

# 16.

## Corona-Learnings

Weißbuch Version 2020

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

## IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber: Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung; Präsident: Dr. Hans Jörg Schelling; E-Mail: [umsetzen@praevenire.at](mailto:umsetzen@praevenire.at); [www.praevenire.at](http://www.praevenire.at) | Projektdurchführung: PERI Change GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Tel: 01/4021341-0, Fax: 01/4021341-18 | Projektleiter: Bernhard Hattinger, BA, [b.hattinger@perichange.at](mailto:b.hattinger@perichange.at) | Projektteam: Natalie Kapfer-Rupp, BA, Tanja Orgonyi, MA, Jeannine Schuster, MSc, Kathrin Unterholzner | Redaktion: Mag. Beate Krapfenbauer (Leitung), Mag. Julia Wolkerstorfer | Gestaltung und Produktion: Welldone Werbung und PR GmbH (Gestaltung: Katharina Harringer, Produktion: Mag. Lisa Heigl-Rajchl) | Lektorat: Mag. Charlotte Babits | [www.praevenire.at](http://www.praevenire.at)

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Aussagen geben die Meinung der Kooperationspartner, Unterstützer und Experten wieder. Die in den Texten verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber meist nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen. Trotz sorgfältiger Manuskriptbearbeitung und Lektorat können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Es kann daher infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht, übernommen werden.

Redaktionsschluss: 03.09.2020

© 2020 PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

## 16. Corona-Learnings

### »Telemedizin vollwertig integrieren und honorieren«

Die Notwendigkeit für die Erstellung eines ganzheitlichen Konzepts für ein modernes, leistungsstarkes und krisenfestes Gesundheitssystem hat durch die Corona-Pandemie weiter an Brisanz gewonnen. Die Erfahrungen aus der Coronakrise finden daher in einem eigenen Themenkreis Niederschlag. Die Pandemie hat gezeigt, wie elastisch das österreichische Gesundheitssystem auf Krisensituationen reagieren kann und wie rasch Veränderungen möglich sind – beginnend bei der Patientensteuerung bis hin zur Nutzung digitaler (Kommunikations-)Technologien. Gleichzeitig wurden Schwachstellen aufgezeigt, die optimiert werden müssen, um eine krisenfeste, menschnahe State-of-the-Art-Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Der Schwung, der durch die Krise entstanden ist, muss beibehalten werden, indem die Rahmenbedingungen und die Sicherheit für Gesundheitsberufe verbessert und ihre Zusammenarbeit gefördert sowie ein forschungsfreundliches Klima durch Bürokratieabbau geschaffen wird. Letztendlich hat die Pandemie auch das Bewusstsein für den Wert und die Wertschätzung medizinischer Innovationen gestärkt und damit auch die Bereitschaft erhöht, innovative Therapien zu finanzieren. Die Coronakrise betrifft bei Weitem nicht nur den medizinischen Bereich und wird einen gesundheitlichen Fußabdruck in vier Wellen hinterlassen: Die erste umfasst die unmittelbare COVID-19-Sterberate, die zweite erstreckt sich, bedingt durch den eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem, auf Akutkranke, die dritte Welle beschreibt den durch unterbrochene Betreuung beeinträchtigten Verlauf chronischer Erkrankungen und die vierte zeigt die Folgen für psychische Erkrankungen, Traumata und Burn-out. Sie zieht damit weitreichende Kreise durch ökonomische Unsicherheit und gesellschaftlich-soziale Folgen, die eine Sichtbarmachung bzw. einen Anstieg psychischer Erkrankungen nach sich ziehen. Darauf gilt es jetzt rasch zu reagieren, um Langzeitfolgen einzudämmen.

### 16.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um die österreichische Gesundheitsinfrastruktur auf krisensichere Beine zu stellen, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen**.

#### 1. Digital-Health-Maßnahmen fortsetzen

##### Kein Zurück zulassen.

##### Sofortmaßnahmen

1. Bewährte digitale Angebote, wie die **elektronische Krankschreibung**, dürfen nicht mehr rückgängig gemacht werden. Sie unterstützen nicht nur den Servicecharakter hin zu den Patientinnen und Patienten, sondern entlasten das Gesundheitssystem im Gesamten. Überall dort, wo der Verzicht auf physische Präsenztermine die Qualität der Gesundheitsversorgung nur marginal mindert, aber deren Nachteile (Ansteckungsgefahr im Wartezimmer, Aufwand für die Anreise für Patientinnen und Patienten oder umgekehrt für Gesundheitsfachpersonen etc.) eliminiert, sollten die Präsenztermine durch telemedizinische Leistungserbringung ersetzt werden.
2. Ausrollung des **elektronischen Impfpasses**: Das Thema Impfen wird im Zuge der nächsten Monate massiv an Brisanz gewinnen. Daher muss der

e-Impfpass, der sich längst in der Warteschleife befindet, sofort umgesetzt werden.

3. **Psychotherapeutische** und psychologische **Begleitung** der Bevölkerung muss gefördert, **verstärkt von den Kassen finanziert** und – für den Fall einer weiteren Pandemie – stets auch **telemedizinisch** positioniert werden.
4. Die **Benutzerfreundlichkeit** muss im Zentrum aller digitalen Anwendungen stehen und in barrierefreier Form aufbereitet sein. Es ist essenziell, alle Beteiligten ins Boot zu holen und Ängste zu nehmen, indem das Vertrauen in technische Tools gestärkt wird.
5. Das anfängliche Fehlen **psychiatrischer (Tages-) Versorgung** während des Lockdowns wurde durch **telemedizinische und telerehabilitative Betreuung** aufgefüllt. Auf diese Erfahrungen sollte aufgebaut und **der Zugang vereinfacht** werden. Zu empfehlen ist die Umkehr des klassischen Phasendenkens (Akutereignis – intensiver Reha-Aufenthalt – ambulante Reha und Telemedizin), denn gerade bei diskreteren Formen der psychischen Erkrankung muss die Schwelle zum Zugang zu Therapien reduziert werden. Das Flexibilisieren des linearen Modells wird eine große Herausforderung für das System, es braucht nun eine **innere Reform der Einrichtungen und Trägerinstitutionen** sowie eine intensive Kooperation der jetzt größten Player wie der ÖGK und der PVA.

6. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt, digitale Lösungen effizienter für das **Medikamentenmanagement** zu nutzen und damit über Berufsgruppengrenzen hinaus zu wirken. So können beispielsweise im Zuge eines Arzt- oder Apothekenwechsels das Verschreiben unverträglicher Medikamente vermieden und Unterschiede zwischen intra- und extramuraler Verschreibung behoben werden.

## 2. Autonomie fördern

### Abhängigkeit reduzieren, Netzwerke ausbauen.

- Um die kritische Infrastruktur zu stärken sowie ein derzeit noch fehlendes Horizon Scanning samt lückenlosen Krisenplänen auf die Beine zu stellen, braucht es ab sofort einen ausgefeilten **Krisenplan** für Ernstfälle sowie eine **Sicherstellung der Lieferbarkeit von Arzneimitteln**, insbesondere für Seltene Erkrankungen und von Arzneimitteln, für die keine Alternativenprodukte vorhanden sind, sowie eine schnell hochfahrbare **Notfallproduktion für Medizinprodukte** und Schutzausrüstung, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Die Lieferbarkeit von Wirkstoffen und Medizinprodukten aus Staaten wie Indien und China muss durch **offene Transportwege** von der öffentlichen Hand sichergestellt werden.
- Pandemieplan und zentrale Koordinierung:** Die Spitalskapazitäten, die in den letzten Jahren immer wieder als „Übersorgung“ kritisiert wurden, sind ausreichend und noch nicht überlastet. Das ist positiv, aber nur eine Seite der Medaille. Auch wenn die Corona-Versorgung funktioniert hat, hat auch im Gesundheitssystem ein Art Lockdown stattgefunden: Ambulanzen wurden gesperrt, nicht unbedingt notwendige Operationen und Rehabilitationsaufenthalte verschoben, Frischoperierte wurden ohne Anschlussheilbehandlung nach Hause geschickt etc. Hier sollen die Krise als Chance gesehen und die Strukturen für Versorgungssicherheit und Krisenresilienz grundlegend verbessert werden. Es braucht umfassende und aktuelle Pandemiepläne.
- Überlegt werden sollte die Schaffung eines **zweckgebundenen Pandemiefonds bei den Krankenkassen**. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass die durch staatliche Maßnahmen erfolgten Einnahmenverluste – bei den im Gegensatz zur Pensionsversicherung nicht abgangsgedeckten – Krankenkassen ausgeglichen werden.
- Es ist essenziell, das optimale Zusammenspiel von Gesundheitseinrichtungen, mobiler Versorgung sowie niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sicherzustellen. Nur so kann der Balanceakt zwischen Arbeitsüberlastung, überfüllten Spitälern und der optimalen Begleitung von Patientinnen und Patienten gelingen.
- Personal- und Arbeitsbedingungen:** Die dringend nötige **Aufstockung des Personals** muss nach einer österreichweit verpflichtenden, einheitlichen, transparenten und **evidenzbasierten Personalbedarfsberechnungsmethode** unter Einberechnung von Ausfallszeiten (z. B. Urlaub, Fortbildung, Krankenstand, Schwangerschaft und Karenz) und zeitlichen Ressourcen für Ausbildung erfolgen. Bessere Arbeitsbedingungen motivieren junge Menschen, einen Gesundheitsberuf zu ergreifen, und halten sie länger in Beschäftigung. Wesentlich dabei sind moderne **Arbeitszeitmodelle**, mehr **Dienstplansicherheit**, Maßnahmen zur **Reduktion von belastenden Situationen**, **mehr Zeit für Menschlichkeit**.
- Die Coronakrise wird die allgemeine psychische Belastung der Menschen, insbesondere am Arbeitsplatz, verstärken. **Die große Herausforderung wird daher das gute Zusammenwirken von Österreichischer Gesundheitskasse (ÖGK) und Pensionsversicherungsanstalt (PVA) sein.** Die Vernetzung muss verbessert werden, damit Neuerungen ineinandergreifen und zu perfekten Behandlungs- und Rehabilitationsabläufen für die Betroffenen führen. Die Ressourcen, die bereits da sind, sind zielgerichteter für den Bedarf jeder einzelnen Patientin und jedes einzelnen Patienten einzusetzen. Indirekt ist auch das Arbeitsmarktservice (AMS) mit ins Boot zu holen, um die Identifikation von Problemen jener, die aus psychischen Gründen aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden, zu ermöglichen.
- Österreichs Forschungslandschaft steht seit der Coronakrise auf einem neuen Level. Im Zuge der Pandemie wurde das symbiotische Zusammenwirken von medizinischen und technologischen Energien zur Selbstverständlichkeit. Diese Anschauung von interdisziplinärer High-End-Forschung braucht es auch nach der Krise, um den Forschungsstandort Österreich auf einem hohen Niveau zu halten und **Spitzenforschung nach Europa** zurückzuholen.

### 3. Sensible Gesundheitskommunikation

#### Krisenzeiten brauchen Stabilität.

1. Eine klar verständliche, präzise und **glaubwürdige Kommunikation** mit der Bevölkerung ist Voraussetzung für eine stabile Vertrauensbasis. Medizinerinnen bzw. Mediziner und Politikerinnen bzw. Politiker müssen zukünftig verstärkt mit einer Stimme sprechen, um Verunsicherungen und Ängste zu reduzieren.
2. Insbesondere für **Risikogruppen** und chronisch kranke Menschen braucht es auch während der Coronakrise klare Informationen und Betreuung, sodass sie wissen, wie ihre Therapie weitergeführt und in welcher Form medizinische Hilfe beansprucht werden kann. Corona darf nicht als Hindernis wahrgenommen werden, sich zur Ärztin oder zum Arzt zu trauen.
3. Aufbau einer **effizienten Informationsverarbeitung**: Bestehende Informationstechnologien zur systemweiten Verarbeitung unterschiedlicher Datensätze werden derzeit noch nicht ausgeschöpft, obwohl entsprechende Lösungen in anderen Bereichen seit zwei Jahrzehnten in Gebrauch sind. Der Einsatz dieser Technologien würde Kosten sparen, die Informationsqualität verbessern und gezieltes Reagieren auf die Ausbreitung von Infektionsherden ermöglichen.
4. Die Awareness für die Verbreitung von Krankheitserregern muss aufrechterhalten bleiben, um die Bevölkerung besser in puncto **Infektionsprävention** zu sensibilisieren. Dabei geht es um weit mehr als „viel“ Händewaschen, nämlich auch um die Vermittlung der richtigen (Hände-)Hygiene mit qualitativ hochwertigen Desinfektionsmitteln, die Rolle von „Distancing“ im sozialen Kontext und die Notwendigkeit des Mund-Nasen-Schutzes zum Selbst- und Fremdschutz. Die Bereitschaft zur Händehygiene und generell zur Infektionsprävention muss auch nach der Corona-Pandemie gefördert werden, indem die Ärzteschaft, Apotheken, Medien, der Handel und Schulen unterstützt werden, bewusstseinsfördernde Maßnahmen zu setzen.

#### Mensch im Mittelpunkt

Die Gesellschaft erlebt es erstmalig seit Generationen, mit Phänomenen wie Social Distancing umzugehen und auf gewohnte Strukturen verzichten zu müssen. Den Menschen muss Hoffnung gegeben werden, dass es

weitergeht und Pandemien überwunden werden können. Es gilt insbesondere, auch die psychosozialen Aspekte in der Gesellschaft in den Fokus zu rücken und die Menschen dort abzuholen, wo sie individuell stehen: Die schwindenden Grenzen privater und beruflicher Settings, intensive Kinderbetreuung sowie Homeschooling in Zeiten geschlossener Bildungseinrichtungen führen zu emotionalen Mehrfachbelastungen, die aufgefangen werden müssen. Darüber hinaus gilt es zu hinterfragen, welche Services, die durch die Corona-Pandemie ins Leben gerufen wurden, den Menschen auch abseits einer Pandemie dienlich sein können. Beispielsweise erweisen sich telemedizinische Angebote nicht nur dann als sinnvoll, wenn physische Kontakte reduziert werden sollen oder mobilitätseingeschränkte Menschen nicht zwingend die Ordination aufsuchen müssen, sondern sind insbesondere auch bei jenen Zielgruppen wertvoll, die kontaktlose Interaktionen bevorzugen und beispielsweise aufgrund von Angststörungen besser über digitale Kanäle zu erreichen sind.

#### Chancen der Digitalisierung

Telemedizinische Angebote haben während der Pandemie sowohl aufseiten der Patientinnen und Patienten sowie unter Ärztinnen und Ärzten hohen Anklang gefunden – verbunden mit dem Wunsch, diese digitalen Services aufrechtzuerhalten.

Gerade bei chronisch kranken Menschen erweisen sich digitale Rezepte mit mehrmonatiger Gültigkeit als sinnvoll. Im Hinblick auf eine verstärkte Ausrichtung auf kontaktlose Medikamentenverordnungen, wie sie die Coronakrise erforderlich gemacht hat, werden nicht nur Wege und Zeit gespart, sondern vor allem auch ärztliche Ressourcen gewonnen. Im Fokus der Digitalisierungsbestrebungen sollen dabei immer der Nutzen für die Patientinnen und Patienten sowie die Wirtschaftlichkeit und Vereinfachung von Abläufen stehen.

Essenziell ist, dass der Zugang zu digitalen Anwendungen für alle Akteure im Gesundheitssystem gewährleistet sein muss und sich dieser für alle Beteiligten leistbar gestaltet. Der digitale Motor muss rechtlich und finanziell abgesichert werden, um auch langfristig aus den Potenzialen der diversen Einsatzmöglichkeiten telemedizinischer Technik, zum Beispiel zur Früherkennung von Erkrankungen, zu schöpfen.

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Corona-Learnings

---



# EXPERTISE SUMMARY

## 16. Corona-Learnings

---

Fachbeitrag

Management Summary des PRAEVENIRE Gipfelgesprächs

Experteninterviews

Quellenverzeichnis

Mitwirkende Expertinnen und Experten





# Fachbeitrag

## Digital Health in der COVID-19-Krise – was nun verbessert werden sollte

**Während des Lockdowns wurden in vielen Ländern positive Erfahrungen mit Digital Health gemacht.<sup>1</sup> Die angestoßene Entwicklung sollte unbedingt weitergeführt werden. Konkret sind daher folgende Empfehlungen von Bedeutung.**

AUTOREN: PROF. DR. REINHARD RIEDL UND PROF. DR. FRIEDERIKE THILO <sup>2</sup>

- 1. Integration von telemedizinischen Leistungen in die konventionelle Gesundheitsversorgung:** Überall dort, wo der Verzicht auf physische Präsenztermine die Qualität der Gesundheitsversorgung nur marginal mindert, aber deren Nachteile (Ansteckungsgefahr im Wartezimmer, Aufwand für die Anreise für Patientinnen und Patienten oder umgekehrt für Gesundheitsfachpersonen etc.) eliminiert, sollten die Präsenztermine durch telemedizinische Leistungserbringung ersetzt werden. Dort, wo physische Präsenztermine notwendig sind, können diese nachgeholt oder telemedizinische Konsultationen mit physischen Konsultationen alternierend durchgeführt werden.
- 2. Besseres Zeitmanagement im Wartezimmer:** In manchen Arztpraxen ist es üblich, dass Patientinnen und Patienten trotz Termin ein bis drei Stunden Wartezeit in Kauf nehmen müssen. Dieses Problem kann – und muss – durch eine adäquate Planung entschärft werden.
- 3. Outsourcen von Messungen zu Apotheken und zu Patientinnen und Patienten:** Viele Messungen, beispielsweise Blutdruck, Blutzucker oder Urinwerte, müssen und sollen nicht in medizinischen Versorgungseinrichtungen vorgenommen werden. Die Weiterentwicklung der Messgeräte erlaubt eine Verlagerung der Messungen näher hin zu den Patientinnen und Patienten.
- 4. Umfassende digitale Kommunikation entlang aller in die Behandlungskette Involvierten:** Dass Informationen physisch von Patientinnen und Patienten weitergetragen werden müssen, ist nicht mehr zeitgemäß. Ein erster Schritt zum Abbau dieser Praktiken des 19. Jahrhunderts ist die e-Medikation.
- 5. Involvierung der Menschen in die Datensammlung zum gesundheitlichen Zustand und Verlauf:** Gesundheitsfachpersonen sollen entsprechende (webbasierte) Applikationen anbieten, damit die Patientinnen und Patienten bzw. Kundinnen und Kunden vor einer telemedizinischen Leistung oder einem physischen Präsenztermin oder in der Verlaufskontrolle selbst Daten zu ihrer Gesundheit, ihren Symptomen oder Messwerten eingeben können. Damit kann nicht nur Zeit der Gesundheitsfachperson eingespart werden, sondern diese kann unmittelbar die gesundheitliche Situation einschätzen.
- 6. Remote-Einbezug von Expertisen in die Behandlungspraxis:** Digitale Werkzeuge erlauben es, Expertinnen und Experten bei schwierigen Diagnosen oder Therapieentscheidungen von auswärts zuzuziehen. Dies ermöglicht unter anderem eine wohnortnahe medizinische Versorgung ohne Qualitätsrisiken für Patientinnen und Patienten und kann die Diagnosestellung wesentlich beschleunigen. Der Lockdown hat uns aber auch daran erinnert, dass viele Hausaufgaben der Digitalisierung des Gesundheitswesens noch nicht zufriedenstellend erledigt wurden. Notwendig ist insbesondere:
- 7. Aufbau einer effizienten und präzisen Informationsverarbeitung im Pandemiefall:** Die Informationsaufbereitung basiert derzeit zu einem Teil auf historisch gewachsenen Organisationsstrukturen. Sie nutzt das Potenzial der Informationstechnologien zur systemweiten Verarbeitung verteilter entstehender Informationen nicht, obwohl entsprechende Lösungen in anderen Bereichen seit zwei Jahrzehnten in Gebrauch sind. Diese adäquat angepasst einzusetzen, würde Kosten sparen, die Informationsqualität verbessern und gezieltes Reagieren auf die Ausbreitung von Infektionsherden ermöglichen.
- 8. Beseitigung der Medienbrüche und Sicherstellung von weitgehender Interoperabilität im Gesundheitswesen:** Medienbrüche reduzieren die Effizienz so stark, dass dies in der Praxis zu einem Leistungsabbau zu Lasten der Patientinnen und Patienten führt. Mögliche Kooperationen zwischen Leistungserbringern werden blockiert, weil die benutzten Informationsverarbeitungssysteme nicht

1 Atique, S., Bautista, J.R., Block, L.J., Lee, J.J., Lozada-Perezmitre, E., Nibber, R., O'Connor, S., Peltonen, L.-M., Ronquillo, C., Tayaben, J., Thilo, F.J.S. and Topaz, M. (2020), A nursing informatics response to COVID-19: Perspectives from five regions of the world. *J Adv Nurs*. doi:10.1111/jan.14417

2 Erstveröffentlichung auf [www.societybyte.swiss](http://www.societybyte.swiss), dem Wissensblog des BFH-Zentrums Digital Society. <https://www.societybyte.swiss/2020/09/04/lehren-aus-covid-19-digital-health-3/>

interoperabel sind. Diese Probleme können nur beseitigt werden, wenn alle Fachdisziplinen und alle Berufsrollen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten an einem Strang ziehen und eine digitale Integration der Informationsflüsse unterstützen.

9. **Ersetzen von Textwüsten durch konsistent generierte semistrukturierte Daten:** Die Dokumentation von Behandlungen ist in mehreren Gesundheitsfachberufen und aus unterschiedlichen Gründen sehr suboptimal – von den langen Textberichten der Pflege über die Nichtdokumentation von Diagnosen in der praktischen Medizin und die unverständlichen Arztbriefe und Abrechnungen bis zu den PDF-Friedhöfen in den Patientendossiers. Das verursacht unnütze Zeitaufwände und blockiert die Informationsnutzung in Teilen gänzlich. Hier können sowohl digitale Übersetzungswerkzeuge als auch geänderte Informationserzeugungspraktiken wesentliche Verbesserungen bringen.
10. **Breiter Einsatz intelligenter digitaler Werkzeuge:** Digitale Werkzeuge können die Arbeit von Gesundheitsfachpersonen in vielerlei Hinsicht unterstützen und sie dazu befähigen, Patientinnen und Patienten effektiver zu behandeln – vom Sanitätswesen über Allgemeinmedizin bis hin zur Spitzenmedizin bei sehr schweren Erkrankungen und weiteren gesundheitlichen Versorgungsleistungen. Notwendig ist, dass Institutionen und Fachpersonen am Ball bleiben, sich weiterbilden und ihre Praxis weiterentwickeln.
11. **Aufbau, Förderung und Aktualisierung von digitalen Kompetenzen:** Sowohl Gesundheitsfachpersonen als auch Patientinnen und Patienten bzw. Kundinnen und Kunden sowie Bewohnerinnen und Bewohner müssen adäquate digitale Kompetenzen aufweisen. Gesundheitsfachpersonen müssen diese durch entsprechende Schulungsangebote (online) aufbauen, weiterentwickeln und stetig aktualisieren, damit sie wiederum ihre Patientinnen und Patienten bzw. Kundinnen und Kunden sowie Bewohnerinnen und Bewohner in einer zielorientierten und mit Mehrwehrt verbundenen Nutzung von digitalen Werkzeugen befähigen können.
12. **Forcierter Ausbau der Krankheitsregister:** Digitale Krankheitsregister sind wertvolle Informationsquellen für die Forschung und die Weiterentwicklung der personalisierten Präzisionsmedizin. Sie bilden ein wichtiges Fundament der evidenzbasierten Medizin und sind auch für die Planung der Ge-

sundheitsressourcen von großer Bedeutung. Deshalb sollte ihr Ausbau engagiert vorwärtsgetrieben und finanziell unterstützt werden.

Der Lockdown hat uns auch daran erinnert, dass in einigen Bereichen praktikable Lösungen fehlen – insbesondere dafür, wie vorhandene Daten vernünftig genutzt werden können. Teils werden diese aus Gruppeninteressen mit falschen Vorwänden blockiert, teils gibt es entweder keinen Konsens oder keine technischen Lösungen. Diese Probleme müssen angegangen werden.

13. **Klärung der Ängste von Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsfachpersonen vor zu viel Transparenz:** Häufig wird Datenschutz für die Gesundheitsfachpersonen gemeint, wenn der Datenschutz für die Patientinnen und Patienten angemahnt wird. Oder es geht um finanzielle Entschädigungen, wenn über die Qualität von Behandlungsmethoden gesprochen wird. Es ist deshalb dringend notwendig, über die wahren Gründe zu reden, warum die Digitalisierung zum Wohle der Patientinnen und Patienten oft genau von jenen blockiert wird, die ihr ganzes Berufsleben eben diesem Wohle widmen.
14. **Entwicklung von praktikablen Governance-Konzepten für den Umgang mit personenbezogenen Gesundheitsdaten:** Informationen sind mit die wertvollsten Assets für Forschung, Praxis und Qualitätskontrolle im Gesundheitswesen. Trotzdem kommen wir bei der Informationsnutzung kaum weiter. Es braucht klare Regeln für den Umgang mit personenbezogenen Gesundheitsdaten, welche Chancen nutzen und Risiken minimieren. Diese Regeln müssen sich am Stande der Technik und am Nutzen für die Patientinnen und Patienten orientieren, nicht an den Sicherheitsbedürfnissen der Verantwortlichen oder an ideologisch formulierten roten Linien.
15. **Weitentwicklung von technischen Lösungen zur Wahrung der Privatsphäre:** Wir benötigen technische Lösungen, welche Datenmissbrauch maximal erschweren und genau dadurch den Weg frei machen für eine effektive Nutzung des Potenzials der personenbezogenen Gesundheitsdaten. Darüber hinaus gibt es Themen, die schon lange in unserem Bewusstsein sind und noch lange bleiben werden. Wir sollten sie auch in der aktuellen Gesundheitskrise weiterverfolgen:
16. **Förderung der fachdisziplinenübergreifenden Zusammenarbeitsprozesse:** Informationsflüsse

benötigen neben Datenflüssen auch den direkten Austausch. Oft ist der physische Austausch sogar Voraussetzung für die effektive Nutzung digitaler Kommunikationsmittel. Dieser physische Austausch braucht passende Organisationsstrukturen und Prozesse. Primärversorgungseinheiten mit möglichst vielen vor Ort präsenten Gesundheitsfachberufen sind ein Beispiel, wie man große Schritte nach vorne machen kann.

17. **Gemeinsame Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe:** Die Blockaden der Informationsflüsse im Gesundheitswesen können nur durch Engagement aller Involvierten überwunden werden. Diese müssen sich gegenseitig als nützlich und wertvoll wahrnehmen, damit sie sich für blockadefreie Informationsflüsse tatsächlich einsetzen. Gemeinsame Ausbildungen fördern sehr effektiv die notwendige gegenseitige Wertschätzung.

# Management Summary des PRAEVENIRE Gipfelgesprächs

## 114. PRAEVENIRE WEISSBUCH GIPFELGESPRÄCH

### Corona-Learnings



#### WANN

Slot I: Montag, 31. August 2020 |  
17:00–19:00 Uhr

Slot II: Dienstag, 1. September 2020 |  
17:00–19:15 Uhr

Slot III: Mittwoch, 2. September 2020 |  
17:00–19:00 Uhr

Slot IV: Donnerstag, 3. September 2020 |  
17:00–19:00 Uhr



#### WO

Videokonferenz

#### DISKUSSIONSTEILNEHMENDE SLOT I

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Mag. Dr. Christian Gepart**  
Rechtsanwalt der Kanzlei Gepart
- **Dr. Iris Herscovici**  
Gründerin und Geschäftsführerin  
von Selpers
- **Dr. Elisabeth Lackner**  
CEO und QP der ABF Pharmaceutical  
Services
- **Dr. Stefan Seer**  
Wissenschaftler im Austrian Institute  
of Technology – Center for Mobility  
Systems
- **Dr. Peter Stippel**  
Präsident des Österreichischen Bun-  
desverbandes für Psychotherapie
- **Dr. Andreas Windischbauer**  
Präsident des Verbandes der  
österreichischen Arzneimittel-  
Vollgroßhändler PHAGO

#### DISKUSSIONSTEILNEHMENDE SLOT II

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Dr. Wolfgang Andiel**  
Präsident des Österreichischen  
Generikaverbandes
- **Univ.-Prof. Dr. Thomas Berger, MSc**  
Leiter der Universitätsklinik für  
Neurologie an der MedUni Wien
- **Univ.-Prof. Dr. Catherina Chiari**  
Vizepräsidentin der Österreichischen  
Gesellschaft für Orthopädie und  
orthopädische Chirurgie
- **Dr. Hans Haltmayer**  
Sucht- und Drogenkoordination Wien

Zum Themenkreis 16 des Weißbuchs Corona-Learnings diskutierten Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen. In vier Gipfelgesprächen, die als Videokonferenz durchgeführt wurden, ging man aktuellen Fragestellungen zur COVID-19-Pandemie nach. Ausgangspunkt für die virtuellen Diskurse waren Fragen zu bereits seit Langem bestehenden gesundheitspolitischen Brennpunkten. Einige davon zeigten sich bereits zu Beginn der Coronakrise als effizient (wie das elektronische Rezept oder die telefonische Krankschreibung), weshalb sie auch künftig beizubehalten sind. Darüber hinaus wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gefragt, welche Entscheidungen in dieser Gesundheitskrise aus ihrer Perspektive tatsächlich notwendig, welche Punkte davon sinnvoll waren, welche neuen Erkenntnisse es gab und daher künftig in gesundheitsrelevante Systeme und Strukturen einzubinden sind. Zudem wurden die in der Krise gesetzten Maßnahmen evaluiert und besprochen, welche wichtig und richtig waren und welche Entscheidungen sich gar für künftige Krisensituationen als unbrauchbar erwiesen haben.

In den vier Gipfelgesprächen kamen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den unterschiedlichsten Fachgebieten. Dementsprechend trugen ihre vielfältigen Perspektiven – kommend aus dem Rechtsbereich, der Online-Patientenschulung, der Pharmazie, der Mobilitätswissenschaft, der Psychotherapie und aus dem pharmazeutischen Handel – zu einer fachlich breiten Sammlung an Handlungsempfehlungen für die Politik bei.

#### Rechtlicher Handlungsbedarf

Prinzipiell hat sich gezeigt, dass der Rechtsstaat gut funktioniert. Aus gesundheitsrechtlicher Sicht hatte der Lockdown im Frühjahr einschneidende Auswirkungen zum Beispiel auf die unmittelbare und persönliche Berufsausübung der Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich. Hier stellte sich die Frage, was passiert, wenn ein persönlicher Kontakt zu den Patientinnen und Patienten nicht mehr möglich ist. Der kurzfristig im Praxisalltag möglich gewordene und verstärkt wahrgenommene Arzt-Patienten-Kontakt per (Video-)Telefonat und die telemedizinische Betreuung müssen weiterentwickelt werden, indem auch nicht ärztliche Gesundheitsberufe inkludiert werden und mehr Rechtssicherheit geschaffen wird. Dafür müssen auch rasch juristische Lücken in einzelnen Gesundheitsberufsgesetzen geschlossen und die Honorierung für telemedizinische sowie teletherapeutische Behandlung angepasst werden.

Eine weitere juristische Thematik, bei der rechtlicher Handlungsbedarf besteht, ist die Verantwortung der Träger von Gesundheits- und Rehabilitations-einrichtungen sowie von Alters-, Pflege- und Behindertenheimen. Besonders hinsichtlich der Beschränkung der Bewegungsfreiheit zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner gab es große Rechtsunsicherheit. Diese gilt es für künftige Krisensituationen zu präzisieren, mehr juristische Schärfe bei Definitionen ist notwendig, z. B. bei der Definition von Begriffen wie „das Aufhalten an öffentlichen Orten“.

### Transparente und faktenbasierte Kommunikation

Einigkeit herrschte unter den Expertinnen und Experten, dass die Gesundheitsbranche dringend eine einfach verständliche und präzise Kommunikation mit der Bevölkerung benötigt. Hier gilt es in Zukunft, Informationen klar zu formulieren und Ängste zu nehmen. Zudem bedarf es auch einer engeren Abstimmung zwischen medizinischen Expertinnen und Experten und Politikerinnen und Politikern, damit „mit einer Stimme gesprochen wird“. Diese einstimmige, faktenbasierte Information und Aufklärung bzw. Awareness-Bildung muss aus vertrauenswürdiger, unabhängiger Quelle der öffentlichen Hand kommen, wie es die Website des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sein könnte. Und als Kommunikationskanäle sollten (Online-) Plattformen und Vereine für Betroffene, deren Angehörige und Selbsthilfegruppen genutzt und unterstützt werden. In der Coronakrise ist der Eindruck in der Bevölkerung entstanden, es gäbe nur mehr Corona-Patienten zu behandeln, andere chronisch Erkrankte wurden hintangestellt, so gab es weniger Aufnahmen von Herzinfarkt- oder Krebspatientinnen und -patienten in Krankenhäusern, viele Behandlungen und OP-Termine wurden verschoben, Arztpraxen waren leer, Blutlabore sind in Kurzarbeit gegangen, Pilzinfektionen wurden nicht untersucht.

Es wurde festgehalten, dass eine breite Informationsoffensive und Transparenz notwendig sind: Wann sollen Betroffene zum Arzt gehen, wann ist Kontakt zum Krankenhaus aufzunehmen, Empfehlungen für Risikopatientinnen und -patienten sind auszusprechen und Beratung, was in Isolation in Eigenverantwortung der Patientin oder des Patienten getan werden kann. Themen wie ausreichend Bewegung, gesunde Ernährung müssen stärker kommuniziert werden.

### Verunsicherung vermeiden

Während der Coronakrise sind insbesondere jene Menschen mit (chronischen) oder rheumatoiden Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Beschwerden sowie Risikogruppen verunsichert, was Corona für ihre Situation konkret bedeutet, und hätten sich mehr Information gewünscht. Mit der Stärkung von Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und ausreichend Health Literacy muss auf individuelle Gegebenheiten eingegangen werden, um Verunsicherungen zu vermeiden.

Ein Beispiel ist auch, dass jedes Bundesland über die Maßnahmen wie Tragen von Mund-Nasen-Schutz bzw. FFP2-Maske, Vorschriften für Veranstaltungen, Kontaktregistrierung, e-Rezept etc. in eigener Verantwortung entscheiden kann. Das führt zu Verunsicherung. Für die Menschen müssen Regeln und Verordnungen einheitlicher vorgegeben werden und einfach in der Durchführung sein. Fünf bis sieben Regeln aufzustellen, ist sinnvoller als laufend sich ändernde Informationen.

Auch bei der Impfstoff-Thematik braucht es faktenbasierte Information auf allen Kommunikationswegen aus vertrauenswürdigen Quellen. Wichtiger als die Impfstoffdebatte sei, dass Therapiekonzepte gefunden werden. Deshalb ist eine dringende Empfehlung für die Politik, die Menschen klar und zielgruppenspezifisch zu informieren. Denn wenn die Bevölkerung glaubt, sie ist immun, und so ist es nicht, kann das problematisch sein. Die Krise hat auch gezeigt, welche für die Gesundheit relevanten Unternehmen (Pharmatechnologie) und Gesundheitsberufe (Virologen) es in Österreich gibt und ihre Leistungen sichtbar gemacht.

### Vorsicht vor Entmenschlichung

„Kollateralschäden sind Menschen.“ Dieser medial viel verwendete Begriff ist zu technisch, denn er entmenschlicht die Problematik. Viele haben sich über einen

- Dr. Christoph Klaus  
Scientific Marketing Manager bei Schülke & Mayr
- Mag. Susanne Pölzl  
Disease Area Lead Rheumatology & Established Products bei Roche Austria
- Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA  
Leiter der Fachabteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich
- Mag. Martin Schaffner, MBA, MBA, MPA  
Mitglied des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse
- Dr. Günther Schreiber  
Projektmanagement und Koordination Branche Gesundheitswesen bei Quality Austria

### DISKUSSIONSTEILNEHMENDE SLOT III

(in alphabetischer Reihenfolge)

- Univ.-Prof. Dr. Richard Greil  
Klinikvorstand der Univ.-Klinik für Innere Medizin III, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Vorstand der Universitätsklinik Salzburg für Innere Medizin III
- Dr. Achim Hein  
Geschäftsführer der EvoCare Holding
- Dr. Michaela Möstl  
Internistin, Transfusionsmedizinerin, Hämatologin und Onkologin
- Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer  
Dekan der Donau-Universität Krems, Fakultät für Gesundheit und Medizin
- Mag. Feldin Smajlovic  
CEO der SAVD Videodolmetschen
- Assoc.-Prof. Dr. Christoph Steininger  
Facharzt für Virologie und Infektiologe an der MedUni Wien

### DISKUSSIONSTEILNEHMENDE SLOT IV

(in alphabetischer Reihenfolge)

- Dr. Alexander Biach  
Standortanwalt und Direktorstellvertreter der Wirtschaftskammer Wien
- Dr. Reinhold Glehr  
Vorstandsmitglied der Steirischen Akademie für Allgemeinmedizin
- Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant  
Universitätsprofessor der MedUni Wien
- Lisa Holzgruber, MSc, MBA  
Geschäftsführerin von rotatable technologies

- em. Univ.-Prof. Dr. h. c. mult.  
Dr Siegfried. Kasper  
Professor des Center of Brain Research der MedUni Wien
- Mag. pharm. Dr. Elisabeth Messinger,  
a. H. P. h.  
Präsidentin der Österreichische  
Gesellschaft für Krankenhaus-  
pharmazie

Moderation:  
Prof. Dr. Reinhard Riedl und  
Bernhard Hattinger

langen Zeitraum gescheut, in eine Praxis oder ins Krankenhaus zu gehen, aus Angst vor Ansteckung. Das hat zur Folge, dass Laborwerte-Kontrollen (z. B. bei Diabetes) oder Einstellungen (z. B. bei Bluthochdruck) nicht regelmäßig erfolgt sind, die gewohnte therapeutische Betreuung fehlte und sich daher Begleiterscheinungen chronischer Erkrankungen verschlechtert haben.

Deshalb ist es vorrangig, ausreichend und vielfältig Informationen, sowohl online als auch über Ärztepraxen, Apotheken, Pflegedienste und Gesundheitsberufe (z. B. mittels Folder, Broschüren etc.) zur Verfügung zu stellen. Damit kann gerade in von Unsicherheit geprägten Zeiten die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und das Wissen von Erkrankten gesteigert werden, um Betroffene und Angehörige empowern (Stichwort Self Care) zu können. Die Wichtigkeit des persönlichen Kontaktes zwischen Betreuerinnen und Betreuer und Patientinnen und Patienten darf nicht unterschätzt werden.

### Verhaltensänderung durch Mobilität

Positiv ist die Entwicklung, im Homeoffice arbeiten zu können, wenn es notwendig und dort wo es möglich ist. Im gleichen Zug ist die Relevanz des Individualverkehrs und der Nutzung des privaten Pkw oder des Fahrrads gestiegen. Aber viel Neues wurde nicht versucht, Pop-up-Radwege auf Fahrstreifen sind für die Sichtbarkeit des Rads als Verkehrsmittel gut, aber als Impuls dauerhaft gesehen zu wenig. Spätestens mit der kälteren Jahreszeit werden die Freiwilligkeit und der Fahrradanteil in Wien wieder nachlassen.

Die Auswirkungen des Lockdowns und der Telearbeit auf die Verkehrslage werden wissenschaftlich untersucht. Daraufhin zu entwickeln sind interessante Mobilitätskonzepte. Manche Städte haben neuerdings versucht, Plätze zu reaktivieren, Frankreich hatte die Idee, als „15-Minuten-Stadt“ kurze Wege aufzuzeigen, wodurch weniger Verkehr produziert wird. Die Ergebnisse der Mobilitätsforschung in Zusammenhang mit Ansteckung zeigt sich abseits der medizinischen Sichtweise simpel mit Kennzeichnungen für die Beibehaltung der physischen Distanz, wie sie jetzt in Supermärkten sichtbar sind, bei Zutrittssystemen oder bei Maßnahmen zu Verteilungskonzepten. Planungen und Simulationsmodelle können deren Wirkung aufzeigen, das erspart ein Trial and Error. Als Best-Practice-Beispiel kann das Museum in Schönbrunn genannt werden.

Ein weiterer Aspekt des Mobilitätsrückgangs ist die Auswirkung auf das Klima. Telearbeit hat den Verzicht auf das Auto einfacher gemacht. Allerdings sind die Auswirkungen der verminderten Reisetätigkeit bzw. des eingeschränkten Flugverkehrs auf die Emissionen niedriger als erwartet ausgefallen. Das Bewusstsein für die Problematik Klimaveränderung in Zusammenhang mit dem Lockdown war eher Zufall, die Motivation, dass vieles auch klimaschonender und gesünder funktionieren kann, sollte mitgenommen werden.

### Digital Health für Mental Health Issues

Plötzlich war eine Psychotherapie über den klassischen Weg der Begegnung nicht mehr möglich. Die Therapie via soziale Medien wurde anerkannt, sollte weitergeführt und rechtlich auf sichere Beine gestellt werden. Studien des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVB)<sup>3</sup>, der Sigmund

<sup>3</sup> vgl.: <https://www.psychotherapie.at/>, <https://www.sfu.ac.at/de/studien/>, <https://www.donauuni.ac.at/de/aktuelles/news/2020/trotz-ende-des-lockdowns-mehr-neue-depressionen.html>



Freud PrivatUniversität in Wien und der Donau-Universität in Krems zeigen, dass die Coronakrise eine Vervielfachung von Angstzuständen, Unruhe nach sich gebracht und viele Leiden geweckt oder vertieft hat. Gezeigt hat sich, dass Menschen gut mit Teletherapie umgehen konnten oder es schnell gelernt haben. Die Ergebnisse der Arbeit hat zu gleichen Ergebnissen geführt, sowohl Betroffene als auch Analytiker schätzten diesen Behandlungsweg.

Blended Care Therapy, die Integration von Internet und mobilbasierten Interventionsansätzen in die reguläre Face-to-Face-Behandlung, kann sich künftig insbesondere in alpinen Regionen, bei Naturkatastrophen wie Lawinen, Muren, Überschwemmungen bewähren, denn sie entlastet Betroffene, indem sie Zeit spart und Raum überwindet. In den Niederlanden, Schweden oder Großbritannien hat sich das Konzept in der Regelversorgung bewährt. Dringend notwendig ist daher eine Anpassung der Rahmenbedingungen im Psychotherapiegesetz.

Notwendig zeigt sich auch die Aufhebung der Kontingentierung anerkannter Diagnosen seitens der Sozialversicherungen. Insbesondere in Krisensituationen zeigt sich ein Ansteigen therapeutischer Notwendigkeit. Eine Behandlung von Angstzuständen duldet keinen Aufschub. Bei vermehrt möglicher Behandlung auf Krankenschein können die Zahlen von Suchterkrankungen, Depressionen oder Suizid zumindest gesenkt werden. Ein finanziell unterstützter Therapiezugang rechnet sich für das Gesundheitssystem: In Salzburg hat sich gezeigt, dass Krankenstandstage, Pensionierungen und korrespondierende Kosten drastisch gesunken sind.

### **Kritische Infrastruktur verbessern**

Bei Arzneimitteln zeigte sich die Kraft der Medien sehr deutlich: Falschmeldungen führten zu einem schnellen Ausverkauf von Schmerzmitteln, sterilem Alkohol, Flaschen oder Verschlüssen. Das gilt es künftig zu vermeiden. Aus medizinischer und pharmazeutischer Perspektive wurden vor allem die Lieferengpässe bei Schutzausrüstungen einer strengen Analyse unterzogen. Hier gilt es, die kritische Infrastruktur massiv zu stärken sowie ein derzeit noch fehlendes Horizon Screening samt lückenlosen Krisenplänen auf die Beine zu stellen. Laut den Expertinnen und Experten benötige es künftig einen ausgefeilten Katastrophenplan für Ernstfälle sowie einen „Safety-Stock“ zumindest für zwei Wochen für Arzneimittel, insbesondere für Seltene Erkrankungen, und eine schnell hochfahrbare Notfallproduktion, z. B. für Medizinprodukte wie Schutzausrüstung, um versorgungstechnisch gut gewappnet zu sein. Auch die Abhängigkeit von Staaten wie Indien und China bei der Wirkstoffproduktion wurden diskutiert, die durch Sicherung der Transportwege reduziert werden soll. Ebenso haben sich Grenzschießungen zu Nachbarstaaten für (Pflege-)Personal und Liefer-tätigkeiten als nachteilig herausgestellt.

# Experteninterviews

## DR. CHRISTOPH KLAUS

SCIENTIFIC MARKETING MANAGER BEI SCHÜLKE & MAYR

## DI ANDREA WAGNER

MARKETING & SCIENTIFIC AFFAIRS BEI SCHÜLKE & MAYR

Händehygiene passiert im Kopf.

Das Wissen um Infektionsprävention ist ein integraler Bestandteil für Public-Health-Maßnahmen.

### Hintergrund

Die globale Ausnahmesituation, die durch die COVID-19-Pandemie entstanden ist, hat zu einem kollektiven Perspektivenwechsel geführt. Die als „Lockdown“ oder „Shutdown“ bezeichneten Maßnahmen zur Eindämmung der weiteren Ausbreitung von Coronaviren waren durch massive Einschränkungen des sozialen, öffentlichen und wirtschaftlichen Lebens gekennzeichnet und haben ein neues Miteinander geprägt.

Können wir aus dieser „Corona-Zäsur“ auch etwas Positives mitnehmen? Aus dem Blickwinkel der Infektionsprävention zu begrüßen sind jedenfalls eine erhöhte Achtsamkeit und ein gesteigertes Bewusstsein für die Verbreitung und Risiken von Krankheitserregern quer durch alle Bevölkerungsschichten. Was im Gesundheits- oder Lebensmittelbereich seit Jahren in unzähligen Hygieneschulungen gebetsmühlenartig wiederholt und vorgezeigt wurde, wird plötzlich wie von selbst neue Normalität: Die Händehygiene ist in allen Köpfen und ein wesentlicher Bestandteil in unserem täglichen Leben.

### Händehygiene: effektiver und einfacher Schutz auch abseits von COVID-19

Angemessene Händehygiene ist auch abseits von COVID-19 eine der effektivsten und gleichzeitig einfachsten Maßnahmen gegen die Ausbreitung von Krankheitserregern, wie die Weltgesundheitsorganisation WHO seit Jahren propagiert<sup>4</sup>.

Im Alltag vor Corona stand es um die Händehygiene in der Bevölkerung nicht besonders gut. In Großbritannien wurde beispielsweise gezeigt, dass fast ein Drittel der Personen, die regelmäßig öffentliche Verkehrsmittel benutzen, Bakterien fäkalen Ursprungs auf ihren Händen tragen<sup>5</sup>. Im häuslichen und öffentlichen Umfeld kann vor allem die Händedesinfektion als Kernelement einer guten Hygienepraxis Infektionen verhindern.

Studien zeigen, dass vorrangig die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Magen-Darm-Infekten, aber auch von Atemwegs- und Hautinfektionen wesentlich verringert wird, wenn Menschen ihre Hände desinfizieren oder zumindest sehr gründlich waschen<sup>6</sup>.

### Hauptsache Händehygiene? Auf das „Wie“ und „Womit“ kommt es an.

In der COVID-19-Krise beanstandete die European Chemicals Agency (ECHA), dass in hohem Ausmaß neue Händedesinfektionsmittel auf den Markt gebracht wurden, die weder ausreichend wirksam waren noch die gesetzlichen Anforderungen erfüllten. Verschiedene Notfallverordnungen zur Biozidrichtlinie wurden augenscheinlich von einigen Produzenten und Händlern missbräuchlich genutzt<sup>7</sup>.

Wenn Desinfektionsmittel nicht angemessen hergestellt oder verwendet werden, werden sie selbst zum Gesundheitsrisiko, anstatt uns zu schützen. Qualitativ minderwertige Handdesinfektionsmittel können zudem die Haut schädigen. Es wird oftmals unterschätzt, dass häufiges Händewaschen mit Wasser und Seife sehr belastend für die Haut sein kann und diese trocken und rissig wird. In den Wochen und Monaten der Corona-Pandemie berichteten Dermatologen vermehrt von Patienten mit schmerzhaften Handekzemen, sogenannten Waschekzemen, die durch sehr häufiges Händewaschen bzw. durch schlechte Desinfektionsmittel verursacht werden.

<sup>4</sup> <https://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/en/> zuletzt abgerufen am 01.09.2020.

<sup>5</sup> Judah G et al. (2010) Dirty Hands: bacteria of faecal origin on commuters' hands. *Epidemiol. Infect.* 138: 409-414.

<sup>6</sup> Bloomfield S et al. (2007) The effectiveness of hand hygiene procedures in reducing the risks of infections in home and community settings including handwashing and alcohol-based hand sanitizers. *AJIC* (10Supplement 1):S27-S64.

<sup>7</sup> ECHA (2020) EU Member States report illegal and ineffective disinfectants. ECHA/NR/20/17



High-Quality-Händedesinfektionsmittel erfüllen die gesetzlichen Anforderungen, sind nachweislich wirksam und mit ausgewählten Pflegestoffen ausgestattet. Sie versorgen die Haut bei jeder Anwendung mit Inhaltsstoffen wie ProPanthenol und rückfettenden Komponenten. Die Produkte sind zudem schnell und einfach genau dort zur Hand, wo sie gebraucht werden – ohne die Notwendigkeit eines Waschbeckens.

### Messages und Forderungen

1. Awareness für die Verbreitung und Risiken von Krankheitserregern quer durch alle Bevölkerungsschichten aufrechterhalten und die Bedeutung von Infektionsprävention weiter in den Köpfen verankern.  
Händedesinfektion ist seit Corona nicht mehr nur „Angelegenheit“ des medizinischen Personals, sondern im öffentlichen Leben angekommen: in Kindergärten, Schulen, am Arbeitsplatz, in Geschäften, Verkehrsmitteln sowie im öffentlichen Raum. Das ist sehr zu begrüßen. Dabei spielt Eigenverantwortung eine genauso große Rolle wie das viel zitierte „Aufeinanderschauen“. Dieses erhöhte Gesundheitsbewusstsein gilt es zu erhalten – als Aufgabe von Bildungseinrichtungen, Politik und Medien.
2. „Hauptsache, irgendwie Händehygiene“ ist falsch! „Irgendwie“ Hände waschen und Desinfektion mit möglicherweise unwirksamen Produkten hilft nicht nur nicht, sondern schadet mitunter und vermittelt falsche Sicherheit! V.a. die Ärzteschaft und Apotheken, aber auch die Medien und der Handel sind gefordert, auf die Gefahren, die von schlechten Desinfektionsmitteln ausgehen, hinzuweisen und stattdessen auf hochwertige Produkte zu setzen. Sonst verfestigen sich in der öffentlichen Wahrnehmung Vorurteile wie „Desinfektion macht doch nur die Haut kaputt“ und die Bereitschaft zur Händehygiene sinkt rasch auf ein Niveau vor der Corona-Pandemie ab.

## MAG. WOLFGANG PANHÖLZL

### LEITER DER ABTEILUNG SOZIALVERSICHERUNG DER ARBEITERKAMMER WIEN

#### Pandemieplan und zentrale Koordinierung

Die Spitalskapazitäten – die in den letzten Jahren immer wieder als „Überversorgung“ kritisiert wurden – waren im ersten Lockdown ausreichend und wurden nicht überlastet. Das ist positiv, aber leider nur eine Seite der Medaille. Auch wenn die Corona-Versorgung funktioniert, hat auch im Gesundheitssystem ein Art Lockdown stattgefunden: Ambulanzen wurden gesperrt, nicht unbedingt notwendige Operationen und Rehabilitationsaufenthalte verschoben, Frischoperierte wurden ohne Anschlussheilbehandlung nach Hause geschickt und viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte schlossen ihre Praxen und waren nur mehr telefonisch erreichbar. Dies wird in einer ersten Gesundheitsfolgenabschätzung der Gesundheit Österreich GmbH kritisiert. Neben diesen Einschränkungen hat auch die Angst dazu geführt, dass viele Menschen lieber nicht ins Spital oder zur Ärztin bzw. zum Arzt gegangen sind.

Im Global Health Security Index, der den Grad des Vorbereitetseins auf Gesundheitsgefahren misst, belegt Österreich nur den 26. Platz und ist damit beispielsweise deutlich hinter der Schweiz oder Deutschland (Rang 13 und 14). Besonders schlecht ist die Performance bei der Zusammenarbeit von Sicherheits- und Gesundheitsbehörden. Dies wurde auch durch etliche Pannen beispielsweise bei den Einreisebeschränkungen sichtbar. Auch die Risikokommunikation wird als unterdurchschnittlich (im Vergleich zu den EU-Staaten) eingestuft. Durch die Zersplitterung der Zuständigkeiten auf Bundes- und Landesebene gibt es verschiedene Notfallpläne, die unterschiedlich aktuell sind. Das Epidemiegesetz, als bundesweite Norm, enthält keinerlei Bestimmungen zur Risikokommunikation. Hier sollten wir die Krise als Chance sehen und die Strukturen für Versorgungssicherheit und Krisenresilienz grundlegend verbessern. Die müssen ausgebaut werden. Es braucht umfassende und aktuelle Pandemiepläne.

#### Nachhaltige Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems sicherstellen

Es ist illusorisch zu glauben, dass Österreich mit Einsparungen und Privatisierungen die Versorgung und die Krisenresilienz verbessert. Nachdem es bereits durch den Umbau der Sozialversicherung im Jahr 2019 zu einem massiven Mittelentzug in der Krankenversicherung gekommen ist, bringt die Coronakrise weitere Einnahmenverluste mit sich. Die Krise hat uns gezeigt, dass nur ein solidarisches Gesundheitssystem die nötige Sicherheit für alle bietet. Privatisierung

tisierungstendenzen – die besonders im Rahmen des Umbaus der Sozialversicherungen verstärkt aufgekommen sind – ist damit eine Absage zu erteilen. Die Finanzierungsbasis für die Krankenversicherung ist durch eine Kapital- und Vermögenskomponente zu verbreitern. Der Staat muss Mittelkürzungen zurücknehmen und für die Dauer der Pandemiefolgen eine Ausfallhaftung übernehmen. Damit wir auch in Zukunft stolz darauf sein können, dass wir ein funktionierendes System – für das Österreich auch international Ansehen genießt – haben.

### **Personal- und Arbeitsbedingungen**

Die Gesundheitskrise hat uns beindruckend vor Augen geführt, dass Personalmangel in der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege zu Qualitätsverlust für die Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Klientinnen und Klienten und vor allem zu schlechten Arbeitsbedingungen führt. Ein funktionierendes Gesundheits- und Langzeitpflegesystem ist jedoch zentraler Faktor für die Menschen, ihre Gesundheit, ihr finanzielles, soziales und berufliches Wohlergehen, schlussendlich für unser Wirtschaftssystem und damit für die Lebensqualität der gesamten Gesellschaft. Es müssen nun endlich die Jahre des Ausbaus und der Investitionen folgen.

Die dringend nötige Aufstockung des Personals muss nach einer österreichweit verpflichtenden, einheitlichen, transparenten und evidenzbasierten Personalbedarfsberechnungsmethode unter Einberechnung von Ausfallszeiten (z. B. Urlaub, Fortbildung, Krankenstand, Schwangerschaft und Karenz) und zeitlichen Ressourcen für Ausbildung erfolgen. Als Sofortmaßnahme sind gesetzliche Mindestregelungen für die Berechnung des Personalbedarfs, wie zum Beispiel schnellere Nachbesetzung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, notwendig.

Bessere Arbeitsbedingungen motivieren junge Menschen, einen Gesundheitsberuf zu ergreifen, und halten sie länger in Beschäftigung. Wesentlich dabei sind: moderne Arbeitszeitmodelle, mehr Dienstplansicherheit, Maßnahmen zur Reduktion von belastenden Situationen, mehr Zeit für Menschlichkeit.

## **MAG. ROMAN PÖSCHL**

### **GESCHÄFTSFÜHRER DER BBRZ REHA UND BBRZ MED**

Aus persönlicher Sicht kann ich einleitend feststellen, dass das **Lernen aus der Coronazeit längst nicht abgeschlossen ist**. Wir haben mehrere Krisen, die sich überschneiden, über denen Corona steht. Einerseits ist natürlich die **gesundheitliche** Krise gegeben, die auf Sicht doch überwunden wird. Damit in Zusammenhang stehen **zwei weitere Krisen: eine gesellschaftliche und eine ökonomische** Krise. Wenn die medizinische Ausnahmesituation vorbei ist, werden die anderen beiden erst so richtig bemerkbar werden.

Aus dem Blickwinkel der beruflichen Rehabilitation wird der durch die Coronakrise bedingte Wandel vor allem in einem **Vorziehen der Effekte der Digitalisierung** zu sehen sein. Das bedeutet, dass analoge Fähigkeiten wichtiger werden denn je. Das ist ein Paradox in den Anforderungen, dass mit der Digitalisierung diejenigen Gewinner sind, die mit digitalen Apparaten umgehen können. Z. B. eine Videobesprechung durchzuführen oder mit unterschiedlichen Anwendungen umzugehen, schafft beinahe jede bzw. jeder oder kann jede bzw. jeder lernen. Das ist ein Learning aus Corona. Was nicht allen beizubringen ist, ist, sich in einem noch anspruchsvolleren sozialen Kontext zu bewegen, wie das bei den Formen der selbstständigen Arbeit und der Teamarbeit der Fall ist. Das sind analoge Fertigkeiten, das sind Persönlichkeitsbeanspruchungen, die jetzt immer stärker abgefragt werden. Menschen, die schon bisher nicht perfekt zu einem Job gepasst haben, werden jetzt durch das Brain-Glas der Digitalisierung, der Videokommunikation, des Homeoffice usw. viel schneller als der vielleicht doch nicht perfekte Mitarbeiter identifiziert.

Und das wirft natürlich Fragen auf für die Rehabilitation: Was muss gesundheitlich mitgebracht werden, um in der Arbeitswelt gut mitspielen zu können? Einerseits ist natürlich Homeoffice eine Riesenchance für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen. Für Menschen, die zu Einsamkeit oder zum Rückzug neigen, ist das eine Gefahr. Es ist absolut davon auszugehen, dass es hier zu einem nochmaligen **Anstieg der psychischen Erkrankungen**, zu einem Sichtbarwerden von psychischen Erkrankungen kommen wird und dass der Bedarf an Versorgung für psychiatri-

sche Rehabilitation noch einmal deutlich zunehmen wird – so wie alle Formen der psychiatrischen oder psychologischen Versorgung.

**Die große Herausforderung wird das gute Zusammenwirken sein von Österreichischer Gesundheitskasse (ÖGK) und Pensionsversicherungsanstalt (PVA).** Bei beiden gibt es Ansätze, aber deren Vernetzung muss verbessert werden, damit die Dinge ineinandergreifen und zu perfekten Behandlungs- und Rehabilitationsabläufen für die Betroffene bzw. den Betroffenen führen. Die Ressourcen, die bereits da sind, sind zielgerichteter für den Bedarf jeder einzelnen Patientin und jedes einzelnen Patienten einzusetzen. Wichtig ist hierfür, dass die Klüfte zwischen den Sozialversicherungen (SV) überwunden werden. Indirekt ist auch das Arbeitsmarktservice (AMS) mit ins Boot zu holen. Die Identifikation von Problemlagen im AMS ist insofern wichtig, als das eine Anlaufstelle für viele derer sein wird, die aus psychischen Gründen im Moment aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden und selbst noch gar nicht realisiert haben, dass der Grund des Ausscheidens eigentlich in einer psychischen Belastung liegt, während sie das eher einem Rückenleiden oder den Umständen zuschreiben als ihrer eigenen psychischen Verfasstheit.

Während des Lockdowns waren die Rehabilitationseinrichtungen gesperrt und es hat keine Versorgung stattgefunden. In Wien betreiben wir auch die Corona-Sorgen-Hotline. Hier wurde sichtbar, dass in Behandlung befindliche Personen Probleme damit hatten, dass diese **psychiatrische (Tages-)Versorgung nicht mehr stattgefunden** hat. Das hat gefehlt. Hier ist mittlerweile **durch die telemedizinische und telerehabilitative Betreuung eine Verbesserung** eingetreten. Aber für jene Menschen, bei denen jetzt langsam mit Verzögerung Probleme sichtbar werden, braucht es Behandlungen. Was den Einsatz von telemedizinischen Angeboten betrifft, so hoffe ich darauf, dass wir aufgrund der Erfahrungen der letzten Zeit einen einfacheren Zugang und lockereren Umgang ermöglicht bekommen. Die Restriktionen bisher waren ja nicht technische, sondern einerseits ideologische und auf der anderen Seite natürlich das große Fragezeichen der Tarife. Wünschenswert ist die Umkehr des klassischen Phasendenkens (Akute-reignis – intensiver Reha-Aufenthalt – ambulante Reha und Telemedizin), denn gerade bei diskreteren Formen der psychischen Erkrankung muss die Schwelle zum Einstieg reduziert werden. Das zu flexibilisieren, wird eine große Herausforderung für das System, das eine **innere Reform der Einrichtungen und eine intensive Kooperation der jetzt größten Player der Sozialversicherungsträger, der ÖGK und der PVA, braucht.**

Es merken alle, die sich im Straßenverkehr bewegen: Die Menschen sind wütender, als sie zuvor waren. Sie sind aggressiver. Sie können ihre Affekte nicht so gut regulieren, wie sie das zuvor konnten. Das sind alles Anzeichen dafür, dass wir unter **einem gesellschaftlichen Stress** stehen. Und dieser gesellschaftliche Stress ist nicht unmittelbar im Lockdown passiert. Der Lockdown hat fast zum Durchatmen geführt. Das hat auch psychisch Kranke betroffen. Es gibt psychische Erkrankungen, bei denen Betroffene froh sind, dass sich alle hinter Masken verstecken müssen. Da kann man sich noch anonym durch die Straßen bewegen. Das hängt ganz von der Störung ab. Es gibt auch Menschen, die Angstpatienten sind und sagen, gut, jetzt fürchten sich alle, jetzt geht es mir fast ein bisschen besser, jetzt wisst ihr, wie es mir jeden Tag geht. Man kann das nicht alles über einen Kamm scheren. Und auch in der so benannten und sehr – in Führungszeichen – „gesundwertigen“ Population kommen jetzt Symptome zutage, die sich in ihrer ganzen Bandbreite zeigen können. Das wird sich im Alkoholkonsum auswirken, im Auftreten von Depression und Burn-out, und es wirkt sich – man sieht das auch international – in Form von Aggression und Gewalt aus. Das sind alles Indikatoren, die langsam in der Gesellschaft heransickern. Dem wird man begegnen müssen. D.h. wenn Corona vorbei ist, fängt das eigentliche Problem erst an. Und darauf müssen wir uns dringend vorbereiten. Das kann natürlich nicht alles im Rahmen von Rehabilitation passieren, sondern das muss in der Schule, in den Familien, in der gesamten Gesellschaft passieren. Das wird uns in den nächsten Jahren begleiten und hier gibt es höchsten Handlungsbedarf für die politischen Entscheidungsträger.

# Quellenverzeichnis

## Fachbeiträge

- *Thilo, Friederike J. S.; Riedl, Reinhard*: Digital Health in der COVID-19-Krise (3). Was nun verbessert werden sollte. Erstveröffentlichung: [www.societybyte.swiss](http://www.societybyte.swiss), dem Wissenschaftsblog des BFH-Zentrums Digital Society, SocietyByte, Wissenschaftsmagazin des BFH-Zentrums Digital Society, 4. September 2020.

## Medienberichte

- *Elezi, Dren*: Lehren aus Coronakrise rasch umsetzen. In: PERISKOP 95, Seite 44.
- *John, Gerald*: Gesundheitsökonom Czypionka: „Österreich könnte bei der COVID-Bekämpfung viel besser dastehen“. In: DerStandard vom 21.09.2020.
- *PRAEVENIRE*: Was die Gesundheit von der Krise lernt. Bürokratische Vereinfachungen und digitale Abläufe konnten sich gut etablieren. In: Kurier vom 01.10.2020.
- *Prisching, Manfred*: Corona: Unsere virale Zukunft. In: Die Furche Nr. 35 vom 27.08.2020.
- *Redl, Bernadette*: Die Kollateralschäden der Pandemie werden immer noch unterschätzt, Kommentar in: DerStandard vom 31.08.2020.

## Medienberichte online

- *Ärzteblatt.de*: SARS-CoV-2: Adenovirus-basierte Impfstoffe erzeugen neutralisierende Antikörper (21.07.2020) und COVID-19: Zweiter Hersteller meldet Wirkung von Antikörper-Präparaten bei ambulanten Patienten (05.10.2020). [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)
- *Heinrich-Böll-Stiftung*: 10 Denkrichtungen der Krisenresilienz: <https://www.boell.de/de/2020/04/08/10-denkrichtungen-der-krisenresilienz>
- *LISAVienna*: COVID-19: Forschung, Produkte und Dienstleistungen aus Österreich. Life Sciences Austria, [www.lisavienna.at](http://www.lisavienna.at)

## Presseaussendungen

- *Aigner, Florian*: Solidarität statt Panik: mit Computermodellen gegen COVID-19, Presseaussendung der TU Wien vom 10.04.2020.
- *Kayer, Beate*: Gebären in der Coronakrise. Hebammen sind wichtiger denn je, OTS-Presseaussendung des Österreichischen Hebammengremiums vom 29.04.2020.
- *Elezi, Dren*: PRAEVENIRE: Gesundheitspolitik muss Lehren aus Coronakrise rasch umsetzen, OTS Presseaussendung vom 17.09.2020.
- *Rubin, Dana*: Pluristem weitet COVID-19-Programm auf Europa aus und erhält PEI-Zulassung für Phase-II-Studie in Deutschland, Presseaussendung von Pluristem Therapeutics vom 12.08.2020.
- *Dachs, Christoph*: Ende der telemedizinischen Krankschreibung: Hat die ÖGK die Gesundheit von Patient\*innen aus den Augen verloren? OTS-Presseaussendung der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) vom 22.07.2020.

## Studie

- *Atique, S., Bautista, J.R., Block, L.J., Lee, J.J., Lozada-Perezmitre, E., Nibber, R., O'Connor, S., Peltonen, L.-M., Ronquillo, C., Tayaben, J., Thilo, F.J.S. and Topaz, M.* (2020), A nursing informatics response to COVID-19: Perspectives from five regions of the world. *J Adv Nurs*. doi:10.1111/jan.14417

## Sonstige Quellen

- *Donau-Universität Krems*: <https://www.donau-uni.ac.at/de/aktuelles/news/2020/trotz-ende-des-lockdowns-mehr-neue-depressionen.html>
- *Kasper, Siegfried*: Impact of the COVID-19 pandemic on mental health in patients with MDD, Unterlagen eines Webinars von em. Univ.-Prof. Dr. h. c. mult. Dr. med. Siegfried Kasper.
- *Österreichische Bundesverband für Psychotherapie*: <https://www.psychotherapie.at/>
- *Sigmund Freud PrivatUniversität*: <https://www.sfu.ac.at/de/studien/>

# Mitwirkende Expertinnen und Experten

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Mag. pharm. Monika Aichberger**  
Vizepräsidentin der Landesgeschäftsstelle Oberösterreich der Österreichischen Apothekerkammer
- **Dr. Wolfgang Andiel**  
Präsident des Österreichischen Generikaverbandes
- **Dr. Gerald Bachinger**  
Patientenanwalt Niederösterreich und Sprecher der Patientenanwälte Österreichs
- **Univ.-Prof. Dr. Thomas Berger, MSc**  
Leiter der Universitätsklinik für Neurologie an der MedUni Wien
- **Dr. Alexander Biach**  
Standortanwalt und Direktorstellvertreter der Wirtschaftskammer Wien und Mitglied des Expertenpanels des FPH „MS-Indexes“
- **Univ.-Prof. Dr. Catherina Chiari**  
Vizepräsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
- **Mag. Dr. Christian Gepart**  
Rechtsanwalt der Kanzlei Gepart
- **Dr. Reinhold Glehr**  
Vorstandsmitglied der Steirischen Akademie für Allgemeinmedizin
- **Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant**  
Universitätsprofessor der MedUni Wien
- **Univ.-Prof. Dr. Richard Greil**  
Klinikvorstand der Univ.-Klinik für Innere Medizin III, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Vorstand der Universitätsklinik Salzburg für Innere Medizin III
- **Dr. Hans Haltmayer**  
Sucht- und Drogenkoordination Wien
- **Dr. Achim Hein**  
Geschäftsführer der EvoCare Holding
- **Dr. Iris Herscovici**  
Gründerin und Geschäftsführerin von Selpers
- **Lisa Holzgruber, MSc, MBA**  
Geschäftsführerin von rotatable technologies
- **em. Univ.-Prof. Dr. h. c. mult. Dr. Siegfried Kasper**  
Professor des Center of Brain Research der MedUni Wien
- **Dr. Christoph Klaus**  
Scientific Marketing Manager bei Schülke & Mayr
- **Dr. Elisabeth Lackner**  
CEO und QP der ABF Pharmaceutical Services
- **Mag. pharm. Dr. Elisabeth Messinger, a. H. P. h.**  
Präsidentin der Österreichische Gesellschaft für Krankenhauspharmazie
- **Dr. Michaela Möstl**  
Internistin, Transfusionsmedizinerin, Hämatologin und Onkologin
- **Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer**  
Dekan der Fakultät für Gesundheit und Medizin an der Donau-Universität Krems
- **Mag. Wolfgang Panhölzl**  
Leiter der Abteilung Sozialversicherung der Arbeiterkammer Wien
- **Mag. Susanne Pölzl**  
Disease Area Lead Rheumatology & Established Products bei Roche Austria
- **Mag. Roman Pöschl**  
Geschäftsführer der BBRZ Reha und BBRZ Med
- **Prof. Dr. Reinhard Riedl**  
Co-Leiter des Instituts Digital Enabling der Berner Fachhochschule Wirtschaft und Leiter des Zentrums Digital Society der Berner Fachhochschule
- **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA**  
Leiter der Fachabteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich
- **Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA**  
Mitglied des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse
- **Dr. Günther Schreiber**  
Projektmanagement und Koordination Branche Gesundheitswesen bei Quality Austria
- **Dr. Stefan Seer**  
Wissenschaftler im Austrian Institute of Technology – Center for Mobility Systems
- **Mag. Feldin Smajlovic**  
CEO der SAVD Videodolmetschen
- **Assoc.-Prof. Dr. Christoph Steininger**  
Facharzt für Virologie und Infektiologie an der MedUni Wien
- **Dr. Peter Stippel**  
Präsident des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres**  
Präsident der Ärztekammer für Wien
- **Prof. Dr. Friederike Thilo**  
Leiterin Innovationsfeld Technologie und Gesundheit, aF&E Pflege des Zentrums Digital Society Gesundheit der Berner Fachhochschule
- **Dr. Ines Vancata**  
Market Access Director bei Roche Austria
- **DI Andrea Wagner**  
Marketing & Scientific Affairs bei Schülke & Mayr
- **Dr. Andreas Windischbauer**  
Präsident des Verbandes der österreichischen Arzneimittel-Vollgroßhändler PHAGO

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Corona-Learnings



Weißbuch Version 2020  
PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

---

**NACHDENKEN.  
UMSETZEN.  
JETZT!**

---

ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG  
Handlungsempfehlungen für die Politik