

07.

Wohnortnahe
Versorgung und
Zentrumsmedizin



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

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. 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. **Therapievorbereitung 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-**

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

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

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

- 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.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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.

- 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:

- 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.
- 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.
- Es muss eine **landesweite Intensivbettenkoordination** mit entsprechender (Krisen-)Entscheidungs-

befugnis 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.

- Die Krisenvorbereitung möge auch eine **bauliche Abbildung** finden. Hierzu müssen adaptive erweiterbare **Kapazitäten** (Infektionsstationen, Intensivstationen) mitbedacht und zeitnahe ein Konzept erarbeitet werden.
- 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)

Handlungsempfehlungen für die Politik



PRAEVENIRE Weißbuch
GESUNDHEITSSTRATEGIE 2030

Version 2021/22