Weißbuch Version 2020
PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

NACHDENKEN. UMSETZEN. JETZT!

ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG
Handlungsempfehlungen für die Politik

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber: Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung; Präsident: Dr. Hans Jörg Schelling; E-Mail: umsetzen@praevenire.at; 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 | Projektteam: Natalie Kapfer-Rupp, BA, Tanja Orgonyi, MA, Jeannine Schuster, MSc, Kathrin Unterholzner | Redaktion: Mag. Beate Krapfenbauer (Leitung), Prof. Dr. Reinhard Riedl, Prof. Dr. Friederike Thilo, Mag. Julia Wolkerstorfer | Gestaltung und Produktion: Welldone Werbung und PR GmbH (Gestaltung: Katharina Harringer, Produktion: Mag. Lisa Heigl-Rajchl) | Lektorat: Mag. Charlotte Babits | Fotocredit: Seite I, III: Peter Provaznik, Seite IV: Flo Hanatschek | Druck: Druckwerkstatt Wien | 3. Auflage: 500 Stück (bisherige Gesamtauflage 1.500) | 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 3. Auflage: 07.09.2020

© 2020 PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

Weißbuch Version 2020

PRAEVENIRE
INITIATIVE GESUNDHEIT 2030

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

—

Handlungsempfehlungen für die Politik

“

Nachdenken.
Umsetzen.
Jetzt!

Hans Jörg Schelling

Präsident des Vereins PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung

Vorwort

Meine Vorstellung ist, dass PRAEVENIRE ein Wegweiser in die Zukunft ist, der aufzeigen soll, wie wir ein modernes, leistungsfähiges Gesundheitssystem für die österreichische Bevölkerung erhalten und entwickeln.

Hans Jörg Schelling

Das PRAEVENIRE Gesundheitsforum hat sich schon vor einigen Jahren als Plattform im Gesundheitswesen etabliert. Zahlreiche Veranstaltungen wie die Gesundheitstage im Stift Seitenstetten und die Gipfelgespräche in Alpbach haben sich mit konkreten gesundheitspolitischen Fragen auseinandergesetzt.

Nach meinem Ausscheiden aus der Politik wurde ich gefragt, ob ich mich aufgrund meiner Erfahrungen als Vorsitzender des Verbandsvorstandes im Hauptverband der Sozialversicherungsträger und meines Wissens über die Finanzierung des Gesundheitssystems aus meiner Zeit als Finanzminister bereit erklären würde, der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 vorzustehen und die Initiative weiterzuentwickeln. Ich habe gerne zugesagt und die Aufgabe ehrenamtlich übernommen.

Für das österreichische Gesundheitssystem gibt es in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Analysen, Studien, Konzepte und Verbesserungsvorschläge. Partiell gibt es auch Umsetzungen, jedoch die große Neuausrichtung und die ganzheitliche Reform, die schon immer von Expertinnen und Experten eingefordert wurden, sind vor allem aufgrund des Kompetenzdschungels von Bund, Ländern und Sozialversicherungen und der völlig undurchsichtigen Finanzströme immer wieder gescheitert. Daher haben wir uns mit der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 das Ziel gesetzt, einen neuen Anlauf mit Vorschlägen für die nachhaltige Sicherung der Gesundheitsversorgung zu überlegen.

Dabei ließen wir uns von folgenden Grundgedanken tragen:

1. Patientinnen und Patienten und deren optimale Versorgung stehen im Zentrum der Lösung.
2. Für die zentralen Herausforderungen und Kostentreiber — der große und unaufhaltsame medizinische Fortschritt und die stark steigende Lebenserwartung der Menschen — sind neue Wege zu beschreiten.
3. Es soll ein durchaus kontroversieller offener Dialog als Prozess aufgesetzt werden, bei dem alle an einen Tisch kommen und jeder seine Vorstellungen und Meinungen vorbringen kann, um die Partikularinteressen zu überwinden.
4. Am Ende soll jener Teil, worin übergreifend Konsens herrscht, präsentiert werden und der Dissens umfassend angemerkt werden.
5. Es werden alle Bereiche, die zukunftsrelevant sind, bearbeitet, nicht nur die üblichen Diskussionen über Finanzierung oder Versorgung.

Daher stellt das Ergebnis des Weißbuches eine Zusammenfassung der Expertenmeinungen dar und nicht die Wunschvorstellungen Einzelner oder des PRAEVENIRE Gesundheitsforums.

Das Weißbuch umfasst Handlungsempfehlungen für die Politik. Viele Anregungen und Vorschläge sind dabei nicht neu, sondern modifizierte Vorschläge, die schon früher diskutiert, aber bereits über lange Zeit nicht realisiert wurden. Daher soll dieses Weißbuch die Notwendigkeit von Reformen, das Nachdenken über neue Lösungen und die Einbindung neuer Technologien anregen. Bessere Lösungen als jene, die von den Expertinnen und Experten vorgeschlagen wurden, sind dabei herzlich willkommen.

In unzähligen Arbeitsgruppenmeetings und Gipfelgesprächen wurden diese Ansätze diskutiert und von einem Redaktionsteam zusammengefasst. Die Details

dazu finden sich im zweiten Teil, im Expertise Summary zum Weißbuch, wieder. Zu jedem der 15 Themenkreise und dem Zusatzkapitel „Corona-Learnings“ sind darin die Expertengespräche, Management Summaries der Weißbuch-Gipfelgespräche und die PRAEVENIRE Gipfelgespräche dokumentiert. Dieser Teil wird zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht.

Mein Dank gilt daher allen, die sich aktiv in den Prozess eingebracht haben und bemüht waren, auch bei widersprüchlichen Ansichten einen Kompromiss zu finden. Mein Dank gilt dem gesamten PRAEVENIRE Team für die Koordinierung und Organisation des Prozesses.

Bedingt durch Corona mussten auch wir die Prozesse umstellen, Videokonferenz und digitale Meetings haben auch uns vor Augen geführt, welches Potenzial in diesen Technologien steckt und wie vielfältig die Einsatzmöglichkeiten sind. Daher ist in jedem Kapitel des Weißbuches die Rubrik „Chancen der Digitalisierung“ für die einzelnen Bereiche angeführt.

Dieses Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 soll eine umfassende Diskussion über die Zukunft des Gesundheitssystems anstoßen und im Sinne der Patientinnen und Patienten zukunftsfit machen.

Es ist mit dem Weißbuch gelungen, viele bisher scheinbar unmögliche Kompromisse zu finden und einen breiten Interessenausgleich vorzunehmen. Dies sind ideale Voraussetzungen, die überfälligen Reformen mit möglichst objektiver Diskussionskultur zu starten und mit Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt weiterzuentwickeln, statt sich mit interessenspolitischen Mauern zu umgeben.

Das Weißbuch hat dann sein Ziel erreicht, wenn die notwendigen Verbesserungen angegangen werden, der Kompetenzdschungel geklärt ist, die Chancen der Digitalisierung genutzt werden, die Versorgungsstrukturen sich an den Bedürfnissen der Menschen orientieren, die unnötigen Schnittstellen beseitigt und endlich die Finanzströme klar und transparent sind.

Ihr Präsident
Dr. Hans Jörg Schelling

Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung

> *Ich möchte mich persönlich und im Namen des Vereins PRAEVENIRE bei allen Expertinnen und Experten und den Kooperationspartnern für das Mitwirken an der Entstehung des Weißbuches bedanken.*
>
> Hans Jörg Schelling

Labyrinth im historischen Hofgarten des
Stifts Seitenstetten in Niederösterreich.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE POLITIK

1. Versorgungs- und Gesundheitsziele
S. 01

2. Rehabilitation
S. 07

3. Pflege und Betreuung
S. 11

4. Wissenschaft und Forschung
S. 15

5. Innovation und Finanzierung
S. 17

6. Standortpolitik
S. 21

7. Gesundheitsberufe
S. 25

8. Ausbildung
S. 31

9. Gesundheitskompetenz
S. 35

10. Prävention
S. 39

11. Digitalisierung
S. 43

12. Moderne Infrastruktur
S. 47

13. Systemstruktur
S. 51

14. Frühe Diagnose und Therapie
S. 55

15. Patientenorientierung
S. 59

16. Corona-Learnings
S. 65

01. Versorgungs- und Gesundheitsziele

»Vorausschauend denken — nachhaltig planen«

Die Sicherstellung einer solidarischen Gesundheitsgrundversorgung ist ein Grundbedürfnis des Menschen und gilt als oberstes Ziel eines erfolgreichen Gesundheitssystems. In Österreich liegt die Lebenserwartung von Frauen im Schnitt bei 84 Jahren, von Männern bei 79 Jahren. Davon verbringen Frauen knapp 67 Jahre und Männer knapp 66 Jahre in guter bis sehr guter Gesundheit. Eine kontinuierliche Verbesserung der gesunden, qualitätsvollen Lebensjahre ist in den Gesundheitszielen Österreich prioritär verankert. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen insbesondere im Umfeld der Arzneimittel- und Medizinprodukte essenzielle Aspekte in gesundheitspolitische Überlegungen integriert werden.

1.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um eine langfristige und effiziente Versorgungssicherheit zu gewährleisten, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen** als Sofortmaßnahmen.

1. Faire Arzneimittel- und Medizinprodukteversorgung

Digitales Bestandsmonitoring schafft Sicherheit.

1. Es ist logistisch möglich, Medikamente innerhalb von zwei Stunden an jeden Ort Österreichs zu liefern. Aufgrund der Konzentration auf wenige Produktionsstätten ist die internationale Logistikkette jedoch in Fällen von Produktionsproblemen anfällig für Lieferengpässe.
   Hier muss ein Ausgleich geschaffen werden. Auch die Rolle von Großhändlern und Apotheken muss klarer definiert werden.
2. Die fehlende Meldepflicht nicht verschreibungspflichtiger Humanarzneispezialitäten im Vertriebseinschränkungen-Register [1] an die AGES hat zur Konsequenz, dass den Behörden aktuelle Lieferengpass-Problematiken bei Verknappung von Medizinprodukten und Arzneimitteln hoher Kritikalität nicht immer bekannt sind. Das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) muss das Ausmaß der Vertriebseinschränkung ermitteln und dementsprechend kommunizieren. Dieser Prozess kann nur gewährleistet werden, wenn Vertriebseinschränkungen zeitnah gemeldet werden.
   Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt ein **digitales System**, aus dem hervorgeht, wie viele Packungen eines Produkts vorhanden sind. [2] Dabei muss jede Packung anhand eines **Sicherheitsmerkmals** identifiziert werden können.
3. Lieferengpässe sind eine europaweite Problematik und müssen daher auf europäischer Ebene im engen Austausch zwischen den Ländern diskutiert werden, um in weiterer Folge Regulatorien innerhalb Europas zu harmonisieren.
   Die **Förderung des Produktionsstandorts Europa** muss in den Fokus rücken. Es bedarf gemeinschaftlicher Maßnahmen, um eine wirtschaftliche Produktion von Arzneimitteln auch für ältere und patentfreie Arzneimittel wieder innerhalb der EU zu ermöglichen. Als Lösungsansatz dient eine **Erhöhung der Endpreise** im Erstattungsmarkt für Arzneimittel unter der Kostenerstattungsgrenze. Darüber hinaus soll der lokalen Produktion eine Preisregulierung durch **staatliche Investitionsbezuschussung** dienen. [3]
4. Pharmaunternehmen müssen bei Antragstellung auf Zulassung sicherstellen, dass sie **zumindest zwei Hersteller** nennen, die den Wirkstoff liefern können, bevor ein Arzneimittel zugelassen wird. [4] So kann auch dann weiterproduziert werden, wenn ein Hersteller ausfällt oder Produktionsprobleme bestehen.
5. Bei der Wundversorgung zeigt sich, dass aufgrund der Preisgestaltung Betroffene gegenwärtig auf rückerstattbare Produkte angewiesen sind und in Folge auf eine innovative (Wund-)Versorgung verzichten müssen — sofern nicht auf private Out-of-pocket-Bezahlung zurückgegriffen wird.
   Im Sinne einer bestmöglichen solidarischen Versorgung sollte ein niederschwelliger Zugang zu innovativen Therapien und Medizinprodukten für jede Patientin bzw. jeden Patienten sichergestellt werden.

2. Versorgungssicherheit chronisch kranker Menschen

Hoher Aufholbedarf für Österreich.

1. Es ist davon auszugehen, dass chronische Erkrankungen zunehmen. Am Beispiel von Diabetes zeigt sich, dass Österreich im europäischen Vergleich in der Behandlung hinterherhinkt. Die Zahl der Amputationen aufgrund von Diabetes liegt deutlich über dem Niveau anderer Länder. Beispiele aus Dänemark und den Niederlanden zeigen, dass mit **multiprofessionellen Diabetesversorgungszentren** und der Förderung von innovativem Wundmanagement gute Behandlungsergebnisse erzielt werden. [5] Dies sowie bestehende **Disease-Management-Programme** gilt es daher in Österreich auszubauen. [6]
2. Mithilfe digitaler Lösungen sowie Modulen (e-Medikation), die bereits in ELGA integriert sind, muss eine **gezieltere Abstimmung der Arzneimitteltherapie zwischen extra- und intramuralem Bereich** erfolgen, um eine einfachere Versorgung für Patientinnen und Patienten zu erreichen.

3. Effizientes Medikationsmanagement

Gesundheit muss finanzierbar bleiben.

1. Dem Thema Polypharmazie muss in Form eines Monitoring-Systems kritisch begegnet werden, um riskante Wechselwirkungen zu minimieren. Das System soll bei einer Einnahme von mehr als fünf Medikamenten anschlagen, sodass den Patientinnen und Patienten in Folge beratend zur Seite gestanden werden kann. Auch die Kombination zweier kritischer Medikamente, die lebensgefährliche Wechselwirkungen mit sich bringen — wie es sich beispielsweise in der Kombination von cholesterinsenkenden Medikamenten und Antibiotika zeigt —, müssen gemonitort und damit verhindert werden.
2. Generika sind für ein effizientes Gesundheitssystem unerlässlich: Jeder Prozentpunkt mehr an Generika-Verordnungen bewirkt eine Ausgabensenkung um zehn Millionen Euro. Ein großflächiger Generika-Einsatz unterstützt daher die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems.
3. Biosimilars sind Nachfolgeprodukte von Biologika. Die dafür notwendigen Proteine oder Peptide werden in lebenden Zellen produziert. Deshalb ist die Anfertigung der Biopharmazeutika weitaus aufwendiger als die Herstellung von Generika. Biosimilars haben in den letzten zwölf Jahren Einsparungen von rund 357 Millionen Euro erbracht. Sie können in ihrem Bereich die Arzneimittelkosten bis zu 53 Prozent senken und somit den breiten Zugang zu innovativen Therapien sichern. Allerdings werden derzeit nur 23 Prozent des biosimilarsfähigen Marktes ausgeschöpft. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt die **Einführung von Verordnungsquoten**, um Biosimilars zu stützen und damit zur nachhaltigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems beizutragen.

Mensch im Mittelpunkt

Gesundheitspolitische Maßnahmen sind stets dahingehend zu prüfen, welchen Nutzen sie für die Patientinnen und Patienten mit sich bringen und ob sie die Effizienz therapeutischer Interventionen verbessern. Im Fokus steht dabei ein chancengleicher Zugang zu den medizinischen Leistungen. Um den Herausforderungen der Zukunft gewachsen zu sein und den demografischen Wandel gut bewältigen zu können, bedarf es einer besseren Vernetzung innerhalb des Gesundheitssystems zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung — unabhängig davon, ob die Menschen ihren Lebensmittelpunkt in einem Ballungszentrum oder in einer ländlichen Region haben.

Chancen der Digitalisierung

E-Medikation bzw. ELGA müssen für eine digitale Erfassung sowie das Abgleichen der Medikation verstärkt genutzt werden, um eine lückenlose Verbindung zwischen intra- und extramuraler Verschreibung zu gewährleisten. Das während der Pandemie ermöglichte **„e-Rezept-Light", das eine telefonische Verschreibung sowie die Übermittlung des Rezepts per e-Medikation, Mail oder Fax an die Apotheke erlaubte, und auch die digitale Krankmeldung** sind als administrative Vereinfachungen beizubehalten. Das e-Rezept als Anwendung des e-Card-Systems ist in Vorbereitung und soll 2021 konsequent und rasch ausgerollt werden.

Darüber hinaus ist es ein erstrebenswertes Ziel, den Apothekerinnen und Apothekern und relevanten Gesundheitsberufen wie Ärztinnen und Ärzten Einsicht in die Medikamententherapie der Patientinnen und Patienten zu gewähren, um den elektronischen Austausch effizienter und transparenter zu gestalten. Das Bewusstsein für den Nutzen einer Teilnahme an der e-Medikation soll gestärkt werden.

[1]–[6] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 1.2. auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Versorgungs- und Gesundheitsziele

ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN
Biosimilarsverband Österreich
INITIATIVE WUND?GESUND!
Österreichischer Apothekerverband Partner für eine sichere Zukunft
Österreichischer Generikaverband
PHAGO
VAMED health. care. vitality.

1.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissenspositionen der Ärztekammer für Wien

E-Medikation: Die Ärztekammer für Wien unterstützt die Initiativen, die e-Medikation zu stärken; in diesem Zusammenhang sollten die Träger von Krankenanstalten mehr in die Pflicht genommen werden, ihre Medikationsdaten auch in die e-Medikation verpflichtend einzumelden; gleichzeitig ist anzuregen, dass die Sozialversicherung ihre Blockadehaltung gegenüber Wahlärztinnen und Wahlärzten überdenkt und attraktive Modelle anbietet, auch diese in die e-Medikation zu integrieren.
Verordnungsquoten: Die Ärztekammer für Wien unterstützt Bemühungen zur Erhöhung der Generikaverschreibung und der Verordnung von Biosimilars, lehnt aber Verordnungsquoten strikt ab. Verordnungsquoten orientieren sich nämlich nicht an den Notwendigkeiten für Patientinnen und Patienten, sondern rein an ökonomischen Kriterien. Eine Verordnung eines Arzneimittels muss sich jedoch immer am individuellen Patientenwohl orientieren.
Faire Arzneimittel- und Medizinprodukteversorgung: Die Rolle der Ärztinnen und Ärzte mit Hausapotheken ist leider nicht erwähnt und für die Versorgung der Bevölkerung absolut essenziell.
Chancen der Digitalisierung: Darüber hinaus sollte eine tagesaktuelle Information der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte über (durch Lieferengpässe) nicht verfügbare Medikamente im Rahmen der Arztsoftware implementiert werden. Das stellt sicher, dass bereits der Behandler ein im Einzelfall ansatzweise gleichwertiges Medikament verschreiben kann.

Dissensposition des Verbands der österreichischen Arzneimittel-Vollgroßhändler PHAGO

[1] *Zu 1.2:* Der Verband der österreichischen Arzneimittelvollgroßhändler PHAGO bezweifelt, dass ein digitales System, aus dem hervorgeht, wie viele Packungen vorhanden sind, sowie ein individuelles Sicherheitsmerkmal für OTC-Produkte sinnvoll und realistisch umsetzbar sind.

Mit immens großem Aufwand wurde in den letzten Jahren ein digitales System für verschreibungspflichtige Arzneimittel geschaffen. Hintergrund dieses umfangreichen Projekts war und ist der Schutz vor Arzneimittelfälschungen. Aber die Erfahrungen mit der Umsetzung der Fälschungsrichtlinie haben gezeigt, dass es nicht einmal für die verschreibungspflichtigen Arzneimittel möglich ist, aus einer EU-weiten Datenbank Schlüsse über die Verfügbarkeit von bestimmten Produkten zu ziehen. Dafür ist das System nicht konzipiert.

Das bedeutet aber, es wäre zur Umsetzung dieser Empfehlung im OTC-Bereich erforderlich, ein komplett neues paralleles digitales System zu schaffen, das noch dazu den komplexen Vertriebswegen von OTC-Produkten Rechnung trägt. Dies ist in Hinblick auf die untergeordnete Bedeutung von Engpässen im OTC-Bereich unverhältnismäßig.

Alternativ würde ein verbesserter, strukturierter Informationsaustausch auf nationaler und internationaler Ebene die Situation verbessern.

Dissensposition des Österreichischen Generikaverbandes (OeGV)

[1] *Zu 1.2:* Die Meldung nicht verschreibungspflichtiger Humanarzneispezialitäten im Vertriebseinschränkungen Register an die AGES ist auf freiwilliger Basis jederzeit möglich und unterliegt der Entscheidung des Zulassungsinhabers. Über die Verwendung der i. A. nicht versorgungskritischen Arzneimittel entscheiden die Kundin und der Kunde bzw. die Patientin und der Patient selbst. Die Apothekerin oder der Apotheker berät im Falle von Vertriebseinschränkungen direkt vor Ort über Alternativen.

Die Ausweitung der Meldepflicht auf OTC-Produkte stellt administrativ und finanziell (es fallen Gebühren für die Meldung an) eine überschießende Erhöhung der regulatorischen Auflagen dar und wird daher vom OeGV abgelehnt.

[2] *Zu 1.2:* Ein digitales System, aus dem hervorgeht, wie viele Packungen eines Produkts vorhanden sind, verletzt die Dateneigentumsrechte aller Teilnehmer der Vertriebskette (Zulassungsinhaber, Großhandel, Apotheke, KH-Apotheke, sonstige zur Abgabe berechtigte Stellen) und ist daher in der vorgeschlagenen Form abzulehnen.

Dem BASG als zuständiger Behörde ist jede Einschränkung der Vertriebsfähigkeit einer verschreibungspflichtigen Arzneispezialität im Inland unverzüglich zu melden. Die Behörde kann daher, wenn erforderlich, noch vor dem tatsächlichen Eintritt der Einschränkung ihre koordinierende Funktion wahrnehmen.

[4] *Zu 1.4:* Die verpflichtende Registrierung von zumindest zwei Wirkstoffherstellern führt zu einer weiteren Erhöhung der regulatorischen Belastung für den Zulassungsinhaber und ist in der Praxis auch nicht in allen Fällen möglich (z. B. bei biologischen Produkten, patentgeschützten Syntheseverfahren, fehlender Verfügbarkeit von Alternativen etc.). Dies kann dazu führen, dass Generika und insbesondere Biosimilars verspätet oder gar nicht auf den Markt gebracht werden. Dem Gesundheitssystem werden dadurch Einsparungsmöglichkeiten entzogen. Der OeGV lehnt die Empfehlung daher ab.

Ergänzungen des Österreichischen Apothekerverbandes

[3] *Zu 1.3:* Das Thema „Aut idem im Notfall" ist aufzunehmen. Die Möglichkeit, Arzneimittel bei Nichtlieferbarkeit auszutauschen, würde aus unserer Sicht zu einer massiven Verbesserung der Situation beitragen — für Patientinnen und Patienten und Apotheken gleichermaßen. Hierfür muss eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden.

[6] *Zu 2.1:* Bei Disease-Management-Programmen ist die öffentliche Apotheke miteinzubeziehen.

Ergänzungen von Wund?Gesund!

[5] *Zu 2.1:* 40 Prozent der Amputationen könnten laut Diabetesbericht 2017 des Bundesministeriums für Gesundheit durch innovative Wundversorgung und eine entsprechende Therapie vermieden werden. Der Weg sollte folgender sein: weg von einer „zweckmäßigen und ausreichenden" und hin zu einer hochwertigen State-of-the-Art-Versorgung chronischer und schlecht heilender Wunden, die sich am Outcome und an der Qualität der Wundversorgung orientiert. Essenziell dafür sind unter anderem eine bedarfsgerechte Ausbildung, die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen sowie die Honorierung der Leistung und die Auswahl qualitativ hochwertiger Verbandstoffe bei fairer Preisgestaltung. Mehr Information, mehr Transparenz und mehr Selbstbestimmung. Positive Auswirkungen moderner Wundmedizin bedeuten eine Win-win-Situation für alle Beteiligten: erhöhte Lebensqualität, eine Linderung der Schmerzen, verkürzte Behandlungszeiten, geringere Zusatzkosten für zusätzliche Therapien, eine Reduktion der Amputationen, schmerzärmere Verbandwechsel und eine raschere Reintegration sowie die Reduktion von Krankenständen, Personal- und Materialkosten.

02. Rehabilitation

»Ganzheitlich und verpflichtend konsequent«

Ziel einer ganzheitlichen Rehabilitation ist immer die autonome und aktive Teilhabe am Leben, sei es in der privaten oder der beruflichen Welt. In diesem Zusammenspiel müssen folgende gesellschaftliche Entwicklungen mitberücksichtigt werden: Die Menschen werden immer älter und verbleiben länger im Erwerbsleben, was neue Lösungskonzepte für die berufliche Reintegration erforderlich macht. Chronische Erkrankungen sind im Steigen — ein Umstand, der neben einer zielgruppengerechten Versorgung neue Modelle für eine soziale Reintegration verlangt. Wiedereingliederungsteilzeitmodelle werden zukünftig eine wichtigere Rolle spielen und müssen verstärkt ausgerollt werden. Rehabilitation darf nicht länger aus einer ausschließlich gesundheitspolitischen Warte betrachtet werden. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt, rasch auf ein ganzheitliches Reha-Konzept zu setzen, das sozialpolitische, arbeitsmarktpolitische und gesundheitspolitische Aspekte vereint.

2.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um Österreichs Rehabilitationskultur auf ein Top-Level zu bewegen, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen**.

1. Rechtssicherheit

Den Boden schaffen für eine autonome und aktive Teilnahme am Leben.

1. Es ist essenziell, einen **verbindlichen Rechtsanspruch** auf Rehabilitation zu schaffen und die rechtlichen Rahmenbedingungen für Prehabilitation und Rehabilitation zu konkretisieren: Insbesondere in den Bereichen der beruflichen Rehabilitation, der Rechtssicherheit für Kinder sowie der arbeitsrechtlichen Absicherung für Eltern bestehen rechtliche Lücken, die es zu schließen gilt. Dies bedingt auch die finanzielle Absicherung für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige durch die öffentliche Hand. Dabei ist es essenziell, die Anspruchsvoraussetzungen im Sinne der Patientinnen und Patienten transparent und verständlich aufzubereiten.
2. Rehabilitationsmaßnahmen müssen schon im Zuge der **Diagnosestellung** vorbereitet werden, um zeitliche Verzögerungen zu verhindern.
3. **Kontrolle von Therapieergebnissen (Outcome):** Maßnahmen sind auf ihre Rehabilitations- und Vorsorgewirkung zu überprüfen, um so ein optimales Behandlungsergebnis für die Patientinnen und Patienten sicherzustellen.
4. Rehabilitation muss ganzheitlich betrachtet werden: Um allen Rehabilitierten einen **Wiedereinstieg** in die Erwerbstätigkeit und Teilhabe am sozialen wie am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, ist neben den medizinischen Aspekten insbesondere die soziale und berufliche Ebene zu berücksichtigen. Die Abstimmung zwischen Versicherungsträgern und Unternehmen muss optimiert werden, um die bestmögliche **Wiedereingliederung ins Erwerbsleben** sicherzustellen. [1]
5. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt, die mobile Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen zu finanzieren.

2. Einfacher Zugang zu Rehabilitation

Die Lebensumstände der Menschen müssen berücksichtigt werden.

1. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 sieht dringenden Handlungsbedarf im Ausbau der **ambulanten, wohnortnahen und mobilen** Rehabilitation: Ein **kommunales Reha-Konzept** ist unausweichlich, um dem **Wiedereingliederungsteilzeitgesetz** insbesondere für onkologische Patientinnen und Patienten gerecht zu werden.
2. Das interdisziplinäre Zusammenspiel auf intra- und extramuraler Ebene ist essenziell, um Patientinnen und Patienten bestmöglich begleiten zu können. In Bezug auf die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie der Gesundheitsberufe ist sicherzustellen, dass die jeweiligen **Curricula ausreichend auf Rehabilitation ausgerichtet** sind, um optimal auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen zu können.
3. Eine **ambulante „Auffrischungsrehabilitation"** ist verpflichtend nach drei bis sechs Monaten als Rechtsanspruch für die Versicherten sicherzustellen. Weitere Schritte sind auf ärztliche Anordnung zu setzen.

3. Spezialisierung auf Kinder

Kinder brauchen maßgeschneiderte Konzepte und ihre Familie.

1. Familienorientierte Rehabilitation muss gefördert werden: Kinder und Jugendliche brauchen ein auf sie abgestimmtes, eigenständiges Konzept. Es ist essenziell, dass Eltern ihre Kinder im Zuge einer **familienzentrierten Rehabilitation** begleiten können und dabei finanziell abgesichert sind.
2. Es braucht ein höheres Bewusstsein für die gesellschaftliche Verantwortung hinsichtlich Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen **(Mental Health Issues)**, die in unserem Gesundheitssystem nicht optimal aufgefangen werden.
3. Für Kinder- und Jugendliche wurden in Österreich Rehabilitationseinrichtungen auf Basis von Public-Private-Partnership-Konzepten und Lebenszyklusmodellen erfolgreich ausgerollt. Es ist zu überprüfen, ob diese Angebotsstrukturen zielgerichtet genutzt werden, Ärztinnen und Ärzte über diese Angebote informiert sind und die Kapazitäten ausreichen. [2]

Mensch im Mittelpunkt

Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 sieht die Ausrichtung auf Potenziale statt auf Defizite als wichtige Aufgabe der Rehabilitation. Wir sollten uns stets fragen, in welchen Bereichen die Potenziale der betroffenen Menschen liegen und welche Faktoren unterstützend agieren können — nicht nur für die Person selbst, sondern auch innerhalb ihres sozialen Umfelds. Vor diesem Hintergrund sollen betreuende und pflegende Angehörige [3] mit ins Boot geholt werden, um zu vermeiden, dass es aufgrund von Überlastung zur Erkrankung eines ganzen Familiensystems kommt.

Ziel soll es daher sein, eine personalisierte Rehabilitation zu etablieren, in der alle Patientinnen und Patienten genau die für ihre Umstände benötigte Behandlung und Unterstützung zur aktiven Teilnahme an der Gesellschaft bekommen.

Chancen der Digitalisierung

Gerade in der Zeit nach dem stationären Aufenthalt gilt es für die Patientinnen und Patienten, am Ball zu bleiben. Die Digitalisierung bietet hierfür wertvolle Möglichkeiten, um das klassische Rehabilitationsangebot zu unterstützen.

Aus der zunehmenden Digitalisierung resultiert darüber hinaus ein optimierter Zugang zu Daten bezüglich Rehabilitationserfolg. Mittels Deep Learning und Forschungsarbeit mit Künstlicher Intelligenz ist es möglich geworden, die optimale personalisierte Rehabilitation für die jeweilige Patientin bzw. den jeweiligen Patienten zu eruieren.

Ein weiterer positiver Aspekt der Telerehabilitation sind die deutlich gesenkten Kosten, die mit einer Rehabilitation verbunden sind. [4]

Ein **Benachrichtigungssystem zur Auffrischung bzw. Erinnerung an therapeutische Maßnahmen nach einer Rehabilitation** ist — ähnlich wie bei Krebsvorsorgeuntersuchungen — zu etablieren.

Auch Anleitungen zur Unterstützung der Reha-Prozesse sollen digital zur Verfügung gestellt werden, sodass gezielte Übungen auch nach der Reha zu Hause als ständiger unterstützender Prozess sichergestellt werden und der Erfolg der Reha nachhaltig wirken kann.

[1]–[4] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 2.2. auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Rehabilitation

AK WIEN · ÖGB · AUVA · BBRZ · VAMED health. care. vitality.

2.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzungen und Dissensposition der Arbeiterkammer Wien (AK Wien) und des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB)

Early-Intervention-Maßnahmen sind schon bei der Diagnoseerstellung zu berücksichtigen. Ein sinnvoller Ansatz ist eine frühzeitige Intervention bei gesundheitlichen Problemen und zur Früherfassung von langen Krankenständen. Hier greift „Early Intervention". Wichtig dabei sind niederschwellige und maßgeschneiderte Beratungs- und Informationsangebote zu Arbeit und Gesundheit — sowohl für die Beschäftigten als auch für Betriebe.

Personen mit einem durchgehenden Krankenstand von mindestens 28 Tagen werden von den Krankenversicherungsträgern zu einem freiwilligen Gespräch eingeladen, in dem sie auf bestehende Präventions-, Frühinterventions- und Rehabilitationsmaßnahmen aufmerksam gemacht werden.

[1] *Zu 1.4:* Die Wiedereingliederungsteilzeit hat sich als erfolgreiches Modell etabliert, in der Praxis muss nachgeschärft werden. Bei Versicherten mit chronischen Erkrankungen (z. B. MS-Patientinnen und -patienten), deren Krankheit häufig in Schüben verläuft, sind häufige Krankenstände erforderlich, die aber nicht immer sechs Wochen dauern. In diesen Fällen wäre es sinnvoll, nicht erneut die gesamten Formalitäten zu durchlaufen, sondern eine vereinfachte Begutachtung etc. zu schaffen.

[2] *Zu 3.3:* Die Die AK Wien und der ÖGB sprechen sich sich dafür aus, die ambulante „Auffrischungsrehabilitation" als Rechtsanspruch der Versicherten sicherzustellen.

[3] *Zu Mensch im Mittelpunkt:* Die AK Wien und der ÖGB sprechen sich im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation — solange verpflichtende Rahmenbedingungen für PPP-Modelle fehlen — für öffentliche Modelle aus (siehe Dissens im Kapitel Systemstruktur).

[4] *Zu Chancen der Digitalisierung:* Die positiven Effekte von Rehabilitation und anderer Gesundheitsdienstleistungen ausschließlich zu ökonomisieren, ist nach Ansicht der AK Wien und des ÖGB zu kurz gegriffen (siehe Dissens im Kapitel Patientenorientierung).

03. Pflege und Betreuung

»Systemische Integration und Attraktivierung«

Der Themenaspekt Pflege und Betreuung wird in puncto Versorgung und Finanzierung zukünftig eine der größten Herausforderungen für das österreichische Gesundheits- und Sozialsystem darstellen. Die österreichische Bevölkerung wird zwar immer älter, allerdings steigen die gesunden Lebensjahre im Vergleich zu anderen Ländern nur gering an. Es ist unabdingbar, ein neues Zeitalter – von der „Reparaturmedizin" zur Präventivmedizin – einzuläuten, um der aktuellen und künftigen Agenda von Pflege und Betreuung gewachsen zu sein. Im Jahr 2030 wird in Österreich die Zahl jener Menschen, die pflegende Unterstützung brauchen, bei ca. einer Million liegen. Rund 50.000 neue Pflegekräfte werden erforderlich sein, um den wachsenden Anforderungen gerecht zu werden.

3.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um die österreichische Pflegelandschaft auf starke Beine zu stellen, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **vier Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen** als Sofortmaßnahmen.

1. Kompetenzen stärken

No nurses, no future.

1. Kompetenzbereiche von Pflegekräften müssen gestärkt werden: Es ist essenziell, das **Aufgabenportfolio** des gut ausgebildeten gehobenen Dienstes (Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, DGKP) zu **erweitern**, generalistisch auszubilden mit Erwerb von Spezialkenntnissen, um die für ihre Einsatzbereiche notwendigen Tätigkeiten selbstständig ausführen zu dürfen. In der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gilt es darüber hinaus, Arbeitsprozesse zu optimieren. Am Beispiel des schwedischen Pflegesystems zeigt sich, dass die größeren Befugnisse des Pflegepersonals positive Auswirkungen auf den Pflegesektor mit sich bringen. Die Honorierung ist hinsichtlich eines erweiterten Aufgabenfeldes entsprechend anzupassen.
2. Schnittstellen zwischen dem Akutbereich und dem mobilen sowie stationären Langzeitbereich müssen mitgedacht und mitgestaltet werden, um ineffiziente Insellösungen zu vermeiden. **Unterstützende Sachleistungen** können im heimischen Pflegesetting beispielsweise die pflegerische Qualität stärken, wie Modelle aus der Schweiz zeigen. Ziel ist es, dass der zu pflegende Mensch so lange wie möglich in seiner vertrauten Umgebung verbleiben kann. Pflegende Angehörige können durch den Zukauf von Sachleistungen (bzw. von ambulanten Pflegediensten) entlastet werden und definierte Aufgaben abgeben. [1]
3. Health Care bedeutet Teamarbeit: Die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen den Bereichen Medizin, Pflege, Apotheke und Gesundheitsberufen muss gefördert werden, indem **gemeinsame Module während der Ausbildungscurricula** definiert werden. Ziel ist es, bestmöglich auf die Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen eingehen zu können.
4. Mittels Etablierung von Community Nurses und School Nurses soll besserer Outcome generiert werden. Am Beispiel des niederländischen Buurtzorg-Konzepts (vgl. www.buurtzorg.com) zeigt sich, wie sich die Förderung von Nachbarschaftshilfe positiv gestalten und professionelle Pflege und Betreuung in einer Region gleichermaßen stattfinden kann. Buurtzorg ist der ambulante niederländische Pflegedienst, der die Pflege mit einer Integration von IT, Ökonomie und selbst organisierter Arbeitsweise revolutioniert hat. Ziel des Konzepts ist es, die Autonomie der Klientinnen und Klienten zu unterstützen. Österreich könnte von dem Konzept lernen, dass mit telemedizinischer Unterstützung und Betreuung durch Coaches wieder mehr Zeit für ursprüngliche Tätigkeiten und Ressourcen für den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt gewonnen werden können. Die Nutzerinnen und Nutzer sowie die Beschäftigten stehen dabei stets im Mittelpunkt. [2]
5. Hinsichtlich der Etablierung einer **Pflegelehre** herrscht Dissens unter den Expertinnen und Experten, die eine Pflegelehre für Jugendliche aufgrund der psychischen Belastung kritisch betrachten. PRAEVENIRE sieht hier dennoch hohen Handlungsbedarf und unterstützt die Fokusausrichtung auf die Erwachsenenlehre und die Unterstützung jener Personen, die sich in Richtung Pflege umschulen lassen wollen. [3]
6. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt eine **bundeseinheitliche Analyse des mittel- und langfristigen Personalbedarfs**. Um diesen

sicherzustellen, soll der **Zivildienst auf eine Lehrausbildung anrechenbar** sein sowie möglichst hohe Autonomie für extramurale Pflegedienste geschaffen werden. [3]

2. Prozesse vereinfachen — Qualität erhöhen

Die Menschen müssen rechtzeitig aufgefangen werden.

1. Der Kompetenzdschungel der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern muss dringend gelichtet werden. Dabei sollen Finanzierungszersplitterungen im Pflegebereich von einer zentralen Finanzierung aus einem Topf (z. B. mittels Pflegefonds) abgelöst werden. Über die Aufbringung der Mittel herrscht Dissens unter den Expertinnen und Experten. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 schlägt eine **Pflegeversicherung** vor: Beispielsweise kann mit Beginn der Berufslaufbahn mit geringen Beitragseinzahlungen gestartet werden. Zu diskutieren ist auch eine lohnnebenkostenneutrale Versicherungszahlung, um den Menschen die Sicherheit zu geben, dass sie auch im Pflegefall versorgt sind.
2. Bestehende Qualitätssicherungen müssen stets evaluiert werden, um die zu pflegenden Menschen sowie die pflegenden Angehörigen bestmöglich in ihrer alltäglichen Betreuung zu unterstützen und die Qualität der Pflege auf einem höchstmöglichen Niveau zu halten. Das kann nur von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sichergestellt werden.
3. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt, finanzielle Unterstützung sowie **Entlastungsdienste für pflegende Angehörige** wie folgt zu fördern: Ab Pflegestufe 3 sollen Pflegedienste **bis zu zwei Wochen finanziert werden, ab Pflegestufe 4 für vier Wochen, ab Pflegestufe 5 für zwei Monate pro Jahr**. Die Investition in Pflege rechnet sich, denn sie ist für das Gesundheitssystem gesamtwirtschaftlich gesehen günstiger als die Kosten für einen stationären Aufenthalt in einem Akutbett des Krankenhauses.
4. Rechtliche Rahmenbedingungen in puncto Arbeitsrecht und Versicherung während der Pflegekarenz müssen ausgebaut werden. Die österreichweite Etablierung einer **Pflegeservicestelle** soll dazu beitragen, Pflegebedarf zu erheben, entsprechende Beratung zu gewährleisten und so Betroffene und Angehörige unbürokratisch von Pflegeprofessionisten zu unterstützen.
5. Es ist essenziell, die **psychosoziale Begleitung von pflegenden und betreuenden Angehörigen** zu stärken. Nur so können Folgeerkrankungen oder Folgekrankenstände verhindert werden. Damit das sichergestellt ist, sollen pflegenden Angehörigen kostenlose psychosoziale Beratungsleistungen zur Verfügung stehen.

3. Höchste Standards etablieren

Krisenzeiten brauchen exakte Analysen.

1. Bezugnehmend auf EU-weite Mindeststandards, die auf künftige Anforderungen ausgerichtet sind, sollen alle Mitgliedsländer das Ausbildungsniveau einander angleichen, um Arbeitskräftemangel in bestimmten Mitgliedsländern zu vermeiden.
2. Die Einhaltung pflegewissenschaftlicher Standards muss evaluiert werden und überprüfbar sein, damit sichergestellt wird, dass private und öffentliche Kriterien (vgl. WHO- und ICN-Standards) eine einheitliche Struktur aufweisen. Beispielsweise sollten Pflegekräfte-Agenturen und -Vermittler auf verpflichtender Basis zertifiziert sein.

Corona-Learnings

Wie sich im Zuge von COVID-19 gezeigt hat, sind Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen sowie Pflegekräfte besonders gefährdet. Deshalb muss für die Versorgung mit Schutzkleidung und Testungen ausreichend gesorgt werden.

1. Pflegeheime bzw. Langzeiteinrichtungen müssen gemäß den höchsten geltenden Standards geschützt werden. Dies inkludiert auch die **regelmäßige Testung aller Bewohnerinnen und Bewohner** sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend empfohlener Standards.
2. Es bedarf einer zentralen, transparenten und stets aktuellen Erfassung der Anzahl der infizierten Pflegekräfte sowie von Bewohnerinnen und Bewohnern österreichischer Pflegeheime. Darüber hinaus ist es essenziell, die Anzahl der **infizierten Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieher** inklusive

ihrer Angehörigen zu erfassen. Ausschließlich auf Basis klarer Analysen können erfolgreiche Gegenmaßnahmen initiiert werden.

Mensch im Mittelpunkt

Qualitätsvolle pflegerische Arbeit, in der pflegebedürftige Menschen mit ihren Bedürfnissen im Fokus stehen, kann nur dann gelingen, wenn der Personalschlüssel stimmt. Eine Reduktion von Pflegekräften aufgrund finanzieller Erwägungen der Kostenträger liegt nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Der Wunsch nach Pflege im vertrauten, häuslichen Umfeld ist für viele Menschen mit Pflegebedarf zentral und bedingt einen gesundheitspolitisch stärkeren Fokus.

Im internationalen Vergleich zeigen sich Modelle, die auch für Österreich von Bedeutung sein können: Das in 1.4 erwähnte niederländische Buurtzorg-Konzept[1] ist ein Beispiel für das Zusammenwirken von Nachbarschaftshilfe und professioneller Pflege in einer Region. Die Schweiz setzt verstärkt auf unterstützende Sachleistungen im heimischen Setting, was sich positiv auf die Qualität auswirkt. Im schwedischen Pflegesystem, das als besonders effizient gilt, sind die Befugnisse des Pflegepersonals weit größer als jene in Österreich. Die Patientinnen und Patienten werden über Primärversorgungszentren beraten, medizinisch-pflegerische Leistungen bedarfsgerecht gesteuert und von akademisch ausgebildeten Fachkräften durchgeführt.

Im Bereich der Langzeitpflegeeinrichtungen ist eine Orientierung an Corona-erprobten Ländern wie Singapur, Südkorea, Taiwan oder China sinnvoll, die wertvolle Beispiele für die Gestaltung optimaler Sicherheitsmaßnahmen in Pflegeheimen sein können.

Chancen der Digitalisierung

Digitale Lösungen sollen dort eingesetzt werden, wo Prozesse vereinfacht und Menschen in ihrer Tätigkeit unterstützt und entlastet werden, wie beispielsweise im Bereich der Dokumentation. Plattformen bzw. Initiativen wie ELGA, Tele-Care, Tele-Nursing oder Diätologinnen und Diätologen via Videokonsultation gewinnen dabei stets an Bedeutung. Der Bereich Robotik wird als Unterstützung, nicht als Ersatz menschlicher Expertise betrachtet.

Essenziell ist, dass der Zugang zu digitalen Tools für alle Player im Gesundheitssystem gewährleistet sein muss und sich dieser für alle Beteiligten leistbar gestaltet.

PRAEVENIRE empfiehlt, die Nutzung digitaler Lösungen wie ELGA für das Medikamentenmanagement sowohl für verschreibungspflichtige Arzneimittel als auch für OTC-Produkte für alle Gesundheitsberufe zu ermöglichen, um damit in Absprache mit der Ärzteschaft die Adhärenz und Compliance von Therapien sowie die Patientensicherheit (Wechselwirkungen, Polypharmazie) interdisziplinär gemeinsam zu unterstützen.

Personifizierte Notfallbuttons für Pflegekräfte sollen installiert werden, um so die Kontaktaufnahme zur Rettung unkomplizierter zu gestalten, Anfahrtszeiten zu verkürzen und die Versorgungssicherheit für die Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Die Form des digitalen Kommunikationsweges für eine (Weiter-)Behandlung der zuständigen Ärztinnen und Ärzte sollte zumindest temporär ermöglicht werden, um eine optimale Nachbetreuung für die Patientinnen und Patienten sowie Pflegende zu gewährleisten.

[1]–[3] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 3.2. auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Pflege und Betreuung

AK WIEN ÖGB Österreichischer Apothekerverband Partner für eine sichere Zukunft Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

1 www.buurtzorgnederland.com

3.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissenspositionen von der Arbeiterkammer Wien und des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB)

[1] *Zu 1.2:* Aus Sicht von AK und ÖGB ist das Ziel zu einseitig gefasst, denn es ist notwendig, dass die zu Pflegenden bzw. die pflegenden Angehörigen eine Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Pflege-Settings haben sollten. Es ist stimmig, dass viele Menschen in häuslicher Umgebung gepflegt werden wollen, jedoch kann häusliche Pflege nicht das einzige Ziel sein. Denn damit wird sich die Situation der pflegenden Angehörigen nicht gerade verbessern.

Darüber hinaus ist die Rede vom Zukauf von Sachleistungen, hier ist jedoch die Finanzierung die entscheidende Komponente, damit Pflege für alle zugänglich ist.

[3] *Zu 1.5:* Die AK Wien und der ÖGB lehnen die Einführung einer Pflegelehre entschieden ab. Stattdessen braucht es die österreichweite Ausrollung des BMS/BHS-Schulmodells für Pflegeberufe, bessere Durchlässigkeit im Ausbildungssystem und vor allem attraktive Arbeitsbedingungen als Pull-Faktor am Arbeitsmarkt.

Ebenso wird eine Pflegeversicherung abgelehnt, die entweder hohe Beitragssätze oder lückenhafte Teilkasko-Leistungen mit sich bringt. Eine Finanzierung der Betreuung und Pflege über Steuereinnahmen mit Wiedereinführung von Schenkungs- und Erbschaftssteuer bringt die erforderliche Sicherheit und die dringend notwendige gerechte Verteilung.

Angebote zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen müssen sich am Bedarf der Zielgruppe orientieren und nicht an der Pflegegeldeinstufung der unterstützten Menschen, zumal die Pflegegeldeinstufung den Bedarf an Betreuung und Pflege nicht korrekt abbildet.

Anstatt einer unreflektierten Übernahme des Buurtzorg-Modells aus den Niederlanden empfiehlt sich der Ausbau der professionellen Autonomie und Personenorientierung.

Ergänzungen und Dissenspositionen des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands (ÖGKV)

[2] *Zu 1.4:* Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) unterstützt für Österreich die Umsetzung des Konzepts der Community Nurse, wie im aktuellen Regierungsprogramm vorgesehen. Das Buurtzorg-Konzept ist im kulturellen Kontext zu sehen und zu bewerten. Die Umsetzung des Buurtzorg-Konzepts in Österreich sieht der ÖGKV deshalb als schwierig an. Die Etablierung und Stärkung der Community Nurses als eine wichtige Schlüsselfigur in der Versorgungslandschaft Österreichs ist zu priorisieren. Die Schaffung einer Pflegeservicestelle empfiehlt der ÖGKV ergänzend zur Umsetzung des Community-Nurse-Konzepts.

[3] *Zu 1.5 und zu 1.6:* Eine Lehrausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege wird vom ÖGKV kritisch bewertet. Die Anrechnung der Absolvierung eines der bereits bestehenden Ausbildungsniveaus in der Gesundheits- und Krankenpflege auf den Zivildienst ist wünschenswert.

Dissensposition von Dr. Günter Dorfmeister

[3] *Zu 1.5:* Zu den Absätzen 1.5 und 1.6 gibt es Dissens von Dr. Günter Dorfmeister, MBA, Direktor des Pflegedienstes der Klinik Ottakring.

04. Wissenschaft und Forschung

»Exzellenz-Cluster fördern«

Österreich ist das viertreichste Land in der EU und ist, was die Qualität von Wissenschaft und Forschung betrifft, gut aufgestellt. Die wissenschaftliche Praxis zeigt jedoch, dass am Forschungsstandort Österreich noch nachgeschärft werden muss. Essenziell ist heute ein gesamtgesellschaftlicher Blick auf eine Forschungslandschaft, die sich im Umbruch befindet, denn die Schnittstelle zwischen digitaler Wirtschaft und Medizin wird immer enger. Was es jetzt braucht, sind Disziplinen, die wieder zusammenrücken, um gemeinsam mehr zu schaffen.

4.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Generell ist es wesentlich, das öffentliche Bewusstsein für die Wertigkeit und den Nutzen der Leistungen von Wissenschaft und Forschung in der österreichischen Bevölkerung zu schärfen, z. B. mit Initiativen, Aktionstagen, Ausstellungsprojekten und Präsentationen. Um den Forschungsstandort Österreich fit zu halten, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **zwei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen**.

1. Empowerment der Grundlagenforschung

Exzellenz braucht Spezialisierung.

1. Um wettbewerbsfähig zu bleiben, braucht es eine deutliche Erhöhung der Mittel im Bereich der Grundlagenforschung, ausreichend Infrastruktur sowie ein entsprechendes Umfeld.
2. Zur Unterstützung des Transfers von Grundlagenforschung in angewandte Forschungsprojekte sind attraktive Anreize zu setzen, um den Einstieg privater Einrichtungen in akademische Forschungsprojekte früh (weit vor den klinischen Forschungsphasen) anzuregen. Zudem braucht es mehr Möglichkeiten zur Akquise von Drittmitteln. Anzudenken sind auch Kooperationen, z. B. mit erfolgreichen Transfereinrichtungen wie der Fraunhofer-Gesellschaft zur Förderung der angewandten Forschung (vgl. www.fraunhofer.at).
3. Spezifische und vertiefende Wissenschaft und Forschung sind Voraussetzung für das zukünftige Wachstum der österreichischen Forschungslandschaft. Aufgrund der beschränkten Ressourcen sind jene Bereiche zu definieren, die Alleinstellungsmerkmale aufweisen oder als Leuchtturmprojekte in der medizinischen Wissenschaft und Spitzenforschung gelten.
4. Exzellenz in Wissenschaft und Forschung muss in Europa generiert und eine größere Unabhängigkeit zu anderen Ländern erzielt werden.

2. Interdisziplinäre Vernetzung

Gute Forschung denkt vernetzt.

1. Eine zukunftsträchtige Forschung braucht die interdisziplinäre Vernetzung innerhalb der Forschungs-Entitäten. Aktuell z. B. unterstützt der Mathematiker Otmar Scherzer mit seinen Erkenntnissen die Dermatologie bei der Krebsdiagnose im Projekt der Universität Wien „Tomography across the Scales."
2. Es sind Exzellenz-Cluster zu Spezialgebieten in Österreich zu fördern. Wissenschaftsleistungen, die auf Teams aufgebaut sind, zeigen eher Spitzenleistungen. Best Practice ist beispielsweise die Studiengruppe Austrian Breast & Colorectal Cancer Study Group (ABCSG), die seit 30 Jahren klinische Studien zum Mammakarzinom und kolorektalen Karzinom sowie zum Pankreaskarzinom durchführt und international hohe Anerkennung findet.
3. Auf EU-Ebene ist die Politik aufgefordert, europäische Forschungsförderung auf österreichische Leistungen aufmerksam zu machen und das Land als attraktiven Standort zu präsentieren.

Best Practice international

Die aktuellen Herausforderungen werden insbesondere vor dem Hintergrund der knappen Grundlagenforschungsbudgets betrachtet: In Skandinavien kommen auf einen Einwohner derzeit 80 Euro, 54 Euro sind es in den Niederlanden, 40 Euro in Deutschland, aber nur 25 Euro in Österreich. Dieser Umstand erschwert die Situation, Forscherinnen und Forscher nach Österreich zu bringen und diesen auf lange Sicht ein attraktives Arbeitsumfeld zu bieten. Know-how und Produktionsstätten sind ins außereuropäische Ausland abgewandert, wodurch wir uns heute kritisch mit dem Thema Arzneimittel- und Medizinprodukteversorgung auseinandersetzen müssen.

Chancen der Digitalisierung

Die Digitalisierung erlebt in Medizin und Forschung ihren Höhepunkt: Heute brennen Themen wie Wissensverdoppelung (das medizinische Wissen verdoppelt sich alle drei Monate), Artificial Intelligent Decision Support Systems (IDSS) zur Entscheidungsunterstützung von operativen und strategischen Aufgaben, Telemedizin, die Nutzung von Big Data (Massendaten) oder Softwarelösungen in der personalisierten Präzisionsmedizin — Sektoren, die die Zukunft der Forschung immens prägen werden.

Digitale Technologien können den Wissenstransfer kanalisieren und bieten ungeahnte Möglichkeiten, Diagnose- und Therapieentscheidungen zu erleichtern, was sich insbesondere auch im Umfeld der onkologischen Versorgung als essenziell erweist. Gute nachhaltige Forschung bedingt immer den entsprechenden Zugang zu jenen Innovationen, die aus diesen Forschungen resultieren.

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Wissenschaft und Forschung

ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN · MERCK · Roche · WKO WIEN WIRTSCHAFTSKAMMER WIEN

05. Innovation und Finanzierung

»Mehr Mittel für Spitzenforschung«

Dem österreichischen Gesundheitssystem stehen konstante zehn bis elf Prozent des Bruttoinlandsprodukts an finanziellen Mitteln zur Verfügung — Zahlen, die zwar zuversichtlich stimmen, aber gleichzeitig einen kritischen Blick auf den demografischen Wandel verlangen. Essenziell ist heute die Unterstützung zukunftsweisender Innovationen, die eine Adaption tief verwurzelter Strukturen der österreichischen Gesundheitslandschaft erfordert. Dabei bedeutet Innovation nicht notgedrungen ein Mehr an Gesamtkosten, sondern muss auf einer gesamtgesellschaftlichen Metaebene analysiert werden. Vor dem Hintergrund der rasanten Geschwindigkeit des medizinischen Fortschritts ist es unausweichlich, spezifisch stark statt tröpfchenweise breit zu investieren, um die Beschleunigung von Innovation langfristig nicht zu behindern.

5.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um Österreich als Topinnovationsstandort zu positionieren, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen**.

1. Neue Finanzierungsmodelle etablieren

Groß denken — gemeinsam umsetzen.

Das Zusammenwirken staatlicher und privater Entitäten muss angestrebt werden, um so Exzellenz zu generieren. Dabei muss auf Entbürokratisierung und Entschleunigung zugunsten der Qualität gesetzt werden.

1. Innovation braucht eine neue Investitionskultur, die Rahmenbedingungen für Förder- und Spendenmodelle, Steuerbegünstigungen, Kreditvergabe und Bankengarantien, gemeinnützige Non-Profit-Organisationen etc. sind neu zu denken, um die Attraktivität für Anleger, in Forschungsprojekte für innovative Therapien, Medizinprodukte, in die Medizinwissenschaft und Spitzenforschung zu investieren, zu steigern. [1]
2. Es ist unabdingbar, dass gemeinnützige, private Stiftungen verstärkt in Forschung und Innovationen investieren — mit steuerlicher Beteiligung des Staates.
3. Public-Private-Partnership-Modelle (PPP-Modelle) können die Grundlagenforschung massiv stützen. Auch im forschenden Umfeld der Präzisionsmedizin erweisen sich PPP-Modelle als essenzielle Ressource.
4. Bei der Investition der öffentlichen Hand müssen Schwerpunkte gesetzt werden. Wichtige Bereiche (vgl. demografische Entwicklung) sind Demenzerkrankungen und Morbus Alzheimer, die Onkologie, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und des Bewegungs- und Stützapparats. Auch in der Pharmaforschung muss die Förderung in Richtung Spezialisierung statt Generalisierung gehen. Als relevanter Bereich ist z. B. die Diagnose (Prostatakrebs, PSA-Test etc.) nennenswert.
5. Die Antibiotikaforschung ist eine Aufgabe der öffentlichen Hand, weil neue Antibiotika kein positives Geschäftsmodell für Unternehmen darstellen. Die Preise finanzieren nicht die Forschung und ihr Einsatz ist extrem restriktiv, um die Wirksamkeit zu erhalten.
6. Im onkologischen Bereich gilt die Präzisionsmedizin als unverzichtbarer Innovationstreiber, da sie spezifische und hochwertige Nischenforschung möglich macht. Hier wird die Nutzung von Real-World-Gesundheitsdaten für Forschungszwecke essenziell sein, was das geschickte Zusammenwirken von Wissenschaft und klinischer Anwendung bedingt.
7. Es wird viel zur Behandlung von Krankheiten geforscht, weniger auf Früherkennung gesetzt. Die öffentliche Hand muss bei Förderungen auf zukunftsweisende innovative Testmethoden, Diagnostik (Brustkrebserkrankung) und Präzisionsmedizin setzen.
8. Die Finanzierung innovativer Therapien muss intensiver auf europäischer Ebene diskutiert werden.

2. Einsparungspotenziale nutzen

Headroom for innovation.

1. Der Einsatz von Generika sowie Biosimilars ermöglicht enorme Einsparungen und gilt als Voraussetzung für die gesicherte Finanzierung des medizinischen Fortschritts: Jeder Prozentpunkt höherer

Generika-Verordnungen stellt aktuell zehn Millionen Euro für neue Therapien zur Verfügung. [2]
2. Value Added Medicines, das sind patentfreie Arzneimittel, die weiterentwickelt wurden, um Patientinnen und Patienten einen Zusatznutzen (= Added Value) zu bringen, müssen verstärkt eingesetzt werden. Eine solche zusätzliche Zweckmäßigkeit kann eine neue therapeutische Anwendung, ein besseres Wirksamkeits-, Sicherheits- oder Verträglichkeitsprofil, eine verbesserte Darreichungsform oder eine einfachere Anwendung sein. Damit wird einerseits die Nachhaltigkeit von Therapien (Adhärenz sowie Compliance) verbessert und andererseits zur Kosteneffizienz beigetragen.
3. Entsprechende Anpassungen im Erstattungssystem müssen vorgenommen werden, um die Vorteile von Value Added Medicines zu integrieren und anzuerkennen.

3. Zentrales Register

Die innovativsten Lösungen an einem Ort gebündelt.

1. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt die Etablierung eines Registers, um eine zentrale österreichweite Erfassung von Innovationen[1] bei gleichzeitiger transparenter Qualitätssicherung und Qualitätsmessung zu ermöglichen.
2. Die Etablierung von Thinktanks (akademische Ideenfindungen in „Denkfabriken", z. B. an einem Uni-Campus oder in Forschungszentren) soll dazu beitragen, einen transparenten gesellschaftlichen Konsens zu spezifischen Forschungsvorhaben zu definieren. Investment in medizintechnische und pharmakologische Forschung erhält einen höheren Stellenwert, wenn ihre Bedeutsamkeit der Bevölkerung, Stakeholdern und potenziellen Investoren klar kommuniziert wird.
3. Real World Data (RWD), das sind bereits erhobene Angaben mit Bezug zur Patientengesundheit, sollen für die Etablierung von Finanzierungsmöglichkeiten nutzbar gemacht werden. Auf Basis von Langzeit-Therapieergebnissen und Real World Data soll das Bewusstsein für den Nutzen und eine positive Wertigkeit von Gesundheitsdaten für medizinische Forschung geschaffen werden. Im Fokus steht dabei immer der faire, gleichberechtigte Zugang zu den innovativsten Therapien für alle — im Sinne eines solidarischen Gesundheitssystems.

Mensch im Mittelpunkt

Der Nutzen für die Patientinnen und Patienten muss stets ins Zentrum gestellt werden. Ziel soll es sein, dass der Zugang zu innovativen Medikamenten und Therapien für die Menschen sichergestellt ist — unabhängig von deren Wohnort oder sozialem Status.

Dabei spielt die Orientierung an der Patient Journey eine bedeutende Rolle: Strukturen und Abläufe sollen von der Patientin und vom Patienten her analysiert und entsprechend neu gedacht werden. Zentral ist die Frage, welche Behandlung den Patientinnen und Patienten zu welchem Zeitpunkt, an welchem Ort und von welcher Instanz zur Verfügung gestellt werden soll, damit eine optimale Versorgung gewährleistet ist. Gerade im Bereich der Seltenen Erkrankungen irren betroffene Menschen oft viel zu lange im Gesundheitssystem herum, bevor sie zu einer Diagnose kommen — ein Umstand, der nicht nur unmenschlich ist, sondern aufgrund der langen Wege ein Mehr an unnötigen Kosten verursacht.

Um das Gesundheitssystem stabil zu halten, ist es unausweichlich, sich mit einer verändernden Gesellschaft mitzubewegen und wirksame Rahmenbedingungen für alle zu kreieren.

Chancen der Digitalisierung

Mit dem Einsatz telemedizinischer Technologien werden Zeit, Ressourcen und Kosten gespart. Digital-Health-Initiativen fungieren als Innovationstreiber, die verstärkt in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken müssen: Um wettbewerbsfähig zu bleiben, ist es unausweichlich, die Zusammenarbeit mit innovativen Start-up-Unternehmen zu unterstützen — auch über die Zeitspanne des Markteintritts hinweg. Die Biotech-Szene muss fit gehalten werden, daher ist es wichtig,

1 z. B. neue Therapiemöglichkeiten oder innovative Medizinprodukte

dass innovative Produktentwicklungen sowie die Begleitung klinischer Studien einen wichtigeren Stellenwert erfahren und auf Basis neuer Finanzierungsmodelle vorangetrieben werden.

[1]–[2] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » *siehe 5.2. auf der folgenden Seite*

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Innovation und Finanzierung

5.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissenspositionen der Ärztekammer für Wien

Neue Finanzierungsmodelle etablieren: Sowohl Spenden als auch Non-Profit-Organisationen sind wichtig. Jemand, der eine Investition tätigt, erwartet sich einen Return of Investment (ROI), jemand, der spendet, erwartet sich etwas anderes (gutes Gewissen, Steuerschonung, bewundert zu werden etc.).

[1] *Zu 1.1:* **Steuerbegünstigungen:** Private Krankenversicherungen tragen wesentlich zur Finanzierung des Gesundheitssystems, vor allem der Spitäler, bei. In diesem Zusammenhang sollte man Steuerbegünstigungen bei Abschluss einer privaten Krankenversicherung einführen, um dieses Vorsorgemodell noch breiteren Bevölkerungsschichten zugänglich zu machen — vor allem Pensionistinnen und Pensionisten, die über weniger Einkommen verfügen als zu ihrer aktiven Zeit.

Ergänzungen des Verbands der pharmazeutischen Industrie Österreichs (PHARMIG)

[2] *Zu 2.1:* Patentabläufe bieten enorme Kostendämpfungspotenziale, da nach dem Markteintritt von Nachfolgeprodukten, Generika und Biosimilars, die Preise substanziell fallen, und zwar auch für den Originator. Diese Potenziale müssen für die Finanzierung des medizinischen Fortschritts herangezogen werden. Jeder Patentablauf schaufelt Mittel für die Finanzierung von Innovationen frei.

06. Standortpolitik

»Infrastruktur fördern, steuerlich entlasten«

Österreich blickt auf eine lange Tradition hervorragender wissenschaftlich-medizinischer Leistungen zurück. Vor dem Hintergrund eines steigenden globalen Wettbewerbs ist es unausweichlich, Produktionen und Forschungszentren in Österreich zu erhalten, um nachhaltige Autonomie sicherzustellen. Damit das möglich ist, muss der Forschungsstandort Österreich — insbesondere im Bereich der medizinischen Forschung — in Interaktion von Wissenschaft, Wirtschaft und Politik gestärkt werden.
Entscheidend ist heute, dass der Sprung von der Grundlagenforschung in die angewandte Forschung gelingt, ausreichend Wertschöpfung generiert wird und sich das Land Österreich, das als ein „Zentrum von Forschung" international etabliert ist, zum attraktiven und primären Anlaufpunkt für spitzenmedizinische Agenden wird.

6.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um eine lebendige und visionäre Standortpolitik zu generieren, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen** als Sofortmaßnahmen.

1. Autonomie schaffen für Schlüsselindustrien

Nationale und europäische Kräfte gemeinsam nutzen.

1. Relevante Schlüsselindustrien müssen wieder auf autonome Beine gestellt, nationale Expertise auf internationalem Parkett besser ausgespielt werden. Dabei ist es essenziell, den Fokus auf **relevante Schlüsseltechnologien** zu richten und die erforderliche Transportfähigkeit vor dem Hintergrund eines funktionierenden europäischen Binnenmarktes aufrechtzuerhalten. Zudem muss die Rechtsgrundlage für Patente gefestigt werden. Die Europäische Union kann den optimalen Rahmen bieten für die Konzeption eines gemeinsamen Lösungsportfolios — in kooperierendem Schulterschluss zwischen Industrie und Politik.
2. Ein Blick auf den Arzneimittelmarkt zeigt, dass 80 Prozent aller Wirkstoffe derzeit aus Kostengründen außerhalb der EU — vorwiegend in Asien — hergestellt werden. Ziel muss sein, bestehende Produktionsstandorte zu erhalten und Anreize für neue Investitionen zu schaffen, um die Rückverlagerung von Produktionen nach Europa zu unterstützen. **Negative Preisspiralen** müssen insbesondere im Bereich der lebensnotwendigen Medikamente durchbrochen werden.
3. Um Medizinprodukte-Hersteller für den Standort Österreich zu gewinnen, ist es essenziell, eine **nationale Zulassungsstelle** zu etablieren, um so Bürokratie abzubauen und Verfahren zu beschleunigen.

2. Exzellenz fördern

Forschungsinfrastruktur auf Topniveau kreieren.

1. Österreich verfügt über gut ausgebildete Fachkräfte. Was fehlt, ist Exzellenzförderung. Das Institute of Science and Technology Austria in Klosterneuburg oder das Vienna BioCenter fungieren als Best-Practice-Beispiele für Forschungsstandorte, die auch für internationale Wissenschafterinnen und Wissenschafter attraktiv sind. Die Etablierung eines Transfer-Centers nach dem Vorbild des **Fraunhofer-Instituts** ist anzustreben. Zudem sollen Topausbildungen angekurbelt und kluge Lehrlingsmodelle entwickelt werden, um so Fachkräfte auch in niederschwelligen Bereichen zu verankern.
2. Die klinische Forschung muss unterstützt und aufgewertet werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass **bessere Möglichkeiten zur Vorbeugung oder Behandlung von Krankheiten** erforscht und innovative Medikamente entwickelt werden können, um die besten Behandlungserfolge für die Patientinnen und Patienten zu erzielen.
3. Die Verzahnung von Wirtschaft und Forschung sowie zwischen universitären und nicht universitären Forschungseinrichtungen soll gestärkt werden, um optimale **interdisziplinäre Lösungen** zu kreieren.

3. Steueranreize setzen

Spitzenmedizin agiert in Österreich.

1. Um den Standort Österreich für Unternehmen interessant zu gestalten, müssen gezielte Steuerförder-

modelle etabliert werden, sodass eine Ansiedelung im Land unterstützt wird: Je attraktiver die steuerlichen und finanziellen Rahmenbedingungen sind, desto eher siedeln sich neue Unternehmen an bzw. werden Start-ups gegründet. **Neugründungen und Spin-offs** sind als perspektivische Zukunftsunternehmen zu fördern — mit der Zielsetzung, dass Produktionen in Österreich stattfinden.

2. Die Darstellung von **Wertschöpfungsketten** ist essenziell, um Leistungsfähigkeiten abzubilden und zu verdeutlichen, dass es sich lohnt, in Österreich zu investieren.
3. **Öffentlich-private Partnerschaften (PPP)** sollten gestärkt werden, damit die Umsetzung von der Grundlagenforschung in die angewandte Forschung zügiger geschehen kann.

Mensch im Mittelpunkt

Österreich ist in einigen Bereichen der medizinischen Wissenschaften, z. B. der Neurowissenschaften, der Rheumatologie oder der Brustkrebsforschung, in der internationalen Forscher-Community führend beteiligt. In diesem Sinne sollten dieses Know-how sowie der Status der österreichischen Wissenschaft in der Forschungscommunity von der Politik als wichtige Ressource anerkannt und gefördert werden. Dieses Potenzial gilt es zu nutzen, um Österreich als Anziehungspunkt für Expertinnen und Experten und Studierende zu positionieren.

Innerhalb der EU liegt Österreich mit einer Forschungsquote für 2017 — dem aktuellsten Jahr, für das für alle Mitgliedsstaaten Daten zur Verfügung stehen — mit einer Forschungsquote von 3,16 Prozent hinter Schweden auf Rang zwei.[1] Aufholbedarf zeigt sich jedoch im Bereich der Forschungsförderung, die seitens des Bundes und der Länder höher ausfallen könnte.

Eine krisenunabhängige Versorgung braucht einen barrierefreien, transparenten und patientenorientierten Zugang zu innovativen Therapien für alle. Derzeit gibt es noch keine Ausgewogenheit zwischen Investitionen und dem Zugang für Patientinnen und Patienten. Eine kurze Zeitspanne zwischen medizinischer Innovation und Zulassung eines Arzneimittels kann für lebensbedrohlich Erkrankte lebensrettend sein. Deshalb ist die Beschleunigung von Zulassungsverfahren innerhalb der EU eine wesentliche Richtungsentscheidung. Die Einbindung der Europäische Arzneimittelagentur (EMA) in die Phase III von klinischen Studien spielt dabei eine wesentliche Rolle.

Chancen der Digitalisierung

Jene digitalen Angebote, die durch den Trigger Corona einen Aufwärtstrend erfahren haben, müssen erhalten und forciert werden. Vom e-Rezept über Telepsychotherapie bis zur Telerehabilitation — die Möglichkeiten sind schier endlos und dürfen in ihren Potenzialen nicht mehr in den Hintergrund gedrängt werden.

Um international kompetitiv zu bleiben, muss auch das Thema Datennutzung einer kritischen Prüfung unterzogen werden, da hier im Vergleich zu anderen Regionen noch Hemmschwellen vorhanden sind, die das essenzielle Zusammentragen von Daten behindern und damit die klinische Forschung bremsen. Für einen starken Wirtschafts- und Forschungsstandort ist es essenziell, im Bereich Innovation und Digitalisierung langfristig mithalten zu können, um so die Resilienz des Landes zu erhöhen.

ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 6.2. auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Standortpolitik

1 Statistik Austria

6.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissensposition der Arbeiterkammer Wien (AK) und des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB)

Es werden Maßnahmen vorgeschlagen, die vorwiegend darauf abzielen, attrahierend auf Unternehmen und Wissenschafterinnen und Wissenschafter zu wirken — zum Teil sogar weitgehend ohne Bezug zum Gesundheitssystem. Nach Ansicht der AK und des ÖGB sollte auch im Kapitel Standortpolitik im Mittelpunkt das Ziel eines qualitativ hochwertigen, für alle gleich zugänglichen Gesundheitssystems stehen. Gesündere bzw. schneller genesende Beschäftigte und Menschen wären wohl der nachhaltigste positive Wohlfahrtseffekt für den Standort. Natürlich bietet sich als sekundäres Ziel auch an, weitere wirtschaftliche Potenziale (Wertschöpfung, Beschäftigung, Know-how) aus diesen öffentlichen und privaten Ausgaben zu heben. Unsere Vorschläge des Inputpapiers wurden aus einer solchen Perspektive entwickelt. Die Details dazu (z. B. Sicherstellung von attraktiven Arbeitsplätzen oder Ausweitung der Investitionen im Gesundheits- und Vorsorgebereich unter innovativer und rechtlich abgesicherter Einbindung regionaler Anbieter) finden sich im Expertise Summary zu diesem Themenkreises.

Zu den PPP-Modellen siehe Dissens im Themenkreis Systemstruktur. Zum Thema Datenschutz siehe Dissens im Themenkreis Digitalisierung.

07. Gesundheitsberufe

»Silos aufbrechen, Rechte stärken«

Österreich hat bestens ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitsbereich. In vielen Fällen werden sie aber nicht ihrer Qualifikation entsprechend eingesetzt, weil die Berufsrechte zu eng gefasst sind oder auch Doppelgleisigkeiten bestehen. Aufgrund des demografischen Wandels, vor allem der noch immer steigenden Alterung der Gesellschaft, müssen die Berufsrechte neu definiert werden. Darüber hinaus muss die Frage diskutiert werden, welche Anforderungen zukünftig an Gesundheitsberufe gestellt werden und ob sich die Ausbildungsstrukturen [1] noch am Puls der Zeit bewegen. Zum einen ist das Thema Pflegebedürftigkeit eine große Herausforderung, die ohne Neuordnung der Kompetenzen nicht zu bewältigen sein wird. Zum anderen sind Personenkreise mit Lifestyle-Beschwerden und altersbedingten oder berufsbedingten Einschränkungen des Bewegungsapparats im Steigen. Auch chronische Erkrankungen oder Herz-Kreislauf-Beschwerden nehmen zu, die Zahl der Krebsinzidenz steigt und die Diagnosetechnologien Seltener Erkrankungen werden sensibler. Gesundheitsberufe von morgen müssen sich daher selbst fit für die Zukunft machen: Klar definierte Personalschlüssel sowie eine starke Vernetzung der Gesundheitsberufe untereinander werden künftig Voraussetzung sein, um auf gesellschaftliche Veränderungen optimal reagieren zu können.

7.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um die Landschaft der Gesundheitsberufe in Österreich attraktiv zu halten, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen** als Sofortmaßnahmen.

1. Kompetenzen bündeln

Berufsständische Silos müssen aufgebrochen werden.

1. Gesundheitsberufe müssen sich verstärkt als Teil des Gesamtversorgungsprozesses verstehen, um beste Leistungen im Sinne der Patientinnen und Patienten zu erbringen. Berufliche Kompetenzen sind daher mit dem Ziel der Optimierung der Patientenversorgung verstärkt zu bündeln.
2. **Primärversorgung (Primary Health Care):** Initiativen müssen intensiver ausgerollt und gefördert werden. In diesem Zusammenspiel sollen **alle relevanten Gesundheitsberufe als Team,** wie z. B. Apothekerinnen und Apotheker, Therapeutinnen und Therapeuten sowie die Pflege in Absprache mit der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt und der Hausärztin oder dem Hausarzt, als essenzielle Bereiche der Primary Health Care implementiert werden.
3. Digitale Möglichkeiten sollen an der Schnittstelle von menschlicher und Künstlicher Intelligenz verstärkt eingesetzt werden, um Überlastungen entgegenzuwirken. Diese Entwicklungen gilt es schon im Zuge der Ausbildungscurricula einzubetten.
4. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt ein **gemeinsames Basisjahr für Gesundheitsberufe** mit anschließender Spezialisierung. Dieses gemeinsame Jahr soll im sekundären und tertiären Bereich gegenseitiges Verständnis für andere Berufsgruppen erhöhen und einer größeren Bereitschaft für Interdisziplinarität zuträglich sein.
5. Training on the Job: **Wechselseitige Praktika** in verwandten Berufen sollen verpflichtend etabliert werden.
6. Ein Fach für Patientenkommunikation muss in den Ausbildungscurricula als obligatorischer Bestandteil etabliert werden, um besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen zu können.

2. Enormer Arbeitsbelastung gegensteuern

Personalmangel führt zu Versorgungsnot und kostspieliger Überlastung.

1. Personalschlüssel müssen definiert, Veröffentlichungspflichten etabliert werden. Dafür braucht es eine klare, gesetzlich verbindliche und österreichweite Vorgabe zur Berechnung des Personalbedarfs. Ziel muss die Vereinheitlichung der derzeit unterschiedlichen bzw. fehlenden Schlüssel in den Bundesländern sein (PRAEVENIRE geht prinzipiell von einem **Mehrbedarf an Pflegepersonal von 20 Prozent** aus).
2. Die Tätigkeit von Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern sowie Amtsärztinnen und Amtsärzten muss vor allem stärker auf präventive Maß-

nahmen ausgerichtet, der Nachwuchs dementsprechend qualifiziert ausgebildet werden. In diesem Zusammenspiel müssen auch digitale betriebsärztliche Möglichkeiten implementiert werden. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt entsprechende Anreize und Rahmenbedingungen, damit **Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner** von betrieblicher Seite sowie auch Schulärztinnen und Schulärzte von pädagogischen Einrichtungen unterstützt werden, **Impfungen** durchzuführen. Mit diesen Ansätzen können Präventionsagenden vorangetrieben werden. [2]

3. Der bevorstehenden Pensionswelle von Medizinerinnen und Medizinern muss dringend gegengesteuert werden. PRAEVENIRE warnt vor einem dramatischen Mangel an spezialisierten Onkologinnen und Onkologen, da die Prävalenz an Krebs erkrankter Menschen bis 2030 um voraussichtlich 40 bis 50 Prozent steigen wird. [3] Eine Spezialisierung auf Basis einer Aus- und Fortbildungsinitiative ist essenziell.
4. Administrative Tätigkeiten sollen an speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übertragen werden, um Ärztinnen und Ärzte zu entlasten.
5. Ein **früherer Ausbildungsstart** für Gesundheits- und Pflegeberufe soll schon ab Ende der Pflichtschule auf Basis eines Vorbereitungsjahres ermöglicht werden. [4] Zudem ist ein **Erlass der FH-Studiengebühren für Gesundheitsberufe** erstrebenswert.
6. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 spricht sich darüber hinaus für die **sofortige Etablierung der Fachärztin bzw. des Facharztes für Allgemeinmedizin** aus.

3. Neue berufsrechtliche Regeln definieren

Veränderung bedingt Wachstum.

1. Das Berufsrecht ist an heutige Anforderungen in der Versorgung in Abstimmung zwischen Ärztinnen, Ärzten und Pflegepersonal anzupassen und muss sich stets an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren.
2. Es bedarf eines **verpflichtenden Katalogs an Leistungen**, die im niedergelassenen Bereich verbindlich zu erbringen sind, um nicht notwendige Weiterüberweisungen an Krankenhäuser zu vermeiden. [5]
3. Forderung attraktiverer Verträge: Die **Splittung von Kassenverträgen** soll ermöglicht werden, um so eine höhere Flexibilität für Ärztinnen und Ärzte zu gewährleisten: KV für Allgemeinmedizin, KV für Fachärztinnen und Fachärzte, KV für medizinisch-technische Berufe. [6]
4. Für Ärztinnen und Ärzte sollen (beispielsweise im Zuge der Eröffnung einer Landpraxis) eine Mindesthonorierung bzw. ein Fixum von mindestens 5.000 Euro netto mit Steuerbegünstigungen befristet auf zwei Jahre und begünstigte Start-up-Kredite sichergestellt werden. [7]
5. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt die Erweiterung des Gesundheitsberuferegisters in Bezug auf Sanitäterinnen und Sanitäter.

Mensch im Mittelpunkt

Die Patientinnen und Patienten müssen anstelle von standespolitischen Wünschen im Zentrum der Versorgung stehen. Bei all den Herausforderungen, die der demografische und technologische Wandel in Bezug auf die Gesundheitsberufe mit sich bringt, gilt es, Änderungen im Sinne der Patientinnen und Patienten stets menschlich und feinfühlig umzusetzen. Internationale Vergleiche zeigen, dass Primärversorgungseinheiten und Primary Health Care sowie der Zusammenschluss von Fachärztinnen und Fachärzten in Gemeinschaftspraxen meist jene Versorgungsqualität bieten können, die derzeit in den für das Gesundheitssystem teureren Spitalsambulanzen gesucht wird. Auch in puncto Arbeitsmedizin lohnt sich der Blick ins Ausland: In Deutschland hat die Arbeitsmedizin mit dem Präventionsgesetz eine deutliche Aufwertung erfahren und soll im Bereich der Prävention Vorbildcharakter erhalten. Für die Versicherten gilt in jedem Fall sicherzustellen, dass diese ein klar strukturiertes, barrierefreies Versorgungsfeld vorfinden.

Chancen der Digitalisierung

Die notwendigen Vernetzungen, die PRAEVENIRE fordert, zeigen sich auch im Umfeld der Digitalisierung an den Schnittstellen von menschlicher und Künstlicher Intelligenz. Schon in den Ausbildungscur-

ricula der Gesundheitsberufe müssen die rasanten digitalen Entwicklungen implementiert werden, um die Ausbildungen zukunftsfit zu halten. Die Schulung digitaler Anwendungen und telemedizinischer Lösungen muss zum selbstverständlichen Kernelement der Curricula werden.

Auch der Nutzenaspekt von Gesundheits-Apps muss verstärkt berücksichtigt werden. So ist es beispielsweise möglich geworden, dass Patientinnen und Patienten ihre digitale Blutzuckerkurve abrufen können. Auf Basis dieser Werte wird auf medizinischer Seite optimal analysiert, ob die Arzneimittel weiter abgegeben werden oder ob eine Adaptierung der Therapie erforderlich ist. Auch hier gilt es, das Portfolio an Möglichkeiten schon in den Ausbildungscurricula zu thematisieren sowie gesetzliche und datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen anzupassen. Letztendlich muss die Vernetzung des Datenflusses in Bezug auf ganzheitliche Betreuung von Patientinnen und Patienten zwischen den einzelnen Versorgungsstufen gewährleistet sein.

[1]–[7] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » *siehe 7.2. auf der folgenden Seite*

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Gesundheitsberufe

7.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissenspositionen der Ärztekammer für Wien

Kompetenzbündelung: Die Kompetenzbündelung der Gesundheitsberufe darf keinesfalls aus ökonomischen Gründen zu einer Qualitätsminderung der Versorgung führen.
Primärversorgung: Zentral in der Primärversorgung sind Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, klinische Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter und MTD-Berufe, daneben auch die Apothekerinnen und Apotheker in ihrer Rolle als Arzneimittelversorger.
Gemeinsames Basisjahr: Abgesehen von der Finanzierung sollte die bereits sehr lange Ausbildung der Gesundheitsberufe nicht dadurch unnötig verlängert werden.
Pensionierungswelle [3]: Die Pensionierungswelle betrifft nicht nur Onkologinnen und Onkologen, sondern de facto alle Fachärztegruppen sowie besonders Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin.
Mindesthonorierung von Ärztinnen und Ärzten [7]: Allgemein ist die Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen, damit auch weniger attraktive Gegenden (z. B. Landarztpraxen, „Brennpunkte" in Städten etc.) eine gute medizinische Versorgung durch motivierte Ärztinnen und Ärzte bekommen, ganz essenziell. Diese Rahmenbedingungen betreffen auch — aber nicht nur — eine marktkonforme Honorierung.
Verpflichtende Leistungskataloge [5]: Es bedarf einer umfassenden und kostendeckenden Honorierung von umfassenden und verpflichtend zu erbringenden Leistungen im niedergelassenen Bereich. Dafür sind verpflichtende Leistungskataloge zwischen Bund, Ländern, Sozialversicherung und Ärztekammer zu vereinbaren.
Splitting Kassenverträge [6]: Das Splittung der Vertragsverhandlungen auf einzelne Ärztegruppen wird als patientenfeindlich abgelehnt, da die für die Patientin und den Patienten zwingend notwendige interdisziplinäre Gesamtversorgung eines Bundeslandes auf Sachleistung wesentlich erschwert wird, die Sozialversicherung von individuellen Ärzteinteressen abhängig macht und der Ärztekammer der Interessenausgleich zwischen Ärztegruppen verunmöglicht wird.

Dissensposition der Arbeiterkammer Wien (AK) und des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB)

[1] *Zur Einleitung:* Damit ausreichend qualifizierte Personen aus den Gesundheitsberufen im Gesundheits- und Langzeitpflegesystem langfristig sichergestellt werden können, braucht es attraktive Ausbildungen und gute Arbeitsbedingungen.

Die AK Wien und der ÖGB ergänzen daher:

Aus- und Weiterbildung müssen kostenfrei sein, die Durchlässigkeit der Ausbildungen ist für Berufskarrieren zentral. Ausreichende zeitliche und fachliche Ressourcen sind für die praktische Ausbildungsbegleitung erforderlich, ebenso wie die Bezahlung von Praktika. Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger sind auf die Deckung ihres tatsächlichen Lebensunterhalts während der Ausbildung angewiesen.

Gute Arbeitsbedingungen sind vom angemessenen Personaleinsatz abhängig. Dafür ist die Entwicklung eines transparenten, verbindlichen Personalbemessungsmodells erforderlich, mit dem der Personalstand und der konkrete Personaleinsatz entsprechend den Aufgaben und dem individuellen Versorgungsbedarf der unterstützten Menschen ermittelt werden. Digitalisierung muss zur Entlastung und zu besserer Kooperation beitragen.

[3] *Zu 2.3:* Nicht nur Onkologinnen und Onkologen gehen in Pension, auch in anderen Bereichen könnten Engpässe entstehen.

[4] *Zu 2.5:* Dieses Modell darf nicht zu einer Pflegelehre über „die Hintertüre" werden. Ein ordentliches Schulmodell mit Ausbildung (BHS) wäre viel sinnvoller und würde auch die Durchlässigkeit erhöhen (Zugang zur FH usw.).

[5] *Zu 3.2:* Ein verpflichtender Katalog an Leistungen klingt gut, birgt aber auch Risiken: Wenn er auf Verhandlungsbasis beruht, haben einige Vertragspartner bald kein Interesse mehr, den Katalog weiterzuentwickeln, um den eigenen Interessen Rechnung zu tragen. Wenn er gesetzlich oder per Verordnung festgelegt wird, braucht man jedes Mal Gesetzgeber oder das Ministerium, um ihn zu aktualisieren.

Ergänzungen des Österreichischen Apothekerverbandes

Die öffentliche Apotheke spielt im Gesundheitssystem die Rolle einer niederschwelligen Erstanlaufstelle und muss als solche auch formell etabliert werden. Mit rund 1.400 Standorten sind die Apotheken dort, wo die Menschen sie brauchen – in Städten genauso wie in kleinen Gemeinden, über das gesamte Bundesgebiet verteilt. Die Bevölkerung bekommt in der Apotheke Beratung zu gesundheitlichen Fragen und wird von Arzneimittelexpertinnen und -experten mit Medikamenten versorgt. Mit ihrer Beratungstätigkeit verhindern die Apotheken viele nicht notwendige Inanspruchnahmen von Ambulanzen oder Arztordinationen – bei rund 400.000 Kundenkontakten pro Tag in den heimischen Apotheken suchen ca. 30 Prozent der Besucherinnen und Besucher Hilfe wegen „banaler Erkrankungen". Ihnen wird vor Ort geholfen, wodurch das Gesundheitssystem massiv entlastet wird (laut einer Studie bedeutet ein Euro Privatzahlung eine Einsparung von fünf Euro im Gesundheitssystem). Zudem tragen die Apothekerinnen und Apotheker aktiv zu einer Verhinderung der Bagatellisierung ernster Erkrankungen bei, wenn sie ihre Kundinnen und Kunden auf die Ärztin bzw. den Arzt oder das Spital verweisen.

[2] *Zu 2.2:* Auch Apotheken sind als Ort für Impfungen aufzunehmen.

Dissens des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV)

[4] *Zu 2.5:* Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) spricht sich gegen ein Vorbereitungsjahr (für die Pflegelehre) ab Ende der Pflichtschule aus.

[6] *Zu 3.3:* Auch bestimmte Leistungen der Gesundheits- und Krankenpflege müssen direkt mit den Sozialversicherungen abrechenbar sein.

08. Ausbildung

»An neue Bedürfnisse anpassen und lebenslanges Lernen fördern«

Die Menge medizinischen Wissens verdoppelt sich alle fünf Jahre. Bis 2022 wird eine Verdoppelung pro Quartal erwartet. Vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, die Rahmenbedingungen in der Ausbildung entsprechend zu adaptieren, um vom Wissensfortschritt zu profitieren und nicht diesem hinterherzuhinken.
Um die beste solidarische Gesundheitsversorgung für die österreichische Bevölkerung sicherzustellen, muss die Ausbildung für Medizinerinnen und Mediziner und Gesundheitsdienstleister auf Topniveau gehalten und dementsprechend investiert werden.
Die Ausbildungslandschaft im Gesundheitssektor wird den schnelltaktigen gesellschaftlichen, technologischen und wissenschaftlichen Veränderungen nur dann standhalten können, wenn heute in jene Themen und Berufsbilder investiert wird, die die Welt der Gesundheit morgen braucht.

8.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen**.

1. Kommunikation auf Augenhöhe

Gesundwerden bedingt Vertrauen.

Sofortmaßnahmen

1. Kommunikative und soziale Kompetenzen sind für Health Care Professionals unerlässlich. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 fordert, dass **kommunikative Skills** schon von Beginn an in die Curricula implementiert werden.
2. **Telemedizinische Kommunikationskanäle** bedürfen besonderer kommunikativer Fähigkeiten, die schon im Zuge der Ausbildung einen definierten Schwerpunkt finden müssen.
3. Die Fokusverschiebung von der Reparaturmedizin zur Präventivmedizin muss im Zuge der Curricula priorisiert werden.
4. Eine Neuorientierung in Richtung Krankheitsvermeidung und Gesunderhaltung kann gelingen, wenn die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsberufe die Prinzipien der Self Care kennen und vermitteln können. Deshalb sind im Rahmen der Ausbildung inhaltliche Schwerpunkte zu setzen, die auch die Beratungskompetenz zum Thema Self Care und OTC von Apothekerinnen und Apothekern sowie Pharmazeutisch-kaufmännischen Assistentinnen und Assistenten (PKA) stärken.
5. Informationsgespräche leisten einen wesentlichen Beitrag zu Health Literacy, Eigenverantwortung und Prävention. Ärztinnen und Ärzte sowie in Gesundheitsberufen tätige Personen leisten mit ihrer Beratungstätigkeit einen wesentlichen Beitrag für gesundheitsökonomisch wegweisende Präventionsagenden. **Beratende Gespräche** sind daher als Leistungen anzuerkennen und entsprechend zu **honorieren**.

2. Ausbildungsoffensive starten

Gesundheit ist Teamarbeit.

Mittelfristige Maßnahmen

1. Interdisziplinäre Lehrinhalte wie z. B. Gesprächsführung und Patientenkommunikation sind allen Medizinerinnen und Medizinern und Gesundheitsberufen als interdisziplinäres (Wahl-)Fach anzubieten, damit Auszubildende gemeinsam diese Seminare, Workshops etc. besuchen können und für ihr jeweiliges Curriculum angerechnet bekommen. Damit wird das Verständnis für andere Berufsbilder gefördert, ein Netzwerken im späteren Berufsleben unterstützt und das Aufbrechen berufsständischen Fachdenkens begünstigt.
2. Eine stärkere vertikale Durchlässigkeit im System muss gegeben sein, sodass Personen in Assistenzberufen durch Qualifikationsmöglichkeiten **Aufstiegschancen** erhalten.
3. **Finanzielle Anreizsysteme** für Quer- bzw. Wiedereinsteigen müssen ermöglicht werden, um die Finanzierung und Lebenshaltungskosten während der Ausbildung zu gewährleisten. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 unterstützt insbesondere die Förderung jener Personen, die sich im Hinblick auf eine Pflegelehre 2021 umschulen lassen wollen.
4. Die Akademisierung von nicht ärztlichen Gesundheitsberufen ist erstrebenswert, um eine State-

of-the-Art-Versorgung sowie fachliche, evidenzbasierte Perspektiven in die Praxis einfließen lassen zu können, von der die Patientinnen und Patienten letztendlich profitieren.

5. Die Etablierung von **Selbsterhalter-Stipendien** über das 35. Lebensjahr hinweg sowie ein massiver Ausbau von Fachkräftestipendien müssen zeitnah realisiert werden. Darüber hinaus spricht sich die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 für die Abschaffung von Studiengebühren für FH-Studiengänge der Gesundheitsberufe aus.
6. Ausbildungsplätze für nicht ärztliche Gesundheitsberufe müssen ausgebaut werden. Insbesondere im Bereich der **Hebammen-Ausbildung** zeigt sich dringender Handlungsbedarf.

3. Relaunch der ärztlichen Ausbildung

Medizin der Zukunft am Puls der Zeit.

Mittelfristige Maßnahmen

1. Im Aufnahmeprozess zum Medizinstudium müssen **soziale Komponenten** einen höheren Stellenwert erfahren, um in der ärztlichen Praxis im Sinne einer Zuwendungsmedizin besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen zu können. Darüber hinaus soll ein verstärkter Fokus auf **Management-Kompetenzen** gesetzt werden, sodass der erfolgreiche Aufbau und Betrieb einer Ordination von Beginn an sichergestellt sind.
2. Postpromotionelle Ausbildungen sollten für die Fachärztin und den Facharzt und die Allgemeinmedizinerin und den Allgemeinmediziner mit einer verpflichtenden neunmonatigen Basisausbildung beginnen. Ziel ist es, klinische Basiskompetenzen zu erhalten und eine fachgerechte Behandlung in Notsituationen zu erlernen. Im Zuge dessen ist es notwendig, den bestehenden Lehrplan um aktive Lernformen wie Visiten, Bedside Teachings und Ambulanztätigkeiten zu ergänzen.
3. Während der universitären Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin oder zum Allgemeinmediziner sollten „kleinere Facharztfächer" wie Dermatologie oder Augenheilkunde verpflichtend Teil des Curriculums sein und nicht als „bloße" Wahlfächer ausgelassen werden können. Das Modell der Lehrpraxis sollte auf zwei Jahre ausgedehnt werden. Durch eine solche Verlängerung der Ausbildungszeit auf sechs Jahre würde sie gleich lang wie die Facharztausbildung sein und der Beruf somit zu einer „Fachärztin bzw. einem Facharzt der Allgemeinmedizin" aufgewertet.
4. Unterstützt werden muss das praktische Kennenlernen der Idee der **Primary Health Care (PHC)**, denn die multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Primärversorgung bringt spezielle Herausforderungen (Arbeitsablauf, Führungskompetenz, Recht, Betriebswirtschaft …) mit sich.
5. Praktika sollen auf mindestens zwei Monate ausgeweitet sowie an **den MedUnis implementiert werden**.
6. **Wechselseitige Praktika** („Training on the Job") sollen verstärkt in die Ausbildung integriert werden.

Mensch im Mittelpunkt

Wer patientenorientiert denkt, bemüht sich im Diagnose-, Beratungs- und Therapiegespräch um eine verständliche und wertschätzende Kommunikation. Gesundheitsberufe, Health Care Professionals (HCP), sollen daher schon im Zuge ihrer Ausbildung dahingehend sensibilisiert werden, dass kommunikative und soziale Kompetenzen in der Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten unerlässlich sind: Aus Gesprächen auf Augenhöhe resultiert das für den gesundheitlichen Fortschritt so wichtige Vertrauen der Patientin und des Patienten in die Expertin bzw. den Experten.

Der Behandlungsfokus muss sich in Richtung Stärkenorientierung bewegen: Vor dem Hintergrund der älter werdenden Bevölkerung wird die medizinische Zukunft zwar stark von Hightech, Wissenschaft und Innovationen geprägt sein, der Schwerpunkt wird begleitend dazu jedoch stark auf Zuwendungsmedizin gesetzt werden müssen.

Chancen der Digitalisierung

Kommunikative Kompetenzen müssen insbesondere auch im Hinblick auf den zukünftig verstärkten Einsatz telemedizinischer Kommunikationswege erworben werden. Gerade dann, wenn der physische Kontakt

entfällt, wird es umso wichtiger, den Patientinnen und Patienten auf eine verständliche und wertschätzende Art zu begegnen. Daher ist bereits in der Ausbildung sowie in Weiterbildungsprogrammen ein Schwerpunkt auf Kommunikationskompetenz zu setzen. Vorteile der Digitalisierung zeigen sich insbesondere im Bereich des integrierten Lernens (Blended Learning), also in der Kombination aus Präsenzveranstaltungen und e-Learning. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen kann die Ausbildung und Versorgung optimieren, soll den persönlichen Kontakt zu Patientinnen und Patienten jedoch nicht ersetzen.

ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 8.2. auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Ausbildung

ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN

IGEPHA The Austrian Self Care Association

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

8.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DES KOOPERATIONSPARTNERS

Dissenspositionen der Ärztekammer für Wien

Akademisierung der Gesundheitsberufe: Die ungezielte Akademisierung der Gesundheitsberufe wird kritisch gesehen, da dies bis dato dazu führt, dass die akademisierten Gesundheitsberufe viele für die Patientin und den Patienten notwendige Leistungen nicht mehr als ihr Aufgabengebiet sehen. Dieser Trend darf durch die Akademisierung keinesfalls gestärkt werden.

Fachärztin und Facharzt für Allgemeinmedizin: Die Ausbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Allgemeinmedizin ist keine universitäre, sondern eine postpromotionelle. Die Ausdehnung der Lehrpraxis auf zwei Jahre wird von der Ärztekammer absolut begrüßt, jedoch ist damit unabdingbar ein attraktives, finanziertes Modell der Lehrpraxisfinanzierung durch Bund, Länder, Sozialversicherung für die Ärzteschaft verbunden.

Modellen, die eine Weiteranstellung im Spital mit Dienstzuteilung ins Spital erlauben, wie in Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Vorarlberg, Burgenland und Kärnten, ist hierbei der Vorzug zu geben.

09. Gesundheitskompetenz

»Verpflichtendes Angebot ab dem Kindergarten«

Internationale Vergleiche zeigen, dass eine Steigerung der individuellen Gesundheitskompetenz zu mehr gesunden Lebensjahren führt und das Gesundheitssystem damit gesamtwirtschaftlich entlastet wird. Wer über ausreichend Gesundheitswissen verfügt, kann für sich und seine Familie die besten Gesundheitsentscheidungen auch eigenverantwortlich im Sinne von Self Care treffen. In Österreich ist die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im EU-Vergleich nur wenig ausgeprägt — einerseits bei Erwachsenen, insbesondere aber auch bei Kindern und Jugendlichen: Im Zuge der ersten von der Europäischen Kommission geförderten vergleichenden Studie der Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Studie) schnitt Österreich stark unterdurchschnittlich ab. Basierend auf den Ergebnissen der HLS-EU-Erhebung wurde in Österreich das Rahmen-Gesundheitsziel „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken" als ein höchst priorisiertes Ziel definiert. Auf europäischer Ebene bekräftigt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Bedeutung von Gesundheitskompetenz als wesentlichen Ansatzpunkt für die zukünftige Gesundheitspolitik. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 sieht es als zentrale gesellschaftspolitische Zukunftsaufgabe Österreichs, den Wandel von der Reparaturmedizin hin zur Vorsorgemedizin massiv voranzutreiben und das Gesundheitssystem durch Ankurbelung von Gesundheitskompetenz zu entlasten.

9.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Die gesundheitspolitische Steuerung von Health Literacy ist auf allen Ebenen einzubringen — von der Elementarpädagogik über die Arbeitswelt bis ins Pensionsalter. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen**.

1. Gesundheitskompetenz der Kinder und Jugendlichen stärken

Psychosoziale Themen müssen vermehrt thematisiert werden.

Mittelfristige Maßnahmen

1. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 fordert die Etablierung des **Unterrichtsfaches „Gesundheitskompetenz"**. Dieses soll breit gefasst sein und Themen wie Ernährung, Bewegung, Hygiene, Erste Hilfe, Wundversorgung, den Schutz vor Infektionskrankheiten, die Wirkungsweise von Impfungen, sowie Wissensvermittlung zum Thema Self Care beinhalten. Bereits im Kindergarten und in der Volksschule sollten Themen vom gesunden Apfel, der Zahnhygiene bis hin zur Sexualaufklärung verankert werden. Deshalb müssen Kompetenzen des Bildungs- bzw. Ausbildungswesens — primär, sekundär und tertiär — institutionell und systematisch gestärkt werden.
2. Gesundheitskompetenz für Kinder startet bei den werdenden Eltern. Diese müssen im Zusammenspiel mit Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit und **finanziellen Anreizsystemen** dahingehend informiert und motiviert werden, gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen für ihr Kind zu beanspruchen. [1]
3. Wissen um Primärprävention muss in weiterer Folge im Zuge der Elementarpädagogik massiv ausgebaut werden, um schon in jungen Jahren den nötigen Grundstein für ein gesundheitsbewusstes Leben zu legen. Bei Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen müssen die Themen **Schutz vor Infektionskrankheiten, Hygiene, Ernährung und Bewegung** schon im Ausbildungscurriculum verankert werden, sodass diese bestmöglich an die Kinder weitergetragen werden können.
4. Gesundheitswissen muss in **sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen** stark gefördert werden, um gesundheitliche Fairness zu erreichen.
5. Die Zahlen zum Thema „Rauchen und Alkoholkonsum im Jugendalter" sind trotz vielversprechender Initiativen nach wie vor alarmierend. Gesundheitsthemen wie diese müssen in den Schulen verstärkt Eingang in die Lehrpläne finden.
   Darüber hinaus sollen Jugendliche über Lebensstilerkrankungen, Infektionskrankheiten, Hygienemaßnahmen, chronische Erkrankungen wie Diabetes sowie über psychische Erkrankungen aufgeklärt werden. Zum Vergleich: In den Grundschulen wird Verkehrserziehung angeboten, allerdings keine Bewusstseinsbildung zur psychischen Gesundheit während der gesamten Schulzeit.

2. Bestehende Systemstrukturen aktiv nutzen

Incentivierung gesundheitsfördernder Maßnahmen.

Sofortmaßnahmen

1. Systemstrukturen wie Kindergärten, Schulen, Betriebe, Seniorenwohnheime etc. bieten die idealen Voraussetzungen für die lebenslange Vermittlung von Health Literacy und sollen für die Vermittlung von basaler Gesundheitskompetenz und Wissensvermittlung zu Self Care aktiv genutzt werden.
2. Stärkung und Aufwertung der Hygieneteams in den Krankenhäusern, um zielgerichtete und effektive Maßnahmen zur Bekämpfung gesundheitssystemassoziierter Infektionen nachhaltig und durchgängig umsetzen zu können. Die Bereiche Krankenhaushygiene, Infektionsprävention und „Antibiotic Stewardship" müssen spürbar aufgewertet werden.
3. Jedes Jahr sterben 5.000 Menschen aufgrund gesundheitssystemassoziierter Infektionen, das sind zwölfmal so viele, wie im Straßenverkehr ums Leben kommen. Trotz aller Fortschritte in der Chirurgie sind postoperative Wundinfektionen immer noch ernstzunehmende Komplikationen. Diese sind einerseits durch optimierte Hygienemaßnahmen vermeidbar, andererseits durch verstärkte präoperative Patientendekolonisation, die eine für Patientinnen und Patienten leicht verständliche und einfach umzusetzende Maßnahme ist. [2]
4. Beipacktexte müssen per 31. Dezember 2020 barrierefrei sein. In diesem Sinne soll der Text in einfacher, verständlicher Sprache und übersichtlich sein, sodass das Wesentliche für alle Betroffenen leicht erfasst werden kann.
5. **Beratungsleistungen** kosten Zeit und sind entsprechend in den Leistungskatalogen von Ärztinnen und Ärzten und Gesundheitsberufen abzubilden. Leistungen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz müssen **honoriert** werden.
6. Das Thema Medienkompetenz geht mit dem Thema Gesundheitskompetenz Hand in Hand: Nur wer in der Lage ist, Fake News von objektiver Medienberichterstattung zu unterscheiden, hat auch die Möglichkeit, die relevanten und richtigen Inhalte für sich zu recherchieren und so die richtigen Entscheidungen zu treffen.

3. Gesundheitskompetenz in Unternehmen

Unternehmen tragen Verantwortung.

1. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 fordert den **Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung**. Dabei müssen psychische Gesundheitsthemen den gleichen Stellenwert erlangen wie physische Thematiken. Beispielsweise ist die Burnout-Prävention aus einer ganzheitlichen Perspektive zu betrachten.
2. **Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner** müssen ihren Kompetenzen entsprechend in einem breiteren Tätigkeitsfeld eingesetzt werden dürfen. Für Unternehmen sind Rahmenbedingungen und Anreize zu schaffen, die dazu motivieren, **Impfungen** in Betrieben durchzuführen, um in Folge Präventionsagenden voranzutreiben.
3. Gesundheitskompetenz muss **zu definierten, gesundheitssystemrelevanten Themen** wie Antibiotikaresistenz, Wundinfektion usw. in Lebensbereichen wie dem Arbeitsplatz oder in der Ausbildung verstärkt eingebunden werden.
4. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 fordert darüber hinaus ein flächendeckendes **Krankenstandsmonitoring** mit Betriebsberatung seitens der österreichischen Gesundheitskasse bzw. der AUVA und finanzielle Förderung des Umstiegs von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, z. B. nach Unfällen und Rehabilitation, auf leichtere bzw. andere Tätigkeiten im Unternehmen.

Mensch im Mittelpunkt

Erfolgreiche Gesundheitskompetenz beruht auf positiv gestalteter Kommunikation: Es ist daher zentral, verstärkt positive Botschaften zu transportieren, anstatt mit Angst zu arbeiten. Ein Vergleich zwischen Schweden und Österreich zeigt, dass in skandinavischen Ländern verstärkt freudvolle, optimistische Formulierungen verwendet werden, um die Vorteile eines gesunden Lebensstils in den Fokus der Wahrnehmung zu stellen. Darüber hinaus braucht es eine öffentliche Sensibilisierung für die Potenziale der Self Care, das dem Trend in Richtung eines individuellen Gesundheitsmanagements in der Bevölkerung entgegenkommt. Es empfiehlt sich, die Botschaften zielgruppenspezifisch, niederschwellig und in Einbe-

ziehung der Gesundheitsberufe (Health Care Professionals) als auch der Sozialberufe aufzubereiten. Dafür soll prinzipiell vermittelt werden, dass die Entscheidung für ein gesundheitsbewusstes Leben die bessere und einfachere Entscheidung ist. [3]

Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 spricht sich klar dafür aus, die Stimme der Patientinnen und Patienten zukünftig stärker in gesundheitsrelevante Entscheidungsgremien zu involvieren, die über eine Ombudsfunktion hinausgehend auch stimmrechtlich zählt.

Chancen der Digitalisierung

Die europäische Kommission betrachtet digitale Gesundheitskompetenz im Zusammenspiel mit Eigenverantwortung der Patientinnen bzw. Patienten und e-Health als einen Entwicklungsschwerpunkt in der EU-Gesundheitsstrategie. So legt auch die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 einen Fokus auf die immensen Möglichkeiten, die mobile Anwendungen zur Steigerung einer gesunden Lebensführung mit sich bringen. Alle Kommunikationskanäle müssen verstärkt genutzt werden, um relevante Botschaften zielgruppengerecht zu positionieren.

E-Medikation trägt dazu bei, die Wechselwirkungen der Polypharmazie zu verringern, jedoch braucht es dafür viel Engagement der Ärzte- und Apothekerschaft, eine flächendeckende Verwendung sowie die Honorierung der Leistungen durch die Sozialversicherungen. Digitalisierung kann auch helfen, Medikamente richtig einzunehmen und damit Adhärenz-Problemen entgegenzuwirken. Als Adhärenz bezeichnet man das Maß, in dem das Verhalten von Patientinnen und Patienten mit dem Therapieziel übereinstimmt. Bei dieser personalisierten Form der Digitalisierung ist es essenziell, die Menschen auf ihrem Bildungsstand, dem technischen Niveau und unter Berücksichtigung ihrer körperlichen Einschränkungen abzuholen, um sie nicht zu überfordern.

Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt die Entwicklung einer österreichischen Gesundheitsanwendung, in der die e-Medikation (ELGA) sowie die Daten der Sozialversicherung für die relevanten Gesundheitsberufe einsehbar sind. Genauso soll ein elektronischer Impfpass implementiert werden, der an etwaige Auffrischungen erinnert. Auf Basis von Gamification, also spielerischen Zugängen zu Inhalten, können darüber hinaus Gesundheits-Check-Fragebögen eingebaut und Informationen zu verschiedensten Krankheitsbildern gegeben werden, um die Gesundheitskompetenz der Menschen zu stärken.

[1]–[3] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » *siehe 9.2. auf der folgenden Seite*

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Gesundheitskompetenz

9.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissenspositionen der Arbeiterkammer Wien (AK) und des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB)

[1] *Zu 1.2:* Die AK und der ÖGB stehen finanziellen Anreizsystemen zur Verhaltenssteuerung der Patientinnen und Patienten äußerst skeptisch gegenüber, weil sie in der Regel sozioökonomisch ohnehin benachteiligte Menschen weiter benachteiligen. Das Ziel ist oft Kostendämpfung und nicht Patientennutzen, es gibt kaum empirische Grundlagen für deren Wirksamkeit, dafür negative Selektionseffekte. Sie schaffen im Gesundheitssystem Gewinner und Verlierer und tragen damit zu einer Ökonomisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses bei. Wichtiger wäre es, kostenlose Unterstützungsangebote für werdende Eltern anzubieten, die beispielsweise im Rahmen von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen stattfinden, oder mehr Mittel für fachliche Hilfe, wie dies etwa bei den „Frühe Hilfen" stattfindet. Statt zusätzlichen ökonomischen Druck aufzubauen, sind gerade Menschen mit geringem Einkommen zu unterstützen, das Kinderbetreuungsgeld zu erhöhen, öffentliche Freizeit- und Sportangebote zu schaffen und gesunde Lebensmittel in Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen zur Verfügung zu stellen.

Zu Eigenverantwortung siehe Dissens im Kapitel Prävention und im Kapitel Digitalisierung.

[2] *Zu 2.3:* Bei der Honorierung von Leistungen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz ist auf sinnvolle Zielvereinbarung und entsprechendes Monitoring zu achten, um gute Ergebnisse im Sinne der Patientinnen und Patienten zu erzielen.

[3] *Zu Mensch im Mittelpunkt:* Nicht konsentiert seitens der AK Wien und des ÖGB ist folgender Punkt in „Mensch im Mittelpunkt": Unsere Leistungsgesellschaft bedingt bestimmte Verhaltensweisen. Es handelt sich dabei nicht immer um „Nicht-Wissen" oder eine bewusste Einzelentscheidung. Arbeits- und sonstige Lebensbedingungen führen bei vielen Menschen zu Zwangslagen. Nun so zu tun, als müsste ihnen das „gesundheitsbewusste Leben" bloß schmackhaft gemacht werden, ist eine Verleugnung vieler Lebensumstände.

10. Prävention

»Eigenverantwortung einfordern, früh beginnen« [1]

Die Lebenserwartung in Österreich ist im Vergleich der 37 OECD-Länder mittlerweile eine der höchsten. Die Zahl der gesunden Lebensjahre ist jedoch nicht befriedigend: Österreich liegt hier mit knapp 60 beschwerdefreien Jahren nur im internationalen Mittelfeld.
Um das österreichische Gesundheitssystem nachhaltig zu entlasten, muss das Thema Prävention verstärkt in gesundheitspolitische Agenden integriert werden. Ziel einer präventiv gestalteten Gesundheitslandschaft ist es, eine optimale Basis für mehr gesunde und selbstbestimmte Lebensjahre zu schaffen, um mehr Wohlbefinden für die gesamte Gesellschaft sowie für jeden Einzelnen — unabhängig vom sozialen Status — zu erreichen. Dem Leitbild der Weltgesundheitsorganisation (WHO) folgend — „make the healthy choice the easy choice" —, müssen Präventionsinitiativen in Form von Anreizsystemen verständlich, positiv, niederschwellig und vor allem attraktiv aufbereitet sein. Um gerechte und faire Chancen auf Prävention herzustellen, sieht die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 essenziellen Handlungsbedarf insbesondere im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements, das sich zukünftig auch den rund 318.700 Ein-Personen-Unternehmen (EPU) in Österreich widmen muss.

10.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu realisieren, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen**.

1. Betriebliches Gesundheitsmanagement massiv stärken

Neue Arbeitswelten brauchen adaptierte Rahmenbedingungen.

Sofortmaßnahmen

1. Durch betriebliche Gesundheitsförderung können Krankheitstage wesentlich reduziert werden. PRAEVENIRE fordert daher den Ausbau des **betrieblichen Gesundheitsmanagements** für alle Betriebe, insbesondere auch für **Einzelunternehmen**, die derzeit von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) nicht berücksichtigt werden. Ein Vorschlag zur Umsetzung ist z. B. ein Krankenstandsmonitoring und in einem zweiten Schritt zielgerichtete BGM-Basis-Checks. Im Zusammenspiel mit der Wirtschaftskammer Österreich (WKO) sollen gesundheitsfördernde Investitionen begünstigt werden, damit auch die Gruppe der EPU zukünftig verstärkt auf ihre wichtigste Ressource — die eigene Gesundheit — achten kann.
2. Bei Investitionen in strukturelle Präventionsmaßnahmen muss geprüft werden, ob diese Maßnahmen das gewünschte individuelle Gesundheitsverhalten nach sich ziehen: Präventive Anreizsysteme für Veränderungen in Richtung gesunder Lebensstil müssen auf Basis konkreter **Zielvereinbarungen** z. B. im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung ausgebaut werden, um zum gewünschten Lenkungseffekt zu kommen. [2] Das Erreichen definierter persönlicher Gesundheitsziele wie etwa zeitgerecht durchgeführte Impfungen kann in weiterer Folge zu Vergünstigungen der Versicherungsbeiträge führen. Die Sozialversicherung der Selbstständigen (SVS) geht hier mit Beispielen wie dem Gesundheitshunderter oder einer Senkung des Selbstbehalts nach Vorsorgeuntersuchungen positiv voran.
3. Die Auswirkungen von Corona haben neue **Telearbeitsmodelle** erforderlich gemacht, auf die es jetzt zu reagieren gilt, um zu verhindern, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch die Verschmelzung der privaten und beruflichen Welt im Homeoffice ausbrennen. Hier gilt es, arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen rasch zu adaptieren, um **burnoutfördernden Aspekten** wie der ständigen Erreichbarkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern **entgegenzuwirken**. [3]

Aus gesundheitspolitischer Sicht ist es wichtig, die eigentlichen Ursachen einer (berufsbedingten) Krankheit in alle Überlegungen zum Gesundheitssystem einfließen zu lassen, um mit gezielten Präventivmaßnahmen zeitgerecht entgegensteuern zu können.

2. Gesellschaftlichen Wert von Prävention steigern

Vorsorge quer durch alle Lebensphasen.

Sofortmaßnahmen

1. Ein verantwortungsvoller Umgang mit dem Thema Gesundheit startet beim noch ungeborenen Kind. Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen müssen dahingehend adaptiert werden, klare **Anreizsysteme für Eltern** zu schaffen. Wer sich aktiv um die Gesundheit seines Kindes kümmert, soll mehr Kinderbetreuungsgeld erhalten. [4] Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 fordert darüber hinaus, die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen bis zum 18. Lebensjahr auszuweiten.
2. Prävention braucht Chancengleichheit und muss für alle leistbar sein.
3. Medizinerinnen und Mediziner, Apothekerinnen und Apotheker sowie Gesundheitsberufe (Health Care Professionals) sollen für gesundheitsfördernde Beratungen bzw. Leistungen entsprechend honoriert werden. Schon im Zuge des Ausbildungskonzepts muss das Thema Prävention integriert werden — entweder im Zuge des Lehrplans oder als **verpflichtende Weiterbildung**.
4. Apotheken spielen eine wichtige Rolle als niederschwellige Anlauf- und Auskunftsstelle für die Beratung zur eigenständigen Behandlung geringfügiger Beschwerden mit verschreibungsfrei erhältlichen Arzneimitteln und Gesundheitsprodukten (OTC) sowie für die gesamte eigenverantwortliche Pflege der Gesundheit. Deshalb sollte das Potenzial der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten vollständig eingesetzt, ihr Fachwissen vermehrt genutzt und die Durchführung primärpräventiver Gesundheitsmaßnahmen über Pilotprojekte hinaus ermöglicht werden.
5. Ein bewegungszentrierter Lebensstil muss unterstützt werden. Im Zuge dessen sollen **Kassenverträge für Physio- und Trainingstherapie** mit Fokus auf physische sowie pädagogisch-psychologische Trainingsziele ausverhandelt werden.
6. Die Krebsvorsorge muss verstärkt in Angriff genommen werden. Das Beispiel Darmkrebs belegt die steigende Notwendigkeit frühzeitiger Abklärungen besonders deutlich: Mit etwas mehr als 2.000 Todesfällen pro Jahr ist Darmkrebs die zweithäufigste krebsbedingte Todesursache in Österreich. Die Rate der Neuerkrankungen bei Darmkrebs ist in Österreich in den vergangenen zehn Jahren um knapp 20 Prozent zurückgegangen. Damit sank die Sterberate um fast 30 Prozent. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 fordert eine umfassende Umsetzung des **strukturierten Darmkrebs-Früherkennungsprogramms** (vgl. Brustkrebsvorsorge) für Frauen und Männer ab dem 50. Lebensjahr auf Basis eines automatisierten Einladungssystems. Dieser Prozess kann Leben retten und Kosten für aufwendige Therapien sparen.
7. Am Beispiel Rehabilitation nach Herzinfarkten zeigt sich die Notwendigkeit der **Tertiärprävention**: Um einen erneuten Herzinfarkt oder Schlaganfall zu verhindern, müssen umgehend nach dem Reha-Aufenthalt Folgepräventionsmaßnahmen in die Wege geleitet werden.

3. Zugang zu Daten muss geschaffen werden

Fortschritt braucht Datenqualität.

Mittelfristige Maßnahmen

1. Prävention braucht klare **Kosten-Nutzen-Analysen** auf Basis von Evidenz. Gesundheitsdaten müssen im Rahmen eines sicheren Datenzugriffs gemäß datenschutzrechtlicher Vorgaben nutzbar gemacht werden, um den Status quo für Medizin und Politik verfügbar zu machen. So können Evaluationen von Präventionsmaßnahmen optimiert durchgeführt bzw. bessere Prognosen erstellt werden. Dabei ist es unabdingbar, dass der Anbieter dieser Datenplattform eine unabhängige, staatliche Institution ist. Die Bedeutung der Nutzbarmachung von Daten muss gesundheitspolitisch massiv gestärkt und finanziell unterstützt werden.
2. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 fordert darüber hinaus die Ausrollung und **gesetzliche Verankerung des elektronischen Impfpasses**, der dazu beitragen soll, risikobehafteten Lücken im Impfplan entgegenzusteuern, als Sofortmaßnahme, um somit den bereits vorliegenden Gesetzesentwurf mit Begleit-Verordnung umzusetzen. [5]
3. Transparenz bei Infektionszahlen und Kosten im Gesundheitswesen muss geschaffen werden, indem Infektionszahlen und -kosten richtig, einheitlich und flächendeckend erhoben werden. Es führt zu einer maßgeblichen Verbesserung im Gesundheitssystem, wenn auch ökonomisch im Sinne von Kosten-

wahrheit Präventionsmaßnahmen den Therapieoptionen gegengerechnet werden.

Mensch im Mittelpunkt

Das Jahr 2020 steht im Zeichen von hoher wirtschaftlicher und emotionaler Belastung. Heute gilt es mehr denn je, auf die psychosozialen Herausforderungen der Menschen zu achten und die Aufmerksamkeit noch stärker in Richtung Prävention zu richten. Nur wer körperlich und psychisch gesund ist, wird mit den aktuellen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Herausforderungen adäquat umgehen können. Jene Menschen, die aufgrund der Veränderungen, die die COVID-19-Pandemie mit sich gebracht hat, aus dem psychischen Gleichgewicht geraten sind, müssen jetzt vom Gesundheitssystem aufgefangen werden, um Spätkosten aufgrund psychisch bedingter Erkrankungen und deren Folgen, wie z. B. Ausscheiden aus dem Berufsleben, zu vermeiden.

Chancen der Digitalisierung

Der digitale Fortschritt bringt immense Möglichkeiten an modernen gesundheitsfördernden Lösungen mit sich. Im Bereich der Primärprävention gilt es, neue Technologien verstärkt zu integrieren. Auch im Zuge der Wiedereingliederung von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder nach Rehabilitation ist Telearbeit als eine Möglichkeit der aktiven Teilhabe am Berufsleben bzw. zur Wiedereingliederung ins Unternehmen zu unterstützen. Zentral sind dabei immer ein einfacher Zugang zu den technischen Mitteln, Nutzbarkeit und Bedienbarkeit unter Berücksichtigung des technischen Levels der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Der große Wert der Digitalisierung kann letztendlich nur dann ausgeschöpft werden, wenn erhobene Daten auch nutzbar gemacht werden, um festzustellen, in welchen Bereichen Präventionsmaßnahmen optimal greifen und wo noch nachgeschärft werden muss. Projekte, wie der elektronische Impfpass, die Präventionsagenden unterstützen und sich längst in der Pipeline befinden, müssen ausgerollt werden.

[1]–[5] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 10.2. auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Prävention

AK WIEN · ÖGB · AUVA · IGEPHA The Austrian Self Care Association · MSD · Österreichischer Apothekerverband Partner für eine sichere Zukunft · ÖBVP Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

10.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissenspositionen der Arbeiterkammer Wien (AK) und des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB)

[1] *Zu Überschrift Eigenverantwortung einfordern, früh beginnen:* Die Eigenverantwortung stößt im Gesundheitssystem auf deutliche Grenzen. Zum einen sind die Leistungs- und Präventionsangebote von der Berufsgruppe (Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Selbstständige und Beamte) und vom Wohnort abhängig und zum anderen sind die Kostenbeteiligungen im internationalen Vergleich hoch. Zudem bestehen für Patientinnen und Patienten erhebliche Informationsnachteile. Die AK und der ÖGB setzen sich für eine angebotsorientierte — von sozioökonomischen Faktoren unabhängige — Gesundheitspolitik ein (siehe auch Dissens im Kapitel Digitalisierung).

[2] *Zu 1.2:* Gesundheitsschädliches Verhalten ist vielfach Folge sozialer Benachteiligung durch ungleiche Verhältnisse in Bildung, Einkommen, Wohnen und Arbeitsbedingungen. Nicht jeder verfügt über die persönlichen Ressourcen, die ein gesundheitsförderliches Verhalten ermöglichen. Präventive Maßnahmen rund um die Verhältnisse sind entsprechend wirksamer.

[3] *Zu 1.3:* Arbeitsrechtlich müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht ständig erreichbar sein. Das Arbeitszeitgesetz gilt auch zu Hause. Für Beschäftigte im Homeoffice wäre aber eine Ausweitung im ASchG sehr nützlich, wie etwa die Präzisierung, dass „Homeoffice" auch eine auswärtige Arbeitsstelle ist, um die Anwendung des ASchGs sicherzustellen, oder eine Präzisierung der Unterweisungspflicht, angefangen von der ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung bis hin zur Sensibilisierung für die Abgrenzung zwischen Arbeit und Privatleben. Der Fokus von Burn-out im Homeoffice ist nicht ausreichend. Verursachende Faktoren gehören in allen Bereichen der Arbeitswelt abgeschafft.

[4] *Zu 2.1:* Außerdem müssen Schikanen, die derzeit beim Bezug von KBG geschaffen werden, endlich beseitigt werden (siehe auch Dissens im Kapitel Gesundheitskompetenz).

Zur Ökonomisierung der Gesundheit siehe auch Dissens im Kapitel Patientenorientierung.

Ergänzung des Österreichischen Apothekerverbandes

[5] *Zu 3.2:* Das Thema „Impfen in der Apotheke" ist mitaufzunehmen.

Ergänzung von Merck Sharp & Dohme (MSD)

[5] *Zu 3.2:* Ein nationales Impfprogramm (NIP) kann ein Planungswerkzeug sein, mit welchem der Staat die erforderlichen Impfstrategien optimal planen und erstrebenswerte Durchimpfungsraten erreichen kann. Anonyme Impfdaten müssten vom Staat erhoben werden, um aus wissenschaftlicher Evidenz Schlüsse zu ziehen, die als Entscheidungsgrundlage für entsprechende Maßnahmen auf nationaler Ebene herangezogen werden können. Dies ist für die Kontrolle und Planungssicherheit der nationalen Impfziele und für gesundheitsökonomische Überlegungen von Relevanz. Handlungen, die aufgrund dieser Datenbasis beschlossen werden und somit mit Evidenz hinterlegt sind, werden als glaubhaft gesehen und geben ein Gefühl von Transparenz und Sicherheit in der Bevölkerung.

11. Digitalisierung

»Daten werden Leben retten«

Unter Digital Health verstehen wir die digitale Transformation der Gesundheitsversorgung. Durch den Trigger Corona erlebt das österreichische Gesundheitssystem einen erzwungenen Digitalisierungsfortschritt, der in den letzten Jahren nicht für möglich gehalten wurde. Wichtig ist jetzt eine klare Analyse dessen, was gut funktioniert, und welche Prozesse in Zukunft gestärkt werden müssen. Essenziell ist heute, dass bewährte Tools nicht wieder in den Hintergrund gedrängt werden. Dem Leitbild der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 „Mensch im Mittelpunkt" folgend, können Digitalisierungsmaßnahmen nur im Zusammenspiel mit den Patientinnen und Patienten stattfinden, die davon bestmöglich profitieren sollen.
Die digitale Transformation des Gesundheitswesens wird auf jeden Fall stattfinden. Wie sie sich konkret auswirkt, welche Phasenübergänge im System sichtbar werden und wie schnell sie voranschreiten wird, hängt stark von den gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen ab.

11.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um der digitalen Transformation den Weg zu ebnen, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen**.

1. Entscheider Mensch stärken

Digital Health soll menschliche Expertise ergänzen, aber niemals ersetzen.

1. Sinnvolle Digitalisierungsmaßnahmen sollen menschliches Können ergänzen, nicht ersetzen. Ziel ist es, gemischte Systeme zu etablieren, die menschliche Expertise mit technischen Möglichkeiten vereinen. Digitalisierung ist dort erfolgreich, wo ärztliche Arbeit vereinfacht, unterstützt und ergänzt wird. Was zählt, ist der Gewinn von „Quality Time" für die Arzt-Patienten-Beziehung.
2. Die Userexperience muss sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Ärztinnen und Ärzte verbessert werden.
3. Die rasant steigende digitale Informationsflut bedarf einer unabhängigen Verifizierung von öffentlicher Seite. Damit kann den Menschen eine faktenbasierte, zuverlässige und vertrauenswürdige Recherchequelle gegeben werden.
4. Offizielle digitale Kommunikationskanäle sind zu nützen, um über Self Care zu informieren. Informationstexte, Videos, Apps, Plattformen, Websites, die Themen rund um individuelles Gesundheitsmanagement und gesundheitsförderliche Wissensvermittlung beinhalten, sollten Bestandteil aller digitalen Informationsangebote von öffentlichen Gesundheitseinrichtungen sein.

2. Zugang zu Daten ermöglichen

Daten nicht nutzen zu dürfen, bedeutet Stillstand.

1. Die Etablierung einer zentralen Plattform für personenbezogene Gesundheitsdaten basierend auf State-of-the-Art-Schutzmechanismen inklusive Anonymisierung und Programmierschnittstellen ist essenziell.
2. Daten sollen damit auf datenschutzkompatible Weise für die wissenschaftliche Forschung zugänglich gemacht werden.
3. Ein verantwortungsvoller Umgang mit Daten nach europäischen Datenschutzrichtlinien ist technisch möglich und dringend notwendig, um wichtige gesundheitstechnologische Agenden nicht amerikanischen Datengiganten zu überlassen.

3. Kollaborationen kreieren

Digital Health: Zwei Welten — ein Verständnis.

1. Gemeinsam mit Start-ups sollen Kollaborationen angestrebt werden: Dabei vereinen sich idealerweise jene Akteure an einem Tisch, die einerseits die Sprache der Medizin sprechen und andererseits die Gesetze der Digitalisierung verstehen. Im Fokus steht dabei die Förderung von Forschung, Transfer und Pilotierung.
2. Das Hauptaugenmerk muss auf transdisziplinäre Forschung gerichtet werden: Die neuen Möglichkeiten der datenbasierten Forschung führen sehr unterschiedliche Disziplinen zusammen, von Klinikerinnen und Klinikern und Präklinikerinnen und

Präklinikern über Molekularbiologinnen und -biologen, Bioinformatikerinnen und -informatikern, Mathematikerinnen und Mathematikern bis hin zu Psychologinnen und Psychologen, Ethnologinnen und Ethnologen, Anthropologinnen und Anthropologen und weiteren Sozialwissenschafterinnen und Sozialwissenschaftern. Dadurch wird es möglich, sowohl extrem fokussierte medizinische Forschung hocheffizient zu betreiben als auch viele außermedizinische Aspekte der Gesundheitsversorgung zu erforschen, um so Zusammenhänge zu erkennen, die aus der traditionellen Denklogik der Disziplinen nicht gewonnen werden könnten.

3. Die Zusammenarbeit der Disziplinen muss daher bereits im Rahmen des Studiums geeignet gefördert werden.

Mensch im Mittelpunkt [1]

Für die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 ist es essenziell, die Anwenderfreundlichkeit stets in den Fokus zu stellen: Jene Menschen sollen von Beginn an in die Entwicklungsprozesse eingebunden werden, die mit den Lösungen letztendlich arbeiten sollen. Dabei darf nicht auf jene Personengruppen vergessen werden, die mit der Sprache der Digitalisierung noch nicht vertraut sind.

Medizinische Konsultationen sollen dort digitalisiert werden, wo Arbeitsschritte vereinfacht werden können und volkswirtschaftliche Versorgungskosten gesenkt werden, wie beispielsweise im Zuge von Folgekonsultationen oder beim Verschreiben von Dauermedikationen. Klinische Untersuchungen bleiben aber dort unerlässlich, wo im persönlichen Kontakt wertvolle Informationen aufgenommen werden können, die in einer rein telemedizinischen Konsultation verloren gingen.

Digitalisierung ist dann erfolgreich, wenn mehr Zeit geschaffen wird für die ursprüngliche Arzt-Patienten-Interaktion. Sinnvolle Digitalisierungsmaßnahmen sollen die ärztliche Arbeit vereinfachen, unterstützen und ergänzen. Ziel ist es, Ärztinnen und Ärzte zu befähigen, eine noch bessere Arbeit zu leisten.

Dank Digital Health werden Patientinnen und Patienten zur Schlüsselressource im Gesundheitssystem und können eine weitaus aktivere Rolle einnehmen. Sie werden zur Selbstverantwortung motiviert, was sich für eine funktionierende und bezahlbare Gesundheitsversorgung unerlässlich zeigt.

Chancen der internationalen Zusammenarbeit sollen dort genutzt werden, wo Best Practices übertragbar sind — bei gleichzeitiger Wahrung der nationalen Autonomie. Dabei müssen globale Initiativen und Innovationen beobachtet, analysiert und dahingehend untersucht werden, ob und wie sie auf Österreich übertragen in weiterer Folge allen zugänglich gemacht werden können. Im Fokus stehen dabei ein reger internationaler Erfahrungsaustausch sowie die Beteiligung österreichischer Institutionen an europäischen Initiativen und Pilotprojekten.

Im Zusammenspiel von Public Private Partnerships und staatlichen Kooperationen sollen kritische Abhängigkeiten vermieden werden, sodass die operative digitale Infrastruktur von Österreich aus betrieben werden kann. Darüber hinaus müssen Notfallpläne erarbeitet werden, die sowohl Herausforderungen im Kernbereich der Gesundheitsversorgung als auch Cyberangriffe aus dem Aus- und Inland auf die digitale Infrastruktur der Gesundheitsversorgung betreffen.

Chancen der Digitalisierung

Es ist essenziell, sich einerseits an den Erfolgsgeschichten der Digitalisierung in den letzten Jahren zu orientieren (um von diesen zu lernen, wie man disruptive Innovationen erfolgreich realisiert) und andererseits die speziellen transdisziplinären Herausforderungen zu adressieren (um jene Misserfolge zu vermeiden, welche bisweilen digitalen Vorreitern passieren). Erstens sollten die Vorhaben durch fokussierte agile Projekte mit maximalen Qualitätsanforderungen umgesetzt werden. Zweitens sollten diese Projekte von Teams ausgeführt werden, in denen alle notwendigen Expertisen durch Topleute ihrer jeweiligen Disziplin vertreten sind, welche über Erfahrung in der interdisziplinären Zusammenarbeit verfügen. Konkret sollen dabei Akteure vereint werden, die einerseits die Sprache der Medizin sprechen und andererseits die Gesetze der Digitalisierung verstehen.

Befunde, die in einfache Sprache übersetzt werden, e-Diagnosen, die den raschen Expertise-Austausch unter Ärztinnen und Ärzten unterstützen, der Ein-

satz von Künstlicher Intelligenz im Umgang mit großen Datenmengen, serviceorientierte Apps, die ein proaktives Gesundheitsmanagement der Patientinnen und Patienten ermöglichen, oder die Erstellung von Registern und ihre Nutzung für eine verbesserte Versorgung auf Basis großer Datenmengen (Big-Data-Methoden) — die Chancen, die sich eröffnen, sind schier endlos und brauchen ein verantwortungsvolles Umfeld, das menschliche Expertise mit technischen Möglichkeiten vereint. Ziel ist es, digitale Werkzeuge zu kreieren, die Ärztinnen und Ärzte befähigen, eine noch bessere Arbeit zu leisten. Dies benötigt langfristig nutzbare Modelle, welche mit disziplinierter Agilität und hohen Qualitätsstandards so umgesetzt werden, dass das Fachwissen des Gesundheitswesens mit dem Fachwissen der Digitalisierungsbranche zusammenkommt.

[1] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER *» siehe 11.2. auf der folgenden Seite*

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Digitalisierung

11.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissenspositionen der Ärztekammer für Wien

Userexperience: Alle Digitalisierungsprojekte leiden darunter, dass die Digitalisierung meist die patientenorientierten Prozesse im Gesundheitswesen durch mangelnde Einbindung der Gesundheitsberufe ignoriert. Die Sicherstellung, dass nicht IT-Expertinnen und -experten und Büro- oder Technokraten die Digitalisierung leiten, fehlt de facto bei allen IT-Projekten der öffentlichen Hand. Bei der Planung sämtlicher zukünftig öffentlich finanzierter Gesundheitsprojekte ist der Fokus auf die Anwender (Gesundheitsberufe und Patientinnen und Patienten) zu legen. Die Architektur darf nicht die Notwendigkeit bestimmter Daten für Bürokratie und Verwaltung im Fokus haben, sondern ausschließlich die Userexperience. Die Datennotwendigkeit ist im Hintergrund sicherzustellen.

Datenvolumina: Internationale Studien bestätigen schon seit Langem, dass die Vermehrung von Daten und deren vermehrte Zugänglichkeit für Ärzte und Patienten nicht die Behandlungsqualität verbessern, sondern im Gegenteil teilweise verschlechtern. Grund hierfür ist, dass Ärzte nicht in die Lage versetzt werden, wesentliche von unwesentlichen Informationen zu trennen. Deshalb ist es unumgänglich, funktionierende Suchfunktionen zu etablieren, die die Gesundheitsberufe in die Lage versetzen, sich nicht durch Datenberge durchkämpfen zu müssen, sondern die im individuellen Fall relevanten Daten rasch von den irrelevanten Daten zu unterscheiden. IT-Projekte in der Vergangenheit haben diesen Aspekt massiv vernachlässigt, und das führt dazu, dass die Systeme von den Gesundheitsberufen kaum verwendet werden.

Dissenspositionen der Arbeiterkammer Wien (AK) und des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB)

Nach Meinung der AK und des ÖGB ist der Hinweis auf die „Eigenverantwortung" fehl am Platz. Es geht darum, die Digitalkompetenz (Digital Literacy) der Menschen zu fördern und nicht von ihnen einzufordern. Die Angebote müssen einfach und niederschwellig sein, mit hoher Usability (ist derzeit nicht immer der Fall). Das darf nicht dazu führen, dass Gesundheitsdienstleistungen letztlich unter dem Deckmantel der „Eigenverantwortung" auf die Patientinnen und Patienten übertragen werden.

Die Politik ist gefordert, zügig die rechtlichen Voraussetzungen (etwa Richtlinien für die Telepsychotherapie) für digitale Behandlungsformen und Serviceleistungen zu schaffen. Dem Schutz von sensiblen Gesundheitsdaten ist dabei ein hoher Stellenwert einzuräumen.

[1] *Zu Mensch im Mittelpunkt:* Betr. einer Einordnung von Menschen als Schlüsselressource im Gesundheitssystem vgl. Dissens zur Ökonomisierung im Kapitel Patientenorientierung.

12. Moderne Infrastruktur

»Über Grenzen blicken, in Gesundheitsregionen denken«

Österreichs Gesundheitssystem zählt zu den weltweit besten. Damit das auch in Zukunft so bleibt, müssen Patientinnen und Patienten effektiver durch das System geleitet werden. Nur so wird sichergestellt, dass das Land optimal auf aktuelle und zukünftige gesellschaftliche Transformationen vorbereitet ist.
Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 fokussiert sich in diesem Themenkreis auf Menschen mit chronischen Erkrankungen, da die stark steigenden Zahlen dieser Patientengruppe neue Lösungsmodelle verlangen. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Bereichen Diabetes und Schmerz, da hier meist massive Einschränkungen der Lebensqualität beobachtet werden und sie mit sehr hohen Gesundheitskosten einhergehen.
Primärversorgungszentren, Gruppenpraxen, mobile Dienste und telemedizinische Angebote werden zukünftig stark an Bedeutung gewinnen und die vorwiegend bestehenden Einzel-Settings ablösen. Als Vorzeigeland kann Finnland genannt werden, das in seinen 280 Gesundheitszentren sowohl ambulante als auch stationäre Versorgung bietet. Diese Handhabe ist mit ein Grund für das kostengünstige, überwiegend aus Steuergeldern finanzierte Gesundheitssystem. Das Land gibt nur sieben Prozent des BIP für das öffentliche Gesundheitswesen aus und liegt damit weit unter dem EU-Durchschnitt.
Die Notwendigkeit einer höheren Flexibilität stationärer Versorgung zeigt sich insbesondere in der Spitalsinfrastruktur. Hierzulande gilt die Kapazität mit 44.183 Betten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und 20.102 Betten in nicht landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten[1] als mehr als ausreichend. Aber freie Kapazitäten sollten effizienter genutzt werden, indem nicht bereitgestellte Akutbetten für Pflege und/oder Rehabilitation zur Verfügung gestellt werden. Das führt zu niedrigeren Vorhaltekosten und in Folge zu Kosteneinsparung.

12.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um ein modernes und krisenfestes Gesundheitssystem weiterhin sicherzustellen, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen**.

1. Ausrichtung der Infrastruktur

Regionale Versorgung mit Topspezialisierung.

1. Bestehende Versorgungsstrukturen sollen modernisiert und verstärkt bedarfsorientiert genutzt werden, anstatt neue Systeme aufzubauen.
2. Die Etablierung von Primärversorgungszentren, in denen Patientinnen und Patienten gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Versorgung erhalten (One-Stop-Shop-System), und rechtlich-wirtschaftliche Rahmenbedingungen für Gruppenpraxen und Jobsharing-Modelle sind fundamental. Dabei kommt den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als **wegweisenden Koordinatoren** eine bedeutende Rolle zu.
3. Die Errichtung regionaler Therapiezentren mit spezialisierten Teams, die engen Kontakt zu Patientinnen und Patienten halten, erweisen sich effektiv, um — auch im Zusammenspiel mit digitalen Begleitangeboten — den Therapieerfolg zu steigern. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt darüber hinaus die Einbindung von Ambulanzen in die extramurale Versorgung.
4. Die **Spezialisierung** insbesondere **kleiner Krankenanstalten** ist voranzutreiben.

2. Prävention

Von der Reparaturmedizin zur Präventivmedizin.

1. Die Anzahl der Diabetikerinnen und Diabetiker hat sich von 2000 bis 2016 verdoppelt. Allein für diese Zielgruppe sind Kosten von 3,5 Miliarden Euro inklusive Folgekosten für das Gesundheitssystem entstanden (Stand November 2019). Im Zusammenspiel mit Früherkennungsprogrammen für Prädiabetikerinnen und Prädiabetiker sollen im Rah-

1 http://www.kaz.bmgf.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/betten.html

men der **Gesundenuntersuchung Risikoprofile** erstellt werden, um so individuelle Gefährdungspotenziale zu erkennen. Darüber hinaus empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 eine ergänzende **Ausrichtung auf Familienanamnesen**, da Vererbung beim Typ-2-Diabetes eine bedeutende Rolle spielt.
2. Die Apotheken leisten einen essenziellen Beitrag in der Prävention und sollen in dieser Funktion stärker unterstützt werden.
3. Das Gesundheitssystem soll durch ein optimiertes **Medikationsmanagement** entlastet werden, indem auf Basis von Verlaufskontrollen Wechselwirkungen aufgrund von **Polypharmazie** vermieden werden.

3. Finanzierung

Bundesweite und ganzheitliche Ausrollung aus einer Hand.

4. Für die Finanzierung regionaler Therapiezentren erweisen sich **PPP-Modelle** als effektivste Lösung, wie dies bereits erfolgreich bei der Errichtung von Kinder-Rehabilitationszentren in Österreich umgesetzt wurde.
5. Konzessionssysteme (vgl. Notare für §2 Ärzte) und direkte Finanzierungen mit Umlagesystemen sollen als **Anreize für Ärztinnen und Ärzte** dienen, sich zukünftig verstärkt auch in wenig frequentierten Gegenden niederzulassen. Die **privaten Krankenversicherungen** verstehen sich im österreichischen Gesundheitssystem primär als ergänzender Partner zur gesetzlichen Versicherung. Wie wichtig dieses „Miteinander" ist, zeigt die Tatsache, dass die private Krankenversicherung zur Sicherung der Spitzenmedizin für alle beiträgt und letztlich ein wichtiger Versorgungspartner und Akteur im Gesamtsystem ist.
6. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 spricht sich grundsätzlich für die Finanzierung aus einem Topf aus, vor allem auch im Hinblick auf das Thema Prävention, mit dem letztendlich positive Auswirkungen auf das Gesamtsystem erzielt werden. Aufgrund der Erfahrung der letzten Jahrzehnte ist das Modell nicht umsetzbar, daher empfehlen wir die **Zwei-Topf-Strategie**. Dies bedeutet, dass der niedergelassene Bereich und die Ambulanzen aus einem Topf extramural dotiert werden und der zweite Topf für den intramuralen Bereich generiert wird. Diese Zwei-Topf-Strategie ermöglicht, dass notwendige Versorgungsleistungen bei mangelnder Bereitstellung durch den niedergelassenen Bereich von Spitalsambulanzen erbracht werden können und im gleichen Umfang mittels Kassenvertrag honoriert werden. Viele Leistungen der Ambulanzen können wiederum durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden, beispielsweise für Kontrolluntersuchungen oder zur Wundversorgung.

Mensch im Mittelpunkt

In puncto Diabetesversorgung zeigt Dänemark anhand von Prävention und Aufklärung, wie es gelingen kann, die Krankheit abseits von Stigmatisierung optimal zu begleiten und auf Basis koordinierter Teamarbeit die besten Erfolge zu erzielen.

Das Konzept des „Community Health Nursing" erweist sich insbesondere für ländliche Regionen als essenziell und wird auf internationalem Parkett erfolgreich praktiziert. Vorbilder für die moderne Variante des Angebots kommunaler Gesundheitszentren kommen aus Kanada, Finnland oder Slowenien, wo Gesundheitsmanagerinnen und -manager als erste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten bzw. betreuende Angehörige gelten. Für Österreich gilt zu klären, welche konkreten Aufgaben die Community Nurse in welchen Einsatzfeldern und für welche Zielgruppe übernehmen soll. PRAEVENIRE empfiehlt, die Themen Gesundheitskompetenz, Prävention und integrierte Versorgung (insbesondere von chronisch Erkrankten) mit Unterstützung des Konzepts Community Health Nursing prioritär anzugehen und damit die konkreten Gesundheitsbelange der Menschen in den Regionen – in interdisziplinärer Abstimmung mit dem Haus- oder Vertrauensarzt – zu betreuen.

Chancen der Digitalisierung

Gerade bei chronisch kranken Menschen erweisen sich digitale Rezepte mit mehrmonatiger Gültigkeit als sinnvoll. Im Hinblick auf eine verstärkte Ausrichtung auf kontaktlose Medikamentenverordnungen sowie

Teleordinationen, 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. Im Falle einer Ausrollung des elektronischen Impfpasses erweisen sich automatische Reminder — auch im Zusammenspiel mit den Apotheken — als vorteilhaft. Telefonische Erstauskunftssysteme sollen als elementares Lotsensystem intensiver ausgerollt werden.

ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 12.2. auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Moderne Infrastruktur

ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN

Österreichischer Apothekerverband
Partner für eine sichere Zukunft

Versicherungsverband Österreich

12.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DES KOOPERATIONSPARTNERS

Dissenspositionen der Ärztekammer für Wien

Primärversorgung: Immer wieder wird in Zusammenhang mit Primärversorgung von Primärversorgungszentren gesprochen. Diese Zentrenbildung kann aber auch für die Patientinnen und Patienten nachteilig sein, weil diese längere Wege in Kauf nehmen müssen; deshalb wird auch international das System der Versorgungsnetzwerke immer mehr forciert. Im Rahmen der Zielsteuerung hat sich deshalb die Formulierung Primärversorgungseinheiten etabliert.

Finnland: Der Verweis auf Finnland wird von der Ärztekammer als nicht vorbildhaft gesehen. Das Vereinigte Königreich hat noch geringere Kosten im öffentlichen Gesundheitssystem mit dem Ergebnis wie in Finnland, dass der Zugang und die Leistungen im öffentlichen Sektor streng reglementiert sind und daneben ein privater Sektor gegeben ist, der nicht für alle Patientinnen und Patienten leicht zugänglich ist. De facto alle Ärztinnen und Ärzte Finnlands arbeiten neben dem staatlichen System auch im Privaten; in Österreich tut das nur ein kleinerer Teil. Zudem besteht in Finnland auch keine freie Arztwahl und erst über ein nicht ärztliches Triagesystem wird entschieden, ob man eine Ärztin oder einen Arzt sieht. Patientinnen und Patienten haben somit eingeschränkten Zugang, was für die Gesundheit der Bevölkerung nachweislich nachteilig ist; auch extrem lange OP-Wartezeiten sind in Finnland absolut üblich.

Bundesweite Strategie: Die Rolle der Bundesländer als Regionen darf bei solchen Strategien nicht übersehen werden. In diesem Zusammenhang muss auch die ÖGK ihre Struktur verändern und mehr Kompetenzen in ihre Regionalstellen als Ansprechpartner für die Länder verlegen.

Prävention: Alle Gesundheitsberufe können zur Prävention beitragen, nicht nur Apothekerinnen und Apotheker.

Zwei-Topf-System: Ein Zwei-Topf-System kann nur dann funktionieren, wenn eine absolute Chancengleichheit zwischen Freiberuflerinnen und Freiberuflern und Einrichtungen der öffentlichen Hand (Spitäler, Ambulatorien) besteht und im Spital ausreichend Personalressourcen für eine ambulante Versorgung neben der im Spital volkswirtschaftlich prioritären stationären Versorgung bestehen. Darüber hinaus müssen in dieser Logik für die Leistungen im Spital exakt die gleichen Honorare wie im niedergelassenen Bereich bezahlt werden — und umgekehrt. Durch diese Honorare müssten auch sämtliche Fixkosten — bei exakter Zurechnung — abgedeckt werden. Zu klären wäre, wer diese Honorare verhandelt, da Länder und Kammer gleichermaßen Interesse an möglichst hohen Honoraren haben.

Community Nursing: Die Ärztekammer lehnt die Schaffung neuer Doppelstrukturen durch Community Nursing neben einer Hausärztin oder einem Hausarzt ab; vielmehr sollte für alle Hausärztinnen und Hausärzte die Finanzierung zur Anstellung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zwecks Übernahme der angedachten Community-Nursing-Aufgaben durch Länder und SV sichergestellt werden.

E-Impfpass: Hier ist ein Remindersystem für Apotheken wenig hilfreich; wichtig wäre eines für die Ärzteschaft, inklusive zulässiger Bevorratung von Impfstoffen in den Arztordinationen.

Regionale Versorgung mit Topspezialisierung: Ziel ist, „die Errichtung regionaler Therapiezentren mit spezialisierten Teams und klarem Versorgungsauftrag … zu steigern". Um das zu erreichen, sollten poli-/multicolore Gruppenpraxen forciert werden, wobei die Sozialversicherung ihre Blockadehaltung gegenüber diesen Versorgungsformen aufgeben muss.

Kassenplanstellen sind eine Art Konzessionsmodelle; das funktioniert aber in wenig frequentierten Gegenden gerade nicht; es braucht marktkonforme Rahmenbedingungen.

13. Systemstruktur

»Zusammenarbeit optimieren, neue Modelle schaffen«

Ein zukunftsorientiertes Gesundheitssystem muss effizient und gleichzeitig krisenfest sein — das zeigt sich heute so deutlich wie nie. Die Frage einer effizienten Systemstruktur kann damit nur vor dem Hintergrund jener Erfahrungen beleuchtet werden, die wir derzeit aus der Krise schöpfen.
Ein Grundsatz der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 ist, dass es im Gesundheitsbereich vor allem um Menschen und nicht um Systeme geht. Ausgehend von den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten muss definiert werden, welche präventiven Gesundheitsmaßnahmen für sie getroffen werden, wie sie in akuten Fällen bestmöglich versorgt werden und wie sie mit post-rehabilitativen Maßnahmen wohnortnah und mit Unterstützung von telemedizinischen Anwendungen begleitet werden können. Um eine solche Gesamtsteuerung des Systems für alle gesundheitsrelevanten Leistungen sicherzustellen, ist es essenziell, die zu erbringenden Leistungen auf jeder Ebene klar zu definieren.

13.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um ein effizientes und krisenfestes Gesundheitssystem sicherzustellen, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen**.

1. Empowerment

Der Mensch wird zum Koproduzenten seiner Gesundheit.

1. Wesentlich ist der Perspektivenwechsel von einem derzeit interessenorientierten System zu einem solchen, in dem die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen.
2. Ein proaktives Gesundheitsmanagement muss in den Fokus gerückt werden: Die Eigenverantwortung [1] der Patientinnen und Patienten soll gestärkt werden, indem neben Präventivmaßnahmen auch steuerliche Entlastungen bei jenen Menschen zum Tragen kommen, die gesundheitsfördernde Maßnahmen aus eigener Tasche finanzieren (wie z. B. OTC-Präparate, Produkte zur Nikotinentwöhnung). [2] Gesundheitswissen (Health Literacy) und Gesundheitskompetenz bzw. Gesundheitsbewusstsein sollen schon frühzeitig, vom Kindesalter an, gefördert werden.
3. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt die steuerliche Absetzbarkeit von privaten Versicherungen, da diese in breiten Teilen der österreichischen Bevölkerung einen hohen Stellenwert besitzen (in Österreich sind 37,2 Prozent der Bevölkerung privat krankenversichert, 22,47 Prozent im Bereich der Sonderklasse im Spital). [2]
4. Es müssen gesetzliche Aufträge für jene Bereiche geschaffen werden, die seit Jahren in der Warteschleife verharren und ein proaktives Gesundheitsmanagement fördern würden, wie beispielsweise der elektronische Impfpass.

2. Modernes Finanzierungsmodell

Kosteneffiziente Erfolgsmodelle fokussieren.

1. Beim Einkauf von Gesundheits(dienst)leistungen muss eine Trennung von Angebot und Nachfrage erfolgen. Die derzeit angebotsinduzierte Situation und Pauschalhonorierung verteuert das Gesundheitssystem, weil das Kostenbewusstsein der einkaufenden Stelle und Wettbewerb am Markt fehlen. [3]
2. Es braucht ein effizientes, zielgesteuertes und krisenfestes Finanzierungssystem, bestehend aus zwei koordinierten Töpfen, aus denen gemeinsam geschöpft werden kann. Dabei muss am System der Selbstverwaltung festgehalten werden, sodass Beiträge zweckgebunden bleiben und nicht für andere Bereiche verwendet werden können.
3. Untersuchungen, Beratungsleistungen und Präventionsmaßnahmen sollen ausgewogen honoriert werden, egal, ob sie im Spital oder im niedergelassenen Bereich stattfinden.
4. Public-Private-Partnership(PPP)- und Lebenszyklusmodelle, wie sie beispielsweise im Bereich der Kinderrehabilitation erfolgreich zur Anwendung kommen, sollen verstärkt ausgerollt werden. [4]
5. Die Entlassung von Arzneimitteln und Wirkstoffen aus der Rezeptpflicht (Switch) bringt eine finanzielle Entlastung: Jeder für eine OTC-Anwendung ausgegebene Euro spart dem österreichischen Gesundheitssystem 5,20 Euro an direkten Kosten.

3. Best Point of Service

Richtige Balance zwischen der passenden und gleichzeitig günstigsten Versorgung.

1. Patientinnen und Patienten müssen effizienter durch das System geleitet werden. Erster Ansprechpartner muss die Hausärztin oder der Hausarzt bleiben. Dieser niederschwellige Einstieg ins Gesundheitssystem muss bei jeglicher Form von Triagierung bestmöglich zugänglich sein. Alternativ bietet sich ein Vertrauensarztmodell an.
2. Die Apotheke als Point of Care ist zu stärken. Dafür soll ein Katalog von Behandlungsmöglichkeiten, die mithilfe von rezeptfreien Arzneimitteln in Eigenregie von Betroffenen durchgeführt werden können, erstellt werden. Dieses Prinzip von Self Care beruht auf einem solidarischen Prinzip, denn gesundheitskompetente Menschen machen das Gesundheitsversorgungssystem nachhaltig und finanzierbar, indem sie Lebensstilerkrankungen zu vermeiden versuchen und bei geringfügigen Beschwerden nicht den Konsultations-, Verschreibungs- und Rückerstattungsprozess in Anspruch nehmen.
3. Die Honorierung und Evaluierung des Leistungskatalogs muss bei der Patientenbetreuung und -behandlung in Richtung Prozesskostenrechnungen und Prozessqualität blicken, statt wie bisher als Einzelkosten abgerechnet zu werden. Beratungsleistungen sind zu honorieren.
4. Jegliche Versorgungsmodelle müssen in technischer sowie in kultureller und sprachlicher Hinsicht für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Betroffene verständlich sein.

Mensch im Mittelpunkt

Das österreichische Gesundheitssystem benötigt die Transformation von einem interessenorientierten System zu einem Modell, in dem die Menschen wieder im Mittelpunkt stehen.

In diesem Zusammenspiel sieht die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 Handlungsbedarf im Bereich der Prävention: In Österreich werden derzeit zwei Prozent der Gesundheitsausgaben für Prävention aufgewendet. Der Schnitt in den 37 Mitgliedsstaaten der Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) liegt hingegen bei drei Prozent. [5]

Auch die Pflegeprävention verlangt nach neuen Blickwinkeln: Die Ansätze sind im internationalen Vergleich noch sehr divers: In Österreich unterstützen Pflegerinnen und Pfleger mobilitätseingeschränkte Menschen beispielsweise beim Schuhebinden. In Dänemark wird der Schwerpunkt der Pflege dahingehend gesetzt, die Menschen dorthin zu begleiten, es wieder selbst zu können.

Chancen der Digitalisierung

Telemedizinische Angebote rücken in den Fokus neuer Versorgungsmodelle und vereinfachen Prozesse um ein Vielfaches.

Bei strukturellen Neugestaltungen ist es wichtig, die Implementierung zukünftiger technischer Entwicklungen von Beginn an mit zu bedenken. [6] Um die Chancen der digitalen Transformation wahrnehmen zu können und Anwendungen nutzbar zu machen, sind entsprechende strukturpolitische und rechtliche Rahmenbedingungen anzupassen.

Im Bereich Rehabilitation ist zu sehen, dass digitale Angebote zu einer Systemoptimierung bei gleichzeitiger verbesserter Patientenorientierung beitragen. Die digitale Welt kann menschliche Zuwendung und Empathie zwar nicht ersetzen, aber in Bereichen wie beispielsweise der Rehabilitation liegt die Zukunft in der verstärkten Nutzung von digitalen und mobilen Anwendungen, mit denen die Menschen nach der Therapie weiterhin bedarfsgerecht und individuell unterstützt werden können.

Neue digitale Möglichkeiten brauchen gleichzeitig eine geschärfte Aufmerksamkeit dahingehend, die Patientinnen und Patienten immer dort abzuholen, wo sie gerade stehen. Dabei darf nicht auf jene Menschen vergessen werden, die mit der Digitalisierung noch nicht vertraut sind.

Dem österreichischen Gesundheitssystem muss es gelingen, Informationen in allen analogen und digitalen Kommunikationskanälen mit einer Stimme (One Voice) zu sprechen, und das in einer einfachen Sprache, die von allen Zielgruppen verstanden werden kann.

[1]–[6] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » *siehe 13.2. auf der folgenden Seite*

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Systemstruktur

13.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissenspositionen der Arbeiterkammer Wien (AK) und des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB)

[1] *Zu 1.2:* Zur Handlungsempfehlung „Der Mensch wird zum Koproduzenten seiner Gesundheit" siehe Dissens betreffend Eigenverantwortung im Kapitel Digitalisierung und im Kapitel Prävention.

[2] *Zu 1.2 und zu 1.3:* Steuerliche Entlastungen für private Zusatzversicherung und privat finanzierte Gesundheitsförderung sind der falsche Weg. Es ist Aufgabe der gesetzlichen Sozialversicherung, unabhängig vom Status für alle Versicherten und ihre Angehörigen unabhängig vom Wohnort Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau anzubieten. Steuermittel sind in der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer Leistungsanhebung nach oben zu verwenden, um die zum Teil erheblichen Unterschiede zwischen Berufsgruppen und Regionen zu beseitigen — und nicht, um Leistungsvorteile für Besserverdienende zu finanzieren.

[3] *Zu 2.1:* Hinter der Trennung von Angebot und Nachfrage steckt in der politischen Diskussion das Infragestellen von eigenen Einrichtungen, da die Sozialversicherungsträger als „Nachfrager" gleichzeitig auch ein „Angebot" haben. Das ist klar abzulehnen.

[4] *Zu 2.4:* Gerade bei PPP-Modellen im Gesundheitssystem ist verantwortungsvolle Weitsicht geboten. Ausgliederungen dürfen nicht zu Leistungseinschränkungen, Patientinnen-/Patientenselektion und zu einer Erhöhung des Lohn- und Arbeitsdrucks im Gesundheitsbereich führen. Daher ist ein österreichisches Kompetenzzentrum für PPP-Modelle zu etablieren, um entsprechende Rahmenbedingungen festzulegen.

Ergänzung des Verbands der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO)

[5] *Zu Mensch im Mittelpunkt:* Die Entwicklungen rund um COVID-19 zeigen, dass das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung sehr ausgeprägt ist. Die privaten Krankenversicherer unterstützen Maßnahmen der Prävention durch ihre Angebote und Informationen, was zu einem „aktiven Altern" der Bevölkerung beiträgt und letztendlich gesamtheitlich betrachtet die Belastung des Staatshaushalts durch Senkung der Gesundheitsausgaben reduziert.

[6] *Zur Chancen der Digitalisierung:* Die Abwicklung von Kostenerstattungen etwa ist aktuell beschwerlich, es müssen mehrere Wege gegangen werden, um die Abrechnung durchzuführen. Eine gemeinsame Abrechnungsschiene zwischen den Versicherungsträgern im niedergelassenen Bereich, bei der die Patientinnen und die Patienten ihr Anliegen an nur einer Stelle einreichen müssen, wäre deshalb aus Patientensicht erstrebenswert („One-Stop-Shop). Die Digitalisierung könnte dahingehend genutzt werden, eine gemeinsame Onlineplattform für diese Angelegenheiten zu erstellen.

14. Frühe Diagnose und Therapie

»Leben retten, Kosten sparen«

Erfolgreiche therapeutische Interventionen bedingen eine möglichst frühzeitige Diagnose von Krankheitsbildern und deren Symptomen. Österreich ist in puncto früher Diagnose und Therapie noch nicht optimal aufgestellt: Das Gesundheitssystem verfügt zwar über State-of-the-Art-Diagnoseverfahren, jedoch erweisen sich die Wartezeiten für Patientinnen und Patienten als zu lange. Von innovativen Therapiemöglichkeiten profitieren noch zu wenige Menschen.
Vor dem Hintergrund des digitalen Fortschritts in der Medizin erachtet die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 es als essenziell, vorhandene Daten für Wissenschaft und Forschung zugänglich zu machen, um so eine optimale Versorgung auf schnellstem Weg zu gewährleisten, Langzeitschäden zu vermeiden und mehr gesunde, qualitätsvolle Lebensjahre zu erzielen. Früherkennung bedeutet enorme Kostenersparnis und bedingt das Zusammenspiel aller Player des Gesundheitssystems.

14.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um die Chancen, die frühzeitige Diagnosen und Therapien mit sich bringen, zu nutzen, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen** als Sofortmaßnahmen.

1. Daten nutzbar machen

Datennutzung bedeutet Lebensschutz.

1. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 fordert die Nutzung der **elektronischen Gesundheitsakte**, um Menschen mit genetisch bedingten Risikofaktoren **frühzeitig** zu **erkennen** und in weiterer Folge therapeutisch zu begleiten. Dabei dürfen Datenschutzüberlegungen wichtige Gesundheitsentscheidungen nicht behindern. Besonderes Augenmerk muss auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates gerichtet werden.
2. Die Präzisionsmedizin eröffnet insbesondere im Bereich der Onkologie immense Diagnosemöglichkeiten und damit bessere Behandlungsergebnisse. Voraussetzung sind ein breiter Zugang zu zertifizierten und validierten Tumorprofilanalysen sowie ein umfassender Zugang zur passenden Krebstherapie. Die Nutzung von Real World Data, also Patientendaten von Erhebungen mit gesundheitsrelevantem Bezug, erweist sich hier als essenzielle Stütze. PRAEVENIRE empfiehlt ein regionales in öffentlich-privater Partnerschaft finanziertes Pilotprojekt (Public-Private-Partnership-Modell), das den gesamtgesellschaftlichen Nutzen früher Krebsdiagnosen analysiert. Die Errichtung einheitlicher Register bietet das große Potenzial, steigende Therapiekosten effizient zu kontrollieren und die Evidenz neuer Anwendungen bzw. Finanzierungsmodelle klar darzustellen.
3. Am Beispiel von COVID-19-Daten hat sich gezeigt, dass der niedergelassene Bereich über keine Diagnose-Codierung verfügt und Daten daher auch nicht gesammelt werden können, um Symptome optimal zusammenzufassen (clustern). **Diagnose-Codes** müssen zukünftig verstärkt zum Einsatz kommen.

2. Kostenfreie Vorsorgeprogramme standardisieren

Gesundheitspolitik muss gezielter auf gesellschaftliche Entwicklungen reagieren.

1. Die emotionalen und wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie führen zu einem Anstieg psychischer Erkrankungen. Die österreichische Gesundheitspolitik muss umgehend auf diese gesellschaftliche Entwicklung reagieren und **kostenfreie psychosoziale Angebote verstärkt ausrollen**. Andernfalls droht dem Gesundheitssystem eine Kostenexplosion wegen der Spätfolgen aufgrund psychischer Erkrankungen und des Ausscheidens aus der Arbeitswelt.
2. Early Intervention: Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt die Ausrollung eines **Krankenstandsmonitorings**, um Patientinnen und Patienten früher und gezielter unterstützen zu können.
3. Im Umfeld von Entwicklungsstörungen stehen derzeit zu wenige zeitnahe diagnostische und thera-

peutische Kapazitäten zur Verfügung. Für die Diagnostik und Therapie sind vermehrt State of the Art Zentren zu schaffen. Das Ambulatorium Sonnenschein in St. Pölten zeigt sich hier als erfolgreiches Vorzeigebeispiel.

4. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 fordert die Adaptierung des Leistungskatalogs im niedergelassenen Bereich. Der Fokus muss dringend in Richtung Zuwendungsmedizin gesetzt werden, um so eine umfassende Behandlung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. In diesem Zusammenspiel muss die **Honorierung im niedergelassenen Bereich** angepasst werden. Ziel ist es, Honorierungssysteme zu etablieren, die den Ärztinnen und Ärzten mehr Zeit für die Aufklärung von Patientinnen und Patienten einräumt. Die Hausärztinnen und Hausärzte haben hier eine wichtige **Lotsenfunktion**, um bei bestimmten Verdachtsmomenten die notwendigen Folgeuntersuchungen in die Wege zu leiten (z. B. alle zwei Jahre Elektrokardiogramm (EKG) oder Lungenfunktionstests). Zu entscheiden ist, wie strikt das „Lotsensystem Hausarzt" im Sinne eines Einschreibmodells einzuhalten ist (am Beispiel Skandinaviens zeigt sich hier ein sehr striktes Konzept).
5. Die Apotheken, die oft erster Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten sind und damit einen niederschwelligen Zugang zu frühen Therapien ermöglichen, sollen in ihrer wichtigen Rolle gestärkt werden.
6. Die Weiterentwicklung von Früherkennungstests muss in Österreich vorangetrieben werden (z. B. Tumormarker).
7. **Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner** sowie **Schulmedizinerinnen und Schulmediziner** müssen im Zuge ihrer Curricula verstärkt auf das Themenfeld der frühzeitigen Diagnose ausgebildet werden. Sie sollen darüber hinaus die Möglichkeit haben, die Umsetzung empfohlener Maßnahmen überprüfen zu können.

3. Erfolgreiche Pilotprojekte österreichweit ausrollen

Das Rad muss nicht neu erfunden werden.

1. Parallel zu medizinischen Interventionen müssen stets volkswirtschaftliche Überlegungen integriert werden, die eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben sowie eine aktive Teilnahme am sozialen Leben ermöglichen. Das Konzept von „fit2work" stellt ein Best-Practice-Projekt für erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung dar und soll zukünftig verstärkt ausgerollt werden.
2. Die breitere Zugänglichkeit interdisziplinärer Therapiekonzepte muss angesichts der steigenden Zahl chronisch Kranker (z. B. Diabetes) sichergestellt sein. Am Beispiel von Schmerzpatientinnen und -patienten zeigt sich anhand der Multimodalen Schmerztherapie (MMSTh), wie sie im Klinikum Klagenfurt durchgeführt wird, dass damit enorme Kosteneinsparungen erzielt werden können. Durch den Ansatz der MMSTh kann ihre Lebensqualität gesteigert und die Wiedereingliederung in das Berufs-, Familien- und Sozialleben zügiger gestaltet werden. Innovative Therapien — wie der Einsatz vielversprechender Immunonkologika — sollen verstärkt in den Fokus rücken.
3. Staatliche Programme, die Anreize für regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen setzen, müssen ausgeweitet und finanziert werden. Erfolgreiche Beispiele zeigen sich im Bereich der Darmkrebs- und Brustkrebsvorsorgeprogramme sowie der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen. Auch am Beispiel von Lungenkrebs wird die Notwendigkeit frühestmöglicher Diagnosen deutlich: Ergebnisse der NELSON-Studie belegen, dass regelmäßige Low-Dose-Computer-Untersuchungen von Rauchern die Lungenkrebs-Sterblichkeit um knapp ein Viertel reduzieren.

Mensch im Mittelpunkt

Erst die ganzheitliche, individuelle und interdisziplinäre Betrachtung des Menschen — unter Einbeziehung psychosomatischer Erkrankungen (Mental Health Issues), Schmerztherapie oder Palliativmedizin — ermöglicht optimale frühzeitige Therapieansätze, die im Sinne der Patientinnen und Patienten gestaltet sind. Am Beispiel von Diabetes zeigt sich, dass es nicht nur um die optimale Blutzuckereinstellung geht, sondern vor allem auch das Verständnis für die Erkrankung seitens der Patientinnen und Patienten erforderlich ist, um positive Erfolge zu erzielen. Genauso müssen psychische Begleiterscheinungen, die beispielsweise eine Krebsdiagnose mit sich bringt, adäquat aufgefangen und mittherapiert werden.

Am Beispiel der Schmerztherapie zeigt sich die hohe Bedeutung der frühzeitigen Diagnose: Durch frühe und adäquate (optimalerweise multimodale) Behandlung kann eine Chronifizierung von Schmerzen vermieden bzw. deren Behandelbarkeit verbessert werden. Dadurch ließen sich die körperlichen und damit verbundenen psychischen Leiden der Patientinnen und Patienten sowie daraus resultierende enorme Folgekosten für das Gesundheitswesen verhindern. Daten aus Deutschland zeigen, dass 2,2 Prozent des BIP auf das Konto chronischer Schmerzen gehen, verursacht durch direkte Gesundheitskosten und Produktivitätsausfälle. In Österreich dürfte die Situation ähnlich sein.[1] Laut Österreichischer Schmerzgesellschaft (ÖSG) hat sich die abgestufte Schmerzversorgung mit drei Versorgungsebenen als optimales Modell erwiesen: Basisversorgung im niedergelassenen Bereich, spezialisierte Versorgung (z. B. intramurale Schmerzambulanzen) und hoch spezialisierte Versorgung (Einrichtungen mit multimodalen Therapieprogrammen).

Chancen der Digitalisierung

Innovative Diagnose- und Monitoring-Geräte bringen neue Chancen für frühe Diagnose- und Therapiemöglichkeiten mit sich. Das niederländische Start-up „SkinVision" hat beispielsweise eine App entwickelt, die Hautkrebs identifizieren kann: Die verdächtige Hautstelle wird fotografiert und in Folge mittels Datenbank-Abgleich entweder Entwarnung gegeben oder der Besuch bei einem Hautarzt empfohlen.

Künstliche Intelligenz generiert maßgeschneiderte Programme für ein gesünderes Leben. Die Weiterentwicklung von Systemen zur intelligenten Vernetzung von Daten trägt immens zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei. Heimische Forschungsprojekte rund um Künstliche Intelligenz müssen massiv gestützt werden, um die medizinische (Früh-)Diagnostik weiter voranzutreiben und so die Überlebenschancen und Lebensqualität der Menschen positiv zu beeinflussen.

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Frühe Diagnose und Therapie

GRÜNENTHAL Roche

1 Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG)

15. Patientenorientierung

»Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt«

Eine Gesundheitsversorgung, die den Menschen in den Fokus stellt, orientiert sich in erster Linie an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Es muss klar sein, wann, wo und von wem sie in bestmöglicher Form behandelt werden, und es muss einen wohnortnahen Zugang für alle geben.
Eine Analyse des österreichischen Gesundheitswesens zeigt, dass das Land systemorientiert agiert und nicht patientenorientiert. Um ein gelungenes Gesundheitssystem im Sinne der Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln, ist es essenziell, Partikularinteressen der Stakeholder hintanzustellen und systemgetriebenen Einzelentscheidungen zukünftig eine bessere Kooperationsbasis zu geben. Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen müssen in einer Form aufeinander abgestimmt werden, die den Menschen den richtigen Weg zu präventiven, therapeutischen und regenerativen Lösungen aufbereitet.

15.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um ein leistungsstarkes, finanzierbares und menschliches Gesundheitssystem zu etablieren, das die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen** als Sofortmaßnahmen.

1. Bedürfnisorientierung

Gesundheitsversorgung im Einklang mit veränderten Lebenswelten.

1. Zur breiteren Verwendung von **e-Rezept und e-Medikation (ELGA)** müssen **rechtliche Rahmenbedingungen** geschaffen werden, um zum einen den Autonomiebestrebungen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden und zum anderen das Gesundheitssystem zu entlasten.
2. Die Verfügbarkeit der medizinischen Angebote muss an reale Lebenskonzepte der Menschen sowie an gewohnte Öffnungszeiten aus Betrieben des Alltags angepasst werden (40 bis 50 Stunden pro Woche inklusive Tagesrandzeiten sowie Angebote an den Wochenenden). Dieses Ziel kann nicht ausschließlich durch Einzelordinationen abgedeckt werden.
3. Das vertragsärztliche Angebot im niedergelassenen Bereich muss gegeben sein. Nur so kann verhindert werden, dass Patientinnen und Patienten nicht in erster Linie die Ambulanz aufsuchen. Parallel dazu soll dem **Ausbau von Primärversorgungszentren** verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt werden.
4. **Patientenvertreter** und **Selbsthilfegruppen** müssen intensiver in Entscheidungsprozesse eingebunden werden, sodass gezielter auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingegangen werden kann. Perspektiven von Betroffenen sind essenziell und tragen stark zur Aufklärung über das alltägliche Leben mit einer bestimmten Erkrankung bei. Gute Ansätze finden sich beispielsweise im Bereich der Heilmittelevaluierungskommission (derzeit jedoch noch ohne Stimmrecht).
5. In Deutschland können **rezeptfreie Arzneimittel für Kinder unter zwölf Jahren** (bzw. bei Entwicklungsstörungen bis zum 18. Geburtstag) von den Krankenkassen bezahlt werden. Eine vergleichbare Regelung ist auch für Österreich sinnvoll, um sicherzustellen, dass kein Kind aufgrund der sozioökonomischen Stellung der Eltern im Rahmen von Self Care (im Sinne von Selbstsorge, Selbstmedikation) schlechter versorgt wird.
6. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 fordert den Ausbau **barrierefreier Informationsaufbereitung**, um Chancengleichheit (sprachlich, kulturell, für Menschen mit Beeinträchtigungen) herzustellen. In Zeiten von Informationsüberfluss und sich über Social-Media-Netze schnell verbreitenden Halbwahrheiten (Fake News) ist insbesondere die eigene **Website des Gesundheitsministeriums** als barrierefrei zugängliche Plattform auszubauen, die der Bevölkerung vertrauenswürdige, verifizierte, **evidenz- und faktenbasierte Gesundheitsinformationen** zur Verfügung stellt.

2. Transparente Qualitätssicherung [1]

Qualität vor Quantität.

1. Das österreichische Gesundheitssystem verfügt derzeit über keine einheitliche Qualitätsmessung. PRAEVENIRE fordert daher die Etablierung **unabhängiger**

Qualitätskriterien zur Bewertung von Dienstleistungsangeboten im Gesundheitswesen. Dem deutschen Modell des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen folgend, soll nicht nur die Anzahl durchgeführter Operationen, sondern insbesondere die Qualität der Operationen (Komplikationen, Infektionsraten etc.) öffentlich und leicht verständlich im Sinne einer „qualifizierten Transparenz" zugänglich gemacht werden.

2. Derzeit gibt es sehr lange Wartezeiten auf Operationen sowie auf Facharzttermine. **Transparente Wartelisten** für elektive **Operationen** sind dringend nötig. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 fordert eine Harmonisierung der derzeit unterschiedlichen Gesetzesgrundlagen in den Bundesländern für die Veröffentlichung von OP-Wartezeiten. Eine österreichweite verpflichtende OP-Liste soll dem bestehenden Ungleichgewicht Abhilfe schaffen.
3. Derzeit bestehen sowohl im intra- als auch extramuralen Bereich finanzielle Anreize zur Steigerung der Quantität der Gesundheitsleistungen. Die Honorierungssysteme müssen in beiden Bereichen rasch und vollständig auf Anreize zu weniger Quantität und mehr Qualität umgestellt werden. Diese „value based" Honorierungssysteme bedingen eine umfassende und lückenlose Ergebnisqualitätsmessung und Transparenz.
4. Der niedergelassene Bereich ist darüber hinausgehend intransparent. Eine Diagnosecodierung z. B. nach ICPC-2 ist unbedingt und rasch erforderlich. Es wird zwar festgehalten, wer, was, womit und für wen, aber es wird das Warum, also das eigentliche Gesundheitsproblem (die Diagnose), nicht dokumentiert.
5. Schnittstellen zwischen extra- und intramuralem Bereich bzw. zwischen stationärem Bereich und Pflegediensten müssen geschlossen werden. Es mangelt beispielsweise an einer **nahtlosen Übergangslösung** für die Zeit nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und dem Rehabilitationsaufenthalt.

3. Psychosoziale Versorgung stärken [2]

Gesunde Lebensentwürfe brauchen ganzheitliche Blickwinkel.

1. 40 Prozent der Zuerkennungen für Rehabilitationsgeld sind auf psychosoziale Erkrankungen zurückzuführen. Die Versorgung zeigt sich derzeit nicht ausreichend und verlangt höhere Investitionen in psychosoziale Versorgungsangebote. PRAEVENIRE empfiehlt, **Psychotherapie als Sachleistung auf Krankenschein** zu etablieren. Durch die Gleichstellung der Psychotherapie mit anderen Behandlungen im Gesundheitssystem kann der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen entgegengewirkt und leichter präventiv gehandelt werden.
2. Gesundheitsberufe-Angehörige (Health Care Professionals, HCPs) und Medizinerinnen und Mediziner müssen hinsichtlich psychosozialer Thematiken verstärkt sensibilisiert werden, um rechtzeitig interagieren zu können. Insbesondere im Bereich Kinder und Jugendliche sowie hoch belasteter pflegender Angehöriger muss ein bedarfsgerechter Ausbau der psychosozialen Versorgung sichergestellt sein.

Mensch im Mittelpunkt

Die kommende Patientengeneration verfügt über ein verändertes und ausgeprägteres Gesundheitsbewusstsein. Der Trend geht heute eindeutig von der Reparaturmedizin zur Präventivmedizin, womit der Mensch als autonom handelnde Person in den Mittelpunkt rückt. Das Gesundheitssystem muss in der Lage sein, die Menschen mit jenen Ressourcen auszustatten, die erforderlich sind, um die richtigen Entscheidungen für die eigene Gesundheit treffen zu können. Dazu gehört die Stärkung der Gesundheitskompetenz, das Wissen über den Umgang mit OTC-Produkten, also verschreibungsfrei erhältlichen Arzneimitteln und Gesundheitsprodukten, und der Abbau von Hürden im Zugang zu Arzneimitteln, indem neue Modelle der Rezeptfreiheit gefunden werden. Die **Self-Care-Perspektive** bildet heute einen essenziellen Baustein für eine patientenorientierte, menschliche und leistbare Gesundheitsversorgung, in der die gesetzliche Verankerung partizipativer Entscheidungsstrukturen immer wichtiger wird.

Chancen der Digitalisierung

Die Entwicklung digitaler Technologien unterstützt patientenzentrierte Ansätze enorm, da räumliche und zeitliche Perspektiven in den Hintergrund treten. Nach dem Motto „move the healthcare, not the patient" werden sich technische Möglichkeiten künftig noch stärker etablieren, Patientinnen und Patienten unterstützend zur Seite

stehen und letztendlich die aktive Beteiligung an einem eigenverantwortlichen Gesundheitsmanagement fördern. Als positives Beispiel fungiert das mobile Dialyseteam am Landesklinikum St. Pölten, das – ausgehend vom Krankenhaus – im niedergelassenen Bereich eingesetzt wird.

Im Zuge der e-Medikation-/ELGA-System-Nutzung muss entschieden werden, ob auch Pflegekräfte, die oft wichtige Vertrauenspersonen für zu pflegende Menschen sind, den Login bzw. die Identifizierung für jene übernehmen dürfen, die dies nicht mehr selbstständig tun können.

[1]–[2] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER *» siehe 15.2. auf der folgenden Seite*

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Patientenorientierung

AK WIEN ÖGB ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN Biosimilarsverband Österreich IGEPHA The Austrian Self Care Association MERCK Österreichischer Generikaverband qualityaustria Erfolg mit Qualität Roche VAMED health. care. vitality.

15.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissenspositionen der Ärztekammer für Wien

Tagesrandzeiten: Patientenorientierung kann nicht bedeuten, dass Patientinnen und Patienten sich nicht auch an gewisse Grundsätze halten müssen; und dazu sollte gehören, dass an Tagesrandzeiten und Wochenenden im öffentlichen Bereich nur Angebote bereitzuhalten sind, die dort medizinisch unbedingt notwendig sind. In Gesundheitsberufen sind überwiegend Frauen tätig, was frauenpolitisch dazu führt, dass diese Berufe extrem unattraktiv werden.
Angebot niedergelassener Bereich: Das Angebot kann nur geschaffen werden, wenn die Sozialversicherung die Anzahl der Kassenverträge vermehrt und diese attraktiv für Ärztinnen und Ärzte sind.
Einzelordinationen: Die allermeisten Ärztinnen und Ärzte arbeiten schon vernetzt mit anderen Kollegen; ungeachtet dessen spielen auch international Einzelordinationen eine wichtige Rolle in der Versorgung der Bevölkerung.
Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter: Selbsthilfegruppen sind unbestreitbar wichtige Partner; bei Patientenvertretungen hingegen muss man immer schauen, wer als Patientenvertreter auftritt und wo Abhängigkeiten bestehen. Sog. Patientenvertreter, die politisch von großen Gesundheitsdienstleistern ohne Patientenwahl bestellt werden und daher nicht unabhängig sind, sollten als solche auch transparent gemacht werden.
Psychotherapie als Sachleistung wird unterstützt, wenn aus Gründen der Qualitätssicherung ausschließlich Personen mit Humanmedizin- oder Psychologiestudium in die Sachleistung aufgenommen werden.
Überarbeitung der Governance-Strukturen der Zielsteuerung Gesundheit. Aktuell entscheiden die wesentlichen gesundheitspolitischen Fragestellungen Beamte aus Ländern und Sozialversicherung. Dies ist problematisch, da es sich um weitreichende strategische politische Fragestellungen handelt, die einerseits der politischen Entscheidungsebene sukzessive entzogen werden und ohne Einbindung und fachlichmedizinischen Input von Angehörigen der Gesundheitsberufe getroffen werden. Problematisch ist diesbezüglich auch, dass die vorbereitenden Dokumente jeglicher Transparenz entzogen sind.
Qualität vor Quantität: „Dem deutschen Modell des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen folgend, soll nicht nur die Anzahl der durchgeführten Operationen, sondern insbesondere die Qualität der Operationen öffentlich zugänglich gemacht werden." Aus Sicht der Ärztekammer für Wien sind die bestehenden Qualitätssicherungssysteme in Form von z. B. AIQUI und der eigens geschaffenen Website www.kliniksuche.at ausreichend. Vielmehr wäre eine stärkere Bewerbung und Kommunikation über die bestehenden Informationsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten wünschenswert.

Dissenspositionen der Arbeiterkammer Wien (AK) und des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB)

Die AK und der ÖGB sprechen sich gegen die Ökonomisierung des Gesundheitssystems aus. Der Mensch im Mittelpunkt heißt, Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen. Ausgeprägte soziale Ungleichheiten im Zugang und in der Qualität der täglichen Erwerbsarbeit sind eine ernsthafte Hypothek unseres Gesellschaftssystems. Diese „Hypothek" darf sich durch die Einführung von (finanziellen) Barrieren, wie etwa Selbstbehalte, nicht verschärfen. Die moderne Arbeitswelt ist geprägt durch eine Zunahme des Leistungs- und Wettbewerbsdrucks, gesteigerte Anforderungen an Flexibilität, Mobilität und Anpassungsfähigkeit und die zunehmende Fragmentierung der Erwerbsbiografie durch Berufswechsel, Umschulung, Zeitverträge, Perioden der Arbeitslosigkeit und generell gesteigerte Arbeitsplatzunsicherheit. Es kann nicht primär darum gehen, Menschen mit Ressourcen auszustatten, um krank machende Arbeitslasten zu managen, sondern Maßnahmen zur Reduktion von gesundheitlichen Risiken in der Arbeitswelt zu setzen. Der Trend sollte nicht nur von der Reparaturmedizin zur Präventivmedizin gehen, sondern von der Medizin zu gesunden Arbeitsbedingungen.

Ergänzungen zu folgenden Punkten:

[1] *Zu 2 Transparente Qualitätssicherung:* Auch im niedergelassenen Bereich braucht es eine unabhängige und wirksame Qualitätskontrolle mit Sanktionsmöglichkeiten.

[2] *Zu 3 Psychosoziale Versorgung stärken:* Die AK und der ÖGB fordern Clearingstellen als „Wegweiser" zur psychischen Gesundheit. Klinische Psychologinnen und Psychologen könnten hier eine Ersteinschätzung treffen und gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die weiteren Schritte planen. Vorrangig sollte das Prinzip „Psychotherapie statt Psychopharmaka" gelten. Mit den Verschreibungen ist bedachtsamer umzugehen (es bedarf fachärztlicher Kontrolle). Besonders Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner sollten geschult werden, da viele psychische Belastungen aus dem betrieblichen Umfeld stammen. Es handelt sich also um eine betriebliche Verantwortung.

16. Corona-Learnings

»Telemedizin vollwertig integrieren und honorieren«

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, menschennahe 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 werden 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 umfasst 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 betrifft, bedingt durch den eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem, 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.

1. 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 Alternativprodukte 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.
2. **Pandemieplan und zentrale Koordinierung:** Die Spitalskapazitäten, die in den letzten Jahren immer wieder als „Überversorgung" kritisiert wurden, waren ausreichend und wurden 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.
3. 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.
4. 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.
5. **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**.
6. 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.
7. 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 Jahrzenten 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 aufrechtzuhalten.

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

AUFBAU

PRAEVENIRE Weißbuch Zukunft der Gesundheitsversorgung

Das PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ ist in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil des Ihnen vorliegenden Weißbuches sind die strategischen Handlungsempfehlungen des Vereins PRAEVENIRE zusammengefasst, die mit Expertinnen und Experten und den Kooperationspartnern wie Unterstützern erarbeitet wurden.

Im zweiten Teil — im Expertise Summary — können zu jedem Themenkreis die einzelnen Arbeitsschritte im Detail nachgelesen werden. Das sind z. B. Zusammenfassungen der Experteninterviews, Management Summaries der Gipfelgespräche zum Weißbuch und Protokolle der PRAEVENIRE Gipfelgespräche, die von Mai 2019 bis September 2020 bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten, auf der Schafalm in Alpbach sowie in Wien im Rahmen von Gipfelgesprächen live und per Videokonferenz stattgefunden haben.

Umfassende Informationen finden Sie auf der Website der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 unter: www.praevenire.at

I. Weißbuch	MODUL 6	Strategische Handlungsempfehlungen der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 *Themenkreis 1—16*
II. Expertise Summary	MODUL 5	Zusammenfassung der Expertinnen- und Experteninputs
	MODUL 4	Management Summaries der PRAEVENIRE Gipfelgespräche zum jeweiligen Weißbuch-Themenkreis
	MODUL 3	Management Summaries der PRAEVENIRE Gipfelgespräche 2019 bis 2020
	MODUL 2	Experteninterviews und Positionspapiere
	MODUL 1.1	Quellenangaben (Literatur, Studien, Presseartikel und -aussendungen)
	MODUL 1.2	Mitwirkende Expertinnen und Experten

Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 dankt allen, die von Mai 2019 bis September 2020 an der Erarbeitung der 15 Themenkreise und des Kapitels Corona-Learnings für das Weißbuch Version 2020 „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ mitgewirkt haben.

DANKSAGUNG

Ein Werk wie das Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung" der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 kann ohne umfassende Unterstützung zahlreicher Institutionen und Persönlichkeiten nicht entstehen.

Die Arbeit der Initiative wurde durch die Kooperation und das Engagement zahlreicher Expertinnen und Experten ermöglicht, die ihr Fachwissen und ihre Motivation in diesen Prozess eingebracht haben. Aber auch Persönlichkeiten, die unserer Initiative mit ihrer Arbeit Inspiration gegeben haben oder deren konstruktive Kritik wir vernommen haben, haben zum Erfolg beigetragen und sollen nicht unerwähnt bleiben.

Der Verein PRAEVENIRE bedankt sich in diesem Sinne sehr herzlich bei den folgenden Persönlichkeiten:

Michael Ackerl
Monika Aichberger
Gerhard Aigner
Daniel Aletaha
Eva Maria Allen
Sigrid Allerstorfer
Marion Alt
Claudia Altmann-Pospischek
Doris Amann
Wolfgang Andiel
Martina Anditsch
Ojan Assadian
Gertrude Aubauer
Selma Aydin-Yilmaz
Gerald Bachinger
Hans Bachitsch
Christoph Baldinger
Marija Balic
Isabella Bauer-Rupp
Christoph Baumgärtel
Stefan Baumgartner
Matthias Beck
Nina Bennett
Thomas Berger
Ulrike Berger
Walter Berger
Christian Bernard
Werner Beutelmeyer
Alexander Biach
Ludwig Bichler
Helga Bickel
Michael Binder
Verena Biribauer
Martina Böck
Christof Bocksrucker
Silvia Bodi
Juliane Bogner-Strauß
Matthias Bolz
Diana Bonderman
Andrea Vincenzo Braga
Christine Braumiller
Caroline Braunhofer
Ingrid Braunhofer
Christian Breitfuss
Eveline Brem
Lisa Brunner
Martin Brunninger
Christian Bsteh
Franz Buchberger
Florian Burger
Hans Burkard
Reinhard Busch
Bastian Cantieni
Gregor Cencig
Catherina Chiari
Hans Concin
Richard Crevenna
Caroline Culen
Christoph Dachs
Peter Dal-Bianco
Alexandra Danzinger
Stefan Deflorian
Michael Demel
Martina Denich-Kobula
Ernst Derfler
Kirsten Detrick
Evelyn Devuyst
Anna Maria Dieplinger
Klaudia Dietrich
Stefan Dinges
Karl Dorfinger
Günter Dorfmeister
Walter Draxl
Christiane Druml
Karin Duderstadt
Patrick Dümmler
Johann Ebner
Bernhard Ecker
Ronald Ecker
Barbara Eder
Marie-Therese Ehrendorff
Susanne Eibegger
Gabriele Eichhorn
Peter Eichler
Helmut Ellemunter
Evelyne Ellinger
Mona Elzayat
Klaus Engelke
Susanne Ergott-Badawi
Peter Erhalt
Susanne Erkens-Reck
Peter Ertl
Nicole Ettl
Michael Ewers
Peter Fasching
Günter Fellhofer
Birgit Fenderl
Stefanie Fercher
Elisabeth Fertl
Vera Fidler
Thomas Fiedler
Gabriele Fischer
Michael J. Fischer
Werner Fischl
Holger Flick
Gerd Folkers
Heinz Forstner
Roland P. Frank
Birgit Frassl
Christa Freibauer
Sandra Freimann-Pircher
Michael Freissmuth
Georg Freude
Gabriele Freynhofer
Ingrid Friedl
Ursula Frohner
Julia Fruhmann
Franz Frühwald
Claudia Fuchs
Heinz Fuchsig
Georg-Christian Funk
Christoph Fürthauer
Roswitha Gaisbauer
Fritz Gamerith
Stefan Gara
Barbara Gebhard
Christian Gepart
Gunda Gittler
Judith Glazer
Reinhold Glehr
Martin Gleitsmann
Claudia Gnant
Michael Gnant
Sonja Gobara
August Gomsi
Babette Grabner
Erik Graf
Maria Grander
Cornelius Granig
Günther Graninger
Susanne Greber-Platzer
Richard Greil
Ernest Groman
Evelyn Groß
Andrea Gruber
Manuela Gruber
Ludwig Gruber
Birgit Grünberger
Daphne Gschwantler-Kaulich
Karin Gstaltner
Michael Guger
Remo Gujer
Susanne Guld
Heinz Haberfeld
Elisabeth Habernig
Florian Habersberger
Gerhard Hackl
Marion Hackl
Immaculata Haffner
Rudolf Haffner
Viktor Hafner
Martina Hagspiel
Doris Haider
Michael Halmich
Dagmar Halper
Hans Haltmayer
Andreas Hammerl
Margot Ham-Rubisch
Alexander Hartl
Sigrid Haslinger
Jens Hasskarl
Marco Hassler
Doris Hauer
Monika Haunsberger
Sonja Häuselhof
Gebhard Hauser
Ines Hauser-Herz
Achim Hein
Christian Johannes Herold
Iris Herscovici
Harald Hertz
Ina Herzer
Alexander Herzog
Johann Heuras
Wolfgang Hilbe
Eva Hilger
Irmgard Himmelbauer
Margarethe Hochleitner
Maximilian Hochmair
Andrea Hofbauer
Gert Hofer
Hansjörg Hofer
Philipp Hofer
Gerald Höfler
Erol Holawatsch
Susanne Höllinger
Eva Höltl
Lisa Holzgruber
Thomas Holzgruber
Heidemarie Holzmann
Bernhard Holzner
Peter Hopfinger
Friedrich Hoppichler
Andreas Hoyer
Lorenz Huber
Ingrid Huber-Strubl
Nicole Humer
Andreas Huss
Peter Husslein
Wolfgang Ibrom
Gernot Idinger
Bernhard Iglseder
Ulrich Jäger
Gerald Jahl
Beate Jahn
Gabriele Jaksch
Astrid Jankowitsch
Martina Jeske
Stefan Jirecek
Elfi Jirsa
Elmar Joura
Aleks Jovanovic
Janis Jung
Christof Jungbauer
Jaqueline Jürs
Elmar Kainz
Naghme Kamaleyan-Schmied
Gerhard Kammerlander
Lars-Peter Kamolz
Daniela Karall
Susanne Kaser
Siegfried Kasper
Hannes Kaufmann
Alexandra Kautzky-Willer
Beate Kayer
Elisabeth Keil
Felix Keil
Mohammad Keilani
Klemens Kern
Werner Kerschbaum
Gregor Kienbacher
Elena Kinz
Peter Kirchschläger
Markus Klamminger
Christoph Klaus
Christoph Klein
Sonja Klima
Astrid Knitel
Martin Koch
Martin Kocher
Konrad Kogler
Petra Kohlberger
Jürgen Köhler
Rainer Kolb
Wolgang Köle
Franz Kolland
Nikolaus Koller
Sonja Koller
Andreas Kolm
Kai Kolpatzik
Daniela König
Matthias König
Michael König
Ulrike Königsberger-Ludwig
Beate Koopmann
Gottfried Koos
Renate Koppensteiner
Maria Korak-Leiter
Barbara Kornek
Gabriela-Verena Kornek
Ingrid Korosec
Ljiljana Kovacevic
Bernd Krainer
Caroline Krammer
Reinhard Kraxner
Matthias Krenn
Maria-Theresia Kriederer
Marion Kronberger
Elisabeth Kuc
Michael Kunze
Andreas Kurringer
Andrea Kurz
Gabriele Laaber
Elisabeth Lackner
Florian Lagler

Michaela Langer
Martina Laschet
Michaela Latzelsberger
Günther Laufer
Mads Veggerby Lausten
Irmgard Lechner
Sonja Ledl-Rossmann
Peter Lehner
Bernd Leinich
Matthias Leitner
Philipp Lukas Leitner
Doris Leitner-Pohn
Chris Levy
Rudolf Likar
Phililpp Lindinger
Gerald Loacker
Wolfgang Löscher
Ulrich Lübcke
Christopher Lueg
Veronika Macek-Strokosch
Peter Machacek
Sigrid Machherndl-Spandl
Nadja Mader
Bruno Mähr
Manfred Maier
Monika Maier
Christoph Male-Dressler
Klaus Markstaller
Markus Marterbauer
Christian Marth
Bernhard-Michael Mayer
Gert Mayer
Marianne Mayer
Hanna Mayer
Martin Mayerhofer
Mirjana Mayerhofer
Michael Mayrhofer
Elisabeth Mayrwöger
Peter McDonald
Michael Medl
Birgit Meinhard-Schiebel
Eiko Meister
Arno Melitopulos
Elisabeth Messinger
Veronika Mikl
Christoph Miksch
Aichenegg
Yasaman Miremadi
Helmut Mödlhammer
Leif Moll
Wilhelm Molterer
Reinhard Morawa
Sabine Möritz-Kaisergruber
Claire-Sophie Mörsen
Cornelia Moser
Michaela Möstl
Michel Angelo Mrach
Robert Müllegger
Christine Müller
Markus Müller
Maximiliane Müller
David Mum
Petra Munda
Ulrike Mursch-Edlmayr
Nicole Muzar
Roland Nagel
Christina Nageler
Stefan Nehrer
Valerie Nell-Duxneuner
Karin Nemec
Christoph Neumayer
Martina Neumayer-Tinhof
Ludwig Neuner
John Nolan
Kazem Nouri
Peter Nowak
Alexander Nussbaum
Katharina Obrovsky
Herbert Armin Obweger
Martina Olf-Meindl
Harald Ott
Ingrid Pabinger-Fasching
Georg Pall
Eva Pallwein-Prettner
Wolfgang Panhölzl
Michael Pap
Anna Papaioannou
Jan Pazourek
Elham Pedram
Jürgen M. Pelikan
Anna Penatzer
Tamás Petrovics
Hans-Peter Petutschnig
Birgit Pfaller-Eiwegger
Karin Pfaller-Frank
Ronald Pichler
Silvia Pickner
Franz Gerhard Pietsch
Sigrid Pilz
Elisabeth Pittermann
Regina Plas
Sven Arne Plaß
Johannes Pleiner-Duxneuner
Andrea Podczeck-Schweighofer
Alice Poier
Doris Polzer
Manfred Polzer
Susanne Pölzl
Wolfgang Popp
Roman Pöschl
Stefan Potyka
Elisabeth Potzmann
Helene Prenner
Matthias Preusser
Stephanie Prinzinger
Michael Prunbauer
Georg Psota
Andreas Pühringer
Gerold Rachbauer
Alfred Radner
Christa Rados
Christine Radtke
Otto Rafetseder
Monika Redlberger-Fritz
Jürgen Rehak
Berthold Reichardt
Walter Reinisch
Ingrid Reischl
Joachim Rettl
Leo Richter
Alfred Riedl
Petra Riegler
Bernd Michael Rode
Claas Röhl
Elke Röhrbacher
Sabine Röhrenbacher
Elena Röhrl
Sebastian Roka
Elisa Röper
Waltraud Rosatzin
Alexander Rosenkranz
Silvia Rosoli
Monika Roth
Andreas Rothensteiner
Birger Rudisch
Robin Rumler
Bernhard Rupp
Philipp Saiko
Michael Sartori
Werner Saxinger
Eva Schaden
Martin Schaffenrath
Kurt Schalek
Christian Schauer
Michael Schenk
Andrea Schindelar
Thomas Schindl
Alois Schlager
Christa Schlager
Constance Schlegl
Petra Schlösser
Christopher Schluder-mann
Alexander Schmid
Karin Schmidt
Rudolf Schmitzberger
Bernd Schneider
Susanne Schöberl
Thomas Schöffmann
Sabine Scholl-Bürgi
Volker Schörghofer
Barbara Schorr
Gabriele Schrammel
Günther Schreiber
Jochen Schuler
Franz Schuster
Gerhard Schuster
Klaus Schuster
Thomas Schützenhofer
Gabriela Schwarz
Thomas Schweiger
Stefan Seer
Andreas Seiringer
Grudrun Seiwald
Lukas Seper
Paul Sevelda
Christian Singer
Josef Singer
Julia Six
Martin Skoumal
Feldin Smajlovic
Josef Smolen
Josef Smolle
Ronald Söllner
Wolfgang Sperl
Georg Spiel
Johann Spreitzer
Christine Stadler-Häbich
Johannes Starkbaum
Edgar Starz
Reinhard Stauder
Guenther Steger
Johannes Steinhart
Christoph Steininger
Doris Stelzhammer
Dieter Steup
Harald Stingl
Peter Stippl
Andreas Stippler
Hannes Stockinger
Eva Stöckl
Diemut Strasser
Margit Straßhofer
Mariella Stubhann
Thomas Szekeres
Renate Tewes
Florian Thalhammer
Friederike Thilo
Katharina Thom
Claudius Thomé
Arnd Thorn
Helga Tieben
Daniel Tiefengraber
Herbert Tilg
Hermann Toplak
Mahitab Treidl-Khalifa
Walter Troger
Helmut Trötzmüller
Karlheinz Tscheliessnigg
Albert Tuchmann
Olivia Turan
Felix Unger
Peter Valent
Ines Vancata
Barbara Vantsch
Anna Vavrovsky
Thomas Veitschegger
Eva Verhnjak
Jeppe Vestentoft
Wolfgang Voelckel
Monika Vögele
Harald Vogelsang
Manfred Vogl
Marie-Hélène Von de Rijdt
Philipp von Lattorff
Wolfgang Wacek
Andreas Wachter
Fabian Waechter
Andrea Wagner
Andreas Walter
Ulrike Walther
Franz Watzinger
Thomas Weber
Artur Wechselberger
Jens Weidner
Alexander Weigl
Wolfgang Wein
Gert Weinmann
Ursula Weismann
Wolfgang Weismüller
Josef Weiss
Petra Welskop
Ansgar Weltermann
Sabine Wendt
Wolfgang Weninger
Christoph Wenisch
Alexandra Whitworth
Angelika Widhalm
Christian Wiederer
Elisabeth Wiedermann
Ursula Wiedermann-Schmidt
Manfred Wieser
Claudia Wild
Monika Wild
Iris Wille
Harald Willschke
Andreas Windischbauer
Andreas Winkler
Walter Wintersberger
Christa Wirthumer-Hoche
Dominik Wolf
Hedwig Wölfl
Gerald Wolfschütz
Nina Worel
Claudia Wunder
Alexandra Wunderl
Christian Wurstbauer
Carina Wurz
Bernhard Wurzer
Elisabeth Zanon
Alain-Gustave Zeimet
Werner Zenz
Pia Zhang
Christoph Zielinski
Georg Ziniel
Johannes Zschocke

SAVE THE DATE

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM

6. PRAEVENIRE Gesundheitstage

im Stift Seitenstetten

17.—21. MAI 2021

Weißbuch Version 2020 der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

—

Handlungsempfehlungen für die Politik

Meine Vorstellung ist, dass PRAEVENIRE ein Wegweiser in die Zukunft ist, der aufzeigen soll, wie wir ein modernes, leistungsfähiges Gesundheitssystem für die österreichische Bevölkerung erhalten und entwickeln.

Hans Jörg Schelling

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft