der Anstalts- und öffentlichen Apotheke der Barmherzigen Brüder in Linz. Bei teuren Medikamenten hat die oberösterreichische Gesundheitsholding entschieden, dass diese nur zentral vergeben werden, schildert Priv.-Doz. Dr. Nenad Mitrovic, Leiter der Neurologie am

V.l.: Hanns Kratzer (Moderator), Gunda Gittler, Antonia Müller, Evelyn Suritsch, Eva Hilger, Nenad Mitrovic, Daniela König, Raffi Topakian, Andrea Friedrich auf der Schafalm in Alpbach



Die Diskutanten v.l.n.r.: Erwin Rebhandl, Raffi Topakian, Eva Hilger, Gunda Gittler

Salzkammergut Klinikum. Gerade bei jenem Kompliment-Antikörperprodukt, das bei Myasthenia Gravis zum Einsatz kommt, könne nach einer zweimaligen Verabreichung im Krankenhaus die weitere Therapie zu Hause durch eine eigens geschulte Medikamenten-Nurses erfolgen. Sehr unterschiedlich sei auch die Bewilligungspraxis durch die Chefärzte für Medikamente, die extramural verschrieben werden, in den verschiedenen Bundesländern, berichtete Topakian. Für die SVS könne sie allerdings Unterschiede ausschließen, entgegnete Hilger, denn für die Versicherung der Selbständigen und Bauern gebe es ein Arzneimittelbewilligungssystem in Form eines Dienstleistungszentrums, das für ganz Österreich arbeite. Auch seitens der Selbsthilfe erlebe man immer wieder, dass es für Patientinnen und Patienten ein harter Kampf sei, entsprechende Therapien für die Homecare zu bekommen. Auf Grund der Öffnungszeiten, der räumlichen Gegebenheiten und des Personals sei es in klassischen Hausarztordinationen auch nicht einfach, Infusionstherapien für Betroffene anzubieten, erklärte Rebhandl. Durchaus geeignet dafür seien allerdings Primärversorgungszentren, da hier die Voraussetzungen auch zur Überwachung der Patientinnen und Patienten gegeben seien. Hier könne man wohnortnah solche Behandlungsformen durchaus anbieten. Bezüglich der unterschiedlichen Bewilligungsverfahren regte Rebhandl an, dass es für hochpreisige Medikamente für Seltene Erkrankungen eine österreichweit einheitliche Regelungs- und Verordnungsstruktur geben sollte. Das Hauptproblem hierbei sei, so Gittler, die unterschiedlichen Behandlungsmaximen im intra- und extramuralen Bereich. Denn während im Krankenhausbereich der Letztstand der Wissenschaft als Behandlungsmaxime gelte, werde im niedergelassenen Bereich nur das medizinisch Notwendige erstattet.

Mehr Aufklärung notwendig

Entscheidungen über Therapiebewilligungen sind schwierig und oftmals erhalten Betroffene nur die knappe Antwort, dass diese abgelehnt wurde, schilderte Müller. „Manchmal werde seitens der Ärztinnen und Ärzte nicht gut kommuniziert, warum eine Therapie für den individuellen Fall doch nicht die Optimale ist“, räumte Hilger ein. In den meisten Fällen gäbe es handfeste Gründe, warum eine negative Entscheidung gefällt wurde. „Hier spielt auch wieder der Faktor Zeit eine wesentliche Rolle“, ergänzte Mitrovic. Denn in den Leitlinien werde zum Beispiel klar beschrieben, welcher Antikörper bei welcher Indikation angezeigt ist. Aber es ist auch nicht einfach, Betroffenen dieses Wissen zu kommunizieren. Untersuchungen aus Deutschland haben gezeigt, dass weniger als 50 Prozent der Betroffenen verstehen, was Ärztinnen, Ärzte oder das Pflegepersonal ihnen

bezüglich ihrer Erkrankung vermitteln wollen. „Die Folge ist, dass einige Patientinnen und Patienten nach dem Arztbesuch dann im Internet recherchieren und versuchen, die fehlenden Informationen zu finden“, berichtete Müller. Im besten Fall stoßen sie bei ihren Recherchen auf die Homepage der Selbsthilfegruppe und melden sich. „Wenn ich ihnen dann die Problematik in meinen eigenen Worten schildere, dann verstehen sie zumeist, was für sie relevant ist, sagte Müller. Von Seiten der Selbsthilfegruppe wünscht man sich, dass Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des Aufklärungsgesprächs auf diese Möglichkeit der Unterstützung hinweisen und auch die eigens für Österreich entwickelte Broschüre mitgegeben werde. „Es werden in der ärztlichen Beratung leider viel zu wenig Broschüren mitgegeben, beispielsweise auch in der Schlaganfall-Nachsorge, aber das Problem betrifft natürlich nicht nur die Neurologie“, appellierte Topakian. Abhilfe könnte hier entsprechend geschultes Pflegepersonal bringen.

Wahrnehmung in der Öffentlichkeit

Bezüglich der Darstellung und Berichterstattung über Myasthenia gravis in Medien ortet die Selbsthilfegruppe noch einigen Verbesserungsbedarf. „Es gibt nur sehr wenige Beiträge über diese Erkrankung. Zudem wird die Dimension der Krankheit oft sehr vereinfacht dargestellt: Man bekommt eine Diagnose und die entsprechenden Medikamente und dann ist alles gut. So ist das nicht. Myasthenia gravis bedeutet Einschränkungen für das restliche Leben“, betonte Suritsch. Auch für Müller bedeutete die Diagnose, dass ihr der Boden unter den Füßen weggezogen wurde. „Ich war 48 Jahre alt, stand noch um Berufsleben und wusste auf Grund der Erkrankung plötzlich nicht mehr, wie mein Leben weitergehen sollte. Es hat zwei Jahre gedauert, bis ich wieder einen Lebensplan fassen konnte“, schilderte die Gründerin der Selbsthilfegruppe. Einen guten Einblick in die Alltagsprobleme, so Topakian, gäbe eine Studie der deutschen Myasthenie-Gesellschaft. Sie zeigt eine achtfach höhere Wahrscheinlichkeit bezüglich Krankenstände. „Viele Betroffene sind nicht mehr arbeitsfähig oder müssen die Stundenzahl reduzieren. Einschränkungen gibt es auch bezüglich Partnerschaften, Familienplanung etc. Diese Problematik betrifft beispielsweise auch andere neurologische Krankheiten, wie beispielsweise MS. Nur zum Unterschied zu dieser Erkrankung hat Myasthenie keine Lobby. Auf Grund der Seltenheit ist es auch nicht wahrscheinlich, dass es eine prominente Gallionsfigur geben wird, die die Krankheit und die damit verbundenen Problematiken öffentlichkeitswirksam vermittelt. Umso wichtiger ist daher eine in der Praxis gut funktionierende Kommunikation und Zusammenarbeit von Betroffenen, Ärztinnen, Fachgesellschaften, Krankenhausträgern und der pharmazeutischen Industrie“, betonte Topakian abschließend. P





PIONIERS

Nahversorger Apotheke

Gesundheitsversorgung und Lebensqualität aus einer Hand

Die Nahversorgung in kleinen Städten und Gemeinden hat sich in den letzten Jahren sukzessive verändert – nicht immer zum Besseren, wie ich meine. Als Apotheker in St. Valentin, einer Stadtgemeinde mit gut 9.300 Einwohnerinnen und Einwohnern, macht mich diese Entwicklung betroffen. Bei uns im Ort ist die Infrastruktur immer noch in Ordnung, blickt man über die Stadtgrenzen hinaus, sieht man jedoch schnell, dass kleine Gemeinden ganz massiv unter diesem Wandel leiden: verwaiste Ortskerne, kleine Gewerbebetriebe, die zusperrten müssen, kaum ein Gasthaus, in dem man noch ein Mittagessen bekommt. Der letzte Nahversorger ist dann oft die Apotheke.

Wir Apothekerinnen und Apotheker am Land erfüllen damit eine wichtige

Funktion für unser gesellschaftliches Leben. Leider wird sie oft nicht im vollen Umfang wahrgenommen. Neben unserer Kernaufgabe, der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, sind unsere Betriebe nämlich oft der Platz, an dem sich das Leben im Dorf abspielt. Man trifft sich,

tauscht sich aus und findet Ansprache. Das gilt besonders für ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger. Zudem schaffen wir Wertschöpfung im Ort, sind Arbeitgeber und viele Kolleginnen und Kollegen bieten, z. B. als Postpartner, Dienstleistungen an, die über den angestammten Bereich hinausgehen.

Wir sollten daran arbeiten, dass das so bleibt. Denn wir brauchen auch in kleinen Ortschaften eine gute Infrastruktur, da sie für unsere Lebensqualität zentral ist. Und wir brauchen eine jederzeit verfügbare



Andreas Hoyer ist 1. Vizepräsident des Österreichischen Apothekerverbands

und niederschwellige gesundheitliche Versorgung, die alle Menschen im und am Land erreicht.

Ich halte es dabei für entscheidend, die Potenziale der Apotheken in Zukunft besser zu nutzen. Mit der Apothekengesetz-Novelle wurden die ersten Schritte gesetzt. Dieser Weg muss nun konsequent weiterverfolgt werden. Etwa in dem wir die Apotheken noch stärker zur Steuerung von Patientenströmen einsetzen – als institutionalisierte Wegweiser im Gesundheitssystem. Oder in dem wir die Möglichkeiten im diagnostischen Bereich ausschöpfen – dass wir auf Infektionen testen können, haben wir während der Corona-Pandemie mehr als ausreichend unter Beweis gestellt. Mit der Gesetzes-Novelle gibt es dafür nun auch mehr Spielraum, der allerdings nichts bringt, wenn nicht das gesamte System daran arbeitet, die Patientinnen und Patienten auf dieses Angebot aufmerksam zu machen. Zudem ist die Krankenversicherung gefordert, die Kosten dafür zu übernehmen. Und, als drittes Beispiel, das Thema Impfen. FSME-Auffrischung in der Apotheke ums Eck – warum nicht? Ich finde keinen Grund, der im Sinne der Menschen und im Sinne eines effizienten und kostengünstigen Gesundheitssystems dagegenspricht. Vor allem, wenn es in einem Ort keine kassenärztliche Versorgung gibt.

Schaffen wir all das, können wir eine Win-Win-Situation herstellen. Ja, das wird auch etwas kosten. Denn unsere Leistungen müssen fair vergütet werden, wie auch bei allen anderen Dienstleistern im Gesundheitssystem. Letztlich wissen wir aber auch, dass solche Investitionen gut angelegtes Geld sind: Für die Gemeinden, die sich ihren Nahversorger erhalten und für die Menschen, die gesundheitlich besser versorgt sind und eine höhere Lebensqualität haben. **P**



JETZT ANMELDEN apostar.at



Mehr Überblick für Ihre Apotheke

Monatlicher Tara Report und jährlicher Bilanz Vergleich

Treffen Sie betriebswirtschaftliche Entscheidungen auf Basis konkreter Kennzahlen von vergleichbaren Apotheken. Völlig kostenlos, vertraulich und anonym. Jetzt anmelden auf www.apostar.at!



Österreichischer Apothekerverband
Partner für eine sichere Zukunft

© APOVERBAND

Kardiovaskuläre Erkrankungen: Wiens Innovatoren

HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN GEHÖREN WELTWEIT ZU DEN HÄUFIGSTEN TODESURSACHEN. An der Medizinischen Universität Wien engagieren sich zahlreiche Wissenschaftler:Innen und Mediziner:Innen, um innovative Lösungen und Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, die das Leben von Patienten verbessern und die Gesundheitsversorgung revolutionieren sollen. Aktuell gibt es in Wien einige herausragende Projekte, die bedeutende Fortschritte in der Behandlung und Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen erzielen möchten.

Prof. Martin Andreas, Leiter des chirurgischen Herzklappen-Programms an der MedUni Wien, über den Fortschritt: „Mit neuen Instrumenten und Nahttechniken können bereits jetzt Herzklappen ersetzt oder repariert werden, ohne knöcherne Strukturen, also Rippen oder das Brustbein, zu durchtrennen.“ Die klinische Tätigkeit wird durch aktive Forschung im Christian-Doppler-Labor für mikroinvasive Herzchirurgie begleitet. Der Schwerpunkt liegt auf der Entwicklung mikroinvasiver Techniken, also Schlüsselochchirurgie für herzchirurgische Eingriffe. „Neben dem Wegfall großer Schnitte profitieren Patient:innen von einer beschleunigten Genesung und sehr kurzen Spitalsliegezeiten“, erklärt Andreas, „wir wollen die Patienten rasch wieder fit bekommen, damit sie in ihr normales Leben zurückkönnen.“

Auch an neuen Herzklappen wird geforscht. Dabei soll die Haltbarkeit der Herzklappen durch körpereigenes Gewebe deutlich verbessert werden. Diese und andere Techniken sollen in den nächsten sieben Jahren weiterentwickelt werden, um langlebige und minimalinvasive Lösungen für Patienten zu schaffen.

CD-Labor für implantierbare Herzunterstützung für Kinder

Prof. Daniel Zimpfer hat das CD-Labor für Mechanische Kreislaufunterstützung initiiert, das von Marcus Granegger geleitet wird. Dort werden Kunstherzen für Kinder entwickelt und es wird an Herzregeneration geforscht. Während bei Erwachsenen bereits in den Körper implantierbare Blutpumpen Standard sind, fehlen solche für Kinder. Hauptherausforderung sind durch die kleine Körpergröße bedingte anatomische und physiologische Anforderungen, die Kunstherzen sollen schlussendlich auch bei Neugeborenen einsetzbar sein. Das Labor entwickelt daher linksventrikuläre Kreislaufunterstützungssysteme, die die Funktion der linken Herzkammer verbessern und den Blutfluss effizient aufrechterhalten.

„Unser Ziel ist es, die mechanische Kreislaufunterstützung in eine implantierbare, kurative Behandlungsoption für Kinder mit versagendem Herzen zu überführen“, erklärte Marcus Granegger. Diese neue Technologie soll es Kindern mit Herzversagen ermöglichen, ihre Lebensqualität deutlich zu verbessern und eine normale Alltagsaktivität wieder aufzunehmen.

Das Herz bei Stich- und Schussverletzungen besser schützen

An der Universitätsklinik für Unfallchirurgie werden häufig Patienten nach Stich- und Schussverletzungen behandelt, wobei die behandelnden Ärzte oft mit lebensbedrohlichen Situationen konfrontiert sind. Immer häufiger kommt



Bitte registrieren Sie sich hier für den HEARTS Kongress!

es aufgrund der Zunahme der Gewalttaten zu schweren Verletzungen, vor allem des Herzens und der Lunge. Hierbei können Einblutungen in den Herzbeutel die Tätigkeit des Herzens fast gänzlich verhindern. Das Herz wird so stark komprimiert, dass es förmlich zu schlagen aufhört, was zu einem Herzkreislaufstillstand führt. Unter der Leitung von Prof. Widhalm findet derzeit eine Schulung gemeinsam mit der Wiener Rettung statt, um die in gefährlicheren Ländern wie Südafrika etablierte Clamshell-Technik auch in Österreich verstärkt einzusetzen. Bei der Clamshell-Technik wird der Brustkorb des gefährdeten Patienten schnellstmöglich eröffnet und das Herz nach Eröffnung des Herzbeutels freigelegt. In weiterer Folge wird das Herz direkt mit den bloßen Händen komprimiert. Im Zuge dessen können dabei entstandene Verletzungen am Herzen mittels spezieller Nahttechniken versorgt werden.

Durch Kommunikation Prävention realisieren – HEARTS Conference

Die von Mag. Liliane Zillner mitinitiierte HEARTS Conference kombiniert wissenschaftlichen Austausch mit gesellschaftlichem Engagement zur Bekämpfung von Herz-Kreis-

lauf-Erkrankungen, der weltweit häufigsten Todesursache. Die Konferenz bringt Experten aus verschiedenen medizinischen Disziplinen zusammen und fördert den Dialog zwischen Medizin, Wissenschaft, Politik und Industrie. Ziel ist es, Nährboden für innovative Lösungen zu schaffen. Die Konferenz endet mit einer hochkarätig besetzten Art Charity Gala, die Kunst und Wissenschaft verbindet. So wird der Veranstaltung Strahlkraft über das Geschehen vor Ort hinaus verliehen, um Bewusstsein für kardiovaskuläre Erkrankungen zu schärfen, und folglich zu helfen, Prävention zu realisieren. Neben der HEARTS Conference wird derzeit ein AI unterstütztes Gesundheitsportal HEARTPORT entwickelt.

Schlussbemerkung

Diese innovativen Projekte und die herausragenden Persönlichkeiten dahinter werden auch auf dem HEARTS Kongress 2024 im Palais Zögernitz vorgestellt. Die Veranstaltung bietet eine einzigartige Plattform für den Austausch von Wissen und Ideen, um die Zukunft der kardiovaskulären Medizin zu gestalten. Seien Sie Teil dieser inspirierenden Veranstaltung und erleben Sie die neuesten Fortschritte und Diskussionen in der Herzmedizin. **P**

HEALTH ECONOMICS – „Gesundheit reformieren“

Im Vorfeld der Nationalratswahl fand am 5. September 2024 das Meeting „HEALTH ECONOMICS – Gesundheit reformieren“ im Palais Wertheim, 1010 Wien, statt. Federführend war der Referent für Gesundheitsökonomie der Wiener Ärztekammer, Prof. Dr. Harald K. Widhalm. Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Wien in Kooperation mit HEARTS Kongress Initiatorin Mag. Liliane Zillner organisiert.

Es wurden wichtige Reformen der Vergangenheit diskutiert, mit Fokus auf das Kernthema der Veranstaltung „Gesundheit reformieren!“. Denn die Möglichkeiten sind immer größer als die leichter abzuurteilenden Versäumnisse.



Gesundheitsstadtrat Peter Hacker, Nationalratsabgeordnete Univ. Prof. Juliane Bogner Strauß und Ärztekammer Präsident OMR Johannes Steinhart mussten den Veranstaltern Prof. Harald Widhalm (Ärztekammer für Wien) und Mag. Liliane Zillner (HEARTS Sync Innovations) Rede und Antwort stehen.





PIONIERE

Telemedizin: „Alles wird anders“

TELEMEDIZIN BESCHREIBT DEN EINSATZ DIGITALER KOMMUNIKATIONS- UND INFORMATIONSTECHNOLOGIEN, um medizinische Dienstleistungen und Informationen über räumliche Distanzen hinweg bereitzustellen. Sie reicht von Videosprechstunden über die Fernüberwachung von chronisch Kranken bis zur Roboterchirurgie. Welche Chancen und Herausforderungen damit verbunden sind, wurde kürzlich bei den **PRAEVENIRE INSIGHTS** in Alpbach diskutiert. | von Mag. Renate Haiden, Msc.

Telemedizin bietet viele Vorteile wie den raschen und einfachen Zugang zu medizinischer Versorgung, insbesondere für Menschen in strukturschwachen Gebieten. Kurze Wartezeiten und Wege für Patientinnen und Patienten stehen der Entlastung von Ordinationen und Spitälern gegenüber. In skandinavischen Ländern oder Estland sind telemedizinische Verfahren in der gesundheitlichen Versorgung selbstverständlich geworden. Obwohl der Ansatz attraktiv

Bei aller Digitalisierung darf der Faktor „Mensch“ nicht auf der Strecke bleiben.

scheint, gibt es in Österreich noch eine Reihe von Vorbehalten. Die Sorge, dass der „Faktor Mensch“ auf der Strecke bleibt, ist groß. Neben Vorbehalten zur Qualität der Versorgung werden auch immer wieder der Datenschutz und die technische Machbarkeit ins Treffen geführt. Wo steht Österreich tatsächlich und kann Telemedizin die angespannte Lage im Gesundheitswesen verbessern?

Weitreichende Veränderungen in Sicht

Dr. Anton Wechselberger von der Ärztekammer Tirol präsentiert die Perspektive der Ärzteschaft und stellt fest: „Wenn wir diese Transformation in der Versorgung durchführen wollen, so sind wir gut beraten, alle Systempartnerinnen und -partner in den Prozess einzubinden.“ Die Ziele der Digitalisierung beschreibt der Mediziner durchaus umfassend: Sie reichen von der digitalen Vernetzung der Leistungserbringenden mit den Patientinnen und Patienten über strukturierte Diagnose- und Behandlungspfade bis zum zielgerichteten Zugang zu Daten, Datenverarbeitung und Datenaustausch und der Unterstützung der Patientenautonomie durch Information, Überwachung, Erinnerungen oder Einladungen. Situationsbezogen werden Telekonsultation, elektronische Heimvisite sowie die synchrone und asynchrone Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten mehr Raum einnehmen. Krankheitsbezogen kann das Monitoring vor allem bei chronischen Erkrankungen wie Herzinsuffizienz, Diabetes oder Rehabilitationsmaßnahmen ein strukturiertes Behandlungsmanagement zu unterstützen. Dass die Daten auch in der Versorgungsforschung genutzt werden können, ist für den Mediziner selbstverständlich. Insgesamt soll das komplexe Behandlungsgeschehen auf technisch machbare Anwendungen reduziert werden.

Wenn eine Transformation in der Versorgung gelingen soll, so sind wir gut beraten, alle Systempartnerinnen und -partner in den Prozess einzubinden.

Anton Wechselberger

Mehr Patienten-Empowerment in Sicht

„Ein großer Bereich, der zu vielen Veränderungen führen wird, ist der Einsatz digitaler Gesundheitsanwendungen“, ist Wechselberger überzeugt und betont die Bedeutung des Datenschutzes: „Das beginnt bei der Authentifizierung

von Ersteller oder Anbieter und Anwender und reicht bis zum Transport und der Speicherung der Daten.“ Vor allem im Bereich der Prävention, wie zur Raucherentwöhnung, zu Bewegungsförderung und Gewichtsreduktion, sieht er großes Potenzial digitaler Anwendungen. Die Bereitstellung von Telekonsilien, der virtuellen Therapieunterstützung und der elektronischen Therapieunterstützung wird nach Ansicht des Experten das Patienten-Empowerment fördern: „Ich denke hier an die zusätzliche Informationsbereitstellung, ein rasches Notfallmanagement und die ärztliche Intervention ohne direkten Patientenkontakt. Auch elektronische Medikationsassistenten, die Unterstützung der multimodalen Schmerztherapie, Bewegungstracker oder Scores zur Erfolgsmessung von vorgeschlagenen Maßnahmen können sinnvoll eingesetzt werden, damit Patientinnen und Patienten mehr Eigenverantwortung übernehmen.“ Die digitale Navigation durch das Gesundheitswesen, Information über Ressourcenverfügbarkeit oder qualitätsbezogene Informationen könnten das System damit ebenso entlasten wie die Dokumentationen über Wearables oder ein Echtzeitmonitoring. Smart-Health-Serviceplattformen zur kontinuierlichen, ortsunabhängigen Dokumentation, Auswertung und Kommunikation von Vitaldaten oder digitale Pflegeplattformen sind längst keine Zukunftsmusik mehr.

Ein Berufsbild definiert sich neu

Für den Beruf der Ärztin oder des Arztes wird es damit auch zu Veränderungen kommen: Die Patientenkontakte werden nicht nur synchron, sondern auch asynchron stattfinden. Das Management von Akutfällen, die Delegation von Aufgaben oder Bereitschaftsdienste bekommen neue Aspekte. Decision-Support-Systeme für die Anwendung von Leitlinien, die Auswahl von Leistungserbringern, Impf- oder Diätprogramme werden verstärkt genutzt werden. Dass diese Entwicklung nicht ohne Auswirkung auf das ärztliche Zeitmanagement und die technische Ausstattung von Ordinationen bleibt, versteht sich von selbst: „Lebenslanges Lernen wird nicht mehr nur im medizinischen Bereich die oberste Maxime sein.“ Diese „technische“ Zusammenarbeit – auch vernetzt mit anderen Berufsgruppen – erfordert Zeit und muss auch neue Überlegungen zur Honorierung beinhalten. Wechselberger wollte es aber genau wissen und hat im März dieses Jahres eine Befragung der Tiroler Ärztekammer initiiert, wie Ärztinnen und Ärzte mit dem Thema Telemedizin in der Praxis umgehen und wie beziehungsweise ob sich die Arzt-Patienten-Kommunikation verändert. Rund drei Viertel der Befragten geben an, regel-





mäßig oder sporadisch telemedizinische Patientenkontakte zu haben und lediglich 10 Prozent haben damit noch keine Erfahrung. Während rund die Hälfte aller Patientinnen und Patienten, die den Service in Anspruch nehmen, unter 30 Jahre alt ist und weitere 35 Prozent zwischen 31 und 50 Jahre alt sind, so hat ein fast ebenso hoher Anteil der über 70-Jährigen in Tirol noch nie telemedizinische Angebote in Anspruch genommen. Das für die Patientenkontakte am häufigsten verwendete Medium ist mit über 90 Prozent noch immer das Telefon, etwa die Hälfte der Befragten setzt auch auf E-Mails und mit lediglich 20 Prozent Nutzung liegen Videokonsultationen noch eher im hinteren Bereich. Abgesehen von den drei Hauptmedien geben 28 Prozent der Ärztinnen und Ärzte an, über spezielle Kommunikationsdienste zu verfügen, und 37 Prozent nutzen Messenger-Dienste. Abgesehen von Fragen der Datensicherheit ergibt sich aus diesen Zahlen für den Ärztekammervertreter eine vorrangige Forderung: „Die Zeit, die wir mit diesen Kommunikationstools verbringen, muss honoriert werden.“

Herausforderungen für die Kommunikation

Wechselberger beschreibt auch die weiteren Anforderungen, die synchrone Telemedizin mit sich bringt: „Wir müssen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner identifizieren und damit umgehen, dass vielleicht keine Vorbereitungszeit möglich oder der gewählte Zeitpunkt ungünstig ist. Die nonverbale Kommunikation fehlt uns in diesen Gesprächen.“ Das kann dazu führen, dass wichtige Fragen vergessen werden und emotionaler Druck entsteht – sowohl aus dem Gesprächsinhalt, aber noch verstärkt durch die technischen Anforderungen. Eine Dokumentation des Gesprächsverlaufs und -inhaltes gestaltet sich schwierig. Positiv merkt Wechselberger an, dass die Möglichkeit des Nachfragens, der Korrektur bei Missverständnissen und das Eingehen auf die emotionale und kognitive Situation bei synchronem Verlauf aber möglich ist.

Expertinnen und Experten sind sich einig: Telemedizin kann viele Vorteile für das angespannte Gesundheitssystem bringen.



Schwieriger sieht Wechselberger die asynchrone Telemedizin, weil nicht klar ist, wer am Ende der Empfänger der Information ist und in welcher Situation die Kommunikation stattfindet. „Wir wissen nicht, wie die Information wahrgenommen und interpretiert wird, weil wir die Reaktion des Empfängers nicht wahrnehmen. Daher ist ein Einschreiten des Senders nicht möglich und auch keine direkten Rückfragen. Auch könnten Übertragungsfehler auftreten, die wir nicht beeinflussen können“, sagt Wechselberger. Er sieht aber auch Vorteile: Der Empfänger bestimmt den Zeitpunkt der Übernahme, hat Zeit zu überlegen und der Sender hat seine Aussagen dokumentiert.

Daraus ergeben sich aber auch Vorgaben, die der Gesetzgeber oder die Ärztekammer festlegen muss, wie etwa, dass Fax oder unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation untersagt ist und private Messenger-Dienste für die Arzt-Patienten-Kommunikation nicht zum Einsatz kommen dürfen. Die Nutzung „sicherer“ Plattformlösungen für die Arzt-Patienten-Kommunikation sowie für den Austausch besonderer Kategorien personenbezogener Daten erfordert, dass praktikabel kostengünstige, verbreitete Dienste zur Verfügung gestellt werden, die den Vorgaben von Datenschutzgrundverordnung und dem Gesundheitstelematikgesetz entsprechen. Technische Standards zur Identifizierung und Authentifizierung der Kommunikationspartnerinnen und -partner, die Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, der Zugriffsschutz der Endgeräte, begrenzte Speicherfrist auf den Endgeräten und sichere Serverstandorte sind einzuhalten.

97 Prozent aller Österreicherinnen und Österreicher sind mit ELGA abgedeckt und erwarten aber auch, dass sich die Gesundheitsdienstleister die Daten ansehen.

Andreas Huss

Patient Summary auf den Weg bringen

Andreas Huss, MBA, Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), geht noch einen Schritt weiter und sieht Telemedizin als Schnittstelle zu Digitalisierung insgesamt: „Ein Datenaustausch ist oft gar nicht an Patientinnen und Patienten gebunden, sondern lediglich das Versenden von Information.“ Das setzt aber auch voraus, dass Gesundheitsdaten umfassend und sicher überall dort zur Verfügung stehen, wo Patientenkontakte zustande kommen können. „Wir haben 97 Prozent aller Österreicherinnen und Österreicher mit ELGA abgedeckt und die erwarten auch, dass sich die Gesundheitsdienstleister die Daten ansehen. Daher unter-

stützen wir die Patienten Summary, denn man kann nicht erwarten, dass sich eine Ärztin oder ein Arzt in der kurzen Zeit einen Überblick verschaffen kann“, sagt Huss. Er fordert weiter, dass auch die Planung im Gesundheitswesen auf diese Daten gestützt werden muss: „Wir starten mit den regionalen Strukturplänen im Herbst, wissen aber derzeit nicht, welche Erkrankungen in welchem Ausmaß zu versorgen sind und welche Ansprüche in den nächsten Jahren hier auf uns zukommen werden.“ Für Huss ist die ab 1.1.2026 flächendeckende Diagnosecodierung dazu ein wichtiger Meilenstein. Gleichzeitig sieht er die Notwendigkeit, dass die Daten auch für die Forschung oder Produktentwicklung zugänglich sein müssen, um Innovationen im Gesundheitswesen den Weg zu ebnet.

Die ÖGK ist aktiv in der Entwicklung von sicheren Telemedizin-Lösungen und hat beispielsweise mit visit-e eine Plattform entwickelt, mit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der ÖGK Patiententermine online per Video durchführen können. „Das Programm ist einfach und kostenlos, sowohl die Behandelnden als auch die Patientinnen und Patienten benötigen nur ein Gerät: entweder PC, Laptop, Tablet oder Smartphone mit Mikrofon, Kamera und Internetzugang. Niemand muss eine Software installieren.“ Vorreiter für die Nutzung waren in der Pandemie die Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Ärztinnen und Ärzte sind nach wie vor verhalten, was den Einsatz betrifft.

Telemedizin geht aber auch für Huss weit darüber hinaus. So will die ÖGK auf Basis einer Analyse der MRT-Angebote in Österreich die Zuweisung mithilfe künstlicher Intelligenz (KI) verbessern. „Wir wollen ein elektronisches System etablieren, das eine exakte Fragestellung der Zuweiser voraussetzt, die auch auf Leitlinien basiert und über KI eine Reihung von Dringlichkeit und die Terminvergabe managt. Auch im Hinblick auf Apps auf Rezept ist die ÖGK aktiv und tauscht sich mit der Deutschen Technikerkrankenkasse dazu aus: „Dort wurde bereits viel Erfahrung gesammelt. So wissen wir etwa, dass rund ein Drittel der verschriebenen digitalen Gesundheitsanwendungen nach drei Monaten nicht mehr verwendet werden. Aus diesen Erfahrungen können wir lernen“, sagt Huss.

In der anschließenden Diskussion zeigt sich deutlich, dass die Wünsche der Expertinnen und Experten in eine Richtung gehen: den Ausbau von ELGA als zentrale Drehscheibe für die vielfältigen telemedizinischen Angebote und den Mut der Stakeholderinnen und Stakeholder eine Patientensteuerung umzusetzen, um das solidarische System aufrechterhalten zu können. Telemedizin kann ein Baustein dazu sein, doch es braucht auch Anreizsysteme für Behandler und Betroffene, die Angebote intensiver zu nutzen. **P**



PIONIERS

Neue Therapieansätze in der Krebsbehandlung

Neue Therapieoptionen wie die Antikörper-Wirkstoff-Konjugate, **NEUE WAFFEN IM KAMPF GEGEN KREBS**, schlagen eine Brücke zwischen monoklonalen Antikörpern und Chemotherapie und werden für zielgerichtete, personalisierte Therapien eingesetzt. | von Mag. Birgit Weilguni

Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, Brustkrebsspezialist an der MedUni Wien, stellt im Rahmen des diesjährigen Gipfelgesprächs „Onkologie 2030“ in Alpbach klar: „Antikörper-Wirkstoff-Konjugate stehen modellhaft für die innovative Medizin.“ Onkologie ist eines der innovativsten Fachgebiete der Medizin, aber auch eines der teuersten und es impliziert viele Herausforderungen. Schon in den 1980er-Jahren gab es Versuche, Medikamente in Zellen einzubringen, die jedoch wieder einschleifen. „Jetzt können wir Substanzen sehr gezielt in die Zellen einschleusen“, betont der Onkologe und Stammzellenexperte Univ.-Prof. Dr. Paul Höcker und sieht im Vergleich zur Situation in den 80ern die Entwicklungen heute sehr positiv: „Für die Patientinnen und Patienten und auch für die Medizin.“

Wirkprinzip und Therapieerfahrungen

Antikörper-Wirkstoff-Konjugate (Antibody Drug Conjugates, ADCs) adressieren Eiweißstrukturen auf der Oberfläche von Tumorzellen und bringen Substanzen in die Zellen ein. „ADCs sind ein trojanisches Pferd. Sie bringen eine giftige Ladung, mit – die sogenannte Payload“, erklärt Gnant den Mechanismus. „Das Geniale ist, dass wir das Zellgift nicht systemisch per Infusion verabreichen, sondern es direkt an den Ort des Geschehens bringen. Wir verwenden die Adresse, den Antikörper, als Targeting für den Wirkort. Dort bindet das Molekül, der Linker – eine Art Kupplung – geht auf und das Zellgift wird freigesetzt. Damit bringen wir sehr viel mehr lokale Dosis in die Zelle, als das durch Infusion oder Injektion jemals möglich wäre. Die Wirkung entfaltet sich nicht nur an der Zieladresse, sondern auch rundherum.“ Dr. Wolfgang Wein, Experte aus der Pharmaindustrie ergänzt: „Wir haben drei strategische Ansatzpunkte, bei denen man bei ADCs der neuen Generation anknüpfen kann: bei der Verbesserung des Bindungsverhaltens, bei den Payloads mit verschiedenen aktiven Substanzen und beim großen Spektrum der Kombinationen, also ADC plus Chemotherapie, TKIs (Tyrosinkinaseinhibitoren) oder Immuncheckpoint-Inhibitoren.“

Mit Fug und Recht kann behauptet werden, dass ADCs die Onkologie revolutionieren. „Wir haben derzeit ein halbes Dutzend in klinischer Praxis und etwa 200 in klinischer Entwicklung. Mit unterschiedlichen Antikörpern, Payloads und Linkern ergibt das viele Herausforderungen in der Sequenztherapie“, gibt Gnant Einblick. Die Erforschung der ADCs ist aber innovativ und teuer. Zudem gibt es eine Reihe von spezifischen, relativ neuen Nebenwirkungen. Der Onkologe Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Gabriel Rinnerthaler von der Med Uni Graz hat in seinem Schwerpunktbereich Mammakarzinom bereits Erfahrungen mit ADCs gemacht: „Damit haben sich Prognosen deutlich verbessert.“ Seine Abteilung hat derzeit drei ADCs in Verwendung, wobei er bessere Wirkungen als bei

Standardmedikamenten, gute Ergebnisse beim Einsatz im frühen Setting, aber auch neue Nebenwirkungsprofile als Erfahrungswerte nennt. „Je besser wir unsere Patientinnen im frühen Setting behandeln, umso weniger Rezidive werden wir sehen und umso weniger metastasierende Patientinnen im Brustkrebsfall werden wir behandeln müssen“, ist der Onkologe überzeugt.

Problematik der Biomarker

Entscheidend sei die Frage der Sequenzierung, um den bestmöglichen Erfolg für eine Patientin zu erreichen. „Wir sprechen bereits von einer tumoragnostischen Therapie, das heißt, wir untersuchen spezielle Biomarker im Tumor, um zu überprüfen, ob das Medikament für eine größere Breite an Patientinnen wirksam ist“, so Rinnerthaler. Diese Biomarker seien sehr kontextabhängig. Es gilt, mehr über die genauen Wirkmechanismen zu erfahren.

Das bestätigt auch Dr. Christa Wirthumer-Hoche, Expertin für Arzneimittelzulassungen. Sie betont: „Da es bei ADCs gravierende Nebenwirkungen geben kann, sind sorgfältige Protokolle in der klinischen Prüfung wichtig. Zunächst werden die Substanzen für einen sehr eingeschränkten Personenkreis zugelassen. Je vollständiger das Sicherheitsprofil ist, für desto mehr Indikationen werden sie eingesetzt.“ Für die Identifikation der Biomarker müsse es entsprechende Analysemöglichkeiten geben, denn eine optimierte Reaktion auf ADCs sei im Interesse der Patientinnen und Patienten. „Die Erforschung von Biomarkern zu finanzieren ist am vernünftigsten, da sie eine zielgerichtete Therapie ermöglichen“, ergänzt Wein.

Nebenwirkungen und hausärztliche Praxis

Für die Nebenwirkungsprofile kommt dem niedergelassenen Bereich eine besondere Bedeutung zu, wie Gnant betont, denn: „Es gibt keine harmlosen Nebenwirkungen.“ Daher ist die Information aller Beteiligten wichtig. Patientinnen und Patienten sind zunehmend digital und wissen oft, was bei ihrer Therapie passieren kann. Daher ist hier der niedergelassene Bereich, dem sie Vertrauen schenken, die entscheidende Schnittstelle, die es zu stärken gilt.

Der Allgemeinmediziner Dr. Erwin Rebhandl beschreibt vor allem, dass die Situation für Hausärztinnen und Hausärzte komplexer geworden ist. Wichtig sei eine gezielte, bedarfsgerechte Information über neue Therapien für Hausärztinnen und Hausärzte und vor allem über Nebenwirkungen. Außerdem brauche es eine gute Kommunikation mit den onkologischen Zentren. „Die Vernetzung mit den Zentren ist wichtig, damit die Menschen bei den niedergelassenen Behandlern in enger Abstimmung mit dem Zentrum betreut werden. Das bietet optimale Sicherheit“, so Rebhandl. Für die hausärztliche Praxis besteht zudem der Wunsch, relevante Informationen in der Fortbildung abzudecken. Dem pflichtet Dr. Stefan Kastner, Chirurg und Präsident der Ärztekammer Tirol, bei: „Es gilt, die Prinzipien einer Therapie zu

Diskussionsteilnehmender, digital dazuschaltet

• Gabriel Rinnerthaler



Einigkeit herrscht in der Diskussionsrunde: Onkologie ist eines der innovationsträchtigsten und hoffnungsvollsten Fachgebiete der Medizin, aber auch eines der teuersten und es impliziert viele Herausforderungen.

erklären und welche Nebenwirkungen sie haben kann.“ Das ließe sich in Fortbildungen gut vermitteln. Zudem sind für Betroffene wie auch medizinisches Fachpersonal der Kontakt wichtig – gerade am Land – und dafür müssen Strukturen gefunden werden.

Für den niedergelassenen Bereich brauche es jedoch ausreichende Ressourcen, betont Rebhandl: „Wir brauchen mehr ärztliche Ressourcen, mehr Zeit und die Einbindung anderer Gesundheitsberufe. Primärversorgungszentren können die Erfordernisse besser erfüllen als Einzelpraxen, aber Einzelpraxen können sich auch gut vernetzen oder einen Schwerpunkt setzen. Zudem könnten andere Gesundheitsberufe im Netzwerk für mehrere Praxen verfügbar sein.“ Auch Gnant hält Primärversorgungseinheiten, die sich spezialisieren oder eine inhaltliche Aufteilung von Spezialkompetenzen vornehmen, für Schnittstellen der Zukunft. „Die Betreuung geht hier in die Breite und die Digitalisierung kann sie zwar nicht komplett ersetzen, aber unterstützen.“ Auch in der onkologischen Pflege, bei der Einbeziehung von Apotheken oder Telemedizin gebe es gute Entwicklungen.

Entscheidende Kostenfragen

Ein zentraler Aspekt von ADC-Therapien sind die Kosten. Sowohl die Entwicklungsprozesse als auch Medikamente und Therapien sind teuer, obwohl die Gesamtkosten der Medikamentenausgaben gleichgeblieben sind. Aus Sicht der Pharmaökonomie sagt dazu Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwarz, Institut für Gesundheitsökonomie und Präsident der Karl Landsteiner Gesellschaft: „Abhängig vom Verschreibungsvolumen gibt es beim Erstattungspreis eine Dynamik nach unten. Wenn ich eine breite Indikationsgruppe habe, dann habe ich einfach ein viel größeres Potenzial, auch bei einer geringen Preisspanne. Bei einem kleinen Patientenkollektiv mit einem sehr großen Leidensdruck muss eine andere Preisspanne genutzt werden – vor allem bei begrenzten Budgets. In der Praxis gibt es einen pragmatischen Mittelweg.“ Da bei immer mehr Menschen die Krebserkrankung chronifiziert, entsteht das Dilemma Kosten versus Alter. „Wir werden hier in ein



© GATTINGER, PRIVAT



finanziell-ethisches Dilemma rutschen. Krebs betrifft immer mehr ältere Menschen, zugleich wird die Ressource Arzt knapper und ebenso die finanziellen Mittel. Daher sollte überlegt werden, welche Aspekte auch mit anderen Berufsgruppen unterstützt werden können, etwa durch hochspezialisierte Pflege. Das Ziel muss sein zu definieren, wo Patientinnen und Patienten mit welcher Entität behandelt werden. Viele Aspekte in systemischen Therapien müssen nicht aus dem Krankenhaus kommen – das machen andere Länder vor“, sagt Kastner.

Die Patientenselektion spielt in der Kostenfrage generell eine wesentliche Rolle. Wenn teure Therapien bei den richtigen Patientinnen und Patienten ankommen, dann ist auch der Einsatz der Mittel gerechtfertigt, ist Rinnerthaler überzeugt. In anderen Ländern wird verhandelt, ob teure Therapien altersabhängig sein können, so die Onkologin Dr. Elisabeth Pittermann. „Natürlich darf man mit innovativen Medikamenten bei Kindern nicht sparen, denn sie haben die längste Lebensspanne vor sich, aber eine Therapie sollte kein Kriterium des Alters sein. Relevant soll sein, wie weit eine Patientin oder ein Patient eine Therapie halbwegs gut überleben kann“, ist Pittermann überzeugt.

Kastner hält die Datenqualität in Bezug auf die ältere Patientengruppe für unzureichend: „Wir haben gelernt, dass Frauen und Kinder anders funktionieren, aber der alte Mensch ist wieder anders. Wir brauchen auch Studien zu älteren Menschen, in denen die Lebensqualität wichtiger ist als das Überleben. Denn wir sind laut Arztgesetz verpflichtet, die bestmögliche Therapie für unsere Patientinnen und Patienten einzusetzen.“ Auch Schwarz hält eine klinische Evidenz für erforderlich, immerhin seien die Therapiekosten beim älteren Menschen zeitlich limitiert, weil die Lebenserwartung nicht mehr so groß ist.

Therapien als Alterfrage

Rinnerthaler ist überzeugt, dass das biologische Alter deutlich relevanter ist als das kalendari-

Was kann und muss an der onkologischen Versorgung verbessert werden, wurde vor der Alpbacher Kulisse besprochen.



sche. „Wir haben mittlerweile Tools für eine bessere Abschätzung zur Verfügung und können auf deren Basis Therapieentscheidungen fällen.“ Einfache Tools beginnend beim Schrittzähler sind Möglichkeiten, die Belastbarkeit zu testen. „Auch Selbstständigkeit und Mobilität sind in Bezug auf die Therapie im Alter wichtige Punkte und werden aus meiner Sicht in den Studien zu wenig abgebildet“, so Rinnerthaler. Daten zur Belastbarkeit sind demnach dringend erforderlich. Dass Österreich bei der Altersfrage Vorreiter ist, findet Gnant wichtig. Alter sei lediglich eine Zahl, aber kein Kriterium. Heute fließen in Studienkriterien nicht nur Effizienzkriterien ein, sondern auch die Lebensqualität als Endpunkt.

Rebhandl betont, dass auch der Patientenwille nach guter Aufklärung eine relevante Größe ist, denn Patientinnen und Patienten haben meist eine klare Meinung. Im Gespräch in der Hausarztpraxis sei es wichtig zu wissen, was in der Klinik besprochen wurde, wie die Prognose bei Therapie eingeschätzt wird und welche Nebenwirkungen erwarten werden müssen. „Mündige Patientinnen und Patienten – und auch ältere Personen sind mündig – treffen dann eine gute Entscheidung für ihren weiteren Behandlungsweg“, ist Rebhandl überzeugt.

Eine Option zur Mitentscheidung begrüßt auch Pittermann. „Vielleicht ist es besser, Patientinnen und Patienten mit schlechterer Performance und Ältere erst in Phase-IV-Studien einzuschließen“, schlägt Wein vor. Dem kann auch Wirthumer-Hoche etwas abgewinnen, denn neue Substanzen würden ohnehin zunächst in einem engen Spektrum zugelassen, um Grunddaten zu sammeln, und erst dann erweitert. Abschließend sind alle Expertinnen und Experten einig, dass Krebs weitgehend als chronische Erkrankung gelten kann. Zentrales Thema ist jedoch die Früherkennung, im Idealfall über einfache Screenings – hier ist jeder Cent gut investiert, denn: „Die Spuren des Feindes im Plasma können sich immer schlechter unserer Diagnostik entziehen“, sagt Gnant. P

Wien: Hotspot für internationale Brustkrebs-Expertise

Vom 12. bis 15. März 2025 ist das Austria Center Vienna Schauplatz der 19. St. Gallen International Breast Cancer Conference. Der hochkarätig besetzte Event bietet Updates zu allen relevanten Aspekten der Behandlung von frühem Brustkrebs (EBC, Early Breast Cancer), Vorträge zum aktuellen Stand der Wissenschaft sowie Diskussionen zu brisanten Themen.

Die wissenschaftliche Veranstaltung wurde vor fast vier Jahrzehnten ins Leben gerufen und hat viele Phasen der Forschung und klinischen Entwicklung erlebt. Sie begann in den frühen Achtzigern als kleines Treffen in den Schweizer Alpen und übersiedelt nun – auf Grund des enormen Zuwachses an Teilnehmenden – erstmals nach Wien.

Vier organisatorische Co-Vorsitzende, zusammen mit einem internationalen wissenschaftlichen Programmkomitee, erstellen ein innovatives Programm, das Spitzenforschung präsentiert und deren Umsetzung in die klinische Praxis an vielen Orten der Welt unterstützt. „Internationale Referenten aus führenden Brustkrebsforschungsgruppen und -zentren teilen auf dem Event in Wien ihre neuesten Forschungsergebnisse“, freut sich Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, Brustkrebsspezialist an der MedUni Wien und einer der vier Vorsitzenden.

Die Konferenz endet mit der renommierten St. Gallen Konsensus-Sitzung, in der die Empfehlungen der weltweit führenden Experten zur Behandlung von frühem Brustkrebs formuliert werden.



Programm, Info und Anmeldung:
<https://www.sg-bcc.org>



PLATTFORMEN

Open Alm 2024

Die Stigmatisierung von HIV-Patientinnen und Patienten überwinden

HIV hat viel von seinem Schrecken verloren. Starben in den Spitzenjahren allein in Österreich im Schnitt 400 bis 500 Menschen an dieser Viruserkrankung, haben **BETROFFENE HEUTE DANK HOCHWIRKSAMER THERAPIEMÖGLICHKEITEN KAUM EINSCHRÄNKUNGEN UND EINE LEBENSERWARTUNG**, die im Schnitt der Gesamtbevölkerung liegt. Die Probleme heute liegen auf anderen Gebieten, wie eine Expertengruppe im Zuge der Open Alm der 11. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach erläuterte. | von Rainald Edel, MBA



v.l.: Hanns Kratzer (Moderation), Matthias Skocic, Helmut Brath, Matthias Egger

Ganzheitlicher Ansatz verbessert Gesamtrisiko

Dieser ganzheitliche Ansatz ist auch dem Diabetes- und Stoffwechselexperten Dr. Helmut Brath aus seinem Fachbereich nicht fremd, der auch einige Parallelen zwischen Diabetes und HIV sah. Denn Diabetikerinnen und Diabetiker wurden ebenfalls stigmatisiert; auch Diabetes wurde von einer Krankheit, die mit einer Lebensreduktion um Jahrzehnte einherging, in eine behandelbare chronische Erkrankung übergeführt. „Eine neue Studie aus dem schwedischen Diabetesregister zeigt, dass man mit einem holistischen Ansatz, bei dem nicht nur der Blutzucker gesenkt wurde, sondern sämtliche Risikofaktoren in Betracht gezogen wurden, Menschen mit Diabetes im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung um 16 Prozent weniger Herzinfarkte hatten. Das heißt, Diabetes war für diese Menschen unter Anführungszeichen ein ‚Gewinn‘“, schilderte Brath. Er ist überzeugt, dass andere Patientengruppen, zum Beispiel jene mit einer chronischen HIV-Infektion, denselben Benefit erreichen können. Denn der holistische Ansatz bietet die Möglichkeit, neben der Basistherapie gegen HIV auch andere Erkrankungen, die mit dem höheren Alter einhergehen, rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Dies seien insbesondere kardiovaskuläre und inflammatorische Erkrankungen, aber auch Karzinome, Hypercholesterinämie oder Bluthochdruck. „Notwendig, um dies zu erreichen ist eine gute Adhärenz. Diese betreffe auf der einen Seite die Ärztinnen und Ärzte, die sich an Leitlinien halten müssen und zum anderen die Patientinnen und Patienten, die die Therapien auch annehmen müssen“, so Brath. Gerade bei Menschen, die auf Grund ihrer HIV-Infektion jahrelang stigmatisiert wurden, sei dies nicht so einfach und bedarf viel Einfühlungsvermögen und der Schaffung eines entsprechenden Vertrauensverhältnisses.

Aufklärung für Gesundheitspersonal

Um bei Gesundheitspersonal mehr Wissen bezüglich HIV-Therapie zu generieren und auch der Stigmatisierung betroffener entgegenzuwirken, startet Gilead im Herbst die Initiative „HIV-interdisziplinär“. „Diese Videoreihe soll der Fortbildung von Fachpersonal aus den verschiedensten medizinischen Fachbereichen dienen“, kündigte Egger an. Aufgebaut sind diese Videos nach einem einheitlichen System, bei der eine HIV-Behandlerin, Behandler, eine Fachärztin, ein Facharzt des jeweiligen medizinischen Bereiches und eine Pharmazeutin, ein Pharmazeut diskutieren. Behandelt werden dabei immer die drei Themenblöcke: Herausforderung bei der Behandlung, Wechselwirkungspotenzial und Stigmatisierung. Geplant sind beispielsweise Beiträge zum Thema Zahnmedizin oder Allgemeinmedizin. **P**

Das amerikanische Pharmazie- und Biotechnologieunternehmen Gilead Sciences hat maßgeblich dazu beigetragen, dass HIV von einer tödlichen zu einer chronischen Erkrankung geworden ist. „Wir bemühen uns, die Epidemie tatsächlich zu beenden. Das heißt, wir sehen nicht nur die Arzneimittel, sondern verfolgen einen holistischen Ansatz. Denn es reicht nicht, ein Arzneimittel bereitzustellen. Um die Epidemie zu besiegen, braucht es das Zusammenwirken aller Stakeholder im Gesundheitswesen“, erklärte DI Alexander Preuss, Director Marketing & Sales HIV bei Gilead Österreich zu Beginn der PRAEVENIRE Open Alm in Alpbach.

Lebenserwartung steigt durch wirksame Therapie

Das mediane Alter von Menschen mit HIV liegt bei 50,7 Jahren. Fast ein Viertel ist über 60 Jahre. In Österreich leben rund 9000 Personen mit HIV, von denen 92 Prozent eine entsprechende Therapie erhalten. „Tragisch ist, dass die Zahl der Neudiagnosen mit ein bis zwei Fällen pro Tag über die letzten Jahre konstant geblieben ist. Zudem sind 40 Prozent der Neudiagnosen, die in Österreich gestellt werden, Late Presenter. Das sind Personen, die erst zu einem sehr späten Zeitpunkt von ihrer HIV-Infektion erfahren und deren Immunsystem schon sehr geschwächt ist“, erklärte Dr. Matthias Egger, Senior Manager Medical Affairs HIV bei Gilead Österreich. Mussten Betroffene bis vor einigen Jahrzehnten noch bis zu 20 verschiedene Medikamente nehmen und auf Einnahmemodalitäten und Zeitpunkt achten, reicht heute eine einzige Tablette. „Diese effektive Therapie drücken die Viruslast unter die Nachweisgrenze – sie können das Virus nicht mehr weitergeben“, berichtete Egger. Davon leite sich auch der HIV-Kampagnenslogan „undetectable is untransmittable“, oder kurz „u equal u“ ab. Um die HIV-Epidemie bis 2023 zu beenden,

haben die Vereinten Nationen das Ziel 95-95-95 ausgegeben – gemeint ist damit, dass 95 Prozent aller Menschen mit HIV sollen ihren Status kennen. 95 Prozent davon sollen Zugang zur HIV-Therapie haben. Und davon wieder 95 Prozent sollten eine Viruslast unter der Nachweisgrenze erreichen, also HIV auch nicht mehr weitergeben können. „Weltweit sind wir mit 86-76-71 noch weit von dem Ziel entfernt. Aber in Österreich sind wir auf einem guten Weg. Denn 97 Prozent kennen ihren Status, 95 Prozent erhalten eine Therapie und 89 Prozent sind auch unter der Nachweisgrenze“, berichtete Egger. Auch dank der geringen Wechselwirkungen der modernen Medikamente, die teilweise auf Placeboniveau liegen, habe HIV viel von seinem Schrecken verloren. „Geblieben ist hingegen die Stigmatisierung – und diese erfolgt nicht nur im privaten Umfeld, sondern komme zu einem Großteil auch durch das Gesundheitswesen“, schilderte Egger.

Diskriminierung durch Gesundheitssystem

„Mehr als die Hälfte aller Diskriminierungen erfolgen laut dem Diskriminierungsreport im Gesundheitswesen“, griff Dr. Matthias Skocic von der Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie am Kepler Universitätsklinikum das Thema seines Vorredners auf. So bekämen beispielsweise HIV-Patientinnen und -Patienten nur sehr schwer einen Zahnarzttermin. „Wobei Zahnärztinnen und Zahnärzte wissen sollten, dass gerade Patientinnen und Patienten unter Therapie die einzigen sind, bei denen man sich nicht mit HIV anstecken kann“, so Skocic. Daher ist ein wichtiges Ziel, Vorurteile abzubauen und das Stigma zu reduzieren. Hinzu kommt noch, dass die Patientenpopulation immer älter wird, wodurch Komorbiditäten in der Patientenbehandlung immer wichtiger werden. Daher müsse ein holistisches Denken und Behandeln immer mehr in den Mittelpunkt der Arbeit mit HIV-Betroffenen gerückt werden.





Teilnehmerinnen und Teilnehmer der PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche genießen bei der Open Alm auf der Schafalm in Alpbach die entspannte Atmosphäre und den informellen Austausch vor beeindruckender Bergkulisse.





PLATTFORMEN



Risiken und Nebenwirkungen privater Investments

Im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs im Frühjahr haben Expertinnen und Experten die **LAGE DER LANGZEITPFLEGE IN ÖSTERREICH** intensiv diskutiert. Das Thema fand nun bei den 11. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach eine spannende Fortsetzung. Im Mittelpunkt stand die Frage der Grenzen und Möglichkeiten des privatwirtschaftlichen Engagements. | von Mag. Renate Haiden, Msc.

In Europa ist der Trend nicht neu: Internationale Konzerne und Finanzinvestorinnen und -investoren drängen in Bereiche, die lukrative Geschäfte versprechen und dazu gehört zunehmend auch die soziale Infrastruktur. Die dahinterstehenden Geschäftsmodelle sind meist auf Profitmaximierung ausgerichtet und das birgt eine Reihe von Risiken. „Gerade im Gesundheitswesen führt das zu einer Gefährdung des Gemeinwohls und der Stabilität von Wirtschaft und Gesellschaft. Passende Schutzvorkehrungen müssen dringend verstärkt werden“, sagt Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich, in seinem Impulsstatement.

Was macht die soziale Infrastruktur attraktiv?

Doch wieso kommt es überhaupt dazu, dass kritische Infrastruktur ins Visier von Kapitalgesellschaften gerät? Börsennotierte Konzerne wie Fresenius oder Orpea versprechen sich dort stabile Renditen bei einem – im Ernstfall häufig – von der öffentlichen Hand gestützten, risikolosen Geschäft. Kapital wird zum Beispiel über die Errichtung und den Betrieb von Pflegeheimen, Fachärztinnen- und Facharztpraxen, medizinischen Versorgungszentren sowie Studierendenheimen und im sozialen Wohnbau veranlagt. Statt auf die Steigerung des Gemeinwohls zielen ihre Geschäftsmodelle auf die Maximierung des Shareholder Values. Durch die Gesundheitsreform 2024 könnten private Investorinnen und Investoren nun auch verstärkt in die Gesundheitsversorgung einsteigen. Dies führt unweigerlich zu Debatten über die Balance zwischen staatlicher und privater Verantwortung in sensiblen Bereichen wie etwa der Langzeitpflege.

Erste Privatisierungsmodelle im österreichischen Gesundheitswesen wurden schon im Jahr 2000 auf den Weg gebracht. Sieben Jahre später wurde eine Taskforce im Bundeskanzleramt eingerichtet, vor allem, um einheitliche Rahmenbedingungen zu erarbeiten, denn das Interesse der Kommunen hat sprunghaft zugenommen – je enger die Budgets, desto größer das Interesse an privaten Investorinnen und Investoren und Private-Public-Partnership-Modellen. „Die Privatisierung ist eine kreative Methode für die öffentliche Hand, den ihr auferlegten Selbstbeschränkungen auszukommen“, beschreibt Rupp die Beweggründe und ergänzt: „Während die Akutversorgung aufgrund des LKF-Abrechnungssystems für private Investorinnen und Investoren wenig attraktiv ist, weil es keine langfristige Investitionssicherheit bietet, finden sich private Interessentinnen und Interessenten überall dort, wo die Nachfrage hoch ist und gute Tagsätze bezahlt werden, wie zum Beispiel in Pflegeheimen oder Rehabilitationseinrichtungen.“ So werden etwa in Niederösterreich die Hälfte der Pflegeheime vom Land betrieben, die andere Hälfte von unterschiedlichen privaten Trägerinnen und Trägern. Andere Bundesländer wie etwa die Steiermark haben hingegen Regelungen, dass neben der öffentlichen Hand nur gemeinnützige Trägerinnen und Träger einsteigen dürfen.

Zwischen Angst und Attraktivität

Parallel zur Zunahme der ausländischen Interessentinnen und Interessenten und deren aktuellen Schwierigkeiten wächst auch die Sorge vor einem Ausverkauf im Gesundheitssektor. „Die Angst ist begründet, dass unter hohem Kostendruck einfach die Leistung zurückgefahren wird, die Abhängigkeit aber derart groß

Eine große Runde von Expertinnen und Experten diskutierte Lösungswege für Finanzierungsfragen im Pflegebereich. V.l.n.r.: Andreas Diensthuber, Josef Zellhofer, Leopold-Michael Marzi, Johannes Kastner, Eiko Meister, Sabine Röhrenbacher, Reinhard Riedl, Gabriele Pelzmann, Angelika Widhalm, Johannes Wallner, Bernhard Schwarz, Elisabeth Pittermann, Bernhard Rupp, Gerhard Jelinek, Emanuel Maitz, Max Wudy, Gerhard Wirnsberger, Daniel Peter Gressl, Michaela Heidenreich, Andreas Huss

ist, dass es kaum Ausstiegsszenarien gibt“, so Rupp. Ein Blick in die Schweiz zeigt etwa, dass der Detailhändler Migros nicht nur Supermärkte betreibt, sondern zu den größten Anbietern der Hausarztmedizin des Nachbarlandes zählt. „Wir verkaufen nicht nur Lebensmittel, sondern erbringen auch Gesundheitsdienstleistungen und bieten Reisen an. Wir engagieren uns im Bildungswesen und setzen uns mit Leidenschaft für nachhaltige Lebensqualität ein“, verspricht die Eigendarstellung. Mit 60 ärztlichen und 24 zahnärztlichen Praxen, 28 Physiotherapiezentren und über 130 Fitnesseinrichtungen zählt Migros jedenfalls zu den Platzhirschen im Gesundheitsbusiness. Österreich scheint noch ein gallisches Dorf, doch gerade ländliche Gemeinden suchen für die kommunale Grundversorgung vermehrt finanzkräftige Investorinnen und Investoren, um immer größer werdende Löcher im Sozial- und Gesundheitswesen zu stopfen. Die ersten Banken haben Investments bereits am Plan: So denkt etwa die Raiffeisen-Landesbank (RLB) Steiermark darüber nach, wie der Genossenschaftsgedanke und das lokale und regionale Netzwerk auch in neuen Umfeldern genutzt werden können. Geplant ist der Aufbau eines regionalen Netzwerks eigener Primärversorgungseinheiten (PVE) abseits urbaner Ballungsräume. Gesundheit und Pflege sollen universell zugänglich, leistbar und qualitativ sein. Wenn hingegen Shareholderinnen und Shareholder das Sagen haben, so steigt das Risiko eines ungleichen Zugangs und der Leistbarkeit. Es besteht die Gefahr, dass sich diese Unternehmen dann in einkommensstarken Regionen konzentrieren und strukturschwache Gebiete unterversorgt bleiben, wie etwa in Deutschland bei den von Finanzinvestorinnen und -investoren geführten

medizinischen Versorgungszentren. „Investorinnen und Investoren setzen sich vor allem dort hin, wo zahlungskräftiges Publikum lockt. Im Grenzbereich zu Ungarn haben wir oft eine höhere Dichte an Zahnärztinnen und -ärzten und Wellnessseinrichtungen als an Einwohnerinnen und Einwohnern“, bringt es Rupp auf den Punkt.

Langfristige Beziehung mit Sinn

Beobachtungen zeigen auch, dass die privaten Betreiberinnen und Betreiber keineswegs effizienter und sparsamer arbeiten als Einrichtungen der öffentlichen Hand. Mehr als ein Viertel der Einnahmen fließt bei großen internationalen Pflegekonzernen wie Orpea oder Private-Equity-geführten Pflegeketten als leistungsloses Einkommen an Kapitalgeberinnen und -geber oder die Eigentümerinnen und Eigentümer von Pflegeheimen. Möglich wird das durch sogenanntes Financial Engineering mit – überhöhten – Miet- oder Kreditzahlungen. Oft entpuppt sich dann die kurzfristige Entlastung der öffentlichen Haushalte als langfristig teures Unterfangen, aus dem nur globale Infrastrukturfonds ihr Kapital schlagen. Nicht leichter macht es dabei die fehlende Transparenz und Kontrolle dieser komplexen transnationalen Unternehmensstrukturen. „Gerät ein Unternehmen in Schieflage, wird das oft erst spät bemerkt, wenn die Leistungserbringung schon gefährdet ist. Sind Pflegeketten wie zum Beispiel in England insolvent, muss dann erst wieder die öffentliche Hand bei der Unterbringung der Patientinnen und Patienten Lösungen finden“, beschreibt Rupp die Auswirkungen.

Ein Ausweg könnte nach Ansicht des Experten die Forcierung der „purpose economy“ sein. Hier verfolgen Unternehmen nicht nur das Ziel der Kapitalmaximierung, sondern einen darüberhinausgehenden „purpose“, also den Sinn und Zweck der Geschäftstätigkeit, um dauerhaft am Markt bestehen zu können. Damit würde mehr Vertrauen entstehen und auch die Attraktivität für die Mitarbeitenden steigen. Die Unternehmerin oder der Unternehmer ist in der Funktion der Treuhänderin oder des Treuhänders für die Erfüllung des Purpose zuständig. Sowohl die Gewinnentnahme als auch die Einbehaltung von Liquiditätserlösen durch Eigentümerinnen und Eigentümer sind in einer purpose economy nicht möglich. Die Gewinnerzielung dient dem Wachstum und neuen Investitionen, für eine bessere Zielerreichung. Die Stimmrechte und damit die Kontrolle über das Unternehmen liegt bei Menschen, die mit dem Unternehmen langfristig verbunden sind. „Nach dieser Idee werden in anderen europäischen Ländern wie etwa Schweden oder Deutschland bereits neue Rechtsformen überlegt, die gemeinnützigen Gesellschaften mit beschränkter Haftung“, sagt Rupp.

Rasche Lösungen gefragt

Es ist evident, dass die bestehenden Regelungen zur Gemeinnützigkeit verbesserungswürdig sind. Nach dem Vorbild der Wohnungsgemeinnützigkeit mit ihren Prinzipien der Vermögensbindung, Kostendeckung und Gewinnbeschränkung könnte ein umfassender Schutz auch im Gesundheitswesen Eingang finden. Auch die Regelung von Primärversorgungseinheiten (PVE), deren Betrieb Medizinerinnen und Medizinern vorbehalten ist, ist ein Versuch, Finanzinvestorinnen und -investoren durch gesetzliche Regelungen fernzuhalten. „Auch das Vergaberecht ist ein Schlupfloch, denn wenn Leistungen EU-weit ausgeschrieben werden müssen, können sich ausländische Lieferantinnen und Lieferanten ebenso bewerben. Die

Impulsstatement von Bernhard Rupp: Mehr Staat oder mehr Privat im Gesundheitswesen?

Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet (in alphabetischer Reihenfolge)

- Susanne Herbek
- Manfred Krenn
- Michael Tesar



Vergangenheit hat gezeigt, dass dann im Falle einer Insolvenz plötzlich einfach Ersatzteile fehlen und damit ein Betrieb massiv eingeschränkt wird, ohne dass darauf Einfluss genommen werden kann“, gibt Rupp zu bedenken. Ein weiterer hilfreicher Ansatz wäre, das bestehende, stark auf geopolitische Sicherheitsrisiken ausgerichtete Investment-Screening auf Risiken für das Gemeinwohl auszuweiten. Ideen dazu liegen etwa beim kanadischen Investment-Screening vor, wo die werbende Investorin oder der werbende Investor den Netto-Nutzen der Investition für Kanada darlegen muss. „Eine Investitionsoffensive durch die öffentliche Hand würde den risikoreichen Expansionsstrategien von gewinnorientierten Investorinnen und Investoren rasch das Wasser abgraben. Gleichzeitig hat die öffentliche Hand bessere Konditionen auf den Kapitalmärkten und kann entsprechend günstiger bauen. Schließlich könnte der öffentliche Sektor auch wieder selbst stärker direkt als Dienstleister in Erscheinung treten, so wie etwa die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) den Ausbau von PVEs vorantreiben will“, so Rupp.

Die Arbeiterkammer hat einen zusätzlichen Weg gewählt und unterstützt Kontrollen und Mitbestimmung vor Ort und hat auch eine Whistleblower-Hotline zu Meldung von qualitätsrelevanten Problemen eingerichtet. „Vieles erfährt man nur über das Personal vor Ort, und das muss geschützt werden. Wichtig wäre auch eine Kollektivvertragspflicht für die Betreiberinnen und Betreiber und die Einhaltung qualitätsgerechter verbindlicher Personalschlüssel“, sagt Rupp.

Äpfel nicht mit Birnen vergleichen

Viele dieser Bedenken sind nicht wegzudiskutieren und privatwirtschaftliche Interessen führen häufig zu einer renditegetriebenen Fehlentwicklung. Auch Andreas Huss, MBA, ÖGK-Obmann, ist kein Verfechter der privaten Angebote im Gesundheitssektor: „Das ist eine große Konkurrenz für das öffentliche System, destabilisiert in vielen Bereichen die Versorgung und führt zu einer Fehlleitung von Ressourcen. Damit ist das solidarische Gesundheitssystem in Gefahr und Patientinnen und Patienten werden nur mehr dort behandelt, wo sie viel Geld mitbringen. Wir haben daher in der ÖGK beschlossen, unsere eigenen Gesundheitseinrichtungen auszubauen. Der Plan lautet: Alle Ballungszentren mit mehr als 40.000 Einwohnerinnen und Einwohnern sollen über ein Gesundheitszentrum verfügen. Dass wir damit gut wirtschaften, zeigen unsere Zahngesundheitszentren.“

Johannes Wallner, Unternehmenssprecher von SeneCura, warnt davor, Äpfel mit Birnen zu vergleichen: „Systeme in den USA, Großbritannien oder Deutschland gehen von ganz anderen Voraussetzungen aus.“ Er rechnet vor, dass in Österreich von den rund 900 Pflegeeinrichtungen 50 Prozent öffentlich und 28 Prozent gemeinnützig finanziert werden. 40 Prozent der SeneCura-Häuser werden gemeinnützig betrieben, weil es in Bundesländern wie Tirol,

Salzburg, Wien oder Vorarlberg gar nicht anders erlaubt ist. Leistungskataloge für Reha- und Pflegeeinrichtungen schreiben vor, welches Angebot vorhanden sein muss, damit überhaupt eine Abrechnung mit den Leistungsträgern möglich ist.

Der Mensch im Mittelpunkt

Josef Zellhofer, Mitglied des Bundesvorstandes der Younion, sowie Mag. (FH) Sabine Röhrenbacher und Angelika Widhalm vom Bundesverband Selbsthilfe Österreich fordern „Menschlichkeit in all policies“. Dazu gehört nach Ansicht der Patientinnen- und Patientenvertreterinnen und -vertretern mehr Vertrauen in das solidarische System, Transparenz und langfristige Pläne, die auch kontinuierliche Verbesserungen zulassen.

Ass.-Prof. Dr. Johannes Kastner, Finanzreferent der Ärztekammer für Wien: „Die Zuwendungszeit muss refundiert werden und das funktioniert derzeit im öffentlichen System nicht, daher wandern die Patientinnen und Patienten ab. Dieses Problem wird sich aber auch nicht mit Konzernen lösen lassen.“ Er schlägt ein Franchisesystem gerade für ländliche Gegenden vor: „Franchisegeberin ist die öffentliche Hand und lokale Betreiberinnen und Betreiber könnten auch mit kleinen Einheiten eine gute Versorgung bieten.“

Dass dazu qualifiziertes Personal erforderlich ist, ergänzt unter anderem Daniel Peter Gressl vom Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband: „Wir müssen in die Aus- und Weiterbildung der Pflege investieren und attraktive Arbeitsbedingungen bieten.“ Die Zersplitterung der Verantwortlichkeiten für Gesundheitsagenden in den neun Bundesländern macht die Herausforderungen schwieriger. Einheitliche Regeln, Kennzahlen und Benchmarks für qualitätsgesicherte Angebote würden Betroffenen, dem Personal und den Betreiberinnen und Betreibern gleichzeitig helfen, das Vertrauen in die Leistungen zu verbessern. Arbeitssoziologe Dr. Manfred Krenn warnt vor der standardisierten Betrachtung der Pflege: „Eine personenbezogene Dienstleistung kann man schwer in einheitliche Rahmen pressen, auch wenn man das mit dem Pflegegeld versucht hat.“ Er fordert, private Anbieterinnen und Anbieter zuzulassen, jedoch die Qualität zu kontrollieren. „Wenn drei diplomierte Pflegekräfte gemeinsam Homecare-Leistungen bieten, kann das durchaus erfolgreich sein und ist nicht mit einer Konzernisierung zu vergleichen“, so Krenn. Auch er fordert: „Mehr Investition in die Kontrolle, aber nicht in Kennzahlen, sondern in die Pflegequalität.“ Dass die Pflege öffentlich unterfinanziert ist, obwohl sich Langzeitpflege rechnet, belegt etwa eine WFIO-Studie: „Jeder Euro, der in die Langzeitpflege investiert wird, bringt 1,70 Euro Wertschöpfung, wovon 70 Cent wieder in die öffentlichen Budgets über Steuern und Sozialversicherungsbeiträge fließen. Es ist daher völlig unverständlich, dass hier nicht vonseiten der Politik reagiert wird.“

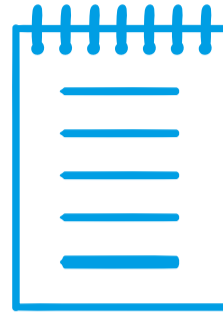


PLATTFORMEN

Rezeptblock | Folge 7

1450 – die Gesundheitshotline

Lösung für un gelenkte Patientenströme, schneller Arzttermine und Entlastung für alle?



unklar. Daher gilt das Narrativ, das 1450 funktioniert – also Patientenströme lenkt und alle entlastet. Warum das aber wenigstens theoretisch nicht stimmen kann, hängt an der Idee einer Notfallnummer selbst. Eine solche Nummer setzt voraus, dass ein Patient ein gesundheitliches Problem hat, von dem er glaubt, es bräuchte eine Beratung durch einen Health Professional. Je nach Grad der Health Literacy tritt dieser Zustand häufiger oder seltener ein. Und für jene, die so eine akute Beschwerde haben und eher nicht zum Arzt gehen wollen, für die ist 1450 eine echte Hilfe. Hier wird geklärt, ob Selbstversorgung reicht oder halt doch ein Arztbesuch nötig ist.

Doch, und das wird immer und immer wieder, negiert, entstehen heute die meisten Probleme auf dem Boden einer chronischen Krankheit. Wir müssen endlich lernen, dass die Akut-Versorgung akuter und heilbarer gesundheitlicher Probleme nicht das Thema der nächsten 25 Jahre ist. Thema ist die Vermeidung von vermeidbaren Komplikationen oder Exazerbationen bei chronisch Kranken, von denen es Millionen gibt.

Um diese Patienten sinnvoll zu lenken, dass diese so viel Gesundheit wie möglich haben und damit die Inanspruchnahme der Akutversorgung weniger wird, braucht es Disease Management Programme mit sehr hoher Beteiligung und ein Umfeld das, wie, bereits letztes Mal erklärt, die Umsetzung wohnortnaher CCM ermöglicht. Für Patienten mit Diabetes, COPD, Asthma, chronischem Herzversagen, Autoimmunerkrankungen, Hypertonie, Hypercholesterinämie etc. und zunehmend, dank moderner Medizin Krebs ist das Warten, bis ein akutes Problem auftritt schlicht der falsche Weg. All diese Patienten brauchen kontinuierliche Betreuung durch IHR Team aus Health Professionals. Und das wird 1450 einfach nie liefern können. P

Lenkung von Patientenströmen heißt, den richtigen Patienten zur richtigen Zeit zur richtigen Stelle zu bringen. Es ist DIE Versorgungsaufgabe, die jedes Gesundheitssystem erfüllen muss, um lange Patientenwege und unnötige Inanspruchnahmen zu vermeiden.

Wir sind in Europa das Land mit der höchsten Inanspruchnahme ambulanter und stationärer ärztlicher Ressourcen. Ungefähr 140 Millionen Kassenarztkontakte, rund 20 Millionen Spitalsambulanzbesuche und etwa 2,5 Millionen Spitalsaufenthalte sind die Dimensionen, in die nun 1450 lenkend eingreifen soll.

In einem Pilotjahr (2018) in NÖ, W und Vorarlberg wurden etwa 75.000 Anrufe gezählt. Eine Auswertung, wieviele Anrufer mehrfach angerufen haben ist mir nicht bekannt. Es gab in einer internen Evaluierung in einer Frühphase des Projekts Patienten, die so lange 1450 angerufen

haben, bis sie jemanden am Telefon hatten, der einen Arztbesuch angeraten hat. Wie werden sich solche Patienten dann erst verhalten, wenn es zur Vermittlung von Arztterminen kommt? Und werden die dann immer mehr? Aber das bleiben Anekdoten. Und auch unerhebliche Anekdoten, weil die Zahl der 1450-Beratungen (etwa 45.000, also 60 Prozent aller Anrufe) zur Grundgesamtheit in diesen Bundesländern (etwa 45 Millionen Kassenarztkontakte, rund 8 Millionen Spitalsambulanzbesuche und etwa 1 Millionen Spitalsaufenthalte) ohnehin keinerlei Aussagen über die Wirkung oder gar Wirksamkeit zur Patientenstromlenkung zulässt.

1450 folgt dem Prinzip Hoffnung, und das schon seit bald 15 Jahren, denn so alt ist die Idee „TEWEB“.

Das macht es politisch sehr attraktiv, weil niemand sagen kann, ob es funktioniert oder nicht. Umso mehr, da die Pilotierung ja vor Corona war und sich während der Pandemie einiges getan hat, oder haben soll – was ist allerdings



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

1. Auflage 2024

Kinderreha – eine Erfolgsgeschichte 2009 bis 2024

€ 25,-
Spendenbeitrag



FÖRDERVEREIN
Kinder- und
Jugendlichenrehabilitation
in Österreich

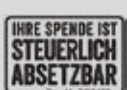


Bestellungen direkt im Webshop:
foerderverein-kinderreha.at/shop/

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

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

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



www.foerderverein-kinderreha.at

Hanuschgasse 3 | 2540 Bad Vöslau | Mobil: +43 664 433 59 39



PLATTFORMEN



Harm Reduction: Politik der „kleinen Schritte“

Mit einem Konzept zur Schadensminimierung geht die Suchtbehandlung neue Wege: Anstelle von Verboten und Strafen sollen **EVIDENZBASIERTE STRATEGIEN ZUR REDUKTION VON GESUNDHEITLICHEN RISIKEN** angeboten werden.

„Harm Reduction“: Eva Hilger betont einen Ansatz, der statt auf Verbote auf risikominimierende Strategien setzt, um Betroffenen in der Suchtbehandlung zu helfen.

Harm Reduction ist ein Ansatz in der Medizin und öffentlichen Gesundheit, der darauf abzielt, die negativen Folgen bestimmter Verhaltensweisen oder eines Substanzkonsums zu reduzieren, anstatt diese vollständig zu eliminieren. Ziel ist es, durch eine „Politik der kleinen Schritte“ so zumindest Risiken und Schäden im Zusammenhang mit diesen Verhaltensweisen klein zu halten. Diese Risikominderung kann dort einen Beitrag leisten, wo Prävention zu spät kommt und Lebensstiländerung oder Suchtabstinenz nicht erfolgreich sind.

Das Konzept spiegelt die Bemühungen von PRAEVENIRE wider, die Versorgung auf drei Ebenen zu optimieren: Auf individueller Ebene werden Betroffene gestärkt, auf ge-

sundheitsökonomischer Ebene werden Erkrankungen und damit Behandlungskosten minimiert und auf sozioökonomischer Ebene wird solidarisch agiert, denn Suchterkrankungen treten häufiger bei ohnehin benachteiligten Gruppen auf. Erfolgreich ist der Ansatz unter anderem bei Themen wie Bewegung, Ernährung, Alkohol, Rauchen oder dem Konsum illegaler Drogen.

Ausnahmen erlaubt

Der Harm-Reduction-Idee liegt ein durchwegs pragmatischer Ansatz zugrunde, indem anerkannt wird, dass der Konsum der stoffgebundenen Substanzen sowie das Risikoverhalten von zu wenig Bewegung oder ungesunder Ernährung gesellschaftlich weit verbreitet sind. Häufig ist der ungesunde Lebensstil „anerkannt“, und damit eine völlige Vermeidung schwierig umzusetzen. Daher ist eine Gesellschaft frei von Suchtverhalten und vermeidbaren Lebensstilrisiken kein realistisch kurzfristig erreichbares Ziel. „In einer idealen Welt würden wir uns wünschen, dass niemand mit einem ungesunden Lebensstil be-

gonnen hätte. Wir würden uns auch wünschen, dass für Suchtkranke absolute Abstinenz erreicht werden kann. Das gilt für jede Art der Sucht“, erklärt Assoc. Prof. PD Dr. Eva Hilger, Leiterin des Chefärztlichen Dienstes der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS).

Statt den Konsum selbst zu verurteilen, liegt der Fokus bei Harm Reduction auf der Minimierung von Risiken. Als Fachärztin hat Hilger viel Erfahrung mit Suchterkrankungen gesammelt und weiß auch, dass der Fingerzeig auf diese Menschen und eine Verurteilung nicht der richtige Weg sind. Harm-Reduction-Ansätze versuchen, die Autonomie der Betroffenen zu respektieren und ihnen Informationen und Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um sicherere Entscheidungen zu treffen.

Unbestritten ist, dass Suchterkrankungen viele schädliche gesundheitlichen Auswirkungen haben, und es am gesündesten wäre, gar nicht erst anzufangen. Bei Abhängigen geht die Forderung nach Prävention aber ins Leere, jedoch sind erfolgversprechende Konzepte zum Ausstieg sowie der Schadensminimierung eine Option. **P**

© GATTINGER

PETITION



SEITENSTETTNER PETITION zu Harm Reduction und Risikominderung

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



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



PLATTFORMEN

Spital 2030: Ideen für eine bessere Zukunft

Denkerinnen und Denker waren in Alpbach eingeladen, **NEUE IMPULSE FÜR EIN ZUKUNFTSFÄHIGES SPITALSWESEN IN ÖSTERREICH ZU SAMMELN**. Der Zeitpunkt könnte besser nicht sein – die Nationalratswahl steht an. | von Mag. Renate Haiden, MSc.



Wenn einmal mehr über neue Wege in alten Strukturen diskutiert wird, kommt einem „Und täglich grüßt das Murmeltier“ in den Sinn. Spitalern gehen die Ressourcen aus, die Schere zwischen Anspruch und Fortschritt hält mit den strukturellen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen nicht mehr Schritt. Die Forderung, nur jene Leistungen im Spital zu erbringen, die auch dort erforderlich sind, und alles andere in Tageskliniken und den niedergelassenen Sektor auszulagern, klingt auf den ersten Blick verlockend. Doch wer näher hinsieht, wird feststellen, dass es auch dort diese Ressourcen nicht gibt. Patientenströme lenken zu wollen, scheint ein erfolgversprechendes Ziel, doch fehlen dazu die Rahmenbedingungen. Während im Spital nur etwa 5 bis 10 Prozent der Kosten auf Medikamente entfallen, machen den Rest – also 90 bis 95 Prozent – die Strukturkosten aus. Dass es also völlig neue Ansätze braucht, liegt auf der Hand.

Neu denken, neu bauen

Die bauliche Entwicklung des Spitalswesens in Wien ist eng mit den politischen, sozialen und medizinischen Entwicklungen der jeweiligen Zeit verbunden. Die Architektur und Infrastruktur der Wiener Krankenhäuser reflektieren den Stand der medizinischen Wissenschaft, die Bedürfnisse der Bevölkerung und die politischen Rahmenbedingungen. Von der Kaiserzeit bis hin zum ersten Weltkrieg dominierten große Zentralkrankenhäuser, denn gerade in stark wachsenden Ballungszentren waren die Grundstückspreise und der Bedarf nach mehr Bettenkapazitäten groß. Im Laufe des 19. Jahrhunderts entstanden Krankenhäuser nach dem Pavillon-Prinzip, wie zum Beispiel das ehemalige Kaiser-Franz-Josef-Spital, die heutige Klinik

Favoriten. Pavillons sollten die Ausbreitung von Infektionen verhindern und bessere hygienische Bedingungen schaffen.

Nach dem Ersten Weltkrieg setzte eine Modernisierungswelle ein. Neue Technologien und medizinische Erkenntnisse führten zu einer Umgestaltung bestehender Strukturen. Der Ausbau des AKH und die Errichtung neuer Kliniken wie des Wilhelminenspitals waren charakteristisch für diese Zeit. Nach 1945 lag der Fokus auf dem Wiederaufbau und der Erweiterung der Spitäler. Es wurden viele Bauten modernisiert, um den gestiegenen medizinischen Anforderungen gerecht zu werden. Auch das Wiener Allgemeine Krankenhaus wurde erheblich vergrößert und erneuert.

Ab den 1970er-Jahren wurden neue Kliniken und Zentren geschaffen, die sich auf spezialisierte medizinische Bereiche konzentrierten, wie das Herz-Jesu-Krankenhaus oder die Klinik Donaustadt. Die Architektur passte sich den Anforderungen moderner Medizintechnologie an, etwa durch den Bau von OP-Trakten mit speziellen hygienischen Standards.

Aktuell steht die Modulbauweise mit Fokus auf „kurzen Wegen“ im Vordergrund, um die Architektur rascher an veränderte Anforderungen anzupassen, denn von der Planung bis zur Inbetriebnahme vergehen rund sieben bis Jahre und in der Zeit können sich medizinische und gesellschaftliche Anforderungen an die stationäre Versorgung verändert haben.

Das Ende der Gegensätze

Die aktuelle Aufgabe im Spitalsbau lautet daher, den medizinisch-wissenschaftlichen und den technologischen Fortschritt zu integrieren – vor allem den Trend hin zu tagesklinischen Eingriffen und der Reduktion der Spitalsaufenthalte. Eine radikale neue Strukturierung der Spitäler



– und damit auch der Finanzierungssysteme – wird dazu erforderlich sein. Das setzt auch voraus, dass Medizin und Management nicht mehr als Gegensätze wahrgenommen werden, denn: Es ist unethisch, schlechte Medizin zu machen, und es ist genauso unethisch, schlecht zu wirtschaften.

Aktuell zeigt sich, dass die Strukturen weder mit der medizinisch-wissenschaftlichen noch mit der finanziellen Entwicklung Schritt halten können. Was geht, wird im Akutbett untergebracht – und das ist, wie man weiß, die teuerste Form der Versorgung. Das schafft nicht nur Budgetlöcher, sondern auch Lücken beim Personal und Frust bei denen, die weiter im System arbeiten. Neue Strukturen in Spitalern hätten gleichzeitig den Vorteil, dass damit auch neue Personaleinsatzmöglichkeiten geschaffen werden, die auch die Arbeitsmotivation unterstützen, wie etwa eine multidisziplinäre Belegung von Betten oder den Ausbau der Ambulanzen und Tageskliniken. Standorte könnten unter Beibehaltung von Leistungen trotzdem zusammengelegt werden, das sorgt auch dafür, dass Ausbildungsstellen für den Medizinnachwuchs erhalten bleiben und Arbeitsplätze – etwa durch die Reduktion der Nachdienste – wieder attraktiver werden. Voraussetzung dafür ist nicht nur Leadershipkompetenz bei den Führungskräften, sondern auch ein hohes Maß an Kommunikation – gegenüber dem Personal sowie Patientinnen und Patienten.

Eine radikale neue Strukturierung der Spitäler und deren Finanzierungssystem ist die Lösung der vielfältigen Mängel.

Wilhelm Marhold

Warum ein Shift nicht einfach ist

Wahrscheinlich könnten rund ein Drittel oder sogar die Hälfte aller Patientinnen und Patienten, die heute stationär im Krankenhaus aufgenommen sind, aus medizinischen Gründen wieder entlassen werden und damit wäre ein hoher Anteil an Kapazitäten frei für eine tagesklinische Nutzung, doch: Ein Teil von ihnen ist aus logistischen Gründen stationär aufgenommen, etwa weil auf einen OP-Termin oder eine Untersuchung gewartet wird. Eine zweite Gruppe ist zwar krank, aber müsste in ein Pflegebett transferiert werden – diese dem Akutspital nachgelagerten Kapazitäten fehlen jedoch. Nicht wegdiskutieren lässt sich aber bei aller Neustrukturierung der demografische Wandel: Menschen werden älter und leben länger bei schlechter Gesundheit. Damit steigen die

Die Expertenrunde diskutierte über innovative Lösungen für das österreichische Spitalswesen der Zukunft. Im Fokus standen eine radikale Neustrukturierung und Reformen des Finanzierungssystems, um den vielfältigen Herausforderungen gerecht zu werden.





Ansprüche an das Versorgungssystem, verfügbares Personal wird aufgrund von Pensionierungen weniger, Nachwuchs ist knapp und der medizinische Fortschritt macht neue Therapien möglich. Dazu kommt die höchst komplexe Finanzierungsstruktur im Gesundheitssystem, die einen Shift von stationär zu ambulant und eine Integration von extra- und intramuraler Versorgung nicht unterstützt. Vieles davon ist nicht mehr zeitgemäß, aber in einem föderalistischen System mit seiner Kompetenzzersplitterung nicht einfach zu verändern.

Es könnte schneller gehen

Die Entscheidungsträgerinnen und -träger wissen, dass eine Verbesserung des Spektrums der Leistungsverträge im niedergelassenen Bereich eine deutliche Entlastung der Krankenanstalten bringen könnte, jedoch müssten dazu weitreichende Änderungen in der Leistungsfinanzierung und große Reformen des Honorierungssystems angegangen werden. Was im niedergelassenen Bereich aufgrund mangelnder Bezahlung nicht angeboten wird, treibt Patientinnen und Patienten automatisch ins Spital, wo die Leistung scheinbar – für die Betroffenen – rund um die Uhr und ohne zusätzliche Kosten zur Verfügung steht.

Die Geschwindigkeit und auch die nötige Konsequenz, mit der Reformen angegangen werden, ist mehr als ausbaufähig. Auch die aktuelle Diskussion um die Nutzung elektronischer Angebote im Gesundheitswesen, die zur der Ökonomisierung und Effizienzsteigerung beitragen können, ist noch nicht im Alltag der Versorgung angekommen. Viele Services existieren noch nicht oder sind bestenfalls im Pilotstadium. Neue Herausforderungen kommen auch mit neuer Diagnostik, neuen Therapien und neuen Medikamenten auf das System zu. Viele der Innovationen sind teuer und können nicht im häuslichen Setting verabreicht werden. Ein zunehmend wichtiges Betätigungsfeld ist die Polypharmazie, die deutlich macht, wo die Versorgung verbessert werden kann und gleichzeitig Sparpotenzial möglich ist. Das erfordert aber auch, die Berufsgruppe der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten – hochqualifizierte Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister mit einem guten niederschweligen Zugang zur Bevölkerung – besser in den Versorgung einzubinden.

Die Entscheidungsträgerinnen und -träger meinen, dass eine Verbesserung des Spektrums der Leistungsverträge im niedergelassenen Bereich eine deutliche Entlastung der Krankenanstalten bringen könnte.

Den Best-Point-of-Service finden

Geht es um Reformen für das Spital 2030, so müssen auch die Patientinnen und Patienten in die Pflicht genommen werden. Ziel muss es sein, dass alte und nicht akut zu versorgende Menschen im besten Fall im häuslichen Setting bleiben können oder in passende Pflegeeinrichtungen kommen können. Ihr Platz ist nicht das Akutspital. Dazu ist es auch erforderlich, die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung zu heben, aber auch mehr Transparenz in das System zu bringen. So können auch lange Wartezeiten zu einer verzögerten Genesung führen und mehr Spitalsbedarf erfordern. Damit Patientenlenkung gelingen kann, müssen die zu Versorgenden Vertrauen in das System haben und sich auch gut versorgt fühlen – unabhängig davon, ob sie bei einer Gesundheitshotline oder einer Spitalsambulanz ankommen. Denn: Auch jeder „Drehtürpatient“ verursacht unnötige Kosten. Daher muss klar kommuniziert werden, wo der Best-Point-of-Service ist, welche Erwartungen Betroffene haben und wie das solidarische System – in seiner jeweiligen Lebenszyklusphase – diese Erwartungen bestmöglich erfüllen kann.

Auch Digitalisierung und künstliche Intelligenz werden nicht alle Herausforderungen lösen können und das Spital 2030 automatisch effizienter machen. Es sind die viele kleinen Rädchen im System, an denen es zu drehen gilt – von der Leistungshonorierung über die Wertschätzung und Attraktivierung der Arbeitsplätze bis hin zu neuen Spitalsbauten, die nicht nur aktuellen Anforderungen gerecht werden, sondern auch schon künftige Entwicklungen antizipieren. **P**



Große Hoffnung wird in digitale Anwendungen gesetzt – sie sind aber noch kaum in der Versorgung angekommen.



Michael Binder (online) fordert raschere Umsetzungen von Reformen.





Gesundheitsdaten schützen, aber auch nützen

Österreich steht sich manchmal selbst im Weg, etwa wenn es um die Nutzung von Gesundheitsdaten geht. Durch die **FORDERUNGEN DES EUROPÄISCHEN DATENRAUMS** werden wir aber um solide Strukturen für die Gesundheitsdatennutzung nicht herumkommen. | von Mag. Renate Haiden, MSc

Univ.-Prof. Dr. Gerhard Aigner vom Institut für Ethik und Recht der Medizin der Universität Wien, der viele Jahre als Sektionschef im Gesundheitsministerium tätig war, kennt die Hürden und Herausforderungen rund um die Nutzung von Gesundheitsdaten aus rechtlicher und organisatorischer Sicht genau. „Die Pandemie hat für viele Themen wie ein Brandbeschleuniger gewirkt, auch für den Umgang mit Gesundheitsdaten“, stellt er im Rahmen des 6. PRAEVENIRE Digital Health Symposions fest. So wird etwa in einem Rechnungshofbericht aus dem Jahr 2023 kritisiert, dass in Österreichs Spitälern und Kliniken während der Pandemie viele ausgezeichnete Daten vorlagen, jedoch aus technischer und rechtlicher Sicht eine Kommunikation über Spitals- oder gar Bundesländergrenzen hinaus praktisch unmöglich war. Damit, so Aigner, wären vermutlich wichtige Erkenntnisse zur Behandlung von SARS-CoV-2 rascher verfügbar gewesen und schwere Krankheitsverläufe hätten möglicherweise verhindert werden können. Dass das Thema unter den Fingernägeln brennt, zeigt sich auch daran, dass in der aktuellen 15a-Vereinbarung eine Plattform vorgesehen ist, über die Bund, Länder und die Sozialversicherungen auf vorhandene Gesundheitsdaten zugreifen sollen, wenn es etwa um den Erfahrungsaustausch im Zuge von Epidemien oder Pandemien gehen soll.

Datensilos aufbrechen

Auch der Oberste Sanitätsrat hat im Jahr 2022 eine „Arbeitsgruppe Digitalisierung“ eingerichtet, die sich mit dem Thema der interdisziplinären Datennutzung auseinandergesetzt hat. Daraus entstand ein Grundlagenpapier zur Schaffung des österreichischen Gesundheitsdatenraumes. Fazit: Die Datensilos müssen aufgebrochen werden und die mangelnde Strukturiertheit und Verknüpfbarkeit der vorhandenen

Daten – auch im europäischen Kontext – sind dringend zu hinterfragen. Die europäischen Initiativen wie das Europäische Daten-Governance-Gesetz (Data Governance Act, DGA) und der European Health Data Space (EHDS) sollten dazu für die notwendigen Reformschritte genutzt werden. Letzterer sieht ohnehin vor, dass personenbezogene Gesundheitsdaten strukturiert bereitzustellen sind und es eine wissenschaftlich-ethische Verpflichtung zur Datennutzung für die Forschung gäbe. „Wir spenden Blut oder Knochenmark für die Gemeinschaft, warum sollen wir nicht auch Daten spenden, die der Forschung und damit verbesserten Therapiechancen dienen können?“, stellt Aigner in den Raum, denn: „Je mehr Teilnehmende ihre Daten nutzbar machen, umso größer ist die Chance auf Erkenntnisgewinne. Es ist daher wohl im Interesse der Patientinnen und Patienten, dass Daten, die im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung erhoben werden, im Einklang mit ethischen Voraussetzungen zur Verbesserung des Gesundheitssystems und der Behandlungsmöglichkeiten genutzt werden.“ Der Experte weist darauf hin, dass in Österreich eine durchaus brauchbare Datenlandschaft, zum Beispiel aus unterschiedlichen Registern, vorhanden ist, aber die Dateninhabenden ihre Silos damit nicht verlassen wollen: „Der Mehrwert von Daten hängt davon ab, ob sie strukturiert vorliegen und verknüpft werden können sowie effektiv in der Forschung und Verwaltung genutzt werden – natürlich unter Wahrung der Datenschutzprinzipien und der Anonymität. Datensilos in der öffentlichen Gesundheitsversorgung sind durch einheitliche Pseudonyme und offenen, regulierten und wechselseitigen Datenzugang nachhaltig aufzulösen. Dass dazu gar nicht mehr so viele Regulative fehlen, weiß der Jurist ebenfalls: „Sowohl in der Datenschutzgrundverordnung als



Je mehr Teilnehmende ihre Daten nutzbar machen, umso größer ist die Chance auf Erkenntnisgewinne und kann nur im Interesse der Patientinnen und Patienten sein.

auch im Forschungsorganisationsgesetz ist unter bestimmten Umständen die Datennutzung für die Forschung bereits festgeschrieben. Auch das Austrian Micro Data Center bietet Forschenden einen datenschutzkonformen Zugang zu Mikrodaten der Statistik Austria sowie zu weiteren Verwaltungs- und Registerdaten, soweit diese von den entsprechenden Ressorts freigegeben wurden.“ Diese Daten können im Rahmen entsprechender vertraglicher Vereinbarungen entweder in einem Safe Center vor Ort oder über virtuelle Desktopinfrastrukturen eingesetzt werden. Voraussetzungen sind die Akkreditierung der wissenschaftlichen Einrichtung sowie eine zeitlich begrenzte, vorhabenbezogene Nutzungsbewilligung von Statistik Austria. „Wir haben in Österreich viele gute Anfänge, aber sind säumig, wenn es um die Umsetzung konkreter Forderungen der Europäischen Gemeinschaft geht. So ist etwa der Data Governance Act seit Herbst 2023 in Kraft, die Übergangsfrist beendet und Österreich hat immer noch keine zentrale Informationsstelle eingerichtet. Die zuständigen Stellen, die im Artikel 7 gefordert werden, gibt es ebenfalls nicht“, so Aigner.

Mehrwert sichtbar machen

Wenn Daten der Forschung zugänglich gemacht werden und sich diese Einrichtungen im Hinblick auf die Ergebnisse auch mit Unternehmen austauschen, würde das auch den Wirtschaftsstandort Österreich fördern. Wie das am Beispiel Dänemarks funktioniert, beschreibt Aljoscha Stroh, MBA, CFO von Sandoz Nordics. Er ist in seiner Position auch für Skandinavien, England und Holland verantwortlich – all diese Märkte haben eines gemeinsam: Sie haben sich der verstärkten Datennutzung im Sinne des Gemeinwohls verschrieben. „Ohne Sozialversicherungsnummer kann ich nicht einmal ein Buch in der Bücherei ausleihen oder einen



© KRISZTIAN JUHASZ (3)

Telefonvertrag eingehen“, beschreibt Stroh. Auch die Lenkung von Patientenströmen wird über diese Daten abgebildet, die ähnlich dem ELGA-System strukturiert sind. „Damit haben wir etwa die Wartezeiten gut im Griff und das trägt sicher deutlich zur Akzeptanz des Systems in der Bevölkerung bei“, ist Stroh überzeugt. So weiß man etwa, dass 80 Prozent der Däninnen und Dänen in den letzten zwölf Monaten die Datenplattform aktiv genutzt haben, um sich über ihren Gesundheitszustand zu informieren. Immerhin 75 Prozent finden es dann auch einfach, die Daten letztendlich zu verstehen und zu interpretieren. Die Aufgabe der eigens dafür eingerichteten „Danish Health Authority“ ist es, dafür zu sorgen, dass die Integration der Gesundheitsdaten über die dänische Bevölkerung hinweg funktioniert und diese Daten auch vielfältig genutzt werden.

Messen, was Betroffenen wichtig ist

Hochgradige Ergebnisorientierung steht auch im Mittelpunkt der Arbeit von Univ.-Prof. Dr. Tanja Stamm, PhD, Leiterin des Instituts für Outcomes Research, Zentrum für Medizinische Statistik, Informatik und Intelligente Systeme an der Medizinischen Universität Wien. In einem internationalen Projekt will sie den Patientinnen und Patienten in Europa eine einflussreichere Stimme geben – nicht nur bei medizinischen Entscheidungen, die sie selbst betreffen, sondern auch bei Fragen zur künftig effizientesten Versorgung. An diesem sogenannten Health Outcomes Observatories Projekt (H2O) ist die MedUni Wien in führender Rolle beteiligt. Outcomes, die Patientinnen und Patienten selbst berichten, werden hier auf standardisierte Weise über eine App erhoben und gemeinsam mit klinischen Daten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung eingesetzt. „Die Analogie zum Wasser ist bewusst gewählt, denn Daten sind ein ähnlich wertvoller Rohstoff wie Trinkwasser“, sagt Stamm.

Zu den Outcome-Daten zählen etwa der eigene Gesundheitszustand, die Lebensqualität, Schmerzen oder mögliche Nebenwirkungen. „Für Betroffene ist es wichtig, dass wir messen,




was ihnen wichtig ist, also nicht nur klinische Daten, sondern auch ihre Perspektive mit einfließen lassen, und damit eine neue Kultur der Transparenz etablieren. Durch die digitale Erfassung werden noch weitere Vorteile lukriert: „Alte Gesundheitsdaten helfen niemandem, daher muss die Zeit von der Erhebung bis zur Verwendung kurz sein und das geht nur über Digitalisierung. Zudem können so rasch Vorhersagen getroffen und Risikostratifizierungen vorgenommen werden oder im Arztgespräch kann die Grundlage für die Behandlung verbessert werden. Das erhöht die Qualitätszeit im Patientengespräch und damit auch die Motivation der Teilnehmenden“, ist Stamm überzeugt. Wichtig ist der Forscherin, dass die Daten allen Stakeholdern zur Verfügung stehen sollen, wie etwa der Pharma- und MedTech-Industrie, aber auch dem European Patient' Forum. Im Rahmen eines „Governance Modells“ wurde Konsens erzielt, dass der Fokus auf den Erkrankungen Morbus Chron, Diabetes sowie Lungen- und Brustkrebs liegen wird und welche Daten erhoben werden sollen. „Das H2O-Projekt ist damit im Rahmen des EHDS ein Vorzeigeprojekt geworden, weil es Vorteile für viele Zielgruppen vereint. Aktuell offene Punkte sind noch die Dateninfrastruktur, der Datenschutz oder die Gestaltung der Einwilligung“, beschreibt Stamm.

Wie Gesundheitsdaten zu nützen und zu schützen sind, diskutierten namhafte Expertinnen und Experten: (v.l.n.r.) Franz Leisch, Aljoscha Stroh, Thomas Lohninger, Regina Fuchs, Daniela Zimmer, Tanja Stamm, Gerhard Aigner, Moderator Alexander Degelsegger-Márquez

Schwachstellen evident

Für Mag. Daniela Zimmer, Konsumentenschutzexpertin der Arbeiterkammer Wien, hat der EHDS noch eine Reihe von Schwachstellen, die es zu korrigieren gilt: „Will man das Vertrauen der Bevölkerung, so braucht es aus unserer Sicht eine Opt-out-Möglichkeit.“ Über die Primärdatennutzung können die Mitgliedstaaten selbst entscheiden, für die Sekundärdatennutzung können Ausnahmen definiert werden. Aus ihrer Sicht fehlen im EHDS noch Standards für eine hinreichende Pseudonymisierung und – offensichtlich wird Missbrauch erwartet – von „Bußgeldern“ für eine unzulässige Re-Identifizierung ist die Rede. Auch das Verbot, dass Daten nicht zu Nachteilen beim Einzelnen führen, zu Werbezwecken oder für unterschiedliche Bemessungen bei Versicherungen herangezogen werden dürfen, sieht Zimmer mit Skepsis: „Man bräuchte ein derartiges Verbot nicht ausdrücklich festzuschreiben, wenn das System sicher wäre.“ Auch Datenschutzexperte Thomas Lohninger sieht die Opt-out-Variante kritisch: „Der Datenschutz hatte bei der Entstehung des EHDS bis hin zum Beschluss im Trilog nie Priorität und von einer stabilen Struktur sind wir weit entfernt.“ Lohninger rechnet auch mit Verfassungsklagen, weil die Sekundärnutzung leicht zurückgenommen werden kann und die Gefahr, einzelne Menschen zu identifizieren, durchaus real ist. „Datenschutz ist wie Brandschutz – es geht immer um Sicherheit. Würde man bereits im Design alle Eventualitäten mitdenken, wäre das weniger teuer, als später nachzurüsten“, so der Experte.

So wie Aigner bestätigt auch Dr. Regina Fuchs, Leiterin der Direktion Bevölkerung, Statistik Austria, dass Österreich im Hinblick auf den kommenden EDHS säumig ist und fordert: „Seit der Pandemie fokussieren wir eine politikzentrierte Datennutzung und stellen nie die Frage, was für die Gesellschaft wichtig wäre. Wir brauchen dringend eine personenzentrierte Datennutzung!“ Sie befürwortet eine Datennutzung, warnt aber vor Parallelstrukturen. Dass die Entwicklung auf jeden Fall nicht an den Bürgern vorbeigehen darf, darin sind sich alle Expertinnen und Experten einig, wobei Aigner nachsetzt: „Die Wissenschaftsskepsis in Österreich macht vermutlich Multistakeholder-Ansätze schwierig.“ 





POLITIK

Plattformlösungen für alle!

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen bietet riesige Chancen. Für das Funktionieren sind einige Faktoren entscheidend: **ZUGÄNGLICHKEIT FÜR DIE PATIENTEN UND ERKENNBARE VORTEILE BEI TEILNAHME.** Leichte Bedienbarkeit und direkter Nutzen für die Beschäftigten sowie Vernetzung durch offene Plattformlösungen zwischen Sektoren/Institutionen. Dies erklärten Fachleute bei den 11. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach. | von Wolfgang Wagner

Dr. Franz Leisch, PRAEVENIRE-Chief Digital Officer: „Für die elektronische Gesundheitsakte ELGA gab es früher pro Jahr zehn Millionen Euro. Das war nur rund ein Euro pro österreichischem Bürger. Das ist relativ wenig. Die rund 50 Millionen Euro (neuer Finanzausgleich; Anm.) für Digitalisierung sind jetzt fünf Euro pro Bürger und Jahr. Das ist zumindest besser.“

Querschnittsthema

Digitalisierung im Gesundheitswesen ist kein Thema für die Spezialisten allein. Leisch „Das ist ein Querschnittsthema.“ Derzeit würden vor allem drei Themenbereiche akut zu bearbeiten sein:

- Der European Health Data Space (EHDS): Dieser sei zu begrüßen, weil er die EU-Mitgliedsstaaten in ihren Aktivitäten zur Digitalisierung des Gesundheitswesens synchronisiere. Leisch: „Manche Länder haben sich auf Terminvereinbarungen konzentriert. Österreich hat beispielsweise die e-Medikation ganz gut hinbekommen.“
- Künstliche Intelligenz: „Wir verwenden wahrscheinlich alle schon KI – zum Beispiel, um E-Mails zu schreiben. Wir können damit im Gesundheitswesen die Effizienz steigern.“ Die sei bei einem oft bereits drastischen Personalmangel besonders wichtig. Mit der Devise „digital vor ambulant vor stationär“ ergebe sich ein breites Anwendungsfeld. Das gehe hin bis zur Erleichterung der geplanten Diagnosecodierung in der niedergelassenen Praxis. „Hier haben wir die Ärzte wieder ins Boot geholt“, sagte der PRAEVENIRE Chief Digital Officer.
- Der dritte Punkt ist die Forschung. Wünschenswert sei, dass hier in der täglichen Praxis Tätige im Gesundheitswesen mit den Wissenschaftlern zusammenarbeiten könnten.

Der European Health Data Space synchronisiert die Aktivitäten der EU-Mitgliedsstaaten.

Franz Leisch

Die Zeit ist reif?

Geredet, diskutiert und gestritten wird über die Digitalisierung im Gesundheitswesen schon seit weit mehr als einem Jahrzehnt. Doch schön langsam könnte sich ein gemeinsames gesellschaftliches Bewusstsein für Notwendigkeiten in der Umsetzung und für die Chancen der Zukunft durchsetzen, so Priv.-Doz. Mona Dür,

CEO von Duervation: „Ich höre zu diesem Thema derzeit überall das Gleiche.“ Das sei ein Zeichen dafür, dass die Beteiligten bei unterschiedlichen Sichtweisen und Verantwortlichkeiten nunmehr gleiche bis ähnliche Problemfelder erkennen, Lösungsschritte ähnlich priorisieren würden.

Die Zeit ist reif für Betreiber-, Sektoren- und Länderübergreifende Lösungen.

Mona Dür

Entscheidend sei die Berücksichtigung der Bürger als eigentliche Adressaten des Gesundheitswesens. Die Expertin: „Wir brauchen eine Infrastruktur für die Kommunikation mit den Bürgern, mit den Patienten. Jetzt ist die Zeit dafür reif, auch für Betreiber-, Sektoren- und Länder-übergreifende Lösungen.“

Mona Dür sprach sich in diesem Zusammenhang auch für einen niederschweligen Zugang der Versicherten zu den eigenen ELGA-Daten aus – Zugang beispielsweise in jedem Primärversorgungszentrum über einfache Terminals. Im Wartezimmer von Gesundheitseinrichtungen könnten schon wesentliche anamnestische Fragen erhoben werden und dann sofort dem Arzt vorliegen. Wichtig wären Pilotversuche auf den Ebenen der Kinder- und Jugendlichen, Erwachsenen und in der Betreuung von chronisch Kranken. Damit könnte auch zum Beispiel geklärt werden, wie sich die Finanzströme in der Zukunft verändern würden, statt bloß ständig die utopische Forderung nach einer „Finanzierung aus einer Hand“ zu erheben.

Zwischen High-Tech-Möglichkeiten und den Mühen der Ebene

Eine eklatante Kluft zwischen den Möglichkeiten, welche High-Tech-Software inklusive Künstlicher Intelligenz bereits bietet und den Mühen der täglichen Praxis für vergleichsweise einfache Anwendungen „diagnostiziert“ Dr. Stefan Kastner, Präsident der Tiroler Ärztekammer: „Als Arzt bin ich zwischen zwei Welten gefangen. Einerseits kennen wir alle KI-Anwendungen. Ich mache Darmspiegelungen und habe dabei KI getestet. Es ist unglaublich, was Künstliche Intelligenz leisten kann. Da gibt es Produkte, da gibt es einen Markt. Da ist Power drin.“

Die andere Seite der Medaille: „Und dann versucht man die ELGA-Befunde des Patienten zu öffnen und kommt auf 120 PDFs.“ So suche man auch nach einem Befund, von dem der Patient vielleicht nicht mehr wisse,

Große digitale Welt – und dann knallt man in Österreich mit der Kinnlade auf die Straße.

Stefan Kastner

wo er erstellt wurde. „Am Schluss stellt sich heraus, er war bei einem niedergelassenen Kollegen – und es gibt kein E-Dokument. Es gibt kein Patienten-Summary. Nicht einmal eine Allergie leuchtet rot auf.“

Dies, so der Tiroler Ärztekammerpräsident, sei umso erstaunlicher, als viele digitale Anwendungen sonst im täglichen Leben anstandslos und ohne große Anleitungen, somit intuitiv, benutzt werden können. Kastner: „Wenn ich vom Krankenhaus Nr. 1 ins Krankenhaus Nr. 2 gehe, brauche ich drei Tage Einschulung, um einen Laborbefund auslesen zu können. (...) Wenn ich die ganzen Befunde (in ELGA; Anm.) durchwälze, kostet das unheimlich viel Zeit. Und wenn ich eines nicht habe, dann ist es Zeit für die Bürokratie. Die Zeit will ich lieber den Patienten zukommen lassen.“

Schließlich ergebe sich leicht auch eine Haftungsfrage bei der Unübersichtlichkeit der ELGA-Dokumente. Was sei, wenn man etwas an wichtiger Information überlese, akut nicht finde? Die Problematik gehe bis zur Ausbildung von Ärzten im Spital. „Wir wollten für Ausbildungszwecke in einem digitalen Logbuch die Daten erfassen, welche die Kollegen in den Krankenhäusern erheben. Wir sind gescheitert, weil wir uns die Schnittstellen zu allen Krankenhäusern nicht leisten konnten.“

Schließlich: 1450 als Schritt zu „digital vor ambulant vor stationär“. Hier ergebe sich erst recht die Frage, wie die erhobenen Daten gleich zu jener Stelle gelangten, zu der der jeweilige Patient für eine allfällige weitere Versorgung zugewiesen werden. „Sonst fängt das Spiel dort von vorne an“, sagte Kastner.

Fazit, so der Tiroler Ärztekammerpräsident: „Auf der einen Seite die große digitale Welt. Auf der anderen Seite knallt man in Österreichs digitaler Gesundheitswelt mit der Kinnlade auf die Straße.“

Plattform- statt Schnittstellenlösungen

„Wir brauchen einen leichten Zugang für alle. Wir brauchen Plattformlösungen, keine Schnittstellenlösungen. ELGA kann das. Aber es müssen alle Sektoren-übergreifend zugreifen können“, sagte Mag. Karl Lehner, Geschäftsführer der Oberösterreichischen Gesundheitsholding. Für den Manager geht es speziell um eine





Entlastung der Beschäftigten zum Nutzen der Patienten: „Wir haben 16.000 Menschen. Der WIGEV hat 30.000 Beschäftigte. Wir brauchen Dinge, die ihnen wirklich eine Hilfe sind.“ Man müsse Anwendungen finden, die gängige Systeme wie Smartphones und Tablets integrieren. Lehner berichtete von einem Beispiel in Oberösterreich: „Wir haben einen Versuch gemacht und haben die Patienten-Bildschirme mit dem Patientenruf verbunden. 50 bis 60 Prozent der Patienten schaffen das.“ Die Kranken könnten einfach sagen, sie bräuchten Hilfe. Das Pflegepersonal wisse sofort, in welchem Zimmer etc. „Das reduziert die Wegstrecken des Pflegepersonals um mehr als die Hälfte.“ Rechne man das auf das gesamte Patientenkollektiv (Inanspruchnahme 50 bis 60 Prozent) um, komme man auf eine Verringerung der Wegstrecken um etwa ein Viertel.

Wir brauchen Plattformlösungen, keine Schnittstellenlösungen.

Karl Lehner

Ohne breiten Zugang zu den im System enthaltenen Daten und ohne entsprechende Qualität der Informationen gehe es einfach nicht, betonte Mag. Herwig Loidl, Sprecher der IHE Austria: „Ich brauche in der IT Datenqualität, sonst geht gar nichts. Wir haben eine Standard-Arztsoftware. Aber nur 50 Prozent der Ärzte erfassen die Medikamente und die Informationen über die Verabreichung.“

Auf der anderen Seite sollten möglichst alle beteiligten Berufsgruppen Zugang zu den Daten bekommen. Interkompatibilität und Qualität müssten gesichert, zukünftige Projekte digital ausgerichtet sein. „Es darf nicht sein, dass in Österreich das Projekt elektronischer Eltern-Kind-Pass nicht standardisiert digital umgesetzt wird.“ Usability und Berufs-übergreifende Nutzung mit dem Patienten im Mittelpunkt gehörten zusammen.

Die Wirtschaft mit der EDV-Branche könne

Franz Leisch, Stefan Kastner, Mona Dür, Angelika Widhalm, Karl Lehner, Arno Melitopoulos, Herwig Loidl

und werde die notwendigen APPs entwickeln, betonte Loidl. „Man sollte auch nicht sagen, die Krankenkasse mache jetzt die Apps, die dann alle verwenden sollen. Das Verkehrsministerium baut auch nicht die Straßen. Es gibt die Regeln vor. Wir brauchen Qualitätssicherung und Rahmenbedingungen – aber die Wirtschaft wird das umsetzen.“

Wir brauchen Qualitätssicherung und Rahmenbedingungen – aber die Wirtschaft wird das umsetzen.

Herwig Loidl

Mehr Geld für Ausnahmen als für die Regel

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) gebe bereits jährlich das Zifache jener Summe für Digitalisierung aus, die man jetzt via Finanzausgleich und Bundeszielsteuerungsvertrag (50 Millionen Euro pro Jahr, davon 17 Millionen Euro vom Bund) vorsehe, erklärte Dr. Arno Melitopoulos (Leiter des Bereichs Versorgungsmanagement 3 der ÖGK). „Wir haben einen Rahmen, eine Beschlusslage, die vieles ermöglichen soll.“ Er skizzierte Beschlusslage und Aufgaben auf drei Ebenen:

- Kulturelles Element: „Österreich ist ein Un-Kulturland, was diese Frage betrifft.“ Das liege daran, dass in Österreich viele Menschen den Staat eher für einen „Feind“ statt für einen „Freund“ hielten. Hier müsse man zu einer Kultur der Teilhabe aller kommen. „Wir geben viel mehr Geld für Ausnahmen aus als für die Regel“, sagte Melitopoulos. Diese Kultur zu verändern, sei eine ganz wichtige Arbeit.
- Jetzt müsse man auf eine strategische Ebene kommen. Hier sei mit dem Bekenntnis zur ELGA GmbH. als operative Gesellschaft viel geschehen. „Wir brauchen jemanden, der die Gesundheitstelematik-Infrastruktur zeitgemäß so ausbaut, dass sie für alle da und geeignet ist. Hinzu käme das Bekenntnis zur Telemedizin mit dem Pilotieren von Telemedizin-Anwendungen. Schließlich gebe es jetzt

auch einen Rahmen für den Umgang mit digitalen Gesundheitsanwendungen.

- Daten: Sie seien der Treibstoff für die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Hier habe man sich sinnvollerweise auf eine Datenauswertungs-Plattform geeinigt, so Melitopoulos. Und schließlich sei der Patientenpfad eine Überlebensnotwendigkeit des Systems. Die Frage sei, ob man die Ressourcen habe, alle diese akuten Fragen möglichst schnell zu bearbeiten.

Leicht verständlich – sicher – zugänglich

„Die Erwartungshaltung der Patienten? Leicht verständlich, der Datenschutz muss gewährleistet sein. Noch wichtiger wird die Datensicherheit“, so charakterisierte Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich, die Anforderungen, welche die Bürger an digitale Systeme im Gesundheitswesen stellten.

Die Position der Selbsthilfe sei klar: „Wir sind ELGA-affin. Wir sind kritisch gegenüber der Opt-Out-Möglichkeit.“ Als dringendste Aufgabe sieht Angelika Widhalm die Entwicklung von Programmen zur Prävention in digitalisierter Form. Außerdem seien Aktivitäten zur Steigerung der Gesundheitskompetenz unumgänglich. Wenn ELGA, dann sollten wirklich alle notwendigen Daten enthalten und für alle Beteiligten zugänglich sein. „Auch die Sozialarbeit sollte Zugang haben“, sagte die Patientenvertreterin. Gleichzeitig müsse das System leicht verwendbar sein. „Ich empfinde es als absoluten Wahnsinn, wenn nur PDFs drinnen sind. Der arme Doktor findet ja nichts. Der ist ‚aufgeschmissen‘.“ – so Angelika Widhalm.

Zur Qualität der Daten sei auch zu erklären, woher sie kämen und wohin sie gingen, wenn man die Bürger auf seiner Seite haben wolle. Hier dürfe niemand benachteiligt werden. Angelika Widhalm: „Ich habe das Gefühl, es bleiben viele Patienten übrig, die sich da nicht beteiligen können. Man darf jene Patienten nicht diskriminieren, die sagen, dass sie damit nicht umgehen können.“ Auf der anderen Seite sollte man jene Menschen wieder in ELGA zurückholen, welche die Opt-Out-Möglichkeit gewählt hätten. **P**



POLITIK

Ökonomie versus Medizin: Der schwierige Zugang zu innovativen Therapien

Nach dem neuesten Stand der Wissenschaft zu behandeln, ist eine zentrale Grundlage des heimischen Gesundheitssystems. Doch bei der **DURCHSETZUNG DIESES ANSPRUCHS GIBT ES EINE REIHE VON HERAUSFORDERUNGEN**, vor allem, wenn es um die **FINANZIERUNG TEURER THERAPIEN** geht. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Die Kostenbelastung ist häufig ein Grund, warum Krankenhäuser teure Behandlungen mit modernen Therapien vermeiden. Ärztinnen und Ärzte stehen unter Druck, wirtschaftlich vertretbare Therapien zu empfehlen, obwohl sie gleichzeitig verpflichtet sind, die beste wissenschaftliche Option aufzuzeigen. Eine unzureichende Patientinnen- und Patientenaufklärung und fehlende Kontrollmechanismen verschärfen die Herausforderung. Während im niedergelassenen Bereich die rechtlichen Rahmenbedingungen für Therapieansprüche gut geregelt sind, braucht es im Krankenhaus dringend neue Schutz- und Unterstützungsmechanismen für Patientinnen- und Patientenrechte, um bestehende Ungleichheiten zu beheben. „Trotz neuer Bewertungsmechanismen für teure Therapien bleibt die Situation angespannt, und letztlich leiden die Betroffenen unter diesen systemischen Mängeln“, bringt Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich, das Thema auf den Punkt. In seinem Impulsstatement bei den diesjährigen PRAEVENIRE-Gipfelgesprächen in Alpbach stellt er die Patientinnen- und Patientenrechte in den Mittelpunkt der Diskussion.

Spezialisierte Zentren können nicht die gleichen Leistungen anbieten wie Spitäler in ländlichen Regionen. Unterbleiben Behandlungen wegen der niedrigeren Versorgungstufe muss über Alternativen aufgeklärt werden.

Bernhard Rupp

Leistungen nicht einheitlich

Ein Vergleich von extramuralem und intramuralem Sektor zeigt, dass gerade im Spital, wo aufgrund der Schwere der Erkrankungen Therapieentscheidungen rasch getroffen werden müssen, die Rechtsdurchsetzung oft nicht einfach ist. „Jetzt besteht außerdem die Gefahr, dass auf Entscheidungen des neuen Bewertungsboards gewartet wird und damit den Betroffenen wichtige Leistungen vorenthalten werden“, sagt Rupp und ergänzt: „Zahlreiche hochpreisige Therapien stehen vor der Zulassung, doch ‚horizon scanning‘ allein wird nicht genügen, um den Nutzen zu bewerten.“ Als Beispiel nennt Rupp die CART Zelltherapie, bei der von 100 qualifizierten Betroffenen nur rund 40 auch die Behandlung vergütet bekamen. Eine Finanzierung von innovativen Therapien im Kranken-

haus scheint eine Regelung zulasten Dritter zu sein, denn während der Bund das Versorgungsniveau vorgibt, müssen es letztlich über die Träger-Abgangsdeckung die Länder bezahlen. Eine Finanzierung von teuren Therapien scheint weiterhin abhängig „von der Postleitzahl“ der Betroffenen zu sein: „Für mich stellt sich die Frage, ob der Finanzausgleich und die Gesundheitsreform merkbare betriebswirtschaftliche Erleichterungen für die Krankenhausträger gebracht haben oder ob wir eine Gastpatientenregelung für inländische Patientinnen und Patienten benötigen“, so Rupp. Denn: Wenn die finanzielle Deckung fehlt, werden nicht alle Spitäler in allen Bundesländern die gleichen Therapien anbieten können.

Kassen dürfen Verantwortung nicht abgeben

Während die Rechte von Patientinnen und Patienten in der Patientencharta festgeschrieben sind und unter anderem auch die medizinische Versorgung entsprechend dem Stand der Wissenschaft sowie eine laufende Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung umfassen, gehen Betroffene häufig auf dem Weg zur optimalen Therapie „verloren“ und erhalten weder die erforderlichen Informationen noch Unterstützung bis hin zur bestmöglichen Behandlung. „Es erweckt manchmal den Eindruck, dass die Krankenkassen für ihre Versicherten im Spital einfach die Verantwortung abgeben“, meint Rupp und wünscht sich, dass den Patientinnen und Patienten etwa mit Rechtsberatung gegen Entscheide der Krankenhausträger beigestanden wird. „Ein Instanzenzug bei stationärer Leistungsverweigerung sollte analog zum extramuralen Setting möglich sein und rasch sowie ohne Kostenrisiko für Klägerinnen und Kläger möglich sein“, schlägt der Experte weiter vor. Zudem fordert er die umfassende Information über Diagnose, Therapie-Meilensteine und Therapieoptionen sowie ein Monitoring entlang der Behandlungspfade: „Patientinnen und Patienten schließen eine Leistungsvereinbarung mit dem Krankenhausträger ab und werden dort je nach Inhalt der AGB, der Allgemeinen Geschäftsbedingungen, behandelt. Es ist naheliegend, dass das Portfolio eines spezialisierten Zentrums anders aussieht als das eines Spitals im ländlichen Umfeld“, fasst Rupp zusammen.

Anspruch und Wirklichkeit

Ein Blick auf die Rechtsdurchsetzungsoptionen nach geltender Rechtslage zeigt, dass in der Theorie ein bestimmtes Arzneimittel, das nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft für die Behandlung indiziert ist, in der Krankenanstalt auch verabreicht wird. Unterbleibt die Behandlung wegen der niedrigeren Versorgungstufe der Krankenanstalt, greift jedenfalls eine

Teure Therapien unterliegen neuen Bewertungsmechanismen – die Situation bleibt aber für die Betroffenen nach wie vor angespannt.

Bernhard Rupp

Pflicht zur Aufklärung über die Behandlungsalternative in einer Krankenanstalt mit einer höheren Versorgungstufe. Die Aufklärung über eine Behandlungsalternative genügt, solange die gebotene Versorgung in einer Krankenanstalt der höheren Versorgungstufe erbracht wird. In der höchsten Versorgungstufe besteht aber ein zivilrechtlicher Erfüllungsanspruch, das heißt: Die Behandlung muss nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) nach „dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und einen Nutzen für Patienten und Patientinnen im Sinne der Ziele der Krankenbehandlung annehmen lassen“. Unterbleibt die Behandlung, so ist über den zivilrechtlichen Weg Schadenersatzanspruch gegen den Rechtsträger wegen Verletzung des gesetzlichen Versorgungsauftrags denkbar. Versicherte könnten aber auch vorleisten und entsprechend der Judikatur zur „Auslandsanstaltspflege“ die vollständigen Kosten der Anstaltspflege im Wege der Kostenerstattung einfordern. „Meist ist es aber so, dass das Kostenrisiko extrem hoch ist und Betroffene diesen Weg daher kaum gehen“, weiß Rupp. Eine Unterstützungsmöglichkeit im Fall einer gesetzwidrigen Einschränkung bei der Verabreichung von Arzneimitteln – also wenn beispielsweise aufgrund der AGBs der Krankenanstalt keine Behandlung nach dem Stand der Wissenschaft möglich ist – findet der Experte im Konsumentenschutzgesetz (KSchG) über eine Verbandsklage. Das Verwaltungsrecht würde auch eine einstweilige Verfügung vorsehen, doch dann könnten sich Prozesse über Jahre ziehen – eine rasche Behandlung würde damit auch nicht verfolgt werden. „Denkbar wäre auch eine Weiterentwicklung des ASVG mit fixen Streitwerten im Zivilprozessweg sowie einem Rechtsschutz über die Arbeiterkammer“, meint Rupp.

Keine Angst vor dem Bewertungsboard?!

Univ.-Prof. Dr. Karl Stöger vom Institut für Staats- und Verwaltungsrecht, Abteilung Medizinrecht der Universität Wien schwächt das Bedrohungsszenario durch das Bewertungsboard hingegen deutlich ab: „Die Aufgaben sind auf hochpreisige Therapien für seltene Erkrankungen beschränkt und es gab keine Änderung der Rechtslage. Die Behandlung muss wie bisher nach dem Stand der medizinisch-pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen. Wenn eine





Behandlerin oder ein Behandler eine Therapie für indiziert hält und verordnet, wird sie auch wie bisher möglich sein.“ Stöger hofft, dass das Bewertungsboard dazu beiträgt, dass sich die Krankenhausträger darauf einigen, bestimmte teure Therapien den Betroffenen österreichweit einheitlich zukommen zu lassen. „Es könnte auch dazu führen, dass bestimmte Therapien gar nicht mehr angeboten werden. In diesem Fall müssten wir mit einer Reihe von Rechtsstreitigkeiten rechnen“, so der Jurist. Auch er findet die Idee, dass in diesem Fall Krankenkassen die Betroffenen unterstützen, überlegenswert und verweist auf die bereits bestehende Möglichkeit der Schiedskommissionsverfahren. „Damit hätten wir keine Einzelfallentscheidung zugunsten oder zulasten einer Person, sondern im Verhältnis der Sozialversicherung gegenüber der gesamten Krankenanstalt. Auch das Kostenrisiko würde nicht bei der Klägerin oder beim Kläger liegen und das Ergebnis hätte zudem Vorbildwirkung“, beschreibt Stöger.

Auch Prof. (FH) Mona Dür, PhD, MSc, Geschäftsführerin von Duervation GmbH, hofft, dass das Bewertungsboard eine sinnvolle Entwicklung im Sinne der Patientinnen und Patienten anstoßen wird: „Es kann ein sehr starkes Instrument werden, um Wirtschaftlichkeit, Outcome und gesunde Lebensjahre in ein neues Licht zu rücken.“

Die Aufgaben des Bewertungsboards sind auf hochpreisige Therapien für seltene Erkrankungen beschränkt und damit gab es keine Änderung der Rechtslage.

Karl Stöger

Was Lebensjahre kosten dürfen

Ass.-Prof. Dr. Johannes Kastner, Finanzreferent der Ärztekammer für Wien, fordert hingegen eine klare politische Entscheidung: „Die Frage nach dem Wert von qualitätskorrigierten Lebensjahren, den QALY, Kennzahl für die Bewertung eines Lebensjahres in Relation zur Gesundheit, wird angesichts der demografischen Entwicklung zu stellen sein.“ Rupp verweist einmal mehr auf die Tatsache, dass es derzeit keine Bewertungskriterien für QALY gibt und das Gesundheitswesen den Eindruck erweckt, dass „alle alles“ bekommen, ohne transparente Kriterien, welche Tools für bestimmte Entscheidungen eingesetzt werden. „Das ist auch beim Bewertungsboard nicht anders, denn Geheimhaltung wird vorausgesetzt und die Transparenz der Entscheidungsfindung fehlt“, sagt Rupp.

Expertinnen und Experten diskutierten den Weg von State of the art gesicherten, innovativen Therapien zu den Versicherten.

Diskussionsteilnehmer, digital dazugeschaltet

Karl Stöger



Franz Öller, kaufmännischer Geschäftsführer der Gesundheit Burgenland, wehrt sich gegen die „Vollkasko mentalität“ in der Bevölkerung: „Nicht die medizinische Indikation ist die Grenze, sondern das Budget. Wir müssen uns die Frage stellen, welche Behandlung für das einzelne Individuum noch sinnvoll indiziert ist. Das erfordert auf gesellschaftlicher Ebene eine Diskussion über Ethik und Moral. Am Ende kann die Lebenserwartung nicht davon abhängen, in welches Spital man kommt.“ Öller fordert daher transparente Prozesse auf nationaler Ebene, ist sich aber auch bewusst, dass hier viele gegensätzliche Ansprüche aufeinanderstoßen.

Rasche Behandlung als Ziel

Aus der Sicht des Datenexperten betont Dr. Franz Leisch, Chief Digital Officer vom Verein PRAEVENIRE, die Bedeutung des Bewertungsboards: „Wir sprechen hier von Therapien, die in ganz Europa zum Einsatz kommen. Das heißt, wir bekommen Echtzeitdaten über viele Patientinnen- und Patientenkarrerien hinweg und das ist für die Wissenschaft und die Therapieentwicklung ein entscheidender Beitrag.“ Zudem könnten Prozesse der Medikamentenfolgenabschätzung oder Zulassungsprozesse der digitalen Gesundheitsanwendungen in Deutschland ein Vorbild sein: „Im Zweifel erhalten Patientinnen und Patienten die Behandlung und erst im Anschluss wird der Nutzen bewertet“, so Leisch.

In die gleiche Kerbe schlägt Dr. Max Wudy, Vizepräsident der Ärztekammer Niederösterreich, und pocht auf das Patientenrecht der suffizienten und evidenzbasierten Behandlung. Er sieht die größte Gefahr darin, dass die Therapie hinausgezögert wird, wenn der Beschluss des Bewertungsboards zu lange dauern sollte, und spricht sich ebenfalls für eine Nutzenbewertung nach erfolgter Therapie aus.

Dr. Gerhard Jelinek, Wiener Pflege- und Patient:innen-Anwalt, sieht die Umsetzung des Bewertungsboards ebenfalls in vielerlei Hinsicht kritisch, allen voran die Verschwiegenheitspflicht oder das fehlende Stimmrecht der Patientinnen- und Patientenvertretung, das sich nicht nur auf die Beschlussfassung bezieht, sondern auch auf Nebenrechte. „Es wäre besser, den therapeutischen Nutzen nicht mit der Wirtschaftlichkeit zu koppeln, aber immerhin muss dieser Zusammenhang veröffentlicht werden.“ Die kurze Zeit von nur wenigen Wochen für eine Stellungnahme und die fehlenden Rechtsmittel findet der Jurist auf jeden Fall rechtsstaatlich bedenklich. Sabine Röhrenbacher vom Bundesverband Selbsthilfe Österreich sieht ebenfalls kritische Punkte bei der Umsetzung des Bewertungsboards. Sie räumt mit dem Vorurteil auf, dass Patientinnen und Patienten immer nur das

Trotz aller Kritik könnte das Bewertungsboard ein sehr starkes Instrument werden, um Wirtschaftlichkeit, Outcome und gesunde Lebensjahre in ein neues Licht zu rücken.

Mona Dür

Teuerste wollen und wünscht sich wieder mehr Vertrauen in die Medizin und die Gesundheitspolitik: „Der Wunsch ist, gesund zu werden. Das beginnt mit einer raschen und sicheren Diagnose und endet bei einer Therapie, die funktioniert. Man kann Zeit, Kosten und menschliches Leid bei einer chronischen Erkrankung nicht gegeneinander aufwiegen.“ Röhrenbacher ist optimistisch, dass das Bewertungsboard Vorteile bringen wird und verspricht, die Arbeit des Gremiums im Sinne der Patientinnen und Patienten genau zu beobachten.

Gesundheitspersonal im Zwiespalt

SR Mag. Dr. Leopold-Michael Marzi, Leiter der Abteilung Vorfallesabwicklung und Prävention im AKH Wien, fordert die Stärkung des medizinischen Personals: „Oft wissen Patientinnen und Patienten sehr gut über ihre Rechte Bescheid und sehen bei den Behandlerinnen und Behandlern immer nur die Pflichten. Mehr Aufklärung auch auf dieser Seite wäre dringend erforderlich.“ Josef Zellhofer, Mitglied des Bundesvorstandes der Younion, verweist ebenfalls neben der fehlenden Transparenz auf die Fragen von Ethik und Moral, die auf den Mitarbeitenden im Gesundheitswesen lasten: „Die Medizinerinnen und Mediziner entscheiden gemeinsam mit den Betroffenen, welche Therapien durchgeführt werden und was im Einzelfall lebenswerte letzte Monate sind. Die Pflege übernimmt die Betreuung. Neue Medikamente können oft das Leben verlängern und die Lebensqualität verbessern, viele Krankheiten sind kein Todesurteil mehr, auch das spart Kosten. Und manchmal sind Wünsche der Betroffenen auch weniger Kostenbelastung, wie etwa eine Betreuung im eigenen Zuhause.“ Er spricht sich für ein Umdenken in der Finanzierung aus: „Teure Medikamente sollen nur dann bezahlt werden, wenn sie auch wirken.“

Am Ende gilt es immer, Entscheidungen zu treffen – zwischen konkurrierenden Bedürfnissen, steigenden Kosten und der passenden Therapie für den individuellen Menschen. Die Rahmenbedingungen dafür sind derzeit unbefriedigend und erfordern rasche Lösungen für fehlende Transparenz, unklare Entscheidungsgrundlagen und die mangelnde Rechtsdurchsetzung. **P**



PORTFOLIO

Tabuthema Wechseljahre

RUND EIN DRITTEL DER FRAUEN HABEN UM DIE LEBENSMITTE STARKE WECHSELBESCHWERDEN. Trotzdem ist gerade diese Phase ihres Lebens bisher in der Gesellschaft ein Tabuthema geblieben, das fälschlicherweise fast ausschließlich als „Privatsache“ gesehen wird. Höchste Zeit, dies zu ändern, hieß es dazu bei den 11. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach. Dies gilt speziell auch für die Arbeitswelt. | von Wolfgang Wagner

Ein PRAEVENIRE Talk mit hochrangiger Besetzung: „Frauengesundheit in der Lebensmitte“. Unter den Podiumsteilnehmern: Dr. Veronika Pelikan, Gründerin der Plattform „www.wechselweise.at“. Für sie ist es durchaus eine Art Faszinosum, wie wenig das Thema Wechseljahre bisher in der Öffentlichkeit präsent ist. Die Demografie zeigt etwas ganz anderes. „Jede vierte Frau in Europa ist zwischen 45 und 60 Jahre alt und somit in den Wechseljahren. Es gibt zu wenig evidenzbasierte Aufklärung für Frauen in dieser Lebensphase. Eine Enttabuisierung der Wechseljahre würde auch das Gesundheitswesen entlasten.“ Frauenministerin Susanne Raab (ÖVP) betonte in einem Video-Statement die Bedeutung des Themas: „Es ist ganz essenziell, dass Frauen ein selbstbestimmtes und unabhängiges Leben führen und informierte Entscheidungen treffen können. Mir ist es besonders wichtig, die Gendermedizin zu stärken. Der Körper der Frau verändert sich stark im Laufe des Lebens. Der Gender-Health-Gap darf sich nicht noch weiter verschärfen.“

Wir brauchen Awareness für Frauen in den Wechseljahren am Arbeitsplatz.

Veronika Pelikan

Wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, die Wechseljahre für einen Teil der Betroffenen eklatante Auswirkungen haben. Veronika Pelikan: „Es gibt britische Studien, wonach etwa ein Drittel der Frauen um die 50 dem Arbeitsmarkt abhanden kommen, weil sie so starke Beschwerden haben. Man stelle sich vor, dass jeder dritte Mann um die 50 in den Unternehmen ausfällt. Das ist eine Horrorvorstellung.“ Anstatt die Probleme offen zur Sprache bringen zu können, werden Beschwerden wie Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Schlafstörungen, Herzrasen etc. sozusagen „privatisiert“. Die Konzentration auf den Begriff Menopause sei falsch so die Expertin: „Es fängt viel früher an, bis zu zehn Jahre früher. Statistisch kommen die Frauen mit 51 Jahren in die Wechseljahre. Zwölf Prozent der Frauen kommen aber schon viel früher in den Wechsel. Das kann auch mit

30 Jahren sein. Diese Frauen sind besonders arm, weil man sie selten ernst nimmt.“

Ein Drittel mit starken Beschwerden

„Ein Drittel der Frauen hat keine Wechselbeschwerden. Ein Drittel sagt, es wäre ‚so la la‘. Ein Drittel der Frauen hat starke Beschwerden. Um die muss man sich kümmern“, erklärte die Expertin. Herzrasen sei ein ganz wichtiges Symptom, das oft nicht erkannt werde. Schlaflosigkeit und Gewichtszunahme kämen hinzu. „Die Frauen haben auch ein erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes.“ Stoffwechselerkrankungen, Herz-Kreislauf-Leiden und schließlich die Osteoporose seien oft die Folge. Wobei die demografische Entwicklung die Situation deutlich verschärft hat. Veronika Pelikan: „Noch um 1900 wurden die Frauen nicht einmal 50 Jahre alt.“ Heute liege die durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen in Österreich bei mehr als 80 Jahren. „Das macht einen Unterschied“, stellte die Expertin fest. Dabei ließen sich mehrere Problemfelder bezüglich der Gesundheitsversorgung von Frauen im Wechsel erkennen: mangelndes Wissen führt auch dazu, dass Betroffene ihre Symptome und Probleme oft nur schlecht beschreiben und definieren könnten. Ein strukturelles Problem, so Veronika Pelikan: „Es existiert keine genaue Zuordnung zu einer medizinischen Fachrichtung. Allgemeinmedizin? Gynäkologie? Endokrinologie?“

Nach dem Super-GAU

Hinzu komme, dass es zwar Mittel gebe, die Beschwerden der Betroffenen zu lindern, diese aber oft nicht benutzt würden. „Es gibt ein falsches Bild von der Hormontherapie. Etwa um das Jahr 2000 war man zunächst noch euphorisch. Es hieß, alle bekämen eine Hormontherapie. ‚Wir bleiben jung, uns wird es gut gehen‘, lautete die Erwartung. Dann kam die WHI-Studie (Women’s Health Initiative-Study) mit einem sehr hohen Brustkrebsrisiko (bei Anwendung der Hormontherapie; Anm.).“ Dies führte großteils zu einer radikalen Abkehr von der Anwendung der Hormontherapie zur Behandlung von Wechselbeschwerden. Die WHI-Studie wurde schließlich re-evaluert. Das Ergebnis, so die Expertin: „Man ist draufgekommen, dass, wenn man die Studie um jene Frauen bereinigt, welche gar keine Hormo-



Die Wechseljahre beginnen nicht mit Hitzewallungen und Schweißausbrüchen, sondern mit zunächst unerklärlicher Gewichtszunahme.

Wilhelm Marhold

nersatztherapie bekommen hätten sollen, welche bereits zu alt waren und welche die falschen Medikamente erhalten hatten, durchaus positive Ergebnisse zu beobachten gewesen wären.“ Mittlerweile gebe es auch bioidenten Hormone für eine bessere medikamentöse Therapie. Noch immer sei aber die WHI-Studie in den Köpfen der Frauen und der Ärzte fix verankert. Das Ergebnis sei eine oft schlechte medizinische Versorgung, so Dr. Veronika Pelikan: „So bekommen die Frauen eben einen Betablocker gegen das Herzrasen, es kommt zu einer langfristigen Belastung für das Gesundheitswesen durch Osteoporose, Typ-2-Diabetes, vasomotorische Erkrankungen, Inkontinenz und frühzeitige Pflegebedürftigkeit.“ Erhöhte Gesundheitskosten und vermehrte Krankenstände seien ebenfalls die Folge. „Frauen über 50 haben damit schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Jede dritte Frau geht nicht direkt vom Job in die Alterspension. 67 Prozent der Frauen in Österreich bekommen eine Ausgleichszulage, weil sie die notwendigen Versicherungsjahre nicht aufweisen“, erklärte die Experten.

Jede Menge falscher Mythen

Vehement gegen eine ganze Reihe falscher Vorstellung wandte sich Dr. Wilhelm Marhold, Gynäkologe mit jahrzehntelanger Erfahrung und ehemals auch Chef des Wiener Krankenanstaltenverbundes. Seine Kernaussagen:

Mythos 1: Die Wechseljahre beginnen mit Hitzewallungen, Schweißausbrüchen und Haarverlust.

„Falsch! Die Wechseljahre beginnen mit einer unerklärlichen Gewichtszunahme“, sagte Marhold. Oft kämen Frauen zum Gynäkologen und seien ratlos, weil sie kaum mehr etwas essen würden und trotzdem zunähmen. „Früher hat man die Frauen dann mit Diäten gequält. Gegen die Kreuzschmerzen hat der Orthopäde

Die Diskussionsteilnehmende betonten die Bedeutung von mehr Bewusstsein für Frauen in den Wechseljahren am Arbeitsplatz.



© GATTINGER (3)



Die Expertinnen und Experten sind sich einig: Es braucht mehr und frühere Aufklärung, was die Wechseljahre betrifft.



30 Schlamm-packungen verschrieben und war froh, dass er die Patientin ein halbes Jahr nicht mehr gesehen hat. „Psychisch nah am Wasser gebaut“ – das waren dann die Antidepressiva und die Schlafpulver gegen die Schlafstörungen. Den Frauen ist es aber damit nicht besser gegangen“, betonte der Gynäkologe. Was gefehlt habe, so der Experte: „Ein ‚Haucherl‘ Östrogen.“

Mythos 2: Auf Hormone (im Rahmen einer Ersatztherapie; Anm.) nimmt man zu. Marhold: „Falsch! Der Hormonmangel führt zu dieser atypischen Fettverteilung. In der Jugend steckt unser Körper 17 bis 19 Prozent der Gesamtenergiemenge in die Produktion von Hormonen.“ Fällt die Hormonproduktion zunehmend weg, komme es zu einem Energieüberschuss. „Und was macht der Körper bei einem Energieüberschuss? Er macht Fett“, sagte der Experte.

Die Situation betreffe übrigens sowohl Frauen als auch Männer. Der Gynäkologe: „Bei den Männern werden ab 55 Jahre die Beine dünn, der Hintern verschwindet und der Bauch oder die Schwimmreifen wachsen. Auch die Männer bekommen eine atypische Fettverteilung. Sie haben nur das Glück, dass das über viele Jahre hinweg geschieht, sich bei den Frauen aber auf wenige Jahre zusammendrängt.“

Mythos 3: Ich nehme keine Hormone. Das sind „Medikamentenbomben“.

„Falsch! Eine Hormonersatztherapie eben mit einem ‚Haucherl‘ Östradiol fehlt. Wir wollen die Kurve des Hormonabfalls ein bisschen anheben. Damit die Hormonrezeptoren zu rebellieren aufhören. Die minimal niedrigste Dosis ist bereits wirksam. Das ist die Kunst“, sagte Marhold. Man könne aus einer 50-Jährigen keine 18-Jährige machen. Aber man könne – am besten frühzeitig – die belastenden Symptome der Wechseljahre lindern.

„Das sollte frühzeitig geschehen. Wenn es schon zu Hitzewallungen, Schweißausbrüchen, Haarausfall und Gewichtszunahme kommt, dann ist es zu spät. Dann rebelliert schon der ganze Körper und alle Hormonrezeptoren – und der Fettstoffwechsel hat sich umgestellt“, so der Experte. Auf aussagekräftige Laborwerte warte man oft vergebens. Marhold: „Man muss wissen, dass das Labor den Symptomen oft um drei Monate nachhinkt.“ Für Frauen



Die Symptome sind unspezifisch und werden zunächst oft nicht richtig interpretiert.

Erwin Rebhandl

ohne die klassischen Wechselbeschwerden, aber zum Beispiel mit trockener Haut, gebe es lokal anzuwendende Hormonpräparate, die eine gute Wirkung zeigten.

In betrieblicher Gesundheitsförderung nicht existent

„Ich arbeite seit 20 Jahren in der betrieblichen Gesundheitsförderung, aber das Problem der Wechseljahre ist mir bis vor einem halben Jahr im beruflichen Kontext nie über den Weg gelaufen“, kritisierte Mag. Cornelia Dankl, Obfrau von HR Circle Österreich. Was für die jüngeren Frauen die Menstruation sei, seien eben später die Wechseljahre.

Man müsse die Männer mitholen. Aufholbedarf gebe es auch für die Arbeitsmedizin. Cornelia Dankl: „Da hört man von der Grippeimpfung und der Zeckenimpfung und Vorträge über Ergonomie.“ Von den Wechseljahren und den Beschwerden vieler Frauen werde aber offenbar nicht geredet. Das Thema könne nicht nur „privat“ sein.“

Zuhören an der Tara

„Wir haben das Thema der Wechseljahre täglich an der Tara. Es ist ja bekannt, dass die Frauen die Apotheken besuchen und sehr offen über die Probleme in den Wechseljahren reden. In seltenen Fällen kommen Hormone zum Einsatz. Es gibt aber die Phytohormone. Die Mutter Natur hat viele Kräuter gefunden“, betonte Mag. Pharm. Gunda Gittler, Vorstandsmitglied von PRAEVENIRE.

Die Apotheken sind buchstäblich in zweifacher Weise mit dem Thema der Wechseljahre der Frau betroffen: durch die Kundinnen und auch im eigenen Bereich. Gunda Gittler: „Die Apotheke ist zu einem guten Teil weiblich.“ Es gehe also auch um die Mitarbeiterinnen. Im Spital habe sie als Leiterin der Anstaltsapotheke des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Linz dazu auch Erfahrungen gemacht. So hätte man in einem Fall mit den in Apotheken möglichen Teildiensten helfen können.

Hausärzte informieren!

„Alle die Symptome der Frauen sind unspezifisch und werden von den Betroffenen oft nicht sofort als Wechselbeschwerden interpretiert. Das müssen die Hausärzte tun. Zehn bis 15 Prozent der Frauen haben solche Beschwerden, aber es gibt keine Konsequenzen. Da sollte man nachschauen und mit dem Gynäkologen sprechen, die dann eine Therapie, die ja tatsächlich wirksam ist, einleiten“, meinte Dr. Erwin Rebhandl, Praevenire-Vorstandsmitglied und Präsident von AM Plus.

Man müsse dafür aber jetzt auch die Allgemeinmediziner wieder besser informieren, ist Rebhandl überzeugt. „Es hat die Phase gegeben, da wurde die Hormonersatztherapie stark empfohlen. Dann hat es die Berichte über mehr Mammakarzinome gegeben und das ist total eingebrochen. Es hat sich lange nichts getan. Jetzt ist man viel gescheitert, die Sache hat sich weiterentwickelt. Jetzt muss wieder an die Hausärzte das Wissen herangebracht werden, dass man eine Hormonersatztherapie durchaus machen kann“, stellte der Experte fest. Da sei praktisch eine Generation an Allgemeinmedizinern verloren worden. Die Nachkommen würden da wohl schon wieder besser informiert sein.

Mehr klinische Studien mit Frauen als Probandinnen und auch mehr Real-Life-Daten aus Studien der Phase IV erhöhen die Sicherheit von Arzneimitteln. „Es ist sehr gut, dass die Enttabuisierung des Themas der Wechseljahre gestartet wird. Um die Sicherheit von Arzneimitteln zu dokumentieren und Aussagen treffen zu können, sind klinische Studien erforderlich. Sie müssen ergänzt werden durch Informationen aus der breiten Anwendung. Je mehr Daten wir bekommen, desto besser wird das Sicherheitsprofil“, sagte Prof. DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche, Expertin für Regulatory Affairs. Lange hätte man Frauen nur beschränkt in klinische Studien aufgenommen. Das habe besonders für Frauen im gebärfähigen Alter gegolten. Die Daten aus den klinischen Untersuchungen hätten eher die Informationen der typischen Probanden, Männer um die 40, wiedergegeben. „Da ist noch viel zu tun“, meinte die Expertin. Die Situation sei nicht unähnlich jener bei den Kinderarzneimitteln vor einigen Jahren. Aufholbedarf sei bezüglich des Wissens zu medikamentösen Therapien in den Wechseljahren jedenfalls gegeben. **P**





PORTFOLIO



Ein Kräfteressen um teure Arzneimittel

DER ZUGANG ZU INNOVATIVEN THERAPIEN IN ÖSTERREICH ist nach wie vor unzureichend und der Weg dorthin mit vielen bürokratischen Hürden gepflastert. PRAEVENIRE hat Vertreter aus Wissenschaft, Medizin, Industrie und Patientenvertretung eingeladen, wesentliche Herausforderungen und mögliche Lösungsansätze zu diskutieren. | von Paul Schnell

Wer krank ist, möchte möglichst rasch gesund werden. Dass dazu mitunter auch innovative und teure Arzneimittel erforderlich sein können, ist evident. Angesichts der angespannten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen werden hier immer mehr Hürden und Restriktionen eingezogen, sodass in der Versorgung längst nicht mehr „alles für alle“ zur Verfügung stehen kann. Oft ist es kein Dialog, den die Entscheidungsträger im Sinne der Patientinnen und Patienten führen, sondern viel mehr ein Kräfteressen um knappe Ressourcen. Im Rahmen der Diskussion wurde auch rasch klar, dass innovative Therapien mehr sind als nur ein Budgetposten. Es braucht auch mehr Investitionen in Forschung und die Ausbildung der Verschreibenden sowie mehr Bewusstsein für die Situation der Betroffenen.

Bewertungsboard scharf kritisiert

Geht es nach dem Gesundheitsminister, so soll das neue Medikamenten-Bewertungsboard rasche und faire Lösungen bieten. Es wurde zur Bewertung neuer und bestehender, aber vor allem sehr teurer Therapien im Krankenhaussek-

tor ins Leben gerufen. 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 haben zu einer Reihe von Kritik geführt. So fehlt es an der fachlichen Expertise, die Stimme der Patientinnen und Patienten kann zwar gehört werden, hat aber am Ende keinen Einfluss auf die Entscheidung. Auf wenig Verständnis stößt bei Expertinnen und Experten auch der lange Zeithorizont, in dem das Gremium seine Entscheidungen fällen kann. Ob damit die Verfügbarkeit von meist lebenswichtigen Therapien verzögert wird, steht im Raum. Und schließlich sind die Aufgaben so definiert, dass es den Schluss zulässt, dass der Preis einer Therapie und nicht etwa der medizinisch-wis-

Der Zugang zu innovativen Arzneimitteln wird erschwert, eine Unterversorgung ist absehbar, der Standort leidet.

Gernot Idinger

tor ins Leben gerufen. 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 haben zu einer Reihe von Kritik geführt. So fehlt es an der fachlichen Expertise, die Stimme der Patientinnen und Patienten kann zwar gehört werden, hat aber am Ende keinen Einfluss auf die Entscheidung. Auf wenig Verständnis stößt bei Expertinnen und Experten auch der lange Zeithorizont, in dem das Gremium seine Entscheidungen fällen kann. Ob damit die Verfügbarkeit von meist lebenswichtigen Therapien verzögert wird, steht im Raum. Und schließlich sind die Aufgaben so definiert, dass es den Schluss zulässt, dass der Preis einer Therapie und nicht etwa der medizinisch-wis-

senschaftliche Nutzen bei der Bewertung im Vordergrund steht. Auch Mag. pharm. Gernot Idinger – er ist für den Pharmaeinkauf in der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OOEG) verantwortlich – hält mit seinen Bedenken nicht hinter dem Berg: „Ich befürchte, dass den österreichischen Patientinnen und Patienten damit der Zugang zu innovativen Arzneimitteln erschwert wird und es hier zu einer Unterversorgung kommen wird.“ Er gibt Einblick in das bisherige Prozedere der Beschaffung hochpreisiger Arzneimittel: „Noch nie hat ein Krankenhaus so eine Entscheidung für sich allein getroffen und eingekauft. Es gibt Einkaufsverbände der großen Krankenanstaltenträger, deren Vertreter, die Lead Buyer, zentral für den Einkauf zuständig sind.“ Geht es um teure, innovative Arzneimittel, tritt noch zusätzlich das Austrian Hospital Pharmacist Purchasing Network (AHPN) auf den Plan. Es besteht aus zwölf Krankenhausapothekerinnen und -apothekern, die alle mit einer Handlungsvollmacht für den Einkauf ausgestattet sind und sich monatlich treffen und austauschen. „Wir besprechen gemeinsam den Einkauf dieser Arzneimittel und handeln auch Preise aus. Dazu stehen wir

selbstverständlich in unmittelbarer Abstimmung mit unseren medizinischen Expertinnen und Experten in den Kliniken. Ich bin überzeugt, dass wir hier sehr gute und hochqualitative Arbeit basierend auf unserer langjährigen Expertise leisten, die nicht mit dem Bewertungsboard vergleichbar und schon gar nicht mit dem dafür vorgesehen Budget hinterlegt ist“, sagt Idinger. Je nach Komplexität des Themas werden auch noch weitere pharmazeutische Kolleginnen und Kollegen dazugeholt, die dann in dem einen oder anderen Gebiet noch weiter spezialisiert sind, zum Beispiel, wenn es um onkologische Spezialpräparate geht. Häufig werden auch Vertreterinnen und Vertreter aus Pharmaunternehmen dazugeholt, wenn es um produktions- oder fachspezifische Fragen geht.

Die Unsicherheit hat jetzt schon dazu geführt, dass manche Spitalsträger auf neue Medikamente verzichten.

Richard Greil

Schlechteste aller Lösungen

Auch Onkologieexperte Prim. Univ.-Prof. Dr. Richard Greil macht kein Hehl daraus, dass er das Bewertungsboard als Lösung für ein Problem sieht, das Österreich gar nicht hatte: „Wir hatten bisher klare gesetzliche Regelungen, die in ganz einfacher Form den Zugang zu innovativen Therapien regeln. Mit dem Bewertungsboard wurde nun mehr Rechtsunsicherheit geschaffen und der rasche Zugang zu den Therapien unterbunden. Das muss Absicht sein, ich kann mir das nicht anders erklären.“ Er beschreibt das Bewertungsboard als „Minenfeld von einander widersprechenden Aspekten“ und sieht damit der Willkür Tür und Tor geöffnet. „Aus Sicht der Betroffenen ist das Bewertungsboard die schlechtestmögliche Variante, denn die derzeitige Unsicherheit hat jetzt schon dazu geführt, dass manche Spitalsträger auf neue Medikamente verzichten“, beschreibt Greil die Situation. Nach dem Motto „was nicht bewertet ist, kann auch nicht verabreicht werden“, ist damit schon absehbar, dass die Entscheidungen auf jeden Fall zulasten der Betroffenen ausfallen. „Dazu kommt noch die Zeitverzögerung, denn bis man im Bewertungsboard alle relevanten Medikamente behandelt hat, kann das Jahre dauern. So viel Zeit haben gerade onkologische Patientinnen und Patienten jedenfalls meist nicht mehr“, zeigt Greil sein Unverständnis für die aktuelle Lösung. Er schlägt vor, eine Feststellungsklage einzureichen, und verweist darauf, dass nunmehr auch die Rolle des Behandlers infrage gestellt wird, der bisher ja für die Verordnung einer Therapie oder Medikation die Verantwortung zu tragen hat. Greil warnt außerdem davor, dass Behandler über alle verfügbaren Therapien aufzuklären haben – also unabhängig davon, ob die Kosten von den Krankenversicherungen auch tatsächlich übernommen werden. „Mit dem Bewertungsboard ist der Druck auf die Verschreibenden aber so groß, dass sie über mögliche innovative Alternativen gar nicht erst aufklären werden, selbst wenn diese zugelassen sind und am heimischen Markt erhältlich wären“, ist der Mediziner überzeugt. Schließlich verweist er auch noch auf Schnittstellenprodukte, die aus seiner Sicht auch dort bezahlt werden müssen, wo sie auch verabreicht werden: „Ich wehre mich gegen Umverteilungen zulasten der Betroffenen.“

Hanns Kratzer, Astrid Jankowitsch, Gunda Gittler und Angelika Widhalm diskutieren über den Umgang mit innovativen Therapien.



Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet (in alphabetischer Reihenfolge)

- Richard Greil
- Gernot Idinger



Forschungsstandort Österreich in Gefahr

Bei aller Diskussion um den Prozess der Verschreibung und Erstattung von innovativen Therapien darf auch die Standortfrage nicht unbeachtet bleiben: „Universitätskliniken bekommen Studien und die dafür erforderliche Forschungsfinanzierung nur dann, wenn auch das künftige Marktvolumen von Therapien interessant ist. Österreich ist ohnehin schon kein großer Markt, wenn dann auch noch davon auszugehen ist, dass die zu erforschenden Therapien nie bei den Patientinnen und Patienten ankommen werden, wird es schwierig bis unmöglich werden, Forschung ins Land zu bringen“, sagt Greil. Astrid Jankowitsch von Takeda Pharma weiß, dass vieles, was im Bewertungsboard gefordert wird, von der Industrie nicht geliefert werden kann und fragliche Konsequenzen hat: „So wird etwa gefordert, Forschungs- und Entwicklungskosten offenzulegen, das können wir in der Form gar nicht. Uns als Industrie ist schon klar, dass Ressourcen im System begrenzt sind, und wir haben uns bisher auch immer verhandlungsbereit gezeigt.“

Nur gemeinsam kann eine Lösung gefunden und auch nach sinnvollen Alternativen gesucht werden.

Gunda Gittler

Auch Mag. pharm. Gunda Gittler, Anstaltsapothekerin und Arzneimittelkäuferin im Einkaufsverbund der Barmherzigen Brüder, schließt sich hier an: „Wir haben es jetzt schon schwer, mit Pharmaunternehmen gute Preise auszuhandeln, weil Österreich einen Markt von maximal einem Prozent ausmacht.“ Die Unsicherheiten, die durch das Bewertungsboard aktuell entstanden sind, sieht Gittler auch nicht förderlich für den österreichischen Markt. Sie wünscht sich, dass alle Stakeholderinnen und Stakeholder, die für die Verschreibung und Beschaffung von Arzneimitteln verantwortlich sind, an einem Tisch sitzen sollten. „So können wir gemeinsam feststellen, wie hoch der Bedarf ist, wie viele Patientinnen und Patienten wo versorgt werden müssen und ob es vielleicht auch alternative Optionen gibt.“ Sie weist auch darauf hin, dass Studien einen großen finanziellen Anteil bei der Beschaffung von Medikamenten ausmachen und einen innovativen Schub auslösen: „Wir bekommen durch Studien viel früher den Zugang zu innovativen Therapien.“ Gittler und Greil verwehren sich auch gegen den Eindruck, dass diese Medikamente auf Druck der Industrie verschrieben werden: „Ich bin für 24 Arzneimittelkommissionen zuständig und sehe genau, dass teurere Präparate sehr wohl überlegt und natürlich auf Basis medizinisch-wissenschaftlicher Abwägungen eingesetzt werden. Wir haben neben den Tumorboards

noch viele andere Gremien, in denen sich hochspezialisierte Expertinnen und Experten Gedanken darüber machen, welche Therapie die beste für die Betroffenen ist“, sagt Gittler. Kommen neue Produkte auf den Markt, werden selbstverständlich Jahrestherapiekosten verglichen. Auch kann die Pharmazeutin nicht nachvollziehen, warum diese Expertise und eingespielte Zusammenarbeit jetzt in ein Bewertungsboard wandern soll. „Die Nahtstellenproblematik wird auch das neue Gremium nicht lösen können“, ist sie überzeugt und meint ebenfalls, dass neue Therapien erst viel später zu den Betroffenen kommen werden.

Zivilcourage und Zusammenarbeit gefragt

Dass die Rolle der Patientinnen und Patienten im Bewertungsboard nicht ausreichend berücksichtigt wird, stößt vor allem auch Angelika Widhalm vom Bundesverband Selbsthilfe unangenehm auf. „Wir wurden immer wieder in die Besprechungen zum Bewertungsboard eingeladen, jedoch am Ende völlig ignoriert.“ Aktuell arbeitet die Patientenvertretung daran, die Geschäftsordnung aus Sicht der Betroffenen im Detail zu analysieren. „Wir sehen hier viele Schwachstellen, die großen Raum für Interpretation offen lassen“, sagt Widhalm. Dass Primärärzte klar Stellung beziehen und Einfluss auf die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung nehmen müssen, sieht Greil als ihre gesellschaftspolitische Aufgabe: „Wir werden sehen, wie hoch die Konfliktbereitschaft zugunsten der Betroffenen bei den Behandlerinnen und Behandlern sein wird. Klar ist jetzt schon, dass sich viele führende Medizinerinnen und Mediziner aus der Forschung zurückziehen werden.“

Einig sind sich alle Expertinnen und Experten, dass viele Schwachstellen rund um die Arbeit des Bewertungsboards vorhanden sind. Weder kann von den entsandten Personen der Stand der Wissenschaft beurteilt werden, noch scheinen die Mitglieder des Boards weisungsfrei, denn sie sind mehrheitlich von den Ländern und Sozialversicherungen entsendet. Der Eindruck entsteht, dass es sich hier um eine Institution handelt, deren Hauptaufgabe in der Kosteneinsparung liegt und damit dem Zugang zu innovativen Therapien in Österreich im Weg steht. Die Diskussion verdeutlicht, dass die Rahmenbedingungen für die Einführung und Bewertung von Arzneimitteln eine hohe Unsicherheit für alle Beteiligten schaffen. Besonders problematisch ist, dass das Bewertungsboard als intransparent und wenig praxisorientiert angesehen wird. Es besteht Einigkeit darüber, dass die Lösung nur in einer engen Zusammenarbeit aller Stakeholderinnen und Stakeholder liegen kann. Eine „ehrliche Bewertung“ der wirtschaftlichen, wissenschaftlichen und medizinischen Aspekte ist notwendig, um den Zugang zu innovativen Therapien sicherzustellen, ohne dabei die Kosten aus den Augen zu verlieren. **P**





Im Team erfolgreich

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 unterschiedlicher Disziplinen darstellen. | von Paul Schnell

Eine PRAEVENIRE-Umfrage hat erhoben, ob eine Fachhotline für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte den Arbeitsalltag unterstützen und erleichtern könnte. Immer topinformiert zu bleiben und das neu generierte Wissen rasch in die Behandlung der Patientinnen und Patienten einfließen zu lassen, wäre damit rasch und einfach umsetzbar. Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus auch deutlich, dass die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Team ausbaufähig ist und die angespannten Ressourcen im System gleichzeitig sinnvoll entlasten könnte. Je rascher neues Wissen in einem Fachgebiet generiert wird, umso schwieriger ist es, ständig am Ball zu bleiben. Die regelmäßige Teilnahme an medizinischen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, Seminaren und Workshops ist zwar hilfreich, um Best Practices auszutauschen oder unmittelbar hands-on zu trainieren, jedoch meist fehlt die Zeit dafür im Alltag. Seit der Pandemie haben zwar die Onlinemöglichkeiten zur Teilnahme vieles leichter gemacht, doch auch dafür fehlt es im extramuralen Sektor meist an den Ressourcen. Denn trotz aller Bemühungen um den interdisziplinären Austausch sind die Ärztinnen und Ärzte mit eigener Ordination immer noch Einzelkämpferinnen und Einzelkämpfer.

Immer up to date bleiben

Auch wenn es auf den ersten Blick „altmodisch“ anmutet, so kann doch der rasche Griff zum Telefon und das Abrufen von Information bei einem Fachkollegen oder einer Fachkollegin rasch die gewünschte Unterstützung bieten. Das zeigt zumindest das Ergebnis der PRAEVENIRE-Umfrage, die heuer im Sommer durchgeführt wurde. Niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sind die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen und Geschlechter mit unterschiedlichen

gesundheitlichen Problemen, von akuten Erkrankungen bis zu chronischen Krankheiten. Sie müssen daher 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 überweisen zu können. Auf Notfälle und akute Erkrankungen müssen Ärztinnen und Ärzte in der eigenen Ordination ebenso vorbereitet sein wie etwa auf das kontinuierliche Management von Medikamenten. Wechselwirkungen und Nebenwirkungen erfordern nicht nur umfassende pharmakologische Kenntnisse, sondern auch ein laufendes Update des eigenen Wissens – auch das ist nicht so einfach, wenn laufend neue Wirkstoffe auf den Markt kommen.

Austausch: rasch und überaus hilfreich
Es ist daher auch nicht weiter verwunderlich, dass 89 Prozent der befragten Medizinerinnen und Mediziner angeben, 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.

Das Telefon hat wieder Saison

Die Idee einer Telefonhotline, die von allen Facharzt Disziplinen besetzt ist und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten niederschwellig in

Facts & Figures

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

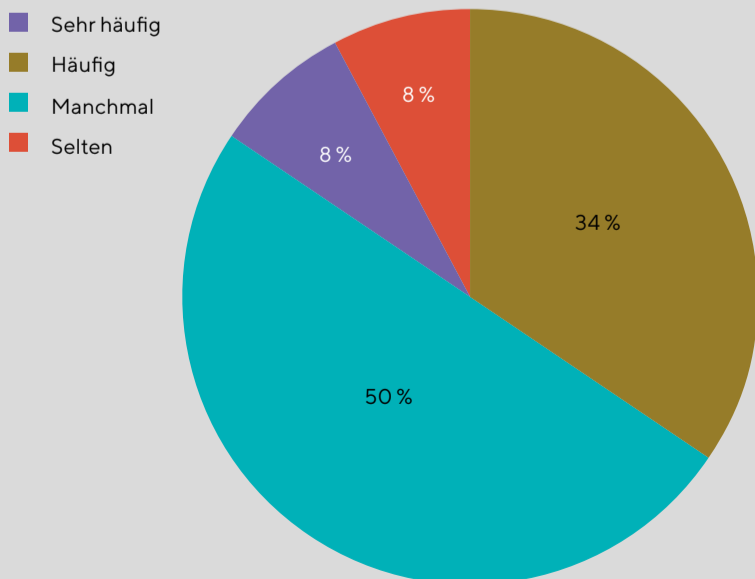
der Zeit von 8:00 bis 18:00 für unpersonalisierten und unverbindlichen Ratschlag zur Verfügung steht, wird von nahezu allen Befragten positiv aufgenommen: Sie sind überzeugt, davon könnten Behandelnde sehr oder eher profitieren. Auch wenn das Telefon auf den ersten Blick nicht zeitgemäß wirkt, hat es 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.

Unsicherheit: regional unterschiedlich

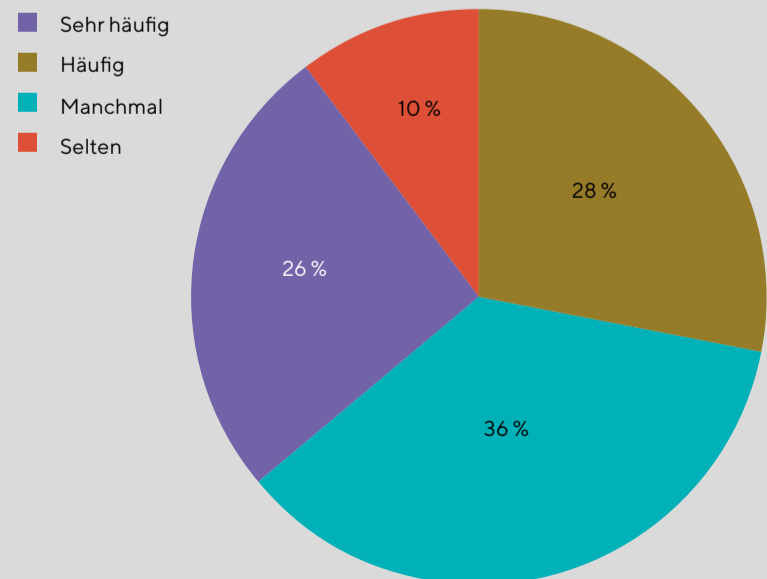
Die multidisziplinäre Zusammenarbeit ist im Spital, in Ambulanzen oder in Primärversorgungseinheiten an der Tagesordnung und könnte auch für Einzelordinationen einfach verbessert werden. Durch die Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus anderen Disziplinen kann einfach

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

Niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sowie niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte



Spitalsärztinnen und -ärzte





PRAEVENIRE

Expert-Report 3

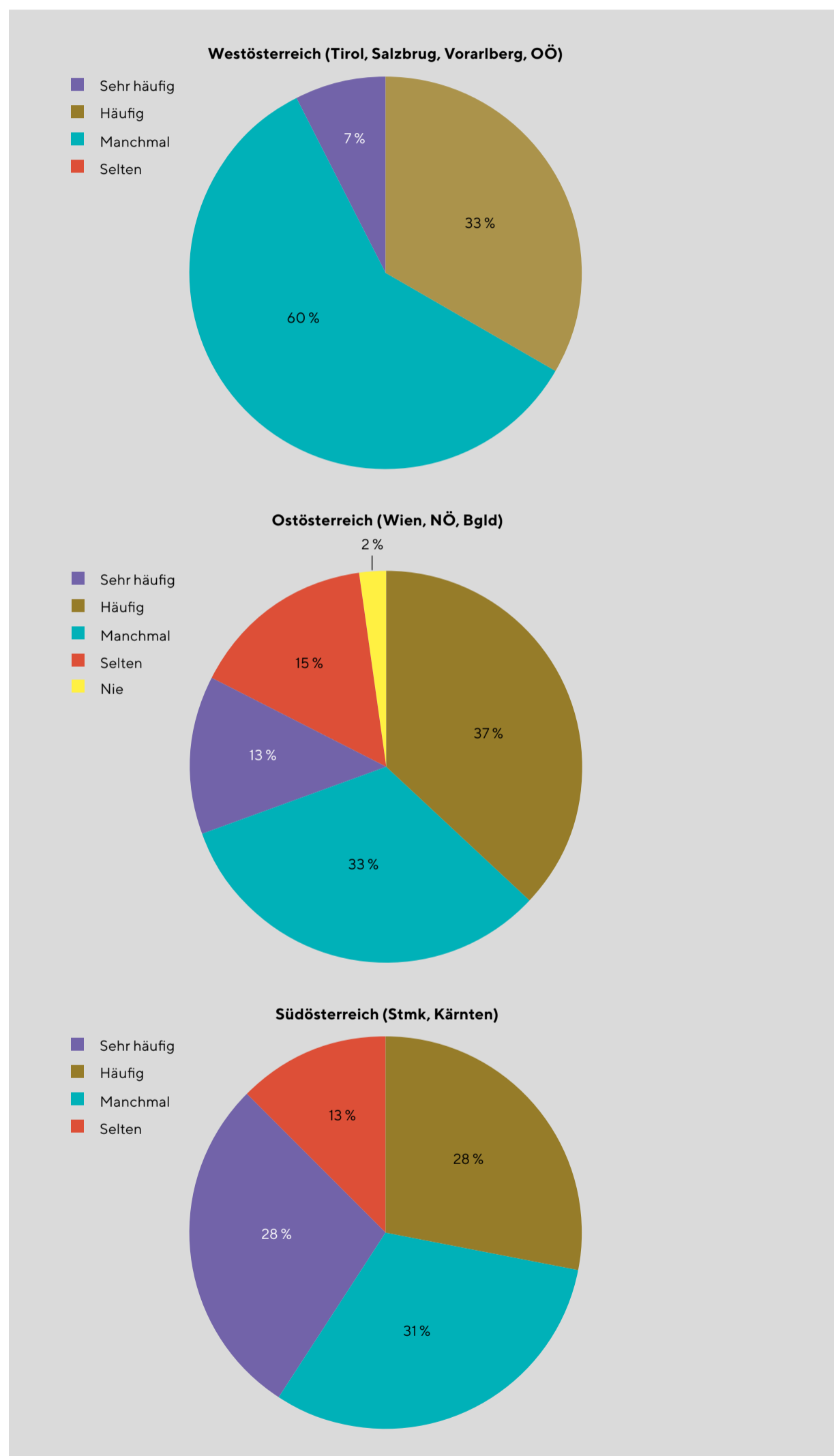
sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten die bestmögliche diagnostische und therapeutische Expertise erhalten – einfach über eine telefonische Hotline zu Fachexperten. Chronische Krankheiten und Multimorbidität machen die Behandlung und koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Fachärztinnen 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.

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. Und auch regionale Unterschiede zeigen den Bedarf für mehr Zusammenarbeit im niedergelassenen Sektor: So geben gerade in Westösterreich die Befragten häufig an, dass es manchmal oder sogar häufig zu diagnostischer Unsicherheit kommt. In Ostösterreich gibt es einen leicht abweichenden Trend, es kommt häufiger zu Unsicherheiten. Interessanterweise zeigt sich in Südösterreich ein höherer Anteil an Personen, die „sehr häufig“ diagnostische Unsicherheiten erleben – ein Wert, der signifikant höher ist als in anderen Regionen Österreichs. Insgesamt zeigt sich, dass diagnostische Unsicherheiten regelmäßig vorkommen, jedoch selten extrem häufig erlebt werden. Die regionale Verteilung der diagnostischen Unsicherheiten könnte auf unterschiedliche medizinische Versorgungsstrukturen, regionale Besonderheiten oder das subjektive Empfinden der Befragten zurückzuführen sein. Auch regionale Herausforderungen wie Ärztemangel, Infrastrukturprobleme oder spezifische Krankheitsbilder könnten mögliche Ursachen sein. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass diagnostische Unsicherheiten ein überregionales Phänomen sind, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung auftreten.

Niederlassung: mehr Vertrauen in Diagnosekompetenz

Beim Vergleich der diagnostischen Unsicherheit zwischen Spitalsärztinnen und -ärzten sowie niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten lassen sich klare Unterschiede feststellen, die auf verschiedene Arbeitsbedingungen und Herausforderungen in beiden Gruppen hinweisen: Spitalsärztinnen und -ärzte scheinen häufiger Unsicherheiten bei der Diagnose zu erleben, was aus der relativ hohen Anzahl an Nennungen in der Kategorie „sehr häufig“ hervorgeht. Warum Spitalsärztinnen und -ärzte regelmäßig in Situationen geraten, in denen die Diagnose nicht eindeutig ist und Rat bei Kolleginnen und Kollegen gesucht wird, liegt möglicherweise an der Komplexität der Fälle, die im Spital häufiger als in der Niederlassung auftreten, sowie an Notfallsituationen. Eine Erklärung scheint ebenfalls naheliegend: Angehörige von Gesundheitsberufen im Spital arbeiten weniger häufig allein und sind es auch gewöhnt sich auszutauschen – der Grund muss nicht zwangsläufig Unsicherheit im Tun sein.

Bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gibt es ebenfalls eine signifikante Anzahl an Nennungen, die Rückfragen bei unklaren Diagnosen



stellen wollen, jedoch weitaus weniger oft als im Spital. Das könnte darauf hindeuten, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eher mit Routinefällen arbeiten und daher weniger häufig Unsicherheiten erleben oder aber, dass sie gewöhnt sind, diese Entscheidungen ohnehin im-

mer allein zu treffen und die Routine oft kaum die Wahl lässt. Es könnte auch darauf hindeuten, dass allein arbeitende Ärztinnen und Ärzte – sie stehen meist länger im Berufsleben – ein höheres Vertrauen in ihre Diagnosekompetenz und mehr Erfahrung haben. **P**



PRÄGNANT

Versorgungsstrukturen neu denken

Um INNOVATIONEN IM GESUNDHEITSWESEN VORANZUTREIBEN, braucht es eine GEMEINSAME VISION ALLER BETEILIGTEN. Die kann es nur geben, wenn Schnittstellen, Bundesländergrenzen oder die Trennung in extra- und intramurale Versorgung überwunden wird. Wie realistisch das ist und wo Handlungsbedarf herrscht, wurde bei den PRAEVENIRE INSIGHTS in Alpbach kürzlich diskutiert. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Alle müssen an einem Strang ziehen, wenn es um die Patientensteuerung geht. Mit diesen klaren Worten eröffnet Mag. Karl Lehner, MBA, Geschäftsführer der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG), sein Impulsstatement. Er weiß, wovon er spricht, denn Kooperation wird in der OÖG großgeschrieben. Mit einem Marktanteil von 53 Prozent ist die OÖG der größte Krankenhausträger in diesem Bundesland und betreibt neben dem Kepler Universitätsklinikum in Linz fünf Regionalkliniken an acht Standorten. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal wird an jedem Klinikstandort ausgebildet, zudem gibt es eine Mehrheitsbeteiligung an der FH Gesundheitsberufe. Insgesamt bieten die OÖG und ihre Beteiligungen Arbeitsplätze für etwa 16.000 Menschen. Es gibt Beteiligungen an Therapie- und Rehazentren sowie an einer Krankenhaus-Errichtungs- und Vermietungs-GmbH. Warum das wichtig ist, erklärt Lehner so: „Kooperation wird bei uns großgeschrieben. Alles aus einer Hand hilft, Doppelgleisigkeiten zu vermeiden und Skalenvorteile zu nutzen.“

Alle müssen an einem Strang ziehen, wenn es um die Patientensteuerung geht.

Karl Lehner

Betroffene abholen, wo sie ankommen

Ein Ansatz, der auch dem Gesundheitswesen guttun würde, denn hier fehlt es über weite Strecken an einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Das macht das System ineffizient, ineffektiv und für Mitarbeitende unattraktiv. Für Betroffene sinkt spürbar die Qualität der Leistung, das Angebot ist oft schwer zugänglich und schafft damit unfaire Bedingungen. Nach Ansicht Lehnners wäre es aber einfach, die Patientinnen und Patienten dort abzuholen, wo sie „einsteigen“ und fehlgeleitet sind: am Eingang zum Spital. Und das ist nicht nur sinnbildlich gemeint: „Wir könnten tatsächlich am Eingang in die Akutschiene und in die Selbstzuweiser trennen, wenn man den Spitalern die Gesundheitszentren, Primärver-

sorgungseinheiten oder allgemeinmedizinische Ordinationen vorlagern würde. Hier haben wir alle Berufsgruppen, die benötigt werden, um Betroffene bestmöglich und gleichzeitig kosteneffizient dort zu versorgen, wo sie je nach ihrem Anliegen auch hingehören.“ Das setzt aber voraus, dass die Denke von „extramural“ und „intramural“ in eine „gemeinsame Versorgung“ wechselt. Doch dazu fehlt es hierzulande an der passenden Kultur für „Gatekeeper“ – denn mit diesem Terminus wird vielmehr eine Einschränkung verbunden, die sich kein Versicherter gerne vorschreiben lassen will. „Neun von zehn Menschen, die jetzt ohne Zuweisung in das Spital kommen, benötigen auch eine Leistung, aber keine aus einem Spital“, bringt es Lehner auf den Punkt und fordert: „Traditionelle Formalismen oder Finanzierungssystematiken dürfen einer Zusammenarbeit aller Gesundheitsdienstleister nicht im Weg stehen.“

„Sektorenüberschreitend“ arbeiten

Der Wille der Berufsgruppen dazu ist vorhanden und auch die passenden Datenverbindungen sieht Lehner nicht als größte Herausforderungen. „Hier gilt es aber noch, die Zugänglichkeit und die Bedienbarkeit z.B. in ELGA massiv zu verbessern sowie auch mobile Dienste, Pflegeheime, die Rettung oder 1450 einzubinden“, so der Geschäftsführer. Ebenfalls Handlungsbedarf gibt es bei der Diagnosecodierung, deren Änderung zwar bereits angedacht ist, aber das ist nur ein erster Schritt: „Das System muss österreichweit einheitlich werden und es muss technisch machbar sein, medizinische und ökonomische Daten, die aus einer Organisation, aber aus unterschiedlichen Quellen kommen, sinnvoll zu verknüpfen.“ Last but not least ist die Kooperation auch ein Mitarbeiterthema: „Wenn intra- und extramurale Angebote mehr verschmelzen, dann gibt es auch keine Diskussion, ob im Spital oder in der Ordination oder in beiden gearbeitet werden darf. Die Arbeitsplätze sind für alle gleich attraktiv und alle Mitarbeitenden verfolgen das gleiche Ziel, den Menschen zu helfen.“, sagt Lehner. „Ich halte eine Diskussion, den Spitalsärztinnen und -ärzten Nebenbeschäftigungen gänzlich zu verbieten, für nicht zielführend, denn sonst wird es bald sehr unattraktiv, in diesem System zu arbeiten.“ In beiden



Kooperation wird bei uns großgeschrieben. Alles aus einer Hand hilft, Doppelgleisigkeiten zu vermeiden und Skalenvorteile zu nutzen.

Karl Lehner

Settings tätig zu werden, verbindet zudem das Beste aus beiden Welten: Man sammelt viel Erfahrung direkt bei den Patientinnen und Patienten intra- und extramural und kann auch gleichzeitig wissenschaftlich up to date bleiben. Zudem wächst das gegenseitige Verständnis für die Herausforderungen, denn der Blick über den Tellerrand hat immer schon dazu beigetragen, den Horizont zu erweitern und toleranter gegenüber anderen „Kulturen“ oder "einem anderen Bereich" zu werden.

Für mehr Zusammenarbeit über eingefahrene Grenzen hinweg setzt sich Lehner auch bei der Ausbildung der Pflegekräfte ein: „Wir bilden in der Altersgruppe von 15 bis 55 aus und haben Pflegestarterinnen schon ab dem 10. Schuljahr integriert. Mittlerweile wird das erfolgreiche Pilotprojekt auch von anderen Bundesländern nachgefragt. Die Drop-out-Raten sind entgegen vieler Befürchtungen nicht höher als sonst. Es ist aber natürlich eine ganz neue Herausforderung, drei Generationen in einem Setting zu unterrichten.“ Er fordert in diesem Zusammenhang auch eine Vereinheitlichung der Abgeltung für die Auszubildenden: „Lehrlinge bekommen eine Lehrlingsentschädigung, für Pflegeausbildungen steht maximal ein Taschengeld zur Verfügung, auch das ist bundeslandweise uneinheitlich geregelt.“

Gleich nach der Ausbildung steht das nächste Thema für Lehner zur Diskussion: Die Berufsbilder und die Kompetenzen. „Jede Berufsgruppe soll sich natürlich auf diese Aufgaben konzentrieren, für die sie ausgebildet ist. Es braucht aber auch Anreize, sich weiterzubilden und neue Aufgaben zu übernehmen. Vieles macht die Pflege heute auf Anweisung der Ärztin oder des Arztes bereits, formal müsste das schriftlich erfolgen. Wer den Spitalsalltag kennt weiß, dass das nicht praxistauglich ist und die Kompetenzen für Pflege und medizin-technische Berufe erweitert gehören.“





Patientensteuerung als Gebot der Stunde

Dr. Arno Melitopulos, Bereichsleiter in der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), erinnert sich, das bereits vor rund 20 Jahren darauf hingewiesen wurde, dass der Gesundheitsmarkt nicht fragmentiert betrachtet werden sollte. „Sehen wir Gesundheit als Produkt, das auf einem Markt einer bestimmten Nachfrage unterliegt, das einen Preis hat. Die Preisgestaltung, das Nachfrageverhalten und das Angebot erfolgt ja nicht aus einer Hand, sondern ist das Produkt zahlreicher Faktoren, die nicht von einzelnen Akteuren ausreichend beeinflusst werden können, sagt Melitopulos. Dass eine umfassende und gesamthafte Betrachtung von Angebot, Preis und Nachfrageverhalten in den Mittelpunkt rücken muss, ist für den Experten höchste Zeit, denn: „Die Finanzausgleichsverhandlungen haben gezeigt, dass wir sowohl im extra- als auch im intramuralen Bereich finanziell unter massivem Druck stehen. Wir leben längst in einer Art „Defizitgemeinschaft“ mit einer massiv steigenden Nachfrage. Die Frequenzsteigerungen im extramuralen Bereich etwa bei den niedergelassenen Ärzten betragen in den letzten fünf bis sechs Jahren rund 20 Prozent.

Die Patientensteuerung ist das Gebot der Stunde.

Arno Melitopulos

Es sind einfach mehr Menschen zu versorgen, die aufgrund der Demografie auch zunehmend mehr Bedürfnisse haben.“ Gleichzeitig sind in den letzten Jahren selbst bei gleichbleibender Leistung die Kosten gestiegen – für Personal, für Infrastruktur, für Produkte. „Ohne weitere Innovationen durch die Möglichkeiten der Digitalisierung und der Patientenlenkung wird das für das Gesundheitssystem schwierig werden.“, bringt Melitopulos die wohl wichtigste

Teilnehmende der Diskussion in Alpbach betonen die Notwendigkeit sektorenübergreifender Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, um Patientinnen und Patienten effizienter zu versorgen und das System zukunftsicher zu gestalten.

Erkenntnis aus den Finanzverhandlungen auf den Punkt und sagt weiter: „Wir haben schon erste Lösungsansätze. Der Ausbau der Primärversorgung ist wichtig, wird aber als Maßnahme alleine wohl nicht ausreichen. Wir haben die Konsumentinnen und Konsumenten, die das Gesundheitssystem nach ihren Vorstellungen und möglichst ohne Einschränkungen nutzen wollen, in unserer Rechnung in den letzten Jahren nicht ausreichend berücksichtigt. Wir haben sie aber auch allein gelassen, ohne Orientierung und ohne Vorgaben, wie das Gesundheitssystem zu nutzen ist.“ Daher, so der Experte, ist die Patientensteuerung das Gebot der Stunde. „Mit der e-Card haben wir einen völlig freien Zugang geschaffen, der so auch aus versorgungspolitischer Sicht nicht mehr zu rechtfertigen ist. Jetzt braucht es einen großen Schritt in Richtung Transparenz und Koordination des Angebotes“, zeigt Melitopulos den Nachholbedarf auf. 1450 ist nach Ansicht des Experten ein guter Weg, mit dem Spielregeln eingeführt werden könnten, doch diese Services und Angebote müssen österreichweit verfügbar sein. Aber nicht nur für Patientinnen und Patienten braucht es attraktive Angebote, auch die Mitarbeitenden müssen abgeholt und motiviert werden. „Gut gelungen ist das beispielsweise mit Erstversorgungseinheiten oder den Primärversorgungszentren. Eine fachliche Bündelung und multidisziplinäre Zentren machen die Arbeit im Gesundheitswesen wieder attraktiv.“ Herausforderungen, aber auch Potenziale, deren Lösungen noch nicht zufriedenstellend sind, sieht Melitopulos nach wie vor bei der Finanzierung teurer Innovationen und der Nutzung der Gesundheitsdaten.

Praxistaugliche Lösungen gefragt

Die anschließende Diskussion nach der „Chatham House Rule“ zeigt einerseits einmal mehr auf, wie komplex das Thema der Gestaltung eines fairen, solidarischen Gesundheitssystems

Ohne weitere Innovationen durch die Möglichkeiten der Digitalisierung und der Patientenlenkung wird das für das Gesundheitssystem schwierig werden.

Arno Melitopulos

ist, und andererseits, wie weit wir von konkreten Lösungen immer noch entfernt sind. Die Förderung der Gesundheitskompetenz könnte aus Konsumentinnen und Konsumenten wieder Patientinnen und Patienten machen, die Medizin nicht als Supermarkt wahrnehmen. Wer in das Angebot vertraut und weiß, wann und wo die passende medizinische Hilfe zu finden ist, wird das System auch nicht über Gebühr beanspruchen. Die elektronische Gesundheitsakte ELGA ist sowohl für die Patientenlenkung als auch für den Datenaustausch und die Datennutzung ein geeignetes Tool, doch ist ein Ausbau – und vor allem die Verbesserung der Usability – dringend erforderlich. Österreich hatte mit ELGA die Nase vorn und wurde europaweit beneidet, doch dieser Vorsprung ist längst Geschichte und verspielt. Ob es eine intra- oder extramurale Versorgung oder eine gemeinsame geben soll, wird für kranke Menschen nie zur Diskussion stehen: Wer ein medizinisches Anliegen hat, will sicher, rasch und gut behandelt werden, sich aber nicht um strukturelle Defizite eines Systems kümmern müssen. Dass Ressourcenschonung ein Lernprozess ist, der auch in der Bevölkerung angenommen wird, zeigen etwa Beispiele aus dem Umweltsektor. Mehr Mut ist gefragt, unbequeme Themen anzugehen und weniger erfolgreiche Wege auch wieder zu ändern. Dazu braucht es die Patientenperspektive ebenso wie die der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen und mehr Tempo bei der Umsetzung. P

GARTENARCHITEKTUR & NATURPOOLBAU

Karl Sailer GmbH & Co KG

Untermühlham 15
4891 Pöndorf

Tel.: +43 (0)7684 / 72 71

office@sailer.at, www.sailer.at



RÜCKZUGSORT ZUM AUFTANKEN

Ein Platz am Wasser ist für viele der Inbegriff von Freiheit und Entspannung. Denn Kraft aus der Ruhe zu schöpfen und das biologisch reine Wasser auf der Haut zu genießen, bringt den Körper wieder ins Gleichgewicht.

**Wir verwandeln seit 40 Jahren kleine und große Garten-
träume in mehrfach ausgezeichnete Wohlfühloasen
und naturnahes Badevergnügen – mit Liebe zum Detail.**



Karl Sailer
...mit Liebe zum Detail!

**Lassen Sie sich inspirieren in unserem Schaugarten
oder bei ausgewählten Referenzprojekten!**

★ VÖSN Foto-Award 2022
★ VÖSN Foto-Award 2023

★ Galabau Award 2017
★ PONDY Award 2019

Sport ist die beste Medizin

Das österreichische Gesundheitssystem steht unter großem Druck. Mag. Peter McDonald, Präsident der SPORTUNION Österreich, fordert bei den 11. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach eine **NEUE PRÄVENTIONSKULTUR, UM DIE GESUNDHEIT DER BEVÖLKERUNG ZU STÄRKEN UND DAS SYSTEM ZU ENTLASTEN**. Sein Schlüssel: Mehr Bewegung – denn Sport ist die beste Medizin.

Das österreichische Gesundheitssystem steht vor einer historischen Herausforderung. Die demografischen Veränderungen, die Zunahme chronischer Erkrankungen und der medizinische Fortschritt erhöhen den Druck auf das Gesundheitssystem in einem Maße, das die herkömmlichen Strukturen an ihre Grenzen bringt. Mag. Peter McDonald, Präsident der SPORTUNION Österreich, betonte in einer Videobotschaft bei den 11. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach die Dringlichkeit neuer, disruptiver Ansätze, die sowohl die Nachfrage als auch das Angebot im Gesundheitswesen nachhaltig verändern könnten.

Kosten und Fachkräftemangel als zentrale Probleme

McDonald hebt hervor, dass die herkömmlichen Methoden zur Bewältigung der steigenden Anforderungen nicht mehr ausreichen. Wartezeiten auf dringende medizinische Versorgung explodieren, und die Zeit, die Patientinnen und Patienten beim Arzt verbringen, nimmt stetig ab. Gleichzeitig verschärft sich der Fachkräftemangel sowohl bei Ärztinnen und Ärzten als auch im Pflegebereich, während die Arbeitszeiten in Krankenhäusern sinken und eine bevorstehende Pensionierungswelle das Problem weiter verstärken wird. Diese Entwicklungen führen zu einer immer weiter klaffenden Schere zwischen Angebot und Nachfrage, die in ihrer aktuellen Form kaum mehr geschlossen werden kann. Auch aus der Perspektive der Kosten betrachtet, sieht McDonald besorgniserregende Entwicklungen. In den letzten zehn Jahren sind die Spitalseinweisungen um ein Viertel gesunken, ebenso die Aufenthaltsdauern pro Einweisung. Dennoch sind die Kosten für die Spitäler um ein Drittel gestiegen. Diese Diskrepanz verdeutlicht laut McDonald, dass die bisherigen Effizienzsteigerungen nicht ausreichen, um den steigenden finanziellen Anforderungen gerecht zu werden. Hier bedarf es eines radikalen Umdenkens und neuer Ansätze, um das Gesundheitssystem in seiner Wirkung zu entlasten.

Sport ist die beste Medizin, und mit dieser Prävention können wir auch das Gesundheitswesen am besten entlasten.

Peter McDonald

Sport als Präventionsmaßnahme zur Entlastung

Ein solcher Ansatz sollte laut McDonald auf einer neuen Kultur der Prävention basieren. Er betont, dass es entscheidend sei, den Fokus darauf zu legen, dass weniger Menschen überhaupt in das Gesundheitssystem drängen. Eine umfassende Präventionsstrategie, die sich auf die gesamte Bevölkerung erstreckt, sei von zentraler Bedeutung. Es gelte, die Menschen gesund zu halten, bevor sie krank werden. Dies erfordere eine nationale Initiative, die den Schwer-



Peter McDonald betont in seiner Videobotschaft bei den 11. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach die Bedeutung von Bewegung für die Gesundheit und plädiert für eine neue Präventionskultur, um das Gesundheitssystem zu entlasten.

punkt auf Gesundheitsziele setzt, wie sie in der Sozialversicherung der Selbstständigen bereits erfolgreich implementiert wurden. Ein zentraler Aspekt dieser Präventionsstrategie ist die Bewegung. Derzeit bewegen sich nur etwa ein Drittel der Österreicherinnen und Österreicher ausreichend. Dieses Verhältnis muss sich drastisch verbessern, so McDonald. Sein Ziel ist es, 90 Prozent der Bevölkerung zu regelmäßiger Bewegung zu motivieren, um langfristig die Gesundheit zu fördern. Besonders bei Kindern und Jugendlichen müsse angesetzt werden. Derzeit ist jedes zweite Kind in einem Sportverein aktiv. McDonald fordert, dass nahezu alle Kinder und Jugendlichen regelmäßig Sport treiben sollten. Denn Sport sei die beste Medizin, um das Gesundheitssystem zu entlasten und die Lebensqualität nachhaltig zu verbessern.

Vorsorgemedizin als weiterer Schlüssel

Neben der Prävention ist laut McDonald eine massive Steigerung der Vorsorgemedizin unerlässlich. Er betont, dass viele Erkrankungen, insbesondere Krebs, durch frühzeitige Vorsorgemaßnahmen verhindert oder zumindest deutlich reduziert werden könnten. Hier müssten klare Ziele gesetzt werden, etwa die Halbierung der Darmkrebstoten in den nächsten Jahren. Durch eine Maximierung der Vorsorgemedizin könnten Krankheiten frühzeitig erkannt und verhindert werden, was nicht nur das Leid der Betroffenen mindert, sondern auch das Gesundheitssystem entlastet.

Prävention und Vorsorge allein reichen jedoch nicht aus, so McDonald weiter. Es bedarf auch klarer, messbarer Ziele in der Gesundheitspolitik. Aus seiner Erfahrung in der Sozialversicherung und in der Privatwirtschaft wisse er, dass klare Zielsetzungen der Schlüssel zum Erfolg sind. Während in internationalen Konzernen

Wir müssen schauen, dass weniger Menschen in das Gesundheitswesen hineindrängen und da müssen wir ganz woanders ansetzen, nämlich bei einer massiven Präventionskultur, die wir in Österreich einführen müssen."

Peter McDonald

Ziele täglich gelebt würden, scheue die Politik oft vor klaren Zielvorgaben zurück. Dies müsse sich ändern. Die Gesundheitspolitik sollte sich nicht nur auf vage Versprechungen verlassen, sondern konkrete, messbare Ziele für jeden Gesundheitsbereich definieren und verfolgen. Ein nationaler Ansatz für eine gesunde Zukunft Ein disruptiver, nationaler Ansatz, der Prävention, Vorsorge und klare Zielsetzungen vereint, ist laut McDonald der Schlüssel, um die derzeitigen Herausforderungen zu bewältigen und das österreichische Gesundheitssystem zukunftssicher zu machen. Sein Ziel sei es, fünf gesunde Lebensjahre für jede Österreicherin und jeden Österreicher zu gewinnen. Dies sei nicht nur ein lohnendes Ziel, sondern auch eine Notwendigkeit, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung langfristig zu sichern. McDonald schließt seine Botschaft mit einem Appell an die Bedeutung von Sport. Als Präsident der SPORTUNION Österreich betont er, dass Sport die beste Medizin ist. Er ruft dazu auf, gemeinsam daran zu arbeiten, die Präventionskultur zu stärken, die Vorsorgemedizin zu maximieren und klare Ziele in der Gesundheitspolitik zu etablieren. So könne das Gesundheitssystem entlastet und die Lebensqualität in Österreich nachhaltig verbessert werden. **P**

SPORT UNION 


PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM



PRÄGNANT

Spitals-IT: Umbruch als Chance statt Belastung

Die IT-Infrastruktur in Spitälern kommt aktuell zunehmend in Bedrängnis, **DENN DIE SCHERE ZWISCHEN MODERNEN ANFORDERUNGEN UND SYSTEMREALITÄT GEHT IMMER WEITER AUSEINANDER.** In einem PRAEVENIRE Gipfelgespräch wurden die Herausforderungen, Lösungsansätze und Chancen diskutiert. | von Paul Schnell

Wenn sich ein Platzhirsch unter den IT-Softwareanbietern überraschend aus dem Gesundheitsmarkt zurückzieht, erzeugt das nicht nur in den IT-Abteilungen der Spitäler ein Erdbeben, denn praktisch alle Prozesse der Patientenversorgung sind IT-gestützt und die Gesundheitsversorgung muss reibungslos weitergehen. Was nahezu unbemerkt von der Öffentlichkeit hinter den Kulissen passiert, hat weitreichende Implikationen und macht die ohnehin angespannte Lage im Gesundheitswesen noch unsicherer. Es gleicht einer Operation am offenen Herzen, wenn Krankenhausinformationssysteme (KIS) neu ausgeschrieben und der gesamte Betrieb umgestellt werden müssen.

Herausforderungen für die Spitals-IT

Ende 2027 endet der reguläre Support für die SAP-Krankenhaus-Software IS-H und wer die Mühlen in der Gesundheitswirtschaft kennt, der weiß, dass neue Produkte und Lösungen nur langsam ankommen und die gesetzeskonforme Ausschreibung der Systeme schon ein mehrjähriges Projekt ist. Das anschließende Rollout samt Migration der Daten erfordert zusätzlich noch einige Jahre – von Zeit, Geld und Personalressourcen ist hier noch nicht einmal die Rede. Die Rahmenbedingungen dafür sind zudem denkbar ungünstig, wie Mag. Franz Öller, MBA MPH, kaufmännischer Geschäftsführer bei der Gesundheit Burgenland, betont: „Die Systeme sind jetzt schon sehr fragmentiert und wir haben viele Brüche in der Datenweitergabe. Zudem ist der Hype um die künstliche Intelligenz in der Medizin nicht förderlich, denn es gibt kaum einheitliche Konzepte oder Strategien dazu. Es fehlt an der Interoperabilität.“ Künstliche Intelligenz (KI) ist als Schlagwort in aller Munde, jedoch im praktischen Einsatz häufig nur in der Radiologie oder Pathologie zu finden. Eine zusätzliche Belastung ist nach Einschätzung des Experten die Umsetzung der NIS-2-Richtlinie der Europäischen Union zur Verbesserung der Widerstandsfähigkeit gegen Cyberangriffe. „Auch hier haben wir viele Interpretationen und keine einheitlichen Standards.“ Dass der Fach-

kräftemangel gerade in technischen Berufen die angespannte Lage kaum verbessert, liegt auf der Hand. „Wir hatten schon lange nicht so viele Baustellen in der Spitals-IT“, bringt es Öller auf den Punkt.

Robert Bauchiger von der Direktion Medizininformatik und Informationstechnologie (MIT), die den IT-Betrieb aller Einrichtungen der OÖ Gesundheitsholding abwickelt, ergänzt mit einem Einblick in die Spitalspraxis: „Die Migration aus Altsystemen in neue ist unglaublich aufwendig, in einem ersten Schritt ist beim Anwender auch kaum Verbesserung bemerkbar. Wir brauchen Lösungen, um aus den monolithischen proprietär aufgebauten KIS hin zu kleineren vernetzten Applikationen zu kommen.“ Er weist auch auf die großen Herausforderungen des den Fachkräftemangels hin, der bei diesen Projekten häufig vergessen wird: „Wir müssen rekrutieren, ausbilden und die Mitarbeitenden halten.“

Vorbild Deutschland?

Auch wenn die kürzlich verabschiedete Gesundheitsreform mehr Geld für das Spitalwesen vorsieht, so fehlt es doch explizit an der Widmung für die Modernisierung der Infrastruktur. Einmal mehr schießt Österreich fast ein wenig neidisch auf die deutschen Nachbarn, die mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) die digitale Transformation der deutschen Krankenhäuser beschleunigen wollen. Ziel der Regelung ist die Modernisierung und Digitalisierung der deutschen Krankenhäuser, um die Versorgungsqualität zu verbessern und die Krankenhäuser zukunftsfähig zu machen. Das Gesetz trat 2020 in Kraft und stellt finanzielle Mittel zur Verfügung, um gezielt in digitale Infrastruktur und moderne Technologien in Krankenhäusern zu investieren. Dazu gehören Projekte wie die Einführung elektronischer Patientenakten, digitale Medizintechnik und verbesserte Kommunikationsstrukturen innerhalb und zwischen Krankenhäusern. Ein zentrales Ziel des KHZG ist die Erhöhung der IT-Sicherheit in Krankenhäusern, um gegen Cyberangriffe gewappnet zu sein und die Datensicherheit zu gewährleisten. Mit dem Gesetz wird auch die Verbesserung der

Patientenversorgung in den Fokus gestellt. Dies umfasst unter anderem den Ausbau digitaler Patientenportale, die es Patientinnen und Patienten ermöglichen sollen, auf ihre Daten zuzugreifen, Termine online zu vereinbaren oder Videokonsultationen zu nutzen. „Ein Spitals-Digital-Monitor würde auch helfen, die erforderliche Transparenz herzustellen und einen Überblick über den Stand der Digitalisierung in der Gesundheitslandschaft zu erhalten“, ist Dr. Franz Leisch, Chief Digital Office im Verein PRAEVENIRE und Moderator des Gipfelgesprächs, überzeugt.

Digitalisierung – aber richtig!

„Alles, was im Spital nicht mehr analog gemacht werden muss, sorgt für die dringend nötige Entlastung von Ärztinnen und Ärzten. In den meisten Spitälern erfüllt die IT aber nicht das, was sich die Mitarbeitenden erwarten, sondern stellt eine zusätzliche Arbeitsbelastung dar. Wir stehen gerne mit unserer Expertise bereit, um Digitalisierung zu pushen und nach den Vorstellungen und Bedürfnissen der Ärztinnen und Ärzte weiterzuentwickeln, damit es zu einer echten Entlastung im Arbeitsalltag kommt“, sagt Dr. Harald Mayer, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer und Bundeskurienobmann der angestellten Ärzte. Besonders wichtig ist ihm die Vernetzung von extra- und intramuralem Bereich, denn: „Es darf im 21. Jahrhundert nicht mehr sein, dass CDs oder DVDs mit Daten per Post oder Taxi verschickt werden.“ Daher fordert die Österreichische Ärztekammer eine umfassende, funktionierende Digitalisierungsoffensive mit Investitionen in die nationale Gesundheitstelematik-Infrastruktur. „Wir brauchen eine E-Health-Milliarde zum flächendeckenden Ausbau von zentralen Komponenten, Breitbandnetzen und Anwendersoftware als Basis für den Einsatz von Telemedizin“, so Mayer.

Zeitgemäße Anforderungen erfüllen

Es sind nicht nur die technischen oder kaufmännischen Abteilungen in einem Spital, die davon profitieren, wenn die IT zeitgemäßen Anforderungen angepasst wird und die Leistungserstel-

Die Expertinnen und Experten diskutierten die Herausforderungen der IT-Infrastruktur in Gesundheitseinrichtungen und betonten die Wichtigkeit einer patientenzentrierten Digitalisierung. V.l. Sabine Röhrenbacher, Mona Dür, Elisabeth Potzmann, Franz Leisch



© MIRJAM REITHER (2), BEN LEITNER, KRISTIAN JUHASZ



lung sinnvoll unterstützt. „Wir wollen die Leistungen der Pflege abbilden, Informationsbrüche verhindern und die Daten den Betroffenen mit auf den Weg geben. Eine Patienten Summary ist derzeit in Diskussion und ebenso die Klassifikation im extramuralen Setting. Beides muss in ein System, das jetzt neu geplant wird, bereits integriert sein“, fordert Mag. Elisabeth Potzmann, Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands. Auch Prof. (FH) Mona Dür, PhD, MSc., Geschäftsführerin von Duervation und Beraterin zu Digitalisierungsthemen, ist überzeugt, dass die Modernisierung des Spitalwesens nicht ohne IT möglich ist. „Wollen wir digital vor ambulant vor stationär umsetzen, müssen wir genau hier anfangen und alle Stakeholder einbringen. Die Gesundheitsversorgung darf nicht entlang von Finanzströmen laufen, sondern muss die Patientenströme adressieren“, sagt Dür. Sie sieht in der Neuausschreibung der IT daher auch gute Chancen, die Modernisierung voranzutreiben: „Alte Systeme nur stückweise zu verbessern hilft nicht, die Prozesse neu zu denken. Wir brauchen eine klare Strategie mit einem Zeitplan und auch den finanziellen Mitteln“, so Dür. Für die Expertin ist die aktuelle Digitalisierungsdebatte im Gesundheitswesen noch zu unklar, um handlungsleitend zu sein oder gar einen positiven Impact für die aktuellen Herausforderungen zu haben.

Im Mittelpunkt der Mensch

Für Patientinnen und Patienten ist die Spitals-IT im besten Fall nicht sichtbar, denn im Vordergrund stehen die erfolgreiche Behandlung und die Kommunikation. Ein Monitoringsystem zur Spitals-IT, ähnlich dem deutschen Vorbild, erachten auch Patientvertretungen als sinnvoll, denn das fördert die Transparenz. „Was die Betroffenen aber dringend benötigen, ist der Zugang zu ihren Daten, und hier kommt die IT ins Spiel“, sagt Mag. (FH) Sabine Röhrenbacher, Geschäftsführerin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich. Auch künstliche Intelligenz kann den Behandlungsprozess unterstützen und verbessern, doch fordert Röhrenbacher, dass am Ende die Entscheidungshoheit und die Kontrollinstanz immer bei den Menschen liegen müssen.

Die Diskussionsteilnehmenden hoben hervor, dass Interoperabilität und moderne IT-Systeme entscheidend sind, um den Anforderungen der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden. V.l. Harald Mayer, Robert Bauchinger, Franz Öller, Herwig Loidl. Unten: Reinhard Riedl und Andreas Diensthuber

„Patientinnen und Patienten müssen im Mittelpunkt stehen“, fordert auch Herwig Loidl, Sprecher, e-Health Arbeitskreis der Wirtschaftskammer Österreich der Fachgruppe Unternehmensberatung, Buchhaltung und Informationstechnologie sowie Vorstand von IHE Austria, dem Verein zur Förderung der IT- und Medizintechnik. Wie in allen Industrien ist die IT ein gewachsenes System, doch im Gesundheitswesen überholt die aktuelle Dynamik diesen Entwicklungsprozess bei Weitem. Auch er fordert dringend die Interoperabilität, um den Datenaustausch zu gewährleisten und Abhängigkeiten zu reduzieren. Sein Wunsch wäre, dass Spitäler gemeinsam an Innovationen arbeiten und dann auch das Rollout gemeinsam übernehmen. „Der Datenschutz oder die Usability werden oft nur vorgeschoben, um Innovationen auszubremsen“, ist Loidl überzeugt.

Interoperabilität als größte Hürde

Andreas Diensthuber, Co-Founder und Managing Director von DAPHOS, sieht den Grund für das Scheitern vieler Spitalsprojekte im deutschsprachigen Raum ebenfalls im IT-Bereich: „Es fehlen die Interoperabilität und die Bereitschaft der Hersteller, ihre Systeme zu modernisieren. Wir arbeiten mit steinalten Programmen und versuchen dann, dort moderne Spitalsabläufe abzubilden. Das klappt einfach nicht.“ Sein Vorschlag wäre, bei der Auftragsvergabe und bei Förderungen nur jene zum Zug kommen zu lassen, die sich auch zu offenen Schnittstellen verpflichten. „Damit verhindern wir, dass wieder ein Monopolist den Markt beherrscht, und gleichzeitig wäre eine Standardisierung möglich, die Gesundheitseinrichtungen längst fordern.“

Die IT-Landschaft ist extrem fragmentiert und überaltert. Anbieter versprechen viel, können es aber nicht halten und viele Spitäler durchlaufen daher bereits zum zweiten Mal einen Ausschreibungsprozess – in Zeiten angespannter Ressourcen ein undenkbarer Ansatz. „Wir verbauen uns jetzt schon den Innovationsschub, den KI bringen kann, weil die IT-Systeme nicht darauf zugeschnitten sind. Von einer Entlastung des Personals sind wir in der Praxis auch noch weit entfernt“, sagt Diensthuber und fordert rasch

gemeinsame Anstrengungen zur Entwicklung agiler, interoperabler Systeme, die Österreich auch im Export dieses Know-hows in Europa auf eine Spitzenposition bringen könnte. Dür setzt ebenfalls hier an und betont, dass die Anforderungen der Userinnen und User nicht aus den Augen gelassen werden dürfen und meint, damit auch rasch an ein Ziel zu kommen. „Wir müssen in die Realität der Anwendenden gehen und ein Innovationsökosystem im Spital groß denken. Aktuell fokussieren wir uns auf einzelne Anforderungen und Details, das bringt uns nicht weiter.“

Eine gemeinsame Sprache sprechen

„Spitäler nutzen das Potenzial des Technologiefortschritts nur zu einem kleinen Bruchteil, weil ihre digitale Maturität gering ist. Wer Letzteres nicht verbessert, wird nur marginal vorwärts kommen und viel Geld und noch viel mehr Zeit für wenig Nutzen einsetzen“, ergänzt Prof. DI Dr. Reinhard Riedl, E-Health Experte, und betont: „Die Spitals-IT folgt oft noch der Logik der Welt von gestern. Aus der internationalen Forschung und unserer eigenen Zusammenarbeit mit der Praxis wissen wir, dass es eine Hand voll Schlüsselfaktoren für digitale Maturität gibt. Diese sind zwar stark technischer Natur, aber sie können nur umgesetzt werden, wenn im nicht-technischen Bereich modern und zukunftsorientiert gedacht wird. Wer an der Welt von gestern klebt, der bekommt auch die IT von gestern.“ Diese Schlüsselfaktoren für hohe digitale Maturität sind die Orientierung aller Maßnahmen am Nutzen für Patientinnen und Patienten und der Mitarbeitenden. Als weiterführende Strategie fordert Riedl eine konstruktive Stärkung der Rechenschaftspflicht, die Professionalisierung aller Innovationsvorhaben über eine Innovationsplattform und die weitgehende Öffnung für Kooperation mit externen Partnern. „Hohe IT-Maturität lässt sich nur durch einen Perspektivenwandel umsetzen, der von oben und von unten kommt. Dazu müssen Führungsverantwortliche die Rolle und die Sprache der IT auf strategischer Ebene verstehen und die IT-Abteilung umgekehrt auch strategisch verständlich kommunizieren. Ohne gemeinsame Sprache bleiben wir digital rückständig.“

Öller sieht die Herausforderungen am Ende realistisch: „Wir können nicht forschen oder mutig ausprobieren und uns viele Umwege erlauben. Dazu fehlen Zeit und Geld und auch das Personal. Wir haben täglich die Spitäler am Laufen zu halten und müssen uns auf den aktuellen Nutzen konzentrieren. Hier sind wir leider gezwungen, uns auf etablierte Systeme zu verlassen und können uns nicht zukünftigen Visionen hingeben.“ Er ist überzeugt, dass die Änderungen der KIS zwangsläufig auch massive organisatorische Veränderungen mit sich bringen werden, die derzeit nur ansatzweise absehbar sind. Fest steht, dass die IT sich – nahezu unbemerkt – zum Veränderungstreiber und Begleiter im Gesundheitswesen entwickelt hat. **P**





PRÄGNANT

Diabetiker-Versorgung blockiert!

DAS ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSSYSTEM KÄMPFT SEIT JAHREN UM EINE OPTIMALE VERSORGUNG FÜR DIABETIKER. Sie ist „spitalslastig“, geprägt von langen Wartezeiten und unnötigen Krankenhausbesuchen. Was fehlt: die zweite Ebene der Versorgung. Konzepte liegen längst vor. Doch die Politik blockiert, weil die Finanzierung solcher Zentren nicht geklärt ist, hieß es jetzt bei den 11. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach in Tirol. | von Wolfgang Wagner

Das österreichische Gesundheitswesen tut sich speziell mit der Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen schwer. Eines der größten Probleme ist und bleibt hier Diabetes: Mit den Prädiabetikern dürften rund eine Million Menschen betroffen sein. In Österreich stirbt alle 50 Minuten ein Mensch an den Folgen von Diabetes, rund 10.000 Personen pro Jahr, hat die Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG) bereits vor einigen Jahren festgestellt. Das wohl größte Manko im Versorgungsnetz, wie im Rahmen eines Gipfelgesprächs „Diabetes 2030“ in dem Tiroler Bergdorf zu hören war: Zwischen den Krankenhäusern und den Hausärzten fehlt es – abgesehen von den hoffnungslos überlasteten Spezialambulanzen der Spitäler – im ambulanten Sektor an der zweiten Stufe der Versorgung, an Diabetologie im Rahmen der Facharztversorgung der Kassenmedizin.

Eindeutig strukturelles Problem

Es handelt sich dabei um ein eindeutig strukturelles Problem, wie Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching, Präsident der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG), feststellte: „Wir haben in Österreich im extramuralen Bereich in der Diabetologie keine wirkliche zweite Versorgungsebene. Das betrifft aber auch alle viele andere Fächer der Inneren Medizin. Wenn man sich den extramuralen Bereich ansieht, werden in den Fächern der ‚Internen‘ vor allem diagnostische Leistungen bezahlt. So sieht man zum Beispiel im Großraum Wien immer mehr diagnostische ‚Großbetriebe‘.“ Dort käme der Patient sozusagen an der Vorderseite hinein, werde durch alle möglichen diagnostisch-technischen Leistungen durchgeschleust und komme nach drei Stunden Apparatemedizin wieder heraus. Fasching: „Aber keiner spricht mit dem Patienten. Nicht das Reden, sondern die diagnostische Leistung wird bezahlt. Das betrifft nicht allein die Diabetologie. Das betrifft auch die Rheumatologie, die Gastroenterologie, die Onkologie. Alle, die

Der Finanzierungsstreit zwischen Kasse und Bundesland verhindert Diabetes-Zentren in der niedergelassenen Praxis.

Thomas Holzgruber

vom Reden und vom Behandeln leben müssen, können in der niedergelassenen Praxis nicht überleben. Das ist auch der Grund, warum die Spitalsambulanzen überlaufen sind.“ Im Endeffekt führe das auf vielen Ebenen zu untragbaren Verhältnissen. Wartezeiten – beispielsweise für Hepatitis-C-Patienten – von einem oder eineinhalb Jahren auf einen Ambulanztermin seien inakzeptabel. Man dürfe aber „Gesprächsmedizin“ nicht mit „Plauderei“ verwechseln. Gerade in der Betreuung von chronisch Kranken geht es um das Eingehen auf die individuelle Situation und auf die Bedürfnisse der Patienten, um langfristig optimale Behandlungsergebnisse zu erzielen. „Wie bekommen wir Unterstützung von Sozialversicherung und Politik?“, sei die Frage, so der ÖDG-Präsident.

Konzepte vorhanden – Endloser Finanzstreit

Bei der Größe des Problems ist es nur umso verwunderlicher, dass die österreichische Gesundheitspolitik in diesem Bereich so zögerlich ist. Auch die OECD hat in ihren „Health at a Glance“-Berichten die enorme Spitalslastigkeit der medizinischen Versorgung bei Diabetes in Österreich kritisiert (wie z. B. auch bei Asthma). Die ÖDG ging bereits vor Jahren davon aus, dass etwa die Hälfte der Patienten in den Diabetes-Ambulanzen dort gar nicht hingehörten. Für den Generalsekretär und Patientenombudsmann der Wiener Ärztekammer, Dr. Thomas Holzgruber, liegt eine klassische Blockade durch einen nicht enden wollenden Finanzierungsstreit zwischen Krankenkasse und Bundesländern vor. Die Grundsituation, so Holzgruber: „Wir merken, dass viel mehr Dinge in der niedergelassenen



Heiße Diskussionen zu einem brisanten Thema: Thomas Holzgruber, Johannes Kastner, Peter Fasching (v.l.n.r.)

senen Praxis möglich sind als früher. Da laufen transitorische Prozesse, die wir in der Versorgung nicht abbilden. Und wir bilden sie nicht ab, weil solche transitorischen Prozesse in unserem System von Spitalern und ambulanter Versorgung extrem schwierig sind – weil wir noch immer starre Versorgungsstrukturen haben.“ Auf die Patienten werde da kaum Rücksicht genommen, obwohl diese eine Betreuung im niedergelassenen Sektor vorziehen würden. Holzgruber: „Die Patienten wollen das auch. Weil sie aus der Covid-19-Pandemie zum Beispiel gelernt haben, dass Spitäler nicht der gesündeste Ort sind.“

Das Geldthema ist ein Wahnsinn.

Daniel Peter Gressl

Allein, es gebe hier nachhaltigen Streit über die Finanzierung (auch) von Diabetes-Facharztzentren. „Land und Kasse – die streiten“, sagte der Wiener Kammer Generalsekretär. Erst langsam komme man nach den Primärversorgungseinheiten (PVEs) der Allgemeinmedizin jetzt zu Kinder-PVEs. Auch Gyn-PVEs würden angedacht. Und Diabetes-Versorgung? „Es gibt die Konzepte. Sie liegen in der Ärztekammer. Wir haben auch die niedergelassenen Ärzte, die das an ihre Gruppenpraxen mit eigenem Personal und Strukturen anhängen würden. Wir wären bereit, das zu machen“, sagte Holzgruber. Doch die aktuelle Situation, so der Experte von der Wiener Landesvertretung: „Wir kriegen keinen Termin. Wir schreiben an die Krankenkasse und an die Stadt Wien. Dort heißt es: ‚Ja, wir müssen uns aber erst über die Finanzierung einigen.‘ Es geht nur um das Geld.“ Ihm bzw. allen sonst potenziell Beteiligten sei ja der Finanzschlüssel völlig egal, ob 50 : 50, ein Drittel zu zwei Drittel oder 75 zu 25 Prozent. „Einigt’s euch!“ lautet die einfache Forderung an die einander blockierenden Player in der Gesundheitspolitik.



© EBERHARTER (3)



Holzgruber sieht aber auch noch eine andere Gefahr: „Werden die Diabeteszentren nicht realisiert, haben wir die Versorgung im Wahlärztesystem oder weiterhin in den Spitalsambulanzen.“ Dann würden dann „böse“ WahlärztInnen mit ebenso „bösen“ Angehörigen der anderen für eine optimale Versorgung notwendiger Berufsgruppen diese Agenden übernehmen – zum Schaden für die öffentliche solidarische Gesundheitsversorgung.

Wobei es laut Dr. Johannes Kastner, Finanzreferent der Wiener Ärztekammer, ohnehin schon zu einem Ausweichmechanismus komme: „Wir haben bereits eine indirekte Beitragserhöhung (Sozialversicherung; Anm.), weil die Menschen Geld über die Wahlärzte und die privaten Zusatzversicherungen in das Sozialversicherungssystem pumpen.“

Leistungspositionen abseits EKG & Co.

Viele aktuelle Entwicklungen in der Diabetologie steigern auch die Erfordernisse für eine integrierte optimale Versorgung der Patienten, von der Früherkennung über die Diagnose und die Therapieeinstellung, zu komplexen Behandlungsformen und die Vermeidung bzw. Behandlung von Spätschäden, über die Allgemeinmedizin zur fachärztlichen Versorgung bis schließlich hin zu den Spezialambulanzen. Priv.-Doz. Dr. Gersine Rega-Kaun, 1. Sekretärin der Österreichischen Diabetes Gesellschaft: „Die Therapien werden komplexer. Da ginge es in der zweiten Ebene der Versorgung zum Beispiel um komplexe Insulintherapien. Immer mehr Diabetes-Patienten haben Sensoren, es gibt die Insulinpumpen. Die Daten müssen ausgelesen und ausgewertet werden. Das braucht Zeit. Das kann nicht alles in den Spitälern erfolgen.“ Auch die Integration von anderen Berufsgruppen wie PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, Gesundheits- und Krankenpflege, Einschulungen – das alles erfordere Zeit und Strukturen, die es bisher in der niedergelassenen Praxis auf dem Gebiet der Diabetologie nicht gebe. Hier fehle schlichtweg die Finanzierung, was auch Auswirkungen auf den fachärztlichen Nachwuchs habe. Gersine Rega-Kaun: „Die InternistInnen sind fertig ausgebildet. Sie werden sich aber nicht als EndokrinologInnen oder DiabetologInnen niederlassen, weil sie nichts bezahlt bekommen. Die wollen nicht serienweise EKGs- oder Schalluntersuchungen machen, nur damit sie etwas verrechnen können.“

„Es geht darum, die Betroffenen zum Selbstmanagement ihrer Erkrankung zu ermächtigen. Das kann mit Schulungen erfolgen, passiert erstmalig im Krankenhaus. Aber im niedergelassenen Bereich gibt es da flächendeckend nichts. Wir haben keine gesetzliche Grundlage, dass so etwas erstattet wird“, sagte Christine Pall (Diätologie Austria – Verband der DiätologIn-

Diskussionsteilnehmende (v.l.n.r.): Herbert Puhl (Moderation), Gersine Rega-Kaun, Andreas Hoyer, Christina Pall, Angelika Widhalm, Thomas Holzgruber, Peter Fasching, Johannes Kastner, Elisabeth Krippel, Daniel Peter Gressl.

nen Österreichs). Ernährungstherapie sei naturgemäß zeitaufwändig. Mit Einmal-Schulungen sei da nichts getan. „Die Patienten sind oft überfordert. Es geht ja um eine Verhaltensänderung“, sagte die Expertin.

Teambildung nicht honoriert

Als Internistin in der niedergelassenen Praxis kennt Dr. Elisabeth Krippel (EK MedCenter Wien) die Situation sehr genau. „Wir müssen das Gespräch mit den Patienten führen und erklären, worum es sich bei Diabetes dreht. Das ist wichtig für die Verhinderung von Spätschäden. Wir haben in der Praxis auch sehr viel mit Wundmanagement zu tun. Man arbeitet hier als Team. Aber man kriegt nicht mehr von der Kasse bezahlt, wenn man jemanden aus einem anderen Gesundheitsberuf, zum Beispiel Gesundheits- und Krankenpflege, anstellt. Mit 17 Euro kann man nicht drei Angestellte bezahlen“, erklärte sie.

Für das notwendige Gesundheits- und Krankenpflegepersonal gebe es bereits die entsprechende Spezialausbildung mit 30 ECTS-Punkte-Erfordernis. Mit den neuen gesetzlichen Regelungen für die Übernahme zusätzlicher Funktionen und Verantwortung in der Betreuung von Patienten sei ein weiterer Schritt getan worden, betonte Daniel Peter Gressl, 1. Vizepräsident des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV). Bei der Größe des Problems mit chronische Kranken inklusive der Sekundär- und Tertiärprävention gebe es ein enormes Potenzial an Kosten, die man durch entsprechende Investitionen einsparen könne. Hier sollte man auch auf bestehende Programme, zum Beispiel „Therapie aktiv“, zurückgreifen, erklärte der Experte. „Da ist das Geldthema ein Wahnsinn“, so Gressl. Man dürfe auch nicht nur von der Großstadt und Ballungszentren reden. „Wir reden von chronisch Kranken. Da muss ich einmal ins Haus kommen. Feststellen, wie die Menschen leben. Wie sieht das Umfeld

Wir hören in der letzten Zeit zum Teil von sehr schlechten Erfahrungen in Reha-Zentren.

Angelika Widhalm

aus? Das fängt ganz niederschwellig an. Da bin ich schnell sechs Mal dort gewesen, nur um zu schauen, wie das funktioniert.“ Gemeinsam mit anderen Berufsgruppen, zum Beispiel DiätologInnen, könne man langfristig eine gute Versorgung ermöglichen.

Nicht ohne Apotheken!

„Diabetestherapie und Früherkennung kann ohne Apotheken nicht stattfinden. Wir sind das Einfallstor. Wir können mit Screeningmethoden die Menschen herausfinden, die Diabetes haben. Die schlagen kaum beim Praktischen Arzt oder im Diabeteszentrum auf. Der niederschwellige Zugang findet in der Apotheke statt. Hinzu kommt die Therapieüberwachung. Wir haben die Möglichkeit, den HbA1c-Wert zu messen. Und wenn der nicht passt, schicken wir die Leute zum Hausarzt oder ins Zentrum“, brach Mag. pharm. Andreas Hoyer, Vizepräsident des Österreichischen Apothekerverbandes, eine Lanze für die Bedeutung seines Berufsstandes in der Versorgung der Diabetiker.

Schlechte Reha im Kommen?

Wobei gerade in der langfristigen Versorgung von Diabetes-Betroffenen die Qualität konstant beobachtet werden muss, wie sich aus den Ausführungen von Angelika Widhalm, Präsidentin des Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich – DIE Patientenstimme, ergab: „Es gibt viele Patienten, die immer wieder in ein Rehabilitationszentrum kommen. Wir hören in der letzten Zeit zum Teil von sehr schlechten Erfahrungen. Da gibt es Reha-Zentren, die keine angestellten DiätologInnen mehr haben, sondern Ernährungsberater mit sechs Wochen Ausbildung.“ Auch an wiederholten Gesprächskontakten nach der Aufnahme in ein Rehabilitationszentrum fehle es oft, so Angelika Widhalm. Und schließlich benötige man laufende und wiederholte Schulungsaktivitäten für Diabetiker, zum Beispiel für Kochkurse: „Das geht in den USA, in Großbritannien, den Niederlanden oder Spanien.“ Österreich habe hier deutlich aufzuholen. Im Endeffekt aber hängt es an mehr Geld für die niedergelassene Versorgung im Gesundheitswesen. Daran führt kein Weg vorbei. Holzgruber formulierte die Forderung an die Politik und Gesellschaft: „Wenn Ihr eine öffentliche Gesundheitsversorgung haben wollt, eine niederschwellige Versorgung ohne soziale Triage, dann müsst ihr das auch zahlen.“ **P**



Gersine Rega-Kaun, Angelika Widhalm, Elisabeth Krippel (v.l.n.r.)



PRAEVENIRE TERMINE



**PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM**

Teilnahmepaket

Veranstaltung

9. PRAEVENIRE Gesundheitstage Eisenstadt
09.–11. Oktober 2024

€ 1.800,-

HEARTS SCIENCE CARES in Wien
29. November 2024

Kostenfrei

7. Digital Health Symposium in Wien
02.–03. April 2025

€ 1.600,-

2. PRAEVENIRE Denkertag Seitenstetten
05. Mai 2025

Kostenfrei

AM Plus PVE Tagung in Linz
22.–23. Mai 2025

€ 300,-

5. PRAEVENIRE GG Kinder- und Jugendgesundheit
in Hirschwang
24.–25. Juni 2025

€ 250,-

12. PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche Alpbach
02.–07. Juli 2025

€ 1.800,-

10. PRAEVENIRE Gesundheitstage Eisenstadt
08.–10. Oktober 2025

€ 2.100,-

Listenpreis (exkl. USt.)

€ 7.850,-

Gesamtpreis inkl. -35% Rabatt (exkl. USt.)

€ 5.000,-

Bei Buchung aller acht Events erhält man einen Gesamtrabatt von 35%.
Die Tickets sind nicht personalisiert und können übertragen werden.
Alle Preise verstehen sich inklusive Verpflegung und Abendessen. Unterkunft und Frühstück sind nicht inkludiert.

PRAEVENIRE – GESELLSCHAFT ZUR OPTIMIERUNG DER SOLIDARISCHEN
GESUNDHEITSVERSORGUNG gemeinnütziger Verein
Mehr Infos: www.praevenire.at

Stand: 16. Juli 2024