

PERISKOP

121

FEB 2025

Standpunkte.
Dialog.
Konsens.

Die neutrale
Plattform
zum offenen
Meinungs-
austausch.

Solidarisches System stärken

Interview mit Claudia Neumayer-Stickler

**Lungenkrebs-
früherkennung**
Arschang Valipour

**7. PRAEVENIRE Digital
Health Symposion**
Das Programm

**Es ist Zeit für
Innovation**
Peter McDonald



6



PEOPLE

Man macht gut, was man oft macht

Wien setzt weiterhin auf hohe Qualität durch Spezialisierung – ein Konzept, das nicht nur die Patientenversorgung verbessert, sondern auch als Modell für andere Bundesländer dienen könnte. Gesundheitsstadtrat Peter Hacker im Gespräch über zentrale Fragen der Gesundheitsversorgung, politische Hürden und die Notwendigkeit, das System zukunftssicher zu gestalten.

- 4 **Solidarisches System stärken** – Interview mit Claudia Neumayer-Stickler
- 6 **Man macht gut, was man oft macht** – Interview mit Peter Hacker
- 9 **Ein Meilenstein für die Gesundheitsversorgung** – Regierung setzt PRAEVENIRE Forderungen um
- 10 **Herausforderung: Demenz** – Interview mit Eva Hilger

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, Mag. Ella Rosenberger, Paul Schnell, Mag. Julia Wolkerstorfer
Foto Cover	Krisztian Juhasz
Grafik Design	Martina Eichhorn, Manuela Pöschko
Druck	Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG
Auflage	6.000 Erscheinungsweise: 6 x jährlich Einzelpreis: Euro 30,00

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



18



PERFORMANCE

Wir brauchen ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem

Personalmangel, Überlastung und zum Teil nicht zeitgemäße Berufsgesetze sind nur einige Rahmenbedingungen, die dazu führen, dass das Gesundheitssystem an seine Grenzen stößt und die Bereitschaft diese Berufe zu ergreifen oder über längere Zeit auszuüben im Sinken begriffen ist. Andrea Wadsack, Diätologin, Personalvertreterin in der Yunion-Hauptgruppe II und Kammerrätin in der AK Wien erläutert, welche Maßnahmen helfen könnten, die angespannte Situation zu verbessern.

- 12 **Spitzenmedizin neu gemacht** – die Kollegiale Führung des Kepler Universitätsklinikums
- 14 **Lebensqualität trotz Krebs** – Gesundheitsmetropole Wien: Vorreiter in der Onkologie
- 17 **Neue Initiative für Krebsvorsorge** – Pressekonferenz der SVS
- 18 **Wir brauchen ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem** – Interview mit Andrea Wadsack



24



PIONIERE

Auf der Suche nach dem Best Point of Service

Das Gesundheitswesen braucht mehr denn je neue, innovative und umfassendere Versorgungsstrukturen, die weit über das Althergebrachte wie Betten, Stationen und Ambulanzen hinausgehen. Welche Möglichkeiten realistisch sind, beschreibt Mag. Franz Öller, MBA, MPH, kaufmännischer Geschäftsführer der Gesundheit Burgenland.

- 21 **Frühe Diagnose: Leben retten, Kosten senken** – **Lungenkrebsfrüherkennung**
- 22 **Kolumne »360° Blick«** von Pro Rare Austria
- 23 **Genomsequenzierung: Potenziale noch zu heben**
- 24 **Auf der Suche nach dem Best Point of Service** – Franz Öller
- 26 **Frauengesundheit** – Prävention als Schlüssel zu mehr Lebensqualität

© MARTIN HÖRMANDINGER, KRISZTIAN JUHASZ, LUDWIG SCHEDL

SAVE THE DATE



2. PRAEVENIRE DENKERTAG
Hirschwang, 2025



www.praevenire.at

5. MAI



31



PLATTFORMEN

Keine Mauern mehr

Die PRAEVENIRE Gesundheitstage widmeten sich unter anderem der Frage, wie Spitalstrukturen im Jahr 2030 gestaltet sein sollten. Für Mag. Karl Lehner, Mitglied der Geschäftsführung der Oberösterreichischen Gesundheitsholding, war hier vor allem eines klar: eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung kann nur durch einen integrativen Ansatz gelingen. Dieser Grundgedanke zog sich wie ein roter Faden durch zahlreiche Keynotes, die im Schloss Esterházy präsentiert wurden.

- 28 7. PRAEVENIRE Digital Health Symposium – Das Programm
- 31 Keine Mauern mehr – Karl Lehner
- 34 E-Health: Von der Strategie zur Umsetzung



41



PORTFOLIO

Gesundheit ohne Umwege

Gesundheit ist heute weit mehr als das Fehlen von Krankheit – sie ist ganzheitlich, körperlich wie psychisch und gendersensibel. Gesundheitszentren erweisen sich dabei als Game-changer und setzen diesen Ansatz zunehmend in die Praxis um. Interdisziplinär, vernetzt und nah am Leben bieten sie ein modernes Versorgungsmodell. Im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage erklärt Abgeordnete zum Nationalrat Mag. Dr. Juliane Bogner-Strauß, warum sie dieses integrative Konzept unterstützt – und welche Schritte noch notwendig sind, um es weiter voranzutreiben.

- 41 Gesundheit ohne Umwege – Juliane Bogner-Strauß
- 44 Zwischen Vergessen und Verstehen: Demenz und Krebs
- 46 Optimierung der „Patient Journey“ durch frühe Diagnose und Therapie – PRAEVENIRE DenkerTalk



36



POLITIK

„Wir dürfen die KI nicht so verschlafen wie das Fax“

Das heimische Gesundheitswesen steckt aktuell zwischen den Welten des Europäischen Gesundheitsdatenraums und den klassischen Faxfans fest. Jetzt ist es an der Zeit, dass die digitale Transformation rasch in die Gänge kommt. Die Chancen stehen gut, doch die Uhr tickt.

- 36 „Wir dürfen die KI nicht so verschlafen wie das Fax“ – Hans Jörg Schelling und Franz Leisch
- 40 „Es ist Zeit für Innovation“ – Interview mit Peter McDonald



54



PRÄGNANT

Psychiatrie am Limit

Österreichs Psychiatrien stecken in der Krise – und besonders junge Menschen bekommen das zu spüren. Therapieplätze sind knapp, Wartezeiten lang, und bürokratische Hürden machen eine nachhaltige Behandlung oft schwierig.

- 48 Zukunftsfähige Versorgungsstrukturen für Diabetes mellitus
- 52 Nach dem Ball ist vor dem Ball – Interview mit Isabella Heissenberger-Mass
- 54 Psychiatrie am Limit – Interview mit Lisa Leutgeb

SAVE THE DATE



12. PRAEVENIRE
GESUNDHEITSGESPRÄCHE
in Alpbach 2025

www.praevenire.at

2.-7.
JULI

Solidarisches System stärken

Die Sozialversicherung spielt im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem eine zentrale Rolle. Mag. Claudia Neumayer-Stickler gibt Einblick in **NOTWENDIGE REFORMEN, DIE STÄRKUNG DES DACHVERBANDES UND DIE HERAUSFORDERUNGEN** einer sich wandelnden Gesundheitsversorgung. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Die Sozialversicherungsträger haben Mag. Claudia Neumayer-Stickler zur Vorsitzenden der Konferenz der Sozialversicherungsträger für die fünfjährige Funktionsperiode 2025 bis 2029 gewählt. Die Juristin ist seit Jänner des heurigen Jahres auch stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) und verfügt über eine langjährige Expertise im Sozialversicherungswesen. Sie will in den kommenden Jahren klare Schwerpunkte setzen: Die Rolle des Dachverbandes zu stärken und mehr Einheitlichkeit in den Leistungen zu schaffen, sind ihr ebenso ein Anliegen wie die weiblichen Versicherten und die Einbindung aller Gesundheitsberufe in die

Patientenversorgung. Im Interview spricht sie über notwendige Reformen, den Wandel in der Gesundheitsversorgung und die Herausforderungen der kommenden Jahre.

PERISKOP: Was bedeutet die Position der Vorsitzenden im Dachverband für Sie persönlich und welche Schwerpunkte möchten Sie in Ihrer Amtszeit setzen?

NEUMAYER-STICKLER: Ich freue mich sehr, dass ich diese wichtige Funktion übernehmen darf, denn die Sozialversicherung ist das Rückgrat des österreichischen Sozialstaats – ein System, das Risiken absichert und eine solidarische Gesundheitsversorgung möglich macht. Auch einnahmen- und ausgabenseitig macht die So-

zialversicherung den größten Anteil unseres Sozialstaates aus. Ich bin in diesem zehnköpfigen Gremium die einzige Frau und sehe mich damit auch als Stimme der weiblichen Versicherten. Der Dachverband hat eine enorm wichtige Rolle bei der trägerübergreifenden Koordination, ein Umstand, der durch die Reform 2019 in den Hintergrund gerückt ist. Die Organisation koordiniert und unterstützt die fünf gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungen: die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), die Sozialversicherung der Selbständigen (SVS), die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB), die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA). Ich möchte mich aktiv dafür einsetzen, dass diese Rolle wieder ausgebaut wird und damit auch trägerübergreifend einheitliche Leistungen angeboten werden. Wichtig ist mir, dass wir die Bedeutung aller Sparten anerkennen, also neben der Kranken- auch die Unfall- und Pensionsversicherung.

Sie sind auch Obmann-Stellvertreterin in der AUVA. Welche Rolle spielt die Unfallversicherung aus Ihrer Sicht?

Was die AUVA als größter Träger mit mehr als 4,7 Millionen Versicherten ausmacht, ist, dass sie alle Leistungen aus einer Hand anbietet. Das reicht von Präventionsmaßnahmen über die Beratungen für die Betriebe bis hin zur Unfallheilbehandlung, der umfassenden Rehabilitation und, wenn es erforderlich ist, auch zu den finanziellen Entschädigungen. Das hat einen enormen Mehrwert für die Versicherten und daher muss man jedem Plan zur Zerschlagung der AUVA eine klare Absage erteilen! Die Bedeutung ist für die Versicherten, die Beschäftigten, die Dienstgeberinnen und Dienstgeber, aber auch für die Gesellschaftspolitik enorm. Zudem sind alle Schülerinnen und Schüler sowie Studentinnen und Studenten bei der AUVA versichert. Gerade im schulischen Bereich wird sehr viel Präventionsarbeit geleistet.

Die Sozialversicherung und die solidarische Versorgung stehen vor zahlreichen Herausforderungen – von der demografischen Entwicklung bis hin zur Digitalisierung. Welche Themen liegen Ihnen besonders am Herzen?

Die demografische Entwicklung ist definitiv schon spürbar: Mehr medizinische Leistungen werden in Anspruch genommen und der Pflegebedarf steigt. Wir dürfen nicht vergessen, dass die Alterspyramide auch das Gesundheits- und Pflegepersonal umfasst. In Österreich ist die Leistungserbringung im Gesundheitssystem sehr stark auf Ärztinnen und Ärzte konzentriert.

Neumayer-Stickler betont die Bedeutung der Sozialversicherung für das solidarische Gesundheitssystem.

Wir müssen in den nächsten Jahren verstärkt auf die Kompetenzen aller Gesundheitsberufe setzen und alle viel stärker in die Versorgung einbeziehen, sonst werden wir die demografische Entwicklung und die damit verbundenen Ansprüche an die Versorgung nicht stemmen können. Das gesamte Personal ist sehr gut ausgebildet und könnte viel mehr von den ärztlichen Berufen übernehmen, als es derzeit möglich ist. Die Sozialversicherung muss sich auch verstärkt in die Entwicklung neuer Disease-Management-Programme einbringen, um gerade für die ältere Bevölkerung und chronisch Kranke die Versorgung bei gleichzeitiger Schonung der Ressourcen zu verbessern. Auch die Digitalisierung kann hier eine wichtige Rolle übernehmen, jedoch sollte das Angebot freiwillig sein, weil wir Menschen, die nicht digital-affin sind, nicht außen vorlassen dürfen. Wir müssen fokussiert daran arbeiten, dass die Versorgung am richtigen Platz und zur richtigen Zeit stattfindet – passend zu den Bedürfnissen der Menschen.

Die demografische Entwicklung ist definitiv schon spürbar. Wir dürfen dabei nicht vergessen, dass die Alterspyramide auch das Gesundheits- und Pflegepersonal umfasst.

Claudia Neumayer-Stickler

Nach wie vor ist die Postleitzahl oft dafür entscheidend, welche Versorgung möglich ist. Welche Pläne haben Sie im Hinblick auf die Harmonisierung der Leistungen?

Die Honorierung auf neue Beine zu stellen, ist ein sehr großes Projekt, das einiges an Zeit braucht. Hand in Hand damit geht die Neubewertung der Leistungen und die sollten natürlich auch in ganz Österreich gleich sein. Auch hier sehe ich die wichtige Rolle des Dachverbandes: einheitliche Verhandlungen zu führen, die dann auch zu einem guten Ergebnis für alle Versicherten führen.

Der Wechsel in der Vorsitzführung erfolgt halbjährlich. Wie stellen Sie sicher, dass wichtige Projekte und Vorhaben über diesen Zeitraum hinaus kontinuierlich vorangetrieben werden?

Die Rotation ist tatsächlich ein sehr spezielles Konstrukt, das der Gesetzgeber vorgesehen hat. Solange diese Rahmenbedingungen nicht verändert werden, ist es wichtig, dass die Vorsitzführung sehr gut abgestimmt ist und damit auch eine Kontinuität bei Projekten sichergestellt wird. Das Vertrauen ist eine wichtige Grundlage der Zusammenarbeit, daher sind wir gefordert, im Sinne der Versicherten und der Beschäftigten das Beste herauszuholen.

Welche Rolle spielt für Sie die Prävention?

Österreich hat sowohl bei der Prävention als auch bei der Gesundheitsförderung noch deutlich Luft nach oben, das ist, unabhängig davon, von welchem Sozialversicherungsträger wir sprechen, ein gesamtgesellschaftliches Phänomen. Ein positiver Impuls waren die Ergebnisse der letzten Finanzausgleichsverhandlungen, im Rahmen derer die Mittel für die Prävention um 60 Millionen Euro erhöht wurden. Ein Drittel davon wird von der Sozialversicherung beigetragen. Der Auftrag muss nun sein, mit diesen Mitteln auch entsprechend positive Impulse zu setzen und neue Initiativen zu starten. Dazu gehört, dass Maßnahmen zur Prävention vom



Kindheits- und Jugendalter bis hin zum Arbeitsplatz und darüber hinaus implementiert werden. Gerade bei der Gesundheit am Arbeitsplatz haben wir hohen Modernisierungsbedarf. So ist zum Beispiel die Berufskrankheitenliste überaus veraltet. Es gab zwar eine geringfügige Erweiterung im Vorjahr, aber auch hier wurden nur vier weitere Krankheiten aufgenommen. Eine Reihe an Erkrankungen oder an gesundheitlichen Belastungen, die sich in der veränderten Arbeitswelt ergeben, fehlt noch auf dieser Liste. Ein ganz wichtiges Beispiel sind zum Beispiel Muskel- und Skeletterkrankungen aufgrund von schwerem Heben und Tragen. Das ist in Deutschland schon seit mehr als 20 Jahren eine anerkannte Berufskrankheit. Dazu gibt es ausreichend wissenschaftliche Grundlagen und Evidenz, trotzdem ist es in Österreich nicht auf der Liste, obwohl es viele Berufsgruppen trifft, wie etwa Botendienste oder Steinmetze, aber auch Gesundheits- und Pflegekräfte. Auch psychische Erkrankungen erfahren überhaupt keine Berücksichtigung. Das zeigt deutlich, dass diese Liste in der modernen Arbeitswelt einfach noch nicht angekommen ist und die Bedürfnisse der Gesellschaft nicht widerspiegelt.

Warum geht das in Österreich so holprig voran?

Es gibt hierzulande, anders als etwa in Deutschland, kein transparentes und geregeltes Prozedere, wie die Liste evaluiert und erweitert wird. Sie ist eine Anlage zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, das heißt, es ist Sache des Gesetzgebers, die Liste zu erweitern. Dazu gab es in den letzten Jahrzehnten einfach zu wenige Impulse. Ich sehe es auch als meinen Auftrag, in meiner Funktion als Leiterin im Referat für Gesundheitspolitik im Österreichischen Gewerkschaftsbund (ÖGB) darauf aufmerksam zu machen.

Welchen Stellenwert hat das Impfen im Rahmen der Prävention?

Es muss langfristig das Ziel sein, dass alle Impfungen, die vom Nationalen Impfgremium empfohlen werden, auch kostenfrei zur Verfügung stehen. Es ist mir bewusst, dass mit den

Eine wichtige Voraussetzung für Digitalisierung ist, dass die Angebote einfach und niederschwellig zugänglich sind.

Claudia Neumayer-Stickler

vorhandenen Mitteln nur der Weg der kleinen Schritte möglich ist, aber am Ende sparen wir uns mit einem guten Impfprogramm nicht nur viel Leid, sondern auch Folgekosten.

Kann Digitalisierung Impulse setzen, um Gesundheitsberufe zu entlasten, aber auch die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zu fördern?

Auf jeden Fall! Eine wichtige Voraussetzung dazu ist, dass die Angebote einfach und niederschwellig zugänglich sind. Ein zentrales Instrument, bei dem wir immer Vorreiter waren, ist die elektronische Gesundheitsakte ELGA, die ihre Stärken aber längst noch nicht alle ausspielt und durchaus rasch weiterentwickelt werden müsste. Aktuell passiert schon einiges dazu, wie etwa die Einbindung von Daten aus den Laboren und der Bildgebung.

Statt rund 800 Millionen Euro erwartet die Österreichische Gesundheitskasse nun ein Minus von 906 Millionen Euro für 2025. Wie wirkt sich das auf das Vertrauen vonseiten der Bevölkerung aus?

Es ist wichtig, dass die Menschen auf die solidarische Gesundheitsversorgung vertrauen können. Ich bin eine absolute Befürworterin eines starken öffentlichen Systems mit einem wirklich guten Angebot einer Sachleistungsversorgung. Das Ziel muss sein, dass Menschen rasch und wohnortnah jene Leistung erhalten, die sie benötigen. Das benötigt eine nachhaltige, sichere Finanzierungsgrundlage. Wir sehen die Tendenz hin zu privaten Angeboten, das bringt das solidarische System natürlich unter Druck. Hier wird es rasch Maßnahmen zur Konsolidierung benötigen und auch die neue Regierung wird gefordert sein, Lösungen zu bieten. **P**



PEOPLE

„Man macht gut, was man oft macht“

WIEN SETZT WEITERHIN AUF HOHE QUALITÄT DURCH SPEZIALISIERUNG – ein Konzept, das nicht nur die Patientenversorgung verbessert, sondern auch als Modell für andere Bundesländer dienen könnte. Gesundheitsstadtrat Peter Hacker im Gespräch über zentrale Fragen der Gesundheitsversorgung, politische Hürden und die Notwendigkeit, das System zukunftssicher zu gestalten. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Wien hat sich in den vergangenen Jahren als Vorreiter in der Gesundheitsversorgung und im Krisenmanagement positioniert. Während der Pandemie wurde die Stadt zum Synonym für rasches, entschlossenes Handeln und wissenschaftlich fundierte Entscheidungen. Doch wie bewertet Wiens Gesundheitsstadtrat Peter Hacker die getroffenen Maßnahmen heute und welche Lehren wurden gezogen? Neben einem Rückblick auf die vergangenen Krisenjahre steht auch die Zukunft des Wiener Gesundheitssystems im Fokus – von der Ambulantisierung medizinischer Leistungen über die Herausforderungen der Spitalsfinanzierung bis hin zur Notwendigkeit einer besseren Vorsorgemedizin.

heitssystem konnte Wien stets zusätzliche Ressourcen bereitstellen – auch für andere Bundesländer. Patientinnen und Patienten aus anderen Regionen wurden aufgenommen, medizinische Materialien weitergegeben und Strukturen optimiert. Gleichzeitig hat die Stadt viel über effizientere Prozesse gelernt, etwa im Beschaffungsmanagement, und daraus Konsequenzen für die Zukunft gezogen. Ein wesentlicher Faktor im Wiener Krisenmanagement war das Engagement des Bürgermeisters, der sich intensiv für eine einheitliche österreichische Strategie einsetzte. Die Pandemie war eine weltweite Herausforderung – und Wien hat sich dieser mit einem klaren Fokus gestellt: dem Schutz der Bevölkerung.

Die Ambulantisierung medizinischer Leistungen im Zusammenhang mit passenden Konzepten für die Spitalsfinanzierung sind dem Gesundheitsstadtrat ein großes Anliegen.

Welche Lehren wurden aus der Pandemie gezogen?

Die Corona-Pandemie hat eindrucksvoll gezeigt, wie wichtig fundierte wissenschaftliche Beratung in Krisenzeiten ist. In Wien spielte dabei der wissenschaftliche Beirat des Bürgermeisters eine zentrale Rolle. Er stand in ständigem Austausch mit der Stadtregierung, lieferte Einschätzungen und Empfehlungen für politische Entscheidungen. Zusätzlich wurden Expertinnen und Experten aus unterschiedlichsten Fachrichtungen eingebunden, um ein möglichst breites Spektrum an Wissen zu nutzen. Ziel war es, alle verfügbaren Erkenntnisse als Entscheidungsgrundlage heranzuziehen. Doch trotz der Erfahrungen aus der Pandemie

PERISKOP: Wenn wir einen Rückblick auf das Krisenmanagement der Stadt Wien während der Pandemie werfen – wie beurteilen Sie die Maßnahmen heute?

HACKER: Die Bewältigung der Corona-Pandemie stellte Städte und Regierungen weltweit vor enorme Herausforderungen. Auch die Stadt Wien musste Entscheidungen treffen, meist unter Unsicherheit und mit begrenztem Wissen über die langfristigen Entwicklungen. Heute, mit dem Rückblick auf diese Zeit, zeigt sich: Vieles hätte man im Nachhinein vielleicht anders gemacht. Doch in der akuten Krise war es unsere Aufgabe, schnell und entschlossen zu handeln.

Die oberste Priorität der Wiener Stadtregierung lag darin, die Bevölkerung bestmöglich durch diese Krise zu führen. Dafür war es essenziell, kontinuierlich neue Erkenntnisse zu berücksichtigen, Fakten neu zu interpretieren und das Krisenmanagement laufend anzupassen. Gleichzeitig galt es, den Menschen Sicherheit zu vermitteln und zu zeigen, dass wir als Stadt handlungsfähig sind – nicht nur reagieren, sondern aktiv steuern.

In der Kommunikation ging es darum, Transparenz zu schaffen und die Maßnahmen mit nachvollziehbaren Fakten zu begründen. Dabei war unser immer klar: Die Pandemie können wir nicht aufhalten, aber wir konnten die Auswirkungen der Infektionswellen kontrollieren und ihre Spitzen möglichst abflachen. Trotz der enormen Belastung für das Gesund-



© MARTIN HÖRMANDINGER

Fundierte wissenschaftliche Beratung ist in Krisenzeiten unerlässlich, ebenso das Einbinden von Expertinnen und Experten aus unterschiedlichsten Fachrichtungen.

Peter Hacker

gibt es in Österreich nach wie vor keinen aktualisierten Pandemieplan. Der bestehende Plan stammt aus einer Zeit, in der viele der heutigen Herausforderungen noch nicht absehbar waren. Auch organisatorische und managementbezogene Vorkehrungen, die längst überarbeitet sein könnten, sind bisher unverändert geblieben. Ein weiteres zentrales Problem ist das veraltete Epidemiegesetz. Es wurde während der Pandemie vielfach als unzureichend empfunden, doch notwendige Reformen sind bislang ausgeblieben. Der Bund muss sich rasch um eine Modernisierung dieses Gesetzes bemühen, denn die nächste Gesundheitskrise kommt bestimmt.

Wien setzt auf Zentrumsmedizin und hohe Qualität durch Spezialisierung. Wieso können Sie dieser Strategie so viel abgewinnen?

Die Wiener Zentrumsmedizin folgt einem klaren Ziel: höchste Qualität durch Spezialisierung und kontinuierliche Weiterentwicklung – zum Wohle der Patientinnen und Patienten, in Wien und darüber hinaus. Nicht jedes Krankenhaus bietet jede Leistung an, vielmehr werden medizinische Schwerpunkte gebildet. Der Grundgedanke dahinter ist klar: Man macht gut, was man oft macht. Je häufiger eine bestimmte Behandlung durchgeführt wird, desto größer die Erfahrung und desto geringer die Fehlerquote. Besonders im hochkomplexen Gesundheitswesen ist Routine entscheidend, um bestmögliche Ergebnisse zu erzielen und die Patientensicherheit zu gewährleisten.

Diese Spezialisierung spiegelt sich in der Neustrukturierung der Wiener Spitallandschaft wider. Spezialbehandlungen werden gezielt an wenigen Standorten gebündelt, um höchste Qualitätsstandards zu gewährleisten. Wien nimmt hier eine Vorbildfunktion für andere Bundesländer ein – nicht nur in der medizinischen Versorgung, sondern auch in der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten. Die MedUni Wien sowie die städtischen Kliniken des Wiener Gesundheitsverbands (WIGEV) sind maßgeblich an der Entwicklung neuer medizinischer Methoden beteiligt. Innovationen in Technik und Behandlungsmethoden entstehen hier laufend und haben Strahlkraft weit über Wien hinaus. In bestimmten Fachbereichen braucht es österreichweit zentrale Exzellenzzentren. Ein Beispiel dafür ist das St. Anna Kinderspital, das auf die



Die Finanzierungsströme im Gesundheitswesen und die rasante Entwicklung der Versorgungsstrukturen gehen nicht konform.

Behandlung von krebskranken Kindern spezialisiert ist. Da die Anzahl betroffener Kinder glücklicherweise gering ist, macht es Sinn, die Expertise an einem Standort zu bündeln, um hier die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.

Sie sehen die Ambulantisierung von Leistungen als notwendige Entwicklung. Welche Herausforderungen sind damit verbunden?

Die rasanten Fortschritte in der Medizin haben die Patientenversorgung grundlegend verändert. Moderne Operationstechniken, schonendere Anästhesieverfahren und minimalinvasive Eingriffe ermöglichen es, dass Patientinnen und Patienten heute oft schon nach wenigen Tagen oder sogar noch am selben Tag das Krankenhaus verlassen können. Das reduziert nicht nur zum Beispiel das Infektionsrisiko, sondern verkürzt auch die Nachbehandlungszeiten erheblich. Besonders in der Onkologie zeigt sich dieser Wandel deutlich: Viele Behandlungen, die früher eine stationäre Aufnahme erforderten, werden heute ambulant durchgeführt. Selbst bei intensiven Therapien wie der Strahlentherapie sind nur kurze stationäre Aufenthalte notwendig. Doch während sich die medizinische Praxis rasant weiterentwickelt, bleibt die Finanzierungsstruktur des österreichischen Gesundheitssystems weitgehend unverändert. Die derzeitige Regelung sieht Ambulanzen in Spitälern vor allem als Entlastung für die stationären Angebote und nicht als eigenständige Versorgungsform. Das bedeutet, dass alle Leistungen, die in diesen

Die Wiener Zentrumsmedizin folgt einem klaren Ziel: höchste Qualität durch Spezialisierung und kontinuierliche Weiterentwicklung – zum Wohle der Patientinnen und Patienten, in Wien und darüber hinaus.

Peter Hacker

„Zwischenbereichen“ stattfinden, rein formal in den niedergelassenen Bereich der Krankenkassen fallen würden. Doch eine entsprechende Anpassung der Finanzierung findet bislang nicht statt.

Um diesem Problem entgegenzuwirken, haben sich die Gesundheitslandesräte gemeinsam für eine neue Finanzierungsstrategie eingesetzt. Die Idee war es, eine dritte Säule zwischen der klassischen stationären Versorgung im Krankenhaus und dem rein ambulanten, niedergelassenen Bereich einzusetzen. Diese neue Finanzierungsstruktur sollte ermöglichen, dass moderne Behandlungsformen auch finanziell abgebildet werden. Leider konnte sich dieses Modell in den Finanzausgleichsverhandlungen nicht durchsetzen. Doch der Wandel im Gesundheitssystem ist unumgänglich. Die medizinische Entwicklung lässt sich nicht aufhalten – und früher oder später wird sich auch das Finanzierungsmodell anpassen →

Stadt Wien



PEOPLE

sen müssen, um eine zeitgemäße und effiziente Versorgung sicherzustellen.

Gesundheitsvorsorge wird angesichts der demografischen Entwicklung immer wichtiger. Wo stehen wir hier?

Während moderne Technologien längst eine hochpräzise Diagnostik ermöglichen, wird das Potenzial der Vorsorgemedizin noch immer nicht ausreichend genutzt. Statt gezielt in präventive Gesundheitsmaßnahmen zu investieren, wird oft über die Anzahl von MRTs oder CTs diskutiert, anstatt sich auf die eigentliche Frage zu konzentrieren: Wie viele Erkenntnisse gewinnen wir tatsächlich, um das Leben der Menschen zu verbessern? Gleichzeitig ist die Digitalisierung des Gesundheitssystems in Österreich nach wie vor rückständig – ein Hemmschuh für eine moderne und effiziente Versorgung.

Damit Hand in Hand geht auch die unzureichende Leistungsdokumentation, insbesondere im niedergelassenen Bereich. Hier fehlt es an Daten und Transparenz. Die derzeitige Abrechnung mit LKF-Punkten im Spital oder die Verrechnung über die e-Card in den Ordinationen bieten keine sinnvolle Basis für eine effiziente Ressourcenplanung. Ein Lösungsansatz ist die Stärkung dezentraler Gesundheitszentren. Wien setzt verstärkt auf Primärversorgungszentren, die künftig auch zu spezialisierten Zentren – etwa für Diabetes oder kleinere chirurgische Eingriffe – ausgebaut werden könnten. Österreich braucht eine moderne Vorsorgemedizin, eine bessere Datenlage, eine effizientere Finanzierung und ein leistungsfähiges digitales Gesundheitssystem. Nur so kann die Gesundheitsversorgung zukunftssicher gemacht werden.

Ein Beispiel für eine sinnvolle Entwicklung ist das Darmkrebs-Screening-Programm, das Wien seit Längerem vorantreibt. Auch ein Lungen-Screening wäre medizinisch sinnvoll, scheitert jedoch an der Finanzierung. Die Sozialversicherung stellt nur begrenzte Mittel zur Verfügung, die zweckgebunden sind und nicht ausreichen, um innovative Vorsorgeprogramme im großen Stil umzusetzen.

Hinzu kommt eine besorgniserregende Entwicklung in der niedergelassenen Medizin: In Wien ist die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in den letzten fünf Jahren um 8,5 Prozent

Die Stärkung dezentraler Gesundheitszentren könnte künftig auch einem weiteren Ausbau der Spezialisierung in der Niederlassung führen.

Peter Hacker



gesunken – und das, obwohl die Bevölkerung im gleichen Zeitraum um zwei Prozent gewachsen ist. Noch nicht berücksichtigt sind dabei zusätzliche Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern, die das Wiener Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Diese Schieflage führt zu einer immer stärkeren Belastung der Spitäler und des öffentlichen Gesundheitssystems.

Spannungen gab es zuletzt immer wieder bei der Wiener Spitalsfinanzierung aufgrund der Frage nach der Finanzierung von Gastpatientinnen und -patienten aus anderen Bundesländern. Die Bevölkerung kann der Diskussion nur bedingt folgen, denn wer Beiträge bezahlt, möchte auch versorgt sein – unabhängig vom Wohnort. Wieso ist das so schwierig?

Seit Jahren warnt Wien davor, dass die steigende Zahl an Gastpatientinnen und Gastpatienten aus anderen Bundesländern das Gesundheitssystem der Stadt zunehmend belastet. Während die Spitalsversorgung in Wien stetig wächst, sinkt sie in vielen anderen Bundesländern – eine Entwicklung, die nicht ignoriert werden kann. Die zentrale Frage bleibt: Wer trägt die finanziellen Mehrkosten für diese überregionale Versorgung, die in der Bundeshauptstadt übernommen wird?

Die Zahlen sprechen für sich: In der Vergangen-

Jedes Bundesland ist selbst für die Spitalsversorgung seiner Bevölkerung verantwortlich und erhält dafür entsprechende Mittel aus dem Finanzausgleich.

heit erhielt Wien deutlich mehr Mittel für die überregionale Patientenversorgung. Doch diese Zeiten sind vorbei. Heute bekommt die Stadt rund 350 Millionen Euro aus der überregionalen Finanzierung, hat aber fast eine Milliarde Euro Mehraufwand. Die Differenz wird von den Wiener Steuerzahlerinnen und Steuerzahlern getragen, obwohl diese Mittel eigentlich für die Gesundheitsversorgung der Wiener Bevölkerung in anderen Projekten, wie etwa Vorsorgeprogrammen, benötigt werden.

Dabei ist die gesetzliche Grundlage eindeutig. Jedes Bundesland ist selbst für die Spitalsversorgung seiner Bevölkerung verantwortlich und erhält dafür entsprechende Mittel aus dem Finanzausgleich. Die sogenannte 15a-Vereinbarung legt fest, dass Bundesländer entweder selbst ausreichend medizinische Leistungen anbieten oder diese in anderen Bundesländern einkaufen müssen. Eine automatische Kostenübernahme für Gastpatientinnen und Gastpatienten ist nicht vorgesehen. Wenn sie dennoch erfolgt, dann auf Kosten der Wiener Bevölkerung. Trotz dieser klaren Regelungen weigern sich viele Bundesländer, mit Wien über eine faire Lösung zu verhandeln. Ein gemeinsames überregionales Planungskonzept wird blockiert, Gesprächseinladungen bleiben unbeantwortet. Diese Ignoranz führt dazu, dass das Wiener Gesundheitssystem finanziell unter Druck gerät, während andere Bundesländer ihre Spitalstrukturen abbauen und die Verantwortung indirekt auf Wien abwälzen.

Natürlich wünschen sich Patientinnen und Patienten eine bestmögliche medizinische Versorgung, unabhängig davon, wo sie wohnen. Doch das derzeitige Finanzierungsmodell sieht das nicht vor und schafft eine unausgewogene Belastung. Wien fordert daher seit Jahren eine faire Neuverteilung der Mittel, um sicherzustellen, dass jene Regionen, die medizinische Leistungen für andere Bundesländer erbringen, auch entsprechend entschädigt werden. Solange es keine überregionale Planung und keine ehrliche Diskussion über die Finanzierung gibt, bleibt das Problem bestehen – zum Nachteil des Wiener Gesundheitssystems und letztlich auch der Patientinnen und Patienten, die auf eine stabile und leistungsfähige Versorgung angewiesen sind. P

So sichert Wien die beste Gesundheitsversorgung für die Wienerinnen und Wiener



Modernisierung der Wiener Spitäler



Ausbau der Ausbildungsplätze für Gesundheitsberufe



Ausbau der regionalen Gesundheitszentren

Regierung setzt PRAEVENIRE Forderungen um:

Ein Meilenstein für die Gesundheitsversorgung

Wie lassen sich Prävention, Digitalisierung und eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung zukunftssicher gestalten? Der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE liefert seit Jahren konkrete Vorschläge und analysiert deren Umsetzung in der Politik. Nun zeigt sich: **VIELE DIESER IDEEN HABEN EINZUG IN DAS AKTUELLE REGIERUNGSPROGRAMM GEFUNDEN.** Doch welche Maßnahmen werden tatsächlich realisiert – und wo bleibt noch Handlungsbedarf? | von Karl Innauer

Die neue Bundesregierung hat ihre Gesundheitsagenda präsentiert und setzt dabei zahlreiche Vorschläge des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE um. Eine detaillierte Analyse zeigt, dass von den 34 Forderungen aus dem PRAEVENIRE Jahrbuch 2023/2024 insgesamt 28 (**über 80 Prozent**) vollständig oder zumindest teilweise im Regierungsprogramm enthalten sind. Dies markiert einen bedeutenden Schritt hin zu einer evidenzbasierten, nachhaltigen und patientenorientierten Gesundheitsversorgung in Österreich.

PRAEVENIRE als Impulsgeber für das Gesundheitssystem

Der Verein PRAEVENIRE hat sich als unabhängige Plattform etabliert, die eine solidarische und zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung fördert. In Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Praxis und Politik entwickelt PRAEVENIRE maßgebliche Lösungsvorschläge zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, Prävention, Versorgung und Rehabilitation.

Dr. Hans Jörg Schelling, PRAEVENIRE Präsident, zeigt sich erfreut über die hohe Übernahmequote der PRAEVENIRE Forderungen durch die Regierung: „Es ist ein starkes Zeichen, dass unsere langjährige Arbeit Wirkung zeigt. Besonders in den Bereichen Digital Health, Prävention und patientenzentrierte Versorgung wurden entscheidende Impulse gesetzt. Dennoch bleibt die Finanzierung aus einer Hand eine offene Zukunftsaufgabe, die weiterhin gelöst werden muss. Ebenso bedarf es dringend einer Neuorganisation der Finanzströme sowie klarer Kompetenzverteilungen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern.“

Schwerpunkte der Gesundheitsagenda: Umsetzung zentraler Forderungen

Die Gesundheitsagenda enthält zahlreiche Maßnahmen, die mit den PRAEVENIRE Vorschlägen übereinstimmen. Besonders hervorzuheben sind:

- **Digital Health:** Die Einführung eines tragfähigen Patient Summaries in ELGA, der Ausbau der elektronischen Gesundheitsakte und die Stärkung des Europäischen Gesundheitsdatenraums (EHDS) sollen die digitale Transformation im Gesundheitswesen vorantreiben.
- **Patientenversorgung:** Die geplanten Maßnahmen zur Verkürzung von Wartezeiten, Qualitätsverbesserungen in der Versorgung

SAVE THE DATE

PRESSEKONFERENZ UND PODIUMSDISKUSSION

Uhrzeit: 10 Uhr
Ort: Albert Schweizer Haus, Schwarzspanierstraße 13, 1090 Wien

16. APRIL 2025



www.praevenire.at



und die Stärkung der Primärversorgung bringen erhebliche Vorteile für Patientinnen und Patienten.

- **Prävention:** Die Weiterentwicklung des Eltern-Kind-Passes, die Stärkung der Gesundheitskompetenz sowie ein verstärkter Fokus auf Vorsorgeuntersuchungen sind essenzielle Schritte zur langfristigen Gesundheitsförderung der Bevölkerung.

Besonders im Bereich **Digital Health** wurden viele Forderungen direkt ins Regierungsprogramm übernommen, darunter die **Umsetzung eines Patient Summaries**, der **Ausbau von ELGA** sowie die **Vorbereitung auf den Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS)**. Im Bereich der **patientenzentrierten Versorgung** sind vor allem Maßnahmen zur **Verkürzung von Wartezeiten** und zur **Verbesserung der Primärversorgung** von zentraler Bedeutung. Einige Forderungen, wie etwa die Einführung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGAs), wurden nur teilweise aufgenommen oder bleiben vorerst unberücksichtigt. Ein Blick auf die einzelnen Themenbereiche zeigt, dass insbesondere die Digitalisierung eine zentrale Rolle in den Reformplänen spielt. Während hier viele PRAEVENIRE Vorschläge Eingang gefunden haben, bleiben andere Forderungen, etwa im Bereich der Finanzierung und der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, weitgehend ungelöst. Gerade in der Frage der Mittelverteilung und der Verantwortlichkeiten zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern sind noch große Herausforderungen zu bewältigen.

Herausforderungen und offene Fragen

Trotz der hohen Übernahmequote vieler PRAEVENIRE Forderungen bleiben einige zentrale Themen weiter offen. Die **Frage der Finanzierung aus einer Hand**, ein langjähriges Anliegen von PRAEVENIRE, wurde bislang nicht umfassend behandelt. Hier braucht es dringend Lösungen, um die unterschiedlichen Finanzierungsströme effizienter zu gestalten und Ressourcen gezielter einzusetzen. Ein weiteres zentrales Thema ist die **Zukunft der Gesundheitsberufe**. Der steigende Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich stellt das System vor große Herausforderungen. Während einige Maßnahmen zur Attraktivierung der Gesundheitsberufe und zur Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit im Regierungsprogramm erwähnt werden, fehlen klare Konzepte zur langfristigen Sicherstellung eines ausreichenden Fachkräftepools.



Dialog zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik trägt Früchte

Dass eine große Mehrheit der PRAEVENIRE Forderungen in das Regierungsprogramm aufgenommen wurde, zeigt, dass wissenschaftsbasierte Politikgestaltung nachhaltige und pragmatische Lösungen hervorbringen kann. Ein besonderer Dank gilt den über 1.000 Expertinnen und Experten, die an den PRAEVENIRE Initiativen mitgewirkt haben. Ihr Fachwissen und Engagement haben maßgeblich dazu beigetragen, tragfähige Konzepte für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu entwickeln.

Gleichzeitig ist es erfreulich, dass die Bundesregierung diese Expertise anerkennt und zahlreiche Forderungen ins Regierungsprogramm übernommen hat. Dies beweist, dass ein konstruktiver Dialog zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik positive Veränderungen bewirken kann.

PRAEVENIRE bleibt engagiert für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung

Trotz der erzielten Erfolge bleiben Herausforderungen bestehen. Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung, die Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und die Digitalisierung sind weiterhin zentrale Themen, die einer nachhaltigen Lösung bedürfen. PRAEVENIRE wird diesen Weg weiterhin intensiv begleiten, Impulse setzen und sich für eine innovative, patientenzentrierte und zukunftssichere Gesundheitsversorgung in Österreich einsetzen. Die hohe Umsetzungsquote der PRAEVENIRE Forderungen in das Regierungsprogramm ist ein bedeutender Erfolg – aber auch eine klare Verpflichtung, den eingeschlagenen Weg konsequent fortzusetzen. In den kommenden Monaten wird sich zeigen, wie schnell und konsequent die angekündigten Maßnahmen tatsächlich umgesetzt werden. PRAEVENIRE wird den Prozess aktiv begleiten und weiterhin als konstruktiver Partner für Politik und Praxis auftreten. Denn nur durch kontinuierliche Zusammenarbeit und evidenzbasierte Entscheidungsfindung kann das österreichische Gesundheitssystem nachhaltig gestärkt und zukunftsfähig gestaltet werden.

Herausforderung: Demenz

Derzeit leben in Österreich rund 140.000 Menschen mit einer demenziellen Beeinträchtigung. Prognosen zufolge wird diese Zahl bis 2050 auf etwa 250.000 ansteigen. **WELCHE HERAUSFORDERUNGEN DAMIT EINHERGEHEN UND WELCHE MÖGLICHKEITEN ZUR PRÄVENTION VORHANDEN SIND**, beschreibt Prof. Dr. Eva Hilger, leitende Ärztin der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS). | von Paul Schnell

Die Herausforderungen sind enorm: Neben dem individuellen Leid der Betroffenen und der starken psychischen sowie physischen Belastung für pflegende Angehörige hat die Zunahme der von Demenz Betroffenen erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen: Schätzungen zufolge belaufen sich die jährlichen medizinischen Kosten in Österreich auf etwa 1,4 Milliarden Euro – und diese Kosten wären noch deutlich höher, wenn die informelle Pflege durch Angehörige wegfallen würde. Angesichts dieser Entwicklungen führt kein Weg an der politischen Verantwortung vorbei: Es müssen Maßnahmen gesetzt werden, um Präventionsprogramme auszubauen und das Versorgungssystem weiterzuentwickeln.

PERISKOP: Ab wann gilt es, Verantwortung für die Hirngesundheit zu übernehmen?

HILGER: Die Gesundheit unseres Gehirns ist von Geburt an ein zentrales Thema. Ein „gut trainiertes“ Gehirn ist die Basis für das, was wir als kognitive Reserve bezeichnen. Sie erhöht die Resilienz gegenüber unterschiedlichsten Faktoren, die die Hirngesundheit bedrohen können. Grundlegende, definitiv unterschätzte, Faktoren für geistige Fitness sind die soziale Interaktion und Bildung. Hier sehen wir, dass Hirngesundheit rasch auch zu einem gesellschafts- und bildungspolitischen Diskurs führt, denn es ist essenziell, dass Kinder und Jugendliche so früh wie möglich geistig, sozial und emotional aktiv gefordert und gefördert werden. Es wäre wünschenswert, spätestens im Volksschulalter ein Bewusstsein für die Bedeutung von Hirnge-

Es müssen Maßnahmen gesetzt werden, um Präventionsprogramme auszubauen und das Versorgungssystem weiterzuentwickeln.

sundheit – und den Weg dorthin – zu schaffen. Bereits Kinder sollten verstehen, warum es sich lohnt, auf ihr Gehirn zu achten und es zu schützen. Das beginnt mit dem Tragen eines Fahrradhelms oder dem Vermeiden wiederholter Mikro-Hirntraumata bei bestimmten Sportarten und endet bei den großen Themen Ernährung und Bewegung.

Sollte die Hirngesundheit als Präventionsziel definiert werden – und was ist dafür notwendig?

Unbedingt. Zum einen ist es essenziell, äußere schädliche Einflüsse auf das Gehirn zu minimieren oder Risikofaktoren bestmöglich zu kontrollieren. Dazu zählen insbesondere vaskuläre Risikofaktoren wie etwa Bluthochdruck, Diabetes, Nikotinabusus und Adipositas. Auch der chronische Konsum von Alkohol erhöht das Risiko für die Entstehung kognitiver Dysfunktionen. Alkohol ist eine neurotoxische Substanz, die – spätestens in Kombination mit den altersphysiologischen Veränderungen des Gehirns die Hirngesundheit beeinträchtigt. Ein oft unterschätzter Faktor ist übrigens die Schwerhörigkeit: Sie beeinträchtigt kognitive Funktionen erheblich, wenn sie unbehandelt bleibt, und kann bei bereits manifesten Demenzerkrankungen den Krankheitsverlauf beschleunigen. Zum anderen gilt es, gezielt gehirnanregende Maßnahmen zu ergreifen, um Neuroplastizität und kognitive Reserve zu fördern und die Resilienz gegenüber externen Noxen zu erhöhen. Hierzu gibt es beeindruckende wissenschaftliche Erkenntnisse, insbesondere aus der viel zitierten FINGER-Studie, die in „The Lancet“ veröffentlicht wurde. Diese groß angelegte skandinavische Untersuchung war die erste Interventionsstudie, die zeigte, dass eine Multi-Domain-Intervention – eine Kombination aus gesunder Ernährung, Bewegung, kognitivem Training und Behandlung vaskulärer Risikofaktoren – das Demenzrisiko signifikant senken kann. Effekt dieser Maßnahmen ist erstaunlich: Die Studie belegte eine Risikominderung um etwa 30 Prozent. Dies ist besonders bemerkenswert, wenn man bedenkt, dass die derzeit verfügbaren Medikamente zur Behandlung von Demenz im besten Fall ähnliche Effektstärken aufweisen.

Gibt es weitere Risikofaktoren für kognitive Beeinträchtigungen?

Depressionen stellen vermutlich einen ernstzunehmenden Risikofaktor dar und sollten unbedingt frühzeitig behandelt werden. Ebenso ist die Behebung von Schlafstörungen entscheidend für die Hirngesundheit. Eine sogenannte „angereicherte Umgebung“ – also ein reger Austausch mit anderen Menschen – trägt ebenfalls wesentlich dazu bei, kognitive Funktionen zu erhalten. Ein weiterer zentraler Aspekt ist Bewegung. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt rund 300 Minuten körperliche Aktivität pro Wo-

che – eine beachtliche, aber notwendige Menge zur Förderung der allgemeinen Gesundheit und damit auch der Hirngesundheit. Besonders im präventiven Bereich gilt: Je früher Maßnahmen ergriffen werden, desto besser. Denn vielen Menschen ist nicht bewusst, dass vor allem vaskuläre Risikofaktoren nicht nur die Herz-Kreislauf-Gesundheit beeinträchtigen, sondern auch ein wesentlicher Treiber für Neurodegeneration sind.

Dabei ist es wichtig, zwischen verschiedenen Formen der Demenz zu unterscheiden. Oft wird nur an die Alzheimer-Demenz oder andere primär neurodegenerative Demenzerkrankungen gedacht. Neurodegeneration bedeutet einen über die Altersnorm hinausgehenden Verlust an Nervenzellsubstanz. Neurodegenerative Erkrankungen sind Proteinopathien, es kommt zur Ablagerung erhöhter Mengen abnorm konfigurierter Proteine. Doch vaskuläre Demenzen und vor allem Mischformen (vaskulär plus neurodegenerativ) spielen ebenfalls eine große Rolle. Post-mortem-Studien zeigen, dass diese Mischformen einen erheblichen Anteil an den diagnostizierten Demenzen ausmachen. Daraus ergibt sich eine klare Erkenntnis: Herz-Kreislauf-Gesundheit und Hirngesundheit sind untrennbar miteinander verbunden. Eine gute Gefäßgesundheit ist somit eine der wichtigsten Voraussetzungen für ein leistungsfähiges Gehirn bis ins hohe Alter. Das gilt uneingeschränkt auch in Anbetracht der Tatsache, dass natürlich auch genetische Faktoren bzw. eine genetische Prädisposition, insbesondere bei Demenzerkrankungen mit präsenilem Beginn, eine Rolle spielen können und das hohe Lebensalter der relevanteste Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz bleibt.

Welche Rolle spielt die frühe Diagnose?

Das wichtigste Argument für eine frühzeitige Diagnose ist die Verfügbarkeit wirksamer Therapien. Allerdings muss klar gesagt werden: Derzeit gibt es keine Behandlung, die diese Erkrankung stoppen kann. Es ist lediglich eine Verzögerung des Fortschreitens möglich. Wir wissen auch, dass der Effekt der medikamentösen Therapien häufig nicht wesentlich höher sind als jene, die durch eine gezielte Lebensstilmodifikation erzielt werden können, insbesondere im Hinblick auf vaskuläre Risikofaktoren und die allgemeine Hirngesundheit, insbesondere im Hinblick auf vaskuläre Risikofaktoren.

Dennoch hat eine frühzeitige Diagnose einen hohen Stellenwert. Sie ermöglicht eine valide Prognoseabschätzung und gibt Betroffenen die Möglichkeit, sich frühzeitig auf die kommenden Veränderungen einzustellen. Dies umfasst nicht nur die Planung des persönlichen und sozialen Umfelds, sondern auch die bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Zukunft und das frühzeitige Einholen von Unterstützung. Dabei ist es entscheidend, realistische Erwartungen zu managen.



Bereits Kinder sollten verstehen, warum es sich lohnt, auf ihr Gehirn zu achten und es zu schützen. Das beginnt mit dem Tragen eines Fahrradhelms und der Vermeidung von Hirn-Mikrotraumata bei bestimmten Sportarten und endet bei Bewegung und Ernährung.

Eva Hilger

Dies stellt eine besondere Herausforderung dar und erfordert eine tragfähige, vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Ein sensibler und offener Umgang mit der Diagnose ist essenziell, um den Betroffenen und ihren Angehörigen die bestmögliche Unterstützung zu bieten.

Welche Möglichkeiten zur frühen Demenzdiagnose gibt es?

Die Frühdiagnose von Demenz basiert neben klinischer Anamnese und neuropsychologischen Testungen derzeit vor allem auf zwei etablierten Verfahren: der Liquordiagnostik, das ist die Untersuchung des Nervenwassers, und der Amyloid-Positronen-Emissions-Tomografie, kurz Amyloid-PET. Natürlich muss eine Ausschlussdiagnostik mittels Gehirn-MRT und Laborparametern erfolgen, in erster Linie, um symptomatische Demenzformen auszuschließen. Daneben existiert die Tau-PET, die allerdings eher als Staging-Marker zur Einschätzung des Krankheitsverlaufs dient und wahrscheinlich weniger für die Früherkennung geeignet ist.

Könnte ein Programm zum Demenz-Screening Vorteile bringen?

Derzeit gibt es zwar vielversprechende Ansätze zur Identifikation von Blut-Biomarkern, insbesondere tau-basierte Marker, die intensiv erforscht werden. Sollte sich die Wissenschaft hier weiterentwickeln, könnte es künftig möglich sein, Demenz durch eine einfache Blutabnahme frühzeitig zu erkennen. Allerdings ist diese Methode derzeit noch nicht ausgereift. Weder stehen Biomarker mit ausreichender Sensibilität und Spezifität für eine sichere Diagnosestellung zur Verfügung noch sind die ethischen Fragestellungen eines solchen Screenings geklärt. Denn: Was passiert, wenn die Diagnose gestellt wird, und welche therapeutischen Konsequenzen hat das? Da es aktuell keine heilenden Behandlungen gibt, ist fraglich, welchen Nutzen eine breite Früherkennung ohne wirksame Therapien tatsächlich hätte. Zum jetzigen Zeitpunkt bleibt die Frühdiagnostik daher auf Personen beschränkt, bei denen bereits klinische Auffälligkeiten bestehen. Ein allgemeines Screening in der Bevölkerung ist aus medizinischer und ethischer Sicht aktuell also nicht sinnvoll. Dennoch bleibt die Forschung an Biomarkern ein vielversprechendes Feld, das künftig neue Möglichkeiten zur frühen und nicht-invasiven Diagnosestellung eröffnen könnte.

Wo stehen wir heute mit Therapeutika und welche Entwicklung ist absehbar?

Bis vor Kurzem beschränkten sich die therapeutischen Möglichkeiten bei Alzheimer-Demenz ausschließlich auf symptomatische Behandlungen. Diese zielen nicht auf die Ursache der Erkrankung ab, sondern wirkten lediglich auf Neurotransmitter-Ebene. Diese Wirkstoffe können Symptome lindern, aber den Krankheitsverlauf nur mäßig verlangsamen, geschweige denn, ihn gar stoppen.

Um das Gehirn möglichst lange gesund zu erhalten ist es entscheidend, die Neuroplastizität, die Resilienz und die kognitive Reserve zu stärken.



Die große Hoffnung der Forschung liegt nun auf monoklonalen Antikörpern, die gezielt gegen das Amyloid-Eiweiß wirken, das sich im Gehirn von Alzheimer-Erkrankten ablagert. Klinische Studien haben gezeigt, dass durch diese Therapie der Amyloid-Load im Gehirn – gemessen mittels Amyloid-PET – in frühen Stadien der Erkrankung tatsächlich reduziert werden kann. Trotzdem bleibt der klinische Effekt aktuell noch hinter den Erwartungen zurück. Zudem kann auch diese Therapie die Erkrankung nicht stoppen, sondern lediglich das Fortschreiten verlangsamen. Darüber hinaus besteht ein ernstzunehmendes Nebenwirkungsprofil, sodass eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung erforderlich ist. Eine besondere Herausforderung sind die sogenannten Amyloid-related Imaging Abnormalities (ARIA), die sich als Hirnödeme oder Mikroblutungen manifestieren können. Dies erfordert regelmäßige Verlaufskontrollen mittels Magnetresonanztomografie. Zudem ist bekannt, dass bestimmte genetische Konstellationen, insbesondere Homozygotenträger des APOE4-Gens, mit einem erhöhten Risiko für diese Nebenwirkungen einhergehen. Dennoch: Als erste verfügbare „disease-modifying therapy“ sehen manche Kolleg:innen diesen Ansatz als ganz wichtigen Durchbruch an. Die Forschung verfolgt aber noch eine Reihe weiterer neuer Therapieansätze. Eine davon ist die tiefe Hirnstimulation (Deep Brain Stimulation, DBS), die bereits bei Morbus Parkinson – hier werden Netzwerke gehemmt – erfolgreich eingesetzt wird. Erste Studien untersuchen, ob durch gezielte Stimulation bestimmter Gedächtnisnetzwerke bei der Alzheimerdemenz eine Verbesserung der kognitiven Funktionen erreicht werden kann. Die wissenschaftliche Auswertung der bisherigen Studien läuft noch, und die Fachwelt wartet gespannt auf die Ergebnisse. Ein weiterer Forschungsansatz konzentriert sich auf Tau-gerichtete Therapien, da neben Amyloid auch das abnorm phosphorylierte Tau-Protein eine zentrale Rolle in der Krankheitsentwicklung spielt. Die Forschungsergebnisse sind hier allerdings bislang bescheiden geblieben. Viele Experten gehen davon aus, dass die Zukunft in einer Kombinationstherapie liegen könnte: Stoffwechselmedikamente, etwa Antidiabetika, könnten mit immunologischen Therapien wie

monoklonalen Antikörpern kombiniert werden, um verschiedene Krankheitsmechanismen gleichzeitig anzugehen.

Welche Wünsche haben Sie für die zukünftige Entwicklung der Demenzversorgung?

Ich wünsche mir, dass die Betroffenen möglichst lange selbstbestimmt leben können und wir eine frühzeitige Institutionalisierung hinauszuzögern können. Multiprofessionelle und multidisziplinäre Ansätze müssten gefördert werden, die ein breites Spektrum an Unterstützungsangeboten umfassen. Dazu gehören zum Beispiel Tagespflegeangebote, Wohnpflegegemeinschaften oder betreute Wohneinrichtungen, die es ermöglichen, dass Menschen mit Demenz in einem geschützten, aber dennoch einigermaßen selbstbestimmten Umfeld leben können. Gleichzeitig sollten pflegende Angehörige, die einen erheblichen Teil der Versorgung übernehmen, gezielt unterstützt werden. Das beginnt bei der Gestaltung des Wohnraums, um Gefahren zu minimieren und eine sichere Umgebung zu schaffen bis hin zu adäquaten Kommunikationstechniken und Unterstützungsangeboten, die verhindern, dass Angehörige selbst an ihre Belastungsgrenzen geraten.

Ein weiteres großes Anliegen wäre mir die fachgerechte, laientaugliche Aufklärung der Bevölkerung über Demenz. Viele Menschen setzen Demenz automatisch mit Alzheimer gleich, obwohl es zahlreiche verschiedene Formen und Ätiologien kognitiver Beeinträchtigungen gibt. Hier besteht noch erheblicher Informationsbedarf. Ich würde mir auch einen Ausbau von Tageseinrichtungen als integrierten Bestandteil der Versorgung wünschen, müssen flächendeckend ausgebaut und eine Vereinfachung bürokratischer Strukturen in der Pflege bzw. Betreuung.

Derzeit gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern, was die Zuständigkeiten und Unterstützungsangebote betrifft. Es braucht ein einheitliches, übersichtliches Informationspaket, das klare Antworten auf zentrale Fragen gibt: Was ist zu tun? Wo bekomme ich Unterstützung? Ein umfassender, koordinierter Ansatz ist essenziell, um die wachsende Zahl an Demenzpatienten künftig gut versorgen zu können. **P**



PERFORMANCE

Spitzenmedizin neu gedacht

Zum 10-jährigen Bestehen des Kepler Universitätsklinikums in Oberösterreich gibt die kollegiale Führung **EINBLICK IN DIE MEILENSTEINE DER ENTWICKLUNG, AKTUELLE HERAUSFORDERUNGEN UND KÜNFTIGE PLÄNE:** Mag. Günther Dorfinger, MBA, Kaufmännischer Direktor, Priv.-Doz. Dr. Karl-Heinz Stadlbauer, Ärztlicher Direktor, und Simone Pammer, MBA, Pflegedirektorin. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Mit der Zusammenführung der drei renommierten und traditionsreichen Krankenhäuser Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz, Landesfrauen- und Kinderklinik Linz und Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg wurde das Kepler Universitätsklinikum (KUK) am 31.12.2015 gegründet. Anlass der Zusammenführung war die Gründung einer medizinischen Fakultät an der Johannes Kepler Universität Linz (JKU). Heute, knapp zehn Jahre später, ist das Haus mit rund 1.800 Betten Österreichs zweitgrößtes Krankenhaus und der zentrale Gesundheitsversorger in Oberösterreich. Über 7.000 hochmotivierte Mitarbeitende belegen, dass das kürzlich verliehene Gütesiegel in Gold für hervorragende Leistungen der Personalrekrutierung mit Fug und Recht an das Kepler Universitätsklinikum vergeben wurde. Aktuell konnte das KUK einen weiteren Erfolg einfahren: Platz 3 unter den Top-30 österreichischen Krankenanstalten im „World’s Best Hospitals“-Ranking 2025 von Newsweek und Statista.

PERISKOP: Welche Entwicklungen haben das Kepler Universitätsklinikum in den letzten zehn Jahren besonders geprägt, und welche Meilensteine konnten Sie in der universitären Medizin setzen?

STADLBAUER: Mit Unterstützung des Landes Oberösterreich haben wir in den letzten zehn Jahren das Kepler Universitätsklinikum in Richtung universitäre Medizin erfolgreich weiterentwickeln dürfen. Wir haben uns von einer klassischen Versorgungsklinik zu einer Universitätsklinik entwickelt und werden auch über Landesgrenzen hinaus als kompetente universitäre Forschungsreinrichtung wahrgenommen. Pro Jahrgang werden rund 330 Studentinnen und Studenten am Kepler Universitätsklinikum gemeinsam mit der medizinischen Fakultät der JKU betreut.

Es ist uns gelungen, fünf wichtige Leuchtturmenthemen weiterzuentwickeln: die Herzmedizin, die Kindermedizin, die Neuromedizin, die fetomaternalen Medizin sowie muskuloskeletale Medizin. In der Herzmedizin sind wir Vorreiter,



Das Perinatalzentrum hat als erstes und einziges derartiges Zentrum in Österreich das prestigeträchtige Zertifikat „periZert®“ erhalten.

Karl-Heinz Stadlbauer

nicht nur bei den Erwachsenen, sondern auch bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Besonders stolz sind wir auf das Kinderherz Zentrum, wo wir nicht nur sehr komplexe Eingriffe machen, sondern auch für die sehr hohe Qualität weltweit bekannt sind. Die Universitätsklinik für Neurochirurgie am Kepler Universitätsklinikum erfüllt als einzige Neurochirurgie Oberösterreichs den Versorgungsauftrag für ca. 1,5 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner. Ferner ist es uns gelungen, für die Universitätsklinik für Neurologie ausgewiesene Expertinnen und Experten, speziell im Bereich der Neurointensivmedizin, zu gewinnen, die auch in der Forschung äußerst aktiv sind. Komplettiert wird die Neuromedizin mit der neuroradiologischen Abteilung, die über die Bundeslandgrenzen hinaus für komplexe Fragestellungen bis hin zu therapeutischen Eingriffen bekannt ist. Im Bereich der fetomaternalen Medizin haben wir eine Spezialeinrichtung für die Diagnose, Abklärung und das Management von Fehlbildungen des ungeborenen Kindes sowie für die Betreuung und Überwachung von Risikoschwangerschaften. Das Team des Bereichs der Fetomaternalen Medizin führt österreichweit die meisten Eingriffe im Mutterleib durch und ist gemeinsam mit dem Team des Kinderherz Zentrums auf vorgeburtliche Eingriffe am Herzen des Fetus spezialisiert. Hier wurde weltweit auch der erste erfolgreiche Herzeingriff an einer Pulmonalklappe bei einem Ungeborenen durchgeführt. Mittlerweile ist ein Zentrum mit europaweiter Bedeutung entstanden. Das Perinatalzentrum hat als erstes und einziges derartiges Zentrum in Österreich das prestigeträchtige Zertifikat „periZert“ erhalten. Eingebettet in die muskuloskeletale Medizin findet im Traumazentrum eine umfassende interdisziplinäre Versorgung von schwerstverletzten PatientInnen (Polytraumaversorgung) statt.

Das Credo im Gesundheitswesen lautet „sparen“, vor allem im intramuralen Bereich. Wie erleben Sie die knappen Ressourcen?

DORFINGER: Das ist immer eine Frage der Perspektive. Wir sind sehr gut organisiert und strukturiert und haben in den Budgets nach wie vor deutliche Steigerungen zum Vorjahr. Zum Jah-

Von einer Patientenlenkung sowie einer abgestuften Versorgung erhofft sich der Ärztliche Direktor Karl-Heinz Stadlbauer eine verbesserte Patientenversorgung sowie eine Entlastung der Krankenhäuser.



© PETER C. MAYR



reswechsel hatten wir erstmals mehr als 7.000 Mitarbeitende und unser Stellenplan ist gesamt gesehen ausgefüllt. Das sehe ich als sehr positive Entwicklung, vor allem unter dem Aspekt, dass aufgrund der Demografie der Bedarf an Leistungen wächst. Wir können sowohl von den Kliniken und Einrichtungen als auch vonseiten der Wissenschaft sehr viel bieten. Es zeigt sich mittlerweile, dass wir hier bei der Personalsuche gut punkten können. Während wir anfangs etwa 50 auszubildende Medizinerinnen und Mediziner hatten, sind es jetzt 120, und viele davon bleiben auch nach ihrer Ausbildung bei uns. Im Bereich anderer Gesundheitsberufe sind wir bemüht, die Fachkräfte sehr gut zu servieren und uns auch hier als attraktiver Arbeitgeber zu positionieren. Spitzenmedizin braucht neben hoher fachlicher Expertise auch eine entsprechende Infrastruktur. Daher wird im Kepler Universitätsklinikum laufend an Neubau-, Umbau- und Sanierungsprojekten gearbeitet. Die Sanierung der Stationen und Ambulanzen im Bau A/B mit rd. 81 Mio. Euro Investitionsvolumen ist in der Endphase. Ebenso wird heuer noch der Neubau des Psychiatrischen Versorgungszentrums am Standort Neuromed Campus eröffnet. Darüber hinaus sind wir kurz vor dem Spatenstich für den Neubau des Kinderzentrums mit rd. 150 Betten. Eine neue Zentralküche mit einem neuen Mitarbeiterrestaurant für den gesamten Med Campus entsteht ebenfalls mit diesem Projekt. Insgesamt hat sich unsere Klinik sehr gut entwickelt und ist weiterhin auf einem zukunftsorientierten und innovativen Weg.

Die Akademisierung der Pflege ist ein wichtiger Schritt, damit Österreich auch im internationalen Umfeld konkurrenzfähig und der Beruf attraktiv bleibt.

Simone Pammer

Das Land Oberösterreich investiert aktuell massiv in die Pflegeausbildung. Welche Rolle spielt das KUK hier?

PAMMER: Wir haben in der oberösterreichischen Gesundheitsholding eine Reihe von Standorten, die Ausbildungen anbieten. Besonders stolz sind wir auf eine sehr präzise Abstimmung der Ausbildungen auf unsere Bedarfe. Das heißt, dass wir mit den Schuldirektorinnen und Schuldirektoren in engem Austausch stehen, auf die Potenziale der Mitarbeitenden fokussieren und

gezielt Aufschulungslehrgänge anbieten. Damit machen wir den Pflegeberuf attraktiv und stimmen unser Angebot auch sehr gut auf die gesellschaftliche Entwicklung und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ab.

Zudem bietet unser Haus mit dem hohen Forschungsfokus attraktive Arbeitsplätze und Entwicklungsmöglichkeiten für Pflegeberufe aller Ausbildungsniveaus. Die Akademisierung der Pflege ist ein wichtiger Schritt, um Österreich auch im internationalen Umfeld konkurrenzfähig zu halten, hier ist der Weg noch nicht zu Ende, vor allem aber, weil die Pandemie die kontinuierliche Entwicklung unterbrochen hat. Der Bedarf an der akademischen Fachexpertise steigt, der Veränderungsprozess braucht eben seine Zeit.

Wo sind aus Ihrer Sicht aktuell die größten Herausforderungen?

STADLBAUER: Von einer Patientenlenkung erhoffen wir uns sehr viel, da immer noch ein Großteil der PatientInnen im Krankenhaus versorgt wird, der an einer anderen Stelle im System besser aufgehoben wäre. Der niedergelassene Bereich müsste ausgebaut bzw. besetzt werden, um die PatientInnen gut auffangen zu können. Wir versuchen gemeinsam mit den Regionalkliniken der OÖ Gesundheitsholding Formen der abgestuften Versorgung zu entwickeln und das tagesklinische Angebot auszubauen. Dazu müssen aber auch die Nachsorgestrukturen vorhanden sein und die Abrechnung der Leistungen angepasst werden.

Wie stellt sich die Pflege auf diese Veränderung ein?

PAMMER: Unter dem Titel „Hospital at Home“ geben wir unsere Expertise aus dem intramuralen Setting weiter und schulen zum Beispiel Mitarbeitende in Pflegeheimen, sodass die Patientinnen und Patienten nicht bei jedem Katheterwechsel ins Spital müssen. Weitere Themen sind die Versorgung von heimbeatmeter Patientinnen und Patienten oder der onkologische Pflegedienst für die Kinder, bei denen zu Hause zum Beispiel die Blutabnahme erfolgen kann.

Braucht es dazu insgesamt einen Kulturwechsel?

STADLBAUER: Ich denke, dass die Medizin dort wo es möglich ist, zum Menschen kommen sollte. Dort, wo eine stationäre Versorgung notwendig ist, gehören Patientepfade definiert und die Prozesse angepasst. Der Trend ist noch neu, setzt sich aber langsam durch. Ebenso benöti-

Spitzenmedizin braucht neben hoher fachlicher Expertise auch eine entsprechende Infrastruktur. Daher wird laufend an Neubau-, Umbau- und Sanierungsprojekten gearbeitet.

Wir bieten attraktive Arbeitsplätze mit spannenden Entwicklungsmöglichkeiten.

Günther Dorfinger

gen wir auch eine starke Zentrumsmedizin mit Spezialisierungen und dem Arbeiten in Netzwerken. Hier sehe ich auch eine wichtige Rolle in der Ausbildung von angehenden Fachkräften sowie Führungskräften, die diesen Kulturwandel mittragen.

Welche Rolle spielt die Digitalisierung in der Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung?

DORFINGER: Ein Meilenstein und ein großer Beitrag zur Qualitätssicherung war die durchgängige Einführung der elektronischen Fieberkurve. Viele administrative Prozesse – vom Personal bis zum Patientenportal – werden derzeit digitalisiert. Wir haben ein Self-Check-in-System in Entwicklung und da hängen natürlich viele Möglichkeiten daran. Sowohl in der Forschung als auch in der Ausbildung spielt das Thema künstliche Intelligenz eine zunehmende Rolle. Der JKU medSPACE ist Hörsaal, Forum und Bühne zugleich. Er ermöglicht eine völlig neue Art, Medizin zu lehren und zu verstehen. CT- oder MR-Scans werden nicht am Bildschirm betrachtet, sondern können als riesige, dreidimensionale Bilderwelten auf 14 x 7 Metern erkundet werden. Das Projekt „Virtual Anatomy“ wurde vom Ars Electronica Futurelab in Kooperation mit Siemens Healthineers und der Johannes Kepler Universität Linz gemeinsam entwickelt und mit dem renommierten E&T-Innovation-Award 2022 für „Best Emerging Technology of the Year“ ausgezeichnet. **P**

Die Ausbildung in der Pflege wird sehr eng mit dem Bedarf in der Praxis abgestimmt und fokussiert auf Aufschulungslehrgänge.





Lebensqualität trotz Krebs

Durch die Fortschritte der modernen Krebsbehandlung mit deutlich steigenden Überlebensraten sind viele Krebserkrankungen zu chronischen, bewältigbaren Erkrankungen geworden und die **ONKOLOGISCHE REHABILITATION SPIELT EINE ZUNEHMEND WICHTIGE ROLLE IN DER VERSORGUNG.** | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Expertinnen und Experten sind sich einig, dass die onkologische Rehabilitation die physischen und psychosozialen Funktionen sowie die Lebensqualität und die Teilhabe Betroffenen effektiv verbessern. Die onkologische Rehabilitation von „Survivors“ ist daher ein zunehmend relevantes Thema im „Cancer Care Continuum“. Sie folgt der überlebenswichtigen onkologischen Krebsbehandlung und zielt danach auf die Behandlung von Krebsfolgen sowie von Nebenwirkungen überlebensnotwendiger onkologischer Therapien ab. Onkologische Rehabilitationskonzepte sind zielorientiert, individuell und umfassen Patienteninformation und -edukation, die Ernährung, die Psychoonkologie und physikalische Therapien sowie die Bewegungs- und Trainingstherapie.
Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna, MBA MMSc, Leiter der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin an der Medizinischen Universität Wien, bricht in diesem Zusammenhang eine Lanze für eine frühzeitige inter- und multidisziplinäre Zusammenarbeit, die schon im Vorfeld ansetzt: die onkologische Prähabilitation. „Durch die Fortschritte der modernen Krebsbehandlung

mit deutlich steigenden Überlebensraten sind viele Krebserkrankungen zu chronischen, bewältigbaren Erkrankungen geworden. Die Intervention und der Begriff Prähabilitation wurden eingeführt, um die Zeitspanne und passenden Maßnahmen zwischen der onkologischen Diagnose und der Zeit nach der Krebsbehandlung zu beschreiben, die darauf abzielt, Krebspatientinnen und -patienten schon in der Zeit vor der Krebsbehandlung zu unterstützen und für die folgenden notwendigen Behandlungen mental und körperlich aufzubauen, im Sinne von better in – better out.“ Damit können postoperative Komplikationen reduziert, die Lebensqualität verbessert und auch die Folgekosten für Behandlungen minimiert werden. „Neben einer verbesserten Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit kann mit der Prähabilitation auf psychosoziale Probleme, wie Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten sowie Ängste und Sorgen, Traurigkeit und Motivationsprobleme, abgestellt werden“, so Crevenna weiter.

Arbeits- und Betriebsmedizin sind gefordert
Denn die Einschränkungen und Funktionsstörungen infolge einer Krebserkrankung beschäftigen die Menschen 24/7 und sind daher ständig

präsent. Hier sieht der Experte auch eine wichtige Nahtstelle zur Arbeits- und Betriebsmedizin, denn viele onkologische Patientinnen und Patienten stehen noch mitten im Berufsleben und wollen wiedereingegliedert werden. Schließlich wirkt das Konzept auch auf Systemebene, denn eine Prähabilitation kann durch kürzere Intensiv- und Spitalsaufenthalte oder eine rasche Wiedereingliederung in das Arbeitsleben sowie die Förderung sozialer Teilhabe auf vielen Ebenen dazu beitragen, die Gesundheitskosten zu senken, und hat damit hohe sozioökonomische Relevanz.

„Derzeit fehlt es an den Ressourcen und der Compliance, wir sind bisher noch nicht über einzelne Pilotprojekte hinausgekommen“, beschreibt Crevenna die Schwachstellen des Konzeptes, obwohl Wien Vorreiter bei der aktiven Trainingstherapie für Menschen mit Knochen- und Hirnmetastasen war und am Comprehensive Cancer Center – Vienna für lange Zeit das weltweit erste Tumorboard für die onkologische Rehabilitation existierte. Eine Schwierigkeit ist auch der hohe interdisziplinäre und multiprofessionelle Ansatz, den Prähabilitation erfordert: „Wir sehen uns als Nahtstelle zwischen all den Professionen und Disziplinen, den Betroffenen, dem sozialen Umfeld oder dem Arbeitsplatz. Die Menschen benötigen einen niederschweligen Zugang zu den Angeboten. Bewegung und Krafttraining sind eine wichtige Säule und wir können von den Patientinnen und Patienten nicht erwarten, dass sie sich in ein Fitnesscenter einschreiben und dort trainieren wie alle anderen. Auch für Themen wie Wund- und Schmerzmanagement muss es passende Angebote geben“, fasst Crevenna die vielfältigen Herausforderungen zusammen. Damit daraus gute Chancen für alle werden, braucht es zum Beispiel auch neue und attraktive Berufsbilder, die Nutzung digitaler Technologien und den Ausbau vorhandener Strukturen, um Doppelbelastigkeiten zu vermeiden. „Bei all den Wünschen gilt es, den Faktor Mensch nicht aus den Augen zu verlieren“, so der Mediziner.

Prähabilitation: Wichtiges Zukunftsthema

In der anschließenden Podiumsdiskussion beschreibt Dr. Monika Mustak-Blagusz, leitende Ärztin der Pensionsversicherungsanstalt (PVA), wie aus ihrer Sicht Prähabilitation gefördert werden kann. „Man muss sehr gut über Modelle nachdenken, die Menschen mit bestimmten Erkrankungen im Arbeitsleben halten könnten und Teilhabe sichern, sei es beruflich oder im privaten Umfeld. Dazu sind eine gute Kommunikation und Kooperation zwischen Stakeholdern erforderlich. Rehabilitation innerhalb der

Prähabilitation bereitet Betroffene bereits vor der Krebsbehandlung körperlich und mental auf die Therapie vor, um postoperative Komplikationen zu minimieren und die Lebensqualität nachhaltig zu verbessern.





PV ist immer zielorientiert, multiprofessionell und interdisziplinär. Individualisierte Therapien sind uns wichtig, um auch gute Ergebnisse zu erzielen. Wenn die Idee nun schon viel früher im Prozess ansetzt, muss diese Zielorientierung sehr genau im Auge behalten werden.“ Sie ist überzeugt, dass angesichts der demografischen Entwicklung Prähabilitation jedenfalls ein Zukunftsthema mit hoher Relevanz ist.

Univ.-Prof. Dr. Thomas Mück, stellvertretender Generaldirektor der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA), sieht Parallelen zwischen den Leistungen der Prähabilitation und der Unfallprävention: „In den letzten Jahrzehnten hat die Medizin bei Diagnose und Therapie onkologischer Erkrankungen enorme Fortschritte erzielt. Alle Leistungen, die jetzt noch besser auf eine künftige Behandlung vorbereiten, halten wir für sinnvoll und sind zu begrüßen. Der Wert von Vorsorge und Prävention kann nicht genug kommuniziert werden.“

Re- und Prähabilitation sind Themen, die den Bereich der Pflege schon sehr lange begleiten und früher in der Ausbildung unter dem sperrigen Titel „präoperatives Erlernen postoperativer Fertigkeiten“ verankert waren. „Pfleger sind jene, die die Patientinnen und Patienten über den Prozess sehr intensiv begleiten, denn Pflege ist Beziehungsarbeit“, weiß Mag. Elisabeth Potzmann, Präsidentin des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands (ÖGKV). Die Pflegeexpertin betont, dass es wichtig für Betroffene ist, über den gesamten Prozess der Erkrankung und ihrer Behandlung eine Ansprechperson zu haben – und das ist meist eine Pflegeperson. „Wir haben hier bereits seit langer Zeit gut etablierte und international anerkannte Konzepte, die aber in Österreich noch am Anfang stehen. Die sogenannten Advanced Nurse Practitioners, speziell ausgebildete Pflegepersonen, leiten Betroffene durch das System, bündeln die Information und sorgen für eine kontinuierliche Begleitung“, sagt Potzmann. Geht es nach der ÖGKV-Chefin, so würden die Prozesse mit digitaler Unterstützung noch besser laufen: „Medien- und Informationsbrüche müssen im Jahr 2025 nicht mehr sein. Das zu verändern, daran müssen alle Entscheidungsträger mit Hochdruck arbeiten.“ Sie betont auch, dass die Akademisierung der Pflege in diesem Zusammenhang als große Chance begriffen

Medizin, Pflege, Psychologie, Physiotherapie und weitere Fachbereiche müssen Hand in Hand arbeiten, um Krebspatientinnen und -patienten eine umfassende Betreuung und bestmögliche Wiedereingliederung ins Leben zu ermöglichen.



werden muss, um mit der steigenden Komplexität der Anforderungen im Behandlungsprozess Schritt halten zu können. Aktuell fehle es noch an der Verankerung relevanter Berufsbilder in der Pflege für die Prähabilitation.

„Wenn wir über chronisch kranke Menschen sprechen, müssen wir auch einen systemischen Blick auf deren Situation werden, denn es geht nicht nur um die Betroffenen selbst, sondern auch um ihr Umfeld, vor allem auch die Angehörigen“, sagt Victoria Navratil, BSc, Repräsentantin der Young Cancer Nurses, und beschreibt die Rolle der Pflege und ihren Einfluss auf eine gut Lebensqualität: „Das ist unser Kernthema in der Pflege, und ganz besonders bei jenen Patientinnen und Patienten, deren Therapieoptionen ausgeschöpft sind.“ Auch wenn sich die Outcomes bei vielen Erkrankungen positiv entwickelt haben, so leben viele Menschen als chronisch Kranke im System und benötigen zwar keine Akutversorgung, aber laufende professionelle Betreuung. „Hier haben wir eine große Lücke im System, vor allem zwischen Akutspital und Pflegeeinrichtungen“, weiß Potzmann. Wartezeiten von bis zu zwei Monaten, bis es zu einer Übernahme seitens einer Pflegeeinrichtung kommt, sind allen voran in Ballungsräumen durchaus häufig. „Passende Übergangseinrichtungen oder Einsatzmöglichkeiten für selbstständiges Pflegepersonal sind praktisch nicht möglich und machen damit ein Berufsfeld systemunwirksam, weil die Kostenübernahme für derartige Leistungen nicht vorgesehen ist“, richtet Potzmann einen Appell an die Politik, die Rahmenbedingungen zu ändern.

Berufsgruppen müssen zusammenarbeiten

Prim. Dr. Gudrun Wolner-Strohmeyer, MPH, Chefärztin der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB), betont ebenfalls die Inter- und Multidisziplinarität, die es jedenfalls braucht: „Prähabilitation soll unter anderem auch dazu führen, die Resilienz jener Menschen zu stärken, die eine lebensentscheidende Diagnose erhalten haben. Das kann nur gelingen, wenn viele Berufsgruppen wie Medizin, Pflege Psychologie, Logopädie, Diätologie, Physiotherapie, Sportwissenschaft und noch eine Reihe weiterer zusammenarbeiten und ein starkes Netz bilden.“ Noch im Frühjahr startet die BVAEB daher

Bei all den Wünschen gilt es, den Faktor Mensch nicht aus den Augen zu verlieren. Betroffene brauchen einen niederschweligen Zugang zu Angeboten, denn Bewegung und Krafttraining sind eine essenzielle Säule der Prähabilitation.

Richard Crevenna

in Zusammenarbeit mit Crevenna und seinem Team ein Pilotprojekt, onkologische Patientinnen und Patienten in ein Prähabilitationsprogramm aufzunehmen.

Einen wichtigen Teil in einem multiprofessionellen Team nehmen auch die Osteopathinnen und Osteopathen ein. Margit Halfurter, Präsidentin der österreichischen Gesellschaft der Osteopathie (OEGO), beschreibt die Betreuung onkologischer Patientinnen und Patienten aus einer neuen Perspektive: „Es ist nicht nur herausfordernd, sondern auch überaus bereichernd, denn sie sind überaus motiviert und bringen hohe Compliance mit.“

Osteopathinnen und Osteopathen können häufig mehr Zeit als viele anderen Berufsgruppen mit den Betroffenen verbringen, in der nicht nur therapeutische Maßnahmen vorgenommen und viele Informationen weitergegeben werden, sondern auch die emotionale Komponente eine zentrale Rolle spielt. Da eine Berufsankennung der Osteopathie noch nicht erfolgt ist, stößt auch der Einsatz im Gesundheitssystem oft an Grenzen.

Abschließend fordert Keynotespeaker Crevenna Spezialambulanzen als Hotspot für onkologische Patientinnen und Patienten, die zudem auch Stoffwechselstörungen oder Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates leiden. „Muskelabbau, Muskelschwäche, chronische Entzündungsprozesse oder Typ-2-Diabetes betreffen onkologische Patientinnen und Patienten sehr häufig. Auch hier kann nur ein multiprofessioneller und interdisziplinärer Ansatz erfolgreich sein“, ist er überzeugt und gibt sich positiv: „Es muss noch investiert werden, aber wir sind auf einem guten Weg.“ **P**

die möwe



Missbrauch hinterlässt Spuren.
Sehen Sie genauer hin.

Helfen Sie betroffenen Kindern mit Ihrer Spende.



die-moewe.at/spende

Neue Initiative zur Krebsvorsorge

Die Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) legt seit Jahren einen besonderen Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention. Ziel ist es, **DEN WANDEL VOM REPARATUR- HIN ZUM PRÄVENTIONSSYSTEM AKTIV ZU UNTERSTÜTZEN.** | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Umfangreiche Initiativen und ein attraktives Anreizsystem sollen Eigeninitiative, Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz all jener stärken, die bei der SVS versichert sind. Etablierte Angebote wie das Vorsorgeprogramm Selbständig Gesund, der Gesundheits-Check Junior, die SVS-Gesundheitsangebote oder der SVS-Gesundheitshunderter unterstreichen dieses Engagement. Selbstständige tragen eine besondere Verantwortung – nicht nur für ihr Unternehmen und die Mitarbeitenden, sondern auch für sich selbst. Gerade deshalb ist es unabdingbar, dass sie ihre Gesundheit aktiv im Blick behalten. Selbstständige sind oft das Herzstück ihres Unternehmens. Wenn sie ausfallen, bedeutet das nicht nur finanzielle Einbußen, sondern kann im schlimmsten Fall die Existenz ihres Unternehmens gefährden. Eine stabile Gesundheit sorgt für langfristige Leistungsfähigkeit. Gesundheit ist nicht nur ein persönliches Gut, sondern auch eine betriebswirtschaftliche Notwendigkeit für Selbstständige. „Prävention ist für die Bevölkerung ein wichtiger Schritt, indem für die eigene Gesundheit selbst Verantwortung übernommen werden kann. Mehr noch, das muss für uns alle selbstverständlich Bestandteil des Alltags werden. Denn der eigene Lebensstil beeinflusst ganz wesentlich, ob wir gesund oder krank sind. Gerade für die Versicherten der SVS ist es auch wirtschaftlich überlebenswichtig, die Gesundheit zu erhalten und damit im Arbeitsprozess bleiben zu können“, betont Peter Lehner, Obmann der SVS.

Anreize für eine bessere Gesundheit

Jährliche Schwerpunktaktionen – dazu zählen beispielsweise die erfolgreichen Gesundheitsaktionen „Gemeinsam vorsorgen“ im Jahr 2023 und „Gemeinsam lächeln“ im Jahr 2024 – unterstützen die Versicherten, motiviert und aktiv auf die Angebote zuzugehen. „Jeder in Prävention investierte Euro rechnet sich. Prävention ist der Schlüssel zu mehr gesunden Lebensjahren, zu einer höheren Lebensqualität und zu mehr Leistungsfähigkeit. Damit die Transformation gelingt, braucht es ein Angebot, einen Anreiz und die Akzeptanz bei den Menschen“, beschreibt Lehner. Daher setzt die SVS gezielt auf Anreize und belohnt jene, die Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. „Leider sind es nur rund 15 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher, die regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung gehen. Dennoch waren wir mit unseren Initiativen extrem erfolgreich. Wir sind der einzige Versicherungsträger in Österreich, der ein Angebot für jugendliche Mitversicherte hat. Es ist uns gelungen, in der Zielgruppe die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen um 150 Prozent zu erhöhen“, so Lehner. Im Jahr 2024 lag der Präventionsschwerpunkt auf der Zahngesundheit. Auch hier wurde mit finanziellen Zuwendungen im Ausmaß von 100 Euro pro Jahr und pro Versicherungsnehmerin oder -nehmer unterstützt. „Wir wissen, dass nur ein Drittel unserer Versicherten einmal im Jahr zum Zahnarzt geht. Vielen ist nicht bewusst, dass gesunde Zähne eine zentrale Voraussetzung für die Gesamtgesundheit sind“, ergänzt der SVS-Obmann.

Die SVS setzt mit der Initiative „Gemeinsam gegen Krebs“ einen starken Anreiz zur regelmäßigen Krebsvorsorge. Wer sich 2025 untersuchen lässt, erhält einen finanziellen Bonus – für mehr Gesundheit und eine bessere Zukunft. V.l.n.r.: Paul Sevelda, Eva Hilger, Peter Lehner.



Krebserkrankungen im Fokus

Auch heuer wird die Tradition fortgeführt und die Gesundheitsaktion „Gemeinsam gegen Krebs“ gestartet. Dabei erhalten alle SVS-Kundinnen und -Kunden, die 2025 zur Krebsvorsorge gehen, einmalig einen Bonus in Höhe von 100 Euro auf ihr Beitragskonto gutgeschrieben. „Wir wissen, dass durch die regelmäßige Krebsvorsorge häufige Krebsarten schon in einem frühen Stadium erkannt und behandelt werden können“, betont Lehner. Mit der Aktion „Gemeinsam gegen Krebs“ wurde die größte Krebsvorsorge-Aktion Österreichs ins Leben gerufen, die sich an 1,3 Millionen SVS-Versicherte wendet. Die Österreichische Krebshilfe unterstützt die Initiative, die auch die Gesundheitskompetenz der Menschen erhöhen kann. Warum das wichtig ist, beschreibt Univ.-Prof. Dr. Paul Sevelda, Präsident der Österreichischen Krebshilfe: „In Österreich erkranken rund 45.000 Menschen jedes Jahr an Krebs. Früherkennung kann in vielen Fällen Leid ersparen, das setzt voraus, dass man ausreichend darüber informiert ist. Für einige Krebsarten gibt es sehr effiziente und unkomplizierte Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsprogramme. Diese bringen bessere Heilungschancen, schonendere Behandlung oder gar ein Verhindern einer Krebserkrankung.“ Die von der SVS unterstützten Untersuchungen umfassen die Haut-, Darm-, Prostata- und Gebärmutterhalskrebsvorsorge sowie die Brustkrebsfrüherkennung. „Der Bonus gilt einmalig und ist steuerfrei. Die Untersuchung muss zwischen dem 1. Jänner 2025 und dem 31. Dezember 2025 stattfinden. Die Abrechnung erfolgt automatisch über die Abrechnung des Arztes im Quartalsrhythmus. Die Aktion gilt für alle, die bei der SVS krankenversichert sind und ihre mitversicherten Angehörigen“, beschreibt Lehner die Details. Für die Initiative ist ein Budget von 40 Millionen Euro vorgesehen. Damit soll die Zahl der Krebsvorsorge-Untersuchungen in

den genannten Indikationsfeldern im Jahr 2025 um 30 Prozent erhöht werden.

Vorsorgeuntersuchen: rasch und schmerzfrei

Studien zeigen, dass etwa die Hälfte aller Krebstodesfälle in Europa vermeidbar wäre, wenn die Bevölkerung ihre Verantwortung wahrnehmen würde. „Das gelingt etwa durch Nichtrauchen, regelmäßige Bewegung, Vermeidung von Übergewicht, vernünftigen Umgang mit Alkohol und die Inanspruchnahme von Impfangeboten wie der HPV-Impfung“, so Sevelda. Bei der Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung begutachtet der Hautarzt das Hautbild und insbesondere Veränderungen bestehender Muttermale und Leberflecken. Die Untersuchung ist schmerzfrei und dauert erfahrungsgemäß nur wenige Minuten. „Den meisten Menschen wird die Untersuchung in einem Abstand von drei Jahren empfohlen, Risikopatienten jährlich“, erläutert Priv.-Doz. Dr. Eva Hilger, Chefarztin der SVS. Die Prostatakrebsvorsorge sollte regelmäßig ab dem 45. Lebensjahr stattfinden, bei erhöhtem Risiko ab dem 40. „Die Früherkennungsuntersuchung umfasst eine Blutabnahme und eine Untersuchung durch den Urologen“, erklärt Hilger. Frauen ab 40 sollten alle zwei Jahre eine Mammografie zur Brustkrebsvorsorge vornehmen. „Für die Gesundheitsaktion 2025 wird sowohl die Mammografie als auch die Brust-Sonografie als Anspruchsvoraussetzung akzeptiert“, so die leitende Ärztin der SVS. Zur Gebärmutterhalskrebsvorsorge wird beim Frauenarzt ein Krebsabstrich gemacht. Dieser sollte einmal jährlich im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung durchgeführt werden. „Der Darmkrebs zählt zu den häufigsten Krebserkrankungen bei Männern und Frauen in Österreich. Je früher krankhafte Veränderungen im Darm erkannt werden, desto besser sind die Heilungschancen. Die Leitlinien der Darmkrebsvorsorge sehen eine Vorsorge-Koloskopie im Abstand von zehn Jahren für Frauen und Männer ab 45 vor.“



Wir brauchen ein zukunfts-fähiges Gesundheitssystem

PERSONALMANGEL, ÜBERLASTUNG UND ZUM TEIL NICHT ZEITGEMÄSSE BERUFGESetze sind nur einige Rahmenbedingungen, die dazu führen, dass das Gesundheitssystem an seine Grenzen stößt und die Bereitschaft diese Berufe zu ergreifen oder über längere Zeit auszuüben im Sinken begriffen ist. Andrea Wadsack, Diätologin, Personalvertreterin in der Younion-Hauptgruppe II und Kammerrätin in der AK Wien erläutert, welche Maßnahmen helfen könnten, die angespannte Situation zu verbessern.

Die Gesundheitsberufe in Österreich stehen unter enormen Druck: Zu wenig Personal, hohe Arbeitsbelastung, Dienstplanunsicherheit sowie Dienste an Sonn- und Feiertagen oder in der Nacht belasten das Personal stark. Hinzu kommt, dass erworbene Kompetenzen oft ungenutzt bleiben sowie Berufsgesetze, die nicht den heutigen Anforderungen entsprechen. All das führt zu wachsender Unzufriedenheit und einer zunehmenden Abwanderung aus den Berufen bzw. verstärkt den Anspruch auf Teilzeitarbeit. Andrea Wadsack spricht im Interview über jene Herausforderungen für die gehobenen medizinischen, therapeutischen und diagnostischen Gesundheitsberufe (MTDG), die medizinischen Assistenzberufe (MAB) zu denen auch die dMTF (diplomierter medizinisch-technischer Fachdienst) gehören. Die sich ständig weiterentwickelnde Medizin erfordert für alle gehobenen MTD-Sparten solidarisch finanzierte Spezialisierungen in Form von Hochschullehrgängen sowie für alle Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe ausreichende finanzielle Ressourcen für Fort- und Weiterbildung damit ein möglicher Karriereweg im Dienstverhältnis möglich wird. Allen voran eine dem tatsächlichen Leistungsumfang entsprechende Personalbedarfsplanung.

PERISKOP: Sie vertreten die medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe sowie die medizinischen Assistenzberufe. Welche strukturellen Probleme sehen Sie derzeit in diesen Arbeitsfeldern?

WADSACK: Auch bei unseren Berufsgruppen gibt es einen Fachkräftemangel, speziell im Bereich Radiologietechnologie, Biomedizinische Analytik sowie OP-Assistenz und Hebammen. Auf der einen Seite können bereits geschaffene Dienstposten nicht nachbesetzt werden, andererseits wäre die Schaffung zusätzlicher Kassenstellen dringend notwendig. Weitere strukturelle Probleme sind die Überlastung des Personals und ein hoher Zeitaufwand für Dokumentation und Bürokratie. Eine Folge dieser Entwicklung ist, dass sich die Behandlungszeit für Patient:innen/Klient:innen verkürzt, gleichzeitig kommt es bei Therapien oder Diagnoseverfahren zu langen Wartezeiten. Im schlimmsten Fall können dringend notwendige physiotherapeutische, ergotherapeutische oder diätologische Behandlungen nicht stattfinden, weil keine Fachkräfte verfügbar sind. Oft müssen Betroffene die Kosten zudem privat tragen, was sich viele nicht leisten können.

Inwiefern beeinträchtigen gesetzliche Lücken den Berufsalltag?

Eine der vielen Herausforderungen ist, dass, kleinere Korrekturen in einigen Berufsgesetzen

Arbeitsabläufe wesentlich effizienter machen würden. Zusätzlich neben einem optimalem Personaleinsatz könnte auch eine Lücke geschlossen werden, die durch das MAB-Gesetz entstanden ist. Das MAB-Gesetz ist gewissermaßen das Nachfolgegesetz des DMTF-Gesetzes von 1963 und sollte eigentlich schon vor Jahren evaluiert werden. Durch den Wegfall der physikalischen Sparte, die bei den MTF-Ausbildungen neben Labor und Röntgen noch dabei war, ist gerade in den Bundesländern in kleineren Spitälern, aber auch in Rehabilitationszentren, Pflegeeinrichtungen, Tageszentren und Kureinrichtungen sowie in Instituten ein zusätzliches Problem bei der Personalaquirierung entstanden. 2024 wurde das MTD-Gesetz nach einer äußerst kurz bemessenen Begutachtungsfrist novelliert (Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-, therapeutisch-, diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD-Gesetz 2024 – MTDG), bedauerlicher Weise aber nur in einer „Schmalspurvariante“. Es besteht noch großer Handlungsbedarf! Wesentliche, von der AK und den Gewerkschaften sowie von den Berufsverbänden geforderte Maßnahmen wurden nicht berücksichtigt. Wir hoffen auf offenes Gehör bei der neuen Regierung und eine Einbeziehung der Arbeiterkammer und des ÖGB in den MTD-Beirat.

Wie hat sich die Corona-Pandemie auf den Gesundheitssektor, im Speziellen auf die Berufsgruppen der MTD und MAB ausgewirkt?

Corona kam einer Zäsur gleich. Zu den ohnehin hohen Belastungen kamen noch zusätzlich extrem beschwerliche Arbeitsbedingungen, die den Berufskolleg:innen auf psychischer und physischer Ebene enorm viel abverlangten. Bei den diagnostischen Sparten kam es zu einem rapiden Anstieg an Leistungen. Die in der Therapie beschäftigten Kolleg:innen haben, soweit es ging das Pflegepersonal unterstützt, da es ihnen zeitweise untersagt war, Therapien durchzuführen. Das Gesundheitspersonal hat übermenschliches geleistet und bei ihnen, so wie bei den Patient:innen und deren Angehörigen tiefe Spuren hinterlassen. Wie wir aus dem Gesundheitsberuferegister ersuchen können, haben neben der Pflege auch MTDG und MAB den Beruf verlassen, allerdings in einer weit geringeren Anzahl. Viele haben aber den Wunsch geäußert, die Stunden zu reduzieren, um private Verpflichtungen, Arbeit und Freizeit unter einen Hut zu bringen. Auf das Jahr 2035 hochgerechnet bräuchten wir, Spartendifferenziert circa 17.000 MTD (Pensionierungen), um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in Österreich gewährleisten zu können. In der Pflege sprechen wir sogar von rund 100.000 zusätzlichen Fachkräften. Diese Berechnungen beziehen sich allerdings auf Vollzeitkräfte. Dieser Umstand vergrößert die Herausforderung

noch, da die meisten jungen Menschen, die jetzt in den Beruf eintreten, im Sinne einer Work-Life-Balance, eine Teilzeitbeschäftigung einfordern.

In den letzten Jahren wurden schöne Lohnerhöhungen, sowie Erhöhungen für Nacht und Feiertagsdienste, großzügige Lösungen für Einspringdienste etc. ausverhandelt, reicht das nicht aus, um die Berufe attraktiver zu machen?

Bedauerlicherweise Nein! Bildhaft gesprochen ist das Geld nur ein Pflaster auf der Wunde. Das wahre Problem sind die Arbeitsbedingungen. Diese zu verbessern indem altersgerechte Arbeitsplätze geschaffen werden, die die unterschiedlichen Bedürfnisse von den Babyboommern bis zur Generation Z berücksichtigen, ist eine der größten Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt. So lange es aber aufgrund der Personalsituation nicht möglich ist, die Errungenschaften von Gewerkschaften, wie die Nachtgutstunden, Zeitguthaben und/oder Urlaubsstunden etc. zu konsumieren, befinden wir uns in einer Spirale, die zu immer mehr Frust und Unzufriedenheit führt. In diesem Zusammenhang wäre es höchste Zeit, eine seit vielen Jahren bestehende Forderung umzusetzen, nämlich eine Neubewertung und Anpassung der Ausfallzeiten auf 27 Prozent (Krankenstände, Urlaub, Pflegefreistellung, Fort-/Weiterbildung). Eine Personalbedarfsberechnung muss sich an Fakten orientieren und dazu gehört z.B., dass ältere Mitarbeiter:innen durchschnittlich mehr Krankenstandstage aufweisen, während Berufseinsteiger:innen aufgrund einer anderen Lebensphilosophie alternative Anforderungen an den Arbeitsplatz stellen.

Welche Rolle spielt Prävention im Gesundheitswesen?

Vorsorge hat eine sehr große Bedeutung! Es ist absolut unverständlich, dass in den letzten 30 Jahren die Rufe aus den Gesundheitsberufen nicht mehr Gehör bekommen haben. So blieb z.B. die Forderung von AK, Gewerkschaften und dem Berufsverband, Kassenstellen für Diätolog:innen zu schaffen, bis heute ungehört. Diätolog:innen können damit nur in Dienstverhältnissen oder in der Freiberuflichkeit auf Privatbasis arbeiten, während hunderttausende Diabetiker:innen ein, über einen längeren Zeitraum gehende Ernährungstherapie bräuchten, um schwerste Folgeschäden zu vermeiden. Das bedeutet einen enormen Kostenaufwand und großes menschliches Leid. Prävention muss bereits in den elementarpädagogischen Einrichtungen beginnen und in Schulen fortgesetzt werden. Gesunde Ernährung und eine tägliche Bewegungseinheit wäre eine optimale Vorsorge gegen hohes Übergewicht bei Kindern und die

sich daraus resultierenden schweren Erkrankungen. Präventivmedizinische Maßnahmen verursachen mittel- und langfristig viel mehr Nutzen als Kosten. Es ist nicht nachvollziehbar, warum man nicht schon in den letzten 3 Jahrzehnten massiv in Vorsorge investiert hat, hier wären hunderte Millionen einzusparen gewesen und gleichzeitig hätte man Menschen viel Leid erspart. Viele chronische Erkrankungen, aber auch Schlaganfälle, Herzinfarkte und Krebs haben ihre Ursachen in einer über jahrzehntelangen ungesunden Lebensweise. Im neuen Regierungsprogramm stehen einige verheißungsvolle Überschriften zu diesem Thema. Hoffen wir, dass sie mit Leben gefüllt werden, denn es ist 5 nach 12!

Was muss sich ihrer Meinung nach dringend ändern?

Da sich die Versorgungslage im österreichischen Gesundheitssystem zuspitzt und die gesunden Lebensjahre im internationalen Vergleich niedrig sind, müssen wir jetzt endgültig von durchaus guten Konzepten, die ansatzweise vorliegen, österreichweit ins TUN kommen. Wir bräuchten bundeseinheitlich gültige Standards auf hohem Niveau. Als Positivbeispiel führe ich die Versorgung der in unseren zum WIGEV gehörenden Pflegehäusern an, wo den Patient:innen/Klient:innen Physiotherapeut:innen, Logopäd:innen, Diätolog:innen und Ergotherapeut:innen ohne private Zuzahlung zur Verfügung stehen. Aufgrund der demografischen Entwicklung werden in den nächsten 4-7 Jahren die Babyboomer in Pension gehen, in vielen Bereichen wird sich der Personalmangel vergrößern, vor allem bei den Mangelberufen. Von Mangel spreche ich aber auch dann, wenn Leistungen ausgebaut werden sollten, weil sie heute schon zu wenig angeboten werden! Verschärft wird das auch noch durch die demografische Entwicklung. Die Menschen werden immer älter und es sollten dementsprechend mehr Angebote gemacht werden, um im Alter möglichst lange bei bestmöglicher Gesundheit zu bleiben. Ein Systemwandel ist gefragt, das bedeutet ein niederschwelliger Zugang zu Gesundheitsleistungen, faire Entlohnung für Gesundheitsberufe österreichweit auf einem gleich hohem Niveau. Anerkennung und Nutzung der Kompetenzen der unterschiedlichen Berufsgruppen, interprofessionelle Zusammenarbeit als Selbstverständlichkeit im Interesse der Mitarbeiter:innen und Patient:innen und Klient:innen. 2007 war der Start der FH-Studiengänge an der FH Campus Wien für die gehobenen medizinisch-, therapeutisch- und diagnostischen Gesundheitsberufe. Vor allem von den MTD-Berufsverbänden gefordert, wurden unter großem Engagement seitens der Gemeinde Wien, der Gewerkschaft Yunion-HG2 und dem FH-Campus Wien Verträge ausverhandelt und die Finanzierung für alle 7 MTD-Sparten und die Hebammen geschlossen. Ein Kraftakt, der meiner Meinung nach sehr gut bewältigt wurde und sich in einem laufenden Entwicklungsprozess mit einer kontinuierlich ausgebauten Studienplatzzahl in den Gesundheitsberufen auf Bachelorniveau befindet.

Wo orten Sie besonderen Bedarf?

Allgemein bei der extramuralen Versorgung, denn kürzere Aufenthalte in den Spitälern erfordern eine unmittelbare therapeutische Behandlung extern, die solidarisch finanziert wird. Besondere Herausforderungen haben wir auch bei Rehabilitationsmaßnahmen. Lange Wartezeiten und Finanzierungsprobleme verzögern oft notwendige therapeutische Maßnahmen, sodass sich der Heilungsprozess verlängert, und eine möglichst rasche Rückkehr in den Berufsalltag

Andrea Wadsack fordert bessere Arbeitsbedingungen, gezielte Spezialisierungen und eine faire Entlohnung, um den Gesundheitsberuf langfristig attraktiv zu halten.



verunmöglicht wird. Besonderer Bedarf besteht auch bei Kindern, hier mangelt es sehr häufig an der logopädischen Versorgung. Hunderte Kinder in Österreich würden dringend eine Logopäd:in benötigen. Dadurch würde ihre Chance auf einen komplikationslosen Schuleintritt enorm steigen, wenn sie z. B. an Legasthenie erkrankt sind. Solidarisch finanzierte Therapien mit kurzen Wartezeiten entscheiden hier über die Zukunft der Kinder. Am anderen Ende der Lebenszeit geht es darum, wieviel wert uns jene Generation ist, die maßgeblich zum Wohlstand in diesem Land beigetragen hat. Demenzgruppen, vorbeugend und begleitend, Physio- und Ergotherapie, um die Beweglichkeit zu erhalten bzw. die Fähigkeit Alltagstätigkeiten alleine bewältigen zu können, Sprechtraining mit Logopäd:innen nach Schlaganfällen, Diätolog:innen bei Mangelernährung mit einhergehendem Schwinden der Kräfte – um nur ein paar Beispiele zu nennen, sollten in Österreich selbstverständlich sein. Tatsache ist, dass es sehr oft möglich wäre die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern, wodurch auch Pflegepersonal oder Angehörige entlastet werden könnten. Gerade bei der Betreuung älterer hilfsbedürftiger Menschen spielen auch die Sozialbetreuungsberufe eine wichtige Rolle, ihnen muss man gesondert Aufmerksamkeit widmen.

Welche konkreten Forderungen haben Sie für eine bessere Gesundheitsversorgung in Österreich?

Einen niederschweligen Zugang zu therapeutischen und diagnostischen Leistungen. Den solidarisch finanzierten Einsatz von Therapeut:innen (Diät-, Physio-, Logo-, Ergotherapie) in elementarpädagogischen Einrichtungen, Schulen, Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen, Primärversorgungszentren, Gesundheitszentren, Einrichtungen für Menschen mit besonderen Bedürfnissen. Durchgehende Möglichkeit zur Akademisierung – öffentlich finanzierte Masterstudiengänge bzw. Hochschullehrgänge im Zuge der Personalentwicklung und Karriereplanung. Die Übernahme von Verantwortung bzw. eine Erweiterung der Leistung muss sich monetär lohnen; die Schaffung von Kassenstellen bzw. deren Ausbau; Gelebte Wertschätzung und Respekt für alle Gesundheitsberufe. Für gehobene MTD- und MAB-Berufe wäre ein sichtbares Zeichen, dass sie selbstverständlich in alle, sie betreffenden Prozesse von Anfang an einbezogen werden.

Die Gesundheitspolitik muss demnach neue Wege gehen. Welche Wünsche haben sie an die Politik?

- **Nicht über uns reden, sondern mit uns.** Den gehobenen medizinisch-, therapeutisch-, diagnostischen Gesundheitsberufen, MAB, dMTF, Sozialbetreuungsberufen und Hebammen genau so viel Aufmerksamkeit zu schenken, wie den Pflegeberufen und Ärzt:innen.
- Bessere Einbindung von MTDG in Gesundheitssteuerungsgremien → ÖSG, LKF, Oberster Sanitätsrat.
- Stärkung des MTD-Beirats durch fixe Einbindung von AK/ÖGB als beratendes Organ des Ministeriums. Die AK vertritt auch bei den gehobenen MTD circa 90 Prozent aller Berufsangehörigen und ist für alle, nicht überwiegend selbständig Tätigen die Registrierungsbehörde. AK/ÖGB setzen sich auch weiterhin dafür ein, die Ausformulierung bezüglich der Aufgaben und Kompetenzen des Beirats zu konkretisieren.
- Spezialisierung – weiterführende Qualifikation zur Befugnisweiterung nach internationalem Vorbild.
- Gesundheitsberufe in den Umsetzungsprozess für digitale Gesundheitsanwendungen einbinden.
- Durchgehende Möglichkeit zur Akademisierung – öffentlich finanzierte Hochschullehrgänge und Masterstudiengänge: AK/ÖGB setzen sich seit Jahren dafür ein. Dies soll einerseits allen Berufsangehörigen, unabhängig von den persönlichen, finanziellen Mitteln, ein weiterführendes Studium bis hin zum Doktorat ermöglichen und andererseits eine hochspezialisierte Versorgung für Patient:innen/Klient:innen bieten. Dies ist im Sinne einer europäischen Entwicklung.
- Es geht uns um die Sicherstellung der Patient:innensicherheit und der hochqualitativen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit einem volkswirtschaftlichen Blick, sowie die Schaffung von Rechtssicherheit für die MTD-Berufsangehörigen für eine attraktive Berufsausübung. Das deckt sich auch mit den Bemühungen von MTD-Austria und den 7 Berufsverbänden.
- Gemeinsam für ein solidarisches Gesundheitssystem, basierend auf interprofessioneller Zusammenarbeit auf Augenhöhe, mehr präventiv als kurativ im Sinne der Menschen und der Volkswirtschaft.



A man with dark hair and a beard is shown in profile on the left, looking towards the right. On the right, a blue and silver robot head is shown in profile, looking towards the man. The background is a plain, light color.

“

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 Abgabenleistung 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 betragen 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.



Frühe Diagnose: Leben retten, Kosten senken

Lungenkrebs zählt zu den häufigsten und tödlichsten Krebserkrankungen – und wird dennoch oft erst in fortgeschrittenen Stadien diagnostiziert. Dabei könnte eine gezielte Früherkennung nicht nur die Überlebenschancen der Betroffenen erheblich verbessern, sondern auch **DIE HOHEN BEHANDLUNGSKOSTEN IM SPÄTSTADIUM REDUZIEREN.** | von Paul Schnell

Die Zahlen sind alarmierend: Das Lungenkarzinom verursacht jährlich genauso viele Tote wie Darmkrebs, Prostatakrebs und Brustkrebs zusammen. Damit stellt Lungenkrebs hierzulande eine der häufigsten und tödlichsten Krebserkrankungen dar. „Früherkennung und Prävention sind entscheidend, um die Sterblichkeitsrate zu senken und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern“, betont 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 der PRAEVENIRE Gesundheitstage in Eisenstadt.

Seit etwa 15 Jahren ist es gelungen, die Prognose für Lungenkrebspatientinnen und -patienten aufgrund zielgerichteter Therapien deutlich zu verbessern, doch entscheidend für das Langzeitüberleben ist immer noch das Stadium der Erkrankung zum Zeitpunkt der Erstdiagnose. Eine Herausforderung, der man mit einem geeigneten Früherkennungsprogramm begegnen könnte, wie der Experte beschreibt. Doch: Rund 76 Prozent der Lungenkarzinome werden erst in den fortgeschrittenen Stadien III oder IV entdeckt, was die Behandlungsmöglichkeiten stark einschränkt und die Überlebenschancen reduziert. Ein Umstand, der auch gesundheitspolitische Implikationen nach sich zieht, denn im fortgeschrittenen Stadium sind nicht nur die Belastungen für die Betroffenen gravierender, sondern auch die Behandlungskosten erheblich höher als in einem früheren Stadium. „Stellt man die Kosten der Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium den Kosten einer Früherkennung und den damit verbundenen Behandlungsausgaben gegenüber, so wiegt Letzteres den Aufwand jedenfalls auf, denn die Behandlungskosten im Stadium IV sind fast doppelt so hoch wie noch im Stadium III“, sagt Valipour. Und es gibt noch einen weiteren Mehrwert, der nachweislich durch die Früherkennung erzielt werden kann: „Das Programm kann an eine Raucherentwöhnung gekoppelt werden und zusätzlich werden weitere Komorbiditäten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen erkannt, die aktiv behandelt werden können.“

Früherkennung einfach möglich

Die Low-Dose-Computertomografie (LDCT) ist das derzeit beste Verfahren zur Lungenkrebsfrüherkennung bei Hochrisikopersonen – und sie dauert nur rund zehn Sekunden. Nationale Programme, wie sie bereits in den USA und Großbritannien etabliert sind, empfehlen jährliche Untersuchungen bestimmter Risikogruppen. Dazu zählen zum Beispiel Personen, die rauchen oder geraucht haben. Studiendaten aus Taiwan oder den USA belegen, dass frühe



Früherkennung rettet Leben: Eine gezielte Diagnose von Lungenkrebs kann die Überlebenschancen erheblich verbessern und Behandlungskosten reduzieren. Experten fordern dringend nationale Screening-Programme.

Diagnosen tatsächlich zu besseren Ergebnissen führen, denn kurative Therapien führen in diesen Fällen zu deutlich besseren Überlebenschancen.

Auch Daten zur Wirtschaftlichkeit eines Lungenkrebscreenings mittels Low-Dose-Computertomografie in Österreich liegen vor und zeigen, dass durch die Etablierung einer Lungenkrebsfrüherkennung in Österreich rund 12.000 Lungenkrebstodesfälle verhindert 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“, rechnet der Mediziner vor.

Die Unterscheidung zwischen Lungenkrebsfrüherkennung und einem Screening, etwa der Mammografie, ist für den Experten entscheidend, denn bei der gezielten Früherkennung werden definierte Risikogruppen und Alterskohorten anhand festgelegter Diagnostik untersucht. Auch individuelle Faktoren wie Raucherstatus oder familiäre Vorbelastung werden berücksichtigt. Diese gezielte Herangehensweise erhöht die Effektivität, erfordert jedoch eine klare Definition und Umsetzung in der Praxis und würde etwa 300.000 Untersuchungen pro Jahr erforderlich machen. „Es zeigt sich deutlich, dass es ohne Früherkennung schwierig sein wird, dem Lungenkrebs den Kampf anzusagen“, ist Valipour überzeugt.

Lungenkrebsfrüherkennung in Europa

Der Hauptgrund, warum Betroffene erst viel zu spät zu ihrer Diagnose kommen, ist das mangelnde Bewusstsein für die Beschwerden. „Lungenrundherde sind oft nur Zufallsbefunde und werden daher auch meist zu spät entdeckt“, 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 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 hatten, sind auf der Europakarte im Jahr 2024 bereits fünf nationale Programme, einige regionale Programme und rund zehn weitere Piloten ersichtlich. Österreich ist nicht dabei, obwohl die Evidenz der Lungenkrebsfrüherkennung vorliegt und der individuelle sowie gesundheitsökonomischen Mehrwert nachvollziehbar ist. **P**

Wiener Gesundheitsbund
Klinik Floridsdorf

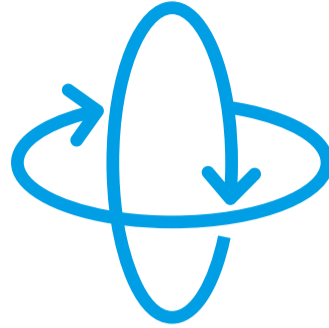




PIONIERS

360° Blick

Leben mit einer Seltenen Erkrankung



Projekt Pro.SE: Unterstützung der Selbsthilfe für seltene Erkrankungen

Weiterführung der Maßnahmen zu Transition und psychosozialer Versorgung, Fokus auf „Junger Selbsthilfe“.

Im Projekt „Booster NAP.se“ (Laufzeit 2022-2024) haben wir eine Wissensbasis geschaffen, um die Umsetzung unserer Fokusthemen maßgeblich zu unterstützen und das Bewusstsein hinsichtlich seltener Erkrankungen (SE) bei allen relevanten Stakeholdergruppen weiter zu stärken.

Im Projekt wurden u.a. folgende Themenbereiche vertieft behandelt:

- Transition bei SE – Von der Pädiatrie in die erwachsenenmedizinische Versorgung
- Psychosoziale Versorgung bei SE – Unterstützung bei Herausforderungen

Im Kontext des Projekts haben wir eine „Orientierungshilfe für die psychosoziale Versorgung bei seltenen Erkrankungen“ als wertvolles Tool mit der Vision entwickelt, eine gezielte Unterstützung in diesem wichtigen Bereich zu bieten und auf dem Weg durch die oft komplexen Herausforderungen psychosozialer

Versorgungsangebote zu begleiten. In Kürze wird außerdem unser **Positionspapier** zu „Transition bei seltenen Erkrankungen“ von uns veröffentlicht werden.

Unser aktuelles Projekt „**Pro.SE – Unterstützung der Allianz für seltene Erkrankungen**“ (gefördert durch die Gemeinsamen Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag) setzt auf diesen Themen auf und ermöglicht es uns, die im Vorgängerprojekt festgelegten

Maßnahmen weiter umzusetzen. Es werden außerdem die Stärkung der Sichtbarkeit und Integration der Selbsthilfe- und Patient:innenorganisationen im klinischen Umfeld bzw. im niedergelassenen Bereich thematisiert und somit schließen wir ebenso an die Themen eines weiteren erfolgreich abgeschlossenen Projekts („aRAREness“) an. Diese Fokusthemen sind nun nachhaltig in der Arbeit von Pro Rare Austria verankert und werden kontinuierlich weiter aufgebaut.

Ein neuer zusätzlicher Schwerpunkt liegt auf der Erstellung eines Kon-



Mag. Ella Rosenberger
Geschäftsführung Pro Rare Austria

zepts zur „**Jungen Selbsthilfe**“. Vision ist der Aufbau einer indikationsübergreifenden Selbsthilfe für junge Menschen bis 35 Jahre mit seltenen Erkrankungen. Diese Gruppe möchte sich nicht nur zu spezifischen Erkrankungen, sondern auch zu gemeinsamen Themen wie Freundschaft, Beziehungen, Ausbildung, Beruf und selbstständigem Leben austauschen.

Eckpunkte des Konzepts:

- Aufbau einer zeitgemäßen „Jungen Selbsthilfe“, die Wissen, Gesundheitskompetenz und eigenständige Mitgestaltung fördert.
- Gemeinsame Bewältigung von Herausforderungen und Entwicklung neuer Ansätze ohne Vorgaben bestehender Lösungen.
- Förderung eines selbstbestimmten Lebens und Vertretung eigener Interessen gegenüber Politik und Öffentlichkeit.
- Sicherung des Nachwuchses in der Selbsthilfe und Entlastung bestehender Organisationen.

Der Fokus liegt auf gemeinsamen Erfahrungen, der Bewältigung von Herausforderungen und Schwierigkeiten, dem Wunsch, selbst etwas verändern zu wollen, aber auch darauf, wie anderen Betroffenen geholfen werden kann. Dies alles unter dem Gesichtspunkt der eigenständigen Entwicklung und Gestaltung durch die „Junge Selbsthilfe“, ohne Vorgaben durch bestehende Lösungen. Die „Junge Selbsthilfe“ agiert eigenständig und gestaltet zukünftige Herausforderungen im Gesundheitsbereich sowie in der Gesellschaft aktiv und zeitgemäß mit. **P**



Orientierungshilfe psychosoziale Versorgung:

https://www.prorare-austria.org/fileadmin/user_upload/Pro_Rare_Austria_Orientierungshilfe_Psychosoziale_Versorgung_2025_01_NEU.pdf

<https://www.prorare-austria.org/>



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 und Anmeldung unter:



FÖRDERVEREIN
Kinder- und
Jugendlichenrehabilitation
in Österreich



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

24.-25. JUNI 2025



Genomsequenzierung: Potenziale noch zu heben

Die Genommedizin in die Breite der Versorgung zu bringen, ist eine komplexe, aber lohnende Herausforderung. Während Schweden bereits eine Vorreiterrolle einnimmt, zeigen **PROJEKTE WIE „BABY PANTHER“ IN ÖSTERREICH, DASS AUCH KLEINERE INITIATIVEN EINEN GROSSEN EINFLUSS** haben können. | von Michaela Meier

Die Integration moderner genetischer Technologien wie der Ganzgenomsequenzierung in die medizinische Versorgung markiert einen bedeutenden Fortschritt in der Präzisionsmedizin. Dennoch zeigt der internationale Vergleich, dass die Implementierung derartiger Innovationen komplexe organisatorische, rechtliche und technische Herausforderungen mit sich bringt.

Pionierarbeit durch nationale Infrastruktur

Univ.-Prof. Dr. Richard Rosenquist Brandell ist Leiter des Instituts für klinische Genetik und Vorsitzender des Verwaltungsrats von Genomic Medicine Sweden sowie seit vielen Jahren als klinischer Genetiker in der Entwicklung diagnostischer Verfahren tätig. Sein Arbeitsfeld reicht von seltenen Erbkrankheiten bis hin zu genetisch bedingten Tumorerkrankungen. „Unser Ziel ist es, durch den Einsatz moderner Technologien die Präzisionsmedizin voranzutreiben, um so individuell angepasste Behandlungs- und Versorgungsstrategien zu ermöglichen“, bringt es Brandell auf den Punkt. Was nach medizinischer Routinearbeit klingt, bedeutet in der Praxis die Entwicklung neuer Ansätze für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Anpassung der Strukturen im Gesundheitssystem, bis hin zur Finanzierung und Erstattung. „Durch den kollaborativen Aufbau von „Genomic Medicine Sweden“ konnte mittlerweile an allen sieben medizinischen Fakultäten eine genomische Infrastruktur etabliert werden, sodass die Ergebnisse rasch in die klinische Versorgung übergeführt werden können“, erzählt Brandell. Ziel ist es, die erfassten Daten mit nationalen Registern wie dem Schwedischen Nationalen Krebsregister zu verknüpfen. Unterstützung erhielten die Forschenden durch Expertinnen und Experten in der Informatikabteilung, juristische und ethische Beratung sowie Kooperationen in den Bereichen Kommunikation, Bildung, Gesundheitsökonomie und Industrie. „Im letzten Jahr wurden mehr als 8.000 Patientinnen und Patienten im Rahmen der Routineversorgung sequenziert. Die Ganzgenomsequenzierung für kritisch kranke pädiatrische Patientinnen und Patienten wurde im Vorjahr initiiert. Daher war es wichtig, auch eine schnelle schnelle Diagnoseoption mit Hilfe der Ganzgenomsequenzierung anzubieten,

die sog. schnelle Ganzgenomsequenzierung (rapid WGS). Unser Ziel ist es, Ergebnisse innerhalb von 13 Tagen für Kinder und 21 Tagen für Erwachsene bereitzustellen. Bei Bedarf können wir für kritisch kranke Patientinnen und Patienten die Dauer sogar auf nur wenige Tage verkürzen“, beschreibt der Genetiker einige der Höhepunkte. Ein 10-Jahres-Plan hat zum Ziel, mit den gewonnenen Daten nicht nur die individuelle Gesundheit zu verbessern, sondern auch neue Forschung und Innovationen anzuregen. Präzisionsmedizin soll dabei auch bei der Früherkennung und Prävention Anwendung finden.

Präzisionsmedizin für Neugeborene

Im Vergleich zu Schweden steht Österreich noch am Anfang, wie Dr. Sarah Verheyen vom Institut für Humangenetik der Med Uni Graz betont. Sie stellt das Pilotprojekt „Baby Panther“ vor, in dem bei schwer kranken Neugeborenen und schwer kranken Kindern bis zum 18. Lebensjahr eine Genomsequenzierung durchgeführt wird. Ziel ist es mit Hilfe von rapid WGS und der Trio-Exom-Analyse, d.h. unter Einbeziehung der Proben der Eltern und des erkrankten Kindes, die Diagnoserate zu erhöhen und den Diagnosezeitraum zu verkürzen. Verheyen erläutert: „Unsere Diagnosequote liegt aktuell bei unter 30 Prozent, aber wir erwarten eine signifikante Verbesserung durch die Genomsequenzierung.“ Dieses Projekt wird maßgeblich von Illumina unterstützt, indem die Auswertungssoftware und Diagnostik zur Verfügung gestellt werden. Eine zentrale Aufgabe von „Baby Panther“ ist die Standardisierung der Indikationskriterien für genetische Untersuchungen. Zudem soll die Akzeptanz unter Eltern und medizinischem Personal evaluiert werden, um Barrieren abzubauen. Wichtige Fragen, auf die „Baby Panther“ eine Antwort finden soll, sind folgende: Können die betroffenen Kinder früher entlassen werden? Kann eine verbesserte Therapieauswahl getroffen werden? Kann zusätzliche Diagnostik eingespart werden? Erwartet werden eine Diagnostikrate von 20 bis 40 Prozent und eine Verbesserung des klinischen Patientenmanagements. Univ.-Prof. Dr. Johannes Zschocke, Ph.D., Direktor des Instituts für Humangenetik und Leiter des Zentrums Medizinische Genetik Innsbruck, sieht in Projekten wie „Baby Panther“ einen zen-

illumina®



Diskussions- teilnehmender digital dazuge- schaltet

• Richard Rosenquist Brandell



Teilnehmende des PRAEVENIRE Gipfelgesprächs:

Hintere Reihe: Till Voigtländer, Claas Röhl, Heimo Pernt (Moderation), Johannes Zschocke, Klaus Wagner, Erwin Petek, Christoph Steurer. Vorderer Reihe: Ursula Unterberger, Birgit Schäfer, Juliane Bogner-Strauß, Sarah Verheyen, Natalie Landstetter.

tralen Beitrag zur Demonstration des klinischen Nutzens genetischer Diagnostik. Doch er mahnt: „Die größte Herausforderung bleibt die Interpretation der Daten. Wir können das Sequenzieren auf Standorte aufteilen, aber wir brauchen auch die bioinformatische Expertise vor Ort, denn nur wer die richtigen Fragen stellt, wird auch die richtigen Antworten geben können.“

Öffentliches Bewusstsein steigern

Dr. Ursula Unterberger von Orphanet Austria und Europäische Joint Action JARDIN und dem Zentrum für Anatomie und Zellbiologie an der MedUni Wien betont die Bedeutung nationaler Referenzzentren, denn: „Wir haben hier Patientinnen und Patienten im Blick, die bereits lange auf eine Diagnose warten und bei denen keine akute Gefahr besteht. Solche Verzögerungen wären für kritisch kranke Patientinnen und Patienten jedoch fatal – sie würden das nicht überleben, da die Diagnose viel zu spät käme.“ Ein nationales Genetik-Programm sollte aus ihrer Sicht auch Patientinnen und Patienten aufnehmen, die entweder schon sehr lange auf eine Diagnose warten und bei denen trotz vieler Arztbesuche und diagnostischer Maßnahmen keine klare Ursache gefunden werden konnten.

„70 Prozent der Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen warten mindestens ein Jahr und länger bis zu einer sicheren Diagnose. Bei 50 Prozent dauert es sogar fünf Jahre. In dieser Zeit wird fast jede und jeder einmal fehldiagnostiziert. Das heißt, es führt zur verzögerten Behandlung, zu falscher Behandlung und der Gesundheitszustand verschlechtert sich“, betont auch Patientenvertreter Claas Röhl von Pro Rare einen potenziellen Nutzen der Genomsequenzierung. Die Folgen für das System sind klar: Personen fallen aus dem Arbeitsleben, Angehörige werden zu pflegenden Personen und dem Gesundheits- und Sozialsystem erwachsen hohe Kosten. Zschocke und Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Till Voigtländer, Leiter des nationalen Büros zur Umsetzung und Weiterführung des Nationalen Aktionsplans für seltene Erkrankungen an der MedUni Wien, sind sich einig, dass ein Projekt wie „Baby Panther“ auch eine gute Gelegenheit wäre, die Genommedizin rascher in das Bewusstsein der Bevölkerung, aber auch in finanzierte Versorgungspfade bringt. In die gleiche Kerbe schlägt auch Ao. Univ.-Prof. Mag. DDr. Erwin Petek, Vizerektor der Med Uni Graz: „Humangenetik ist kein trendiges Zukunftsthema, das ist bei künstlicher Intelligenz ganz anders. Daher müssen wir auch die Bevölkerung in die Kommunikation einbinden und zeigen, welche Potenziale sich ergeben, nicht nur für seltene Erkrankungen, sondern auch für klassische Volkskrankheiten.“ Die Diskussion verdeutlicht, dass es nicht nur auf technische Lösungen ankommt, sondern auch auf politische und gesellschaftliche Unterstützung. Ein entscheidender Faktor für den Erfolg in Schweden ist die enge Partnerschaft zwischen Wissenschaft, Politik und Industrie. Es braucht die passende Infrastruktur, KI-basierte Systeme und vor allem eine bessere Schulung von Fachpersonal und mehr Verständnis in der Bevölkerung.

In Österreich liegt der Fokus derzeit auf der Etablierung belastbarer Pilotprojekte, die als Modell für einen nationalen Ausbau dienen könnten. Entscheidend ist, dass wissenschaftliche Erkenntnisse, politische Unterstützung und gesellschaftliches Bewusstsein Hand in Hand gehen, um den Weg für eine patientenorientierte, präzise und nachhaltige Medizin zu ebnen. Das „Babypanther“-Projekt könnte hier ein guter Hebel sein, um zu zeigen, was möglich ist. **P**





PIONIERE

Auf der Suche nach dem Best Point of Service

DAS GESUNDHEITSWESEN BRAUCHT MEHR DENN JE NEUE, INNOVATIVE UND UMFASSENDERE VERSORGUNGSSTRUKTUREN, die weit über das Althergebrachte wie Betten, Stationen und Ambulanzen hinausgehen. Welche Möglichkeiten realistisch sind, beschreibt Mag. Franz Öller, MBA, MPH, kaufmännischer Geschäftsführer der Gesundheit Burgenland. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Ziel in der Gesundheitsversorgung – nicht nur in einem Bundesland, sondern in ganz Österreich – muss es sein, Patientinnen und Patienten an den effizientesten Behandlungsort zu leiten, um die vorhandenen – und meist knappen – Ressourcen optimal zu nutzen. Der sogenannte Best Point of Service (BPoS) bezeichnet diesen optimalen Versorgungsort für die Erbringung einer bestimmten Gesundheitsdienstleistung, abhängig davon, was die jeweilige Patientin

Der Ausbau tagesklinischer Leistungen könnte Spitäler entlasten und bringt auch Vorteile für Patientinnen und Patienten.

oder der Patient benötigt. Klar ist: Es muss nicht immer das Spital sein, oft sind Betroffene an einem anderen Ort viel besser aufgehoben und versorgt. Es ist zum Beispiel die Hausarztpraxis statt der Notaufnahme für nicht-akute Beschwerden oder die Betreuung chronisch Kranker. Telemedizinische Angebote können anstelle physischer Arztbesuche für Routinekonsultationen eingesetzt werden. Schließlich zeigt auch der Trend zur Ambulantisierung, wohin es gehen kann: Weniger stationäre Leistungen

durch den Ausbau tagesklinischer Leistungen können Spitäler entlasten und bringen auch Vorteile für Patientinnen und Patienten.

Primärversorgung im Fokus

Die Primärversorgung ist das Fundament jedes Gesundheitssystems und umfasst die erste Anlaufstelle für im Gesundheitswesen. Sie soll eine wohnortnahe, leicht zugängliche und qualitativ hochwertige medizinische Betreuung sicherstellen und ist entscheidend für die frühzeitige Diagnose und Behandlung von Krankheiten, für Prävention sowie für die Koordination mit weiterführenden medizinischen Einrichtungen. „Wie gut die Primärversorgung funktioniert, hängt wesentlich vom Umfeld ab. Zwischen städtischen und ländlichen Regionen gibt es große Unterschiede, sowohl in der Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen als auch in der Organisation und den spezifischen Herausforderungen“, betont Mag. Franz Öller, MBA, MPH, kaufmännischer Geschäftsführer der Gesundheit Burgenland.

In Ballungszentren gibt es meist eine hohe Dichte an Ärztinnen und Ärzten sowie an Gesundheitsdienstleistern. Die Wege zu medizinischer Versorgung sind kürzer, Patientinnen und Patienten haben mehrere Optionen und können aus einem breiteren Versorgungsangebot wählen. Doch die städtische Versorgung hat nicht nur Vorteile: Lange Wartezeiten und der direkte Weg in die Spitalsambulanzen sorgen dafür, dass Betroffene oft gar nicht oder viel zu spät am Best Point of Service ankommen. In ländlichen Regionen stellt sich die Situation anders dar. Hier gibt es oft nur wenige Arztpraxen, die eine große Region abdecken und als erste Anlaufstelle fungieren. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist häufig persönlicher, eine individuelle Betreuung durch die Hausärztin oder den Hausarzt über viele Jahre konstant gewährleistet. Gleichzeitig sorgt der Ärztemangel aber dafür, dass viele dieser Stellen derzeit nicht nachbesetzt werden können. Für Patientinnen und Patienten geht die ländliche Versorgung oft mit langen Anfahrtswegen und weniger Spezialisierungsangeboten einher. Neben dem Ausbau von Primärversorgungszentren (PVZ) und einem telemedizinischen



Mag. Franz ÖLLER



Angebot kann nach Ansicht von Öller vor allem durch eine bessere Vernetzung den vielfältigen Herausforderungen begegnet werden. „Die Krankenhäuser sind in einem bestimmten strukturellen Rahmen und der Fragmentierung der Leistungslandschaft in Österreich eingebettet, aus dem sie sich nur schwer emanzipieren können. Natürlich wollen wir alle Patientinnen und Patienten gut und effizient behandeln, aber im Kern ist die intramurale Versorgung unser Aufgabengebiet. Dennoch haben wir uns bereits vor etwas mehr als zehn Jahren die Frage gestellt, wo der Best Point of Service sein kann, und was wir aus Sicht des Spitalswesens dazu beitragen können.“ Die Lösung war, das Krankenhaus vermehrt als Drehscheibe für ein Gesundheitsnetzwerk des gesamten Bundeslandes zu definieren: „Wir sind mehr als nur Betten und Ambulanzen. Gerade im ländlichen Umfeld müssen wir oft Bereiche abdecken, die von anderen Gesundheitsdienstleistern nicht erbracht werden können, wie etwa in der Übergangs- oder Langzeitpflege. Das ist nicht die Aufgabe eines Spitals, daher müssen wir uns hier weiterentwickeln und verstärkt in Netzwerken kooperieren.“

Zwischen städtischen und ländlichen Regionen gibt es große Unterschiede im Hinblick auf die Verfügbarkeit und die Angebote von Gesundheitsdienstleistungen.

Franz Öller

Dass das nicht immer einfach ist, weiß Öller ebenfalls aus Erfahrung, denn beispielsweise können im Bezirk Güssing mit 25.000 Einwohnerinnen und Einwohnern Kassenstellen im Bereich der Gynäkologie und der Allgemeinmedizin nicht nachbesetzt werden. „Die Bevölkerung hat zu Recht den Anspruch, gut versorgt sein zu wollen, doch ohne passende Partnerinnen und Partner in der niedergelassenen Versorgung können wir das kaum anbieten und die sind aktuell nicht zu finden“, sagt Öller und macht ein klares Angebot: „Wir wollen in Güssing ein Pilotprojekt für ein Gesundheitszentrum etablieren, das eine allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung außerhalb von Spital-

sambulanzen möglich macht. Krankenhäuser können Netzwerkknoten sein, aber nicht alles selbst übernehmen.“


Kommunikation und Partizipation

Wege und Übergänge will Öller als Teil dieser Aufgabe verstehen, denn: „Zu uns kommen immer wieder Patientinnen und Patienten, für die wir bestimmt nicht der Best Point of Service sind. Häufig finden sie diesen Punkt aber gar nicht und benötigen daher vor allem unsere Beratungsleistung und Lotsenfunktion.“ Daher gilt es, gemeinsam mit anderen Gesundheitsdienstleistern oder Netzwerkpartnern an einem Strang zu ziehen, um eine bessere Versorgungsqualität sicherzustellen. „Je knapper die Ressourcen, umso wichtiger ist diese Aufgabe“, ist Öller überzeugt und bestätigt: „Innerhalb der Gesundheit Burgenland haben wir mittlerweile die Übergangspflege sowie einschlägige Beratungsleistungen gut strukturiert, um diese Aufgaben auch gut erfüllen zu können.“ Er plädiert dafür, dass der intramurale Sektor gemeinsam mit der niedergelassenen Versorgung Wege für diese Zusammenarbeit in Netzwerken findet. Die Kommunikation des Angebots sieht er als einen wichtigen Aspekt, denn er weiß aus Erfahrung, dass Betroffene oft den für sie passenden Weg im System gar nicht kennen. „Es reicht nicht, Angebote einzurichten. Wir müssen den Patientinnen und Patienten auch erklären, wie diese Angebote zu nutzen sind“, betont Öller. Eine wesentliche Voraussetzung zur Stärkung der Versorgungsstrukturen ortet der Experte im Ausbau des Patienten-Empowerments. „Bürgerinnen und Bürger werden mündiger und das ist gut so. Je mehr Wissen, Fähigkeiten und Selbstvertrauen sie erlangen, um aktiv an Entscheidungen über ihre eigene Gesundheit und Behandlung mitzuwirken, umso mehr können sie sich selbst als kompetente Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem einbringen.“

Mehr Hightech braucht mehr Hightouch. Die Bedürfnisse der Betroffenen dürfen bei aller Technik nicht übersehen werden.

Franz Öller

Das stärkt am Ende auch ihre Gesundheitskompetenz und führt dazu, dass sich Betroffene im Versorgungssystem besser zurechtfinden. So können sie etwa frühzeitig medizinische Hilfe suchen, was die Vermeidung von Notfällen und Überlastungen bestimmter Versorgungsbereiche unterstützt oder gezielter Gesundheitsangebote wie Disease-Management-Programme oder Vorsorgeuntersuchungen nutzen und sich im Fall des Falles für die „richtige“ Versorgungsebene entscheiden. Gesundheitskompetente Personen zeigen nachweislich auch mehr Therapietreue – ein Umstand, der die Effektivität medizinischer Maßnahmen erhöht.

„Mehr Hightech braucht mehr Hightouch“, lautet eine weitere These von Öller. Denn: „Oft steht die Technik, und nicht die Betroffenen, im Vordergrund. Künstliche Intelligenz wird derzeit im Gesundheitswesen gehypt, doch auch hier müssen wir uns immer wieder die Frage stellen: Was bringt wirklich einen Nutzen und eine Verbesserung in der Versorgung? Noch haben wir nicht die beste Lösung gefunden, wie wir das Thema optimal in unsere Prozesse integrieren können. Aktuell haben wir noch offene Fragen, wie die Umstellung der Krankenhausinformationssysteme oder flächendeckende Einführung elektronischer Patientenberichte. Nur weil wir viele technische Möglichkeiten haben, heißt das nicht, dass die uns anvertrauten Patientinnen und Patienten keine Zuwendung und Fürsorge brauchen. Das darf nicht verloren gehen.“ 





PIONIERE

Let's talk about ... Frauengesundheit:

Prävention als Schlüssel zu mehr Lebensqualität

Frauen leben im Durchschnitt länger als Männer, verbringen jedoch weniger Jahre in guter Gesundheit. Am 4. März 2025 setzte das Gesundheitszentrum für Selbständige mit einem Schwerpunktabend zum Thema Frauengesundheit ein Zeichen, diese **KLUFT ZWISCHEN LEBENSZEIT UND LEBENSQUALITÄT DURCH GEZIELTE PRÄVENTION ZU VERRINGERN**.

Unter dem Motto „Let's talk about ... Frauengesundheit“ erfuhren rund 70 SVS-Versicherte mehr über frauenspezifische Gesundheitsprävention in den Bereichen Mental Health, Herzgesundheit, Stoffwechselerkrankungen, Wechseljahre und Menopause. Sie nahmen die Gelegenheit wahr, mit den Expert*innen des Gesundheitszentrums ins Gespräch zu kommen und direkt vor Ort wichtige Vorsorge-Checks durchzuführen. „Es ist uns ein großes Anliegen, die SVS-Versicherten für ihre eigene Gesundheit zu sensibilisieren. Solche Veranstaltungen leisten einen wertvollen Beitrag dazu“, betonte SVS-Generaldirektor Dr. Alexander Biach bei der Eröffnung des Abends. Priv.-Doz. Prof. Dr. Eva Hilger, Leitende Ärztin der SVS, ergänzte: „Prävention ist so ein wichtiger Bestandteil unserer Gesundheit und sollte in den Köpfen der Menschen einen viel größeren Stellenwert bekommen. Oft können bereits einfache Maßnahmen helfen, Beschwerden vorzubeugen oder zu lindern. Darüber kann man gar nicht oft genug sprechen“.

Keine Frau muss im Wechsel leiden

Moderiert wurde der Abend von Dr. Heribert Scheck, einem Facharzt für Innere Medizin und

Angiologie im Gesundheitszentrum für Selbständige. In einer dynamischen Gesprächsrunde stellte er seine Kolleg*innen vor und führte durch die unterschiedlichen Schwerpunkte. Gleich zu Beginn widmete er sich gemeinsam mit Dr. Daniela Ferenci, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, einem Thema, an dem keine Frau vorbeikommt: den Wechseljahren. Dr. Ferenci betonte die große Bedeutung eines gesunden Lebensstils während der sogenannten Peri-Menopause. „Ein Drittel der Frauen leidet stark unter Wechselbeschwerden, ein Drittel hat wenige Symptome, und das letzte Drittel schafft es sogar ganz ohne. Durch eine ausgewogene, proteinreiche Ernährung, regelmäßiges Krafttraining, ausreichend Schlaf, gutes Stressmanagement und einen optimalen Vitamin-D-Spiegel von mindestens 55 können Frauen ihre Chancen erhöhen, beschwerdefrei zu bleiben“. Für jene, die eine Hormonersatztherapie nicht wünschen oder nicht vertragen, gäbe es pflanzliche Alternativen. „Der Punkt ist: Keine Frau muss im Wechsel leiden“, betonte Dr. Ferenci. Ein weiteres Thema, dass der Gynäkologin am Herzen lag, ist die HPV-Impfung, die noch bis Ende 2025 für alle Personen bis 30 Jahren – Frauen wie Männer – kostenlos ist. Bestimmte Humane Papillomaviren (HPV) können sich



Mit der Veranstaltung „Let's talk about ... Frauengesundheit“ setzte das Gesundheitszentrum für Selbständige ein Zeichen für mehr Bewusstsein und gezielte Prävention für Frauen.

u. a. in den Schleimhautzellen am Muttermund festsetzen und dort zu Krebsvorstufen oder Krebs führen. Rund 500 Österreicherinnen erhalten jährlich die Diagnose Gebärmutterhalskrebs. Die Impfung bietet hier einen effektiven Schutz. Zur Früherkennung dient die regelmäßige gynäkologische Vorsorgeuntersuchung, insbesondere der PAP-Test (Krebsabstrich). „Mit unserer Gesundheitsaktion 2025 ‚Gemeinsam gegen Krebs.‘ schaffen wir heuer noch einen zusätzlichen Anreiz zur Krebs-Vorsorge“, erklärte die Leitende Ärztin der SVS, Priv.-Doz. Prof. Dr. Eva Hilger. Alle bei der SVS-krankenversicherten Personen erhalten im Jahr 2025 einen einmaligen Gesundheitsbonus in der Höhe von 100 Euro, wenn sie an Krebs-Vorsorgeuntersuchungen zu den Schwerpunkten Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs, Hautkrebs, Darmkrebs oder Prostatakrebs teilnehmen.

Geschlechtsspezifische Risiken bei Stoffwechselerkrankungen

Als zweiter Experte hob Dr. Christoph Schönauer, Facharzt für Innere Medizin, die frauenspezifischen Herausforderungen des Diabetes mellitus Typ-2 hervor. „Frauen mit Diabetes haben ein signifikant höheres kardiovaskuläres Risiko als Männer. Hormonelle Einflüsse, inflammatorische Prozesse und Veränderungen im Fettstoffwechsel spielen dabei eine entscheidende Rolle“, so der Internist. Eine frühzeitige und konsequente Kontrolle aller Risikofaktoren – darunter Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen und die Ernährung – sei daher essenziell. „Zum Glück sind wir nicht nur Opfer unserer Gene, sondern können durch kluge Entscheidungen unseren Lebensstil dahingehend gestalten, um unser individuelles Risiko deutlich zu senken“, so Dr. Schönauer.

Der Internist erklärte weiter, dass auch Schilddrüsenfunktionsstörungen häufiger bei Frauen auftreten, insbesondere autoimmunologische Erkrankungen wie Hashimoto und Morbus Basedow. Sie betreffen Frauen fünf- bis zehnmal häufiger und können unbehandelt zu kardiovaskulären Problemen oder Schwangerschaftskomplikationen führen. Symptome einer Schilddrüsenunterfunktion sind Müdigkeit, Gewichtszunahme und depressive Verstimmungen, während eine Überfunktion zu Gewichtsverlust und Agitiertheit führt. „Die Schilddrüse ist der Taktgeber beim Stoffwechsel. Wenn dieser zu langsam läuft, wirkt sich das auf den gesamten Stoffwechsel aus“, erklärte Dr. Schönauer. Im Hinblick auf Osteoporose erläuterte er, dass Frauen insbesondere nach der Menopause häufiger betroffen sind. Schuld daran ist der Östrogenabfall. Weitere Risikofaktoren seien u. a. Kortison-Therapie, Protonenpumpenhemmer, Rauchen und Diabetes. „Jede dritte Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens an Osteoporose, drei von vier osteoporotischen Hüftfraktio-



© PREMIQMED GROUP / FELIX BÜCHELE



nen betreffen Frauen“, berichtete Schönauer. Die Folgen sind oft gravierend: Ein Jahr nach einer Hüftfraktur sind 40 Prozent der Betroffenen nicht mehr in der Lage, selbstständig zu gehen, und die Sterblichkeitsrate liegt bei bis zu 24 Prozent. Präventive Maßnahmen wie Krafttraining und eine kalziumreiche Ernährung sowie eine Knochendichtemessung zur Früherkennung können helfen, das individuelle Risiko zu senken bzw. zu bestimmen.

Herzgesundheit: Atypische Symptome und unterschätzte Risiken

Im nächsten Gespräch lag der Fokus auf frauenspezifischer Herzgesundheit. Dazu äußerte sich Prim. Dr. Wanda Lakner, Ärztliche Direktorin im Gesundheitszentrum und Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie. Frauen zeigen bei Herzinfarkten oft atypische Symptome wie Oberbauchschmerzen, schmerzende Schulterblätter, Nackenschmerzen und Übelkeit, was häufig zu Fehldiagnosen führt. Schwangerschaftskomplikationen wie Diabetes oder Präeklampsie, sowie psychische Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen können das Herz-Kreislauf-Risiko für Frauen langfristig erhöhen. Zudem steige nach der Menopause das Herzinfarktrisiko drastisch an. „Frauenherzen schlagen einfach anders, und müssen dementsprechend anders behandelt werden. Darauf müssen wir wirklich pochen“, betonte die Kardiologin die Notwendigkeit eines integrativen Ansatzes in der Behandlung von Frauen. Als wichtigste Präventionsmaßnahme hob Dr. Lakner die Bedeutung von regelmäßiger Bewegung hervor: „140 Minuten körperliche Betätigung pro Woche reichen uns Frauen schon, um unser Risiko signifikant zu senken. Es gibt also keine Ausreden mehr, sich nicht körperlich zu betätigen.“

(li.) SVS-Generaldirektor Dr. Alexander Biach betonte, wie wichtig die Eigenverantwortung für die Gesundheit ist. Wer gut informiert ist, kann bewusste Entscheidungen treffen und aktiv vorsorgen.

(re.) Neben dem persönlichen Austausch mit Expert*innen konnten die Teilnehmerinnen vor Ort auch einfache Vorsorge-Checks wahrnehmen.

Priv.-Doz. Prof. Dr. Eva Hilger, leitende Ärztin der SVS, spricht über die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsvorsorge für Frauen. (unten links)

Mag. Edith Lachinger, Geschäftsführerin des Gesundheitszentrums für Selbständige in Wien, betont die Wichtigkeit von niederschweligen Angeboten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. (unten rechts)

Resilienz aufbauen

Als letzte Expertin sprach die Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin Mag. Katja Piskernik über die psychischen Belastungen während der Wechseljahre, die immer noch häufig ein Tabuthema seien. Diese Zeit ist mit großen Veränderungen auf körperlicher, emotionaler und sozialer Ebene verbunden und fällt oft mit anderen Lebensveränderungen zusammen, wie dem Auszug der Kinder oder beruflichem Stress. Auch die hormonelle Umstellung an sich und die damit verbundenen Schlafprobleme und Stimmungsschwankungen werden von vielen als Belastungen empfunden. „Viele Frauen fühlen sich in dieser Phase allein gelassen und es wird wenig offen darüber gesprochen, selbst unter Freundinnen. Dabei wäre es wichtig, diesem Thema Raum zu geben und einen vertrauenswürdigen Rahmen zu schaffen“, erklärte Mag. Piskernik. Sie betonte die Bedeutung von psychologischen Strategien, um mit diesen Symptomen und Veränderungen umzugehen, und den Teufelskreis aus Schlafmangel und Stress zu durchbrechen. „Die Psychologie kann gut helfen, mehr Selbstwirksamkeit zu erlangen und sich wieder wohler zu fühlen“, zeigte sich die Psychologin zuversichtlich.

Vorsorge-Checks: Prävention aktiv leben

Im Anschluss an die Expertenrunde hatten die Teilnehmerinnen die Möglichkeit, verschiedene medizinische Vorsorge-Checks wahrzunehmen. Das Angebot umfasste unter anderem einen Carotis Duplex, also eine Ultraschalluntersuchung der Halsschlagader auf mögliche Verengungen oder Ablagerungen im Sinne der Prävention von Schlaganfällen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ebenfalls zur Abschätzung des kardiovaskulären Risikos und zur Überprüfung der Gefäßgesundheit stand eine ABI-Messung

(Knöchel-Arm-Index) zur Verfügung. Mit der BIA-Messung konnten die Teilnehmerinnen eine Untersuchung zur Ermittlung der Körperzusammensetzung, einschließlich Muskelmasse, Fettmasse und Wasseranteil, wahrnehmen. Ein Brustastmodell aus Silikon mit drei versteckten Knoten verdeutlichte, wie jede Frau sich selbst ihre Brust zur Früherkennung von Brustkrebs abtasten kann und wie sich Unregelmäßigkeiten beim Abtasten anfühlen. Selbstuntersuchungen sind ein wichtiger Bestandteil der Brustkrebsprävention und können helfen, Veränderungen frühzeitig zu erkennen. In Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft vom Goldenen Kreuz konnten zudem Schnelltests zur Bestimmung des Vitamin-D-Spiegels angeboten werden. Ein ausreichend hoher Vitamin-D-Spiegel ist besonders für Frauen in den Wechseljahren wichtig, da er die hormonelle Steuerung, das Wohlbefinden und die Knochengesundheit unterstützt.

Fazit: Wissen schafft Gesundheit

„Mit dem Format ‚Let’s talk about ...‘ schaffen wir eine Plattform, mit der wir wichtige Gesundheitsthemen niederschwellig und praxisnah vermitteln – und so die Gesundheitskompetenz der Versicherten steigern. Dadurch können sie mehr Eigenverantwortung übernehmen und informierte Entscheidungen für die eigene Gesundheit treffen“, erklärte Mag. Edith Lachinger, operative Geschäftsführerin im Gesundheitszentrum für Selbständige. „Der große Andrang zeigt, dass das Interesse an frauenspezifischer Gesundheitsvorsorge enorm ist“, resümierte Prim. Dr. Wanda Lakner, auf deren Initiative die Veranstaltung ins Leben gerufen wurde. „Frauen können aktiv dazu beitragen, gesund zu bleiben. Je früher wir beginnen, desto besser sind die Chancen, die Lücke zwischen Lebenszeit und Lebensqualität zu schließen“, ist sie überzeugt. **P**



SHAPE THE FUTURE



7. PRAEVENIRE DIGITAL HEALTH SYMPOSION

MITTWOCH, 2. APRIL 2025

09:30–10:00 Uhr Get together	
10:00–12:15 Uhr Eröffnung und Plenum – Die Zukunft gestalten	
Die Bundesregierung steht vor der Herausforderung, das Gesundheitssystem zu modernisieren. Digitalisierung kann Sozialversicherungen stärken, Spitäler entlasten und die Patientenversorgung verbessern.	
BEGRÜSSUNG: Dr. Hans Jörg Schelling Präsident, PRAEVENIRE Gesundheitsforum	KEYNOTES: Univ. Prof. Dr. Juliane Bogner-Strauß Gesundheitssprecherin ÖVP, Nationalrat
MODERATION: Prof. DI Dr. Reinhard Riedl Dozent, Berner Fachhochschule	Abg. z. NR Rudolf Silvan Gesundheitssprecher SPÖ, Nationalrat
Lisa Holzgruber, MBA, MSc Geschäftsführung, rotatable technologies GmbH	Mag.ª Claudia Neumayer-Stickler Vorsitzende, Konferenz der Sozialversicherungsträger & Obmann Stv., AUVA
Dr. Alexander Biach Generaldirektor SVS, Aufsichtsrat SVC, SVD, ITSU	DISKUSSION: Alle Keynote-Sprecher
	Dr. Clemens Auer Präsident, European Health Forum
12:15–13:30 Uhr Mittagessen Netzwerken beim gemeinsamen Lunch	
13:30–14:45 Uhr Session 1: EHDS & Primärdaten: Wie Daten die Patientenversorgung verbessern Saal 1	13:30 – 14:45 Uhr Session 2: Das Krankenhaus der Zukunft: Data-Driven & Smart Saal 2
Der European Health Data Space (EHDS) eröffnet neue Möglichkeiten für datengestützte, patientenzentrierte Gesundheitsversorgung. Insbesondere Primärdaten bieten enormes Potenzial für Präzisionsmedizin.	Die Digitalisierung verändert die Krankenhauslandschaft grundlegend – von intelligenten IT-Systemen über datengetriebene Prozesse bis hin zu smarter Patientenvorsorgung.
MODERATION: Mag.ª (FH) Ing. Christine Stadler-Häbich AUSTROMED Vorstandsmitglied (Digitalisierung), ROCHE Diagnostics	MODERATION: Prof. Josef Broukal Journalist
KEYNOTES: Helene Prenner, MA Leitung Kompetenzzentrum für internationale Projekte, ELGA GmbH	KEYNOTES: DI Mihaela Frenzel Account Manager, T-Systems Austria
Univ.-Prof. Dr. Nikolaus Forgó Vorstand des Instituts für Innovation und Digitalisierung im Recht, Universität Wien	DI Thomas Wunderer, BSc Sales Manager, Meierhofer AG
Mag. Herwig Loidl, MBA MSc Sprecher, Arbeitskreis e-Health/WKÖ UBIT	Doz. Prim. MR Dr. Rudolf Knapp Obmann Stv. Bundeskurie angestellte Ärzte, ÖÄK
DISKUSSION: Alle Keynote-Sprecher	DISKUSSION: Alle Keynote-Sprecher
Dr. Hans Georg Mustafa Präsident, Österreichische Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und Klinische Chemie	Mag.ª Michaela Kainsner Geschäftsführerin Meierhofer Schweiz AG und Meierhofer Österreich GmbH
Dr. Alexander Moussa e-Health in Ordinationen, ÖÄK	Mag.ª Gunda Gittler MBA, aHPH Vizepräsidentin, PRAEVENIRE Gesundheitsforum
14:45–15:30 Uhr Netzwerkpause	
15:30–16:45 Uhr Session 3: Patientenzentrierte Diagnosedokumentation: Mehr Effizienz und Qualität in der Diabetesversorgung Saal 1	15:30 – 16:45 Uhr Session 4: Digitale Strategien & Stakeholder: Gemeinsam die Zukunft gestalten Saal 2
Die verpflichtende Diagnose-Codierung kommt – die Einführung sollte gezielt besonders in der Diabetesversorgung genutzt werden. Mit automatisierter Codierung und SNOMED als Standard kann die Diagnosedokumentation entscheidend verbessert werden.	Die nationale eHealth-Strategie muss sich an internationalen Best Practices orientieren, um die digitale Transformation des Gesundheitssystems erfolgreich zu gestalten. Auch Künstliche Intelligenz (KI) sollte dabei eine Schlüsselrolle spielen.
MODERATION: Priv.-Doz. Prof. (FH) Mona Dür, PhD, MSc Geschäftsführerin, Duervation GmbH	MODERATION: Prof. Josef Broukal Journalist
KEYNOTES: Dr. Bernhard Rupp Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik, Arbeiterkammer NÖ	KEYNOTES: Mag. Dr. Alexander Degelsegger-Márquez Abteilungsleiter Internationales, Policy, Evaluation und Digitalisierung, Gesundheit Österreich GmbH
Priv. Doz. Dr. Gersina Rega-Kaun Erste Sekretärin, Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG)	Mehdi Khaled, MD Managing Partner, Seha Consulting
Mag. Dr. Moritz Buchmann Programm- & Projektmanagement, ELGA GmbH	Mag.ª Katharina Raabe-Stuppig Rechtsanwältin
Dr. Christoph Powondra ÖGAM Präsidiumsmitglied	DISKUSSION: Alle Keynote-Sprecher
DISKUSSION: Alle Keynote-Sprecher	Mag. Wolfgang Ebner Geschäftsführender Leiter der Sektion für Digitalisierung und E-Government, Bundeskanzleramt
Dr. Harald Schlögel Präsident, Ärztekammer für Niederösterreich	Fiona Fiedler, BEd Gesundheitssprecherin NEOS, Nationalrat
16:45–17:30 Uhr Netzwerkpause	
17:30–19:00 Uhr Plenum – Fax war gestern: Wie gelingt die sichere Kommunikation im Gesundheitswesen? Saal 1	
Das Fax-Chaos hat Schwächen in der Gesundheitskommunikation offengelegt. Wie konnte das passieren – und wie verhindern wir Wiederholungen? Diese Session beleuchtet Ursachen, Lehren und Lösungen für eine sichere, digitale Zukunft.	
MODERATION: Prof. Josef Broukal Journalist	KEYNOTES: Dr. Alexander Moussa e-Health in Ordinationen, ÖÄK
	DI Herlinde Toth Mitglied des Vorstandes, DICOM Austria
	DI Dr. Harald Kornfeil Ärztlicher Berater, HL7 Austria
	DISKUSSION: Alle Keynote-Sprecher
	Mag.ª Elisabeth Potzmann Präsidentin, Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)
	Gerhard Stimac Sprecher, Plattform für Digitale Gesundheit (PDG)
19:00 Uhr Abendessen Gemeinsames Dinner im Hotelrestaurant SALA TERRENA	





08:30–09:00 Uhr Netzwerkfrühstück

09:00–10:15 Uhr Saal 1 Session 5: Gesundheitsdaten für die Wissenschaft: EHDS als Brücke zwischen Klinik und Forschung | **09:00–10:15 Uhr Saal 2 Session 6: Digitale Gesundheitsanwendungen: Chancen und Herausforderungen**

Gesundheitsdaten sind der Schlüssel zu Innovation – doch wie gelingt der Spagat zwischen Forschung, Datenschutz und Nutzen für die Bevölkerung? Der EHDS soll Brücken bauen – was ist die richtige Datenplattform dafür?

MODERATION:
Prof. DI Dr. Reinhard Riedl
 Dozent, Berner Fachhochschule

KEYNOTES:
Univ.-Prof. Dr. Tanja Stamm, PhD
 Head of Section for Outcomes Research, Center for Medical Data Science (Institute of Outcomes Research), Medizinische Universität Wien

Dr. Thomas Czypionka
 Leitung Health Economics and Health Policy, Institut für Höhere Studien (IHS)

Thomas Lohninger
 Geschäftsführung, epicenter.works

DISKUSSION:
Alle Keynote-Sprecher

Priv.-Doz. DI Dr. Günter Schreier, MSc
 Senior Scientist Digital Health Information Systems, AIT

Mag.ª Michaela Topolnik, MA
 Head of Public Affairs & Stakeholder Relations, EIT Health Austria GmbH

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind eine wichtige Ergänzung zur medizinischen Versorgung und bieten innovative Möglichkeiten zur Diagnose, Therapie und Begleitung von Patient:innen. Während Deutschland bereits „Apps auf Rezept“ etabliert hat, fehlt in Österreich noch immer ein klarer rechtlicher Rahmen – höchste Zeit, um Rechtssicherheit zu schaffen und digitale Lösungen gezielt in die Gesundheitsversorgung zu integrieren.

MODERATION:
Priv.-Doz. Prof. (FH) Mona Dür, PhD, MSc
 Geschäftsführerin, Duervation GmbH

KEYNOTES:
Dr. Gisela Ernst
 Postdoctoral Researcher Associate bei Haslinger/Nagele

Mag.ª Sabine Glanznig
 Expertin für Digitale Gesundheitsanwendungen, Arbeiterkammer Wien

ao. Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann
 Geschäftsführer, Gesundheit Österreich GmbH

DISKUSSION:
Alle Keynote-Sprecher

Mag.ª (FH) Sabine Röhrenbacher
 Geschäftsführerin, Bundesverband Selbsthilfe Österreich (BVSHOE)

Mag.ª Elisabeth Bischofreiter, MA
 Sozialversicherungsrechtsexpertin, Arbeiterkammer Wien

10:15–10:45 Uhr Netzwerkpause

10:45–12:00 Uhr Saal 1 Session 7: Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen: Effizienz steigern, Qualität sichern | **10:45–12:00 Uhr Saal 2 Session 8: Sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung Digitalisierung als Schlüssel**

Künstliche Intelligenz verspricht Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. Technologische, ethische und regulatorische Hürden bremsen die Umsetzung, während die Akzeptanz in der Praxis noch nicht selbstverständlich ist.

MODERATION:
Prof. DI Dr. Reinhard Riedl
 Dozent, Berner Fachhochschule

KEYNOTES:
Dr. Florian O. Stummer, MPH, MBA
 Medizinische Universität Wien

Dr. Anita Puppe
 Senior Consultant Strategy & Business Design, IBM iX DACH

Stefan Arbeithuber
 Geschäftsführer, LINO Solutions GmbH

DISKUSSION:
Alle Keynote-Sprecher

Stephan Knoll
 Product Owner, LINO Solutions GmbH

Dr. Gerhard Jelinek
 Wiener Pflege- und Patient*innen-Anwalt

Eine moderne Gesundheitsversorgung erfordert vernetzte Strukturen – doch wie gelingt der Brückenschlag zwischen den Sektoren? Digitalisierung kann helfen, Silos aufzubrechen und eine nahtlose Patientenversorgung zu ermöglichen, doch Interoperabilität und Datenzugänglichkeit bleiben Herausforderungen.

MODERATION:
Dr. Herbert Puhl
 PERI Group

KEYNOTES:
DI Silvia Winkler, MSc
 Vorsitzende des technischen Komitees, DICOM Usergroup Austria

Univ. Prof. Dr. Richard Crevenna, MBA, MSc, MSc
 Leiter der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin, Medizinische Universität Wien

Martin Zobel
 Vertriebsleiter Public Business Sales, Magenta Telekom

DISKUSSION:
Alle Keynote-Sprecher

Georg Tschandl
 Head of Sales Health, T-Systems Austria

Dipl.-Ing. Mag.ª Birgit Scholz
 Programm- und Projektmanagement, ELGA GmbH

Dr. Erwin Rebhandl
 Präsident, AM PLUS Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit

12:00–12:15 Uhr Kurze Pause

12:15–12:30 Uhr IMPULSSTATEMENT | Saal 1

Ulrike Königsberger-Ludwig wurde am 3. März 2025 von Bundespräsident Alexander Van der Bellen als Staatssekretärin im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz angelobt.

Ulrike KÖNIGSBERGER-LUDWIG
 Staatssekretärin im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

12:30–13:30 Uhr Saal 1 Plenum – Visionen in die Tat umsetzen

Die digitale Transformation im Gesundheitswesen erfordert nicht nur innovative Visionen, sondern auch konkrete Umsetzungsschritte.

MODERATION:
Lisa Holzgruber, MBA, MSc
 Geschäftsführung, rotatable GmbH

Prof. DI Dr. Reinhard Riedl
 Dozent, Berner Fachhochschule

KEYNOTES
Katina Sostmann
 Associate Partner Health Platform & Design Principal, IBM

Dr. Johannes Steinhart
 Präsident, Österreichische Ärztekammer (ÖÄK)

Andreas Huss, MBA
 Obmann-Stv., Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)

DISKUSSION:
Alle Keynote-Sprecher

Angelika Widhalm
 Vorsitzende, Bundesverband Selbsthilfe Österreich (BVSHOE)

ab 13:30 Uhr Mittagessen Netzwerken beim gemeinsamen Lunch



(Stand März 2025)
 Aktuelles Programm: <https://events.praevenire.at/7PRAEVENIREDigitalHealthSymposium>

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





Keine Mauern mehr

Die PRAEVENIRE Gesundheitstage widmeten sich unter anderem der Frage, wie Spitalstrukturen im Jahr 2030 gestaltet sein sollten. Für Mag. Karl Lehner, Mitglied der Geschäftsführung der Oberösterreichischen Gesundheitsholding, war hier vor allem eines klar: **EINE ZUKUNFTSFÄHIGE GESUNDHEITSVERSORGUNG KANN NUR DURCH EINEN INTEGRATIVEN ANSATZ GELINGEN.** Dieser Grundgedanke zog sich wie ein roter Faden durch zahlreiche Keynotes, die im Schloss Esterházy präsentiert wurden. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Die Gesundheitsversorgung steht an einem Wendepunkt – ein bloßes Festhalten an alten Strukturen reicht nicht mehr aus. „Der traditionelle Ansatz des ‚Spital 2030‘ ist überholt“, wie Karl Lehner meint. Es gehe nicht länger nur um Krankenhäuser, sondern um ein radikal neu gedachtes, sektorübergreifendes Modell: Gesundheit 2030. „Das zentrale Ziel ist die Überwindung starrer Sektorengrenzen und die Förderung neuer Versorgungsstrukturen, die auf Kooperation statt Konkurrenz setzen“, betont Lehner. „Uns ist bewusst, dass wir zwischen dem Spitalsbereich, dem niedergelassenen Bereich und dem Sozialbereich jede Menge an Beton haben.“ Doch diese Grenzen sind künstlich und behindern eine effiziente Versorgung. „Eine moderne Gesundheitsstrategie müsse diese Mauern einreißen und stattdessen eine fließende, bedarfsgerechte Patientenlenkung ermöglichen.“ Das Leitprinzip sei klar: Digital vor ambulant vor stationär.

Interdisziplinär denken – Grenzen überwinden

Auch in Lehnners Keynote spielen Gesundheitszentren als Bindeglied zwischen Spital und Praxis eine zentrale Rolle. „Sie sind ein entscheidender Baustein, insbesondere in Spitalsnähe.“ Der Zweck ist klar: Gesundheitszentren sollen keine Konkurrenz zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sein, sondern eine ergänzende Struktur, die Patientenströme besser lenkt und die Spitalsambulanzen entlastet. Ein weiteres entscheidendes Merkmal: Der Ansatz ist interdisziplinär – hier arbeiten Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Hebammen und weitere Gesundheitsberufe Hand in Hand, um eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten.

Keine Kultur für Gatekeeping?

Ein immer wieder diskutiertes Thema ist das sogenannte Gatekeeping – eine Zugangsbeschränkung für Patientinnen und Patienten zu bestimmten Leistungen. Während Länder wie Dänemark ein striktes Gatekeeping-Modell mit zentralisierten „Superhospitals“ umsetzen, fehlt in Österreich die kulturelle Akzeptanz für eine solche Struktur. Statt auf Einschränkungen zu setzen, plädiert Lehner für Anreize: „Anstatt Menschen den Zugang zur Spitalsambulanz zu verwehren, müssen wir sie dort empfangen, wo sie hinkommen, und ihnen gezielt die Versorgung bieten, die sie tatsächlich benötigen.“

Fachkräftemangel: Neue Wege für Ausbildung und Zusammenarbeit

Auch die personellen Herausforderungen wurden beleuchtet. Die Fakten sind klar: Mehr Fachkräfte scheiden aus dem Dienst, als neue nachkommen. Das Motto „Alles wie bisher“ ist keine Option mehr. Ein wesentlicher Schritt ist hier die stärkere Integration hochqualifizierter Pflegekräfte in die Patientenversorgung. „Unse-

Wir können uns den Luxus von Parallelorganisationen allein aus demografischen Gründen nicht mehr leisten.

Karl Lehner



re jungen Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegefachkräfte wollen in interdisziplinären Teams zusammenarbeiten.“ Das gegenseitige Verständnis beider Sektoren führt dazu, dass wir zukünftig vom Gesundheitssektor sprechen und nicht vom intramuralen oder extramuralen Bereich. „Wir können uns den Luxus von Parallelorganisationen allein aus demografischen Gründen schlicht nicht mehr leisten“, stellt Lehner klar.

Neues Denken in der Ausbildung

Auch in der Ausbildung sind durchgängige Modelle gefragt. Lehner schlägt vor, dass Schülerinnen und Schüler bereits mit 15 Jahren in die Pflege einsteigen und nahtlos in ein Studium übergehen können. In der OÖ Gesundheitsholding wurde eine Ausbildungsschiene in diesem Sinne vor zwei Jahren entwickelt und hat sich sehr bewährt. Darüber hinaus müssen Finanzierungsfragen geklärt werden. Dazu gehören etwa angemessene Lehrlingsentschädigungen und eine gerechte Vergütung in der Ausbildungszeit. „Ein wichtiger Aspekt ist die Akademisierung der Pflegeberufe“, betont Lehner. Sie sei nicht nur ein Weg zur qualitativen Weiterentwicklung, sondern auch eine Möglichkeit, das Berufsbild attraktiver zu gestalten. Mehr Studienplätze und gezielte Förderprogramme für Pflegekräfte seien erforderlich, um dem Fachkräftemangel langfristig entgegenzuwirken.

Finanzierungsfrage: Extramural und intramural zusammenführen

Eine weitere Herausforderung ist die Finanzierung. Die Trennung zwischen spitalsambulanten und stationärem Bereich wird 2025 aufgehoben, wodurch beide Sektoren unter einer einheitlichen Abrechnungssystematik zusammengefasst werden. Diese Strukturreform bietet Lehner zufolge eine große Chance, Ver-

sorgungsmodelle effizienter zu gestalten – sofern der politische Mut besteht, die notwendigen Anpassungen vorzunehmen.

„Hierbei sind neue Finanzierungsmodelle gefragt“, so Lehner. Eine stärkere Verknüpfung zwischen Sozialversicherung und öffentlichen Gesundheitsleistungen könnte helfen, das System zu entlasten. Ziel sollte es sein, bestehende Budgets effizienter zu nutzen, anstatt Mehrkosten durch ineffiziente Parallelstrukturen zu erzeugen.

Blick nach Europa – Inspiration für Österreich

Ein Blick über die Landesgrenzen zeigt, dass innovative Gesundheitsmodelle in vielen europäischen Staaten bereits umgesetzt werden. Besonders hervorzuheben sind Länder wie Dänemark und die Niederlande, die frühzeitig auf eine enge Verzahnung zwischen Spitalversorgung und regionalen Gesundheitszentren gesetzt haben. Statt vieler kleiner Krankenhäuser betreiben sie hochspezialisierte „Superhospitals“, die mit einem Netzwerk aus Gesundheitszentren verbunden sind und eine effizientere Patientensteuerung ermöglichen. Österreich kann aus diesen Erfahrungen lernen, muss dabei aber auch seine eigenen strukturellen und kulturellen Gegebenheiten berücksichtigen.

Mut zur Veränderung

Die Gesundheitsversorgung der Zukunft ist sektorübergreifend, interdisziplinär und patientenzentriert. Österreich hat die Strukturen, um diesen Wandel aktiv zu gestalten – doch es erfordert Mut, diesen Wandel konsequent umzusetzen. „Es ist Zeit, alte Denkmuster zu durchbrechen und mutige Schritte für ein nachhaltiges Gesundheitssystem zu gehen“, schließt Karl Lehner. **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.



9. AM PLUS PVE-TAGUNG IN LINZ



22. bis 23. Mai 2025

PRIMÄRVERSORGUNG Visionen für die wohnortnahe Gesundheitsversorgung

Tagung für Ärzt:innen, Gesundheitsberufe, für politische Verantwortungsträger:innen und Bürgermeister:innen

Es erwarten Sie folgende Themen:

- PVE – innovative Versorgungsformen der Zukunft
- Einbindung von Fachärzt:innen in der PVE
- Tätigkeiten der Gesundheitsberufe und gesetzliche Rahmenbedingungen

Hier geht
es zum
Programm:



Kooperationspartner:



WANN Donnerstag, 22.05.2025 | 14.00 bis 18.30 Uhr
inkl. Abendessen (ab 19:00 Uhr)
Freitag, 23.05.2025 | 09.00 bis 14.00 Uhr

WO Bischöfliches Priesterseminar der Diözese Linz
Harrachstraße 7, 4020 Linz

KONTAKT office@amplusgesundheit.at

TEILNAHMEGEBÜHREN (inkl. USt., Verpflegung und Materialien; exkl. Nächtigung und Reisekosten)

- reguläre Teilnahmegebühr: € 330,- | Frühbucherbonus bis 30. April: € 270,-
- reduzierte Teilnahmegebühr*: € 180,- | Frühbucherbonus bis 30. April: € 150,-
- reguläres Tagesticket: € 165,- | reduziertes Tagesticket*: € 90,-

(* für Mitglieder jener Berufsgruppen, die außerordentliche Mitglieder bei AM Plus und Kooperationspartner der Tagung sind, sowie für Studierende.)

1. Auflage 2024

Kinderreha – eine Erfolgsgeschichte 2009 bis 2024

••• FÖRDERVEREIN
Kinder- und
Jugendlichenrehabilitation
in Österreich



€ 25,-
Spendenbeitrag

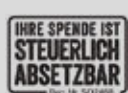


Bestellungen direkt im Webshop:
foerderverein-kinderreha.at/shop/

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



E-Health: Von der Strategie zur Umsetzung

DIE DIGITALISIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS VERSPRICHT EINE EFFIZIENTERE, PATIENTENFREUNDLICHERE UND KOSTENSPARENDE VERSORGUNG. Doch wie weit ist die Umsetzung? Im Rahmen der 9. PRAEVENIRE Gesundheitstage in Eisenstadt wurden Chancen, Herausforderungen und konkrete Maßnahmen von Expertinnen und Experten diskutiert. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Die eHealth-Strategie Österreichs bildet eine langfristige Vision für eine digitale Gesundheitsversorgung. Sie soll helfen, Herausforderungen wie die demografische Entwicklung und den Fachkräftemangel durch innovative digitale Lösungen zu bewältigen. Im Mittelpunkt stehen Themen wie Patientenorientierung, Effizienz und Chancengleichheit. Wie das gelingen kann, wurde im Rahmen der 9. PRAEVENIRE Gesundheitstage in Eisenstadt von Expertinnen und Experten vorgestellt und diskutiert.

Gesundheitskosten senken

Die Erwartungen an die Digitalisierung als Problemlöser im Gesundheitswesen sind hoch. Die eHealth-Strategie, die im Vorjahr verabschiedet wurde, soll eine koordinierte, bundesweite Grundlage für digitale Gesundheitslösungen schaffen. Sie basiert auf der etablierten E-Health-Infrastruktur, insbesondere der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA), und verfolgt das Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“, das die Priorisierung von Versorgungsformen beschreibt. Die Idee dahinter klingt bestechend einfach: Die Patientenversorgung soll mithilfe unterschiedlicher digitaler Tools effizient,

patientenfreundlich und kostensparend gestaltet werden. Wo immer möglich, sollen digitale Gesundheitslösungen wie Telemedizin oder Remote-Monitoring genutzt werden, um eine physische Behandlung zu vermeiden oder zu ergänzen. Dazu zählen beispielsweise Videosprechstunden, Therapie-Apps, KI-gestützte Diagnosetools oder das Home-Monitoring bei chronischen Erkrankungen. Falls eine digitale Lösung nicht möglich ist oder nicht ausreicht, soll die Behandlung vorrangig ambulant erfolgen, bevor eine stationäre Aufnahme in Betracht gezogen wird. Das Ziel ist klar: Die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und die Entlastung der stationären Versorgung soll am Ende in einer merklichen Kostenreduktion münden. Diese Entlastung könnte beispielsweise mit Maßnahmen wie tagesklinischen Angeboten, spezialisierten Facharztpraxen oder ambulanten

Die Umsetzung wird nicht leicht sein, denn jetzt schon sind die Gesundheitssysteme an ihren Belastungsgrenzen.

Arno Melitopoulos

Michaela Topolnik (li.) beschreibt den European Health Data Space (EHDS) und Arno Melitopoulos (re.) formuliert die praktische Umsetzung in der ÖGK.

OP-Zentren erreicht werden. Ein stationäre Behandlung im Krankenhaus sollte auch nur dann erfolgen, wenn digitale oder ambulante Versorgungsformen nicht ausreichen oder medizinisch nicht möglich sind.

E-Health-Fahrplan im Reality-Check

„Die österreichische eHealth-Strategie wurde von der Bundeszielsteuerungskommission in Auftrag gegeben und von einer von den Zielsteuerungspartnern besetzten AG eHealth-Strategie ausgearbeitet. Der Erstellungsprozess wurde von der Gesundheit Österreich (GÖG) inhaltlich und organisatorisch begleitet“, beschreibt Anja Laschkolnig, BA, MPH von der GÖG. In einer ersten Phase wurde basierend auf nationalen Vorarbeiten und internationalen Digitalisierungsstrategien ein Strategieentwurf erarbeitet. Danach wurden in einem Partizipations- und Stakeholderprozess unterschiedliche Perspektiven eingeholt, um die Ziele, Maßnahmen und Visionen einem „Realitätscheck“ zu unterziehen. „Der Strategieentwurf wurde mit Fachkreisen diskutiert und durch Experteninterviews sowie Arbeitsgruppen weiterentwickelt. Dazu wurden beispielsweise Inputs aus der Industrie, von Patientenvertretungen oder Interessensvertretungen gesammelt und damit die Strategie überarbeitet“, beschreibt Laschkolnig weiter. Die eHealth-Strategie formuliert acht zentrale Ziele: die Verbesserung der digitalen Einstiegsmöglichkeiten in das Gesundheitssystem, die Schaffung telegesundheitlicher Präventions- und Versorgungsangebote, die Weiterentwicklung der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur, die Bereitstellung und Weiterentwicklung zentraler E-Health-Services, den Aufbau strukturierter Datenbanken für eine effizientere Gesundheitsplanung, die Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten, die Schaffung strukturierter Wege für die Einbindung neuer Technologien zur Verbesserung der Patientenversorgung und den Ausbau der digitalen Gesundheitskompetenz bei Anwenderinnen und Anwendern. „Digitalisierungsprozesse im Gesundheitswesen können nur dann funktionieren, wenn eine entsprechende digitale Gesundheitskompetenz vorliegt. Anwenderinnen und Anwen-





der müssen das digitale Angebot auf vertrauenswürdig prüfen können. Gleichzeitig braucht es aufseiten der Gesundheitsdiensteanbieter auch das Interesse und die Fähigkeit, die digitalen Angebote einzusetzen. Daher soll beispielsweise Digitalisierung auch verstärkt in die Curricula der Auszubildenden einfließen“, beschreibt die GÖG-Expertin die praktische Umsetzung der Ziele. Ein Monitoring-Framework stellt sicher, dass die strategischen Ziele erreicht werden. Die nächste Überarbeitung der Strategie ist für 2028 vorgesehen.

Österreich muss noch an seinem „Mindset“ arbeiten und die Gesundheitsdatenkompetenz ausbauen.

Michaela Topolnik

Datennutzung auf europäischer Ebene

Der European Health Data Space (EHDS) stellt auf europäischer Ebene einen Meilenstein für die Digitalisierung des Gesundheitswesens dar. Für Österreich bietet er Chancen zur Stärkung der Gesundheitsversorgung und Forschung, erfordert aber auch Anpassungen in der IT-Infrastruktur, Datenschutzregelungen und eine enge Zusammenarbeit zwischen Politik, Forschung und Gesundheitsakteuren. „Im Mittelpunkt stehen Verfahren zur Primär- und Sekundärnutzung von Daten“, gibt Mag. Michaela Topolnik, MA, vom EIT Health Austria Einblick in die Ergebnisse aus einem paneuropäischen Diskurs. Österreich kann hier auf viele Erfahrungen mit der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) zurückgreifen, die von rund 97 Prozent der Bevölkerung genutzt wird. „Es braucht nicht nur Regeln für die Nutzung und den Zugang zu Daten, sondern auch für etwaige Einschränkungen,“ beschreibt Topolnik die Herausforderungen. Sie hat im Rahmen von EIT Health Austria eine Roundtable-Runde begleitet, in der europaweit rund 100 Expertinnen und Experten eingebunden waren, die anhand von sechs Dimensionen jeweils zehn Fragestellungen zum EHDS bearbeitet haben. Die Ergebnisse mündeten in einem paneuropäischen Bericht. „Wir benötigen eine kosteneffiziente Umsetzung sowie eine langfristige, nachhaltige Struktur und Prozesse, um den EDHS aufrechtzuerhalten. Ein klarer Rechtsrahmen für nationale und regionale Einrichtungen ist ebenso gefordert wie eine harmonisierte Umsetzung und die Einbindung relevanter Interessensgruppen. Auch die Datenqualität und die Qualitätskontrolle sind wichtige Themen“, beschreibt die Expertin das breite Feld der Herausforderungen. Damit auch hierzulande vom EDHS profitiert werden kann, muss Österreich noch an seinem „Mindset“ arbeiten und die Gesundheitsdatenkompetenz ausbauen. „Wir wollen Daten nutzen und Menschen schützen“, so Topolnik. Sie ist überzeugt, dass der EHDS ein starker Innovationsstreiber sein wird, da elektronische Gesundheitsdaten ein unglaubliches Potenzial haben, besonders wenn sie grenzüberschreitend verwendet werden können. Gleichzeitig ist es aber ganz entscheidend, dass mit der Verwendung ein größtmögliches Maß an Sicherheit einhergeht.

Gesundheitsplanung als „Digitalisierungsdämpfungsfaktor“

Die eHealth-Strategie aus Sicht der Sozialversicherung analysiert Dr. Arno Melitopoulos von der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und ist überzeugt: „Die Umsetzung wird nicht



leicht sein, denn jetzt schon sind die Gesundheitssysteme an ihren Belastungsgrenzen. Personal- und Finanzengpässe treffen auf die steigende Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten. Die Menschen sind es gewohnt, mit Online-Angeboten der Konsumgüterindustrie gut umzugehen und sind privat oft hochdigitalisiert. Dann treffen sie auf das Gesundheitswesen und finden hier vergleichsweise wenig Möglichkeiten vor. Das heißt, der Erwartungsdruck der Bevölkerung, dass wir auch in diesem Feld Angebote schnüren, ist extrem hoch.“ Als Sozialversicherung sieht Melitopoulos die Verantwortung in der Versorgung aller Versicherten und Beitragszahlenden auch bei digitalen Angeboten. Die Ziele sowohl aufseiten der Versicherer als auch aufseiten der Patientinnen und Patienten fasst er zusammen: „Abläufe müssen einfacher und schneller werden und die Qualität soll sich erhöhen. Wir glauben, dass wir mit einem Plus an Daten auch eine bessere Behandlung anbieten können. Daher wollen wir neue Angebote schaffen, aber gleichzeitig auch die Frequenzen der Inanspruchnahme dämpfen. Die Hoffnung ist, dass sich Menschen selbstständiger um ihre Gesundheit bemühen und dann weniger häufig medizinische Hilfe in Anspruch nehmen werden, was sich wiederum positiv auf die Finanzlage auswirken könnte.“ Viele Erwartungen werden daher in die Umsetzung der eHealth-Strategie projiziert. Aktuell gibt es in Österreich derzeit einige telemedizinische Pilotprojekte, etwa im Bereich der Herzinsuffizienz oder der Teledermatologie, um die Möglichkeiten der „virtuellen“ Krankenbehandlung auszuloten. „Weitere Services sind geplant, wie etwa ein Terminservice“, gibt Melitopoulos Einblick. Auch erste digitale Gesundheitsanwendungen werden pilotiert und sollen demnächst in die Erstattung kommen. Klar ist für den Experten, dass die ÖGK der „digitalste Kran-

Vieles ist auf Ebene von Theorie und Forschung spannend, doch die Frage ist immer, was davon tatsächlich im täglichen Spitalsablauf einen verwertbaren Nutzen bringen kann.

Thomas Mück



Praktische Effizienzpotenziale durch Digitalisierung in Krankenanstalten sucht Thomas Mück (li.), während Anja Laschkolnig (re.) den Weg der österreichischen eHealth-Strategie aufzeichnet.

Digitalisierungsprozesse im Gesundheitswesen können nur dann funktionieren, wenn eine entsprechende digitale Gesundheitskompetenz vorliegt.

Anja Laschkolnig

kenversicherungsträger in Europa“ werden will: „Dazu gibt es umfassende Arbeiten, die darauf abzielen, dass die Prozesse vereinfacht werden.“ Eine Zugangshürde sieht er aber noch bei der digitalen Gesundheitskompetenz: „Viele Menschen können die derzeit vorhandenen Angebote nicht nutzen, weil sie noch nicht einmal eine ID-Austria besitzen.“ Dr. Thomas Mück von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) beschreibt mögliche Effizienzpotenziale durch Digitalisierung in Krankenanstalten. Auch hier erwartet man in erster Linie eine bessere Behandlungsqualität, mehr Effizienz durch einfachere Arbeitsabläufe und am Ende auch zufriedener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch eine „entspanntere“ Arbeitsumgebung. Als Beispiele nennt Mück Telemedizin, künstliche Intelligenz, Robotik, Augmented Reality, Machine Learning, jedoch mit dem Nachsatz: „Vieles davon ist auf Ebene von Theorie und Forschung spannend, doch die Frage ist immer, was davon tatsächlich im täglichen Spitalsablauf einen verwertbaren Nutzen bringen kann.“ Anwendungsbereiche von Digitalisierung sieht Mück grundsätzlich auf allen Ebenen – von der Administration über die Pflege bis hin zur Akutmedizin, doch er dämpft die zu große Euphorie: „Auch der Big-Data-Hype kann nur dann sinnvolle Ergebnisse bringen, wenn dahinter die passende Infrastruktur vorhanden ist. Der Nutzen muss spürbar sein, technische Spielereien interessieren uns nicht.“ Er fordert daher auch Raum für Innovation, der sowohl Projektmanagement erfordert, aber auch zulässt, dass man manchmal auf das falsche Pferd setzt. Die digitalen Anwendungen sieht er aus Sicht von Expertinnen und Experten als interessantes Feld, doch: „Für Patientinnen und Patienten darf es nicht so aussehen, als würden wir mehr Technik einsetzen, um den Mangel an Personal und Budget auszugleichen. Ich denke, dass die Bevölkerung diesen Rückschritt in der Versorgung nicht akzeptieren würde.“



„Wir dürfen die KI nicht so verschlafen wie das Fax“

Das heimische Gesundheitswesen **STECKT AKTUELL ZWISCHEN DEN WELTEN DES EUROPÄISCHEN GESUNDHEITSDATENRAUMS UND DEN KLASSISCHEN FAXFANS** fest. Jetzt ist es an der Zeit, dass die digitale Transformation rasch in die Gänge kommt. Die Chancen stehen gut, doch die Uhr tickt. | von Paul Schnell

Das Faxgerät ist zum Symbol geworden. Nicht nur für technische Rückständigkeit, sondern für ein tieferliegendes Versagen im österreichischen Gesundheitssystem. PRAEVENIRE-Präsident Hans Jörg Schelling, ehemaliger Finanzminister, und Dr. Franz Leisch, Chief Digital Officer von PRAEVENIRE und ehemaliger ELGA-Chef, haben sich im Gespräch mit dem aktuellen Zustand und den Perspektiven der digitalen Transformation im österreichischen Gesundheitswesen auseinandergesetzt. Das Ergebnis ist ein ernüchternder, aber auch konstruktiver Blick

auf das, was schief läuft, und auf jene Bereiche, die dringenden Handlungsbedarf erfordern.

Fax hat ausgedient

Es waren die 80er-Jahre, als das Fax als moderne Technologie in heimische Büros und das Gesundheitswesen Einzug gehalten hat. Während es in vielen Teilen der Unternehmen gelungen ist, auf moderne Methoden der Datenübermittlung wie etwa dem E-Mail umzusteigen, haben viele öffentliche Stellen daran festgehalten, allen voran das Gesundheitswesen. Wenig überraschend ist daher die Empörung, die sich seit

Trotz fortschreitender Digitalisierung halten viele Institutionen weiterhin an veralteten Kommunikationswegen fest.

Jahresanfang breit macht, denn: Die Krankenkassen haben informiert, dass Gesundheitsdaten nicht mehr per Fax verschickt werden dürfen, weil dies den Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes (GTelG) widerspricht. „Der Grund sind technische Änderungen in den Telefonnetzen. Da die Daten paketweise in Netzen transportiert werden, die auf Internet-technologie beruhen, werden für Faxe keine Ende-zu-Ende-verschlüsselten Kanäle mehr genutzt. Die Übermittlung von Gesundheitsdaten per Fax entspricht somit nicht mehr den Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung – eine Ausnahmeregelung im Gesundheitstelematikgesetz zwischen Gesundheitsdiensteanbietern ist weggefallen“, erklärt Leisch.

Auch dieser Umstand ist also nicht ganz neu, hat aber die leidenschaftlichen Faxer dennoch kalt erwischt. Das Aus für die veraltete Technologie hätte bereits vor der Pandemie kommen sollen, aber in der Hitze des Gefechtes war es für viel Spitäler nicht anders möglich, die damals erforderlichen „Fallzahlen“ der Infizierten dem Krisenmanagement zukommen zu lassen. Österreich war einmal mehr nicht vorbereitet. „Es ist peinlich und bedauerlich, dass über einen sehr langen Zeitraum bekannt war, dass die Kommunikation über Fax nicht mehr zulässig ist, und trotzdem niemand gehandelt hat“, bringt es Schelling auf den Punkt. Seine aktuellen persönlichen Erlebnisse im Krankenhaus spiegeln wider, was Patientinnen und Patienten täglich erleben: Sie werden zum „Datenträger“, wenn veraltete Speichermedien oder gar Papierbefunde von einem Behandler zum nächsten gebracht werden.

Dass es in einer Zeit, in der Digitalisierung keine Branche verschont, längst Bestrebungen hätten geben müssen, Alternativen zum Fax zu etablieren, liegt klar auf der Hand. Für Leisch ist das ein Sinnbild für die Strukturschwächen im österreichischen Gesundheitssystem.

Digitalisierung darf nicht nur als Infrastrukturmaßnahme gesehen werden – sie braucht klare Strategien und Umsetzung.

Hans Jörg Schelling





„Koordinierte Initiativen brauchen Zeit und damit hätte man sich längst auseinandersetzen können“, meint der Digitalisierungsexperte. Und auch Schelling bringt auf den Punkt, wohin die Reise jetzt gehen muss: „Wir dürfen bei der künstlichen Intelligenz nicht denselben Fehler machen wie beim Fax.“

Fördertöpfe öffnen

Viele Technologien sind längst verfügbar, funktionieren und genießen auch die Akzeptanz der Anwenderinnen und Anwender. Die besten Beispiele sind die e-card, die e-Medikation, der elektronische Impfpass und ELGA. „Wir haben sehr brauchbare Instrumente, doch sie werden nicht flächendeckend genutzt“, sagt Schelling und ergänzt: „Die Digitalisierung wurde sowohl extramural als auch intramural bisher nicht wirklich vorangetrieben und wir stecken in vielen Insellösungen fest. Es braucht endlich eine durchgängige Digitalisierung ohne analoge Zwischenstufen, denn gerade in einem so sensiblen Bereich wie der Gesundheit ist das eine Voraussetzung für eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung.“

Beide Experten sprechen sich daher für gezielte Förderprogramme aus, die an etablierte Systeme anknüpfen, aber auch an klare Umsetzungsnachweise gekoppelt sind. „Wir brauchen eine kleine, unabhängige Taskforce von drei bis vier Expertinnen und Experten, die zertifizieren, welche Systeme geeignet sind, wie sie implementiert werden, und die dafür finanzielle Mittel freigeben können“, sagt Schelling. Ein Blick nach Deutschland zeigt einmal mehr, wie es gehen kann. Dort wurden mit dem Krankenhauszukunftsgesetz konkrete Strukturen geschaffen, die auch Förderungen möglich gemacht haben. „Als Taskforce wurde ein Health Innovation Hub für zwei Jahre in Berlin eingerichtet, der mit Profis besetzt war und

Experten fordern eine flächendeckende Implementierung moderner Technologien für eine effizientere Patientenversorgung.“



gute Vorschläge machen konnte – das fehlt bei uns“, ist Leisch überzeugt. Hinzu kommt, dass Digitalisierung in Österreich oft nur auf Infrastruktur reduziert wird. „Hardware ist das eine, aber wir müssen auch in die Software und in die Schulungen der Anwenderinnen und Anwender investieren“, fordert Leisch. Einig sind sich die beiden Experten aber auch, dass die erforderliche Kontrolle nicht fehlen darf, denn: „Förderung muss an echte Implementierung gebunden sein. Wer das System nicht einführt oder nutzt, bekommt keine Mittel.“ Ein sinnvolles Modell wäre ein stufenweiser Anreizmechanismus: Erst bei Nachweis der Integration wird ausbezahlt, so wie es auch beispielsweise auch bei Infrastrukturprojekten funktioniert.

Lebensmittelhandel zeigt, wie es gehen kann

Aber nicht nur der Blick ins Nachbarland eröffnet neue Perspektiven. Dass eine koordinierte Umsetzung durchaus funktionieren kann – und das auch noch in einem akzeptablen Zeithorizont –, hat erst kürzlich der Lebensmittelhandel bewiesen: Zur Einführung des Einwegpfandsystems in Österreich wurden insgesamt 170 Millionen Euro an Fördergeldern bereitgestellt. Davon waren etwa 80 Millionen Euro für die Anschaffung und Anpassung von Leergutrücknahmeautomaten vorgesehen, um eine effiziente automationsunterstützte Rücknahme zu gewährleisten. Zusätzlich standen laut Wirtschaftskammer rund 30 Millionen Euro für die Errichtung oder Anpassung von Abfüll- und Waschanlagen für Mehrweg-Getränkegebinde zur Verfügung. Die restlichen Mittel waren für die Förderung von Sortieranlagen für Kunststoffverpackungen vorgesehen, um die Recyclingkapazitäten zu erhöhen. Ein durchdachtes Konzept, das aufgegangen ist und Schelling nachdenklich macht: „Wenn wir für Leergutrücknahme derart hohe Förderung haben, dann müssen wir auch für die

Digitalisierung im Spitalbereich Mittel bereitstellen können. Entscheidend ist, dass diese Mittel zielgerichtet eingesetzt werden.“

Es ist bedauerlich, dass über Jahre bekannt war, dass Fax-Kommunikation nicht mehr zulässig ist – und trotzdem niemand gehandelt hat.

Hans Jörg Schelling

Bruchlinien an Systemgrenzen verbinden

Mehr als deutlich wird in der Diskussion auch, dass eine sektorenübergreifende Versorgung kein „Nice to have“, sondern eine Grundvoraussetzung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem sein muss. „Österreich hat viele gute Ansätze, aber sie bleiben oft in Pilotprojekten oder Modellregionen stecken. Es braucht politischen Mut, klare Verantwortlichkeiten und ein neues Denken in Richtung Zusammenarbeit statt Sektorendenken“, sagt Schelling. Warum das wichtig ist, liegt auf der Hand: Am Ende geht es nicht um Organisationen oder Zuständigkeiten oder gar Postleitzahlen, sondern um Menschen, die auf eine verlässliche, kontinuierliche und sichere Versorgung angewiesen sind. Auch wenn die Gesundheitsversorgung in Österreich im internationalen Vergleich als hochwertig gilt, ist doch das Ergebnis des wachsenden Drucks deutlich sichtbar. Das Tauziehen zwischen ambulant, stationär, kurativ, rehabilitativ oder pflegerisch bindet und verschwendet nicht nur Ressourcen, sondern lässt auch keinen Raum für innovative neue Lösungen. Die einzelnen Bereiche wie Spitäler, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Reha-Zentren oder Pflegeeinrichtungen agieren weitgehend unabhängig voneinander. Patientinnen und Patienten „wandern“ →



Erfolgreiche Beispiele aus dem Ausland zeigen, wie digitale Gesundheitslösungen effektiv umgesetzt werden können.

von einem Sektor in den nächsten, häufig ohne strukturierte Übergänge oder klar geregelte Verantwortlichkeiten, mit dem Ergebnis, dass die Versorgung darunter leidet und die Ressourcen weit mehr als nötig belastet werden. Eine sektorenübergreifende Versorgung zielt darauf ab, diese Brüche zu überwinden. „Im Zentrum steht eine koordinierte, patientenorientierte Betreuung entlang der gesamten Versorgungskette – von der Prävention über die Akutversorgung bis hin zur Nachsorge und Pflege. Es geht um eine integrierte Sichtweise, bei der alle Beteiligten eng zusammenarbeiten – über Organisations- und Finanzierungsgrenzen hinweg. Und klar ist, dass auch hier die Digitalisierung eine zentrale Rolle übernehmen muss“, ist Schelling überzeugt. Eine sektorenübergreifende Versorgung kann hier doppelt wirken: Sie verbessert die Qualität der Behandlung und trägt zur Entlastung der Systeme bei – personell wie finanziell. „In der Praxis ist Österreich jedoch noch weit entfernt von einer sektorenübergreifenden Versorgung. Die Ursachen kennen wir alle: die strukturelle Trennung der Versorgungsbereiche, die fragmentierte Finanzierung, der Mangel an digitaler Infrastruktur und das Fehlen koordinierter Patientenzugänge“, fasst Leisch die Problematik zusammen. Er ist überzeugt, dass man auch hier das Rad nicht neu erfinden muss und

mit den bereits vorhandenen Instrumenten ein großer Schritt in Richtung Effizienzsteigerung erreicht werden kann, wenn sie von der Idee oder Pilotierung endlich in den Regelbetrieb kommen würden. Dass dabei die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen müssen, und nicht das System sollte selbstverständlich sein. „Wir brauchen einheitliche digitale Prozesse, die den Menschen dienen“, betont auch Schelling und bringt ein durchaus gelungenes Beispiel: „Der sogenannte Medikamentensicherheitsgurt kam aus der Apothekerschaft und war ein Vorläufer der heutigen e-Medikation. Das zeigt, dass gute Ideen aus der Praxis kommen können, sie müssen dann auch aufgegriffen und flächendeckend umgesetzt werden.“ Leisch setzt einen klaren Appell nach: „Wir brauchen mehr als nur ein Absichtspapier. Wir brauchen Maßnahmen für eine strategische Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung, bei der die Digitalisierung Vorrang hat. Dazu müssen Ressourcen, Kontrollfunktionen und Verantwortung klar festgelegt sein. Anstelle von Symbolpolitik muss endlich politische Entschlossenheit treten.“

Vom Piloten zur App auf Rezept

Die Entwicklungen rund um ELGA, die Ergebnisse des Finanzausgleichs oder die E-He-

alth-Strategie sind wichtige Eckpunkte, die auch an den digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) – den „Apps auf Rezept“ – nicht vorbeigehen. DiGA sind mobile Applikationen, die von Patientinnen und Patienten allein oder auch gemeinsam mit den Gesundheitsdienstleistern genutzt werden können. Es handelt sich dabei um Medizinprodukte, die zur Erkennung, Überwachung, Behandlung und Verhinderung von Krankheiten oder Erkennung, Behandlung und Kompensierung von Verletzungen eingesetzt werden, aber nicht der Primärprävention dienen sollen. Ihre Hauptfunktion ist die Herstellung des medizinischen Nutzens und dieser soll eben durch die Technologien erbracht werden können. „DiGA gelten als vielversprechendes Tool in der Therapie, vor allem bei chronischen Erkrankungen, doch ihre Einführung bleibt schleppend“, beschreibt Leisch die Situation. So wie an vielen Stellen im Gesundheitswesen, bremst auch hier das limitierte Budget. Dazu kommen strikte und sehr klare Vorgaben der Sozialversicherung, was DiGA können müssen, um in die Erstattung – und damit in die Breite – zu kommen: Der medizinische Nutzen und die Compliance der Userinnen und User stehen ganz deutlich im Fokus der Anwendungen. Beurteilt werden unter anderem die Sicherheit, die Funktionsfähigkeit, die Nutzerfreundlichkeit, die Barrierefreiheit, die Datensicherheit oder die Interoperabilität sowie der medizinisch-klinische Nutzen im Sinne einer Versorgungsverbesserung. Am Ende steht ein Bewertungsergebnis in Form eines Dossiers, als Basis für die Erstattungsentscheidung. Aufbauend auf den Erfahrungen aus der Zulassung von Medikamenten, auf Basis umfassender Beteiligungsworkshops und nach Beauftragung durch die Bundeszielsteuerungskommission wurde in der Sozialversicherung vor etwa einem Jahr ein Prozess initiiert, an dessen Ende ein Prozedere für einen Bewertungsprozess von DiGA steht. Aktuell laufen mehrere Pilotbetriebe, die Erstattung der ersten DiGA wird für 2026 erwartet. „Deutschland hat gezeigt, wie wichtig klare Strukturen bei der Einführung der DiGAs sind. Nach Startschwierigkeiten ist es dort gut gelungen und wir können davon lernen, wie ein derartiger Innovationsprozess organisiert ist“, sagt Leisch. „Ein Thinktank wie der Health Innovation Hub fehlt in Österreich“, setzt Schelling nach.

Förderung muss an echte Implementierung gebunden sein. Wer das System nicht nutzt, bekommt keine Mittel.

Hans Jörg Schelling

Gesundheitsdaten besonders schützenswert

Es sind nicht nur diese DiGA, die unseren Umgang mit Gesundheitsdaten künftig grundlegend verändern werden. Schon jetzt ist der Gesundheitssektor ein Sammelbecken für Daten in immer größer werdender Komplexität, die aus intelligenten Medizinprodukten, der Bildgebung, den Versorgungsprozessen oder der medizinischen Dokumentation stammen. „Dank ELGA liegen Entlassungsbefunde, Medikationsdaten und Impfinformationen im Behandlungssetting vor, Laborbefunde und radiologisches Bildmaterial werden kommen“, sagt Leisch. Registerdaten oder Daten aus klinischen Studien sind noch nicht vorgesehen. Dass der Zugang zu hochwertigen, verknüpften Gesundheitsdaten für die Steuerung des Systems oder Forschung hilfreich sind, ist unbestritten. Die Angst vor Missbrauch der besonders sensiblen Inhalte fördert jedoch nach wie vor Daten-



silos und Doppelgleisigkeiten. In der mit den Finanzausgleichsverhandlungen einhergehenden Gesundheitsreform gelang ein Stückweit eine Lockerung, indem etwa Bund, Bundesländer und Sozialversicherung pseudonymisierte Daten für legitime Nutzungszwecke austauschen dürfen. Den Weg zur Sekundärnutzung ebnet zudem seit Anfang März der Europäische Gesundheitsdatenraum (EHDS). Die EHDS-Bestimmungen erfordern neue und vertrauenswürdige Prozesse, die missbräuchliche Verwendung unterbinden und den gesellschaftlichen Nutzen im Auge behalten. „Das Prinzip der Datenminimierung gilt weiterhin. Der Verordnungstext räumt Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit eines Widerspruchs, also ein Opt-out, ein. So können Bürgerinnen und Bürger entscheiden, ob mit ihren Gesundheitsdaten geforscht werden darf oder nicht“, ergänzt der Experte. Die Umsetzung des EHDS in Österreich wird nicht nur Gesetzesanpassungen erfordern, sondern auch technische und organisatorische Innovationen rund um bestehende Dateninfrastrukturen nach sich ziehen. „Der Aufwand ist hoch, das Potenzial aber auch. Auch stehen wir wieder vor der gleichen Herausforderung, wie bei der digitalen Transformation. Es braucht Anreize für gemeinsame Strukturen, die Umsetzung und die praktische Nutzung. Österreich darf diesen Zug nicht verpassen. Wenn wir jetzt nicht investieren und strategisch anschließen, laufen wir Gefahr, zum digitalen Anhängsel zu werden“, betont Schelling. „Das ist unsere Chance, Gesundheitssysteme in ganz Europa zu vernetzen – für bessere Forschung, bessere Versorgung, bessere Prävention“, sagt Leisch dazu.

Daten für mehr Patientenorientierung

Daten nicht nur zu sammeln, sondern aktiv zur Optimierung medizinischer, organisatorischer und wirtschaftlicher Prozesse zu nutzen, ist die Basis des Konzepts rund um „Data Driven Hospitals“. Während diese Idee international zunehmend Fuß fasst, steht Österreich auch hier noch am Anfang eines tiefgreifenden Transformationsprozesses. Ein Data Driven Hospital nutzt strukturierte und unstrukturierte Daten aus unterschiedlichsten Quellen – von klinischen Informationen über administrative Daten bis

Die Digitalisierung braucht klare Strukturen und finanzielle Mittel – aber nur bei nachweislicher Umsetzung.

hin zu Patientenfeedback –, um daraus verwertbare Erkenntnisse zu gewinnen. Mithilfe von Technologien wie Data Analytics, künstlicher Intelligenz, maschinellem Lernen und interoperablen IT-Systemen werden diese Daten in Echtzeit analysiert und für Entscheidungsprozesse auf verschiedenen Ebenen genutzt: klinisch zur Unterstützung von Diagnostik, Therapieplanung und Risikomanagement, organisatorisch für die Ressourcenplanung, das Personalmanagement und die Prozessoptimierung und schließlich auf strategischer Ebene für Bereiche wie Qualitätssicherung, Versorgungsplanung oder evidenzbasierte Investitionsentscheidungen.

Die Umsetzung eines datengesteuerten Krankenhausbetriebs verspricht signifikante Verbesserungen in vielen Bereichen. So kann eine datenbasierte Entscheidungsunterstützung und personalisierte Medizin die Behandlungsqualität deutlich erhöhen. Aber auch optimierte Prozesse, etwa durch Echtzeit-Analyse von Patientenströmen oder der automatisierten Ressourcenplanung, helfen mit, Effizienzpotenziale zu heben, und zeigen sich beispielsweise in kürzeren Wartezeiten – das Resultat sind weniger Stress beim Personal und zufriedener Patientinnen und Patienten. Die Kostensparnis durch Vermeidung von Redundanzen, Fehlbehandlungen oder ineffizienten Abläufen sowie die Transparenz und Steuerbarkeit für das Spitalsmanagement bis hin zur Gesundheitspolitik sind wohl die überzeugendsten Vorteile. Doch die Realität zeigt, dass in Österreichs Spitalsalltag diese datengetriebene Steuerung mehr Wunsch als Wirklichkeit ist – gibt es doch Spitäler, in denen es schon am Arbeitsplatz mit akzeptablem Internetanschluss scheitert. „Dazu kommt die fragmentierte IT-Landschaft mit unterschiedlichen Softwarelösungen, proprietären Systemen und mangelnder Interoperabilität“, beschreibt Leisch die Realität. Klinische, administrative und patientenzentrierte Daten liegen oft in Silos vor, das limitiert die sinnvolle Analyse. Rechtliche Unsicherheiten, der Datenschutz und eine fehlende Datenkultur tragen das Ihre dazu bei, dass wir dem Data Driven Hospital kaum einen Schritt näher kommen. „Organisationsweite Strategie für datengestützte Entscheidungsfindung fehlen und es mangelt

Sektorenübergreifende Versorgung ist kein ‚Nice to have‘, sondern eine Grundvoraussetzung für ein modernes Gesundheitssystem.

Hans Jörg Schelling

an qualifiziertem Personal, das Datenanalysen im Spitalsalltag dann auch wieder kompetent einsetzen kann“, meint Leisch. Auch hier sind die Anreize nicht groß genug, um langfristig in die digitale Transformationen zu investieren. Zwei Anwendungsbeispiele zeigen, was möglich ist: Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurden in der Mayo Clinic (USA) ein interdisziplinäres Predictive-Analytics-Teams eingesetzt, das auf Basis historischer und aktueller Patientendaten mittels KI-Algorithmen den Bedarf an Intensivbetten prognostizierte. Die Modelle haben epidemiologische Parameter und Faktoren wie Alter, Komorbiditäten und klinische Verläufe einbezogen. Das System ermöglichte eine proaktive Ressourcenplanung und unterstützte das Krisenmanagement und kann auch gut im Normalbetrieb genutzt werden.

Das AKH Wien hat ein datenbasiertes Antibiotic Stewardship Programm (ASP) eingerichtet. Durch die Verknüpfung von Laborwerten, Medikationsdaten und Resistenzstatistiken werden Ärztinnen und Ärzte aktiv bei der Auswahl der optimalen antimikrobiellen Therapie unterstützt. Das System gibt Hinweise auf potenziell inadäquate Verschreibungen und schlägt evidenzbasierte Alternativen vor. Das Ergebnis ist eine messbare Reduktion von Antibiotikaresistenzen und eine verbesserte Therapiequalität.

Um all diese Transformationsprozesse in die Gänge zu bekommen, braucht es nach Ansicht von Schelling und Leisch auch den passenden Mindset – vor allem da Österreich ohnehin als wissenschaftsskeptisches Land bekannt ist: „Wir müssen endlich aufhören, Digitalisierung als Bedrohung zu sehen.“ Die Voraussetzungen sind da, jetzt ist Entschlossenheit gefragt, denn: „Sonst sind wir in zehn Jahren dort, wo wir heute schon nicht mehr sein sollten“, so Schelling abschließend. **P**



POLITIK

„Es ist Zeit für Innovation“

DAS ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSSYSTEM STEHT VOR GROSSEN HERAUSFORDERUNGEN: Die Bevölkerung altert, chronische Erkrankungen nehmen zu, und gleichzeitig steigen die Kosten für medizinische Versorgung stetig an. Um diesen Entwicklungen zu begegnen, braucht es innovative Lösungen. Welche davon die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) beisteuern will, beschreibt der neue Vorsitzende des Verwaltungsrates, Mag. Peter McDonald.

Steigende Kosten, eine alternde Bevölkerung und der technologische Fortschritt verlangen nach neuen Lösungen. Mag. Peter McDonald sieht darin eine Chance: Er will verkrustete Strukturen aufbrechen, Telemedizin ausbauen und die Versorgung effizienter gestalten. Die Digitalisierung soll Patientinnen und Patienten den Zugang zu medizinischen Leistungen erleichtern. Gleichzeitig muss die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung gesichert werden – mit smarten Investitionen und klaren Prioritäten. Ein besonderes Anliegen ist McDonald auch die Prävention: Übergewicht und chronische Erkrankungen müssen durch frühzeitige Maßnahmen bekämpft werden.

PERISKOP: Sie sind seit Kurzem neuer Vorsitzender des Verwaltungsrates der ÖGK. Was begeistert Sie an Ihrer neuen Aufgabe besonders?

MCDONALD: Seit Jänner bin ich Vorsitzender des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse und einer der beiden Konferenzvor-

sitzenden im Dachverband der Sozialversicherungen. Auf die bevorstehenden Jahre freue ich mich sehr, denn es gibt viel zu tun. Nach meiner Zeit an der Spitze der Sozialversicherung und in der Politik war ich die letzten sieben Jahren in der Privatwirtschaft bei Johnson & Johnson MedTech und konnte hier viel Erfahrung in sehr professionellem Management, aber auch in der digitalen Transformation sammeln. Diese Innovationskraft brauchen wir auch in der Sozialversicherung. Wir sind mitten in einer Zeitenwende, wir müssen die Verkrustungen eines 70 Jahre gewachsenen Gesundheitssystems aufbrechen und den Arzt oder die Ärztin am Handy und Dr. ÖGK statt Dr. Google ermöglichen. Wir sehen stagnierende Beitragseinnahmen durch das ausbleibende Wirtschaftswachstum und fast eine halbe Million arbeitslose Menschen. Die Versorgungskosten steigen stark und gleichzeitig fühlen sich die Menschen in ihrer Wahrnehmung schlechter versorgt. Es gibt also viel zu tun und wir müssen rasch wieder eine Balance zwischen Einnahmen und Ausgaben herstellen, da braucht es schnelle und treffsi-

chere Entscheidungen. Dass wir eine exzellente Gesundheitsversorgung in Österreich haben, um die wir international beneidet werden, merken wir selbst daran, dass wir im Krankheitsfall – Hand aufs Herz – rasch nach Hause wollen, um hier behandelt werden zu können. Die 7,6 Millionen Kundinnen und Kunden der ÖGK werden auch weiterhin die bestmögliche Behandlung erhalten, unabhängig von Alter, Wohnort, Herkunft oder sozialem Status. Dafür zu kämpfen und sicherzustellen, dass wir diese solidarische Gesundheitsversorgung – als eine DNA Österreichs – auch für unsere Kinder erhalten, ist, was mich anspornt.

Die Versicherten sollen schnell, unkompliziert und niederschwellig die Behandlung bekommen, die sie benötigen.

Peter McDonald

Welche Schwerpunkte wollen Sie in dieser Funktion in den kommenden fünf Jahren setzen?

Es braucht ganz klar einen Fokus auf die Ausweitung von telemedizinischen Angeboten, sodass Versicherte etwa innerhalb von 30 Minuten mit einer Ärztin oder einem Arzt sprechen können, und es bedarf einer neuen Offensive für mit den Bundesländern gemeinsam finanzierte Facharztzentren mit multidisziplinärem Ansatz und Öffnungszeiten von 7.00 bis 19.00 Uhr. Unsere Versicherten sollen schnell, unkompliziert und niederschwellig die Behandlung bekommen, die sie benötigen. Entscheidend ist dabei auch, dass sie eine gute Orientierung haben und nicht innerhalb des Systems hin- und hergeschickt werden. Das ist nicht nur frustrierend für jeden von uns, sondern auch teuer für die Versichertengemeinschaft. Ganz im Sinne unserer Strategie „digital vor ambulant vor stationär“ werden wir die digitalen Angebote für Versicherte, Vertragspartnerinnen und -partner sowie Dienstgeberinnen und Dienstgeber forcieren, die Versorgung im niedergelassenen Bereich stärken und mit dem Zukunftsmodell der Kinder- und Primärversorgungszentren weitere leistungsstarke ambulante Versorgungseinheiten schaffen.

Ein weiterer Schwerpunkt ist mir persönlich ganz wichtig: Die Zahl übergewichtiger Menschen explodiert weltweit. Das raubt Millionen Menschen viele gesunde Lebensjahre, reduziert Lebensqualität und bringt der Sozialversicherung massivste Zusatzkosten. Hier müssen wir

Die Sozialversicherung braucht Innovationskraft: die Verkrustungen eines 70 Jahre gewachsenen Gesundheitssystem müssen aufgebrochen werden.



© MARTIN HÖRMANDINGER



mit einem ambitionierten Ziel zur Reduktion von Übergewicht ansetzen. Menschen brauchen Mut und Freude, etwas Neues zu probieren, das eigene Leben gesund zu gestalten. Warum soll nicht die Österreichische Gesundheitskasse unterstützen, motivieren und begleiten zu mehr Bewegung und einem gesünderen Lebensstil?

Wo sehen Sie aktuell die größten Herausforderungen, denen die ÖGK gegenübersteht?

Das ist vor allem die Demografie: In Österreich leben aktuell 50 Prozent mehr über 65-Jährige als noch vor 20 Jahren. Sie brauchen in dieser Altersphase eine verstärkte Versorgung. Diese wollen wir auch bereitstellen, den medizinischen Fortschritt allen zur Verfügung stellen und flächendeckende Versorgung bieten, insbesondere im niedergelassenen Bereich. Oberstes Ziel ist es, einen Zugang zu raschen Arztterminen zu ermöglichen und die Patientinnen und Patienten richtig zu leiten. Außerdem muss besser unterschieden werden zwischen notwendigen und nichtnotwendigen Eingriffen und Leistungen. Ich bin stolz darauf, dass Österreich neben Deutschland das einzige Land ist, das bei neuen, auch sehr teuren, Medikamenten und Therapien die volle Innovationskraft des Marktes an die Versicherten weitergibt. Der Fortschritt mit neuen, innovativen Behandlungsansätzen und Medikamenten ist aber auch ein struktureller Kostentreiber. Es ist mir ein Anliegen, dass wir auch in wirtschaftlich herausfordernden Zeiten nicht an der modernen, umfassenden Versorgung der Patientinnen und Patienten sparen. Wir werden uns auch weiterhin dafür einsetzen, dass neue, wirksame Medizinprodukte zügig in die Erstattung aufgenommen werden. Auf der wirtschaftlichen Seite gilt es, die österreichischen Unternehmen zu entlasten, damit sie international erfolgreich bleiben können, denn nur eine starke Wirtschaft kann Arbeitsplätze schaffen, stabile Beiträge und somit Einnahmen für die Sozialversicherung garantieren.

Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung steht vor großen Herausforderungen. Welche Reformansätze halten Sie für notwendig?

Aufgrund des sinkenden Wirtschaftswachstums stagnieren die Beitragseinnahmen und die Überalterung der Bevölkerung fordert vom Gesundheitssystem immer höhere Ausgaben. Wir haben in den vergangenen Jahren mit der Schaffung einer österreichweiten Organisation eine massive Leistungsausweitung erfahren, die zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung erreicht. Seit der Fusion zahlen wir 3,6 Mrd. mehr an Leistungen für unsere Kundinnen und Kunden aus.

Unsere Management Aufgabe heißt „smart spend“: Wir durchleuchten gerade unsere Ausgaben und haben uns in der Verwaltung ein Sparprogramm von minus 50 Prozent der Kostensteigerungen verordnet. Bei den Verhandlungen mit unseren Vertragspartnerinnen und -partnern bitten wir um Verständnis für eine notwendige Zurückhaltung. Nicht zwingend notwendige Investitionen im Baubereich werden aufgeschoben. Künftig werden wir weniger Juristinnen und Juristen, dafür mehr Mitarbeitende aus dem Controlling und der Ökonomie benötigen.

Welche Maßnahmen ergreift die ÖGK, um die Versorgungsqualität trotz steigender

Kosten sicherzustellen? Wird „alles für alle“ auch künftig möglich sein?

Um den vollen Zugang unserer Patientinnen und Patienten zum medizinischen Fortschritt zu erhalten und die engmaschige Versorgungsstruktur im niedergelassenen und stationären Bereich zu erhalten, müssen wir unsere Ressourcen zielgenauer einsetzen. Wir müssen Leadership zeigen im Namen der Versichertengemeinschaft, deren Gelder wir verwalten, indem Doppel- und Mehrleistungen vermieden werden und Mittel gezielt und effizient eingesetzt werden, damit nicht Unnötiges finanziert wird. Darüber hinaus sind wir auch in Verhandlungen mit den regierenden Parlamentsparteien für mehr Ressourcen, um den medizinischen Fortschritt, demografische Entwicklung, Ambulantisierung und Digitalisierung auch finanzieren zu können. Auch den im Regierungsprogramm vorgesehenen Leistungsausbau kann es nur geben, wenn auch die Finanzierung miteinher kommt. Für unsere Kundinnen und Kunden zahlen wir bereits sechs Milliarden Euro pro Jahr an die Spitäler in den Bundesländern. Diese Kosten steigen jährlich um beinahe 500 Mio. Euro. Sinnvoller wäre es, mit diesen zusätzlichen Mitteln multiprofessionelle Primärversorgungs- und Facharztzentren aufzubauen.

Sie bringen profunde Expertise im Gesundheitsbereich und langjährige Erfahrung in der österreichischen Sozialversicherung mit – was hat sich in den letzten zehn Jahren aus Ihrer Sicht positiv und was gar nicht verändert?

In den vergangenen 20 Jahren haben sich die Investitionen in die Gesundheit verdreifacht. Das österreichische Gesundheitssystem genießt nach wie vor einen ausgezeichneten internationalen Ruf und zählt zu den besten der Welt, daran hat sich nichts geändert. Wir haben etwa das Modell von multiprofessionellen Primärversorgungseinheiten (PVE) geschaffen und weiterentwickelt, ein Meilenstein in der medizinischen Versorgung. Österreichweit haben wir bereits 84 solcher Einheiten geschaffen – zwölf davon sind Kinder-PVE. – Ein tolles Beispiel für positive Veränderung, wie wir die medizinische Versorgung vor Ort nachhaltig sichern können. Gleichzeitig wissen wir, dass es Herausforderungen gibt, für die wir rasch weitere niederschwellige Lösungen brauchen. Wir müssen die Menschen dort abholen, wo ihre Probleme und Erwartungen sind, müssen zusätzliche

Die 7,6 Millionen Kundinnen und Kunden der ÖGK werden auch weiterhin die bestmögliche Behandlung erhalten, unabhängig von Alter, Wohnort, Herkunft oder sozialem Status.

Versorgungsangebote zu Randzeiten und am Wochenende schaffen. Gemeinsam mit der Ärztekammer wollen wir, dass künftig österreichweit gleiche Leistungen angeboten werden und Ärztinnen und Ärzte auch nicht mehr anders bezahlt werden, wenn sie die Bundesländergrenzen übertreten. Aus meiner Sicht braucht es auch neue Denke im Hinblick auf Vorsorge und Selbstverantwortung für die eigene Gesundheitsförderung.

Je eher Erkrankungen und deren verursachende Faktoren erkannt werden, desto besser sind die Heilungschancen. Zudem kann die Entstehung von chronischen Krankheiten rechtzeitig verhindert werden. Der Schlüssel ist aus meiner Sicht aber, die Menschen zu einem gesunden, aktiven Lebensstil zu motivieren und Möglichkeiten dafür zu schaffen. Ich habe in Verantwortung für die heutige Sozialversicherung der Selbständigen bereits gezeigt, dass eine Sozialversicherung Motor einer Bewusstseinsveränderung sein kann. Wir haben ein Modell eingeführt, das motiviert und belohnt – so muss es laufen.

Wie wollen Sie den Ausbau der Primärversorgung vorantreiben?

Wir möchten mehr Gesundheitsberufe miteinbeziehen und attraktive Möglichkeiten bieten, in Teams zu arbeiten. Als Versicherungsgemeinschaft wollen wir neben der besseren medizinischen Versorgung und dem besseren Service auch an den Produktivitätsgewinnen mitprofitieren. Der fachliche Austausch, die persönliche Entlastung und die Möglichkeit, sich voll auf den Patientinnen und Patienten konzentrieren zu können, sind weitere Benefits. Zusätzlich kann im Rahmen der Primärversorgung auch die Telemedizin einen wichtigen Beitrag leisten, denn nicht mit jedem Anliegen muss man zwingend persönlich in eine Praxis fahren oder gehen.

Chronische Erkrankungen belasten das Gesundheitssystem in vielfältiger Weise. Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Strategien und Pläne, hier Lösungen zu bieten, etwa am Beispiel von Diabetes?

Insbesondere chronische Erkrankungen erfordern ein Zusammenspiel von vielen Gesundheitsberufen, aber auch ein professionelles Case-management. Die Behandlung ist umfangreich, langwierig und kostspielig. Eine große Chance und Teil unserer Strategie ist auch im Bereich





POLITIK

der chronischen Erkrankungen die Digitalisierung: Apps können der Schlüssel für eine datenbasierte, langfristig ausgelegte Behandlung und Versorgung sein.

Wir wissen auch, dass die Mitwirkung von Patientinnen und Patienten in ihrer Versorgung ein Schlüsselfaktor für den Erfolg ist. Zum Beispiel gibt es in der Nachsorge „Patient Reported Outcome Measures“ zur Messung des subjektiven Gesundheitszustandes, wie ihn die Patientinnen und Patienten vor und nach der Behandlung wahrnehmen. So können wir Behandlungen optimieren. Das muss der Gedanke hinter digitalen Gesundheitsanwendungen sein: eine Unterstützung im täglichen Leben bei chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes und eine Möglichkeit, die eigenen Erfahrungen leicht und strukturiert zu teilen.

Sie wollen Digitalisierung und Telemedizin einsetzen, um das Gesundheitssystem zu transformieren. Wo sehen Sie die größten Ansatzmöglichkeiten dafür?

Als Österreichische Gesundheitskasse müssen wir proaktiv mit neuen Technologien umgehen und Best Practices entwickeln. Österreich war mit der Einführung der e-card ein internationaler Vorreiter, aber das volle Potenzial für die digitale Gesundheitsversorgung wurde bisher nicht ausgeschöpft. Sie muss mit mehr Funktionen beladen werden, wie es schon bei e-Rezept und der Bildgebung aus der Radiologie vorgezeigt wurde. Und wir wollen die ÖGK-App weiter ausbauen als digitale Informations-, Kommunikations- und Betreuungsplattform.

Wo sehen Sie die Rolle von vorgelagerten Ambulanzen oder Tageskliniken zur Entlastung des Spitalwesens?

Wenn wir gemeinsam mit den Ländern an einem Strang ziehen, also mit unseren Partnerinnen und Partnern Finanzierungsmodelle finden und uns die Kosten teilen, sind diese Erstversorgungsambulanzen und Tageskliniken ein guter und geeigneter Schritt im Sinne unserer Strategie „digital vor ambulant vor stationär“. Innerhalb des Gesundheitssystems erleben wir jetzt schon eine fortschreitende Ambulantisierung. Das ist eine gute Entwicklung, denn

Es ist mir ein Anliegen, dass wir auch in wirtschaftlich herausfordernden Zeiten nicht an der modernen, umfassenden Versorgung der Patientinnen und Patienten sparen.

Peter McDonald

es bedeutet, dass Menschen niederschwelliger versorgt werden und rascher wieder in ihre Familien und in den Job zurückkehren können. Diese Ambulantisierung muss jedoch systemische Anpassungen mit sich bringen: Geld muss der Leistung folgen. Fächerübergreifende Facharztzentren, die wir gemeinsam mit den Bundesländern realisieren wollen, können hier einen wichtigen Beitrag leisten.

Österreich hat eine Reihe von Vorsorgeprogrammen – wie beurteilen Sie die Wirksamkeit, etwa beim Impfen oder in der Gynäkologie? Wo gibt es Lücken, die gefüllt werden müssten?

Bei den Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention setzen wir als Österreichische Gesundheitskasse auf Programme und Aufklärungskampagnen mit dem Fokus auf Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, psychosoziale Gesundheit und gesunde Lebensführung, wie zum Beispiel Raucherentwöhnung. Über zahlreiche Initiativen gehen wir neue Wege und sprechen wir die Menschen in ihrem Lebensumfeld an, unter anderem über die Schulen oder die Sportvereine.

Mit dem Gesundheits-Check der ÖGK gibt es im Bereich der Vorsorge gute Angebote. Dieser bietet ein umfassendes Programm. Zweimal im Jahr verschickt die ÖGK Einladungen zur Vorsorgeuntersuchung an jene Versicherten, die noch nie einen, oder schon länger keinen Gesundheits-Check gemacht haben. Dieser dient der Krankheits-Früherkennung und ist ab 18 einmal im Jahr kostenlos. Die Vorsorgeuntersuchung ist ein hervorragendes Angebot und durchaus eine Erfolgsstory. Bei einzelnen Erkrankungen zeigt sich die Wirksamkeit, etwa im Bereich der Gynäkologie. Seit der Einführung einer einfachen

Abstrichuntersuchung konnte die Sterblichkeitsrate bei Gebärmutterhalskrebs in den letzten zwei Jahrzehnten um 50 Prozent gesenkt werden. Darüber hinaus hat die frühzeitige Behandlung von Bluthochdruck dazu beigetragen, dass die Todesfälle durch Schlaganfall seit 1980 um 45 Prozent zurückgegangen sind. Im Jahr 2023 starben in Österreich rund 20.900 Personen infolge einer Krebserkrankung. Der Gesundheits-Check spielt deshalb bei der Krebsvorsorge und -früherkennung eine besondere Rolle und wir müssen noch mehr Menschen dazu bringen, dieses Angebot in Anspruch zu nehmen.

Sie machen sich für eine stärkere Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe stark – welche sind das konkret, in welchen Bereichen und an welchen Schrauben gilt es hier zu drehen?

Wenn wir die Gesundheitsberufe besser integrieren, profitiert das gesamte Gesundheitssystem, sowohl unsere Versicherten als auch unsere Vertragspartnerinnen und -partner. In welche Richtung es gehen soll, zeigen die Primärversorgungseinheiten. Dort erhält man umfassende Gesundheitsdienstleistungen aus einer Hand. Je nach PVE stehen für diese Leistungen unterschiedliche Vertragspartnerinnen und -partner aus Gesundheitsberufen unter Vertrag. Bei den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen bieten diese bereits jetzt jede Woche über 5.300 Stunden Versorgung in Berufen wie Psychotherapie, Diätologie oder Physiotherapie an.

Die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit anderen Gesundheitsberufen sichert hier die gute medizinische Grundversorgung dauerhaft. Die Menschen erhalten eine leicht zugängliche, erste Kontaktstelle mit multiprofessioneller Versorgung, abgestimmter Betreuung an einem Standort mit kurzen Wegen und geringen Wartezeiten. Wesentlichster Pluspunkt sind die langen Öffnungszeiten: Die durchschnittliche Wochenöffnungszeiten der PVE beträgt 50 Stunden. Einzelpraxen liegen meist zwischen 20 und 25 Stunden.

Darüber hinaus stellen die PVE ein attraktives Arbeitsmodell für die Ärzteschaft und Gesundheitsberufe dar, das zu gesteigerter Lebensqualität und Arbeitszufriedenheit führt. Wir erfüllen damit den Wunsch der Ärzteschaft nach attraktiveren Arbeitsbedingungen. Entscheidende Vorteile sind die optimale Vereinbarkeit von Beruf und Familie, interdisziplinäres Zusammenwirken, fachlicher Austausch vor Ort und die Konzentration auf die ärztliche Tätigkeit bei gleichzeitiger Entlastung von administrativen und organisatorischen Aufgaben.

Im Bereich der Digitalisierung bringen Sie hohe Expertise aus der Privatwirtschaft mit. Was kann im Gesundheitswesen realistisch mit Digitalisierung kurz- und mittelfristig erreicht werden? Was braucht es dazu und wie kann ein Fahrplan für das österreichische Gesundheitswesen aussehen?

Digitale Angebote müssen schnell und sicher erreichbar sein, einfach funktionieren und ein positives Kundenerlebnis bewirken, um angenommen zu werden. Es braucht einen sicheren Ort für Befunde und Dokumente, einen schnellen „Draht“ zu einem medizinischen Erstgespräch, einen verlässlichen individuellen Pfad zum Gesundwerden und vor allem viele Angebote zum Gesundbleiben. Wir können hier auf unserer App, der Hotline 1450, der e-card und ELGA aufbauen und bei neuen Angeboten auch verstärkt mit der österreichischen Startup-Szene zusammenarbeiten. Ich möchte mir anschauen, welche Ideen und Innovationen von dort kommen. **P**

Ein ambitioniertes Ziel ist die Reduktion von Übergewicht. Die ÖGK soll zu mehr Bewegung und einem gesünderen Lebensstil unterstützen, motivieren und begleiten.



Gesundheit ohne Umwege

GESUNDHEIT IST HEUTE WEIT MEHR ALS DAS FEHLEN VON KRANKHEIT – SIE IST GANZHEITLICH, KÖRPERLICH WIE PSYCHISCH UND GENDERSENSIBEL. Gesundheitszentren erweisen sich dabei als Gamechanger und setzen diesen Ansatz zunehmend in die Praxis um. Interdisziplinär, vernetzt und nah am Leben bieten sie ein modernes Versorgungsmodell. Im Rahmen der PRAEVENIRE Gesundheitstage erklärt Abgeordnete zum Nationalrat Mag. Dr. Juliane Bogner-Strauß, warum sie dieses integrative Konzept unterstützt – und welche Schritte noch notwendig sind, um es weiter voranzutreiben. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Die Steiermark hat sich in den letzten Jahren als Vorreiterin in der Entwicklung von Gesundheitszentren etabliert. Durch die Zusammenarbeit zwischen der Ärztekammer und der Österreichischen Gesundheitskasse konnten bereits über zehn Gesundheitszentren realisiert werden, weitere sind in Planung. Die Bandbreite reicht von kleinen, spezialisierten Einrichtungen bis zu großen Versorgungszentren, die eine umfassende Betreuung bieten. Ein prägnantes Beispiel ist Mariazell, wo ein ehemaliges Krankenhaus in ein modernes Gesundheitszentrum mit über 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umgewandelt wurde, wie Dr. Bogner-Strauß in ihrer Keynote bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen berichtete. „Die Vorteile liegen auf der Hand: längere Öffnungszeiten, gebündelte Gesundheitskompetenz und eine deutlich höhere Patientenzufriedenheit.“ Die Vernetzung verschiedener Gesundheitsbereiche gilt dabei als Erfolgsfaktor.

Mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kompetenzverteilung

Für Juliane Bogner-Strauß steht außer Frage: „Eine bessere Integration der Pflegeberufe in die Gesundheitsversorgung ist uns ein großes Anliegen.“ Pflegekräfte verfügen über ein breites Fachwissen, das in Gesundheitszentren gezielt genutzt und wertgeschätzt werden muss. „Es geht darum, Kompetenzen besser einzusetzen“, betont sie. Die Qualifikationen in der Pflege reichen heute von der Pflegefachassistenz bis hin zu Diplomierten, viele dieser Fachkräfte könnten erweiterte Aufgaben übernehmen – sofern ihre Ausbildung entsprechend anerkannt und angemessen entlohnt wird.

Gleichzeitig gibt es in Österreich oft die Sorge, dass durch eine Umverteilung von Aufgaben einer Berufsgruppe Kompetenzen entzogen werden. Doch Bogner-Strauß hält dagegen: „In vielen anderen Ländern funktioniert interdisziplinäre Zusammenarbeit bereits hervorragend. Es geht nicht darum, jemandem etwas wegzunehmen – sondern darum, Kompetenzen klug und effizient zu verteilen.“

Handlungsbedarf: Gynäkologische Versorgung in der Obersteiermark

Die Gesundheitsversorgung von Frauen bleibt ein kritisches Thema – ein Bereich, in dem Bogner-Strauß dringenden Verbesserungsbedarf sieht. Ein Beispiel aus der Obersteiermark zeigt, wie problematisch nicht besetzte Kassenstellen in der Gynäkologie sein können. In einer ganzen Region stand Patientinnen lediglich eine Wahlärztin zur Verfügung, während eine dringend benötigte Kassenordination unbesetzt blieb – nicht zuletzt aufgrund von Partikularinteressen. Durch enge Zusammenarbeit mit der Ärztekammer konnte schließlich eine nachhaltige Lösung gefunden werden: Ein Gesund-

Unser Ziel ist es, eine bessere, abgestimmte Versorgung zu schaffen – nicht, bestehende Strukturen zu verdrängen.

Juliane Bogner-Strauß

heitszentrum mit gynäkologischer Versorgung wurde eingerichtet, um eine bessere Betreuung sicherzustellen.

Für Bogner-Strauß ist das erst der Anfang: „Frauengesundheit braucht spezialisierte Strukturen – Frauengesundheitszentren sind dafür das optimale Format.“ Sie setzt sich weiterhin dafür ein, dass flächendeckend eine wohnortnahe, umfassende Versorgung geschaffen wird, die über Gynäkologie hinaus auch chronische Versorgung, Physiotherapie, Psychotherapie oder Hebammenbetreuung umfasst.

Gendermedizin – ein vernachlässigtes Feld

„Gynäkologische Betreuung allein reicht nicht.“ Frauen brauchen einen integrierten Zugang zu medizinischer Versorgung“, betont Bogner-Strauß. Doch gerade die Gendermedizin bleibt in Österreich ein vernachlässigtes Fach – mit weitreichenden Folgen. „Es gibt lediglich zwei Lehrstühle für Gendermedizin – in Wien und Innsbruck. Im Medizinstudium ist sie bislang nur begrenzt verankert und spielt an vielen Universitäten eine untergeordnete Rolle.“ Dabei ist die Medizin längst weiblicher geworden, doch die Versorgung hinkt hinterher. „Echte Frauenmedizin? Das können wir besser.“

First Love Ambulanz: Ein sensibles Angebot für junge Frauen

Gerade junge Frauen haben besondere Bedürfnisse in der Gesundheitsversorgung – und oft auch Hemmungen, sich an eine Arztpraxis zu wenden, in der sie möglicherweise jemand aus dem familiären Umfeld kennt. „First Love Ambulanzen sind hier eine großartige Lösung“, meint Bogner-Strauß. Diese speziell konzipierten Anlaufstellen bieten jugendgerechte gynäkologische Beratung und Versorgung im vertraulichen Rahmen.

Frauengesundheit geht also weit über Gynäkologie hinaus. „Auch Frauenhygieneprodukte und Verhütungsmittel müssen günstiger und leichter verfügbar sein.“ Denn neben medizinischen Aspekten spielen auch finanzielle Hürden und der allgemeine Zugang zu Gesundheitsleistungen eine entscheidende Rolle. „Ein modernes Gesundheitssystem muss sicherstellen, dass alle Frauen – unabhängig von Alter oder sozialem Status – die Versorgung erhalten, die sie brauchen“, so Bogner-Strauß.

Die richtige Versorgung am richtigen Ort

Ein weiteres, durchaus bekanntes Problem ist die Fehlsteuerung von Patientinnen und




Gesundheitszentren als Gamechanger: Juliane Bogner-Strauß setzt sich für eine ganzheitliche und gendersensible medizinische Versorgung ein – mit interdisziplinärer Zusammenarbeit und besseren Strukturen für Frauengesundheit.

Echte Frauenmedizin? Das können wir besser.

Juliane Bogner-Strauß

Patienten. Krankenhäuser sollten nicht die erste Anlaufstelle für jede medizinische „Kleinigkeit“ sein: „Wir erleben häufig, dass Menschen mit Bagatellen in die Notaufnahme kommen – von Zeckenbissen über eingewachsene Zehennägel bis hin zu kleineren Infektionen. Solche Fälle könnten viel effizienter in Gesundheitszentren behandelt werden“, betont Bogner-Strauß.

Alternative Versorgungsstrukturen

Gesundheitszentren sollen keine Konkurrenz zu Einzelordinationen darstellen, sondern diese sinnvoll ergänzen. „Unser Ziel ist es, eine bessere, abgestimmte Versorgung zu schaffen – nicht, bestehende Strukturen zu verdrängen.“ Besonders jüngere Ärztinnen und Ärzte würden diese Entwicklung begrüßen: „Die Arbeit im interdisziplinären Kollegium erweitert nicht nur die fachliche Perspektive, sondern ermöglicht auch flexiblere Arbeitszeiten im Team.“ Eine moderne Gesundheitsversorgung kann nur durch integrierte und interdisziplinäre Modelle gesichert werden. Jetzt ist der Moment, die Strukturen neu zu denken – effizient und patientenzentriert. 



Wenn Demenz und Krebs sich kreuzen

Zwischen Vergessen und Verstehen

Die WHO warnt: BIS 2050 WIRD SICH DIE ZAHL DEMENZKRANKER MENSCHEN VERDREIFACHEN, WÄHREND DIE ZAHL DER TUMORERKRANKUNGEN MIT DER ALTERNDEN GESELLSCHAFT WEITER ZUNIMMT. Diese Entwicklung erfordert nicht nur medizinische Expertise, sondern auch besonderes Feingefühl. Denn im Zentrum jeder Behandlung sollte stehen, was wirklich zählt: die Würde und Selbstbestimmung der betroffenen Menschen. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

Um einer medizinischen Behandlung zuzustimmen oder sie abzulehnen, müssen Patientinnen und Patienten die damit verbundenen Prozesse verstehen können. Bei Menschen mit Demenz kann dieser Vorgang der „informierten Zustimmung“ jedoch erschwert sein. Es braucht mehr Kommunikation, mehr Zeit und die Bereitschaft, sich individuell darauf einzulassen. Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes Meran, Facharzt für Innere Medizin und Hämato-Onkologie am Wiener Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, erlebt diese Herausforderung täglich in der klinischen Praxis. Besonders das Zusammenspiel von Demenz und Krebserkrankungen gibt Anlass zur Sorge: Die Zahl der Tumorerkrankungen steigt mit der alternden Bevölkerung, wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO)

prognostiziert. Gleichzeitig wird sich die Zahl demenzkranker Menschen bis 2050 verdreifachen. „Diese Entwicklung stellt die Medizin vor enorme Herausforderungen – insbesondere in der Onkologie, wo ein sensibles Gleichgewicht zwischen Heilungschancen, Therapiebelastung und individueller Lebensqualität gefunden werden muss“, betont Meran im Zuge der PRAEVENIRE Gesundheitstage im Schloss Esterházy. „Autonomie ist ein zentrales ethisches Prinzip unserer Gesellschaft, doch für demenzkranke Krebspatientinnen und -patienten ist sie nur noch eingeschränkt möglich.“ Das Einholen einer informierten Zustimmung gestaltet sich ebenso schwierig wie die Erfassung von Symptomen und Schmerzen. Auch die Einhaltung therapeutischer Regeln und Vorsichtsmaßnahmen erfordert bei dieser Patientengruppe besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung.

Komplexe Wechselwirkung

Demenz ist eine vielschichtige, fortschreitende Erkrankung, die die Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten erheblich erschwert. Besonders der Verlust von Autonomie und Kommunikationsfähigkeit stellt eine große Herausforderung dar. Grundsätzlich wird zwischen primärer und sekundärer Demenz unterschieden: Rund 90 Prozent der Fälle gehören zu den primären Formen, darunter Morbus Alzheimer, Lewy-Körperchen-Demenz, Parkinson-Demenz und Frontotemporale Demenz. Diese entstehen durch neurodegenerative Prozesse oder – wie bei der Multi-Infarkt-Demenz oder Morbus Binswanger – durch Durchblutungsstörungen im Gehirn. „Sekundäre Demenzen hingegen haben andere Ursachen, etwa Depressionen, Herzinsuffizienz, Stoffwechselerkrankungen oder toxische Einflüsse“, erklärt Meran. Eine besondere Herausforderung stellt die Wechselwirkung zwischen Krebsbehandlungen und kognitiven Einschränkungen dar. Der Begriff „Chemo Brain“ beschreibt Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, die durch neurotoxische Effekte der Chemotherapie

Autonomie ist ein zentrales ethisches Prinzip unserer Gesellschaft, doch für demenzkranke Krebspatientinnen und -patienten ist sie nur noch eingeschränkt möglich.

Johannes Meran

entstehen und bestehende Demenzprozesse zusätzlich verschärfen können. Mit anderen Worten: Chemotherapien können eine sekundäre Demenz auslösen oder eine bereits bestehende primäre Demenz zusätzlich verschärfen. „Dieses Cancer-Related Cognitive Impairment ist das Ergebnis eines komplexen Prozesses“, erläutert Meran. Neurotoxische Mechanismen wie oxidativer Stress, verminderte Neuroplastizität, Demyelination, Neurodegeneration und Neuroinflammation tragen zur Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen bei – eine zusätzliche Belastung für Patientinnen und Patienten, die ohnehin schon mit Demenz kämpfen.

Demenz: Das komplexe Rätsel des Vergessens

„Neben der Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Demenz wird auch nach Schweregrad differenziert“, so Professor Meran, dem in seiner Keynote „Demenz und onkologische Entscheidungen“ das Thema Autonomie besonders am Herzen liegt. „Wir unterscheiden zwischen leichter, mittelschwerer und schwerer Demenz“. Die Einstufung erfolgt anhand verschiedener Kriterien, darunter die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung, das Ausmaß kognitiver Einschränkungen, emotionale Veränderungen sowie der notwendige Unterstützungsbedarf. Im Mittelpunkt der Diagnostik stehen Fragen wie: Können Betroffene ihren Alltag noch weitgehend eigenständig bewältigen? Können sie ihre Gedanken klar formulieren? Gibt es Anzeichen für Depressionen, Aggressivität oder psychotische Verhaltensweisen? Ist eine



Johannes Meran betont die Bedeutung der Selbstbestimmung für demenzkranke Krebspatientinnen und -patienten – eine Herausforderung, die intensive Kommunikation und vorausschauende Planung erfordert.



gelegentliche oder ständige Betreuung erforderlich? Diese Kriterien orientieren sich an den neuropsychologischen Hauptsymptomen der Demenz, die je nach Schweregrad unterschiedlich ausgeprägt sind und sich auf verschiedene kognitive und funktionale Bereiche auswirken.

Wenn Sprache, Gedächtnis und Orientierung schwinden

Demenz beeinträchtigt viele geistige Fähigkeiten und macht sich oft zuerst durch sprachliche Einschränkungen bemerkbar. Betroffene haben zunehmend Schwierigkeiten, die richtigen Worte zu finden oder sich klar auszudrücken. Auch das Gedächtnis leidet – während ältere Erinnerungen oft erhalten bleiben, gehen neue Informationen im Kurzzeitgedächtnis schnell verloren. Zudem fällt es schwerer, Probleme zu lösen, Entscheidungen zu treffen und geplante Abläufe umzusetzen – sogenannte exekutive Funktionen sind beeinträchtigt. Auch die Aufmerksamkeit nimmt ab, was sich in verminderter Konzentrationsfähigkeit und erhöhter Ablenkbarkeit zeigt. Ein weiteres häufiges Symptom ist eine gestörte Visuoperzeption, also die Fähigkeit, visuelle Reize richtig zu verarbeiten und räumliche Zusammenhänge zu erfassen. Dadurch können Entfernungen oder Hindernisse falsch eingeschätzt werden, was das Sturzrisiko erhöht. Auch die Praxis, also das gezielte Ausführen erlernter Bewegungsabläufe, kann beeinträchtigt sein. Dies äußert sich beispielsweise in Schwierigkeiten beim Anziehen, beim Essen mit Besteck oder bei alltäglichen Handlungen wie dem Telefonieren. Neben diesen kognitiven und motorischen Einschränkungen kommt es häufig zu Veränderungen im Verhalten und in der Persönlichkeit. Manche Betroffene werden reizbarer oder aggressiver, andere ziehen sich sozial zurück oder zeigen ungewohnt enthemmtes Verhalten. Da diese Symptome je nach Demenzform unterschiedlich ausgeprägt sind, ist eine umfassende neuropsychologische Diagnostik entscheidend. Sie ermöglicht eine präzisere Abgrenzung der Erkrankung und gezielte Therapieansätze, um die Lebensqualität der Betroffenen bestmöglich zu erhalten.

Screening und Diagnostik: Unterschätzte Herausforderung

Trotz ihrer Relevanz bleibt die systematische Erfassung kognitiver Defizite in der Onkologie oft im Hintergrund. Geriatriische Untersuchungen beinhalten zwar meist einfache Demenztests, doch eine standardisierte Diagnostik fehlt häufig. Eine präzisere Alternative zum oft verwendeten Mini-Mental-Status-Test (MMSE) ist der Montreal Cognitive Assessment (MOCA-Test), der speziell für die frühzeitige Erkennung leichter kognitiver Störungen entwickelt wurde. „Der MMSE ist nicht präzise genug für unsere Anforderungen“, betont Meran. „Eine frühzeitige Diagnose von Demenz ist entscheidend, Behandlungsstrategien individuell anzupassen und Fehlentscheidungen zu vermeiden.“



Die steigende Zahl von Demenz- und Krebserkrankungen stellt die Medizin vor große Herausforderungen. Eine angepasste Therapie erfordert Geduld, Einfühlungsvermögen und klare ethische Leitlinien.

Es braucht Zeit, mehr Aufwand und intensive Kommunikation – aber es lohnt sich.

Johannes Meran

Therapeutisches Dilemma: Zwischen Unter- und Übertherapie

Die Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten mit Demenz bewegt sich in einem schwierigen Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung. Laut Professor Meran zeigen sich dabei zwei zentrale Probleme: „Einerseits wird aus Sorge vor Nebenwirkungen auf notwendige Therapien verzichtet, andererseits werden Standardtherapien oft unkritisch übernommen, obwohl sie für kognitiv eingeschränkte Patientinnen und Patienten nicht immer geeignet sind.“ Eine individuelle Therapieplanung sowie eine sorgfältige Risiko-Nutzen-Abwägung sind daher wichtig, um die richtige Balance zu finden. Auch die schon erwähnte informierte Zustimmung stellt im klinischen Alltag eine Herausforderung dar. „Die Einbindung der Angehörigen ist unerlässlich – doch nicht selten kommt es zu Missverständnissen zwischen den tatsächlichen Wünschen der Patientinnen und Patienten und den Vorstellungen der Familie“, erklärt Meran. Stehen wirklich die Bedürfnisse des demenzkranken Menschen im Mittelpunkt, oder eher die Annahmen der Angehörigen darüber, was gut für ihn wäre? Um solche Konflikte zu vermeiden, ist eine vorausschauende Planung entscheidend. Advanced Care Planning (ACP) ermöglicht es, bereits in einem frühen Krankheitsstadium klare Behandlungswünsche festzuhalten. „Dieser strukturierte Planungsprozess gibt Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, ihre Präferenzen für zukünftige medizinische Maßnahmen festzulegen. In kritischen Situationen können Angehörige und das medizinische Personal dann auf eine verlässliche Grundlage zurückgreifen“, betont der Hämatonkologe.

Forschungslücken

Um die wachsenden Herausforderungen in der Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten mit Demenz zu bewältigen, sind gezielte Versorgungskonzepte erforderlich. Auch PRAEVENIRE fordert in diesem Zusammenhang den Ausbau spezialisierter onkologischer Zentren, die auf die besonderen Bedürfnisse geriatrischer und kognitiv eingeschränkter Patientinnen und Patienten zugeschnitten sind. Gleichzeitig braucht es ein gestuftes Versorgungsmodell, das wohnortnahe Betreuung mit hochspezialisierten Einrichtungen vernetzt, um individuell angepasste Therapien zu ermöglichen. Auch digitale Lösungen wie E-Health-gestützte Diagnose- und Betreuungsprogramme könnten die Versorgung effizienter gestalten und eine engere Begleitung der Betroffenen ermöglichen.

Doch es gibt noch eine große Hürde: die unzureichende Datenlage. „Da Menschen mit Demenz oft von klinischen Studien ausgeschlossen werden, fehlen wichtige Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Verträglichkeit bestimmter Therapieansätze“, erklärt Professor Meran. „Die Forschung muss dringend nachziehen, um fundierte und differenzierte Therapieempfehlungen zu entwickeln, die auf diese Patientengruppe zugeschnitten sind.“

Kampf an zwei Fronten

Die steigende Zahl an Demenz- und Krebserkrankungen stellt die Medizin vor große Herausforderungen und erfordert neue Lösungen in Diagnostik, Therapie und Versorgung. Wichtig sind die gezielte Einbindung geriatrischer Assessments in die Onkologie, die Anpassung von Behandlungsstrategien an kognitiv eingeschränkte Patientinnen und Patienten sowie eine verstärkte Berücksichtigung ethischer Aspekte. Nur durch eine individuell abgestimmte, patientenzentrierte Therapie lassen sich die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen bestmöglich berücksichtigen. „Es braucht Zeit, mehr Aufwand und intensive Kommunikation – aber es lohnt sich“, resümiert Meran. **P**





Optimierung der „Patient Journey“ durch frühe Diagnose und Therapie

Lange Wartezeiten, unnötige Doppeluntersuchungen und überlastete Krankenhäuser – das österreichische Gesundheitssystem steht unter Druck. Eine bessere Vernetzung, digitale Innovationen und eine gezieltere Patientenlenkung könnten Abhilfe schaffen. **DOCH WELCHE REFORMEN SIND WIRKLICH NOTWENDIG, UM DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG NACHHALTIG ZU VERBESSERN?** Experten diskutieren im Rahmen eines PRAEVENIRE Denkartalks Lösungsansätze für eine effizientere und patientenorientierte Zukunft. | von Karl Innauer

Das Gesundheitssystem steht vor erheblichen Herausforderungen, die vor allem durch den Personal-mangel geprägt sind. Es gibt nicht genügend Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte, um den wachsenden Bedarf zu decken, was die Versorgung und Behandlung von Patientinnen und Patienten erschwert. Moderne Technologien bieten zwar großes Potenzial, um diese Probleme zu lindern, können jedoch oft nicht vollständig ausgeschöpft werden. Der Mangel an Personal und die unzureichende finanzielle Unterstützung behindern die umfassende Nutzung dieser fortschrittlichen Technologien in der Patientenversorgung.

Die Expertinnen und Experten betonten zudem die bestehenden Ungleichheiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung, insbesondere zwischen städtischen und ländlichen Regionen. Das fragmentierte Gesundheitssystem Österreichs verstärkt diese Disparitäten und verschärft die Ressourcenknappheit, was die Qualität der Versorgung weiter beeinträchtigt. Eine Umstrukturierung, sowohl in der Finanzierung als auch in der Organisation des Gesundheitssystems, ist daher unerlässlich, um langfristig eine effizientere Patientenversorgung zu gewährleisten.

Strukturierte Patientinnen- und Patientenlenkung

Eine strukturierte Patientinnen- und Patientenlenkung ist essenziell, um die Effizienz des Gesundheitssystems zu steigern. Patientinnen und Patienten sollten gezielt durch das Gesundheitssystem geleitet werden, anstatt selbstständig verschiedene Behandlungswege zu durchlaufen. Dabei spielt die Allgemeinmedizin eine zentrale Rolle als „kompetenter Begleiter“ in der Gesundheitsversorgung. Durch eine stärkere Einbindung der Hausärztinnen und -ärzte könnten Patientinnen und Patienten effizienter betreut und direkt zu spezialisierten Fachärztinnen und -ärzten weitergeleitet werden, wenn dies notwendig ist. Eine klare Zuweisungsstruktur würde sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten die bestmögliche und gleichzeitig effizienteste Versorgung erhalten, während Ressourcen geschont werden.

Die Diskussionsteilnehmer betonten die Notwendigkeit, das Gesundheitssystem neu zu denken: Es gilt, eine optimale „Patient Journey“ zu gestalten, bei der alle vorhandenen Ressourcen und Technologien gezielt eingesetzt werden. Insbesondere die frühzeitige Diagnostik und die effiziente Lenkung der Patientinnen und Patienten an die passende Versorgungseinheit spielen eine entscheidende Rolle. Diese Ansätze würden nicht nur das Gesundheitssystem entlasten,

sondern auch die Heilungschancen der Patientinnen und Patienten erheblich verbessern. Ein vielversprechender Ansatz zur Entlastung des Systems besteht darin, stationäre Behandlungen in den ambulanten Bereich zu verlagern, was die Effizienz des Gesundheitssystems steigern und die Krankenhäuser entlasten könnte. Diese Maßnahme erfordert jedoch strukturelle Anpassungen in der Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems.

Rolle der Allgemeinmedizin in der Patientinnen- und Patientenlenkung

Die Allgemeinmedizin bzw. der Arzt des Vertrauens kann z. B. als zentrale Anlaufstelle im Gesundheitssystem fungieren, um eine effizientere Patientenlenkung zu gewährleisten. Die Allgemeinmediziner bzw. der Arzt des Vertrauens begleiten die Patientinnen in ihrem Diagnose- und Therapieprozess, damit die Betroffenen immer dort sind, wo sie am besten versorgt werden. Weiters kann die Allgemeinmedizin auch zu nichtärztlichen Gesundheitsberufen vermitteln. Frühe Diagnosen durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner bzw. die Ärztin, der Arzt des Vertrauens spielen eine entscheidende Rolle bei der Prävention schwerer Krankheitsverläufe, was langfristig zu erheblichen Kosteneinsparungen führt. Um diese „Begleitfunktion“ effektiv ausüben zu können, muss die Rolle der Allgemeinmedizin gestärkt werden. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner bzw. die Ärztin, der Arzt des Vertrauens benötigen mehr Ressourcen und Befugnisse, um ihre Patientinnen und Patienten optimal zu betreuen und durch das Gesundheitssystem zu leiten.

Eine stärkere Einbindung der Allgemeinmedizin in die Patientinnen- und Patientenbegleitung trägt nicht nur zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen bei, sondern führt auch zu einer effizienteren Nutzung der Ressourcen im gesamten Gesundheitssystem.

Festzuhalten ist, dass auch Fachärzte (wie z. B. Internisten, Gynäkologen etc.) die Begleiterrolle übernehmen können und damit zu einer effizienteren Nutzung der Ressourcen im gesamten Gesundheitssystem beitragen.

Kosten- und Effizienzoptimierung im Gesundheitssystem

Das österreichische Gesundheitssystem leidet unter erheblichen Ineffizienzen, die zu hohen Kosten führen. Für eine Effizienzsteigerung ist der richtige indizierte Einsatz von Untersuchungen und Behandlungen entscheidend. Durch die gezielte Vermeidung dieser Ineffizienzen könnten signifikante Einsparungen erzielt

werden. Ein wesentlicher Treiber dieser Problematik ist die Finanzierungsstruktur des Systems, die stationäre Behandlungen bevorzugt. Viele Eingriffe könnten jedoch effizienter ambulant durchgeführt werden, was eine Reform der Finanzierung erforderlich macht, um Anreize für eine verstärkte Ambulantisierung zu schaffen. Die Verlagerung von Behandlungen, die nicht zwingend stationär durchgeführt werden müssen, in den ambulanten Bereich bietet großes Einsparungspotenzial. Dafür sind jedoch Anpassungen der finanziellen und organisatorischen Strukturen im Gesundheitssystem notwendig, um eine nachhaltige und kosteneffiziente Patientenversorgung zu gewährleisten.

Ein weiteres Problem sind häufige Doppeluntersuchungen und Überbehandlungen vor allem an der Schnittstelle intra- und extramuralen Bereich, wie z. B. bei Operationsfreigaben. Eine bessere digitale Vernetzung sowie der vereinfachte Zugang zu vorhandenen Patientinnen- und Patientendaten könnten diese unnötigen Kosten verhindern. Moderne Technologien zur Frühdiagnose (z. B. Liquid Biopsy MRD = minimal residual disease) bieten ebenfalls großes Potenzial zur Kostensenkung, da sie Krankheiten frühzeitig erkennen und behandeln, bevor invasive und teure Maßnahmen notwendig werden.

Zudem wird die Einführung standardisierter Behandlungsprotokolle empfohlen, um sicherzustellen, dass nur notwendige Tests und Behandlungen durchgeführt werden. Dies würde nicht nur die Kosten reduzieren, sondern auch die Versorgungsqualität verbessern. Die Allgemeinmedizin könnte dabei eine zentrale Rolle übernehmen, indem sie als Begleiter fungiert und Patientinnen und Patienten effizient durch das System führt, unnötige Facharztbesuche vermeidet bzw. notwendige veranlasst und so zur Kostenkontrolle beiträgt. Eine stärkere Einbindung der Hausärztinnen und -ärzte und die Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen könnten Kosten sparen und die Patientenversorgung verbessern.

Technologieeinsatz zur Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem

Der Einsatz moderner Technologien zur Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem bietet enormes Potenzial. Revolutionäre Entwicklungen in der Medizintechnik, wie minimalinvasive Verfahren und Technologien wie die Liquid Biopsy, ermöglichen präzisere Diagnosen und gezieltere Therapien und könnten die Effizienz der Patientenversorgung maßgeblich steigern. Die Einführung digitaler Infrastrukturen zur besseren Vernetzung medizinischer Einrichtungen wurde ebenfalls als wichtige Maßnahme



hervorgehoben. Ein flächendeckender Einsatz von ELGA könnte den Informationsfluss verbessern, und die Versorgungsqualität steigern, indem es den sofortigen Zugriff auf relevante medizinische Informationen ermöglicht. Technologische Innovationen wie künstliche Intelligenz und automatisierte Diagnosesysteme können die Früherkennung und Therapie entscheidend verbessern. Sie ermöglichen eine schnellere und effizientere Diagnosestellung, was besonders für den Erfolg von Behandlungen entscheidend ist.

Letztlich erfordert die erfolgreiche Integration moderner Technologien strukturelle Anpassungen sowie finanzielle Reformen und eine bessere organisatorische Unterstützung, um die Effizienz und Qualität im Gesundheitssystem nachhaltig zu verbessern.

Exkurs: Moderne Labormedizin als Schlüsselement in der Früherkennung

Die Labormedizin spielt eine zentrale Rolle in der modernen Krebstherapie, insbesondere durch den Einsatz der Liquid Profiling. Diese minimal-invasive Methode ermöglicht eine personalisierte und gezielte Therapie, indem Tumorzellen oder zirkulierende DNA im Blut analysiert werden. Sie hat sich mittlerweile in der klinischen Routine etabliert und stellt einen bedeutenden Fortschritt in der onkologischen Behandlung dar.

Zukünftige Entwicklungen im Bereich der Früherkennung von Krankheiten, insbesondere Krebs, bieten vielversprechende Perspektiven. Durch einfache Bluttests könnten in Zukunft erste Anzeichen von Krebserkrankungen frühzeitig erkannt werden, noch bevor Symptome auftreten, was die Heilungschancen und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten erheblich verbessern würde.

Zusammenfassung

Eine umfassende Modernisierung der Strukturen im Gesundheitssystem ist dringend erforderlich, insbesondere in der Labordiagnostik. Die Überarbeitung des Laborkatalogs sowie die Anpassung an moderne medizinische Standards sind notwendig, um überholte und ineffiziente Tests zu eliminieren und den Fokus auf relevante, evidenzbasierte Parameter zu legen. Diese Modernisierung muss den Fortschritten in der Medizin gerecht werden und eine zielgerichtete, präzise Diagnostik ermöglichen.

Im Rahmen der Diagnostik spielt die Labormedizin, neben der Bildgebung, eine zentrale Rolle. Um diese Funktion effizient auszuüben, muss die Labormedizin die Freiheit erhalten, auf Basis der klinischen Fragestellungen der

Anforderer die nötigen Parameter eigenständig festzulegen. Eine solche Entscheidungsfreiheit trägt dazu bei, unnötige Tests zu vermeiden und die diagnostische Präzision zu erhöhen.

Die Digitalisierung bietet enormes Potenzial, um die Zusammenarbeit zwischen Labormedizinerinnen und behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu optimieren. Die Einführung von Systemen wie Diagnosecodierung und ELGA ermöglicht eine nahtlose Vernetzung und Nachverfolgbarkeit der Daten. Befunde sollten nicht nur als Dokumente abgelegt werden, sondern in bearbeitbaren Datenformaten, um eine effiziente Nutzung für medizinische Forschung, Gesundheitsdiensteanbieter und die Sozialversicherung zu gewährleisten. So wird nicht nur die Qualität der Patientenversorgung verbessert, sondern auch die wissenschaftliche Nutzung der Daten optimiert. Vor diesem Hintergrund muss die Patient Journey grundlegend neu gezeichnet werden, um (1) moderne Diagnostikstrukturen, effiziente Ressourcennutzung und eine stärkere Vernetzung aller Akteure im Gesundheitssystem zu gewährleisten um (2) Patientinnen und Patienten effizienter und schneller an den richtigen Versorgungspunkt gelangen und stets optimal versorgt werden.

Ausblick

Um das Gesundheitssystem nachhaltig zu reformieren und effizienter zu gestalten, ist es essenziell, so rasch wie möglich konkrete Maßnahmen zu ergreifen. Ein wichtiger erster Schritt wäre die Überarbeitung der Laborkataloge, um unnötige Tests zu eliminieren und die Diagnostik auf moderne state of the Art Verfahren auszurichten. Parallel dazu sollten die Rollen und Befugnisse der Labormedizinerinnen und -mediziner in von Fachärzten geführten Laboratorien gestärkt werden, damit diese in enger Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten die richtigen Diagnosen effizient stellen können. Die Digitalisierung spielt ebenfalls eine zentrale Rolle: Durch den Ausbau von integrierten, bearbeitbaren Datenbanken und die Weiterentwicklung von Systemen wie ELGA wird die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen medizinischen Disziplinen verbessert und die Nachverfolgbarkeit von Diagnosen gesichert. Darüber hinaus sind finanzielle Anreize und Reformen notwendig, um ambulante Behandlungen zu fördern und die zentrale Rolle der Allgemeinmedizin bzw. des Arztes des Vertrauens als erste Anlaufstelle zu stärken. Zusammengefasst sollte die Patientinnen- und Patientenlenkung so strukturiert werden, dass sie schnell, effizient und optimal verläuft, damit Patientinnen und Patienten stets

am richtigen Versorgungspunkt die bestmögliche Betreuung erhalten.

Um gezielt die nächsten Schritte in der Optimierung des Gesundheitssystems anzugehen, ist es unerlässlich, verstärkt den Dialog mit der Sozialversicherung sowie mit relevanten Ministerien zu suchen. Dieser Austausch sollte dazu dienen, gemeinsam tragfähige und kosteneffiziente Lösungen zu entwickeln, die allen Beteiligten Vorteile bieten. Dabei ist es entscheidend, klare Ziele zu formulieren und messbare Wirkungen der eingesetzten Maßnahmen darzustellen, um den Nutzen der Reformen nachvollziehbar zu machen. Die Zusammenarbeit sollte sich auch auf die Frage der Finanzierung konzentrieren. Zudem wäre es ratsam, Ökonomeninnen und Ökonomen und Expertinnen und Experten aus verschiedenen Fachbereichen einzubeziehen, um fundierte Berechnungen und Prognosen zu erstellen, die die Basis für zukünftige Entscheidungen bilden können. So können die anstehenden Veränderungsprozesse nicht nur transparent, sondern auch zukunftssicher gestaltet werden. **P**

Diskussionsteilnehmende (in alphabetischer Reihenfolge):

MR Dr. Christoph DACHS | 2. Vizepräsident, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Univ.-Prof. Dr. Michael GNANT | Medizinische Universität Wien – Videobotschaft

Dr. Franz LEISCH | Chief Digital Officer, PRAEVENIRE – Teilnahme digital

Univ.-Prof. Dr. Manfred MAIER | Vizepräsident, AM PLUS Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit

Dr. Wilhelm MARHOLD | PRAEVENIRE Experte, Krankenhausmanager und Gynäkologe – Teilnahme digital

Dr. Hans Georg MUSTAFA | Präsident Österreichische Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und Klinische Chemie (ÖGLMKC), Medilab Salzburg

Mag. DDr. Wolfgang WEIN | Pharmconsultant, W&W Pharmaconsult GmbH

Univ.-Prof. Dr. Günther WEISS | Leiter Universitätsklinik für Innere Medizin II, Department Innere Medizin, Medizinische Universität Innsbruck – Teilnahme digital





PRÄGNANT

Zukunftsfähige Versorgungsstrukturen für Diabetes mellitus

Ein integratives Versorgungssystem, das die Digitalisierung nutzt, klare Behandlungswege definiert und interdisziplinäre Zusammenarbeit stärkt, könnte **NICHT NUR DIE LEBENSQUALITÄT VON BETROFFENEN VERBESSERN, SONDERN AUCH DIE VOLKSWIRTSCHAFTLICHEN KOSTEN SENKEN**. Wie eine solche Reform konkret aussehen kann und welche Schritte erforderlich sind, wurde kürzlich in Wien diskutiert. | von Michaela Meier

Das Fazit einer Expertenrunde führender heimischer Medizinerinnen und Mediziner aus dem Bereich Endokrinologie sowie Stakeholderinnen und Stakeholdern aus dem Gesundheitsministerium und der Sozialversicherungsträger lautet: „Es geht nur gemeinsam“. Es hat sich rasch gezeigt, dass die Herausforderungen bei der Versorgung chronisch Kranker – allen voran von Menschen mit Diabetes – zukunftsfähige Versorgungsstrukturen unerlässlich machen, denn die demografische Entwicklung und die steigende Krankheitslast führen zu einem Anstieg der Zahl der Betroffenen. Prognosen der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) gehen davon aus, dass bis 2030 mehr als eine Million Menschen in Österreich betroffen sein könnten. Die Behandlung und die damit verbundenen Folgeerkrankungen verursachen nicht nur persönliches Leid, sondern auch hohe Kosten im Gesundheitssystem. Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass diese Kosten durch verbesserte Versorgungsstrukturen nachhaltig reduziert werden könnten. Im Mittelpunkt der Expertenrunde, die von PRAEVENIRE in Kooperation mit der Österreichischen Diabetes Gesellschaft organisiert wurde, standen Fragen wie die Schaffung einer zweiten Versorgungsebene inklusive der Defini-

tion eines refundierten Leistungsspektrums, die möglichen erforderlichen Zusatzqualifikationen, die für die Betreuung von Diabetespatientinnen und -patienten relevant sind, sowie der Ausbau interdisziplinärer Teams zur Sicherstellung einer ganzheitlichen Versorgung. Der aktuelle Stand und mögliche Potenziale bereits bestehender Programme wie des Disease-Management-Programms (DMP) „Therapie Aktiv“ wurden ebenfalls zur Diskussion gestellt.

Höhere Lebenserwartung bringt neue Herausforderungen

Nach wie vor tappen selbst Expertinnen und Experten im Dunkeln, wenn es darum geht, die Diabetes-Landschaft in Österreich zu beschreiben, denn es fehlt immer noch an konkreten Zahlen und Fakten. Nach Angaben im Atlas der Internationalen Diabetes Federation (IDF) sind etwa 6,6 Prozent der österreichischen Bevölkerung von Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 betroffen – doch wer diese Zahlen und auf welcher Grundlage dort einmeldet, ist offen. Ein Versuch der ÖDG, mit der Gesundheit Österreich (GÖG) anhand der über die Sozialversicherung erfassten Diabetes-Medikationen zu errechnen, wie hoch der Versorgungsbedarf in Österreich wäre, zeigt trübe Aussichten: Sie gehen davon aus, dass die Dunkelziffer weitaus

Expertinnen und Experten fordern eine abgestufte, integrierte Versorgung mit digitaler Unterstützung, um Betroffenen eine bessere Betreuung und höhere Lebensqualität zu ermöglichen.

höher ist, da viele Fälle oft lange Zeit unerkannt bleiben. Weitere Berechnungen gehen von 12.000 Diabetes-bezogenen Todesfällen pro Jahr aus, die Gesundheitsausgaben sollen – laut IDF Atlas – bei 5.527 EUR pro Person liegen – auch hier sind verwendeten Quellen unklar.

Die Betrachtung von Komplikationen und Todesfällen bei Menschen mit Diabetes zeigt, dass nicht nur der Typ-2-Diabetes eine bedeutende Rolle spielt, obwohl dieser aufgrund seiner Häufigkeit zahlenmäßig dominiert. Auch der Typ-1-Diabetes, der insbesondere im Jugend- und jungen Erwachsenenalter auftritt, ist mit schweren Komplikationen verbunden. Im Laufe des Lebensalters nimmt das Risiko für Folgeerkrankungen bei beiden Diabetesformen zu. Ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus Typ 1 ist mit koronaren Herzerkrankungen, Niereninsuffizienz und einer erhöhten Sterblichkeit assoziiert.

Die medizinische Versorgung hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert. Seit der erstmaligen Isolierung von Insulin im Jahr 1922 und der raschen Anwendung als Medikament konnte zumindest das Überleben von Menschen mit Typ-1-Diabetes gesichert werden. Heute kommen speziell für Typ-1-Diabetes hochentwickelte Technologien zum Einsatz. Durch den Einsatz künstlicher Intelligenz und Algorithmen können moderne Systeme die notwendige Insulinabgabe präzise berechnen und vorher-sagen. In Kombination mit Glukosesensoren ermöglichen sie vielen Betroffenen eine stabile Stoffwechseleinstellung, eine erhöhte Sicherheit und eine deutlich verbesserte Lebensqualität. Allerdings sind diese Vorteile nur dann wirksam, wenn der Zugang zu dieser Technologie gesichert ist und ein geschultes Betreuungsteam vorhanden ist. Die Vermittlung von Wissen und eine kontinuierliche Betreuung sind essenziell, um die bestmöglichen Therapieergebnisse zu erzielen.

Mit den verbesserten Behandlungsmöglichkeiten steigt die Lebenserwartung von Menschen mit Typ-1-Diabetes. Dennoch müssen Begleiterkrankungen weiterhin im Fokus der medizinischen Betreuung stehen. Neben den klassischen kardiovaskulären und renalen Komplikationen gewinnt auch die Adipositas zunehmend an Bedeutung. Insbesondere in den USA hat sich in den letzten Jahren das Phänomen des „Double Diabetes“ verbreitet: Menschen mit primärem Typ-1-Diabetes entwickeln aufgrund von Übergewicht zusätzlich Merkmale eines Typ-2-Diabetes, was die Behandlung weiter erschwert. Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes ist der Verlust an Lebensjahren besonders relevant. Neben vaskulären Todesursachen treten auch nicht-vaskuläre Erkrankungen, insbesondere Krebs,





gehäuft auf. Je früher ein Mensch an Diabetes erkrankt, desto mehr statistische Lebensjahre verliert er im Durchschnitt. Die Stoffwechsellkontrolle hat einen wesentlichen Einfluss auf die Sterblichkeit. Ähnlich relevant wie die Blutzuckerkontrolle sind in vielen Fällen die Blutdruck- und Lipidkontrolle, insbesondere in Bezug auf das Schlaganfall- und Herzinfarktisiko. Besonders bei der Herzinsuffizienz spielt die chronische Hyperglykämie aber die entscheidende Rolle. Die Fortschritte in der medikamentösen Diabetesbehandlung haben insgesamt die Prognose erheblich verbessern können. Dennoch bleibt eine umfassende Betreuung essenziell, um sowohl Stoffwechselkomplikationen als auch Begleiterkrankungen effektiv zu managen.

Diabetesversorgung in Österreich

Laut einer OECD-Statistik aus dem Jahr 2019 ist die Hospitalisierungsrate aufgrund von Diabetes in Österreich gesunken. Dies ist unter anderem auf die Verfügbarkeit neuer Medikamente zurückzuführen, die weniger Spitalsaufenthalte notwendig machen. Moderne Diabetesmedikamente werden zunehmend ambulant verordnet und die Patientinnen und Patienten darauf eingestellt. Zudem verringern diese Medikamente das Risiko einer Hypoglykämie, was möglicherweise ebenfalls dazu beiträgt, dass weniger Menschen aufgrund von Diabetes ins Krankenhaus eingeliefert werden müssen. Ein nationaler Diabetesplan existiert zwar in Österreich, wurde jedoch bislang nicht vollständig umgesetzt. In internationalen Bewertungen wird er als „partly integrated“ eingestuft, da wesentliche Maßnahmen fehlen. Zwar gibt es medizinische Leitlinien, doch ist die Umsetzung von Präventionsstrategien in Österreich besonders herausfordernd.

Auch ein gezieltes Programm vonseiten der Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik zur Verbesserung der Versorgung von Menschen

Durch strukturierte Vorsorgeprogramme und rechtzeitige Intervention können Diabetes-Komplikationen reduziert und die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig verbessert werden.

ÖDG



mit Diabetes existiert nicht. Positiv hervorzuheben ist jedoch, dass alle Insulin-Medikamente sowie Nadeln, Pens und Teststreifen von der Krankenkasse erstattet werden. Das Angebot an bestimmten Diabetes-Apps ist hingegen noch ausbaufähig. Für Personen mit Typ-1-Diabetes, die eine funktionelle Insulintherapie durchführen, besteht zudem die Möglichkeit einer technologischen Ausstattung mit Insulinpumpen und kontinuierlichen Glukosemesssystemen bis hin zu automatisierten Steuerungssystemen. Die medikamentöse Versorgung für Menschen mit Stoffwechselerkrankungen ist in Österreich grundsätzlich gut. Jedoch gibt es erhebliche Defizite im Bereich der elektronischen Gesundheitsversorgung. Zwar bieten einige Ambulanzen telemedizinische Leistungen an, jedoch entsteht für die behandelnden Teams dadurch keine Zeiterparnis, sondern lediglich eine Erleichterung für die Patientinnen und Patienten. Ein nationales Diabetesregister existiert in Österreich bislang nicht. Ebenso ist die Einbindung von Pflegekräften oder Diätologinnen und Diätologen in die Diabetesversorgung nicht flächendeckend sichergestellt. Psychologische Betreuung für Menschen mit Diabetes ist ebenfalls nur begrenzt verfügbar.

Hoffnungsträger: Integrierte Diabetesversorgung

Die Österreichische Diabetes Gesellschaft setzt sich gemeinsam mit relevanten Stakeholdern dafür ein, ein integriertes und abgestuftes Versorgungsmodell für Menschen mit Diabetes weiterzuentwickeln. Dabei darf nicht nur auf die hohe Anzahl an Menschen mit Typ-2-Diabetes fokussiert werden. Auch der Typ-1-Diabetes, dessen Prävalenz steigt, muss in allen Bundesländern Österreichs adäquat versorgt werden. Dies gilt insbesondere für Regionen außerhalb der großen Ballungsräume, wo eine angemessene medizinische Betreuung und eine entspre-

chende Kostenerstattung sichergestellt werden müssen.

Es gibt aktuell Initiativen, die darauf abzielen, Patientinnen und Patienten mit Diabetes umfassend versorgen zu können. Obwohl evidenzbasierte aktuelle Leitlinien verfügbar sowie grundsätzliche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit verankert und teilweise auch verbindlich sind, zeigt sich, dass noch viel Handlungsbedarf besteht – vor allem in der Vernetzung der Angebote und in der Patientenlenkung zum Best Point of Service (BPoS). Auch der Rechnungshof stellt im Jahr 2019 in seinem Bericht zu Diabetesprävention und -versorgung Defizite – vor allem in der versorgungsstufenübergreifenden Versorgung – fest. Seit 2007 wird von der Sozialversicherung das Disease-Management-Programm „Therapie aktiv“ angeboten, doch die Zahl von über 2.000 teilnehmenden Ordinationen und damit von ca. 20 Prozent aller Patientinnen und Patienten ist immer noch zu gering. Ein großer Teil der Betroffenen wird nach wie vor in den Spitalsambulanzen versorgt, der für diese Fälle nicht als BPoS gilt.

Gemäß den Vorgaben des Bundes-Zielsteuerungsvertrags wurde die Fachgruppe Versorgungsprozesse im März 2019 vom Ständigen Koordinierungsausschuss beauftragt, ein Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2 zu entwickeln. Dieses Rahmenkonzept beschreibt den idealtypischen versorgungsstufenübergreifenden Versorgungsprozess. Als wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche versorgungsstufenübergreifende Versorgung wird eine standardisierte und verpflichtende Diagnosen- und Behandlungsdokumentation in allen Versorgungsstufen gefordert, die von allen am Versorgungsprozess beteiligten Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern elektronisch zu führen ist. Nur so kann der Informa-



PRÄGNANT

tionsfluss zwischen den Versorgungsstufen sichergestellt werden.

Modell einer abgestuften Diabetesversorgung

Das Versorgungsstufenmodell beschreibt insgesamt vier Stufen der Gesundheitsversorgung, von denen drei professionell betreut werden. Die erste Stufe umfasst alle präventiven Maßnahmen. Das Konzept der integrierten Versorgung zielt darauf ab, die unterschiedlichen Versorgungsstufen verstärkt miteinander und untereinander zu vernetzen, um durch einen verbesserten Informationsfluss die Grundlage für eine informierte Weiterbehandlung in allen Sektoren zu schaffen.

Die geplante professionelle Diabetesversorgung in Österreich basiert auf einem dreistufigen Modell, das eine flächendeckende und qualitätsgesicherte Betreuung von Menschen mit Diabetes gewährleisten soll. Die erste Versorgungsstufe umfasst Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie Primärversorgungszentren. Diese können das Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv“ aktiv anbieten und somit eine strukturierte Betreuung gewährleisten. Besonders Primärversorgungszentren mit diabetologischer Fachkompetenz könnten hier eine zentrale Rolle spielen. Auf der zweiten Stufe befinden sich spezialisierte Diabeteszentren, die in Kooperation mit Sozialversicherungen, Gesundheitskassen und anderen Trägern agieren. Allerdings ist deren flächendeckende Umsetzung fraglich, da sie primär in großen Städten funktionieren. Daher müssen auch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit einer spezifischen diabetologischen Zusatzqualifikation entsprechende Leistungen im extramuralen Bereich anbieten können – und diese auch vergütet bekommen.

Diese 2. Stufe umfasst auch Fachärztinnen und Fachärzte für Endokrinologie und Diabetologie. Diese ehemals additive Fachrichtung ist mittlerweile ein eigenständiges Spezialgebiet. Sollte sich eine Fachärztin oder ein Facharzt ausschließlich auf Endokrinologie und Diabetologie spezialisieren wollen, müssen zusätzliche Leistungen in den Refundierungskatalog aufgenommen werden. Hierzu zählen etwa die Schilddrüsendiagnostik, die Fettstoffwechselftherapie, die Osteologie und Osteoporose-Behandlung, die Diagnostik und Therapie spezifischer endokrinologischer Erkrankungen oder eine spezialisierte Adipositas-Betreuung. Die dritte Versorgungsebene sind schließlich die Spezialambulanz in den Krankenhäusern. Dieses abgestufte Modell der Diabetesversorgung soll eine effiziente, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Betreuung sicherstellen, um die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Diabetes in Österreich nachhaltig zu verbessern. Im Gesundheitsministerium wird intensiv an der Umsetzung des Projektes zur integrierten Versorgung gearbeitet. Ein wichtiger Aspekt des Projekts ist die Entwicklung eines digitalen Steuerungssystems, nach dem Grundsatz digital vor ambulant vor stationär. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten klare Anlaufstellen aufzuzeigen und ihnen eine strukturierte Orientierung innerhalb des Gesundheitssystems zu bieten. Dies umfasst unter anderem klare Informationen über Zuständigkeiten und Ansprechpartnerinnen und -partner, digitale Steuerungselemente zur effizienten Weiterleitung in die passenden Versorgungsebenen und ein strukturiertes Monitoring zur Nutzung und Optimierung der erhobenen Gesundheitsdaten. Das Projekt

wird in enger Zusammenarbeit mit der ELGA GmbH umgesetzt. Ein zentraler Punkt ist die Neugestaltung eines abgestuften Versorgungsprozesses, der auf modernen digitalen Lösungen basiert. Dabei spielen auch Schulungsangebote – sowohl für Gesundheitsdienstleister als auch für die Betroffenen – eine wesentliche Rolle, die in enger Abstimmung mit der Sozialversicherung entwickelt werden.

Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist auch die Diagnosecodierung, denn sobald die Diagnose „Diabetes“ kodiert wird, sollen die Patientinnen und Patienten automatisch in das neue Versorgungssystem aufgenommen werden. Im Unterschied zu bisherigen Modellen erfolgt dies nicht über ein Opt-in-Verfahren, sondern automatisch, mit der Möglichkeit, sich aktiv abzumelden. Dies soll eine breite Erfassung und bessere Steuerung der Versorgung sicherstellen. Aktuell liegt der Fokus auf der technischen Umsetzung des Projekts. In den kommenden Monaten soll die Infrastruktur für das neue Versorgungssystem aufgebaut werden. Die Pilotierung ist für das kommende Jahr geplant, um die Praxistauglichkeit des Modells zu testen und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen. Das Projekt der integrierten Versorgung stellt einen entscheidenden Schritt dar, um die medizinische Betreuung effizienter zu gestalten und die Qualität der Versorgung langfristig zu verbessern. Durch die enge Zusammenarbeit zwischen Bund, Bundesländern und Sozialversicherungsträgern soll ein zukunftsorientiertes System geschaffen werden, das sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für das medizinische Personal eine spürbare Verbesserung bringt.

Zwischen Anspruch und Realität

Die aktuelle Versorgungswirklichkeit in der Primärversorgung kann mit den Zielen der integrierten Versorgung derzeit nur bedingt Schritt halten. Der akute Mangel an Ärztinnen und Ärzten, insbesondere im Bereich der Allgemein- und Familienmedizin, trifft auf eine zunehmend steigende Anzahl an multimorbiden und hochkomplexen Patientinnen und Patienten, die nicht mehr in Krankenhäusern versorgt werden können. In der Primärversorgung entstehen dadurch erhebliche Mehrbelastungen. Unfinanzierte medizinische Leistungen, wie Sonografien oder das Polypharmazie-Management, werden zum Alltag der niedergelassenen Medizinerinnen und Mediziner. Allein die sorgfältige Analyse von Medikationsplänen erfordert Zeit, die weit über das vorhandene Kontingent hinausgeht. Die Patientenzentrierung und Shared Decision-making, die in modernen Leitlinien festgeschrieben werden, können in der Praxis kaum geleistet werden. Hausärztinnen und Hausärzte sollen mit ihrer Arbeit Ambulanzen und Spitäler entlasten, doch das entspricht nicht ihrem eigentlichen Versorgungsauftrag und wird auch nicht im Refundierungssystem abgebildet. Es braucht daher faire und transparente Versorgungsziele und eine breite Diskussion darüber, was das Gesundheitssystem leisten soll.

Disease-Management-Programme als zentrale Steuerungselemente

Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems hängt maßgeblich von einer gut strukturierten, integrierten Versorgung ab. Eine klare Orientierung für Patientinnen und Patienten ist essenziell, um eine optimale Steuerung durch das Gesundheitssystem zu ermöglichen. Besonders die Hausärztinnen und Hausärzte spielen hier eine zentrale Rolle. Sie sollten uneingeschränkter Zugriff auf digitale Anwendungen

Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet (in alphabetischer Reihenfolge)

- Michael Resl
- Harald Sourij



und Versorgungsdaten haben, um Patientinnen und Patienten optimal begleiten zu können. Die Weiterentwicklung bestehender Programme, insbesondere „Therapie Aktiv 2.0“, ist ein zentraler Bestandteil der künftigen Versorgung. Diese Programme sollen Behandlungskarrieren begleiten und optimieren. Das Ziel ist eine ganzheitliche Versorgung, die frühzeitig Komplikationen verhindert und Ressourcen effizient nutzt.

Notwendige Reformen erfordern

- die Erweiterung der refundierten Leistungen, insbesondere für diätologische und psychologische Betreuung sowie Bewegungsprogramme;
- die Einbindung eines Case-Managements, um personalisierte Versorgungspfade für chronisch Erkrankte zu definieren;
- die Qualitätssicherung durch definierte Versorgungsziele, die sich nicht nur an biochemischen Werten wie etwa dem HbA1c orientieren, sondern auch das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten sowie volkswirtschaftliche Aspekte berücksichtigen;
- eine klare Rollendefinitionen innerhalb der Versorgungsebenen, um die Verteilung der Aufgaben zwischen Primärversorgung, Fachärztinnen und Fachärzten sowie spezialisierten Zentren zu optimieren;
- eine standardisierte Teilnahme an Disease-Management-Programmen in der Praxis-Routine, um eine systematische und einheitliche Versorgung sicherzustellen;
- die Einführung eines E-Diagnoseregisters, um Verwaltungsaufwand und Doppeldokumentationen zu minimieren;
- einen elektronischen Diabetespass zur lückenlosen Betreuung von Menschen mit Diabetes, ähnlich dem elektronischen Impfpass;
- ein faires Vergütungssystem, das auch komplexe Betreuungsmaßnahmen angemessen abbildet;
- die Anpassung der Finanzierungsstrukturen an die realen Bedarfe der Versorgung;
- strukturelle Reformen, um sicherzustellen, dass Primärversorgung nicht überlastet wird, sondern effizient mit Fachärztinnen und Fachärzten kooperieren kann.

Werden die Maßnahmen umgesetzt, steht eine bessere epidemiologische Datenbasis zur genauen Erfassung der Krankheitsprävalenz zur Verfügung. Die Umsetzung dieser Maßnahmen kann die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten nachhaltig verbessern und gleichzeitig die Kosten im Gesundheitssystem senken. Ein integriertes Versorgungsmodell für Diabetes mellitus ist daher nicht nur wünschenswert, sondern dringend notwendig. **P**

Diskussionsteilnehmende (in alphabetischer Reihenfolge):

- Mag. Stefan Baumgartner
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Clodi
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching
- Dr. Andreas Krauter, MBA
- Dr. Franz Leisch
- Mag. Verena Nikolai
- Dr. Stephanie Poggenburg
- Priv. Doz. Dr. Gersina Rega-Kaun
- OA Priv. Doz. Dr. Michael Resl
- Dr. Nadja Shnawa-Amann
- Univ.-Prof. Priv. Doz. Dr. Harald Sourij
- Mag. Patrizia Theurer
- Univ.-Prof. Dr. Thomas Wascher
- Isabella Weber
- Prim. Dr. Gudrun Wolner-Strohmeier, MPH

A man with a beard and a robot head are shown in profile, facing each other. The man is on the left, and the robot is on the right. The background is a light, neutral color.

“

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

“

Stimmt.

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 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.



PRÄGNANT

Nach dem Ball ist vor dem Ball

Einen Fixpunkt in der Wiener Balltradition stellt der Wiener Ärzteball dar, der heuer bereits zum 73. Mal stattgefunden hat. **FÜR DEN REIBUNGSLOSEN ABLAUF SORGT SCHON SEIT 16 JAHREN DIE KINDER- UND JUGENDFACHÄRZTIN DR. ISABELLA CLARA HEISSENBERGER-MASS** mit einem vierköpfigen Team und vielen Helferinnen und Helfer aus der Ärztekammer. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Es ist der letzte Samstag im Jänner, wenn für Ärztinnen und Ärzte und viele weitere Gäste – zum Teil auch internationales Stammpublikum – in der Wiener Hofburg „Alles Walzer“ ertönt. Erst kürzlich ist wieder eine Nacht voller Glanz & Charity erfolgreich zu Ende gegangen. Der 73. Wiener Ärzteball war mit rund 3.800 Gästen aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft restlos ausverkauft und ein echtes Highlight der Wiener Ballsaison. Von der mitreißenden Mitternachtseinlage mit DelaDap bis zur legendären Publikumsquadrille wurde einmal mehr für den guten Zweck getanzt. Dr. Isabella Clara Heissenberger-Mass lässt hinter die Kulissen des Events blicken und beschreibt, wie Debütantinnen und Debütanten ausgewählt werden, warum Spenden wichtig sind und welche Rolle der Dresscode spielt.

PERISKOP: Wie begann Ihre Karriere als „First Lady des Wiener Ärzteballs“?

HEISSENBERGER-MASS: Meine Laufbahn begann in einer kleinen Rolle als Mitglied des Ballkomitees, bevor ich schließlich die Verantwortung für die gesamte Veranstaltung übernehmen durfte. Diese Aufgabe war mir eine große Freude – nicht nur, weil ich eine leidenschaftliche Tänzerin bin und während meines Studiums in einer Tanzschule gearbeitet habe, sondern auch, weil ich Bälle liebe und sie aus vollem Herzen genieße.



Isabella Clara Heissenberger-Mass lässt hinter die Kulissen des Ärzteballs blicken und beschreibt die Herausforderungen einer guten Organisation.

Nach meiner Übernahme wollte ich dem Ball eine stärkere karitative Ausrichtung geben. Mein erster Schritt in diese Richtung war eine Damenspende zugunsten des St. Anna Kinderspitals. Jahr für Jahr konnten wir das Spendenvolumen steigern, sodass zuletzt Beträge von bis zu 100.000 Euro gesammelt wurden. Als Kinder- und Jugendfachärztin ist es mir besonders wichtig, auch an einem festlichen Abend nicht jene Menschen zu vergessen, die unsere Unterstützung benötigen. Wir Ärztinnen und Ärzte sind das ganze Jahr über für unsere Patientinnen und Patienten da – oft weit über das berufliche Maß hinaus. Es war mir ein Anliegen, dass unser Engagement auch beim Ärzteball sichtbar wird.

Welche Projekte konnten in den letzten Jahren konkret unterstützt werden?

Im Jahr 2024 konnten wir mit dem Ärzteball 97.000 Euro für Frauenhäuser und Gewaltschutzprojekte sammeln. Die Spendensumme für 2025 steht noch nicht abschließend fest. Der Reinerlös geht jedenfalls an die WE&ME Foundation, eine in Wien ansässige Stiftung, die sich der Erforschung und Bekämpfung von Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS) widmet. Gegründet wurde die Stiftung von der Bäckerei-Familie Ströck aufgrund ihrer persönlichen Erfahrungen mit ME/CFS. Bei beiden Söhnen der Familie wurde die Krankheit diagnostiziert. Die WE&ME Foundation fördert und unterstützt kollaborative Forschungsprojekte, um die Ursachen und möglichen Behandlungen von ME/CFS besser zu verstehen. Neben der Forschungsförderung legt die Stiftung großen Wert auf Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung für ME/CFS.

Wie schlagen Sie die Brücke zwischen den Charity-Projekten und dem Ärzteball?

Die Charity-Themen wurde konsequent in die Veranstaltung integriert – von der feierlichen Eröffnung bis zur begünstigten Spendenorganisation. So konnte auch heuer eine besondere Eröffnung die Gäste für diese schwere Erkrankung sensibilisieren und machte auf das Schicksal der Betroffenen aufmerksam, die oft im Schatten der Gesellschaft stehen. Es geht nicht nur darum, am Ende des Abends einen Scheck zu überreichen, sondern das Thema in den Ball zu integrieren und die Organisation sichtbar zu machen. Der Ärzteball soll nicht nur eine glamouröse Veranstaltung sein, sondern auch ein Bewusstsein für wichtige gesellschaftliche Themen schaffen. Obwohl es ein wichtiges Ziel ist, eine möglichst hohe Spendensumme zu sammeln, soll der

Als Kinder- und Jugendfachärztin ist es mir besonders wichtig, auch an einem festlichen Abend nicht jene Menschen zu vergessen, die unsere Unterstützung benötigen.

Isabella Clara Heissenberger-Mass

Wiener Ärzteball aber natürlich seinen glanzvollen Charakter nicht verlieren. Es wäre kein Ball, würden wir nicht auch in Dekoration oder Entertainment investieren. Hier sind wir sehr froh über unsere Kooperationspartner, denn ohne sie wäre eine Veranstaltung in dieser Form nicht möglich.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die am Ball mitwirken, sind essenziell für dessen Erfolg. Der gesamte Ball wird in-house in der Wiener Ärztekammer organisiert, was ein besonderes Alleinstellungsmerkmal ist. Genau das macht den Charme des Events aus: Es handelt sich nicht um eine Veranstaltung einer Event-Agentur, sondern um eine Herzensangelegenheit der Ärztekammer. Viele ehrenamtliche Helferinnen und Helfer kommen direkt aus den eigenen Reihen – Kammermitarbeiterinnen und -mitarbeiter, die mit großem Engagement dabei sind. Zwei Kammermitarbeiterinnen sind das gesamte Jahr mit der Organisation betraut.

Welchen Anspruch haben Sie an das Ballprogramm?

Der Wiener Ärzteball erfreut sich immer größerer Beliebtheit und ist regelmäßig ausverkauft. Wir freuen uns sehr über dieses große Interesse, denn unser Ziel ist es, einen Ball für alle Generationen zu gestalten. Wir wissen, dass wir alles richtig gemacht haben, wenn die Gäste nach dem Abend sagen: „Nächstes Jahr muss ich wieder dabei sein!“

Unser Anspruch ist es, möglichst viele Geschmäcker anzusprechen. Ein Ball ist schließlich auch eine Kunstveranstaltung – von der musikalischen Gestaltung über die Inszenierung bis hin zum Ambiente. Jeder Gast soll sich abgeholt fühlen und einen unvergesslichen Abend erleben.

Was den Ärzteball besonders macht, ist die außergewöhnlich gute Stimmung. Diese entsteht nicht nur durch das sorgfältig kuratierte Programm, sondern vor allem durch unsere Gäste. Der Ball zieht ein breites Publikum an, darunter viele Medizinerinnen und Mediziner, aber auch zahlreiche Gäste aus anderen Berufsgruppen und verschiedenen Ländern. Manche von ihnen kommen bereits seit 20 Jahren – ein Zeichen

dafür, dass der Ball für viele ein Fixpunkt im Jahr ist.

Dieses Jahr haben wir erstmals eine Feedback-Runde durchgeführt und das Ergebnis war beeindruckend: Wir haben 99 Prozent positives Feedback erhalten. Besonders schön war zu sehen, dass die Gäste länger blieben als in den Jahren zuvor und bis zum Schluss ausgelassen feierten. Das bestätigt uns in unserer Arbeit und zeigt, dass der Ärzteball eine Veranstaltung ist, die begeistert. Ein wichtiger Anspruch an den Ball ist für mich, eine gelungene Balance zwischen Tradition und Moderne zu schaffen. Der Ärzteball soll für alle Altersgruppen attraktiv sein, dabei aber die klassischen Elemente eines Traditionsballs bewahren.

Was ist Ihr persönlicher Lieblingsmoment?

Jedes Jahr gibt es für mich einen ganz besonderen Augenblick, das ist der Moment direkt nach der Eröffnung. Wenn ich sehe, dass alles, woran mein Team und ich das ganze Jahr über gearbeitet haben, perfekt funktioniert und wir in glückliche Gesichter blicken. Dann weiß ich, dass sich die Mühe gelohnt hat.



Das Organisationsteam auf der Feststiege hat allen Grund zum Lächeln - der Ball 2025 war ein voller Erfolg! V.l.n.r. Lisa Lukitsch-Dittlbacher, Isabella Heissenberger-Mass, Elisabeth Pelanek-Völk, Michaela Wörgötter, Julia Salbrechter

Wie werden die Debütantinnen und Debütanten ausgewählt?

Die Teilnahme an der feierlichen Eröffnung erfordert eine Anmeldung sowie ein Vortanzen, das jedes Jahr bereits vor Weihnachten - in diesem Jahr sogar schon im November - stattfindet. Die jungen Damen und Herren müssen Grundkenntnisse im Walzertanzen mitbringen, denn sie haben nur drei Tage Zeit, um die Eröffnungschoreografie zu perfektionieren. Die Auswahl ist fast so streng wie beim Opernball! Doch das Ergebnis spricht für sich: Jedes Jahr eröffnen die Jungdamen und Jungherren unseren Ball glanzvoll und sorgen für einen unvergesslichen Moment. Der Gedanke, dass diese jungen Menschen feierlich in die Gesellschaft eingeführt werden - so wie es früher Tradition war -, ist für mich etwas sehr Schönes. Tradition ist ein wichtiger Bestandteil des Ärzteballs und es ist mir ein Anliegen, diese Werte an die Jugend weiterzugeben.

Wie wichtig ist Ihnen die Balletikette, vor allem im Hinblick auf die Kleidung?

Für mich ist das ein Zeichen von Wertschätzung. Eine Ballveranstaltung wie der Ärzteball trägt auch dazu bei, gesellschaftliche Werte zu vermitteln. Deshalb ist es wichtig, dass ein gewisses Niveau gewahrt bleibt - sowohl in der Tanzkultur als auch in der Kleidung. Die strenge Kleiderordnung ist ein essenzieller Bestandteil des Balls. Wir bedauern es zwar, wenn wir Gäste abweisen müssen, aber der Rahmen der Hofburg verlangt einen gewissen Dresscode. Wir kommunizieren dies im Vorfeld sehr klar und versuchen, entgegenzukommen - beispielsweise mit Schneiderinnen, die vor Ort kleine Anpassungen anbringen können. Doch bei einem kurzen Kleid müssen wir konsequent bleiben. Ein Hofburg-Ball lebt auch von seiner Eleganz, und dazu gehört nun einmal das bodenlange Abendkleid.

Können Sie schon einen Ausblick auf den Ärzteball 2026 geben?

Der Ball 2026 wird den CliniClowns gewidmet sein - ein Projekt, das mir als Kinder- und Ju-

gendfachärztin besonders am Herzen liegt. CliniClowns zaubern nicht nur Kindern, sondern zum Beispiel auch Palliativpatientinnen und -patienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen ein Lächeln ins Gesicht. Sie helfen an so vielen Stellen im Gesundheitssystem, schwierige Zeiten gut zu meistern. Seit dem letzten Jahr lautet unser Slogan „Ein Tanz für das Leben“. Für mich symbolisiert dieser Satz genau das, was wir mit dem Ball erreichen möchten: Durch einen gemeinsamen festlichen Abend Gutes tun. In der Vergangenheit haben wir häufig Organisationen mit einem Fokus auf Kindern unterstützt, was sicherlich auch mit meiner beruflichen Tätigkeit zusammenhängt. Denn ich bin überzeugt: Die Jugend ist unsere Zukunft, und wir müssen sie gezielt fördern.

Gleichzeitig ist es erschreckend, wie viele Hilfsorganisationen nötig sind, um Menschen zu unterstützen. In einer idealen Welt bräuchte es solche Organisationen nicht, weil unsere Gesellschaft, die Politik und wir als Bürgerinnen und Bürger von vornherein für diejenigen da wären, die Hilfe benötigen. Doch solange das nicht der Fall ist, tragen wir mit dem Ärzteball unseren Teil dazu bei, um das Leben anderer Menschen ein Stück weit zu verbessern. **P**

SAVE THE DATE

74. Wiener Ärzteball
31. Jänner 2026, Wiener Hofburg
www.aerzteball.at

ÄRZTEBALL GOES CHARITY

- 2017 DEBRA Austria - Hilfe für Schmetterlingskinder
- 2018 Make-A-Wish Foundation® Österreich
- 2019 Caritas-Projekt „#wir tun für Frauen, Mütter und ihre Kinder in Not“
- 2020 AmberMed
- 2023 MOMO Kinderhospiz
- 2024 StoP - Stadtteile ohne Partnergewalt
- 2025 WE&ME Foundation





PRÄGNANT

Psychiatrie am Limit

ÖSTERREICHS PSYCHIATRIEN STECKEN IN DER KRISE – und besonders junge Menschen bekommen das zu spüren. Therapieplätze sind knapp, Wartezeiten lang, und bürokratische Hürden machen eine nachhaltige Behandlung oft schwierig. | von Mag. Julia Wolkerstorfer

P sychische Erkrankungen nehmen zu, doch das System kann kaum Schritt halten. Dr. Lisa Leutgeb, MSc, Assistenzärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin im letzten Ausbildungsjahr, spricht mit PERISKOP über eine Jugend in psychischer Not, fehlende Kassenstellen und die dringend notwendigen Reformen.

PERISKOP: Warum haben Sie sich für die Psychiatrie entschieden?

LEUTGEB: Ich habe Humanmedizin studiert und wollte eigentlich Internistin werden. Während meiner praktischen Ausbildung habe ich dann aber gemerkt, dass man dort verhältnismäßig wenig Zeit für die Patientinnen und Patienten hat. In der Onkologie habe ich ebenfalls viel Zeit verbracht, weil mich das Fach sehr interessiert hat – aber ich war damals noch jung, und das viele Sterben auf der Station hat mich mehr

mitgenommen, als ich erwartet hatte. Es ist einfach schwer, Menschen an schweren Krankheiten leiden zu sehen, vor allem, wenn man weiß, dass man in vielen Fällen nicht mehr viel tun kann.

In der Psychiatrie habe ich dann schließlich genau die Mischung gefunden, die es für mich ausmacht und die mich erfüllt: Medizin, Soziologie und Philosophie. Hier geht es um langfristige Beziehungen zu den Patientinnen und Patienten – und genau das ist mir wichtig. Es geht nicht nur darum, Medikamente zu verschreiben, sondern darum, die Menschen hinter den Diagnosen kennenzulernen, ihre Geschichten zu verstehen. Diese Arzt-Patienten-Beziehung bedeutet mir sehr viel.

Was bedeutet „Erfolg“ in der Psychiatrie? Kann man überhaupt erfolgreich sein?

Absolut! Es ist ein totaler Irrglaube, dass Psych-

iatrie nur „Elendsverwaltung“ ist – das höre ich leider oft. Tatsächlich kann man hier unglaublich viel bewirken, gerade bei jungen Menschen. Ich arbeite häufig mit noch sehr jungen Erwachsenen, wo wir viele Fälle von Erstmanifestationen von Psychosen, schweren Depressionen, Suizidversuchen und selbstverletzendem Verhalten sehen. Und genau da kann man wirklich etwas verändern. Manchmal sind es die ganz kleinen Schritte, die letztendlich etwas in Bewegung bringen und zum „Erfolg“ führen.

Wir stecken in einer massiven Krise der psychischen Versorgung.

Lisa Leutgeb

Was sagt es über unsere Gesellschaft aus, dass Suizid nach wie vor die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen ist?

Die Krisen der letzten Jahre – Corona, soziale Isolation, wirtschaftliche Unsicherheit und Kriege – haben tiefe Spuren hinterlassen. Das zeigt, wie stark soziale Faktoren hier mitspielen. Junge Menschen aus instabilen Verhältnissen haben oft viel weniger Ressourcen, um Krisen gut zu bewältigen. Viele meiner jungen Patientinnen und Patienten sind in Fremdunterbringung aufgewachsen oder waren zeitweise von der MA11 betreut. Ihr familiäres Umfeld ist oft belastend, und das hat gerade in jungen Jahren enormen Einfluss auf die Psyche. Menschen jedes Alters brauchen Stabilität – fehlt dieses soziale Netz, steigt das Risiko für schwere psychische Erkrankungen deutlich.

Auch den Social-Media-Einfluss dürfen wir nicht unterschätzen: Junge Menschen sind einer ständigen Flut an Informationen ausgesetzt, oft mit verstörenden oder negativ gefärbten Inhalten. Dazu kommt der Druck, sich online zu inszenieren. Der ständige Vergleich mit unerreichbaren Körperbildern oder vermeintlich perfekten Lebensweisen kann das Selbstwertgefühl stark beeinträchtigen und ungesunden Perfektionismus fördern.

Welche Herausforderungen sehen Sie in der psychiatrischen Versorgung?

Wir haben einen Mangel sowohl in der niedergelassenen als auch stationären Versorgung. Es fehlt vor allem das Fachpersonal, egal ob von ärztlicher, sozialarbeiterischer, therapeutischer oder pflegerischer Seite. Viele Patientinnen und Patienten müssen im Akutbereich versorgt werden, weil sie vorher keine adäquate Hilfe gefunden haben. Das sorgt für eine deutliche Zunahme der Arbeitslast in den Spitälern und Spitalsambulanzen und der Druck auf das dor-

Österreichs psychiatrische Versorgung steckt in der Krise: Zu wenige Therapieplätze, lange Wartezeiten und bürokratische Hürden erschweren den Zugang zu dringend benötigter Hilfe, besonders für junge Menschen.



tige Personal steigt. Viele unserer Patientinnen und Patienten haben chronische, langfristige Erkrankungen. Das sind keine Diagnosen, die man in ein paar Wochen „abarbeiten“ kann, und dann ist alles gut. Sie brauchen Zeit, um wirklich stabil zu werden, wieder auf zwei Beinen zu stehen und ins Leben zurückzufinden. Wenn diese Zeit fehlt, geraten sie in einen Kreislauf aus kurzen stationären Aufenthalten und schnellen Rückfällen.

Sie beschreiben das Drehtür-Phänomen?

Genau. Viele Patientinnen und Patienten kommen nach kurzer Zeit wieder zurück, weil sie einfach noch nicht stabil genug sind. Das ist ein echtes Problem. Uns fehlen die Plätze für die subakute Versorgung – also für diejenigen, die zwar noch Betreuung brauchen, aber nicht mehr akut krank sind. Vielen Menschen fehlt heutzutage das besagte soziale Netz das früher viel abfangen konnte. Wenn man aus dem Spital entlassen wird und da sind dann keine Familie oder Freunde die sich um einen kümmern, muss das jetzt oft durch Professionisten aufgefangen werden. Da steigt klar der Bedarf. Und genau diese Übergangsphase ist entscheidend, um Rückfälle zu verhindern. Wenn wir Menschen entlassen, bevor sie wirklich stabil sind, ist die Wahrscheinlichkeit einfach zu hoch, dass sie kurze Zeit später wieder in der Notaufnahme stehen. Dieser Kreislauf ist weder zielführend noch heilsam – für die Betroffenen nicht und auch nicht für das System.

Viele kennen das Problem, dass sie keinen Platz bei einem Psychiater bzw. einer Psychiaterin mit Kassenvertrag bekommen – oder wenn, dann nur nach langer Wartezeit. Ähnlich verhält es sich im psychotherapeutischen Bereich. Wie steht es um diesen Engpass?

Das Problem ist nicht – und das muss wirklich mal klar gesagt werden – dass es keine Ärztinnen und Ärzte gibt, die Kassenverträge annehmen würden. Es werden einfach viel zu wenige Kassenstellen ausgeschrieben. Wenn dann doch mal eine frei wird, gibt es sofort einige Bewerberinnen und Bewerber – aber es gibt eben kaum neue Verträge.

Eine psychiatrische Versorgung auf Krankenschein ist für viele Menschen schlicht nicht erreichbar, weil sie mit monatelangen Wartezeiten konfrontiert sind. Gleichzeitig sind private psychotherapeutische Behandlungen für viele nicht finanzierbar. Eine Stunde kostet oft 100 Euro oder mehr – und das bei meist wöchentlichen Sitzungen. Das kann sich einfach nur eine bestimmte soziale Schicht leisten. Wir brauchen

BioBox

Dr. Lisa Leutgeb, MSc, engagiert sich neben ihrer klinischen Tätigkeit in verschiedenen medizinischen Gremien: Sie ist Mandatarin in der Kurie der angestellten Ärzte/Sektion Turnusärzte, stellvertretende Referentin für Mangelfächer und Studierendenangelegenheiten sowie ärztliche Personal- und Gewerkschaftsvertreterin. Ihren Master of Science erlangte sie an der London School of Hygiene and Tropical Medicine, U. of London. Nach dem Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien sammelte sie im Zuge ihres klinischen praktischen Jahres Erfahrungen in der kardiologischen Abteilung des Wollongong Hospitals in Australien, später in der Onkologie, der Viszeralchirurgie, der Pulmologie und der orthopädischen Chirurgie.



Lisa Leutgeb spricht über die Herausforderungen in der Jugendpsychiatrie und fordert dringend notwendige Reformen, um nachhaltige psychische Betreuung zu gewährleisten.

Wir müssen Patientinnen und Patienten oft viel zu früh entlassen – nicht, weil sie bereit sind, sondern weil einfach kein Platz mehr da ist.

Lisa Leutgeb

hier nicht nur Anpassungen, sondern eine echte Reform, denn wir stecken in einer massiven Krise der psychischen Versorgung. Der Psychosoziale Dienst leistet beispielsweise im ambulanten Bereich wirklich großartige Arbeit. Aber wenn es darum geht, einen ambulanten Termin bei einer Fachärztin oder einem Facharzt in der Ordination zu bekommen, ist das fast unmöglich – oder man wartet eben Monate. Da wählen dann viele den Weg ins Spital. Wo auch wirklich gute Arbeit geleistet wird. Aber dort kommt das System eben auch an seine Grenzen.

Wie kann man die Situation aus Ihrer Sicht verbessern?

Die Reformen müssen auf mehreren Ebenen stattfinden. Ganz wichtig ist ein Ausbau der spezialisierten Betten für die subakute Versorgung, damit Patientinnen und Patienten nicht aus Platzmangel zu früh entlassen werden müssen. Gleichzeitig braucht es eine bessere ambulante Versorgung, damit Betroffene frühzeitig Unterstützung bekommen, bevor es zur akuten Krise kommt – denn wenn sie einmal in der Notaufnahme stehen, ist es oft schon zu spät. Und wie schon angesprochen: Wir brauchen dringend mehr Kassenstellen in der Psychiatrie. Egal ob bei der Fachärztin, beim Facharzt oder für Gesprächstherapie. Ich erlebe es ständig in der Notfallpsychiatrie: Menschen mit schweren Depressionen oder Angststörungen, die verzweifelt nach Hilfe suchen und dann hören, dass sie erst in drei Monaten einen Termin bekommen. Das kann doch nicht sein! Da läuft im System etwas gravierend falsch.

Auch digitale Tools sollten effizienter genutzt werden, um die Abläufe zu verbessern und den Menschen einen einfachen Zugang zu psychischer Unterstützung zu ermöglichen – etwa durch moderne Gesundheits-Apps, beispielswei-

se verhaltenstherapeutische Anwendungen. Solche Apps sind besonders für Menschen gedacht, die auf einen Therapieplatz warten oder ihre Therapie ergänzen möchten. Sie ersetzen zwar keinen Therapeuten, können aber für bestimmte Wartezeiten eine überbrückende Stütze sein. Die bürokratischen Hürden, die wir täglich erleben, halten uns von der direkten Patientenarbeit ab. Wir sind immer mehr mit Dokumentation beschäftigt – Tendenz steigend. Was mir persönlich besonders wichtig ist: Wir dürfen nicht zulassen, dass das Gesundheitssystem immer mehr in eine Zwei-Klassen-Medizin abrutscht. Doch genau das passiert gerade. Psychische Gesundheit darf kein Luxus sein! Es muss gewährleistet sein, dass wirklich alle Menschen – egal, wie viel sie verdienen oder woher sie kommen – die psychische Unterstützung bekommen, die sie brauchen.

Die Medizin ist weiblicher geworden, doch es gibt nach wie vor strukturelle Ungleichheiten. Wie erleben Sie diese Diskrepanz?

Die Medizin ist definitiv weiblicher geworden. Das sieht man schon an den Studienanfängerinnen- und Anfängern – das Geschlechterverhältnis liegt seit Jahren bei etwa 50:50. Trotzdem sind Frauen in medizinischen Führungspositionen noch immer klar unterrepräsentiert. Besonders in operativen Fächern oder in Bereichen mit viel Industrie- und Forschungsbeteiligung sind noch immer hauptsächlich Männer vertreten. Ein zentrales Thema ist nach wie vor die Vereinbarkeit von Karriere und Familie. Kinderbetreuungszeiten werden auch heute noch hauptsächlich von Frauen übernommen – und das genau in der entscheidenden Phase zwischen 30 und 40, in der viele Karriereschritte passieren. Es ist also kein Zufall, dass Frauen öfter in Teilzeit arbeiten und Männer schneller in leitende Positionen kommen. Aber ich merke auch, dass sich etwas verändert. Nicht nur bei Frauen, sondern auch bei vielen jungen Männern, die heute bewusster sagen: „Ich möchte meine Kinder mehr erleben.“ Trotzdem braucht es strukturelle Veränderungen, damit sich diese Entwicklung auch in den Karrierechancen widerspiegelt. Die Medizin ist weiblicher geworden – aber auf Augenhöhe sind wir noch nicht. **P**





“

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 Abgabenleistungen 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 %.