

Handlungsempfehlungen für die Politik



PRAEVENIRE Weißbuch
GESUNDHEITSSTRATEGIE 2030

Version 2021/22

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.: 01/402 13 41-0, Fax: 01/402 13 41-18 | Projektleiter: Bernhard Hattinger, BA, b.hattinger@perichange.at | Projektteam: Damir Bilali, Kathrin Unterholzner
Redaktion: Mag. Beate Krapfenbauer (Leitung), Prof. Dr. Reinhard Riedl, Katrin Martinkovich | Gestaltung und Produktion: Welldone Werbung und PR GmbH, Grafik: Andrea Zimmer, Illustration Umschlag: Josefine Fuchs | Lektorat: Lisa Türk, BA | Fotocredit: Peter Provaznik, Flo Hanatschek | Druck: Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG, Stockerau | 1. Auflage: 500 Stück | 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 oft 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: 15. 04. 2022

© 2022 PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030



SAVE THE DATE



8. PRAEVENIRE Gesundheitstage

im Stift Seitenstetten

24.—26.
MAI 2023

GESUNDHEITSSTRATEGIE 2030

Handlungsempfehlungen für die Politik

“
*Nachdenken.
Umsetzen.
Jetzt!*

Hans Jörg Schelling

Präsident des Vereins PRAEVENIRE — Gesellschaft zur
Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung

Vorwort

Das Ziel der PRAEVENIRE Initiative „Gesundheit 2030“ ist der Beitrag zu einer solidarischen, leistbaren und einfach zugänglichen **Gesundheitsversorgung** in Österreich. Relevante Entscheidungsträger haben im Vorjahr das PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) mit konkreten Handlungsempfehlungen in die Hand bekommen. Dieser „Leitfaden“ ist als Grundlage und Hilfestellung gedacht, um Strategien und Rahmenbedingungen zugunsten politischer Entscheidungen im Sinne des **Patientinnen- und Patientenwohls sowie für eine gesündere Bevölkerung** zu setzen. Mit der neuen PRAEVENIRE Weißbuch Version 2021/22 will die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 dem bisher Gesagten **Nachdruck verleihen**: Die Handlungsempfehlungen per se behalten ihre Gültigkeit. Einige Empfehlungen wurden in der Zwischenzeit erfolgreich umgesetzt. Die Wichtigkeit, Richtigkeit und Dringlichkeit der zukunftsorientierten Behandlung von Gesundheitsthemen besteht weiterhin und soll im **politischen Diskurs mit höchster Priorität** fortgesetzt werden.

Deshalb hat das **PRAEVENIRE Gesundheitsforum** jene Themenkreise wieder aufgegriffen, die die Systemstruktur per se betreffen. Sie sind um neue Inhalte, wie zum Beispiel aus den Workshops, Keynotes und Gipfelgesprächen bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten, der Gespräche auf der Alten Schafalm in Alpbach oder von den PRAEVENIRE Talks in Gastein erweitert worden.

Vordenken – nachdenken – umsetzen!

Die Orte für diese Gespräche hat der Verein PRAEVENIRE nicht zufällig ausgewählt: Das Stift Seitenstetten in Niederösterreich zum Beispiel ist per se ein spiritueller Platz. Hier haben sich über Jahrhunderte viele Geistliche und Geistige damit befasst, wie die Welt funktioniert und besser funktionieren könnte. Für die PRAEVENIRE Gesundheitstage haben wir uns etwas Wichtiges überlegt: Nämlich „vor-denken“ zu wollen, nach dem Vordenken nachzudenken und nach dem Nachdenken umzusetzen. Deshalb ist es von entscheidender Bedeutung, dass wir mit dem Stift Seitenstetten einen Ort gefunden haben, der den Spezialistinnen und Spezialisten, den Expertinnen und Experten und den Praktikerinnen sowie Praktikern abseits von Trubel und Hektik die Gelegenheit gibt, sich miteinander auszutauschen. Es ist hier wieder einmal gelungen, diese Funktion des Vordenkens tatsächlich zu leben.

“

Unser Grundprinzip heißt: Die Patienten und ihre Versorgung in den Mittelpunkt stellen. Unter diese Prämisse stellen wir die PRAEVENIRE Forderungen an die Politik.

Hans Jörg Schelling

Als Ergebnis dieser Diskurse und Diskussionen sind im neuen PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ die erarbeiteten Essenzen der zahlreichen PRAEVENIRE Initiativen zu einzelnen Gesundheitsfeldern, wie „Arbeitsmedizin 2030“, „Kinder- und Jugendgesundheit 2030“, „Pflege und Betreuung 2030“, „Onkologie 2030“ und „Orthopädie 2030“ in den gleichnamigen Kapiteln dokumentiert.

Nun gilt es, den **Willen der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger** zu stärken und sie mit den PRAEVENIRE Forderungen und Handlungsempfehlungen der Expertinnen, Experten zu motivieren, zu unterstützen, um diese wichtigen Agenden letztlich umzusetzen. Da geht es zum einen um die Anpassung der Berufsrechte an die zeitgemäßen Anforderungen, die sich aus neuen Formen der Zusammenarbeit zwischen Medizin und anderen Gesundheitsberufen ergeben. Außerdem geht es um weitgreifende Gesetzesanpassungen, die der digitalen Transformation des Gesundheitswesens Rechnung tragen sollen. Konkret ist damit gemeint, der Arzt-Patienten-Kommunikation via Televisite oder telemedizinischer Betreuung und Befundung einen rechtssicheren Rahmen zu geben.

In Anlehnung an die medizinischen Guidelines, also gewissermaßen als „Leitlinie“ für die politische Umsetzung all dieser dringenden und wichtigen Vorhaben, legt das PRAEVENIRE Gesundheitsforum den verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren das PRAEVENIRE Weißbuch mit den **PRAEVENIRE Forderungen und Handlungsempfehlungen** ans Herz. Um Tempo und Entscheidungskraft zu erhöhen, um den bevorstehenden Herausforderungen gemeinsam entgegenzutreten und das **Ziel eines modernen Gesundheitssystems mit Bestand** rasch erreichen zu können. Denn die Zukunft beginnt jetzt.

“

Ich bedanke mich herzlichst im Namen des Vereins PRAEVENIRE bei allen Beteiligten für das rege Mitdenken und Mitwirken am PRAEVENIRE Weißbuch.

Hans Jörg Schelling

**Ihr Präsident
Dr. Hans Jörg Schelling**

Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung





Labyrinth im historischen Hofgarten des Stifts Seitenstetten in Niederösterreich.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE POLITIK

1. Digital Health
S. 01
2. Gesundheitskompetenz und Prävention
S. 11
3. Solidarische Finanzierung und Versorgung
S. 19
4. Wissenschaft und Forschung
S. 25
5. Standort
S. 31
6. PRAEVENIRE Metropole Wien
S. 35
7. Wohnortnahe Versorgung versus Zentrumsmedizin
S. 39
8. Frühe Diagnose und frühe Therapie
S. 45
9. Rehabilitation
S. 51
10. Gesundheitsberufe und Ausbildung
S. 57
11. PRAEVENIRE Initiative Arbeitsmedizin 2030
S. 63
12. PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030
S. 69
13. PRAEVENIRE Initiative Kinder- und Jugendgesundheit 2030
S. 79
14. PRAEVENIRE Initiative Pflege und Betreuung 2030
S. 85
15. PRAEVENIRE Initiative Onkologie 2030
S. 91
16. PRAEVENIRE Initiative Orthopädie 2030
S. 97



PRAEVENIRE SUMMER SCHOOL

22.–24. JUNI 2022

STIFTSGYMNASIUM DER BENEDIKTINER
IM STIFT SEITENSTETTEN

Initiative „Wissenschaft für die Jugend“

IN KOOPERATION MIT:



MIT FREUNDLICHER UNTERSTÜTZUNG DURCH:



Unterstützer Stand: 27.04.2022



www.praevenire.at

01. Digital Health

» Gesundheitsapps in die integrierte Versorgung einbinden «

01.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ Die Nutzung **der persönlichen Gesundheitsdaten** für eine bessere Gesundheitsversorgung der Menschen konsequent fördern und dafür die Gesundheitsfachpersonen ins Lösungsdesign miteinbeziehen.
- ✓ Eine **wissenschaftliche Sekundärnutzung** von anonymisierten Gesundheitsdaten umfassend ermöglichen, um die evidenzbasierte Medizin voranzubringen.
- ✓ Die Patientinnen und Patienten über ihre Gesundheitsdaten **verständlich informieren**, in die Weiterentwicklung der Datennutzung miteinbeziehen und existierende Mythen in einfacher Sprache entkräften.
- ✓ Die bestehenden intramuralen und extramuralen **Datenuniversen integrieren**, um zukünftig eine individuell maßgeschneiderte Therapie zu ermöglichen.
- ✓ Die Zusammenarbeit zwischen Medizin, öffentlichen Institutionen, existierender Industrie, Start-ups, Hochschulen und Zivilgesellschaft gezielt fördern, um das **Innovationsökosystem des Gesundheitswesens** zu stärken.
- ✓ Die **digitale Gesundheitsversorgung** als gesetzlich garantierten Anspruch der Menschen für erprobte Angebote verankern – z. B. für Telemedizin, e-Rezept und telefonische Krankmeldung – und weitere Möglichkeiten zeitnahe zu evaluieren.
- ✓ Eine **Expertenkommission** einrichten, welche den Nutzen von CE-zertifizierten Gesundheitsapps nach einem klar strukturierten Prozess evaluiert und Empfehlungen für deren Einsatz und dessen Finanzierung ausspricht.
- ✓ Österreichweite **digitale Expertenboards** installieren, die bei Problemfällen die Therapieentscheidung für alle Österreicher auf die gleiche Weise fällen!

01.2 IM FOKUS

Die drei Maximen des PRAEVENIRE Weißbuchs „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) zu Digital Health behalten ihre Gültigkeit. Sie sollten allerdings nicht getrennt voneinander betrachtet, sondern gemeinsam umgesetzt werden.

1. Entscheider Mensch stärken: einerseits Patientinnen und Patienten, andererseits die Gesundheitsfachpersonen
2. Zugang zu Daten ermöglichen: insbesondere um Vorsorge und Behandlung von Patientinnen und Patienten zu verbessern und die Forschung zu unterstützen
3. Kollaborationen kreieren: zwischen Gesundheitscommunity und Techcommunity

Wir haben für die gemeinsame Umsetzung der drei Maximen priorisierte Handlungsfelder identifiziert:

- die informationsbasierte Versorgungspraxis
- die Aktivierung der Selbstverantwortung und
- die breite Aufklärung und Diskussion.

AUTOR: PROF. DR. REINHARD RIEDL

01.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

I. Informationsbasierte Versorgungspraxis

Ein Handlungsfeld, das alle drei Perspektiven zusammenführt respektive verlangt, ist die **informationsbasierte Versorgungspraxis** – von der personalisierten Unterstützung der Vorsorge über Diagnose, Therapie und Rehabilitation bis zur Nachsorge. In allen „Stationen der Gesundheitsversorgung“ ist die **Nutzung digitaler Gesundheitsdaten** häufig notwendig, **um eine gute Versorgungsqualität zu erzielen**.

Entscheiden können zwar in der Regel nicht allein basierend auf digitalen Daten getroffen werden, aber digitale Daten liefern meist einen unverzichtbaren Teil der benötigten Information – inklusive digitaler Daten **aus früheren Behandlungen** und, wo vorhanden, **aus dem gesundheitlichen Selbstmanagement** der Patientinnen und Patienten. Gerade bei Erkrankungen oder Krankheitsrisiken, welche die Lebensqualität wesentlich einschränken oder gar lebensbedrohlich sind, stellen die Informationen aus den digital geführten Gesundheitsakten **eine wesentliche Ressource** dar, welche den Behandlungserfolg respektive die Vorsorge wesentlich verbessert oder zumindest sehr viel Zeit und Geld einspart. [1]

Die **Nutzungsmöglichkeiten** und der Nutzen von digitalen Gesundheitsdaten sind vielfältig. Gibt es historische Daten zu den Bildaufnahmen von einzelnen Organen, so sind aktuelle Aufnahmen viel schneller richtig interpretierbar. Sind kürzlich gemachte Aufnahmen verfügbar, können Neuaufnahmen oft eingespart und Diagnoseentscheide schneller getroffen werden. Ist es möglich, sich einfach und schnell einen Überblick über frühere Diagnosen zu verschaffen, so werden Risiken seltener übersehen respektive schneller erkannt, und die Untersuchungen können zielgerichteter geplant werden – mit dem Resultat, dass früher mit einer zutreffenden Therapie begonnen werden kann.

In den skizzierten und vielen anderen Fällen profitieren die **Gesundheitsfachpersonen** direkt von der unkomplizierten und schnellen Verfügbarkeit der digitalen Daten, da sie damit ihre Arbeit besser machen können. Sie werden dazu **befähigt**, den Patientinnen und Patienten **schneller, zielgerichteter und präziser zu helfen**. Logischerweise sind indirekt die Patientinnen

und Patienten die Nutznießerinnen bzw. Nutznießer. Ihnen wird **bedarfsgerechter und wirksamer** geholfen. Überall dort, wo auch ihnen der einfache Zugang zu ihren digitalen Gesundheitsdaten ermöglicht wird, profitieren sie ebenso direkt. Sie können sich **aktiver um ihre Gesundheit kümmern**, da sie **besser informiert** sind und können aktiv zur Qualitätskontrolle beitragen, wenn sie das Fehlen von Daten oder offensichtlich fehlerhafte Daten erkennen und den behandelnden Gesundheitsfachpersonen kommunizieren. Ein Problem dabei sind allerdings die **Situationsasymmetrie** und der **partiell diffuse Nutzen**. In Situationen, in denen ohne digitale Daten adäquate Therapieentscheide getroffen werden können, müssen trotzdem Daten digital gesammelt werden, sodass sie in anderen Situationen, in denen sie eine kritische Rolle spielen, auch verfügbar sind. Oft ist auch der **Vorteil** des Zugriffs auf digitale Daten gegenüber einer nichtdigitalen Informationsbeschaffung unklar, insbesondere dann, wenn der Zugriff auf die digitalen Daten nicht **benutzerfreundlich** gestaltet wird, das heißt, wenn das Zugreifen auf die Daten nicht positiv erlebt wird. Man spricht im letzteren Fall von einer **niedrigen „User Experience“ (UX)**, kurz von einer „schlechten UX“. Wegen dieser Probleme wird in Österreich ELGA kaum genutzt. Es werden auch zu wenig Daten in ELGA eingespeist. In der Folge werden verfügbare Informationen bei Entscheiden der Gesundheitsfachpersonen nicht berücksichtigt und teilweise wird für eine neuerliche Erhebung dieser bereits vorhandenen Informationen viel Zeit und Geld aufgewendet. Das Ergebnis ist eine suboptimale Versorgung. Das Engagement der Gesundheitsfachpersonen trägt nicht die Früchte, die es tragen könnte, die Patientinnen und Patienten werden schlechter versorgt, als möglich wäre, und die Kosten sind höher als notwendig.

Diese unerfreuliche Situation kann nur überwunden werden, wenn **ELGA zum Leben erweckt** wird, indem alle drei Maximen des PRAEVENIRE Weißbuchs „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) befolgt werden. Das heißt, wenn die Nutzerinnen und Nutzer von ELGA eine zentrale Rolle spielen, der Zugang zu vorhandenen Informationen mit zusätzlichen Investitionen wesentlich verbessert wird und wenn eine enge **Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfachpersonen und Software-**

entwicklerinnen und -entwicklern dafür sorgt, dass die bislang fehlenden Applikationen so gebaut werden, dass sie **den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer entsprechen**.

Immer mehr zeigt sich nämlich, dass ELGA zwar eine **gute Infrastruktur** darstellt, **aber der Zugang** zu dieser Infrastruktur völlig **unzureichend implementiert** wurde – und zwar sowohl für das Einspeisen als auch für das Beziehen von Daten! **User Experience** ist ein Fremdwort. Es fehlen **situativ designte Benutzerschnittstellen**, welche einen **einfachen Zugriff auf die Daten** unterstützen. In mindestens einem Einzelfall ist die Benutzerschnittstelle sogar funktional falsch implementiert worden, sodass Medikationen von der Software verändert wurden. Mit **einigen Investitionen und besserer Qualitätskontrolle** für die Software könnte dieser Zugriff in 85 bis 95 Prozent aller heutigen Nutzungssituationen so ermöglicht werden, dass **Nutzerinnen und Nutzer einfach und ohne großen Lernaufwand die Daten nutzen könnten**, welche über ELGA verfügbar sind. Mit Werkzeugen, die unter anderem auch **Maschinenintelligenz nutzen**, könnte zudem der Zeitaufwand für das Einspeisen von Daten in ELGA wesentlich reduziert werden.

Entscheidend ist dabei, dass jede Nutzerin und jeder Nutzer von ELGA und den ELGA-Zugriffsprogrammen – dies sind vor allem aber nicht nur Ärztinnen und Ärzte – **darauf vertrauen kann, dass das „System ELGA plus“ funktioniert**. Dies betrifft sowohl den Inhalt der angezeigten oder geteilten Informationen als auch die Verfügbarkeit des Systems (und den Schutz vor unberechtigten Zu- und Eingriffen). **Systemabstürze von ELGA dürfen die Versorgung kranker Menschen nicht erschweren**. Informationen müssen von der Software korrekt transportiert werden.

Mit einem zuverlässig funktionierenden „Gesamtsystem ELGA plus“ verbliebe den Gesundheitsfachpersonen **mehr Zeit für das Gespräch** mit Patientinnen und Patienten über deren **subjektive Befindlichkeit** und eventuelle Schwierigkeiten mit der **Therapietreue** respektive den empfohlenen **Vorsorgemaßnahmen** sowie für die **Reflexion** des Falls. Gleichzeitig würde die **Qualität der Beschaffung und Bewertung der Patientendaten steigen**, da ja deren Beschaffung weniger Mühsal macht.

Aber auch die **Patientinnen und Patienten** bekämen die **Möglichkeit, ihre Daten zu sehen**, sich **ein zusätz-**

liches Bild über ihre Situation zu machen und auch zu identifizieren, wo Daten nicht in ELGA eingepflegt werden. So könnten sie **erkennen, wo Informationslücken entstehen** und die behandelnden Gesundheitsfachpersonen darauf hinweisen. Damit würden sie auch **aktiv in die Datenpflege involviert** und hätten auch auf dieser Ebene **Anteil an der Qualitätssteigerung der Gesundheitsversorgung** für sie selbst. Offen ist allerdings, wie sichergestellt werden kann, dass identifizierte Informationslücken auch geschlossen werden, da dies einen nicht remunerierten Zusatzaufwand auf Seiten der Gesundheitsdienstleister erfordert.

Wenn die Gesundheitsdaten viel umfassender als bisher in ELGA vorhanden wären und der Zugriff jederzeit für die Berechtigten mit hoher UX möglich wäre, würde voraussichtlich die **Nutzung stark zunehmen**. Mit den damit verbundenen **Erfahrungen** könnten die **Benutzerschnittstellen weiter verbessert** werden. Außerdem würden **durch die resultierende höhere Popularität von ELGA neue Nutzungsszenarien** entstehen, die in einem nächsten Schritt auf der Basis der gemachten Erfahrungen ebenfalls mit **weiteren Benutzerschnittstellen** weitgehend abgedeckt werden könnten. Das schrittweise Vorgehen und das Entstehen neuer Nutzungsszenarien, die schrittweise ebenfalls abgedeckt werden, entsprechen dem üblichen Vorgehen und den dabei gemachten Erfahrungen in der digitalen Transformation in anderen Sektoren.

Allerdings verlangt die Umsetzung ein strategisch und taktisch adäquates Vorgehen. Bei der informationsorientierten Gesundheitsversorgung haben wir es mit einer **Nichtstandard-Ausprägung des Henne-Ei-Problems** zu tun, wie sie in komplexen Systemen und insbesondere bei der digitalen Transformation häufig in unterschiedlichsten Varianten anzutreffen ist. Aufgrund der beschriebenen Situationsasymmetrie sind die Herausforderungen größer als bei Standardausprägungen. Umso wichtiger ist es, die vielfältigen Erfahrungen mit solchen Problemen zu nutzen.

Wichtig ist bei der Weiterentwicklung der informationsorientierten Gesundheitsversorgung erstens, dass sich die **Priorisierung der Entwicklung** von besseren Benutzerschnittstellen **nach dem generierten Nutzen für die Gesundheitsversorgung richtet**. Dieser Nutzen ist kein abstrakter, sondern er resultiert daraus, dass in konkreten, häufig wiederkehrenden Situationen entweder Zeit eingespart oder ein umfassenderer

Zugang zu Informationen ermöglicht wird, welche für Vorsorgeplanung, Diagnose, Therapieentscheide, Therapiemonitoring, Gestaltung und Monitoring der Rehabilitation und Nachsorge wichtig sind.

Wichtig ist zweitens, dass bei der Umsetzung **Fachexpertise, State-of-the-Art in der technischen Expertise und Kenntnis der Nutzungssituation zusammenkommen**, eine **datenschutzkonforme Messung des Nutzungsverhaltens** mit implementiert wird und beim **Design der Software das zukünftige Redesign mitgedacht** wird. So selbstverständlich all dies scheint, so selten war es bisher der Fall. In gewisser Hinsicht widerspricht es auch der Logik der Medizintechnik, welche durch aufwendige **teure Zertifizierungsprozesse** geprägt wird und deshalb inkompatibel mit Design for Redesign scheint.

Wichtig ist drittens, dass die **Kommunikation über ELGA wesentlich klarer** wird als sie es in der Vergangenheit war. Bislang sind weder **Ziel und Zweck** von ELGA noch **inhaltlicher Umfang** von ELGA und dazugehörenden **Standards** sowie die **Abgrenzung der Funktionalität** den Stakeholdern breit bekannt. In Bezug auf Umfang und Abgrenzung fehlt das Fachwissen. In Bezug auf Ziel und Zwecks gibt es divergierende Meinungen. Dies gilt nicht nur für Patientinnen und Patienten, sondern insbesondere auch für Gesundheitsfachpersonen.

Eine zu große Anzahl von Ärztinnen und Ärzten betrachtet ELGA als verstecktes Kontrollinstrument für ihre Arbeit. Andere sehen ELGA als Teil eines langfristigen Transparenzprogramms, das ärztliche Arbeitszeit vom Behandeln von Patientinnen und Patienten zum Schreiben von Berichten umverteilen will, oder unterstellen sogar, dass es um eine Bürokratisierung ärztlicher Tätigkeit, das heißt um ein Angleichen der medizinischen Versorgung an die Arbeit der öffentlichen Verwaltung, geht. Natürlich gibt es auch viele Ärztinnen und Ärzte, die ELGA als Instrument der informationsbasierten Versorgung wahrnehmen, aber von diesen zweifeln viele, dass dies ernsthaft gewollt ist. Wieder andere sehen den Zweck in der Schaffung von Datengrundlagen für die wissenschaftliche und kommerzielle Forschung oder für die informationsbasierte Gesundheitsplanung. Und einige betrachten ELGA als Instrument der Digitalisierung, der sie ein gewisses Maß an Selbstzweck zustimmend oder ablehnend unterstellen.

Vielen mag die Vieldeutigkeit von ELGA als besondere Chance erscheinen, aber die Erfahrung zeigt, dass der „Vorteil der Vieldeutigkeit“ eher eine Sichtweise in der ökonomischen Forschung zur Informatik und in der Anthropologie ist als ein praktischer Vorteil. Langfristig sind vielseitige Nutzungsmöglichkeiten in offenen Systemen von Vorteil – in klar begrenzten Systemen wirken sie dagegen kurz- bis mittelfristig eher blockierend. Das Problem im Fall von ELGA liegt darin, dass es einerseits die **Bereitschaft zur gemeinsamen Nutzung** braucht und andererseits viele Nutzungsmöglichkeiten von einzelnen Stakeholdergruppen als diffus gefährlich wahrgenommen werden – ähnlich wie die COVID-19-Impfung. Missbräuchliche Nutzungen sind vorstellbar, fehlerhafte Nutzung mit potenziellen Gefahren ist sogar erlebbar. In dieser komplexen Gemengelage aus hoher Heterogenität in Bezug auf Zielwahrnehmung, Fachwissen und eigene praktische Erfahrung wäre es sinnvoll, erstens **Klarheit über die Ziele zu schaffen**, zweitens die **Wissensverbreitung zu fördern** und drittens **ELGA zu einem zentralen Teil der praktischen Ausbildung in den Gesundheitsberufen zu machen**.

Handlungsempfehlung

1. Es sollte **von Seiten der Politik eine klare Zielerklärung** geben, sinnvollerweise in Form eines gemeinsamen Statements verschiedener Institutionen, welches auf Kürze und Verständlichkeit setzt und keine Hintertüren für Neuinterpretationen öffnet.
2. Die **praktischen Probleme** sollten im Umgang mit ELGA qualitativ und quantitativ empirisch erhoben, **ausgewertet und technisch behoben** werden. Der Stand dieser Arbeit sollte transparent kommuniziert werden.
3. Ein Programm sollte aufgesetzt werden, um die wichtigsten **Benutzerschnittstellen** zu entwickeln. Der Staat als Akteur kann über seine Institutionen diese Aufgaben entweder selbst durchführen oder beispielsweise einen Wettbewerb für fertige Lösungen ausschreiben.
4. Der **Umgang mit ELGA** sollte **in allen Ausbildungsstellen** zu Gesundheitsberufen praktisch vermittelt werden. Der Verzicht auf ein solches Programm und das Warten auf entstehende Marktlösungen beinhaltet hingegen die Gefahr, dass ELGA 2030 ähnlich wenig genutzt wird wie heute.

II. Aktivierung der Selbstverantwortung

Die Praxis der Nutzung der Gesundheitsversorgung ist heute geprägt vom Prinzip der Reparaturmedizin. Dies impliziert nicht nur, dass die Vorsorge weitgehend vernachlässigt wird, sondern auch, dass Patientinnen und Patienten eine eher passive Rolle bei der Therapie spielen. Häufig unterlaufen sie diese sogar durch fehlende Therapietreue, sobald ihre subjektiven Beschwerden abnehmen. Für letzteres Problem, die fehlende „Adherence“, gibt es viele mögliche Ursachen. Neben Nachlässigkeit, Ängsten, emotionaler oder kultureller Verweigerung, Fake News aus dem Internet oder fehlendem Gesundheitsgrundwissen auf Seite der Patientinnen und Patienten kann im Einzelfall unter anderem ungenügende Kommunikation seitens der Gesundheitsfachpersonen – zu wenig, beziehungsweise inhaltlich oder emotional nicht adressatengerecht – Ursache dafür sein, dass Patientinnen und Patienten nur eingeschränkt an ihrer Therapie teilnehmen. Darüber übt bisweilen unbewusst, oder auch bewusst, das soziale Umfeld einen therapiefeindlichen Einfluss aus. Fallweise gibt es sogar Druck von beruflich Vorgesetzten, sich nicht an Therapievorgaben zu halten, wenn sich diese weigern, ärztliche Empfehlungen zu respektieren,

Die digitale Transformation unserer Gesellschaft hat die Situation eher verschlimmert. Sie demokratisiert die Informationsverbreitung und den Informationszugang. Dies hat neben sehr vielfältigen positiven Effekten auch unerfreuliche Nebeneffekte. Zu Letzteren zählen die Möglichkeiten, fachlich sinnfreie bis gesundheitlich gefährliche Heiltheorien zu verbreiten. Zudem ist die „Demokratisierung des Informationszugangs“ nur relativ. Der Zugang zu mehr und besserer Information ist zwar grundsätzlich von Nutzen, aber für Patientinnen und Patienten ohne Fachwissen oft auch illusionär. Spezialinformationen sind mit einfacher Google-Suche meist nicht auffindbar, dafür stolpert man schnell über „Quatschinformationen“. Das Ergebnis ist unter anderem, dass die **Kommunikationsanforderungen der Patientinnen und Patienten heute viel unterschiedlicher sind als früher.**

Allerdings bietet die digitale Transformation auch Möglichkeiten, Patientinnen und Patienten mittels fachlich kompetent entwickelter Apps dazu zu **befähigen, sich zielgerichtet und aktiv um ihre Gesundheit zu kümmern.** Im besten Fall bieten solche Apps ein hervorragendes Nutzungserlebnis in den für Patientinnen und

Patienten relevanten Situationen, basieren auf einem fachlich zutreffenden Informationsmodell und gestalten die Interaktion so, dass **gesundheitlicher Nutzen** daraus resultiert. Dieser Nutzen kann sehr vielfältig sein, je nach Design der App:

- Aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit, respektive der Erkrankung → verbesserte Heilungschancen respektive höhere Wirksamkeit der Prävention oder eines Monitorings
- Eine nicht-menschliche, nichtsdestotrotz als hilfreich wahrgenommene emotionale Begleitung durch die Therapie in Form eines digitalen Ansprechpartners → Reduktion der Belastungssituation durch die Krankheit
- Höhere Aufmerksamkeit für die eigenen Aufgaben in der Therapie und bessere Präsenz respektive weniger Vergessen der Informationen aus dem Gespräch mit der Gesundheitsfachperson → höhere Therapietreue
- Sammeln von Messdaten und subjektiven Befindlichkeitsinformationen, welche für Patientinnen und Patienten wie für behandelnde Gesundheitsfachpersonen einen guten Überblick über die Entwicklung zwischen zwei Behandlungsterminen liefern → besser informierte und deshalb zielgerichtete Behandlung, respektive auch weniger notwendige Behandlungstermine
- Hilfeleistung in akuten Notsituationen, in denen kein Zugang zu einer Fachperson möglich ist → emotionale Entlastung und vertrauenswürdig-vernünftige Informationen, welche zu adäquaten Reaktionen animieren

Ein entscheidender Aspekt ist hierbei, dass Apps nicht universelle Dienste bieten, wie beispielsweise die Google-Suchmaschine, sondern **auf einen beschränkten Kontext zugeschnitten** sind. In diesem Kontext lassen sie zusätzlich auch eine wesentlich effektivere **Persönalisierung** auf der Basis der von ihnen gesammelten Daten zu. Das Datensammeln der Suchmaschinen ist zwar umfassender und ebenfalls weitgehend personenbezogen aber die Suchdaten sind semantisch viel unklarer als kontextspezifisch von Apps gesammelte Daten.

Ein zweiter entscheidender Aspekt ist, dass Apps die **Beziehung und die Kommunikation zu den behandelnden Gesundheitsfachpersonen positiv gestalten** können – dann nämlich, wenn die gesammelten

Informationen den behandelnden Gesundheitsfachpersonen inklusive Chronologie zur Verfügung gestellt werden. In der Folge gehen wichtige Informationen nicht verloren, Patientinnen und Patienten können sich selbst besser erinnern und die Gesundheitsfachpersonen können viel gezielter nachfragen.

Allerdings bestehen im Alltag vor allem die Probleme, dass erstens die **Apps** optimal für die skizzierten Nutzenziele **gestaltet** werden müssen, dass zweitens das Entwickeln, Betreiben und Weiterentwickeln der Apps **rentabel** sein muss, respektive Apps zu zusätzlichen Kosten für Patientinnen und Patienten führen, dass drittens die richtigen Apps **ausgewählt** werden müssen, sinnvollerweise gemeinsam von Gesundheitsfachpersonen und Patientinnen, Patienten, dass viertens dadurch ein Zusatzaufwand für Gesundheitsfachpersonen entsteht, bei dem nicht klar ist, ob er durch andere Einsparung kompensiert wird – im Allgemeinen eher nicht – und der bislang nicht **remunert** wird, und dass fünftens das Gesundheitssystem als Ganzes nicht dafür **bereit** ist. Es ist unklar, wie Evidenz für die Wirksamkeit von Apps geschaffen werden kann, wie die Finanzierung der entstehenden Kosten geschehen soll und wie die Gesundheitsfachpersonen in der Ausbildung – oder Weiterbildung – für die Nutzung dieser neuen Technologie vorbereitet werden können.

Ein kritisches Problem liegt in der **neuen Funktionsweise und den neuen Entwicklungsmethoden von Apps**. Sie funktionieren anders als medizinische Geräte oder Medikamente und ihre Entwicklung geschieht in einer eigenen Entwicklerkultur, welche sich von der Unternehmenskultur in der Gerätemedizin und der pharmazeutischen Industrie grundlegend unterscheidet. Hier müssen neue adäquate Methoden der Qualitätskontrolle entwickelt werden, welche von der Nutzungssituation als „individuell genutzte persönliche Werkzeuge zur Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit respektive Krankheit“ ausgehen. Apps sollen die kompetente Betreuung durch Gesundheitsfachpersonen nicht ersetzen, sondern ergänzen und ethischen Grundsätzen entsprechen. Die Ansprüche sollten aber nicht so hoch formuliert sein, dass qualitätskontrollierte Apps auf dem Markt keine Chancen gegen unkontrollierte Apps besitzen.

Ein weiteres Problem liegt in der **unübersichtlichen Vielfalt** von Apps. Es ist notwendig, durch entsprechendes Kuratieren die richtige Auswahl zu unterstüt-

zen. Gerade wenn beispielsweise Ärztinnen und Ärzte im Therapiegespräch die Informationen nutzen wollen, müssen diese in standardisierter, vertrauenswürdiger und in ELGA einfach integrierbarer Form vorhanden sein. Aus Akzeptanzgründen muss weiters ein maximaler Datenschutz gewährleistet sein. Zudem braucht es Auswahlhilfen angesichts der Vielfalt von ähnlichen Angeboten. Notwendig erscheint hier eine Form von **koordiniertem Kuratieren** der verfügbaren Apps.

Die **Nutzung von Apps ist Teil des Trends zu Blended Care**, aber die Maturität ist – wie oben skizziert – in diesem Bereich wesentlich kleiner als bei der informationsbasierten Gesundheitsversorgung und konkret der Nutzung digitaler Gesundheitsakten. Wir wissen derzeit zu wenig, um große Programme aufzusetzen. Es ist deshalb nötig – in Übereinstimmung mit Sektoren, in denen die digitale Transformation sehr erfolgreich ist – Experimente durchzuführen und auszuwerten. Diese Experimente sind mit medizinischer Praxis vereinbar, müssen aber in einem klar geregelten Rahmen stattfinden, welcher Qualität, Evaluation und Finanzierung sicherstellt.

Handlungsempfehlung

Es sollte ein **Programm aufgesetzt werden**, welches **Pilotprojekte** nach den skizzierten Nutzenkriterien fördert und an denen Top-Tech-Entwickler, Gesundheitsfachpersonen und Forschende sowie Spezialistinnen und Spezialisten für Qualitätszertifizierung teilnehmen. Dieses Programm muss **in einem klar geregelten Rahmen** stattfinden und als Output **Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Systems der Gesundheitsversorgung** liefern. [2]

III. Breite Aufklärung und Diskussion

Es gibt in der Digital Health viele zukunftsweisende Initiativen, die allerdings noch wenig Wirkung entfalten. Von elektronischen Gesundheitsakten über Blended-Care-Praktiken bis zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz in der Diagnose und digitalen Simulationen in der Therapiewahl sind in den letzten Jahren vielversprechende Lösungen entwickelt worden. Und die Entwicklung bleibt nicht stehen. Es entstehen derzeit hoch

interessante neue interdisziplinäre Forschungsfelder, wie beispielsweise die mathematische Onkologie. Es werden neue Fragen aufgeworfen, beispielsweise wie wir mit identifizierten, aber nicht erklärbaren kausalen Zusammenhängen umgehen sollen. Es gibt immer mehr Digital Natives unter den Gesundheitsfachpersonen. Trotzdem **entfaltet Digital Health nicht die Breitenwirkung, welche allein schon die existierenden und erprobten digitalen Werkzeuge ermöglichen** würden. Die systemweite Umsetzung informationsorientierter Gesundheitsversorgung steckt in den Kinderschuhen. Die Aktivierung der Selbstverantwortung befindet sich in einem frühen experimentellen Stadium. Im Labor erfolgreiche KI-Anwendungen schaffen es fast nie in die klinische Forschung. Und der Dialog zwischen Mathematik und Medizin beschränkt sich auf einige wenige Vorreiterprojekte. Wir sollten uns deshalb die kritischen Fragen stellen: Was bremst die Nutzung des Potenzials? Wie können wir Umsetzungsblockaden überwinden?

Bislang werden mit Digital Health sehr unterschiedliche Aspekte und Ziele assoziiert. Der fehlende Konsens darüber, was eigentlich mit Digital Health angestrebt wird, hat den Vorteil, dass sich für viele Optionen bieten, an der Entwicklung der resultierenden Verdienstmöglichkeiten teilzuhaben. Er hat aber auch zwei Nachteile: Es gibt viel Widerstand gegen Digital-Health-Optionen, da man diese als zu wenig zielkongruent betrachtet oder gar als Konkurrenten für die eigenen Ideen. Und es gibt im Durchschnitt wenig Unterstützung für eine Option, da sich die Unterstützung auf viele Optionen aufteilt. Dazu kommt, dass viele Vorschläge entweder zu grundsätzlich sind, um praktisch realisiert zu werden, oder zu wenig Aufmerksamkeit bekommen, um von genügend vielen Entscheiderinnen und Entscheidern verstanden zu werden. Zusätzlich werden neue technische Konzepte temporär gehypt, sodass wichtige Teillösungen als universelle Problemlösungen wahrgenommen werden und den Blick auf das Schaffen der notwendigen Grundlagen verstellen. Viel zu oft bleiben vielversprechende Zukunftsvisionen stecken, da kein kritischer Diskurs zu ihnen entsteht. Sie werden in kleinen Blasen eifrig verfolgt, aber **nie mit Fachwissen konfrontiert, das ihre Defizite erkennt und konstruktive Verbesserungsvorschläge macht**. Der fachliche Community-Diskurs kann aber weder durch das Genie von Vordenkerinnen und Vordenkern noch durch machtpolitisch vielversprechende Kooperationen oder hochprofessionelle Vermarktung ersetzt werden.

Die Gemengelage ist so kleinteilig unübersichtlich, dass auch konkrete, konstruktive Diskussionsbeiträge die Verwirrung eher noch vergrößern. Das schnelle Wachstum der Erkenntnis blockiert aufgrund der fehlenden **Etablierung eines Fundaments** die Weiterentwicklung der Praxis bisweilen mehr, als dass es sie fördert. Das sich zugleich verbreiternde und vertiefende Wissen vergrößert zudem die Gräben zwischen spezialisierten Expertinnen und Experten einerseits und den Entscheidungsträgerinnen und -trägern andererseits.

Die Situation würde wesentlich verbessert, wenn es gelänge, einen **klaren Rahmen für das praktische Handeln abzustecken**, innerhalb dessen **Ziele und Begrifflichkeiten geklärt** sind. Dies würde einen Begriff mit offener Semantik außerhalb dieses Rahmens nicht ausschließen, würde die **freie Diskursentwicklung** nicht blockieren, würde aber innerhalb des Rahmens einen zielgerichteten ambiguitätsarmen Diskurs ermöglichen, der **auf konkrete Umsetzungen ausgerichtet** ist.

Eine solche **Begriffsklärung** würde nicht die Notwendigkeit ersetzen, unterschiedliche **Adressatengruppen bedarfsorientiert abzuholen**. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten nehmen Aspekte der digitalen Transformation unterschiedlich wahr, weshalb das Prinzip „One-Communication-Fits-All“ auch auf Basis einer Begriffsklärung nicht funktioniert. Es wäre allerdings viel einfacher, auch in der auf Stakeholder spezialisierten Kommunikation **einheitliche Vermittlungspraktiken zu etablieren** und dementsprechend mit weniger Aufwand trotzdem erfolgreicher als bisher zu kommunizieren.

Weitergehend würde eine **breite Aufklärung** möglich, welche sich insbesondere auch an Schulkinder sowie an Studierende richten sollte – beides digitalaffine Gruppen, die überdurchschnittlich neugierig und begeisterungsfähig sind. Selbstverständlich sollten Lehrpersonen auf allen Ebenen geeignet geschult werden, sodass sie ihre Vermittlungsaufgaben wahrnehmen können.

Eine **Vereinheitlichung der Ziele und Begriffe in einem beschränkten Anwendungsrahmen** kann nur gemeinsam von der Community der Gesundheitsfachberufe, der Tech-Community und der Community der Transformationsexpertinnen und -experten erzielt

werden. Es ist notwendig und von entscheidender Bedeutung, bei der Zielentwicklung die **Stärkung des Entscheiders Mensch im Fokus** zu haben.

Auch der **Zugang zu relevanter Information** für fachlich optimale Entscheide im Gesundheitswesen ist ein naheliegend zentraler Aspekt, wie auch immer er in die Zielformulierung Eingang findet.

Handlungsempfehlung

Es sollte ein **Multi-Community-Prozess** aufgesetzt werden, um Ziele und Begrifflichkeit für Digital Health zumindest temporär eindeutig zu definieren. Darauf basierend sollten die Digital-Health-Konzepte Schülerinnen und Schülern sowie Studentinnen und Studenten vermittelt werden – mit dem Ziel, dass diese als **Multiplikatoren** das Wissen in der Bevölkerung verbreiten.

[1]–[2] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 01.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Digital Health



01.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzungen und Dissens der Ärztekammer für Wien

[2] Zu II., Handlungsempfehlung: Es ist dringend ein **Digital Health Board** im Bundesministerium für Gesundheit zu etablieren, in dem alle Stakeholder sowie Userinnen und User gleichberechtigt vertreten sind, in dem alle neuen Projekte vorweg abgestimmt werden und Roll Outs erst erfolgen, wenn Usability und Finanzierung sichergestellt sind.

Ergänzungen der Niederösterreichischen Landesgesundheitsagentur (NÖ LGA)

[1] Zu I. Informationsbasierte Versorgungspraxis: Die Ursache des als niedrig wahrgenommenen Nutzens von ELGA liegt aus Sicht der NÖ LGA nicht (ausschließlich) daran, dass der Zugriff auf die digitalen Daten nicht benutzerfreundlich gestaltet ist, sondern ergibt sich auch durch fehlende gesetzliche Grundlagen bzw. zu viele Ausnahmen und zu lange Übergangsfristen in einzelnen Sektoren des Gesundheitssystems und daher auch durch eine unvollständige digitale Datenbasis.

Eine gesteigerte Nutzung bzw. verbesserte User Experience kann auch durch eine benutzerfreundlichere Datenaufbereitung erreicht werden. Vgl. hierzu z. B. das Konzept der „Patient Summary“, welches innerhalb der NÖ LGA bereits implementiert wird, bei dem aus vorliegenden (strukturierten) ELGA-Daten zu einer Patientin, einem Patienten on demand die für den jeweiligen Anwendungsfall wesentlichsten Informationen extrahiert und übersichtlich dargestellt werden, ohne als Nutzerin, Nutzer alle Dokumente durchsuchen zu müssen. Zur Umsetzung derartiger oder weiterer Konzepte mangelt es aktuell vielfach an der Festlegung verbindlich zu verwendender inhaltlicher Standards sowie gesetzlicher Grundlagen. Darüber hinaus ist anzumerken, dass aus Sicht der NÖ LGA bereits weitere praxisrelevante Use Cases umsetzbar wären, sofern national die bereits vorhandenen technischen Standards implementiert sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen würden (Bsp.: GDA-übergreifende

Einsicht in medizinische Bild- und Multimediadaten). Die aktive Unterstützung der Weiterentwicklung von ELGA als Rückgrat der nationalen Digital-Health-Umgebung ist ganz wesentlich und erfolgskritisch.

Ergänzungen der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG)

Aus der intramuralen Perspektive der OÖG muss in den kommenden Jahren im Rahmen der fortschreitenden Digitalisierung des Gesundheitssystems auch und insbesondere im intramuralen Sektor eine Entkopplung von Präsenz, Zeit und Raum in der Patientenbehandlung organisiert, umgesetzt und an alle Betroffenen kommuniziert werden.

Die OÖG widmet sich dieser großen Zukunftsaufgabe bereits intensiv und nutzt neue technologische Möglichkeiten in Bereichen wie der Pathologie, der Radiologie und der Versorgung mit Defibrillatoren. Darüber hinaus wird in vielen Bereichen telemedizinisch bereits innerhalb der OÖG und auch mit anderen Spitalsträgern zusammengearbeitet, bekanntestes Beispiel hierfür ist das Oberösterreichische Tumorzentrum.

Telemedizin bietet Optimierungspotenziale unter anderem in den Bereichen Diagnosestellung, Behandlungsqualität und -angebot. Sie wird weiterhin großen Einfluss auf die Prozesse im Gesundheitsbereich haben und kann und soll in diesem Sinne auch zur Sicherung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung beitragen.

Die Coronapandemie hat zu einer nachhaltigen Beschleunigung des digitalen Transformationsprozesses geführt, der bisweilen bestehende Blockaden aufgehoben und arbeitskulturelle Praktiken rapide geändert hat.

Für die Gesundheitsversorgung der Zukunft ergeben sich im Rahmen der digitalen Transformation auch neue Fragestellungen über Nutzen und Grenzen digitaler Angebote, etwa: Welches Potenzial bietet die Digitalisierung

für die Modernisierung von Aufklärungsgesprächen und wie können der Daten- und Persönlichkeitsschutz dabei gewährleistet bleiben?

Dabei ist ein Faktum der Patientenkommunikation entscheidend: Digital Health wird nicht genutzt werden, um den Patientenkontakt zu digitalisieren und zu entmenschlichen, sondern um Prozesse effizienter und einfacher zu gestalten und damit Zeitressourcen zu öffnen, die vermehrt dort, wo persönlicher Kontakt von besonderer Bedeutung ist, zur Verfügung gestellt werden sollen.

Damit diese Entwicklung im Patienteninteresse gelingen kann, müssen die Gesundheitsdienstleister verstärkt Kompetenzen im Feld der Digital Health vermittelt bekommen, die notwendige und moderne Technik muss zur Verfügung gestellt werden und die neue und sich rasch ändernde Behandlungssituation muss anhand klarer rechtlicher Rahmenbedingungen (bundesweit) gefestigt und verlässlich geklärt werden.

Ergänzungen des VI Institute

Während der Coronapandemie hat sich die **Telemedizin als wesentlich für die Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung** herausgestellt. Telemedizinische Verfahren, die stark bildbasiert sind, wie etwa die Teledermatologie¹, können hier eine Vorreiterrolle einnehmen. Etwa 440 Fälle von Hautkrebs wurden nicht erkannt², da viele Patientinnen und Patienten aus Angst

vor einer Ansteckung ihre hautärztlichen Kontrollen während der Coronajahre nicht einhielten. Damit liegen die Vorteile einer telemedizinischen Betreuung auf der Hand: Eine Videovisite hätte hier einen substanziellen Beitrag zur engmaschigen Kontrolle von Hautveränderungen liefern können.

Die **digitale Arzt-Patientenkommunikation** hat als Ergänzung zur klassischen Konsultation in der Praxis für die Beteiligten den Vorteil, dass die Zeit-Weg-Komponente am Land keine tragende Rolle für die Entscheidung eines Arztbesuches spielt. Zudem kann das Einbinden digitaler Tools und Apps (Foto- und Tagebuchfunktionen von Apps) zu einer vollständigen Erhebung des Krankheitsbildes und somit zu einem problemzentrierten Arzt-Patientengespräch beitragen.

Essenziell für die Implementierung von telemedizinischen Angeboten ist aber die **sichere und durchgehende Ende-zu-Ende-Verschlüsselung** für alle kommunizierten Dateien, Bilder und Texte. DermaVisio³ ist eine robuste und sichere Plattform, die in Österreich für den europäischen Markt (mit-) entwickelt wurde: Kommt DermaVisio bei Video-Konsultationen zum Einsatz, sind fernmedizinische Behandlungen genauso sicher wie das traditionelle Arztgespräch in den Räumlichkeiten einer Ordination: Es kann nicht ausgelesen werden, welche Informationen übermittelt wurden, nicht einmal, dass eine Konsultation überhaupt stattgefunden hat.

¹ Details vgl. <https://vi-institute.at/technologie/#>

² Quelle: Positionspapier der VI Institute GmbH, <https://www.spotthedot.org>

³ vgl. <https://vi-institute.at/technologie/#>

02. Gesundheitskompetenz und Prävention

» Gesundheitswissen und gesunde Lebensjahre «

02.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ Gesundheitsprävention im Sinne des Mutter-Kind-Pass auf einen **Präventionspass** lebensbegleitend erweitern!
- ✓ Gesundheitskompetenz von **Kindern und Jugendlichen** mit Unterstützung von Elementarpädagogik und Eltern stärken!
- ✓ Tägliche **Bewegungseinheiten** in Schulen umsetzen!
- ✓ **Elementarpädagogische Ausbildungspläne** um weitreichende Gesundheitsthemen erweitern!
- ✓ Den **Wandel** von der Reparaturmedizin zur Präventionsmedizin vorantreiben und mit entsprechenden Mitteln ausstatten, nach dem Muster des Programms „Vorsorge Aktiv“ statt Kurprogramm!

02.2 IM FOKUS

Die Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung sollte ein zentrales Ziel in der Gestaltung von künftigen gesundheitspolitischen Maßnahmen sein. Eine Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz bringt zweifachen Nutzen: für die Menschen eine Steigerung der Anzahl an gesunden Lebensjahren und für die Volkswirtschaft eine Senkung „krankheitsbezogener“ Gesundheitskosten. Deshalb hat die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 bereits für das erste PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) wesentliche Handlungsempfehlungen mit den teilnehmenden Expertinnen und Experten sowie den Kooperationspartnern ausgearbeitet:

- Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken.
- Psychosoziale Themen vermehrt thematisieren.
- Bestehende Systemstrukturen für gesundheitsfördernde Maßnahmen aktiv nutzen.
- Betriebliches Gesundheitsmanagement massiv ausbauen, denn neue Arbeitswelten brauchen adaptierte Rahmenbedingungen.
- Gesellschaftlichen Wert von Prävention steigern und Vorsorgemaßnahmen quer durch alle Lebensphasen planen.
- Zugang zu Daten schaffen, denn Forschung braucht Datenqualität.

Durch die erneute Aufnahme und Vertiefung der Themen im Rahmen der Diskussionen bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten, den PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen auf der Alten Schafalm in Alpbach 2021 und den PRAEVENIRE Talks in Gastein soll der Einbindung von Health Literacy und Prävention in den gesundheitspolitischen Steuerungsprozess Nachdruck verliehen werden. Ausgehend vom zentralen Grundsatz der lebensbegleitenden Vermittlung von Gesundheitskompetenz – von der Elementarpädagogik über die Arbeitswelt bis ins Pensionsalter – und dem Ziel von Prävention, der möglichst lebenslangen Aufrechterhaltung der Gesundheit bzw. im Bedarfsfall der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes, wurden die aus den Diskursen resultierenden Expertisen eingebracht.

02.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz ist einer der zehn Rahmen-Gesundheitsziele¹ der Bunderegierung. Zudem ist es ein großes Anliegen der Europäischen Union, die Gesundheitskompetenz in den Mitgliedsländern zu verbessern. Das liegt auch darin begründet, dass sowohl Gesundheitskompetenz als auch Prävention mit der Anzahl an gesunden Lebensjahren korrelieren. Um das Gesundheitswissen und die Wertigkeit von Prävention zu steigern, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende

Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

I. Gesundheitskompetenz vermitteln

Wissensvermittlung nachhaltig gestalten.

1. Es ist grundlegend für die Vermittlung von Gesundheitswissen, die Altersgruppe, den Bildungsstand, die persönlichen und finanziellen Ressourcen, die Herkunft und den soziokulturellen Hintergrund der Menschen mitzudenken, um bewusstseinsbildende Maßnahmen und Inhalte zielgruppenspezifisch aufbereiten zu können. Es braucht ein gewisses Augenmaß und eine Sensibilität dafür, welche Inhalte wann, wem und in welcher Form zu vermitteln sind. Denn Inhalte, die beispielsweise 15-Jährige interessieren, entsprechen nicht der Mediennutzung und den Interessen von 50-Jährigen. Deshalb ist jede Gelegenheit zu ergreifen, um den **chancengleichen, leistbaren und zielgruppenangepassten Zugang zu Gesundheitsinformationen** für alle Alters- und Bevölkerungsgruppen auszubauen.
2. Eine **Verhaltenssteuerung** durch Koppelung an finanzielle Anreize fungiert aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht als alleiniger Motivator. Vielmehr ist auf Gesundheitskompetenz und Wissen zu Primärprävention und Self Care seitens Bevölkerung zu setzen, um den Wandel von der Reparaturmedizin hin zur Vorsorgemedizin voranzutreiben. Es ist dabei immer zu berücksichtigen,

dass gesundheitsförderliches Verhalten stark von **sozioökonomischen Determinanten** abhängig ist.

II. Präventionsmaßnahmen verstärken

Standards für Präventions- und Vorsorgemaßnahmen setzen.

1. Das Thema **Prävention sollte allumfassend** über den medizinischen Bereich und über das Gesundheitswesen hinweg gedacht werden. Für die Planung sowie Umsetzung von Maßnahmen sollten vermehrt **Standards gesetzt** werden.
2. Gerade die Debatte um die COVID-Impfungen zeigt, dass das **Thema Impfen** in der österreichischen Gesundheitspolitik der letzten Jahre viel zu wenig beachtet wurde und es im Gegensatz zu anderen Ländern keine **Impfkultur** gibt. Daher ist es dringend geboten, in Österreich endlich ein **öffentlich finanziertes, flächendeckendes nationales Impfprogramm** mit allen empfohlenen Impfungen vom Säuglings- bis ins Seniorenalter zu etablieren (neben COVID- auch z. B. Grippeimpfungen, HPV-Impfungen, Kinderimpfungen etc.). Dadurch können auch **auf volkswirtschaftlicher Ebene Krankheitsfolgen vermieden, Folgekosten eingespart** und die Bevölkerung vom gesundheitlichen Nutzen der Impfungen überzeugt werden.
3. Der **intramurale Bereich** ist durch eine Steigerung präventivmedizinischer Ressourcen im extramuralen Bereich zu entlasten. Auf dem Gebiet **chronischer Erkrankungen** ist zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten die Attraktivität von Disease Management Programmen (von z. B. „Therapie Aktiv“, dem Betreuungs- und Therapieprogramm bei Typ-2-Diabetes) näherzubringen; Komplexität sowie Bürokratie sind zu vereinfachen.
4. Im **extramuralen Bereich** herrscht ein Mangel an **präventivmedizinischen Ressourcen** (wenig Zeit für Patientinnen und Patienten im Praxisalltag, wenig Begleitung während Vorsorge und Nachsorge, wenig Informationsvermittlung und somit wenig

¹ vgl. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele/>

Gesundheitsmotivation der Menschen) vor. Die Folgen sind Spitalseinweisungen, die – zumindest teils – extramural durch gesteigerte Präventionsarbeit zu vermeiden gewesen wären.

5. **Primärversorgungseinheiten** (PVE) und Gruppenpraxen sind als wichtiger Beitrag zu flächendeckenden Präventionsmaßnahmen zu erachten und zugunsten einer wohnortnahen, leicht erreichbaren und dennoch möglichst individualisierten Versorgung rasch auszubauen. [1]

III. Lebensbegleitende Gesundheitsförderung und Prävention

Die Menschen dort abholen, wo sie am besten zu erreichen sind.

1. Gesundheitskompetenz für Kinder **beginnt bereits bei werdenden Eltern**. Im Zuge niederschwelliger Aufklärungs-, Informations- und Unterstützungsprogramme ist deren gesundheitsfördernde und präventive Motivation gegenüber dem eigenen Kind zu stärken.
2. Diese Angebote sollten auch vermehrt Teil der **Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen** werden. Im Zusammenspiel von kostenfreien **Unterstützungsangeboten** mit klaren **Anreizsystemen** könnten Eltern dahingehend informiert und motiviert werden, gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen für ihr Kind zu beanspruchen. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 fordert darüber hinaus, die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen **bis zum 18. Lebensjahr auszuweiten**. [2]
3. **In Schulen** gilt es, in eine **gesundheitspolitische Bildungsoffensive** zu investieren, um Kompetenzen des Bildungs- bzw. Ausbildungswesens institutionell und systematisch zu stärken. Das betrifft die Adaptierung von Lehrplänen sowie die Etablierung von Kindergarten- und School Nurses, die auf der Ebene der Gesundheitsförderung und Primärprävention einen Beitrag zur Kompensation des bestehenden Ärztemangels im österreichischen Gesundheitssystem leisten könnten. Die Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz müssen frühzeitig gesetzt werden, z. B. bereits im Kinder-

garten oder in der Schule im Rahmen eines dementsprechenden **Unterrichtsfachs**.

4. Im Zuge der **pädagogischen Ausbildung** sollten Gesundheitsthemen verstärkt in die entsprechenden Curricula eingeplant werden.
5. Zur Stärkung von Gesundheitskompetenz und Prävention in der Schule ist die **Förderung des Schularztsystems** unerlässlich.
6. Zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz sind gemeinsame Politik und **gesellschaftsübergreifende Zusammenarbeit von Akteurinnen und Akteuren** des Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesens aber auch der Wirtschaft notwendig.
7. In Österreich gibt es rund 2,5 Millionen **chronisch Kranke**. Für sie braucht es außerhalb der Arztpraxen **strukturierte Angebote** in puncto Gesundheitswissensvermittlung und Präventionsmaßnahmen.

IV. Betriebliches Gesundheitsmanagement

Hohes Potenzial für Prävention im Arbeitsumfeld.

1. Die Arbeitsmedizin ist ein präventivmedizinisches Fach. Es ist eindeutig ihre Aufgabe, durch sogenannte **Verhältnisprävention**, also durch Gestaltung der Rahmenbedingungen, aber auch durch **Verhaltensprävention**, sprich durch den Kontakt zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, dafür zu sorgen, dass diese gesund bleiben oder bestimmte Erkrankungen frühzeitig erkannt werden. Der Arbeitsplatz ist in puncto Umsetzung von Präventionsmaßnahmen ein wichtiger Bereich, da Millionen von **Menschen tagtäglich an ihrem Arbeitsplatz erreichbar** sind. Die Umsetzung der Arbeitsmedizin sollte nach gewissen Standards und Grundüberlegungen erfolgen, die vorab zu definieren sind. [3]
2. Prävention und Gesundheitsförderung müssen ein integraler Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements werden, das wiederum einer **Neudefinition, anschließender gesetzlicher Verankerungen und geeigneter Finanzierungsmodelle** bedarf. Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements wird fast die Hälfte der österreichischen Bevölkerung erreicht. Diese Chance ist zu nutzen.

3. Im Bereich der betrieblichen Vorsorge ist die künstliche Trennung in Prävention und Gesundheitsförderung zugunsten eines **betrieblichen Gesundheitsmanagementsystems** zu überwinden. Dieses soll umfassend auf Bedürfnisse und **betriebliche Realitäten** Bezug nehmen.
4. In puncto Arbeitnehmerschutz ist auf einen **niederschweligen Zugang zu multilingualer Information** zu setzen. Geeignete Finanzierungsmittel sind dem Sozialversicherungssystem seitens der Betriebe zur Verfügung zu stellen.
5. Die COVID-19-Pandemie hat den **Handlungsbedarf im Kontext der psychischen Gesundheit** im österreichischen Gesundheitssystem verdeutlicht. In puncto Präventionsarbeit in den Unternehmen ist allenfalls eine Steigerung des Stellenwerts begleitender, beratender und psychologischer Leistungen anzuvizieren – speziell vor dem Hintergrund der veränderten Belastungskulisse weg von physischen hin zu psychischen Belastungen am Arbeitsplatz. Das Honorierungssystem für Gesundheitspsychologinnen und -psychologen ist zu überdenken, die Zusammenarbeit mit Medizinerinnen und Medizern im Sinne präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen zu stärken. [4]
6. Über **100.000 Lehrlinge** nehmen jährlich mit 15 Jahren ihre erste Arbeit in Österreichs Unternehmen auf. Deshalb gilt es, die grundlegende Frage zu stellen, welches Vorwissen junge Menschen zum Thema Gesundheit haben sollten. Dahingehend gilt es, über **altersgerechte Maßnahmen** nachzudenken. Die daraus resultierenden gesundheitsfördernden Maßnahmen am Arbeitsplatz sind flächendeckend umzusetzen – abgestimmt auf 15-Jährige, auf junge Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie – weiterdenkend – für Menschen, die trotz Erkrankung am Arbeitsplatz sind. Die Überlegungen müssen bis zur folgenden Frage reichen: Wie schafft man es, Menschen bis zum regulären Pensionsan-

trittsalter im Erwerbsleben zu halten?

7. Auch zentrale Fragen zu **Impfungen und Impfberatung** repräsentieren klassische Präventivmaßnahmen. Prävention ist – egal wo man hinsieht – immer dann erfolgreich, wenn sie dort geschieht, wo Menschen leben, lieben, arbeiten, also in der Schule, in der Familie, am Arbeitsplatz. Deshalb sollten Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner die Möglichkeit haben, die Impfaufklärung und -bereitschaft der Bevölkerung **im betrieblichen Umfeld** zu unterstützen.

V. Digitalisierung

Vorhandene Strukturen vermehrt und bestmöglich nützen.

1. Gerade im Hinblick auf die Steigerung der Gesundheitskompetenz und der Präventionsmaßnahmen liegt in der Digitalisierung wahrscheinlich die größte Chance. Jede, jeder Jugendliche besitzt ein Smartphone, durch das sie, er **über digitale Tools erreichbar** ist. Die konkrete Umsetzung ist für junge Menschen interessant zu gestalten. Digitalisierung kann für alle Altersgruppen und Krankheitsbilder sicher bestens und mehr als bisher genutzt werden, um **Health-Literacy-Kernbotschaften zu vermitteln** – und zwar in jenem Ausmaß, das notwendig ist, um „gute“ Entscheidungen für die eigene Gesundheit treffen zu können.
2. Die **Vorteile der Telemedizin** sind stärker zu nutzen, wobei die digitale Kompetenz der Menschen zu berücksichtigen bzw. zu fördern ist. **Analoge Parallelstrukturen** müssen allerdings bestehen bleiben, sodass jede und jeder Einzelne in gleichem Maße zur gleichen Versorgungsqualität im öffentlichen Gesundheitswesen kommen kann.

Patientenorientierung

Das Thema **Eigenverantwortung** ist im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz und Prävention ein zentrales Thema, das **in den Kontext der Verhältnisprävention einzubetten** ist: Faire und sozioökonomische Faktoren sowie niederschwellige Gesundheitswissensvermittlung sind der Eigenverantwortung als Ausgangsbedingungen zugrunde zu legen. Neben der individuellen Verantwortung jedes einzelnen Menschen sind auch die politischen Entscheidungsträgerinnen und -träger gefordert,

entsprechende Rahmenbedingungen, wie etwa die Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelten, z. B. mit ausreichend Bewegungsmöglichkeiten im öffentlichen Raum, zu schaffen. Im Sinne einer angebotsorientierten Gesundheitspolitik ist ein umfassender Ausbau von Unterstützungs- und Förderangeboten notwendig, die den Patientennutzen in den Fokus stellen. Auch über niederschwellige und zielgruppenangepasste Informations- und Bildungsangebote für alle Altersgruppen kann Eigenverantwortung im Sinne von Self Care auf geeignete Weise gefördert werden.

[1]–[4] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 02.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Gesundheitskompetenz und Prävention



02.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzungen der AK Vorarlberg

Hervorzuheben ist, dass es auch eine **gendermedizinische Perspektive** gibt, die an Bedeutung gewinnt. Besonders im Zusammenhang mit der Vermittlung von Gesundheitswissen, Prävention und Vorsorgemaßnahmen sollten gendermedizinische Aspekte viel mehr in den Vordergrund gerückt werden.

Betreffend des Begriffs „altersgerechte Maßnahmen“ ist der zeitgemäßere Ausdruck **alter„n“sgerechte Maßnahmen** zu bevorzugen. Denn das „n“ steht für folgende relevante Unterscheidung: Während mit altersgerechten Maßnahmen jene gemeint sind, die älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern helfen, symbolisiert das „n“ die Arbeitsgestaltung in allen Lebensphasen von Jung bis Alt. Denn die altersgerechte Arbeitsgestaltung berücksichtigt die Veränderungen der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit bei allen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Und ist somit eine nachhaltigere und umfassendere Ausdrucksweise.

Ergänzungen der Ärztekammer für Wien

[1] Zu II.5.: Der Ausbau von Primärversorgungseinheiten ist grundsätzlich wichtig, aber im Bereich der Prävention zu wenig wirksam. Vielmehr wäre es notwendig, allen Hausärztinnen und Hausärzten in Einzelpraxen zusätzliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um vermehrt Präventionsmaßnahmen anbieten zu können.

[2] Zu III.2.: Neben dem Ausbau des Mutter-Kind-Passes sollte ein lebenslanger Präventionspass eingeführt und auch digital im Rahmen von ELGA dargestellt werden, in dem auch andere Präventionsuntersuchungen, wie z. B. Brustkrebsfrüherkennung, Darmkrebsprävention etc. digital dokumentiert werden und ein Remindersystem etabliert wird. In diesem Zusammenhang ist prioritär endlich die Digitalisierung des Mutter-Kind-Passes anzugehen; es ist vollkommen unverständlich, weshalb diese bis dato nicht umgesetzt wurde und werdende Mütter nach wie vor ein „Büchlein/Heftchen“ in die Hand bekommen.

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

[2] Zu III.2.: Mutter-Kind-Pass: Der Fokus ist auf eine angebotsorientierte Gesundheitspolitik anstatt auf (finanzielle) Anreizsysteme zur Verhaltenssteuerung, welche sozial und ökonomisch ohnehin benachteiligte Menschen weiter benachteiligen, zu richten. Gesundheitskompetenz startet bei den Eltern. Kostenlose Unterstützungsangebote, wie beispielsweise Informationsgespräche im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, sind zu begrüßen. Wichtig ist dabei, dass die derzeitigen Schikanen und die daraus resultierende Reduktion von Familienleistungen (Kinderbetreuungsgeld) beendet und keine zusätzlichen Hürden für die Eltern generiert werden.

[3] Zu IV.1.: Betriebliches Gesundheitsmanagement: Für die Erhöhung der Gesundheitskompetenz sind eine gemeinsame Politik und gesellschaftsübergreifende Zusammenarbeit von Akteurinnen und Akteuren des Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesens aber auch der Wirtschaft notwendig. Statt zusätzlichen ökonomischen Druck aufzubauen, sind Rahmenbedingungen so zu verändern, dass gesunde Lebensverhältnisse für alle erreichbar werden. Hierbei haben Betriebe eine besonders wichtige Rolle. Die Ausgestaltung des konkreten Arbeitsplatzes, die ausgewogene Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie eine verstärkte Inanspruchnahme von fit2work oder Wiedereingliederungsoptionen sind wesentliche Faktoren für eine erfolgreiche Verhältnisprävention.

[4] Zu IV.5.: Psychische Gesundheit: Psychische Erkrankungen nehmen österreichweit zu. Arbeitsverdichtung sowie Zeit-, Kosten- und Termindruck stellen hohe psychische Anforderungen an die Beschäftigten. Die COVID-19-Pandemie führt zu einer zusätzlichen psychischen Belastung, verstärkt mit Mehrfachbelastungen im Hinblick auf familiäre Verpflichtungen wie Pflege, Kinderbetreuung etc., die insbesondere Frauen betreffen. Der Arbeitsplatz ist ein zentraler Lebensbereich, durch dessen Gestaltung Krankheitsprozesse verhindert, eingedämmt oder

gefördert werden können. Betriebliches Gesundheitsmanagement spielt daher eine zentrale Rolle bei der Prävention sowie bei der (Re)Integration bzw. Wiedereingliederung von rehabilitierten Personen und ist somit in den Betrieben verstärkt auszubauen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte bereits 2019 das Krankheitsbild Burn-out als eine Erkrankung, die ausschließlich arbeitsbedingt als Folge von chronischem Arbeitsstress entsteht. Die berufsgruppenübergreifende Anerkennung von Burn-out als Berufskrankheit muss rasch umgesetzt werden. Zudem sollen Long-COVID-Symptome (z.B. chronisches Fatigue-Syndrom, ME/CFS) stärker berücksichtigt und – sofern eine COVID-19-Ansteckung im Arbeitskontext voranging – ebenso als Berufskrankheit anerkannt werden.

Ergänzungen der ReTecCom

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie haben Hygiene und Prävention von Infektionen in allen Lebensbereichen einen neuen Stellenwert erhalten. Diesbezüglich spielt die **Lufthygiene** eine wesentliche Rolle. Das Wissen der Bevölkerung zu Fragen der potenziellen Übertragung von Infektionskrankheiten auf dem Luftweg über Tröpfchen und Aerosole muss in allen Alters- und Bevölkerungsgruppen – von Kindern bis zu Senioren und generell bei Personen in all ihren

verschiedenen Lebenssituationen – verbreitet und verbessert werden.

Während noch vor einigen Jahrzehnten durch die damals auch in Europa weit verbreitete Tuberkulose in der Bevölkerung durchaus ein Verständnis für Maßnahmen zur Verhinderung von auf dem Luftweg übertragbaren Erkrankungen bestand, scheint es mittlerweile diesbezüglich wesentliche Defizite zu geben. Obgleich Krankheiten wie Masern, Influenza, RSV-Infektionen, Feuchtblattern und Pilzinfektionen genauso Thema sind, wie es – derzeit – COVID-19 ist.

Auch das Wissen über die aktuell bestehenden technischen Möglichkeiten zur Beseitigung bzw. zur Reduktion der Konzentration von potenziell krankheits-erregenden Viren und Bakterien in Innenräumen, z.B. durch den Einsatz von **Desinfektionsanlagen unter Verwendung von UV-C**, sollte entsprechend vermittelt und die Einsatzmöglichkeiten im Zuge gebäudetechnischer Planungen und Hygienemaßnahmen mitgedacht werden. Zudem können Allergikerinnen und Allergiker beispielsweise in Ordinationen, Ambulanzen, Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen und allgemein in öffentlichen Räumen (Schulen, Wartebereichen) etc. mit dem gezielten Einbau von Luftfilteranlagen oder wartungsfreien UV-C-Geräten vor Pollen bzw. Pollenmolekülen besser geschützt werden.

03. Solidarische Finanzierung und Versorgung

» Gleichstellung im Zusammenhang mit Gesundheitsbelangen gefragt «

03.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ **Planung und Steuerung** des Gesundheitssystems und die Entwicklung einer „Zwei-Topf-Strategie“ zur **Finanzierung** obliegen dem Bund!
- ✓ **Wissenschaft, Erfahrungswissen und Standpunkte** der Gesundheitsberufe in gesundheitspolitische Entscheidungen einbinden!
- ✓ **Begleitprogramme (DMP)** neben Diabetes für weitere große chronische Krankheiten entwickeln, unbürokratisch zugänglich gestalten und honorieren!
- ✓ Den Honorarkatalog für ärztliche Leistungen und alle Gesundheitsberufe so rasch wie möglich im Sinne der optimierten Patientenversorgung aktualisieren und harmonisieren!
- ✓ **Modelle für den Einkauf** von Therapeutika und technischer Ausstattung für Spitäler optimieren!

03.2 IM FOKUS

Das österreichische Gesundheitswesen braucht ein effizientes, zielgesteuertes und krisenfestes Finanzierungssystem, bestehend aus koordinierten Töpfen, aus denen sowohl der extramurale und intramurale Bereich als auch der Ambulanzbereich schöpfen können. In jedem Fall muss am Grundsatz der Selbstverwaltung der österreichischen Sozialversicherung festgehalten werden, sodass Beiträge zweckgebunden bleiben und nicht für andere Bereiche verwendet werden können. Untersuchungen, Beratungsleistungen und Präventionsmaßnahmen müssen ausgewogen honoriert werden, egal ob sie im Spital oder im niedergelassenen Bereich stattfinden. Um eine Gesamtsteuerung des Systems und die Finanzierung innovativer Therapien sicherzustellen, hat die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende essenzielle Optimierungsprogramme für das erste PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) ausgearbeitet:

Innovation und Finanzierung

1. Neue Finanzierungsmodelle etablieren.
2. Einsparungspotenziale nutzen.
3. Zentrales Register zur Erfassung von innovativen Therapien und Medizinprodukten umsetzen.

Systemstruktur

1. Durch Empowerment den Menschen zum Koproduzenten seiner Gesundheit geleiten.
2. Mit modernen Finanzierungsmodellen den Fokus auf Kosteneffizienz setzen.
3. Ein Best Point of Service könnte den passenden und günstigsten Versorgungsweg zeigen.

Darauf aufbauend setzte die PRAEVENIRE Initiative ihre Arbeit 2021 und 2022 fort. Die teilnehmenden Expertinnen und Experten, die Kooperationspartner und Unterstützer haben die Problemstellungen vertiefend diskutiert und der Verein PRAEVENIRE hat die Ergebnisse für die neue Version des Weißbuchs als strategische Handlungsempfehlungen für die gesundheitspolitischen Entscheidungsträgerinnen und -träger zusammengefasst.

03.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Verbesserungsbedarf besteht vor allem hinsichtlich der **Steigerung der Anzahl an gesunden Lebensjahren** der Bevölkerung in Österreich, insbesondere bei Menschen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung. Es geht darum, die **Finanzierung** des österreichischen Gesundheitssystems **im Hinblick auf die demografische Entwicklung** (alternde Bevölkerung), die zunehmenden chronischen Erkrankungen und die Herausforderungen der Coronapandemie weiter abzusichern und den Betroffenen die **bestmögliche Versorgung** auch **im Falle einer chronischen oder seltenen Erkrankung** zu bieten. Um zusätzlich zu den genannten Aspekten auch die **Leistbarkeit innovativer Therapien** sicherzustellen, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

I. Die Patientin und der Patient im Mittelpunkt

Gesundheit muss für alle leistbar sein.

1. Bereits vor der herausfordernden Zeit der Coronapandemie war das **Prinzip der Solidarität** aufgrund der Ökonomisierung in den meisten (Lebens-)Bereichen und der Anforderungen der Leistungsgesellschaft geschwächt. Ist von solidarischer Finanzierung und Versorgung im Gesundheitswesen die Rede, so sollten diese zurzeit auf die Probe gestellten gesellschaftlichen Prinzipien **breit gedacht** werden. Die allgemeine Individualisierung („Ich-Gesellschaft“) spielt in einem Diskurs über das solidarische Gesundheitswesen genauso eine Rolle (Bin ich selbst bereit, etwas für andere zu tun?) wie jene dieser Säule gegenübergestellte Säule des Solidaritätswohls. Beide Säulen sollten in Balance gebracht werden.
2. Die in Österreich an und für sich gute solidarische Versorgung muss den neuen gesellschaftlichen Herausforderungen angepasst und weiterentwickelt werden. Das Gesundheitssystem ist nicht nur als eine finanzielle Ausgabe zu betrachten, sondern als **volks-**

wirtschaftlicher Wachstumstreiber. Ein solidarisches Gesundheitssystem zeichnet sich durch die für die Elastizität des Systems wichtige hohe Verfügbarkeit von Vorhalteleistungen aus. **Health in all Policies** muss gelebt, Gesundheit breit gedacht werden.

3. In Studien wird in Zusammenhang mit solidarischer Versorgung vermehrt eine „**Gesundheitsmündigkeit**“¹ thematisiert. Österreich hat diesbezüglich im Vergleich zu anderen Staaten Aufholbedarf. Wenn von Gesundheitsmündigkeit die Rede ist, muss allseits das Bewusstsein dafür gestärkt werden, dass der Erhalt der Gesundheit durch **Prävention und Vorsorge** in jeder Hinsicht, sowohl für die Menschen als auch das System, „günstiger“ ist als die durch Unfall, plötzlich eintretende Krankheiten oder chronische Erkrankungen entstehenden Kosten der Reparaturmedizin.
4. Deshalb ist es wesentlich, die Tendenz zur **Zweiklassenmedizin** wieder auf die Prinzipien der solidarischen Versorgung zurückzuholen. Das betrifft zum Beispiel die **Wartezeiten** auf einen Operationstermin, der durch private Konsultationen abgekürzt werden kann, oder Wartezeiten bei der Kassenärztin oder beim Kassenarzt. Prinzipiell machen die erschwerte **Leistbarkeit** (ohne Erstattung seitens der Versicherungen) einer Wahlärztin, eines Wahlarztes oder privat zu zahlender Therapien (vgl. psychiatrische Behandlungen, Therapien der MTD und Beratungen bei chronischen Erkrankungen etc.) und die Wartezeiten in der ärztlichen Versorgung (vgl. für Hüftoperationen bis zu mehreren Monaten) das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem unattraktiv. Daher braucht es Rahmenbedingungen, die dem entgegenwirken.
5. **Von zusätzlichen Selbstbehalten** für Gesundheitsleistungen bzw. -produkte ist zur Vermeidung einer Zweiklassenmedizin **abzusehen**. Therapeutische, evidenzbasierte Behandlungen (auch präventiv, rehabilitativ) sind in der Erstattung als gesundheitsfördernde Leistungen anzuerkennen, um sozioökonomische Verwerfungen von der Qualität der Versorgung zurückzudrängen.

¹ vgl. z. B.: <https://erwachsenenbildung.at/aktuell/nachrichten/12019-health-literacy-eine-weitere-kompetenz-die-man-messen-koennte.php> und <https://wien.orf.at/v2/news/stories/2589495/>

6. Auch die **Bestimmung wesentlicher Laborparameter zur Feststellung einer Herzmuskelentzündung im Rahmen einer COVID-Infektion** ist aktuell keine **Kassenleistung**. Bei Verdacht auf Herzschwäche nach einer COVID-Erkrankung müsste ebenfalls eine Herzultraschall-Untersuchung durchgeführt werden. Auch hier sind Kardiologinnen und Kardiologen aber auch Pulmologinnen und Pulmologen durch Deckelungen limitiert.
7. Sichere und gute **Bedingungen für ein gesundes Arbeitsleben** sind ein wesentlicher Baustein für eine solidarische Versorgung.

II. Systemoptimierung

Der Patientenpfad muss transparent sein.

1. Die Erarbeitung von **Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien** in größerem Ausmaß ist wesentlich. Es sollte nachdrücklich über ein **Präventionsgesetz** nachgedacht werden, denn Gesundheitsförderung und Vorsorgemaßnahmen entlasten das Gesundheitssystem.
2. Der **Ausbau von Primärversorgungseinheiten** (PVE) ist rasch umzusetzen, die Zusammenarbeit von **multiprofessionellen Teams** (vgl. Chroniker- bzw. Diabetesversorgung) im Zuge entsprechender Rahmenbedingungen zu unterstützen und die **Primärversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte** – u. a. in den Einzelordinationen – zu stärken.
3. Es ist grundlegend, eine einheitliche, transparente und evidenzbasierte **Personalbedarfsberechnungsbasis** zu erstellen.
4. Eine **ausreichende ärztliche Versorgung** (Stichwort Ärztemangel) ist im Hinblick auf den künftigen Bedarf sicherzustellen.
5. Diesbezüglich benötigt es vor allem eine **Ausbildungsoffensive** für alle Gesundheitsberufe.
6. **Neue Gesundheitsberufe** könnten die Ärzteschaft bei der Versorgung unterstützen, beispielsweise gut ausgebildete Nurse Practitioners und Diplompflegepersonen; bestehende Gesundheitsberufe wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten könnten bestimmte Berechtigungen

erhalten, um z. B. Diagnose und Therapie selbst vorzunehmen. [1]

Als Best-Practice-Beispiel für die Verbreiterung der Versorgung kann Dänemark herangezogen werden.

7. Die **Finanzierung der sozialen Krankenversicherung muss sichergestellt** bleiben und alle Mittel, die z. B. durch Steuerreformen entzogen werden, sind dauerhaft zu ersetzen.
8. Es braucht **Attraktivierungsmöglichkeiten** für die **kassenärztliche Versorgung**.
9. Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem gehen über die finanzielle Leistbarkeit hinaus: **Aufnahmekriterien für Innovations- und Tumorboards** sind **transparent** zu **gestalten**, bürokratische Barrieren (vgl. Bewilligungspflichten) abzubauen und individuelle Sonderwege zu hinterfragen.

III. Finanzierung

Prävention macht Gesundheit leistbarer, Reparaturmedizin verbraucht mehr Ressourcen.

1. Prinzipiell sollte der **Staat** in einer strukturierten Art und Weise **Partner in einem solidarischen Finanzierungssystem** sein.
2. Versicherungsleistungen dürfen nicht von der Postleitzahl, vom Wohnort der Patientinnen und Patienten abhängig sein. Die **Leistungsharmonisierung** sollte rasch im Zuge aller Gesundheitsleistungen umgesetzt werden.
3. Über den **Risikostukturausgleich** zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern kann ein Ausgleich der Finanzierungspraxen erreicht werden.
4. Es braucht eine **transparente Preisgestaltung** und die Möglichkeit einer **Preismitbestimmung seitens öffentlicher Hand**, insbesondere für hochpreisige Arzneimittel wie Orphan Drugs, Onkologika und Rheumatherapien. Diese hochpreisigen Medikamente werden meist gemeinsam auf Basis von Mitteln der öffentlichen Hand und der pharmazeutischen Industrie entwickelt. Studien belegen, dass 40 bis 80 Prozent der Entwicklungskosten im öffentlichen Bereich liegen.

5. Menschen, die unter sogenannten **seltene[n] Erkrankungen (Rare oder Orphan Diseases)** leiden, sind vom **Ökonomisierungsdruck** in der medizinischen Forschung besonders betroffen, jedoch auch – sofern es bereits Medikamente oder Therapien gibt – vom Ökonomisierungsdruck im Kas senbereich. Damit niedergelassene Ärztinnen und Ärzte den Betroffenen bestmöglich helfen können, braucht es zum einen ein klares Bekenntnis zu einem solidarischen Gesundheitssystem seitens der Politik durch spezielle **Förderungen** von im besten Fall **heimischer Forschung und Entwicklung**, zum anderen eine entsprechende **Ausstattung des Systems**.
6. Werden global voranschreitende **Antibiotikaresistenzen** nicht eingedämmt, könnte die jährliche Zahl der damit zusammenhängenden Todesopfer bis

2050 auf zehn Millionen ansteigen. Um dem entgegenzuwirken, ist die **finanzielle Stärkung der Antibiotikaforschung** nötig. Es braucht ein klares Bekenntnis für **Partnerschaften und Kooperationen von privaten und öffentlichen Geldgebern** in allen Bereichen der Forschung.

Patientenorientierung

Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 spricht sich gegen Einsparungen im Gesundheitssystem aus. Im Fokus steht immer eine **patientenorientierte Ausgabenpolitik**, insbesondere auch, um Menschen zu helfen, die durch ihre Erkrankung **speziellere Bedürfnisse und Pflege- sowie Betreuungsbedarf** haben.

[1] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 03.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Solidarische Finanzierung und Versorgung



NÖ Patienten- und
Pflegeanwaltschaft



03.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissensposition der Ärztekammer für Wien

[1] Zu II.6.: Die Ausübung von Diagnose und Therapie ohne ärztliche Anordnung seitens nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe ist für die Ärztekammer nicht konsensfähig, da im Sinne der Ausbildung und Versorgungsqualität Diagnosen und Therapien in jenen Berufsgruppen zu verorten sind, die entsprechend dafür geschult sind und somit auch dahingehende Verantwortung tragen. Es spricht nichts gegen die Möglichkeit für Ärztinnen, Ärzte, Aufgaben vermehrt an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zu delegieren.

Ergänzung der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO)

Die OEGO setzt sich für Optimierungen in drei wichtigen Themenfeldern ein. Diese betreffen die rechtliche Situation des Berufs der Osteopathin, des Osteopathen, die Sicherung höchster Standards in Aus- und Weiterbildung und den **niederschweligen Zugang zu osteopathischen Leistungen**.

Im Sinne einer solidarischen Finanzierung und Versorgung ist daher die **Förderung der flächendeckenden osteopathischen Versorgung** eines der Hauptanliegen der als gemeinnützigen Verein organisierten Interessensvertretung der Osteopathinnen und Osteopathen in Österreich.

Darüber hinaus ist es ein wichtiges Ziel, für alle Patientinnen und Patienten den **chancengleichen und niederschweligen Zugang zu osteopathischer Behandlung auf Kassenleistung sicherzustellen und gegebene Strukturen dahingehend zu vereinheitlichen**.

Sozioökonomische Barrieren sollten im Sinne einer Verhinderung der Entwicklung hin zur Zweiklassenmedizin nicht entscheidend für den Erhalt evidenzbasierter Therapien seitens Patientinnen und Patienten sein. In diesem Sinne **fordert die OEGO die Regelung des Berufs der Osteopathin und des Osteopathen als gesetzlich anerkannten Gesundheitsberuf sowie eine einheitliche Vergütung osteopathischer Leistungen** für Versicherte.

04. Wissenschaft und Forschung

» Wissenschaftsleistungen als bedeutend wahrnehmen «

04.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ **Forschungsförderung** bündeln und Parallelstrukturen verhindern!
- ✓ Initiativen zielgerichteter **überregionaler Forschungslandschaften** unterstützen!
- ✓ Der **evidenzbasierten medizinischen Forschung** immer den Vorrang geben!
- ✓ Erkenntnisse aus der Forschung rasch **in den klinischen Alltag** transferieren!
- ✓ Forschungserfolge **den Menschen verständlich machen**, um das Vertrauen in die Wissenschaft zu erhöhen!

04.2 IM FOKUS

Namhafte Expertinnen und Experten arbeiteten in Arbeitsgruppen und Gipfelgesprächen wesentliche Punkte aus, welche die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 anschließend für die erste Version des PRAEVENIRE Weißbuchs „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) in zwei Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen bündelte:

1. Empowerment der Grundlagenforschung. Exzellenz braucht Spitzenleistung.
2. Interdisziplinäre Vernetzung. Gute Forschung denkt vernetzt.

Unbestritten sind der potenziell **hohe Impact der heimischen Wissenschaftsleistung** für den Wirtschafts- und Forschungsstandort Österreich und die seit der COVID-19-Pandemie gestiegene Wahrnehmung der **Bedeutung von Innovationen in der Medizin**.

Gleichzeitig ist eine zunehmende Wissenschafts- und Evidenzskepsis zu beobachten. Diesem Misstrauen muss mit Aufklärungsarbeit und faktenbasierter Vermittlung von Gesundheitsinformationen über **vertrauenswürdige Kommunikationskanäle** entgegengetreten werden.

04.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Wissenschaft und Forschung benötigen ausreichend **Ressourcen, Unterstützung des Transfers** von der Grundlagenforschung über die angewandte Forschung in Wirtschafts- und Industriebetriebe sowie eine **Anerkennung ihrer Leistungen**. Deshalb empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende Optimierungsprogramme mit **konkreten Handlungsempfehlungen** als Sofortmaßnahmen.

I. Finanzkraft für Innovationskraft

Forschung braucht finanzielle Freiheit.

1. Die **systematisch agierende Forschungstätigkeit** von heute bringt zielgerichtete medizinische Innovationen hervor, sofern sie auf ausreichend Ressourcen – sowohl personell als auch finanziell – zurückgreifen kann. Die Finanzierungsfrage stellt daher sowohl für innovative Therapien als auch für Forschung in anderen Bereichen (Pflege) eine zentrale Dimension dar.
2. Für Wissenschaft und Forschung, die in Österreich unterfinanziert sind, braucht es mehr Mittel. Zurzeit hat Österreich in der gesamten Europäischen Union die geringsten **Fördermittel für klinische Forschung**. Hier besteht Aufholbedarf, sodass diese Forschungstätigkeit eine bedeutendere Rolle in der internationalen Scientific Community einnehmen kann, und damit beispielsweise die Krebsforschung am Standort Österreich am Puls der Zeit bleibt.
3. Der Großteil der innovativen Therapien kommt von Seiten der Universitäten und kleinen bis mittleren Unternehmen. Für ein neues innovatives Medikament benötigt man ein bis drei Milliarden Euro. Dieses Risikokapital ist in Europa nicht gegeben. Verglichen mit den USA, wo ein siebenfaches Volumen pro Kopf an Venture Capital für Medizininnovationen zur Verfügung steht, ist die **Risikobereitschaft** hierzulande gering. Die **Investitionsfreude** in diesem Bereich könnte durch Information, Finanzbildung und steuerliche Anreize attraktiviert werden.

II. Exzellenzzentren für die Spitzenmedizin

Wissenschaft wirkt sich aus.

1. **Erfolgreiche Gesellschaften sind innovative Gesellschaften.** Und Innovation in allen Lebensbereichen, insbesondere im Gesundheitsbereich, entscheidet nicht nur über unsere Lebensqualität, sondern auch über unseren Wohlstand. Deshalb sollte sich die Gesundheitspolitik den heimischen Innovationen verpflichtet fühlen und die vorhandenen Möglichkeiten auf einer politischen Ebene erkennen und im Gesundheitssystem ausbauen.
2. Für Diagnosestellung, Therapieentscheidung und zur Nachbehandlung sind **Spezialzentren** zu etablieren, in denen die **Heterogenität und das Know-how** aller für z. B. die Onkologie relevanten Disziplinen gebündelt vertreten sind.
3. Die Halbwertszeit des Wissens ist insbesondere in der Onkologie extrem kurz. Dadurch wird natürlich ein spezielles **Expertentum** notwendig und das wiederum spricht für den **Ausbau der Zentrumsmedizin**. Die Vorteile liegen in der konzentrierten Versorgungsmöglichkeit durch Spezialistinnen sowie Spezialisten, in der Möglichkeit personalisierter medizinischer Betreuung und in der Verfügbarkeit modernster Infrastruktur.
4. Strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen müssen so gestaltet sein, dass eine **standardisierte Datenerhebung** sowie ein **Datenaustausch** (in anonymisierter Form) zwischen medizinischem Bereich und Forschung ermöglicht und vereinfacht werden.

III. Infrastruktur für wegweisende Therapien

Wissenschaftsstandort ist Wirtschaftsstandort.

1. Es braucht eine **standortpolitische Attraktivierung** durch entsprechende Rahmenbedingungen in puncto Pharmazie- und Medizinprodukteherstellung. Als Exempel kann die Penicillin-Produktion

in Tirol genannt werden, wo die Standortentscheidung durch Zuschüsse von Bund und Land gestützt wurde. Entscheidungen wie diese können Signale Wirkung für gesamt Österreich haben.

- Wissenschafts- und Forschungszentren generieren **Wertschöpfung**, sie tragen zur Steigerung der Beschäftigungszahlen und Sicherstellung von attraktiven Arbeitsplätzen in einer Region bei.
- Empfehlenswert ist die Ausweitung der **Investitionen** im Gesundheits- und Vorsorgebereich unter innovativer und rechtlich abgesicherter **Einbindung regionaler Anbieterinnen und Anbieter**.

Patientenorientierung

„**Wissenschaft für den Menschen**“ lautete der Titel des PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächs auf der Alten Schafalm in Alpbach 2022. Jüngst hat die Coronapandemie gezeigt, **wie wichtig Grundlagenforschung ist**. Denn gerade diese hat es erst ermöglicht, Impfstoffe gezielt gegen COVID-19 in kurzer Zeit zu entwickeln. Die COVID-19-Vakzine sind, dem vortragenden Unternehmer Hannes Androsch nach, nennenswerte aktuelle Beispiele für „menschzentrierte Innovation“. Diese könne nur im Sinne der freien Wissenschaft und Lehre, wie es im österreichischen Staatsgrundgesetz von 1867 verankert ist, erfolgreich sein. „Diese Freiheit ist die Voraussetzung für

die notwendige Kreativität.“ Freiheit erlangen Wissenschaft und Forschung durch Unabhängigkeit – und dafür braucht es wiederum ausreichend Ressourcen. Diese Finanz- und Personalmittel sind seitens öffentlicher Hand – in größerem Ausmaß als bisher – bereitzustellen. Dadurch kann sich Österreich noch stärker als Standort für Wissenschaft, Forschung und innovative Unternehmen positionieren und zugleich ein Anziehungs- und Drehpunkt für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler werden; so wie es der langen medizinischen Forschungstradition des Landes entspricht.

Wissensvermittlung zur medizinischen Forschung, State-of-the-Art-Medizin und innovative Therapien gehen Hand in Hand mit der Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und des Setzens von Präventionsmaßnahmen. Diese Erkenntnisse können gut mit Aufklärungsarbeit zu Krankheitsbildern, beispielsweise geschlechterspezifischen Erkrankungen, wie Schwangerschaftshypertonie oder Brustkrebs verknüpft werden. So wissen nur wenige Frauen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung höher ist als das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken. Wissenschaft und medizinische Forschung brauchen eine unabhängige Plattform, wo sie Erkenntnisse wie diese und ihr Leistungsportfolio abbilden können. Dies wäre ein wesentlicher Beitrag zur Steigerung der Wertigkeit und Präsentation des Nutzens dieser beiden Bereiche.

ERGÄNZUNGEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 04.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Wissenschaft und Forschung



04.4 ERGÄNZUNGEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzungen der Niederösterreichischen Landesgesundheitsagentur (NÖ LGA)

Zu I. Finanzkraft für Innovationskraft: Forschung braucht finanzielle Freiheit, dies ist aus Sicht der NÖ LGA ein zentraler Aspekt. Initiativen sind immer dann wünschenswert, wenn sie einen Mehrwert in der Kooperation mit Industriepartnern in Aussicht stellen (z.B. bessere Vernetzung). Dies erhöht die Chance, mehr finanzielle Ressourcen für Forschungsprojekte zu erhalten.

Zu II. Exzellenzzentren für die Spitzenmedizin: Die Etablierung von Exzellenzzentren für die Spitzenmedizin wird aus Sicht der NÖ LGA unterstützt. Die beschriebenen Handlungsempfehlungen sind aus Sicht der NÖ LGA noch treffsicherer, wenn auch strategisch relevante Zentren konkret definiert werden. Aus Sicht der NÖ LGA ist ein besonderer Mehrwert im Bereich der Onkologie zu sehen, da gerade dort Exzellenzzentren für den Erhalt und die Weiterentwicklung der Spezialisierungen vielversprechend erscheinen. Exzellenzzentren sollten immer eine Verknüpfung zwischen universitären (Grundlagen-) Wissenschaften und angewandter Forschung in der Praxis bieten.

Ein – aus Sicht der NÖ LGA – weiterer wichtiger Aspekt ist, dass solche Zentren nicht nur berufsgruppenübergreifend eine Chance für alle beteiligten Bereiche (nicht nur Spitzenmedizin) bieten, sondern die Verschränkung von Medizin und Pflege mit dem gemeinsamen Ziel der bestmöglichen Behandlung als größter Mehrwert betrachtet wird. Die NÖ LGA in Kooperation mit der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften kann hier als positives Beispiel verstanden werden.

Zu II.4. Nutzbarmachung von Daten: Alle Initiativen, die einen erleichterten Zugriff und eine erleichterte Verwendung von Daten für Forschungszwecke ermöglichen, werden von der NÖ LGA unterstützt. Neben medizinischen Daten sollten z. B. auch Daten aus der Pflegedokumentation für Forschungszwecke verfügbar gemacht werden. Initiativen sollten so gestaltet sein, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden, die den Datenaustausch für Forschungszwecke erleichtert. Hier wäre es dringend erforderlich, genau zu definieren wie eine DSGVO-konforme Pseudonymisierung in der Praxis funktioniert und auszu-sehen hat, da eine entsprechende Judikatur bisher noch gänzlich fehlt.

Zu III. Infrastruktur für wegweisende Therapien: Die NÖ LGA ist immer an regionalen Innovationen interessiert. Initiativen, die eine Verstärkung der regionalen Beziehungen bewirken, werden von der NÖ LGA unterstützt.

Zu Patientenorientierung: Für die NÖ LGA ist der Begriff Patientenorientierung zu schmal gewählt, da neben Patientinnen und Patienten die Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch Angehörige, sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine zentrale Rolle spielen. Aus diesem Grund ist in der NÖ LGA das Konzept der Personenzentrierung („der Mensch im Mittelpunkt“) strategisches Leitziel und gelebte Praxis. Im Rahmen der Versorgung, Behandlung, Pflege und Betreuung der Personen in den Gesundheitseinrichtungen der NÖ LGA gilt es stets, den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen.

In diesem Zusammenhang wurde in Kooperation mit der Universität Wien das ganzheitliche Model der Personenzentrierung für den Langzeitpflegebereich entwickelt, das abbildet, wie es gelingen kann, den Menschen systematisch in den Mittelpunkt zu stellen – und dies sowohl auf Ebene des zu Betreuenden, der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Angehörigen. Zur Messung der Umsetzung der Personenzentrierung wurden auch wissenschaftliche Messinstrumente

sowie Konzepte zur systematischen Etablierung der Personenzentrierung in den Gesundheitseinrichtungen der Langzeitpflege entwickelt. Mit dieser Vorgehensweise und Thematik nehmen Niederösterreich und die NÖ LGA eine internationale Vorreiterrolle ein. In weiterer Folge gilt es, dieses Konzept systematisch und ganzheitlich auf den Akutbereich umzulegen. Im Bereich der Forschung und Innovation bietet der Ansatz der Personenzentrierung einen breiten, umfassenden Rahmen in welchem Aktivitäten, Anliegen, Dienstleistungen unter der Perspektive der Personenzentrierung betrachtet und bewertet werden können.

Zu Professionalisierung und Standardisierung: Für die Einwerbung und Abwicklung von Forschungsprojekten braucht es standardisierte Strukturen und Best-Practice-Herangehensweisen. Weltweit ist der Trend hin zu standardisierten Prozeduren (in Form von Leitlinien oder Standard Operating Procedures (SOPs)) zu beobachten. Diese unterstützen (große) Forschungseinrichtungen dabei, eine gleichbleibend hohe Qualität anbieten und diese Qualität auch (unabhängig) überprüfen zu können. Aus Sicht der NÖ LGA ist eine professionelle Forschungsabwicklung eine Entlastung für die Forschenden (da weniger Ressourcen für administrative Tätigkeiten verbraucht werden) und ein Mehrwert für alle beteiligten Partner (Sponsoren, Träger, Universitäten, Fördergeber).

05. Standort

» Attraktivität – Kontinuität – Mobilität «

05.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ Die **Infrastruktur** für Wissenschafts- und Forschungseinrichtungen stärken!
- ✓ Die **Spitzenforschung** und Produktion am Standort Österreich gezielt unterstützen!
- ✓ **Bürokratische Hürden** für Entwicklungs- und Zulassungsprozesse abbauen!
- ✓ Weitere **Anreize zur Ansiedlung** von Start-ups setzen und gleichzeitig die Vernetzung mit Unternehmen ermöglichen!
- ✓ Die freie **Grundlagenforschung** fördern!

05.2 IM FOKUS

Entscheidend für Österreich mit seiner weitreichenden Tradition wissenschaftlich-medizinischer Leistungen ist es, den Sprung von der Grundlagenforschung in die angewandte Forschung zu wagen. Damit kann es gelingen, ausreichend Wertschöpfung zu generieren und das Land als „Zentrum von Forschung“ erneut international zu etablieren. Ziel ist es, Österreich als attraktiven und primären Anlaufpunkt für spitzenmedizinische Agenden und Anbieter innovativer gesundheitstechnischer Anwendungen zu positionieren.

Aus diesem Grund arbeiteten namhafte Expertinnen und Experten in zahlreichen Arbeitsgruppen und Gipfelgesprächen wesentliche Punkte aus, welche die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 für die erste Version des PRAEVENIRE Weißbuchs „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) in drei Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen bündelte:

1. Autonomie schaffen für Schlüsselindustrien. Nationale und europäische Kräfte gemeinsam nutzen.
2. Exzellenz fördern. Forschungsinfrastruktur auf Topniveau kreieren.
3. Steueranreize setzen. Spitzenmedizin mit vorrangiger Priorität in Österreich etablieren.

In der vorliegenden aktuellen Version wird erneut und vertiefend auf das Thema eingegangen, um der hohen Bedeutung der Pharmaindustrie, Medizinprodukteherstellung und generell der Gesundheitsbranche für den

05.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Standort, die heimische Wirtschaft und für die Gesellschaft allgemein gerecht zu werden.

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

I. Die Innovationskraft nützen

Forschung fördern – Wissen bündeln – Exzellenz clustern

1. Die **klinische Forschung** muss unterstützt und aufgewertet werden. Nur so kann sichergestellt sein, dass bessere Möglichkeiten zur Vorbeugung oder Behandlung von Krankheiten erforscht und innovative Medikamente am Standort Österreich entwickelt werden.
2. **Exzellenzzentren** sind zu etablieren, um Spitzenmedizin (z. B. in der Onkologie) zu unterstützen.
3. Der nicht zuletzt durch die Coronapandemie sichtbar gewordenen **Bedeutung der Grundlagenforschung** für Wirtschaft und Gesellschaft ist Rechnung zu tragen. Best-Practice-Beispiele, wie das Forschungszentrum IST-Austria in Klosterneuburg, zeigen, wie erfolgreich freie Forschung sein kann. Am niederösterreichischen Areal werden ab 2026 bis zu 400 Forscherinnen und Forscher tätig sein. Hier sind die besten Talente an Ort und Stelle gesammelt: 2021 wurden aus 1.800 Bewerbungen für eine Professur 40 Persönlichkeiten zu einem Interview eingeladen, fünf davon sind an das Forschungszentrum berufen worden. Insgesamt sind Professorinnen und Professoren aus 70 Ländern vertreten. Der Life-Science-Bereich nimmt (neben Mathematik und Computerwissenschaft) ein Drittel der Forschungsbereiche ein. Relativ zu Größe und

Anzahl steht das IST-Austria im Ranking des Nature-Index¹ im weltweiten Vergleich an dritter Stelle.

4. Die **internationale Zusammenarbeit** österreichischer Forschungsinitiativen **im Verbund mit Industrie und Wissenschaft** ist zu unterstützen. Beispielsweise betreiben die von Bund und Ländern öffentlich geförderten COMET Zentren anwendungsorientierte Spitzenforschung. Seit der Gründung haben sie mit nahezu 100 internationalen Unternehmen und fast genauso vielen wissenschaftlichen Instituten und Einrichtungen weltweit gemeinsame Forschungsprojekte durchgeführt. Eine Vielzahl an medizintechnischen Produkten befindet sich in klinischer Anwendung, die ohne Kompetenzzentren wie dieses nicht existierten.²

II. Durch Investition stützen

Standortpolitik für Pharmazie- und Medizinprodukte

1. Der **Stellenwert Europas als Produktions- und Wirtschaftsstandort** muss für die pharmazeutische Industrie und Medizinproduktbranche an Bedeutung gewinnen. Nicht zuletzt durch die Coronapandemie sind die Folgen von Lieferengpässen – u. a. durch unterbrochene Lieferketten – sichtbar geworden. Ziel muss daher sein, bestehende Produktionsstandorte zu erhalten und Anreize für neue Investitionen zu schaffen, um die Rückverlagerung der Produktion nach Europa zu unterstützen.
2. **Bürokratische Hürden** müssen abgebaut werden. Die Coronapandemie hat gezeigt, dass Entwicklungsprozesse, Zulassung, Darreichung und Überwachung beispielsweise von Impfstoffen rascher vor sich gehen, wenn alle beteiligten Akteurinnen und Akteure auf einer Linie zusammenwirken. Im Bereich der Zulassung erwies sich das „**Rolling-Review-Verfahren**“ als zielführend.

¹ vgl. <https://www.natureindex.com>, <https://www.ffg.at/comet>

² Weiterführende Infos: <https://www.ffg.at/comet>

³ vgl. <https://www.zpm.at/de/das-zentrum/zentrum-fuer-praezisionsmedizin/>

3. Durch **Leitprojekte** wie das Zentrum für Präzisionsmedizin an der MedUni Wien³ oder das ViennaBio-Center⁴ kann eine nicht zu unterschätzende **Wertschöpfung** am Standort generiert werden.
4. Wesentlich ist die Ausweitung der Investitionen im Gesundheits- und Vorsorgebereich, auch unter innovativer und rechtlich abgesicherter **Einbindung regionaler Anbieter**. Als Beispiel ist die in Salzburg beheimatete Produktionsstätte für Mikronährstoffe zu nennen, die demnächst eröffnet wird und rund 40 neue Arbeitsplätze in der Region schafft. Bei Vollausslastung werden bis zu 100 Menschen beschäftigt sein.
5. Für die in puncto Forschung und Know-how-Transfer notwendige Finanzierung erweisen sich **Private-Public-Partnerships, Kooperationen** oder **Spin-offs** als geeignet. Prinzipiell besteht in Österreich im Hinblick auf die Standort- und Forschungsförderung aus öffentlicher Hand Luft nach oben. Umgekehrt sollten vorhandene **Fördermittel**, wie jene aus dem European Investment Fund⁵, genutzt werden.

III. Mit Infrastruktur punkten

Erste Wahl für die Ansiedlung von EU-Behörden und Betrieben.

1. **Internationale Kooperationen** und weitere Forschungs- sowie Produktionsstandorte stellen einen wesentlichen Aspekt in der Straffung von Entwicklungskapazität dar. Dafür gilt es, Österreich als at-

traktiven Standort erster Wahl mit höchster Lebensqualität zu positionieren.

2. **Translationale Forschung** muss unterstützt werden: Damit die Erkenntnisse der Grundlagenforschung auf kurzem Weg in klinisch anwendbares Wissen und in Folge in die Wertschöpfungskette der Pharmaindustrie finden, empfiehlt es sich, Forschungszentren mit direkter Anbindung an Technologieparks zu etablieren. Als Vorzeigebispiele können die COMET-Zentren, wie ACOMIT, CBmed, RCPE und VASCage mit ihrem breiten internationalen Partnernetzwerk aus Industrie und Wissenschaft sowie das IST-Austria mit dem gegenüberliegenden IST-Industriepark genannt werden.
3. Beschäftigung und attraktive **Arbeitsplätze** müssen durch entsprechend hochqualitative **Ausbildung** auf allen Ebenen gewährleistet werden. Doktoratsprogramme der Forschungseinrichtungen sind zu unterstützen; gleichzeitig muss dem Fachkräftemangel im Zuge der Entwicklung von u. a. **klugen Lehrlingsmodellen** entgegengewirkt werden.
4. Im **Scientific Advice Verfahren** steht das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) aufgrund seiner wissenschaftlichen Expertise an der Spitze. Im EU-Netzwerk der nationalen Behörden und der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) zählt es zu den Top-5-Partnern im zentralen Zulassungsverfahren. Beispielsweise trägt Österreich für verschiedene COVID-19-Impfstoffe eine hauptverantwortliche Rolle als Rapporteur bzw. Co-Rapporteur (Berichts- und Bewertungswesen). Das BASG hat als einzige europäische Behörde die Chargenfreigabe für Moderna übernommen. Die **Position des Standorts für die EU-Behörden ist weiter zu stärken**.

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Standort



⁴ vgl. <https://www.viennabiocenter.org/>

⁵ vgl. European Investment Fund (EIF): <https://www.eif.org/>

06. PRAEVENIRE Metropole Wien

» Gesundheitsförderung umfassend denken – Leitprojekte unterstützen «

06.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ Vermehrt **Bewegungsräume und Grünflächen** in der Stadt schaffen!
- ✓ Die **Primärversorgung** rasch umfassend ausbauen und mit Präventionsaufgaben beauftragen!
- ✓ **Videodolmetschsysteme** für mehrsprachige Arzt-Patienten-Gespräche finanzieren!
- ✓ Die **Forschung- und Produktionskraft** der Gesundheitsmetropole Wien weiter ausbauen!
- ✓ Anhand von **Leuchtturmprojekten** Wertschöpfung für die Stadt generieren!

06.2 IM FOKUS

Städte sind Lebensraum der Zukunft. Rund 50 Prozent der Weltbevölkerung lebt aktuell in urbanen Agglomerationen, bis 2050 sollen es laut einer Prognose der Vereinten Nationen nahezu 70 Prozent sein.¹ Während die Städte in den Industriestaaten künftig langsamer wachsen werden, kommt es in den Metropolen der Dritt- und Schwellenländer zu einem rasanten Wachstum. Mit den wachsenden Städten steigen auch die Anforderungen im Bereich der Gesundheitsversorgung.

Aus diesem Grund widmet das PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ der Metropole Wien ein eigenes, neues Kapitel. Thematisiert werden insbesondere die **Herausforderungen, denen sich eine Großstadt wie Wien im 21. Jahrhundert stellen muss.**

Während viele der noch vor 100 Jahren relevanten Themen wie Hygiene, sauberes Wasser und Umweltverschmutzung in den westlichen Städten erfolgreich gelöst werden konnten, gehören Adipositas, Diabetes, Stress, Lärmbelastung, Depression und vor allem der Bereich der Pflege zu den typischen gesundheitlichen Problemstellungen dieses Jahrhunderts.

Zu berücksichtigen ist darüber hinaus ein deutliches Stadt-Land-Gefälle, das Unterschiede beispielsweise in der Prävalenz für Depressionen zeigt: In der Region Wien liegt diese bei elf Prozent, im ländlich geprägten Vorarlberg hingegen bei nur 5,6 Prozent. Unterschiede sind auch im Bereich der Kosten pro pflegegeldbezogener Person auszumachen: In Wien liegen sie bei 22.900 Euro, in Kärnten bei 15.000 Euro.

Die Wirtschaftskammer Wien hat die Herausforderungen für die Großstadt Wien analysiert und eruiert, an welchen Stellschrauben gedreht werden muss, um **Wien als Gesundheitsmetropole zur Weltspitze** zu führen. Fünf große Bereiche wurden identifiziert, an denen im Zuge der Umsetzung von Leitprojekten zu arbeiten ist: Forschung und Entwicklung, Innovation und Digitalisierung, Fachkräfte, Behörden und EU-Organisationen sowie

¹ vgl. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Thema/bevoelkerung-arbeit-soziales/bevoelkerung/Stadtbevoelkerung.html>

06.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Gesundheitsversorgung in der Großstadt.

Mit der Realisierung von **wegweisenden Leitprojekten** soll der Bundeshauptstadt der Weg zur internationalen Spitze als Stadt der Gesundheit geebnet werden. Um diesen Weg erfolgreich zu beschreiten, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende auf den urbanen Raum zugeschnittene **Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen** als Sofortmaßnahmen.

I. Wissenschaft und Forschung fördern

Interdisziplinarität und Interprofessionalität in Wissensclustern bilden und binden.

1. **Innovationskraft der Stadt** nützen: Wien gilt mit einem Anteil von rund einem Drittel aller nationalen Ausgaben für Forschung und Entwicklung (F&E) als Rückgrat des österreichischen Forschungsstandorts. Der Schwerpunkt ist weiterhin auf die Life Sciences und den Pharmasektor zu legen.
2. Zwei **Leitprojekte** bilden den Weg der Zukunft im Speziellen ab: Das Zentrum für Präzisionsmedizin (CPM) der MedUni Wien wird bis 2026 mit einer State-of-the-Art-Infrastruktur Platz für 400 Forscherinnen und Forscher am AKH Campus der MedUni Wien bieten. Das Vienna BioCenter² wird bis 2030 mit weiteren 60 Millionen Euro Finanzierungszuschuss von Stadt Wien und Republik Österreich gefördert. Der Ausbau derartiger Projekte ist voranzutreiben, da auch die wirtschaftliche Auswirkung durch das Wachstum des BIP positiv auf den Standort wirkt.
3. Es braucht gezielte **Fördermaßnahmen für Start-ups**, sodass diese ihre Projekte in einem optimalen Tätigkeitsfeld umsetzen können. Im Rahmen der Gesundheitsmetropole Wien müssen diese wichtigen Inputgeber bei Kooperationsvorhaben mit Wissenschaft und Forschung, Indus-

trie und Dienstleistungsunternehmen unterstützt werden.

4. Dem **Fachkräftemangel** im Gesundheitsbereich – insbesondere hinsichtlich des stark anwachsenden Bedarfs an Fachkräften in der Pflege (rund 4.000 fehlende Personen bis 2030) – ist entgegenzuwirken, indem vor allem die auf den Bedarf ausgerichtete und ausreichende Anzahl an Aus-, Fort- und Weiterbildungsplätzen geschaffen wird. Beispielgebend ist die FH Campus Wien, die mit innovativen Methoden Fachkräfte für die Praxis ausbildet und in deren Operationssaal-Innovation Center (OPIC)³ der Umgang mit modernster OP-Technologie gelehrt wird.

II. Versorgungsstrukturen durch Fusionen stärken

Vernetzung der Gesundheitsberufe und Miteinander fördern.

1. Intramurale und extramurale Bereiche sollten im urbanen Umfeld fusionieren, sich gegenseitig unterstützen und als **Einheit im Sinne einer bestmöglichen Versorgung** jeder/jedes Einzelnen betrachtet werden.
2. Zur Sicherstellung der Versorgung empfiehlt sich der **Ausbau und Betrieb der niederschwellig zugänglichen Primärversorgung und spezifischer Gesundheitszentren** (z. B. für Diabetes) im niedergelassenen Bereich. Für deren Gründung und laufenden Betrieb ist es auch in einer Großstadt anzudenken, vermehrt Public-Private-Partnership-Modelle (PPP-Modelle) zur Finanzierung einzusetzen. Ziel und Nutzen für die Einwohnerinnen und Einwohner basieren auf der Gewährleistung eines niederschweligen Zugangs zum Gesundheitswesen und der Sicherstellung von spezifischer Versorgung bei chronischen oder seltenen Erkrankungen.
3. Die **kassenärztliche Facharztversorgung** im niedergelassenen Bereich muss gewährleistet und eine dich-

² vgl. <https://www.viennabiocenter.org/>

³ vgl. <https://www.fh-campuswien.ac.at/departments/technik/operationssaal-innovation-center.html> und <https://www.fh-campuswien.ac.at/studium-weiterbildung/aktuell/news-und-events/studierende-pitchen-interdisziplinaere-projekte.html>

tere interdisziplinäre Vernetzung mit den Haus- und Vertrauensärztinnen sowie -ärzten unterstützt werden.

4. Für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige braucht es im Fall von komplexen Krankheitsbildern ein transparentes **Lotsensystem** durch das Gesundheitssystem, um einen effizienten und geordneten Ablauf von Gesundheitsdienstleistungen zu gewährleisten. Ziel ist es, die Gesundheitskompetenz zu erhöhen.
5. **Migrationsbezogene Problemstellungen** wie soziale und sprachliche Hürden müssen bewältigt werden. Dahingehend wird es wesentlich sein, die Gesundheitsversorgung den neuen Bedürfnissen einer veränderten Bevölkerungsstruktur anzupassen und den Zugang zum Gesundheitssystem für die gesamte Bevölkerung in niederschwelliger Form zu ermöglichen. Projekte, die sich auch um Menschen, die über keine Versicherung verfügen, bemühen, sollen gefördert werden.
6. Zur Unterstützung der mehrsprachigen Arzt-Patienten-Kommunikation sind dringendst flächendeckende **Videodolmetschsysteme** zu etablieren.

III. Spezifika städtischer Gesundheitsversorgung

Gesundheitsmaßnahmen für urbane Strukturen umfassend denken.

1. **Standortpolitische Maßnahmen** müssen gesetzt werden, um die Attraktivität für forschungsorientierte Institutionen und produzierende Unternehmen zu steigern. Ein Fokus innerhalb der Gesundheitsmetropole Wien gilt auch der Ansiedelung von Behörden und EU-Organisationen, um die Sichtbarkeit der Kompetenzen am Standort Wien zu erhöhen. Als realisiertes Beispiel kann das EIT Health Colocation Center Vienna⁴ genannt werden.
2. **Prävention vor-denken**, indem verstärkt barriere-

freie (insbesondere für Kinder- und Jugendliche, Menschen mit körperlichen Einschränkungen sowie ältere Menschen) und öffentlich zugängliche Freiräume mit einem entsprechenden **Bewegungsangebot** geschaffen werden. Dahingehend sollte in der Stadtplanung und Flächenentwicklung künftig auf eine Nachverdichtung auf Kosten von **Grünraum** verzichtet werden. Die Anbindung zu den Naturräumen in und um die Stadt ist durch den Ausbau des öffentlichen Verkehrsmittelangebots zu forcieren.

3. Bezüglich **gesundheitsförderlicher Ernährung** könnte im Sinne der Gesundheitskompetenz vermehrt an Angebote für Ernährungswissen im öffentlichen Raum (Marktplätze, kindgerechte Workshops) gedacht werden.
4. Als beispielgebendes **Projekt** für städtespezifische Gesundheitsförderung gilt die im Wiener Regierungsabkommen genannte **„Gesundheitsmetropole Wien“⁵**. Ziel des Projekts ist es, bis 2030 Wiens Status als internationale Gesundheitsmetropole weiter auszubauen und „eine für alle zugängliche öffentliche Gesundheitsversorgung zur richtigen Zeit und am richtigen Ort sicherzustellen“.

IV. Digital Health

Transformation und Daten für medizinischen Fortschritt und gezielte Versorgungsplanung.

1. Eine sinnstiftende, seriöse, transparente und rechtskonforme **Datennutzung für Wissenschaft und Forschung** soll unter Berücksichtigung des bestmöglichen Datenschutzes für Individuen gesellschaftspolitisch thematisiert werden.
2. **Statistische Informationen** sind ein wichtiges Instrument, um gesundheitspolitische Entscheidungen evidenzbasiert treffen zu können. Projekte zur Nutzung von Gesundheitsdaten im Sinne des

⁴ vgl. European Investment Fund (EIF): <https://www.eif.org/>

⁵ vgl. <https://www.wien.gv.at/regierungsabkommen2020/gesundheitsmetropole-wien/ein-starkes-offentliches-gesundheitssystem-mit-den-patientinnen-im-fokus/>

Erkenntnisgewinns und zur Optimierung der Versorgung sind zu unterstützen und voranzutreiben.

Patientenorientierung

Eine Studie untersuchte und bewertete 75 Weltstädte nach der Qualität des Nachschlafs der Bewohnerinnen sowie Bewohner und nutzte dabei Daten zu den Hauptgründen für Schlafmangel, wie z. B. geistige und körperliche Gesundheit, Überarbeitung und Genussmittelkonsum.⁶ Wien belegt in diesem Vergleich Platz 14 mit einem Score von 69,2 von 100. Basierend auf Studien u. a. der Harvard University, der WHO und der Sleep Foundation wurde festgestellt, dass sich kulturelle

Schlafmuster und Störfaktoren zwischen den Städten vergleichen lassen. Die Studie umfasst u. a. Punkte wie geistige Gesundheit inklusive des Faktors Stress und bezieht Daten zum Thema Angst aufgrund der Coronapandemie mit ein. Fakt ist, dass Schlaf die Gesundheit fördert und stärkt. Deshalb empfiehlt es sich, im Rahmen von städtebaulicher Landschaftsplanung gesundheitsförderliche Aspekte (Grünfläche, Bewegungsfreiräume) und Umweltfaktoren (Licht-, Lärmschutz) mitzudenken. **Vorbild** hierfür könnte **Amsterdam**, die Stadt mit dem ersten Platz in diesem Ländervergleich, sein. Sie punktet durch Initiativen der Kommunalregierung, wie dem **„City in Balance“-Programm**⁷, im Zuge dessen beispielsweise gute Schlafbedingungen für die

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Metropole Wien



⁶ vgl. <https://vaay.com/sleep-index>

⁷ vgl. <https://www.amsterdam.nl/bestuur-en-organisatie/volg-beleid/stad-in-balans/>

07. Wohnortnahe Versorgung versus Zentrumsmedizin

» Personalbedarf – Patientensicherheit – Versorgungswirksamkeit «

07.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ Für alle eine solidarische und finanzierbare **Primärversorgung wohnortnahe** umsetzen!
- ✓ **Spitäler mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten** sowie Gesundheitsdienstleistungen vernetzen und geprüfte Pilotprojekte flächendeckend umsetzen!
- ✓ **Die Fachärztin, der Facharzt für Allgemeinmedizin** muss rasch eingeführt werden!
- ✓ Die verpflichtende **Lehrpraxis im Klinisch-Praktischen-Jahr (KPJ)** von einem auf zwei Monate ausweiten!
- ✓ Die **postpromotionelle Lehrpraxis** in der Ausbildung zur Ärztin, zum Arzt für Allgemeinmedizin auf insgesamt 1,5 bis 2 Jahre ausweiten!
- ✓ **Corona-Learnings** rasch analysieren und die Essenzen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung umsetzen!
- ✓ Die Umsetzung **moderner Zusammenarbeitsformen** wie „Praxis-Splitting“ vereinfachen!

07.2 IM FOKUS

Jede Patientin, jeder Patient hat ein Anrecht auf die beste medizinische Versorgung, bei der sie, er in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems gestellt wird. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 setzt daher das Grundziel der Sicherstellung der solidarischen Gesundheitsversorgung an erste Stelle. Eine kontinuierliche Verbesserung der gesunden, qualitätsvollen Lebensjahre ist in den „Gesundheitszielen Österreich“¹ prioritär verankert. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden im PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen zusammengefasst und den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern überreicht:

Versorgungs- und Gesundheitsziele:

1. Faire Arzneimittel- und Medizinprodukteversorgung. Digitales Bestandmonitoring schafft Sicherheit.
2. Versorgungssicherheit chronisch kranker Menschen. Für Österreich besteht hoher Aufholbedarf.
3. Effizientes Medikationsmanagement. Gesundheit muss finanzierbar bleiben.

Moderne Infrastruktur:

1. Ausrichtung der Infrastruktur. Regionale Versorgung mit Topspezialisierung.
2. Prävention. Von der Reparaturmedizin zur Präventivmedizin.

Das basierend auf dem PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) vertiefende Kapitel geht vor allem auf die Notwendigkeit ein, im Rahmen bestmöglicher Versorgung und Betreuung auch Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen, Gesundheitsförderung und frühe Diagnose sowie frühe Therapiemaßnahmen mit einzubeziehen. Versorgung und Betreuung funktionieren dann hervorragend, wenn all die genannten Bereiche, die Zentrumsmedizin und wohnortnahe Versorgung miteinander harmonisiert sind. Das Zusammenspiel wird am besten durch den Aufbau neuer ärztlicher und gesundheitsberuflicher Zusammenarbeitsformen und den Abbau von zeitraubenden bürokratischen Abläufen unterstützt.

¹ vgl. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/>

07.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um die wohnortnahe aber auch die auf spezifische und seltene Indikationen spezialisierte Versorgung in spezialmedizinischen Zentren für die Bevölkerung niederschwellig zugänglich zu machen und im Gesundheitssystem standardisiert als Patientenpfad zu verankern, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen**.

I. Primärversorgung nahe am Wohnort

Den Zugang zu einem qualitativ hochwertigen Gesundheitssystem sicherstellen.

1. Es sind geeignete Maßnahmen zu setzen, um den **Ausbau der Primärversorgung** in ganz Österreich voranzutreiben und das Ziel von 75 etablierten **Primärversorgungseinheiten (PVE)** rasch zu erreichen.
2. Langfristig gesehen ist das Bekenntnis zum Bedarf eines **österreichweit guten Zugangs für alle Leistungen** notwendig, wie es der Versorgungsauftrag einer PVE bereits vorsieht. Insofern ist die angestrebte Anzahl an 75 PVE als erster Schritt zu sehen. Des Weiteren müssen auch für jene Bereiche verbindliche Versorgungsaufträge verankert werden, in denen präventive Angebote und psychosoziale Betreuung festgelegt sind.
3. Wohnortnahe Versorgung bedeutet, dass die Menschen die Option haben, möglichst rasch **eine Vertrauensärztin oder einen Vertrauensarzt im Umkreis** zu konsultieren. Um die allgemeinmedizinische Versorgung sicherzustellen, müsste bereits jetzt allen Wahlärztinnen und Wahlärzten die Möglichkeit angeboten werden, einen Kassenvertrag zu übernehmen bzw. zu erhalten.
4. **Medizinstudium-Interessentinnen und -Interessenten**, die künftig den Weg als Landärztin, Landarzt einschlagen bzw. sich für einen Kassenvertrag verpflichten wollen, soll das Aufnahmeverfahren zum Medizinstudium erleichtert werden. Als Beispiel kann die Regelung der „Landarztquote“ in Deutschland herangezogen werden.

5. Wir brauchen **Anreize für die Niederlassung** in ländlichen Gebieten. Aus Studien (z. B. des Instituts für Höhere Studien und des Rechnungshofs) und Umfragen (z. B. der Österreichischen Gesundheitskasse) ist bekannt, dass dafür eine alleinige finanzielle Motivation nicht ausreicht. Es gilt, Persönlichkeiten anzusprechen, die bewusst in die **Länderregionen gehen** und dort arbeiten möchten. Dafür braucht es attraktive Rahmenbedingungen, die den zeitgemäßen Arbeitsanforderungen entsprechen. Jungärztinnen und -ärzte sehen sich nicht als Alleinkämpferinnen, Alleinkämpfer. Sie sehen sich als Teil eines **Teams**, in dem sie bei der medizinischen Versorgung am Land von Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiatern, Pflegekräften, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten usw. unterstützt werden.
6. **Community Nursing spielt eine wesentliche Rolle** in der zukünftigen Versorgung – besonders **in den ländlichen Regionen**. In Zusammenarbeit mit der Allgemeinmedizin könnten Community Nurses mobil und wohnortnahe im Umkreis betreuen. Community Nurses könnten auch in der Unterstützung der Ärztin, des Arztes bei Visiten einen wichtigen Aufgabenbereich wahrnehmen. Die betroffenen Berufsgruppen² müssen daher verstärkt in Pilotprojekte des Bundesministeriums miteinbezogen werden.

II. Kompetenzzentren

Spitzenmedizin und exzellente Forschung unter einem Dach.

1. Der verbindliche Versorgungsauftrag ist auf die medizinische Versorgung in Akutfällen und die Behandlung von Erkrankungen ausgerichtet. Wichtig wäre darüber hinaus auch die verbindliche Verankerung des Versorgungsauftrags für z. B. **Angebote der Prävention, der Gesundheitsförderung** und – das wird oft vergessen – der **psychosozialen Betreuung**.

² vgl. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Community-Nursing.html>

2. Für die Betreuung und Behandlung von Krebs-erkrankungen, chronischen Erkrankungen (Diabetes), seltenen Erkrankungen, Mental Health Issues etc. **sind spezialisierte Versorgungseinheiten mit einem multidisziplinären Team** und einem verbindlichen Versorgungsauftrag zu etablieren. [1]
3. Für eine gute Versorgungsstruktur bei **komplexen Erkrankungen (Onkologie) und seltenen Erkrankungen** braucht es entsprechende Zentren. Eine Behandlung und Versorgung in Exzellenzzentren führen nicht zuletzt deshalb zu **besseren Outcomes**, weil Patientinnen und Patienten über die eigentlichen Therapiemaßnahmen hinaus umfassend und individuell (Präzisionsmedizin) betreut werden können. Für spitzenmedizinische Leistungen sind längere Wegzeiten vertretbar, da Patientinnen und Patienten in Zentren die bestmögliche Therapie erhalten. **Therapie Vorbereitung und Nachsorge** können wieder im Zusammenwirken mit den Spezialistinnen und Spezialisten innerhalb **der wohnortnahen Strukturen** abgewickelt werden.
4. Ein internationales bzw. **überregionales Tumorboard ist notwendig**, im Zuge dessen Patientenakten eingearbeitet und zentral besprochen werden können. Dahingehend ist ein Organisationsteam aufzustellen, welches die entsprechenden Grundlagen schafft (wie viele Ärztinnen und Ärzte, medizinisches und Gesundheitspersonal mit welchen Qualifikationen und welche Informationen werden benötigt etc.) und mit den öffentlichen relevanten Stellen des Gesundheitswesens kooperiert. [1]
5. Zur **Früherkennung**, für Screenings und im Hinblick auf die künftig verstärkt eingesetzten präzisionsmedizinischen Programme sind in Ergänzung zur Diagnostik im Spitalsbereich auch im niedergelassenen Bereich **State-of-the-Art-Diagnosemöglichkeiten** aufzubauen.

III. Vernetzung der Versorgungsbereiche

Interdisziplinäre Kommunikation und multiprofessioneller Austausch.

1. Neue kreative Formen der Organisation und eine effektive interdisziplinäre und multiprofessionelle

Zusammenarbeit erfordern eine **Öffnung standespolitischer Schranken**.

2. Bereits **während des Studiums** ist eine stärkere **Anbindung zur niedergelassenen Versorgung** zu schaffen. Damit könnten angehende Ärztinnen und Ärzte die Praxisarbeit bereits früh kennenlernen. Das kann gelingen, wenn beispielsweise Studentinnen, Studenten flächendeckend auch in Ordinationen Praktika finanziert bekommen – vergleichbar mit dem Klinisch-Praktischen Jahr (KPJ) der MedUni Wien.³ Zudem ist die Lehrpraxisfinanzierung für zumindest 24 Monate in allen Fachgebieten, die medizinisch ambulant erbringbar sind, sicherzustellen.
3. **Alle genehmigten Ausbildungsplätze in den Spitälern** sind zu besetzen, um bereits hier angehenden Medizinerinnen und Mediziner die Möglichkeiten zu bieten, ihre **Facharztentscheidung** treffen zu können. Das ist ein weiterer Ansatzpunkt, dem Ärztemangel entgegenzuwirken. [2]
4. Die Zahl jener, die statt zur niedergelassenen Ärztin, zum niedergelassenen Arzt direkt in eine Spitalsambulanz gehen, steigt. Deshalb ist die gute Vernetzung zwischen **Allgemeinmedizin und spitalsambulanten wie auch stationärem Bereich** wichtig. Das funktioniert flächendeckend sehr gut, jedoch punktuell nicht überall optimal. Der **Austausch zwischen niedergelassenen Fachärztinnen, Fachärzten und Spezialambulanzen** muss weiter unterstützt und beide Systeme noch besser vernetzt werden. Beispielsweise werden **im steirischen Murau** einzelne Fachbereiche durch die Spitalsambulanzen ausgeführt, da es im niedergelassenen Bereich keine einzelnen Fachärztinnen und Fachärzte mehr gibt. Das heißt, in ländlichen Gebieten, wo Patientinnen und Patienten keine niedergelassenen Fachärztinnen oder Fachärzte vorfinden, kann eine Spitalsambulanz deren Tätigkeit ersetzen. Diese **Zusammenarbeit ist als wichtiges Wechselspiel** anzuerkennen, das vor allem in Ballungsräumen benötigt wird, um die Spitäler entsprechend zu entlasten. In den ländlichen Gebieten, in denen derzeit immer weniger niedergelassene Fachärztinnen, Fachärzte vorzufinden sind, können Spitalsambulanzen diese Arbeit sehr gut übernehmen. [3]
5. Die **Rahmenbedingungen** sind unterstützend für die **strukturierte Zusammenarbeit von große-**

³ vgl. Website der MedUni Wien: <https://kpj.meduniwien.ac.at/>

ren, interdisziplinären und multiprofessionellen Teams und auch neuen Zusammenarbeitsformen zu gestalten, um versorgungsrelevante und gesundheitsfördernde Angebote einfacher aufbauen zu können.

6. Die **Vielzahl an Versorgungserfordernissen** soll durch **die Primärversorgung abgedeckt** werden. Die Versorgung einer zweiten Behandlungsebene, in der **spezifischen facharztbezogenen Ebene**, sollte österreichweit und flächendeckend verfügbar sein. Wo dies wohnortnahe nicht möglich ist, besteht das Erfordernis, Patientinnen und Patienten mittels **transparenten Lotsensystems** durch die Versorgungsebenen zu geleiten.
7. Ein **Beispiel aus der Kardiologie** zeigt jene Probleme auf, die entstehen, wenn bestimmte Untersuchungen nur in Spitalsambulanzen durchgeführt werden können. Für die **Herzschrittmacher-Überprüfung** muss – trotz Coronapandemie – eine Spitalsambulanz aufgesucht werden, obwohl die Kapazitäten in den Spitälern anders genutzt werden könnten. Dieses Problem wäre lösbar, wenn Untersuchungen wie diese auch im niedergelassenen Bereich als Kassenleistung angeboten werden dürften.

IV. Digitalisierung

Daten schaffen Sicherheit.

1. Es sind Anreize zu setzen, sodass alle Ärztinnen und Ärzte, die Gesundheitsdienstleister und auch die Patientinnen und Patienten selbst motiviert werden, ELGA zum **Datenaustausch und zur Dateneinsicht** zu nutzen. Das kann gelingen, wenn das System weiter optimiert wird. Voraussetzungen sind selbstverständlich das Einverständnis der Dateninhaberinnen und -inhaber sowie die Datensicherheit.
2. **Die e-Medikation und der e-Impfpass** müssen erweitert werden, zum Beispiel mit einer Nachtragsmöglichkeit (Medikationsdaten) und einer **Erinnerungsfunktion**. Damit werden der Nutzen und die Benutzerfreundlichkeit gesteigert.
3. Die Digitalisierung bietet viele Chancen bei der Einstellung von Patientinnen und Patienten auf ihre Therapien (Polypharmazie). Digital unterstütztes modernes **Aufnahme-, Medikamenten- und Entlassungsmanagement**, wie es in der Klinischen

Pharmazie (elektronische Fieberkurve) bereits Anwendung findet, sollte mit dem niedergelassenen Bereich gezielter abgestimmt werden. **Schnittstellenprobleme sind zu lösen**, sodass Patientinnen und Patienten auch nach einer Entlassung bestmöglich weiter begleitet werden können.

4. Die Infrastruktur digitaler **Kommunikationsmittel und -wege** ist im Gesundheitssystem auszubauen, zu nutzen und zu fördern, um die Arbeit neuer interdisziplinärer und multiprofessioneller Zusammenarbeitsformen österreichweit und international zu vereinfachen. [1]

V. Corona-Learnings rasch umsetzen

Resilienz und Preparedness der intramuralen Versorgung stärken.

Im Zuge der Pandemie hat sich im österreichischen Gesundheitssystem klar ein struktureller Handlungs- bzw. Anpassungsbedarf gezeigt, der insbesondere auch die Bundesebene bzw. Kompetenzverteilung betrifft. Nun sollten in Vorbereitung auf eine mögliche nächste Pandemie rasch Schritte gesetzt werden, die die Resilienz und Anpassungsfähigkeit insbesondere der intramuralen Versorgung strukturell stärken:

1. Es braucht ein zentral organisiertes und kommuniziertes **Krisenmanagement** – nicht nur nach außen, sondern auch für das Gesundheitssystem nach innen, das als Ansprechpartner für Fragen und Vorschläge dienen kann. Dazu ist auch die Schaffung strukturierter Abstimmungsgremien zwischen Krankenanstalten/Trägern, Krisenstäben und Behörden eine sinnvolle Ergänzung, um eindeutige Verantwortlichkeiten und Entscheidungsfähigkeit sicherzustellen.
2. Für definierte Krisensituationen braucht es **adaptierte rechtliche Rahmenbedingungen**, die während einer offiziellen Pandemiesituation bestimmte Regelungen (wie etwa zu Strukturqualitätskriterien, Bettenzuordnungen, Qualifikationsvoraussetzungen) aussetzen und in die Verantwortlichkeit vor Ort übergeben. Damit soll auch die nötige regionale Flexibilität für rasches und situationsgerechtes Handeln gestützt werden.
3. Es muss eine **landesweite Intensivbettenkoordination** mit entsprechender (Krisen-)Entscheidungsmöglichkeit geben.

dungsbefugnis geschaffen werden. Zudem soll die Infektiologie in den Krankenanstalten gestärkt werden, etwa durch Etablierung von infektiologischen Einheiten und die Aktualisierung von Katastrophenplänen vor dem Hintergrund infektiöser Pandemien.

4. Die Krisenvorbereitung möge auch eine **bauliche Abbildung** finden. Hierzu müssen adaptive erweiterbare **Kapazitäten** (Infektionsstationen, Intensivstationen) mitbedacht und zeitnahe ein Konzept erarbeitet werden.
5. Für die Resilienz des Systems und die Möglichkeit einer schnellen Umstellung auf Pandemienotsituationen ist die **Vorhaltung zu verbessern**, etwa im Rahmen regionaler Pandemielager, die bei Bedarf mit notwendigen Gerätschaften, (Sicherheits-) Ausrüstung und Medikamenten rasch Häuser/Träger unterstützen kann.

Patientenorientierung

Die Angebote der medizinischen Versorgungsebenen müssen nicht nur gut und einfach, sondern vor allem finanziell leistbar zur Verfügung stehen. Die **Versorgung darf nicht von den finanziellen Möglichkeiten der Menschen abhängen**. Dafür braucht es ein **sehr gutes kassenärztliches und therapeutisches System**, das auch kostenfreie Angebote für die Gesundheitsförderung beinhaltet.

Im Sinne eines solidarischen Gesundheitssystems ist eine Stärkung beziehungsweise ein weiterer **Ausbau des Sachleistungssystems** zu gewährleisten, um flächendeckend in ganz Österreich einen guten Zugang zur Versorgung in allen Ebenen und unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten der Menschen sicherzustellen.

[1]–[3] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 07.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Wohnortnahe Primärversorgung versus Zentrumsmedizin



07.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissenspositionen der Ärztekammer für Wien

Der Titel ist aus Sicht der Ärztekammer für Wien mehr als irreführend, da hier eine wohnortnahe Medizin eine Zentrumsmedizin ausschließt. Man sieht es an den Primärversorgungseinheiten (PVE): Wenn man statt 225 Einzelordinationen 75 PVE-Zentren errichtet, so ist dies für die Patientinnen und Patienten nicht wohnortnäher, sondern genau das Gegenteil. Das heißt, gerade in der Primärversorgung ist mehr auf Wohnortnähe zu achten, während man, je spezialisierter die Medizin wird, mehr Zentren errichten kann. Wenn man die Primärversorgung stärken will, muss man die Fachärztin, den Facharzt für Allgemeinmedizin endlich einführen und die Lehrpraxisfinanzierung entsprechend neben der Allgemeinmedizin auch für die Kinderheilkunde sicherstellen.

[2] Zu III.3.: Laut Ärztekammer für Wien gibt es Studien, nach denen die Krankenanstalten nur zwischen 40 und 80 Prozent aller genehmigten Ausbildungsstellen besetzen; kein einziges Bundesland besetzt auch nur annähernd zu 100 Prozent.

[3] Zu III.4.: Die Ärztekammer für Wien ergänzt, dass auch umgekehrt Spitäler dort geschlossen werden oder die Leistungen heruntergefahren werden können, wenn der niedergelassene Bereich sicherstellt, dass die Versorgung funktioniert. Das Beispiel Murau ist für Österreich keinesfalls repräsentativ, da im Regelfall aus den Spitälern ausgelagert und nicht in die Spitäler eingelagert wird.

Ergänzungen der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG)

[1] Zu II.2, 4 & IV.4. möchte die OÖG auf die eigene Entwicklung als Beispiel verweisen. Durch Nutzung telemedizinischer Potenziale kann die OÖG bereits heute in bestimmten Bereichen eine enge Zusammenarbeit innerhalb der eigenen Häuser, aber auch

trägerübergreifend in Oberösterreich bewerkstelligen – mit dem Ziel, rasch hochkarätige, fach- und klinikübergreifende Expertise zu vereinen und für die einzelne Patientin und den einzelnen Patienten eine bestmögliche und individuell angepasste beschleunigte Diagnosestellung sowie Therapieempfehlung zu gewährleisten. Diese dient der Sicherung hochqualitativer wohnortnaher Versorgung mit gleichen Standards und Therapieschemata, wie es im Bereich der Onkologie mit dem Oberösterreichischen Tumorzentrum bereits gelebte Realität ist.

Beispiel DRP-Screening: Diabetesambulanzpatientinnen und -patienten in den Regionalkliniken der OÖG können auch an einem Standort ohne Augenabteilung mit der Leistung einer optischen Kohärenz-Tomographie versorgt werden. Durch KI-gestützte Bilderkennung digitalisierter Schnittbilder des Augenhintergrundes wird ein „Befund“ als Empfehlung dahingehend erarbeitet, ob eine rasche Untersuchung „in person“ bei einem Augenarzt notwendig ist. Damit soll die Awareness bei jenen Patientinnen und Patienten, die bereits in augenärztlicher Behandlung sind, gesteigert werden, jene Patientinnen und jene Patienten, die noch nicht in augenärztlicher Kontrolle/Behandlung sind, sollen erfasst werden, die Teilnahme an augenärztlichen Kontrollen soll erhöht und damit sollen eine Verbesserung der Quality of Life und eine Reduktion von Spätfolgen erreicht werden. Weiters aktiv und in stetigem Ausbau sind die telemedizinisch gestützten Prozesse und Angebote der OÖG in den Feldern:

- Radiologie (insbesondere Datenaustausch)-Pathologie (Digitalisierung von Proben zur ortsungebundenen Befundung)
- Onkologie (trägerübergreifendes Tumorzentrum zur Verbindung von „Zentrumsexpertise“ und wohnortnaher Versorgung)
- Dermatologie (telemedizinische Erstbegutachtung)
- Kardiologie (telemedizinische Analyse von EKG-Daten von implantierten Herzmonitoren)

08. Frühe Diagnose und frühe Therapie

» Krankheitsrisiken mindern – Krankheitskosten einsparen «

08.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ **Effiziente Maßnahmen** zur Früherkennung finanzieren!
- ✓ Die **Forschung im Bereich der Diagnostik** forcieren!
- ✓ Frühzeitige **Labordiagnostik für Risikopersonen** erweitern und erstatten!
- ✓ Vorsorgeuntersuchungen auch auf die frühzeitige Erkennung von **psychischen Problematiken** ausweiten!
- ✓ Ein **Gesundheitsdatenregister** auf die Therapieoptimierung und -finanzierung etablieren!

08.2 IM FOKUS

Krankheitsbilder und deren Symptome frühzeitig zu diagnostizieren, ist die Voraussetzung, um medizinische Interventionen und erfolgreiche therapeutische Maßnahmen setzen zu können. Um die Chancen, die frühzeitige Diagnosen und frühe Therapien mit sich bringen, zu nutzen, hat die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 bereits in der ersten Version des Weißbuchs „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ folgende drei Optimierungsprogramme vorgeschlagen:

1. Daten nutzbar machen: Datennutzung bedeutet Lebensschutz.
2. Kostenfreie Vorsorgeprogramme standardisieren: Gesundheitspolitik muss gezielter auf gesellschaftliche Entwicklungen reagieren.
3. Erfolgreiche Pilotprojekte österreichweit ausrollen: Das Rad muss nicht neu erfunden werden.

Eine Handlungsempfehlung war, die **Weiterentwicklung der Diagnostik** in Österreich voranzutreiben, indem regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen finanziert und ausgeweitet werden.

Im Zuge der Arbeit an der vorliegenden neuen Version plädierten die mitwirkenden Expertinnen und Experten aus dem ärztlich-wissenschaftlichen Bereich sowie Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE unter anderem dafür, den **HbA1c-Wert** zur Identifikation von (Prä-)Diabetes-Risikopersonen zu **erstatten**. Dieser **Meilenstein** ist jetzt gelungen: ÖGK-Versicherte können den zur Diabetes-Früherkennung entscheidenden Langzeit-Zuckerwert österreichweit im gesamten niedergelassenen Bereich, z. B. im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung, aber auch unabhängig davon kostenfrei bestimmen lassen.¹

Das basierend auf dem PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) vertiefende Kapitel geht vor allem darauf ein, dass frühe Diagnosen und frühe Therapien nicht allein als Beginn einer medizinischen oder gesundheitsfördernden Intervention zu sehen, sondern systematisch und umfassend im Gesundheitssystem mitzudenken sind. Beispielsweise benötigt eine Person nach einem operativen Eingriff möglichst früh die jeweils passende Rehabilitation. Mit der richtigen Therapie zum frühestmöglichen Zeitpunkt kann z. B. insbesondere bei Schmerztherapien auch eine Chronifizierung vermieden werden. Für eine frühe Diagnose und Therapie sollen eine proaktive Herangehensweise forciert und die Wartezeiten für Patientinnen und Patienten minimiert werden.

¹ vgl. Österreichischen Diabetes Gesellschaft: Ein Meilenstein für die Diabetes-Vorsorge und -Früherkennung. HbA1c-Screening wird von ÖGK bezahlt, Presseaussendung der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) vom 14.10.2021.

08.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

World Data und Künstliche Intelligenz unterstützen die medizinische Diagnostik und frühe medizinische Interventionen. Im niedergelassenen Bereich sind sowohl die Primärversorgung als auch nicht-medizinische Gesundheitsdienstleister der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und Berufsgruppen wie die Osteopathie oder Psychotherapie miteinzubinden. Ein interprofessionelles und interdisziplinäres Zusammenarbeiten trägt wesentlich dazu bei, dass Patientinnen und Patienten nicht nur medikamentös optimal eingestellt sind, sondern umfassend und individuell betreut werden. Um die Chancen, die eine State-of-the-Art-Diagnose und frühe Therapie mit sich bringen, zu nutzen, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **Optimierungsprogramme**.

I. Früherkennung forcieren

Vorsorgeprogramme und betriebliche Gesundheitsförderung.

1. Früherkennung hält die Krankheitslast gering und führt zu besserer Lebensqualität, was sehr wichtig für die Patientin bzw. den Patienten und den weiteren Behandlungserfolg ist. Die **Weiterentwicklung von Labordiagnostik und Analysen** (z. B. Tumormarker) sowie von Tests zur Therapieentwicklung (z. B. Live-T-Cell-Assay) ist daher voranzutreiben.
2. Eine frühe Diagnose ist besonders bei **chronischen Erkrankungen** essenziell. Beispielsweise kann so die Entstehung eines Typ-2-Diabetes hinausgezögert oder sogar verhindert werden. Deshalb gilt die bereits in der ersten Version 2020 des PRAEVENIRE Weißbuchs „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ geforderte Erstattung von Blutwertbestimmungen wie zum Beispiel des Langzeit-Zuckerwertes HbA1c als Meilenstein.
3. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt darüber hinaus, auch jene **Laborwerte zu erstatten**, die nachweislich **zur Identifikation von Risikopersonen**, beispielsweise bei Menschen mit (Prä-)Diabetes wertvoll sind, um das Risiko im Hinblick auf Begleiterscheinungen bei chronischen Erkrankungen zu identifizieren.

4. Es zeigt sich, dass **auch andere Marker für die Früherkennung wesentlich** sind: NT-proBNP ist ein wichtiger Laborwert für die Diagnostik der Herzmuskelschwäche und der Albumin-Kreatin-Quotient ein zentraler Frühmarker für nephrologische Erkrankungen und für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
5. Die jährliche Vorsorgeuntersuchung bietet sich auch als niederschwellige Gelegenheit im Hinblick auf eine frühe Diagnosemöglichkeit bei **Mental Health Issues** an. Je früher die Patientin oder der Patient die Möglichkeit zur psychotherapeutischen Betreuung bekommt, desto besser sind auch Behandlungserfolg und Behandlungsdauer (= kostenpositiv).
6. Die **betriebliche Gesundheitsförderung** und Einbindung der Arbeitsmedizin in Unternehmen sind zu fördern, denn im Berufsumfeld können jene Menschen niederschwellig erreicht werden, die bis dato z. B. keine Vorsorgeuntersuchungstermine wahrgenommen haben, einen zeit- und wegsparenden Zugang zu (arbeits-)medizinischer Beratung (z. B. Augenvorsorge) suchen oder eine Vertrauensperson antreffen wollen, um (schmerzhaft) Symptome und (psychische) Probleme zu besprechen. [1]

II. Digitale Transformation intensivieren

Keine Angst vor Datenregistern, Künstlicher Intelligenz oder Robotik.

1. Die Einbindung von Robotiksystemen und Analysegeräte in die Labordiagnostik und Künstlicher Intelligenz in die **medizinische Diagnostik** ermöglicht Präzisionsmedizin und individuelle Therapien. State-of-the-Art-Diagnostik ist den Menschen frühmöglich zugänglich zu machen (Wartezeiten) und muss leistbar sein. Die finanziellen Aufwendungen moderner medizintechnischer Verfahren für das Gesundheitssystem sind in Relation zu Einsparungen bei Folgekosten der Reparaturmedizin zu stellen und in Zusammenhang mit dem volkswirtschaftlichen Nutzen zu betrachten (Arbeitsfähigkeit etc.).
2. Es muss gelingen, die **Nutzung von Gesundheitsdaten als „Lebensschutz“** zu betrachten, denn die

elektronische Gesundheitsakte ist die optimale Basis für eine frühzeitige erfolgreiche Intervention.

3. Die Einrichtung einheitlicher **Gesundheitsdaten-Register** bietet das große Potenzial, steigende Behandlungs- und Therapiekosten effizient zu kontrollieren und die Evidenz neuer Anwendungen oder Finanzierungsmodelle zu zeigen.

III. Benchmark und Erfolgsprojekte

Gesundheitsberufe und innovative Kräfte mit ins Boot holen.

1. Österreich gilt als „Test-Weltmeister“. Im Bundesländervergleich belegt Wien bei den SARS-CoV-2-PCR-Tests den ersten Platz, der PCR-Test-Anteil liegt bei über 90 Prozent. Grundstein für die **flächendeckende und dauerhafte PCR-Testung** im Rahmen der Wiener Initiative „Alles gurgelt!“ wurde mit dem Aufbau des Laborstandorts der italienischen Lifebrain Group am ehemaligen Gelände des Otto-Wagner-Spitals in Wien (Klinik Penzing) gelegt. Auf dieser Laborkapazität aufbauend, konnte in Kooperation mit der Stadt Wien, der Wiener Wirtschaftskammer und dem Start-up „Lead Horizon“ binnen weniger Monate die PCR-Massenteststrategie realisiert werden. Für Erfolgsprojekte wie dieses sind entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, um Österreich als attraktiven Standort auszubauen. [2]
2. Die Entwicklung **digitaler Medizinprodukte** (beispielsweise einfach handzuhabende Diabetes-Blutzuckermessgeräte), **Diagnosetools und telemedizinischer Therapiebegleitung** muss vorangetrieben werden, zum Beispiel indem innovative Lösungen von Start-up-Unternehmen unterstützt werden.
3. **Forschung und Entwicklung** zu den Bereichen Früherkennung, Diagnostik, Präzisionsmedizin und innovative Therapien sollten in Österreich mehr gefördert und die Ergebnisse mithilfe von Kooperationen in die praktische Anwendung übergeführt werden.
4. **Regionale Vernetzung und Zusammenarbeit** für kreative Projekte, Modellanwendungen und regionale Benchmark-Projekte sind zu unterstützen. Beispielsweise könnten im regionalen Vergleich Einflüsse und Wirksamkeit von Vorsorgekampagnen evaluiert werden.
5. Bewährte **interdisziplinäre Therapiekonzepte** müssen breitere Zugänglichkeit finden. Angesichts der steigenden Zahl chronischer Erkrankungen (z. B. Diabetes) sind Ärztinnen und Ärzte zu motivieren, an Disease Management Programmen (DMP) wie dem bereits bestehenden Programm „Therapie Aktiv“ teilzunehmen. Die Multimodale Schmerztherapie (MMSTh), wie sie für Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten am Klinikum Klagenfurt durchgeführt wird, zeigt, dass auf diesem Weg enorme Kosteneinsparungen erzielt und die Lebensqualität Betroffener gesteigert werden können.

Patientenorientierung

Frühe Diagnose ermöglicht frühe therapeutische Intervention. Diese unumstrittene Logik und erwiesene Kausalität zur Vermeidung von Folgeschäden bzw. Folgeerkrankungen sollte auch bei strukturellen Entscheidungsprozessen und der **Planung des Patientenpfades** im Fokus stehen. Von vornherein zu optimieren sind daher die Wartezeiten auf diagnostische (insbesondere bildgebende) Verfahren. Früherkennung, Vorsorgeplanung und Diagnostik im Rahmen der Primärversorgung sollten prinzipiell mehr Bedeutung erlangen. Mit früheren Diagnosen, präventivmedizinischen Maßnahmen und früh einsetzender Therapie können schwere Krankheitsverläufe, Leiden, Schmerzen und krankheitsbedingte Einschränkungen (Arbeitsunfähigkeit) oder Abhängigkeiten (Pflegebedarf) vermieden werden. Für die Systemfinanzierung gilt in dieser Hinsicht genauso, dass die Kosten für Diagnose – von Parametern, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung erhoben werden können, bis hin zu „teuren“ bilddiagnostischen Verfahren – in keiner

Relation zu den Kosten der Reparaturmedizin aufgrund von Folgeerkrankungen (Operationen wie Beinamputationen, Herzinfarkt, Erblindung, Krebs etc.) stehen.

Die **moderne Labordiagnostik** hat in der Analyse komplexer molekularbiologischer Untersuchungen von COVID-19-Proben einen patienten- und benutzerfreundlichen Richtungswechsel mit sich gebracht. Seit dem Frühjahr 2021 können COVID-19-Proben zu Hause genommen werden. Deren komplexe molekularbiologische Untersuchung wird am Wiener Standort der Lifebrain Group durchgeführt. Mit 250 hochautomatisierten Robotik-Systemen und ausgeklügelten Analysegeräten können rund 400.000 Testungen pro 24 Stunden durchgeführt werden. Die in Kooperation mit der Stadt Wien, der Wiener Wirtschaftskammer und dem Start-up „Lead Horizon“ initiierten „Alles gurgelt!“-Tests tragen wesentlich zu einer Vereinfachung für die Wiener Bevölkerung bei, sich selbst regelmäßig und sicher zu testen. Das in Wien gestartete Projekt gilt als wegweisend.

[1]-[2] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 08.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Frühe Diagnose und frühe Therapie



NÖ Patienten- und
Pflegeanwaltschaft



orthoptik austria
Verband der Orthoptistinnen und
Orthoptisten Österreichs



08.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissensposition der Ärztekammer für Wien

[2] Die Labordiagnostik in Wien war schon vor der Pandemie bestens ausgebaut und hätte die Versorgung der Bevölkerung mit SARS-COVID-Tests sicherstellen können. Die Stadt Wien hat die Versorgung dem ausländischen Laborunternehmen „Lifebrain“ übertragen; die Ärztekammer für Wien möchte festhalten, dass dies keineswegs richtungsweisend für die Zukunft ist, da es nicht im Interesse der Stadt Wien und der Wirtschaftskammer Wien im Sinne der regionalen Wirtschaftsförderung sein kann, die Labormedizin in Wien an ausländische Konzerne zu übertragen. Für die Ärzteschaft gilt dies als nachteilige Entwicklung.

Ergänzungen der Orthoptik Austria

Der globale Aktionsplan der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zielt u. a. darauf ab, vermeidbare Sehinderung zu reduzieren. Dies implementiert die **Früherkennung von Sehschwächen** durch unkorrigierte Sehfehler oder Schielen. Erforderlich ist der Ausbau des Screenings durch Orthoptistinnen und Orthoptisten beispielsweise in **Kindergärten**. Ein weiteres hohes Potenzial der Früherkennung liegt im

Bereich der **Primärversorgung**, wenn die Orthoptik eingebunden ist. So kann sie etwa Sehveränderungen früh erkennen, z. B. visuelle Symptome bei Demenzerkrankungen, Diabetes etc. früher einschätzen und den Betroffenen bei Bedarf eine Untersuchung bei Augenfachärztinnen und -ärzten empfehlen.

[1] Zu 1.6.: Ebenso ist die Expertise der Orthoptik zur Prävention von Augenbeschwerden durch Bildschirmnutzung im Rahmen der Arbeitsmedizin und der betrieblichen Gesundheitsförderung vermehrt zu nutzen. 35 Prozent der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gaben bei einer von der Statistik Austria durchgeführten Erhebung¹ an, eine massive Belastung der Augen im Berufsalltag zu haben. Demnach haben Augenbelastungen in der Arbeit den zweithöchsten Wert nach psychischen Belastungen.

Es ist wichtig, die **Abrechenbarkeit der Leistungen** für die freiberuflichen Orthoptistinnen und Orthoptisten bei den Krankenversicherungsträgern (ASVG) zu ermöglichen. Dringend bedarf es – vor allem mit dem Fokus auf die westlichen Bundesländer – einer Aufstockung der Ausbildungsplätze Orthoptik und eines alternativen Finanzierungsmodells (Landesfinanzierung), um die traditionell in nur zwei Bundesländern mögliche Ausbildung österreichweit sicherzustellen.

¹ Quelle: Statistik Austria (2014). Arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013. Statistik Austria, Wien. Information online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/hinweis-zusatzprogramm-2013.html>

09. Rehabilitation

» Wichtigstes Ziel: autonome und aktive Teilhabe am Leben «

09.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ Rehabilitationsmöglichkeiten an die **Lebenssituation der Menschen** anpassen!
- ✓ **Ambulante und mobile** Rehabilitationsmöglichkeiten ausbauen!
- ✓ Eine **Betreuungsstelle** für Rehabilitierte zur Information und als Wegweiser einrichten!
- ✓ Eine „**Auffrischungsrehabilitation**“ **verpflichtend** mit Rechtsanspruch sicherstellen!
- ✓ Therapien zur Remobilisation in **Leistungs- und Erstattungskatalogen** berücksichtigen!

09.2 IM FOKUS

Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 hat im Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) drei Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen empfohlen, um rasch ein ganzheitliches Rehabilitationskonzept umzusetzen, das sozialpolitische, arbeitsmarktpolitische und gesundheitspolitische Aspekte vereint:

1. Rechtssicherheit. Den Boden für eine autonome und aktive Teilnahme am Leben schaffen.
2. Einfacher Zugang zu Rehabilitation. Die Lebensumstände der Menschen müssen berücksichtigt werden.
3. Zusätzliche Spezialisierung auf Kinder und ihre Familien. Kinder brauchen maßgeschneiderte Konzepte und ihre Bezugsperson(en).

Evaluierungen haben gezeigt, dass Österreich in den vergangenen Jahren auf dem Sektor der Rehabilitation einige bedeutende Fortschritte erzielen konnte. Nun gilt es, die bestehenden Rehabilitationskonzepte auszuweiten und weiterzuentwickeln. In diesem Sinne – und zur inhaltlichen Vertiefung – hat die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 das Thema im Zuge von PRAEVENIRE Gipfelgesprächen und PRAEVENIRE Talks erneut auf die Agenda gesetzt.

09.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Rehabilitation ist ein zielorientierter Prozess, der von multiprofessionellen Teams formuliert und auch in Form von hybriden Modellen patientenorientiert konzipiert werden sollte. Um mehr Bewusstsein für die **Rehabilitationskultur** in Österreich zu schaffen und sie weiterzuentwickeln, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen**.

I. Ziele definieren und präzisieren

Reha-Kultur statt Kur – Ausrichtung auf Potenziale statt Defizite.

1. Das oberste **Ziel** einer ganzheitlichen Rehabilitation ist immer, die **autonome und aktive Teilhabe** am Privatleben, Sozialleben und Erwerbsleben zu erreichen.
2. Rehabilitationsmaßnahmen müssen schon **im Zuge der Diagnosestellung** bzw. der Akutbehandlung vorbereitet werden, um Verzögerungen zu verhindern.
3. Es ist wichtig, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass ein **frühzeitiges und koordiniertes Vorgehen** aller beteiligten Institutionen ermöglicht und unterstützt wird.
4. Als Learning aus der Pandemie muss sichergestellt werden, dass eine **rasche und unbürokratische Entlassung** aus Krankenhäusern durch eine fixe Etablierung der sogenannten „Fast-Track-Rehabilitation“ und den Zugang zu **unkomplizierten Anschlussheilverfahren** unterstützt wird.
5. Es braucht ein umfassenderes **patientenorientiertes Entlassungsmanagement** für Rehabilitierte, um ihnen nach einem stationären Aufenthalt eine geeignete Betreuung zukommen zu lassen. Zudem ist im Zuge der Entlassung in vielen Fällen auch eine Medikationsschulung wichtig, um Wechsel- und Nebenwirkungen im Zuge von Multi- und Polypharmazie zu vermeiden. Im Rahmen eines Pilotprojekts der Klinischen Pharmazie in Oberösterreich (Neurologisches Therapiezentrum Gmundnerberg¹) konnten Reha-Erfolge mittels medikamentöser Begleittherapie verbessert werden.
6. Der während der Coronazeit entstandene Digitalisierungsschub ist für die Zukunft mitzunehmen. Vor allem sind jene Möglichkeiten, die Telemonitoring, Telemedizin und **Telerehabilitation** bieten, zu nutzen, auszubauen und in die Kostenerstattung zu inkludieren. In der Praxis haben sich digitale Anwendungen als erfolgreich erwiesen, wie etwa die von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) publizierten Erfahrungsbereiche² zeigen. Es gilt, die Telerehabilitation – in einem Mix mit stationären, ambulanten und mobilen Angeboten – auszubauen. Ergänzt werden sollten digitale Tools auch mit **Erinnerungsfunktionen**, um die **aktive Partizipation (Mobilisierung)** von Patientinnen und Patienten zu unterstützen.
7. Gleichzeitig ist an einer **Strategie für Digital Literacy** zu arbeiten, die Menschen befähigt, an den neuen technischen Möglichkeiten teilzuhaben. Parallel dazu ist sicherzustellen, dass die bestehende analoge Versorgung im öffentlichen **Gesundheitssystem in gleicher Qualität erhalten** bleibt.

¹ vgl. Neurologisches Therapiezentrum Gmundnerberg, Altmünster: <https://www.ntgb.at/anfahrt-und-kontakt/>

² vgl. Talk in Gastein, Experteninput von Prof. Dr. Rupp

II. Konzepte realitätsnah gestalten

Rehabilitationsmöglichkeiten zu den Menschen bringen.

1. Ein **kommunales bzw. regional abgestimmtes Rehabilitationskonzept** im Zusammenwirken mit ambulanter, mobiler „Auffrischungsrehabilitation“ ist unausweichlich, um die Lebensumstände der Menschen berücksichtigen und rehabilitative Maßnahmen wohnortnahe und nachhaltig gestalten zu können.
2. Es ist zu überprüfen, ob die **Angebotsstrukturen zielgerichtet genutzt** werden (betreffend z. B. Indikation, Kinder- und Jugendliche), Ärztinnen und Ärzte über diese Angebote informiert sind und die Kapazitäten ausreichen.
3. **Kinder brauchen ihre Familie und maßgeschneiderte Konzepte.** Familienorientierte Rehabilitation muss über den bereits erfolgten Aufbau der Rehabilitationseinrichtungen für Kinder- und Jugendliche gefördert werden: Sie brauchen ein auf sie abgestimmtes, eigenständiges Konzept. Unabhängig von familienzentrierter Rehabilitation ist die Mitaufnahme von Angehörigen, Begleitpersonen und in Bedarfsfällen auch von Geschwistern essenziell.
4. Es braucht ein höheres Bewusstsein für die gesellschaftliche Verantwortung gegenüber **Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen** (Mental Health Issues), die in unserem Gesundheitssystem aktuell nicht optimal aufgefangen werden. Daher sind entsprechende Leistungsangebote zu schaffen. Vor allem in der akut-psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung (sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich) ist in diesem Zusammenhang dringender Handlungsbedarf gegeben.
5. Am Arbeitsplatz manifestieren sich sowohl physische als auch psychische Erkrankungen bereits zu einem frühen Zeitpunkt. Die **Arbeitsmedizin** sieht es daher als Chance und Aufgabe, **Rehabilitationsbedarf frühzeitig wahrzunehmen** und darauf zu reagieren. Dahingehende Möglichkeiten sind zu fördern und auszubauen. **Wiedereingliederungsteilzeitmodelle** sind hinsichtlich ihrer Praxistauglichkeit zu evaluieren und zu intensivieren, um auch nach einer Erkrankung eine stabile Erwerbsfähigkeit sicherzustellen. Hier gilt es, den Fokus – in multiprofessioneller Zusammenarbeit – insbesondere auf den geeigneten Zeitpunkt der Rückkehr ins Arbeitsleben zu legen. Wiedereingliederungsteilzeitkonzepte sind insbesondere auf schubhafte Erkrankungen, wie etwa die Multiple Sklerose (MS), auszuweiten. Sehr häufig sind junge Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter davon betroffen, welchen es eine Perspektive im Hinblick auf einen sinnvollen Beitrag am Erwerbsleben zu bieten gilt.

III. Rechte und Finanzierung gewährleisten

Sicherheit für Betroffene schaffen.

1. Als erster essenzieller Punkt ist nach wie vor anzuführen, dass die Möglichkeiten und **rechtlichen Rahmenbedingungen** für Prehabilitation, Rehabilitation, „Auffrischungsrehabilitation“ sowie Telerehabilitation **zu konkretisieren** sind. Bestehende rechtliche Möglichkeiten – wie Rehabilitation bei drohender Invalidität – sind stärker zu nutzen.
2. Darüber hinaus braucht es im Sinne einer familienzentrierten Rehabilitation und für die Mitaufnahme von Angehörigen bzw. Bezugspersonen eine **(arbeits-)rechtliche und finanzielle Absicherung**.

3. Für die **Finanzierung regionaler Therapiezentren** erweisen sich PPP-Modelle als effektivste Lösung. Diese wurden bereits erfolgreich bei der Errichtung der Rehabilitationszentren für Kinder- und Jugendliche in Österreich umgesetzt. [1]
4. Im Zuge der **Leistungsharmonisierung** ist anzustreben, dass bisher wenig berücksichtigte medizinische Indikationen (z. B. Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose) künftig verstärkt in Rehabilitationsangeboten aufgenommen werden. Es ist eine stärkere Verschränkung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation herzustellen.

Patientenorientierung

Nach einem stationären Aufenthalt und im Zuge chronischer Erkrankungen ist es sinnvoll, vorhandene Ressourcen der mobilen Pflege- und Sozialdienste für rehabilitative Maßnahmen bzw. zur Information zu nutzen. Für die ambulante Form der Nachsorge wäre prinzipiell eine stärkere Einbindung des niedergelassenen Bereichs (Ärztinnen und Ärzte) für die wohnortnahe (medizinische) Betreuung der Patientinnen und Patienten eine Bereicherung. Kooperationen mit medizinisch-technischen Berufen, Therapeutinnen und Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie etc.) und Osteopathinnen sowie Osteopathen **unterstützen die**

Re-Mobilisation (z. B. mit Bewegungs- und Funktions-training). Health Care Professionals (HCPs) sollten daher im Gesundheitssystem verstärkt in die Versorgung und Betreuung mit eingebunden (gesetzliche Anerkennung neuer relevanter Gesundheitsberufe) und in Leistungs- sowie Honorarkatalogen berücksichtigt werden. Die Erstattungsrichtlinien sind entsprechend anzupassen.

Angehörige von Gesundheitsberufen sowie Medizinerinnen und Mediziner müssen hinsichtlich **psycho-sozialer Thematiken** verstärkt sensibilisiert werden, um rechtzeitig miteinander interagieren zu können. Insbesondere im Bereich Kinder- und Jugendlichenrehabilitation sowie hoch belasteter pflegender Angehöriger muss ein bedarfsgerechter Ausbau der psychosozialen Versorgung sichergestellt sein. Zum Tragen kommt eine derartige Unterstützung insbesondere als Krisenintervention für Betroffene und Angehörige oder bei absehbaren Langzeitpflegefällen nach einem Reha-Aufenthalt.

Eine wichtige Funktion übernehmen **Selbsthilfegruppen**, die Rehabilitierte bei der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben und bei einer aktiven Lebensgestaltung unterstützen. Deshalb ist es wichtig, dass Selbsthilfegruppen per se ebenfalls unterstützt werden, um ihren Aufgaben nachkommen zu können. Ihr Erlebnis- und Erfahrungswissen sowie Know-how aus Patientensicht sollten künftig Teil der Rehabilitationsplanung sein.

[1] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 09.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Rehabilitation



09.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

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

[1] Zu III.3.: Aus Sicht der Arbeiterkammer Wien können PPP-Modelle eine Möglichkeit sein, sie sind aber nicht in allen Fällen – und unter allen Bedingungen – die effektivste Variante.

Ergänzung von Orthoptik Austria

Grundsätzlich braucht es im Gesundheitssystem ein höheres **Bewusstsein** für Augen“probleme“ und deren **Bedeutung** auf Entwicklung, Teilhabe, Therapie-Outcome, gesunde Lebensjahre etc. Insofern sollte dieses Thema ernst(er) genommen werden. Diagnostik und Rehabilitation bei Augenproblemen gehören in die Hand von Professionalistinnen und Professionalisten, das sind neben Augenfachärztinnen und Augenfachärzten die Orthoptistinnen und Orthoptisten, ein gehobener medizinisch-technischer Dienst (MTD).

Insbesondere im Rehabilitationsbereich wird die Augenversorgung zu wenig berücksichtigt. Wie im Strukturplan Rehabilitation 2016 vorgesehen braucht es eine **Erhöhung und Erfüllung der VZÄ Orthoptik** (derzeit 1/100 Betten). Die Orthoptik sollte in jeder Rehabilitations- und Krankenhauseinrichtung präsent sein, da dies auch das Outcome für andere Therapieansätze steigert und Nicht-Spezialistinnen und -Spezialisten Augenprobleme nicht immer entsprechend erkennen. Die Orthoptik ist beispielsweise in Stroke-Units britischer Einrichtungen erfolgreich implementiert.

In der Ausbildung der Orthoptik ist das Thema der **visuellen Rehabilitation** fest verankert. Eine **Aufstockung der Ausbildungsplätze** ist dringend erforderlich (vgl. Empfehlung im Themenkreis 10 Gesundheitsberufe und Ausbildung).

Ergänzung der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGÖ)

Die Osteopathie ist eine eigenständige, ganzheitliche und medizinische Behandlungsmethode, die auf medizinischen Grundlagenfächern wie allgemeiner und funktionaler Anatomie, Physiologie, Biomechanik und Embryologie gründet. Osteopathische Interventionen sind vielseitig gestützt und werden zunehmend in internationalen und interdisziplinären wissenschaftlichen Studien belegt.

Allen osteopathischen Behandlungen geht eine Gesamtanamnese voraus, sodass die Behandlung individuell auf die Patientin und den Patienten abgestimmt ist. Die Osteopathie deckt eine Vielzahl an Indikationen sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern- und Jugendlichen ab. Als **prehabilitative Begleitmaßnahme** vor einer Operation, im Zuge von **ambulanter Rehabilitation**, z. B. nach Unfällen (Frakturen) und **bei chronischen Erkrankungen** zeigt die Osteopathie positive Effekte auf den Outcome von Therapien.

10. Gesundheitsberufe und Ausbildung

» Berufsgruppen – Qualifikation – Rechtsgrundlagen «

10.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ **Personal und Ausbildung** mit Blick auf den künftigen Bedarf (inkl. Geriatrie) planen!
- ✓ Berufsrechte im Sinne der aktuellen Anforderungen und der Digitalisierung modellieren!
- ✓ Die **Kompetenzen von Gesundheitsberufen** nutzen und Synergien durch Vernetzung schaffen!
- ✓ Lang geführte Debatten wie die Wirkstoffverschreibung aus **Patientensicht** lösen!
- ✓ Für die **Patientensicherheit** jegliche Form der Aus-, Weiter- und Fortbildung unterstützen!

10.2 IM FOKUS

Aufgrund des demografischen Wandels, insbesondere hinsichtlich der sukzessive steigenden Alterung der Bevölkerung, müssen zur Gewährleistung existenzieller Bedürfnisse – wie der Gesundheit – die Tätigkeitsfelder, Kompetenzen und Berufsrechte der ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufe angepasst werden. Österreich verfügt über bestens ausgebildete Health Care Professionals (HCP). Für die Zusammenarbeit der ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufe stellt sich die Frage, wie der Personalbedarf (vgl. Pflegebedarf) bestmöglich abgedeckt wird und die einzelnen Professionen entsprechend ihrer Ausbildung optimal eingesetzt werden können. Dieser Diskussion stellten sich die teilnehmenden Expertinnen und Experten sowie die Unterstützer der PRAEVENIRE Initiative bereits im Zuge der im Jahr zuvor an die politischen Entscheidungsträger adressierten Handlungsempfehlungen, die im Kapitel Gesundheitsberufe des PRAEVENIRE Weißbuchs „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) publiziert wurden:

1. Berufsständische Silos aufbrechen.
2. Enormer Arbeitsbelastung gegensteuern.
3. Neue berufsrechtliche Regeln definieren.

Um auf gesellschaftliche Veränderungen (Lebenswelten, demographischer Wandel) optimal reagieren zu können, sind Personalschlüssel und Ausbildungsangebote an die steigende Zahl an chronischen Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Krebsinzidenzen und psychischen Erkrankungen anzupassen und neu zu definieren. Die beruflichen Rahmenbedingungen sind so zu gestalten, dass sie die Vernetzung der nichtärztlichen Gesundheitsdienstleister untereinander wie auch die Zusammenarbeit mit den ärztlichen Gesundheitsberufen bestmöglich unterstützen.

Hinsichtlich der Menge medizinischen Wissens, das sich alle fünf Jahre verdoppelt, muss auch die **Ausbildung an neue Anforderungen angepasst** und **lebenslanges Lernen gefördert** werden. Thematisiert wurde im Themenkreis „Ausbildung“ der Version 2020:

1. Kommunikation auf Augenhöhe zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen.
2. Ausbildungsoffensive für neue Gesundheitsberufe und Förderung des lebenslangen Lernens.
3. Relaunch der ärztlichen Ausbildung für eine Medizin der Zukunft am Puls der Zeit.

In der neuen Version 2021/22 sind die Themen Gesundheitsberufe und Ausbildung in einem Kapitel gebündelt, da sie in enger Wechselwirkung zueinander stehen. Zudem werden der Leistungsumfang und die zu verändernden Rahmenbedingungen von jenen Health Care Professionals sichtbar gemacht, die im Hintergrund der extra- und intramuralen Bereiche systemrelevante Tätigkeiten verrichten. Diese sind oftmals im eigenen Umfeld bekannt und anerkannt, aber nach außen hin wenig sichtbar. Beispielsweise sind die Klinischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten im Zuge der Pandemie vor den Vorhang getreten, als sie für COVID-19-Impfungen (Aufbereitung der Impfdosen in Spitälern, für Institutionen und Impfstraßen) und die Spitalshygiene (Desinfektion) eine Schlüsselrolle spielten. Ihre Expertise, wie allgemein die der Professionistinnen und Professionisten der Gesundheitsberufe und medizinisch-technischen Dienste (MTD), sollte daher in zukunfts- und systemrelevante Entscheidungen vermehrt eingebunden werden.

10.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um die Landschaft der Gesundheitsberufe in Österreich attraktiv zu gestalten und entsprechende Ausbildungen zeitgemäß zu halten, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen als Sofortmaßnahme.

I. Attraktivierung durch Ausbildung

Spezialisierung - Qualifizierung - Akademisierung.

1. Grundsätzlich ist anzumerken, dass jegliche **Ausbildungsplanungen** als Sofortmaßnahmen zu sehen sind. Der Faktor Zeit ist im Sinne der Einsatzbereitschaft nach der anzuberaumenden Ausbildungszeit, insbesondere bei Mangelberufen (Pflege, Hebammen etc.), mit einzuberechnen. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens wird eine zentrale Herausforderung der kommenden Jahre sein. Für das Gelingen des digitalen Transformationsprozesses braucht es neben klaren rechtlichen Rahmenbedingungen insbesondere auch Investitionen in Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu diesen neuen Umständen. Nur durch Aus- und Weiterbildung Befähigte können die erhofften Potenziale der Digitalisierung für das Gesundheitssystem in der Realität verwirklichen.
2. Im Sinne der Patientensicherheit ist jegliche Form von Aus-, Weiter- und Fortbildung zu fördern. Für Ausbildungen im Gesundheitsbereich muss es **in allen Segmenten zur Qualitätssicherung und für die Patientensicherheit Ausbildungsstandards** geben, die einzuhalten sind.

3. Qualifizierung durch Fort- und Weiterbildung, die Möglichkeit wissenschaftlich in Ergänzung zur Berufstätigkeit arbeiten zu können sowie die Option auf **Aufstiegchancen** tragen wesentlich zur Attraktivierung der Gesundheitsberufe bei.
4. Bei allen Ausbildungsinitiativen ist sowohl **bei Neu-, Quer- und Wiedereinsteigerinnen und -einstiegern** daran zu denken, dass diese ihre **Lebenshaltungskosten** auch während einer (berufsbegleitenden) Ausbildung oder Umschulung abzudecken haben. **Finanzielle Anreizsysteme** könnten dazu beitragen, die Entscheidung für einen Ausbildungsweg im Gesundheitssystem zu erleichtern.

II. Einbindung der Health Care Professionals

Dienstleisterinnen und Dienstleister von Gesundheitsberufen haben unmittelbare Expertise.

1. Gesundheitspolitische Entscheidungsfindungsprozesse sollten auf der **akademisch-wissenschaftlichen sowie praktischen Perspektive** der Gesundheitsberufe (Health Care Professionals – HCP) basieren. Diese gelten in ihrem jeweiligen Fachgebiet als Spezialistinnen und Spezialisten und kennen die Prozesse ihres täglichen Arbeitsumfelds am besten. Am Beispiel der Impfl Logistik während der COVID-19-Pandemie war zu sehen, dass man mit der Einbindung der Klinischen Pharmazie viel mehr auf vorhandene Strukturen zurückgreifen hätte können. In diesem Sinne ist es empfehlenswert, auch im Hinblick auf künftige Entscheidungen

in Österreich und auf EU-Ebene die Expertise der HCP miteinzubinden. [1]

2. Es sind **Modelle synergistischer vernetzter Zusammenarbeit** zwischen den Gesundheitsberufen intra- wie extramural zu forcieren, um medizinische und gesundheitsökonomische Optimierungspotenziale zu lukrieren. Als praktikables Beispiel aus dem intramuralen Setting sei in diesem Zusammenhang das Potenzial der Klinischen Pharmazie im Arzneimittelmanagement genannt, um arzneimittelbezogene Probleme zu diagnostizieren und in Kooperation und Abstimmung mit den Behandelnden ggf. eine Intervention zu setzen. [2]
3. Ebenso sind **Community Health Nurses** (ehem. Gemeindeschwestern) aufgrund der umfassenden Ausbildung und Ausrichtung der Gesundheits- und Krankenpflege sowohl im Zuge allgemeiner Pflegetätigkeiten als auch der Behandlung spezifischer Krankheitsbilder (z. B. Cancer Nurses) als Ergänzung und Unterstützung für die behandelnden Vertrauens- und Fachärztinnen, -ärzte sowie die Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe (Diätologinnen und Diätologen) zu sehen. Sie sind künftig als Koordinatorinnen und Koordinatoren im kommunalen Gesundheitswesen miteinzuplanen.

III. Neue Berufsgruppen und bestehende Personalreserven zur Unterstützung bestehender Gesundheitsberufe

Zukunftsorientiert den Personalbedarf abdecken.

1. Im Sinne einer verstärkten Ausrichtung auf Prävention und Gesundheitsvorsorge sind gesundheits-

fördernde und die Genesung unterstützende Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Heilmassage und Medizinische Massage) flächendeckend für Patientinnen und Patienten zu fördern. Hierfür hat die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) bereits wichtige Schritte bei der Erstattung gesetzt. Dieser Weg sollte zugunsten einer Harmonisierung der Leistungen rasch fortgesetzt werden.

2. Der **Prozess zur Anerkennung als Gesundheitsberuf** muss objektiviert und **transparent geregelt** werden. Umfassende Krankheits- und Behandlungskonzepte können wesentlich zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie zu einem positiven Genesungsverlauf (z. B. nach einem Unfall) beitragen. Für eine **Anwartschaft** braucht es transparente Informationen und einen vorgezeichneten, **standardisierten Weg**, der zeigt, wie man zum Status eines offiziellen, in Österreich anerkannten Gesundheitsberufs gelangen kann. Dafür empfiehlt es sich, **eine zentrale offizielle Einreichsstelle** einzurichten, die konkrete Auskunft, Hilfestellung und wegweisende Information zu den Schritten am Weg zur gesetzlichen Anerkennung als Gesundheitsberuf geben kann.
3. Für Krisenzeiten und zur Stärkung der Resilienz der Versorgung ist die Sicherstellung medizinisch geschulter **Personalreserven durch übergeordnete Personalpools** zu gewährleisten. Dies kann durch Regelungen mit Medizinuniversitäten und Fachhochschulen, wie dies situativ bereits während der Coronapandemie geschehen ist, passieren. Dafür sind – ebenso wie für Wiedereinstellung pensionierter, karenzierter oder ausgeschiedener Fachkräfte – personal-, arbeits- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen für „Notfallpersonal“ sinnvoll und förderlich.

[1]-[2] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 10.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Gesundheitsberufe und Ausbildung



10.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzungen und Dissens der Ärztekammer für Wien

Die **Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf** ist nur dann attraktiv, wenn Interessentinnen und Interessenten die Kosten nicht selbst zu tragen haben. Es besteht die Notwendigkeit, die Ausbildung seitens öffentlicher Hand zu finanzieren und Programme zu unterstützen, welche die Prozesse im Hinblick auf eine potenzielle Gestaltung und Finanzierung aufzeigen können. Als Beispiel gilt die ärztliche Lehrpraxisfinanzierung, die auf andere Gesundheitsberufe auszuweiten ist.

Kommunikation auf Augenhöhe: Aktuell interagieren weder Ärztin, Arzt noch Patientin, Patient oder die Gesundheitsberufe untereinander auf Augenhöhe miteinander. Die Entscheidung über die zu setzenden Maßnahmen obliegt in der Regel der Ärztin oder dem Arzt, die oder der die Verantwortung dafür trägt. Ist nun die Rede von Verantwortung, so findet eine Interaktion auf Augenhöhe häufig nicht mehr statt.

Ergänzungen der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG)

[1] zu Punkt II.1: Die OÖG hat im Zuge der Coronapandemie aktiv auf das Know-how der angeführten Gruppe der Klinischen Pharmazie zurückgegriffen. Die Klinischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten in Oberösterreich waren zum Beispiel wichtiger Bestandteil funktionierender Impfstraßen in den Kliniken. So wurde im „Kennzahlenbericht Klinische Pharmazie“ der OÖ Gesundheitsholding 2021 dargestellt, dass Klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten im analysierten Zeitraum ca. 55.000 Impfdosen zubereitet haben und damit einen unerlässlichen Beitrag leisten konnten.

[2] zu Punkt II.2: Die Oberösterreichische Gesundheitsholding hat im „Kennzahlenbericht Klinische Pharmazie“ – Jahresbericht 2021 ausgewertet, welchen Beitrag und welche Auswirkungen eine stringente Einbindung Klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten in die regulären Behandlungsprozesse von Krankenanstalten zeitigen können. So wurden in ausgewerteten Zeiträumen insgesamt 46.500 Patientinnen und Patienten

in Kliniken der OÖG „gesichtet“, das heißt unter Einbeziehung der Klinischen Pharmazie überprüft. In diesen Sichtungen wurde Anzahl und Menge der durch die Klinische Pharmazie festgestellten arzneimittelbezogenen Probleme (AbP) festgehalten, in Summe ca. 9.300, wovon wiederum in ca. 6.300 Fällen eine Intervention gesetzt wurde. Die häufigsten Ursachen für AbP waren demnach eine inkorrekte Dosierung, eine Indikation ohne Arzneimittelverschreibung, die Verschreibung ungeeigneter Arzneimittel, ungewünschte Arzneimittelinteraktionen sowie Arzneimittelverschreibung ohne Indikation. Diese Zahlenwerte hat die OÖG verwendet, um die (möglichen) Kostenersparnisse daraus abzuleiten. Bei Abzug notwendiger Personalkosten für Klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten im Analysezeitraum und unter Annahme der Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes mit einem nicht gelösten AbP um einen Tag lässt sich auf Basis der Auswertungen der beschriebenen Fälle festhalten, dass jährlich zusätzliche Kosten in der Höhe von rund 4.295.550 Euro durch ein stringentes Klinisches Pharmaziemanagement verhindert wurden.

Ergänzungen der Orthoptik Austria

Auf die unter anderem aufgrund demografischer Veränderungen massive **Bedarfssteigerung der Augenversorgung** wurde bis dato in Österreich nicht adäquat reagiert. Zentrale Forderungen sind daher: Die Orthoptik muss in der Primärversorgung (Primary Health Care) künftig als Partnerin berücksichtigt werden, um das Versorgungsproblem abzufedern. Wesentlich ist die Abrechenbarkeit der Kosten bei Krankenversicherungsträgern bei selbständiger Tätigkeit (ASVG) von Orthoptistinnen und Orthoptisten. Die Einsparungspotenziale im Gesundheitswesen durch den Einsatz der Orthoptik sind belegt.¹

Die Ausbildung der Orthoptistinnen und Orthoptisten erfolgt in Österreich traditionell in nur zwei Bundesländern (Wien und Salzburg), von welchen sie auch finanziert wird. Dem Mangel an Orthoptistinnen und Orthoptisten (z. B. in der Stroke-Versorgung, Primärversorgung und aufgrund der bevorstehenden Pensionierungswelle) muss mit einer österreichweiten Aufstockung der Ausbildungsplätze und einer gesicherten Finanzierung eben

¹ vgl. z. B. Rottier, 2010

dieser gegengesteuert werden. Zudem bedarf es einer Unterstützung von Orthoptik-Absolventinnen und -Absolventen, die zur Berufsausübung den Wohnort wechseln (Ost-Westgefälle in der Versorgung).

Ergänzungen der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO)

Die Osteopathie ist eine eigenständige und medizinische Behandlungsmethode, die auf medizinischen Grundlagenfächern wie allgemeiner und funktionaler Anatomie, Physiologie, Biomechanik und Embryologie gründet. Osteopathische Interventionen sind vielseitig gestützt und werden zunehmend in internationalen und interdisziplinären wissenschaftlichen Studien belegt. Die OEGO setzt sich für Optimierungen in drei wichtigen Themenfeldern ein: der **rechtlichen Situation** des Berufs der Osteopathin, des Osteopathen, der Sicherung höchster Standards in **Aus- und Weiterbildung** und des **niederschweligen Zugangs zu osteopathischen Leistungen**. Der gemeinnützige Verein zählt gegenwärtig 600 ärztliche und nichtärztliche Mitglieder und ist aktives Mitglied in der „European Federation & Forum for Osteopathy“ (EFFO).

Das oberste Ziel der OEGO ist die gesetzliche **Berufsanerkennung der Osteopathie**. Sie fordert für Osteopathinnen und Osteopathen die Legalisierung der Berufsbezeichnung, strikt geregelte Ausbildungsstandards und **im Sinne der Qualitätssicherung und Patientensicherheit die Orientierung der osteopathischen Praxis an internationalen Leitlinien wie den CEN-Standards**. Aufbauend auf eine abgeschlossene medizinische Grundausbildung als Ärztin bzw. Arzt oder Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut soll eine **CEN-Standard-konforme Ausbildung** folgen. Diese sieht für Österreich eine vierjährige Basisausbildung mit ca. 2.000 Unterrichtseinheiten, von denen 1.000 Einheiten eine beaufsichtigte klinische Praxis umfassen, vor. Den Abschluss bildet der Universitätslehrgang Osteopathie, der vier bis fünf Semester und 120 ECTS-Punkte umfasst, und als Master of Science mit einer Master-Thesis abgeschlossen wird.

Ergänzungen des Berufsverbands der ArztassistentInnen Österreich (BdA)

Kaum eine Arztordination kommt ohne Ordinationsassistentenz aus. Dennoch erfährt diese Berufsgruppe, die im Bereich der Medizinischen Assistenzberufe (MAB) angesiedelt ist, immer noch nicht jene **Wertschätzung**, die ihr aufgrund ihrer **Bedeutung für die extramurale medizinische Versorgung** in Österreich zukommen sollte. Das MAB-Gesetz² erlaubt nur **wenig Spielraum hinsichtlich der Aufgaben und Kompetenzen** in einer sich ständig **wandelnden Landschaft der Gesundheitsberufe**, insbesondere in Ordinationen. Dementsprechend veraltet sind Ausbildungsverordnung und Curriculum. Absolute Vernachlässigung der Vergleichbarkeit im EU-Raum und wenig Wissen über die **Praxisrealität** werden den **hohen Anforderungen** an diese so wichtige Berufsgruppe in der extramuralen medizinischen Versorgung nicht gerecht.

Daher braucht es dringend eine **Evaluierung des MAB-Gesetzes und der MAB-Ausbildungsverordnung**.

Grundlegend ist vor allem eine **Erhebung valider Zahlen** über die in Medizinischen Assistenzberufen tätigen Personen. Ebenso notwendig ist die **Erfassung** der Medizinischen Assistenzberufe **im Gesundheitsberuferegister**. Darüber hinaus fordert der Berufsverband der ArztassistentInnen eine **Anpassung an die Berufsrealität** hinsichtlich der:

- Modernisierung und entsprechenden Erweiterung des Berufsbildes
- Anpassung des Berufsbildes an die Berufsbilder im EU-Raum (zumindest an jene in Deutschland und in der Schweiz)
- Neuformulierung von Fortbildung und Weiterbildungsmaßnahmen

Ergänzungen des Bundesverbands der Heilmasseure und Medizinischen Masseure (BHÖ)

Die Tätigkeiten Heilmasseurin, Heilmasseur und Medizinische Masseurin, Medizinischer Masseur sind junge

² vgl. Medizinische-Assistenz-Berufe-Gesetz (MABG) und -Ausbildungsverordnung (MAB-AV), abrufbar auf <https://www.arztassistent.at/component/content/category/27-gesetz>

³ vgl.: <https://praevenire.at/wp-content/uploads/2021/01/praevenire-gesundheitsforum-gesundheitstage-seitenstetten-gesundheit-verein-buergerforum-gesundheitssystem-initiative-gesundheit2030-gipfelgesprach-weissbuch-gesundheitsberufe.pdf>

Gesundheitsberufe, die sich allerdings gut etabliert haben. Zusammenarbeit, Networking und Themenaustausch mit angrenzenden Gesundheitsberufen sind „daily practice“. Laut wissenschaftlicher Abhandlungen können die Therapien der Heilmassage und Medizinischen Massage der Patientin und dem Patient zu einem rascheren Heilungserfolg verhelfen.

In diesem Sinne empfiehlt der BHÖ die **Erweiterung des Gesundheitsberuferegisters**. Dadurch wird der Bevölkerung ein Überblick über die Gesundheitsberufe und die jeweiligen Berufsangehörigen mit ihrer Grundqualifikationen gegeben und im Bedarfsfall die Suche nach geeigneten Anbietern ermöglicht.

Im Hinblick auf den Ausbildungsweg für Gesundheitsberufe erachtet der BHÖ die Empfehlung für ein **gemeinsames Basisjahr mit anschließender Spezialisierung** als sinnvoll, sodass ein besseres gegenseitiges Verständnis für andere Berufsgruppen entwickelt werden kann. Wechselseitige Praktika in verwandten Berufen, welche verpflichtend etabliert werden sollten, sind aus Sicht des BHÖ ebenso spannend wie die Verankerung eines Fachs Patientenkommunikation im Ausbildungscurriculum.

Darüber hinaus schließt sich der BHÖ den bereits im PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) genannten Handlungsempfehlungen zu folgenden Themen an: berufsständische Silos aufbrechen, Rechte stärken, berufliche Kompetenzen mit dem Ziel der Optimierung der Patientenversorgung verstärkt bündeln, einen entsprechenden Personal- bzw. Bettenschlüssel zur Entlastung aller Gesundheitsberufe definieren.³

Ergänzung der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (ÖGKH):

Die ÖGKH vertritt als fachliche Standesvertretung unter anderem auch die Hygienefachkräfte in Österreich. Gerade in Zeiten der Coronapandemie ist die Relevanz einer fachlich fundierten Hygieneexpertise sowie Verfügbarkeit gut ausgebildeter, klinisch erfahrener Expertinnen und Experten auf dem Gebiet der Hygiene deutlich geworden. Es ist dringend erforderlich, einen entsprechenden **Nachwuchs an Gesundheits- und**

Krankenpflegepersonal mit Spezialisierung auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene auszubilden, in das Fachgebiet zu bringen und dort zu halten. Der ÖGKH ist eine entsprechende Weiterentwicklung von Handlungskompetenzen und der daraus resultierenden Spezialisierung von Hygienefachkräften daher ein besonderes Anliegen.

Gegenwärtig warten alle Angehörige von Gesunden- und Krankenpflegeberufen nach wie vor auf die **Verabschiedung der Bundesverordnung**, welche seit Herbst 2016 in der ersten Novelle des GuKG angekündigt war und die eine künftige Spezialisierung im Kompetenzbereich der Krankenhaushygiene gesetzlich möglich macht.

Bedauerlicherweise liegt diese Spezialisierungsverordnung trotz zahlreicher Bemühungen der ÖGKH bis zum heutigen Tag nicht vor.

Hierzu hat es zahlreiche **Vorbereitungen** gegeben. Unter anderem wurde gemeinsam mit der GÖG ein **Curriculum für die Spezialisierung Krankenhaushygiene erstellt**. Dieses wurde auch mit in Österreich etablierten Anbietern von entsprechenden Sonderausbildungen (zukünftig: Spezialisierung), darunter die Medizinische Universität Graz, die Fachhochschule Krems oder die Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen **des Wiener Gesundheitsverbundes, abgestimmt**.

Das Anliegen der ÖGKH ist, das vorliegende Curriculum als Grundlage für die ausstehende bundesministerielle Spezialisierungsverordnung heranzuziehen, um:

- mit der dringend notwendigen Ausbildung zur Hygienefachkraft endlich in Österreich beginnen zu können,
- die Spezialisierung von Hygienefachkräften entsprechend den veränderten und noch zu adaptierenden Handlungskompetenzen an die gegenwärtigen und künftigen Herausforderungen durch ein akademisches Fundament anzupassen,
- einen bundesweit einheitlichen bzw. vergleichbaren Ausbildungsstandard zu schaffen
- und das Berufsbild zu stärken.

11. PRAEVENIRE Initiative Arbeitsmedizin 2030

» Arbeitsfeld stärken - Attraktivität steigern – Ausbildung strukturieren «

11.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ Die betriebliche Gesundheitsförderung forcieren und die **arbeitsmedizinischen Tätigkeiten** modernisieren!
- ✓ Die **berufliche Wiedereingliederung** nach langen und schweren Erkrankungen ausbauen!
- ✓ Einen **Lehrstuhl für Arbeitsmedizin** an allen öffentlichen medizinischen Universitäten errichten!
- ✓ Die **Einbindung der Arbeitsmedizin** in Fragen der Erhaltung der Erwerbsfähigkeit zur Vermeidung von krankheitsbedingten Frühpensionen stärken!

11.2 IM FOKUS

Im Zuge der Coronapandemie hat sich besonders deutlich gezeigt, wie wichtig eine gute und flächendeckende arbeitsmedizinische Versorgung ist. Durch diese ist eine große Anzahl an Menschen tagtäglich am Arbeitsplatz zu erreichen. Weiters hält die arbeitsmedizinische Versorgung Unternehmen handlungsfähig.

Sichtbar geworden ist auch, dass sich die Anforderungen an die Arbeitsmedizin verändert haben, da sich auch die Arbeitswelten in den letzten Jahren gewandelt haben. So ist etwa die verstärkte Digitalisierung in sehr vielen Branchen eine Herausforderung. Sie ist aber auch eine Chance im Hinblick auf die Erreichbarkeit internationaler, geographisch mobiler Belegschaften.

Eine aktuelle WIFO-Studie zeigt, dass arbeitsbedingte Erkrankungen und Unfälle ein hoher Kostenfaktor für das Gesundheitssystem sind: Der größte Teil der Kosten von 8,1 Milliarden (der insgesamt 9,9 Milliarden Euro) ist den arbeitsbedingten Erkrankungen zuzurechnen. Hier liegt sehr viel Potenzial, das in (arbeitsmedizinische) Präventionsmaßnahmen und betriebliche Gesundheitsförderung re-investiert werden und so wiederum der Gesellschaft, den Unternehmen und den Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmern zugutekommen könnte.

Ausgangsbasis aller Überlegungen zum Thema Arbeitsmedizin ist die **Fürsorgepflicht der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers**, die sie oder er gegenüber ihren, seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wahrnehmen muss. Durch die im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz festgesetzten Vorgaben konnten über die letzten Jahrzehnte sehr gute arbeitsmedizinische Erfolge erreicht werden. Beispielsweise ist die Zahl der Arbeitsunfälle stark rückläufig – einerseits bedingt durch mehr Präventionsmaßnahmen, andererseits auch durch die Veränderungen der Wirtschaft in Richtung Dienstleistungsgesellschaft. Auch die Digitalisierung von Prozessen trug dazu bei, dass die Unfallquote 2019 mit 311 je 10.000 Versicherten den tiefsten Stand seit 1974 erreichte.¹

¹ vgl. Fehlzeitenreport 2020 des WIFO: <https://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/main.jart?rel=de&content-id=1487278189573&j-cc-node=news&j-cc-id=1605212015632>

11.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Eine **zeitgemäße und attraktive arbeitsmedizinische Betreuung** ist grundlegend, um auf die sich rasch ändernden und mobiler werdenden Arbeitswelten gut eingehen zu können. Damit diese sowohl für große wie auch für kleine und mittelständische Unternehmen sichergestellt werden kann, ist es die wichtigste Aufgabe der politischen Entscheidungsträger, die Rahmenbedingungen an die künftigen Herausforderungen und Anforderungen anzupassen.

I. Zeitgemäße Grundlagen für die arbeitsmedizinische Versorgung

Neue Arbeitsmodelle brauchen aktuelles Recht.

1. Die wichtigste **Basis arbeitsmedizinischer Tätigkeiten ist das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG)²**, dessen Bedeutung und Wert durch die Coronakrise gezeigt und gesteigert wurden. Allerdings gilt es inzwischen als überholt, da es bestimmte Gegebenheiten nicht mehr adäquat abbildet. So werden weder Großraumbüro, Open-Space-Konzept oder global agierende Unternehmen mit den heute internationalen und somit mobiler gewordenen Belegschaften thematisiert.
2. **Impfen in den Betrieben** ist zu unterstützen. Eine kleinräumige Masernepidemie in Serbien etwa kann auch für Österreich eine große Rolle spielen, da Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter international agierender Unternehmen einen überregionalen Bewegungsradius haben. Dem muss im Rahmen von Fragen zu einem künftigen Infektionsschutz Rechnung getragen werden. Es braucht Informationen und Anreize für Unternehmen, um Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern die Möglichkeit zu geben, derartige Präventionsmaßnahmen umzusetzen.
3. Pandemiebedingt haben Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner eine wichtige **Ratgeberfunktion** für Dienstgeberinnen und Dienstgeber

zu Thematiken rund um betriebliche **Coronamaßnahmen** sowie **Post- und Long-COVID**.

4. Als unbedingt notwendig zeigt sich die Stärkung der Arbeitsmedizin im präventivmedizinischen Bereich. In Deutschland hat die Arbeitsmedizin mit dem **Präventionsgesetz³** eine deutliche Aufwertung erfahren. Dies sollte Vorbildfunktion für die österreichische Gesetzgebung erlangen.
5. Präventivfachkräfte haben eine Schlüsselfunktion im Hinblick auf bessere Arbeitsbedingungen in den Betrieben. Die an sie gestellten Anforderungen haben bedingt durch die Veränderungen der Arbeitswelt zugenommen. Herausforderungen, wie die Schaffung altersgerechter Arbeitsplätze, Evaluierung des Arbeitsumfeldes, psychische Belastungen, der Umgang mit Diversität, Verhinderung von Fehlbelastungen oder die Unterstützung für einen gelungenen Wiedereinstieg, machen eine **Erhöhung der jährlichen Präventionszeiten** erforderlich: für Arbeitnehmende an Büroarbeitsplätzen und vergleichbaren Arbeitsplätzen von 1,2 Stunden auf zwei Stunden pro Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer, an allen anderen Arbeitsplätzen von 1,5 auf 2,5 Stunden pro Arbeitskraft. **[1]**

II. Attraktivität des Berufsbildes

Neue Arbeitsmodelle brauchen aktuelles Recht.

1. Durch die Coronakrise ist an allen Arbeitsplätzen deutlich geworden, wie wichtig und wertvoll arbeitsmedizinische Betreuung ist. Für die **Sichtbarmachung des Berufsbildes** unter Jungärztinnen und Jungärzten braucht es umfassende dahingehende Informationen an allen österreichischen Ausbildungsstätten.
2. Durch eine **adäquate Honorierung** bietet man Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern **eine entsprechende Perspektive**. Es ist anzustreben,

² vgl. Volltext des ASchG: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008910>

³ vgl. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG): <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html>

dass dieser Beruf an Haupteinnahmequelle fungieren kann und nicht „nebenher“ ausgeübt werden muss – wie es etwa bei Sportärztinnen und -ärzten der Fall ist, die neben ihrer Haupttätigkeit zusätzlich Sportteams betreuen. Der arbeitsmedizinische Beruf ist als primäre Tätigkeit zu ermöglichen, sodass letzten Endes Nachwuchsmedizinerinnen und Nachwuchsmediziner ihre Zukunftsplanung davon abhängig machen können.

3. **Die Attraktivität der Arbeitsmedizin** kann zudem gesteigert werden, indem die **Breite des Berufsbildes dargestellt** und nicht auf die arbeitsmedizinische Betreuung reduziert wird. So ergeben sich beispielsweise Arbeitsfelder bei den Sozialversicherungen und in der Forschung.
4. Im Hinblick auf jene Studienabsolventinnen und -absolventen, die bei ihrer Berufswahl die Familienplanung mitbedenken, ist das Hauptaugenmerk auf die **familienfreundliche Arbeitszeit** zu richten, die im betrieblichen Umfeld eher als im Spitalsbereich vorzufinden ist.

III. Ausbildung

Informieren – thematisieren – visualisieren.

1. In der Arbeitsorganisation (adäquates Führen, partizipativer Führungsstil, adäquate Pausengestaltung) kann das betriebliche Gesundheitsmanagement positiven Einfluss haben. Die Einstellung gegenüber dem arbeitsmedizinischen Tätigkeitsfeld sollte insgesamt modernisiert werden. Zum

einen, indem das Berufsbild an den Universitäten selbst entsprechend dargestellt wird und zum anderen, indem das Arbeitsfeld auf alle Branchen und Betriebe ausgerollt wird. Dafür braucht es gut ausgebildete und ausreichend viele Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner.

Die Integration eines **Pflichtfachs Arbeitsmedizin** sollte an allen medizinischen Universitäten stattfinden.

2. Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner können besser motiviert und begeistert werden, wenn ihnen bereits im Studienverlauf die Breite und Wichtigkeit des Arbeitsfeldes nähergebracht werden. **Eine Vorreiterrolle** nimmt hier die **MedUni Wien** ein, welche die Arbeitsmedizin im medizinischen Curriculum des Hauptstudiums von Anfang bis Ende fundamental, also entlang des gesamten Studienverlaufs, integriert hat. Durch die regelmäßige Thematisierung der Arbeitsmedizin wird dem „Markenproblem“ somit gezielt entgegengewirkt. Wie auch im Zuge der Fächer der Physikalischen Medizin und Rehabilitation **ist auch im Bereich der Arbeitsmedizin die Prävention umfassend integriert**. Auch diese ist Teil der Strategie der MedUni Wien.
3. Gemeinsam mit der AAMP⁴ wird eine **Ausbildung zur Arbeitsmedizinerin, zum Arbeitsmediziner als Masterlehrgang zum Arbeits- und Organisationsmediziner** angeboten. Der Abschluss mit einem Mastertitel trägt ebenfalls zur Attraktivierung des Berufs bei.
4. Ein **Lehrstuhl für Arbeitsmedizin** muss an allen öffentlichen medizinischen Universitäten (in Graz, Innsbruck, Linz und Wien) errichtet werden.

⁴ vgl. Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention (AAMP): <https://www.aamp.at/>

Patientenorientierung

Die Arbeitsmedizin bzw. der ArbeitnehmerInnen-schutz gelten als gesetzliche Pflicht. Gleichzeitig ist die Arbeitsmedizin ein sogenanntes **Nahtstellenfach**, ähnlich wie die Rehabilitationsmedizin. Beide Fächer können einen Doppelpass schaffen und Menschen schneller und besser wieder in den Arbeitsprozess zurückkehren lassen. Gemeinsames Ziel: **„return to work“**. Das zu unterstützende Regelwerk dazu basiert auf dem Integrationsmanagement oder **Re-Integrationsmanagement**. Es stellt einen wesentlichen Teil des **arbeitsmedizinischen und organisationsmedizinischen Wirkens** dar.

Viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben unter anderem an ihrem **Arbeitsplatz „Schäden“ am Stütz- und Bewegungsapparat** durch unvorteilhafte Bildschirmarbeitsplätze, falsche Beleuchtung etc. **akquiriert**. In diesem weiteren Wirkungsbereich unterstützen Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie

Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei der Gestaltung der jeweiligen Arbeitsplatzsituation, z. B. bei der ergonomisch optimalen Einrichtung und Ausstattung.

Auch in der **Arbeitsorganisation** auf Managementebene kann die Arbeitsmedizin Wesentliches (partizipativer Führungsstil, adäquate Pausengestaltung etc.) bewirken.

Arbeitsmedizinische Eingebundenheit sollte daher moderner und vielschichtiger gedacht und überall möglich sein. Dafür braucht es **gut ausgebildete und zahlenmäßig ausreichende** Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner. Derzeit fehlen „chronisch“ 500 vollzeitäquivalente Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner in Österreich.

Die zu schaffenden Ausbildungsstellen beziehungsweise die universitären Lehrstühle sind dringende Sofortmaßnahmen, um diese Versorgungslücke rasch schließen zu können. Darüber hinaus ist auch die universitäre Thematisierung ein wichtiger Beitrag zur Attraktivierung des Berufs.

[1] RGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 11.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Arbeitsmedizin 2030



4 vgl. Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention (AAMP): <https://www.aamp.at/>

11.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissensposition

Die **Präventionszeiten** sollten bereits in Arbeitsstätten **ab elf Beschäftigten** zur Anwendung kommen, wie dies z. B. in Deutschland der Fall ist.

Ergänzung der AK Vorarlberg

[1] Zu I. 5.: Psychosoziale Aspekte spielen eine immer größere Rolle im Arbeitsumfeld. Deshalb gewinnt die Regelung, die besagt, dass die Präventionszeiten zwischen Arbeitsmedizinerinnen, Arbeitsmedizinern und Arbeitspsychologinnen, Arbeitspsychologen aufgeteilt werden können, an Bedeutung. Denn es sind zunehmend die psychischen Belastungen, die arbeitsbedingt auftreten.

Ergänzung der ReTecCom

Aus den gesetzlichen Grundlagen zur Fürsorgepflicht der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers ergeben sich aktuell mit der COVID-19-Pandemie neue Anforderungen und Herausforderungen. Sie betreffen u. a. Aspekte der **Lufthygiene in Innenräumen**. Am Arbeitsplatz sollte auch auf dem Luftweg größtmöglicher

Schutz vor durch Viren und Bakterien übertragbaren Krankheiten gewährleistet sein. SARS-CoV-2 stellt hier derzeit die überragende Herausforderung dar. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer **durch effiziente technische Einrichtungen vor Infektionen zu schützen**, geht mit einer Minimierung krankheitsbedingter Arbeitsausfälle (z. B. durch die jährlich auftretenden „Grippewellen“ oder andere virale Erkältungskrankheiten) einher. Außerdem wird dadurch **dem Sicherheitsbedürfnis der Beschäftigten** Rechnung getragen.

Moderne Gebäudetechnik und entsprechende Sicherheitsvorkehrungen in Betrieben und Geschäftsräumen werden auch über die derzeitige Pandemie hinaus in der Arbeitsmedizin bzw. in der **Prävention** am Arbeitsplatz besondere Bedeutung erhalten. Insbesondere wird dem Thema Lufthygiene in Zukunft auch bei der Vorbeugung von Krankheiten wie Influenza (viral) oder bakteriellen Infektionen (z. B. Pneumonien) vermehrte Relevanz zukommen. Vor allem **für Allergikerinnen und Allergiker** kann der **Wohlfühlfaktor am Arbeitsplatz** mittels (wartungsfreier) UV-C-Luftreinigungsanlagen bzw. Pollenfilter wesentlich erhöht werden, indem Nasenrinnen und Kopfschmerz vorgebeugt wird.

12. PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030

» Risikobewusstsein stärken – früh erkennen – umfassend versorgen «

12.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ Das **Bewusstsein** für Diabetesrisiko (Typ 2) in Verbindung mit zu hohem Zuckerkonsum ab dem Kindergarten erhöhen!
- ✓ Die HbA1c-Bestimmung zur **Früherkennung** nun rasch flächendeckend einsetzen!
- ✓ Die Teilnahme an „**Therapie Aktiv**“ durch Einbindung der Ordinationsassistenten mit adäquater Honorierung erhöhen und das DMP bereits bei Prädiabetes einsetzen!
- ✓ Den Zugang zur medizinischen **Diabetesversorgung niederschwellig** ermöglichen!
- ✓ Ein nationales **Diabetesregister** und einen elektronischen **Diabetespass** jetzt etablieren!

12.2 IM FOKUS

Die Prognosen für die Entwicklung der allgemein als „Zuckerkrankheit“ bezeichneten chronischen Erkrankung sind prekär: 800.000 Menschen mit Diabetes Typ 1 und Diabetes Typ 2 (85 bis 90 Prozent sind Typ-2-Diabetikerinnen, Typ-2-Diabetiker) leben nach epidemiologischer Schätzung¹ in Österreich. Die Prävalenz bei der 20- bis 79-jährigen Bevölkerung liegt bei 6,6 Prozent und ist damit niedriger als beispielsweise in Deutschland (10,4 Prozent) aber höher als in Irland (3,2 Prozent).

Diabetes gefährdet nicht nur die Gesundheit jeder, jedes Betroffenen, sondern wirkt sich mit über 2,9 Milliarden Euro auch beträchtlich auf die gesamtwirtschaftlichen Kosten aus. Das entspricht im Mittelwert rund 0,6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts oder über sieben Prozent der heimischen Gesundheitsausgaben für direkte Behandlungskosten (blutzuckersenkende Therapien, Diabetesmanagement, Akut- und Spätkomplikationen) und indirekte Kosten (Krankenstände, verlorene Erwerbsjahre). Ausgehend vom IDF-Österreichwert von 4.523 Euro pro Person für diagnostizierte Kosten, entstehen alleine der Bundeshauptstadt Wien über eine halbe Milliarde Diabetes-Gesamtkosten.

Ein OECD-Ländervergleich zeigt, dass mit ähnlichen Pro-Kopf-Ausgaben bessere Versorgungsergebnisse erreicht werden könnten. Wie Analysen der WHO und Eurostat zeigen², korrelieren die Vergleichswerte mit den auslösenden Kriterien für Diabetes (mangelnde Bewegung, Ernährung, psychische Belastung) nur zu einem großen Teil. Ausschlaggebend ist ein Zusammenwirken dieser Kriterien mit der Versorgungssituation. In England, das eine Prävalenz von 3,9 Prozent aufweist, werden im Vergleich mit Österreich mehr Scans zur Prädiabetes-Erkennung vorgenommen. Weiters tragen Diabetes-Spezialzentren wesentlich zur Versorgungsoptimierung bei.

Aufgrund dieser hohen Bedeutung für das Patientenwohl und der steigenden Auswirkungen auf das österreichische Versorgungssystem stehen chronische Erkrankungen für das PRAEVENIRE Gesundheitsforum seit Beginn an im Fokus – und Diabetes als zentrales Thema immer wieder am Programm. Bei der Erarbeitung dieses Kapitels in Kooperation mit den Unterstützerinnen und Unterstützern sowie den Expertinnen und Experten hat sich im Laufe des letzten Jahres immer wieder die **Forderung nach der Kostenübernahme der Bestimmung des Langzeit-Zuckerwertes HbA1c** manifestiert. Diese seit Jahren von der Österreichischen Diabetes Gesellschaft geforderte Erstattung der Blutuntersuchung wurde **jetzt erfüllt und von der Österreichischen Gesundheitskasse** flächendeckend im gesamten niedergelassenen Bereich unabhängig von der Vorsorgeuntersuchung erstattet.³

¹ vgl. detaillierte Datenangaben der Internationalen Diabetes Föderation IDF, 2017: www.idf.org

² vgl. <https://www.wko.at/Content.Node/kampagnen/wiener-wirtschaftskreis/Diabetes.pdf>

³ vgl. <https://www.oedg.at/2021-10-PR-HbA1c-screening.html>

12.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Aufgrund der skizzierten Prognosen hinsichtlich Diabetes ist – sowohl für Betroffene und Angehörige als auch für das Gesundheitssystem – das rasche Erreichen einer Versorgungsoptimierung in Österreich essenziell. Daher wurden im Rahmen der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 in Zusammenarbeit mit zahlreichen Expertinnen und Experten konkrete Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik in Bund und Ländern ausgearbeitet. Die zentralen Behandlungsfelder für eine bestmögliche Diabetesversorgung in Österreich werden hier in den Fokus gerückt und die Optimierungspotenziale in der österreichischen Diabetesversorgung bei der Awareness und Prävention beginnend über alle wichtigen Versorgungsfelder hinweg aufgezeigt.

I. Awareness in der Bevölkerung stärken

Breit informieren, um Bewusstsein zu generieren.

Nur wenige Menschen kennen die Risikofaktoren (ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Prädisposition etc.), zu wenige Menschen wissen, dass sie zur Risikogruppe zählen und nur rund 15 Prozent der Erkrankten nehmen am bundesweit etablierten Disease Management Programm (DMP) „Therapie Aktiv“, dem Betreuungs- und Therapieprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes (DM2), teil. Deshalb ist dringender Handlungsbedarf gegeben, der bei Aufklärung und Awareness beginnen muss,

1. Das **Bewusstsein in der Bevölkerung** muss allgemein dahingehend gestärkt werden, dass Diabetes keine „harmlose Zuckerkrankheit“ ist, die vorwiegend im Alter „schicksalhaft“ auftritt. Das Wissen um gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung sollte zum **Allgemeinwissen** werden. Es gilt, zu vermitteln, dass jeder Mensch selbst im Rahmen seines Lebensstils der eigenen Diabeteserkrankung aktiv **entgegenwirken** kann (Stichwort **zielgruppenge-rechte Awareness-Kampagne**).
2. **Aufklärungsarbeit** ist als wichtige Maßnahme, die öffentlich finanziert werden muss, anzuerkennen.

Projekte und Initiativen, z. B. Diabetes-Camps für Jugendliche, sollten daher finanziell (zumindest in puncto Basisaufwendungen) unterstützt werden. Mit Aufklärungsmaßnahmen ist es möglich, auch **Gesundheitssystemkompetenz** zu bilden, indem zielgruppenspezifisch gezeigt wird, an wen sich (potenziell) Betroffene und (pflegende) Angehörige bei Fragen oder im Akutfall wenden können.

3. Zur Aufklärung und Förderung von Prävention und Selbstverantwortung sind **alle Kommunikationskanäle** zu nutzen. Beispielsweise entwickelte die Österreichische Diabetes Gesellschaft eine Reihe mit Informationsvideos „Wissen schützt“ mit korrespondierender Medienkampagne, erarbeitete einen Informationsbogen Prädiabetes zum Download auf der Website und nützt die relevanten Social Media Kanäle zur Reichweitenoptimierung und Aufklärung. Mit einem neuen Mitgliederbereich konnte das Angebot an Fort- und Weiterbildung ausgebaut und gleichzeitig die Internetpräsenz gestärkt werden.
4. Eine umfassende **Diabetes-Kommunikationsstrategie** muss soziale Unterschiede, Bildungsniveau, Sprachbarrieren, regionale Gegebenheiten, Kulturunterschiede etc. berücksichtigen.
5. **Gesundheitsbildung von Kindheit an:** Das Bewusstsein für Gesundheitsthemen ist bereits im **Kindergarten** zu schärfen. Im Rahmen eines eigenen **Schulfachs** soll gezeigt werden, wie wichtig eine gesundheitsförderliche Lebensweise (Bewegung, Ernährung, Hygiene etc.) ist. Kinder und Jugendliche sind wichtige **Multiplikatoren**, denn sie bringen dieses Wissen von der Schule in ihre Familien und Peer Groups ein.

II. Risikopersonen früh identifizieren

Optimierung von Früherkennung und Prävention.

Schätzungen zufolge wissen bis zu 20 Prozent der Menschen mit Diabetes mellitus (Typ 2) nichts von ihrer Erkrankung. Viele erfahren oft erst im Zuge eines Spitalaufenthalts davon, der aufgrund einer **diabetes-assoziierten Folgeerkrankung** notwendig wurde. Laut

Schätzungen leiden zudem etwa 350.000 Menschen an **Prädiabetes**. Studien zeigen, dass mit früherer Diagnose und früher therapeutischer Begleitung ein breites Spektrum von Diabetesfolgen vermieden oder vermindert werden könnte.⁴ Davon ausgehend ist es ein **großer Erfolg**, dass die **zentrale Forderung** der ÖDG⁵ und die Handlungsempfehlung im PRAEVENIRE Weißbuch (Version 2020), die **Bestimmung des Langzeit-Zuckerwertes HbA1c kostenfrei zu ermöglichen**, erfüllt wurden.

1. Im Fall einer Diabeteserkrankung ist die **Früherkennung ausschlaggebend** für den weiteren Verlauf. Deshalb müssen Angebote für die Primär- und Sekundärprävention, zum Beispiel im Rahmen von Gesundenuntersuchungen und ärztlichen Beratungsgesprächen, ausgeweitet werden. **[1]**
2. Patientinnen und Patienten müssen motiviert werden, die **kostenlose jährliche Vorsorgeuntersuchung** in Anspruch zu nehmen. Krankenkassen, Ärzte- und Apothekerschaft sowie Gesundheitsberufe sind dabei zu unterstützen, ihren Klientinnen und Klienten die Wahrnehmung eines Termins nahe-zulegen und sie daran zu erinnern.
3. Der **HbA1c-Wert** ist ein kostengünstig erhebbarer Parameter zur Identifikation von (Prä-)Diabetes-Risikopersonen und Menschen mit Diabetes. Deshalb wurde bereits im PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Messung des Werts in die jährliche Vorsorgeuntersuchung zu integrieren. Die Umsetzung dieses **Meilensteins** ist jetzt gelungen. Auch unabhängig von der Vorsorgeuntersuchung kann eine Ärztin oder ein Arzt den HbA1c-Wert für ÖGK-Versicherte **kostenfrei bestimmen** lassen.
4. Zur weiteren Versorgungsoptimierung und frühen Identifikation von Risikopersonen wäre die Ausweitung der **Erstattung** auf weitere Laborparameter anzudenken. Bezüglich der Erstattung von Leistungen sollte die **Harmonisierung der ÖGK-Leistungen** weiter zügig vorangetrieben werden, sodass für alle Versicherten dieselben Gesundheitsleistungen möglich sind – unabhängig von ihrem Wohnort.

III. Versorgungsstruktur transparent gestalten

Bedarfsgerechte Betreuung auf mehreren Ebenen.

Dem **lebensbegleitenden Betreuungsbedarf** bei einer Diabeteserkrankung geschuldet, sind mehrere Ebenen in einem optimalen Versorgungs- und Betreuungssystem notwendig. Damit wird nicht nur eine **rasche Versorgung bei Komplikationen** gewährleistet, sondern es kann auch eine durch neue, innovative Therapien ermöglichte **individualisierte Behandlung** stattfinden. Nicht überall ist für eine bei chronischen Erkrankungen wichtige durchgehende Betreuung die Etablierung neuer Infrastrukturen notwendig. Bestehende wohnortnahe Einrichtungen (PVE), der niedergelassene Fachärztebereich und die Spitalsambulanzen könnten in ein umfassendes Versorgungsmanagement integriert werden.

1. Es muss **eine klare Versorgungsstruktur** für Patientinnen und Patienten geschaffen werden, im Zuge derer die **Vertrauensärztin oder der Vertrauensarzt** (die Hausärztin oder der Hausarzt) erste Anlaufstelle und somit Zuweiserin, Zuweiser zu Fachärztinnen oder Fachärzten sowie Therapeutinnen oder Therapeuten ist. Sie oder er sollte die **zentrale Rolle bei der Navigation durch das System** übernehmen und die Betroffenen am Weg zu und von den fachärztlichen Versorgerinnen oder Versorgern und spezifischen Therapeutinnen oder Therapeuten begleiten. **[2]**
2. **Das Zusammenspiel** der Hausärztinnen, Hausärzte und Fachärztinnen, Fachärzte, der Fachambulanzen (Innere Medizin, Nephrologie etc.), Pharmazeutinnen, Pharmazeuten und der Gesundheitsberufe (Diätologie, Physiotherapie, Psychotherapie) sowie der spezialisierten Pflegefachkräfte ist im Zuge verbesserter Rahmenbedingungen zu fördern. Aus Patientensicht zentral ist dabei **ein transparenter Patientenpfad**, demnach zu wissen, an wen man sich wann wendet.
3. Auf **erster Ebene** steht die **Primärversorgung**, die **einfach erreichbar** und **niederschwellig zugänglich** sein muss. Gesundheitszentren und wohnortnahe Primärversorgungseinheiten (PVE) sind in diesem Sinne schneller auszurollen als bisher. Es wird im niedergelassenen Bereich zwischen dieser ersten Ebene der Regelversorgung durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt und dem Spitalbereich eine **zweite Ebene** notwendig sein. Diese

⁴ vgl. https://www.oedg.at/2010_PR_praediabetes-mehr-als-eine-vorstufe.html

⁵ vgl. <https://www.oedg.at/2021-10-PR-HbA1c-screening.html>

zweite Versorgungsebene wird optimalerweise von den **niedergelassenen Fachärztinnen oder Fachärzten und/oder Diabeteszentren abgedeckt**. Die Fachärztinnen und Fachärzte sollten zusätzlich zu ihrem Fachgebiet idealerweise einen **Diabetes-Schwerpunkt** haben, um u.a. die Versorgung bei Komplikationen (Nierenerkrankung, Herzinsuffizienz) abdecken zu können. Diese zweite Versorgungsebene kann den **spezifischen Behandlungsbedarf besonderer Formen von Diabetes** wohnortnahe und auch außerhalb der Spitalsambulanzen sicherstellen, zum Beispiel von Patientinnen mit Gestationsdiabetes mellitus (GDM). Dies wäre auch ein wesentlicher Beitrag zur Entlastung des **Spitalbereichs, der als dritte Ebene** in der Versorgung u.a. Akutfälle und Operationen abdeckt. Wichtig für den diese drei Ebenen umfassenden Patientenpfad ist die **Durchlässigkeit des Systems**, das eine die Ebenen übergreifende Versorgung der Menschen mit (Prä-)Diabetes gewährleistet.

4. **Diabeteseinrichtungen** in Ballungszentren sind an **Standorten mit guter Verkehrsanbindung** (vgl. das 2021 eröffnete Diabeteszentrum in Wien Favoriten⁶) zu etablieren und dort aufzubauen, wo auch bildungsfernere Schichten zu erreichen sind. In ländlichen Regionen ist an die Erreichbarkeit von Diabetes-Schulungszentren zu denken. Die Etablierung von Diabeteszentren bzw. Gesundheitszentren mit diabetologischer Fachkompetenz ermöglicht individuelle, gezielte Behandlungen durch Spezialistinnen und Spezialisten sowie involvierte Gesundheitsberufe und fördert die Therapietreue. Ziel ist eine strukturierte Versorgung mit ebenenübergreifender und ergänzender Vernetzung. **[3]**
5. Das **Schnittstellenmanagement** ist zu verbessern: Einerseits ist die Abstimmung zwischen dem stationären (Akut-Krankenhaus, Ambulanz) und dem niedergelassenen Bereich (z. B. für die Medikation, für Kontrolle von Werten u.a.) notwendig. Andererseits besteht Optimierungspotenzial in der interdisziplinären Zusammenarbeit und zwischen den Versorgungsebenen, insbesondere im Hinblick auf die geforderte zweite Versorgungsebene (niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte) und hinsichtlich des steigenden Versorgungsbedarfs aufgrund von Folge- bzw. Begleiterkrankungen wie z. B. Herz- oder Niereninsuffizienz.

6. Das seit mehr als 15 Jahren bestehende **Disease-Management-Programm (DMP) für Menschen mit Diabetes** muss bekannter gemacht und ausgebaut werden. Einerseits ist es wichtig, die Ärzteschaft zur Teilnahme am DMP „**Therapie Aktiv**“ verstärkt zu mobilisieren. Andererseits braucht es eine Motivation für Patientinnen und Patienten, beim Programm aktiv mitzumachen. Das DMP muss möglichst **frühzeitig – auch für Risikogruppen – zugänglich** gemacht werden, sodass diese Personen bereits vor Ausbruch der eigentlichen Diabeteserkrankung daran teilnehmen können. Eine frühe Intervention kann dabei helfen, den kontinuierlich fortschreitenden Verlauf von Diabetes zu verlangsamen. **[4]** Erstmalig wurden die Leitlinien der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) als **Behandlungspfad** im DMP implementiert.
7. Wie **Ländervergleiche** zeigen, hinkt Österreich bei der Versorgung chronisch Kranker hinterher. Beispiele aus Dänemark und den Niederlanden verdeutlichen, dass mit **multiprofessionellen Diabetesversorgungszentren** und der Förderung von innovativem Wundmanagement gute Behandlungsergebnisse erzielt werden und den Betroffenen Folgeerkrankungen und Operationen erspart bleiben.

IV. Systemisches Miteinander unterstützen

Die Komplexität von Diabetes erfordert Flexibilität.

Die Komplexität von Diabetes erfordert Rahmenbedingungen, die ein **interdisziplinäres Setting** und eine ebenenübergreifende Zusammenarbeit (vgl. Punkt III.) unterstützen und vereinfachen. Für eine optimale, ganzheitliche Behandlung und Betreuung ist ein durchlässigeres Versorgungssystem notwendig, welches das Miteinander von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, Fachärztinnen und Fachärzten, Diätologinnen und Diätologen, den therapeutischen Berufen, psychosozialen Gesundheitsberufen und Pflegekräften vereinfacht und unterstützt.

1. Verbesserte **strukturelle, ökonomische und juristische Rahmenbedingungen** müssen Kooperatio-

⁶ vgl. <https://gesundheitsverbund.at/auftakt-fuer-das-diabeteszentrum-wienerberg-in-favoriten/>

nen zwischen der Ärzteschaft und den verschiedenen Gesundheitsdienstleistern unterstützen.

2. **Die Aus- und Fortbildung** der DMP-DM2-Ärztinnen und -Ärzte soll ausgebaut und gefördert werden. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit Diabetologienkompetenz tragen wesentlich zur Abdeckung des steigenden Versorgungsbedarfs bei. **Es braucht zudem eine spezielle Fort- und Weiterbildung** für die involvierten Berufsgruppen, um die strukturierte, diabetesspezifische Versorgung im Zusammenspiel aller Beteiligten zu stärken.
3. Die **frühere Einbindung der Nephrologie** in das DMP und die Gründung von Kassenstellen für Nephrologinnen und Nephrologen sind zu fördern, um diese Versorgungslücke zu schließen.
4. In puncto Früherkennung ist anzudenken, **Apothekerinnen und Apotheker** enger miteinzubeziehen, da die Apotheke für viele Menschen ein niederschwelliger **Anknüpfungspunkt für Gesundheitsfragen** ist. Apotheken könnten zum Beispiel als niederschwellige Anlaufstelle Beratung, Information und Analyseaufgaben (Screenings und Kontrollmessungen) und die dazugehörige Dokumentation in Absprache mit der behandelnden Vertrauensärztin oder dem behandelnden Vertrauensarzt wahrnehmen. Diese wohnortnahe Infrastruktur ist für Menschen vor allem in ländlichen Regionen einfacher (Zeit-Weg-Komponente) erreichbar. [5]
5. Die **Etablierung von neuen Gesundheitsberufen** wie der spezialisierten Pflegeperson, **der Academic Advanced Practise Nurses (APN) for Diabetes Care**, ist in der umfassenden Diabetesbetreuung im niedergelassenen Bereich rasch vorwärtszutreiben. Menschen mit Diabetes mellitus leiden meist (besonders in zunehmendem Alter) an Folge- und Begleiterkrankungen. Spezialisierte Pflegepersonen helfen den Patientinnen und Patienten zu verbesserter Compliance und Adhärenz, womit sie der häufig eintretenden Multimorbidität entgegenwirken. Mit ihrer wissenschaftlichen Bildungsprägung tragen sie zu einer gezielten Weiterentwicklung der Gesundheits- und Krankenpflege bei. Die neue Berufsgruppe könnte künftig bisherige Versorgungslücken in der Diabetesbetreuung füllen, indem sie koordinative Aufgaben unter den Gesundheitsberufen wahrnimmt, also bisherige Reibungsver-

luste, Mehrgleisigkeiten oder Betreuungsmängel minimiert. Ressourceneffiziente Verbesserungen in struktureller und personeller Hinsicht (gemeinsam mit den betreuenden Ärztinnen und Ärzten, Diätologinnen und Diätologen bzw. Diabetesberaterinnen und Diabetesberatern sowie Therapeutinnen und Therapeuten z. B. zur psychologischen und physiologischen Begleitung) können die Kostenträger im österreichischen Gesundheitswesen entlasten.

V. Digitalisierung und Datennutzung

Diabetesregister und digitaler Diabetespass

1. Ein bundesweit einheitliches **Diabetesregister** sollte zur flächendeckenden Diabetes-Datenerfassung aufgebaut werden. Die ÖDG hat mit Unterstützung der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) erst kürzlich die **Studie „Diabeteslandschaft Österreich“** initiiert und damit einen Schritt in diese Richtung gesetzt. Sie soll die Prävalenz von nicht-diagnostiziertem Diabetes und Prädiabetes sowie den Versorgungsstandard von Menschen mit Typ-2-Diabetes in Österreich erfassen. Die Studie stellt einen wichtigen Zwischenschritt für die Schaffung einer **Datenbasis für eine bedarfsorientierte und inzidenzbasierte Ressourcenplanung** im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit Diabetes bzw. Prädiabetes dar. Die Studienergebnisse werden für das Frühjahr 2022 erwartet. Die PRAEVENIRE Initiative begrüßt diese Studie als wichtigen Baustein für eine Versorgungsoptimierung. [6]
2. **Dokumentationsprogramme und Datenaustausch** zwischen den Bereichen sowie mit (vorhandenem) Datenmaterial aus dem Dachverband der Sozialversicherungen wären für die Erhebung und Analyse sowie für ein Diabetes- und Outcome-Register förderlich. So sind zum Beispiel 80 Prozent chronischer Wundheilungsstörungen diabetisch. In Wien wird ein „Wundnetz“ aufgebaut, dessen Struktur bundesweit genutzt werden sollte.
3. Die Nutzung der Daten und Register sollte für die **Scientific Community** bzw. für **Forschungszwecke** ermöglicht werden. Selbstverständlich unter Einhaltung jeglicher Datenschutzrichtlinien.

4. Das **Digitalisierungspotenzial** ist stärker zu nutzen, nämlich versorgungswirksam: Es gibt viele **telemedizinische Pilotprojekte** im Bereich Telemonitoring und Telekonzil für Diabetikerinnen und Diabetiker. Diese Formate sollten national und versorgungswirksam ausgerollt werden.
5. Es ist ein **digitaler Diabetespass** umzusetzen. Dieser wäre eine sinnvolle Erweiterung des bereits in Papierform existierenden Passes und würde die interdisziplinäre und ebenenübergreifende Zusammenarbeit im Versorgungs- und Patientenpfad durch eine einheitliche Behandlungsdokumentation sehr unterstützen. Laut ÖDG kann durch die elektronisch vorhandene übersichtliche Information die Behandlungsqualität wesentlich optimiert werden.

VI. Sicherstellen von Finanzierung und Förderungen

Diabetes gefährdet die Gesundheit und verursacht hohe Kosten.

Von den eingangs erwähnten gesamtwirtschaftlichen Kosten über 2,9 Milliarden Euro rechnet man rund 1,9 Milliarden Euro den diagnostizierten und eine Milliarde Euro den noch nicht diagnostizierten Personen zu.⁷ Die Relation zeigt die hohe Relevanz von Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen, die sich in der Finanzierungs- und Versorgungsplanung niederschlagen sollte.

1. Die **Kassenverträge** sind dahingehend **anzupassen**, dass gerade in der Diabetes-Aufklärung **ausführlichere Arzt-Patienten-Gespräche** möglich werden. Mit der „Fünf-Minuten-Medizin“, die durch Deckelungen und Degressionen forciert wird, ist dies für die Ärzteschaft nicht zu bewerkstelligen – zum Leidwesen der Versicherten. [7]
2. Die **Honorierung von Gesundheitsberufen** ist verstärkt an der entsprechenden Refundierung der Betreuungsleistung auszurichten. Diese ist nicht nur technisch (**Telemedizin**), sondern vor allem zeitlich aufwändig. Dabei ist zu bedenken, dass der **Zeitfaktor in der Betreuungsleistung** derselbe bleibt, auch wenn die Kommunikationsart unterschiedlich – persönlich oder telemedizinisch – ist. Findet dies bei

der Honorierung für Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Diätologinnen und Diätologen, Therapeutinnen und Therapeuten oder Pflegefachkräften keine Berücksichtigung, so werden diese Leistungen außerhalb „öffentlicher“ Einrichtungen nicht auf Kassenbasis angeboten werden können. Generell wäre es notwendig, die Beratungsleistung der Ärzteschaft, der Apotheken sowie der Gesundheitsdienstleister und Pflegedienste auch als **Beitrag zur Prävention** und zur **Förderung der Therapietreue** anzuerkennen und optimalerweise pauschal entsprechend zu honorieren.

3. Wichtig für Betroffene ist eine **Vereinfachung der Erstattung von Therapiekosten** (Ernährungs- und Bewegungstherapien). Ebenso sollte eine klinisch-psychologische Behandlung wie die **Psychodiabetologie** von den Krankenkassen übernommen werden. Beispielgebend dafür sind die Psychoonkologie oder Psychokardiologie. Bedarf haben meist jene Patientinnen und Patienten, die ohnedies über wenig finanzielle Mittel verfügen.
4. Erstattungsrichtlinien sind anzupassen, um den **Zugang zu zugelassenen (innovativen) Medikamenten und Medizinprodukten** für Verschreiber niederschwelliger zu ermöglichen. Die für Patientinnen und Patienten bestmögliche und evidenzbasierte Therapie soll vorrangig sein und es soll möglich sein, Therapien frühzeitiger einzusetzen (unabhängig von Laborwerten). Die Erstattung leitlinienkonformer Behandlungen durch leitlinienkonforme Therapien muss gewährt werden.
5. Die **zeitgemäße technisch unterstützte Diabetestherapie** muss finanziert werden. Es wurden in den letzten fünf Jahren beträchtliche Fortschritte gemacht, die Betroffenen einen angenehmeren Alltag dank erleichterter Anwendung von technischen Hilfen ermöglichen. Deshalb müssen diese unbürokratisch bewilligt und kassenfinanziert werden. Anhand von Registern bzw. Datenerhebungen der pädiatrischen Diabetologie sind die Zusammenhänge zwischen Patientennutzen, Adhärenz, Lebensqualitätssteigerung und verringertem metabolischen Syndrom bzw. besserem Therapieergebnis sichtbar.
6. **Ein Sondertopf für die Diabetesversorgung** wird nach Expertenmeinung als eine geeignete Lösung zur Finanzierung gesehen. Damit könnte der Grundstein für eine flexiblere interdisziplinäre und bereichs-

⁷ vgl. <https://www.wko.at/Content.Node/kampagnen/wiener-wirtschaftskreis/Diabetes.pdf>

übergreifende Betreuung gelegt, ein „Hin- und Her“ zwischen extra- und intramuralem Bereich aufgelöst und die Spannung zwischen den Gesundheitsberufen abgebaut werden.

Patientenorientierung

In den Gesundheitseinrichtungen – insbesondere im urbanen Umfeld – muss auf die **Diversität** eingegangen werden, indem auf Menschen mit **Migrationshintergrund** Rücksicht genommen und die **Sprachbarriere** bestmöglich abgebaut wird. Betreuungspersonal sollte diesbezüglich ausgebildet, die Finanzierung sichergestellt und eine entsprechende Mitarbeiterzahl eingeplant werden. Außerdem soll auf **gendergerechte** (z.B. betreffen o.g. Sprachbarrieren eher Frauen), **kulturspezifische und familienfreundliche Betreuung** geachtet werden.

Schulungen sollten dort angeboten werden, wo sie gebraucht werden. Sie unterstützen die Betreuung und sind sowohl online als auch persönlich in Form von Workshops oder Seminaren anzubieten. Erfolgreiche Pilotprojekte sollten bundesweit und mit Unterstützung der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) zur Verfügung gestellt werden. **Web und Apps sowie Blogs und Portale** bieten sich an, für Services und Schulungsmaterialien genutzt zu werden. Dazu sollte die Einbindung (betreuender) Angehöriger in Schulungen ebenso wie eine digitale

Plattform, die auch in ländlichen Regionen das Angebot sichert, bedacht werden.

Eine nicht zu unterschätzende **Diabetes-Expertise** ergibt sich seitens der **Selbsthilfeorganisationen**, die dank der Weitergabe ihrer Erfahrung und ihres Erlebnisswissens einen großen Beitrag zum Patientenwohl und zur Gesundheitssystemkompetenz leisten. Selbsthilfegruppen⁸ und Initiativen⁹ sind zu unterstützen. Ihre Mitwirkung bei der persönlichen Patientenberatung (insbesondere bei Selbstkontrollen wie Fußuntersuchung und Zuckermessung) und ihre Hilfe beim täglichen Umgang mit Diabetes mellitus sind sehr wertvoll.

Selbstverantwortung muss für Patientinnen und Patienten selbstverständlich werden. Das gelingt nur dann, wenn sie entsprechende **Unterstützung** für ihre persönlichen Gesundheitsagenden (Förderungen für Prävention, Anreize zur Lebensstilmodifikation, Bürokratieabbau bei Verschreibungen oder Anträgen für Therapien etc.) erhalten und Gesundheitswissen von Kindheit an vermittelt wird. [8]

Dem **Paradigmenwechsel Mobilität statt Passivität** ist bei der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen mit Diabetes Rechnung zu tragen: Zeit, die eine solche Betreuung und Motivation zur aktiven Teilhabe in Anspruch nehmen, ist der wichtigste Faktor. Dieser Mehraufwand ist den Gesundheits- und Pflegeberufen entsprechend zu honorieren.

[1]–[8] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 12.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Diabetes 2030



NÖ Patienten- und
Pflegeanwaltschaft



ÖDG Österreichische Diabetes Gesellschaft
helfen, heilen, forschen



Diagnostics



⁸ vgl. Dachorganisation der Diabetes Selbsthilfe Österreich „wir sind diabetes“ (<https://www.wirsinddiabetes.at/>)

⁹ vgl. Österreichische Diabetes Gesellschaft (<https://www.oedg.at/>)

12.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissenspositionen und Ergänzungen der Ärztekammer für Wien

[3] Zu III.4.: Es wird das Diabeteszentrum der Stadt Wien erwähnt, durch welches zwar zahlreiche Fortschritte erzielt wurden, dessen Öffnung allerdings noch Jahre dauern wird. Aus diesem Grund ist es aus Sicht der Ärztekammer für Wien nicht als Top-Beispiel zu nennen.

[5] Zu IV.4.: Screenings in Apotheken hält die Ärztekammer für Wien für den vollkommen falschen Weg. Die Patientin, der Patient wird aufgrund der fehlenden Fachkompetenz mit den Werten verunsichert, allein gelassen und in der Apotheke werden eventuell OTC-Präparate oder paramedizinische Mittel abgegeben. Nimmt man die Trennung zwischen Arzt- und Apothekerberuf ernst, dann können Screenings nicht in Apotheken stattfinden. Wenn die Apothekerschaft diese Trennung nicht mehr möchte, muss auch das Verkaufsmonopol für Arzneimittel fallen.

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

[1] Zu II. „Optimierung von Früherkennung und Prävention“: Die meisten Menschen im erwerbsfähigen Alter verbringen einen Großteil ihres Tages am Arbeitsplatz. Die Gestaltung des Arbeitsplatzes ist aus diesem Grund zentral für die langfristige Gesundheit. Die Umsetzung und Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung können und müssen in der Prävention und Früherkennung verstärkt eine Rolle spielen. Als Maßnahmen könnten Bonifikationen oder eine bevorzugte Berücksichtigung bei der Auftragsvergabe von Unternehmen mit gesundheitsfördernden Angeboten angedacht werden.

[2] Zu III.1. („Versorgungsstruktur transparent gestalten – bedarfsgerechte Betreuung auf mehreren Ebenen“):

Im Fall von Diabetes ist eine patientenorientierte Versorgung entscheidend. Durch niederschwellige, integrierte und interdisziplinäre Therapiemaßnahmen können eine höhere Versorgungs- und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten bewirkt sowie Begleit- und Folgeerkrankungen vermieden werden.

Für eine integrierte Versorgung fehlen derzeit wohnortnahe Einrichtungen, wie Primärversorgungseinheiten oder Netzwerkpraxen, in denen Patientinnen und Patienten umfassend von Haus- und/oder Fachärztinnen sowie -ärzten, von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften, Diätologinnen und Diätologen, Ernährungsberaterinnen und -beratern, Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern etc. in Form einer interdisziplinären Kooperation kontinuierlich behandelt und betreut werden können. Internationale Beispiele von alternativen Versorgungsstrukturen zeigen, dass durch ein besseres Disease Management eine Reduktion der Zahl der Erkrankungen und ihrer Folgen, aber auch eine Reduktion der Krankenhausaufenthalte erreicht werden kann.

Notwendig ist die Schaffung von Rahmenbedingungen für eine ebenenübergreifende Versorgung in einem interdisziplinären Setting. Klarstellungen betreffend Honorarrichtlinien von Health Care Professionals, eine pauschalisierte Honorierung von Ärztinnen sowie Ärzten, transparente Leistungskataloge und die Etablierung innovativer Maßnahmen, wie der Telemedizin für interdisziplinäres Case-Management, werden für die künftige Schließung der strukturellen Versorgungslücken entscheidend sein.

[4] Zu III. 6. Disease-Management: Erfreulich ist, dass die Anzahl der am Programm teilnehmenden Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte steigt. Dennoch ist sie immer noch – im Verhältnis zur Zahl der Erkrankten in Österreich – relativ gering. Aktuell sind 1.915 Ärztinnen und Ärzte und lediglich 93.607 Patientinnen und Patienten an „Therapie Aktiv“ beteiligt (Stand 2021). Daher muss es ein primäres Ziel sein, das Disease Management Programmangebot österreichweit zu erweitern. Eine verpflichtende Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte am Programm könnte die Zahl der teilnehmenden Patientenschaft deutlich erhöhen.

[6] Zu V.1. Studie zur interdisziplinären Diabetesversorgung in Österreich: Die Arbeiterkammer Wien hat bei der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs-GmbH eine Studie zur interdisziplinären Diabetesversorgung in Österreich in Auftrag gegeben. Zielsetzung der Studie sind – unter Begleitung eines wissenschaftlichen Beirates – eine Bestandsaufnahme der aktuellen Diabetes-Typ-2-Versorgung in Österreich in quantitativer und qualitativer Hinsicht, die Vorstellung von internationalen „Good-Practice“-Modellen sowie die Skizzierung des Idealmodells einer integrierten Versorgung aus Sicht verschiedener Akteurinnen und Akteure.

[7] Zu VI.1. „Sicherstellen von Finanzierung und Förderungen“: Im Zuge der Diabetesaufklärung und kontinuierlichen Betreuung ist Zeit ein wesentlicher Faktor. Derzeit besteht eine finanzielle Abhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich von der Anzahl der Patientinnen und Patienten. Durch die Umstellung der Honorierung auf Pauschalanteile in Form von Betreuungspaketen könnte eine längere Betreuungszeit pro Patientin und Patient erreicht werden. Gleichzeitig ist eine interprofessionelle Zusammenarbeit

notwendig. Der Abschluss von Kassenverträgen für Health Care Professionals mit der Krankenkasse soll ermöglicht werden. Eine Aufwertung der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege sowie der verstärkte Einsatz anderer Gesundheits- und Sozialberufe (beispielsweise von Diätologinnen und Diätologen, Podologinnen und Podologen, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberatern, Psychodiabetologinnen und Psychodiabetologen u. v. m.) ist notwendig, um eine höhere Betreuungsqualität zu bewirken und Zeitressourcen für ausschließlich ärztliche Aufgaben zu schaffen.

[8] Zu Patientenorientierung, 4. Absatz, Selbstverantwortung: Die Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist ein zentrales Ziel für die Gestaltung von künftigen gesundheitspolitischen Maßnahmen. Gesundheitsförderliches Verhalten ist stark von sozioökonomischen Determinanten wie Einkommen, Arbeitsplatz, Wohnverhältnissen abhängig. Es sind Arbeits- und sonstige Lebensbedingungen, welche Menschen in eine Zwangslage führen. Armutsgefährdete Menschen sind daher stärker betroffen. Für die Erhöhung der Gesundheitskompetenz sind eine gemeinsame Politik und gesellschaftsübergreifende Zusammenarbeit von Akteurinnen und Akteuren des Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesens aber auch der Wirtschaft notwendig. Statt zusätzlichen ökonomischen Druck aufzubauen, sind die Rahmenbedingungen so zu verändern, dass gesunde Lebensverhältnisse für alle erreichbar gemacht werden.

13. Kinder- und Jugendgesundheit

» Rehabilitation – Versorgung – Gesundheitskompetenz – Corona-Learnings «

13.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ Den Mutter-Kind-Pass in einen **bis zu einem Alter von 18 Jahren gültigen Eltern-Kind-Pass** umwandeln!
- ✓ Raum für den **Bewegungsdrang** von Kindern schaffen!
- ✓ Die **Schularztkompetenzen** klar regeln und erweitern!
- ✓ Das **Versorgungsdefizit** im Kassenarztbereich beheben!
- ✓ Anspruch auf **Dienstfreistellung mit Entgeltfortzahlung für Begleitpersonen** für Kinder- Jugendlichenrehabilitation schaffen!
- ✓ Eine **Nach- und Weiterbetreuung** infolge eines Reha-Aufenthalts wohnortnahe ermöglichen!

13.2 IM FOKUS

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist dem 2009 gegründeten Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich ebenso wie dem PRAEVENIRE Gesundheitsforum ein wichtiges gemeinsames Anliegen. Um der Dringlichkeit dieses Themas Ausdruck zu verleihen und diesem Bereich das notwendige Gewicht und den notwendigen Raum zu geben, initiierte der Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich in Kooperation mit PRAEVENIRE die Initiative „Kinder- und Jugendgesundheit 2030“. Gemeinsam wurden Expertinnen und Experten sowie relevante Stakeholder im Juni 2021 zu einem eintägigen Gipfelgespräch am Fuße der Rax eingeladen. Die Auftaktveranstaltung zielte darauf ab, die jeweiligen Problemfelder zu den vier vordefinierten Themenfeldern Kinder- und Jugendrehabilitation, Sicherstellung pädiatrischer Grundversorgung, Gesundheitskompetenz sowie Coronafolgen zu benennen und Lösungsansätze zu finden. Auf Basis der Impulsvorträge und in den dazu korrespondierenden Workshops kristallisierten sich die Ideen und Visionen der teilnehmenden Expertinnen und Experten heraus.

Die **Komplexität** der Thematik Kinder- und Jugendgesundheit ergibt sich nicht zuletzt aufgrund der durch die **Altersspanne** bedingten medizinischen **Breite des Fachs** und der **dualen Funktion von Pädiaterinnen und Pädiatern**. Sie agieren als Hausärztin, Hausarzt für bis zu 18-Jährige und sind gleichzeitig in ihrem ausgewählten Fachbereich spezialisiert. Deshalb ist es wünschens- und empfehlenswert, diese vorhandene Expertise in gesundheitspolitische Planungen und Entscheidungen sowie bei Stellungnahmen (Mutter-Kind-Pass, Arzneimittelkommission, Versorgung, Ausbildung etc.) mit einzubinden. Die Regelversorgung durch Pädiaterinnen und Pädiater steht – zumindest im kassenärztlichen Setting – in Österreich zunehmend unter Druck. So waren laut einer Studie im Jahr 2019 im österreichischen Schnitt zwölf Prozent der Planstellen unbesetzt. Dies stellt laut Österreichischer Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) keinen vorübergehenden Engpass dar; mit einer Verschärfung dieses Umstandes ist in bestimmten Regionen konstant zu rechnen.

Die von den Expertinnen und Experten ausgearbeiteten Lösungsansätze zu diesen Frage- und Problemstellungen wurden vom Verein PRAEVENIRE in folgende Handlungsempfehlungen für die gesundheitspolitischen Entscheidungsträgerinnen und -träger übersetzt.

Erfreulich ist, dass bereits **weitere Erfolge und Fortschritte** in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation erreicht werden konnten:

Der Förderverein für Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich unter Obmann Markus Wieser hat sich besonders der Problematik der nicht bedarfsentsprechend in Anspruch genommenen bestehenden Einrichtungen für stationäre Rehabilitation für Kinder und Jugendliche gewidmet. Die Herausforderung besteht insbesondere darin, dass es vielen betroffenen Eltern nicht möglich ist, im Ausmaß von bis zu vier Wochen, der durchschnittlichen stationären Verweildauer, vom Arbeitsplatz fernbleiben zu können. Der Verein hat durch Vorarbeiten und Beratung den parlamentarischen Initiativantrag 2127/A vom 15. Dezember 2021 zur **Änderung des Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetzes** unterstützt. Kern der vorgeschlagenen Gesetzesänderung ist der Anspruch auf Dienstfreistellung zur Begleitung und Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen unter Fortzahlung des Entgelts für Eltern, deren Kindern vom zuständigen Sozialversicherungsträger ein (stationärer) Aufenthalt im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation bewilligt wurde.

Einen weiteren erfolgreichen Fortschritt stellt die Entscheidung der ÖGK dar, die Bewilligung einer weiteren Begleitperson für Begleitkinder im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen. Begleitkinder sind (unbetreute) Kinder, im Regelfall ohne Behandlungsbedarf, während Begleitpersonen Erwachsene sind, die rehabilitationsbedürftige Kinder bzw. Begleitkinder während des Aufenthalts begleiten.

Im Rahmen von Einzelfallentscheidungen kann nunmehr die Bewilligung für eine weitere Begleitperson durch die ÖGK erteilt werden; dies vor allem dann, wenn eine besondere soziale, familiäre oder medizinische Begründung für das Begleitkind vorliegt, wenn es zur Sicherung des Therapieerfolges des zu rehabilitierenden Kindes oder Jugendlichen erforderlich ist oder wenn im Sinne der Familienorientierung durch die Mitaufnahme eine positive Auswirkung auf den Therapieerfolg anzunehmen ist.

13.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich kann ein gutes Zeugnis ausgestellt werden. Zu verbessern sind der familienzentrierte Ansatz in der Rehabilitation und die Versorgungsgrundlagen, die noch mehr auf die spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen eingehen müssen. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt daher folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

I. Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Nach großen Fortschritten gilt es nun, die nächsten Meilensteine zu setzen.

1. Auf Basis einer Bedarfszahlenermittlung der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und der ÖGKJ erfolgte sukzessive der Auf- und Ausbau der Kinderrehabilitationseinrichtungen, deren Grundlage der seitens Österreichischem Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2012 erstellte Rehabilitationsplan darstellt.

Nach der von Bund und Ländern ausverhandelten Finanzierungsregelung und einem EU-weiten, zweistufigen Vergabeverfahren ging 2018 die erste Einrichtung in Betrieb. Derzeit sieht der Rehabilitationsplan für elf Indikationsgruppen 343 Betten in vier Versorgungszonen vor. Diese breite Entwicklung war wichtig, um jene Qualitäten und Quantitäten abzubilden, die über die medizinische und therapeutische Betreuung hinaus auch eine entsprechende Ausstattung bieten.

2. Ein **pädagogisches Setting in den Einrichtungen** ist wesentlich, um den Kindern nach ihrem Aufenthalt einen nahtlosen schulischen Anschluss zu ermöglichen. Zu verbessern sind allerdings die Spezifizierung der Ausbildung der Gesundheitsberufe, die Unterstützung der extrem belasteten Betreuungspersonen (meist Mütter) und die pädagogischen Rahmenbedingungen. Denn ein körperliches Handicap ist keinesfalls mit einer kognitiven Beeinträchtigung gleichzusetzen. Notwendige **Adaptierungen** für die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation sind daher:

- a) Freistellung von Begleitpersonen (Z-Diagnosen)
 - b) Ausweitung der Familienorientierung (FOR) über die hämatoonkologischen Indikationen hinaus, indikationsspezifisch z. B. Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP), Kardiologie
 - c) Bündelung von Indikationen z. B. Kardiologie, Pulmonologie, cystische Fibrose
 - d) Gründung einer Arbeitsgruppe mit Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP), Abstimmung stationär/ambulant und Entwicklung von Rehabilitation in Zentren
 - e) Mutter-und-Kind-Therapie: beide mit Diagnose; Regelung der Therapie ist unklar
 - f) Rehabilitationskultur: Zuweisung seitens niedergelassener Medizinerin oder niedergelassenem Mediziner und Kinder- und Jugendfachärztin, -facharzt (vgl. Rehabilitationskatalog für Erwachsene)
 - g) Zentrale Koordinationsstelle (vgl. Erwachsene), regelmäßige Vernetzungstage
 - h) Analyse und Adaptierung der Tagsätze mit Ziel einer annähernden Vollausslastung
 - i) Evaluierung bisheriger Erfahrungen und Berücksichtigung in Folgeplanungen: z. B. höherer Bedarf an Pädagoginnen und Pädagogen als angenommen, in der FOR mehr Begleitpersonen als angenommen (>1:2,5), im Leistungsprofil Abbildung zusätzlicher Schulungen
 - j) Einbezug von Begleitpersonen in den Therapieprozess
 - k) Thematisierung von Transition und Aufbau entsprechender Versorgungsstruktur, insbesondere relevant z. B. bei chronischen Krankheiten, Krebs, angeborenen Stoffwechselstörungen
 - l) Qualitätssicherung der Outcomes der Rehabilitationszentren in Österreich, interdisziplinäre Abstimmung (Rehabilitationswissenschaft, Forschungsprojekte)
3. Eine Lücke besteht nach wie vor in der **Nachbetreuung**, die an einen erfolgten Rehabilitationsaufenthalt anschließt, da es an entsprechender Information, Versorgung und Betreuung fehlt. Eltern müssen über die weitere Vorgehensweise für die Verbesserung des Gesundheitszustandes ihres Kindes Bescheid wissen und brauchen ambulante Rehabilitationseinrichtungen und/oder telemedizinische Weiterbetreuung.
 4. Das dringlichste Problem in der Kinder- und Jugendrehabilitation stellt die **Regelung für Begleitpersonen**

dar. Für sie fehlt eine rechtliche bzw. finanzielle Absicherung (z. B. Freistellung von der Arbeit), die durch einen oft wochenlang dauernden Rehabilitationsaufenthalt eines Kindes notwendig wird. Die Kriterien der FOR sind klar definiert. Diese braucht es jetzt auch für die Begleitperson. Dazu müssen die Zuständigkeiten klar geregelt sein und Leistungsprofile für Zahlende, Versichernde, Träger etc. in Expertengruppen spezifisch für jede medizinische Indikation erstellt werden. Für die Nachsorge müssen Bund und Länder für eine österreichweit einheitliche Erhebung des Bedarfs zusammenarbeiten.

5. Es ist ebenso wie im Erwachsenenbereich eine **Resilienz-Strategie** zu erstellen, um für kommende Krisen gerüstet zu sein. Für alle Maßnahmen gilt die Notwendigkeit der Aufsetzung eines strikten Zeitplans, um die nächsten Schritte frühzeitig setzen und das Ziel möglichst vor 2030 erreichen zu können.

II. Sicherstellung pädiatrischer Grundversorgung

Beste Betreuung gewährleisten.

1. Das im **Kassenarztbereich akut bestehende Versorgungsdefizit** könnte rasch durch eine Teilaufhebung der Deckelung erreicht werden. Dies ermöglicht eine Anstellung einer zweiten Ärztin bzw. eines Arztes. Damit wäre die Betreuung einer höheren Anzahl an Kindern und Jugendlichen möglich. Mittel- und langfristig ist auch Folgendes hervorzuheben: Die Erweiterung parallel angebotener kassenärztlicher Arbeitsmodelle könnte durch eine Zusammenarbeit in Gruppenpraxen und eine Einbindung in Primärversorgungseinheiten (PVE) etc. erfolgen. Die Entscheidung für ein bestimmtes Modell sollte die jeweilige Region flexibel treffen können. Mehrere Modelle sollten nebeneinander möglich sein.
2. Die **Lehrpraxis ist zu fördern**, um während der Facharztausbildung die Arbeit in der Praxis kennenzulernen, um im Anschluss an die Facharztausbildung z. B. eine einjährige Mitarbeit zu ermöglichen oder um Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner anzubieten, pädiatrische Erfahrung zu sammeln.
3. Die **Durchlässigkeit** zwischen intramuralem und extramuralem Bereich sollte gegeben sein, sodass Pädiaterinnen und Pädiater in einem Spital und z. B. einmal wöchentlich in einer Praxis (vor allem in der

Peripherie ein wesentlicher Punkt) tätig sein können. Zudem können richtungsweisende neue Organisationsformen als Inspiration für neue und effizientere Wege der Versorgung dienen. Als Beispiel sei ein Pilotprojekt im Klinikum Kirchdorf (OÖ) genannt, bei dem die Zusammenlegung von pädiatrischer Facharzt-Praxis und Spitalsambulanz gewagt und damit die Grenzen zwischen intra- und extramuralem Raum überwunden wurden. Ziel war die Errichtung eines innovativen integrierten Versorgungsmodells, das Sektorengrenzen überschreitet und die Versorgung im Sinne der Betroffenen am Best Point of Service ausrichtet. Evaluierungen zum Pilotprojekt zeigten erfreuliche Ergebnisse: So wurden die Zielvorgaben für Patientenzufriedenheit erfüllt und eine Attraktivierung des Versorgungsstandortes Klinikum Kirchdorf für Leistungserbringer erreicht, gleichzeitig konnte aus Sicht der Kostenträger im Vergleich zur vorigen eine effektivere und effizientere Versorgungsstruktur am Standort geschaffen werden. [1]

4. Zur Deckung der Versorgung sollte auch die **Einbindung nichtmedizinischer Berufsgruppen** (Apotheke, Gesundheitspflege, Therapeutinnen und Therapeuten etc.) mitgedacht werden.
5. Als mittel- und langfristiges Ziel **zur Sicherstellung der pädiatrischen Grundversorgung** werden die Aufhebung föderalistischer „Grenzen“ und damit einhergehend die **Finanzierung aus einer Hand** gesehen. Die bestmögliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen sollte vorrangig sein – nicht jedoch die Tatsache, ob sie stationär oder ambulant betreut werden.
6. Das Honorarsystem ist soweit zu vereinfachen, dass es zu einer spürbaren Reduktion der Administration kommt. Bei der Honorierung sind die Basisversorgung und der Faktor „Zeit“ aufzuwerten.
7. Eine Valorisierung der seit 1994 nicht angepassten Mutter-Kind-Pass-Honorare ist anzustreben.

III. Gesundheitskompetenz

Das intrinsisch gut ausgeprägte Gesundheitsgefühl ist zu fördern.

1. Die Gesundheitsbildung in Österreich ist unzureichend, Health Literacy aber eine wesentliche Voraussetzung, um eigenverantwortlich die richtigen Gesundheitsentscheidungen (gesunde Lebensweise,

Wahrnehmung von Präventionsangeboten etc.) treffen zu können. Deshalb empfiehlt es sich, ein **Schulfach Gesundheitskompetenz** in die Lehrpläne zu integrieren.

2. **Kinder und Jugendliche haben ein intrinsisch gut ausgeprägtes Gesundheitsgefühl.** Dieses wird aber aufgrund verschiedenster gesellschafts- und sozialpolitischer Einflüsse aberzogen. Das Bewusstsein der Erwachsenen für die Bedeutung der Gesundheitskompetenz ist zu fördern, um eine **„GesundheitsVERziehung“ zu vermeiden**. Eltern, erziehungsrelevanten Personen (Schule) und Bezugspersonen ist bewusst zu machen, wieder vermehrt auf die Probleme von Kindern und Jugendlichen (Bauchweh, „mir ist fad“) zu hören und sich die Zeit zu nehmen, darauf einzugehen, um gezielt Ursachen herauszufinden, anstatt Symptome zu bekämpfen („Lifestyleproblematik“). Konkret bedeutet dies: Anstatt Kinder durch Medienkonsum oder „süße Belohnungen“ „glücklich“ zu machen, gilt es, ihnen nachhaltig Zeit und Gehör zu schenken und ein etwaiges Gesundheitsproblem gemeinsam zu erkennen und anzugehen.
3. Die Pädiatrie sieht sich mit einer Vielfalt von Problemfeldern konfrontiert, die einer **großen abzudeckenden Altersspanne** geschuldet sind. Deshalb sind für die Etappen bis zur Adoleszenz viele Zugänge nötig. Um den unterschiedlichen Problemstellungen gerecht zu werden, muss die Gesundheitskompetenz bereits in der Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen und den Gesundheitsberufen einen höheren Stellenwert erhalten. Ein Lösungsansatz ist es, Health Literacy und Gesundheitswissensvermittlung stärker in (pädagogische) Ausbildungscurricula zu integrieren.
4. Der natürliche Bewegungsdrang wird sowohl im Laufe der Erziehung („Stillsitzen ab der Volksschule“) als auch durch **bauliche Umgebungsfaktoren** („Ballspielen am Rasen verboten“) eingedämmt. Es sollten daher sowohl in der Stadt als auch am Land mehr Bewegungsraum und -freiheit geschaffen werden, wo – über schulische Initiativen und Sportvereinsaktivitäten hinausgehend – die eigen- und selbständige Aktivität von Kindern gefördert wird.
5. Aufgrund ökonomischer, sozialer und politischer Einflussfaktoren ist das Zusammenleben in einer Großfamilie weggebrochen. Dadurch gehen einerseits die Wissensweitergabe von Generation zu Generation und andererseits innerfamiliäre Be-

treuungsmöglichkeiten verloren. Daher sind die Kommunen bzw. die öffentliche Hand gefordert, ihre **gesellschaftliche Verantwortung** wahrzunehmen und Einrichtungen von Grünflächen und Bewegungsmöglichkeiten im öffentlichen Raum als lebenswertes Umfeld zur Förderung körperlichen und geistigen Wohlbefindens zu gestalten.

6. Sozioökonomische und kulturelle Einflüsse können Gesundheitsbildung erschweren. Auf **Sprachbarrieren und Migrationshintergrund** ist im Zuge der Gesundheitsbildung gesondert zu achten.
7. Der Mutter-Kind-Pass sollte stärker auf Gesundheitsbildung ausgerichtet sein. Die Bezeichnung **Eltern-Kind-Pass** statt Mutter-Kind-Pass fördert ein gendergerechtes Agieren und Ansprechen bei der Elternteile zu gleichen Teilen. Inhaltlich sollte der Pass adaptiert (Erweiterung um u.a. Ergotherapie) und bis zum 18. Lebensjahr geltend gemacht werden. Damit kann eine Motivation für Gesundenuntersuchungen und Impfungen durch „Nudging“ erfolgen.

IV. Corona-Learnings

Rasch und aktiv handeln, um psychische Belastung zu minimieren.

1. Zu beginnen ist bei der **Ausbildung** von Pädagoginnen und Pädagogen **zum Thema Krisenmanagement**. Bis dato gibt es zu diesem Gebiet keine Lehrangebote. Beispielsweise wären Volksschullehrerinnen und Volksschullehrer eine anzusprechende Zielgruppe.
2. **Gesundheitskompetenzvermittlung** in der Schule ist wesentlich. Sie sollte kreative Lösungsansätze aufweisen; Lehrpläne sind im Zuge dessen auf den aktuellen Stand zu bringen.

3. Das Thema Bildung erfasst mehr als die reine Wissensvermittlung: Es geht auch um **„Herzensbildung“ und psychosoziale Bildung**. Von Seiten des Bildungsministeriums kamen Stimmen, auch Home-schooling könne dies vermitteln. Aber die Realität während der Coronakrise sah anders aus, denn der Stress für Eltern und Kinder, z. B. aufgrund fehlender Räumlichkeiten und Infrastruktur (Laptop), war enorm. Das Bildungssystem muss an aktuelle Gegebenheiten angepasst werden – umfassender und weitgreifender als bisher.
4. Einen wichtigen Weg aus der Krise stellt die **Impfung** dar. Grundlegend ist eine evidenz- und faktenbasierte Informationsvermittlung, um dem „Glaubenwissen“ und der (Impfreaktion- und) Nebenwirkungsdiskussion erfolgreich entgegenzuwirken.
5. Es befinden sich viele Konzepte und Kontrakte in den Schubladen. Man muss das Rad nicht unbedingt neu erfinden. Einfacher in der Umsetzung ist es, **Bestehendes einem Update zu unterziehen**: Medizinische State-of-the-Art-Behandlung, innovative Therapien, Bürokratieabbau, Vereinfachungen der Zuständigkeiten, mehr Transparenz und einfacherer Zugang (am Patientenpfad zu Diagnose und früher Therapie, Rehabilitation und Nachsorge) für Betroffene, Angehörige und Bezugspersonen sollten berücksichtigt werden. **[2]**
6. Es darf nicht an der **Finanzierung**, an den Kosten liegen, dass gesundheitsförderliche Agenden nicht umgesetzt werden. Einiges muss leichter, demnach niederschwelliger und transparenter zugänglich gemacht werden (wie Diagnose und Therapie), die **Zuständigkeiten** verschiedener Träger auf Doppeltgleisigkeiten sind zu überprüfen, Länderspezifika aufzulösen (Stichwort Föderalismus) und Patientenwege zu optimieren (im Sinne von Informationsbereitstellung und Vereinfachung).

[1] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 13.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Kinder- und Jugendgesundheit



FÖRDERVEREIN
Kinder- und
Jugendlicherrehabilitation
in Österreich



13.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzungen der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG)

[1] Zu II.3.: Neue Konzepte der extramuralen Versorgung am Beispiel des Pädiatriemodells Klinikum Kirchdorf:

Es ist Faktum, dass insbesondere in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten die kassenärztliche pädiatrische Grundversorgung zunehmend zur Herausforderung wird – sowohl für die Pädiaterinnen, Pädiater als auch die Eltern mit ihren Kindern. Spitalsambulanzen werden dadurch verstärkt in Anspruch genommen, obwohl viele Tätigkeiten, die in österreichischen Spitalsambulanzen erbracht werden, auch extramural geleistet werden könnten. Eine Verlagerung in diesen Bereich muss allerdings strukturell und organisatorisch vorbereitet werden. Wichtigster Punkt ist dabei die Schaffung von Angeboten, die für Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall niederschwellig und unmittelbar bereitstehen.

Besonders der pädiatrische extramurale kassenärztliche Bereich ist allerdings schon heute von hoher Auslastung und langen Wartezeiten betroffen. Die Übernahme zusätzlicher Aufgaben aus dem ambulanten oder stationären Bereich ist angesichts der Ressourcenauslastung in diesem Feld unrealistisch.

Die OÖG (früher gespag) hat daher 2011 in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer für OÖ und der damaligen OÖGKK das pädiatrische Pilotprojekt im Klinikum Kirchdorf gestartet und damit die Grenzen zwischen intra- und extramuralem Sektor überwunden – mit dem Ziel, ein innovatives Modell für integrierte Versorgung in einem herausfordernden Fachgebiet zu etablieren. Die Kinderambulanz aus dem Klinikum Kirchdorf wurde im Zuge dessen in eine Kassengruppenpraxis für Kinder- und Jugendheilkunde ausgelagert. Im Krankenhaus verblieben die Notfallambulanz sowie die stationäre Abteilung mit dem Ziel, die pädiatrische Versorgung im Klinikum Kirchdorf zu stärken und gleichzeitig Kostendämpfungspotenziale, etwa durch Synergien in der Raum- und Gerätenutzung, zu luk-

rieren. Diese Kassengruppenpraxis wird vom Pädiatrieteam des Klinikums Kirchdorf geführt. Es besteht daher Personalunion zw. der Pädiatrischen Abteilung des Klinikums Kirchdorf und der Kindergruppenpraxis. Beide Einheiten sind örtlich am Klinikum Kirchdorf situiert.

Aus Krankenhausträgersicht wurde damit auf eine vor allem für Krankenanstalten außerhalb von Zentralräumen entstandene Situation reagiert: Sinkende Fallzahlen und Geburtenraten bei gleichzeitig hohem Personalaufwand für ärztliche und pflegerische Betreuung führten zu einer ökonomisch herausfordernden Situation. Daher wurden innovative Wege gesucht, bei optimalem Ressourceneinsatz eine dauerhafte Sicherstellung der (regionalen) stationären und ambulanten Versorgung im kindermedizinischen Bereich zu erreichen.

Aus Sicht der OÖG konnte damit eine effektivere und effizientere pädiatrische Versorgungsstruktur geschaffen werden. Weiters konnten die Patientenzufriedenheit und die Attraktivität des Versorgungsstandortes für Gesundheitsberufe gestärkt werden. Nicht zuletzt konnten mit Hilfe des Pilotmodells auch Herausforderungen und zu lösende Problematiken erforscht werden (z. B. im Hinblick auf die Ausbildung von Assistentärztinnen und Assistentärzten, rechtliche Fragestellungen) etc., die wertvolle Learnings für eine Verbesserung von Modellen dieser Art gewährt haben.

[2] Zu IV.5.: Auch aufgrund der exorbitanten Bedarfssteigerung und massiven Belastung bedarf es einer Schwerpunktsetzung im Bereich der psychischen Kinder- und Jugendgesundheit beginnend von Schulpsychologischen Diensten (Mobbing) über verstärkte Angebote von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanzen, den Ausbau der KJP-Abteilungen und Ausbildung hin zu Reha-Angeboten wie sie z.B. in unserer Kinder-Reha kokon Rohrbach-Berg bestehen und vertieft angeboten werden. Prävention, Resilienz und Therapie müssen gleichermaßen gestärkt werden.

14. PRAEVENIRE Initiative Pflege und Betreuung 2030

» Vorsorge forcieren – Vertrauen aufbauen – Vorkehrungen treffen «

14.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ Die **Pflegereform** dringendst umsetzen!
- ✓ Eine **Personalbemessungsmethode** zur Bedarfserhebung entwickeln!
- ✓ Eine **Ausbildungsoffensive** starten und ausreichend Plätze finanzieren!
- ✓ **Angehörige** bei ihren Betreuungstätigkeiten unterstützen!
- ✓ Verstärkt Pflegekräfte in die regionale Gesundheitsversorgung („**Community Nursing**“) einbinden!

14.2 IM FOKUS

Derzeit beziehen über 467.100 Menschen Pflegegeld – Tendenz stark steigend. Der **Pflegebedarf** ist zum einen auch der Tatsache geschuldet, dass es uns Menschen mittlerweile möglich ist, bis zu 130 Jahre alt zu werden. Der Anteil der über 80-Jährigen steigt bis 2030 auf rund sieben Prozent, bis 2050 auf 11,5 Prozent. Um möglichst viele gesunde Jahre verleben zu können, ist bei allen Vorhaben die **Pflegeprävention** in den Vordergrund zu stellen, sodass eine etwaige Pflegebedürftigkeit von vornherein möglichst vermieden werden kann. In diesem Sinne stehen die Förderung von Gesundheitskompetenz und Präventionsmaßnahmen in enger Verbindung zur Pflege thematik. Zusätzlich gilt es hinsichtlich der längeren Lebenserwartung, ein besonderes Augenmerk auf den Bereich der **Langzeitpflege** zu richten. Die Zahl der potenziell langfristig pflegebedürftigen Menschen wird in der EU stetig steigen, auf voraussichtlich 23,6 Millionen im Jahr 2030.¹

Bestimmende Faktoren der **Pflegebedarfserhebung** sind u. a. die sich ändernden Familienstrukturen (Rückgang von Mehrgenerationenhaushalten) oder Wohnsituationen (Singlehaushalte), der damit einhergehende Erwerbsdruck, der wiederum auf „Kosten“ (Zeitressourcen) für fürsorgende und betreuende Tätigkeiten innerhalb der Familie geht. Diesbezüglich ist der Rückgriff auf informelle Pflegekräfte nicht länger nachhaltig. Es steigt der Anteil an pflegerischem Unterstützungsbedarf. Dieser muss durch **qualifizierte Fachpersonen** erbracht bzw. zumindest begleitet werden. Es wäre unverantwortlich, Betreuende im familiären Verband mit fachlich anspruchsvollen Aufgaben alleine zu lassen. Diese volkswirtschaftlichen, sozialen und gesellschaftspolitischen Einflüsse sind auch für die Pflegelandschaft in Österreich relevant und daher ist diesen Entwicklungen in Planung und Gesetzesentwürfen Rechnung zu tragen. Deshalb ist auch die Ausbildung im Pflegebereich ein großes Schlüsselthema für die Zukunft – hier wird es ein großes Delta zwischen dem Pflegebedarf und dem Angebot geben. Eine Reduktion des Pflegepersonals wird sich vor allem dann ergeben, wenn nicht ausreichend ausgebildet wird. [1]

Hinsichtlich der **Finanzierung der Pflege** kann darauf hingewiesen werden, dass öffentliche Ausgaben für professionelle Pflegedienstleistungen nicht nur als Kostenfaktor, sondern als zunehmend wichtiger Wirtschaftsfaktor in einer alternden Gesellschaft betrachtet werden sollen. Berechnungen zeigen, dass jedem Euro, der für Pflegedienstleistungen ausgegeben wird, eine inländische Wertschöpfung von 1,70 Euro an Steuern und Sozialabgaben folgen.

¹ vgl. <https://www.wko.at/Content.Node/kampagnen/wiener-wirtschaftskreis/presentation-pflege-9-2021.pdf>

14.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Die Agenden betreffend Pflegekräftemangel in den Krankenhäusern, Personenbetreuung und Sozialbetreuung im niedergelassenen Bereich sowie die Unterstützung der Betreuung im häuslichen und familiären Umfeld müssen von gesundheitspolitischen Akteurinnen und Akteuren **vorausschauend, nachhaltig und vor allem zeitnahe umgesetzt** werden, um den vielfältigen Herausforderungen kurz-, mittel- und langfristig gewachsen zu sein. Folgender konkreter und dringender Handlungsbedarf besteht sowohl für die **professionelle (Krankenhaus-) Pflege, die Betreuung im familiären Verband** als auch für die **Optimierung der Nahtstelle** zu den angrenzenden Sozialbetreuungsberufen, dem Gewerbe der Personenbetreuung und den persönlichen Assistentinnen und Assistenten. Die österreichische Pflege-landschaft und Betreuungsmöglichkeiten brauchen ein starkes Fundament, auf dem sukzessive aufgebaut werden kann.

I. Pflege

Pflegebedarf dringend abdecken

Personalbemessungsmethode entwickeln.

1. Der Ausbau von Pflegedienstleistungen sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich ist essenziell. Notwendige Schritte und strategische Überlegungen können nur umgesetzt werden, wenn **ausreichend (Krankenhaus-)Personal** vorhanden ist. Konkret bedeutet dies, dass einer Anhebung des Pflegeschlüssels als Sofortmaßnahme ein quantitativ größeres Potenzial zugrunde liegen muss, aus dem akquiriert werden kann. Mittelfristig muss eine wissenschaftlich fundierte Personalbemessungsmethode für die diversen Settings entwickelt und implementiert werden.
2. Besonders in den Krankenhäusern, in Rehabilitationseinrichtungen, Pflege-, Betreuungs- und Altersheimen ebenso wie in den Hospizeinrichtungen zeigte die Coronakrise die **Strukturelevanz** der Pflege- und Gesundheitsberufe. Gleichzeitig wurde die durch Personalknappheit bedingte Grenze der Auslastung

und Belastbarkeit der Gesundheits- und Pflegekräfte der stationären Einrichtungen sichtbar. Bis 2030 ist mit einer Steigerung von rund 30.000 zusätzlich notwendigen Pflegekräften und mit einem Ersatzbedarf von rund 40.000 Personen aufgrund von Pensionierungen zu rechnen.

3. Neben der **Verhaltensprävention** muss auch verstärkt auf **Verhältnisprävention** gesetzt werden. Das beinhaltet settingbezogene Aktivitäten, wie gesunde Schule, gesunder Arbeitsplatz, gesundes Krankenhaus etc.
4. Last but not least sind auch **Ursachen außerhalb der direkten gesundheitspolitischen Bereiche** mit zu betrachten, die Einfluss auf den steigenden Personalbedarf und die Finanzierung haben. Beispielsweise sind der durch die Ökonomisierung gegebene Erwerbsdruck für alle in einem Haushalt lebenden Erwachsenen und der anhaltende Trend zu Singlehaushalten zu nennen. Diese Entwicklungen führen dazu, dass Pflege und Betreuung vermehrt in die Hände „familienfremder“ Personen übergehen, es sei denn, es werden wirksame Maßnahmen ergriffen, die der massiven psychischen, physischen und finanziellen Belastung, die Beruf plus Pflege mit sich bringen, entgegen wirken. Eine Möglichkeit dazu bietet die Anstellung von pflegenden/betreuenden Angehörigen“.

Attraktivität und Ausbildung forcieren

Bildungsoffensive starten, Awareness erhöhen und Arbeitsmodelle erneuern.

5. Die **Schulen** für Gesundheits- und Krankenpflege verzeichnen jahrzehntelange **Erfahrung in der Ausbildung von Gesundheitsberufen**. Dieses Ausbildungssystem, das die Durchgängigkeit von der Pflegeassistent bis zum Doktorat gewährt, ist zu stärken.
6. Seit 2008 kann Pflege für den gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege an den österreichischen Fachhochschulen studiert werden. Damit gleicht sich das österreichische System **europäischen Standards** an. Entsprechend der GuK-Novelle (2016) werden Studierenden von Beginn an Theoriewissen und praktische Fertigkeit vermittelt (vgl. duales Ausbildungssystem). Die inhaltlichen

Schwerpunkte erstrecken sich über die gesamte Lebensspanne (ab Kinder- und Jugendlichenpflege) in unterschiedlichen Settings und Lebensphasen.

7. Es gilt, **allen Qualifikationsstufen** (der Pflegeassistenten, Pflegefachassistenten und dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege) eine **qualitativ hochwertige Ausbildung** zu gewährleisten. Alle Auszubildenden werden für die Praxis geschult, daher spielt jede einzelne Pflegeperson mit Berufserfahrung vor Ort eine wesentliche Rolle für ihren Lernerfolg.
8. Eine **ausreichende Anzahl** an Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten und -plätzen muss jetzt – in allen Bundesländern in Österreich – geschaffen werden, um den Bedarf an qualifiziertem Personal abdecken zu können.
9. Die **Spezialisierung** der Gesundheits- und Krankenpflege (z. B. Clinical Cancer Nurse Specialist), ihr Einsatz in weiteren Bereichen (School Nurse, Family-Health-Nurse) und ihre Einbindung bei gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen tragen zur Attraktivierung des Berufes bei. [2]
10. Die jeweilige Ausbildung ist sowohl auf die **Zielgruppe** junger Menschen als auch auf quer- und wieder-einsteigende Personen auszurichten. Dabei sind Möglichkeiten zu sichern, wie dieser Weg bei Interesse an einer pflegerischen Laufbahn altersgerecht und unter Wahrung maximaler Wahl- und Entwicklungsfreiheit im Berufsfeld bereits nach Absolvierung der Schulpflicht (ab 15 Jahren) eingeschlagen werden kann. [3]
11. Für die **Rekrutierung** von jungen Bewerberinnen und Bewerbern gibt es das etablierte System im Sekundarbereich, die berufsbildenden mittleren Schulen (z. B. Fachschulen mit Schwerpunkt Gesundheit und Soziales und BHS²).
12. Wichtige Schritte im Bereich der Ausbildung sind die **Überführung des Pilotprojekts BHS für Pflege und Sozialbetreuung in das Regelschulwesen**, eine verbesserte regionale Kooperation zwischen Fachhochschulen und Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie eine österreichweit einheitliche Regelungen für die Durchlässigkeit zwischen Assistenzberufen und den gehobenen Diensten in Pflege und MTD-Berufen.
13. Während der Aus-, Weiter- und Fortbildungszeit ist die **Existenzsicherung der Auszubildenden** zu gewährleisten. Es ist sicherzustellen, dass Studierende weiterhin ihre Lebenskosten abdecken und zugleich ihre Ausbildung erfolgreich absolvieren können.
14. Die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** ist zu fördern, z. B. durch gemeinsame Ausbildungsmodulen, Dokumentationssysteme und Verstärkung der eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiche.
15. Arbeitsbereiche und Tätigkeiten in den Gesundheitseinrichtungen sollten so strukturiert sein, dass hochqualifizierte Kräfte jene Arbeit verrichten, die ihrer Ausbildung und ihren **Kompetenzen** entspricht. Beispielsweise beanspruchen Krankenhaus-tätigkeiten wie Mahlzeitverteilung oder patientenindividuelle Arzneimittelverblisterung Zeitressourcen, obgleich diese Aufgaben von dafür spezifisch ausgebildetem Personal (Stockpersonal bzw. Krankenhauspharmazeutinnen, -pharmazeuten) verrichtet werden könnten. Die freiwerdenden Zeitressourcen könnten für den jeweiligen Qualifikationen entsprechende Kerntätigkeiten und Patientenzuwendung genutzt werden. Dabei ist dringend zu berücksichtigen, dass medizinische und pflegerische Kernleistungen unmittelbaren Kontakt mit den pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten erfordern. In der Pflege geht diese Gegebenheit mit einer regelhaften Einbindung des gehobenen Dienstes in die tägliche Versorgung einher.
16. Die Gestaltung **adäquater Arbeits- und Ausbildungsbedingungen** (flexiblere Arbeitszeit- und Dienstplanmodelle, attraktive Arbeitsplätze, altersgerechte Arbeitsplätze) trägt dazu bei, dass der Pflegeberuf auch für Personen mit Betreuungspflichten (Kinder etc.) interessant bleibt und die Ausstiegsquote verringert wird.
17. Die Unterstützung für das Gesundheitspersonal ist zugunsten einer **Steigerung der psychischen Gesundheit und Burn-out-Prävention** im Rahmen von z. B. Coachings, Schulungen und Behandlungen psychischer Traumatisierungen als Folge der COVID-19-Pandemie zu gewährleisten. Weiters tragen gute Arbeitsbedingungen – insbesondere ausreichende Personalausstattung und verlässliche Dienstpläne – maßgeblich zur Verringerung von psychischen Belastungen, deren Folgewirkungen und letztlich Ausstiegsmotiven bei.
18. Es braucht eine adäquate **Entlohnung** für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe.
19. Die **Förderung der freiberuflichen Tätigkeiten** des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und

2 vgl. <https://www.oegkv-fv.at/aus-und-weiterbildung/ausbildung/schulen-fuer-gesundheits-und-krankenpflege/>

Krankenpflege ist eine wichtige Maßnahme zur Attraktivierung des Berufs.

20. Es ist eine Erstellung eines **Leistungskataloges** zur Verrechnung von Pflegeleistungen mit den Krankenkassen notwendig.

Langzeitpflege und Berufsrechte

Der politische Wille zählt.

21. Insbesondere im Hinblick auf die Langzeitpflege ist der Wille seitens politischer Entscheidungsträgerinnen und -träger, Investitionen und Finanzierung sicherzustellen, essenziell. Die zentrale Forderung basiert darauf, mehr Personal zu gewinnen, indem attraktive Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen geschaffen werden.
22. Von jedem Euro, der in die Langzeitpflege investiert wird, fließen 70 Prozent über Steuern und über Sozialversicherungsabgaben wieder in öffentliche Haushalte zurück. Der notwendige Ausbau ist **sozial und ökonomisch als sinnvolle Investition** in einen wichtigen Zukunftsbereich zu sehen, denn Betreuungs- und Pflegeleistungen stärken regionale Wirtschaftskreisläufe – auch in sogenannten strukturschwachen Regionen.
23. Die **Wahrnehmung und Erwartungshaltung der Gesellschaft** im Hinblick auf die Pflege und Langzeitpflege sind zu verbessern bzw. zu relativieren – z. B. im Rahmen einer adäquaten Darstellung der Pflegekompetenz und den Pflegeleistungen (24 Stunden, 7 Tage Präsenz am Krankenbett) in allen Gesundheits- und Langzeitpflegeeinrichtungen. Imagekampagnen seitens öffentlicher Hand und Medienarbeit für positive Berichterstattung wären dahingehend wichtige Schritte.

II. Betreuung

Angehörige müssen bei ihren Betreuungstätigkeiten unterstützt werden.

Die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zählen zu den gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufen (vgl.

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). In Abgrenzung dazu gelten Gewerbetreibende, die das Gewerbe der Personenbetreuung ausüben, nicht als Fachpflegekräfte. Sie sind dazu berechtigt, betreuungsbedürftige Personen zu unterstützen.

1. Es gilt, der Bevölkerung die persönliche Relevanz der Pflege- und Betreuungsproblematik **bewusst zu machen**, für den eigenen künftigen Pflegebedarf ebenso wie für jenen der Angehörigen. Daher ist die **Bereitstellung von Informationen** (z. B. im Zusammenhang mit Gesundheitssystemwissensvermittlung – Stichwort transparenter Patientenpfad) seitens öffentlicher Hand wichtig und umgehend zu intensivieren.
2. **Unterstützungs-, Förder- und Schulungsmöglichkeiten** sollten konkret und rasch für jene Menschen geplant werden, die Betreuungsaufgaben übernehmen wollen. Beispielsweise überlegen viele Pensionistinnen und Pensionisten, sich ab dem Pensionsantritt „sinnvoll“ in ihrer Freizeit zu engagieren und dabei anderen Menschen zu helfen.

III. Nahtstelle Pflege und Sozialbetreuung

Das Pflege- und Betreuungsnetz systematisch stärken.

1. Prävention ist eines der wichtigsten Themen in der Gesundheitsökonomie, da sie nicht nur Folgekosten reduziert, sondern auch für jeden einzelnen Menschen ein Plus an Lebensqualität bringt. **Breit gefächerte Präventionsmaßnahmen**, wie etwa der „Best Agers Bonus Pass“³ mit präventiven Elementen im Sinne eines Anreizsystems sind daher zu begrüßen und zu unterstützen.
2. Der vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2020 gestartete Strategieprozess „Taskforce Pflege“ sollte mit dem Themenfeld „Gesundheit und Prävention“⁴ als essenzielle Maßnahme ergänzt werden, um Pflegefälle zu vermeiden.
3. Der Auftrag an eine ineinandergreifende Pflege- und Betreuungsstruktur muss sich an **der ressourcenzentrierten und aktivierenden Pflege**

³ vgl. PRAEVENIRE Talk auf der Schafalm vom 20.08.2021, nachzusehen auf YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=Vt9GyFrq-IU>

⁴ vgl. <https://www.wko.at/Content.Node/kampagnen/wiener-wirtschaftskreis/presentation-pflege-9-2021.pdf>

orientieren. Dazu braucht es die Ausrichtung auf die Unterstützung bei der **individuellen Selbstpflege** (Personen-Orientierung). Hinsichtlich zeitgemäßer Pflegekonzepte bestehen bereits nennenswerte internationale Ansätze, welche Aktivität und Förderung der Selbstbestimmtheit vor passive Hilfestellungen reihen. Beispielsweise unterstützen Pflegekräfte mobilitätseingeschränkte Menschen beim Zubinden ihrer Schuhbänder. In nordeuropäischen Ländern wie Schweden, Dänemark oder den Niederlanden begleiten (mobile) Pflegedienstleister die Menschen auf dem Weg zurück in ein möglichst aktives und selbstbestimmtes Leben. [4]

4. Grundsätzlich ist es wichtig, die Rahmen- und Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass ein **Zusammenwirken der medizinischen Versorgung und professionellen Pflegedienste wie auch der individuellen gesundheitlichen und sozialen Betreuung unkompliziert** (mit wenig Bürokratie) vonstattengehen kann und dabei hohe Qualität und Sicherheit für die Patientin und den Patient gewährleistet sind.

Patientenorientierung

Jüngeren Menschen – **spätestens rund um ein Alter von 40 Jahren** – sollte in Form von bewusstseinsbildenden Maßnahmen nahegebracht werden, dass Pflege und Betreuung künftig potenzielle ihren Alltag beeinflussende Themen werden könnten. Dabei kann es sich um den eigenen Pflegebedarf oder jenen von Familienmitgliedern oder Angehörigen handeln, die etwa in Folge eines plötzlich eintretenden Ereignisses (z. B.

eines Unfalls) oder altersbedingt eingeschränkt sind. Diesbezüglich sind seitens öffentlicher Hand Informationen bereitzustellen, um Transparenz im Gesundheitswesen (Patientenpfad) sicherzustellen. Hilfestellung alleine in Form einer Notrufnummer wie 1450 wird nicht ausreichend sein. Es bedarf einer zentralen, kompetenten Anlaufstelle, die im Fall des Falles (z. B. Entlassung aus dem Krankenhaus) für alle möglichen Szenarien gezielt Hilfestellung bietet. Diesbezüglich sollte auch die wertvolle **Erfahrung von Selbsthilfegruppen und Beratungsinitiativen** miteinbezogen werden.

Eine kostenfreie **psychosoziale Unterstützung für Betreuende im Familienverbund** als Aufgabe der öffentlichen Hand ist dringend und flächendeckend erforderlich. Die Arbeiterkammer Wien unterstützt betreuende Angehörige z. B. durch gezielte Rechtsberatung und Rechtsschutz.

Vorbeugend braucht es im Rahmen der Vermittlung von Gesundheitskompetenz und des **zielgruppen- bzw. altersgerechten Setzens von Präventionsmaßnahmen** Unterstützung für den Übergang vom Berufs- in das Pensionsleben. Hier könnten erste Assessments noch während der Arbeitstätigkeit zu tragen kommen oder es könnte der bereits genannte „Best Ager Bonus Pass“ eine Option darstellen, positive Anreize für einen aktiven, gesunden Lebensstil zu setzen.

In jedem Fall gilt es, die Pflegelandschaft in Österreich so zu gestalten, dass es jedem Menschen möglich ist, in Würde zu altern. Das bedeutet vor allem, dass Betroffene, soweit möglich, **selbstbestimmt die Wahl treffen** können, wo sie im Falle einer eintretenden Pflegebedürftigkeit betreut werden möchten.

[1]–[4] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 14.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Pflege und Betreuung



14.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzung der Arbeiterkammer Vorarlberg

[1] Am Beispiel Vorarlberg lässt sich anschaulich aufzeigen, wie sich das Angebot und der Bedarf entwickeln: Die Zahl der über 85-Jährigen wird bis 2030 um 47 Prozent steigen – der demografischen Entwicklung entsprechend wird auch die Zahl der chronisch Kranken und multimorbiden Menschen zunehmen. Für die Entwicklung in der Akutpflege, der Langzeitpflege, der Hauskrankenpflege und den mobilen Diensten bedeutet dies bis 2030 für Vorarlberg: Ersatzbedarf aufgrund von Pensionierungen (24 Prozent) plus einen demografisch bedingten Zusatzbedarf (18 Prozent) – insgesamt 2.415 Personen – schwerpunktmäßig im gehobenen Dienst und bei den PFA. In der GÖG-Studie wurden allerdings die allgünstigsten Annahmen vorausgesetzt (z. B. Pensionsantritt aller Pflegekräfte zum gesetzlichen statt zum faktischen Pensionsantrittsalter etc.) – unter realistischen Annahmen werden der Personalbedarf und somit der Ausbildungsbedarf noch deutlich höher ausfallen.

Schon jetzt sind 200 Pflegebetten aufgrund von Personalmangel geschlossen. Das westlichste Bundesland hatte zudem bisher den niedrigsten Pflegeschlüssel in ganz Österreich. Es gibt einen Beschluss, diesen Pflegeschlüssel anzuheben. Daneben sollen, um den Zusatzbedarf abzudecken, in den nächsten Jahren 160 zusätzliche Pflegebetten geschaffen werden.

[2] *Zu I. 9, Pflege, Attraktivierung und Ausbildung forcieren:* All den erwähnten Anforderungen an das Ausbildungssystem werden die tatsächlich geplanten Ausbildungsplätze bei weitem nicht gerecht. 60 Prozent jener Personen, die bisher an den Krankenpflegeschulen eine DGKP-Ausbildung begonnen haben, hatten keine Matura. Dieser beliebte und anerkannte Berufsweg steht Jugendlichen durch den Wegfall der DGKP-Ausbildung ab 2024 nicht mehr offen. Diese Änderung im Zuge der GuKG-Novelle 2016 wirkt sich in Vorarlberg besonders fatal aus. Ab 2024 stehen noch gerade einmal 100 FH-Plätze zur Verfügung. Ob diese überhaupt besetzt werden können, ist fraglich – im vergangenen Jahr konnten lediglich 71 der 100 FH-Plätze besetzt werden. Zieht man die Dropout-Quote noch ab, ist mit maximal 60 FH-Absolventinnen und Absolventen zu rechnen. Zum Vergleich: Schon bisher, also ohne den erwähnten hohen Ersatz- und Zusatzbedarf bis 2030, wurden

jährlich ca. 170 Menschen für den gehobenen Dienst ausgebildet.

Wie soll angesichts dieser Aussichten künftig ein Auslangen gefunden werden? Hier müssen vielfältige Wege geebnet werden – so wie sie auch im PRAEVENIERE Weißbuch aufgezeigt sind.

Ergänzungen der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG)

[3] *Zu Pflege I. Unterpunkt Attraktivität und Ausbildung forcieren, Punkt 10:* Die Pflegeschulen der OÖG haben zur Sicherstellung des Zugangs zur Pflegeausbildung nach der 9. Schulstufe ein Modell entworfen, welches sowohl Ausbildungen im Sozial- und Gesundheitsbereich, als auch in medizinischen Assistenzberufen ermöglicht (PA, PFA, FSB „A“, medizinische Assistenzberufe unterschiedlicher Zweige).

Der Vorteil dieser Variante ist, dass Interessierte bereits ab dem 15. Lebensjahr ihre Ausbildung – begleitet von Pflegepädagoginnen und Pädagogen – beginnen können, die duale Ausbildung dabei sichergestellt ist und erst nach dem zweiten Ausbildungsjahr gewählt werden muss, in welchem Zweig sich Auszubildende spezialisieren wollen. Dabei ist sichergestellt, dass Auszubildende erst ab dem 17. Lebensjahr „an ein Krankennbett“ kommen. Damit ermöglicht die OÖG ein durchgängiges Ausbildungssystem vom Bildungsabschluss der Pflegeassistenz bis zum Doktorat/PhD, während die jeweiligen Abschlüsse auf diesem Weg eindeutigen und klar unterscheidbaren Ausbildungslevels zugeordnet werden können.

Ergänzungen des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands (ÖGKV)

[4] *Bezüglich der Pflegekonzepte* ist nach Möglichkeit die aktivierende Pflege der kompensierenden Pflege vorzuziehen. Dadurch bewahren Menschen ihre Autonomie. Dabei ist festzuhalten, dass dieser Ansatz zeit- und personalintensiver ist. In Ländern wie Schweden oder Dänemark, in denen der Personalschlüssel entsprechend hoch ist, werden aktivierende Konzepte bereits erfolgreich umgesetzt. Aber auch in Österreich ist die aktivierende Pflege, dort, wo es die Rahmenbedingungen zulassen, seit vielen Jahren gelebte Praxis.

15. PRAEVENIRE Initiative Onkologie 2030

» Prävention – Präzision – Pathway «

15.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ **Präventionsprojekte für Raucherinnen und Raucher** evaluieren und optimieren!
- ✓ **Harm Reduction** als Therapieansatz bei Nikotinentzug bzw. als Ansatz zur Substitution anerkennen und anwenden!
- ✓ Krebserkrankten ab Diagnose eine **Begleitung und Betreuung** zur Seite stellen!
- ✓ **Tumorboards** standardisieren!
- ✓ **Ein nationales Krebsregister** etablieren!
- ✓ **Psychische Probleme** bei chronischer Krebserkrankung als Krankheitsbild anerkennen!

15.2 IM FOKUS

Die Onkologie steht aufgrund des demographischen Wandels und der damit einhergehenden steigenden Inzidenzraten bei Krebserkrankungen (jährliche Steigerung von zwei Prozent) vor großen Herausforderungen – insbesondere hinsichtlich der Finanzierung innovativer Therapien und des Zugangs zur Spitzenmedizin. Beispielsweise zählt Dickdarmkrebs (Kolonkarzinom) zu den häufigsten und gefährlichsten Krebserkrankungen. Jedes Jahr verzeichnet Österreich 4.500 Neuerkrankungen, 2.700 Menschen sterben jährlich an dieser Krebsart. Besonders relevant ist zudem, dass in Österreich bei Frauen Brustkrebs (Mammakarzinom) als häufigster maligner Tumor (rund 5.570 Neuerkrankungen jährlich) und vorrangige Krebs-Todesursache gilt. Deshalb sind Präventionsmaßnahmen, Vorsorgeprogramme und frühe Diagnose in der Onkologie besonders bedeutend.

Die an der PRAEVENIRE Initiative Onkologie 2030 teilnehmenden Expertinnen und Experten haben in zahlreichen PRAEVENIRE Gipfelgesprächen ihre für die Onkologie wichtigsten und dringlichsten Standpunkte und Forderungen aus ihrer jeweiligen Fachperspektive dargelegt und diskutiert. Im Zuge der Fortsetzung der Arbeit am PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ als Teil der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 wird dem Thema ein separates Kapitel gewidmet, um Brisanz und Relevanz zu verdeutlichen.

Darüber hinaus haben sich in den Diskursen die Idee und Notwendigkeit einer Modell-Konzeption für die Anwendung respektive Finanzierung hochinnovativer Krebstherapien und für das Vorantreiben des National Cancer Plans¹ in Österreich herauskristallisiert.

¹ vgl. <http://epaac.eu/national-cancer-plans>

15.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um Österreich in der **Krebsvorsorge** und bei den **Outcomes** bzw. in der onkologischen **Präzisionsmedizin** und in der Scientific Community zu einer Spitzenposition zu führen, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **Optimierungsprogramme** mit konkreten Handlungsempfehlungen.

I. Prävention und Vorsorge

Krebs verhindern ist die kostengünstigste und effizienteste Maßnahme.

1. Besonders wichtig ist die innovative und frühe **Diagnostik** (Prostatakrebs, PSA-Test, Dünnschichtzytologie, LBC etc.). Bereits im Zuge von Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsmaßnahmen muss verstärkt ein Zugang zu frühzeitiger und modernster Diagnostik für Patientinnen und Patienten möglich sein.
2. Nicht erst die Pandemie hat gezeigt, wie wichtig **Routinekontrollen für die Krebsfrüherkennung** sind. Beispielsweise wären 90 Prozent der Todesfälle bei Darmkrebskrankung bei konsequenter Inanspruchnahme von Koloskopien vermeidbar. Bei den Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen und der Brustkrebsvorsorge war der Rückgang der Kontrollen durch die COVID-19-Pandemie besorgniserregend. Auch im Hinblick auf andere Vorsorgeuntersuchungen gestaltete sich die Situation sehr ähnlich. Es ist daher essenziell, die **bestehenden Vorsorgeprogramme zu intensivieren und zu verbessern**. Beispielgebend sind das Vorarlberger Darmvorsorgeprojekt und das Projekt der NÖ Landesgesundheitsagentur, das für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Darmkrebsvorsorgeuntersuchung (FIT-Test und Koloskopie bei positivem Ergebnis) anbietet.
3. In allen Bereichen der Vorsorge- und Früherkennungsmedizin könnte ein **Gesundheitspass mit Erinnerungssystematik** dafür sorgen, dass möglichst viele Menschen vom Nutzen der Vorsorgeprogramme profitieren.
4. Das Thema **Rauchen** steht unmittelbar mit Krebsprävention in Verbindung. Vorstellbar ist, eine Modell-

region zu definieren, in der gezielte und mit Expertinnen und Experten ausgearbeitete Maßnahmen zu Harm Reduction (auch betr. Alkohol- und Drogen-sucht oder lebensstilbezogener ungesunder Ernährung und Bewegungsmangel) gesetzt werden. Ist die Modellregion erfolgreich, könnte das dort gesetzte Maßnahmenbündel bundesweit ausgerollt werden.

II. Präzisionsonkologie und Pathway

Jeder Tumor ist einzigartig und daher individuell behandelbar.

1. Dank **präzisionsonkologischer Therapien** ist es möglich, Krebs zu einer beherrschbaren chronischen Erkrankung zu machen, sodass Betroffene ihren Alltag in guter Lebensqualität verbringen können. Für Patientinnen und Patienten sind sowohl **Zugang zu als auch Kosten für Therapien bundesweit höchst unterschiedlich**. „Patiententourismus“ ist häufig die Folge. Entsprechende Pilotprojekte, die unter Begleitung von Qualitätsmanagement und Kostenkontrolle für unbürokratische und verkürzte Zugangswege zu innovativer Präzisionsonkologie sorgen, sollten in einzelnen Regionen, Bundesländern oder Gebietskörperschaften gestartet werden. Ziel sollte sein, die genannten Unterschiede mittel- und langfristig zu harmonisieren.
2. Die **Patientenversorgung muss strukturiert und transparent** sein: Einerseits sind für Diagnosestellung, Therapieentscheidung sowie die Nachbehandlung Spezialzentren zu etablieren, in denen die Heterogenität und das Know-how aller für die Onkologie relevanten Disziplinen gebündelt vertreten sind. Die laufende Versorgung (z. B. Chemotherapie) könnte wohnortnahe im Spital, gegebenenfalls mit hausärztlicher Betreuung, in Primärversorgungszentren und künftig sogar „im Wohnzimmer der Patientinnen und der Patienten“ erfolgen. Für den **Patientenweg** ist ein **Cancer Case Management** ab der Diagnose bereitzustellen.
3. Es bedarf einer klaren **Aufgabendefinition für die zentrale und dezentrale Versorgung**. Dieser

Pathway (Patientenpfad) muss so gesteuert werden, dass nicht die Routineversorgung bei der Spezialistin, beim Spezialisten erfolgt oder komplexe Fälle „in der Peripherie“ auf der Strecke bleiben. Für solch hochwertige (und hochpreisige!) Gesundheitsthemen muss der Föderalismus eingeschränkt werden – im Vordergrund der Patientenversorgung soll immer die Qualität stehen.

4. Für die laufende Betreuung sollten spezialisierte Cancer Nurses (wie die bereits etablierten Breast Care Nurses) **flächendeckend** eingesetzt werden.
5. Eine kurzfristige und einfache Möglichkeit der Zugangserleichterung zu Therapien könnte im Zuge des **Abbaus oder der vorübergehenden Aussetzung der Bewilligungspflicht für präzisions-onkologische Therapien** erfolgen. Insbesondere dann, wenn Therapien leitlinienkonform über Tumorboards, Zentren oder Fachgesellschaften verschrieben werden, sollten Bewilligungen entfallen. Das bringt zwei Vorteile: Erstens wird für die Patientin, den Patienten die Zeitspanne zwischen Medikamentenverschreibung und tatsächlicher Ersteinnahme kurzgehalten. Zweitens wird der organisatorische und zeitliche Aufwand für Ärztinnen und Ärzte geringgehalten, was wiederum der Patientenbetreuung zugutekommt. Das einfachste Modell in Richtung Bürokratieabbau und Zugangserleichterung basiert darauf, die von der EMA für die Onkologie zugelassenen Therapien zur Verschreibung generell freizugeben.
6. Voraussetzung für die einheitliche Finanzierung der onkologischen Versorgung (von Prävention über Diagnostik bis hin zu Therapie und Rehabilitation) ist eine **bundesweit einheitliche Finanzierungsstrategie**. Der Behandlungspfad könnte somit unabhängig von Finanzierungsstrategien (Eintopf-, Zweitopfstrategie) oder Krebsart durchgehend gewährleistet sein.

III. Spitzenmedizin und Exzellenzzentren

Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit basieren auf medizinischer Spezialisierung.

1. Der **Forschungsförderung** zur Entwicklung neuer, innovativer Therapien muss mehr Gewicht gegeben werden. Die Coronapandemie hat die Wertigkeit von Innovation und medizinischer Forschung gezeigt.

2. Die **Halbwertszeit des Wissens** ist insbesondere in der Onkologie extrem kurz. Dies bedingt ein spezielles **Expertentum** und spricht für den Ausbau der **Zentrumsmedizin**. Die Vorteile liegen in der konzentrierten Versorgungsmöglichkeit durch Spezialistinnen und Spezialisten, in der Möglichkeit personalisierter medizinischer Betreuung und in der Verfügbarkeit modernster Infrastruktur. In puncto Finanzierung ist zu erwarten, dass eine bundesländerübergreifende strukturierte Versorgung für das Gesundheitssystem insgesamt kostengünstiger ausfallen würde.
3. Für die onkologische Wissenschaft sind **Forschungszentren** zu schaffen, in denen Exzellenz jenen Raum für Entfaltung und interdisziplinäre Vernetzung erhält, der im Hinblick auf Innovationen notwendig ist.
4. Eine **Standardisierung von Tumorboards** (mit medizinisch-onkologischen und chirurgisch-onkologischen Spezialistinnen und Spezialisten) könnte die Grundlage für eine gezielte Begleitung (s. o. Pathway) sein. Exemplarisch kann das Landesklinikum Wiener Neustadt (NÖ LGA) genannt werden, wo jede Patientin oder jeder Patient mit Indikation, Therapie u. a. Indikatoren datentechnisch erfasst ist und die Qualität der Versorgung auch mittels Ampelsystem bewertet wird. Auf Basis der Tumorboard-Daten könnten die Patientinnen und Patienten je nach Krebsidentifikation, -verlauf etc. bei Bedarf oder zur Einholung einer Zweitmeinung an die jeweils **zuständigen Exzellenzzentren** verwiesen werden. Eine Standardisierung erlaubt letztlich den Vergleich und die Analyse im Hinblick auf die Effektivität und anschließende Evaluierung bzw. Optimierung von Therapien.

IV. Daten und Register

Digitale Transformation für Transparenz und Vereinfachung.

1. Im Hinblick auf die **Datengenerierung** für Register oder Tumorboards braucht es dringend eine **Standardisierung** der Dateneingabe und Datenpflege. Dahingehend sind entsprechende finanzielle und personelle Ressourcen zu berücksichtigen. Die notwendigen Fachkräfte sind durch den Ausbau entsprechender Ausbildungsplätze für neue Berufe (z. B. Dokumentationsassistenten) oder durch die Ergänzung bestehender Curricula mit neuen Fächern auszubilden.

2. Der **Ausbau (virtueller) Tumorboards** als Basis interdisziplinärer Therapieempfehlungen ist voranzutreiben, um die individuell bestmögliche Behandlung für Patientinnen und Patienten flächendeckend zu ermöglichen.
3. Bei der **Digitalisierung** von Abläufen für Bewilligung und Verrechnung zwischen Ärztinnen und Ärzten, Versicherungen, Trägergesellschaften etc. ist dort anzusetzen, wo sie in der Praxis tatsächlich **Vereinfachung und Transparenz** bringt. Eine persönliche Ansprechpartnerin oder ein persönlicher Ansprechpartner muss für ärztliche Rückfragen (z. B. Ablehnung, Bewilligung) zur Verfügung stehen. Ansonsten wird der Patientenzugang zu teureren, innovativen Therapien zur Behandlung seltener Erkrankungen eher erschwert als erleichtert.
4. Der in der Präzisionsonkologie hohe Wissensfortschritt bringt ein **hohes Maß an Informationsbedarf** mit sich. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner stehen oftmals gut informierten Patientinnen und Patienten gegenüber. Zusätzlich zu dem aus dem Web oder aus Sozialen Netzen stammenden Wissen über ihre Erkrankung und den Informationen ihrer behandelnden Onkologin oder ihres behandelnden Onkologen holen Betroffene gerne eine Zweitmeinung von ihrer Vertrauensärztin oder ihrem Vertrauensarzt ein. Um diesen Anfragen gerecht zu werden, wäre eine **digitale Informationsplattform** nützlich, die z. B. eine verifizierte Übersicht zu State-of-the-Art-Therapieoptionen oder neuesten Operationsmethoden gibt.

V. Pilotprojekt und Best-Practice

Finanzierbare Spitzenmedizin für alle Patientinnen und Patienten.

Die Idee des im Zuge der PRAEVENIRE Initiative Onkologie 2030 in Ausarbeitung befindlichen Pilotprojekts beruht darauf, **eine bundesweit einheitliche, zentrumsbasierte onkologische Versorgung** einer ausgewählten Beispielindikation von der Frühdiagnostik über den Therapieweg bis zur Outcome-Evaluierung, Finanzierung und der Aufstellung eines Krebsregisters **neu zu planen**. All das soll unter Einbeziehung aller Stakeholder im Zuge einer Kostenwahrheitsdarstellung geschehen. Ziel des Modellversuches ist es, den medizinischen und gesundheitsökonomischen Nutzen für Beteiligte und mögliche Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner (z. B. Pharmaindustrie) unter Berücksichtigung der Kostenwahrheit neu zu bewerten, einen innovativen Weg praxisnahe zu belegen und zur Etablierung eines Standardmodells für die Krebsversorgung beizutragen. Im Rahmen der PRAEVENIRE Gipfelgespräche in Wien, der PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten, der PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche auf der Schafalm in Alpbach und der PRAEVENIRE Talks in Gastein arbeiteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wichtige Module (Gestaltung des Patientenweges ohne Therapie-Hopping, Finanzierung von innovativer Diagnostik und Präzisionsmedizin, Real World Data für die Forschung etc.) für den Modellversuch aus. Ziel ist es, das Modell im besten Fall bundesweit als einheitlichen Standard bzw. als Guideline auszurollen.

Patientenorientierung

Aufgrund der Häufigkeit und der oftmals vordergründig nicht sichtbaren potenziellen Nebenwirkungen von Therapien, besonders von Immuntherapeutika, wäre eine Bereitstellung von **bereichsübergreifenden Informationen**, die für alle (Ärztenschaft, Apothekerschaft, Krankenpflege, Patientenvertretung und Selbsthilfegruppen, Angehörige) zugänglich sind, sinnvoll.

Die **Krankenhauspharmazeutinnen und -pharmazeuten** sind in die Zubereitung von Therapeutika und Behandlung in den onkologischen Abteilungen mit eingebunden. Im klassischen Krankenhaussetting ist es u. a. ihre Aufgabe, die Patientinnen und Patienten im Zuge der Therapie zu betreuen. Werden diese entlassen, sind sie meist auf sich alleine gestellt. Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz wurde ein **Pilotprojekt** gestartet, um Patientinnen und Patienten auch in der Zeit nach ihrer Entlassung zu unterstützen. Sie bekommen ein **Informationsblatt** mit, in dem kurz zusammengefasst ist, was passiert, wenn sie z. B. eine Tablette nicht einnehmen. Es wird erklärt, was im Falle von Übelkeit oder Arzneimittelwechselwirkungen zu ist und wie die Kombination oraler Onkologika mit Nahrungsergänzungsmitteln zu Hause zu handhaben ist. Dieses Projekt entstand im Kontext der krankenhauspharmazeutischen Ausbildung. Ein vergleichbares Kompendium erhält die Patientenschaft

des AKH Wien. In einfacher Sprache und handlichem Format ist es möglich, Patientinnen und Patienten auf die Zeit nach der Entlassung vorzubereiten. Das Fortbestehen derartiger erfolgreicher Initiativen ist auch künftig zu gewährleisten.

Für Krebspatientinnen und -patienten sind eine **Vermeidung bürokratischer Hürden** und eine Begleitung bei Behördenproblemen (Behindertenausweis, Anerkennung und transparente Kriterien des Behinderungsgrads, Einreichungen für Unterstützung, Beantragung Elternkarenz etc.) wichtig. In diesem Zusammenhang ist die Hilfestellung durch etwa eine **Ombudsperson** anzudenken.

Die **Lücken in puncto finanzieller Unterstützung sind zu schließen**. Aktuell erhält die Patientin bzw. der Patient beispielsweise keine finanzielle Unterstützung im Zuge der Diagnosestellung während der Elternkarenz, wenn die Bezugsdauer für das Kinderbetreuungsgeld zu Ende ist. Auch für die erhöhten Kosten, die im Zusammenhang mit der Krankheit stehen (z. B. Zahnersatz nach Kiefernekrose bei Knochenmetastasen), braucht es bei Bedarf Finanzierungsunterstützung.

Auch die **Anerkennung von psychischen Problemen** bei einer chronischen Krebserkrankung (Ängste etc.) ist dringend notwendig.

ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 15.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Onkologie 2030



15.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzung der ReTecCom

Die Onkologie wird in den kommenden Jahren – jedenfalls bis zum Jahr 2030 – zunehmend durch die Zentralisierung geprägt sein. Die modernen, hochwirksamen und individualisierten Therapien bei Krebs basieren auf komplexen Diagnoseverfahren. Die Verabreichung der Therapien und das Monitoring der Patientinnen und Patienten über lange Zeiträume hinweg benötigen auch regelmäßige Kontrollen in spezialisierten Ambulanzen und im niedergelassenen Bereich. Hier spielt insbesondere die Lufthygiene (man denke nur an SARS-CoV-2 und an andere virale auf dem Luftweg übertragbare Erkrankungen, bakterielle Infektionen und Pilzerkrankungen) eine bedeutende Rolle.

Ein Großteil der medikamentösen Therapien bei Krebserkrankungen ist immunologisch wirksam. Chemotherapeutika führen (auch) zu einer **Immunsuppression**. Monoklonale Antikörper und andere Arzneimittel aus dem Bereich der Biotechnologie und Verfahren, wie die CAR-T-Zelltherapie sowie die Immuntherapien zum

Beispiel bei hämatologischen Erkrankungen, können in einer höheren Infektanfälligkeit bei gleichzeitig geringerer körpereigener Abwehrkraft resultieren.

Zur Vermeidung von Infektionen im Krankenhaus, in Ambulanzen und/oder im niedergelassenen Bereich könnten Luft-Desinfektionsanlagen (z. B. unter Anwendung von UV-C) eingesetzt werden. Von unabhängigen Organisationen durchgeführte Messungen zeigen, dass **Geräte zur Verbesserung der Lufthygiene** eine Reduktion der Konzentration von potenziellen Krankheitserregern um 99,9 Prozent erzielen können. Neben viralen Krankheitskeimen und pathogenen Pilzen können auf diese Weise auch für Immungeschwächte besonders gefährliche bakterielle Erreger (*Staphylococcus aureus*, *Clostridium difficile*, *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Pseudomonas aeruginosa* etc.) deaktiviert und beseitigt werden. Damit werden die Hygienebedingungen für alle Beteiligten – für Patientinnen und Patienten sowie für das medizinische Personal und Gesundheitsdienstleister – entscheidend verbessert.

16. PRAEVENIRE Initiative Orthopädie 2030

» Versorgungsrelevanz – Nutzenbilanz – Patienteninstanz «

16.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ **Gelenkserhaltende** Prävention und Therapien honorieren und erstatten!
- ✓ Konservativ-orthopädische **Behandlungen in die Spitäler** wieder integrieren!
- ✓ Leistungen, Honorare sowie **Erstattung an moderne Therapien** anpassen!
- ✓ Für ausreichend **Ausbildungsplätze** sorgen und die Berufsrechte modernisieren!
- ✓ **Flexiblere Prozesse** zur Vermeidung von OP-Wartezeiten entwickeln!
- ✓ **Die mündliche Facharztprüfung** wieder einführen!

16.2 IM FOKUS

Seit der Auftaktveranstaltung zur PRAEVENIRE Initiative „Orthopädie 2030“ im Rahmen der 5. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten 2020 diskutieren Expertinnen und Experten im Zusammenspiel mit relevanten Stakeholdern in PRAEVENIRE Gipfelgesprächen die zukünftige Rolle der Orthopädie, die zu optimierende Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie die Effizienzsteigerung der gesamten Versorgungskette. Die PRAEVENIRE Initiative setzt ihre Arbeit unter der Ägide der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie bei den darauffolgenden PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten weiter fort.

Die von den Teilnehmenden erarbeiteten Handlungsempfehlungen sollen ein **gesamtösterreichisches Fachdenken**, die Versorgungsrelevanz, den **Nutzen der konservativen Orthopädie** und die Wichtigkeit der chirurgischen Orthopädie und Traumatologie für die Patientin, den Patienten und das System sowie die **chronische Schmerzproblematik** ausdrücken. In diesem Rahmen wurden auch spezielle Themen der Prävention, Versorgungsrelevanz der Orthopädie und Traumatologie im stationären Bereich, Corona-Learnings, **Kinderorthopädie**, **Tumororthopädie**, Vermeidung chronischer Rückenschmerzen, **minimalinvasive Wirbelsäulenchirurgie** und das Krankheitsbild der **Arthrose** thematisiert.

Ausgegangen wurde einerseits vom Grundproblem, dass in Österreich nicht ausreichend **Kapazitäten** in den entsprechenden Spitalsbereichen zur adäquaten Behandlung akuter Schmerzpatientinnen und -patienten zur Verfügung stehen. Es werden jährlich 2,8 Millionen Aufnahmen verzeichnet, davon betrifft den Bereich Orthopädie/Traumatologie fast eine halbe Million. Das heißt, jede fünfte Patientin oder jeder fünfte Patient, die oder der in einem österreichischen Krankenhaus aufgenommen wird, hat ein orthopädisch-traumatologisches Krankheitsbild.

Chronische Erkrankungen gelten als größte Herausforderung des 21. Jahrhunderts. Im medizinischen Bereich der Orthopädie betrifft das zu einem erheblichen Teil die chronischen Rückenschmerzen. 20 Prozent der Menschen in Europa leiden an chronischen Schmerzen. Am häufigsten treten Rückenschmerzen auf. In Österreich haben 1,8 Millionen Menschen chronische Schmerzen. 66 Prozent entfallen auf Rücken-, 51,6 Prozent auf Gelenkschmerzen, 32,2 Prozent auf Nackenschmerzen. Die direkten und indirekten Kosten betragen pro Jahr rund 3,8 Milliarden Euro.

16.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Die Versorgungsmatrix des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG)¹ aus dem Jahr 2020 stellt eine sinnvolle Versorgungskette dar. Darüber hinaus empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen, um langfristig abgesicherte und effiziente Behandlungen sowohl in der klinischen Versorgung als auch im niedergelassenen Bereich und ausreichende Rehabilitations- und Therapiemöglichkeiten zu gewährleisten.

I. Versorgung vorsorglich verbessern

Zusammenspiel extra- und intramuraler Kräfte planen.

1. Von knapp 200.000 Fällen, die dem Bereich der konservativen Orthopädie anzurechnen sind, können allerdings **nur ein Drittel in den entsprechenden Spitalsbereichen versorgt** werden. Die Folge ist, dass 130.000 Patientinnen und Patienten in (meist) interne Abteilungen verlegt werden, wo sie zwar schmerzversorgt und ihre Verletzungen medizinisch behandelt werden, aber wo es an der umfassenden Betreuung der Patientinnen und Patienten über die Akutbehandlung hinaus mit Physiotherapie, Ergotherapie, Präventivmedizin etc. fehlt. Deshalb ist es eine wichtige Aufgabe, diese **ineffizienten Kapazitäten und die Aufteilung durch eine vorausschauende Ressourcen-Verlagerung zu verbessern**.
2. Auf Basis der Diagnose- und Aufnahmedaten braucht es den stationären Ausbau konservativ-orthopädischer Betten bzw. den **Aufbau von Abteilungen für konservative Orthopädie**. Die Kapazitäten sind regional bedarfsgerecht zu verteilen. Die Notwendigkeit des Ausbaus besteht sowohl hinsichtlich der Versorgung als auch der Ausbildungsplätze.
3. Bereits im Zuge der Ausbildung sind **ausreichend Ausbildungsplätze** auch in orthopädischen Lehrpraxen sicherzustellen, um die Kompetenz für konservative Orthopädie und Schmerztherapie zu stärken.

4. Im Zuge dessen und auf Basis vorhandener Diagnosesquoten muss auch **der ambulante Versorgungsbedarf miteinander berechnet** werden. Konkret bedeutet das, einerseits dafür zu sorgen, die **fachliche Kompetenz** punktgenau einsetzen zu können und andererseits **die notwendige Infrastruktur** zu schaffen.
5. Optimalerweise findet eine **ambulante bzw. extra-murale Vorschaltung** vor der stationären Weiterführung statt. Eine **Intervention** muss so gestaltet sein, dass sie zeitnahe umgesetzt werden kann, mit entsprechender **fachspezifischer Zuordnung**.
6. Auf der Ebene der **hochspezialisierten Versorgung** sind ausreichend **Zentren** zu errichten. Diesbezüglich sind die vorhandenen Hürden für Leistungserbringung und Patientenschaft bei einem Kostenträgerwechsel (ÖGK/PVA) zu beheben.
7. Die **Vergütung für konservative Therapien** muss verbessert werden – zur Motivation, diese vordergründig anzuwenden und ihr Bestehen neben der chirurgischen Intervention abzusichern. **Nicht-operative Therapien**, wie z. B. die Gelenksinfiltration mit Hyaluronsäure, sind in die **Kassenleistungen** aufzunehmen, jedenfalls für Betroffene mit Zusatz-erkrankungen.

II. „Kollateralschäden“ der Coronapandemie aufheben

Wartezeiten verkürzen und Forschungsaktivitäten verstärken.

1. Die orthopädischen Abteilungen der Krankenhäuser sind zurzeit wieder am Aufarbeiten **aufgeschobener Therapien und Operationen**. Die Forderung ist daher, die notwendig gewordenen **umfangreicheren Ressourcen** zur Verfügung zu stellen. Der Bedarf ist aktuell durch Erweiterung der OP-Kapazitäten und der Personalressourcen zu decken. Darüber hinaus ist es im Hinblick auf die Bewältigung künftiger Krisen notwendig, entsprechende Lehren zu ziehen.

¹ vgl. <https://goeg.at/OESG>

2. Künftig braucht es **flexiblere Strategien und Prozesse**, um lange **Wartezeiten** auf Operationen, wie sie als Folge der Pandemie entstanden sind, zu **vermeiden**.
3. Sarkome als primäre maligne **Tumore der Knochen und Weichteile** machen weniger als ein Prozent aller Malignome im Erwachsenenalter und ca. 6,5 Prozent aller Malignome bei Kindern aus. Die Versorgung dafür kann in Österreich als gut bezeichnet werden, denn in den vergangenen Jahrzehnten gab es eine ständige Verbesserung der Behandlungsergebnisse. Man habe Betroffene relativ unbeschadet durch die COVID-19-Pandemie navigieren können. Ein Problem sind allerdings noch immer die (weltweit) oftmals nicht diagnostizierten **Sarkomerkrankungen**, die womöglich auch noch falsch behandelt werden. Ein notwendiger Schritt ist daher die **Förderung der Forschung und Entwicklung in den Behandlungsbereichen seltener Erkrankungen**.
3. Was die **Kinderorthopädie** leisten kann, zeigt die in Österreich entwickelte und seit langem praktizierte möglichst **frühzeitige Sonografie** der Hüfte bei Neugeborenen. Diese Präventionsmaßnahme ermöglicht ein **rasches Erkennen von Hüftdysplasien** (Developmental Dysplasia of the Hip – DDH). Präventionsziel sollte das Ausbleiben einer DDH-Diagnose bei Kindern älter als vier Wochen sein. Die **Ultraschall-Erstuntersuchung** sollte daher **idealerweise in der ersten Lebenswoche** durchgeführt werden, mit Kontrolle im zweiten bis dritten Lebensmonat. Die Untersuchungen sind von entsprechend ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten durchzuführen.
4. Im **Mutter-Kind-Pass** ist nur das Säuglingsalter abgebildet (zwei Hüftsonografien, eine orthopädische Untersuchung). Alle anderen **orthopädischen Untersuchungen** sind nicht verpflichtend. Das sollte überdacht werden. **Regelmäßige Kontrollen** (nach Gehbeginn, beim Schulkind eine Kontrolle vor Schulbeginn und in der Adoleszenz präpubertär eine weitere Untersuchung bei Mädchen (elf Jahre) und bei Buben (13 Jahre) sind als Präventionsmaßnahmen zu fördern und zu fordern.
5. **Gelenkserhaltungsmaßnahmen** sind gegenüber Gelenkersatz zu bevorzugen. In diesem Sinne ist der hohe **Nutzen der State-of-the-Art-Arthrose-Behandlung** anzuerkennen. Innovative gelenkserhaltende Therapien belegen immer deutlicher ihren Nutzen und sollten in die **breitere klinische Praxis** gebracht werden. Der **Kostenersatz** für innovative gelenkserhaltende Therapien ist zu gewähren. Die Kosten können mittels Anwendung innovativer Therapien zur Prävention sowie Erhaltung und durch die dadurch sinkende Anzahl an bzw. sinkenden Kosten für Gelenksoperationen finanziert werden.

III. Präventionsmaßnahmen

Aktivität, Motivation und Innovation fördern.

1. Das Bewusstsein und die **Maßnahmen für Prävention** sind verstärkt zu setzen, sodass Betroffene zur **aktiven Therapie** motiviert werden können. Prinzipiell ist eine engmaschigere Kontrolle durch Orthopädinnen und Orthopäden zu gewährleisten.
2. Es braucht eine Problemlösung für die **Basisversorgung**: Derzeit fehlt es an **Präventionsleistungen** auf Kassenkosten und an der Vernetzung, insbesondere in der Schmerzversorgung.

Patientenorientierung

Ein Beispiel für die rasante Entwicklung, die in der orthopädischen Disziplin zurzeit zu beobachten ist, stellt der Bereich der **minimalinvasiven Eingriffe** an der Wirbelsäule, konkret bei der perkutanen Schmerztherapie, perkutanen Zementoplastie, endoskopischen Bandscheibenchirurgie und bei minimalinvasiven Stabilisierungen dar. Kennzeichnend für diesen **innovativen Bereich** sind vielfach eine steile Lernkurve sowie vorläufig noch enge Indikationen. Vorteile dieses Innovationschubs für die Patientinnen und Patienten sind in Folge kleinere Inzision, reduziertes Muskeltrauma, schnellere Regeneration und Rehabilitation, eventuell auch Kostenreduktionen und eine verringerte Belagsdauer. In einigen Fällen ergeben sich allerdings auch eine längere Operationsdauer und höhere Kosten durch die ver-

wendeten innovativen Geräte. Der Einsatz von Artificial Intelligence und Robotics ist noch Zukunftsvision. Um Leerläufe und Irrläufe im Zuge dieser rasanten Entwicklung zu vermeiden, sind entsprechende Rahmenbedingungen zu setzen. Die Innovationsbereitschaft und der Gestaltungswille brauchen Sorgfalt und Zeit.

Fortschritte sind **beispielsweise in der Hüftgelenksendoprothese** mit Kurzschäften zu verzeichnen. Der künstliche Hüftgelenkersatz gilt zurzeit als erfolgreichste orthopädische Operation und der Kurzschafft ist die erste Wahl bei Primäroperationen. Es braucht eine **Förderung von medizinischen Innovationen** zur Haltbarkeit von Prothesen, die auch zur Minimierung der Abnützung beitragen. Vorteil: Abnützungserscheinungen geschuldete Operationen können in größeren Intervallen erfolgen.

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Orthopädie 2030



DANKSAGUNG

Ein Projekt wie das PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ kann ohne umfassende Unterstützung zahlreicher Institutionen und Persönlichkeiten nicht entstehen.

Der Verein PRAEVENIRE – Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung dankt allen Unterstützern und Kooperationspartnern (in alphabetischer Reihenfolge):

- Arbeiterkammer Wien
- Arbeiterkammer Niederösterreich
- Arbeiterkammer Vorarlberg
- Ärztekammer für Wien
- Berufsverband der ArztassistentInnen Österreich
- Biogena
- Bristol Myers Squibb
- Boehringer Ingelheim
- Donau Universität Krems
- Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich
- Hologic
- Lead Horizon
- Lifebrain
- Med Uni Graz
- Merck
- Merck Sharp & Dohme
- Niederösterreichische Landesgesundheitsagentur
- NÖ Patientenadvokatur
- Oberösterreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
- Oberösterreichische Gesundheitsholding
- Orthoptik Austria
- Österreichischer Apothekerverband
- Österreichische Diabetesgesellschaft
- Österreichische Gesellschaft für Krankenhaushygiene
- Österreichische Gesellschaft für Osteopathie
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
- Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
- Österreichischer Gewerkschaftsbund
- Österreichischer Berufsverband der Heilmasseure
- Philips Austria
- Pfizer
- ReTecCom
- Roche Diagnostics
- Verein AM Plus
- VI Institute
- Wiener Wirtschaftskreis
- Wirtschaftskammer Wien

DANKSAGUNG

Die Arbeit der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 wurde durch die Kooperation und das Engagement zahlreicher Expertinnen und Experten ermöglicht, die ihr Know-how und Erfahrungswissen aus der Praxis mit viel Motivation in diesen Prozess eingebracht haben. Aber auch Persönlichkeiten, die unserer Initiative mit ihrer Arbeit Inspiration gegeben haben oder deren konstruktive Kritik wir vernommen haben, tragen zum Erfolg bei und sollen nicht unerwähnt bleiben.

Der Verein PRAEVENIRE – Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung bedankt sich in diesem Sinne sehr herzlich bei folgenden Persönlichkeiten (in alphabetischer Reihenfolge):

Anat Achiron	Andreas Bracher	Doris Ehringer-Schetitska	Christian Gattringer	Marion Hackl
Michael Ackerl	Andrea Vincenzo Braga	Susanne Eibegger	Patrick Gasselich	Alexander Hagenauer
Monika Aichberger	Helmut Brath	Gabriele Eichhorn	Barbara Gebhard	Rudolf Haffner
Gerhard Aigner	Georg Braune	Peter Eichler	Christian Gepart	Viktor Hafner
Hannes Alber	Christine Braumiller	Wolfgang Eisterer	Sabrina Gerhartl	Martina Hagspiel
Daniel Aletaha	Caroline Braunhofer	Helmut Ellemunter	Stefanie Gfeller	Sabine Hahn
Eva Maria Allen	Ingrid Braunhofer	Evelyne Ellinger	Gerald Gingold	Barbara Haid
Sigrid Allerstorfer	Christian Breidfuss	Mona Elzayat	Gunda Gittler	Doris Haider
Marion Alt	Eveline Brem	Klaus Engelke	Peter Gläser	Manfred Hainzinger
Claudia Altmann-	Lisa Brunner	Susanne Ergott-Badawi	Judith Glazer	Margit Halbfurter
Pospishek	Manfred Brunner	Peter Erhalt	Reingard Glehr	Michael Halmich
Doris Amann	Martin Brunninger	Susanne Erkens-Reck	Reinhold Glehr	Hans Haltmayer
Martin Andreas	Christian Bsteh	Peter Ertl	Martin Gleitsmann	Dagmar Halper
Wolfgang Andiel	Franz Buchberger	Nicole Ettl	Sonja Gobara	Elisabeth Hammer-Zach
Martina Anditsch	Joachim M. Buhmann	Michael Ewers	Claudia Gnant	Andreas Hammerl
Petra Apfalter	Florian Burger	Peter Fasching	Michael Gnant	Margot Ham-Rubisch
Susanne Asenbaum-Nan	Hans Burkard	Günter Fellhofer	Christoph Goger	Josef Harb
Ojan Assadian	Reinhard Busch	Birgit Fenderl	August Goms	Alexander Hartl
Gertrude Aubauer	Bastian Cantieni	Stefanie Fercher	Michael Gorlitzer	Anna-Katharina Hartmann
Stefanie Auer	Anna Maria Cavini	Elisabeth Fertl	Tobias Gotterbarm	Astrid Hartmann
Selma Aydin-Ylmaz	Gregor Cencig	Irene Fialka	Babette Grabner	Rainer Hasenauer
Gerald Bachinger	Anthea Cherednichenko	Vera Fidler	Erik Graf	Sigrid Haslinger
Hans Bachitsch	Catharina Chiari	Thomas Fiedler	Reinhard Graf	Jens Hasskarl
Norbert Bachl	Hans Concin	Barbara Fisa	Maria Grandner	Marco Hassler
Zsuzsanne Bago-Horvath	Dieter Christöfl	Gabriele Fischer	Cornelius Granig	Doris Hauer
Christoph Baldinger	Martin Clodi	Michael J. Fischer	Günther Graninger	Monika Haunsberger
Marija Balic	Richard Crevenna	Werner Fischl	Andreas Grassauer	Gebhard Hauser
Christine Bangert	Antonia Croy	Gustav Fischmeister	Alexander Gratzner	Eva Hausleitner
Michaela Bartaun	Caroline Culen	Holger Flick	Susanne Greber-Platzer	Sonja Häuselhof
Marion Bauer	Thomas Czipionka	Gerd Folkers	Richard Greil	Ines Hauser-Herz
Isabella Bauer-Rupp	Christoph Dachs	Mathias Forjan	Hildegard Greinix	Alexander Heider
Karin Baumgartner	Peter Dal-Bianco	Holger Förster	Stefan Greisenegger	Achim Hein
Stefan Baumgartner	Alexandra Danzinger	Heinz Forstner	Daniel Peter Gressl	Thomas Henzinger
Christoph Baumgärtel	Stefan Deflorian	Karl Forstner	Peter Grieshofer	Christian Johannes Herold
Matthias Beck	Nikolaus Dellantoni	Roland P. Frank	Sonja Griessenberger	Alexander Herzog
Dora Beer	Michael Demel	Birgit Frassl	Susanne Groblschegg	Iris Herscovici
Franz Beer	Martina Denich-Kobula	Christa Freibauer	Barbara Grohs	Harald Hertz
Nina Bennett	Ernst Derfler	Sandra Freimann-Pircher	Ernest Gromann	Ina Herzer
Thomas Berger	Kirsten Detrick	Michael Freissmuth	Evelyn Groß	Johann Heuras
Ulrike Berger	Evelyn Devuyt	Georg Freude	Marlies Gruber	Wolfgang Hilbe
Walter Berger	Anna Maria Dieplinger	Gabriele Freynhofer	Andrea Gruber	Eva Hilger
Christian Bernard	Klaudia Dietrich	Ingrid Friedl	Manuela Gruber	Irmgard Himmelbauer
Werner Beutelmeyer	Stefan Dinges	Matthias Frohner	Ludwig Gruber	Michaela Hinterholzer
Alexander Biach	Sabine Dohr	Ursula Frohner	Birgit Grünberger	Margarethe Hochleitner
Monika Biach	Karl Dorfinger	Julia Fruhmant	Thomas Grünberger	Maximilian Hochmair
Ludwig Bichler	Günter Dorfmeister	Franz Frühwald	Servan L. Grüniger	Andrea Hofbauer
Helga Bickel	Ronald Dorotka	Claudia Fuchs	Daphne Gschwantler-	Gert Hofer
Michael Binder	Stephanie Drahos	Martin Fuchs	Kaulich	Hansjörg Hofer
Verena Biribauer	Walter Draxl	Heinz Fuchsig	Karin Gstaltner	Philipp Hofer
Franz Bittner	Christiane Druml	Harald Führer	Michael Guger	Karin Hofer
Martina Böck	Karin Duderstadt	Georg-Christian Funk	Stefan Günther	Sabine Hofer
Christoph Bocksrucker	Patrick Dümmler	Philipp T. Funovics	Remo Gujer	Gerald Höfler
Silvia Bodi	Johann Ebner	Christoph Fürthauer	Susanne Guld	Stefan Hofstetter
Thomas Bogendorfer	Bernhard Ecker	Roswitha Gaisbauer	Heinz Haberfeld	Angelika Höfler-Petrus
Juliane Bogner-Strauss	Ronald Ecker	Fritz Gamerith	Elisabeth Habernig	Erol Holawatsch
Matthias Bolz	Barbara Eder	Stefan Gara	Florian Habersberger	Susanne Höllinger
Diana Bonderman	Marie-Therese Ehrendorff	Gerald Gartlehner	Gerhard Hackl	Wolfgang Holter

Eva Höltl
 Lisa Holzgruber
 Thomas Holzgruber
 Heidemarie Holzmann
 Bernhard Holzner
 Peter Hopfinger
 Friedrich Hoppichler
 Andreas Horn
 Wolfram Hötzenecker
 Andreas Hoyer
 Christoph Huber
 Joakim Huber
 Lorenz Huber
 Ingrid Huber-Strubl
 Martin Hülsmann
 Nicole Humer
 Andreas Huss
 Peter Husslein
 Hans-Peter Hutter
 Susanne Hutterer-Köpl
 Wolfgang Ibrom
 Gernot Idinger
 Bernhard Iglseder
 Hans Ikenberg
 Ulrich Jäger
 Gerald Jahl
 Beate Jahn
 Gabriele Jaksch
 Astrid Jankowitsch
 Martina Jeske
 Georg Jillich
 Stefan Jirecek
 Elfi Jirsa
 Philipp Jost
 Elma Joura
 Aleks Jovanovic
 Krisztina Juhasz
 Janis Jung
 Christof Jungbauer
 Jaqueline Jürs
 Elmar Kainz
 Naghme Kamaleyan-Schmied
 Gerhard Kammelander
 Lars-Peter Kamolz
 Daniela Karall
 Susanne Kaser
 Siegfried Kasper
 Markus Kastelitz
 Stefan H.E. Kaufmann
 Hannes Kaufmann
 Alexandra Kautzky-Willer
 Sabine Kawalirek
 Beate Kayer
 Wolfgang Keck
 Elisabeth Keil

Felix Keil
 Mohammad Keilani
 Klemens Kern
 Werner Kerschbaum
 Mahitab Khalifa
 Johannes Khinast
 Gregor Kienbacher
 Elena Kinz
 Peter Kirchschräger
 Markus Klamminger
 Christoph Klaus
 Renate Klauser-Braun
 Christoph Klein
 Sonja Klima
 Peter Klimek
 Astrid Knitel
 Gundula Koblmiller
 Martin Koch
 Martin Kocher
 Christian Köck
 Georg Koenne
 Konrad Kogler
 Petra Kohlberger
 Jürgen Köhler
 Rainer Kolb
 Wolfgang Köle
 Franz Kolland
 Nikolaus Koller
 Sonja Koller
 Edith Kollermann
 Andreas Kolm
 Kai Kolpatzik
 Daniel König
 Matthias König
 Michael König
 Ulrike Königsberger-Ludwig
 Beate Koopmann
 Gottfried Koos
 Daisy Kopera
 Renate Koppensteiner
 Maria Korak-Leiter
 Barbara Kornek
 Gabriela-Verena Kornek
 Renate Kain
 Karin Krainz-Kabas
 Ingrid Korosec
 Ljiljana Kovacevic
 Bernd Krainer
 Caroline Krammer
 Florian Krammer
 Rainer Kraxner
 Mathias Krenn
 Petra Krepler
 Maria-Theresia Kriederer
 Marion Kronberger
 Elisabeth Kuc

Michael Kunze
 Andreas Kurringer
 Andrea Kurz
 Gabriele Laaber
 Elisabeth Lackner
 Ruth Ladenstein
 Florian Lagler
 Michaela Langer
 Karin Laschalt
 Martina Laschet
 Michaela Latzelsberger
 Günther Laufer
 Mads Veggerby Lausten
 Sigurd Lax
 Irmgard Lechner
 Sonja Ledl-Rossmann
 Karl Lehner
 Peter Lehner
 Bernd Leinich
 Matthias Leitner
 Philipp Lukas Leitner
 Doria Leitner-Pohn
 Christa Levin-Leitner
 Chris Levy
 Franz Leisch
 Brigitta Lienbacher
 Rudolf Likar
 Philipp Lindinger
 Gerald Loacker
 Wolfgang Löscher
 Ulrich Lübcke
 Christopher Lueg
 Veronika Macek-Strokosch
 Peter Machacek
 Sigrid Machherndl-Spandl
 Nadja Mader
 Bruno Mähr
 Manfred Maier
 Monika Maier
 Silvia Maier
 Barbara Maier
 Dietmar Maierhofer
 Christoph Male-Dressler
 Klaus Markstaller
 Josef Marksteiner
 Markus Marterbauer
 Christian Marth
 Leopold Marzi
 Bernhard-Michael Mayer
 Gert Mayer
 Marianne Mayer
 Hanna Mayer
 Martin Mayerhofer
 Mirjana Mayerhofer

Michael Mayrhofer
 Elisabeth Mayrwöger
 Peter McDonald
 Michael Medl
 Birgit Meinhard-Schiebel
 Eiko Meister
 Arno Melitopulos-Daum
 Elisabeth Messinger
 Bernhard Metzler
 Tine Melzer
 Joe Meusburger
 Veronika Mikl
 Christoph Miksch-Aichenegg
 Yasaman Miremadi
 Martina Mitmannsgruber
 Helmut Mödlhammer
 Leif Moll
 Wilhelm Molterer
 Reinhard Morawa
 Sabine Möritz-Kaisergruber
 Claire-Sophie Mörsen
 Cornelia Moser
 Tobias Moser
 Michaela Möstl
 Michel Angelo Mrach
 Robert Müllegger
 Christine Müller
 Markus Müller
 Maximiliane Müller
 Manfred Müller
 Thomas Müller
 David Mum
 Petra Munda
 Rainer Münz
 Ulrike Mursch-Edlmayr
 Nicole Muzar
 Alexander Nader
 Roland Nageler
 Stefan Nehrer
 Valerie Nell-Duxneuner
 Constanze-Maria Nemes
 Karin Nemec
 Christopf Neumayer
 Martina Neumayer-Tinhof
 Peter Neumeister
 Claudia Neumayer-Stickler
 Ludwig Neuner
 John Nolan
 Judith Noske
 Kazem Nouri
 Peter Nowak

Alexander Nussbaum
 Johannes Oberndorfer
 Helmut Oberlerchner
 Katharina Obrovsky
 Herbert Armin Obwegger
 Martina Olf-Meindl
 Herwig Ostermann
 Harald Ott
 Ingrid Pabinger-Fasching
 Florian Pachinger
 Béa Pall
 Georg Pall
 Eva Pallwein-Prettner
 Wolfgang Panhölzl
 Michael Pap
 Anna Papaioannou
 Markus Paulmichl
 Jan Pazourek
 Elham Pedram
 Jürgen M Pelikan
 Anna Penatzer
 Stephan Pernkopf
 Monika Peter
 Christina Peters
 Tamas Petrovics
 Hans-Peter Petutschnig
 Birgit Pfaller-Eiwegger
 Karin Pfaller-Frank
 Renate Pichler
 Ronald Pichler
 Verena Pfeiffer
 Silvia Pickner
 Franz Gerhard Pietsch
 Petrus Pilsinger
 Sigrid Pilz
 Elisabeth Pittermann
 Regina Plas
 Sven Arne Plab
 Peter Platzer
 Johannes Pleiner-Duxneuner
 Paul Plener
 Nicole Plöb
 Andrea Podczek-Schweighofer
 Alice Poier
 Doris Polzer
 Manfred Polzer
 Susanne Pölzl
 Wolfgang Popp
 Nikolas Popper
 Roman Pöschl
 Stefan Potyka
 Elisabeth Potzmann
 Gerald Prager

DANKSAGUNG

Helene Prenner
 Petra Pretterhofer
 Matthias Preusser
 Stefanie Prinzing
 Michael Prunbauer
 Karin Prutsch
 Georg Psota
 Andreas Pühringer
 Helmut Pürerfellner
 Anna Rab
 Gerold Rachbauer
 Alfred Radner
 Elisabeth Radon
 Christa Rados
 Christine Radtke
 Otto Rafetseder
 Erwin Rebhandl
 Monika Redlberger-Fritz
 Jürgen Rehak
 Berthold Reichardt
 Ingrid Reifinger
 Walter Reinisch
 Ingrid Reischl
 Sophie Reisner
 Melanie Reiter
 Ruth Resch
 Joachim Rettl
 Leo Richter
 Alfred Riedl
 Reinhard Riedl
 Petra Riegler
 Sarah Rinner
 Bernd Michael Rode
 Claas Röhl
 Elke Röhrbacher
 Sabine Röhrenbacher
 Elena Röhl
 Sebastian Roka
 Elisa Röper
 Waltraud Rosatzin
 Alexander Rosenkranz
 Silvia Rosoli
 Monika Roth
 Andreas Rothensteiner
 Birger Rudisch
 Romana Ruda
 Jakob Rudzki
 Robin Rummmler
 Bernhard Rupp
 Verena Russo
 Philipp Saiko
 Gabi Sanio
 Michael Sartori
 Marlene Sator
 Stefan Sauermann
 Werner Saxinger
 Eva Schaden
 Martin Schaffenrath

Kurt Schalek
 Elisabeth Schandl
 Christian Schauer
 Michael Schenk
 Daniel Scherr
 Andrea Schindelar
 Thomas Schindl
 Alois Schlager
 Christa Schlager
 Constance Schlegl
 Petra Schlösser
 Christopher Schludermann
 Alexander Schmid
 Marlene Schmid
 Karin Schmidt
 Clemens Schmitt
 Rudolf Schmitzberger
 Bernd Schneider
 Romana Schöberl
 Susanne Schöberl
 Thomas Schöffmann
 Sabine Scholl-Bürgi
 Volker Schörghofer
 Barbara Schorr
 Gabriele Schrammel
 Günther Schreiber
 Jochen Schuler
 Franz Schuster
 Gerhard Schuster
 Klaus Schuster
 Thomas Schützenhofer
 Gabriela Schwarz
 Rudolf Schwarz
 Thomas Schweiger
 Erich Schweighofer
 Anabel Sedlatschek
 Stefan Seer
 Andreas Seiringer
 Gudrun Seiwald
 Johann Sellner
 Barbara Semlitsch
 Lukas Seper
 Paul Sevela
 Peter Siostrzonek
 Karoline Sindelar
 Christian Singer
 Josef Singer
 Julia Six
 Martin Skoumal
 Feldin Smajlovic
 Josef Smolen
 Josef Smolle
 Wolfgang Sobotka
 Reinhold Sojer
 Ronald Söllner
 Harald Sourij
 Wolfgang Sperl
 Georg Spiel

Johann Spreitzer
 Alfred Springer
 Christine Stadler-Häbich
 Tanja Stamm
 Otto Stangl
 Johannes Starkbaum
 Edgar Starz
 Reinhard Stauder
 Guenther Steger
 Christoph Steinacker
 Johannes Steinhart
 Christoph Steininger
 Doris Stelzhammer
 Dieter Steup
 Harald Stingl
 Peter Stippl
 Andreas Stippler
 Hannes Stockinger
 Eva Stöckl
 Elisabeth Stögmann
 Beate Stolzlechner
 Adalbert Strasser
 Diemut Strasser
 Margit Straßhofer
 Walter Struhel
 Mariella Stubhahn
 Florian Stummer
 Gunter Sturm
 Marion Subklewe
 Thomas Szekeres
 Renate Tewes
 Florian Thalhammer
 Friederike Thilo
 Katharina Thom
 Claudius Thome
 Arnd Thorn
 Helga Tieben
 Daniel Tiefengraber
 Herbert Tilg
 Eleonora Tinhof
 Reinhard J. Topf
 Hermann Toplak
 Harald Titzer
 Mahitab Treidl-Khalifa
 Walter Troger
 Helmut Trötzlmüller
 Karlheinz Tscheliessnigg
 Albert Tuchmann
 Olivia Turan
 Felix Unger
 Peter Valent
 Ines Vacanta
 Barbara Vantsch
 Anna Vavrovsky
 Thomas Veitschegger
 Eva Verhnjak
 Jeppe Vestentoft
 Alexandra Vitzthum

Wolfgang Voelckel
 Monika Vögele
 Harald Vogelsang
 Manfred Vogl
 Marie-Helene Von der Rijdt
 Philipp von Lattorff
 Petra Vorderwinkler
 Wolfgang Wacek
 Andreas Wachter
 Fabian Waechter
 Andrea Wagner
 Wolfgang Wagner
 Ferdinand Rudolf Waldenberger
 Andreas Walter
 Evelyn Walter
 Ulrike Walther
 Felix Wantke
 Franz Watzinger
 Jörg R. Weber
 Thomas Weber
 Cornelia Weberhofer
 Artur Wechselberger
 Romana Weidinger
 Franz Weidinger
 Jens Weidner
 Elisabeth Weigand
 Alexander Weigl
 Wolfgang Wein
 Gert Weinmann
 Christian Weiß
 Ursula Weismann
 Wolfgang Weismüller
 Josef Weiss
 Monika Weissensteiner
 Petra Welskop
 Ansgar Weltermann
 Sabine Wendt
 Wolfgang Weninger
 Christoph Wenisch
 Alexandra Whitworth
 Angelika Widhalm
 Christian Wiederer
 Elisabeth Wiedermann
 Ursula Wiedermann-Schmidt
 Markus Wieser
 Raphaela Wieser
 Manfred Wieser
 Claudia Wild
 Monika Wild
 Iris Wille
 Harald Willschke
 Beate Wimmer-Puchinger
 Thomas Winder
 Reinhard Windhager
 Andreas Windischbauer

Andreas Winkler
 Walter Wintersberger
 Christa Wirthumer-Hoche
 Stefan Wöhrl
 Dominik Wolf
 Hedwig Wölfl
 Gerald Wolfschütz
 Ewald Wöll
 Nina Worel
 Claudia Wunder
 Alexandra Wunderl
 Christian Wurstbauer
 Carina Wurz
 Bernhard Wurzer
 Annina Wüthrich
 Edgar Wutscher
 Elisabeth Zanon
 Marc-Michael Zaruba
 Alain-Gustave Zeimet
 Erika Zelko
 Werner Zenz
 Peter Zenz
 Markus Zermanek
 Pia Zhang
 Dirk Ziebolz
 Petra Zieglmayer
 Christoph Zielinski
 Georg Ziniel
 Emanuel Zitt
 Niklas Zojer
 Johannes Zschocke
 Harald Zur Hausen

AUFBAU

PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“

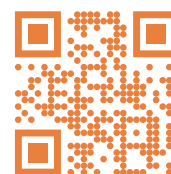
Das PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ ist in zwei Teile gegliedert.

Im ersten Teil des Ihnen vorliegenden Weißbuchs sind die an die gesundheitspolitischen Akteurinnen und Akteure gestellten PRAEVENIRE Forderungen zu den 16 Themenkreisen kurz und prägnant aufgelistet.

In Folge sind die strategischen Handlungsempfehlungen des Vereins PRAEVENIRE zusammengefasst, die gemeinsam mit Expertinnen und Experten, Kooperationspartnern und Unterstützern erarbeitet wurden.

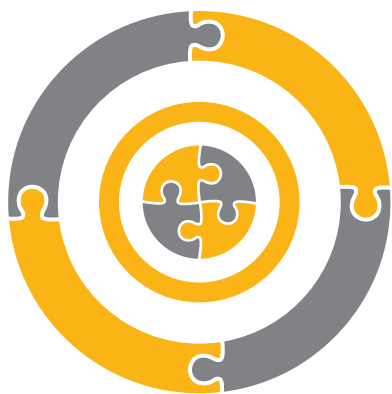
Im zweiten Teil – im Expertise Summary – können Sie zu jedem Themenkreis die einzelnen Arbeitsschritte im Detail lesen. Das sind z. B. Zusammenfassungen der Expertinnen- und Experteninterviews, Protokolle, Positionspapiere und die Management Summaries der PRAEVENIRE Gipfelgespräche, die von Oktober 2020 bis Dezember 2021 bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten, auf der Alten Schafalm in Alpbach, bei den Talks in Gastein sowie in Wien und in den Bundesländern live und /oder per Videokonferenz stattgefunden haben.

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



I.	Weißbuch	MODUL 5	PRAEVENIRE Forderungen und strategische Handlungsempfehlungen der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 Themenkreis 1–16
II.	Expertise Summary	MODUL 4	Zusammenfassung der Expertinnen- und Experteninputs
		MODUL 3	Management Summaries der PRAEVENIRE Gipfelgespräche 2020 bis 2021
		MODUL 2	Expertinnen- und Experteninterviews sowie Positionspapiere
		MODUL 1.1	Quellenverzeichnis (Literatur, Studien, Presseartikel und -aussendungen)
		MODUL 1.2	Mitwirkende Expertinnen und Experten

Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 dankt allen, die von Oktober 2020 bis April 2022 an der Erarbeitung der 16 Themenkreise für das PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ (Version 2021/22) mitgewirkt haben.



SAVE THE DATE

24.-25. Juni 2022

5 JAHRE PRIMÄRVERSORGUNGSGESETZ Von Pilotprojekten zur Regelversorgung?

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

Es erwarten Sie folgende Themen:

- 5 Jahre Primärversorgungsgesetz – funktionieren die Umsetzungen?
- PVE nach der Pilotphase: Wie geht es weiter?
- Stellenplanung und Sachleistung
- Neue Gesundheitsregionen in Österreich

WANN Freitag, 24.06.2022 | 14.00 bis 18.30 Uhr – inkl. Abendessen
Samstag, 25.06.2022 | 09.00 bis 14.00 Uhr

WO Pfarramt Haslach
Kirchenplatz 1 | 4170 Haslach an der Mühl

KONTAKT Mag. Klaudia **Aka-Besler**, MA
office@amplusgesundheit.at | +43/1/908 11 46-49
www.amplusgesundheit.at



TEILNAHMEGEBÜHREN

inkl. USt., Verpflegung und Materialien; exkl. Nächtigung und Reisekosten
reguläre Teilnahmegebühr: € 180,-
reduzierte Teilnahmegebühr: € 120,- (für Mitglieder jener Berufsgruppen,
die außerordentliche Mitglieder bei AM Plus und Kooperationspartner der
Tagung sind, sowie für Studierende)

Kooperationspartner:



1. PRAEVENIRE INNOVATIONSPREIS

GESUNDHEITSPROJEKTE
JETZT EINREICHEN!



PRAEVENIRE – Gesellschaft zur Optimierung
der solidarischen Gesundheitsversorgung VERGIBT DEN

1. PRAEVENIRE INNOVATIONSPREIS FÜR KREATIVE IDEEN UND VISIONÄRE NEUE WEGE!

Reichen Sie Ihr zukunftsorientiertes, evaluiertes Projekt zu einem der folgenden Themen ein:

- Steigerung der Gesundheitskompetenz
- Intensivierung von Präventionsmaßnahmen
- Fortschritt in der frühen Diagnose
- Verbesserung der Compliance/Adhärenz

Ihre Beiträge sollen der PRAEVENIRE Philosophie und den Kriterien von Wissenschaft und Forschung entsprechen: „Der Mensch im Mittelpunkt“ und „Zukunft einer solidarischen, finanzierbaren und einfach zugänglichen Gesundheitsversorgung“

Dotierung: je Kategorie 10.000 Euro

Form der Beiträge: Ihre Ideen und Lösungsansätze können Sie so kreativ gestalten, wie Ihr Gesundheits- oder Forschungsprojekt ist. Einreichung in Form einer PDF-Datei oder bei multimedialen Beiträgen in den gängigen Dateiformaten.

Nähere Informationen zur Teilnahme bzw. bei Rückfragen:

E-Mail: umsetzen@praevenire.at | Tel.: +43/1/402 13 41-0 | Web: www.praevenire.at

Jury: Mitglieder des PRAEVENIRE National MEDICAL + EXPERT Boards

Einreichfrist: 12. Dezember 2022

Die **Preisverleihung** findet im Rahmen der 8. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten 2023 statt.

SAVE THE DATE



8. PRAEVENIRE
Gesundheitstage

im Stift Seitenstetten

24.–26.
MAI 2023

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030



Nachdenken. Umsetzen. Jetzt!

“

*Manche Gesundheitsthemen diskutiert man bereits
seit Jahren, ohne zu einem Ergebnis zu kommen.
PRAEVENIRE fordert daher von den Politikerinnen und
Politikern: Entscheiden Sie jetzt!*

Hans Jörg Schelling



**PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM**
für eine lebendige Zukunft