

PERISKOP

120

DEZ 2024

Standpunkte.
Dialog.
Konsens.

Die neutrale
Plattform
zum offenen
Meinungs-
austausch.

Hightech-Standort für Impfstoffe

Interview mit Renée Gallo-Daniel

**Zukunft der
Dermatologie**
Robert Müllegger

**Gesundheits-
metropole Wien**
Vorreiter in der Onkologie

**Neue Kampagne
der AK NÖ**
Markus Wieser

Ein Leben im Dienst der Gesellschaft

DR. HANNES ANDROSCH WAR EINE DER PRÄGENDEN PERSÖNLICHKEITEN DER ZWEITEN REPUBLIK, EIN VISIONÄR, der in Wirtschaft, Politik und Wissenschaft gleichermaßen bleibende Spuren hinterlassen hat. Als Finanzminister und Vizekanzler trug er maßgeblich zur wirtschaftlichen Entwicklung des Landes bei, als Unternehmer setzte er innovative Impulse, als Vordenker engagierte er sich für die Zukunftsfähigkeit Österreichs.

So hat er in einer seiner vielen Rollen etwa als Vorsitzender im Rat für Forschung und Technologieentwicklung die Bundesregierung in Innovationsfragen beraten. „Österreich hat viele Hidden Champions, die wir vor den Vorhang holen müssen“, lautete sein Credo und die Basis für sein unermüdliches Engagement für Wirtschaft, Wissenschaft und Gesellschaft. Kaum ein Politiker hat es mit Bildung, Forschung, Wissenschaft so ernst gemeint wie er. Androsch betonte und förderte diese Themen als Standortfaktor, der ein Land überhaupt erst attraktiv, aber auch zukunftsfähig macht. Forschung als nachhaltiges Thema für Gesundheit war ihm ein besonderes Anliegen, dem er sich mit außergewöhnlicher Leidenschaft widmete.

Wissenschaft zum Nutzen der Menschen

Es war gegen Ende der Pandemie, als er im Rahmen eines PRAEVENIRE Talks ein leidenschaftliches Plädoyer für die Wissenschaft hielt und seine Vision für ein gerechteres und zukunftsfähiges Gesundheitssystem – auch in Krisenzeiten – darlegte. Stabile soziale Beziehungen waren aus seiner Sicht eine zentrale Basis für Resilienz in schwierigen Zeiten – nicht nur für das Individuum, sondern auch für die Nationalstaaten, die gesamte europäische Staatengemeinschaft und letztendlich die gesamte Welt. Herausforderungen wie Migration, Klimawandel oder die digitale Transformation machen nicht an Landesgrenzen halt, sondern können nur gemeinsam erfolgreich bewältigt werden – daher forderte er immer wieder, offen zu sein für Neues und schloss so den Kreis zur Wissen-



schaft und Forschung für eine bessere Zukunft. Er wurde nicht müde, die Anerkennung ihrer Bedeutung für die Gesellschaft zu fordern, und ermahnte politische Entscheidungsträger, den Forschenden die größtmögliche Ressourcenunterstützung zuteil werden zu lassen, damit sie ihre Aufgaben in der nötigen Freiheit wahrnehmen können, Erfahrungen, Erkenntnisse, Entwicklung zustande zu bringen, die den Menschen nutzen.

Im Dialog für eine bessere Gesundheit

In diesem Sinne war er auch Freund, Partner und Unterstützer von PRAEVENIRE. Mit

Hannes Androsch bei einem seiner visionären Vorträge bei den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen in Alpbach im Jahr 2021.

seinen Beiträgen in vielen Diskussionsformaten gab er wertvolle Impulse, um den Dialog zwischen Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und der Zivilgesellschaft zu fördern, um innovative Lösungen für die Herausforderungen des Gesundheitswesens zu entwickeln. Sein unermüdlicher Einsatz galt dabei der Prävention, der Versorgungssicherheit und der Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in Österreich. Androsch erkannte früh, dass ein nachhaltiges Gesundheitssystem nur dann gewährleistet werden kann, wenn in Forschung investiert wird, gleichzeitig aber auch die Prävention und Gesundheitsförderung einen ebenso hohen Stellenwert erhalten wie die medizinische Behandlung selbst. Daher setzte er sich mit Nachdruck für eine breite Implementierung präventiver Maßnahmen ein.

Sein Einsatz für digitale Gesundheitslösungen unterstrich seine Weitsicht: Bereits lange vor der COVID-19-Pandemie forderte er eine stärkere Nutzung digitaler Technologien zur Entlastung des Gesundheitswesens und zur Verbesserung der Patientenversorgung. Auch die Förderung der personalisierten Medizin und der verstärkten Nutzung von Gesundheitsdaten waren ihm zentrale Anliegen.

Androsch sah im Gesundheitswesen nicht nur eine politische oder wirtschaftliche Herausforderung, sondern ein zentrales Element gesellschaftlicher Gerechtigkeit. Ihm war bewusst, dass ein funktionierendes und zugängliches Gesundheitssystem die Grundlage für soziale Stabilität und wirtschaftlichen Wohlstand bildet. Bildung und damit Gesundheitskompetenz sollen frühzeitig gefördert werden, um Menschen zu befähigen, Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen. Die Forderung nach einem stärkeren Fokus auf Gesundheitsbildung in Schulen und Betrieben war eine seiner zentralen Botschaften.

Österreich hat mit Dr. Hannes Androsch eine seiner bedeutendsten Persönlichkeiten, PRAEVENIRE einen visionären Wegbereiter und wir alle einen unermüdlichen Kämpfer für eine gerechtere und nachhaltige Gesundheitsversorgung verloren. Das Wirken von Dr. Hannes Androsch bleibt über seinen Tod hinaus von unschätzbarem Wert. Sein unermüdlicher Einsatz für eine Verbesserung des Gesundheitswesens, seine strategische Weitsicht und sein unerschütterlicher Wille, Lösungen für gesellschaftliche Herausforderungen zu entwickeln, werden in der Arbeit von PRAEVENIRE und in vielen anderen Initiativen weiterleben. Er war nicht nur ein brillanter Analytiker und Gestalter, sondern auch ein Mensch, der mit großer Empathie und Entschlossenheit für eine bessere Zukunft kämpfte. Sein Vermächtnis wird die Gesundheitsdebatte in Österreich noch lange prägen und als Inspiration für künftige Generationen dienen. Sein Tod hinterlässt eine große Lücke, aber sein Wirken bleibt. **P**

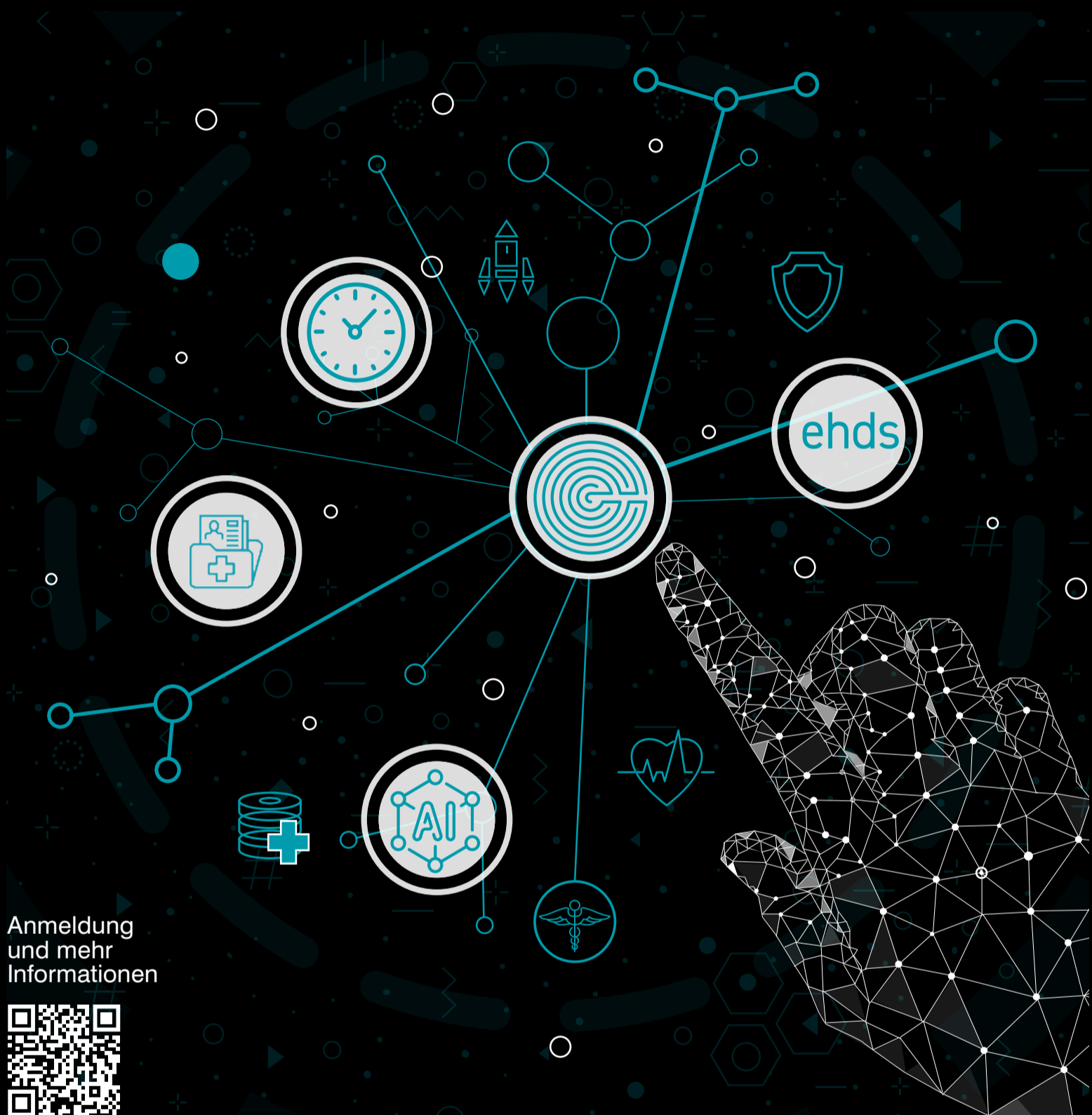
Im Rahmen der PRAEVENIRE Initiative „Wissenschaft für den Menschen“ suchte Androsch mit Expertinnen und Experten Lösungen gegen die Wissenschaftskepsis in Österreich.



SAVE THE DATE



**7. PRAEVENIRE
DIGITAL HEALTH SYMPOSION**
Le Méridien Vienna, 1010 Wien, 2025



2.-3. APRIL

Anmeldung
und mehr
Informationen



Das umfangreiche Programm bietet spannende Perspektiven aus verschiedenen Bereichen:

SAP e-Impfpass Wartezeiten Forschung e-Diagnose Nationale e-Health Strategie
Gesundheitsberufe Digital Twin Codierservice ELGA-Portal Benachrichtigungsservice Cybersicherheit
Digitale Gesundheitsanwendungen (DIGAs) 1450 Künstliche Intelligenz
Datenschutz e-Befund Faxablöse Gesundheitsdaten Bilddaten ELGA Terminservice AMDC
Primärversorgung Robotik ID-Austria Patient Summary Telemedizin SNOMED KIS-Systeme
ambulante Diagnosecodierung Wartezeiten Gesundheitsportale DSGVO e-card
GTelG Telekonsultation Elektronische Patientenakte
Datenauswertepattform Datensicherheit e-Medikation digitale Medikationsprozesse AI-Act Integrierte Versorgung
European Health Data Space EHDS ELGA App Ausbildung **Künstliche Intelligenz**

Inhalt 120

DEZ 2024



PEOPLE

Gesundheit langfristig stärken

An der Schnittstelle von Medizin, Soziologie, Politik, Wirtschaft, Umwelt- und Verhaltenswissenschaften steht Public Health, ein Ansatz, der die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig erhalten und verbessern will.

- 2 **Ein Leben im Dienst der Gesellschaft:** Hannes Adrosch
- 6 **Hightech-Standort für Impfstoffe** – Interview mit Renée Gallo-Daniel
- 8 **Gesundheit langfristig stärken** – Gudrun Wolner-Strohmeyer
- 10 **Zukunft der Dermatologie** – Robert Müllegger

Impressum

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

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



PERFORMANCE

Die Schattenseiten der Medaille

Die GUK-Novelle 2024 bietet eine Reihe von Chancen, die Pflegeberufe zu stärken und weiterzuentwickeln. Gleichzeitig sind jedoch einige wesentliche Punkte zu überarbeiten, um die Sicherheit von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten sowie die Versorgungsqualität und berufliche Zufriedenheit der Pflegekräfte sicherzustellen.

- 12 **Gesundheitsmetropole Wien: Medizin trifft Wirtschaft** – Walter Ruck und Markus Müller
- 14 **Die Schattenseiten der Medaille** – Sarah Kroboth
- 16 **Brustkrebs:** Die Welt blickt auf Wien
- 18 **Lungenkrebs:** Früherkennung rechnet sich
- 19 **Kolumne »360° Blick«** von Pro Rare Austria



PIONIERE

„AOP goes US“: Eine österreichische Erfolgsgeschichte

Das österreichische Pharmaunternehmen AOP Health ist auf die Erforschung und Entwicklung von Therapien für seltene Erkrankungen sowie in der Intensivmedizin spezialisiert. Das Führungsduo, der Mediziner Dr. Martin Steinhart und der Jurist Bernhard Nachbaur, LL.M., gibt Einblick in aktuelle Entwicklungen und skizziert den Weg zu einer zukunftssträchtigen Pipeline.

- 20 **„AOP goes US“: Eine österreichische Erfolgsgeschichte**
- 22 **Kolumne »Pharmazeutische Perspektiven«** Österreichischer Apothekerverband
- 23 **Ambulante Aufbruchsstimmung** – Wilhelm Marhold
- 24 **Zwischen den Systemen** – Stephan Kriwanek
- 25 **Spitalsplanung im Burgenland:** Von Baustellen zu Meilensteinen – Franz Öller
- 26 **Herpes Zoster:** Prävention spart Leid und Kosten

© BEN LEITNER (3), JANA MADZIGON

SAVE THE DATE



2. PRAEVENIRE DENKERTAG
Hirschwang, 2025



www.praevenire.at

5. MAI



33



PLATTFORMEN

Ost-West-Gefälle in der gynäkologischen Vorsorge

Obwohl die Dünnschichtzytologie in vielen Ländern eine etablierte Methode zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs ist, hinkt Österreich bei einer flächendeckenden Einführung hinterher. Sowohl der medizinische Nutzen als auch die ökonomischen Analysen sind überzeugend, und dennoch kommt die Information bei den Kassen wohl nicht richtig an.

- 28 Gesundheitsmetropole **Wien: Vorreiter in der Onkologie**
- 32 **Kolumne » Rezeptblock «** von Ernest G. Pichlbauer
- 33 **Dünnschichtzytologie: Ost-West-Gefälle in der gynäkologischen Vorsorge**
- 34 **Digitalisierung im niedergelassenen Bereich**



46



PORTFOLIO

Kooperation und Digitalisierung entscheiden

Ob in der Robotik, bei der digitalen Patientenakte oder innovativen Spitalskooperationen – die Barmherzigen Brüder setzen Maßstäbe in der Gesundheitsversorgung. Direktor Mag. Peter Ausweger, Gesamtleiter der Österreichischen Ordensprovinz der Barmherzigen Brüder und zuvor Gesamtleiter des Linzer Krankenhauses, erläutert die wichtigsten Entwicklungen und Zukunftsperspektiven.

- 42 **Screening kolorektales Karzinom: Österreich ist Darmkrebs-frei(?)**
- 44 **Faire Krankenhausversorgung – zwischen Anspruch und Realität: Recht auf Heilung**
- 46 **Kooperation und Digitalisierung entscheiden** – Peter Ausweger
- 47 **Prozessoptimierung für mehr Sicherheit** – Gunda Gittler



38



POLITIK

Finanzierung unseres solidarischen Gesundheitssystems nachhaltig sichern

Die Finanzierung des solidarischen Gesundheitssystems in Österreich gerät zunehmend unter Druck. Technologischer Fortschritt, Automatisierung und demografische Veränderungen beeinflussen die bisherigen Finanzierungsmodelle. Um die soziale Absicherung langfristig zu gewährleisten, braucht es neue Lösungen, die eine faire Verteilung der finanziellen Last sicherstellen. Ein Statement von Präsident Markus Wieser zur geplanten Kampagne der AK NÖ.

- 36 **Die Zukunft ist ambulant**
- 38 **Finanzierung unseres solidarischen Gesundheitssystems nachhaltig sichern**
- 41 **Prostatakrebs: Vorsorge ist Männersache**



52



PRÄGNANT

Volkkrankheit: Chronische Insomnie

Schlaf macht etwa ein Drittel der menschlichen Lebenszeit aus. Viele Organe und Prozesse profitieren von der Ruhephase. Umgekehrt kann schlechter Schlaf eine Reihe negativer Auswirkungen auf die Gesundheit und – in weiterer Folge – auf die Volkswirtschaft haben.

- 48 **Lungenkrebs-Screening: Der frühe Vogel fängt immer noch den Wurm**
- 50 **Privatisierung und Pflege: Zwischen öffentlicher Verantwortung und privatem Engagement**
- 52 **Volkkrankheit: Chronische Insomnie**
- 54 **HEARTS-Kongress und Charity Gala 2024: Im Einklang mit dem Herzen**

SAVE THE DATE



PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
 Pressekonferenz und Podiumsdiskussion, Wien, 2025

www.praevenire.at

16. APRIL

Hightech-Standort für Impfstoffe

Wie es gelingen kann, von dem kleinen Ort Orth an der Donau aus international Karriere zu machen, und **WARUM DER STANDORT FÜR DIE WELTWEITE GESUNDHEITSBRANCHE VON BEDEUTUNG IST**, beschreibt Mag.^a rer.nat. Renée Gallo-Daniel, Aufsichtsratspräsidentin der Pfizer Manufacturing Orth, Director Policy und Public Affairs bei der Pfizer Corporation Austria und Präsidentin des Österreichischen Verbandes der Impfstoffhersteller (ÖVIH), im Gespräch mit PERISKOP.

Die Pfizer Manufacturing Austria feierte im Vorjahr ein Jahrzehnt erfolgreiche Impfstoffproduktion in Orth an der Donau. Seit 2014 werden hier bakterielle und virale Impfstoffe für den globalen Export erzeugt und der Standort hat sich zu einem internationalen Kompetenzzentrum für die Wirkstoffherstellung und Qualitätskontrolle von Impfstoffen etabliert. Die niederösterreichische Niederlassung zählt heute zur Weltspitze in diesem Bereich und ist eine bedeutende Wirtschaftskraft, eine wichtige Arbeitgeberin im Bundesland und zudem die einzige Wirkstoffproduktion für Impfstoffe im Humanbereich in Österreich.

Der Standort in Orth ist ein gewachsener österreichischer Standort mit Geschichte. Wie hat sich der Standort im Rückblick entwickelt? Die Geschichte von Orth an der Donau als Impfstoffproduktionsstätte ist mittlerweile fast 40 Jahre alt. Der Frühsommer-Meningoen-

zephalitis (FSME)-Impfstoff, der vor Ort produziert wird, ist eine österreichische Erfindung. Heute produziert der Standort die doppelte Menge, die 2014 hergestellt worden ist. In den letzten beiden Jahren wurde der FSME-Impfstoff zudem auch in den USA und in Japan zugelassen. Es macht mich besonders stolz, dass ich im Rahmen meiner Funktion als Vorsitzende des Aufsichtsrates die Pfizer Manufacturing vertreten und mit dem engagierten Team rund um Geschäftsführer Martin Dallinger arbeiten darf.

Wie viele Menschen sind am Standort in Orth beschäftigt und wie kann man sich das Arbeiten in der Impfstoffproduktion vorstellen?

Der Erfolg des Standorts ist eng mit einem engagierten Team verbunden, das von 214 im Jahr 2014 auf rund 350 Beschäftigte im Vorjahr gewachsen ist. Die Mitarbeitenden stammen aus 24 verschiedenen Nationen. Rund 15 Millionen Impfdosen verlassen das Werk pro Jahr. Darüber hinaus unterstützt der Standort die globale

Seit 2014 werden in Orth an der Donau bakterielle und virale Impfstoffe für den globalen Markt produziert – eine österreichische Erfolgsgeschichte.

Forschung von Pfizer. Er stellt Kapazitäten im Bereich Produktion und Qualitätskontrolle zur Herstellung von Plasmiden für die Pfizer mRNA-Plattform zur Verfügung. Im 2022 neu eröffneten, internationalen Qualitätskontrollzentrum führen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zudem Qualitätskontrollen für Impfstoffe aus der weltweiten Pfizer-Pipeline durch. Der große Vorteil der Pfizer Manufacturing in Orth ist die Möglichkeit, sich in einem großen Netzwerk weiterzuentwickeln – also von Orth an der Donau aus international Karriere zu machen.

Welche Bedeutung hat die pharmazeutische Produktion für den Standort Österreich?

Die pharmazeutische Industrie in Österreich leistet einen essenziellen Beitrag zur europäischen pharmazeutischen Produktion. In Bezug auf die Produktion von Impfstoffen gibt es in Österreich mehrere Standorte, an denen humane oder veterinäre Impfstoffe hergestellt werden oder Produktionsschritte für Impfstoffproduktion stattfinden. Generell kann angemerkt werden, dass die heimische pharmazeutische Industrie ein Schlüsselsektor und eine Zukunftsbranche für die heimische Wirtschaft darstellt. Neben der bereits erwähnten Impfstoffproduktion stellt die in Österreich angesiedelte pharmazeutische Industrie lebenswichtige Therapien für Patientinnen und Patienten in Österreich und weltweit zur Verfügung. Sie leistet also einen essenziellen Beitrag zur Gesundheitsversorgung. Wichtig ist mir hier zu erwähnen, dass wir diesen Fokus in der Zukunft nicht verlieren dürfen. Im Gegenteil: Österreich muss und soll in den Pharmastandort Österreich investieren. Wir haben Potenziale, aber zur vollen Ausschöpfung dieser bedarf es einer integrierten Standortpolitik mit einem Zusammenwirken der Bereiche Versorgung, Forschung und Produktion.

Pfizer Manufacturing stellt Impfstoffe für den weltweiten Export her, unter anderem die in Österreich entwickelte Zecken-Schutzimpfung. Warum ist diese Impfung so wichtig?

Ein Zeckenstich und eine mit FSME infizierte Zecke können nicht nur kurzfristig unangenehm sein, sondern auch langfristige, gravierende Folgen nach sich ziehen. Die Bandbreite der Erkrankungen reicht von Sommergrippe-artigen Beschwerden bis hin zu schweren Entzündungen des Gehirns und Rückenmarks. Eine FSME-Impfung ist die einzige Schutzmöglichkeit: Eine kausale Behandlung der FSME-Erkrankung ist bis heute nicht möglich. Im Fall einer Infektion können daher nur die Beschwerden bestmöglich gelindert werden.



Österreich gehört zu den am stärksten von der FSME betroffenen Ländern in Zentraleuropa. Kein Bundesland ist FSME-frei, daher ist die Impfung für alle in Österreich lebenden Personen und für Reisende in österreichische Risikogebiete zu empfehlen.

In Österreich ist die FSME-Impfung – derzeit sind zwei Impfstoffe zugelassen – eine sehr gut akzeptierte Impfung. Die Durchimpfungsrate liegt bei rund 85 Prozent der Bevölkerung – das ist die höchste weltweit. Dennoch gibt es noch FSME-Erkrankungsfälle. Daher müssen wir Aufklärung rund um die präventive Schutzmöglichkeit in möglichst vielen Informationskanälen durchführen.

350 Beschäftigte aus 24 verschiedenen Nationen sind dafür verantwortlich, dass rund 15 Millionen Impfdosen pro Jahr das Werk in Orth verlassen.

Renée Gallo-Daniel

Sie sind auch Präsidentin des Österreichischen Verbandes der Impfstoffhersteller. Welche Aufgaben hat der Verband als Branchenvertretung?

Der Österreichische Verband der Impfstoffhersteller vertritt alle pharmazeutischen Unternehmen, die in Österreich derzeit Impfstoffe distribuieren. Als lokale Interessensvertretung sind wir auf europäischer Ebene auch mit der Dachorganisation Vaccines Europe vernetzt und tauschen uns laufend zu wichtigen Fragestellungen aus. Eine wichtige Aufgabe des ÖVIH ist es, den Stellenwert von Impfungen und die Akzeptanz als primäre Präventionsmaßnahme zu steigern. Denn: Impfungen sind eine Erfolgsgeschichte! Sie können vor Erkrankungen schützen, Leben retten und Behinderungen vermeiden. Impfungen können aber auch Krankheiten ausrotten. Als Beispiel seien hier die Pocken genannt oder auch die erfolgreiche Zurückdrängung der Kinderlähmung. Das ist allerdings nur möglich, wenn wir ausreichend hohe Durchimpfungsraten in der Bevölkerung haben.

Welche Ziele verfolgt der ÖVIH?

Neben der Durchführung von Impfaufklärungskampagnen, beispielsweise in Zusammenarbeit mit der Ärzte- oder der Apothekerkammer, treten wir in laufenden Diskurs mit Vertreterinnen und Vertretern der österreichischen Ge-

Der ÖVIH engagiert sich für optimale Rahmenbedingungen, um Forschung, Produktion und Versorgung mit Impfstoffen nachhaltig zu sichern.



sundheitspolitik. Es ist uns auch ein wichtiges Anliegen, in regelmäßigen Abständen aufzuzeigen, was wir für eine optimale Impfstoffversorgung in unserem Land benötigen. Besonders liegt uns die Etablierung eines Impfkonzepes für Erwachsene am Herzen, da zwar die Zahl der Menschen im fortgeschrittenen Alter stetig zunimmt, gleichzeitig aber die Zahl der gesunden Lebensjahre sinkt. Mit einer alternden Bevölkerung steigen auch die Häufigkeit und die Anfälligkeit für Infektionskrankheiten. Damit verbunden sind erhöhte Kosten für das Gesundheitssystem. Impfen kann dazu beitragen, mehr gesunde Lebensjahre zu erhalten.

Wesentlich ist auch der gesundheitsökonomische Effekt durch die Reduktion der Folgekosten. Die Erstellung eines österreichweiten Impfkonzepes, gestaffelt nach Altersgruppen, mit dem Fokus auf lebenslangem Impfen wird somit in den nächsten Jahren noch relevanter. Wichtig ist uns dabei, dass auch bestehende Impfprogramme wie das etablierte Kinderimpfprogramm oder das Influenza-Impfprogramm ausgebaut werden müssen.

In Österreich beträgt die Durchimpfungsrate bei FSME rund 85 Prozent – das ist die höchste Rate weltweit.

Renée Gallo-Daniel


Die Impfstoffproduktion ist sehr komplex. Fühlen sich die impfstoffherstellenden Unternehmen ausreichend in Fragen der Impfstoffversorgung der Bevölkerung eingebunden?

Die Impfstoffherstellung ist ein langwieriger und komplexer Prozess, der bis zu zwei Jahre in Anspruch nehmen kann. Um ein breites und flächendeckendes Impfkonzepes zu etablieren, braucht es ausreichende Impfstoffmengen und ein diversifiziertes Impfstoffportfolio, das

heißt mehr als einen Impfstoff pro Indikation. Um das umsetzen zu können, muss es einen rechtzeitigen Austausch zwischen der impfstoffherstellenden Industrie und den Entscheidungsträgerinnen und -trägern im Gesundheitswesen geben. Der ÖVIH setzt sich für einen laufenden Austausch zu diesem Thema ein und plädiert in Richtung Entscheidungsträgerinnen und -träger für eine frühzeitige Einbindung der impfstoffherstellenden Unternehmen in die strategische Bedarfsplanung.

Sie sind seit vielen Jahren als Vertreterin der pharmazeutischen Industrie in Österreich tätig und pflegen regen Austausch in europäischen und internationalen Gremien. Was schätzen Sie besonders an Österreich als Forschungs- und Entwicklungsstandort?

Ein starker Forschungsstandort ist eine wichtige Grundlage für Innovationen und der Motor für medizinischen Fortschritt. Die Stärkung des Forschungsstandortes Österreich, vor allem für klinische Forschung, bedeutet für mich die Gewährleistung einer effizienten und qualitativ hochwertigen Durchführung von klinischen Prüfungen gemäß der neuen Clinical Trials Regulation (CTR) sowie der Ausbau und die Stärkung des vorhandenen KKS-Netzwerks (Koordinierungszentren für Klinische Studien), insbesondere im Zusammenhang mit der Umsetzung der CTR.

Wichtig dabei sind neben der Intensivierung der bundesländerübergreifenden Vernetzung von Krankenhäusern und deren Trägern auch die wirkliche Vereinfachung und Beschleunigung der administrativen Prozesse bei der operativen Umsetzung von klinischen Forschungsprojekten. Um breite Forschung und Entwicklung zu haben, braucht es dringend auch vermehrte Förderungen von Wissenschaftskooperationen zwischen universitären bzw. nicht universitären Forschungseinrichtungen und forschenden Institutionen. 

Biobox

Mag.^a rer.nat. Renée Gallo-Daniel ist studierte Klinische- und Gesundheitspsychologin und verfügt über mehr als 30 Jahre Erfahrung in der pharmazeutischen Industrie. Nach Commercial- und Market-Access-Rollen hat sie sich seit 2001 auf Government & Public Affairs spezialisiert. Derzeit ist sie Director Policy und Public Affairs bei der Pfizer Corporation Austria (Wien) und außerdem seit Herbst 2024 Aufsichtsratsvorsitzende der Pfizer Manufacturing GmbH (Orth an der Donau). Die gebürtige Wienerin ist Gründerin und aktuell Präsidentin des Österreichischen Verbandes der Impfstoffhersteller (ÖVIH). Zudem ist sie beim Dachverband Vaccines Europe Board Member und Co-Chair der Public Affairs Working Group.





PEOPLE

Gesundheit langfristig stärken

AN DER SCHNITTSTELLE von Medizin, Soziologie, Politik, Wirtschaft, Umwelt- und Verhaltenswissenschaften **STEHT PUBLIC HEALTH**, ein Ansatz, der die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig erhalten und verbessern will. | von Michaela Meier

Public Health, die öffentliche Gesundheitsvorsorge, ist ein interdisziplinäres Fachgebiet, das sich mit der Gesundheit der Bevölkerung oder einzelner Gruppen befasst. Dabei geht es nicht nur um die Behandlung von bereits bestehenden Erkrankungen, sondern vorrangig um Prävention, die Förderung gesundheitlicher Ressourcen und die Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen. Den Bogen zwischen diesen Themen spannt Prim. Dr. Gudrun Wolner-Strohmeier, MPH, Leitende Ärztin des chefärztlichen Dienstes der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB), und beschreibt die Ansätze des Gesundheitsdienstleisters für die Versicherten.

PERISKOP: Wo liegen für Sie die Schwerpunkte von Public Health?

WOLNER-STROHMEIER: Der Ansatz zielt nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO unter anderem darauf ab, Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen oder ihre Verbreitung einzudämmen. Dazu gehören zum Beispiel Impfprogramme, Aufklärungs- und Screeningmaßnahmen sowie Hygiene- und Sicherheitsvorschriften. Ein zentraler Bereich ist auch die Förderung von Maßnahmen rund um den individuellen Lebensstil, der Gesundheit begünstigen soll. Ein wesentliches Ziel von Public-Health ist es auch, einen gerechten Zugang zu Gesundheitsleistungen schaffen, um gesundheitliche Ungleichheiten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu verringern.

Wie wird der Public-Health-Ansatz in der BVAEB gelebt?

Menschen zu einem bestimmten Verhalten zu motivieren kann nur gelingen, wenn sie verstehen, was Gesundheit und gesundheitsrelevante Maßnahmen bedeuten. Nur mit ausreichender Gesundheitskompetenz können die Versicherten die dazu erforderlichen Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden. Eine hohe persönliche Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, Fragen der körperlichen und psychischen Gesundheit besser zu verstehen und gute gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen. Wer umgekehrt wenig Gesundheitskompetenz mitbringt, nutzt zum Beispiel seltener Angebote zur Prävention oder hat ein schlechteres gesundheitliches Selbstmanagement. Am Ende stehen dann zum Beispiel auch im Falle von Krankheit schlechtere Behandlungsergebnisse und ein höheres Komplikationsrisiko. An oberster Stelle bei all unseren Public-Health-Maßnahmen ist es, dass Gesundheitsinformation verständlich gestaltet und sehr niederschwellig sein muss, damit sie ankommt.

Wie steht es mit der Gesundheitskompetenz in Österreich?

Die ersten Daten zur Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung wurden 2011 im Rahmen des European Health Literacy Survey (HLS-EU) erhoben. Die Studie ergab, dass Österreich beim Thema Gesundheitskompetenz, verglichen mit sieben anderen europäischen Ländern, einen großen Nachholbedarf



hat. Basierend auf diesen Ergebnissen wurde die Stärkung der Gesundheitskompetenz zu einem wichtigen Thema der heimischen Gesundheitspolitik.

Zur Beobachtung der Entwicklungen im Bereich Gesundheitskompetenz wurde 2019 eine neuerliche Erhebung initiiert, die neben der allgemeinen Gesundheitskompetenz erstmals auch Daten zur digitalen Gesundheitskompetenz, zur kommunikativen Gesundheitskompetenz, zur Navigationskompetenz und zur Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit dem Impfen erhob. Diese Studie bestätigt weitgehend die Ergebnisse der ersten Befragung und zeigt, dass vor allem die Navigationskompetenz den meisten Aufholbedarf hat. Menschen müssen dringend lernen, sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden und relevante von nicht wichtiger und nicht seriöser Gesundheitsinformation zu unterscheiden.

Maßnahmen rund um einen gesunden Lebensstil gehören ebenso zu Public Health wie etwa ein gerechter Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Versicherten.

Gudrun Wolner-Strohmeier

Warum ist es so schwierig, gerade im Gesundheitsbereich niederschwellig zu kommunizieren?

Es liegt häufig daran, dass Behandelnde und Betroffene nicht die gleiche Sprache sprechen. Die meisten Themen sind überaus erklärungsbedürftig und im Alltag der Gesundheitseinrichtungen fehlt es manchmal an der Zeit, hier auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Menschen immer passend eingehen zu können. Nicht jeder hat das gleiche Vorwissen und bei Menschen mit Migrationshintergrund ist oft die Sprachbarriere sehr groß. Zudem ist das Thema der eigenen Gesundheit oder Krankheit oft hochemotional, und da kann in der Kommunikation rasch wichtige Information verloren gehen. Daher ist eines unserer Kernthemen etwa die Aufklärung in unterschiedlichen Sprachen. Wir haben auch für uns intern ein Strategiepapier entworfen, um selbst die Problemfelder zu identifizieren und passende Lösungsstrategien zu entwickeln.

Seit wann beschäftigt sich die BVAEB mit diesem Thema?

Einen eigenen Public Health Bereich im Chefärztlichen Dienst der BVAEB gibt es seit mehr als fünf Jahren. Es hat sich rasch gezeigt, dass gesundheitskompetente Menschen weniger oft zum Arzt gehen müssen, weniger oft die Notfallaufnahme aufsuchen, sich gesünder ernähren und mehr auf einen vorsorgeorientierten Lebensstil achten.

Selbstbestimmung und Autonomie haben einen hohen Stellenwert in der Gesellschaft. Wie kann das mit Public-Health-Maßnahmen vereinbart werden?

An der Impfpflicht haben wir gesehen, wie wichtig es ist, Gesundheitsthemen sensibel und



Eine hohe persönliche Gesundheitskompetenz und die verständliche Gestaltung von Gesundheitsinformationen tragen dazu bei, Fragen der körperlichen und psychischen Gesundheit besser zu verstehen und gute gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen.

niederschwellig zu kommunizieren. Wer mit Bevormundung oder negativem Druck arbeitet, löst Reaktanz aus, das ist ein grundlegendes psychologisches Prinzip. Daher ist uns der Ausbau der Gesundheitskompetenz besonders wichtig.

Welche Angebote gibt es dazu konkret?

Wir haben mehrmals jährlich Schwerpunktthemen, in denen kostenfreie Online-Vorträge mit anschließender Fragemöglichkeit angeboten werden, beispielsweise zu Themen wie Schmerz oder psychischer Gesundheit. Pro Termin haben wir erfreulicherweise mehrere Hundert Teilnehmende.

Auf unserer Website achten wir besonders auf eine zielgruppenorientierte Sprache und niederschwellige Zugänge zu Information. Das ist auch ein Schwerpunkt im Onboarding-Prozess für unsere Mitarbeitenden, denn nur wer selbst versteht, warum barrierefreie Kommunikation wichtig ist, kann das auch im Arbeitsalltag umsetzen.

Welche Rolle spielt Prävention in der Sozialversicherung?

Prävention ist ein zentrales Element der Gesundheitsförderung und -erhaltung und erfordert ein Umdenken auch bei der Sozialversicherung, die sich aus ihrer Tradition heraus für die Krankenbehandlung zuständig sieht. Es ist wichtig, schon sehr früh mit der Primärprävention anzufangen, damit Krankheiten gar nicht erst auftreten. Beispiele sind hier etwa Impfungen, Aufklärungskampagnen zu gesunder Ernährung, Bewegungsförderung oder Nichtraucherprogramme. In der Sekundärprävention fokussieren wir uns auf die Früherkennung und frühzeitige Behandlung von Erkrankungen, um ihren Verlauf positiv zu beeinflussen und Folgeschäden zu vermeiden. Dazu zählen etwa Screening-Programme oder Gesundheits-Check-ups. Die Tertiärprävention ist dann der Bereich, der die Folgen bereits bestehender Krankheiten mildern soll, indem beispielsweise Rückfälle oder Komplikationen verhindert werden sollen. Beispiele sind Rehabilitationsmaßnahmen, Ernährungsberatung bei chronischen Erkrankungen oder psychologische Unterstützung nach einem Herzinfarkt.

Deckt die BVAEB alle diese Bereiche ab?

Grundsätzlich können wir alles abdecken. Die BVAEB ist die Versicherungsanstalt für öffentlich Bedienstete, Eisenbahnen und Bergbau. Wir gewährleisten die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für mehr als 1,2 Millionen Versicherte und mitversicherte Angehörige in ganz Österreich. Von der Geburt bis ins hohe Alter fördern wir demnach über Vorsorge und präventive Maßnahmen die Gesundheit unserer Versicherten. Die BVAEB gewährleistet Heilbehandlungen, Therapien und Rehabilitation. Neben Servicestandorten in allen Landeshauptstädten behandeln wir in den BVAEB-Gesundheitseinrichtungen Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel- und Atemwegserkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates. Zudem werden Schlaganfälle, neurologische, psychische

Prävention ist ein zentrales Element der Gesundheitsförderung und -erhaltung und erfordert auch ein Umdenken bei der Sozialversicherung.



und Tumorerkrankungen versorgt. Zur Gesundheitsförderung und Prävention gibt es ein Gesundheitszentrum, das sich auf nachhaltige Lebensweise spezialisiert hat, sowie ein Kompetenzzentrum für Seniorinnen und Senioren. In den BVAEB-Ambulatorien bieten wir hochwertige medizinische Leistungen auf dem neuesten Stand der Medizin und der Technik.

Wie laufen die Gesundheitsprogramme konkret ab?

Die BVAEB unterstützt beispielsweise Versicherte ab 18 Jahren mit Übergewicht auf dem Weg zu einem gesünderen Lebensstil. Gleichzeitig wird so auch das Risiko von Folgeerkrankungen wie etwa Diabetes mellitus reduziert. Das Programm „Leicht durchs Leben“ ist ein kostenloses, ambulantes Programm, bestehend aus einem Basis- und einem Pro-Modul und dauert insgesamt 18 Monate. Vor der Teilnahme ist eine ärztliche Abklärung notwendig. Gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus den Bereichen Medizin, Diätologie, Sportwissenschaft und Psychologie lernen die Versicherten, gesunde Gewohnheiten in ihren Alltag zu integrieren. Ein weiteres Beispiel ist das telemedizinische Programm Gesundheitsdialog Diabetes, der Versicherte im Umgang und bei der Behandlung von Diabetes mellitus maßgeblich unterstützt. Es gibt dazu individuelle Beratungsgespräche, Gruppenschulungen und Workshops. Die Teilnehmenden treten in einen intensiven digitalen Dialog mit der betreuenden Tele-Ärztin oder dem Tele-Arzt. Das gewährleistet eine verlässliche und individuelle Betreuung. Ein wichtiger Aspekt ist die Unterstützung dabei, ärztliche Empfehlungen und Therapiepläne konsequent umzusetzen, um mit der Erkrankung besser umgehen zu können und Folgeerkrankungen vorzubeugen. Die Teilnahme am Gesundheitsdialog Diabetes ist für Versicherte der BVAEB kostenlos, auch die benötigten Geräte werden den Teilnehmenden zur Verfügung gestellt.

Gibt es auch Angebote zur Raucherentwöhnung?

Mit „Bewusst frei“ von Nikotin unterstützen wir den Schritt in ein nikotinfreies Leben. Dazu bietet die BVAEB verschiedene Maßnahmen: Im Rahmen einer Beratung können Fragen rund um das Thema „(Nicht-)Rauchen und Nikotinkonsum“ mit einer Fachexpertin oder einem Fachexperten besprochen werden. Die Beratung findet telefonisch oder auf Wunsch online per Videokonferenz statt und dauert bis zu 40 Minuten.

In der BVAEB Geschäftsstelle Wien unterstützen Fachexpertinnen oder Fachexperten innerhalb einer Kursreihe mit sechs Gruppenterminen auf dem Weg in ein nikotinfreies Leben. Ein weiteres modernes Angebot ist die Online-Entwöhnung. Bequem von zu Hause aus können Versicherte an fünf Gruppenterminen teilnehmen. Die Einheiten finden wöchentlich statt.

Im Rahmen der Projektbegleitung zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) werden Entwöhnungskurse direkt in Betrieben angeboten. Auch während Kur und Rehabilitationsaufenthalten in der Gesundheitseinrichtung bieten wir ein begleitendes Behandlungsangebot bei Rauchen und Nikotinkonsum an. Für Menschen mit starker Nikotinabhängigkeit oder gesundheitlichen Problemen durch Nikotin steht in unserer Gesundheitseinrichtung Josefhof ein 20-tägiger Aufenthalt zur Verfügung. Auch nach Abschluss des Aufenthalts oder des Kurses gibt es in der Regel die Möglichkeit, sich weiterhin beraten zu lassen, um langfristig nikotinfrei zu bleiben. Und die Erfolgsquoten können sich sehen lassen: Sie liegen bei den ambulanten Angeboten zwischen 60 und 70 Prozent. Im Josefhof haben die Versicherten in den letzten Jahren zu 100 Prozent das Haus rauchfrei verlassen! Nähere Informationen zu unseren vielfältigen Angeboten finden sich auf unserer Homepage natürlich leicht verständlich. **P**

Erfolgsquoten der BVAEB-Raucherentwöhnungsprogramme		
	nach 6 Monaten	nach 1 Jahr
2020	52 %	k. A.
2021	64 %	51 %
2022	68 %	61 %
2023	65 %	65 % (noch nicht vollständig ausgewertet)



PEOPLE

Zukunft der Dermatologie

KÜNSTLICHE INTELLIGENZ UND DIE DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG SIND ZENTRALE THEMEN IN DER MODERNEN MEDIZIN und stellen allen voran die Dermatologie vor große Herausforderungen. Das Fach ist hochspezialisiert, gleichzeitig breit und vielfältig – das macht es für den Nachwuchs interessant und für die Gesundheitspolitik fordernd. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Die Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV) mit rund 1.300 Mitgliedern zählt nicht nur hierzulande zu den traditionsreichsten medizinischen Fachgesellschaften, sondern genießt auch weltweit einen herausragenden Ruf. Heuer feiert sie das 135-jährige Jubiläum. Prim. Univ.-Doz. Dr. Robert Müllegger, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Vorstand der Abteilung für Dermatologie und Venerologie am Universitätsklinikum Wiener Neustadt, ist seit Kurzem Präsident der ÖGDV und gibt Einblick in aktuelle Herausforderungen und Pläne.

PERISKOP: Welche Aufgaben hat die Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie?

MÜLLEGER: Die ÖGDV fördert die wissenschaftliche Entwicklung und die praktische Umsetzung des Fachgebietes der Haut- und Geschlechtskrankheiten einschließlich seiner zahlreichen Spezialdisziplinen. Unser Ziel ist es, für die Menschen in Österreich die bestmögliche Prävention und Versorgung bei Hautkrankheiten zu gewährleisten. Daher hat die medizinische Fort- und Weiterbildung, die wir unter anderem über die Österreichische Akademie für Dermatologische Fortbildung abwickeln, einen

hohen Stellenwert. Darüber hinaus engagieren wir uns rund um berufs- und gesundheitspolitische Themen wie beispielsweise die kostenfreie Herpes-Zoster-Impfung.

Unser Ziel ist es, für die Menschen in Österreich die bestmögliche Prävention und Versorgung bei Hautkrankheiten zu gewährleisten.

Robert Müllegger

Sie setzen sich für die Förderung von Wissenschaft und Forschung ein. Welche Themen stehen in Ihrer Funktionsperiode konkret auf dem Plan?

Von meinem Vorgänger, Univ.-Prof. Dr. Peter Wolf, wurde kürzlich die SKINnovations GmbH, eine Tochtergesellschaft der ÖGDV gegründet. Ihre Aufgabe ist es, die viermal jährlich erscheinende Zeitschrift SKINdeep herauszugeben, die in Österreich als Printversion erscheint. Bereits gestartet ist auch schon ein internationales Online-Format als Open Access Journal. Mit SKIN fördern wir österreichische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und den Nachwuchs, da sie auf dieser Plattform ihre Forschungsergebnisse einer großen Community präsentieren können.

Ein zweites Standbein der Forschungsförderung ist die Vergabe von Wissenschaftspreisen, Reisestipendien und auch die Erarbeitung von Programmen zur Förderung der dermatologischen Forschung. Über die Vergabe dieser Gelder entscheidet ein Wissenschaftsausschuss der ÖGDV. So werden beispielsweise vier Start-Grants zu je 10.000 Euro vergeben, die als Anschubfinanzierung sehr niederschwellig kleinere Forschungsvorhaben rasch auf den Weg bringen.

Weiters wird aktuell ein MD-PhD-Programm eingeführt, das für erfahrene Forschende, die bereits eine eigene Arbeitsgruppe und ein Labor führen und mit jungen Forschenden zusammenarbeiten, zur Verfügung stehen wird. Dieses Programm ist mit 165.000 Euro für 36 Monate dotiert und soll in Ausbildung befindliche Dermatologinnen und Dermatologen in ihrer Wissenschaftskarriere unterstützen.

Für ein Clinician-Scientist-Research-Fellowship stehen weitere 120.000 Euro für Forschungen zur Verfügung, und wer zu Fortbildungszwecken ins Ausland reist, kann aus einem Reisestipendientopf von 40.000 Euro um Unterstützung ansuchen. Zudem zeigen die jährlichen Science Days und Preise für wissenschaftliche Arbeiten in Kooperation mit der Industrie, dass wir über eine extrem aktive Förderszene verfügen, die alle Felder der Dermatologie – von der Epidemiologie über die genetische Forschung, die Grundlagenforschung bis hin zur Biologie und Histopathologie – sehr gut abbildet.

Wie wird sich die Dermatologie in den nächsten zwei bis fünf Jahren weiterentwickeln?

Die Dermatologie entwickelt sich so wie die Medizin insgesamt enorm rasch weiter. Es kommen immer mehr Therapien ins Feld, die



Ein wichtiges Standbein ist die Forschungsförderung: Wissenschaftspreise, Reisestipendien und Programme zur Förderung der dermatologischen Forschung werden hier erarbeitet.

© BEN LEITNER

sowohl bei entzündlichen Hauterkrankungen als auch in der Dermatoneurologie sehr erfolgreich eingesetzt werden. Künstliche Intelligenz hat in der Dermatologie als eine der ersten Disziplinen Einzug gehalten und prägt die weitere Entwicklung, aber auch der Klimawandel wird die Dermatologie künftig deutlich mehr beschäftigen.

Die Dermatologie ist ein sehr vielfältiges Fach. Gibt es genug Nachwuchs?

Wir betreuen tatsächlich vom Neugeborenen bis zum Greis das gesamte Altersspektrum in der Bevölkerung. Die Vielfältigkeit erfordert technische Kapazitäten ebenso wie klassische Gesprächsmedizin. Die Aufgaben reichen vom Hautausschlag bis zur dermatologischen Krebspatientin oder zum dermatologischen Krebspatienten mit beispielsweise Hirnmetastasen. Ich denke, das ist auch der Grund, warum wir zum Glück eines der nachgefragtesten Fächer der Medizin sind und uns die besten Köpfe aussuchen können. Das heißt aber auch, dass es schwierig ist, Ausbildungsstellen zu finden.

Wie stellen Sie die Qualität der Versorgung sicher?

Qualität bedeutet nicht nur Spitzendermatologie in Kliniken und Referenzzentren, sondern auch hohe Qualität für Patientinnen und Patienten in der Niederlassung. Die Qualität der Versorgung sicherzustellen, ist vor allem auch eine Frage der Patientensteuerung. Wir versuchen, digital vor ambulant vor stationär in die Praxis umzusetzen, das ist aus vielen Gründen in Österreich aber schwierig, weil die Strukturen fehlen. Wir spüren den demografischen Wandel, denn der Altersschnitt der niedergelassenen Kassendermatologinnen und -dermatologen liegt aktuell bei rund 55 Jahren. Das ist alarmierend, weil man sich ausrechnen kann, wo wir in einigen Jahren landen werden. Zusätzlich müssen aufgrund der demographischen Entwicklung immer mehr Patientinnen und Patienten behandelt werden. Bestimmte Erkrankungen wie Nicht-melanozytärer Hautkrebs, Herpes Zoster und Durchblutungsstörungenbedingte Probleme treten im höheren Alter häufiger auf.

Nachwuchssorgen hat das Fach nicht: wir sind zum Glück eines der nachgefragtesten Fächer der Medizin und können uns die besten Köpfe aussuchen. Es ist daher aber schwierig, Ausbildungsstellen zu finden.

Robert Müllegger

Welche Forderungen hat die ÖGDV an die Gesundheitspolitik?

Die wichtigste Forderung ist, die Dermatologie ernst zu nehmen, da etwa ein Viertel der Patientinnen und Patienten, die in die allgemeinmedizinische Praxis kommen, in irgendeiner Form ein dermatologisches Problem haben. Daher müssen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner dermatologisch sehr gut ausgebildet sein. Eine Attraktivierung der Kassenmedizin ist dringend erforderlich, denn aktuell fangen die Wahlärztinnen und -ärzte sehr viel auf. Derzeit liegt die Patientenfrequenz in der Dermatologie jährlich im niedergelassenen Bereich bei 3,3 Millionen Kontakten. Davon entfallen 54 Prozent, das sind 1,8 Millionen, auf 270 Kassenärztinnen und -ärzte. 46 Prozent entfallen auf 420 Wahlärztinnen und -ärzte. Eine dermatolo-

In der Dermatologie kommen immer mehr Therapien ins Feld, die sowohl bei entzündlichen Hauterkrankungen als auch in der Dermatoneurologie sehr erfolgreich eingesetzt werden.



gische Ordination, in der ein möglichst breites Spektrum abgedeckt werden kann, erfordert mindestens einen hochwertigen Eingriffsraum oder Operationssaal; Licht- und Lasertherapie sowie Ultraschall sind Standard. Dazu braucht es die Räumlichkeiten und das entsprechende Personal.

Welche gesellschaftspolitischen Fragen sollten dringend geklärt werden?

Herpes Zoster ist eine hochkomplizierte Erkrankung und rund ein Drittel der Betroffenen ist von einer Post-Zoster-Neuralgie betroffen, die über Monate bis manchmal Jahre anhalten kann. Der wichtigste Risikofaktor für Gürtelrose ist das Alter, denn die Anfälligkeit für einen Ausbruch der Krankheit steigt ab etwa 50 Jahren deutlich an. In Österreich erkranken aktuell rund 40.000 Menschen jährlich und benötigen etwa 20.000 Spitalsbelagstage. Diese Zahlen werden sich aufgrund der demografischen Entwicklung erhöhen, aber es trifft auch viele, die noch im aktiven Erwerbsleben stehen. Im Österreichischen Impfplan ist eine Impfung gegen Herpes Zoster ab dem vollendeten 60. Lebensjahr allgemein empfohlen, für bestimmte Risikogruppen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Übernommen werden die Kosten von der Kasse jedoch nicht.

Hautkrebsvorsorge ist ein zentrales Präventionsthema. Welche Strategien verfolgt die ÖGDV in diesem Zusammenhang?

Aufklärung, Aufklärung, Aufklärung! Hautkrebs ist die häufigste Krebsart bei Menschen und kann zum Glück bereits viel erfolgreicher behandelt werden als noch vor einigen Jahren.

Es gibt inzwischen neben der Bestrahlung auch hochmoderne topische Behandlungsmethoden und Immuntherapien, die besonders wirksam sind. Dennoch braucht es Vorsorge, um Hautkrebs rechtzeitig zu diagnostizieren, noch bevor es zu weiterentwickelten Stadien kommt. Wir benötigen dringend mehr Bewusstsein in der Bevölkerung, daher planen wir, mit großen Arbeitgebereinrichtungen kostenlose Haut-Vorsorge-Untersuchungen durchzuführen. Ich hoffe auch, Outdoor-Sportvereine mit ins Boot holen zu können, sodass wir schon bei Jugendlichen die Awareness für Hautkrebsvorsorge und Sonnenschutz schaffen.

Welche Innovationen werden in den nächsten Jahren von Bedeutung sein?

Die forschende Industrie verfügt aktuell über eine beeindruckende Pipeline. Zu in jüngerer Zeit eingeführten Medikamenten erwarten wir neue Zulassungen für erweiterte Patientengruppen oder verwandte Indikationen. JAK-Inhibitoren, CAR-T-Zell-Therapien und eine Impfung gegen Krebs werden intensiv beforscht und die personalisierte Medizin lässt bei vielen Erkrankungen noch auf Entwicklungen hoffen.

Wo sehen Sie die größten Herausforderungen, denen sich die Dermatologie in den nächsten Jahren stellen muss?

Im Mittelpunkt wir die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung in der Niederlassung und den Kliniken angesichts der demografischen Entwicklung stehen. Ich denke, die Medizin wird viel stärker als bisher zu den Menschen kommen müssen, um erfolgreich in der Prävention zu sein. **P**





Gesundheitsmetropole Wien: Medizin trifft Wirtschaft

IN WIEN TREFFEN MEDIZINISCHE SPITZENLEISTUNGEN AUF WIRTSCHAFTLICHE STÄRKE. Die enge Verzahnung von Wissenschaft und Wirtschaft treibt Innovation voran und schafft die Grundlage für nachhaltigen Fortschritt. Der Gesundheitssektor trägt dabei entscheidend zur lokalen Wertschöpfung bei – mit weitreichenden Effekten auf die gesamte Region. Hinter dieser Dynamik steht eine Vision: Eine Zukunft, in der die Potenziale moderner Technologien ausgeschöpft werden, um medizinische Versorgung, Prävention und Forschung auf ein neues Niveau zu heben.

Mit dem Ausbau moderner Gesundheitsinfrastruktur entwickelt sich die Bundeshauptstadt zu einem globalen Magneten für Forschung und medizinische Versorgung. Das stärkt nicht nur den Standort, sondern fördert auch die lokale Wertschöpfung – und macht Wien zu einer Metropole, die Fortschritt und Lebensqualität in idealer Weise vereint. Im Interview sprechen DI Walter Ruck, Präsident der Wirtschaftskammer Wien, und Univ.-Prof. Dr. Markus Müller, Rektor der Medizinischen Universität Wien, über die Herausforderungen und Chancen dieser Entwicklung. Moderne Infrastruktur und (inter-)nationale Netzwerke spielen dabei eine zentrale Rolle, um Wien sowohl für die lokale Bevölkerung als auch für Spitzenforscherinnen und -forscher sowie Patientinnen und Patienten aus aller Welt attraktiv zu machen. Deutlich wird: Der Schlüssel liegt in der engen Zusammenarbeit von Wirtschaft und Wissenschaft – verbunden mit einer klaren Vision für die Zukunft.

PERISKOP: „Eine gute Universität braucht mindestens zehn Kräne am Campus“ – was steckt hinter dieser Aussage?

MÜLLER: Dazu bedarf es eines Blicks auf die Evolution der Medizin hin zu immer kleiner werdenden Einheiten – von der Organ- zur Zellebene bis hin zur Molekularmedizin. Nun eröffnet sich mit der Digitalisierung eine neue Ebene, die den Menschen als Summe an Information und am Ende als Datensatz abbildet. Neue innovative Felder werden sukzessive eröffnet, das erfordert eine Anpassung der bestehenden Infrastruktur. Moderne Gebäude bieten im wahrsten Sinne „Raum“ für Spitzenforschung und das wieder fördert den Wirtschaftsstandort Wien und die lokale Wertschöpfung. „Build it and they will come“ bringt es auf den Punkt: Es ist uns gelungen, renommierte Forschende aus dem Ausland wieder nach Wien zu holen, wie etwa den Impfstoffexperten Univ.-Prof. Dr. Florian Krammer oder den Genetiker Univ.-Prof. Dr. Josef Penninger. Hier wird in Zukunft investiert und damit stehen die Rahmenbedingungen für Forschung auf einem modernen, hohen Niveau bereit.

Die Gesundheitsmetropole Wien bildet einen wichtigen Eckpfeiler dieser Entwicklung. Was macht Wien so attraktiv?

RUCK: Der herausragende Ruf der Wiener Medi-

Österreich muss risikofreudiger werden, vor allem was das Kapital und die Finanzierungen betrifft.

zinischen Schule findet heute seine Fortsetzung im gesamten akademischen und wirtschaftlichen Bereich, der Gesundheitssektor in Wien ist unverzichtbar für die Region. Wir verfügen über eine sehr gute Mischung aus hochqualitativen Spitälern, dynamischen Start-ups, etablierten Unternehmen und exzellenten Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen im Gesundheitswesen und das in einer Stadt, die auch hohe Lebensqualität zu bieten hat. Wenn Medizin und Wirtschaft als Standortfaktoren betrachtet werden, so muss der Fokus auf der Versorgung der Bevölkerung liegen, aber es gilt auch, größer zu denken: Spitzenforschung nach Wien zu holen, der Patientinnen und Patienten folgen. Zahlen aus 2019 zeigen, welche Wertschöpfung Wienbesucherinnen und -besucher hinterlassen: Bei Tagestouristinnen und -touristen sind das 80 Euro pro Tag, Besucherinnen und Besucher von medizinischen Kongressen sorgen für 800 Euro pro Tag und Menschen, die hier behandelt werden, liegen bei über 1.500 Euro pro Tag.

Wien hat eine gute Mischung aus hochqualitativen Spitälern, dynamischen Start-ups, etablierten Unternehmen und exzellenten Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen im Gesundheitswesen.

Walter Ruck

Was verbindet aus Ihrer Sicht die Anliegen von Wissenschaft und Wirtschaft?

MÜLLER: Ich höre oft, dass Grundlagenforschung nicht wirtschaftsnah ist. Doch für mich gibt es keine strikte Trennung zwischen angewandter und Grundlagenforschung – es gibt lediglich Forschung, die bereits angewendet wird, und solche, die noch nicht angewendet wird. Natürlich wissen wir in der Grundlagenwissenschaft nicht immer, welches Ergebnis am Ende herauskommt, aber das Ziel ist stets, die Forschungsergebnisse in die Praxis zu bringen. Wo ich in Österreich eine große Herausforderung sehe, ist die fehlende Tradition für Risikokapital. Das führt dazu, dass wir Gefahr laufen, bei innovativen Themen wie der Digitalisierung und künstlichen Intelligenz den Anschluss zu verlieren und Länder wie USA und China den Markt viel schneller dominieren. KI wird eines der wichtigsten Themen der nächsten Jahrzehnte sein. Deshalb brauchen wir hierzulande unbedingt einen Zugang dazu. Das heißt, wir benötigen die entsprechende Infrastruktur, wir brauchen Menschen, die diese neuen Technologien verstehen und einsetzen





können. Das erfordert dringend ein Umdenken: Anstatt teure Innovationen aus dem Ausland zu importieren, sollten wir uns darauf konzentrieren, selbst Produzenten zu werden. Das erfordert allerdings nicht nur Investitionen, sondern auch eine Veränderung des Mindsets.

Wie können Österreich und Europa aus ihrer defensiven Rolle kommen?

RUCK: In ganz Europa wird von der öffentlichen Hand immer wieder gefordert, Finanzierungen zu übernehmen, zu fördern oder Garantien zu übernehmen, dass Bürgerinnen und Bürgern nie schlechter gestellt werden, als es aktuell der Fall ist. Das ist aber nicht realistisch, denn die Mittel sind begrenzt. Das wird sich in keiner Branche ausgehen, schon gar nicht im Gesundheitswesen, denn hier steigen die Anforderungen enorm. Daher stellt sich die dringende Frage, wie wir eine Gesellschaft dazu bringen können, mehr Risiko einzugehen. Wir leben in einer Zeit, in der sich viele Sektoren rasant entwickeln. Wenn wir nicht aktiv werden, wird Europa abgehängt. Das müssen wir kommunizieren. Die Europäische Union mit ihren 450 Millionen Menschen ist extrem bildungsaffin und diesen Vorteil gilt es zu nutzen. Wir haben viele großartige Universitäten mit exzellentem Ruf in Europa, viele Spitzenwissenschaftler, und müssen das viel selbstbewusster herausstreichen – auch als kleines Land wie Österreich.

Wien hat die Möglichkeit, entscheidend mitzubestimmen, was in der Stadt und der umliegenden Region investiert wird. Es gibt bereits einige Initiativen – auch grenzüberschreitend im Donauraum, die in die richtige Richtung gehen. Dieses Gebiet umfasst etwa 10 Millionen Menschen und ist damit auch ein enormer Wirtschaftsraum mit einem attraktiven Potenzial, das es zu nutzen und aktiv zu gestalten gilt.

Welche wichtigen Entwicklungen im Gesundheitswesen werden die nächsten Jahre prägen?

MÜLLER: Prävention wird unverzichtbar werden. Derzeit sind die Gesundheitsausgaben besonders am Lebensende sehr hoch. Dieses Ungleichgewicht sollte zugunsten einer stärkeren Investition in präventive Maßnahmen verschoben werden. Die Anzahl der gesunden Lebensjahre ist in vielen Ländern, auch in Österreich, noch zu gering. Ein Beispiel, das bereits erste Erfolge zeigt, ist die sogenannte „Abnehm-Spritze“, deren Effekte in den USA deutlich sichtbar sind. Ein weiteres faszinierendes Beispiel sind Substanzen, die den Cholesterinspiegel senken. Hier gibt es bereits Forschungen an Produkten, die nur einmal jährlich verabreicht werden müssen. Diese Fortschritte könnten dazu führen, dass das Krankheitsbild der Atherosklerose in 20 Jahren vielleicht gar nicht mehr existiert.

Die Möglichkeit, präventiv früh einzugreifen, hat enorme Vorteile, etwa um Menschen länger gesund, jünger und arbeitsfähig zu halten.

Gesundheitsausgaben am Lebensende steigen – dieses Ungleichgewicht sollte zugunsten einer stärkeren Investition in präventive Maßnahmen verschoben werden.

Digitalisierung spielt dabei eine immer größere Rolle: Mit Technologien wie Wearables, Schrittzählern oder Smartphone-gestützten Gesundheitskontrollen wird Prävention zunehmend praktikabler und effektiver.

Das zweite Thema, das uns beschäftigen wird, ist die künstliche Intelligenz. Oft wird der Vorwurf laut, die Medizin sei zu stark durch Apparate geprägt, und darunter leiden nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch die Ärztinnen und Ärzte. Hier bietet KI eine große Chance: Sie kann dazu beitragen, den Gesundheitsberufen die hohe administrative Last abzunehmen und mehr Raum für die menschliche Komponente der Medizin zu schaffen. Das Ziel ist, dass durch KI nicht nur Effizienz gesteigert wird, sondern auch mehr Zeit für den individuellen Menschen bleibt. Diese Hoffnung, die mit KI verknüpft ist, zeigt, wie wichtig Innovation im Gesundheitswesen ist.

Digitale Technologien wie Wearables, Schrittzähler oder Smartphone-gestützte Gesundheitskontrollen werden Prävention zunehmend praktikabler und effektiver machen.

Markus Müller


Welche Voraussetzungen braucht es, um die Digitalisierung voranzutreiben?

RUCK: Der große Hemmschuh ist derzeit der Datenschutz. Europa bremst hier. Wenn man echten Fortschritt erzielen und die Möglich-

keiten moderner Technologien wirklich nutzen möchte, dann müssen Daten verfügbar gemacht werden.

Wir haben aber noch eine Herausforderung in Europa: Immer mehr Menschen arbeiten immer weniger. Das hat verschiedene Gründe. Es gibt erzwungene Teilzeitarbeit, etwa aufgrund von Betreuungspflichten oder persönlichen Einschränkungen. Und es gibt freiwillig gewählte Teilzeitarbeit. Das wirft eine grundsätzliche gesellschaftspolitische Frage auf, wie man damit umgehen soll. Im Gesundheitsbereich, zeigt sich eine starke Tendenz zur Teilzeitarbeit, da die Medizin zunehmend weiblicher wird.

Wie steht es um das Thema Work-Life-Balance in der Medizin?

MÜLLER: Ich denke nicht, dass die Medizin das typische Beispiel dafür ist, denn hier arbeiten viele Menschen, die intrinsisch hoch motiviert sind. Sie sehen ihren Beruf nicht nur als Mittel, um den Lebensunterhalt zu verdienen, sondern verstehen ihre Arbeit als Berufung. Zusätzlich ist uns schon bewusst, dass wir in einem massiven internationalen Wettbewerb stehen – nicht nur in Europa, sondern auch gegenüber Asien und Amerika. Das Arbeitszeitgesetz ist dabei ein Thema, das durchaus diskutiert werden könnte. Letztlich handelt es sich um eine europäische Norm, die überdacht werden sollte, wenn man sich im globalen Wettbewerb behaupten möchte. Hier schließt sich wieder der Kreis zur Innovation und dem Wettbewerb. Die Wirtschaft ist ein Resultat dieser beiden Faktoren. Insgesamt glaube ich, dass das medizinische Personal in Österreich sehr motiviert ist. Denn ohne diese Motivation würde man sich für einen so anspruchsvollen Beruf gar nicht entscheiden. 





Die Schattenseiten der Medaille

Die GUK-NOVELLE 2024 BIETET EINE REIHE VON CHANCEN, DIE PFLEGERBERUFE ZU STÄRKEN UND WEITERZUENTWICKELN. Gleichzeitig sind jedoch einige wesentliche Punkte zu überarbeiten, um die Sicherheit von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten sowie die Versorgungsqualität und berufliche Zufriedenheit der Pflegekräfte sicherzustellen. | von Paul Schnell

Pflegepersonal bildet eine der wichtigsten Schnittstellen zwischen Patientinnen und Patienten sowie den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Die Ausbildung von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal wurde in den letzten Jahren zunehmend akademisiert, sodass die Absolventinnen und Absolventen über mehr Qualifikationen verfügen. Ihre Kompetenzen sind im Gesetz ausdrücklich aufgezählt und der Rahmen für die Berufsausübung ist detailliert geregelt – mit dem Nachteil, dass dieses sehr enge Korsett den aktuellen Entwicklungen häufig hinterherhinkt und eine Reihe an bürokratischen Hürden mit sich bringt.

Bereits in den vergangenen Jahren wurden die Kompetenzen nach und nach ausgeweitet. Seit Mitte 2023 wurde etwa die Erstbegutachtung zur Einstufung beim Pflegegeld oder die selbstständige Verordnung von Medizinprodukten möglich. Einen Schritt zur Lösung brachte

die GuK-Novelle 2024, die dafür sorgt, dass diplomiertes Personal künftig alle Tätigkeiten bis zum Ärztevorbereit ausführen darf. Bei aller positiven Entwicklung sind jedoch aus Sicht von Expertinnen und Experten eine Reihe an Punkten noch deutlich verbesserungswürdig, wie aus Stellungnahmen der Arbeiterkammer und des Österreichischen Gewerkschaftsbundes hervorgeht. Die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin Sarah Kroboth, MSc., Referentin in der younion _ Die Daseinsgewerkschaft, beschreibt die Punkte im Detail.

PERISKOP: Häufig wird die Sorge geäußert, dass ärztliche Dokumentationspflichten auf die Pflege abgegeben werden könnten. Trägt der Wegfall der Schriftlichkeit nicht zur Reduktion der Bürokratie bei?

KROBOTH: Die im GuKG bislang vorgesehene Bestimmung, wonach ärztliche Anordnungen schriftlich zu erfolgen haben und die erfolgte

Durchführung durch die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) zu dokumentieren sei, entfällt ersatzlos. Es entfällt auch die Bestimmung, wonach bei Dringlichkeit eine ärztliche Anordnung mündlich erfolgen kann, sofern eine unverzügliche schriftliche Dokumentation nachzieht. Das soll den bürokratischen Aufwand reduzieren und die Praxis erleichtern. Doch das ist nicht nur aus Haftungsfragen problematisch, sondern stellt auch die Sinnhaftigkeit ärztlicher Anordnungen infrage, wenn diese nicht von den Ärztinnen und Ärzten selbst dokumentiert werden. In diesem Fall rät auch die Ärztekammer dringend von der Vorgehensweise ab und fordert die Schriftlichkeit der ärztlichen Anordnung weiterhin ein.

Natürlich wäre es in der Praxis einfacher, auf die schriftliche Anordnung von Ärztinnen und Ärzten zu verzichten, da sich dies in manchen Fällen als mühsamer Prozess herausstellt. Vor allem im Nachtdienst kommt es vor, dass der Zugang zu den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen eingeschränkt ist und Anordnungen oft nur mündlich erfolgen – mit dem Versprechen, sie am nächsten Morgen zu verschriftlichen. Wird dann allerdings darauf vergessen, hat eine Anordnung nie stattgefunden und die DGKP hat „im Alleingang“ gehandelt. Ein kompletter Wegfall wäre, wie oben bereits erwähnt, bei Haftungsfragen nicht geklärt.

Mündliche Anordnungen vereinfachen zwar die Praxis, sind jedoch im Hinblick auf Haftungsfragen durchaus problematisch.

Sarah Kroboth

Welche Änderungen bei den Spezialisierungen haben sich ergeben und mit welchen Folgen?

Die Auflistung von Setting- und zielgruppenspezifischen Spezialisierungen wird durch die geänderte Systematik angepasst. Gestrichen wurde dabei jedoch jene der „psychogeriatrischen Pflege“, ein Umstand, der gerade im Hinblick auf die demografische Entwicklung besonders kritisch gesehen und von uns abgelehnt wird. Ich habe recherchiert, bei welchen Trägerinnen und Trägern Spezialisierungen für die gerontopsychiatrische Pflege angeboten werden. Gefunden habe ich österreichweit lediglich zwei Möglichkeiten. Das ist unvorstellbar, wenn man bedenkt, dass diese Zielgruppe immer größer und der Bedarf an psychogeriatrischen Pflegepersonen steigen wird. Als wäre es nicht schlimm genug, dass es in den vergangenen Jahren nur wenige Chancen auf eine Weiterbildung in dem Bereich gab, soll nun die gesamte Spezialisierung gestrichen werden. Diese Entwicklung halte ich für fahrlässig!

Ein weiterer Kritikpunkt ist das völlige Fehlen der Berufsbezeichnungen Forensic Nurse, School Health Nurse, Community Nurse und Public Health Nurse in der gesamten Novelle. Diese Spezialisierungen spielen international eine wichtige Rolle und sollten auch in Österreich Anerkennung finden.



Die GuK-Novelle 2024 brachte nicht nur Vorteile für die Pflege, wie Expertinnen und Experten in zahlreichen Kommentaren bestätigen.

Sie sehen auch den Entfall der 5-Jahresfrist zur Spezialisierung kritisch, warum?

Der Entfall der 5-Jahresfrist, innerhalb der die Sonderausbildung zu absolvieren ist, ist für mich nicht nachvollziehbar. Klare Zeiträume sind essenziell für die berufliche Qualifikation. Es ist klar, dass in Zeiten des Personalmangels die verpflichtende Entsendung einzelner Mitarbeiter eine organisatorische Herausforderung ist. Dennoch bin ich der Meinung, dass der Entfall dieser Frist und Pflicht dazu führt, dass DGKPs gar nicht mehr in eine Spezialisierung geschickt werden und dadurch die Qualität der Pflege in Spezialbereichen sinken könnte.

Auch beim Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistenz kommt es zu Änderungen, vor allem wurden die Kompetenzen ausgeweitet. Ist das nicht eine erfreuliche Entwicklung?

Die Erweiterung der Kompetenzen von Pflegefachassistentinnen und -assistenten (PFA) ohne bessere Entlohnung und ohne zusätzliche Ausbildungszeit ist strikt abzulehnen. Das würde lediglich zu mehr Verantwortung und Druck führen, was letztendlich auch die Versorgungsqualität gefährden könnte.

Ich persönlich bin seit vielen Jahren die Interessensvertretung der Auszubildenden im Wiener Gesundheitsverbund und sehe seit Beginn der Einführung der PFA-Ausbildung den Aufwand, den die Schülerinnen und Schüler, aber auch die Lehrpersonen haben. Von Beginn an waren unglaublich viele Ausbildungsinhalte in eine verhältnismäßig kurze Ausbildungsdauer von zwei Jahren gepresst. Eine Kompetenzerweiterung führt automatisch zu mehr Ausbildungsinhalten und muss daher mit Zeit und am Ende auch mit Geld aufgewogen werden. Zusätzliche Kompetenzen in die vorhandene Ausbildung zu bringen, wäre eine Überforderung für Auszubildende und die Lehrpersonen – mit dem Ergebnis, dass manche Inhalte womöglich nur mehr „gestreift“ und nicht ausreichend gelehrt werden könnten, um auf die Praxis vorzubereiten.

Die Arbeiterkammer und der ÖGB sollten in Hinkunft in derartige gesetzliche Entwicklungen einbezogen werden, denn immerhin vertreten sie rund 90 Prozent des Pflegepersonals.

Sarah Kroboth

Ist die aktuelle Novelle insgesamt für eine zielgerichtete Verbesserung in der Versorgung aus Ihrer Sicht damit nicht ausreichend?

Diese Gesetzesnovelle enthält eine Reihe von Regelungen, die weder den Versorgungsprozess noch die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten verbessern. Sie wurde ohne vorherige Einbindung des ÖGB und der Gewerkschaften sowie der AK im Eiltempo beschlossen. Weniger als eine Woche wurde zur Begutachtung dieses umfangreichen Vorhabens eingeräumt und die Änderungen wurden schließlich erst kurz vor Beschlussfassung im Nationalrat eingebracht.

Wenn in die aktuelle Pflegeausbildung noch mehr Inhalte gepackt werden, so ist damit zu rechnen, dass die Teilnehmenden überfordert werden.



Die GuKG-Novelle 2024 auf einen Blick

Erweiterte Kompetenzen für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP):

- **Kompetenzorientierte Regelung:** Anstelle einer detaillierten Aufzählung spezifischer Tätigkeiten dürfen DGKP nun alle Aufgaben übernehmen, die ihrer Ausbildung entsprechen und nicht ausdrücklich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind.
- **Verordnung von Arzneimitteln:** DGKP sind berechtigt, in definierten Bereichen bestimmte Medikamente zu verordnen. Die genaue Liste dieser Arzneimittel wird per Verordnung der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers festgelegt.

Tertiärisierung und Neugestaltung der Spezialisierungen:

- **Überführung in den tertiären Bildungsbereich:** Sämtliche Spezialisierungen werden in den Hochschulbereich überführt, um den gestiegenen Anforderungen gerecht zu werden. Dies ermöglicht Fachhochschulen und Universitäten, spezialisierte Ausbildungen mit einem Mindestumfang von 60 ECTS anzubieten.
- **Dynamische Regelungen:** Die Novelle sieht vor, dass weitere Spezialisierungen durch Höherqualifizierung ermöglicht werden können, um flexibel auf zukünftige Bedarfe zu reagieren.
- **5 Jahres-Frist**
- **Psychogeriatrische Pflege (Sonderausbildung)**

Erweiterter Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistenz (PFA):

- **Kompetenzerweiterung:** Der Tätigkeitsbereich der PFA wird erweitert.

Änderungen in Behinderteneinrichtungen:

- **Anpassung der Gruppengröße:** Die bisherige Festlegung einer „Gruppe von höchstens zwölf behinderten Menschen“ wurde durch den Begriff „kleine Gruppe“ ersetzt, wobei in den Erläuterungen eine Anzahl von zwölf oder auch 15 Personen genannt wird.

Anpassungen bei Dokumentationspflichten:

- **Entfall des Schriftlichkeitsgebots:** Die Verpflichtung, ärztliche Anordnungen schriftlich festzuhalten, entfällt. Dies soll den bürokratischen Aufwand reduzieren und die Praxis erleichtern.

Eine längere Begutachtungszeit und ein seriöser Gesetzwerdungsprozess wären wohl angesichts der Bedeutung des Themas angemessen gewesen.

Wie könnte das in Hinkunft besser funktionieren?

Der Gesundheits- und Krankenpflege-Beirat ist ein Beratungsgremium, das im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) verankert ist. Seine Hauptaufgabe besteht darin, das Gesundheitsministerium in Fragen der Gesundheits- und Krankenpflege zu unterstützen. Der Beirat ist interdisziplinär aufgestellt und spielt eine wichtige Rolle in der Weiterentwicklung der

Pflegeberufe und sorgt dafür, dass gesetzliche und organisatorische Änderungen praxisnah und zukunftsorientiert gestaltet werden.

Die Arbeiterkammer vertritt über 90 Prozent aller Pflegepersonen und ist zuständige Registrierungsbehörde. Ihre Einbeziehung in den Gesundheits- und Krankenpflege-Beirat ist aus gewerkschaftlicher Sicht unumgänglich. Wenn AK und ÖGB in den Gesundheits- und Krankenpflege-Beirat hinzugezogen werden würden, können Novellen wie diese bereits vorab sinnvoll und gut überlegt erstellt werden und würden nicht erst im Nachhinein etliche blinde Flecken und negative Auswirkungen auf die Bediensteten und Auszubildenden haben. **P**





PERFORMANCE

Brustkrebs: Die Welt blickt auf Wien

WIEN HAT EINE LANGE TRADITION UND HOHE EXPERTISE, wenn es um onkologische Forschung, Versorgung, Prävention und Rehabilitation geht. Über die Rolle als „Hidden Champion“ in der Brustkrebsforschung tauschten sich kürzlich Expertinnen und Experten beim „Urban Forum“ aus. | von Michaela Meier

Mit beeindruckendem wissenschaftlichen Know-How in der Onkologie und einer starken Forschungscommunity ist Wien längst ein Hotspot für die Brustkrebsforschung.

„Eine von acht Frauen erkrankt im Lauf ihres Lebens in Österreich an Brustkrebs“, beschreibt Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, Brustkrebspezialist am Comprehensive Cancer Center der MedUni Wien und Präsident der österreichischen Brustkrebsstudiengruppe ABCSG (Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group), die Relevanz des Problems. Die gute Nachricht: „Die Ein-Jahres-Überlebensrate von Brustkrebspatientinnen beträgt heute 95 Prozent, die Überlebensrate nach drei Jahren 90 Prozent und nach zehn Jahren 80 Prozent. Vergangenes Jahr lag die Brusterhaltungsrate bei meinen Operationen bei 98 Prozent.“ 95 Prozent der österreichischen Mammakarzinom-

Patientinnen werden derzeit in zertifizierten Zentren versorgt.

Insgesamt haben bisher in Österreich und international fast 30.000 Patientinnen an klinischen Studien der ABCSG zur Verbesserung der Therapie bei Krebs teilgenommen. Nach wie vor ist die Früherkennung der entscheidende Schritt: „Eine rechtzeitige Therapie steigert die Überlebenswahrscheinlichkeit“, so Gnant. Ein Umstand, der auch die Kosten für die weitere Versorgung reduziert.

Hotspot für internationale Brustkrebs-Expertise

Dass sich Wien zu Recht als Welthauptstadt der Brustkrebsforschung bezeichnen darf, wird in wenigen Wochen einmal mehr unterstrichen, wenn sich 5.000 nationale und internationale Expertinnen und Experten im Rahmen der 19. St. Gallen International Breast Cancer Confe-

rence (SGBCC) treffen. Die hochkarätig besetzte Konferenz bietet Updates zu allen relevanten Aspekten der Behandlung von frühem Brustkrebs (EBC, Early Breast Cancer) über Vorträge zum aktuellen Stand der Wissenschaft sowie interdisziplinäre Diskussionen bis zu brisanten Themen. Die Vernetzung der österreichischen mit der internationalen Gesundheitscommunity steht darüber hinaus im Fokus. Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus über 100 Ländern und allen Kontinenten werden erwartet. Basierend auf dem aktuellen Stand der Brustkrebsforschung, den Erkenntnissen der führenden onkologischen Netzwerke, der American Society of Clinical Oncology (ASCO) und der European Society of Medical Oncology (ESMO), entstehen konkrete Handlungsanweisungen für die Praxis. „Die Konferenz in Wien endet mit der renommierten St. Gallen Konsensus-Sitzung, in der die Empfehlungen der weltweit führenden Expertinnen und Experten zur Behandlung von frühem Brustkrebs in zahlreichen Abstimmungen formuliert und damit die neuen Guidelines für die Diagnose und Therapie von frühem Brustkrebs definiert werden“, beschreibt Gnant, Gastgeber und Vorsitzender der Konferenz.

Die Welt blickt auf Wien, wenn die neuen Leitlinien für die onkologische Versorgung von frühem Brustkrebs verabschiedet werden.

Michael Gnant

Wegbereiterinnen für innovative Therapien

Auch wenn in Österreich die Zahl der Betroffenen im internationalen Vergleich weniger stark ansteigt, so sind es immerhin 6.000 Patientinnen pro Jahr. „Oder anders gesagt: Eine von acht Frauen wird im Laufe ihres Lebens mit dem Thema konfrontiert sein. Wir werden zwar immer besser bei der Diagnose und Therapie, aber im Hinblick auf die demografische Entwicklung werden sich die Herausforderungen dennoch weiter verschärfen“, ist Gnant überzeugt. Die gute Nachricht dabei ist, dass die Diagnose Brustkrebs für immer weniger Betroffene ein Todesurteil ist. „Das Ziel kann zwar nicht immer die vollständige Heilung sein, doch wir haben auch viele Frauen, die trotz der Erkrankung viele Jahre bei durchaus guter



Eine rechtzeitige Therapie steigert die Überlebenswahrscheinlichkeit der Betroffenen.

© KRISTIAN JUHASZ

Lebensqualität verbringen können“, beschreibt der Mediziner und betont: „Viele der Erfolge könnten wir als Forschende nicht feiern, wenn wir nicht die Unterstützung der vielen Brustkrebspatientinnen hätten, die sich auch für klinische Forschungsprogramme zur Verfügung stellen und damit Wegbereiterinnen für innovative Therapien sind. Das ist in einem Land mit hoher Wissenschaftsfeindlichkeit gar nicht so selbstverständlich, daher gilt es, diesen Frauen zu danken.“ In den letzten 30 Jahren sind knapp 30.000 Patientinnen – als wenige Ausnahmen auch einige Männer – in Österreich in solchen Studien behandelt worden. Dazu stehen mittlerweile zertifizierte Zentren zur Verfügung, in denen sich über hunderte Prüferinnen und -ärzte sowie Study Nurses engagieren und in hohem Maße interdisziplinär gearbeitet wird.

Früherkennung: Schlüssel zum Erfolg

Im Gegensatz zu anderen Krebsarten wie etwa Darmkrebs kann Brustkrebs nicht verhindert werden, doch: „Wenn wir ihn rechtzeitig entdecken, müsste niemand an Brustkrebs sterben und wir würden den Betroffenen, aber auch dem Gesundheitssystem, viele belastende Therapien ersparen.“ Nicht nur die Heilungsrate ist beachtlich, auch die Lebensqualität der Patientinnen hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. „Die Brusterhaltung ist Standard. Viele Tumore können vor der Operation geschrumpft werden, sodass wir fast zu 100 Prozent brusterhaltend eingreifen können“, beschreibt Gnant die beeindruckenden Fortschritte. Diese Ergebnisse werden aktiv mit der wissenschaftlichen Community geteilt: „Die ABSCG hat rund 70 Mitarbeitende, und wir haben gemeinsam mehr als 200 wissenschaftliche Arbeiten in weltweit führenden Fachzeitschriften veröffentlicht.“ Ein Umstand, der den Standort Wien zusätzlich attraktiv für die Forschungscommunity macht. Weitere Forschungen zur Früherkennung geben bereits Hoffnung, dass neue Technologien den Prozess noch einfacher machen: Dank Bluttests sollen Tumorzellen im Gewebe aufgespürt werden und damit bahnbrechende Neuerungen für die Krebsdiagnose liefern, noch bevor die ersten Symptome vorhanden sind. Neben anderen Tumorarten wird derzeit auch für Brustkrebs an einem Bluttest geforscht. „Diese Methode, die Liquid Biopsy, gilt als Screening-Methode der Zukunft, da sie auf Dauer Kosten und Aufwand bedeutend minimieren und einen niederschweligen Zugang bedeuten könnte“, fasst Gnant zusammen und gibt sich optimistisch: „Die Methode ist mittlerweile derartig eindrucksvoll, dass ich fast überzeugt bin, dass wir in etwa zehn Jahren Früherkennung auf diese Art betreiben. Selbst wenn wir unterscheiden können zwischen jemandem, der tatsächlich geheilt ist, und jemandem, der Nachbehandlung benötigt, ersparen wir uns mit solchen Methoden primär Last für die Betroffenen, aber auch Ressourcen der Gesellschaft. Das Geheimnis dieses Erfolges ist, dass alle zusammenarbeiten.“

Interdisziplinarität ist gelebter Alltag

Auch in der Zusammenarbeit der Berufsgruppen hat sich in den letzten 25 Jahren viel zum Vorteil der Betroffenen entwickelt. „Die Zusammenarbeit von Medizin, Sozialarbeit, Selbsthilfe, Psychologie oder Diätologie ist selbstverständlich geworden. Das Setting von Expertinnen und Experten sowie gesundheitsunterstützenden Berufen hilft nicht nur die Versorgung zu verbessern, sondern auch voneinander zu lernen und sich zu entwickeln“, beschreibt Gnant die Vorteile. Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Klimpfner, Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Klinische Pathologie und Molekularpathologie, betont ebenfalls die Bedeutung der

Im März treffen sich 5.000 nationale und internationale Expertinnen und Experten im Rahmen der 19. St. Gallen International Breast Cancer Conference (SGBCC) in Wien.



Sonderbeilage Kurier



Zusammenarbeit, aber auch die erforderliche Infrastruktur, die in Wien zur Verfügung steht: „Ein molekularpathologisches Labor wird nicht auf der grünen Wiese entstehen, das braucht Entwicklungszeit und die Zusammenarbeit mit Onkologie, Chirurgie, Radiologie und vielen anderen Disziplinen, um höchste Qualität zu liefern.“ Hilfreich war aus seiner Sicht auch das Spitalskonzept der Bundeshauptstadt, das statt eines breiten medizinischen Angebots in allen Spitälern in einzelnen Häusern Zentren für Fachgebiete etablierte. In drei Regionen sind jeweils in zwei „Partnerspitälern“ die Angebote aufeinander abgestimmt, das AKH ist weiterhin Schwerpunktspital. „Damit werden die Kompetenzzentren in den Spitälern gefördert und setzen auf eine interdisziplinäre und monodisziplinäre Zusammenarbeit mit hoher Expertise in einem bestimmten Fach“, sagt Klimpfner und betont weiter: „In Anlehnung an das Vienna Cancer Center sind die onkologischen Einrichtungen des Wiener Gesundheitsverbundes, des AKH Wien und der Medizinischen Universität Wien im Sinn einer qualitativ einheitlichen, wohnortnahen Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten verbunden. So konnte auch in jedem Spital ein molekularpathologisches Labor eingerichtet werden, das rasche Befundungen erlaubt.“ Wichtig ist dem Experten, nicht nur die hohe Qualität dieser Befunde hervorstreichen, sondern die kurze Wartezeit: „Die Diagnose ist ohnehin schon eine hohe Belastung, und je schneller man befunden und therapieren kann, umso besser für die Betroffenen.“

Der Mensch im Mittelpunkt

Was die Diagnose „Brustkrebs“ im Alltag bedeutet, weiß wohl niemand besser als Mag. Claudia Altmann-Pospiscek, Betroffene und Bloggerin. „Am Anfang stehen der Schock und die Angst“, erinnert sie sich, als ihr im Jahr 2013 eine Durchschnittsüberlebenszeit von zwei Jahren prognostiziert wurde. Dank der heimischen Spitzenmedizin und ihrem Kämpfergeist ist ihre Erkrankung mittlerweile auf einem stabilen Niveau. „Ich bin stolz auf all das, was Österreich für die onkologische Forschung leistet und auf die Mitarbeitenden in den Zentren, die ein Umfeld schaffen, in dem man sich gut aufgehoben fühlt“, sagt Altmann-Pospiscek. Dennoch sind Erfolge ohne Vorsorge und Früherkennung auch künftig nicht möglich und hier gibt es nach Ansicht von Gnant noch deutlich Luft nach oben: „Gerade in Wien haben wir Bevölkerungsgruppen, die wir nach wie vor mit unseren Vorsorgeangeboten nicht erreichen, wie Familien mit Migrationshintergrund oder in

bildungsfernen und wirtschaftlich benachteiligten Schichten.“ Er fordert mehr Aufklärung und Informationsangebote, vor allem für diese Gruppen, und schlägt damit in die gleiche Kerbe wie Univ.-Prof. Dr. Paul Sevelda, Präsident der Österreichischen Krebshilfe, der auch auf die soziale Dimension der Erkrankung hinweist. „Menschen haben heutzutage mit der Diagnose Krebs noch viele Lebensjahre vor sich, daher dürfen wir auch Themen wie Kündigungsschutz, Wiedereingliederung oder Rehabilitationsangebote nicht außer Acht lassen. Sevelda bricht neuerlich eine Lanze für die Forschung und appelliert an die Politik: „Fortschritt kommt aus der Forschung und dafür muss es in den Spitälern die passende Infrastruktur geben.“ Dazu müssen auch die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und der Abbau der Wissenschaftsfeindlichkeit auf der Agenda stehen. Einig sind sich die Expertinnen und Experten, dass das interdisziplinäre Zusammenwirken, die beste Forschung und die beste Infrastruktur nichts leisten können, wenn nicht das entsprechende Fachpersonal vorhanden ist. Victoria Navratil, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft aus der Klinik Favoriten, fordert daher, der Spezialisierung ihrer Berufsgruppe mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Sie war selbst als Cancer Nurse in der Beratung und im Schnittstellenmanagement tätig und weiß um die Bedeutung dieses Angebotes Bescheid. „Österreich war europaweit das letzte Land, das Cancer Nurses ausgebildet hat und heute sind diese Spezialisierungen noch nicht flächendeckend in allen Spitälern vorhanden.“ Dass der Fokus auf Bildung und Ausbildung für alle Bereiche im Gesundheitswesen, aber auch die Bevölkerung gilt, betont auch Prim. Univ.-Doz. Mag. Dr. Friedrich Lomoschitz, Vorstand des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie in der Klinik Hietzing. „Die Selbstuntersuchung und die Achtsamkeit für die eigene Gesundheit sind zentrale Bausteine einer Vorsorge und Früherkennung.“ Auch wenn die Radiologie oft als technisches Fach bezeichnet wird, so betont er, dass ohne Bildgebung in der modernen Medizin entscheidende Diagnose- und Therapieschritte oft nicht möglich wären. „Dennoch darf bei all den optimalen technischen und infrastrukturellen Voraussetzungen sowie der Digitalisierung in der Medizin die menschliche Komponente nicht vergessen werden. Es braucht am Ende immer noch die Menschen, die sich für die Patientinnen und Patienten einsetzen, und die müssen wertgeschätzt und gefördert werden.“ P



PERFORMANCE

Lungenkrebs: Früherkennung rechnet sich

Die Datenlage ist überzeugend: Die Früherkennung von Lungenkrebs spart Leid und Geld. Trotz überwältigender Evidenz und etablierter Programme in Nachbarländern **FEHLT HIERZULANDE NACH WIE VOR EIN STRUKTURIERTES, FLÄCHENDECKENDES PROGRAMM**. Ein Startschuss vonseiten der Politik wird dringend gefordert. | von Michaela Meier



Lungenkrebs stellt in Österreich eine der häufigsten und tödlichsten Krebserkrankungen dar. Früherkennung und Prävention sind entscheidend, um die Sterblichkeitsrate zu senken und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. „Die Prognose für Lungenkrebspatientinnen und -patienten hat sich durch zielgerichtete Therapien verbessert. Immerhin konnte die Drei-Jahres-Überlebensrate von 26,4 Prozent im Zeitraum 2009 bis 2013 auf 34,5 Prozent im Zeitraum 2019 bis 2020 gesteigert werden. Die Inzidenz von Lungenkrebs bei Frauen nimmt weiterhin zu, während sie bei Männern relativ stabil bleibt“, beschreibt Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour, Leiter des Karl-Landsteiner-Instituts für Lungenforschung und Pneumologische Onkologie und Vorstand der Abteilung für Innere Medizin und Pneumologie, Klinik Floridsdorf, im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs zum Thema Lungengesundheit. Entscheidend für das Langzeitüberleben ist das Stadium der Erkrankung zum Zeitpunkt der Erstdiagnose. Und hier stellt nach Ansicht des Experten nach wie vor die späte Diagnose eine große Herausforderung dar: „Etwa 76 Prozent der Lungenkarzinome werden

Expertinnen und Experten beim PRAEVENIRE Gipfelgespräch zum Thema Lungengesundheit sind sich einig: Entscheidend für das Langzeitüberleben ist das Stadium der Erkrankung zum Zeitpunkt der Erstdiagnose.

erst in den fortgeschrittenen Stadien III oder IV entdeckt, was die Behandlungsmöglichkeiten stark einschränkt und die Überlebenschancen reduziert.“ Zudem sind die Behandlungskosten im fortgeschrittenen Stadium erheblich höher als im frühen Stadium. Frühdiagnosen könnten nicht nur Leben retten, sondern auch die Gesundheitskosten drastisch reduzieren. „Die Langzeitüberlebenswahrscheinlichkeit konnte durch Früherkennung und rechtzeitige Behandlung signifikant gesteigert werden, in manchen Studien auf bis zu 95 Prozent nach acht Jahren. In Ländern mit etablierten Programmen, wie Taiwan oder den USA, verschiebt sich der Anteil der Diagnosen von fortgeschrittenen Stadien III und IV hin zu frühen Stadien I und II“, sagt Valipour. Das ermöglicht kurative Therapien mit deutlich besseren Überlebenschancen.

Modernes Management bei Lungenkrebs
Internationale Daten wie etwa aus der NELSON-Studie (National Lung Screening Trial) zeigen, dass regelmäßige Low-Dose-Computertomografie (CT)-Untersuchungen bei Risikogruppen die Sterblichkeit um bis zu 25 Prozent senken können. Damit diese Angebote auch in Anspruch genommen werden, müsste

ein standardisiertes Früherkennungsprogramm etabliert werden, das auch Kostenvorteile für das Gesundheitswesen eröffnen würde. Lungenkrebs-Früherkennung unterscheidet sich vom klassischen Screening, da sie eine spezifische Risikostratifizierung nutzt. Neben Alter und Geschlecht werden individuelle Faktoren wie Raucherstatus oder familiäre Vorbelastung berücksichtigt. Diese gezielte Herangehensweise erhöht die Effektivität, erfordert jedoch eine klare Definition und Umsetzung in der Praxis. Derzeit sind Lungenkrebs-Früherkennungsprogramme in Österreich noch nicht flächendeckend etabliert. „Das Ziel muss ein Stage-Shift sein, um Erkrankungen in einem früheren Stadium zu erkennen“, betont Valipour. Dazu braucht es in regelmäßigen Abständen die Durchführung eines Low-Dose-CT mit entsprechender Befundabklärung und dort, wo es erforderlich ist, eine weiterführende chirurgische oder pathologische Abklärung.

Behandlungsausgaben sinken bei Früherkennung
Die Früherkennung ist nicht nur medizinisch effektiv, sondern auch gesundheitsökonomisch sinnvoll. Während Therapien im Spätstadium

bis zu 100.000 Euro pro Jahr kosten, belaufen sich die Ausgaben für chirurgische Eingriffe im Frühstadium auf etwa 10.000 Euro. „In einem frühen Stadium sind Betroffene wesentlich einfacher zu operieren. Damit werden die Spitalsaufenthalte kürzer und die Betroffenen gehen fitter und schneller nach Hause“, deckt Prim. Priv.-Doz. Dr. Stefan Watzka, BA, FACS, Leiter der Ambulanz für Thoraxchirurgie an der Klinik Floridsdorf, weitere Sparpotenziale auf. „Es besteht kein Zweifel an der Notwendigkeit, strukturierte Früherkennungsprogramme einzuführen und durch politische Maßnahmen zu fördern. Ein Fokus auf Risikogruppen und die Kopplung an Rauchentwöhnungsprogramme könnte den Erfolg der Maßnahmen weiter steigern“, ist auch Ao. Univ.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Helmut Prosch, stellvertretender Abteilungsleiter der Klinischen Abteilung für Allgemeine Radiologie und Kinderradiologie an der Medizinischen Universität Wien, überzeugt. Auch Primaria Priv.-Doz. in Dr. Marie-Kathrin Breyer, PhD, Vorständin der Abteilung für Atemwegs- und Lungenkrankheiten der Wiener Klinik Penzing, fordert abgestimmte Programme, vor allem auch, um die Verunsicherung zu reduzieren: „Aktuell kommen Patientinnen und Patienten mit Befunden direkt zu uns ins Akutspital, da sie über die Bedeutung und weitere Behandlungsschritte nicht ausreichend aufgeklärt sind.“ Auch sie plädiert dafür, dass Rauchende als besondere Risikogruppe im Fokus stehen müssten. Dr. Ulrich Radda, Regionalleiter Medizinischer Dienst der Österreichischen Gebietskranken-

Arschang Valipour präsentiert Daten, die zeigen, dass regelmäßige Low-Dose-CT bei Risikogruppen die Sterblichkeit um bis zu 25 Prozent senken könnte.



kasse, betont, dass derzeit die Bildgebung noch bewilligungsfrei ist und die Strahlenbelastung durch den Einsatz moderner Medizintechnik massiv reduziert werden konnte. „Künstliche Intelligenz etabliert sich als effiziente Unterstützung“, so Radda, der die Vorteile langfristig sieht und ebenfalls die Kopplung an die Raucherentwöhnung vorschlägt.

Der richtige Zeitpunkt ist jetzt

Ein Pilotprojekt in Wien wird von allen als idealer Ausgangspunkt angesehen, um erste Erfahrungen zu sammeln und mit niederschweligen Angeboten die passende Zielgruppe zu erreichen. „Programme müssen leicht verständlich und zugänglich sein, um alle Bevölkerungsgruppen zu erreichen“, sind sich Patientvertreterinnen Angelika Widhalm, Präsidentin des

Bundesverbandes Selbsthilfe Österreich, und Gundula Koblmiller, Vorstandsmitglied der Österreichischen Lungenunion (ÖLU), einig. Die aktive Beteiligung von Patientenorganisationen und die frühzeitige Sensibilisierung der Bevölkerung sind aus ihrer Sicht entscheidend, um Vertrauen und Akzeptanz zu schaffen. Der dringende Handlungsbedarf in Österreich steht für medizinische Fachkreise außer Frage. „Es gibt erfolgreiche Programme, eine Über-einkunft zu den Einschlusskriterien und den Zielgruppen. Für den Beginn stehen auch ausreichend Kapazitäten in den Radiologieinstituten zur Verfügung, die jetzt klare Vorgaben für die Abwicklung und das Monitoring benötigen“, fasst Valipour zusammen. Was jetzt noch zur Umsetzung fehlt, ist das politische Commitment. **P**



360° Blick

Leben mit einer Seltenen Erkrankung

Rechtsgutachten „Patient:innenorganisationen: Zaungäste oder Partner im österreichischen Gesundheitswesen?“

Unter diesem Titel untermauert ein aktuelles Rechtsgutachten nun erstmals diese langjährige Forderung nach aktiver und gesetzlich legitimer Partizipation im Gesundheitswesen.

Als Dachverband für Patient:innenorganisationen und Repräsentant:innen für seltene Erkrankungen (SE) mit aktuell 112 Mitgliedern verfolgen wir seit langem die Forderung nach **gesetzlich verankerter frühzeitiger Einbindung** von Patient:innen bzw. Patient:innenorganisationen als Expert:innen in Prozesse und Entscheidungen im Gesundheitssystem und ihre Anerkennung als Partner:innen auf Augenhöhe. Derzeit werden Vertreter:innen von Patient:innenorganisationen, die als Expert:innen auf ihrem Gebiet zu sehen sind, immer wieder als Laien qualifiziert und ihnen somit der Zugang zu medizinischen Fachinformationen verwehrt. Unsere Forderungen beziehen sich v. a. auf Betroffene von SE, wo die Expertise von Patient:innen aufgrund der Seltenheit der Erkrankungen umso wichtiger ist, **gelten jedoch für alle Patient:innen bzw. Patient:innen-**

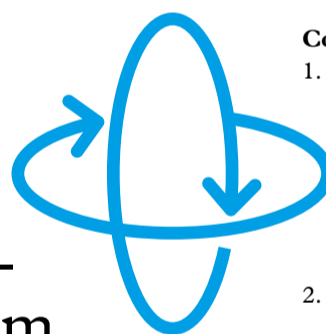
organisationen. Die Beteiligung kommt langfristig dem Gesundheitssystem zu Gute, da die Expertise von Patient:innen von Beginn an eingebunden wird und so möglicherweise später entstehende Kosten im Gesundheitssystem vermieden werden können, die Gesundheitskompetenz gefördert und die Akzeptanz von Entscheidungen erhöht wird.

Die renommierte Anwältin **Dr. Maria-Luise Plank** erarbeitete das Gutachten; **Claas Röhl**, stv. Obmann Pro Rare Austria, und **Elisabeth Weigand**, Geschäftsführung, fungieren als Co-Autor:innen.

Die Untersuchung sowohl des Zugangs von Patient:innenorganisationen zu (Fach-)Informationen als auch ihre Einbindung in Forschung und Entwicklung (F&E) und in Bewertungs- und Kostenerstattungsprozesse wurde durch uns beauftragt. Eine finanzielle Unterstützung konnte dafür von PHARMIG und FOPI gewährt werden.



Claas Röhl, stv. Obmann Pro Rare Austria, Obmann NF Kinder Österreich



Conclusio:

1. **Patient:innenorganisationen seien nicht als Laien zu qualifizieren** und sollten als wesentliche Partner:innen im Gesundheitswesen Zugang zu Information für Fachkreise bzw. wissenschaftlichen Veranstaltungen haben. Um Klarheit zu schaffen, sei eine **gesetzliche Etablierung von Patient:innenorganisationen** wünschenswert.
2. Es gibt **keinerlei rechtliche Hürden für die frühzeitige Beteiligung von Patient:innenorganisationen an F&E.** Eine derartige Einbeziehung Betroffener entspricht der gesellschaftlichen Entwicklung in Umsetzung des Rechts auf Selbstbestimmung und Partizipation.
3. Es gibt derzeit **keine gesetzliche Verankerung dafür, dass Patient:innenorganisationen in Bewertungs- und Kostenerstattungsprozesse eingebunden werden müssen;** wenn sie in Expert:innengremien einbezogen werden, dann ohne Stimm- oder Antragsrecht. Die Patientencharta sieht die Einbindung der Patienten-anwaltschaft ohne Stimmrecht vor.

Unsere daraus abgeleiteten Empfehlungen und Forderungen an eine neue Bundesregierung:

1. **Gesetzliche Verankerung** der freiwilligen Patient:innenorganisationen, deren Beteiligung an der Gestaltung des Gesundheits- und Sozialsystems und deren adäquate öffentliche **Basis- und Projektfinanzierung** entsprechend einer unionskonformen Umsetzung
2. Ermöglichung des **Zugangs** von Patient:innenorganisationen zu Fachtagungen und wissenschaftlichen Veranstaltungen durch Spezifikation des Laienbegriffs und dezidierte Ausnahme der Vertreter:innen von qualifizierten Patient:innenorganisationen **P**



OTS Presseaussendung und Rechtsgutachten: <https://www.prorare-austria.org/news/aktuelles/news/presseaussendung-forderung-an-neue-bundesregierung>



PIONIERE

„AOP goes US“: Eine österreichische Erfolgsgeschichte

Das österreichische Pharmaunternehmen AOP Health ist auf die **ERFORSCHUNG UND ENTWICKLUNG VON THERAPIEN FÜR SELTENE ERKRANKUNGEN SOWIE IN DER INTENSIVMEDIZIN** spezialisiert. Das Führungsduo, der Mediziner Dr. Martin Steinhart und der Jurist Bernhard Nachbaur, LL.M., gibt Einblick in aktuelle Entwicklungen und skizziert den Weg zu einer zukunftssträchtigen Pipeline. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Ein Pharmakologe und Pharmazeut gründete im Jahr 1996 AOP Health, da er überzeugt war, dass bestimmte Patientengruppen mit seltenen Erkrankungen nicht ausreichend mit Therapien versorgt waren. Seither setzt das Unternehmen auf die eigene Entwicklung vielversprechender Wirkstoffe in den Bereichen Hämatologie, Kardiologie, Pulmologie sowie für die Intensivmedizin. Nicht ohne Stolz erzählen Steinhart und Nachbaur, wie das heimische Traditionsunternehmen von Wien aus nun auch den US-amerikanischen Markt erobern möchte.

PERISKOP: Wie ist AOP Health aufgestellt?

NACHBAUR: In den letzten 25 Jahren hat sich AOP Health zu einem etablierten Anbieter von integrierten Therapielösungen entwickelt. Wir sind von unserem Hauptsitz in Wien, in Europa und dem Nahen Osten sowie über Partner in über 55 Ländern weltweit tätig. Die Exportquote liegt bei über 80 Prozent. 80 Prozent unserer Produktion erfolgen in Europa, darunter auch in Österreich. Wir sind massiv gewachsen: In den letzten drei Jahren hat sich die Zahl der Mitarbeitenden nahezu verdoppelt, der Umsatz wurde

in den letzten drei Jahren verzweifacht. Mit einem kontinuierlichen und nachhaltigen Wachstum verfolgen wir eine sehr solide Strategie: Vom lokalen Ursprung erweitern wir international. Am meisten freut uns, dass es uns im November 2024 gelungen ist, die FDA-Zulassung für Landiolol zu erhalten, das zur Behandlung akuter Herzerkrankungen in Europa bereits zugelassen ist, und damit den Sprung auf den US-amerikanischen Markt zu machen.

Was unterscheidet Ihr Unternehmen von anderen Pharmaunternehmen?

STEINHART: Ein wesentliches Element ist sicher der Unternehmergeist, den die Gründer in der DNA des Unternehmens verankert haben. Bis heute sind wir im Privatbesitz und müssen daher keine Shareholderinteressen bedienen. Damit sind wir wieder bei unserem organischen Wachstum: Zuerst werden Umsätze generiert, die Gewinne werden wieder in Forschung und Entwicklung investiert. Das ermöglicht es uns, langfristig immer wieder neue Produkte auf den Markt zu bringen. Das bedingt ein etwas langsames, aber dafür ein sehr solides und gesundes Wachstum.

Welche zentralen Therapiefelder decken Sie ab und wie werden diese Schwerpunkte ausgewählt?

STEINHART: Wir decken einen „Unmet Medical Need“, also einen ungedeckten medizinischen Bedarf, ab. Begonnen hat dieser Weg im Bereich der Rare Diseases im Jahr 1996, zu einem Zeitpunkt, als es vermutlich auch noch schwer zu definieren war, welche Erkrankungen wirklich zu den seltenen zählen.

Für uns war damals schon klar, dass es viele Patientinnen und Patienten gibt, die keine Möglichkeit auf eine adäquate Diagnose und damit auch nicht auf eine adäquate Therapie haben. In Österreich sprechen wir hier von rund 600.000 Betroffenen, in ganz Europa von 30 Millionen Menschen. Es gibt etwa 6.000 verschiedene Rare Diseases, aber nur für etwa fünf Prozent davon sind Therapiemöglichkeiten vorhanden. Wir wollen für diese Patientinnen und Patienten Arzneimittel entwickeln, die durch randomisierte, kontrollierte Studien in ihrer Wirksamkeit und Verträglichkeit dokumentiert sind. Weiters bieten wir im intensivmedizinischen Bereich Therapiemöglichkeiten an.

Wie würden Sie Ihre kurz- und mittelfristigen Ziele bzw. die strategischen Ziele beschreiben?

NACHBAUR: Wir wollen unser nachhaltiges Wachstum fortsetzen und uns von einem österreichischen bzw. europäischen weiter zu einem globalen Player entwickeln. Wir sind sehr stolz auf unseren Standort Wien und die Tatsache, dass wir ein europäisches Unternehmen mit österreichischen Wurzeln sind. Immer noch gibt es viele Unmet Medical Needs, und das motiviert uns natürlich, weiter zu wachsen, um global Patientinnen und Patienten besser versorgen zu können. Zusammengefasst macht uns dieser gesunde Expansionskurs aus.

STEINHART: Der Sprung zur Globalisierung mit der Möglichkeit, auf dem US-amerikanischen Markt Landiolol zu launchen, ist für uns ein riesengroßer Meilenstein, weil es rückblickend unsere Historie so gut beschreibt. Wir haben schon 2016 eine erste Zulassungswelle in Europa erhalten und in einer zweiten 2023 die restlichen Länder in Europa erreicht. Jetzt, 2024, ist uns der Schritt auf den US-amerikanischen Markt gelungen. Darüber hinaus können wir Landiolol über Partner, wie zum Beispiel in Südamerika oder in Australien, anbieten.

In Europa entsteht der größte Teil unserer Wertschöpfung, weil wir auch hier unsere Produktion haben. 80 Prozent unserer Arzneimittel werden in Europa produziert. Landiolol zu 100 Prozent. Wir erreichen innerhalb von drei Stunden jeden unserer Hersteller und haben eine sehr direkte Interaktion mit unseren Forschungskooperationspartnern. Der Standort Wien, in Österreich, in Europa, ist ein ganz wesentlicher, von dem aus wir diese globale Expansion auch die nächs-



Geschäftsführer Dr. Martin Steinhart lobt den Unternehmergeist, den die Gründer in der DNA des Unternehmens verankert haben und der bis heute eine wichtige Basis für den Erfolg ist.

ten Jahre vorantreiben möchten. Wir haben 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Wien beschäftigt, international um die 600.

Wo liegen für Sie die großen Herausforderungen auf diesen Märkten?

STEINHART: Die Gesellschaft möchte zu Recht mehr über die Verträglichkeit und die Wirksamkeit von Arzneimitteln wissen, daher steigen auch die Anforderungen an Unternehmen und an die Arzneimittelentwicklung. Eine Entwicklung, die wir heute durchführen, ist um ein Vielfaches teurer als noch vor zehn oder 15 Jahren und dauert auch viel länger. Diese gestiegenen Kosten stellen uns auch vor Herausforderungen, die Investitionen, die wir getätigt haben, wieder zu erwirtschaften. Dazu kommt das Risiko, dass nicht jede Entwicklung auch zum Erfolg führt. Wenn wir dann in der Entwicklung auch noch Spezifika für den US-amerikanischen sowie für den europäischen Raum oder andere Territorien berücksichtigen müssen, werden die Kosten noch einmal steigen. Das heißt, bei der globalen Expansion ist das Thema Finanzierung von Forschung und Entwicklung und Refinanzierung ein Kernpunkt, den es zu beachten gilt.

NACHBAUR: Die Finanzierung und der Wirtschaftsstandort sind zentrale Elemente mit einem großen Einfluss auf die Pharmaindustrie. Einerseits braucht es eine gesellschaftliche Entscheidung, wie Innovationen zu fördern und Investitionen in den Gesundheitsbereich zu tätigen sind. Darüber hinaus kommen wir dann zur Frage, was es einer Volkswirtschaft wert ist, Patientinnen und Patienten gut und sicher zu versorgen. Für uns ist das ein sehr lohnenswertes Ziel, daher setzen wir uns für einen starken Innovationsstandort Österreich ein.

Wie gehen Sie im Unternehmen mit ethischen Fragen um, die im Zusammenhang mit personalisierter Medizin auftreten?

STEINHART: Die Tatsache, dass wir in einem Rare-Disease-Bereich forschend tätig sind, bedeutet nicht, dass Studien kürzer sind oder weniger hohe Anforderungen haben. Im Gegenteil, bezüglich regulatorischer Anforderungen und Voraussetzungen für randomisierte, kontrollierte Studien unterscheidet sich das nicht zum Non-Rare-Disease-Bereich. Das heißt aber, um eine verlässliche Aussage zur Verträglichkeit und Wirksamkeit eines neuen Arzneimittels zu treffen, brauchen wir genügend Patientinnen und Patienten in randomisierten, kontrollierten Studien, um diese Aussage treffen zu können. Wir führen aktuell zum Beispiel eine Studie in einer sehr seltenen Erkrankung durch, bei der pulmonalen arteriellen Hypertonie, wo die Inzidenz zwischen 20 und 50 Neuerkrankten pro einer Million liegt. Wir wissen, dass wir im Schnitt 1 bis 1,5 Patientinnen und Patienten pro Zentrum pro Jahr rekrutieren können, benötigen aber 120. Das heißt, die Studiendauer ist sieben Jahre. Und das beschreibt sehr gut die Herausforderung: Um verlässliche Daten zu generieren, dauert es mitunter noch länger, mit einer sehr hohen finanziellen Anforderung.

Welchen Stellenwert haben Innovation und Forschung?

NACHBAUR: Auf einer globalen Ebene versuchen wir, nachhaltig zu wachsen. Das heißt, wir reinvestieren laufend in unsere Pipeline, das ist der Wachstumsmotor für die Zukunft.

STEINHART: Es ist ganz wesentlich, dass wir neue Lösungen für Patientinnen und Patienten finden können. Im Bereich sogenannter myeloproliferativer Neoplasien sind wir sehr stolz darauf, dass wir nicht nur Studien durchgeführt haben, die unsere Medikamente zur Zulassung gebracht

Für den Geschäftsführer Bernhard Nachbaur, LL.M., ist der Weg klar: Das nachhaltige Wachstum von einem österreichischen zu einem europäischen und weiter zu einem globalen Player wird fortgesetzt.



haben, sondern dass wir in einer Langzeitstudie auch Informationen über die Zulassungsanforderungen hinweg sammeln. So erhalten wir zusätzliche Informationen zur Diagnose, zum Therapiemonitoring und zur Therapiezielsetzung, die dann auch in internationale Guidelines einfließen. So gelingt es auch, die Wahrnehmung einer Therapie und das Verständnis für die Erkrankung und die Betroffenen zu verändern.

Welche Rolle spielen für Sie Kooperationen mit Forschungseinrichtungen oder mit akademischen Einrichtungen?

STEINHART: Wir haben ein tolles Netzwerk zu Forschenden und zu Anwenderinnen und Anwendern in Kliniken in Österreich und ganz Europa, das uns hilft, eine Erkrankung besser zu verstehen und besser zu erforschen. Aktuell laufen über 55 aktive klinische Studien, die wir einerseits direkt als Sponsor durchführen oder indirekt unterstützen, um relevante wissenschaftliche, klinische Fragestellungen aus kontrollierten Studien zu bekommen. Das ist die relevanteste Quelle, um eine verlässliche Aussage zur Verträglichkeit und Wirksamkeit eines Arzneimittels zu bekommen.

Was bedeutet die Zulassung von Landiolol für AOP Health?

STEINHART: Wir sind sehr stolz darauf, es ist ein absoluter Meilenstein für uns und der Beginn von einem Langzeitprojekt, nämlich der Aufgabe, dass wir uns auch als Organisation zu einem globalen Player entwickeln müssen. Das eröffnet ein umfassendes Lernpotenzial, das für uns alle sehr spannend sein wird.

STEINHART: Wir müssen jetzt auch in diesem Markt ein Netzwerk zu den Forschenden und Kliniken aufbauen, damit der Zugang zu dieser neuen Therapieform über die Wissenschaft gelingt, um den bestmöglichen Nutzen für die Betroffenen zu realisieren. Der Launch von „Rapiblyk™“ – so wird es in Amerika heißen – wird nicht über Partnerunternehmen, sondern durch AOP Health selbst erfolgen, um Erfahrungen für einen weiteren Ausbau des US-Marktes zu sammeln. Die Region ist zwar mit 330 Millionen

Einwohnerinnen und Einwohnern im Vergleich zu Europa mit 440 Millionen ähnlich groß, nur geografisch ist das Gebiet doppelt so groß wie das europäische. Zudem ist das Gesundheitssystem nicht mit Europa vergleichbar.

Welche Rolle spielt die Digitalisierung in Ihrem jetzigen Umfeld?

NACHBAUR: Wir machen so wie viele andere Branchen gerade erste Erfahrungen, wie künstliche Intelligenz in der Administration oder in der Forschung und Entwicklung (R&D) am besten zu implementieren ist, um die Effizienzvorteile auch den Patientinnen und Patienten zugute kommen zu lassen. Insgesamt ist die Digitalisierung eine wesentliche Entwicklung, die uns als Unternehmen, aber auch als Gesellschaft transformieren wird.

STEINHART: Eine zentrale Fragestellung in diesem Zusammenhang ist, wie wir die Produktentwicklung schneller gestalten können. Die Arzneimittelentwicklung von der Phase 1 bis zur Zulassung dauert mitunter zehn Jahre oder länger. Daher wollen wir bei noch besserer Qualität schneller einen Output realisieren und damit Innovation treffsicherer für Patientinnen und Patienten zugänglich machen.

Wenn wir das Interview in zwei bis drei Jahren wiederholen würden, worauf würden Sie dann zurückblicken oder worüber würden wir dann vielleicht sprechen?

NACHBAUR: Wahrscheinlich werden wir eine ganz andere AOP Health-Weltkarte zeigen können, weil unsere globale Abdeckung weiterhin dem Wachstumskurs gefolgt ist. Wir könnten über unsere R&D-Pipeline berichten, die noch voller ist als jetzt. Anstelle von ein paar Tausend Patientinnen und Patienten, die wir momentan versorgen, werden wir dann international viele Zehntausend Betroffene versorgen.

STEINHART: Wir glauben fest an die Wissenschaft und an die klinische Forschung. Mit unserer starken und erfahrenen R&D hier am Standort Wien wollen wir über die Wissenschaft und klinische Forschung unsere neuen Arzneimittel und Therapien verstehen und sie bestmöglich zu den Patientinnen und Patienten bringen. **P**



PIONIERE

Bürgermeister:innen wollen Apotheken!

Umfrage zeigt die Bedeutung der Apotheken bei der Gesundheitsversorgung am Land auf



Gerade in ländlichen Regionen sind die Apotheken oft einer der letzten Nahversorger. Sie bilden das Rückgrat der gesundheitlichen Infrastruktur, sind soziales Zentrum und tragen zum Erhalt dörflicher Gemeinschaften bei. Eine wichtige Rolle, die von den Gemeinden und ihren Bürgermeister:innen wahrgenommen und geschätzt wird. Das belegt eine Umfrage, die wir auf Kommunalnet.at, dem größten Informationsportal für österreichische Gemeinden, durchgeführt haben.

Die wichtigsten Ergebnisse ...

- Knapp 77 Prozent der Befragten geben an, dass die öffentliche Apotheke für die Gesundheitsversorgung in der Gemeinde „sehr wichtig“ ist, weitere 16 Prozent schätzen ihre Rolle als „wichtig“ ein.
- Gefragt nach der Bedeutung der

apothekerlichen Notdienste sagen 70 Prozent, dass sie diese Versorgungsleistung für „sehr wichtig“ halten, rund 24 Prozent empfinden sie als „wichtig“.

- Ebenso spannend: Die Apotheke landet bei der Frage nach der Relevanz von Gesundheitseinrichtungen für die wohnortnahe (Erst-)Versorgung der Bevölkerung gleich auf Platz 2 hinter der hausärztlichen Kassenspraxis.
- Außerdem wollten wir wissen, welche zusätzlichen Leistungen, denn in Apotheken in Zukunft angeboten werden sollen, um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu verbessern. Ganz vorne liegt der Ausbau der Labor-Infrastruktur und von diagnostischen Tests zur Erkennung verschiedener Infektionserkrankungen. Dahinter folgen die Herstellung von Arzneimitteln zum Ausgleich von Lieferengpässen und die Durchführung von Impfungen.



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

... und die wichtigsten Erkenntnisse

Sieht man sich die Zahlen im Detail an wird eines schnell klar: Bürgermeister:innen wollen Apotheken in ihren Gemeinden und sie wissen, dass sie einen entscheidenden Beitrag zu einer guten gesundheitlichen Versorgung ihrer Bevölkerung leisten.

Ein zweiter Aspekt: Wenn insgesamt 96 Prozent sagen, die apothekerlichen Notdienste seien „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“, dann muss diese Leistung dauerhaft abgesichert werden – und zwar aus Mitteln der öffentlichen Hand. Denn aktuell finanzieren die Apotheken dieses Service selbst und zahlen – gerade in kleinen Gemeinden – pro Jahr rund 36.000 Euro aus eigener Tasche drauf. Und drittens: Die breite Mehrheit, die die Forderung nach Impfungen in der Apotheke bereits in der Bevölkerung hat, setzt sich auch auf Ebene der Gemeinden fort. Über die Akzeptanz eines solchen Angebots muss man sich also keine Sorgen machen – es fehlt nur noch der rechtliche Rahmen. Und den braucht es angesichts des Aufholbedarfs, den wir in Österreich bei den Durchimpfungsraten haben, sehr rasch.

Die Politik ist gefordert

Nun ist die Bundespolitik dringend gefordert, die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, das Potenzial der Apotheken noch mehr zu nutzen. Über Gesetzesänderungen beim Impfen, aber auch über die Anpassung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Die Nachtdienste sind eine zentrale Versorgungsleistung, die uns gesamtgesellschaftlich auch etwas wert sein sollte. Wiederkehrende Lieferengpässe verursachen ebenso große Aufwände in den Betrieben – finanziell ausgeglichen wird das nicht. Darüber müssen wir reden, wenn wir weiterhin eine gute Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum haben wollen. **P**

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



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

24.-25. JUNI 2025

© RENÉE DEL MISSIER

Ambulante Aufbruchsstimmung

Das österreichische Gesundheitssystem stößt in seiner Struktur und Finanzierung zunehmend an Grenzen. Das zeigt sich vor allem im stationären Bereich, denn dort weht der Wind der Veränderung besonders laut. **EIN KONZEPT, DAS ZUNEHMEND AN BEDEUTUNG GEWINNT, IST DIE AMBULANTISIERUNG** – der Prozess, stationäre Leistungen in ambulante Formen zu verlagern. Arzt und Manager Dr. Wilhelm Marhold betont, dass die Zeit drängt und eine neue Finanzierungsstruktur des Gesundheitssystems längst überfällig ist. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Als Dr. Marhold im vergangenen Jahr den Hamburger Gesundheitswirtschaftskongress moderierte und eine Podiumsdiskussion leitete, fand er sich als einziger Österreicher auf dem Parkett vielzähliger Gesundheitsakteure wieder. „Es hat mir schon recht leid getan, dass ich der einzige Österreicher bei diesem Kongress war.“ Denn gerade in Österreich gäbe es im Spannungsfeld „stationär versus ambulant“ viel zu tun. Marhold bringt in diesem Zusammenhang den Begriff der „Ambulantisierung“ ins Spiel, der aus der deutschen Gesundheitswirtschaft stammt. Auch in Österreich gewinnt das Thema an Aufmerksamkeit – wenn auch zurückhaltend. Was steckt hinter Marholds favorisiertem Konzept der Ambulantisierung, und warum ist das Modell entscheidend für die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems?

Ambulantisierung: Nächster logischer Schritt?

Im Zuge der Ambulantisierung sollen stationäre Leistungen, die bisher in Krankenhäusern erbracht wurden, zukünftig ambulant angeboten werden. Der medizinwissenschaftliche und medizintechnologische Fortschritt ermöglicht dies immer mehr. Doch dieser Übergang ist mit finanziellen und strukturellen Herausforderungen verbunden. Ein zentrales Problem ist die Finanzierung des ambulanten Sektors, der derzeit finanziell gedeckelt ist. Die Mittel, die für ambulante Leistungen zur Verfügung stehen, sind begrenzt.

Im Gegenzug wird der stationäre Bereich leistungsorientiert finanziert. Dem Gesundheitsministerium zufolge erweckt das österreichische System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) seit Jahren internationales Interesse und diene als Vorbild für Finanzierungsmodelle anderer Länder. Im Hinblick auf die Bestrebungen der Ambulantisierung offenbart diese finanzielle Struktur allerdings auch Herausforderungen: Werden mehr ambulante Leistungen erbracht, so schneiden sich die Spitäler quasi ins eigene Fleisch, da sie für diese zusätzlichen Leistungen nicht ausreichend finanziell entschädigt werden. Der Finanzausgleich in Österreich basiert auf einem Konzept, das hauptsächlich auf stationäre Leistungen ausgelegt ist, was der Ambulantisierung im Weg steht. „Dieses System muss neu gedacht werden, um den ambulanten Bereich stärker in den Fokus zu rücken und eine gerechte Finanzierung zu gewährleisten“, zeigt sich Marhold überzeugt. Das LKF-Modell 2025 sieht dies nun vor, indem ambulante Leistungen in die LKF-Finanzierung deutlich mehr einbezogen werden.

Lösungsansätze in Österreich: Eine „dritte Säule“ für die Ambulantisierung

In Österreich gibt es bereits Lösungsansätze: In Wien wurde im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen eine „dritte Säule“ von



Wilhelm Marhold betont die Bedeutung der Ambulantisierung als Schlüssel zur nachhaltigen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems.

Gesundheitsstadtrat Peter Hacker gefordert, um den Ausbau des ambulanten Sektors finanziell zu unterstützen, ohne die Krankenhäuser zu benachteiligen. Diese Säule sorgt dafür, dass für ambulante Leistungen die nötigen Mittel bereitgestellt werden – als Fundament für eine faire Gesundheitsversorgung. „Stadtrat Hacker hat hier einen wichtigen Schritt gesetzt. Es ist ein Schritt, der meiner Ansicht nach nicht nur in Wien, sondern in ganz Österreich notwendig ist“, so Marhold.

Radikaler Neustart?

Eine flächendeckende Ambulantisierung wird nicht von heute auf morgen klappen. Um mehr stationäre Leistungen in den ambulanten Bereich zu verlagern, braucht es Infrastrukturen, die jetzt noch nicht vorhanden sind. Sie müssen sowohl innerhalb der Spitäler als auch außerhalb der Krankenhäuser noch stark ausgebaut werden. „Ziel ist es, eine flächendeckende ambulante Versorgung sicherzustellen und gleichzeitig die stationären Kapazitäten zu entlasten“, zeichnet Marhold das Bild einer möglichst fairen Verteilung der Mittel. Dieser Schritt muss ganzheitlich gedacht werden: „Erst ein neues, mutigeres Finanzierungsmodell kann die moderne Medizin auf das nächste Level heben.“

Mut zur Umsetzung fehlt

In Deutschland wird die Ambulantisierung intensiv diskutiert. So etwa auf dem Hamburger Gesundheitswirtschaftskongress, auf dem sich Marhold als einziger Repräsentant Österreichs wiederfand. Hierzulande diagnostiziert Top-Manager Marhold: „Es gibt zwar die Bereitschaft, sich mit dem Thema Ambulantisierung auseinanderzusetzen, aber es mangelt an dem nötigen Mut, das Thema auf den Boden zu bringen.“ Auch die entsprechenden Akteure, die konkrete Schritte zur Umsetzung der Ambulantisierung einleiten könnten, wären noch rar. Marhold zufolge sei die Ambulantisierung in Deutschland bereits zentraler Bestandteil der Planung für ein nachhaltigeres Gesundheitssystem – die Umsetzung würde allerdings noch haken. „Auch in Österreich gibt es noch viel zu tun, um tragfähige Lösungen zu finden, die sowohl den stationären als auch den ambulanten Sektor einbeziehen.“

Finanzierung neu denken

Unumstritten ist, dass die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems einer grundlegenden Modernisierung bedarf. „Die Chancen der modernen Medizin und des medizintechnologischen Fortschritts müssen genutzt und in ein effizientes System überführt werden“, ist Marhold überzeugt. Der aktuelle Finanzausgleich, oft als „institutionalisierte Alimentation“ bezeichnet, verteilt Gelder, ohne nachhaltige Strukturen zu fördern, die mit den medizinischen Entwicklungen Schritt halten können. Die Zeit des „draufgepackten Geldes“, wie es im Finanzausgleich der letzten Jahre der Fall war, ist vorbei. Jetzt müssen neue Finanzierungsmodelle in Angriff genommen werden, die die moderne Medizin und die Ambulantisierung vorantreiben. Nur so können die Chancen der Medizintechnologie und der ambulanten Versorgung sinnvoll genutzt werden. Statt weiterhin nur von „zu teuren Spitalern“ zu sprechen, wie es oft politisch diskutiert wird, braucht es Lösungen, die Ressourcen effektiver nutzen.

Zeit der Veränderung

Die Ambulantisierung ist zweifellos eine der größten Herausforderungen des (modernen) Gesundheitssystems. „Um den wachsenden Anforderungen gerecht zu werden, müssen wir den stationären und ambulanten Bereich effektiv miteinander verbinden und den passenden finanziellen Rahmen schaffen“, resümiert Marhold, der den medizintechnologischen Fortschritt nicht nur technisch, sondern auch wirtschaftlich genutzt sehen möchte. Dabei wird es entscheidend sein, über den Tellerrand zu blicken und von internationalen Erfahrungen zu lernen. „Es wird viel diskutiert, aber zu wenig umgesetzt“, betont Marhold. In Österreich haben wir die einmalige Chance, mit einer klaren finanziellen Strategie den notwendigen Wandel voranzutreiben – „eine Chance, die wir nicht verpassen dürfen.“



PIONIERE

Zwischen den Systemen

REIBUNGSLOSE SCHNITTSTELLEN SIND DAS A UND O EINES FUNKTIONIERENDEN (GESUNDHEITS-)SYSTEMS. Was in der Theorie klar und einfach erscheint, wird in der medizinischen Praxis zur täglichen Herausforderung. Denn ohne die richtige Infrastruktur bleibt die Vernetzung ein leeres Versprechen – und genau hier hakt es. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Die Vernetzung von intra- und extramuralen Strukturen ist im österreichischen Gesundheitswesen ein oft diskutierter Kraftakt. Schließlich geht es um gelingende Kommunikation – und die ist bekanntlich nicht immer reibungslos, weder zwischen Menschen noch zwischen Systemen. Univ. Prof. Dr. Stephan Kriwanek beschäftigt sich im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage mit dem Thema „Schnittstellenmanagement“. Es geht um das nahtlose Zusammenspiel zwischen stationären und ambulanten Bereichen sowie den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen. Nicht zufällig beschäftigt sich gerade Professor Kriwanek mit der Thematik, denn als medizinischer Geschäftsführer der Gesundheit Burgenland GmbH spricht er mehrere Sprachen: Als Manager versteht er die Welt des Schnittstellenmanagements und als Chirurg sind ihm die Bedürfnisse der Ärztinnen und Ärztinnen, vor allem aber auch jene der Patientinnen und Patienten vertraut. Er ist Brückenbauer zwischen Sektoren und Perspektiven. In seinen strategischen Planungen verknüpft er jene Felder, die gut miteinander auskommen sollen. Das betrifft in erster Linie eine funktionierende Schnittstelle zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich. Darüber hinaus muss in der täglichen Klinikpraxis der Austausch zwischen den einzelnen Abteilungen reibungslos klappen. Der wesentliche Kern ist eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation. Diese gelingt nicht nur dann gut, wenn auf menschlicher Ebene die Chemie stimmt, sondern auch, wenn die Schnittstellen alle wichtigen Sektoren optimal miteinander verknüpfen, um einen nahtlosen Informationsaustausch zu gewährleisten.

Schnittstellen im Gesundheitswesen: Schlüssel zur besseren Versorgung

Eine nahtlose Vernetzung der Sektoren ist eine der größten Herausforderungen des Gesundheitssystems. Die richtige „Schnittstelle“ sorgt dafür, dass Kommunikation zwischen verschiedenen Bereichen stattfinden kann. Professor Kriwanek gab Einblicke in die tägliche Spitalpraxis: „Wenn ein Krankenhaus neues Equipment anschafft, das in die bestehenden Systeme integriert werden muss, zeigt sich schnell, wie teuer und kompliziert der Prozess sein kann.“ Schnittstellenprobleme bestehen jedoch nicht nur innerhalb der Krankenhäuser. Auch bei der Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheitsbereichen gibt es Hürden. Werden Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus in eine ambulante Einrichtung überwiesen, müssen die relevanten Informationen präzise und rasch übermittelt werden. Fehlen die richtigen Dokumentationen, verzögert sich die Versorgung – was auch das Risiko von Fehlbehandlungen mit sich zieht.

Fortschritte in der Entlassungsdokumentation
Kriwanek zufolge hat sich schon einiges getan, wenn auch noch zu wenig. Gelobt wurde die Einführung der ELGA-konformen Entlassungs-



dokumentation. Sie sorgt dafür, dass alle relevanten Daten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus direkt ins System des niedergelassenen Sektors übertragen werden. So können die Akteure des niedergelassenen Bereichs optimal an die Behandlung anknüpfen. Einige Krankenhäuser arbeiten bereits mit dem „Medikamenten-Check“, bei dem überprüft wird, ob alle Verschreibungen notwendig und korrekt sind. Diese strukturierte Kontrolle könnte jedoch weiter ausgebaut werden.

Stationäres System unter Druck

Akut- und Langzeitversorgung wird zunehmend in Krankenhäusern durchgeführt, obwohl diese Behandlungen oft auch in extramuralen Einrichtungen möglich wären. „Um der Überlastung im stationären Bereich entgegenzuwirken, müssen extramurale Strukturen ausgebaut werden“, diagnostiziert Kriwanek. Positive Beispiele gibt es insbesondere in der Diabetes-Versorgung: „Wir wissen, dass 95 Prozent der Betreuungskapazität von Diabetikerinnen und Diabetikern nicht im Krankenhaus erfolgen müssen.“ Auch in der Tumornachsorge ortet der Mediziner strukturelle Defizite: „Die meist überlasteten onkologischen Abteilungen sollen sich auf ihre Kernarbeit, die Therapie, konzentrieren können.“

Breitflächiges Empowering extramuraler Einrichtungen

Die Nachbetreuung müsse im extramuralen Bereich effizienter organisiert werden. Ein weiteres Beispiel ist die Behandlung von akuten Abdominalschmerzen: „Wenn Basisdiagnostiken wie Sonographie und Laborwerte in ambulanten Einrichtungen angeboten werden, können viele

Um der Überlastung im stationären Bereich entgegenzuwirken, müssen extramurale Strukturen ausgebaut werden.

Patientinnen und Patienten ohne Krankenhausaufenthalt gut versorgt werden. Mit der richtigen Ausstattung und Fachkompetenz könnten solche extramuralen Strukturen die Akutversorgung übernehmen, die heute überwiegend im stationären Bereich stattfindet“, ist Kriwanek überzeugt. Früher hatten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mehr Verantwortung bei der Notfallversorgung. Die Überweisung von Patientinnen und Patienten ins Krankenhaus lief gezielter. „Die Ressourcen werden heute nicht optimal genutzt.“ Die Lösung lautet: „Eine flächendeckende Stärkung extramuraler Einrichtungen, die akute Fälle effizient behandeln können. So könnten Patientinnen und Patienten gut versorgt werden, ohne unnötig ins Krankenhaus eingeliefert zu werden.“

Best point of care

Die Zukunft des Gesundheitssystems liegt in der reibungslosen Vernetzung aller relevanten Akteure. Nachhaltig gestaltete extramurale Einrichtungen können den stationären Bereich entlasten und Ressourcen besser bündeln. Der oft diskutierte „best point of care“ kann nur dann existieren, wenn auch das entsprechende Angebot vorhanden ist. „Sonst bleibt unser Gesundheitssystem, wie es derzeit ist – der only point of care, und damit starr und überlastet.“ Um einen echten Umbruch herbeizuführen, braucht es gezielte Investitionen und die enge Kooperation aller Beteiligten. Es geht um gelingende Kommunikation – nicht nur auf technischer, sondern auch auf menschlicher Ebene, denn „Schnittstellen sind immer eine Kommunikationsproblematik“, wie der Chirurg resümierte. **P**





Spitalsplanung im Burgenland

Von Baustellen zu Meilensteinen

Die Spitalsplanung im Burgenland mag für Außenstehende unspektakulär wirken, doch für die Region ist sie eine wichtige Säule der Gesundheitsversorgung. Und obwohl die Auswirkungen dieser Planung zunächst nicht auf das gesamte Land ausstrahlen, **SIND DIE HIER ENTWICKELTEN STRATEGIEN VON BEDEUTUNG FÜR DIE KÜNFTIGE AUSGESTALTUNG DES GESAMTEN ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS.** | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Mag. Franz Öller, kaufmännischer Direktor der Gesundheit Burgenland GmbH, gab im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage tiefe Einblicke in seine weitreichenden Strategien, die einen gesunden Wandel der Versorgungsstrukturen vorantreiben sollen.

Mit nur 300.000 Einwohnern mag das Burgenland überschaubar wirken, doch die geografische Verteilung stellt eine Herausforderung für die Versorgung dar. Während der Osten des Landes durch eine dichte Besiedlung und kurze Distanzen zwischen den einzelnen Ortschaften geprägt ist, erstreckt sich das Burgenland von Norden nach Süden über große Entfernungen. Dadurch ergeben sich wesentliche Unterschiede in der Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte. So lautete auch Öllers zentrale Botschaft im Rahmen des PRAEVENIRE Kongresses: „Um die Gesundheitsversorgung für alle gleichwertig sicherzustellen, müssen wir die bestehenden Ressourcen clever nutzen und neue, moderne Strukturen schaffen.“

In den letzten 20 Jahren erlebten die Regionen rund um Eisenstadt, Gols, Neusiedl am See und Kittsee ein Bevölkerungswachstum von bis zu 90 Prozent – was sich schließlich auch in der Gesundheitsversorgung widerspiegeln muss. Die bestehenden Strukturen werden auf die Probe gestellt. Durch die zunehmende Nähe zum Wiener Raum benötigen diese Gebiete neue Versorgungsansätze, die das gegenwärtige System gezielt ergänzen und den Weg für zukünftige Entwicklungen ebnen.

Raum für Innovation und Vertrauen

Die neue Klinik in Oberwart steht beispielhaft für den Fortschritt im Burgenland – nicht nur durch den hochmodernen da Vinci-Single-Port-OP-Roboter, der landesweit Aufmerksamkeit erregt. Vielmehr wurde das Krankenhaus gezielt auf die medizinischen Anforderungen der Zukunft ausgerichtet. Der alte Gebäudekomplex aus den 70er Jahren war weder zeitgemäß noch erweiterbar und musste weichen. Ein Neubau war unumgänglich – eine Entscheidung, die ein starkes Zeichen für eine moderne Versorgung setzte, angelehnt an die Bedürfnisse der Bevölkerung. „Gesundheitsversorgung ist weit mehr als nur ein medizinisches Angebot. Sie ist eine zentrale Säule des Vertrauens und der Sicherheit für die Menschen“, betont Mag. Franz Öller. Letztlich lässt sich aus sozialer Sicherheit ableiten, wie gut auf die Nöte der Menschen eingegangen wird und inwieweit sie in gesundheitlichen Fragen begleitet werden. Dies wurde im Burgenland erkannt.

Offensivstrategie: Hightech & Herz

Eine zentrale Strategie für die Zukunft der Gesundheitsversorgung im Burgenland ist die Integration digitaler Lösungen, die den ambulanten und den stationären Bereich nahtlos vernetzen. „Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Einrichtungen muss reibungslos funkti-



onieren. Innovative Digitalisierungsoffensiven ermöglichen es den Patientinnen und Patienten, schnell und unkompliziert die bestmögliche medizinische Versorgung zu erhalten“, erklärt kaufmännischer Direktor Öller.

Die Klinik Oberwart gilt als Vorzeigeprojekt: Sie setzt auf modernste Technologien wie Hybrid-Angiographie und Roboter-assistierte Chirurgie, um präzisere Diagnosen zu stellen und maßgeschneiderte Therapien zu ermöglichen.

Doch technologische Innovation allein reicht nicht aus. Ein weiteres zentrales Element der Strategie ist die Einführung neuer Gehalts-schemata und flexibler Teilzeitmodelle, um die Attraktivität der Arbeitsplätze zu steigern und eine langfristige Mitarbeiterbindung zu sichern. Die Medizin wird zunehmend weiblich – auf diese Entwicklung muss die Arbeitsorganisation reagieren, mit Modellen, die den Bedürfnissen des Personals gerecht werden. Effektive Gesundheitsversorgung bedeutet nicht nur technologischen Fortschritt, sondern vor allem ein Arbeitsumfeld, das qualifizierte Fachkräfte anzieht und langfristig hält. „Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind unser wertvollstes Kapital.“ Gols: Ein Gesundheitscampus für die Zukunft Der Gesundheitscampus in Gols ist ein weiterer Baustein einer zukunftsorientierten Strategie für die regionale Gesundheitsversorgung. Hier entsteht ein innovatives Modell, das stationäre und ambulante Versorgung eng miteinander verknüpft. Der neue Campus wird 132 Betten sowie 46 ambulante Betreuungsplätze umfassen und damit die Ambulantisierung der Gesundheitsversorgung weiter vorantreiben. Darüber hinaus wird in Gols eine vorgelagerte Einheit geschaffen, die eine noch engere Verzahnung zwischen der regionalen Gesundheitsversorgung und dem niedergelassenen Bereich ermöglicht.

Zukunft der Medizin – Eine weibliche Perspektive

Ein weiterer Aspekt, dem Mag. Franz Öller besondere Aufmerksamkeit widmet, ist die veränderte Personalsituation. Besonders im Pflegebereich ist es gelungen, nahezu alle Stellen zu besetzen, und auch die Fluktuation im ärzt-

lichen Bereich bleibt gering. Dennoch erfordert der steigende weibliche Anteil in der Medizin gezielte Anpassungen der Arbeitsbedingungen. Flexiblere Arbeitszeitmodelle, Teilzeioptionen und Betriebskindergärten sind wichtige Schritte, um eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen und gleichzeitig qualifizierte Fachkräfte langfristig zu binden. Das Ziel bleibt eine bestmögliche Regionalversorgung mit klaren medizinischen Schwerpunkten.

Diese Neuausrichtung ist herausfordernd: „Man braucht eine solide Basisversorgung – den ‚medizinischen Bauchladen‘ gibt es nicht mehr. Um Personal langfristig zu binden und die Attraktivität der Gesundheitsberufe zu steigern, müssen gezielte Schwerpunkte gesetzt werden.“ Die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist dabei von zentraler Bedeutung. Dazu zählt nicht nur ein attraktives Arbeitsumfeld, sondern auch der Aufbau weiterbildungsorientierter Strukturen und die Förderung von Fachausbildungen in unterrepräsentierten Bereichen – etwa in der Radiologie oder der Pflege. „Wir müssen unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Strukturen bieten, die sie in ihrer anspruchsvollen und fordernden Arbeit gut unterstützen.“

Die Zukunft beginnt heute

Nach dem Motto „weniger diskutieren, mehr umsetzen“, zeigt die Spitalsplanung im Burgenland eindrucksvoll, wie strukturelle Veränderungen und technologische Innovationen ineinandergreifen, um eine zukunftsorientierte und menschliche Gesundheitsversorgung zu gestalten. Der eingeschlagene Weg ist dabei weit mehr als eine Reaktion auf aktuelle Herausforderungen – er ist eine gezielte Investition in die Zukunft. Das Burgenland setzt auf modernste Technologien, innovative Versorgungsstrukturen und hochqualifiziertes Personal, um den steigenden Anforderungen einer wachsenden und sich wandelnden Gesellschaft gerecht zu werden. Mag. Franz Öller warf einen zuversichtlichen Blick in die Zukunft: „Wir dürfen nie aus den Augen verlieren, dass das Vertrauen der Bevölkerung in unser Gesundheitssystem eine der wichtigsten Grundlagen für den Erfolg ist.“ **P**

Gesundheitsversorgung ist weit mehr als nur ein medizinisches Angebot. Sie ist eine zentrale Säule des Vertrauens und der Sicherheit für die Menschen.





PIONIERE

Herpes Zoster: Prävention spart Leid und Kosten

Als „Gürtelrose“ wird die Viruserkrankung Herpes Zoster umgangssprachlich bezeichnet und die Sorge, daran zu erkranken, ist nicht unbegründet, denn: Eine Infektion ist nicht nur sehr häufig und schmerzhaft, sondern kann auch **MIT LANGWIERIGEN ODER TEILS DAUERHAFTEN FOLGEN VERBUNDEN SEIN** – und damit hohen Folgekosten für die Volkswirtschaft. | von Michaela Meier

Expertinnen und Experten diskutierten im Rahmen eines PREAVENIRE Gipfelgesprächs über die Erkrankung und forderten übereinstimmend die Kostenübernahme der Impfung. „Ein schmerzhafter Albtraum“, so bezeichnet Peter, 47 Jahre, seine Herpes Zoster-Erkrankung. Er steht mitten im Berufsleben und in der Freizeit ist er sportlich, wandert gerne und segelt. Vor etwa einem Jahr bemerkte er ein Kribbeln an seiner linken Körperseite, gefolgt von brennenden Schmerzen. Zunächst dachte er an eine Muskelverspannung, doch als sich rote Bläschen bildeten, sucht er den Hausarzt auf. Die Diagnose lautete: Herpes Zoster. Was folgte, waren viele Wochen Krankenstand, denn die Bläschen verwandelten sich in offene Wunden, an Schlaf war kaum zu denken. Je länger der schmerzhafte Ausschlag anhielt, umso mehr war auch der psychische Zustand von Peter angegriffen. Nach drei Wochen begannen die Bläschen zwar abzuheilen, doch die Schmerzen blieben – eine Post-Zoster-Neuralgie, einer chronischen Nervenschädigung, manifestierte sich. „Ich wusste, dass es eine Impfung gegen Gürtelrose gibt, aber ich habe das Risiko unterschätzt“, sagt der heute und betont: „Die Lebensqualität, die ich vor der Erkrankung hatte, ist nicht mehr dieselbe.“ Sabine hat sich mit Anfang 60 bewusst für die

Herpes-Zoster-Impfung entschieden, nachdem sie in ihrem Bekanntenkreis von schweren Verläufen gehört hatte. Sie wusste, dass die Wahrscheinlichkeit, an Gürtelrose zu erkranken, mit dem Alter steigt. Da sie Diabetikerin ist, wollte sie kein Risiko eingehen und ließ sich impfen. Sie erkrankte auch an Gürtelrose – doch dank der Impfung verlief die Erkrankung ungewöhnlich mild. Leichte Schmerzen sind nach wenigen Tagen abgeklungen und nach nur zwei Wochen war sie beschwerdefrei.

Auslöser sind vielfältig

Gürtelrose kann in jedem Lebensalter und mit unterschiedlichen Schweregraden auftreten, doch ab dem 50. Lebensjahr nimmt die Wahrscheinlichkeit krank zu werden deutlich zu. Betroffen ist in erster Linie die Haut: Hier tritt ein typischerweise gürtelförmiger Ausschlag auf – daher auch der Name Gürtelrose –, der brennende, stechende oder bohrende Schmerzen auslöst, die sehr intensiv sein können. So wie auch bei Windpocken sind die kleinen Bläschen mit einer Flüssigkeit gefüllt, die bei Kontakt überaus ansteckend ist. Die Viren werden als Schmierinfektion durch Kontakt mit der Flüssigkeit aus den Hautbläschen übertragen. Eine Behandlung mit Virostatika sollte möglichst frühzeitig begonnen werden, am besten



Sonderbeilage Die Presse



Diskussionsteilnehmende (v.l.n.r.): Robert Müllegger, Josef Smolle, Elisabeth Pittermann.

innerhalb von 72 Stunden nach Auftreten der Hautveränderungen bzw. solange noch frische Bläschen vorhanden sind. Danach vermehren sich die Viren meist nicht mehr. Wer als Kind an Windpocken erkrankt ist, hat die Auslöser der Gürtelrose, die Varizella-Zoster-Viren (VZV), nach wie vor im Körper. Sie „schlummern“ in den Nervenknoten und können – etwa bei Stress oder infolge einer anderen Erkrankung, die das Immunsystem schwächt – aktiviert werden. Personen mit einer chronischen Krankheit wie etwa Diabetes mellitus, COPD oder Rheuma haben daher auch



© KRISTIAN JUHASZ (2)



ein höheres Risiko, an Gürtelrose zu erkranken. Ebenso können bestimmte Medikamente, die das Immunsystem schwächen, das Risiko erhöhen. Nahezu alle über 50-Jährigen sind mit VZV infiziert, etwa bei jeder Dritten oder jedem Dritten bricht die Krankheit im Laufe des Lebens auch aus. Herpes Zoster tritt meist nur einmal im Leben auf, wiederkehrende Erkrankungen sind jedoch möglich, insbesondere bei immungeschwächten Personen. Die Wahrscheinlichkeit, ein Herpes-Zoster-Rezidiv zu erleiden, steigt mit der Zeit nach der ersten Erkrankung an.

Impfung schützt vor schwerem Verlauf

Der Krankheitsverlauf kann kaum vorhergesagt werden und reicht von wenigen Tagen bis hin zu mehreren Wochen. Oft geht die Infektion mit Müdigkeit, Erschöpfung und Fieber einher, sodass der Alltag stark eingeschränkt ist. Eine der unangenehmsten Folgen ist die sogenannte Post-Zoster-Neuralgie, eine chronische Nervenschädigung, die selbst nach dem Abheilen der Hautläsionen noch monatelang oder sogar jahrelang starke Schmerzen verursachen kann. Zu den weiteren schwerwiegenden Komplikationen zählen Zoster-bedingte Augenerkrankungen, die zu Erblindung führen können, sowie neurologische Komplikationen wie Schlaganfälle und Myokardinfarkte, die in Zusammenhang mit einer Herpes-Zoster-Infektion stehen. Die Impfung gegen Gürtelrose ist die einzige effektive Maßnahme, um das Risiko einer Aktivierung des Varizella-Zoster-Virus zu reduzieren. Sie ist hocheffektiv und beträgt bei den über

Diskussionsteilnehmende (v.l.n.r.): Michael Müller, Sabine Röhrenbacher.

Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet

- Karl Hochgatterer
- Erwin Rebhandl



50-Jährigen rund 98 Prozent. Sie wird im Österreichischen Impfplan für Personen ab 60 Jahren sowie für jüngere Personen mit Risikofaktoren empfohlen, ist aber derzeit nicht im kostenlosen Erwachsenenimpfprogramm enthalten. Für ältere Menschen und jene mit geschwächtem Immunsystem ist die Impfung dringend zu empfehlen, da sie ein erhöhtes Risiko für Komplikationen haben. Nach Angaben des deutschen Robert Koch-Instituts erkranken ohne Impfung 33 von 100 Erwachsenen im Laufe ihres Lebens an Herpes Zoster, mit Impfung nur drei von 100 Erwachsenen. Zur ausreichenden Immunisierung sind zwei Impfdosen des Totimpfstoffes im Abstand von zwei bis sechs Monaten erforderlich.

Hohe Krankheitslast für Berufstätige

Etwa 10 Prozent der Betroffenen kommen aufgrund der Gürtelrose-Infektion ins Krankenhaus und müssen im Schnitt mit acht bis neun Tagen stationären Aufenthalts rechnen. In Österreich erkranken aktuell rund 40.000 Menschen jährlich und benötigen etwa 20.000 Spitalsbelagstage. Diese Zahlen werden sich aufgrund der demografischen Entwicklung erhöhen, und es trifft viele, die noch im aktiven Erwerbsleben stehen – mit hohen Folgekosten für die Volkswirtschaft. Da die Schmerzen lange nach Abklingen des Ausschlags bestehen bleiben und zu chronischen Beschwerden führen können, ist eine Beratung zur Impfung durch die Hausärzte und die Arbeitsmediziner gefordert, zumal die Betroffenen mitunter viele Wochen aus dem Arbeitsprozess herausfallen können. Mitarbeitenden, die Tätigkeiten ausüben, die hohe Konzentration oder körperliche Belastung erfordern, sind auch nach der Genesung oft eingeschränkt und nicht in vollem Umfang leistungsfähig. Die Erkrankung kann psychisch belastend sein, vor allem, wenn die Schmerzen über Monate anhalten.

Die Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV), unterstützt durch die Österreichische Gesellschaft für Neurologie (ÖGN) und die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG), setzt sich daher aktiv für den Ausbau der Impfprävention in Österreich ein und fordert dringend die Kostenübernahme der Herpes-Zoster-Impfung im Rahmen des Erwachsenenimpfprogrammes.

Aufklärung zu Hauterkrankungen dringend gefragt

Aber nicht nur im Hinblick auf die Gürtelrose machen die Hautärztinnen und -ärzte gemeinsam mit Allgemein- und Arbeitsmedizinerinnen

und -medizinerinnen dringend darauf aufmerksam, dass die Bevölkerung zu Hauterkrankungen besser aufgeklärt werden muss. Meist ist nicht bekannt, dass Hautkrebs die häufigste Krebsart bei Menschen ist. Er kann zwar mittlerweile durch hochmoderne topische Behandlungsmethoden und Immuntherapien sehr gut behandelt werden, dennoch braucht es Vorsorge, um Hautkrebs rechtzeitig zu diagnostizieren, noch bevor es zu weiterentwickelten Stadien kommt. Auch hier sind Betriebe als Kooperationspartner gefragt, um Haut-Vorsorge-Untersuchungen anzubieten. Denn betroffen sind nicht nur klassische Outdoorberufe im Bauwesen, in der Landwirtschaft oder in Gärtnereien, sondern mitunter auch Gastronomie-Personal, das im Sommer häufig im Freien arbeitet oder Kindergärtnerinnen und -gärtner. Besondere Vorsicht gilt bei Arbeiten in der Nähe von reflektierenden Oberflächen wie Blechdächern, Schnee oder Wasser.

Bei der Arbeit im Freien führt UV-Strahlung laut einer Studie der Vereinten Nationen weltweit durch hellen Hautkrebs zu etwa 19.000 Todesfällen pro Jahr. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) veröffentlichten kürzlich erstmals eine Schätzung: Jeder dritte tödliche Fall von hellem Hautkrebs ist auf Sonnenstrahlung bei der Arbeit zurückzuführen. Besonders alarmierend ist der rasche Anstieg der Zahlen, die sich zwischen 2000 und 2019 fast verdoppelt haben.

Geschätzte 300.000 bis 400.000 Menschen in Österreich sind derzeit aufgrund ihres Berufes einem erhöhten UV-Risiko ausgesetzt. Als Faustregel gilt: Wer viele Muttermale hat oder Veränderungen an einem Muttermal feststellt oder bei der oder dem im Erwachsenenalter neue Muttermale auftreten, muss dies in der Hautarztpraxis kontrollieren lassen. Dort können mithilfe der Auflichtmikroskopie – einer völlig schmerzfreien Untersuchung – feinste Veränderungen in der Pigmentstruktur erkannt werden. Hautkrebs ist durch frühzeitige Diagnose und Entfernung in der Regel gut heilbar. Der einfachste Tipp, sich vor schädlicher UV-Strahlung zu schützen, ist die Sonne zu meiden. Das gilt nicht nur für Urlaub und Freizeit, sondern auch für jede berufliche Tätigkeit, die beispielsweise auch zu einer kühleren Tageszeit, im Schatten oder Indoor verrichtet werden kann. Für beide Präventionsthemen gilt: Vorsorge verhindert nicht nur menschliches Leid, sondern hat auch einen erwiesenen gesundheitsökonomischen und volkswirtschaftlichen Nutzen. **P**





PLATTFORMEN

Gesundheitsmetropole Wien: Vorreiter in der Onkologie

Rund 150 Gäste aus Medizin, Wissenschaft, Politik und Selbsthilfe sind der Einladung des PRAEVENIRE Gesundheitsforums und des Stadtforschungsinstituts „Urban Forum“ gefolgt und brachten ihre Expertise in Vorträgen und Podiumsdiskussionen zur Rolle der Bundeshauptstadt in der **ONKOLOGISCHEN VERSORGUNG, PRÄVENTION UND REHABILITATION EIN.**



Impulse für die Gesundheitsversorgung: Inspirierende Vorträge und spannende Diskussionen machen die Gesundheitsmetropole Wien zum Hotspot für Wissenstransfer.





Die Gesundheitsmetropole Wien: Vertreterinnen und Vertreter aus Medizin, Forschung und Wirtschaft diskutieren über die onkologische Versorgung.



Austausch auf höchstem Niveau: Der Event bot Gelegenheit zum Netzwerken und den Austausch über aktuellen Entwicklungen.





PLATTFORMEN

Wien als Zentrum medizinischer Exzellenz: Aktuelle Trends und Herausforderungen der Gesundheitsbranche wurden besprochen.



Gemeinsam für die Medizin der Zukunft: Interdisziplinärer Austausch für innovativen Lösungen für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem.





Netzwerken für die Gesundheit: Kontakte, Impulse und wegweisende Kooperationen für die Gesundheitsbranche ergaben sich bei der Veranstaltung in Wien.



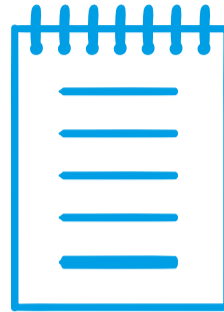


PLATTFORMEN

Rezeptblock | Folge 9

Gastpatienten

Was liegt hinter diesem ewigen Streit um Gastpatienten und warum



Dank der Aufstellung der Kosten können Personalkosten, medizinische Sachkosten und weitere Kostenarten, die nicht unmittelbar bei der Behandlung anfallen, unterschieden werden. Dazu gehören etwa nicht-medizinische Fremdleistungen, Energie, Abgaben und Gebühren etc. Fassen wir diese Kostenarten unter dem Stichwort „Infrastruktur“ zusammen, dann kostet die in Wien pro Punkt 1,2 Euro und damit doppelt soviel wie im Schnitt der anderen Bundesländer. Und weil Wien nun etwa 2,3 Milliarden Punkte produziert, kommt da eine erheblich Summe heraus. Warum Wien in diesen Kostenarten derart hoch ist, läßt sich nur vermuten. Es könnte jedoch viel mit dem AKH zu tun haben. Denn neben der Bereitstellung aller Ärzte durch das Wissenschaftsministerium, zahlt dieses auch 18 Prozent der Betriebskosten. Und weil die Infrastruktur der meisten Spitäler in Wien durch die Stadt Wien bereitgestellt wird, kommt es hier zu erheblichen Selbstfinanzierungsquoten, und eben durch das Wissenschaftsministerium zu zusätzlichen Einnahmen. Das ist natürlich reine Spekulation. Aber völlig unabhängig, was dahintersteht, die Behauptung, dass Wien zuwenig Geld für die Versorgung der Gastpatienten erhält stimmt vielleicht, wenn es die eigenen Kosten als Basis heranziehen. Aus Sicht der Daten und auch von Burgenland und Niederösterreich ist das nicht verständlich, womit der Verdacht, es geht um Wahlkampf, nicht von der Hand zu weisen ist. Nachvollziehbar, nur Wiener dürfen in Wien wählen, also kann man die anderen vergrämen. Ein Spiel, dass je nach Wahlkalender jedoch seit Jahrzehnten immer wieder zwischen fast allen Bundesländern in unterschiedlicher Ausprägung auftritt. **P**

Die Aussage, dass man bei der Spitalsfinanzierung das Steuergeld der eigenen Bundeslandsleute nicht für andre ausgeben darf ist nicht neu, und war noch nie richtig. Seit 1997 steht der gegenseitige Vorwurf der Bundesländer im Raum, der andere erhalte zu viel, man selbst zu wenig. Der propagandistische Wert dieses Vorwurfs ist leicht erkennbar, weil dabei stets bei sich nur die angeblichen Mehrkosten thematisiert werden, und beim anderen die angeblich zu hohen Einnahmen. Eine Gegenüberstellung auf Basis eines gemeinsamen Nenners, etwa dem Kostenträger, also einem vergleichbaren Patienten, sehen wir nie. Dabei gäbe es ja das LKF-System. Die LKF-Punkte sind als Orientierung hervorragend geeignet, um herauszufinden, wie teuer die Spitalsversorgung in den einzelnen Bundesländern wirklich ist. Seit vielen Jahren wird in der „Überregionale Auswertung der Dokumen-

tation in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten“ genau berichtet. Abgrufen kann man immer nur die aktuelle Fassung, aber so viel verändert sich eh nicht. Das liegt an den Dimensionen. Denn es sind gewaltige Dimension – 2023 wurden 9,9 Milliarden Punkte produziert, die 21,3 Milliarden Euro gekostet haben. Betrachtet man die Produktionskosten pro Bundesland, fällt auf, dass es ein Bundesland gibt, das sehr teuer ist. Betragen die Kosten außerhalb von Wien zwischen 1,9 und 2,1 Euro pro Punkt, liegen diese in Wien mit 2,7 Euro etwa 40 Prozent höher. Die erste Reaktion würde natürlich sein, dass das am AKH liegt, weil eben dort absolute und daher sehr teure Spitzenmedizin geleistet wird. Ein zweiter Blick zeigt aber, dass das anders ist. Erstens haben Tirol und Steiermark auch Universitäten, deren Kosten sich jedoch nicht erheblich von anderen unterscheiden, und zweitens liegen die Treiber der Kosten außerhalb des medizinischen Bereichs.



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

1. Auflage 2024

Kinderreha – eine Erfolgsgeschichte 2009 bis 2024

FÖRDERVEREIN
Kinder- und
Jugendlichenrehabilitation
in Österreich



€ 25,-
Spendenbeitrag

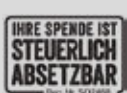


Bestellungen direkt im Webshop:
foerderverein-kinderreha.at/shop/

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

Ost-West-Gefälle in der gynäkologischen Vorsorge

Obwohl die Dünnschichtzytologie in vielen Ländern eine etablierte Methode zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs ist, **HINKT ÖSTERREICH BEI EINER FLÄCHENDECKENDEN EINFÜHRUNG HINTERHER**. Sowohl der medizinische Nutzen als auch die ökonomischen Analysen sind überzeugend, und dennoch kommt die Information bei den Kassen wohl nicht richtig an. | von Michaela Meier



Teilnehmende des Gipfelgesprächs, v.l.n.r.: Sigurd Lax, Alexander Nader, Christa Freibauer



In Österreich wird die Zytologie von der Zervix uteri nach wie vor überwiegend auf konventionelle Weise abgenommen und beurteilt, während in vielen Ländern, aber auch in weiten Teilen Westösterreichs, die Dünnschichtzytologie State of the Art ist. „Ihre Vorteile sind nicht wegzudiskutieren“, sagt Prim. Dr. Christa Freibauer, Leiterin des Instituts für Klinische Pathologie und Molekularpathologie am LKH Mistelbach, und erklärt: „In der Früherkennung der Vorstufen des Zervixkarzinoms nimmt die zytologische Untersuchung nach wie vor eine wesentliche Rolle ein. Dazu gibt es im Wesentlichen zwei Methoden: die konventionelle Abstrichentnahme und die Dünnschichtzytologie, die mittlerweile technologisch voll automatisiert ist.“

Der Großteil der abgenommenen Zellen wird so in eine Lösung eingebracht, während bei der konventionellen Zytologie ein großer Teil der abgenommenen Zellen auf dem Spatel verbleibt und weggeworfen wird. Auch die Technik des Ausstreichens spielt beim konventionellen Abstrich eine Rolle, während bei der Dünnschichtzytologie der Ausstrich standardisiert mittels Gerät erfolgt. Konventionelle Ausstriche sind dicker und oft schwieriger zu beurteilen. Die Vormusterung bzw. Beurteilung eines Dünnschichtpräparates nimmt aufgrund der deutlich geringeren Fläche und im Schnitt besseren Qualität eine kürzere Zeit in Anspruch. „Ein ganz wesentlicher Vorteil liegt aber darin, dass aus der Dünnschichtzytologie beispielsweise im Falle eines auffälligen Zellbildes direkt eine HPV-Untersuchung durchgeführt werden kann, ohne dass die Patientin neuerlich einberufen und untersucht werden muss. Im Falle von Tumorzellen in der Zytologie können so

gleich weitere Untersuchungen angeschlossen werden“, ergänzt Prim. Dr. Alexander Nader, MSc., Vorstand des Instituts für Pathologie und Mikrobiologie im Wiener Hanusch Krankenhaus und Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Klinische Pathologie und Molekularpathologie, die weiteren Vorteile. Schließlich bietet die Dünnschichtzytologie auch noch Möglichkeit einer Vormusterung mittels digitaler Bildanalyse unter Einsatz von künstlicher Intelligenz. „Am Ende steht eine sichere Methode mit geringeren Wartezeiten, höheren Chancen, atypische Zellen zu erkennen, und auch Einsparpotenzialen für das Gesundheitswesen zur Verfügung, da weniger Abstriche notwendig und dennoch mehr Fälle detektiert werden können“, bringt es Prim. Univ.-Prof. Dr. Sigurd Lax, Leiter des Instituts für Pathologie am LKH Graz, auf den Punkt.

Vorteile liegen auf der Hand

Die Vorteile sind unbestritten, doch obwohl die engagierten Molekularpathologinnen und -pathologen das Gespräch mit den Krankenkassen gesucht haben, sind zahlreiche Anläufe am Ende ohne Feedback geblieben. „Wird ein neuer Tarifkatalog verhandelt, so fordern wir, dass die Untersuchungsmethode als Standard aufgenommen wird, inklusive Valorisierung und Inflationsabgeltung. Zusätzlich soll eine neue Position geschaffen werden: die HPV-DNA aus der Dünnschichtzytologie“, formuliert Freibauer die Wünsche der Expertinnen und Experten. Auch eine ökonomische Vergleichsanalyse vom konventionellen Abstrich gegenüber der Dünnschichtzytologie vom Institut für Pharmaökonomische Forschung konnte die Entscheidungsträger bisher nicht überzeugen. „Die Analyse kommt zum Ergebnis, dass es sich bei

der Dünnschichtzytologie um eine hoch kosteneffektive präventive Untersuchung handelt“, fasst Nader zusammen und ergänzt: „Mit Zusatzkosten von etwa 1,6 Millionen Euro über fünf Jahre könnten zehn Zervixkarzinom-Fälle verhindert werden.“

Da aus derzeitiger Sicht mit einem neuen Gesamtvertrag nicht zu rechnen ist, scheint es erforderlich, um den Tarif von 14 Euro mit jeder Krankenkasse extra verhandeln zu müssen. Wien könnte einmal mehr eine Rolle als Pilotregion übernehmen und aufgrund hoher Fallzahlen rasch den Beleg erbringen, dass der Weg der richtige ist. **P**



Die Dünnschichtzytologie ist ein so großer qualitativer Fortschritt, der besonders für die Abstrichtechnik zur Dysplasie- und Krebsvorsorge des Cervixkarzinoms flächendeckend für die Vorsorge der Frauen realisiert werden sollte.

Wilhelm Marhold, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, sowie Spitalsmanager

HOLOGIC
The Science of Sun

**PRÄVENIRE
GESUNDHEITSFORUM**



Digitalisierung im niedergelassenen Bereich

Im Rahmen der 9. PRAEVENIRE Gesundheitstage widmete sich ein Themenblock speziell den **ANFORDERUNGEN DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN IM HINBLICK AUF DIE DIGITALISIERUNG**. Expertinnen und Experten diskutierten über Chancen und Erfolgsfaktoren, aber auch über Herausforderungen, die es noch zu meistern gilt. | von Paul Schnell

Was Ordinationen in der Zukunft konkret benötigen, weiß niemand besser als Dr. Alexander Moussa. Er ist Hausarzt in der Steiermark und Leiter des Referats „e-Health in Ordinationen“ in der Österreichischen Ärztekammer sowie Generalsekretär der ÖG Telemed und beschreibt als wesentliche Herausforderung die Demografie. Doch sie betrifft nicht nur den Anteil geriatrischer Patientinnen und Patienten, die für einen zunehmenden Versorgungsbedarf im niedergelassenen Bereich sorgen, sie betrifft auch die Altersstruktur der Kassenärzteschaft in Österreich, die sich schon jetzt dramatisch verändert. „Ein Blick auf die aktuelle Situation zeigt, dass wir in den nächsten zehn Jahren nahezu die Hälfte der derzeit tätigen Kassenärztinnen und -ärzte verlieren werden. Bereits in fünf Jahren wird ein Drittel der Kolleginnen und Kollegen pensionsreif sein und das Versorgungssystem verlassen. Schon jetzt sind knapp zehn Prozent der Kassenärztinnen und -ärzte über 65 Jahre alt“, fasst Moussa die Situation zusammen. Klar ist für den Ärztekammervertreter auch, dass die Wahlärztinnen und -ärzte oder Spitäler diese Lücke nicht füllen werden können und Digitalisierung nur dann eine Chance sein kann, wenn Ärztinnen und Ärzte mit den Anforderungen nicht auf der Strecke bleiben. „Viele stehen kurz vor der Pension und sind finanziell abgesichert. Sie arbeiten nur noch aus Berufung und wenn ihnen der Arbeitsalltag durch überbordende Digitalisierungsmaßnahmen erschwert wird, scheiden sie früher aus dem System aus“, sagt Moussa. Digitalisierung muss aus seiner Sicht die Versorgung bestmöglich unterstützen, wie er anhand von aktuellen Zahlen verdeutlicht: „In Österreich gibt es jährlich knapp 112 Millionen e-card-Konsultationen, davon sind 52 Millionen Erstkonsultationen und 60 Millionen Folgekonsultationen. Diese Zahlen zeigen, wie intensiv die Versorgung im niedergelassenen Bereich ist und wie herausfordernd es ist, diese in der zur Verfügung stehenden Zeit zu bewältigen.“ In der durchschnittlichen Kassenallgemeinpraxis bleiben pro Patient oder Patientin zwischen drei und fünf Minuten Zeit. Wenn dann eine digitale Lösung nicht reibungslos funktioniert und nur 30 Sekunden Verzögerung pro Behandlungsfall ver-

ursacht, bedeutet das am Ende des Tages weniger Zeit für die Patientinnen und Patienten. Dass es auch anders geht, zeigt er anhand des elektronischen Impfpasses auf: „30 Millionen eingetragene Impfungen zeigen, dass eine gut durchdachte Digitalisierung viel möglich macht.“

Digitalisierung ist kein Selbstzweck
Ärztinnen und Ärzte stehen nach Ansicht des Kammervertreters der Digitalisierung grundsätzlich positiv gegenüber – aber nur, wenn sie einen klaren Nutzen für ihre Patientinnen und Patienten sowie für ihren eigenen Arbeitsalltag erkennen: „Die Medizin wird zunehmend komplexer und sinnvoll eingesetzte digitale Medizin muss den Workflow in den Ordinationen unterstützen. Daher benötigen wir digitale Tools, die schnell und effizient arbeiten.“ Voraussetzung ist für ihn, dass vertrauenswürdige Technologien auf jeden Fall nur gemeinsam mit den Anwenderinnen und Anwendern entwickelt werden können. Usability muss großgeschrieben werden. „Es braucht eine leicht bedienbare Benutzeroberfläche und praxistaugliche Lösungen, die unseren Arbeitsalltag berücksichtigen. Eine Arztpraxis ist keine Klinik und was dort funktioniert, ist nicht einfach auf eine Ordination übertragbar“, mahnt Moussa. Er fordert eine koordinierte Digitalisierungsstrategie und die Abkehr von der aktuellen Entwicklung einer „Digitalisierung der Digitalisierung wegen“, denn: „Viele Projekte laufen parallel und unkoordiniert, das führt zu Überforderung und Ablehnung. Ohne Standardisierung, Interoperabilität und realistische Zeitpläne wird es nicht gehen“, ist er überzeugt und fordert weiter: „Wenn Wahlärztinnen und Wahlärzte gesetzlich verpflichtet werden, die Digitalisierungsinstrumente und Systeme der Sozialversicherung zu nutzen, dann müssen sie auch die gleichen Rechte und Möglichkeiten wie Kassenärztinnen und -ärzte erhalten.“ Eine frühzeitige Einbindung der Ärzteschaft hält Moussa für unumgänglich.

Neue Services für Gesundheitsberufe
Mag.a Ursula Weismann, kaufmännische Geschäftsführerin der Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. – SVC, knüpft an diese Forderung an und betont, dass eine Reihe wichtiger Schritte bereits in Kooperation mit der Ärzteschaft

gelingen ist. „Wir haben das Foto auf der e-card erfolgreich umgesetzt. Dabei haben die Ärztinnen und Ärzte einen wesentlichen Beitrag geleistet, indem sie nahezu die Hälfte der betroffenen Personen über die Notwendigkeit eines Fotos informiert haben.“ In den vergangenen zwei Jahren wurden außerdem 30.000 Endgeräte in Ordinationen und Apotheken ausgetauscht. Als besonders gelungenes gemeinsames Projekt sieht sie „die elektronische Verschreibung von Kassenrezepten. Zudem haben wir die Suchtgift-Vignette für die Schmerztherapie ersetzt und das Privatrezept über die e-card eingeführt“, sagt Weismann. Sie verweist auf eine Reihe neuer Services, wie die Möglichkeit, das e-Rezept auch im EU-Ausland einzulösen, oder den Plan für die Umsetzung der e-Verordnung für Heilbehelfe und Hilfsmittel wie beispielsweise für Bandagen, Wundauflagen, Sauerstoffversorgung oder Hörhilfen. „Ziel ist es, auch diese Verordnungen elektronisch verfügbar zu machen. Diesen Prozess müssen wir gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten sowie den gewerblichen Gesundheitsdiensteanbietern digitalisieren, um auch eine gezielte Patientensteuerung zu erreichen und den überaus vielfältigen Markt an großen und kleinen Anbietern gut abzubilden“, so Weismann. Ein weiterer neuer Service ist die sogenannte e-Berechtigung in der MeineSV-App. Als erste Anwendung können Patientinnen und Patienten damit ihrem Gesundheitsdiensteanbieter für eine telemedizinische Behandlung, eine Rezeptausstellung oder für einen Hausbesuch eine Zugriffsberechtigung auf ihre elektronische Gesundheitsakte (ELGA) erteilen. „Das funktioniert ganz einfach in der MeineSV-App mit der NFC-Funktion der e card und einem NFC fähigen Smartphone“, beschreibt Weismann. Die Sozialversicherung geht mit diesem Service einen weiteren Schritt in Richtung Telemedizin. Diese Funktion wird derzeit bei Hausbesuchen oder in Pflegeheimen getestet. „Zukünftig ist geplant, die e-Berechtigung auch für Apotheken auszuweiten. Sie wird 24 Stunden gültig sein“, gibt Weismann Einblick in die SVC-Pläne. Neue Einsatzmöglichkeiten soll es auch für das elektronische Kommunikationsservice eKOS geben, das den gesamten Administrationsprozess von der Zuweisungserstellung bis zur Erbringung der Leistung und, je nach System,



auch bis zur Leistungsabrechnung unterstützt. Ziel ist es, langfristig alle Formulare auf Papier abzulösen: „Die Ärztin oder der Arzt schickt die Zuweisung für bestimmte Untersuchungen elektronisch direkt an die jeweilige Krankenkasse. eKOS steht derzeit zum Beispiel für die Computertomografie, die Magnetresonanztomografie oder Knochendichtemessungen zur Verfügung. Künftig sollen auch Röntgen-Untersuchungen eingebunden werden“, beschreibt die SVC-Expertin.

Mehrwert für Anwenderinnen und Anwender erforderlich

Mag. Herwig Loidl, MBA, MSc, von IHE Austria, dem Verein zur Förderung der Integration der IT- und Medizintechnik im österreichischen Gesundheitswesen, beschreibt die aktuellen Herausforderungen aus Sicht der Softwareindustrie. „Aktuell laufen rund 30 Digitalisierungsprojekte parallel. Ein gutes gemeinsames Ergebnis kann nur möglich werden, wenn die Interoperabilität gewährleistet wird“, sagt Loidl und fordert ebenfalls die Einbindung aller Anwenderinnen, Anwender und Stakeholder. „Wir brauchen benutzerfreundliche User-Interfaces, die auch angenommen werden. Gleichzeitig muss die Industrie zahlreiche regulatorische Vorgaben beachten, die von nationalen Gesetzen bis hin zu europäischen Vorschriften reichen“, weiß der Experte. Starre Fristen, die bei den Userinnen und Usern viel Druck erzeugen, hält er nicht für sinnvoll, denn: „Das führt nur zu Frustration.“ Als Beispiel bringt er die Integration von Pflegeeinrichtungen in das ELGA-System, bei der bis-

Die digitale Transformation im Gesundheitssystem benötigt weit mehr, als nur technische Lösungen: Die Anwenderinnen und Anwender dürfen nicht auf der Strecke bleiben!

Auf dem Bild oben (v.l.n.r.): Herwig Loidl, Alexander Moussa, Ursula Weismann, Anja Laschkolnig, Helmut Dultinger, Franz Leisch, Emmanuel Helm.



lang nicht geklärt wurde, welche Einrichtungen zur mobilen Pflege zählen. Auch Loidl fordert eine klare Roadmap für Digitalisierungsprojekte im Gesundheitswesen. „Ich bin überzeugt, dass wir in Österreich erfolgreich sein werden, wenn wir gemeinsame Projekte umsetzen, beispielsweise in Form von Public-Private-Partnerships.“ Als ein gelungenes Beispiel präsentiert er das Linked-Care-Projekt, das Rezeptanforderungen im Bereich der integrierten Versorgung abbildet und Potenzial für eine Ausrollung in Österreich hätte. „Eine zentrale Voraussetzung ist, dass Ärztinnen, Ärzte und Apotheken ihre Software nicht verändern, sondern vollständig über Standards integriert sein müssen. Nur dann können wir die Effizienzpotenziale heben“, betont Loidl und fordert: „Nutzen Sie das Know-how der Industrie, denn wir sind es gewohnt, Lösungen nahe an der Kundin und am Kunden zu entwickeln.“ Dr. Helmut Dultinger von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) fordert ebenfalls eine standardisierte Dokumentation und dazu braucht es keine interoperablen Daten: „Das haben wir derzeit weder im niedergelassenen noch im ambulanten oder stationären Bereich.“ Die seit Jahresbeginn geltende Codierungspflicht macht die Anforderungen an die Dokumentation schwieriger bei gleichzeitig ohnehin hohem Arbeits- und Zeitdruck. „Aktuell ist die Codierung nach ICD-10 nur für statistische Zwecke vorgesehen. Wenn die Anwenderinnen und Anwender darin keinen echten Mehrwert sehen, fehlt die Motivation, Daten einzugeben“, sagt Dultinger und plädiert für eine automatische Codierung

und Diagnoseerfassung. „Diese Daten müssen maschinenlesbar sein.“ Aus eigener Erfahrung weiß er, dass eine manuelle Erfassung von sechs Medikamenten zwei Minuten 45 Sekunden dauert. Werden die Daten aus der e-Medikation übernommen, reduziert sich der Aufwand auf eine Minute. „Arztbriefe aus Krankenhäusern enthalten oft 20 Diagnosen und 30 Medikamente, die derzeit von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten manuell abgeglichen werden. Das ist nicht nur eine enorme Fehlerquelle, sondern auch ineffizient“, so Dultinger. In einem Kooperationsprojekt von ÖGAM, der Karl Landsteiner Privatuniversität Krems, der Medizinische Universität Graz und der ELGA GmbH wird an einer Codierung gearbeitet, die auch dem EU-Health-Dataspace entspricht. „Mit der sogenannten SNOMED-Codierung können wir sehr spezifische klinische Informationen codieren. Die Flexibilität erleichtert Anpassungen bei sich verändernden Anforderungen.“ Einig sind sich alle Expertinnen und Experten, dass die digitale Transformation im Gesundheitssystem mehr benötigt als nur technische Lösungen: Die Anwenderinnen und Anwender – das sind nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern das gesamte Gesundheitspersonal und die Ordinationsmitarbeitenden – müssen einbezogen werden. Es braucht eine klare und realistische Roadmap sowie passende Pilotprojekte und entsprechende Finanzmittel. Und am Ende darf auch auf die Patientinnen und Patienten nicht vergessen werden, denn ohne ihre Mithilfe wird sich keine Digitalisierungsbemühung umsetzen lassen. **P**

Die Zukunft ist ambulant

Gesundheitsleistung AUS DEM TEUREN SPITAL IN DIE KOSTENGÜNSTIGEREN SETTINGS WIE AMBULANZEN ODER NIEDERLAS-
SUNGEN ZU VERLAGERN, scheint auf den ersten Blick überaus attraktiv. Auf den zweiten Blick sind die Herausforderungen
noch weitaus größer als die Chancen. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Die Idee klingt bestechend: eine kürzere Verweildauer, geringeres Infektionsrisiko, weniger Personalaufwand, geringerer Ressourcenverbrauch und eine fokussierte Behandlung – all das sind die Vorteile, wenn bestimmte Eingriffe in Tageskliniken erbracht werden können. Ambulante Einrichtungen können flexibler arbeiten und bieten dem medizinischen Personal eine besseres Arbeitsumfeld. Die Fortschritte in der minimalinvasiven Chirurgie und Technologien wie Telemedizin begünstigen den Wandel hin zu kürzeren Eingriffen ohne längere Liegezeit im Spital. Doch Voraussetzung ist, dass die Strukturen dazu vorhanden sind und auch die Finanzierungsströme diese Umschichtung unterstützen. Von beiden ist Österreich weit entfernt. Wie eine „Ambulantisierung“ dennoch gelingen könnte, wurde kürzlich von Expertinnen und Experten im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs diskutiert.

Tagesklinische Leistungen pushen

Auch wenn es viele Patientinnen und Patienten nicht wahrhaben wollen, so steht längst fest, dass die Spitalsambulanz nicht immer für jedes gesundheitliche Anliegen der „Best-Point-of-Service“ ist. Wer schnell, sicher und gut versorgt sein will, der ist manchmal im extramuralen Sektor oder gar zu Hause sogar besser aufgehoben. Versuche, die Patientenlenkung durch das System so zu gestalten, dass sich die beste Versorgung bei gleichzeitiger Nutzung der kostengünstigsten Form an Ressourcen automatisch regelt, waren bisher noch nicht erfolgreich, denn die großzügige Wahlfreiheit der Österreicherinnen und Österreicher, dort Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, wo sie es persönlich für am besten halten, hat viele dieser Bemühungen bereits im Keim erstickt.

Die aktuelle Finanzierungslogik des Gesundheitssystems unterstützt eine Umschichtung von Leistungen an den kostengünstigeren Point-of-Service derzeit nicht. Das wird auch so bleiben, solange keine Anreize geschaffen werden, zumindest mit den im Bundeszielsteuerungsvertrag angeführten Indikationen zur starten: Schon 2017 wurde hier das operative Ziel „Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen“ festgelegt. Darin sind 14 Leistungsbündel festgelegt, die in den ambulanten Bereich verlagert werden sollten, wie zum Beispiel Katarakt-, Hernien- oder Varizenoperationen. Gelingt eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich, so würden im Schnitt 770 Euro pro Tag, das sind die Kosten pro Bett ohne Behandlung, jedenfalls wegfallen. Für die in der Zielsteuerung genannten Leistungsbündel ergibt sich bei konservativen Schätzungen bei extrakapsulären Kataraktoperationen mit Linsenimplantation ein Sparpotenzial von rund 9,6 Mio. Euro. Ähnliche Kalkulationen zeigen bei Varizen ein Potenzial von 5,2 Mio. Euro, bei Leistenhernien-Operationen sogar knapp 14,3 Mio. Euro und bei Tonsillen weitere 18,7 Mio. Euro. Beispielhaft kann allein bei den ausgewählten chirurgischen Interventionen in Summe ein Einsparungspotenzial von rund 47,8 Mio. Euro errechnet werden. Ab 1. Januar 2025 soll das Ungleichgewicht zwischen stationär und ambulant zumindest teilweise durch die Einführung einer neuen leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) ausgeglichen werden – ein guter Anfang, denn das System wurde für die Abrechnung der stationären Spitalskosten entwickelt und steht seit 1997 im Einsatz.

Raus aus dem Spital, rein in die Ordination
Geht es nach den Entscheidungsträgern, so sollte auch ein Teil der Ambulantisierung von

Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet

- Ojan Assadian
- Alexander Biach
- Karl Lehner
- Stephan Kriwanek
- Franz Öller



Wer schnell, sicher und gut versorgt sein will, der ist manchmal im extramuralen Sektor oder gar zu Hause sogar besser aufgehoben.

den niedergelassenen Angeboten – Einzelordinationen, Primärversorgungszentren oder Fachärztinnen und -ärzten – aufgefangen werden. Aber auch hier fehlt es an den Strukturen, Ressourcen und der passenden Finanzierungslogik. Patientinnen und Patienten haben von sich aus kaum Motivation, ihre „Stromrichtung“ zu ändern, solange das Gatekeeping alle Richtungen zulässt. Um diese Herausforderungen zu lösen, ist einmal mehr die Neuausrichtung der Finanzierungslogik gefragt. Während die Idee eines „dritten Topfes“ von Expertinnen und Experten als wenig realistisch gesehen wird, könnten die Krankenkassen wie bisher für den niedergelassenen Bereich und auch allein für den ambulanten Spitalsbereich zuständig sein. Die Länder könnten die Finanzierung des stationären Spitalsbereich übernehmen und hätten damit die Motivation, Patientinnen und Patienten in den kostengünstigeren ambulanten Bereich zu verlagern.

Digitale Angebote und Gesundheitszentren

Technologischer Fortschritt spielt eine wesentliche Rolle in diesem Wandel. Minimalinvasive Verfahren und die Digitalisierung ermöglichen es, Patientinnen und Patienten schneller und effizienter zu behandeln. Telemedizin, Fernüberwachung und digitale Plattformen bieten flexible Lösungen, um auch außerhalb von Krankenhäusern versorgen zu können. Diese Entwicklungen können zur weiteren Entlastung des stationären Bereichs führen und zugleich eine effizientere Ressourcennutzung ermöglichen. Innovative Ansätze und Projekte zur Ressourcenoptimierung sollten gezielt gefördert werden, um den technologischen Wandel weiter zu beschleunigen und die Effizienz im Gesundheitssystem zu steigern. Pilotprojekte mit intensiver digitaler und telemedizinischer





Einbindung der Patientinnen und Patienten könnten für die erforderliche Evidenz generieren und für ein Roll-out als Best-Practice-Beispiel fungieren, damit praktische Erkenntnisse direkt in den Versorgungsstrukturen ankommen. Um den Ausbau ambulanter Leistungen effizient voranzutreiben, sollte öffentlichen Gesundheitsversorgern die Möglichkeit erleichtert werden, ambulante Strukturen in enger Abstimmung mit den Sozialversicherungsträgern zu etablieren. Dies schließt insbesondere vorgelagerte, ambulante Gesundheitszentren ein, die entweder eigenständig oder in Kooperation mit anderen Gesundheitsdienstleistern betrieben werden können. Auf diese Weise könnte sichergestellt werden, dass der Ausbau ambulanter Angebote rasch und in gut abgestimmter Struktur erfolgt, was zu einer spürbaren Entlastung des Gesundheitssystems beitragen würde.

Personalressourcen als große Hürde

Den strukturellen Änderungen ist aber nach wie vor eine große Herausforderung gemeinsam: der Personalmangel, der sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich nicht wegdiskutiert werden kann. Der akute Fachkräftemangel, besonders in der Pflege, verschärft sich durch den steigenden Bedarf an medizinischer Versorgung und die alternde Bevölkerung. Die Ambulantisierung bietet hier attraktive Arbeitsbedingungen durch flexiblere Arbeitsmodelle und durch den Wegfall von Nachtdiensten. Eine Aufstockung von administrativem Personal in ambulanten Einrichtungen könnte die Arbeitsbelastung des medizinischen Personals spürbar reduzieren.

Kooperation und sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern,

Experten fordern den Ausbau ambulanter Angebote, um das System spürbar zu entlasten. Diskussionsteilnehmende (v.l.n.r.): Emanuel Maitz, Wilhelm Marhold, Manfred Brunner, Arno Melitopoulos, Wolfgang Wein.

Strukturelle Änderungen sind dringend erforderlich, sie benötigen aber auch einen klaren politischen Willen.

ambulanten Einrichtungen, der Politik und Sozialversicherungen sind ein Schlüsselfaktor für den Erfolg der Ambulantisierung. Erfolgreiche Pilotprojekte in Wien und anderen Regionen zeigen, dass durch enge Zusammenarbeit von intramuralem und extramuralem Sektor signifikante Fortschritte erzielt werden können. Diese Kooperationen ermöglichen eine effizientere Ressourcennutzung und eine verbesserte Versorgung, insbesondere in spezialisierten ambulanten Bereichen wie der Diabetesversorgung, Schmerztherapie und Wundbehandlung.

Tiefgreifende Änderungen erforderlich

Ohne klaren politischen Willen werden die strukturellen Änderungen nicht voranzutreiben sein. Langsame Anpassungen und Reformen in „homöopathischen Dosen“ haben bisher nur punktuelle Verbesserungen gebracht. Gesellschaftliche Aspekte wie die mangelnde Ge-

sundheitskompetenz in der Bevölkerung und das kulturell geprägte Anspruchsdenken stellen zusätzliche Herausforderungen dar. Auch die Förderung der Allgemeinmedizin und die Schaffung von Anreizen für junge Medizinerinnen und Mediziner, sich für diesen Bereich zu entscheiden, könnten langfristig zur Stärkung der ambulanten Versorgung beitragen. Insgesamt verdeutlichte der PRAEVENIRE Denker-Talk, dass die Zukunft der Gesundheitsversorgung in einer stärkeren Ambulantisierung, Digitalisierung und Patientensteuerung liegen muss. Um diesen Wandel erfolgreich zu gestalten, bedarf es einer umfassenden Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitssystem, einer Anpassung der Finanzierungsstrukturen und einer gezielten Förderung der Allgemeinmedizin sowie mehr Bewusstsein in der Bevölkerung für einen verantwortungsvollen Umgang mit Gesundheitsleistungen. **P**





POLITIK

Finanzierung unseres solidarischen Gesundheitssystems nachhaltig sichern

Die Finanzierung des solidarischen Gesundheitssystems in Österreich gerät zunehmend unter Druck. Technologischer Fortschritt, Automatisierung und demografische Veränderungen beeinflussen die bisherigen Finanzierungsmodelle. Um **DIE SOZIALE ABSICHERUNG LANGFRISTIG ZU GEWÄHRLEISTEN**, braucht es neue Lösungen, die eine faire Verteilung der finanziellen Last sicherstellen. Ein Statement von Präsident Markus Wieser zur geplanten Kampagne der AK NÖ.

Unser Solidarstaat ist Grundlage einer gerechten Gesellschaft, denn all seine Leistungen – von Armutsbekämpfung, medizinischer Versorgung und Vorsorge, Unterstützung für Familien bis zu sozialen Diensten, sozialem Wohnbau, Mietbeihilfen und Daseinsvorsorge – tragen wesentlich zur Stabilität der Konsumausgaben bei. Gerade in Zeiten multipler Krisen erweist sich das starke soziale Auffangnetz in Österreich immer wieder aufs Neue als robust und unverzichtbar. Darum brauchen alle Zugang zu den Leistungen des Sozialstaates, alle sollen jedoch auch einen fairen, solidarischen Beitrag leisten. Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen steht jedoch vor großen Herausforderungen. Einerseits steigen die Gesundheitsausgaben kontinuierlich an: 2023 beliefen sie sich auf rund 52,8 Mrd. Euro, was etwa 11,2 Prozent des BIP entspricht. Andererseits verändern sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und Wertschöpfungsprozesse durch den demografischen Wandel, der sich durch die Digitalisierung rasant verändernden Arbeitswelt und den notwendigen klimapolitischen Maßnahmen

kennzeichnet. Diese Veränderungen haben direkte Auswirkungen auf die Finanzierungsmechanismen unseres Gesundheitssystems, weil es primär durch lohnabhängige Sozialversicherungsbeiträge finanziert wird.

Roboter versus Mensch

So kann nun aber der zunehmende Einsatz von Robotik, Automatisierung und KI ein Faktor sein, dass lohnbezogene Abgaben trotz steigender Arbeitsproduktivität und steigender Gewinne stagnieren. Er kann auch dazu führen, dass menschliche Arbeitskraft ersetzt wird, was wiederum weniger Sozialversicherungsbeiträge und somit eine zusätzliche Finanzierungslücke bedeuten würde. Zudem sind derzeit in Österreich die Sozialversicherungsbeiträge, die Umsatzsteuer sowie die Einkommens- bzw. Lohnsteuer die größte Einnahmequelle des Staates. Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer tragen ca. 80 Prozent zum gesamten Steuer- und Abgabenvolumen bei, obwohl sie über Löhne und Gehälter nur ca. 60 Prozent der Bruttowertschöpfung erhalten. Gewinne der Unternehmen werden derzeit unterdurchschnittlich besteuert

und haben in den letzten Jahrzehnten von einigen Steuerreformen profitiert. Roboter zahlen jedoch anders als die 4 Mio. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Österreich keine Steuern und Abgaben. Sie konsumieren nicht und engagieren sich auch nicht im Ehrenamt oder in der Freiwilligenarbeit. Sie fragen auch nicht nach Löhnen, Kollektivverträgen, Absicherung bei Unfall und Krankheit, Arbeitslosigkeit oder Altersvorsorge, sondern tragen ausschließlich zu höheren Renditen für das eingesetzte Kapital bei. Durch die zu erwartende Transformation der Wertschöpfungsprozesse aufgrund der technologischen Entwicklungen wird das Finanzierungsmodell für unser Gesundheitssystem – mit dem Schwerpunkt Faktor Arbeit – in Bedrängnis kommen und somit auf breitere Beine gestellt werden müssen. Künftig soll die gesamte Wertschöpfung des Unternehmens (Mensch-Robotik-Automatisierung usw.) zur Finanzierung des Solidarstaats herangezogen werden. Dadurch ist gewährleistet, dass die notwendigen Leistungen unseres Gesundheitssystems langfristig gesichert sind. **P**

“ Menschen wie ich kaufen ein und geben Geld aus. Du kaufst nichts. “

“ Stimmt. “

Allein durch unseren Konsum zahlen wir Menschen 22 % aller Steuern!

Laut Statistik Austria gaben die Haushalte in Österreich im Jahr 2023 insgesamt ca. 240 Milliarden Euro für Konsumgüter aus. Die größten Ausgabenpositionen sind im Bereich Wohnen, Ernährung, Verkehr und Beherbergung und Gastronomie zu verzeichnen. Alleine im Bereich Wohnen, Wasser, Energie wurden im Jahr 2023 ca. 57 Milliarden Euro von den privaten Haushalten ausgegeben, für den Bereich Verkehr ca. 28 Milliarden Euro und für Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke ca. 25 Milliarden Euro.

Bei fast jedem der Käufe von Konsumgütern und Inanspruchnahme von Dienstleistungen werden Steuern und Abgaben eingehoben: Etwa die Umsatzsteuer im Supermarkt oder auch spezifische Gütersteuern wie z.B. die Mineralölsteuer an der Tankstelle oder auch die Tabaksteuer beim Kauf von Zigaretten in der Trafik.

Dementsprechend groß ist auch das Volumen der geleisteten Steuern und Abgaben der privaten Haushalte: Im Jahr 2023 zahlten sie insgesamt 46 Milliarden Euro an Konsumsteuern, das sind ca. 22 % der gesamten Steuer- und Abgabeneinnahmen in Österreich. Den größten Anteil machte die Umsatzsteuer mit knapp 38 Milliarden Euro aus, gefolgt von der Mineralölsteuer mit ca. 4 Milliarden Euro und der Tabaksteuer mit knapp über 2 Milliarden Euro. Aber auch vermeintlich kleinere Steuern wie die Biersteuer haben ein Volumen von ca. 200 Millionen Euro.

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

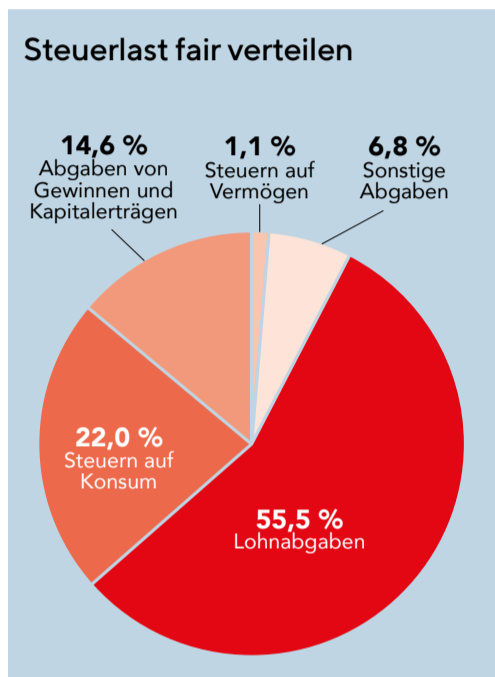
Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zahlen 80 % aller Steuern. Und leisten zusätzlich ehrenamtliche Arbeit im Wert von 9,8 Milliarden Euro!

Viele Menschen in Österreich engagieren sich in der einen oder anderen Form freiwillig und ehrenamtlich bei der Freiwilligen Feuerwehr, in Rettungsorganisationen, aber auch in diversen Sport-, Kultur- und Sozialvereinen. Ohne diese Freiwilligen und Ehrenamtlichen wären viele dieser



© KLAUS VYHNALEK

Markus Wieser, AK-Niederösterreich Präsident
ÖGB-Niederösterreich Vorsitzender



“
80 % aller Steuern werden von Menschen wie mir bezahlt.
Das ist nicht fair.
“

“
Stimmt.
“

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

Die Verteilung der Steuer- und Abgabeneistung zeigt eine Schieflage: Die größten Einnahmequellen des Staates in seiner Gesamtheit sind derzeit die Sozialversicherungsbeiträge, die Umsatzsteuer sowie die Einkommen- bzw. Lohnsteuer. Um eine Größenordnung zu geben: Im Jahr 2023 betrug die Sozialversicherungsbeiträge mehr als 70 Milliarden Euro, die Umsatzsteuer knapp 38 Milliarden Euro und die Lohnsteuer knapp 35 Milliarden Euro.

Diese Steuern und Abgaben werden aber fast ausschließlich von privaten Haushalten getragen.

Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer tragen derzeit ca. 80 % zum gesamten Steuer- und Abgabenvolumen bei, obwohl sie über Löhne und Gehälter nur ca. 60 % der Bruttowertschöpfung erhalten. Gewinne der Unternehmen werden derzeit unterdurchschnittlich besteuert und haben in den letzten Jahrzehnten von einigen Steuerreformen profitiert. So wurde der Steuersatz der Körperschaftsteuer Stück für Stück reduziert: Im Jahr 2000 lag der Steuersatz noch bei 34 %, im Jahr 2024 wurde er auf 23 % reduziert.

“
Stimmt.
“

Organisationen nicht fähig, ihre wichtigen und unverzichtbaren gesellschaftlichen Aufgaben wahrzunehmen und auszuführen.

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

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

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

“
Stimmt.
“

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

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

Durch die zu erwartende Transformation der Wertschöpfungsprozesse aufgrund der technologischen Entwicklungen wird dieses Finanzierungsmodell – mit dem Schwerpunkt Faktor Arbeit – in Bedrängnis kommen und somit auf breitere Beine gestellt werden müssen. Künftig soll die gesamte Wertschöpfung des Unternehmens (Mensch – Robotik – Automatisierung usw.) zur Finanzierung des Solidarstaates herangezogen werden. Damit wäre es auch möglich, beschäftigungsintensive Unternehmen zu entlasten.

Dies verdeutlichen auch die Entwicklungen in den letzten 30 Jahren. Von 1995 bis 2022 sind laut Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung die Summe aller Löhne und Gehälter um ca. 140 % gestiegen, die Bruttobetriebsüberschüsse bzw. Gewinne der Unternehmen im selben Zeitraum um + 200 %.

Schirmherrschaften:



AM PLUS

Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit



WELLDONE

Seltene Erkrankungen häufiger erkennen

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



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

Sponsoren der Plattform





Prostatakrebs

Vorsorge ist Männersache

In Österreich wird jedes Jahr bei rund **7000 MÄNNERN PROSTATAKREBS DIAGNOSTI-ZIERT** – die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Für etwa 1400 bis 1500 von ihnen endet die Erkrankung tödlich. Umso tragischer, wenn man bedenkt, dass der Krebs oft vermeidbar wäre – wenn er rechtzeitig erkannt wird. | von Mag. Julia Wolkerstorfer



„Vorsorge ist Männersache“ – Gottfried Pfleger betont im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage die Bedeutung der Früherkennung von Prostatakrebs.

Im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage nahm Dr. Gottfried Pfleger, Urologe an der Klinik Oberwart, die Männer augenzwinkernd, aber bestimmt in die Pflicht: „Macht eure Krawatten locker, lasst den Alltags- und Berufsstress beiseite und geht zur Vorsorgeuntersuchung.“ Diese Botschaft steht auch im Zentrum der „Loose Tie“-Kampagne der Österreichischen Krebshilfe und der Österreichischen Gesellschaft für Urologie. Denn noch immer schieben viele Männer das Thema Vorsorge auf. Vielleicht aus Unsicherheit, vielleicht, weil sie denken: „Ich bin gesund, warum sollte ich zum Arzt?“ Pfleger kennt diese Haltung nur zu gut und warnte im Zuge seiner Keynote im burgenländischen Schloss Esterházy eindringlich: „Viele Männer warten, bis erste Beschwerden auftreten. Doch dann ist es oft zu spät für eine schonende Behandlung. Früherkennung bedeutet nicht, sich Sorgen zu machen, sondern Verantwortung für sich selbst zu übernehmen.“

Prostatakrebs bleibt lange unbemerkt

Das Heimtückische an Prostatakrebs ist, dass er lange keine Beschwerden verursacht. Ein Tumor kann sich über Jahre unbemerkt entwickeln, ohne dass der Betroffene etwas davon mitbekommt. Die gute Nachricht: Ein einfacher Bluttest kann helfen, Risiken frühzeitig zu erkennen. Der sogenannte PSA-Test misst einen Blutwert, der von der Prostata gebildet wird. „PSA“ steht für „Prostata-spezifisches Antigen“. PSA ist zwar nicht krebsspezifisch, doch Karzinomzellen produzieren deutlich mehr davon als gesunde Zellen: Ein erhöhter Wert kann also ein Frühwarnsignal sein – und gibt Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, genauer nachzusehen.

PSA-Test: Das richtige Timing zählt

Der beste Zeitpunkt für den ersten PSA-Test liegt bei Männern ohne familiäre Vorbelastung bei 45 Jahren. Sind Vater oder Bruder betroffen, so wird die Erstuntersuchung bereits ab 40 Jahren empfohlen.

Ist der PSA-Wert niedrig, reicht oft eine Kontrolle in mehreren Jahren. Ist er erhöht, wird engmaschiger beobachtet. So kann eine ernsthafte Erkrankung frühzeitig erkannt und – falls nötig – gezielt behandelt werden.

Ein einziger PSA-Test kann bereits wertvolle Hinweise darauf geben, wie hoch das persönliche Risiko ist. Wer frühzeitig Bescheid weiß, kann rechtzeitig reagieren.

Nicht jede Diagnose erfordert sofort eine Behandlung

Ein häufiger Irrglaube ist, dass eine Krebsdiagnose automatisch eine belastende Therapie nach sich zieht. Doch das ist nicht immer der Fall: „Bei sehr kleinen, wenig aggressiven Tumoren reicht es oft, den Verlauf zu beobachten“, erklärte Pfleger. „Wir sprechen dann von Active Surveillance – einer engmaschigen Kontrolle, um erst dann therapeutisch einzugreifen, wenn es wirklich notwendig ist.“

Ziel ist es, unnötige Eingriffe zu vermeiden, aber gleichzeitig die Kontrolle zu behalten.

Vorsorge, die ankommt

Es ist kein Geheimnis: Männer gehen seltener zur Vorsorge als Frauen. Genau deshalb braucht es gezielte Kampagnen, die das Bewusstsein für Prostatakrebs schärfen und Männer ermutigen, ihre Gesundheit nicht dem Zufall zu überlassen. Neben der „Loose Tie“-Initiative, die von prominenten Persönlichkeiten bis hin zum Bundes-

präsidenten unterstützt wird, gibt es inzwischen auch moderne Formate, die speziell auf Männer zugeschnitten sind. So beleuchtet beispielsweise der Podcast „Herrenzimmer“ das Thema Männergesundheit aus der Perspektive betroffener Männer und Ärzte.

Lebensstil und Prostatakrebs – gibt es Risikofaktoren?

Laut Pfleger gibt es einige Risikofaktoren für Prostatakrebs, die sich nicht beeinflussen lassen, darunter das Alter, die familiäre Vorbelastung und die genetische Veranlagung. Doch es gibt auch Faktoren, die jeder selbst in der Hand hat und mit denen sich das Risiko senken lässt.

Nicht beeinflussbare Faktoren:

- Alter: Das Risiko wächst mit steigendem Alter.
- Familiäre Vorbelastung: Hat ein Verwandter ersten Grades (Vater oder Bruder) Prostatakrebs, verdoppelt sich das eigene Risiko.
- Genetik: Bestimmte genetische Faktoren können die Wahrscheinlichkeit für eine Erkrankung erhöhen.

Beeinflussbare Faktoren:

- ✓ Ernährung: Mediterrane Ernährung (z. B. Tomaten/Lycopin, Fisch, ungesättigte Fettsäuren) wird mit einer möglichen Schutzwirkung in Verbindung gebracht.
- ✓ Bewegung & Gewicht: Regelmäßige Bewegung und ein gesundes Körpergewicht können das Krebsrisiko senken.
- ✓ Alkoholkonsum: Übermäßiger Alkoholkonsum kann die Entstehung verschiedener Krebsarten begünstigen – auch von Prostatakrebs.

Medikamentöse Prävention? Fehlanzeige.

Die SELECT-Studie (Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial) zeigte eindeutig: Weder Selen noch Vitamin E senken das Risiko für Prostatakrebs – im Gegenteil, in der Vitamin-E-Gruppe wurde sogar ein leicht erhöhtes Krebsrisiko beobachtet. Auch medikamentöse Ansätze wie 5-Alpha-Reduktase-Hemmer (5-ARIs), die zur Behandlung einer gutartigen Prostatavergrößerung eingesetzt werden, haben in der Krebsprävention nicht den gewünschten Effekt gezeigt. „Der beste Schutz ist eine bewusste Lebensweise kombiniert mit regelmäßigen Checks“, so Urologe Pfleger.

Drei Fliegen auf einen Streich

Ein einfacher Bluttest kann für Klarheit sorgen und helfen, rechtzeitig die richtigen Schritte zu setzen. „Es geht nicht um Panik, sondern um Verantwortung. Und um die Sicherheit, die eigene Gesundheit im Blick zu haben“, so Pfleger. Der erste Schritt ist dabei unkompliziert: Ein Termin beim Urologen. Eine kleine Untersuchung, die entweder Entwarnung gibt, oder frühzeitig ermöglicht, das Richtige zu tun. Letztendlich werden mit einem Besuch beim Urologen die drei häufigsten Karzinome abgeklärt: Das Prostatakarzinom, der Nierentumor und das Harnblasenkarzinom – sie zählen in Österreich zu den zehn häufigsten Karzinomen. „Wer vorsorgt, hat den Kopf frei“, resümierte Pfleger. 



Screening kolorektales Karzinom

Österreich ist Darmkrebsfrei(?)

Österreich hat die Chance, Darmkrebs-frei zu werden, wie nicht nur die Präsidentin der Selbsthilfe Darmkrebs, Helga Thurnher, postuliert. Auch Dr. Katayoun Tonninger-Bahadori und Dr. Gernot Leeb, beide Vorreiter auf dem Gebiet der Darmkrebsfrüherkennung, sind überzeugt, **DASS UNSERE SCREENINGLANDSCHAFT VIELVERSPRECHEND IST**. Sie müssen lediglich genutzt werden. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Die Früherkennung von Darmkrebs ist eine der wichtigsten Maßnahmen, um das Risiko eines tödlichen Verlaufs zu verringern. Im Burgenland, einer Region mit den höchsten Inzidenzraten für kolorektale Karzinome in Österreich, wurde in den letzten Jahren ein erfolgreiches Früherkennungsprogramm etabliert. Der FIT-Test (Fecal Immunochemical Test) hat sich dabei als zentrales Screening-Instrument bewährt. Im Rahmen der 9. PRAEVENIRE Gesundheitstage im burgenländischen Schloss Esterházy erläuterten Dr. Gernot Leeb, Oberarzt an der Klinik Oberpullendorf, und Dr. Katayoun Tonninger-Bahadori, Leiterin des Wiener Ärztekammer-Referats für Endoskopie, die Chancen des Programms.

FIT-Test: Neuer Standard in der Darmkrebs-Früherkennung

Der FIT-Test ist ein immunologischer Test, der mit Hilfe von Antikörpern unsichtbares Blut im Stuhl nachweist – ein wichtiger Frühindikator

für Darmkrebs. Im Vergleich zu den früher verwendeten Hämoccult-Tests, die als Standardverfahren für die Darmkrebs-Früherkennung galten, stellt der FIT-Test einen klaren Fortschritt in der Technologie dar. Anders als ältere Tests wie der Guajak-Test, der chemische Reaktionen erfordert und spezielle Diäten notwendig machte, hat der FIT-Test den Vorteil, dass keine Diät vor der Probenentnahme eingehalten werden muss. Der FIT-Test ist zudem sensitiver, hygienischer und vor allem benutzerfreundlicher. Im Burgenland wurde der neue Test gut angenommen – bei stetig steigender Teilnahmequote. Im Zeitraum zwischen 2003 und 2014 wurden mehr als 1,5 Millionen Proben verschickt. Zielgruppe waren Personen zwischen 40 und 80 Jahren. Die Rücklaufquote lag bei 36 Prozent, was etwa 540.000 getesteten Personen entspricht. Mittlerweile liegt die Teilnehmerquote bei über 50 Prozent. Wesentlich erschien Dr. Leeb, Vorreiter der Darmkrebsfrüherkennung im Burgenland, dass die Testung auch schon



jüngere Menschen berücksichtigt: „Ab dem 40. Lebensjahr beginnt die Entwicklung der kolorektalen Karzinome in Form gutartiger Vorstufen.“

Einfache Anwendung, große Wirkung

Im Zuge des Screening-Programms mit FIT wurden in der burgenländischen Studie 400 Karzinome in frühen Stadien (Stadium 1 und 2) entdeckt, was die Überlebenschancen der betroffenen Patientinnen und Patienten erheblich verbessert. Zudem konnten in den 12 Jahren FIT-Screening insgesamt 3.453 Hochrisiko-Karzinome und 4.780 Niedrigrisiko-Karzinome identifiziert werden.

„Ein signifikanter Vorteil des FIT-getriggerten Koloskopieprogramms besteht darin, dass Koloskopien, die nach einem positiven FIT-Test durchgeführt wurden, eine doppelt so hohe Karzinom-Detektionsrate aufweisen wie herkömmliche Koloskopien“, erklärte Leeb. Dies gilt insbesondere für Hochrisiko-Karzinome.

Zwischen 2017 und 2019 wurden in Österreich rund 60 Prozent aller Darmkrebsdiagnosen in späten Krankheitsstadien gestellt, in denen der Tumor bereits die Organ Grenzen durchbrochen hatte.

Katayoun Tonninger-Bahadori

Kosten-Nutzen-Analyse: Eine lohnende Investition

Investitionen in die Früherkennung retten Leben und bringen erhebliche Einsparungen für das Gesundheitssystem. Zwischen 2003 und 2014 konnten 1.200 Karzinome verhindert bzw. 1200 Leben gerettet werden. Die Behandlungskosten beliefen sich auf rund 30 Millionen Euro. Im Vergleich dazu belaufen sich die Kosten für das Screening-Programm auf nur 4,2 Millionen Euro, was den Nutzen präventiver Maßnahmen noch einmal verdeutlicht. Die Einsparungen durch die Vermeidung fortgeschrittener Darmkrebsfälle, die später teure Behandlungen erfordern würden, sind enorm. „Durch die Entdeckung der 1.200 Karzinome mittels FIT-Test konnten sowohl negative gesundheitliche Auswirkungen als auch die damit verbundenen Kosten deutlich reduziert werden“ resümierte Oberarzt Leeb.

Zukunftsmodell digitaler Endoskopiepass

Ein weiterer zentraler Punkt, den Leeb im Zuge seiner Keynote betonte, ist das digitale



Dr. Katayoun Tonninger-Bahadori, Leiterin des Referats für Endoskopie der Wiener Ärztekammer, engagiert sich in der Förderung von Früherkennungsprogrammen



Datenmanagement – besonders angesichts der umfangreichen Datensätze, die die Programme generieren. Um die Qualität und Transparenz der Darmkrebsfrüherkennung weiter zu verbessern, schlug er ein Datenmanagement vor, das an den digitalen Impfpass angelehnt ist: „Analog zum digitalen Impfpass könnte es einen digitalen Endoskopiepass geben.“ Dieser Pass würde alle Endoskopie-Daten zentral erfassen und für weitere Behandlungen verfügbar machen. Auf diese Weise ließe sich die Dokumentation der Darmkrebsuntersuchungen verbessern. Die Datenübermittlung zwischen den verschiedenen Stellen, wie den Krankenhäusern, Arztpraxen und Gesundheitsämtern, könnte durch eine zentrale Datenbank effizienter gestaltet werden. Dies würde es ermöglichen, Patientinnen und Patienten nahtlos durch das System zu führen und eine schnellere Diagnose und Behandlung sicherzustellen.

Früherkennung auf politischer Agenda

Die Politik hat das Thema Früherkennung ebenfalls am Schirm: Im Regierungsprogramm 2020–2024 werden die evidenzbasierte Modernisierung der Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Mammascreeing und Darmkrebsvorsorge) und die Schaffung eines organisierten Screening-Programms für Darmkrebs als zentrale Zielsetzung formuliert (vgl. Gesundheit Österreich GmbH). „Das Gesundheitsministerium hat sich das zu Herzen genommen und ein nationales Screening-Komitee einberufen, bestehend aus interdisziplinären Expertinnen und Experten“, berichtete Dr. Katayoun Tonninger-Bahadori, die das Referat für Endoskopie in der Wiener Ärztekammer leitet und sich seit drei Jahren in der Förderung von Früherkennungsprogrammen engagiert.

Mit Hilfe dieser neuen Screening-Strategie, bei der der FIT-Test alle zwei Jahre und die Koloskopie alle zehn Jahre angeboten wird, wird die Sterblichkeit durch Darmkrebs weiter gesenkt. Wesentlich ist das adaptierte Alter der Zielgruppe: Die Bevölkerung soll nicht wie gehabt ab 50, sondern schon am dem 45. Lebensjahr getestet werden.

Tonninger-Bahadori weist an dieser Stelle darauf hin, dass FIT-Tests und Koloskopien keinesfalls als gleichwertig angesehen werden dürfen, wie dies an manchen Stellen fälschlicherweise kommuniziert wurde. „Darmkrebs kann ausschließlich durch Koloskopie verhindert werden, FIT-Tests stellen lediglich unsichtbares Blut im Stuhl fest.“

Schließlich nimmt Tonninger-Bahadori die Ausschreibungs-Strategie der Stadt Wien unter eine kritische Lupe. Diese würde ökonomische Interessen in den Vordergrund stellen. Sie spricht sich klar gegen eine Konzernisierung der Medizin aus und für ein qualitätsgesichertes Screening im Rahmen des Gesamtvertrages der Ärztinnen und Ärzte. „Was es braucht, ist eine Plattform, über die alle Wiener Endoskopiker ihre freien Ressourcen anbieten können.“ Termine für Koloskopien wären innerhalb von zwei Wochen kein Problem.

Screening bleibt unverzichtbar

Viele Fortschritte wurden bereits erzielt. Die Früherkennung von Darmkrebs bleibt jedoch eine Notwendigkeit: „Zwischen 2017 und 2019 wurden in Österreich rund 60 Prozent aller Darmkrebsdiagnosen in späten Krankheitsstadien gestellt, in denen der Tumor bereits die Organgrenzen durchbrochen hatte“, setzte Tonninger-Bahadori das Fachpublikum in Alarmbereitschaft. Dieser Umstand führt zu

Dr. Gernot Leeb:
Facharzt für Gastroenterologie und Vorreiter der Darmkrebsfrüherkennung im Burgenland



Analog zum digitalen Impfpass könnte es einen digitalen Endoskopiepass geben.

Gernot Leeb

einer deutlich schlechteren Prognose und ist ein Grund mehr, warum das Screening für Darmkrebs aufrechterhalten und ausgebaut werden muss.

Zunehmende Inzidenz bei jüngeren Menschen Trotz der positiven Ergebnisse der Früherkennungsprogramme zeigen aktuelle Studien, dass die Darmkrebs-Inzidenz in den letzten Jahren bei Menschen unter 50 Jahren zunimmt. Diese Entwicklung wird vor allem durch Lifestyle-Veränderungen wie Adipositas, Bewegungsmangel und den übermäßigen Konsum von rotem Fleisch, Alkohol und Nikotin begünstigt. Besonders jüngere Menschen sind daher zunehmend von Darmkrebs betroffen.

Die Herausforderung besteht darin, präventive Maßnahmen auch für die jüngere Bevölkerung zugänglich zu machen und sie zur Teilnahme am Screening zu ermutigen. Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitsorganisationen und die Politik sind gefragt, verstärkt über die Wichtigkeit von Früherkennungsuntersuchungen aufzuklären. Die Bevölkerung muss nicht nur über die kostenlosen Früherkennungsprogramme informiert werden, sondern auch darüber, dass die Untersuchung unkompliziert und vor allem

schmerzfrei ist. „Die Angst vor einer Darmspiegelung sitzt immer noch tief – doch sie ist völlig unbegründet“, so Tonninger-Bahadori. Heute werden Koloskopien standardmäßig mit einer kostenlosen Sedierung angeboten. Die Patientinnen und Patienten schlafen für 15 Minuten und der Eingriff ist schmerzfrei.

Ziel: Darmkrebs-freies Österreich

Das langfristige Ziel der Darmkrebsprävention in Österreich ist es, Darmkrebs-frei zu werden – ein Ziel, das durch die konsequente Früherkennung und moderne Screening-Methoden durchaus erreichbar scheint. Durch die breite Akzeptanz von Programmen wie dem FIT-Test und eine verstärkte Aufklärung der Bevölkerung wird es möglich sein, die Mortalität durch Darmkrebs deutlich zu senken und vielen Menschen das Leben zu retten. **P**

Factbox

- FIT-Test: Immunologischer Test zur Früherkennung von Darmkrebs
- Vorteil: Keine Diät notwendig, hohe Sensitivität, sehr benutzerfreundlich
- Kosten-Nutzen: 1.200 Leben gerettet, 30 Millionen Euro an Behandlungskosten gespart
- Politische Maßnahmen: Screening-Programme alle zwei Jahre mit FIT-Test oder alle zehn Jahre Koloskopie





Faire Krankenhausversorgung – zwischen Anspruch und Realität

Recht auf Heilung

GLEICHES RECHT FÜR ALLE? Gerade im Gesundheitsbereich sollte dieser Grundsatz selbstverständlich sein. Doch wie sieht die Realität im Krankenhaus aus, wenn es darum geht, die bestmögliche Behandlung zu bekommen oder sich für diese stark zu machen? Beim PRAEVENIRE Gipfelgespräch im burgenländischen Schloss Esterházy wurde diese Frage intensiv diskutiert. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Wie können die Rechte von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus angesichts rechtlicher und struktureller Hürden besser geschützt werden? Anders als im ambulanten Bereich werden Entscheidungen im stationären Umfeld aufgrund der föderalen Strukturen nicht einheitlich getroffen. Dieser Umstand hat in der Vergangenheit teils zu einem unterschiedlichen Zugang zu innovativen und oft kostspieligen Therapien geführt – abhängig vom Wohnort der Patientin bzw. dem Patienten. Besondere Aufmerksamkeit galt dem kürzlich eingeführten Bewertungsboard, das die Versorgung bundesweit vereinheitlichen soll. Allerdings äußerten einige Diskutantinnen und Diskutanten die Sorge, dass das Board in der Praxis eine zusätzliche bürokratische Hürde darstellen könnte.

Das PRAEVENIRE Gespräch bot Raum, um strukturelle, rechtliche und praktische Schwächen des Bewertungsboards zu analysieren und konkrete Lösungsansätze zur Stärkung der Patientenrechte zu diskutieren. Dabei war die zentrale Botschaft nicht zu überhören: Der Zugang zu Krankenhausbehandlungen muss verbessert und die Rechte der Patientinnen und Patienten gestärkt werden. Besonders kritisch wurden dabei die Besetzung des Boards, sein Einfluss auf den Zugang zu Therapien sowie haftungsrechtliche Fragen beleuchtet.

Besetzung und Rechtswidrigkeit des Bewertungsboards

Die Besetzung des Bewertungsboards steht in der Kritik: Laut gesetzlichen Vorgaben müssen sämtliche Mitglieder über eine medizinische oder pharmazeutische Qualifikation verfügen. Tatsächlich sind jedoch auch Ökonominen und Ökonomen im Gremium vertreten. Eine unzureichende fachliche Expertise könnte die Qualität der Entscheidungen beeinträchtigen und dazu führen, dass Empfehlungen anfechtbar werden. Ein derart instabiles Gremium birgt das Risiko rechtlicher Unsicherheiten und beeinflusst die Durchsetzung von Therapieansprüchen negativ.

Thematisiert wurde weiters, dass die Arbeiterkammer Überlegungen zu einem zweistufigen Bewertungsverfahren angestellt hatte. Dieser Ansatz sah vor, dass zunächst medizinische Fachexpertinnen und Experten ein Gutachten

erstellen, während die Financiers in einem zweiten Schritt über die Wirtschaftlichkeit entscheiden. Ein solcher zweistufiger Prozess könnte mit einer Sonderfinanzierung gekoppelt werden – etwa auf Basis einer Drittelfinanzierung durch Bund, Länder und Sozialversicherungsträger aus einem gemeinsamen Fonds.

Hürden für innovative Medikamente

Ein weiteres großes Thema des Gipfelgesprächs war die Besorgnis darüber, dass Krankenanstaltenträger die Empfehlung des Bewertungsboards abwarten, bevor sie eine Entscheidung über den Einsatz kostspieliger Therapien treffen. Der Konsens war auch hier klar: Das Board darf keine zusätzlichen Hürden aufbauen, sondern muss den Zugang zu dringend benötigten, innovativen Medikamenten erleichtern. Ein weiteres Problem, das kritisch diskutiert wurde, ist die geringe Sitzungsfrequenz des Boards. Es wurde befürchtet, dass dadurch zu wenige Medikamente zeitnah bewertet werden, wodurch lebensrettende oder lebensqualitätsverbessernde Therapien in der Warteschleife verharren. Dieser Umstand ist besonders problematisch, da nicht nur akute, lebensbedrohliche Erkrankungen, sondern auch chronisch-progrediente Krankheiten irreparable Schäden verursachen können.

Das folgende Beispiel verdeutlicht das Dilemma von unausgewogenen Vorgehensweisen: Bei der Behandlung der Sichelzellenanämie erhält ein Patient bzw. eine Patientin in Salzburg bereits eine hochpreisige Therapie, während eine betroffene Person in Wien weiterhin auf eine Entscheidung des Bewertungsboards warten muss. Diese Ungleichbehandlung zeigt, dass die derzeitige Versorgung weder fair noch flächendeckend ist – und dass sich die Situation auch nach Einführung des Boards nicht verbessert hat.

Der Appell war daher unmissverständlich: Innovative Medikamente müssen – sofern medizinisch indiziert – bereits vor einer Entscheidung des Boards durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt verordnet und angewandt werden können.

Transparenzprobleme

Auch die fehlende Transparenz wurde im Bewertungsprozess des Boards diskutiert. Um eine Empfehlung für neue Medikamente zu erhal-



ten, müssen Pharmaunternehmen umfassende Daten vorlegen, einschließlich ihrer Forschungs- und Entwicklungskosten. Für viele Unternehmen sind diese Informationen jedoch wirtschaftlich sensibel bzw. nicht in der geforderten Form verfügbar, was dazu führt, dass wichtige Medikamente gar nicht erst in die Bewertung aufgenommen werden. Diese Anforderung wird als zusätzliche Barriere wahrgenommen, die den Zugang zu modernen Therapien erheblich verzögern oder gar verhindern kann. Innovative Medikamente, die potenziell verfügbar wären, würden aufgrund dieser Vorgaben möglicherweise nie in die Entscheidungsprozesse des Boards gelangen.

Haftungsrisiken

Neben den strukturellen Herausforderungen wurde aus juristischer Perspektive betont, dass für die Mitglieder des Bewertungsboards ein hohes persönliches Haftungsrisiko bestehen würde. Da das Gremium keine spezifische Haftpflichtversicherung für seine Mitglieder bereitstellt, könnte es zu gravierenden Konsequenzen kommen, wenn Pharmaunternehmen gegen das Board klagen. Sollte ein Medikament aufgrund einer negativen Empfehlung nicht eingesetzt werden und der Hersteller dadurch kommerzielle Verluste erleiden, könnten die Mitglieder in Millionenhöhe haftbar gemacht werden. Diese Bedrohung führt dazu, dass qualifizierte Expertinnen und Experten möglicherweise zögern, überhaupt im Bewertungsboard mitzuwirken. In dieser Thematik wurde allerdings keine Übereinstimmung erzielt, da die Arbeiterkammer eine abweichende Position vertrat: Ihrer Ansicht nach liegt die Haftung für die Behandlung *lege artis* bei der Krankenanstalt und der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt. Die Empfehlung des Boards sei lediglich als ein Sachverständigengutachten zu verstehen.

Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet (in alphabetischer Reihenfolge)

- Stephanie Prinzing
- Karin Prutsch-Lang





Spannungsverhältnis

Auch die gesetzlich vorgesehene Weisungsfreiheit der Board-Mitglieder wurde kritisch betrachtet, denn diese erscheint in der Praxis kaum umsetzbar. Tatsächlich sind die Mitglieder – welche ja für ihre Mitwirkung im Bewertungsboard keinen adäquaten Aufwandsersatz erhalten, welcher Unabhängigkeit gewährleisten könnte – häufig dem Arbeitgeber gegenüber weisungsgebunden. Dieser Umstand wirft potenzielle Interessenkonflikte auf: Arbeitgeber, die ihr Personal für die Mitarbeit im Bewertungsboard freistellen, könnten versuchen, dessen Bewertungen zu beeinflussen, insbesondere wenn wirtschaftliche Interessen berührt sind. Diese faktische Weisungsgebundenheit gefährdet die Unabhängigkeit des Boards und erschwert den Mitgliedern eine objektive Entscheidungsfindung.

Rechte der Patientinnen und Patienten stärken

Um die genannten Probleme zu adressieren und den Zugang zu medizinisch notwendigen Behandlungen zu gewährleisten, wurden im Gespräch verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen: Als erster Schritt wurde eine gesetzeskonforme und fachspezifische Neubesetzung des Boards empfohlen. Es soll sichergestellt werden, dass Entscheidungen ausschließlich von unabhängigen, medizinisch und pharmazeutisch qualifizierten Expertinnen und Experten getroffen werden. Für jeden Einzelfall sollten darüber hinaus unabhängige Fachärztinnen und Fachärzte herangezogen werden, um die Qualität und die Legitimität der Entscheidungen zu verbessern. Zudem wurde eine Entlastung des administrativen Aufwands und eine Reform der Antragsprozesse angeregt, um den Zugang zu neuen Medikamenten effizienter zu gestalten.

Diskussionsteilnehmende (v.l.n.r.): Paul Höcker, Sabine Röhrenbacher, Bernhard Rupp, Elisabeth Pittermann, Angelika Widhalm, Hanns Kratzer (Moderation).

Eine weitere Empfehlung war die Einführung eines anonymen Hinweisgebersystems, das Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Akteuren aus dem Gesundheitswesen die Möglichkeit gibt, Verstöße bzw. Versuche der Einflussnahme zu melden, ohne Sanktionen befürchten zu müssen. Dieses Hinweisgebersystem könnte dazu beitragen, die Transparenz und Verantwortlichkeit innerhalb des Bewertungsboards zu erhöhen.

Zugangsanspruch

Auch die finanzielle Absicherung der Patientinnen und Patienten, die sich gegen Therapieeinschränkungen wehren möchten, ist wichtig. Die Diskutantinnen und Diskutanten schlugen vor, dass die öffentliche Hand die Kosten solcher Klagen übernimmt, um Patientinnen und Patienten den Zugang zu Behandlungen ohne finanzielle Risiken zu ermöglichen. Diskutiert wurde auch, inwiefern Patientinnen und Patienten einen Bescheid vom Sozialversicherungsträger verlangen können, wenn eine Krankenanstalt die Durchführung einer teuren Therapie verweigert. Des Weiteren wurde angeregt, im stationären Bereich einen bescheidmäßigen Zugangsanspruch für Medikamente einzuführen, wie er im Bereich der sozialen Krankenversicherung bereits existiert. Dies könnte sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten im Krankenhausbereich nicht länger benachteiligt sind und die gleichen Chancen auf Durchsetzung ihrer medizinischen Versorgung haben wie im niedergelassenen Umfeld.

Sonderfinanzierung für hochpreisige Medikamente

Ein weiterer Vorschlag betraf die Einrichtung eines gemeinsamen Finanzierungstopfes, um hochpreisige und innovative Medikamente besser finanzieren zu können. Ziel dieser Sonder-

finanzierung ist es, die Kostenlast auf mehrere Schultern zu verteilen. Eine mögliche Lösung könnte in einer Drittfinanzierung bestehen, bei der Bund, Länder und Sozialversicherungsträger zu gleichen Teilen beitragen. Dadurch sollen insbesondere einzelne Kostenträger entlastet und die langfristige Finanzierbarkeit solcher Therapien sichergestellt werden, ohne dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten gefährdet wird.

EU-Fonds für seltene genetische Erkrankungen

Zu guter Letzt wurde die Schaffung eines EU-weiten Finanzierungsfonds für seltene und genetische Erkrankungen vorgeschlagen. Die Kosten für die Behandlung solcher Erkrankungen sind häufig sehr hoch und können die Budgets einzelner Länder erheblich belasten. Ein gemeinsamer europäischer Fonds könnte dazu beitragen, die Behandlungskosten zu teilen und die finanzielle Belastung der einzelnen Staaten zu verringern.

Appell an die Bundesregierung

Die gemeinsame Botschaft war unmissverständlich: Alle Patientinnen und Patienten sollen Zugang zu innovativen, lebensrettenden bzw. lebensqualitätsverbessernden Therapien erhalten – rasch und bundesweit einheitlich. Doch gerade das hohe Kostenrisiko eines Zivilprozesses stellt für viele Betroffene eine nahezu unüberwindbare Hürde dar, um ihren Anspruch auf eine Behandlung lege artis im Krankenhaus rechtlich durchzusetzen. In einem System, das Gesundheit als Grundrecht begreift, darf der Zugang zu medizinischer Versorgung nicht von finanziellen Mitteln oder dem Wohnort abhängen – im Sinne einer fairen Chance auf Gesundheit und Leben. **P**





Kooperation und Digitalisierung entscheiden

Ob in der Robotik, bei der digitalen Patientenakte oder innovativen Spitalskooperationen – **DIE BARMHERZIGEN BRÜDER SETZEN MASSSTÄBE IN DER GESUNDHEITSVERSOR- GUNG.** Direktor Mag. Peter Ausweger, Gesamtleiter der Österreichischen Ordenspro- vinz der Barmherzigen Brüder und zuvor Gesamtleiter des Linzer Krankenhauses, erläutert die wichtigsten entwicklungen und zukunftsprospektiven. | von Michaela Meier

Die Barmherzigen Brüder haben in der Versorgung von Kranken eine lange Tradition, die bis in das 16. Jahrhundert zurückreicht. Der Ordensgründer setzte damals wegweisende Standards für das Gesundheitswesen, die in den Krankenhäusern nicht selbstverständlich waren: die Aufnahme der Patientinnen und Patienten, ein ausführliches Anamnesegespräch, für jeden Erkrankten ein eigenes Bett, hohe hygienische Standards und die Dokumentation von Behandlungen. Heute betreiben die Barmherzigen Brüder in Österreich, Ungarn, der Slowakei und Tschechien insgesamt neun Akutkrankenhäuser, drei Langzeitkrankenhäuser sowie zahlreiche weitere medizinische Einrichtungen mit rund 3.000 Betten und etwa 10.000 Mitarbeitenden. Trotz herausfordernder Rahmenbedingungen ist die Mitarbeiterzufriedenheit in den Häusern erfreulich hoch, wie eine interne Umfrage zeigt. „90 Prozent der Mitarbeitenden haben das Arbeitsklima als gut oder sehr gut bewertet“, freut sich Ausweger über das Ergebnis.

Exzellenz in der Basisversorgung

Ein herausragendes Merkmal der Barmherzigen Brüder ist die hohe medizinische Qualität in verschiedenen Fachgebieten. „Unser Krankenhaus in Wien war eines der ersten in Österreich, das roboterassistierte Chirurgie eingeführt hat. Mittlerweile verfügen wir über zwei Systeme in Wien und eines in Salzburg, weitere sind in Planung. Die moderne Ausbildung in der Chirurgie erfordert roboterassistierte Verfahren, um auch für junge Medizinerinnen und Mediziner attraktiv zu bleiben“, ist Ausweger überzeugt. Auch in der Augen Chirurgie sind die Ordensbrüder führend: „Mit jährlich über 12.700 Katarakt-Operationen in Wien und Linz betreiben wir die leistungsstärksten Abteilungen in Österreich.“ Die interventionelle Radiologie in Wien, Linz und Eisenstadt arbeitet eng mit Neurologinnen und Neurologen zusammen, insbesondere in der Schlaganfallversorgung. „Unsere Stroke-Units bilden ein starkes Netzwerk, in dem wir unser Wissen kontinuierlich austauschen und verbessern“, so Ausweger. Dies zeigt, dass auch kleinere Spitäler Spitzenmedizin anbieten können. Wie etwa das onkologische Zentrum in St. Veit/Glan: „Dort führen wir die meisten onkologischen Operationen durch.“ Eine Reihe an Zertifizierungen spiegelt das Engagement der Barmherzigen Brüder für Qualität, Patientensicherheit und Umweltbewusstsein wider. So verfügen sie etwa über eine EMAS-III-Zertifizierung – ein europäisches Umweltmanagementsystem – für alle Krankenhäuser sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz wurde erstmals 2011 nach den Qualitätsstandards von ProCum Cert und KTQ zertifiziert und zuletzt im Juni 2024 erfolgreich



rezertifiziert. Diese Zertifizierung zielt auf die kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung und der Mitarbeiterorientierung ab. Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz hat das „Aktion Saubere Hände Silber Zertifikat 2020/2021“ erhalten, das die Qualität der Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention nosokomialer Infektionen anerkennt. Es ist außerdem als Referenzzentrum der Österreichischen Gesellschaft für Adipositas- und Metabolische Chirurgie anerkannt. Die Abteilung für Chirurgie in Graz wurde mit dem „WDC-Gütesiegel“ des Westdeutschen Darm-Centrums für ihre hohe Qualität im Bereich der Darmchirurgie ausgezeichnet.

Kooperationen als Erfolgsmodell

Die Barmherzigen Brüder haben schon vergleichsweise früh in die Digitalisierung der Patientenversorgung investiert. „Bereits 2002 haben wir unsere Pflegedokumentation digitalisiert, seit 2008 sind auch Medikations- und medizinische Dokumentationen vollständig digitalisiert. Diese digitalen, multimedialen Patientenakten ermöglichen es, Behandlungsverläufe nachzuvollziehen und moderne KI-gestützte Analysen durchzuführen. Dies gibt uns erhebliche Vorteile in der Patientenversorgung“, so Ausweger. Ein zentraler Erfolgsfaktor ist für Ausweger auch die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen: „In Linz arbeiten wir eng mit den Schwesternspitälern zusammen. Durch die gemeinsame Nutzung von Labor- und Radiologie-Dienstleistungen konnten wir erhebliche Synergien und

Mag. Peter Ausweger
Gesamtleiter der Österreichischen Ordensprovinz der Barmherzigen Brüder mit Standorten in Österreich, der Slowakei, Tschechien und Ungarn.



Kostenvorteile realisieren.“ Auch der Laborverbund mit der Vinzenz Gruppe bringt eine Reihe wirtschaftlicher Vorteile: „Hier sind rund 20 Krankenhäuser involviert, um gemeinsam Einkäufe zu optimieren und Qualitätsstandards zu sichern. Wir sind mittlerweile der größte Laboranbieter Österreichs.“

Das Dialysezentrum Donaustadt zählt mit rund 72 Dialyseplätzen zu einem der größten Zentren Europas und ist eine Kooperation mit der Österreichischen Gesundheitskasse und dem Wiener Gesundheitsverbund. Die Barmherzigen Brüder sind für das Management und den operativen Betrieb verantwortlich. Ausbildungskooperationen liegen Ausweger besonders am Herzen: „Wir arbeiten mit allen Universitäten Österreichs zusammen, um als Lehrkrankenhäuser Medizinstudierende optimal auszubilden. Darüber hinaus kooperieren wir mit dem Bundesheer, um medizinisches Personal auszubilden.“

Innovationen in der Patientenversorgung

Neben klassischen Spitalsleistungen engagieren sich die Barmherzigen Brüder in innovativen Versorgungsmodellen. So haben sich etwa in Oberösterreich alle Spitalsträger zusammengeschlossen, um die stationäre Hospizversorgung zu organisieren. Bereits zwei Hospize wurden in Linz und Ried errichtet, drei weitere sind geplant. „Diese Kooperation zeigt, dass Gesundheitsversorgung über Trägergrenzen hinweg funktionieren kann“, ist Ausweger überzeugt. In Regionen, in denen es schwierig ist, Primärversorgungseinheiten (PVE) zu etablieren, wurden die Barmherzigen Brüder mit der Errichtung und dem Betrieb von Gesundheitszentren beauftragt. So werden aktuell etwa in Zeltweg, Fohnsdorf und Leoben Primärversorgungseinheiten betrieben. Gemäß dem Grundsatz „helfen, wo es notwendig ist“ setzen sich die Barmherzigen Brüder auch für benachteiligte Gruppen ein: „In unserer Wiener Ambulanz für Unversicherte werden jährlich 13.500 Patientinnen und Patienten behandelt, ohne nach der Versicherung zu fragen“, sagt Ausweger. Nachdem die Expertinnen und Experten erkannt haben, dass es für gehörlose Menschen erhebliche Barrieren im Gesundheitssystem gibt, wurden in Linz, Wien, Graz und Klagenfurt spezielle Ambulanzen mit gebärdensprachkompetentem Personal eingerichtet. Auch Menschen mit Mehrfachbehinderungen haben oft Schwierigkeiten, adäquate medizinische Versorgung zu erhalten. Daher gibt es auch hier spezialisierte Ambulanzen, um einen niederschweligen Zugang zur Medizin zu gewährleisten. Ein bedeutender Schritt steht für 2026 bevor: „Wir werden mit der Ordensprovinz Bayern fusionieren und gemeinsam mit 21.300 Mitarbeitenden 5.100 Betten betreiben. Dadurch können wir grenzüberschreitend Gesundheitsleistungen weiterentwickeln und den Herausforderungen des modernen Gesundheitswesens besser begegnen.“ Die Barmherzigen Brüder zeigen eindrucksvoll, dass eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung auf Kooperation und Digitalisierung basiert. Durch innovative Ansätze und soziale Verantwortung tragen sie maßgeblich zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens bei. **P**



Prozessoptimierung für mehr Sicherheit

Mag. pharm. Gunda Gittler, MBA, aHPH, leitet die Apotheke der Barmherzigen Brüder Linz und ist für den Arzneimittelkauf der Barmherzigen Brüder verantwortlich. Sie beschreibt, wie die **VERBLISTERUNG ZUR MEDIKAMENTENSICHERHEIT UND EFFIZIENZ DER ABLÄUFE IN DER PFLEGE BEITRÄGT.** | von Paul Schnell



Die Barmherzigen Brüdern in Linz sind das erste Krankenhaus in Österreich, das bereits seit fünf Jahren alle Patientinnen und Patienten vollständig mit verblisterter Medikation versorgt. „Wir wollten einen Closed-Loop-Prozess etablieren, um Fehler zu vermeiden“, bringt es Mag. pharm. Gunda Gittler, MBA, aHPH, Leiterin der Apotheke der Barmherzigen Brüder Linz, auf den Punkt. Jeder Medikationsprozess birgt zahlreiche Risiken, darunter Verwechslungen, Dokumentationsfehler oder Übertragungsfehler. Klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten spielen eine entscheidende Rolle, indem sie die Medikation vor dem Verpacken kontrollieren in Hinblick auf Dosierung, Wechselwirkungen, Nebenwirkungen, Indikationen, etc. „Der Closed-Loop-Prozess wird im Linzer Spital durch die Kombination aus elektronischer Fieberkurve und Verblisterung realisiert“, beschreibt Gittler weiter.

Vorteile der Verblisterung

Bereits im Jahr 2004 begann die Entwicklung der elektronischen Fieberkurve bei den Barmherzigen Brüdern. Ausgangspunkt war u.a. der Wunsch, die Medikation im Krankenhaus und in Pflegeheimen nachvollziehbar zu gestalten. „Die Patientensicherheit ist ein zentrales Anliegen

Die Verblisterung erhöht unter anderem auch die Personalzufriedenheit.



gen, das in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen hat. Neben der Sicherheit spielen aber auch Wirtschaftlichkeit und knappe Personalressourcen eine Rolle“, sagt Gittler und erklärt weiter: „Durch die elektronische Fieberkurve Med-Ca-Sol werden die Verordnung, die Kontrolle in der Apotheke, die Automatisierung, die Verpackung elektronisch unterstützt und dokumentiert. Dieser geschlossene Prozess stellt sicher, dass die Medikation vom Zeitpunkt der Verordnung bis zur Einnahme durch die Patientinnen und Patienten fehlerfrei bleibt. Automatisierung und standardisierte Verpackungen tragen zur maximalen patientenorientierten Arzneimittelversorgung bei.“

Ein bedeutender Vorteil der Verblisterung besteht darin, dass auf den Medikamentenverpackungen alle relevanten Informationen enthalten sind. Diese umfassen Patientennamen, Geburtsdatum, Einrichtung, Station, Einnahmezeitpunkt mit Datum und Uhrzeit, Name des Medikaments, Stärke, Darreichungsform, Farbe und Größe der Medikation. Patientinnen und Patienten haben somit jederzeit Klarheit über ihre Medikation. Das erleichtert auch dem Pflegepersonal und dem medizinischen Personal die Aufklärung, insbesondere bei Medikationsumstellungen im Krankenhaus.

Multidose- und Unit-Dose-Systeme

Ursprünglich wurde Unit-Dose als Methode entwickelt, bei der einzelne Tabletten separat verpackt wurden. „Beim Multidose-System werden alle Medikamente, die zu einem bestimmten Zeitpunkt eingenommen werden müssen, gemeinsam verpackt. Vor der Verblisterung prüfen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, ob die Kombination der Medikamente sinnvoll ist und die Einnahmezeitpunkte korrekt sind“, sagt Gittler. Als Verpackungsmethode hat man sich in Linz für eine Schlauchblistermaschine entschieden. Jährlich werden von der Anstaltsapotheke in Linz etwa 700.000 Tabletten entblistered, da in Österreich keine Bulkware – das sind Medikamente in großen Gebinden – verfügbar ist. Zur Bewältigung der hohen Kapazitäten sind drei Maschinen in einem Reinraum im Einsatz. Jede Maschine verarbeitet täglich etwa 1.500 Patientenmedikationen. Die Maschinen leisten 40 bis 60 Blister pro Minute. Die elektronische Verordnung reduziert bereits Fehler, doch durch Unit-Dose wird eine weitere signifikante Verbesserung der Arzneimittelsicherheit erreicht. Der Verpackungsprozess ist GMP-konform standardisiert und elektronische Kontrollschritte (z. B. RFID-Chips auf den Boxen der Maschine) etabliert, sodass es zu keinen Verwechslungen kommen kann. Ein weiteres Sicherheitsmerkmal ist die Integration von Fotos der Medikamente in die Fieberkurve. Pflegekräfte können sich dadurch direkt visuell vergewissern, ob die richtige Medikation vorliegt. „Die zurückgemeldete Fehlerquote ist mit nur 0,006 Prozent verschwin-

dend gering. Bei herkömmlichen Medikationsprozessen findet man lt. diversen Studien mehr als 10 Prozent Fehler. Die Kontrolle erfolgt in mehreren Stufen: zuerst in der Apotheke und abschließend durch das Pflegepersonal vor der Medikamentengabe“, erzählt Gittler.

Effizienzsteigerung in der Pflege

Die elektronische Verordnung ist die Grundlage für den Closed-Loop-Prozess und ermöglicht überhaupt erst die Verblisterung. „Begonnen wurde mit der Akutgeriatrie, die, wie andere auch, während der COVID-19-Pandemie zur Corona-Station umfunktionierte wurde. Als diese Stationen wieder in den Normalbetrieb übergingen, wollte das Personal die Verblisterung beibehalten, weil eine erhebliche Entlastung deutlich geworden war“, erinnert sich die Pharmazeutin. Umfragen zeigen, dass Pflegekräfte durch die Verblisterung etwa 75 Prozent der Zeit einsparen, die sie zuvor für Medikationsprozesse aufwenden mussten. Das Einsparpotenzial betrifft nicht nur das Verpacken, sondern auch das Nachbestellen, das Sichten der Bestände sowie das Ein- und Wegräumen. Zusätzlich konnte die Stationslagerhaltung um 40 bis 50 Prozent reduziert werden.

Die klinische Pharmazie ist ein integraler Bestandteil des gesamten Prozesses. Aufgrund der hohen Expertise wurde dem pharmazeutischen Team eine Delegation durch die medizinischen Abteilungsleiter erteilt, sodass bestimmte Medikationsanpassungen eigenständig vorgenommen werden dürfen, beispielsweise Dosisanpassungen oder die Teilbarkeit von Medikamenten. „Jährlich erfolgen rund 22.000 Aufnahmen, wobei in etwa 5.284 Fällen pharmazeutische Interventionen notwendig wurden. Das umfasste 410 Dosisanpassungen, Kontraindikationen und unerwünschte Wechselwirkungen“, liefert Gittler beeindruckende Zahlen.

Der Verblisterungsprozess ist hocheffizient: Die Medikationsverordnung muss täglich bis ca. 15:30 Uhr im System erfasst sein, die klinisch-pharmazeutische Prüfung erfolgt parallel und bis 17:30 Uhr sind alle Blister verpackt und ausgeliefert. Bei einem Pflegeheim mit rund 300 Betten, wo üblicherweise für eine Woche verpackt wird, dauert der Abpackprozess lediglich drei Stunden.

Seit 2004 kann in den Pflegeheimen und seit 2021 im Krankenhaus eine durchgängige und lückenlose Medikamentenversorgung gewährleistet werden. Die Vorteile umfassen eine erhebliche Zeitersparnis für das Personal, eine gesteigerte Zufriedenheit bei Mitarbeitenden sowie Patientinnen und Patienten, eine reduzierte Fehlerquote und eine optimierte Stationslagerhaltung. Sicherheit und Nachvollziehbarkeit der Medikation wurden erheblich verbessert – insgesamt eine klare Verbesserung der Arzneimittelversorgung durch diesen innovativen Closed-Loop-Ansatz. **P**



PRÄGNANT

Der frühe Vogel fängt immer noch den Wurm

Best Practices und Perspektiven für eine **FÜHRENDE ROLLE WIENS IN DER LUNGENKREBSVERSORGUNG UND -FRÜHERKENNUNG** wurden kürzlich auf Einladung von PRAEVENIRE und dem Stadtforschungsinstitut „Urban Forum“ diskutiert. Die Bundeshauptstadt wurde als führender Standort für die onkologische Versorgung und Forschung vor den Vorhang geholt. Ein Schwerpunkt galt auch der Lungengesundheit. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Wenn es um die Zukunft der Lungenkrebsversorgung geht, so lautet das Motto ganz klar: „Der frühe Vogel fängt den Wurm“. Warum das so ist, erklärt Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour, Vorstand der Abteilung für Innere Medizin und Pneumologie, Klinik Floridsdorf und Leiter des Karl Landsteiner Instituts für Lungenforschung und pneumologische Onkologie: „Es zeigt sich deutlich, dass es ohne Früherkennung schwierig sein wird, dem Lungenkrebs den Kampf anzusagen. Verglichen mit der Entwicklung in der Senologie haben wir keine so erfreulichen Daten

vorzuweisen. Wir hinken hier beim Lungenkrebs sowohl in Bezug auf die Vorsorge als auch die Behandlung mindestens 20 Jahre hinterher“, beschreibt er die ernüchternde Situation. Jährlich versterben rund 4.500 bis 5.000 Menschen in Österreich an Lungenkrebs, damit handelt es sich dabei um die Krebserkrankung, die am häufigsten zum Tod führt. „Wir sind zwar im Hinblick auf die Inzidenz nur an zweiter Stelle, allerdings in Bezug auf die Mortalität sowohl bei Frauen als auch bei Männern an erster Stelle“, sagt Valipour und ergänzt: „Lungenkrebs verursacht weit mehr Todesfälle als viele andere Krebserkrankungen zusammen.“



Sonderbeilage Kurier

Späte Diagnose mit fatalen Folgen

Der Grund für diese ernüchternden Zahlen ist, dass die meisten Erkrankungen erst in einem fortgeschrittenen Stadium entdeckt werden: Etwa 76 Prozent der Lungenkarzinome werden erst in den Stadien III oder IV entdeckt, was nicht nur die Fünf-Jahres-Überlebenschancen unter 15 Prozent drückt, sondern auch die Behandlungsmöglichkeiten stark einschränkt und die Überlebenschancen reduziert. Zudem sind die Behandlungskosten in diesem fortgeschrittenen Stadium erheblich höher als in einem frühen Stadium. „Frühdagnosen könnten nicht nur Leben retten, sondern auch die Gesundheitskosten drastisch reduzieren“, betont der Experte. Denn auch die Langzeitüberlebenschancen können bei rechtzeitiger Behandlung signifikant gesteigert werden. „In manchen Studien auf bis zu 95 Prozent nach acht Jahren. In Ländern mit etablierten Programmen, wie Taiwan oder den USA, verschiebt sich der Anteil der Diagnosen von fortgeschrittenen Stadien III und IV hin zu frühen Stadien I und II. Das ermöglicht kurative Therapien mit deutlich besseren Überlebenschancen“, sagt Valipour.

Die Prognose für Lungenkrebspatientinnen und -patienten hat sich auch durch zielgerichtete Therapien verbessert. Immerhin konnte die Drei-Jahres-Überlebensrate von 26,4 Prozent im Zeitraum 2009 bis 2013 auf 34,5 Prozent im Zeitraum 2019 bis 2020 gesteigert werden. Die Inzidenz von Lungenkrebs bei Frauen nimmt weiterhin zu, während sie bei Männern relativ stabil bleibt.

Die Low-Dose-Computertomografie (LDCT) ist das derzeit beste Verfahren zur Lungenkrebsfrüherkennung bei Hochrisikopersonen.

Arschang Valipour

Lungenkrebsfrüherkennung in Europa

Der Hauptgrund, warum Betroffene erst viel zu spät zu ihrer Diagnose kommen, ist einerseits das mangelnde Bewusstsein für die Beschwerden. Andererseits sind „Lungenrundherde oft nur Zufallsbefunde und werden daher auch meist zu spät entdeckt, da die Krebserkrankung im frühen Stadium oft keine Beschwerden macht“, weiß der Pneumologe und stellt fest: „Das wäre nicht notwendig, denn wir haben eine sehr gut ausgebaute medizinische Infrastruktur und einen klaren diagnostisch-therapeutischen Weg – von der Biopsie bis zum histologischen Befund und dem Einleiten der Therapie vergeht kaum eine Woche und damit sind wir Spitzenreiter im internationalen Umfeld“, gibt Valipour zu bedenken. Er fordert daher dringend ein Programm zur Lungenkrebsfrüherkennung: „Damit können die Menschen

Etwa 76 Prozent der Lungenkarzinome werden erst in den Stadien III oder IV entdeckt, was nicht nur die Fünf-Jahres-Überlebenschancen weit unter 10 Prozent drückt, sondern auch die Behandlungsmöglichkeiten stark einschränkt.





länger in Erwerbsfähigkeit erhalten bleiben und auch die Raucherentwöhnung könnte mehr Erfolge erzielen. Die Früherkennung hat zudem den Vorteil, dass auch schon rechtzeitig pulmonale und kardiovaskuläre Komorbiditäten detektiert werden und kostenintensive Therapien in einem Spätstadium vermieden werden.“

Während im Jahr 2018 nur einige europäische Länder die Lungenkrebsfrüherkennung im Pilotstadium ausprobiert haben, sind auf der Europakarte im Jahr 2024 bereits fünf nationale Programme, einige regionale Programme und rund zehn weitere Piloten ersichtlich. In Österreich gibt es aktuell bedauerlicherweise noch keine Bestrebungen für eine Früherkennung bei Lungenkrebs.

Die Low-Dose-Computertomografie (LDCT) ist das derzeit beste Verfahren zur Lungenkrebsfrüherkennung bei Hochrisikopersonen. Nationale Programme, wie sie bereits in den USA und Großbritannien etabliert sind, empfehlen ein jährliches Screening für bestimmte Risikogruppen wie Rauchende, ehemalige Raucherinnen und Raucher oder Personen in einem höheren Lebensalter. Dass dieser Stage-Shift – also das Erkennen der Erkrankung zu einem früheren Zeitpunkt – funktioniert, belegen etwa Daten aus Taiwan oder den USA, die über einen Zeitraum von rund 15 Jahren vorliegen. „Zudem zeigt sich, dass es mit der Früherkennung auch zu einer Verbesserung des Gesamtüberlebens kommt“, sagt Valipour und ergänzt: „Stellt man die Kosten der Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium den Kosten einer Früherkennung und den damit verbundenen Behandlungsausgaben gegenüber, so wiegt Letzteres den Aufwand jedenfalls auf, denn die Behandlungskosten im Stadium IV sind fast doppelt so hoch wie noch im Stadium I oder II.“

Der Experte verweist auf eine rezente Untersuchung, die auf die Wirtschaftlichkeit eines Lungenkrebscreenings mittels Low-Dose-Computertomografie (LDCT) in Österreich abzielt und zum Ergebnis kommt, dass durch die Etablierung einer Lungenkrebsfrüherkennung in Österreich rund 12.000 Lungenkrebstodesfälle abgewendet werden könnten. Der Nutzen würde bei knapp 16.000 Euro pro gerettetes Lebensjahr liegen und damit weit unterhalb der in Österreich üblichen Schwelle von 50.000 Euro pro QALY, dem qualitätskorrigierten Lebensjahr als Kennzahl für die Bewertung eines Lebensjahres in Relation zur Gesundheit. Wichtig ist dem Experten, dass zwischen Lungenkrebsfrüherkennung und einem Screening, etwa der Mammografie, unterschieden wird: „Bei der gezielten Früherkennung werden definierte Risikogruppen und Alterskohorten anhand festgelegter Diagnostik untersucht.“

Abschließend verweist er neuerlich auf die Europalandkarte: „Best-Practice-Beispiele aus dem Vereinigten Königreich, Deutschland oder Kroatien zeigen die Vorteile klar auf. Länder wie Polen oder Ungarn sind aktuell dabei, ebenfalls Programme zu etablieren. Wollen wir weiterhin Vorreiter in der Onkologie sein, so werden wir darum nicht herumkommen.“

Frühdiaagnosen könnten nicht nur Leben retten, sondern auch die Gesundheitskosten drastisch reduzieren. Auch die Langzeitüberlebenschance kann bei rechtzeitiger Behandlung signifikant gesteigert werden.

Arschang Valipour

Trend zur Digitalisierung


„Die zentralen diagnostischen Fächer für Radiologie und Pathologie arbeiten sehr eng mit den Klinikerinnen und Klinikern zusammen und stellen gemeinsam die Weichen für die Diagnose und Therapie“, betont Univ.-Prof. Dr. Martin Klimpfinger, Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Klinische Pathologie und Molekularpathologie, den Stellenwert der interdisziplinären Zusammenarbeit und verweist auch auf die zunehmende Bedeutung der künstlichen Intelligenz, an der gerade die Radiologie und Pathologie künftig nicht vorbeikommen werden. „Bereits jetzt werden Tools zur Diagnoseunterstützung eingesetzt, der Trend wird weitergehen“, ist Klimpfinger überzeugt.

„Eine führende Rolle bedeutet immer, im Wettbewerb zu stehen, und hier können wir uns international durchaus sehen lassen“, ist auch Dr. Michael Binder, Medizinischer Direktor im Wiener Gesundheitsverbund überzeugt und stellt fest: „Wenn es um Wien als Gesundheitsmetropole und Vorreiter in der Lungengesundheit geht, so sind wir sowohl mit den onkologischen und radiologischen Strukturen sowie den passenden Abteilungen zur Versorgung der onkologischen Patientinnen und Patienten gut aufgestellt.“ Auch der rasche Zugang zu neu zugelassenen Präparaten ist im Wiener Gesundheitsverbund nicht nur für Lungenkrebsbetroffene gewährleistet, denn die Expertinnen und Experten sind in der Forschung und Durchführung von klinischen Studien überaus aktiv. Die Rolle der Patientinnen und Patienten in diesem Prozess betont schließlich Gundula Koblmiller, MSc, Präsidentin der Österreichischen Lungenunion: „Uns ist besonders wichtig,

Diskussionsteilnehmende am Podium (v.l.n.r.): Bernhard Müller (Moderation), Martin Klimpfinger, Gundula Koblmiller, Michael Binder, Arschang Valipour.

Viele Länder in Europa haben Programme oder sind dabei, welche zu etablieren. Wollen wir weiterhin Vorreiter in der Onkologie sein, so werden wir darum nicht herumkommen.

Arschang Valipour

dass wir seriöse und wissenschaftsbasierte Informationen an unsere Mitglieder weitergeben können, denn wer die eigene Erkrankung gut versteht, kann auch aktiv mitarbeiten.“ Dazu werden Fortbildungen und Informationsveranstaltungen organisiert und die internationale Vernetzung wird vorangetrieben. „Betroffene müssen im Mittelpunkt stehen und ihre Gesundheitskompetenz muss gefördert werden. Auch das ist ein wichtiger Eckpfeiler, wenn Früherkennungsprogramme etabliert werden“, sagt Koblmiller und zitiert aus dem aktuellen Krebsreport: „61 Prozent der Krebspatientinnen und -patienten haben die ersten Symptome der Erkrankung nicht richtig gedeutet und haben keine Ärztin und keinen Arzt aufgesucht.“ Dazu müssen abstrakte Risiken und Wahrscheinlichkeiten in konkrete Handlungsanleitung übersetzt werden, denn: „Aus unserem Lungenkrebsregister wissen wir, dass 85 Prozent der Betroffenen entweder aktive Rauchende sind oder eine relevante Raucheranamnese haben“, sagt Valipour. Umgekehrt heißt das aber auch, dass rund 15 Prozent der Menschen, die nicht rauchen oder nie geraucht haben, von Lungenkrebs betroffen sein könnten – und damit überhaupt nicht rechnen. „Nichtrauchende haben meist eine bessere Prognose und sprechen in der Regel besser auf Behandlungen an“, ergänzt der Mediziner und wünscht sich, dass Österreich in Sachen Lungenkrebsfrüherkennung dorthin kommt, wo das Brustkrebscreening heute bereits ist: „Patientinnen und Patienten müssen aus dem niedergelassenen Bereich rascher an Zentren zugewiesen werden, die wir flächendeckend in Österreich schaffen müssen. Und genau dazu braucht es ein strukturiertes Programm, das in allen Bundesländern einheitlich abläuft. Wichtig ist es auch zu informieren, dass nicht jeder Rundherd in der Lunge automatisch eine Krebserkrankung sein muss.“ Dass es zur Umsetzung der Früherkennung einen politischen Willen und Auftrag braucht, liegt auf der Hand. Zudem braucht es einen Brückenschlag zwischen extra- und intramuraler Versorgung, die Einbindung weiterer Berufsgruppen, wie etwa „Lung Cancer Nurses“ und auch den Ausbau der Palliativangebote. 





PRÄGNANT

Privatisierung und Pflege

Zwischen öffentlicher Verantwortung und privatem Engagement

Das PRAEVENIRE Gipfelgespräch am 9. Oktober 2024 im Schloss Esterházy in Eisenstadt widmete sich den weitreichenden Herausforderungen des österreichischen Pflegesystems. Im Fokus stand die Frage der „PRIVATISIERUNG IN DER PFLEGE“. | von Karl Innauer

Die Diskussion erweiterte sich rasch auf wesentliche Themen wie die Sicherung der Pflegequalität, die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften und die dringend notwendige Unterstützung für pflegende Angehörige. Der demografische Wandel und die damit verbundene steigende Pflegebedürftigkeit bildeten die Basis der Debatte, die die strukturellen und organisatorischen Mängel des Systems ins Zentrum rückte.

Demografischer Wandel und steigender Pflegebedarf

Eine der größten Herausforderungen des Pflegesystems in Österreich ist der demografische Wandel. Der Anteil der über 65-Jährigen in Österreich wird bis zum Jahr 2050 von 19,5 Prozent auf 27,8 Prozent steigen, was zu einer erheblichen Zunahme der Pflegebedürftigkeit führen wird. Mit dem demografischen Wandel steigt auch die Krankheitslast der Bevölkerung, insbesondere unter den über 70-Jährigen. Der Anstieg der Disability-Adjusted Life Years (DALYs) zeigt, dass chronische Erkrankungen und die Folgen von Gesundheitskrisen wie COVID-19 das System belasten.

Die Konsequenzen für das Pflegesystem sind weitreichend: Mehr Menschen werden auf Pflege angewiesen sein und die derzeitigen Strukturen und Kapazitäten werden nicht ausreichen. Es wird erwartet, dass bis 2050 rund 69.900 zusätzliche Pflegekräfte in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen benötigt werden, um den Versorgungsstandard von 2019 aufrechtzuerhalten. Hinzu kommt ein Ersatzbedarf von etwa 92.100 Pflegekräften, die bis dahin in Pension gehen, wodurch insgesamt ein Gesamtbedarf von rund 162.000 Pflegekräften bis 2050 entsteht. Darüber hinaus sind mindestens 34.400 weitere



Diskussionsteilnehmer, digital dazugeschaltet

• Jürgen Osterbrink



Mitarbeitende im Betreuungs- und Unterstützungspersonal im Langzeitpflegebereich erforderlich. Der jährliche Bedarf an neuen Pflegekräften beträgt somit zwischen 5.000 und 6.600 Personen, zuzüglich etwa 1.200 Betreuungspersonen. Diese Prognosen berücksichtigen nicht jene Pflegekräfte, die den Beruf vor Erreichen des Pensionsalters verlassen. Daher stellen sie Untergrenzen dar und verdeutlichen umso mehr, dass der Bedarf an Pflegepersonal in den kommenden Jahren drastisch ansteigen wird. Es wurde betont, dass präventive Maßnahmen und die Förderung der Gesundheitskompetenz entscheidend sind, um den Pflegebedarf langfristig zu senken. Durch stärkere Prävention und Empowerment könnten Menschen länger selbstständig zu Hause leben, wodurch die Nachfrage nach stationärer Pflege sinken würde – eine Gesundheitsförderung, die derzeit noch unzureichend umgesetzt ist.

Trennung von Pflege und Gesundheit

Im Hinblick auf die Herausforderungen der Pflege wurde auf struktureller Ebene ein wesentlicher Kritikpunkt deutlich: die Trennung von Pflege und Gesundheit. Pflege ist in Österreich derzeit dem Bereich „Soziales“ zugeordnet, während die Gesundheitsversorgung getrennt davon organisiert ist. Diese Aufteilung basiert auf verschiedenen Finanzierungslogiken und führt zu Schwierigkeiten in der Versorgung, da Pflege und medizinische Betreuung so schwerer kohärent zu organisieren sind. Es wurde vorgeschlagen, ein eigenes Staatssekretariat für Pflege oder ein Ministerium für Pflege zu schaffen, um die Aufteilung zwischen Pflege und Gesundheit besser zu koordinieren und die Versorgungsqualität zu verbessern.

Arbeitsbedingungen in der Pflege

Mit dem wachsenden Pflegebedarf steht auch die Situation der Pflegekräfte im Fokus. Obwohl der Pflegeberuf gesellschaftlich anerkannt ist und viel Interesse besteht, stellen die aktuellen Arbeitsbedingungen ein massives Problem dar. Von den ca. 120.000 im Gesundheitsberuferegister registrierten Pflegekräften sind nur etwa 90.000 tatsächlich aktiv im Beruf, was auf hohe Belastungen und fehlende Planbarkeit zurückzuführen ist. Häufige Dienstplanänderungen und spontane Einsätze erschweren es den Pflegekräften, erholsame Freizeit zu haben. Die psychischen und physischen Belastungen führen dazu, dass viele Pflegekräfte den Beruf nach wenigen Jahren wieder verlassen. Die Bezahlung spielt dabei zwar eine Rolle, ist aber nicht der Hauptgrund für die Fluktuation. Stattdessen wurde betont, dass verbesserte Arbeitsbedingungen, eine verlässliche Freizeitregelung und bessere Organisation entscheidend wären, um den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten und qualifiziertes Personal im System zu halten.

Karriereentwicklung und Fachkarrieren in der Pflege

Die Berufszufriedenheit im Pflegebereich leidet nicht nur unter den Arbeitsbedingungen, sondern auch unter den fehlenden Karriereperspektiven und Fachkarrieren. Pflegekräfte, die sich weiterbilden, erhalten häufig keine zusätzlichen Befugnisse oder Gehaltserhöhungen, was ihre Motivation mindert. Spezialisierungen wie Pain Nurses oder Palliativpflege sind vorhanden, doch deren Honorierung und Anerkennung sind unzureichend. Besonders in der Langzeitpflege fehlen Optionen zur horizontalen Karriereentwicklung, was Pflegekräfte oft dazu zwingt, ins Management zu wechseln und damit den direkten Patientenkontakt aufzugeben. Ein zentrales Anliegen war die Forderung, zusätzliche Qualifikationen und Spezialisierungen besser zu honorieren und gesetzlich verankerte Karriereoptionen zu schaffen, um die Arbeitszufriedenheit zu steigern und die Drop-out-Rate zu senken.

Unterstützung pflegender Angehöriger

Neben ausgebildeten Pflegekräften tragen in Österreich pflegende Angehörige einen großen Teil der Pflegearbeit, da 80 Prozent der pflegebedürftigen Menschen zu Hause betreut werden. Diese Aufgabe bringt erhebliche physische und emotionale Belastungen mit sich. Die Pflege kostet viel Kraft, und viele Angehörige fühlen sich häufig körperlich erschöpft und in einem ständigen Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen der Pflege und dem eigenen Leben. Diese Belastung führt oft dazu, dass ihre eigene Lebensqualität leidet und das Risiko steigt, dass sie selbst zu Pflegefällen werden. Es wurde mehrfach betont, dass diese Schlüsselfiguren des Pflegesystems deutlich mehr Unterstützung benötigen. Eine langfristige Überlastung von Angehörigen führt nicht nur zu gesundheitlichen Problemen bei den Pflegenden, sondern auch zu höheren Kosten für das Gesundheitssystem, wenn diese Personen am Ende selbst pflegebedürftig werden. Es braucht gezielte Maßnahmen, um diese Entwicklung zu verhindern und die pflegenden Angehörigen zu entlasten. Besonders positiv wurde die Rolle der Community Nurses hervorgehoben. Diese übernehmen wichtige Aufgaben in der häuslichen Betreuung und sorgen nicht nur für eine direkte Entlastung der pflegenden Angehörigen, sondern tragen auch dazu bei, den Aufenthalt der zu Pflegenden zu Hause zu verlängern. Dadurch wird der Heimeintritt verzögert oder ganz vermieden, was für alle Beteiligten von Vorteil ist. Community Nurses wirken präventiv, indem sie den Drehtüreffekt im Krankenhaus verringern und frühzeitig auf Pflege- und Gesundheitsprobleme reagieren. Trotz ihres Erfolgs werden diese Programme derzeit zurückgefahren, was als Fehlentwicklung kritisiert wurde. Es wurde gefordert, die Rolle





Anders gestaltet sich die Situation jedoch in der 24-Stunden-Betreuung, bei der die öffentlichen Zuschüsse oft nicht ausreichen und zusätzliche private Zahlungen notwendig sind. Hierdurch haben nur jene, die über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, Zugang zu dieser intensiveren häuslichen Betreuung. Die Erschwinglichkeit der 24-Stunden-Pflege bleibt daher eine offene Problematik im österreichischen Pflegesystem.

Qualitätssicherung in der Pflege und Einführung eines Pflegebarometers

Angesichts des steigenden Pflegebedarfs war die Sicherung der Patientensicherheit und Pflegequalität ein zentrales Thema der Diskussion. In diesem Zusammenhang wurde vorgeschlagen, ein nationales Pflegebarometer einzuführen, das die Qualität der Pflege anhand messbarer Indikatoren überwacht und bewertet. Diese Maßnahme könnte dazu beitragen, die Pflegequalität in allen Einrichtungen – unabhängig von der Trägerschaft (öffentlich, gemeinnützig oder privat) – auf einem hohen Niveau zu halten. Qualitätsindikatoren wie Sturzinzidenz, Schmerzmanagement, chronische Wunden, Mangelernährung und freiheitsentziehende Maßnahmen könnten als Grundlage für Benchmarks dienen, um die Leistung von Pflegeeinrichtungen objektiv zu vergleichen. Da diese Indikatoren bereits entwickelt sind, könnte die Maßnahme rasch umgesetzt werden – sofern der politische Wille dazu vorhanden ist. In vielen Ländern der WHO wird ein solches Instrument bereits erfolgreich eingesetzt, sodass dies auch für Österreich eine greifbare und wichtige Maßnahme zur Qualitätssicherung in der Langzeitpflege wäre.

Fazit und Ausblick

Zusammenfassend zeigt sich, dass die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen eine umfassende Neuorientierung des österreichischen Pflegesystems erfordern. Der demografische Wandel und die steigende Krankheitslast bringen einen erheblichen Anstieg des Bedarfs an Pflegekräften mit sich – bis zum Jahr 2050 werden etwa 70.000 zusätzliche Fachkräfte benötigt. Gleichzeitig verschärfen unzureichende Arbeitsbedingungen die Situation, da viele Pflegekräfte den Beruf vorzeitig verlassen. Eine bessere Integration der Pflege ins Gesundheitssystem, verlässlichere Arbeitszeiten und klare, attraktive Karrierewege werden notwendig sein, um das Pflegepersonal langfristig im Beruf zu halten. Auch pflegende Angehörige, die einen Großteil der häuslichen Pflege leisten, benötigen verstärkte Unterstützung, um die Pflegebedürftigen betreuen und zugleich ihre eigene Lebensqualität bewahren zu können.

Maßnahmen wie die Stärkung der Community Nurses könnten hierzu beitragen, ebenso wie digitale Lösungen zur Entlastung in der häuslichen Pflege. Die Harmonisierung der Personalvorgaben und die leistbare Gestaltung der 24-Stunden-Betreuung wurden ebenfalls als wichtige Anliegen genannt, um gleiche Versorgungsstandards sicherzustellen. Zur kontinuierlichen Qualitätssicherung wurde die Einführung eines nationalen Pflegebarometers vorgeschlagen, das durch einheitliche Qualitätsstandards die Transparenz und Vergleichbarkeit zwischen Einrichtungen fördern und die Pflegeversorgung in Österreich nachhaltig verbessern könnte. Die kommende Phase wird entscheidend sein, um die Pflege in Österreich langfristig zukunftsfähig und für alle Beteiligten nachhaltig zu gestalten. **P**

der Community Nurses zu stärken und deren langfristige Finanzierung sicherzustellen. Digitalisierung als Unterstützung in der Pflege
Digitale Lösungen könnten einen Beitrag dazu leisten, das Pflegesystem zu entlasten, insbesondere im Zusammenhang mit der Unterstützung pflegender Angehöriger. Telecare und Onlineberatung bieten innovative Ansätze, um pflegende Angehörige zu unterstützen. Die Digitalisierung könnte besonders im föderalen System Österreichs helfen, unterschiedliche Regelungen zwischen den Bundesländern auszugleichen und eine Brücke sowohl zwischen stationärer und häuslicher Pflege als auch Pflege und Gesundheit zu schlagen. Die Integration digitaler Instrumente könnte Pflegeprozesse vereinfachen, pflegende Angehörige entlasten und Berufsbilder, insbesondere in der Pflege, weiterentwickeln.

Privatisierung und Rolle privater Anbieter

Im Hinblick auf die Privatisierung wurde betont, dass es nicht die Art der Trägerschaft ist, die die Pflegequalität bestimmt, sondern die Bedingungen, unter denen die Pflege stattfindet. In Österreich ist der Pflegesektor stark reguliert, und durch fixierte Tagsätze in der Langzeitpflege wird verhindert, dass private Anbieter mit hohen Renditen den Markt dominieren. Alle Anbieter unterliegen demselben Rechts- und Kontrollrahmen, wodurch einheitliche Qualitätsstandards gesichert werden. Es wurde jedoch davor gewarnt, dass in weniger regulierten Märkten privates Kapital auf Kosten der Pflegequalität genutzt werden könnte. Solide Kontrollmechanismen und Regulierungen sind entscheidend, um sicherzustellen, dass die Pflegequalität im Vordergrund steht und nicht wirtschaftliche Interessen. Es wurde betont, dass das öster-

Diskussionsteilnehmende (v.l.n.r.): Nicole Traxler, Bernhard Rupp, Birgit Meinhard-Schiebel, Josef Zellhofer, Elisabeth Potzmann, Johannes Wallner sowie Andreas Huss (Bild links).

reichische System derzeit gut reguliert ist und diese Standards auch in Zukunft beibehalten werden müssen, jedoch sollte die Kontrolle der bestehenden Regulatorik in den Betrieben konsequenter und regelmäßiger erfolgen, um Missbrauch zu verhindern und die Pflegequalität dauerhaft sicherzustellen.

Regionale Unterschiede und Harmonisierungsbedarf

Während der österreichische Pflegesektor insgesamt stark reguliert ist, bestehen auf regionaler Ebene jedoch uneinheitliche Vorgaben und Regelungen zwischen den Bundesländern. Während in den meisten Regionen spezifische Vorgaben zur Mindestanzahl an Pflegekräften bestehen, fehlen solche Regelungen in Salzburg, wo derzeit keine festgelegte Mindestpersonalausstattung gilt. Diese regionalen Unterschiede können zu ungleichen Pflegebedingungen führen und beeinträchtigen die Qualität der Versorgung.

Es wurde daher eine landesweite Harmonisierung der Personalvorgaben gefordert, um einheitliche Qualitätsstandards zu sichern und gleiche Voraussetzungen für die Pflegebedürftigen in allen Bundesländern zu schaffen.

Zugang zu Pflegeleistungen

Ein weiterer zentraler Diskussionspunkt war die Zugänglichkeit zu Pflegeleistungen und die Problematik der Zwei-Klassen-Medizin bzw. Pflege. In der stationären Langzeitpflege wird die Finanzierung so strukturiert, dass Pflegebedürftige 80 Prozent ihres Einkommens einsetzen, während der verbleibende Bedarf durch staatliche Zuschüsse gedeckt wird. Dies stellt sicher, dass alle, unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten, eine gleiche Versorgung erhalten können.





PRÄGNANT

Volkskrankheit: Chronische Insomnie

SCHLAF MACHT ETWA EIN DRITTEL DER MENSCHLICHEN LEBENSZEIT AUS. Viele Organe und Prozesse profitieren von der Ruhephase. Umgekehrt kann schlechter Schlaf eine Reihe negativer Auswirkungen auf die Gesundheit und – in weiterer Folge – auf die Volkswirtschaft haben. | von Paul Schnell

Redewendungen wie „über etwas schlafen“ oder „sich gesund schlafen“ geben schon einen Hinweis darauf, dass Schlaf für die Gesundheit bedeutsam ist. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sind sich einig, dass eine erholsame Nachtruhe eine wichtige Voraussetzung für seelisches und körperliches Wohlbefinden ist. Immerhin verbringt der Mensch im Schnitt etwa ein Drittel des Lebens im Schlaf – in dieser Zeit werden die Vitalfunktionen wie Atmung und Herzschlag langsamer und der Körper benötigt weniger Energie. Gedächtnisinhalte werden gespeichert und körperlich wird auf vielfältige Weise profitiert: So ist gesunder Schlaf notwendig, damit Insulin richtig wirken kann und der Blutzuckerspiegel im optimalen Bereich bleibt.

Folgen von Schlafstörungen

Chronische Schlafstörungen stehen in direktem Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für Bluthochdruck, Arteriosklerose, Herzinfarkt und Schlaganfall. Menschen mit chronischem Schlafmangel sind anfälliger für Infektionen, da die Immunabwehr geschwächt wird. Schlaf beeinflusst die Ausschüttung von Hormonen wie Cortisol (Stresshormon) und Insulin. Chronische Insomnie kann das Risiko für Diabetes Typ 2 erhöhen. Schlafmangel fördert außerdem die Ausschüttung des Hungerhormons Ghrelin und senkt das Sättigungshormon Leptin, was zu Heißhunger und Übergewicht führen kann. Chronische Insomnie kann bestehende Schmerzen verstärken und das Risiko für chronische Schmerzzustände erhöhen.

Schlafmangel und psychische Erkrankungen stehen in einer wechselseitigen Beziehung – Insomnie kann psychische Störungen auslösen oder verstärken, die Stresstoleranz wird vermindert. Wer sich im Schlaf nicht erholen kann, ist

tagsüber müde und leidet an Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen. Langfristig kann das Risiko für neurodegenerative Erkrankungen wie Alzheimer steigen.

Schlafmangel beeinträchtigt die Reaktionsfähigkeit und Aufmerksamkeit, was das Risiko für Arbeits- und Verkehrsunfälle erhöht. Müdigkeit, Reizbarkeit und emotionale Instabilität können soziale Beziehungen belasten und zu Rückzug – und in weiterer Folge zu verstärkten psychologischen Belastungen – führen.

„Gut geschlafen“ ist individuell

Subjektiv empfinden Menschen, dass sie „gut geschlafen“ haben dann, wenn das Einschlafen rasch klappt, man selten wach wird und sich am Morgen ausgeruht fühlt. Dabei kann es schon einmal vorkommen, dass nicht jede Nacht gleich erholsam verläuft. Wirklich schlechter Schlaf und Schlafstörungen werden daher häufig erst erkannt, nachdem sich das Problem schon über einige Zeit eingeschlichen hat. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa acht bis zehn Prozent der europäischen Erwachsenen an chronischer Insomnie leiden. In Österreich sind laut einer Studie der MedUni Wien aus dem Jahr 2021 rund acht Prozent der Bevölkerung betroffen. Das ist nicht nur für die Betroffenen in ihrer Lebensqualität einschränkend, sondern führt auch dazu, dass die volkswirtschaftlichen Kosten durch Produktivitätsverluste, Arbeitsausfälle und ein erhöhtes Unfallrisiko sowie für medizinische Behandlungen steigen. Gleichzeitig bleiben Therapiemöglichkeiten oft ungenutzt, da die Erkrankung nicht als „Krankheit“ wahrgenommen und diagnostiziert wird und damit in der Gesundheitsversorgung untergeordnete Priorität hat.

In den letzten zwanzig Jahren haben die Medizin und die Schlafforschung enorme Erkennt-

nisse gewonnen, die zum besseren Verständnis von Schlaf und damit auch möglichen Schlafstörungen geführt haben. Die „European Insomnia Guideline 2023“ basiert auf der internationalen Klassifikation von Schlafstörungen (ICSD-3), der DSM-5 und der ICD-11 und definiert Insomnie als eine Schlafstörung mit Schwierigkeiten beim Einschlafen und Durchschlafen oder frühem Erwachen. Diese Probleme treten mindestens dreimal pro Woche über drei Monate hinweg auf und beeinträchtigen auch den Alltag, etwa durch Unkonzentriertheit.

Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin gefragt

Chronische Insomnie betrifft verschiedene Bevölkerungsgruppen in unterschiedlichem Ausmaß – die Ursachen sind ebenso unterschiedlich und müssen für eine geeignete Therapie im Einzelnen über eine genaue Anamnese erhoben werden. Eine wichtige Rolle könnte die Allgemeinmedizin spielen, da Schlafstörungen oft ein multifaktorielles Geschehen sind und Patientinnen und Patienten nicht direkt zu einer ärztlichen Konsultation führen. Schlafstörungen werden als „Begleiterscheinung“ wahrgenommen, viele gewöhnen sich an die laufende Müdigkeit und sehen keinen therapeutischen Handlungsbedarf. Daher ist es wichtig, dass im Zusammenhang mit unterschiedlichen Beschwerden vonseiten der behandelnden Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner auch mögliche Schlafprobleme erfragt oder im Zuge eines systematischen Screenings erhoben werden. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für Schlafstörungen. Ursachen sind oft Veränderungen im Schlaf-Wach-Rhythmus, häufigere nächtliche Wachphasen und Begleiterkrankungen. Frauen sind häufiger betroffen als Männer, insbesondere während hormoneller Umstellungsphasen wie Schwangerschaft, Menopause

Diskussionsteilnehmende (v.l.n.r.): Herwig Kügler, Heinz Haberfeld, René Brasser.



MIT FREUNDLICHER UNTERSTÜTZUNG VON IDORSIA PHARMACEUTICALS LTD. AT-DSA-00004

© BEN LEITNER (3)



oder im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus. Personen mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) leiden oft an Schlafproblemen. Insomnie kann sowohl ein Symptom als auch ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen sein. Ein gestörter circadianer Rhythmus durch Berufe mit Nacht- oder Wechselschichten kann zu chronischen Schlafproblemen führen. Häufig leiden Menschen mit chronischen Schmerzen oder anderen körperlichen Erkrankungen wie Rheuma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder neurologischen Störungen wie Parkinson oder Demenz auch an Schlafproblemen. Menschen mit einem ungesunden Lebensstil, etwa aufgrund von übermäßigem Koffein-, Alkohol- oder Nikotinkonsum, oder mit hohem Stresslevel sowie schlechter Schlafhygiene können ebenfalls betroffen sein.

Diagnose und Therapie

Die Anamnese ist der erste und wichtigste Schritt zur Abklärung von chronischem Schlafmangel. Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin spielen in dieser Phase eine bedeutende Rolle, um die verhaltensbedingten, psychischen oder medizinischen Ursachen zu identifizieren und die richtige Therapie zu wählen. Erfasst werden die Symptome über Schlaf-Fragebögen und Schlaftagebücher, wie etwa der ALiBABA-Checkliste der Österreichischen Gesellschaft für Schlafmedizin und Schlafforschung. Sie kann als Leitfaden bei Menschen mit Ein- und Durchschlafstörungen sowie mit einer Störung der Tagesaktivität eingesetzt werden. Neben allen relevanten Differentialdiagnosen (Schlaf-Wach-Rhythmus, Schlafapnoe, Restless-Legs-Syndrom, internistische Erkrankungen, Depression und Angststörungen) ist auch eine Schweregradbestimmung und eine Behandlungsempfehlung möglich. Die Checkliste erleichtert die Entscheidung, ob eine Überweisung an eine Fachärztin oder einen Facharzt oder ein Schlafzentrum und inwieweit eine medikamentöse Therapie erforderlich ist.

Die Therapie der chronischen Insomnie besteht aus einem Bündel an Maßnahmen: Am Beginn steht die Verbesserung der individuellen Schlafhygiene sowie des Lebensstils, gefolgt von kognitiver Verhaltenstherapie oder medizinsch-medikamentöser Behandlung. Medikamentöse Therapien wie Benzodiazepine (z. B. Diazepam) oder Z-Substanzen (z. B. Zolpidem, Zopiclon) werden nur als kurzfristige Option empfohlen, da hohe Abhängigkeitsgefahr besteht. Melatonin kann unterstützen, den Schlaf-

Diskussionsteilnehmende (v.l.n.r.): Josef Smolle, Bernhard Rupp, Josef Zellhofer.

Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet (in alphabetischer Reihenfolge)

- Gunda Gittler
- Erwin Rebhandl



Videostatement

- Stefan Seidel



Wach-Rhythmus zu regulieren. Pflanzliche Alternativen wie Baldrian, Passionsblume oder Hopfen sind gut verträglich, es gibt aber wenig Evidenz für deren Wirksamkeit.

Die neue Wirkstoffklasse der dualen Orexin-Rezeptorantagonisten (DORA) zielt darauf ab, die wachheitsfördernde Wirkung des Neuropeptids Orexin zu blockieren, wodurch das Ein- und Durchschlafen erleichtert wird. Studien deuten darauf hin, dass die Schlafqualität verbessert und die Tagesmüdigkeit reduziert werden, ohne die natürlichen Schlafphasen zu stören. Zudem weist diese Substanzklasse kein körperliches Abhängigkeitspotenzial auf. Zu den innovativen und nicht-medikamentösen Alternativen zählen auch digitale Schlaftherapien und App-basierte verhaltenstherapeutische Programme, die, sofern als Medizinprodukt zugelassen, derzeit in Deutschland zum Teil von den Krankenkassen erstattet werden können. In Österreich ist damit frühestens 2026 zu rechnen.

Schlaflosigkeit im Alter

Schlaflosigkeit ist ein weit verbreitetes Problem in Pflegeeinrichtungen, das sowohl Bewohnerinnen und Bewohner als auch das Pflegepersonal belastet. Studien zeigen, dass bis zu 70 Prozent der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner an Schlafstörungen leiden. Die Gründe liegen zum einen in den altersbedingten Veränderungen im Schlafverhalten: Mit zunehmendem Alter nehmen Tiefschlafphasen ab, der leichte Schlaf führt zu häufigem nächtlichem Erwachen. Der circadiane Rhythmus verschiebt sich, sodass ältere Menschen früher müde werden und auch früher aufwachen.


Betroffene mit neurodegenerativen Erkrankungen leiden zudem häufiger unter gestörten Schlaf-Wach-Rhythmen, wie nächtlicher Unruhe, oder dem sogenannten Sundowning-Syndrom. Chronische Schmerzen sowie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen können zu Schmerzen oder häufigem nächtlichem Wasserlassen führen und sich ebenfalls negativ auf das Schlafmuster auswirken. Zudem tragen im Alter zunehmend Depressionen, Angststörungen und Einsamkeit erheblich zu Schlafproblemen bei. Störungen durch Pflegepersonal, nächtliche Routinen oder andere Bewohnerinnen und Bewohner sowie die fehlende Tagesstruktur mit einem Mangel an Bewegung, eingeschränkten Aktivitäten oder geringer Sonnenlichtexposition stören den natürlichen Schlaf-Wach-Rhythmus zudem. Beruhigungs- oder Schlafmittel werden häufig verabreicht, können jedoch auf Dauer die Schlafqualität und Demenzsymptome verschlechtern und das Sturzrisiko erhöhen. Der

dadurch höhere Pflegebedarf resultiert häufig in einem erhöhten Medikamenteneinsatz.

Volkswirtschaftliche Auswirkungen

Die chronische Insomnie verursacht der österreichischen Wirtschaft durch Fehlzeiten und verminderte Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz jährliche Kosten von rund 2,6 Milliarden Euro. Obwohl ein großer Teil der Betroffenen mit Schlafproblemen nicht aktiv nach Hilfe sucht, beträgt die durchschnittliche Wartezeit in öffentlichen Schlaflaboren fast ein Jahr. Direkte Kosten umfassen Ausgaben für medizinische Behandlungen, Diagnostik und Medikation im Zusammenhang mit Schlafstörungen. Indirekte Kosten entstehen durch Arbeitsausfälle, verminderte Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz und eine erhöhte Unfallrate. Zahlen aus Deutschland gehen hier von rund 60 Milliarden Euro jährlich aus. Eine frühzeitige Diagnose und Therapie können die Gesundheitskosten senken und die Produktivität steigern. Aufklärungskampagnen und Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verbesserung der Schlafhygiene können die Prävalenz von Schlafstörungen verringern.

Zusammenfassende Forderungen

In einem Multi-Stakeholder-Prozess in Kooperation mit der österreichischen Gesellschaft für Schlafmedizin (ÖGSM) wurde eine Reihe gesellschaftspolitischer Handlungsempfehlungen definiert, die auch von den Expertinnen und Experten im Rahmen des PRAEVENIRE Gipfelgesprächs unterstützt und noch weiter ausformuliert wurden: Schlafstörungen sind als ein wesentliches Public-Health-Thema anzuerkennen und Screening-Möglichkeiten – etwa im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung – müssen ausgeweitet werden. Betroffene benötigen einen niederschweligen Zugang und müssen dann zum Best-Point-of-Service weitergeleitet werden. Wichtige Anlaufstellen sind die Allgemein- und die Arbeitsmedizin, aber auch Apotheken. Weitere Berufsgruppen, wie etwa das Pflegepersonal, müssen ebenfalls geschult und sensibilisiert werden. Angebote müssen zugänglich sein – derzeit sind etwa die Wartezeiten in den Schlaflaboren zu lange, in vielen Bundesländern gibt es keine passenden Einrichtungen. Eine fundierte Anamnese ist Teil einer guten Diagnostik, deshalb wird eine standardmäßige Schlafanamnese nach bewährten Checklisten empfohlen. Denn eine effektive und frühzeitige Behandlung von Schlafstörungen reduziert die Belastung durch Folgeerkrankungen und spart langfristig Kosten. 



PRÄGNANT

HEARTS-Kongress und Charity Gala 2024

Im Einklang mit dem Herzen

Der HEARTS-Kongress verbindet Spitzenmedizin mit Kunst, um das Bewusstsein für kardiovaskuläre und mentale Gesundheit zu schärfen. **MIT INNOVATIVEN KONZEPTEN SETZT DIE CREW NEUE MASSSTÄBE IN DER PRÄVENTION UND FORSCHUNG.** Der Fachkongress ging im November 2024 bereits zum dritten Mal über die Bühne. Diesmal war auch Dr. Erika Freeman, die Psychoanalytikerin der Hollywood-Stars, mit an Bord. Das Palais Zögernitz wurde zum Zentrum einer gemeinsamen Vision: die Herzgesundheit zu stärken und Spenden für herzkranken Kinder zu sammeln. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Eine der Ehrengäste war Dr. Erika Freeman, die sich im Rahmen des HEARTS-Kongresses für herzkranken Kinder stark machte. „Wenn man jung ist, versteht man noch nicht, dass es die alltäglichen Sachen sind, die glücklich machen: Gesundheit und die Tatsache, jeden Morgen aufzuwachen und noch bei allen Sinnen zu sein“, meinte die berühmte amerikanisch-österreichische Psychoanalytikerin in einem Gespräch mit der Neuen Zürcher Zeitung. Die Veranstaltung überzeugte schon zum dritten Mal ein breites und durchaus prominentes Publikum. Herzstück der Initiatoren ist der wissenschaftliche Diskurs über die Prävention kardiovaskulärer und mentaler Krankheiten. Für die Gäste wurde schnell klar: ihr Herz schlägt wohl im gleichen Takt – für Wissenschaft, Kunst und Gesundheit.

Im gleichen Herzschlag: Wissenschaft und Kunst

Unter dem Motto „Science cares“ wurde neben den neuesten Innovationen aus der Spitzenmedizin auch die Prävention kardiovaskulärer und mentaler Krankheiten diskutiert. „Gemeinsam mit Spitzen-Medizinerinnen und Medizinern wollen wir wichtige Themen wie die Personalisierte Medizin beleuchten und zeigen, was heute möglich ist“, erklärte Veranstalterin Mag. Liliane Zillner, die gemeinsam mit den Herz-

Wir wollen zeigen, was heute in der Spitzenmedizin möglich ist.

Liliane Zillner

chirurgen Univ. Prof. Dr. Martin Andreas und Univ. Prof. Dr. Daniel Zimpfer von der Medizinischen Universität Wien einen Kongresstag auf wissenschaftlichem und kulturellem Parkett präsentierte. Die Charity Gala wurde zugunsten von Herzkinder Österreich ausgerichtet: Es brillierten Stars wie Maya Hakvoort, Lukas Perman (Musical), Mariella Hofbauer (Oper), Angelo Pollak (Forbes under 30, Staatsoper), und Mariam Abouzahra & Angus Webster (Die Goldene Note by Leona König). Seitens der Medienlandschaft zählten Dr. Christian Rainer (ehem. Profil), Rainer Nowak (Kronenzeitung) sowie Mag. Kathrin Zierhut-Kunz (ORF) zum HEARTS-Unterstützungskomitee.

Im Umfeld der Spitzenmedizin überzeugte beispielsweise DDr. Julia Riebandt mit einem Vortrag über das Kunstherz, Prof. Dr. Yvonne Winhofer und Prof. Dr. Lukas Fiedler fokussierten sich auf das Thema Langlebigkeit und Dr. Stefan Wöhrer rückte die Bedeutung der Personalisierten Medizin in den Fokus. Gepaart wurden die Kongressvorträge mit einem Medienblock, der der Prävention kardiovaskulärer und mentaler Erkrankungen auf die Spur ging. In diesem Kontext wurde auch Psychoanalytikerin Erika Freeman zum Dialog geladen. Denn das enge Zusammenspiel von mentaler und kardiovaskulärer Gesundheit ist heute unumstritten.

Herz und Psyche

„Optimismus macht gesund und glücklich“, betonte nicht nur Freeman. Tatsächlich belegen zahlreiche Studien, dass psychische und soziale Belastungen das Risiko für psychokardiologische Krankheitsbilder erheblich erhöhen können.



Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und chronischer Stress gelten beispielsweise als wesentliche Risikofaktoren für Herzerkrankungen. Umgekehrt kann eine bestehende Herzerkrankung selbst psychische Leiden auslösen – nicht selten entwickeln Betroffene Ängste oder Depressionen infolge eines Infarkts oder anderer kardiovaskulärer Ereignisse. Insbesondere anhaltender Stress kann die Verengung der Herzkranzgefäße begünstigen und den Herzmuskel langfristig schädigen. Angesichts des steigenden Drucks in der Leistungsgesellschaft ist ein stärkeres Bewusstsein für diese Wechselwirkung wichtig: Das enge Zusammenspiel zwischen Herz und Psyche macht die Bedeutung eines ganzheitlichen Ansatzes in der Medizin klar: Wer das Herz schützen möchte, kommt an mentaler Gesundheit nicht vorbei, so der gemeinsame Tenor des Kongresses.

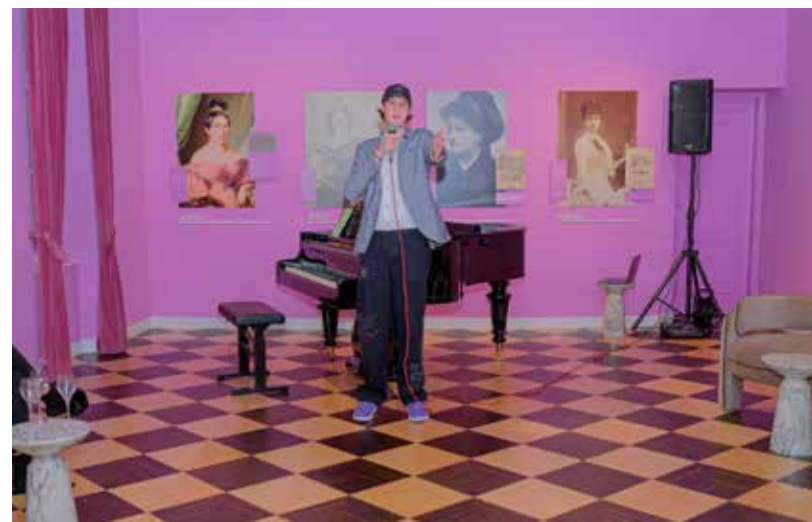
Neue Denkanstöße

„Es geht um neue mutige Wege und Lösungen, die unser Gesundheitssystem verbessern“, so Kongress-Initiatorin Liliane Zillner, die stets auf den geschickten Brückenschlag zwischen Wissenschaft und Kunst setzt. „Wissenschaft ist die Erkundung dessen, was man noch nicht

Der HEARTS-Kongress 2024 setzte auf mutige Innovationen und den Austausch zwischen Wissenschaft und Kunst, um das Gesundheitswesen zu verbessern.



© PHILIPP HÜTTER.COM(3)



erkannt hat“, wie Herzchirurg Martin Andreas meinte. Ähnlich würde es sich mit der Kunst verhalten. „Es geht um die Erforschung neuer Horizonte und die Entfaltung neuer Möglichkeiten.“ Dabei darf der Mut, ein Stück aus dem „normalen“ Denken herauszutreten, nicht fehlen. „Unsere Veranstaltungen sind ein Tor zur Stärkung des Gesundheitswesens, indem Ärztinnen und Ärzte, Forscherinnen und Forscher, Politikerinnen und Politiker, Unternehmerinnen und Unternehmer sowie die Bevölkerung zusammengebracht werden“, zeigte sich Zillner zuversichtlich.

Premiere: Gemeinsames KI-Portal

Eines der Kongress-Highlights bildete die Premiere des Gesundheitsportals Heartport, das Liliane Zillner in Zusammenarbeit mit Herwig Dünzendorfer von Artecont AI VR Lab entwickelt hat. Heartport ist ein KI-unterstütztes, wissenschaftliches Gesundheitsportal für Prävention. Die Plattform nutzt die Vorteile Künstlicher Intelligenz zur Analyse großer Mengen von Gesundheitsdaten, um so personalisierte Empfehlungen und präzise Einblicke aufbereiten zu können.

Eine Reise quer durch die Heartport-Landschaft lohnt sich: „Heartport is your gateway to empowering health for maximizing life“, heißt es dort. Es geht um die „perfekte Symbiose aus Wissenschaft, KI und medizinischer Expertise“, denn die Informationsflut steigt stetig und mit ihr die Verunsicherung der User und Userinnen: Welchen Informationen kann ich im Netz überhaupt noch trauen? Und wie komme ich zu Gesundheitsinformationen, die wissenschaftlich fundiert und auf mich ganz persönlich zugeschnitten sind? Im Zeitalter der Informationsflut und Missinformation will Heartport eine neue

Es geht um die Erforschung neuer Horizonte und die Entfaltung neuer Möglichkeiten.

Martin Andreas

Transparenz schaffen – denn „Science cares“, wie auf der Plattform betont wird. Die Userinnen und User sollen sicher durch den Dschungel der Gesundheitsinformationen navigiert werden. Die Plattform versteht sich dabei als Brücke, die Wissenschaft, Kunst, Wirtschaft, Politik, Medien und Menschen miteinander verbindet. Genau an dieser Schnittstelle treffen verschiedene Welten aufeinander, kreative Köpfe finden zueinander, um Wissen auf Basis von Evidenz zu teilen.

Storytelling trifft Wissenschaft

Die Beiträge machen durchaus Lust zum Stöbern, Innehalten und Hineinhören. In Form von „Hearticles“ gehen die Geschichten über die Bühne der Gesundheitsplattform. Die Aufbereitung der individuellen Stories besticht mit einer interessanten Usability. Je nach Präferenz kann gelesen oder gehört werden. Man kann die wichtigsten Inhalte auf einen Blick erfassen, so richtig in die Tiefe gehen oder weiterführenden Studien-Abstracts sowie relevanten Querverweisen folgen – eine Aufbereitung, die zur intensiven Auseinandersetzung mit medizinischen Inhalten einlädt.

Auch die Zusammenstellung der Geschichten – für Laien und Fachleute – ist breit gedacht. Der „Public“-Bereich umfasst beispielsweise Artikel zu den Themen Omega 3, Drogenabhängigkeit, Achtsamkeit, Schlaf, Journaling, Hormone, Kälteduschen, chronische Schmerzen oder positive Gedanken. Das Repertoire wirkt so bunt wie

Im Palais Zögernitz trafen sich renommierte Ärztinnen, Künstler und Unterstützer, um ihre Visionen für eine gesündere Zukunft zu teilen.

Die hochkarätigen Vorträge und künstlerischen Darbietungen begeisterten das Publikum und machten den Abend zu einem unvergesslichen Erlebnis.

das Leben, denn Herzgesundheit ist heute weit mehr, als dann und wann auf gute Ernährung zu achten oder vielleicht doch noch mit dem Rauchen aufzuhören.

Der Fachbereich umfasst aktuelle Studien, etwa über früh einsetzende atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Geschichten beleuchten nicht nur die Kardiologie, sondern auch Themen aus der Orthopädie, der Transfusionsmedizin und Zelltherapie oder der Neurologie. Auch die Ernährungsmedizin, Psychiatrie, Arbeitsmedizin, Onkologie, Gynäkologie, Geriatrie, Klinische Pharmakologie oder Kinder- und Jugendmedizin kommen nicht zu kurz. Insbesondere die Korrelation zwischen mentaler und körperlicher Gesundheit wird auf der Plattform widerspiegelt, ebenso wie der zentrale Stellenwert von Wissenschaftskommunikation und der Diskurs mit der Öffentlichkeit, denn „echte Verbindung geht nicht ohne Kommunikation“. „Durch den Geist, der sich in Gedanken und Worten manifestiert, wird die Seele geteilt, um sich neu zu verbinden“, heißt es beispielsweise auf der Plattform.

Herzhaft Lachen

Gesunde Lebensgewohnheiten, eine günstige genetische Veranlagung und eine optimistische Haltung tragen maßgeblich zur Herzgesundheit bei. Wir können auf unser Herz hören oder es überstrapazieren. Unser Herz kann brechen oder aus lauter Verliebtheit Purzelbäume schlagen. Wir können ein Herz aus Stein haben oder uns etwas zu Herzen nehmen. Wir tragen unser Herz auf der Zunge oder verschließen es vor der Welt. Im Einklang mit dem eigenen Herzen zu leben, kann jedenfalls stark dazu beitragen, gesund zu bleiben – auf organischer und mentaler Ebene. **P**



PRAEVENIRE TERMINE



**PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM**

Teilnahmepaket

Veranstaltung

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

€ 1.600,-

PRAEVENIRE Pressekonferenz
16. April 2025

Kostenfrei

2. PRAEVENIRE Denkertag in Hirschwang
05. Mai 2025

Kostenfrei

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

€ 330,-

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

Kostenfrei

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

€ 1.800,-

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

€ 2.100,-

Listenpreis (exkl. USt.)

€ 5.830,-

**Gesamtpreis inkl. Jahresbonus (exkl. USt.)
gültig ab 1.1.2025**

€ 4.500,-

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: 15. Jänner 2025