

15.

Patienten- orientierung

Weißbuch Version 2020

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber: Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung; Präsident: Dr. Hans Jörg Schelling; E-Mail: umsetzen@praevenire.at; 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), Mag. Julia Wolkerstorfer | Gestaltung und Produktion: Welldone Werbung und PR GmbH (Gestaltung: Katharina Harringer, Produktion: Mag. Lisa Heigl-Rajchl) | Lektorat: Mag. Charlotte Babits | www.praevenire.at

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

Redaktionsschluss: 03.09.2020

© 2020 PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

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 zu Gesundheitseinrichtungen 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 Heilmittelvaluierungskommission (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 Landeskrankenhaus 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



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 Webseite 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.

EXPERTISE SUMMARY

15. Patientenorientierung

Zusammenfassung der Expertenbeiträge

Management Summaries der PRAEVENIRE Gipfelgespräche

Experteninterviews

Quellenverzeichnis

Mitwirkende Expertinnen und Experten

Zusammenfassung der Expertenbeiträge

Ein Grundsatz der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 ist, dass es um Menschen und nicht um Systeme geht. In diesem Sinne müssen sie in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems gestellt werden. Patientenorientierung heißt, auf die bestmögliche Betreuung im Sinne der Patientin und des Patienten ausgerichtet zu sein, mit einer optimalen Versorgungsstruktur, die am Wohl der Patientin und des Patienten auszurichten ist und nicht auf systemgetriebenen Entscheidungen basiert. Dieser Prämisse folgend, sind alle benötigten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen aufeinander abzustimmen, um den Patientinnen und Patienten den besten Weg zu präventiven, therapeutischen und regenerativen Gesundheitsaktivitäten zu zeigen.

Patientinnen und Patienten muss es möglich sein, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, damit – nicht nur im Krankheitsfall – Klarheit darüber herrscht, wohin man sich mit Gesundheitsfragen wenden kann. Um dies zu ermöglichen, ist ein niederschwelliger Zugang zur Krankenversorgung und eine Steuerung der Patientenströme anzustreben, damit der erste Weg nicht zur Fachärztin oder zum Facharzt oder in die Spitalsambulanz führt.

Im Sinne eines transparenten Gesundheitssystems gilt es, der fortschreitenden Digitalisierung Rechnung zu tragen, damit für die Bevölkerung die Leistungen von Gesundheitseinrichtungen sichtbar und die Finanzierung sowie mögliche finanzielle Unterstützungen vergleichbar sind.

Für eine umfassende Patientenorientierung ist Betroffenen auch die Partizipation und Mitbestimmung an Entwicklungs- und Entscheidungsprozessen zu ermöglichen. Individuelle Patientenrechte sind in Österreich gesetzlich verankert, für eine kollektive Patientenbeteiligung gibt es allerdings keine gesetzliche Regelung. Bereits 1994 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Thema kollektive Patientenbeteiligung in ihrer „Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe“ aufgenommen und der Europarat 2000 die Mitgliedsländer aufgefordert, Voraussetzungen zu schaffen, damit sich Patientenbeteiligung entwickeln kann. In diesem Sinne sind Patientinnen und Patienten auch bei den sie betreffenden Reformvorhaben in den Mittelpunkt zu stellen.

Wohnortnahe und zeitgerechte Versorgung

Ziel sollte die Schaffung einer regionalen integrierten Versorgung aus einer Hand mit verbindlicher Versorgungsplanung und Einbeziehung vorhandener Gesundheitsinfrastruktur sein. Dafür sind Rahmenbe-

dingungen zu schaffen, die eine optimale Abstimmung der Trias, bestehend aus extramuralem, intramuralem Bereich und Pflege, ermöglichen.

Im extramuralem Bereich ist im Sinne der Patientenorientierung die regionale integrierte wohnortnahe Versorgung das erstrebenswerte Ideal. Diese besteht aus der örtlichen, zeitlichen und medizinisch-fachlichen Säule.

Die örtliche Säule versteht die Distanzen räumlicher Natur vom Wohnort zum Arbeitsplatz. Diese werden mit zunehmender Mobilisierung der Bevölkerung einfacher zu bewerkstelligen sein. In diesem Zusammenhang sind auch Chancen durch und Anwendungen aus der Digitalisierung und Telearbeit miteinzubeziehen.

Die zeitliche Säule meint die Dauer der Verfügbarkeit des Angebots an Versorgung. Hier sollten die Öffnungszeiten der (Dienstleistungs-)Angebote an gewohnte Öffnungszeiten aus Betrieben des Alltags angepasst werden, also mindestens 40 bis 50 Stunden pro Woche bei der Ordinationszeit, inklusive Tagesrandzeiten und Angeboten am Wochenende. Das kann jedoch nicht durch Einzelordinationen abgedeckt werden.

Für die fachlich-medizinische Säule muss ein umfassendes und verbindliches Anforderungsprofil und Angebotsportfolio erstellt werden, welches eine Kassenärztin oder ein Kassenarzt erfüllen muss. Wie bei der zeitlichen Komponente wird die Erfüllung dieses Anforderungsprofils durch Einzelordinationsärztinnen und -ärzte nicht abzudecken sein.

Diese drei Säulen sind Voraussetzung zur **Steuerung der Patientenströme**. Nur wenn das Angebot im niedergelassenen Bereich gegeben ist, werden Patientinnen und Patienten nicht in erster Instanz eine Spitalsambulanz aufsuchen.

Zusätzlich hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang emotionale und zwischenmenschliche Kom-

ponenten, die sogenannten **Soft Skills**. Ein Gefühl, gut versorgt und aufgehoben zu sein, ist für Patientinnen und Patienten sehr wichtig. Ebenso sind für die Hard Skills klare fachliche Kompetenzen nötig: Auch hier gilt es, im niedergelassenen Bereich etwaige Lücken zu finden und zu schließen.

Der intramurale Bereich funktioniert im Gesamtsystem gut, er hat ausreichende Versorgungskapazität (z. B. hinsichtlich Akutbettenanzahl) und wird auch als One-Stop-Shop gesehen. Verbesserungspotenzial gibt es im Konnex mit der Gesundheitssystemkompetenz. Die Patientin bzw. der Patient muss z. B. wissen, dass nicht jedes Krankenhaus in jedem Bereich sämtliche Leistungen erbringen kann. Zudem fehlen Hinweise auf die Qualität des Angebots, es gibt keine Indikatoren, welche die Krankenhausausswahl für die Patientin und den Patienten erleichtern. Hier sollte ihnen Orientierung geboten werden. Mit der Website www.kliniksuche.at hat das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz ein Projekt im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 gestartet, durch welches es Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen möglich ist, in Eigenverantwortung ein Krankenhaus nach Bundesland oder Leistungsbereich auszuwählen und sich auf einen Krankenhausaufenthalt vorzubereiten. Zu ergänzen wäre ein einfacher und eindeutig verständlicher Schlüssel, der für die potenziellen Patientinnen und Patienten im Sinne einer qualifizierten Transparenz die Unterschiede und Hintergründe zeigt und bundesweit einheitlich aufgebaut ist. Ein Teil der benötigten Zahlen für eine unabhängige Qualitätserhebung für einen Krankenhaus-Kompass ließe sich, nach dem Modell des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen¹ (Deutschland), nicht nur durch die Anzahl der durchgeführten Operationen, sondern auch durch die Frage, mit welcher Qualität diese Operationen durchgeführt wurden, erschließen. Zu diesem Zweck werden Fallzahlen und andere Marker gebraucht, die öffentlich zugänglich sind.

Standardisierte Qualitätskriterien für Patientinnen und Patienten fehlen auch im extramuralen Bereich, beispielsweise eine vertrauenswürdige Orientierung für die Arztwahl. Es existiert keine einheitliche Qualitätsmessung, Ärztebewertungen in Zeitschriften oder im Internet sind nicht transparent, vor allem kann die Rezipientin oder der Rezipient oftmals nicht nachvollziehen, auf wel-

chen Quellen die Bewertungen basieren. Die Patientin oder der Patient ist bei seiner Arztwahl meist auf persönliche (Weiter-)Empfehlungen angewiesen. Zur Ergänzung braucht es unabhängige Qualitätskriterien zur Bewertung der Dienstleistungsangebote der Gesundheitsbranche. Die Erhebungen müssten standardisiert und deren Ergebnisse offengelegt werden. Die Einsichtnahme sollte sowohl für den niedergelassenen als auch den stationären Bereich gegeben sein.

Hinsichtlich Patientensicherheit und bei der Evaluierung von Unternehmensführung und Therapieergebnis fehlt es an Transparenz und Datenmaterial. Im Rahmen des Qualitätsmanagements könnten, basierend auf einer österreichweiten Patientenumfrage, Kriterien festgelegt und ein Standardisierungsverfahren eingeleitet werden. Im Zuge dessen ist zu beachten, dass weniger die „Hotelkomponente“ einer (Krankenhaus-) Einrichtung abgefragt, sondern der Fokus auf Versorgungsqualität und Schnittstellenoptimierung gelegt werden sollte. Da auch im niedergelassenen Bereich eine Patientenzufriedenheitserhebung fehlt, ist es sinnvoll, eine solche Befragung in beiden Bereichen durchzuführen. Die methodischen Werkzeuge und Tools für eine Durchführung sind vorhanden. Für Zuständigkeit und Finanzierung wird jedoch eine unabhängige Stelle wie die öffentliche Hand benötigt.

Derzeit sind teilweise lange Wartezeiten auf eine Operation (wie teils auch die Wartezeit auf einen Arzt- und Facharzttermin) eines der größten Probleme, die es zu lösen gilt. Das kann z. B. mit transparenteren Wartelisten für elektive Operationen gelingen. Dazu braucht es eine Harmonisierung der derzeit unterschiedlichen Gesetzesgrundlagen in den Bundesländern für eine Veröffentlichung von OP-Wartezeiten. Sowohl Patientinnen und Patienten als auch Ärztinnen und Ärzten sind diese Informationen im Sinne von mehr Transparenz zur Verfügung zu stellen. Für operative Eingriffe könnte dem WHO-Projekt "Safe Surgery Saves Lives" folgend, eine österreichweite OP-Checkliste als eine Gesetzesvorgabe verpflichtend eingeführt werden. Ziel ist, die Sicherheit für Patientinnen und Patienten zu erhöhen, indem berufsspezifische Aspekte von allen bei einer Operation Beteiligten einfließen und an lokale Gegebenheiten angepasst werden. Eine österreichische Version wurde z. B. von der Plattform Patientensicherheit ANetPAS entwickelt. Ebenso wären Risikomanagement und ein Quality-Management-System vonnöten. Zur Qualitätshaltung und -verbesserung

¹ <https://iqtig.org/>

muss die Struktur dringend vereinheitlicht werden, um das Niveau halten und verbessern zu können.

Schnittstellen sollten zwischen intramuralem Bereich und Pflegediensten, als auch zwischen intra- und extramuralem Bereich geschlossen werden. Für Patientinnen und Patienten fehlt es oftmals an einer nahtlosen Übergangslösung für die Zeit nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und dem Rehabilitationsaufenthalt, um ein Beispiel zu nennen. Jeder Bereich arbeitet gut für sich, aber im Sinne der bereits erwähnten optimalen Abstimmung der Trias müssen sie besser verbunden werden. Um dies zu erreichen, müssten geschulte Patientenvertreter verstärkt eingebunden werden, um nicht nur ein Krankheitsbild, ein Medikament oder Kosten zu thematisieren, sondern um darüber hinaus Bedürfnisse der Betroffenen zu erkennen und in Entscheidungen zu berücksichtigen. Eine solche Perspektive kann viel zur Aufklärung über das alltägliche Leben mit einer Erkrankung beitragen.

Gute Ansätze gibt es beispielsweise in der Heilmittel-evaluierungskommission (HEK), welche darüber entscheidet, ob neue Medikamente von den Krankenkassen erstattet werden sollen. Die Kommission involviert nun auch die Patientenrechtsanwaltschaft, jedoch ohne Stimmrecht. Trotzdem ist dies ein Schritt in die richtige Richtung, da die Sicht der Patientin und des Patienten und deren Leben mit der Erkrankung thematisiert werden. Die Sichtweisen der kostenübernehmenden Stellen und Patientinnen und Patienten sind oft sehr unterschiedlich. Umso wichtiger ist es, beide Seiten zu betrachten.

Die ärztliche Versorgung in Österreich liegt bei der Ärztezahlnzahl pro Kopf im europäischen Spitzenfeld.² Diese Zahlen zeigen, dass der „Ärztmangel“ nicht zuletzt aus der mangelnden Attraktivität von Kassenstellen resultiert. Hier muss gegengesteuert werden. Zudem sieht sich die junge Ärztegeneration nicht mehr als Einzelkämpfer, sondern will in Gruppen oder in Organisationen arbeiten. Folglich sollten statt dem Modell der Einzelordination, bei dem jeder privatwirtschaftlich eigenverantwortlich tätig ist, PPP-Modelle gefördert werden. Darüber hinaus ist eine Ausgliederung von externer Versorgung an private Anbieter mit Budget und Versorgungsauftrag zu überdenken (vgl. Seite 28, Best-Practice-Beispiel „Gesundes Kinzigital“ in Deutschland:

www.gesundes-kinzigital.de). In jedem Fall geht der Weg von Einzelversorgern hin zu größeren, regionalen Versorgungsstrukturen. Daher müssten individuelle Vereinbarungen mit Berücksichtigung regionaler Unterschiede statt Gesamtverträgen getroffen werden, denn diese sollten an die Patientinnen und Patienten, an unterschiedliche Modelle, Anforderungsprofile und Honorierungssysteme angepasst werden. Möglichkeiten zu einer Änderung sind im ASVG-Rahmen gegeben.

Ein Beispiel für überregionale Zusammenarbeit ist die in Niederösterreich gegründete Landesgesundheitsagentur, die bereits in fünf Regionen sowohl den stationären als auch den Pflegebereich in einer Hand hält. Hier fehlt für die Vollendung der Trias nur noch der niedergelassene Bereich.

Als ausbaufähiges Best-Practice-Modell können Nurse-Services, wie es sie für an Multipler Sklerose (MS) Erkrankte bereits gibt, genannt werden. Pflegekräfte unterstützen Patientinnen und Patienten im Rahmen dieser Services unter anderem bei ihrer Therapie bzw. Medikation. Patientinnen und Patienten werden auf Gesprächstermine mit Neurologinnen und Neurologen im Krankenhaus vorbereitet, eine Polymedikation auf Nebenwirkungen hin überprüft. Pflege- und Betreuungsservices wie diese werden immer wichtiger, da Therapien zwar zielgerecht wirksamer werden, dafür die Anwendungsintervalle zeitlich zum Teil weiter auseinanderliegen (z. B. eine bisher zweiwöchige Therapie braucht nur mehr einmal im Jahr angewendet werden). Daher ist mehr auf Therapietreue zu achten. Insbesondere, wenn es Patientinnen und Patienten in ihrer therapiefreien Phase gut geht, wird die planmäßige Fortsetzung der Therapie leichter vergessen. Grundsätzlich bevorzugen Patientinnen und Patienten neue in längeren Intervallen oder einfacher anzuwendende Therapieformen als angenehmer, da sie nicht permanent an ihre Erkrankung erinnert werden. Von der pharmazeutischen Industrie werden Nurse-Services daher verstärkt angeboten, auch als digitale Anwendungen (z. B. mit Erinnerungsfunktion). Dabei ist anzumerken, dass junge Patientinnen und Patienten gegenüber Gesundheits-Apps affiner sind. Für ältere Patientinnen und Patienten ist eine persönliche Betreuung jedoch vorteilhafter, weil der Umgang mit Technik für sie kompliziert ist oder weil motorische Einschränkungen aufgrund einer spezifischen Erkrankung eine Nutzung verhindert. Abgesehen davon suchen langzeiterkrankte Personen soziale Kontakte, die eine Ärztin oder ein Arzt aufgrund

² https://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/

von Zeitmangel nicht geben kann. Nurse-Services werden daher bedeutender und müssen systematisch gefördert werden.

Niederschwelliger Zugang durch Nutzung pharmazeutischer Ressourcen: Patientenorientiert zu agieren bedeutet auch, das vorhandene Ressourcenpotenzial der Apotheke und die Möglichkeiten der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten zu nutzen, um die Allgemeinmedizinerin und den Allgemeinmediziner zu entlasten.

Die pharmazeutische Kompetenz sollte nach Ansicht der Apothekerschaft und im Sinne der Patientinnen und Patienten stärker für den ärztlichen Verschreibungsprozess genutzt werden. Im intramuralen Bereich gibt es bereits gute Ansätze. Ein Modell wurde beispielsweise im AKH Wien entwickelt, das als Vorbild zur gesetzlichen Verankerung der Klinischen Pharmazie in Österreichs Krankenhäusern betreffend Standards, Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten herangezogen werden könnte.

Im niedergelassenen Bereich wäre eine bessere Kooperation zwischen Ärzte- und Apothekerschaft wünschenswert. Rechtliche Rahmenbedingungen zur breiteren Verwendung von e-Rezept, e-Medikation und ELGA sowie Nutzung digitaler Anwendungen bieten Chancen für eine unmittelbare und zielführende Betreuung im Sinne der Patientenorientierung.

Die Entlassung von Arzneimitteln aus der Rezeptpflicht („Switch“) leistet einen weiteren wichtigen Beitrag für einen mühelosen Zugang zu Therapien. Vor allem chronisch kranken Menschen, wie z. B. Migränpatientinnen und -patienten, werden dadurch Weg und Zeit erspart, die für sie notwendigen Pharmazeutika zu erhalten.

Patienten(vertreter) könnten bei der Evaluierung neuer Medikamente (vor allem im Krankenhausbereich) einen wertvollen Beitrag zur Entscheidungsfindung über die Finanzierung oder die Aufnahme von Medikamenten einbringen. Als Grundlage einer Evaluierung wird die medizinische Datenlage zum neuen Medikament herangezogen und im zweiten Schritt die Wirtschaftlichkeit (gerechtfertigter Preis) bewertet. Weiters fließt Expertise aus den Bereichen HTA (Health Technology Assessment) und Ethik ein, Meinungen und Empfehlungen von Patientenvertretern finden jedoch nur teilweise Gehör in den jeweiligen Beratungsgremien.

Primärversorgungszentren

Zur Optimierung der Versorgungskette ist es notwendig, Patientenströme zu leiten. Eine solche Lotsenfunktion könnte von Primärversorgungszentren übernommen werden. Hier sind Ärztinnen und Ärzte und Gesundheitspersonal an einem Ort tätig und die erweiterten Öffnungszeiten sind für die Patientinnen und Patienten eine große Erleichterung. Dadurch werden ihnen Zeit und Wege erspart. Gerade im ländlichen Bereich werden diese Angebote für eine Primärversorgung relevant.

Als erste Anlaufstelle zur ganzheitlichen Versorgung im Sinne eines „Best Point of Service“ können Primärversorgungszentren zur Entlastung der Spitalsambulanzen und Verringerung der Wartezeiten sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich beitragen. Hier können mehrere Gesundheitsdienstleister mit der Ärzteschaft zusammenarbeiten, um allen Patientinnen und Patienten, vor allem chronisch kranken Menschen, eine ganzheitliche Versorgung zu ermöglichen. Um diese Zusammenarbeit umzusetzen, bedarf es einer guten Dokumentation und Kommunikation zwischen den medizinischen, therapeutischen und pflegenden Dienstleistern.

Zusatzfunktion als Beratungsstelle: Durch die Unterstützung präventiver Maßnahmen bei der Patientin und beim Patienten und Förderung der Gesundheitskompetenz kommt Primärversorgungszentren (PVZ) eine bedeutende Funktion zur Erhaltung der Gesundheit zu. Beispielsweise empfiehlt es sich, Diätologinnen und Diätologen, insbesondere zur Ernährungsberatung für chronisch Kranke, einzubinden. Andere nicht ärztliche Gesundheitsberufe spielen ebenso eine wichtige Rolle bei Präventivmaßnahmen und zur Vermittlung von Gesundheitswissen. Mit einem vielfältigen Angebot ist es möglich, mehrere Zielgruppen anzusprechen. Allerdings haben u. a. Diätologinnen und Diätologen keine Kassenverträge. Diesen Bereich im PVZ müsste die Patientin oder der Patient wieder privat übernehmen, womit eine Hürde zur ganzheitlichen Versorgung gegeben ist. Um den Patientinnen und Patienten einen niederschweligen Zugang in das Gesundheitssystem zu ermöglichen, muss es von Grund auf transparent gestaltet sein. Beratung und Unterstützung sind generell zu wenig ausgebaut. Gerade bei mangelnder Gesundheitskompetenz in Verbindung mit niedrigerem sozio-ökonomischen Status ist das problematisch.

Wegweisende Information und Transparenz

Ziel ist es, die Patientin und den Patienten optimal zu betreuen, doch der derzeitige Outcome ist verbesserungswürdig und die dafür aufgewendeten Ressourcen könnten effizienter eingesetzt werden. Der niedergelassene Bereich ist ausgedünnt, während die Spitalsambulanzen überlastet sind. Die Systemstruktur muss, um die Patientin bzw. den Patienten in den Fokus zu stellen, umgebaut werden. Dies ließe sich dadurch erreichen, dass Einzelinteressen der berufsständischen Silos aufgebrochen und hinter dem Patienteninteresse zurück stehen.

Verbesserungs- und Handlungsbedarf besteht bei der Patientenorientierung insbesondere bei Präventionsfragen, im Akutfall und bei Fragen zur Rehabilitation. Auch für Anliegen der Angehörigen fehlen Ansprechpersonen. Das Wissen der Patientinnen und Patienten um ihre kürzesten Wege zur passendsten Versorgung ist auszubauen. Mit einer Stärkung dieser Gesundheitssystemkompetenz können die Betroffenen im (akuten) Bedarfsfall vorhandenes Wissen abrufen.

Die seit 2019 österreichweit installierte Gesundheitsnummer³ (1450) ist ein gutes Instrument, um als Wegweiser für die Patientin und den Patienten zu fungieren. Sie dient auch der Beratung bei Gesundheitsfragen oder zur Hilfestellung Rat suchender Angehöriger. In Folge kann die telefonische Gesundheitsberatung ein „Addon“ sein, um lange Wartezeiten in den Arztpraxen zu vermeiden und um den Hausarzt zu entlasten.

Bereits vor Erkrankung, also im Bereich der Prävention, ist es wichtig, den Fokus verstärkt auf die Entwicklung der Eigenverantwortung der Patientin und des Patienten zu legen. Es sollten Möglichkeiten geboten werden, damit Patientinnen und Patienten selbstständig informierte Entscheidungen treffen können (z. B. durch Angebote der Sozialversicherung, wie Raucherentwöhnung oder gesunde Ernährung). Vielfältigere Möglichkeiten der Fortbildung wären für die Bevölkerung hilfreich, damit sichergestellt werden kann, dass die Patientin oder der Patient Patient gut für sich selbst sorgen können.

³ www.1450.at

Für Kinder und Jugendliche sind niederschwellige Anlaufstellen (z. B. mit Case-Managern als beratende, erste Ansprechpartnerinnen und -partner) zu schaffen, die sie und die Familie unterstützen, rasch, unbürokratisch und kostenfrei die nötigen medizinischen und therapeutischen Hilfen zu erhalten. Kooperationen mit anderen Institutionen und Förderangeboten wie Schulen, Kindergärten, Amt für Jugend und Familie, mobile Frühförderung, frühe Hilfen sind ebenso zu berücksichtigen und durch geeignete Strukturen zu ermöglichen.

Die kommende Patientengeneration verfügt über ein verändertes und intensiviertes Gesundheitsbewusstsein, welches, etwa durch den Einsatz neuer Technologien der Früherkennung und Prävention, gestärkt und gefördert werden soll. Daher muss dringend in die Prävention investiert werden, statt wie bisher primär eine Fokussierung im Bereich der Reparaturmedizin zu betreiben.

Self Care rückt den Menschen als handelnde Person in den Mittelpunkt und stattet ihn mit jenen Ressourcen aus, die er benötigt, um täglich die richtigen Entscheidungen für seine Gesundheit treffen zu können. Eigenverantwortliches Gesundheitsmanagement mit Unterstützung durch rezeptfreie Präparate aus der Apotheke ermöglicht, zeit- und wegsparend z. B. auf eine Erkältung reagieren zu können. Ein niederschwelliger Zugang kommt den mündigen Patientinnen und Patienten in einer veränderten Arbeits- und Lebenswelt entgegen und hilft zusätzlich dem Gesundheitssystem, Kosten zu sparen. In diesem Sinne bietet Self Care Perspektiven für den einzelnen Menschen wie für die Gesellschaft insgesamt und bildet bereits heute einen wichtigen Baustein für eine patientenorientierte, flächendeckende und finanzierbare Gesundheitsversorgung.

Gesundheitspolitisches Ziel sollte es sein, die richtige Entscheidung der Einzelnen für eine Arztbehandlung (wenn nötig) oder eine Selbstbehandlung (wenn möglich) zu fördern. Um dieses Prinzip der Eigenverantwortung für alle Verbraucherinnen und Verbraucher gemäß ihrer wirtschaftlichen und sozialen Möglichkeiten zugänglich zu machen, bedarf es unter anderem neuer Informations- und Anreizsysteme, einer professionellen Beratung beim Kauf von Arzneimitteln und einer damit einhergehenden gestärkten Rolle der Apotheken. Mit ihren flächendeckenden Standorten sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

der Apotheke oftmals erste Ansprechpartnerinnen und -partner in Gesundheitsfragen und könnten daher auch als Lotsen im Gesundheitssystem agieren. Im Sinne einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung ist dafür eine Verbesserung der Kommunikation und Verbesserung der Beziehung zwischen Ärzte- und Apothekerschaft sowie der Patientin und dem Patienten notwendig. Zu optimieren ist die Einbindung der Patientinnen und Patienten als Entscheidungsfindungspartner.

Für eine Patientenmitbestimmung gibt es in Österreich Selbsthilfegruppen und Initiativen, die wichtige Arbeit leisten und sehr engagiert sind. Über den Erfahrungs- und Informationsaustausch auf Gruppenebene hinaus wäre es notwendig, die Betroffenen selbst auch in gesundheitsbezogene Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse im Sozial- und Gesundheitswesen zu involvieren. Mit ihrem Erfahrungswissen könnten sie aktiv zu einer bedarfsorientierten Versorgung beitragen. Voraussetzung dazu sind partizipative Entwicklungs- und Entscheidungsstrukturen. Durch die Kenntnis ganzer Versorgungsketten und dabei auftretender Stolpersteine bündelt sich in Selbsthilfegruppen ein enormes Maß an Erfahrungskompetenz, welche die Fachkompetenz sehr gut ergänzen könnte.

Österreichs Selbsthilfeorganisationen vertreten die Interessen von rund 250.000 Patientinnen und Patienten. Doch eine formell festgelegte Stimme im Gesundheitswesen, z. B. bei den Krankenkassen, haben sie keine.

Das derzeitige Gesundheitssystem ist von fürsorglicher Hilfe und „Versorgtwerden“ geprägt. Geschulten Patientinnen und Patienten kann mehr Eigenverantwortung zugestanden werden und ihre individuellen Kompetenzen können zur Bewältigung gesundheitsrelevanter Probleme genutzt werden. Bestehende Organisations- und Entscheidungsstrukturen schränken die Möglichkeit zur Eigeninitiative ein und erzeugen ein allgemeines Gefühl der Unsicherheit. Zur Umkehrung dieses Prozesses der gelernten Hilflosigkeit ist es notwendig, Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine aktive Beteiligung der betroffenen Menschen fördern. Das kann gelingen, wenn partizipative Entscheidungsstrukturen geschaffen werden, die vom Staat über die

Sozialpartnerschaft bis hin zur Einbindung von Selbsthilfegruppen in Entscheidungsprozesse reichen. Es gilt, umgehend verbindliche Beteiligungsstrukturen aufzubauen und diese auch gesetzlich zu verankern. Darüber hinaus sind auch die Rahmenbedingungen auf der strukturellen und finanziellen Ebene zu berücksichtigen. Denn Voraussetzung für die kollektive Patientenvertretung ist eine ausreichende, basisdemokratische Legitimierung. Darüber hinaus braucht es im Interesse der Patientinnen und Patienten eine Servicestelle für Betroffene, die einen transparenten Überblick über Zuständigkeiten der in Österreich zahlreich vorhandenen Organisationen schafft.

Therapiekosten und Finanzierbarkeit

Grundsätzlich sind alle gesundheitspolitischen Maßnahmen dahingehend zu prüfen, ob sie für die Patientin und den Patienten vorteilhaft sind und die Effektivität und Effizienz therapeutischer Interventionen verbessern. Wesentliche Aspekte sind der gleiche Zugang zu den angezeigten medizinischen Leistungen für alle Patientinnen und Patienten unter Wahrung der nachhaltigen Finanzierbarkeit. Zudem ist die Gesundheitsversorgung in Einklang mit den veränderten Lebenswelten der Menschen zu bringen.

Nachfolgepräparate können im Interesse der Patientin und des Patienten und der Finanzierung einen wesentlichen Beitrag leisten. Für die Krankenversicherungsträger führt jeder Prozentpunkt zusätzlicher Generikaverordnung zu Einsparungen von zehn Millionen Euro. Außerdem senken Generika die Behandlungskosten um 65 Prozent. Wenn Generika und Biosimilars überall dort verordnet werden, wo es möglich ist, sichern sie somit den breiten Zugang zu innovativen Therapien. Biosimilars bieten oftmals verbesserte Applikationsformen und längere Stabilitäts- und daher verbesserte Haltbarkeitsdaten.

Zur Steigerung der Anwendung von Nachfolgepräparaten sind bewusstseinsbildende Maßnahmen notwendig: Für behandelnde Ärztinnen und Ärzte ist eine praktische, medizinisch-fachliche Informationsoffensive notwendig, um ihnen die Sicherheit bei Neueinstellung und Umstellung zu geben und eine entsprechende Abrechnungsposition für Umstellungs- und Beratungsgespräche mit Patientinnen und Patienten. Zur Patientenaufklärung braucht es gemeinschaftliche

Informationen von allen Stakeholdern, um über Generika und Biosimilars aufzuklären.

Ein möglicher Ansatz, die Patientin und den Patienten weiter in den Mittelpunkt des Systems zu rücken, ist das Modell des Grünen Rezepts, wie es in Deutschland praktiziert wird. Apothekenpflichtige, grundsätzlich rezeptfreie Medikamente werden von der Ärztin oder vom Arzt mittels des Grünen Rezepts „verschrieben“, um zu signalisieren, dass sie bzw. er die Anwendung dieses Arzneimittels aus medizinischer Sicht für notwendig erachtet. Das Grüne Rezept dient Patientinnen und Patienten auch als Merkhilfe hinsichtlich der Bezeichnung des Präparats, des Wirkstoffs und der Darreichungsform. Das Grüne Rezept wäre auch ein für Österreich sinnvolles Modell. Hausärztinnen und Hausärzte würden sich dadurch bewusster des großen Potenzials rezeptfrei erhältlicher Arzneimittel und Gesundheitsprodukte bedienen.

Kostenübernahme für OTC für Kinder: In Deutschland können rezeptfreie Arzneimittel für Kinder unter zwölf Jahren (bei Entwicklungsstörungen auch bis zum 18. Geburtstag) von den Krankenkassen bezahlt werden. Eine vergleichbare Regelung wäre auch für Österreich sinnvoll, insbesondere um sicherzustellen, dass kein Kind aufgrund der sozioökonomischen Stellung der Eltern im Rahmen der Self Care schlechter versorgt wird.

QUERSCHNITTMATERIE AUSBILDUNG



Berufsständische „Silos“ müssen aufgebrochen werden um maximale Patientenorientierung herstellen zu können. Eine These ist, dass die Gesundheitsbereiche zumindest zu Beginn der Berufsausbildung oder zu ausgewählten Themen gemeinsam ausgebildet werden können. Vorstellbar sind Ausbildungsmodule oder gemeinsame Lehrveranstaltungen. Das wäre ein erster großer Schritt zur Überwindung des „Silodenkens“.

Eine gemeinsame Basisausbildung würde auch eine Einheitlichkeit und schnelles Updaten von Basisanforderungen ermöglichen – quer über alle Gesundheitsberufe. Darüber hinaus würde das Verständnis für die jeweils anderen Berufsgruppen gefördert. Das wiederum brächte mittelfristig eine Steigerung der Gesamteffizienz im System.

Kommunikative Kompetenzvermittlung: Wer patientenorientiert denkt, bemüht sich im Beratungs-, Diagnose- und Therapiegespräch um eine verständliche Kommunikation. Kommunikative und soziale Kompetenzen müssen zu diesem Zweck in der Ausbildung der Healthcare Professionals vermittelt werden. Aus Gesprächen auf Augenhöhe resultiert das für den gesundheitlichen Fortschritt so wichtige Vertrauen der Patientin und des Patienten in die Expertin und den Experten.

QUERSCHNITTMATERIE DIGITALISIERUNG



Potenziale, um alle Patientenorientierungselemente zu den Betroffenen und Angehörigen zu bringen, ist die Nutzung von Digitalisierung und mobiler Technik. Damit werden räumliche und zeitliche Säulen unwichtiger. Als positives Beispiel kann das mobile Dialyseteam in Niederösterreich genannt werden, das ausgehend vom Krankenhaus im niedergelassenen Bereich eingesetzt wird. Der Grundsatz „move the healthcare, not the patient“ wird sich verstärkt durchsetzen.

Management Summaries der PRAEVENIRE Gipfelgespräche

92. PRAEVENIRE WEISSBUCH GIPFELGESPRÄCH

Patientenorientierung



WANN

Montag, 20. April 2020 |
17:00–19:00 Uhr



WO

Videokonferenz

DISKUSSIONSTEILNEHMENDE

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Dr. Wolfgang Andiel**
Präsident des Österreichischen
Generikaverbandes
- **Dr. Gerald Bachinger**
Patientenanwalt Niederösterreich
und Sprecher der Patientenanwälte
Österreichs
- **Dr. Fritz Gamerith**
Vorstandsmitglied der IGEPHA
- **Dr. Sabine Möritz-Kaisergruber**
Präsidentin des Biosimilarsver-
bandes Österreich
- **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard
Rupp, MBA**
Leiter der Fachabteilung Gesund-
heitspolitik der Arbeiterkammer
Niederösterreich
- **Mag. Martin Schaffenrath,
MBA, MBA, MPA**
Mitglied des Verwaltungsrates der
Österreichischen Gesundheitskasse
- **Dr. Günther Schreiber**
Projektmanagement und Koordination
Branche Gesundheitswesen bei
Quality Austria
- **Dipl. KH-BW Ronald Söllner**
Sprecher der Initiative Nationales
Netzwerk Selbsthilfe – NANES
- **Mag. Pia Zhang**
Referentin in der Abteilung Sozial-
versicherung der Arbeiterkammer
Wien

Moderation:
Robert Riedl | PERI Group

Ein Grundsatz von der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 lautet, dass es um Menschen und nicht um Systeme geht. In diesem Sinne müssen Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems gestellt werden. Patientenorientierung soll auf die bestmögliche Betreuung der Patientin und des Patienten ausgerichtet sein, mit einer optimalen Versorgungsstruktur, die auf das Wohl der Patientinnen und Patienten und auf ihre Bedürfnisse zielt.

Status quo

Patientenorientierung heißt auch, dass man sich daran orientiert, was Ärztinnen und Ärzte mit ihren Patientinnen und Patienten gemeinsam planen und entscheiden. Bei der Stärkung der Eigenverantwortung müssen Patientinnen und Patienten heutzutage mündige Patientinnen und Patienten sein und auf gesunde Lebensentwürfe achten. Die Ärzteschaft sollte dabei beratend zur Seite stehen, damit zahlreiche Mehrfachuntersuchungen vermieden und Irrwege für Patientinnen und Patienten unterbunden werden. Dem Arzt-Patienten-Gespräch kommt eine wichtige Rolle zu. Den Patientinnen und Patienten sollten entsprechende Möglichkeiten und Leitfäden dahingehend ermöglicht werden, dass sie diese Informationen verstehen bzw. sie dazu befähigen, sachlich und fachlich richtige Entscheidungen treffen zu können.

Die Coronakrise bringt Kollateralschäden mit sich, die bislang nicht genau abgeschätzt werden können, sie habe aber gezeigt, wie etwa ein verstärkter Einsatz von digitalen Hilfsmitteln wie der Telemedizin in Zukunft aussehen könnte. Im Sinne der Patientenorientierung sei auch die Möglichkeit des e-Rezepts eine große Erleichterung für die Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig dürfe man die ärztliche Begleitung jedoch nicht außer Acht lassen, da hier die Adhärenz bzw. der Austausch über die Sinnhaftigkeit, Wirkung sowie Therapietreue ein wichtiges Thema in der Arzt-Patienten-Kommunikation sind.

Optimierungspotenzial

Um Informationen als Ärztin bzw. Arzt oder Pflegeperson an Patientinnen und Patienten weiterzugeben, benötige es jedoch ausreichend Zeit, und das müsse honoriert werden. Wichtig sei auch, dass die Gesundheitskompetenz vom Kindergarten bis ins Altersheim gefördert und gestärkt wird. Dabei soll ein gesundheitsbewusster Lebensstil nicht nur gefördert, sondern auch belohnt werden. Das können finanzielle, aber auch andere Anreize sein, um sowohl systemisch als auch individuell für Prozesse zu motivieren und Verhaltensänderungen herbeizuführen, damit Gesundheitskompetenz über die entsprechenden Sektorengrenzen fortgeführt wird. Das Gesundheitssystem muss finanziell gestärkt werden, denn wie die Coronakrise gezeigt habe, können bestehende Einrichtungen schnell überfordert sein, wenn ständig an der Ressourcengrenze gearbeitet wird.

Brennpunkt-Themen

Es brauche im Gesundheitssystem eine Ansprechpartnerin oder einen Ansprechpartner, der die Patientinnen und Patienten durch das System beglei-

tet, da sich viele Menschen nicht zurechtfinden. Es sei daher auch wichtig, die Bedeutung praktischer Ärzte als Guide der Patientinnen und Patienten durch das österreichische Gesundheitssystem wieder mehr ins Zentrum zu rücken. Hier sei vor allem das Arzt-Patienten-Gespräch, das viele Patientinnen und Patienten sehr schätzen und das als Teil eines Behandlungsschemas betrachtet wird, von großer Bedeutung und müsse im Sinne einer besseren Patientenorientierung honoriert werden. Das führe auch in Richtung hin zu Präventivmedizin statt Reparaturmedizin, worin wiederum ein großes Einsparpotenzial für das Gesundheitswesen liegt. Wichtig sei auch, so die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass Informationen auf Plattformen wie www.gesundheit.gv.at oder www.kliniksuche.at vorhanden sind bzw. weiter ausgebaut werden. Hinzu komme auch das Thema der Barrierefreiheit, etwa bei Medikamenten-Beipacktexten, damit diese insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten gut lesbar und verständlich sind, oder hinsichtlich Abbau von Sprachbarrieren, sei es durch multilinguale Angebote oder Gebärdensprache. Positiv zu sehen ist hingegen die schnelle Aufbereitung von leicht verständlichen Gesundheitsinformationen während der Coronakrise, um auch den zahlreichen Falschinformationen (u. a. in Medien und auf Onlineplattformen) entgegenzutreten.

Es sei wichtig, dass nicht nur die Appelle und die Wahrnehmung von Expertinnen und Experten in den Mittelpunkt gerückt werden, sondern auch Methoden und Werkzeuge professionalisiert werden, um die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu erheben. Dadurch ließe sich die Outcome-Qualität aus Patientensicht evaluieren und in eine Optimierung des Gesundheitssystems miteinbeziehen. Der eingeschränkte Zugang für alle Nicht-Corona-Patientinnen und -Patienten zum Gesundheitssystem während der Coronakrise ist ein Punkt, der nicht für eine optimale Patientenorientierung spricht, da Menschen, die nicht von dem Virus betroffen waren, aber andere Gesundheitseinschränkungen hatten, auf eine notwendige medizinische Behandlung verzichten mussten.

Zentrale Empfehlungen

- Patientenorientiert heißt, Menschen statt Systemen in den Mittelpunkt zu stellen.
- Bessere Gesundheitskompetenz erlaubt mehr Eigenverantwortung für die Patientin und den Patienten.
- Arzt-Patienten-Gespräche als Teil eines Behandlungsschemas müssen honoriert werden.
- Bedürfnisse und Eindrücke der Patientinnen und Patienten erheben und ins Gesundheitssystem einfließen lassen, um Outcome-Qualität zu steigern.
- Vorteile vom Einsatz der Digitalisierung im Gesundheitswesen nutzen, unter Berücksichtigung der Nachteile – wie fehlende direkte Kontakte von Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient.
- Eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem während der Coronakrise für Patientinnen und Patienten mit anderen Gesundheitseinschränkungen.

Mission Statement

Patientinnen und Patienten müssen sich im Gesundheitssystem zurechtfinden, damit Klarheit darüber herrscht, wohin sie sich bei all ihren Gesundheitsfragen – im Akutfall, für Präventionsmaßnahmen oder bei chronischen Erkrankungen – wenden können. Menschen benötigen für ihr Anliegen Ansprechpartnerinnen

und -partner, die sie durch das Gesundheitssystem begleiten. Gleichzeitig ist es wichtig, dass die Gesundheitskompetenz und in Folge eine Eigenverantwortung sehr früh, vom Kindergarten an, und lebensbegleitend bis ins Altersheim gefördert und gestärkt wird.

04. REGIONALES PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH

Doing now what patients need next!

Das Wichtigste für chronisch Kranke und deren Angehörige ist es, zu jeder Phase der Erkrankung immer bestmöglich informiert zu sein, um alle Möglichkeiten zur Bekämpfung der Krankheit nutzen zu können. Dieses Wissen zu erwirtschaften, ist für viele Betroffene nicht immer einfach. Daher bedarf es der Entwicklung von Projekten, die die Betroffenen zu unterschiedlichen Fragestellungen und zu unterschiedlichen Phasen der Erkrankung unterstützen bzw. an der Hand nehmen.

Projektideen*Ideenkomplex 1: Proliferation von Faktenwissen und Erlebnisswissen*

- Wissenserhöhung
- Info an Umfeld/Menschen
- Angehörige
- Gesundheitskompetenz

Die Betroffenen und das soziale Umfeld der Betroffenen müssen im Krankheitsfall besser informiert werden. Dabei geht es einerseits um strukturierte medizinische Information zu Erkrankung, Behandlung und Nachsorge, andererseits auch um emotionales Wissen über Auswirkungen und persönliches Erleben der Krankheit; Ziel ist hier, neben einem Gefühl der Sicherheit für die Betroffenen („mein Erleben ist normal“) auch die Furcht im sozialen Umfeld zu nehmen, das sich oft zurückzieht, um nichts Falsches zu tun.

Unter diese Wissensproliferation fallen auch Punkte, die in Verbindung mit der Erkrankung und der Fortführung eines „normalen“ Lebens stehen: Was soll/kann/darf ich impfen lassen; kann ich mit der Familie auf Urlaub fahren, etc. Praxisrelevante Fragen, die nicht im Zentrum der Diagnose und Behandlung stehen, für das tägliche Leben der Patientinnen und Patienten und ihres sozialen Umfeldes aber Herausforderungen, Unsicherheiten und Ängste darstellen können.

Auch und insbesondere das Laienwissen ehemals Betroffener oder deren Angehöriger sollte in diesem Sinne Berücksichtigung finden, am ehesten wohl gebündelt durch Vertreter der Selbsthilfe. Wissen in diesem Bereich ist persönliches und praktisches Wissen, es ist Erlebnisswissen, auch über soziale und emotionale Begleitumstände von Erkrankungen, das medizinischen Professionisten oftmals nicht offensteht, aber für Betroffene von besonderer persönlicher Bedeutung sein kann.

Das Wissen zu Angeboten und Möglichkeiten im Krankheitsfall muss ebenso niederschwellig vermittelt werden: Welche Unterstützungen gibt es, welche sozialen Absicherungsnetze können im Bedarfsfall beansprucht werden?

**WANN**

Samstag, 17. August 2019 |
14.30 – 16.30 Uhr

**WO**

auf der Schafalm in Alpbach

DISKUSSIONSTEILNEHMENDE

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **DGKP Helga Bickel**
Leiterin Stationspflege Innere Medizin II, LKH Feldkirch
- **Mag. Stefan Deflorian**
Kaufmännischer Geschäftsführer der tirol kliniken
- **Mag. Walter Draxl**
Geschäftsführer der fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH
- **Maria Grander**
Präsidentin der Selbsthilfe Tirol, Landesvorsitzende des ÖGKV Tirol
- **Martina Hagspiel**
Gründerin der Plattform Kurvenkratzer
- **Univ.-Prof. Dr. Bernhard Holzner**
Leiter Abteilung für Klinische Psychologie, Department für Psychiatrie
- **Landtagspräsidentin Sonja Ledl-Rossmann**
Tiroler Landtag
- **Dr. Arno Melitopoulos**
Direktor der Tiroler Gebietskrankenkasse
- **Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA**
Mitglied des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse
- **Dr. Artur Wechselberger**
Präsident der Ärztekammer für Tirol
- **Dr. Elisabeth Zanon**
Vorsitzende der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Alain-Gustave Zeimet**
Stv. Direktor der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Med Uni Innsbruck

Ideenkomplex 2: Die Patientin und der Patient im Mittelpunkt der Gesundheitsversorger

- Miteinander der Gesundheitsberufe/Zahler

Alle Gesundheitsberufe (und relevante Institutionen, insbesondere auch auf Zahler-Seite), die in der Betreuung von Betroffenen eine Rolle spielen, sollen im Idealfall ein gut abgestimmtes Miteinander finden, um in sinnvoll strukturierter Weise mit der Patientin und dem Patienten im Mittelpunkt die bestmögliche Begleitung durch den Krankheitsverlauf zu bieten.

In diesem Sinne soll auch die „Außenkommunikation“ an die Patientin und den Patienten bzw. das soziale Umfeld der Patientin und des Patienten mitgedacht werden – im Idealfall wird mit einer Stimme kommuniziert, was Missverständnisse und daraus resultierende Sorgen verringert.

Die verbesserte Abstimmung der Schnittstelle intramuraler und extramuraler Versorgung ist ebenfalls in der Diskussion als wichtiger Ansatz genannt worden. Bei Schlaganfall oder Herzinsuffizienz gibt es hier schon Ansätze, wie eine Bürokratievereinfachung zur einfacheren Abwicklung von Leistungspaketen gestaltet werden kann; eine vereinfachte Leistungsgewährung für Betroffene senkt zusätzliche Krankheitslast.

Ideenkomplex 3: Optimierung der Betreuung durch technische Unterstützung

Technische Möglichkeiten für die Unterstützung der Patientin und des Patienten sollen in sinnvoller Weise nutzbar gemacht werden. Ziel ist nicht, dass die Technik menschliche Zuwendung in der Patientenversorgung ersetzt, sondern als Optimierungspotenzial in der Versorgung eingesetzt wird, welche die Versorgung erleichtert und für die Patientin und den Patienten – wo möglich – persönliche Erleichterungen, niederschwelligere Zugänge und aufbereitete Informationen bringt.

Technische Applikationen in diesem Sinne verstanden sollen additiv zum Einsatz kommen und die menschlichen Bemühungen in der Betreuung verstärken und unterstützen, etwa als wichtige mögliche Ergänzung eines professionellen Case-Managements.

Lernapps- und Videos können einen niederschweligen Wegweiser für die Betroffenen und deren Umfeld bieten sowie die Gesundheitskompetenz im betreffenden Feld auf ein einheitliches Level bringen.

Ein aus der Diskussion resultierender Ansatz war eine strukturierte App zur Auslotung aktueller Probleme, Sorgen oder Fragen von Patientinnen und Patienten oder deren Umfeld als eine Art vorgeschaltete automatisierte Strukturierungslösung, die dann aus dem Betreuungsumfeld eine passende Person – Ärztin und Arzt, Pflegerin und Pfleger etc. – mit der Patientin und dem Patienten verbindet.

Auch bereits bestehende technische Möglichkeiten könnten stärker eingesetzt werden – etwa der Skype-Call per Video mit einer Ärztin oder einem Arzt, der einen Krankenhaustermin ersetzt.

Ideenkomplex 4: Förderung von Selbsthilfe-Organisationen & zivilgesellschaftlicher Unterstützung

- Selbsthilfe miteinbeziehen
- Einbeziehung der Zivilgesellschaft & Ehrenamtliche mit Ausbildung
- Selbsthilfe für Kinder und Jugendliche

Selbsthilfe-Organisationen besitzen, als Vereinigungen selbst Betroffener, viel Wissen und Verständnis für die Auswirkungen von Erkrankung, aber auch über etwaige versteckte Schwierigkeiten und Gefahren in der Schnittstelle Individuum und Versorgungssystem. Die aktive Einbeziehung dieses Erfahrungsschatzes, dieses Erlebniswissens, zur Ergänzung fachlich-medizinischen Know-hows und Erfahrung über Betreuung aus dem Gesundheitssystem ist für die aktive und sinnvolle maximale Patientenorientierung für die Verbesserung von Ansätzen der Versorgung unerlässlich. In diesem Sinne sollten alle gesellschaftlichen Bereiche, vom Kindergarten an, selbsthilfefreundlicher werden; insbesondere aber natürlich die medizinische Versorgungsinstitutionen.

Die Sorge der Zivilgesellschaft, insbesondere aber des eigenen sozialen Umfeldes, ist eine wichtige Komponente für die Betroffenen. Die soziale Einbettung sorgt Vereinsamung vor und dämpft Verzweiflung und das „Sich-alleingelassen-Fühlen“, ist somit psychosozialer Hygienefaktor und ein wesentlicher Punkt für Lebensqualität während und nach der Behandlung.

Im Falle ehrenamtlicher Unterstützung von Menschen mit Erkrankung sollte diese auch vom System wertgeschätzt und anerkannt sein. Ihre Expertise sollte miteinbezogen werden, eine Unterstützung etwa durch Schulungsangebote geschaffen oder verbessert werden.

In diesem Zusammenhang wurde das Beispiel oder die Idee „Sorgende Gemeinde“ genannt – ein Projekt, das unter Einbeziehung vieler Personengruppen lokal („vom Kaminkehrer bis zum Postbeamten“) überlegt hat, was in der Gesellschaft auf dieser Ebene gemacht werden kann, um qualitativ für alle das Richtige zu tun – in diesem Sinne auch ein Vorbild für den Umgang mit Erkrankten.

Ideenkomplex 5: Stärkung der Betreuung zu Hause

- Betreuung zu Hause
- Zuhause
- Gesundheit kommt zum Menschen oder umgekehrt

Ein wichtiger Ansatz, der einerseits intramurale Belegung entlastet und andererseits für die Patientinnen und Patienten zu mehr Lebensqualität führt, ist die Stärkung von Betreuungsmöglichkeiten im eigenen Zuhause – natürlich nur in jenen Fällen, wo diese nicht im Widerspruch zur bestmöglichen Versorgung steht. In diesem Sinne sind auch neue Wege der Kommunikation, Überwachung (des Gesundheitszustandes) und Abstimmung mitzudenken – Beispiel wäre etwa die App „HerzMobil“.

Eine Verringerung von Wegen und Terminen für Patientinnen und Patienten, die ohne Einschränkung der Versorgungsqualität möglich sind, entlasten die Betroffenen und sind für ihre persönliche Lebensqualität mit Erkrankung positiv. Um dies zu erreichen, ist natürlich eine optimale Abstimmung zwischen allen in die Versorgung eingebundenen Partnerinnen und Partnern, mit den betreuenden Ärztinnen und Ärzten an der Spitze, notwendig.

In diesem Konnex müssen auch die Limits von ambulanten Strukturen be-

rücksichtigt werden. Auch in diesem Zusammenhang ist ein flächendeckendes Case-Management hervorzuheben, das zwar keine Ressourcenprobleme beseitigen kann, aber eine optimalere Ausnutzung bestehender Ressourcen bringen könnte.

Ein anders formulierter Zugang zu dieser Thematik ist die Frage: Kommt die Gesundheitsversorgung zum Menschen oder kommt der Mensch zur Versorgung? In einem patientenorientierten Sinne muss systematisch durchdacht werden, in welchen Fällen eine intramurale Behandlung unumgänglich ist bzw. wo diese aus bestimmten Gründen nicht möglich ist und Strukturen geschaffen werden müssen, die die Versorgung zum Menschen bringen. In diesem Sinne wäre die Schaffung von mobilen onkologischen Teams ein Ansatz, das System zu verbessern.

Ideenkomplex 6: Positive Grundeinstellung der Betroffenen fördern – Gamification-Ansatz

- Spielerische Komponente
- Motivation durch Erfolgserlebnisse

Ein moderner Ansatz in der Betreuung, genauer gesagt im Umgang mit der Erkrankung durch Betroffene und deren soziales Umfeld, ist die „Gamification“. In diesem Ansatz wird durch die veränderte Herangehensweise gleichsam versucht, ein anderes Erleben für die Patientin und den Patienten und ihr Umfeld zu schaffen. Gamification bietet auf simple Weise Möglichkeiten der Motivation für die Menschen, Potenziale der selbstbestimmten geistigen Strukturierung des Behandlungsweges, der Entkrampfung der Situation, um den Durchhaltewillen zu stärken und Erfolgserlebnisse zu generieren. Auf eine simple Art und Weise soll so positives psychologisches Potenzial gehoben und zur Entfaltung gebracht werden.

Ziel ist auch, eine positive, optimistische Grundeinstellung von Patientinnen und Patienten und ihrer Familie zu fördern, welche positive Auswirkungen auf den Behandlungserfolg hat.

Ideenkomplex 7: Regionale Einbettung und Plattformen

- Region & Allgemeinmediziner
- EINE Ansprechperson und ein vertrautes Umfeld, das die Patientin bzw. der Patient kennt
- Cluster bilden
- Plattform

Die Logik der ersten und wohnortnahen Ansprechpartnerinnen und -partner – die Hausärztin und der Hausarzt, die Vertrauensärztin und der Vertrauensarzt –, die mit einer erstklassigen regionalen Versorgung ergänzt werden – das Krankenhaus etc. – ist ebenfalls als wichtige strukturelle Einbettung genannt worden. In diesem Sinne sollen die Patientinnen und Patienten das Gefühl erhalten, dass sie in ihrem sozialen Umfeld – von der Hausärztin bzw. vom Hausarzt über die regionale intramurale Betreuung – ideal versorgt werden, ohne aus ihrem Umfeld gerissen zu werden.

Ein Vorschlag für eine solche Strukturierung ist die Einführung von Case-Managern für den Bereich Onkologie, damit die Patientinnen und Patienten und

ihr soziales Umfeld eine fixe Ansprechperson mit dem Fachwissen haben, die sie durch die Institutionen und die Behandlung führt. Diese fixe Bezugsperson schafft Vertrauen und Sicherheit und wird von Patientinnen und Patienten als Erleichterung und Bereicherung erlebt.

In diesem Sinne wurde auch die Möglichkeit lokaler digitaler Plattformen für Erfahrungsaustausch und Informationsvermittlung über lokale Behandlungssettings vorgeschlagen.

Zudem ist das Feld der onkologischen Erkrankungen sehr breit: Hier sollte eine Clusterbildung versucht werden, in der ähnlich gelagerte Gruppen sich austauschen können.

Ideenkomplex 8: Vorhandenes nutzen und von Best-Practice-Beispielen lernen

- Lernen von funktionierenden Modellen
- Vorhandenes nutzen

Für die vorgenannten Punkte muss nicht alles für den Bereich der Onkologie neu erfunden werden. Zielführender wäre es, von erfolgreichen Modellen zu lernen. Mithin ist ein wesentlicher Ansatz, Best-Practice-Beispiele aus anderen Betreuungssituationen zu analysieren und ihre Umsetzbarkeit auf den Bereich der onkologischen Versorgung zu prüfen – als Beispiel sei wieder „HerzMobil“ genannt.

Die anstehenden strukturellen Veränderungen im Sozialversicherungssystem böten auch die Chance, eine Gesamtübersicht über verstreute Angebote, Pilotprojekte und Initiativen zu sammeln und Bewährtes auf ganz Österreich anzuwenden.

Ideenkomplex 9: Ressourcenproblematik

- Aufstockung und achtsame Verwendung

Bei den Überlegungen und Ansätzen zur Verbesserung der Situation onkologisch Erkrankter müssen die Leistungslimits bestehender Ressourcen mitbedacht werden – es dürfen bestehende Strukturen nicht überfordert werden –, dies auch insbesondere, um einen tipping-point effect zu vermeiden, der zu einer Verschlechterung der Versorgungsleistung führt.

In diesem Sinne sollte eine Ressourcenaufstockung als Option in jedem Vorhaben mitbedacht werden. Weiters ist natürlich eine ressourcenschonendere Verwendung der derzeitigen Mittel durch eine Optimierung der Versorgung ebenfalls ein primärer Ansatzpunkt.

Ideenkomplex 10: Arbeitswelt und Wiedereingliederung

- Arbeitswelt beachten/Eingliederung

Eine Thematik, die nicht unbeachtet bleiben darf. Es geht um das Aufbrechen von Tabus und das Überwinden von Stigmatisierungen – beides erleichtert die volle Wiedereingliederung nach Genesung.

Zudem dürfen weitere soziale Themen nicht ausgeklammert werden: die „Lebensbegleitung“ von Betroffenen etwa oder die Existenzsicherung bzw. die Sicherung des Lebensstandards im Krankheitsfall.

10. REGIONALES PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH

Doing now what patients need next: neurodegenerative Erkrankungen

**WANN**

Donnerstag, 03. Oktober 2019 |
16.00–18.00 Uhr

**WO**

Bad Hofgastein

DISKUSSIONSTEILNEHMENDE

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Mag. Stefan Baumgartner, MPA**
Salzburger Gebietskrankenkasse
- **Christine Braumiller**
Sprecherin der Selbsthilfegruppe
„Leben mit Demenz“ Salzburg/
Alzheimerangehörigen Salzburg
- **Dr. Johann Ebner**
Obmann der Parkinson Selbsthilfe
Salzburg
- **Dr. Christoph Fürthauer**
Allgemeinmediziner und 1. Kurie-
nobmann-Stv. der niedergelassenen
Ärzte in der ÄK Salzburg
- **DGKP Monika Haunsberger**
Pflegedirektorin des Klinikums Bad
Gastein
- **Dr. Gert Hofer**
Commercial Operations Director
Roche Austria
- **Dr. Lorenz Huber**
Leiter der Wirtschaftskammer
Salzburg, Sozial- und Arbeitsrecht
- **Andreas Huss, MBA**
Obmann-Stv. der Österreichischen
Gesundheitskasse
- **Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernhard
Iglseider**
Leiter der Universitätsklinik für
Geriatric, Christian-Doppler-Klinik
Salzburg
- **Prof. Dr. Jürgen Köhler**
Ärztlicher Direktor des Uniklinikums
Salzburg
- **Priv.-Doz. Dr. Florian Lagler**
Leiter des Instituts für angeborene
Stoffwechselerkrankungen an der
Paracelsus Medizinische Privatuni-
versität
- **Matthias Leitner**
Sprecher der Selbsthilfegruppe
Multiple Sklerose Salzburg
- **Helmut Mödlhammer**
Stv. Vorsitzender des Kuratoriums
des FGÖ (Vertreter des Öst. Gemein-
debundes)

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung kommt neurodegenerativen Erkrankungen eine immer höhere Bedeutung zu. Trotz intensiver Forschung ist eine Heilung bisher nicht möglich. Eine wichtige Rolle spielt die Früherkennung: Setzt eine Behandlung bereits im Frühstadium der Erkrankung ein, können ihr Fortschreiten oft deutlich verzögert und die kognitiven Abbauprozesse gebremst werden. Welche Schritte müssen nun gesetzt werden, um angesichts der steigenden Inzidenz die Versorgung sicherzustellen? Gibt es Möglichkeiten zur Versorgungsoptimierung? Wie können eine frühe Diagnose sichergestellt und Versorgungsengpässe vermieden werden?

Ideenkomplex 1: Selbsthilfegruppen

Den Erkrankten muss so früh wie möglich bei der Bewältigung ihrer Angst, ausgelöst durch eine schwerwiegende Diagnose, geholfen werden, wofür der Austausch zwischen Betroffenen essenziell ist. Selbsthilfegruppen leisten zu diesem Zweck, sowohl für die Erkrankten als auch für deren Familie und Freundinnen und Freunde, einen wichtigen Beitrag. In Selbsthilfegruppen wird das Erhalten von Information mit dem persönlichen Erfahrungsaustausch verknüpft, Erlebnisswissen wird geteilt. Die Betroffenen werden nicht nur zu Wissenden (Stichwort: mündige Patientinnen bzw. Patienten) im Bereich ihrer Krankheit, was bei der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten von Vorteil ist, sondern durch das Beisein von Familie bei den Treffen der Selbsthilfegruppen werden die zum Umgehen mit der Diagnose wichtigen Skills erlernt und das Verständnis für die Erkrankten wird gestärkt. Durch das hinter dem Erkrankten stehende Supportsystem, bestehend aus Familie und Freundinnen und Freunden, wird die Inanspruchnahme von Spezialambulanzen verringert. Dennoch wäre es wichtig, bestehende Spezialambulanzen auszubauen und dafür zu sorgen, dass die Kontinuität der Versorgung erhalten bleibt.

Eine Patientin oder ein Patient fühlt sich oft gehemmt, den ersten Schritt zum Besuch einer Selbsthilfegruppe zu setzen. Der Wunsch, mit ihrer bzw. seiner Diagnose alleine zu sein und sich zurückzuziehen, überwiegt. Leider besteht zusätzlich, vor allem bei jungen, neu diagnostizierten Menschen, die Angst, einen erschreckenden Blick in die eigene Zukunft zu erhaschen. Hier können spezialisierte Selbsthilfegruppen Abhilfe schaffen, in welchen Leute im selben Stadium einer Krankheit, mit gleichartigen Symptomen und im ähnlichen Alter zusammenfinden, wie beispielsweise bei der Aktion der MS-Gesellschaft „Junge MS-Gruppen“.

Aufgabe der öffentlichen Hand wäre es, Selbsthilfegruppen stärker zu unterstützen, sowohl durch praktische Hilfe wie Räumlichkeiten und Ressourcen als auch durch finanzielle Mittel.

Krankenhäuser können wichtige Beiträge leisten, indem sie und ihre Ärztinnen und Ärzte die Betroffenen direkt auf die Existenz und die konstruktiven Aspekte von Selbsthilfegruppen hinweisen. Es wäre wünschenswert, wenn sie die Formierung von Selbsthilfegruppen förderten und ihnen auch tatkräftig zur Seite stünden, möglicherweise, indem sie Räumlichkeiten zur Verfügung stellen, wenn auch juristische und ethische Aspekte hier nicht außer Acht gelassen

werden dürfen, da Krankenhäuser per se nicht gesellschaftlicher Treffpunkt sind (Stichwort: selbsthilfefreundliche Krankenhäuser).

Ideenkomplex 2: Interprofessionalität

Ein Primärversorgungssystem, in der alle relevanten Gesundheitsberufe kooperieren, wäre für die Vertreter der Selbsthilfegruppen beim Gipfelgespräch unabdingbar, um das Gesundheitssystem patientenorientiert weiterzuentwickeln.

Es wäre zudem erstrebenswert, wenn es, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, vor der Einweisung in ein Rehabilitationszentrum, Unterstützung für das Leben im eigenen Heim gäbe, um es der Patientin und dem Patienten und den eventuell vorhandenen pflegenden Angehörigen zu ermöglichen, sich langsam an die neue Situation zu gewöhnen. Dies wäre beispielsweise durch Betreuungsteams, bestehend aus speziell ausgebildeten Pflegekräften, Therapeutinnen und Therapeuten, Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen und sozialen Entitäten, bis hin zu Palliativteams der Heimpflege möglich. Solche Teams müssten sich vernetzen, zusammenarbeiten und einander ergänzen, um prompt nach der Diagnose die ideale Behandlung und später die bestmöglichen Resultate zu erzielen.

Frühe Diagnostik, in Kombination mit einer State-of-the-Art-Behandlung, ist das Versorgungsoptimum für die Betroffenen und der Krankheitsverlauf lässt sich im Idealfall verlangsamen, wie am Beispiel von Alzheimer sichtbar. Je früher man mit einer geeigneten Therapie und Medikation beginnt, umso langsamer findet der Abbauprozess im Gehirn statt.

Ein Beispiel für den enormen positiven Effekt, den Interprofessionalität erzielen kann, bietet das Projekt GEMED. Es fordert die Vernetzung von Seniorenheimen, Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten und Apothekerinnen und Apothekern, um die Risiken bei Polypharmazie zu minimieren, und konnte hierbei ausgezeichnete Ergebnisse erzielen.

Es bedarf mehr solcher Aktionen bei denen sich Ärzteschaft, Apothekerschaft und Pflege vernetzen. Auch gemeinsame, standardisierte Schulungen, die das medizinische Personal im Umgang mit der Patientin und dem Patienten schulen, wie im Projekt „demenzfreundliche Apotheke“, müssen ausgeweitet werden. Die gelebte Erfahrung der Selbsthilfegruppen würde das medizinische Personal bereichern und sollte in diese Schulungen miteinfließen. Durch den richtigen, geduldigen, respektvollen und verständnisvollen Umgang kann der Patientin und dem Patienten die Angst genommen werden.

Die Apotheke ist eine flächendeckende, niederschwellige Institution, deren Potenzial besser genutzt werden kann. Zusätzlich zur Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln könnte man Pharmazeutinnen und Pharmazeuten auch als Kundige verstärkt in den Bereichen Betreuung, Aufklärung und Beratung einsetzen.

Bedeutsam wäre es, psychologische Unterstützung oder Hilfe durch eine Sozialarbeiterin oder einen Sozialarbeiter für Menschen mit einer neuen Diagnose und speziell für deren Angehörige zu schaffen. Sozialarbeiterinnen und Sozial-

- **Anna Penatzer**
Sprecherin der Selbsthilfegruppe
Multiple Sklerose Salzburg
- **Mag.pharm. Diemut Strasser**
Delegierte der Apothekerkammer
Salzburg und stellvertretende Landesvorsitzende des Apothekerverbandes Salzburg

arbeiter und Psychologinnen und Psychologen würden durch ihr Beisein auch in Patientengesprächen entlastend und stabilisierend wirken.

Ideenkomplex 3: Pflege

In Österreich herrscht im Bereich der Pflege ein Personalmangel, der nicht durch die Akademisierung des Pflegeberufes behoben wurde. Es gibt durchaus viele sich in der Ausbildung Befindende, doch in Zukunft werden noch wesentlich mehr ausgebildete Pflegekräfte benötigt werden. Hier gilt es, die Attraktivität des Berufes sowohl durch Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Dotierung als auch durch die Simplifizierung der Zulassungsbedingungen zu steigern und den Ausgebildeten eine dauerhafte Laufbahn im Pflegeberuf bis zur Pensionierung zu ermöglichen.

Der Mangel an Ressourcen, seien es Hauskrankenpflegerinnen und -pfleger, Plätze in Seniorenheimen oder in betreutem Wohnen, führt dazu, dass Kranke länger im Krankenhaus verbleiben, obwohl ihnen dort aus medizinischer Sicht nicht weitergeholfen werden kann und zusätzliche Kosten verursacht werden. Daher müssten mehr Plätze in Pflege- oder Seniorenheimen und in Einrichtungen für betreutes Wohnen ausschließlich für bestimmte Krankheiten geschaffen werden. Vor allem für Demenzkranke ist dies von großer Bedeutung, da sie in regulären Pflegeheimen oftmals unglücklich sind und abgängig werden.

Äußerst vorteilhaft wäre es, in die Ausbildung von spezialisierten Pflegekräften zu investieren. Es bestehen in anderen Ländern bereits Modelle der Parkinson- oder Multiple-Sclerosis-Nurse, die sicher nachahmenswert und erweiterbar sind. Dadurch entstünden Möglichkeiten, um spezialisierte Behandlungszentren zu schaffen.

Mit der „Gesundheitsnummer 1450“ ist ein wichtiger Schritt zur Versorgung rund um die Uhr getan, vor allem, um rasch kompetente Hilfe, auch im Bereich der Pflege, zu erhalten. Jedoch wäre es wünschenswert, diesen Service so weit auszubauen, dass die Möglichkeit bestünde, einen Notruf für spezielle Krankheiten zu tätigen und Ratschläge von Expertinnen und Experten der spezifischen Krankheit zu beziehen.

Ideenkomplex 4: Regionale Einbettungen und Integrierte Versorgung

Das gesellschaftspolitische Modell der Subsidiarität muss durch richtig platzierte Hilfgelder forciert werden, da beim Aufbauen neuer Strukturen und beim Finden von Lösungsansätzen bei der Gemeinde anzusetzen ist. Da Gemeinden oftmals als die Betreiber von Sozial- und Pflegeeinrichtungen fungieren, kann durch ihren Einsatz kommunal vieles bewegt werden.

Wünschenswert wäre es, wenn auf Gemeindeebene frühzeitig mit der Organisation von Kampagnen zur Vorsorge, Information und Stärkung der Eigenverantwortung in Sachen Gesundheit angesetzt würde. Aufgrund der Veränderung der Nachbarschafts- und Familienstrukturen wären Projekte wie die „demenzfreundliche Stadt“ für das Miteinander der Bewohnerinnen und Bewohner von großer Bedeutung. Auch durch speziell für Seniorinnen und Senioren der Gemeinde aufgesetzte Projekte könnte dafür gesorgt werden, dass Kranke, Pflegebedürftige und sich in Pflegeheimen befindliche Menschen ins Gemeindeleben besser integriert würden und alle zum Gelingen einer integrierten Versorgung beitragen könnten.

Tageszentren, die auch an Abenden, Wochenenden und Feiertagen geöffnet haben, würden nicht nur für Angehörige entlastend wirken, sondern Erkrankte,

vor allem Demenzkranke, zögen von dieser sozialen Einbindung immensen Nutzen, da es ihnen eine Tagesstruktur gäbe und stabile Verhältnisse schüfe. Auch für all jene Seniorinnen und Senioren, die alleine leben, böten solche Tageszentren mit diversen Programmen, wie Singen, Tanzen etc., einen verankerten, sozialen Treffpunkt, der der Vereinsamung entgegenwirken würde.

Für verstärktes Engagement der Gemeinde müssen dieser auch finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden. Bei einer gelungenen integrierten Versorgung würden die Primärversorgung gesichert und disruptive Tendenzen gemindert. Hierzu muss es ein Miteinander der medizinischen Entitäten geben, eine Möglichkeit der integrierten Versorgung, bei der Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Pflegekräfte und Therapeutinnen und Therapeuten miteinander kommunizieren und sich ergänzen.

Benötigt wird auch eine Case-Management-Instanz, welcher es möglich wäre, den Erkrankten mit Ratschlägen und unterstützenden Handlungen, wie der Erstellung eines Versorgungsplanes, beiseite zu stehen. Diesen Beitrag könnten Pflegekräfte leisten, die ihre Gemeinden unterstützen, sogenannte Gemeindegewestern. Dies bedarf finanzieller Unterstützung. Ein bereits bestehendes funktionierendes Konzept, wenn auch in weiter gefasstem Sinne, wäre das Gesundheitsinformationszentrum der GKK Salzburg.

Das Projekt „Gesundes Kinzigtal GMBH“ liefert hier ein interessantes Muster einer in die Region integrierten Versorgungsstruktur, das unter anderem gesundheitsfördernde Projekte unterstützt.

Auch Roche Austria als Unterstützer und Teilnehmer des Gipfelgesprächs legt besonderes Augenmerk auf lokale Einbettungen und Vernetzung. Roche entwickelt als forschendes Pharmaunternehmen innovative Therapien im Bereich der Personalisierten Medizin. Das Ziel, Patientinnen und Patienten ein längeres Leben mit guter Lebensqualität zu ermöglichen, steht dabei im Fokus. In Zusammenarbeit mit lokalen Entscheidungsträgern möchte man die örtlichen und regionalen Strukturen verstehen, Ansatzpunkte erkennen und so in gemeinsamen Konzepten den Zugang zu Personalisierter Medizin in den Bundesländern sicherstellen. In einem ersten Schritt in diesem Bestreben wurde in diesem Rahmen auch das Vernetzungstreffen, welches das 10. regionale Gipfelgespräch war, unterstützt.

Ideenkomplex 5: Arbeitswelt und Wiedereingliederung

Das Ziel ist es, den Menschen möglichst lange und gut im Erwerbsleben zu halten. Dies ist sowohl für das Individuum als auch für die Wirtschaft von Vorteil.

Es gilt im Bereich chronischer Krankheiten, wenn für das Individuum möglich, eine erleichterte Rückkehr in die Arbeitswelt zu ermöglichen, was sich durch ein individuell angepasstes Konzept der Wiedereingliederungsteilzeit umsetzen ließe. Es müsste der Arbeitsplatz selbst adaptiert werden, sowohl durch die barrierefreie Gestaltung der Arbeitsstelle als auch durch strukturelle Veränderungen im Betrieb wie angepasste Arbeitszeitmodelle oder Wechsel der Tätigkeit, je nach individuellen Möglichkeiten der oder des Erkrankten. Diese Wiedereingliederung sollte vom Staat durch gesetzliche Regelungen tatkräftig unterstützt werden.

Ideenkomplex 6: Ombudsmänner

Für Härtefälle, beispielsweise bei Problemen zur Bewilligung von Rehabilitationsaufenthalten, von Pflegestufen oder -pflegegeld, Frühpensionierung,

Behinderungsausweise etc., wäre darauf zu achten, dass Patientinnen und Patienten in allen Bundesländern eine Stelle haben, an die sich wenden können, welche auch das Gewicht hat, für sie einzutreten. Durch den Ombudsmann soll vermieden werden, dass Betroffene solche und ähnliche Bürden im Alleingang und in der Position eines Bittstellers überwinden müssen.

Ideenkomplex 7: Therapien und Medikation

Die Lebensqualität chronisch Kranker ließe sich durch ein verbessertes Angebot von physikalischer Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie etc. optimieren, da Spastik, Ataxie, Schmerzen, Inkontinenz oft nur mehr symptomatisch zu behandeln sind.

Ziel wäre es, einen gewissen Grad an Selbstständig- und Handlungsfähigkeit wiederzugewinnen. Für diesen Zweck ist die von Ergotherapeutinnen und -therapeuten gebotene Hilfe unerlässlich. Folglich ist das Angebot an Ergotherapeutinnen und -therapeuten in Österreich auszubauen, mehr Menschen sind für die Ausbildung zu begeistern und Verträge zwischen den Ergotherapeutinnen und -therapeuten und den großen Sozialversicherungen unseres Landes zur Deckung der Kosten sind zu schließen.

Durchaus vorteilhaft wäre es, in begleitende therapeutische Maßnahmen, Frühdiagnostik und -rehabilitation zu investieren und die Dauer vom Auftreten erster Symptome bis zur Diagnose so niedrig wie möglich zu halten, da hier das größte Potenzial besteht, den Krankheitsverlauf zu entschleunigen. Je zeitnaher die Behandlung und Therapie, desto größer der Nutzen für die Patientin und den Patienten. Es gilt auch, den Erkrankten das Besuchen von Rehabilitationskliniken zu erleichtern und sie bei diesem Vorhaben zu unterstützen.

Großes Potenzial gibt es im Bereich der Erforschung von Repurposing-Mechanismen, wo bereits existente Medikamente bei neuen Targets eingesetzt werden. Durch moderne Technologien wird das Erfassen und Studieren von Therapieerfolgen mit neuen Methoden oder Pharmazeutika erleichtert, wodurch nachhaltige Medikation und Therapie ermöglicht werden kann.

In den späteren Lebensjahren nimmt Polymedikation zu, jedoch ließe sich bisweilen durch die Einnahme von weniger Arzneimitteln und der daraus resultierenden Reduktion der Wechselwirkungen eine bessere Lebensqualität erzielen. Bei ambulanten Behandlungen im Spital wird tendenziell überdosiert. Durch stationäre Aufenthalte hingegen ist meist die Herabsetzung von Medikamentenmengen zu erzielen.

Auch wenn die Betroffenen, wie bei Multipler Sklerose mit progredientem Verlauf, austherapiert sind, sollten Ärztinnen und Ärzte ihnen, wenn der Wunsch besteht, bei einer Entscheidung bezüglich des Wechsels auf ein anderes Medikament beistehen.

Palliative Bemühungen der Angehörigen sollten intensiver unterstützt und an die individuellen Umstände angepasst werden. Auch vor diesem Stadium gibt es Optimierungspotenziale im System: Wie die Erfahrung zeigt, ist bei Demenzkranken anfangs eine höhere Pflegestufe weitaus konstruktiver als nach Fortschreiten der Krankheit, da die Pflege zu Beginn für die pflegenden Angehörigen arbeitsintensiver ist, wohingegen Demenzkranke im Krankheitsverlauf tendenziell ruhiger werden. Ein Konsens bezüglich der Kostendeckung von Arzneimitteln, vor allem Orphan Drugs, Therapien und Pflegeeinrichtungen, muss erreicht werden, damit eine solidarische Krankenversorgung weiterhin möglich ist.

20. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH

In-vitro-Fertilisation (IVF) – gibt es Optimierungspotenziale in Österreich?

- In Österreich gibt es eine große Diskrepanz zwischen der Anzahl an Paaren mit Kinderwunsch und der Zahl an Geburten mit IVF. Im Fokus stand, mögliche Ursachen zu finden, Tabus zu überwinden und einen möglichst niederschweligen Zugang zu IVF zu schaffen.
- Im Gipfelgespräch diskutieren Expertinnen und Experten, welche Hindernisse gegeben sind und wie der Zugang zur IVF allen Paaren erleichtert werden kann.
- Jedes 6. Paar in Österreich ist ungewollt kinderlos. Fruchtbarkeitsrate in Österreich (2017) 1, 53; Kinderwunsch in Österreich 170.000 bis 190.000; 6.700 Paare haben einen Kinderwunsch in einem IVF-Zentrum (über den Fonds) in Anspruch genommen. Daher relativ große „Dunkelziffer“ an Bedarf.

„Die Rolle der niedergelassenen Fachärztin und des niedergelassenen Facharztes in der Betreuung von Frauen mit Kinderwunsch ist zentral, da durch das oft langjährige Betreuungsverhältnis die Vertraulichkeit und vor allem die notwendige Empathie im Vordergrund stehen. Die Gynäkologinnen und Gynäkologen sind meist die ersten Ansprechpartnerinnen und -partner und kennen die medizinische Vorgeschichte der Patientin, um zielgerichtet neben den klassischen Erstuntersuchungen (Hormonstatus, Infektionsabklärung und Spermogramm des Partners) weitere Schritte zum Wunsch-Kind in die Wege zu leiten.“ [Univ.-Prof. Dr. Petra Kohlberger, Präsidentin der Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]

Ethische Aspekte

Es gibt ein Spannungsfeld zwischen dem „Recht auf ein Kind“ und der Frage: „Wo hört man auf?“ Ebenso die Frage, was ist Wunsch und Hoffnung wert? 10.200 Fälle pro Jahr werden durch den Fonds gedeckt. Daneben gibt es noch rund 2.000 Fälle, bei denen privat gezahlt wird. (Der Hauptgrund dafür ist, dass die Indikationen nicht unter die durch den Fonds gedeckte Gründe fallen.) Die Gesetzesänderung 2015, die es auch gleichgeschlechtlichen Paaren erlaubt, an IVF-Behandlungen teilzunehmen, und die Fremdsamenspende zugelassen hat, war ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings gibt es nach wie vor rechtliche Probleme bei der Eizellenspende – hier gäbe es Nachholbedarf.

Eine Begleitung vor und während der IVF-Behandlung und nach erfolglosen IVF-Versuchen ist wichtig. Diese kann sowohl von Psychologinnen und Psychologen als auch von Erstansprechpartnerinnen und -partnern im Gesundheitssystem wie Apothekerinnen und Apothekern und Hausärztinnen und Hausärzten bzw. der Gynäkologin und Gynäkologen erfolgen. Die psychologische Betreuung ist in Österreich nicht flächendeckend gut ausgebaut.

Die Qualität der angebotenen medizinischen Behandlung in den IVF-Zentren ist sehr gut und orientiert sich hinsichtlich des Angebots, Vermeidung von Komplikationen und Methoden an den internationalen Vorgaben und Trends. Auch die erzielte Schwangerschaftsrate als Ergebnis der Behandlungen liegt im internationalen Schnitt.



WANN

Dienstag, 14. Mai 2019 |
14:00–16:00 Uhr



WO

im Stift Seitenstetten

DISKUSSIONSTEILNEHMENDE

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Dr. Stefan Dinges**
Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM) der Universität Wien und der MedUni Wien
- **Prim. Dr. Georg Freude**
Präsident Österr. IVF Gesellschaft und Leiter Gynandron Kinderwunschzentrum Wien
- **Univ.-Prof. Dr. Stefan Jirecek**
Leiter Kinderwunschzentrum Döbling
- **Mag. Yasaman Miremadi**
Gesellschaft für Psychologie und Kinderwunsch
- **Mag. Claire-Sophie Mörsen**
NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft
- **Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edelmayr**
Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer
- **Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Kazem Nouri**
Ärztlicher Leiter VivaNeo Kinderwunschklinik Prof. Dr. Nouri, Wien

Vorbeugende Maßnahmen

Die Reproduktionsmedizin hat es bislang verabsäumt, mehr in vorbeugende Maßnahmen zu investieren, um Menschen davon abzuhalten, in die Problematik der IVF zu kommen. Eine erste Präventionskampagne gab es erst seit März 2019. Ebenso bedarf es mehr Informationen auch für niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen.

Finanzieller Druck hält Paare ab, eine IVF in Betracht zu ziehen.

Kinderwunschaare werden immer älter. Kinderwunsch liegt in den westlichen Gesellschaften jenseits des 30. Lebensjahrs. Bei 31- bis 35-Jährigen liegt die Schwangerschaftsrate bei 32 Prozent, bei 36- bis 40-Jährigen bei 23 Prozent. Diese Faktoren werden zu wenig kommuniziert. Generell wird mit dem Kinderwunsch zu lange gewartet. Auch bei IVF nimmt die Erfolgchance nach 40 Jahren ab.

In 50 bis 80 Prozent der Fälle ist die Ursache in der Qualität der männlichen Samenzellen zu suchen.

Optimierungsbedarf

Die WHO-Definition gibt vor bzw. empfiehlt: Wenn nach zwei Jahren der Kinderwunsch erfolglos blieb bzw. mit Aufsuchen von IVF-Zentren bis zum 35. Lebensjahr nach einem Jahr unerfüllt blieb; ab 35 Jahren ist nur mehr sechs Monate zuzuwarten und dann eine Spezialistin oder ein Spezialist aufzusuchen. In ländlichen Gegenden wird generell zu lange gewartet und erst dann eine Spezialistin oder ein Spezialist aufgesucht.

Social Egg Freezing ist in Österreich nicht erlaubt – gerade für Frauen mit Krebsdiagnose wäre das wichtig. Niederschwellige Beratung in den Apotheken ist ein wichtiger Schritt gegen das Hinauszögern des Kinderwunsches.

Mission Statement

Es sollte mit dem Kinderwunsch nicht zu lange zugewartet und rascher eine Spezialistin oder ein Spezialist aufgesucht werden. Zudem ist eine breitflächige Aufklärung rund um das Thema Kinderwunsch notwendig – sowohl bei der Bevölkerung als auch bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Vor allem der Aspekt, dass die Schwangerschaftsrate mit zunehmendem Alter abnimmt, ist unterbeleuchtet.

Experteninterviews

DR. WOLFGANG ANDIEL

PRÄSIDENT DES ÖSTERREICHISCHEN GENERIKAVERBANDES

Grundsätzlich sind alle gesundheitspolitischen Maßnahmen dahingehend zu prüfen, ob sie für die Patientin und den Patienten vorteilhaft sind und die Effektivität und Effizienz therapeutischer Interventionen verbessern. Wesentliche Aspekte sind hier der gleiche Zugang zu den angezeigten medizinischen Leistungen für alle Patientinnen und Patienten unter Wahrung der nachhaltigen Finanzierbarkeit. Generika leisten hier einen wesentlichen Beitrag. Jeder Prozentpunkt zusätzliche Generikaverordnung führt zu Einsparungen von zehn Millionen Euro für die Krankenversicherungsträger. Außerdem senken sie die Behandlungskosten um 65 Prozent. Wenn Generika überall dort verordnet werden, wo es möglich ist, sichern sie somit den breiten Zugang zu innovativen Therapien.

DR. GERALD BACHINGER

PATIENTENANWALT NIEDERÖSTERREICH UND SPRECHER DER PATIENTENANWÄLTE ÖSTERREICHS

Patientenorientierung ist der rote Faden eines Gesundheitssystems; die einzige wirkliche Aufgabe ist die gute und ordentliche Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Leitbild von Patientenorientierung:

- Auf die Bedürfnisseebene der Patientinnen und Patienten schauen.
 - Auf individueller Ebene.
 - In verschiedenen Versorgungsbereichen.

Diese Bedürfnisse, zusammengefasst und objektiviert, sind das Leitbild der Patientenorientierung.

Große Vision

Schaffung einer regionalen integrierten Versorgung aus einer Hand:

- Mit verbindlicher Versorgungsplanung.
- Abstimmung der Trias (niedergelassener und stationärer Bereich sowie Pflege) muss optimiert werden.

BEST PRACTICE

Gesundes Kinzigtal in Deutschland⁵, das sehr gute Ergebnisse gezeigt hat.

BEISPIEL NIEDERÖSTERREICH

Hier wurde eine Landesgesundheitsagentur gegründet, sie hat bereits in fünf Regionen sowohl den stationären als auch den Pflegebereich in einer Hand – hier fehlt für die Vollendung der Trias nur noch der niedergelassene Bereich.

Niedergelassener Bereich

Im niedergelassenen Bereich ist im Sinne der Patientenorientierung die regionale integrierte wohnortnahe Versorgung erstrebenswertes Ideal.

Diese Versorgung im niedergelassenen Bereich ruht auf drei Säulen:

⁵ <https://www.gesundes-kinzigtal.de/>

1. **Örtliche Säule:** Die Distanzen räumlicher Natur zu Arzneimitteln und Fachärztinnen sowie Fachärzten; diese werden mit zunehmender Mobilisierung der Bevölkerung lockerer zu beurteilen; in diesem Sinne dürfen auch Angebote und Chancen aus der Digitalisierung nicht vergessen werden.
2. **Zeitliche Säule:** Die Dauer der Verfügbarkeit des Angebotes an Versorgung; hier sollten die Öffnungszeiten von Versorgungsangeboten angepasst werden an übliche Öffnungszeiten aus dem täglichen Leben; mindestens 40 bis 50 Stunden/Woche an Ordinationszeit, inklusive Tagesrandzeiten und Angeboten am Wochenende – das kann nicht mehr durch Einzelordinationen abgedeckt werden.
3. **Fachlich-medizinische Säule:** Es muss ein umfassendes und verbindliches Anforderungsprofil und Angebotsportfolio erstellt werden, welches ein Kassenarzt und eine -ärztin erfüllen muss; auch die Erfüllung dieses Anforderungsprofils wird durch einen Einzelordinationsarzt schwer abzudecken sein.

Diese drei Säulen sind Voraussetzung für die Möglichkeit der Steuerung der Patientenströme. Nur wenn das Angebot im niedergelassenen Bereich gegeben ist, werden diese Ströme nicht in die Ambulanzen gehen. Zusätzlich hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang emotionale und zwischenmenschliche Komponenten, die sogenannten Soft Skills. Ein Gefühl, gut versorgt und aufgehoben zu sein, ist relevant. Ebenso ist klare fachliche Kompetenz nötig: Auch hier gilt es, im niedergelassenen Bereich etwaige Lücken zu finden und zu schließen.

Intramuraler Bereich

Der intramurale Bereich funktioniert im Gesamtsystem „zu gut“ – es besitzt zu viel Versorgungskapazität, ist im stationären Bereich angesiedelt und wird auch als „One-Stop-Shop“ gesehen.

Aber es gibt auch in diesem Bereich „weiße Flecken“:

- *Im Konnex mit der Gesundheitskompetenz:* Die Patientin und der Patient müssen wissen, dass nicht jedes Krankenhaus in jedem Bereich sämtliche Leistungen erbringen kann.
- *Patientensicherheit:* Insbesondere Management der Transparenz – hier muss noch viel nachgeschärft werden.
- *Empfehlung:* Durchführung von österreichweiten, standardisierten Patientinnen- und Patientenbefragungen; *Nicht:* die Hotelkomponente abfragen, aber Blick auf Versorgungsqualität, Schnittstellenqualität legen! Die Werkzeuge und Tools für eine Durchführung sind bereits vorhanden.
- *Qualitätssicherung:* Auch im niedergelassenen Bereich fehlt eine Patientinnen- und Patientenzufriedenheitserhebung.
- In beiden Bereichen sollte die öffentliche Hand diese Befragungen durchführen.

Schnittstellen:

- Stationärer Bereich und Pflegebereich, extra- und intramuraler Bereich:
 - Aus Patientensicht wird diesen zu wenig Beachtung geschenkt.
 - Jeder Bereich arbeitet gut für sich, aber die Trias muss besser verbunden werden!

Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten

- Es existiert ein boomender wahlärztlicher Bereich – Österreich liegt bei der Ärzteanzahl pro Kopf im absoluten europäischen Spitzenfeld.
Daher: Gegen Ärztinnen- und Ärztemangel muss nicht primär in den Ausbildungszahlen, sondern bei der Attraktivität von Kassenstellen gegengesteuert werden!
- Neue Ärztinnen und Ärzte wollen nicht Einzelkämpfer sein, sie wollen in Gruppen oder in Organisationen arbeiten. Hier sollte der Weg weg vom Modell des Einzelkämpfers erfolgen, wo jeder privatwirtschaftlich eigenverantwortlich tätig ist, hin zu PPP-Modellen.
- Ausgliederung von externer Versorgung an private Anbieter mit Budget und Versorgungsauftrag » siehe Beispiel Kinzigtal.
- *In jedem Fall:* Weg von Einzelversorgern hin zu größeren regionalen Versorgungsstrukturen. *Daher:* Auch Gesamtverträge müssen weichen – regionale Unterschiede im Anforderungsprofil und an Patientinnen und Patienten bedingen unterschiedliche Modelle und Honorierungssysteme!
- Möglichkeiten zu einer Änderung derselben sind im ASVG-Rahmen gegeben.

Gesundheitsberufe

Die berufsständischen Silos müssen aufgebrochen werden: Berufe müssen sich verstärkt als Teil eines Gesamtversorgungsprozesses sehen, um beste Leistung im Sinne der Patientinnen und Patienten zu bringen – sie sind im Mittelpunkt der Versorgung, nicht die standespolitischen Wünsche. Die beruflichen Kompetenzen müssen mit dem Ziel der Optimierung der Patientinnen- und Patientenversorgung gebündelt werden.

Pharmazeutische Kompetenz

Diese sollte im Sinne der Patientinnen und Patienten verstärkt in den ärztlichen Verschreibungsprozess eingegliedert werden:

- Im intramuralen Bereich gibt es hier bereits gute Ansätze (» vgl. Modell AKH – Anditsch).
- Im niedergelassenen Bereich allerdings noch nicht: Digitale Tools könnten Abhilfe schaffen und Chancen bieten.

Digitalisierung

- Riesige Potenziale, um alle Patientenorientierungs-Elemente zu Patientinnen und Patienten zu bringen.
 - Strukturen/Säulen räumlich und zeitlich werden unwichtiger.
 - Grundsatz „move the healthcare, not the patient“ wird sich verstärkt durchsetzen.

BEISPIEL FÜR PATIENTENORIENTIERTE VERSORGUNG

Mobile Dialyseteams in Niederösterreich und Vorarlberg betreuen Betroffene, ausgehend vom Krankenhaus in den niedergelassenen Bereich.

Pflege und Betreuung

Große Herausforderung der Zukunft.

- *Chancen:* Heimpflege etwa mit Digitalisierung effektiver machen – Verbindung von Betreuerin und Betreuer zu Ärztin und Arzt bei Fragen etc.
- Wieder der These folgend: Versorgung soll zur/zum Patientin/Patienten kommen, nicht umgekehrt.

Gesundheitskompetenz und Prävention

- Eigenverantwortung muss gestärkt werden, Bürger darf dabei nicht alleingelassen werden!
- Verhaltensprävention und Verhältnisprävention gehören zusammen, es sind zwei Seiten derselben Medaille!
- Transparenzoffensive (Veröffentlichung der Jahresberichte der GÖK der Gesundheitssystemdaten/Versorgungsatlant) und Verstärkung der Partizipation (Einbeziehung der Patientinnen- und Patientenvertreter in die Gesamtvertragsverhandlungen).

Ausbildung

- Berufsständische Silos müssen aufgebrochen werden, um maximale Patientenorientierung herstellen zu können.
- *Eine These:* Die Gesundheitsbereiche zumindest zu Beginn oder zu ausgewählten Themen gemeinsam auszubilden, etwa in Ausbildungsmodulen oder gemeinsamen Lehrveranstaltungen, wäre ein erster großer Schritt zur Überwindung des Silodenkens.
- Gemeinsame Basisausbildung würde auch eine Einheitlichkeit und schnelles Updaten von Basisanforderungen ermöglichen – quer über alle Gesundheitsberufe. Das Verständnis für die jeweils andere Berufsgruppe würde gefördert, was mittelfristig eine Steigerung der Gesamteffizienz im System bringen könnte.

Moderne Infrastruktur

- Versorgungsleistungen möglichst als Pakete anbieten.
- One-Stop-Shop als Idee zur Patientenorientierung.
- Ambulanz im urbanen Raum hier stärken ist okay, muss aber finanziert bzw. mit dem niedergelassenen Bereich gegenfinanziert werden, da die Ambulanz dann diesen stark entlastet.
- Idealerweise würde dort nicht nur triagiert, sondern auch therapiert werden.

DR. FRITZ GAMERITH

EXPERTE DER IGEPPA

Self Care rückt den Menschen als handelnde Person in den Mittelpunkt und stattet ihn mit jenen Ressourcen aus, die er benötigt, um täglich die richtigen Entscheidungen für seine Gesundheit treffen zu können.

Zugang zur Self Care verbessern

Österreich wird sich in den kommenden Jahren und Jahrzehnten verändern. Der demografische Wandel steht im Mittelpunkt der Entwicklungen und wird die Arbeits- und Lebenswelten der Menschen weiter verändern. Hinzu kommen die Einflüsse der fortschreitenden Digitalisierung. Das Gesundheitssystem soll dem medizinischen Fortschritt Rechnung tragen und weiterhin leistungsstark, bezahlbar und menschlich bleiben. Dabei ist die Gesundheitsversorgung in Einklang mit den veränderten Lebenswelten der Menschen zu bringen. In diesem Zusammenhang bietet gerade die Self Care Perspektiven für den einzelnen Menschen wie für die Gesellschaft insgesamt und bildet bereits heute einen wichtigen Baustein für eine patientenorientierte, flächendeckende und finanzierbare Gesundheitsversorgung.

Flächendeckende, niedrigschwellige Gesundheitsversorgung gewährleisten

Patientenorientiert zu agieren bedeutet auch, das immense Ressourcenpotenzial der Apotheke und die Möglichkeiten der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten zu nutzen, um Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner zu entlasten. Die Entlassung von Arzneimitteln aus der Rezeptpflicht („Switch“) leistet dazu einen wichtigen Beitrag. Chronisch kranke Menschen, wie z. B. Migränepatientinnen und -patienten, erhalten dadurch einen niedrigschwelligen Zugang zu den für sie notwendigen Pharmazeutika.

Kommunikation auf Augenhöhe

Wer patientenorientiert denkt, bemüht sich im Beratungs-, Diagnose- und Therapiegespräch um eine verständliche Kommunikation. Kommunikative und soziale Kompetenzen müssen zu diesem Zweck in der Ausbildung der Health-care Professionals vermittelt werden. Aus Gesprächen auf Augenhöhe resultiert das für den gesundheitlichen Fortschritt so wichtige Vertrauen der/des Patientin/Patienten in die Expertinnen und Experten.

Grünes Rezept

Ein möglicher Ansatz, die Patientinnen und Patienten weiter in den Mittelpunkt des Systems zu rücken, ist das Modell des Grünen Rezepts, wie es in Deutschland praktiziert wird. Apothekenpflichtige, grundsätzlich rezeptfreie Medikamente werden von der Ärztin oder dem Arzt mittels des Grünen Rezepts „verschrieben“, um zu signalisieren, dass er die Anwendung dieses Arzneimittels aus medizinischer Sicht für notwendig erachtet. Das Grüne Rezept dient Patientinnen und Patienten auch als Merkhilfe hinsichtlich der Bezeichnung des Präparats, des Wirkstoffs und der Darreichungsform. Das Grüne Rezept wäre auch ein für Österreich sinnvolles Modell. Hausärztinnen und -ärzte würden sich dadurch bewusster des großen Potenzials rezeptfrei erhältlicher Arzneimittel und Gesundheitsprodukte bedienen.

Kostenübernahme für OTC für Kinder

In Deutschland können rezeptfreie Arzneimittel für Kinder unter zwölf Jahren (bei Entwicklungsstörungen auch bis zum 18. Geburtstag) von den Krankenkassen bezahlt werden. Eine vergleichbare Regelung wäre auch für Österreich sinnvoll, insbesondere um sicherzustellen, dass kein Kind aufgrund der sozioökonomischen Stellung der Eltern im Rahmen der Self Care schlechter versorgt wird.

Apotheker als Lotse

Gesundheitspolitisches Ziel sollte es sein, die richtige Entscheidung des Einzelnen für eine Arztbehandlung (wenn nötig) oder eine Selbstbehandlung (wenn möglich) zu fördern. Das Prinzip der Eigenverantwortung zu stärken, ist dabei sowohl mit einem Mehr als auch mit einem Weniger an sozialem Ausgleich kompatibel. Um Effizienzreserven

mithilfe der Selbstbehandlung zu erschließen, bedarf es unter anderem neuer Informations- und Anreizsysteme für Verbraucher, einer professionellen Beratung beim Kauf von Arzneimitteln und einer gestärkten Rolle der Apotheken als „Lotsen“ im Gesundheitssystem.

Empfehlungen

- Die „Patient Journey“ erleichtern, indem Patientinnen und Patienten ermächtigt werden, angeleitet und begleitet vom Gesundheitsfachpersonal bei akuten und chronischen Krankheiten richtig zu handeln.
- Hürden beim Zugang zu Arzneimitteln abbauen: neue Modelle der Rezeptfreiheit finden.
- Arzneimittel aus der Rezeptpflicht entlassen, die in vergleichbaren Ländern bereits verschreibungsfrei erhältlich sind.
- Den Self-Care-Gedanken in das gesamte, den Patientinnen und Patienten zugewandte Gesundheitssystem integrieren.
- Wissen im Umgang mit OTC-Produkten fördern, indem die Gesundheitskompetenz von Kindheit an gefördert wird.
- Die Kosten für OTC-Präparate für Kinder (bis zum Alter von zwölf Jahren) sollen generell von den Krankenkassen refundiert werden.
- Die Funktion der Apotheke als Lotse durch das Gesundheitssystem stärken.
- Das deutsche Erfolgsmodell des Grünen Rezepts auch für Österreich zur Anwendung bringen.

DR. SABINE MÖRITZ-KAISERGRUBER

PRÄSIDENTIN DES BIOSIMILARSVERBANDES ÖSTERREICH

Der Biosimilarsverband betont, dass bei sämtlichen gesundheitspolitischen Maßnahmen auf den Vorteil der Patientinnen und Patienten geachtet werden soll und der Fokus auf die Verbesserung von Effizienz und Effektivität therapeutischer Interventionen gelegt werden muss. Wesentliche Aspekte sind der gleiche Zugang zu den angezeigten medizinischen Leistungen für alle Patientinnen und Patienten unter Wahrung der nachhaltigen Finanzierbarkeit. Biosimilars leisten hier ihren Beitrag, indem sie den Zugang zu innovativen Therapien verbreitern und oft auch verbesserte Applikationsformen, längere Stabilitäts- und daher verbesserte Haltbarkeitsdaten bieten können.

Empfehlungen

- Abrechnungsposition für Ärztinnen und Ärzte für Umstellungs-/Beratungsgespräche mit Patientinnen und Patienten.
- Gemeinschaftliche Information aller Stakeholder zur Patientenaufklärung über Biosimilars schaffen und unterstützen.
- Eine praktische Informationsoffensive für behandelnde Ärztinnen und Ärzte schaffen, um Ihnen die Sicherheit bei Neuein- und Umstellung zu geben.

MARTINA OLF-MEINDL, MBA, MSC

MERCK GESMBH

Patientenmitbestimmung

Im Hinblick auf die Patientenorientierung besteht in Österreich noch sehr viel Handlungsbedarf, insbesondere bei der Patientenmitbestimmung. In Österreich gibt es zahlreiche Selbsthilfegruppen, die wichtige Arbeit leisten und sehr enga-

giert sind. Es wäre jedoch notwendig, die Betroffenen selbst – also die Patientinnen und Patienten – mehr in gesundheitsbezogene Entscheidungen zu involvieren.

In Diskussionen über Schnittstellen zwischen intra- und extramuralem Bereich müssten verstärkt Patientinnen- und Patientenvertreter eingebunden werden, um nicht nur ein Krankheitsbild, ein Medikament oder Kosten zu thematisieren, sondern um darüber hinaus die Bedürfnisse der Betroffenen zu berücksichtigen. Diese Perspektive trägt viel zur Aufklärung über das eigentliche Leben mit einer Erkrankung bei.

Gute Ansätze gibt es beispielsweise in der Heilmittlevaluierungskommission (HEK), welche darüber entscheidet, ob neue Medikamente von den Krankenkassen erstattet werden sollen. Die Kommission involviert nun auch die Patientenrechtschafft, jedoch ohne Stimmrecht. Trotzdem ist dies ein Schritt in die richtige Richtung, da die Sicht der Patientinnen und Patienten und ihr Leben mit der Erkrankung thematisiert werden. Die Sichtweisen der kostenübernehmenden Stellen und Patientinnen und Patienten sind oft sehr unterschiedlich, umso wichtiger ist es, beide Seiten zu betrachten.

Evaluierung neuer Medikamente

Ein wichtiges Thema ist die Evaluierung neuer Medikamente im Krankenhausbereich. Auch in diesen Bewertungsgremien sind nur teilweise Patientinnen und Patienten vertreten, die ihren Beitrag in der Entscheidungsfindung über die Finanzierung oder die Aufnahme von Medikamenten einbringen können. Als Grundlage einer Evaluierung wird die medizinische Datenlage zum neuen Medikament herangezogen und im zweiten Schritt die Wirtschaftlichkeit (gerechtfertigter Preis) bewertet. Weiters fließt Expertise aus dem Bereichen HTA (Health Technology Assessment) und Ethik ein, Meinungen und Empfehlungen von Patientinnen- und Patientenvertretern finden nur teilweise Gehör.

Wohnortnahe, zeitgerechte Versorgung

FALLBEISPIEL/BEST PRACTICE: NURSE-SERVICE FÜR DIE ERKRANKUNG MULTIPLE SKLEROSE (MS)

Merck bietet für MS-Patientinnen und MS-Patienten einen Nurse-Service an. D. h. es gibt Pflegekräfte, die sich um Patientinnen und Patienten mit MS kümmern und sicherstellen, dass diese mit ihrer Therapie gut zurechtkommen (z. B. Nebenwirkungen). Unter anderem werden die Patientinnen und Patienten in der Vorbereitung auf Termine im Krankenhaus (z. B. Gespräch mit Neurologen) unterstützt.

Dieser Nurse-Service wird immer wichtiger, da die Therapien zwar zielgerecht wirksamer werden, dafür die Anwendungsintervalle aber zeitlich zum Teil weit auseinanderliegen (z. B. zweiwöchige Therapie einmal im Jahr). Sprich, wenn es den Patienten in der therapiefreien Phase gut geht, ist die Gefahr groß, dass diese die Fortsetzung der Therapie ein Jahr später vergessen. Deshalb braucht es eine Hilfestellung/Betreuung, um die Therapie planmäßig durchzuführen. Patienten empfinden diese neuen Therapieformen als angenehmer, da sie nicht jeden Tag Medikamente einnehmen müssen und daher nicht ständig an ihre Erkrankung erinnert werden.

Von der Industrie wird diese Art von Services vermehrt angeboten. Anzumerken ist, dass junge Patientinnen und Patienten gegenüber Gesundheits-Apps affiner sind. Für ältere Patientinnen und Patienten ist eine persönliche Betreuung jedoch aus folgenden Gründen vorteilhafter: Erstens, da sie mit der Technik nicht so gut zurechtkommen (auch deshalb, weil sie aufgrund spezifischer Erkrankung motorische Schwierigkeiten haben), und zweitens, weil erkrankte Menschen oft auch soziale Kontakte suchen, die eine Ärztin oder ein Arzt aufgrund von Zeitmangel nicht geben kann. Nurse-Services werden hochgeschätzt und in Zukunft noch mehr gefragt sein.

Ebenso von Relevanz ist das Wissen der Patientinnen und Patienten, wo sie die beste Versorgung bekommen. Aber auch der Bereich der Prävention, also bevor der Patient überhaupt krank wird (Prophylaxe), ist von großer Wichtigkeit. Der Fokus sollte vermehrt auf das Ausbilden der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten gelegt werden. Es sollten Möglichkeiten geboten werden, damit die Patientinnen und Patienten selbstständig informierte Entscheidungen treffen können (z. B. durch Angebote der Sozialversicherung, wie Raucherentwöhnung oder gesunde Ernährung). Breitere Möglichkeiten der Fortbildung wären für die Bevölkerung hilfreich, damit sichergestellt werden kann, dass Patientinnen und Patienten gut für sich sorgen können. Zum anderen wäre es für die Patientinnen und Patienten notwendig zu wissen, wohin sie sich im Krankheitsfall wenden können. Ein niederschwelliger Zugang zur

Krankenversorgung ist anzustreben und eine Steuerung der Patientenwege sollte vorgesehen werden, damit der erste Weg nicht zum Facharzt oder in die Ambulanz ist. Die Gesundheitshotline ist ein gutes Instrument, um den Großteil an leichteren Erkrankungen abzufangen und in Folge lange Wartezeiten in den Arztpraxen zu vermeiden. Die neuen Primärversorgungszentren sind eine gute Möglichkeit, um Patientenströme zu leiten. Hier sind Ärztinnen und Ärzte und Gesundheitspersonal an einem Ort tätig und die erweiterten Öffnungszeiten sind für die Patientinnen und Patienten eine große Erleichterung. Dadurch werden den Patientinnen und Patienten Zeit und Wege erspart. Gerade im ländlichen Bereich sind diese Angebote auszubauen.

Qualitätskriterien für Ärztinnen und Ärzte

Oft fehlen den Patientinnen und Patienten vertrauenswürdige Hilfestellungen, z. B. an welche Ärztin bzw. welchen Arzt sie sich wenden sollen. Es existiert keine einheitliche Qualitätsmessung, Ärztebewertungen in Zeitschriften oder im Internet sind nicht transparent. Die Patientin bzw. der Patient ist bei seiner Arztwahl auf (Weiter-)Empfehlungen angewiesen. Deshalb ist eine Forderung das Einführen von Qualitätskriterien für Ärztebewertungen. Diese Kriterien müssten gemessen und die Ergebnisse offengelegt werden, sowohl für den niedergelassenen als auch den stationären Bereich.

Empfehlungen

- Ausweitung der Patientenmitbestimmung in div. Kommissionen.
- Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung.
- Stärkung eines niederschweligen Zugangs zu ärztlicher Versorgung, wie Primärversorgungszentren.
- Einführung von einheitlichen, transparenten Qualitätskriterien für Ärztinnen und Ärzte und Gesundheitsdienstleister.

DR. STEPHANIE PRINZINGER

REFERENTIN FÜR GESUNDHEITS- UND KRANKENVERSICHERUNGSRECHT IN DER ABTEILUNG
SOZIALVERSICHERUNG DER ARBEITERKAMMER WIEN

MAG. PIA ZHANG

REFERENTIN IN DER ABTEILUNG SOZIALVERSICHERUNG DER ARBEITERKAMMER WIEN

Primärversorgung

Als „Best Point of Service“ ist die Primärversorgung sehr relevant. Primärversorgungszentren sollen als erste Anlaufstelle genutzt werden und so Spitalsambulanzen entlasten (z. B. durch längere Öffnungszeiten) und Wartezeiten verringern. In Primärversorgungszentren können außerdem mehrere Gesundheitsdienstleister, Ärztinnen und Ärzte und Fachärztinnen und -ärzte zusammenarbeiten, um allen Patientinnen und Patienten, vor allem chronisch kranken Menschen, eine ganzheitliche Versorgung zu garantieren. Um diese Zusammenarbeit umzusetzen, bedarf es einer guten Dokumentation und Kommunikation zwischen den Gesundheitsdienstleistern.

Auch die Ernährung spielt eine große Rolle für den Gesundheitserhalt, deshalb schlägt die AK vor, die Dienste von Diätologen und anderen nicht ärztlichen Gesundheitsberufen vermehrt in die Primärversorgungszentren miteinzubeziehen, um möglichst viele Menschen zu erreichen.

Wartezeiten

Um die Wartezeiten auf Arzttermine zu verringern, müssen elektive Operationen transparent gestaltet werden (Wartelisten). Derzeit sind die Gesetzestexte der Bundesländer sehr unterschiedlich, was die Veröffentlichung der

OP-Wartezeiten betrifft. Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzte müssen diese Informationen bekommen, um die Transparenz zu erhalten. Auch die Wartezeiten bei Ärztinnen und Ärzten müssen in der Patientinnen- und Patientenorientierung eingedämmt werden. Hier sind insbesondere die Krankenkassen angehalten, für eine ausreichende Versorgung mit Kassenärztinnen und -ärzten zu sorgen, damit die Patientinnen und Patienten nicht vermehrt auf Wahlärztinnen und -ärzte zugreifen müssen. Die Bedingungen der Vertragsärztinnen und -ärzte spielen hier eine wichtige Rolle, z. B. dass diese genug Zeit für eine umfassende Behandlung haben.

Die Primärversorgung eignet sich sehr gut zur Information, Orientierung und zur Steigerung der Gesundheitskompetenz. Um Patientinnen und Patienten einen niederschweligen Eingang in das Gesundheitssystem zu geben, muss es von Grund auf transparent gestaltet werden.

Angebot und Finanzierung spielt in der Primärversorgung immer eine große Rolle.

Medikamente und Polypharmazie

Zurzeit berichten die Medien vermehrt über Versorgungsengpässe in Österreich. Die Versorgungssicherheit mit Medikamenten wird in Zukunft weiter behandelt werden müssen. Ein Exportverbot für bestimmte Arzneimittelspezialitäten wird diskutiert, jedoch ist dieses Verbot EU-rechtlich noch nicht abgeklärt. Ein solches wird grundsätzlich aber positiv gesehen, es löst das Problem aber nicht zur Gänze. Ein weiterer Punkt ist die Konzentration auf einzelne Standorte, die zu einer Abhängigkeit diesen gegenüber führt. Außerdem könnte auch teilweise eine künstliche Verknappung aus preispolitischen Gründen dahinterstecken.

Im Sinne der Patientinnen und Patienten wäre erstrebenswert, die Finanzierungsströme im System transparenter zu gestalten. Derzeit ist den Patientinnen und Patienten nicht klar, woher das Geld kommt. Die AK fordert grundsätzlich die Finanzierung aus einer Hand, insbesondere ist eine Gleichstellung von intra- und extramuralen Behandlung sowie eine Gleichbehandlung über die Versicherungsträger hinweg notwendig. Dies ist aber kein einfaches Unterfangen und es bedarf einer gemeinsamen Lösung aller Stakeholder.

In Österreich nimmt rund ein Viertel der über 60-Jährigen regelmäßig fünf oder mehr Arzneimittel ein. Dabei kann es leicht zu Wechselwirkungen der einzelnen Präparate kommen. Diese Wechselwirkungen müssen bei neuen Verschreibungen von den Ärztinnen und Ärzten und den Apothekerinnen und Apothekern berücksichtigt werden. In den Apotheken wird ab fünf verschreibungspflichtigen Medikamenten darauf geachtet, ob sich diese beeinflussen, jedoch werden rezeptfreie Medikamente oder Zusatzpräparate derzeit nicht erfasst. Die Digitalisierung (E-Medikation) kann dazu beitragen, die Nebenwirkungen der Polypharmazie zu verringern, jedoch bedarf es dafür viel Engagement der Ärztinnen und Ärzte und Apothekerinnen und Apotheker, eine flächendeckende Verwendung sowie die Honorierung der Leistungen durch die Sozialversicherungen. Sinnvoll wäre es, die Patientinnen und Patienten selbst auf die Risiken der Polypharmazie aufmerksam zu machen und die Gesundheitskompetenz in diesem Bereich zu stärken, sodass sie als mündige Patientinnen und Patienten von sich aus diese Thematik ansprechen können. Der Arbeiterkammer ist wichtig, dass die Informationen für die Patientinnen und Patienten vorhanden sind und weitergegeben werden.

Psychosoziale Versorgung

40 Prozent der Zuerkennungen für Rehabilitationsgeld sind auf psychosoziale Erkrankungen zurückzuführen. Die Invaliditätsbezüge, Rehabilitationsgeldbezüge, Krankenstände und Medikamentenkosten für psychische Erkrankungen sind in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Die Versorgung für die Patientinnen und Patienten ist derzeit nicht ausreichend und sie sind momentan allzu sehr auf sich gestellt. Es gibt zu wenige Anlaufstellen, an die sich Betroffene wenden können, dabei kostet es gerade psychisch kranken Menschen sehr viel Energie und Überwindung, sich Hilfe zu suchen. Zudem ist die Psychotherapie oft privat zu bezahlen, da es nur wenige Kontingente der Krankenkassen gibt. Es sollte in die psychosoziale Versorgung investiert werden, bevor die Zahlen weiter steigen. Wünschenswert wäre die Psychotherapie als Sachleistung auf Krankenschein. Zweckmäßig wäre es, das Gesundheitspersonal, die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und Hausärztinnen und -ärzte auf die Problematik aufmerksam zu machen und auf psychische Erkrankungen zu schulen, um früh genug eingreifen zu können. Zusätzlich sollten die ärztlichen Leistungen über einen Gesamtvertrag „Psychotherapie“ über alle Krankenversicherungsträger harmonisiert werden. Durch die Gleichstellung der Psychotherapie mit anderen Behandlungen im Gesundheitssystem könnte der Stigmatisierung entgegengewirkt und so leichter präventiv gehandelt werden. Besonders für Kinder und Jugendliche besteht derzeit mehr

Bedarf als Angebot. Diese Zielgruppe kann sich nicht selbst überlassen werden, sondern braucht die Gesundheitskompetenz von Eltern und Lehrerinnen und Lehrern. Auf die vulnerablen Gruppen, die meist wenig Gesundheitskompetenz besitzen, muss ein besonderer Fokus gelegt werden. Anderenfalls führen das fehlende Wissen und die fehlende Unterstützung zu einer Belastung der Patientinnen und Patienten und des Systems.

Auch auf die Gesundheitskompetenz in diesem speziellen Bereich muss besonders geachtet werden. Patientinnen und Patienten müssen in der Lage sein, die Zweckmäßigkeit und auch den Ablauf einer Psychotherapie zu beurteilen. Auch die Erwartungshaltung sollte realistisch sein, damit ein umfassendes Angebot auch Sinn macht. Dafür wäre als erster Schritt eine zentrale Anlaufstelle sinnvoll, die auch den Bedarf abklärt und dann im System weiterleitet. Zusätzlich braucht es Schulung oder Betreuung der Patientinnen und Patienten.

Die AK begrüßt es grundsätzlich, dass im Regierungsprogramm ein bedarfsgerechter Ausbau der psychosozialen Versorgung bis 2024 als Punkt enthalten ist. Hier stellt sich aber jedenfalls die Finanzierungsfrage, da mit Kosten in Höhe von 80 bis 100 Millionen Euro zu rechnen ist. Ein zeitnaher Ausbauplan sollte daher vorgelegt werden.

BEISPIEL PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Sind sehr oft psychisch belastet, fühlen sich vom System alleingelassen und wissen nicht, wohin sie sich wenden können. Während und nach der Pflege von Angehörigen braucht es Unterstützung, wie z. B. monatlich stattfindende Beratungsgespräche. Diese Angebote sollten kostenfrei angeboten werden.

Impfen

Wenn die Patientinnen und Patienten die nötigen Informationen und Empfehlungen bekommen, können sie selbstbestimmt entscheiden, welche Impfungen sie in Anspruch nehmen. Um die Impfraten zu steigern, braucht es Informationskampagnen und die Kostenübernahme der notwendigen Impfungen durch die Sozialversicherungen. Es darf nicht sein, dass Menschen notwendige Impfungen nicht in Anspruch nehmen, weil die Kosten zu hoch sind und sie sich den Impfstoff nicht leisten können. Es braucht mehr Informationen und mehr Klarstellungen durch die Gesundheitsdienstleister, um die Skepsis zu vermindern.

Die Möglichkeiten der Digitalisierung sollten auch in diesem Bereich genutzt werden und der elektronische Impfpass in ELGA integriert werden, damit diese immer dabei ist.

Empfehlungen

- Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem.
 - Gleiche Leistungen für alle Sektoren und auch gleicher Zugang zu Leistungen.
 - Finanzierung aus einer Hand.
- Gesundheitskompetenz beim Individuum muss gestärkt werden, damit Eigenverantwortung im Gesundheitssystem wahrgenommen werden kann.
- Niederschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem muss sichergestellt werden. Behandlung am Best Point of Service.
 - Ausbau der Primärversorgung.
 - Ausbau der Telemedizin für Erstinformationen.
 - Förderung benachteiligter Gruppen.
- Investition in und Ausbau der psychosozialen Versorgung.
 - Gesundheitskompetenz in diesem Bereich besonders stärken.
 - Zentrale Anlaufstelle zur Konkretisierung des Bedarfs.
 - Psychotherapie auf Krankenschein.
- Sicherstellung der Versorgung mit Medikamenten in Österreich bis 01.07.2021.
 - Ausfuhrverbot als erster Schritt.
 - Digitalisierung nutzen.

- Kostenübernahme der notwendigen Impfungen.
- Verbesserungen und Transparenz von Wartezeiten im Gesundheitssystem.
 - Wartezeitenmanagement.
- Ausbau und bessere Finanzierung der betrieblichen Gesundheitsförderung.

HON.-PROF. (FH) DR. BERNHARD RUPP

LEITER DER FACHABTEILUNG GESUNDHEITSWESEN DER ARBEITERKAMMER NIEDERÖSTERREICH

Parallelen zum Bereich Konsumentenschutz sind gegeben;

Herausforderung unter anderem:

- Fehlende Hinweise auf Qualität des Angebotes, keine Indikatoren, die KH-Auswahl z. B. erleichtern.
- Hier sollte den Patienten Orientierung gegeben werden!
- Zu diesem Zweck werden Fallzahlen und andere Marker gebraucht, die öffentlich zugänglich sind.

Des Weiteren krankt das System daran, dass die Beratung und Unterstützung zu wenig ausgebaut ist:

- Diätologen haben keinen Kassenvertrag – Ernährungsberatung daher privat zu organisieren ...
- Gerade bei mangelnder Gesundheitskompetenz in Verknüpfung mit niedrigerem sozio-ökonom. Status ist das problematisch!

Sukkus: Sehr viel Verbesserungspotenzial in vielen Bereich der Patientinnen- und Patientenorientierung in Österreich.

DR. GÜNTHER SCHREIBER

PROJEKTMANAGEMENT UND KOORDINATION BRANCHE GESUNDHEITSWESEN BEI QUALITY AUSTRIA

Ziel ist es, die Patientinnen und Patienten optimal zu betreuen, doch momentan wird dieses Ziel weder im Bereich des Outcomes noch im Bereich der eingesetzten Mittel optimal erreicht. Der extramurale Bereich ist extrem ausgedünnt und der Krankenhaussektor, der intramurale Bereich wie auch die Ambulanzen, sind überlastet. Die Systemstruktur muss, um Patientinnen und Patienten in den Fokus zu stellen, umgebaut werden. Dies ließe sich dadurch erreichen, dass Einzelinteressen aller Gesundheitsberufe hinter das Patienteninteresse gestellt würden.

Qualitätsmanagement ist eine wichtige Säule in der Erreichung des Metazieles einer patientenorientierten, solidarischen Gesundheitsversorgung. Auch bedarf es neuer Schwerpunktsetzungen bereits in der Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner, beispielsweise auf Bewusstseinsbildung in puncto Qualität der Behandlungen.

Es ließe sich ein Krankenanstalten-Kompass nach Vorbild der USA einführen, anhand dessen erkennbar wäre, welches Spital in welchem Bereich Aufholbedarf hat. Dies müsste allerdings anhand eines Schlüssels geschehen, der für die potenziellen Patientinnen und Patienten transparent, einfach und eindeutig verständlich im Sinne einer qualifizierten Transparenz ist. Auch sollte dieser bundesweit einheitlich funktionieren.

Ein Teil der für einen solchen Kompass benötigten Zahlen ließe sich, nach dem Modell des Instituts für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (Deutschland), nicht nur durch die Anzahl der durchgeführten Operationen, sondern auch durch die Frage, mit welcher Qualität diese Operationen durchgeführt wurden, erschließen.

Um die Qualität zu steigern, sollten Medizinstudentinnen und -studenten schon während der Ausbildung Managementfähigkeiten und unternehmerisches Verständnis erlernen, um nicht nur medizinische, sondern auch ökonomische Aspekte bei zukünftigen Entscheidungsfindungen berücksichtigen zu können, da dies der Realität des medizinischen Berufs entspricht. Insbesondere im Bereich Führungskultur sollte ein Schwerpunkt gesetzt werden, da die Arbeitsqualität innerhalb einer und zwischen mehreren Abteilungen stark von der Leitung geformt wird. Die Fehler-

kultur, wie sie zurzeit in Österreich existiert und praktiziert wird, muss ebenso geändert werden, um einen offenen Diskurs über die Qualität von Einrichtungen zu ermöglichen. Die Beurteilung von Führungskräften, wie in allen anderen Branchen, sollte Standard sein, da der Abgang von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor allem durch Konflikte mit der Führung entsteht. Dies bedeutet vermehrte Ausbildung von Führungskräften in den Bereichen Führung und sozialer Kompetenz. Ebenso müsse es Rahmenbedingungen geben, nach denen die Performance eines Primars beurteilt und gegebenenfalls Sanktionen gegen ihn ergriffen werden können.

Eine Struktur zur Qualitätshaltung und -verbesserung muss dringend vereinheitlicht werden, um einen Abfall des Niveaus zu verhindern. Durch eine gut ausgebaute Versorgungsstruktur könnten Patientinnen und Patienten optimal betreut und Kosten gering gehalten werden. Dem Beispiel der Bundesrepublik Deutschland folgend, könnte eine österreichweite OP-Checkliste als eine Gesetzesvorgabe verpflichtend eingefügt werden. Ebenso wären ein Risikomanagement und ein Quality-Management-System vonnöten.

Die Reduktion von Pflegekräften, angetrieben von finanziellen Erwägungen der Kostenträger, ist keinesfalls im Patienteninteresse. Wenn der Patientenschlüssel niedriger ist, erholen sich Erkrankte erwiesenermaßen schneller, da die individuelle Pflege intensiviert werden kann. Pflegekräfte vermehrt im Beruf zu halten ist daher langfristig auch in finanzieller Hinsicht von Vorteil, da die Inzidenzen von vermeidbaren Wiedererkrankungen und die Dauer von Pflegeaufenthalten im Spital verringert werden.

Um diese Veränderung nachhaltig sichern zu können, muss der extramurale Bereich ebenfalls durch Personalzuwachs und finanzielle Zuwendung gestärkt werden. Zudem muss eine flächendeckende landesweite Primärversorgung sichergestellt sein.

Die kommende Patientengeneration verfügt über ein verändertes und intensiviertes Gesundheitsbewusstsein, welches, etwa durch den Einsatz neuer Technologien der Früherkennung und Prävention, gestärkt und gefördert werden kann. Daher muss dringend in die Prävention investiert werden, statt, wie bisher, primär eine Fokussierung im Bereich der Reparaturmedizin zu betreiben.

Im Sinne einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung ist ebenso eine veränderte Beziehung zwischen Medizinerinnen und Medizinern und Patientinnen und Patienten zu gestalten. Eine optimierte Zukunft wäre, wenn die Ärztin oder der Arzt und die Patientin oder der Patient als Entscheidungsfindungspartner zusammenarbeiten würden.

Quellenverzeichnis

Positionspapier

- *Bundesverband Selbsthilfe Österreich*: Kernforderungen an die neue Bundesregierung zur Stärkung der Selbsthilfe in Österreich, 2019
- *Himmelbauer, Irmgard*: Politische Kinder Medizin, Positionspapier zum Themenkreis Patientenorientierung, 2020.

Presseaussendungen

- *BVSHOE, NANES, Pro Rare*: Kernforderungen an die neue Bundesregierung zur Stärkung der Selbsthilfe in Österreich, Presseaussendung vom 09.12.2019.
- *Elezi, Dren*: PRAEVENIRE: Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen. OTS Presseaussendung der PRAEVENIRE Initiative 2030 vom 03.06.2020.
- *Leitner, Michael*: Wir sind Diabetes, Die österreichischen Diabetes-Patientenorganisationen sprechen ab jetzt mit einer Stimme, OTS Presseaussendung vom 29.10.2019.
- *ÖGAM*: Ende der telemedizinischen Krankschreibung: Hat die ÖGK die Gesundheit von Patient*innen aus den Augen verloren? Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), OTS-Presseaussendung vom 22.07.2020.

Webseiten

- *Bundesverband Selbsthilfe Österreich (BVSHOE)*: <https://www.bundesverband-selbsthilfe.at/>
- *Gesundes Kinzigtal*: www.gesundes-kinzigtal.de/
- *Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen*: www.iqtig.org
- *Plattform Patientensicherheit*: www.plattformpatientensicherheit.at/themen-op-checkliste.php
- *Österreichischen Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (ÖKUSS)*: <https://oekuss.at/>
- *Patientenanwaltschaft*: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/institutionen/patientenanwalt>
- *Quality Austria*: www.qualityaustria.com
- *Wir sind Diabetes*: <https://www.wirsinddiabetes.at/>
- *World Health Organization (WHO)*: www.who.int/news-room/fact-sheets

Zeitungs- und Zeitschriftartikel

- *Elezi, Dren*: Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen. In: PERISKOP 95, Seite 16.
- *PRAEVENIRE*: Patienten in Mittelpunkt stellen. Experten diskutierten die wichtigsten Herausforderungen, um eine optimale Versorgungsstruktur für die Patienten zu erzielen. In: Die Presse vom 08.10.2020, Seite 21.

Mitwirkende Expertinnen und Experten

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Mag. pharm. Monika Aichberger**
Vizepräsidentin der Landesgeschäftsstelle Oberösterreich der Österreichischen Apothekerkammer
- **Dr. Wolfgang Andiel**
Präsident des Österreichischen Generikaverbandes
- **Dr. Gerald Bachinger**
Patientenanwalt Niederösterreich und Sprecher der Patientenanwälte Österreichs
- **Dr. Alexander Biach**
Standortanwalt und Direktorstellvertreter der Wirtschaftskammer Wien
- **Dipl.-Ing. Martin Bruninger**
Büroleiter des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger
- **Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna, MBA, MMSc**
Vorstand der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin an der MedUni Wien
- **Dr. Fritz Gamerith**
Vorstandsmitglied der IGEPPA
- **Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant**
Universitätsprofessor der MedUni Wien
- **Andreas Huss, MBA**
Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse und Gesundheitssprecher sowie Bildungsverantwortlicher der Gewerkschaft Bau-Holz des Österreichischen Gewerkschaftsbundes
- **Mag. Michaela Langer**
Generalsekretärin des Berufsverbands österreichischer PsychologInnen
- **Mag. Ulrich Lübcke**
Lead Field Access der Bristol-Myers-Squibb
- **Mag. Monika Maier**
Sprecherin der Initiative Nationales Netzwerk Selbsthilfe – NANES
- **Dr. Sabine Möritz-Kaisergruber**
Präsidentin des Biosimilarsverbandes Österreich
- **Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr**
Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer
- **Martina Olf-Meindl, MBA, MSc**
Director Market Access und Gov. Affairs bei Merck
- **Mag. Jan Pazourek**
Generaldirektor-Stv. der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt
- **Dr. Sigrid Pilz**
Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenärztin
- **Priv.-Doz. Dr. Johannes Pleiner-Duxneuner**
Medical Director bei Roche Austria
- **Dr. Stephanie Prinzing**
Referentin für Gesundheits- und Krankenversicherungsrecht in der Abteilung Sozialversicherung der Arbeiterkammer Wien
- **Dr. Erwin Rebhandl**
Präsident des Vereins AM PLUS
- **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA**
Leiter der Fachabteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich
- **Priv.-Doz. Mag. pharm. DDr. Philipp Saiko**
Präsident der Landesgeschäftsstelle Wien der Österreichischen Apothekerkammer
- **Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA**
Mitglied des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse
- **Dr. Günther Schreiber**
Projektmanagement und Koordination Branche Gesundheitswesen bei Quality Austria
- **Dipl. KH-BW Ronald Söllner**
Sprecher der Initiative Nationales Netzwerk Selbsthilfe – NANES
- **MR Dr. Johannes Steinhart**
Vizepräsident der Ärztekammer für Wien
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres**
Präsident der Ärztekammer für Wien
- **Dr. Ines Vancata**
Market Access Director bei Roche Austria
- **Mag. pharm. Thomas W. Veitschegger**
Vizepräsident des Österreichischen Apothekerverbandes
- **Angelika Widhalm**
Vorsitzende Bundesverband Selbsthilfe Österreich
- **Mag. Pia Zhang**
Referentin in der Abteilung Sozialversicherung der Arbeiterkammer Wien

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Patientenorientierung



Weißbuch Version 2020
PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

**NACHDENKEN.
UMSETZEN.
JETZT!**

ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG
Handlungsempfehlungen für die Politik