

JAHRBUCH

PRAEVENIRE INITIATIVE GESUNDHEIT 2030 Handlungsempfehlungen für die Politik

  www.praevenire.at

1. Auflage, März 2023



2022/2023

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber: Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung; Präsident: Dr. Hans Jörg Schelling; E-Mail: umsetzen@praevenire.at; www.praevenire.at | Projektdurchführung: PERI Change GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Tel.: 01/4021341-0, Fax: 01/4021341-18 | Projektteam: Isabel Freundl, BTh; Andreas Schmallegger, BA; Erika Stickl, BA; Kathrin Unterholzner | Redaktion: Mag. Beate Krapfenbauer (Leitung), Carola Bachbauer, BA, MSc.; Prof. Dr. Reinhard Riedl | Gestaltung und Produktion: Welldone Werbung und PR GmbH | Lektorat: Lisa Türk, BA Fotocredit: Remolo | Druck: Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG, 2000 Stockerau | 1. Auflage: 300 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 auch 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: 20.02.2023

© 2023 PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030



**PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM**

**PRAEVENIRE
JAHRBUCH 2022/23**

FORDERUNGEN

und dringend erforderliche
Maßnahmen für die Politik



*Nachdenken.
Umsetzen.
Jetzt!*

Dr. Hans Jörg Schelling

Präsident des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE —
Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung

Vorwort

Der Stellenwert von Gesundheit in der Gesellschaft hat stark zugenommen. Seit der Coronapandemie sind viele Menschen zu vermeintlichen Gesundheits- und Impfexpert:innen geworden. Es ist zwar sehr zu begrüßen, dass sich jeder Gedanken um seine Gesundheit macht. Denn Eigenverantwortung für die Gesundheit wird in Anbetracht der Entwicklungen im Gesundheitswesen auch notwendig sein. Eigenverantwortung kann aber nur dann gefordert werden, wenn auch die **Gesundheitskompetenz der Menschen** — und zwar auf Basis von evidenzbasierter Wissensvermittlung von Kindheit an — gefördert wird.

Im Fokus: Kinder- und Jugendgesundheit

Eine der dringend empfohlenen Maßnahmen im neuen PRAEVENIRE Jahrbuch 2022/23 ist daher, dass eine „Kinder- und Jugendgesundheitsmilliarde“ notwendig ist. Es ist essenziell, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu unterstützen und ihnen im Akutfall bzw. im Falle einer chronischen oder psychischen Erkrankung eine bestmögliche — altersgerechte — Rehabilitation, Versorgung und Betreuung zukommen zu lassen. Vor allem aber ist es erforderlich, den Kindern und Jugendlichen bereits im Kindergarten und in der Schule **Gesundheitswissen und die Bedeutung von Prävention** zu vermitteln. Gesundheitskompetenz von Kindheit an — im Rahmen eines eigenen Schulfachs und die tägliche Bewegungseinheit in der Schule — sind zentrale Anliegen der PRAEVENIRE Initiative Kinder- und Jugendgesundheit 2030.

Aus diesem Grund standen im PRAEVENIRE Jahr 2022/23 die Jüngsten der Gesellschaft im Mittelpunkt: im Mai bei den 7. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten (s. S. 110), im Juni beim 2. Gipfelgespräch der PRAEVENIRE Initiative „Kinder- und Jugendgesundheit“ am Fuße der Rax in Hirschwang (S. 116f) und in der vorletzten Schulwoche bei der Summer School „Bewegung und Gesundheit“ (ab S. 112). Wir haben dieses PRAEVENIRE Jahrbuch mit Kindern gestaltet und sie nach ihren Vorstellungen von Gesundheit gefragt. Mit großer Begeisterung haben sie **Bilder zu jedem der 16 Themenkreise gezeichnet**. Mein herzliches Dankeschön gilt den jungen Künstler:innen und ihren Betreuer:innen, die sich die Zeit genommen haben, um sich Gedanken zu machen, wie die **„Gesundheit der Zukunft gestalten“** aussehen kann (s. S. 108).

Jetzt umsetzen: dringend erforderliche Maßnahmen

„Der Mensch im Mittelpunkt“ ist einer der Grundgedanken bei der Erarbeitung der PRAEVENIRE Forderungen und Handlungsempfehlungen für die Politik. Im Rahmen der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 setzen sich Gesundheitsexpert:innen mit konkreten gesundheitspolitischen Fragen auseinander und diskutieren brennende Gesundheitsthemen in den PRAEVENIRE Gipfelgesprächen, Talks und Dialogen. Es ist in diesem Jahr wieder gelungen, bei den PRAEVENIRE Aktivitäten **hochkarätige Expert:innen aus den unterschiedlichen Gesundheitsbereichen** an einen Tisch zu bringen und relevante Stakeholder miteinander



Das Jahrbuch hat dann sein Ziel erreicht, wenn die dringend erforderlichen Maßnahmen von der Politik umgesetzt werden.

zu vernetzen. Denn Ziel ist es auch, auf Basis der den unterschiedlichen Perspektiven der Teilnehmer:innen heraus, einen breiten Konsens zu finden. Ausgehend von dieser breitgefächerten Expertise haben wir die dringend erforderlichen Maßnahmen zu 16 Gesundheitsthemen erarbeitet. Sie sind übersichtlich im Inhaltsverzeichnis zusammengefasst und im Detail ab Seite 18 nachzulesen. Das PRAEVENIRE Jahrbuch wird, wie bereits die beiden vorhergehenden Ausgaben, den gesundheitspolitischen Entscheidungsträger:innen übergeben (s. S. 14). Für den gemeinnützigen Verein PRAEVENIRE ist das ein wichtiger Beitrag, die Politik bei der Optimierung des österreichischen Gesundheitssystems zu unterstützen, damit es auch in Zukunft und für die nächsten Generationen, ein solidarisches und für alle Menschen leistbares Gesundheitssystem gibt.



Ich möchte mich persönlich und im Namen des PRAEVENIRE Vorstands bei allen Expert:innen und Unterstützer:innen für ihr Mitwirken am neuen Jahrbuch bedanken.



**Ihr Präsident
Dr. Hans Jörg Schelling**

Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung
der solidarischen Gesundheitsversorgung

Neues PRAEVENIRE Vorstandsmitglied

Im Gespräch mit Mag. pharm. Gunda Gittler, MBA, aHPh

2022 begrüßte der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung Mag. pharm. Gunda Gittler, MBA, aHPh als Vorstandsmitglied. Seit der Gründung ist sie damit die erste Frau im PRAEVENIRE Vorstand. Premieren begleiten auch ihren beruflichen Weg. Als Leiterin der öffentlichen Apotheke und der Anstaltsapotheken der Barmherzigen Brüder in Linz hat sie die erste Maschine zur Neuverblisterung von Arzneimitteln in Österreich aufgestellt. Sie engagiert sich für den breiten Einsatz der elektronischen Fieberkurve. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist auch der Bereich, in dem sie eine Vorreiterrolle im Vorstand einnehmen möchte. Über ihre neue Position und ihre Vorhaben im Rahmen der Aktivitäten des PRAEVENIRE Gesundheitsforums hat sie in einem Interview für das PRAEVENIRE Jahrbuch gesprochen.



Ich bin mit Leib und Seele Pharmazeutin.

An welche der für Sie bedeutendsten Ereignisse Ihrer Karriere erinnern Sie sich gerne zurück?

GITTLER: Klarerweise sind das zunächst einmal der Studienabschluss und der Eintritt in das Berufsleben. Im ersten Berufsjahr, dem Aspirantenjahr, konnte ich einen damals sehr neuen Alternativbereich, die traditionelle chinesische Medizin, kennenlernen. Der zweite für mich prägende Schritt war die Bewerbung bei der Apotheke der Barmherzigen Brüder in Linz. Mit 29 Jahren — also sehr jung — übernahm ich die öffentliche Apotheke und die Anstaltsapotheken. Hier habe ich die Möglichkeit bekommen, viele Arbeits- und Aufgabenbereiche zu gestalten. Für den Betrieb, der damals noch klein war, konnte ich so verschiedene neue Schwerpunkte aufbauen, wie z. B. die Internetapotheken und vor allem die patientenindividuelle Neuverblisterung. Die Aufstellung eines Arzneimittelverblisterungsautomaten 2004 war ein besonderes Highlight meiner Karriere. Damit waren wir die erste Apotheke in Österreich. Und jetzt sind wir das erste Spital in Österreich, das die Medikamente vollkommen verblisterter zu den Patient:innen bringt. Das ist ein Qualitätsgewinn, das ist ein Sicherheitsgewinn. Es ist auch eine bedeutende Entlastung für die Pflegekräfte im Moment. Diese Punkte haben meine Berufslaufbahn geprägt. Ich bin mit Leib und Seele Pharmazeutin in der öffentlichen Apotheke, aber auch besonders im Krankenhaus.

Welches Thema aus Ihrem Fachbereich ist Ihnen ein besonderes Anliegen?

GITTLER: Ein wichtiges Anliegen in meinem Fachbereich, der Pharmazie, sind die teuren Medikamente, ihre Beschaffung und ihr sinnvoller Einsatz. Aktuell sind auch die Lieferschwierigkeiten ein brennendes Thema und ein Schwerpunkt meiner vielfältigen Tätigkeit: jeden Tag zu schauen, dass wir die Patient:innen versorgen können, dass wir mit den Ärzt:innen Alternativen für die Patient:innen suchen, dass der Nachschub gesichert ist. Ein weiteres wichtiges Anliegen ist mir, dass wir für Österreich als kleines Land mit einem geringen Anteil am Weltmarkt, trotzdem den frühzeitigen Zugang zu innovativen Medikamenten bewahren. Essenziell für mich ist, dass wir leistbare Medizin haben und dass wir in Zukunft auch teure Medikamente in der Onkologie und bei Rare Diseases einsetzen können. Die zwölf

Einkaufsgemeinschaften der österreichischen Spitalsträger werden von Krankenhauspharmazeut:innen geleitet, die sich regelmäßig abstimmen. Dadurch wird bei innovativen Arzneimitteln auf die Preisgestaltung geachtet, bei breit eingesetzten Medikamenten eine Marktmacht bzw. Monopolisierung verhindert und bei substanzgleichen Arzneimitteln ein freier Markt belassen.

Was spricht aus Ihrer Sicht für oder gegen die Monopolisierungstendenz?

GITTLER: Das ist abhängig davon, ob es sich um neue innovative Therapien oder um das breite Arzneimittelportfolio handelt. Einerseits hofft man bei neuen teuren Medikamenten in der Onkologie und bei Rare Diseases mit Zentrumslösungen — in Analogie zu den CAR-T-Zentren — auf eine sinnvolle Preisgestaltung. Andererseits ist es wichtig, beim breiten Portfolio die Monopolisierung zu verhindern. Denn eine Monopolstellung führt zwar momentan zu einer Preisreduktion, später aber zu einem Preisanstieg und Lieferschwierigkeiten bei Abhängigkeit von einem Lieferanten sind dann nicht mehr durch Mitbewerber ausgleichbar. Wichtig ist für Österreich als Arzneimittelmarkt, den innovativen Zugang offen zu lassen und die „breiten Medikamente“ mit Liefersicherheit und kosteneffektiv einzukaufen.

Welche pharmazeutischen Bereiche sind Ihnen weiters wichtig?

GITTLER: Am Herzen liegen mir der richtige Medikamenteneinsatz und die Patientensicherheit. Es ist nicht nur der Einkauf, der für uns Pharmazeut:innen eine Herausforderung ist, sondern auch die Beachtung der 6-R-Regel. In der Apotheke Barmherzige Brüder Linz erreichen wir eine Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit durch die fortschreitende Verblisterung. Die klinische Pharmazie unterstützt die Pflegekräfte und die Ärzt:innen durch eine regelmäßige pharmazeutische Betreuung in Form von Medikationsanalysen, Visiten und Schulungen des medizinischen Personals, um eine erhöhte Patienten- und Arzneimitteltherapiesicherheit zu erreichen.

Als wichtig erachte ich auch, dass eine Produktion weiterhin in den Apotheken möglich ist. Damit meine ich die individuelle Anfertigung (Anmerkung: Magistrale Rezeptur), der ursprüngliche Schwerpunkt von Pharmazeut:innen, der in letzter Zeit oft geholfen hat, Lieferschwierigkeiten zu überbrücken.

Welche Aufgabenbereiche werden Sie als neues Vorstandsmitglied übernehmen?

GITTLER: Als Pharmazeutin übernehme ich natürlich den Part rund um die Medikation. Ich möchte meine Ideen einbringen. Mein Vater hat uns Kindern immer beigebracht, dass, wenn wir uns über Sachen aufregen, sie besser selbst gestalten oder mitgestalten. Man kann sich nicht nur aufregen, man muss etwas tun. In diesem Sinn möchte ich meine Funktion als PRAEVENIRE Vorstandsmitglied für den Expertenaustausch nutzen. Und ich möchte die Gelegenheit wahrnehmen, meine Ideen einbringen zu können. Ich freue mich, einen Beitrag für die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems leisten zu können, z. B. in Form von Expertisen für das Jahrbuch. Und ich freue mich, bei der Gestaltung der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 aktiv mitzuwirken.



Die Vorstandsfunktion möchte ich für den Austausch nutzen und um meine Ideen einzubringen.

Nennen Sie uns bitte konkrete Visionen, die Sie als PRAEVENIRE Vorstandsmitglied im Rahmen der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 als Erfolg verbuchen möchten.

GITTLER: Mir ist die Finanzierung des zukünftigen Gesundheitssystems wichtig. Mein Fokus liegt diesbezüglich auf den teuren Medikamenten im Bereich der Rare Diseases und der Onkologie.

Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 will verstärkt die Prävention in den Vordergrund stellen, was auch eine meiner Visionen ist. Wenn ich präventiv arbeite, erspare ich mir sehr viel therapeutisches Arbeiten. Wir können im PRAEVENIRE Jahrbuch gute Ideen zu den verschiedensten Themenkreisen einbringen. Wichtig ist mir auch, die Digitalisierung im Gesundheitsbereich voranzutreiben. Im Konzern der Barherzigen Brüder Österreich sind wir diesbezüglich Vorreiter, beispielsweise mit unserer elektronischen Fieberkurve, die eine Voraussetzung für die Neuverblisterung im Spitalsbereich und im Pflegeheimbereich ist. Ein besonderes Anliegen ist mir auch der Ausbau der Klinischen Pharmazie in den österreichischen Krankenhäusern. Im PRAEVENIRE Vorstand kann ich diese Ideen teilen und mit meinem fachlichen Hintergrundwissen durchaus die Zukunft des österreichischen Gesundheitswesens mitgestalten.

Gibt es persönliche Skills, die Sie im Rahmen Ihrer neuen Funktion besonders einbringen wollen?

GITTLER: Beharrlichkeit. Die werde ich einsetzen, um den gesundheitspolitischen Entscheidungsträger:innen die wichtigen PRAEVENIRE Forderungen zur Bewältigung der bestehenden und künftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen in Erinnerung zu rufen.

Möchten Sie den (gesundheits-)politischen Entscheidungsträger:innen eine persönliche Forderung bzw. Handlungsempfehlung mitteilen?

GITTLER: Meine überspitzte Antwort dazu wäre: Investieren wir in die Digitalisierung. Ich würde EIN EDV-System für den extra- und intramuralen Bereich kaufen. Eine elektronische Fieberkurve, eine elektronische Dokumentation, sodass man kaum mehr Schnittstellen und Brüche im System hat. Dadurch ließen sich die Patient:innen unkomplizierter durch das Gesundheitssystem leiten. Ich glaube, es müsste zuerst viel Geld in die Hand genommen werden, aber in den Jahren danach würden sich diese Investitionen lohnen. Wenn ich denke, dass man in ein Spital „als Akutfall“ eingeliefert wird, am nächsten Tag eventuell in ein anderes kommt und die Befunde nicht übertragen werden, deshalb Untersuchungen wie z. B. CTs noch einmal gemacht werden müssen, ist das ungemein kostspielig. Die Digitalisierung sollte überall genutzt werden, um im Gesundheitssystem Kosten zu sparen.

Zweitens ist es für mich wichtig, den Akteur:innen im Gesundheitssystem mitzugeben, dass wir in Österreich weiterhin einen raschen Zugang zu innovativen Arzneimitteln behalten müssen. Bei teuren Arzneimitteln, z. B. in der Onkologie, bei den Rare Diseases muss der Patientennutzen durch klare Evidenzbasierung gegeben sein und ein österreichweit gleicher Patientenzugang weiterhin ermöglicht werden.

Und an wen werden sich Ihre Botschaften richten?

GITTLER: Die Entscheidungsträger:innen des Gesundheitssystems, die wirklich etwas bewegen können, also vom Gesundheitsministerium abwärts: die Landesgesundheitsreferent:innen und Landesgesundheitsfondsverantwortlichen und die Verantwortlichen bei Dachverband und Sozialversicherungen. Jeder soll seine Ideen für die Zukunft des Gesundheitssystems einbringen, und ich wünsche mir eine gute Zusammenarbeit zum Wohle der Patient:innen. Es sind daher alle Stakeholder (Industrie, Zulassungsbehörden, Arzneimittelgroßhändler, öffentliche Apotheker:innen, Krankenhausapotheker:innen, nationale Behörden, Kammern...) gefordert, ihren Beitrag für eine bessere Versorgungslage bei Arzneimitteln in unserem hochindustrialisierten Land zu leisten.



*Ich wünsche mir eine gute
Zusammenarbeit zum Wohle
der Patient:innen.*

**Mag. pharm. Gunda Gittler, MBA, aHPH**

Leiterin der Apotheke des Krankenhauses
der Barmherzigen Brüder Linz

PRAEVENIRE

**PRAEVENIRE
JAHRBUCH**
Version 2022/23

Seite 19

Dringend erforderliche Maßnahmen

01. Digital Health

» Gesundheitsdatennutzung — Digital Skills — Data Literacy «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ **Weitentwicklung von ELGA** unter Einbezug aller Gesundheitsberufe und der Patient:innen!
- ☑ Förderung der Selbstverantwortung durch den **Einsatz digitaler Werkzeuge!**
- ☑ Breite **Aufklärung über den Nutzen des Teilens** personenbezogener Gesundheitsdaten!
- ☑ Eine für alle Gesundheitsberufe zu Behandlungszwecken **elektronisch abrufbare Übersicht relevanter Gesundheits- und Diagnosedaten** (bei strikter Sanktion der Verwendung außerhalb laufender Behandlungsprozesse)!
- ☑ **Nutzung administrativer anonymisierter Gesundheitsdaten** für die Gestaltung der Gesundheitspolitik!
- ☑ Aufbau einer nachhaltigen Infrastruktur für die datenschutzkonforme Nutzung von anonymisierten personenbezogenen **Gesundheitsdaten in der Forschung!**
- ☑ Vermittlung von **Digital Skills und Data Literacy** in der Ausbildung der Gesundheitsberufe!

Seite 25

02. Gesundheitskompetenz und Prävention

» Vorsorgeprogramme — Gesundheitswissensvermittlung — Impfkultur «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ **Pädagogische Ausbildung** um Health-Literacy-Themen erweitern!
- ☑ **Bewegung „auf Rezept“** und die **tägliche Bewegungseinheit** in Schulen durchsetzen!
- ☑ Das **Konzept Health in All Policies (HiAP)** umfassend umsetzen!
- ☑ Kostenlose **Vorsorgeprogramme** und die **Vorsorgeuntersuchung strategisch neu denken**, ausbauen und Maßnahmen setzen, um die Teilnahme zu steigern!
- ☑ Den **Eltern-Kind-Pass** bis zum Alter von 18 Jahren verlängern und mit u. a. Bewegungs- und Mobilitäts-Check ergänzen!
- ☑ Einen „**Best-Agers-Bonuspass**“ mit präventiven Elementen im Sinne eines finanziellen Anreizsystems implementieren!
- ☑ Mehr **Finanzmittel für die Gesundheitsförderung von Risikogruppen** bereitstellen!
- ☑ Die **Impfbereitschaft** mittels Aufklärung und niederschwelliger Angebote erhöhen!
- ☑ Alle vom **Nationalen Impfgremium empfohlenen** Impfungen kostenlos ermöglichen!
- ☑ Die **Schulärzt:innen** stärken und ihre Kompetenzen erweitern!

Seite 31

03. Wohnortnahe Versorgung und Zentrumsmedizin

» Primärversorgungseinheiten — Spitzenmedizin — Arzneimittelversorgung «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Die Allgemeinmedizin und Primärversorgung stärken!

FORDERT

- ☑ Den **Facharzt für Allgemeinmedizin** final umsetzen!
- ☑ **Bestehende Vereinbarungen** im Bereich der PVE zeitnah umsetzen, damit die wohnortnahe Primärvorsorgung für alle gegeben ist!
- ☑ Für **mehr Flexibilität bei der Umsetzung von PVE** sorgen!
- ☑ Für komplexe und seltene Erkrankungen **moderne Infrastruktur** in Form von Kompetenzzentren schaffen!
- ☑ Die **Arzneimittelversorgung** durch Standortpolitik, Krisenlager und Regulierung für „Unlicensed Medicines“-Importe absichern!

04. Frühe Diagnose und frühe Therapie

» *Screening-Programme — Labordiagnostik — Innovationsförderung* «

Seite 35

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Die **Wartezeit auf frühe Diagnose für Patient:innen** verkürzen!
- ☑ Evaluierte, erfolgreiche **Früherkennungsprogramme** bundesweit anbieten!
- ☑ Strukturen für **innovative Forschung** zu Immunonkologie und Immuntherapie bereitstellen!
- ☑ **Diagnosedaten und Register** zur Bewertung von Therapie-Outcomes etablieren!
- ☑ **Innovative Instrumente** und Methoden wie z. B. Deep-Learning bei Bild-diagnostik finanzieren!

05. Gesundheitsberufe und Ausbildung

» *Anerkennung — Spezialisierung — Qualifizierung — Akademisierung* «

Seite 39

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Zukunftsorientiert den **Personalbedarf** abdecken!
- ☑ Die Health Care Professionals mit ihrer Expertise in die **(Primär-)Versorgungsplanung** einbinden!
- ☑ Den **Anerkennungsprozess** von (neuen) Gesundheitsberufen transparent regeln!
- ☑ Gesundheitsberufe durch **Karrierewege attraktivieren** und die **Ausbildung finanzieren**!
- ☑ **Gesundheitsleistungen** und Präventionsmaßnahmen der Gesundheitsberufe müssen mit den Krankenkassen abrechenbar sein!
- ☑ Die **Berufsrechte und Kompetenzen** an die zeitgemäßen Anforderungen, neuen Formen der Zusammenarbeit und Digitalisierung anpassen!

06. Rehabilitation

» *Zugang — Rechtssicherheit — Spezialisierung* «

Seite 43

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Intensivierung des Programms „**Vorsorge Aktiv**“!
- ☑ Die **rehabilitativen Therapieformen** — vor allem ambulant, mobil und digital — rasch ausbauen, damit alle Betroffenen ein adäquates Angebot erhalten!
- ☑ **Rechtliche Rahmenbedingungen** für Prehabilitation, Reha und Telereha konkretisieren!
- ☑ **Telemonitoring und Telerehabilitation** nutzen und in die Kostenerstattung inkludieren!

PRAEVENIRE

Seite 47

- ☑ Im Sinne der Gesundheitsförderung eine nach sechs Monaten **verpflichtende „Kontroll-Reha“** einführen!
- ☑ Vermehrt Leistungsangebote für die **psychische Gesundheit** schaffen!

07. PRAEVENIRE Metropole Wien

» *Smart Health City Wien — Innovationsstandort — Lebensraum* «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Die Smart City Wien zu einer **Smart Health City Wien** weiterentwickeln!
- ☑ **Standortpolitische Maßnahmen** für forschungsorientierte Institutionen, Unternehmen und Behörden-Ansiedlung setzen!
- ☑ Die im Wiener Regierungsprogramm genannten **Ziele für die „Gesundheitsmetropole Wien“** rascher umsetzen!
- ☑ Gesundheitsmaßnahmen für **urbane Strukturen** umfassend denken!
- ☑ **Neue Wohnformen** andenken, um die Alltagsbewältigung für chronisch oder demenziell Erkrankte zu erleichtern!
- ☑ **Forschungsförderung und -programme koordinieren**, dabei **Schwerpunkte** z. B. auf Diagnose und interdisziplinäre Projekte setzen!

Seite 51

08. PRAEVENIRE Initiative Arbeitsmedizin 2030

» *Betriebliches Gesundheitsmanagement — Wiedereingliederung — Präventionsmaßnahmen* «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Zeitgemäße Strukturierung und Einsatz von „**Early Intervention**“!
- ☑ Die **Rechtsgrundlagen** für neue Arbeitszeitmodelle aktualisieren!
- ☑ **Berufliche Wiedereingliederung** durch flexiblere Arbeitsmodelle erleichtern!
- ☑ **Therapeutische Beratung** (Physiotherapie, Osteopathie, Ergotherapie etc.) am Arbeitsplatz finanzieren!
- ☑ Das **Berufsbild der Arbeitsmedizin** durch akademische Ausbildungsplätze attraktivieren!
- ☑ Die **Berufsrechte** der Arbeitsmedizin erweitern!
- ☑ Entwicklung von Modellen, die es über 65-jährigen Mitarbeiter:innen aus dem Gesundheitswesen attraktiv machen, **am Arbeitsmarkt zu bleiben!**

Seite 55

09. PRAEVENIRE Initiative Brain Health 2030

» *Awareness und Destigmatisierung — Patientenwege und Prävention — Frühe Diagnose und Therapie* «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Mit **Disease Education** das Wissen um Gehirngesundheit in der Bevölkerung verbessern!
- ☑ Ein **umfassendes Demenzregister** als Basis für die Systemressourcenplanung erstellen!
- ☑ Mit gezielt eingesetzten **Demenzpräventionsmaßnahmen** steigende Gesundheitskosten senken!
- ☑ Alzheimer- und Demenzerkrankungen **entstigmatisieren und enttabuisieren!**

FORDERT

- ☑ Die **Unterstützungsangebote** der Gemeindeinitiativen und der regionalen Primärversorgung unterstützen!
- ☑ **PVE-Teams** mit Gesundheitsexpert:innen im Bereich der Hirngesundheit erweitern!

10. PRAEVENIRE Initiative Darmgesundheit 2030

» *Enttabuisierung — Vorsorgeprogramm — Mikrobiomforschung* «

Seite 61

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Ein **bundesweit einheitliches Vorsorgeprogramm** nach dem Vorarlberger Modell etablieren!
- ☑ Ein österreichweites **CED-Register** anlegen!
- ☑ Die **Wartezeit auf Diagnose und Therapie** durch Verbesserung der Angebote vernetzen!
- ☑ **Telemedizinische** Angebote für Betroffene etablieren bzw. erweitern!
- ☑ **Mikrobiom** (Darmflora) als eigenes Organ betrachten!
- ☑ Bei der **Forschungsförderung** Fokus auf Österreichs Mikrobiomforschung legen!

11. PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030

» *Multidisziplinarität — Datenbasis — Versorgungsstruktur* «

Seite 67

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ **Präventionsprogramme** konzipieren und implementieren!
- ☑ Zum **DMP „Therapie aktiv“** Ärzt:innen verpflichten und Leistungen adäquat honorieren!
- ☑ Bei der Diabetesversorgung auf **Multiprofessionalität und Interdisziplinarität** achten!
- ☑ Zur **Diagnosecodierung** (Klassifizierungssystem nach neuestem Standard) extramural verpflichten!
- ☑ Das **Kosteneinsparungspotenzial** z. B. durch verbessertes Diätmanagement nutzen!
- ☑ In den Erstattungskatalog **State-of-the-Art-Therapien** miteinbeziehen!
- ☑ Die **Normoglykämie** als Ziel therapeutischer Interventionen bei Typ-2-Diabetes definieren!
- ☑ Dem **HbA1c-Wert** im Sinne der frühen Diagnose mehr Beachtung schenken!

12. Kinder- und Jugendgesundheit

» *Gesundheitskompetenz — COVID-19-Pandemie — Grundimmunisierung — Rehabilitation* «

Seite 73

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Die **Finanzierung** von Prävention, Versorgung und Rehabilitation muss mit einer „Kinder- und Jugendgesundheitsmilliarde“ gesichert sein!
- ☑ In der Regierung muss für die umfassenden Agenden ein **Staatssekretariat** Kinder- und Jugendgesundheit gebildet werden!
- ☑ Im **Arbeitsvertragsrecht-Anpassungsgesetz** muss eine erweiterte Familienorientierte Rehabilitation (z. B. Begleitpersonen-Splitting) juristisch verankert werden!
- ☑ Die **Gesundheitskompetenz muss im pädagogischen Bereich aufgebaut**

PRAEVENIRE

Seite 81

werden, Fachwissen in die Schulen gebracht werden!

- ☑ Flexible und kreative Modelle zur **Vernetzung der Gesundheitsberufe** sind einfacher zu ermöglichen!
- ☑ Die **Transition** (Übergang Kinderheilkunde zu Erwachsenenmedizin) muss in den ärztlichen Behandlungspfad eingeplant werden!

13. PRAEVENIRE Initiative Onkologie 2030

» *Screeningprogramme — Therapiezugang — Finanzierung* «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ **Innovative Therapien** rasch in die Versorgung und damit zu den Patient:innen bringen!
- ☑ Die **Zukunftspotenziale von Krebs-Früherkennung** (z. B. ctDNA-Analyse), individuell abgestimmter Therapiewahl (CAR-T-Zelltherapie) und Nachsorge im Patient:innen-Pathway mitberücksichtigen und finanzieren!
- ☑ Durch **Stärkung der Prävention** krankheitsbedingte Kosten für die State-of-the-Art-Versorgung im Sinne der solidarischen Versorgung vermeiden!
- ☑ **Tumorprofiling bundesweit finanzieren**, auch z. B. für Patient:innen im fortgeschrittenen Stadium!
- ☑ Auf die Ressourcen der gut ausgebildeten **Cancer Nurses und Cancer Case Manager** zurückgreifen!
- ☑ **Psychoonkologie** im niedergelassenen Bereich im ASVG einbringen!
- ☑ Betreffend Hautkrebsvorsorge **Sonnenexposition als Berufskrankheit** rechtlich anerkennen!

Seite 87

14. PRAEVENIRE Initiative Orthopädie 2030

» *Versorgungsrelevanz - Gesundheitsförderung - Arthrose- und Verletzungsprävention* «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ **Konservativ-orthopädische Behandlungen** in die Spitäler wieder integrieren!
- ☑ **Gelenkserhaltende Prävention** und Therapien honorieren und erstatten!
- ☑ Konzepte für **richtiges Bewegen und Belasten** entwickeln!
- ☑ Die **Forschungsförderung** auf dem Gebiet der **Beeinflussbarkeit der Arthritis und Arthrose** erhöhen!
- ☑ Den **Einsatz regenerativer Medizin** forcieren!
- ☑ Die **mündliche Facharztprüfung** wieder einführen!
- ☑ Aufklärung, Bewegung und Gewichtsabnahme im Rahmen der **primären Gesundheitsversorgung** (vgl. OARSI-Leitlinie) stärker thematisieren!
- ☑ Die **gesetzliche Anerkennung** von therapeutischen Interessensvertretungen unterstützen!
- ☑ **Physiotherapie** in die Primärversorgung miteinbeziehen!

FORDERT

15. PRAEVENIRE Initiative Pflege und Betreuung 2030

» Pflegeprävention — Community Nursing — Betreuende Angehörige «

Seite 93

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Den Fokus auf die **Pflegeprävention** legen!
- ☑ Ressourcenzentrierte und **aktivierende Pflege- und Betreuungskonzepte** unterstützen!
- ☑ **Pflege-Assistenzsysteme** für die Gesundheits- und Pflegefachkräfte fördern!
- ☑ Den **Gesundheits- und Pflegefachkräften** Schulungen und Spezialisierung finanzieren!
- ☑ Die **Langzeitpflegekonzepte** (Prävention und Mobilisation) modernisieren!
- ☑ Die **Pflegeorganisation für Angehörige** vereinfachen!
- ☑ Pflegenden Angehörigen durch **Schulungsprogramme** optimal ausbilden und ihnen entsprechend der Pflegestufen **Urlaub** ermöglichen!
- ☑ Die **Abhängigkeiten von Pflegeeinstufung** hinsichtlich des tatsächlichen Pflegebedarfs und Pflegeaufwands entkräften!

16. PRAEVENIRE Initiative Spital 2030

» Reformbedarf — Personalstruktur — Kostendämpfung — Arzneimittelversorgung «

Seite 99

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Das Spitals- und Gesundheitsmanagement muss den **dynamischen Wandel der Medizin und den enormen medizintechnischen und medizinwissenschaftlichen Fortschritt erkennen** und durch Optimierung in Strukturen, Prozessen und im mitarbeiterfreundlichen Personaleinsatz umsetzen!
- ☑ Die Gesundheitspolitik in Land und Bund muss die **erforderlichen Veränderungen** ermöglichen, finanzieren und steuern, indem u. a. der Ambulantisierung im LKF-System¹ stärker Rechnung getragen wird!
- ☑ Im **Spitalsmanagement** und bei der Spitalsinfrastruktur muss ein Umdenken von der „Bettenzahl“ zur „Bettenfunktion“ erfolgen!
- ☑ Die moderne Medizin braucht **mehr Tagesstrukturen** und weniger Nachtstrukturen, das Personal profitiert!
- ☑ Das größte Kapital ist **motiviertes Personal**, die Ausbildung und Arbeitsbedingungen sind in veränderten Strukturen qualitativ und quantitativ zu verbessern — mehr Tagesarbeit, weniger Nachtarbeit!
- ☑ Damit nationale Zulassungen bzw. **Genehmigungen** bei Arzneimittel-Nicht-lieferbarkeiten rascher und **unbürokratischer** vorliegen, sollte ein vereinfachter Beschaffungs- und Zulassungsprozess vereinbart werden!
- ☑ Der Gesundheitsbereich muss deutlich **digitaler und nachhaltiger** werden!
- ☑ Gesundheitsversorgung in einem kleinen Land wie Österreich muss **flächendeckend** und nicht föderal **gedacht** werden!

¹ Vgl. zum LKF-System in Österreich https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:d45d56b6-d092-4d73-b793-daa6c6eadd70/LKF-Brosch%C3%BCre_BMG_2010_NACHDRUCK_2011_20200124.pdf

ERFOLGE

**PRAEVENIRE
AKTIVITÄTEN 2022**
Übergaben



2022

PRAEVENIRE Weißbuch erobert die politische Bühne

Eins, zwei und alle guten Dinge sind drei: Nach dem ersten PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) und dem zweiten Titel „Gesundheitsstrategie 2030“ (Version 2021/22) folgt die dritte PRAEVENIRE Publikation mit konkreten gesundheitspolitischen Forderungen und Handlungsempfehlungen für die Politik. Denn es gibt nach wie vor viel zu tun.

Die PRAEVENIRE Forderungen und Handlungsempfehlungen liegen bei den relevanten gesundheitspolitischen Entscheidungsträger:innen am Tisch. In Anlehnung an die medizinischen Guidelines hat die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 die kompakten PRAEVENIRE Publikationen als Grundlage und Hilfestellung für die Politik und relevante Stakeholder konzipiert, mit denen Strategien und Rahmenbedingungen im Sinne des Patientenwohls und für eine gesündere Bevölkerung umgesetzt werden können.

Von Expert:innen für Expert:innen

Den PRAEVENIRE Weißbüchern liegen mit Kooperationspartner:innen und Gesundheitsexpert:innen ausgearbeitete Handlungsempfehlungen zugrunde. Seit 2019 wird in den Arbeitskreisen und PRAEVENIRE Gipfelgesprächen diskutiert, es werden Ländervergleiche und Pilotprojekte besprochen, aktuelle Studien zu Gesundheitsökonomie, Gesundheitsrecht, Digital Health und Public Health durchleuchtet und auch der optimale Patientenpfad und verbesserte Versorgungsmodelle für chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus) weitergedacht. Die beiden ersten Versionen des PRAEVENIRE Weißbuchs machen die Runde: Mit den Worten „Entscheiden Sie jetzt“ hat PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling den Gesundheitspolitiker:innen in Bund und Ländern das PRAEVENIRE Weißbuch persönlich in die Hand gegeben und die Umsetzung der PRAEVENIRE Forderungen ans Herz gelegt.

Kooperation und Kommunikation

Mit dem neuen PRAEVENIRE Jahrbuch will der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung über die zentrale Arbeit an den Gesundheitsthemen hinaus über seine Aktivitäten berichten: Jährlich richtet das PRAEVENIRE Gesundheitsforum die mehrtägigen und im hybriden Setting organisierten Gesundheitstage im Stift Seitenstetten aus. An diesem niederösterreichischen Traditionsort werden Expertisen ausgetauscht und es wird zu aktuellen Gesundheitsthemen debattiert. Hier wurden auch die beiden Weißbücher erstmals dem hochkarätigen Publikum präsentiert und diskutiert. Die Gesundheitsgespräche in Alpbach und die Gipfelgespräche in Hirschwang am Fuße der Rax (PRAEVENIRE Initiative Kinder- und Jugendgesundheit 2030) werden ebenfalls vor den Vorhang geholt. Denn die Inhalte der zumeist in hybriden Settings organisierten Talks, Workshops, Gipfelgespräche, Keynotes und Impulse der Veranstaltungen finden sich als kompakte Essenzen in den 16 Themenkreisen dieses PRAEVENIRE Jahrbuchs wieder.

Patient:innen im Mittelpunkt

Um das Tempo und die Entscheidungskraft zu erhöhen, um den bestehenden und bevorstehenden Herausforderungen im Gesundheitssystem konkrete Lösungsansätze entgegengesetzt zu können, arbeiten die PRAEVENIRE Initiativen 2030 mit Unterstützern aus den medizinischen, gesundheitsberuflichen und wissenschaftlichen Bereichen zusammen. Das Ziel ist, einen wichtigen Beitrag für ein solidarisches und finanzierbares Gesundheitswesen in Österreich zu leisten. Das PRAEVENIRE Grundprinzip ist: Die Patient:innen und ihre Versorgung in den Mittelpunkt stellen. Unter diese Prämisse stellen wir die PRAEVENIRE Forderungen an die Politik.



Andreas Krauter, dem ärztlichen Leiter der ÖGK, wurde von PRAEVENIRE Präsident Hans Jörg Schelling das PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ (Version 2021/22) übergeben.



Florentin Glötzl, Wiener Gesundheitsverband, erhielt das PRAEVENIRE Weißbuch bei der 61. Welldone Lounge im September.



PRAEVENIRE Präsident Hans Jörg Schelling überreichte dem Wiener Gesundheitsstadtrat Peter Hacker das PRAEVENIRE Weißbuch mit den darin enthaltenen 87 Forderungen an die Politik.

Erfolge

Bei den 7. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten 2022: Alexander Biach, stv. Direktor der Wirtschaftskammer Wien und ehemaliger Vorsitzender des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, las im druckfrischen PRAEVENIRE Weißbuch; Regina Plas, Wirtschaftskammer Wien (l.); Andrea Schuster, ehem. Mitarbeiterin der PERI Group (2. v. r.), Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner und Präsident von AM PLUS (r.).



Thomas Pieber blätterte im PRAEVENIRE Weißbuch.

Abt Petrus schnitt mit PRAEVENIRE Präsident Hans Jörg Schelling feierlich die PRAEVENIRE Weißbuch-Torte an.



OEGO Präsidentin Margit Halbfurter freute sich über das PRAEVENIRE Weißbuch.



Übergabe des PRAEVENIRE Weißbuchs an Martin Schaffenrath, ÖGK Verwaltungsrat.

Christa Wirthumer-Hoche, Chefin der österreichischen Medizinmarktaufsicht (AGES) und Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich.



Simon Schultze, Country Medical Director bei GSK Austria; Andreas Gruber, Vorstand der Universitätsklinik für Neurochirurgie des Kepler Universitätsklinikum, mit dem PRAEVENIRE Weißbuch in der Hand; Gertraud Heinz, Leiterin des Klinischen Instituts für Medizinische Radiologie und Intervention am Universitätsklinikum St. Pölten und Elisabeth Springer bei der 61. Welldone Lounge im Palmenhaus in Wien (v.l.n.r.).





PRAEVENIRE Präsident Hans Jörg Schelling überreichte Walter Ruck, Präsident der Wirtschaftskammer Wien, das PRAEVENIRE Weißbuch.



Die 7. Gesundheitstage im Stift Seitenstetten 2022 hat Abt Petrus (M.) feierlich eröffnet. Das war die perfekte Gelegenheit, um die 87 PRAEVENIRE Forderungen an den damaligen NÖ Landesrat Martin Eichinger (I.) zu überreichen.



Übergabe des PRAEVENIRE Weißbuchs und des „Darm-Briefs“ der PRAEVENIRE Initiative „Darmgesundheit 2030“ im Kabinett von Gesundheitsminister Johannes Rauch an Manfred Brunner, Landesstellenvorsitzender der Österreichischen Gesundheitskasse Vorarlberg, Iris Hoffmann, Kabinett des BM, Hans Jörg Schelling, Michaela Pohl, stv. Kabinettsleitung, Andreas Krauter, ärztlicher Leiter der ÖGK und Wolfgang Pendl, Ltg. der Kommunikation (v.l.n.r.).



Nationalratspräsident Wolfgang Sobotka beim Durchblättern des PRAEVENIRE Weißbuchs im Ausweichquartier des Parlaments.



Ulrike Mursch-Edlmayr, Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer, erhielt das PRAEVENIRE Weißbuch bei den 7. Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten 2022.



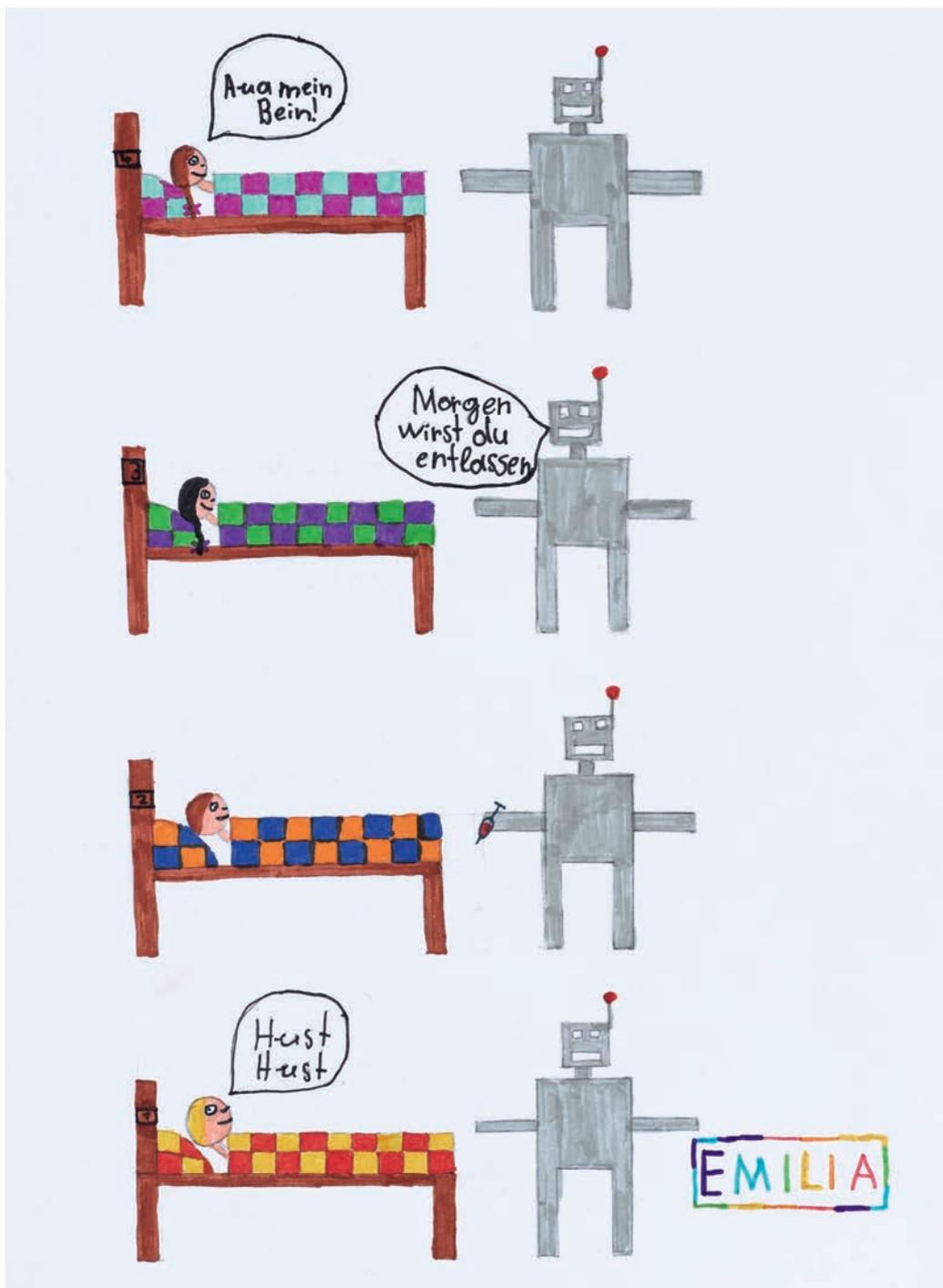
Bei der Welldone Lounge im September erhielt Hannes Stockinger, MedUni Wien, das PRAEVENIRE Weißbuch.



Georg Koenne, Abt. Schulpsychologie im BMBWF, wurde das PRAEVENIRE Weißbuch bei der Welldone Lounge übergeben.

© PERI, PRAEVENIRE; Krisztian Juhasz, Ludwig Schedl, Valerie Marie Voitthofer

01. DIGITAL HEALTH



EMILIA | 10 Jahre



5. Digital Health Symposion,
Wien: 20.—21. April 2023

01. Digital Health

» Gesundheitsdaten — Datenressourcen — Forschungsdaten «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ **Weitentwicklung von ELGA** unter Einbezug aller Gesundheitsberufe und der Patient:innen!
- ☑ Förderung der Selbstverantwortung durch den **Einsatz digitaler Werkzeuge!**
- ☑ Breite **Aufklärung über den Nutzen des Teilens** personenbezogener Gesundheitsdaten!
- ☑ Eine für alle Gesundheitsberufe zu Behandlungszwecken **elektronisch abrufbare Übersicht relevanter Gesundheits- und Diagnosedaten** (bei strikter Sanktion der Verwendung außerhalb laufender Behandlungsprozesse)!
- ☑ **Nutzung administrativer anonymisierter Gesundheitsdaten** für die Gestaltung der Gesundheitspolitik!
- ☑ Aufbau einer nachhaltigen Infrastruktur für die datenschutzkonforme Nutzung von anonymisierten personenbezogenen **Gesundheitsdaten in der Forschung!**
- ☑ Vermittlung von **Digital Skills und Data Literacy** in der Ausbildung der Gesundheitsberufe!

01.1. IM FOKUS

Die informationsorientierte Gesundheitsversorgung ist eine notwendige **Voraussetzung für personalisierte Medizin**, die von der Vorsorge über die Diagnose, Therapie und Rehabilitation bis hin zur Nachsorge jeweils das individuell Beste für die Patient:innen zu leisten versucht. Damit entschieden werden kann, was tatsächlich individuell für die Patient:innen am erfolgversprechendsten ist, braucht es ausreichend persönliche Informationen über die einzelnen Patient:innen. Genauer: Es braucht die für die anstehende Entscheidung jeweils relevanten Informationen in gut aufbereiteter und einfach nutzbarer Form. Diese Informationen bestehen typischerweise aus spezifischen, aktuellen und historischen Biodaten, Bilddaten, Krankheitsgeschichten und Befindlichkeitsberichten. Zusätzlich werden oft auch anonymisierte Vergleichsdaten anderer Patient:innen benötigt, wie etwa in der personalisierten Präzisionsmedizin für die Therapiewahl bei schweren Erkrankungen.

Informationsorientierte Gesundheitsversorgung ist **ein wichtiger Schritt** von einer für den Bevölkerungsdurchschnitt optimalen Gesundheitsversorgung **hin zu einer individuell optimalen Gesundheitsversorgung**. Sie steht und fällt mit einer strategisch richtig ausgerichteten digitalen Datenbewirtschaftung. Diese umfasst folgende drei Kernelemente:

- I. die Nutzung der individuellen Daten von Patient:innen bei der Erbringung von Versorgungsleistungen, konkret bei Vorsorgeberatung, Diagnose, Therapieplanung, Rehabilitation und Nachsorge-Monitoring,
- II. die Nutzung von Patient:innen als Ressource dadurch, dass sie dabei unterstützt werden, selbst ihre Gesundheitsdaten zu bewirtschaften, d. h. Daten über sich selbst sammeln, aber auch selbst nutzen und
- III. die Nutzung der Daten einerseits für die Forschung und andererseits für die Gestaltung einer sachlich fundierten Gesundheitspolitik, die alle statistisch relevanten Aspekte berücksichtigt.

01.2. Generelle Handlungsempfehlungen des Vereins PRAEVENIRE

I. Datennutzung und Datennutzen

Die **Gesundheitsdaten von Patient:innen sollen genützt werden**, wann immer sie damit einverstanden sind und wenn **Leistungen dadurch verbessert** werden können. Das betrifft nicht nur ärztliche Leistungen, sondern die Leistungen aller Gesundheitsberufe.

Sofern die Patient:innen einverstanden sind, sollen alle Personen, die in die Behandlungen involviert sind, Zugriff auf sämtliche für die Behandlung relevanten Daten haben. Und zwar nicht nur „theoretisch“ im Sinne einer Berechtigung, sondern „praktisch“ mit geringem Aufwand. Dies setzt voraus, dass **ELGA erstens viel konsequenter** als heute bewirtschaftet wird, zweitens ELGA für alle Arten von Gesundheitsdaten geöffnet wird, und drittens allen Involvierten der benutzerfreundliche Zugriff auf ELGA-Daten ermöglicht wird.

Derzeit ist die Bewirtschaftung von ELGA erratisch: Es hängt von vielen Faktoren ab, ob Daten in ELGA gelangen oder aus ELGA ausgelesen werden. In der Praxis erschweren ELGA-Funktionsprobleme die Suche nach dem nächstgelegenen Gesundheitsdienst-Anbieter, etwa wenn Menschen oft unterwegs sind oder pendeln. Sie sorgen für überflüssige Untersuchungen, weil Daten kürzlich gemachter Untersuchungen nicht genutzt werden können. Und sie erschweren neue Behandlungsformen wie Blended Care, die Selbstvermessung, Apps und Telemedizin in die konventionelle Versorgung integrieren.

Das ist ein unbefriedigender Zustand. Wann immer ein **Informationszugriff der besseren Versorgung** von Patient:innen nützt, sollte er mit sehr geringem Aufwand möglich sein. Dadurch würde die Versorgungsqualität erhöht, der Aufwand für Patient:innen würde reduziert und es würden Kosten eingespart werden. Damit dies allerdings erreicht werden kann, müssen die Hindernisse für die Nutzung von ELGA abgebaut werden — auch wenn dies zunächst Investitionskosten verursacht, bevor der Nutzen valorisiert werden kann.

Während Expertenkonsens darin besteht, dass Punkt I sinnvoll wäre, gibt es großen Zweifel, dass dies mit ELGA erreichbar ist. Dieser Dissens wird weiterbestehen, solange im Diskurs über ELGA Ungleiches miteinander gleichgesetzt wird und das Wissen sehr oft einfach fehlt. Die Folge

des unstrukturierten Diskurses ist erstens, dass den Beteiligten unklar ist, welche Problemfelder eigentlich genau besprochen werden sollen. Zweitens werden Stellvertreter-Diskussionen geführt, die die eigentlichen Probleme verbergen. Drittens werden die notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation gar nicht erst angedacht, weil die Defizite nicht sichtbar sind. Und viertens bleiben die Wünsche und Ängste einzelner Stakeholder — beispielsweise die Angst vor Kontrolle der Leistungserbringer durch die Zahler — verborgen, was insbesondere dazu führt, dass niemand auf die existierenden Ängste eingeht.

Notwendig für die Umsetzung einer individuellen Datennutzung ist eine differenzierte Darstellung des Gemeinwohlnutzens (Public Value), die zwischen unterschiedlichen Stakeholdern, unterschiedlichen Arten von Public Value und zwischen Tatsachen und Risiken/Chancen unterscheidet. Darauf aufbauend kann eine Strategie zur Umsetzung von Punkt I der drei Kernelemente entwickelt werden.

II. Aktive Rolle für Patient:innen

Wenn sich Patient:innen mit ihren Gesundheitsdaten auseinandersetzen und diese selbst gezielt sammeln, hat dies zahlreiche positive Wirkungen. Derzeit fehlt zwar die Evidenz, dass die Beschäftigung mit den Daten die Menschen wirklich gesünder macht, aber es gibt Hinweise darauf, dass wichtige Surrogat-Parameter verbessert werden: von der besseren Information für die Gesundheitsberufe (durch Praxiserfahrungen belegt) über die höhere Adhärenz der Patient:innen und die Motivation gesundheitsfördernder Aktivitäten bis hin zu (vermuteten) positiven psychologischen Effekten.

Doch das aktive „sich kümmern“ um die eigene Gesundheit scheitert in der Praxis oft daran, dass ein Zugriff auf die eigenen Daten nur mit großem Aufwand möglich ist und ein zur Verfügungstellen von selbstgesammelten Daten gänzlich unmöglich ist. Selbst dort, wo solche Probleme nicht bestehen, gibt es andere. Beispielsweise fehlt es meist an Anreizen für die Patient:innen, um ihren Gesundheitszustand regelmäßig und konsequent zu dokumentieren.

Patient:innen erleben also, dass Selbstverantwortung nur in sehr engem Rahmen gewünscht wird: Eine gesunde Lebensweise wird erwartet, vernünftige Kompromisse zwischen gesundem und genussvollem Leben werden aber nicht unterstützt. Zudem machen sie die Erfahrung, dass

die Datennutzung und das Datensammeln nicht wirklich gefördert werden. Die Patient:innen werden nicht als Ressource des Gesundheitssystems gesehen — insbesondere dann nicht, wenn es um das Bewirtschaften ihrer Daten geht. Das behindert den Informationsfluss zu den behandelnden Gesundheitsfachpersonen und hat damit direkt negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität.

Allerdings sind die Probleme nicht allein dadurch lösbar, dass die Datenflüsse technisch verbessert werden. Entscheidend ist, dass die User Experience (UX) für Patient:innen wie für Gesundheitsfachpersonen sehr hoch ist und dass beide Gruppen aus dem Bereitstellen bzw. aus der Datennutzung direkten Vorteil ziehen. Dies verlangt einen systemischen Ansatz, der konsequent durchdacht werden muss. Er kann nur unter Einbezug aller Betroffenen erfolgreich entwickelt werden. Nur so können potenziell mögliche Datenflüsse auch zu effektiven Informationsflüssen führen. Konkret muss unter Einbezug von Vertreter:innen aller Gesundheitsberufe und Patient:innen eine **Informationsflussarchitektur** designt und nach der Implementierung getestet werden, damit Punkt II der Kernelemente erfolgreich umgesetzt werden kann.

Doch selbst dies genügt noch nicht. Damit die Einführung Erfolg haben kann, müssen auch die finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Wenn es kein strategisches Commitment dazu gibt, dass Patient:innen mehr Selbstverantwortung übernehmen sollen, wird dies an Systemhindernissen scheitern. Beispielsweise ist es fast unmöglich, den direkten Nutzen von Gesundheitsapps in vernünftiger Zeit zu zeigen. Geht man dabei wie bei Medikamenten vor, scheitert der Nachweis obendrein am professionellen Betrieb der Apps, der eine stetige Weiterentwicklung vorsieht. Möglich dagegen wäre das Messen von Surrogat-Parametern für ein sich stetig entwickelndes digitales Werkzeug.

Neben dem Nutznachweis für Apps ist aber auch deren Popularisierung eine große Herausforderung, wie das deutsche Beispiel der DiGAs zeigt. So dringend eine Klärung der Finanzierungsfrage ist, ohne ein strategisches Gesamtkonzept und dessen konsequente Umsetzung wird sie nur marginalen Nutzen bringen. Wichtig ist, dass insbesondere Ärzt:innen die notwendigen Fertigkeiten (Digital Skills) erwerben, um Patient:innen bei der Nutzung von Apps beraten und selbst die Daten nutzen zu können, die durch Apps generiert werden. Diese Digital Skills müssen in der Aus- und Weiterbildung vermittelt werden. Weiters braucht es — unter anderem — vertrauenswürdige Informationsquellen, die zu Rate gezogen

werden können. Die Entwicklung eines strategischen Gesamtkonzepts inklusive der angestrebten Informationsflussarchitektur ist deshalb ein notwendiger erster Schritt, um Punkt II der Kernelemente für eine strategische Datenbewirtschaftung zu realisieren.

III. Daten für Forschung und Therapieentscheide

Von wenigen Spezialtherapien, beispielsweise der CAR-T-Zelltherapie, abgesehen, ist eine **personalisierte Präzisionsmedizin** nur durch die Nutzung der Daten von vielen möglich, weil so die Daten aus unterschiedlichen Quellen zusammengeführt werden. Gleiches gilt für die Public-Health-Forschung zur Verbesserung und **Evidenzbasierung der Gesundheits-, Sozial- und Umweltpolitik**. Dabei gilt es, den Datenschutz zu beachten, nicht nur um seiner selbst Willen, sondern auch, um das Vertrauen und die Bereitschaft zum Teilen von Gesundheitsdaten zu steigern.

Je nachdem, ob Daten für Forschung und Therapieentscheide oder für Gesundheits-, Sozial- und Umweltpolitik genutzt werden sollen, bedarf es anderer Integrationsformen. Für die medizinische Forschung und zukünftig für Therapieentscheide ist es ideal, wenn zuerst die Daten für eine Person zu einem möglichst umfassenden **digitalen Zwilling** zusammengefasst werden und danach die anonymisierten digitalen Zwillinge von vielen zusammengeführt werden. Für die Gestaltung der Gesundheits-, Sozial- und Umweltpolitik sind dagegen primär administrative Gesundheitsdaten relevant. Sie lassen erkennen, wo die Lebenserwartung besonders gering ist und ermöglichen eine erste Identifikation möglicher Ursachen.

Herausforderungen

Derzeit gibt es zahlreiche Hindernisse für die Umsetzung von Punkt III der Kernelemente zur Datenbewirtschaftung:

- Es fehlt das Bewusstsein für den tatsächlichen Nutzen einer personalisierten Präzisionsmedizin und es gibt wenig Wissen über die Rolle, die personenbezogene Gesundheitsdaten für die Entwicklung entsprechender Therapien spielen.
- Die österreichische Bevölkerung hat wenig Verständnis für eine Forschung mit Daten — implizit wird oft die Nutzung amerikanischer Daten als Möglichkeit angesehen, den Datenschutz in Österreich aufrecht zu erhalten, obwohl dies nicht nur ethische Fragen aufwirft, sondern auch praktische Nachteile hat.

- Es herrscht wenig Bereitschaft, Transparenz über statische Gesundheitsrisiken zu ermöglichen.
- Es fehlt weitgehend das Wissen darüber, wo eine datenschutzkonforme Integration personenbezogener Daten uneingeschränkt möglich ist. De facto gibt es keine entsprechenden Architekturen in der Public-Health-Forschung, wo eine Opt-Out-Option realisiert wird und wo sie zumindest für Forschungszwecke vorgesehen wäre.
- Die rechtlichen Vorgaben für die Nutzung personenbezogener Gesundheitsdaten sind von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich.
- Ein Diskurs über Good-Practice-Beispiele aus anderen Ländern findet kaum statt und positive ausländische Erfahrungen werden nicht genutzt.

Diese Hindernisse sind schwerwiegend, denn die Umsetzung von Punkt III verlangt **Solidarität**. Nur wenn ausreichend Österreicher:innen dazu bereit sind, ihre Daten der Forschung zur Verfügung zu stellen, solange sie noch gesund sind, wird es möglich sein, Forschung auf Basis von personenbezogenen Gesundheitsdaten und Administrationsdaten durchzuführen. Ob die Menschen dazu bereit sind, lässt sich aktuell kaum beurteilen. Es wird erst klar werden, wenn einerseits obige Hindernisse abgebaut und andererseits tatsächlich vertrauenswürdige technische und organisatorische Lösungen aufgebaut wurden.

Fazit

Die Diskussion am 4. PRAEVENIRE Digital Health Symposium im Rahmen der 7. PRAEVENIRE Gesundheitstage

im Stift Seitenstetten hat gezeigt, dass **Konzepte wie digitale Zwillinge** noch weitgehend unbekannt sind und es unter jenen, die sie kennen, kein einheitliches Verständnis gibt, was der Begriff „digitaler Zwilling“ genau bezeichnen soll. Während in vielen Digitalisierungsthemen exakte Definitionen unmöglich sind (so ist es beispielsweise unmöglich Künstliche Intelligenz zu definieren), wäre dies im Fall von digitalen Zwillingen möglich und für das Entwickeln von vertrauenswürdigen Lösungen wichtig. Der erste Schritt Richtung Umsetzung von Punkt III sollte jedenfalls eine breite Aufklärungsarbeit nebst einer im Konsens entwickelten Standardisierung von Begrifflichkeiten sein, idealerweise ergänzt durch die Dokumentation zahlreicher Nutzungsbeispiele.

Parallel dazu sollten in der Ausbildung der Gesundheitsberufe die Fertigkeiten für die Anwendung **datenwissenschaftlicher Methoden (Data Literacy) im beruflichen Kontext vermittelt** werden und auch für Ausgebildete einfache Möglichkeiten der Weiterbildung in Data Literacy geschaffen werden. Wichtig ist dabei, dass neben handwerklichen Fähigkeiten zur Erarbeitung und Validierung von Ergebnissen auch ethische Reflexionsfähigkeiten vermittelt werden.

Mittelfristig sollte dann die **Infrastruktur für eine datenschutzkonforme Integration** von personenbezogenen Daten entwickelt werden, welche sowohl die Bedürfnisse der Public-Health-Forschung, als auch die Bedürfnisse der medizinischen Forschung abdeckt. Denn diese sind jeweils verschieden und erfordern verschiedene Architekturen und Governance-Prinzipien. Entscheidend dabei wird sein, die Lösung transdisziplinär und unter Einbezug von Vertreter:innen aller Stakeholder-Gruppen zu designen.

Kooperationspartner des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Digital Health



Freiraum für Ihre Notizen, Ideen und Strategien zur Umsetzung

A large grid of small, light gray dots arranged in a regular pattern, intended for taking notes or drawing.



FANNY | 11 Jahre

02. GESUNDHEITS- KOMPETENZ UND PRÄVENTION



Seitenstettener Petition zu
Harm Reduction und Risikominderung

02. Gesundheitskompetenz und Prävention

» Vorsorgeprogramme — Gesundheitswissensvermittlung — Impfkultur «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ **Pädagogische Ausbildung** um Health-Literacy-Themen erweitern!
- ☑ **Bewegung „auf Rezept“** und die **tägliche Bewegungseinheit** in Schulen durchsetzen!
- ☑ Das **Konzept Health in All Policies** (HiAP) umfassend umsetzen!
- ☑ Kostenlose **Vorsorgeprogramme** und die **Vorsorgeuntersuchung strategisch neu denken**, ausbauen und Maßnahmen setzen, um die Teilnahme zu steigern!
- ☑ Den **Eltern-Kind-Pass** bis zum Alter von 18 Jahren verlängern und mit u. a. Bewegungs- und Mobilitäts-Check ergänzen!
- ☑ Einen **„Best-Agers-Bonuspass“** mit präventiven Elementen im Sinne eines finanziellen Anreizsystems implementieren!
- ☑ Mehr **Finanzmittel für die Gesundheitsförderung von Risikogruppen** bereitstellen!
- ☑ Die **Impfbereitschaft** mittels Aufklärung und niederschwelliger Angebote erhöhen!
- ☑ Alle vom **Nationalen Impfgremium empfohlenen** Impfungen kostenlos ermöglichen!
- ☑ Die **Schulärzt:innen** stärken und ihre Kompetenzen erweitern!

02.1. IM FOKUS

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 der Politik die mit Expert:innen erarbeiteten dringend erforderliche Maßnahmen und die PRAEVENIRE Forderungen, zusammengefasst im PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) und im PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ (Version 2021/22), überreicht.

Mittlerweile kann die **Umsetzung folgender PRAEVENIRE Forderungen als Erfolg** verbucht werden:

- Die von der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 geforderte Änderung des Mutter-Kind-Passes zu einem **Eltern-Kind-Pass** ist erfolgt. Ein weiterer Meilenstein wäre ein lebensbegleitender „Präventionspass“ mit Erinnerungsfunktion an die Vorsorgetermine.
- Die geforderte verbesserte „Impfkultur“ ist einen Schritt näher gerückt: Seit Februar ist die **HPV-Impfung** vom 9. bis zum 21. Lebensjahr kostenlos.
- Der **elektronische Impfpass** wurde gesetzlich verankert und auf Basis der ELGA-Infrastruktur von der Pilotierung auf den Regelbetrieb umgestellt.

Darauf aufbauend setzte die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 ihre Arbeit mit den teilnehmenden Expert:innen, den Kooperationspartnern und PRAEVENIRE Unterstützern fort. **Für die Steigerung** der Gesundheitskompetenz sind eine gemeinsame Politik und gesellschaftsübergreifende **Zusammenarbeit von Akteur:innen des Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesens und auch der Wirtschaft** notwendig. Gesundheit geht alle etwas an und Gesundheitsagenden betreffen alle Lebensbereiche. Deshalb sind Rahmenbedingungen so zu verändern, dass eine gesunde Lebensweise für die Menschen einfach erreichbar ist und im besten Fall die „gesündere“ Entscheidung für jede einzelne und jeden einzelnen auch die angenehmere, „bessere“ Entscheidung ist.

02.2. Generelle Handlungsempfehlungen des Vereins PRAEVENIRE

Health Literacy, Informationen zu Vorsorgeprogrammen, Screeningangebote und Impfkampagnen sollten **alternsgerecht** aufbereitet werden, **genderspezifische** Perspektiven berücksichtigen und in **einfacher bzw. mehreren Sprachen** erhältlich sein. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

1. Health Literacy und Lebensstilanpassung

1. Generell ist es notwendig, die **Gesundheitskompetenz der Österreicher:innen zu steigern**. Die Bevölkerung sollte darüber informiert werden, dass Bewegung, Ernährung und Lebensstilverbesserungen zur Vorbeugung vieler Krankheiten und Abnützungserscheinungen — von Kindheit an — wichtig sind (vgl. Gesundheitskompetenz im Kapitel Kinder- und Jugendgesundheit).
2. Die meisten Menschen brauchen eine auf ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Betreuung (Coaching) und müssen **bei den lebensstilverändernden Maßnahmen begleitet** werden. Eine Lebensstilveränderung braucht Zeit und dauert auch längere Zeit. Dies muss verständlich bzw. motivierend kommuniziert werden. Im Sinne einer **angebotsorientierten Gesundheitspolitik** ist ein umfassender Ausbau von Unterstützungs- und Förderangeboten notwendig, die den Patientennutzen in den Fokus stellen.
3. Es braucht gezielte **Anreize auf Ernährungs- und Bewegungsebene**, die die Individuen motivieren bzw. ermutigen, ein besseres Gesundheitsverhalten einzunehmen.
4. Derzeit investiert die ÖGK rund 1,4 Prozent ihrer Mittel in gesundheitsfördernde Maßnahmen. Diese **Finanz-**

mittel müssen aufgestockt werden, um den Weg von der Reparaturmedizin zur Präventivmedizin rasch fortsetzen zu können. Das Ziel der ÖGK von fünf Prozent der Einnahmen bis 2030 ist aus Sicht der PRAEVENIRE Expert:innen als Minimalgrenze zu sehen. Insbesondere für die **Health Literacy von Risikogruppen** (Diabetes,

Krebs etc.) sind sowohl die Anzahl als auch die Qualität (auf den individuellen Bedarf ausgerichteter) gesundheitsfördernder Maßnahmen zu steigern. Im Sinne des Konzepts **Health in All Policies (HiAP)** muss die Politik Gesundheit auch in andere volkswirtschaftliche und gesellschaftliche Bereiche mit einbeziehen, beispielsweise in die Wohn- und Umweltpolitik.



Der Goldstandard wäre das Ausrollen von Programmen, mit denen Kinder, Jugendliche und Eltern zu erreichen sind.

5. **Eigenverantwortlichkeit** für die Gesundheitsagenden kann nur dann funktionieren, wenn den Menschen ausreichend Gesundheitskompetenz mitgegeben wird. **Verhaltensprävention und Verhältnisprävention** gehen Hand in Hand. Der Trend zur Selbstbehandlung leichter Beschwerden und Symptome (Self Care) hat sich während der Coronapandemie bestätigt, im Zuge einer Umfrage gaben drei Prozent mehr Befragte als im Vorjahr an, dass sie z. B. Kopfschmerzen, Schnupfen, Rückenschmerzen, leichte Schnittwunden oder Lippenherpes selbst behandelten.¹ Im selben Zeitraum wurden auch Hausärzt:innen und niedergelassene Fachärzt:innen wieder vermehrt aufgesucht; die Pandemie bedingte Zurückhaltung gegenüber Ordinati-

¹ Lt. Spectra Marktforschung, veröffentlicht im September 2022.

onsbesuchen scheint überwunden. Auch die Apotheke ist für 46 Prozent der Befragten eine wichtige Anlaufstelle bei leichten Beschwerden. Gestiegen sind Internetrecherchen zu Gesundheitsfragen. Umso wichtiger ist es daher, von der öffentlichen Hand **gesicherte und evidenzbasierte Gesundheitsinformationen** — sowohl online als auch analog — bereitzustellen.

- Um relevante und richtige Inhalte von Fake News unterscheiden zu können, muss die Förderung der **Medienkompetenz** mitbedacht werden. Generell zeigen Studien, dass Bildung und Gesundheit korrespondieren.
- Gesundheitswissen muss in **sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen** stark gefördert werden, um gesundheitliche Fairness zu erreichen.

Seitenstettener Petition: Harm Reduction

Mit der vor zwei Jahren im Rahmen des PRAEVENIRE Gesundheitsforums im Stift Seitenstetten initiierten Seitenstettener Petition zu Harm Reduction und Risikominimierung ist ein Zeichen gesetzt worden, das im gesundheitspolitischen Diskurs die Präventionsmaßnahmen vor die Reparaturmedizin stellt. Die Idee ist, den Entscheidungsträger:innen im österreichischen Gesundheitssystem das Bewusstsein für patientenorientierte, evidenzbasierte und zukunftsweisende Lösungen mitzugeben und die Gestaltung der Rahmenbedingungen dementsprechend anzupassen. Harm Reduction ist breit aufgestellt und nimmt Bezug auf Lebensstilrisiken, Suchtverhalten, Bewegung, Ernährung, Alkohol, Tabak und Drogen. Große Bedeutung kommt der Prävention zu, dennoch lenkt die Seitenstettener Petition die Aufmerksamkeit auch dorthin, wo abstinente Verhalten nicht möglich ist. In diesen Fällen gilt es, die Patient:innen dort abzuholen, wo sie stehen. Die Gesundheitsexpert:innen betonten in den PRAEVENIRE Gipfelgesprächen zu Harm Reduction die ökonomischen Vorteile für das Gesundheitssystem: Durch präventive Arbeit und Förderung von Gesundheitskompetenz wird das gesamte Gesundheitssystem entlastet. Details auf: www.praevenire.at/petition-harm-reduction



II. Präventionsmaßnahmen und Vorsorgeprogramme

- Die Erarbeitung von umfassenden Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien ist notwendig. Im Zuge dessen sollte über ein **Präventionsgesetz** nachgedacht werden. Gesundheitsförderung und Vorsorgemaßnahmen entlasten das Gesundheitssystem.
- Die Bedeutung von **Früherkennung und Awareness für Risikogruppen** muss bereits **in Schulen** gelehrt werden!
- Nach der kürzlich erfolgten Verlängerung und Namensänderung von Mutter-Kind-Pass auf Eltern-Kind-Pass (bis 18 Jahre) ist als nächster Schritt der



Ein Präventionspass kann z. B. an die Vorsorgeuntersuchung erinnern.

lebenslange Präventionspass. Er kann im Rahmen von ELGA dargestellt werden und die Vorsorgeuntersuchungen (Brustkrebsfrüherkennung, Darmkrebsprävention etc.) dokumentieren. Eine Erinnerungsfunktion soll an die kostenlose jährliche Vorsorgeuntersuchung und an Screeningprogramme erinnern.

- Ein österreichweit **einheitliches, qualitätsgesichertes Früherkennungsprogramm** nach dem Vorbild des Vorarlberger Darmkrebsvorsorgemodells ist zu etablieren und im Zuge dessen ist die Bekanntheit der „sanften Koloskopie“ in der Öffentlichkeit zu steigern.
- Die **Familienanamnese** verstärkt in die Vorsorgeuntersuchung einbeziehen.
- Die **jährliche Vorsorgeuntersuchung** bietet sich auch als niederschwellige Gelegenheit im Hinblick auf eine **Diagnosemöglichkeit bei Mental Health Issues** an. Je früher Patient:innen die Möglichkeit zur psychotherapeutischen Betreuung bekommen, desto besser ist auch der Behandlungserfolg und desto kürzer ist die Behandlungsdauer.

III. Impfungen

- Die Debatte um die COVID-19-Impfungen hat 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 weiter-

hin geboten — nach der kostenlosen HPV-Impfung bis zum vollendeten 21. Lebensjahr — **ein öffentlich finanziertes, flächendeckendes nationales Impfprogramm** mit allen empfohlenen Impfungen vom Säuglings- bis zum Seniorenalter zu etablieren (neben COVID-19- z. B. Grippeimpfungen, Kinderimpfungen etc.). [1]

2. **Impfempfehlungen** müssen zielgruppengerecht und in einfacher Sprache auf den zur Verfügung stehenden Kommunikationskanälen und mit Einbindung aller Gesundheitsdienstleister der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden. Dadurch können auch **auf**

volkswirtschaftlicher Ebene Krankheitsfolgen vermieden und Folgekosten eingespart werden und die Bevölkerung kann vom gesundheitlichen Nutzen der Impfungen überzeugt werden.

3. Im Rahmen des **betrieblichen Gesundheitsmanagements** sollten Arbeitsmediziner:innen ihren Kompetenzen entsprechend in einem breiteren Tätigkeitsfeld eingesetzt werden. Für Unternehmen sind Rahmenbedingungen und **Anreize zu schaffen**, die dazu motivieren, an Interventionen zur Gesundheitsförderung, Präventionsmaßnahmen und Impfprogrammen teilzunehmen.

02.3. ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzungen der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO)

Die Osteopathie ist eine eigenständige, ganzheitliche und medizinische Behandlungsmethode, die auf medizinischen Grundlagenfächern wie allgemeiner und funktionaler Anatomie, Physiologie, Biomechanik und Embryologie gründet. Ein besonderer Fokus bei der Osteopathie liegt auf der Prävention. Durch osteopathische Behandlungen können Beschwerden, die sich beispielsweise in Form von funktionellen Störungen zeigen und bereits vor den klinischen Symptomen auftreten können, entdeckt und behandelt werden.

Ergänzung des Österreichischen Apothekerverbandes

[1] Es ist international erwiesen, dass durch das **Impfen in der Apotheke höhere Durchimpfungsraten erzielt**

werden können. Deutschland beispielsweise baut seine Impf-Infrastruktur mit Einbindung der Apotheken sukzessive aus, in Portugal wird bereits jede zweite Grippeimpfung in der Apotheke verabreicht, in Dänemark darf seit zwei Jahren geimpft werden, in Frankreich wurden 2019 innerhalb von elf Wochen 2,3 Millionen Menschen gegen Grippe in Apotheken geimpft (26,7 Prozent).

In Österreich sind 2.000 nach internationalen Standards ausgebildete Apotheker:innen auf das Impfen in der Apotheke vorbereitet: Sie können durch ihre flächendeckende Verteilung, den **wohnortnahen und niederschweligen Zugang**, die jahrzehntelange Erfahrung in der Impfberatung und gezielter **Impf-Fortbildungen** einen wichtigen Beitrag zu höheren Impfquoten leisten. Es braucht jetzt den wichtigen nächsten Schritt, **die gesetzliche Basis**, die das Impfen in Apotheken ermöglicht.

Kooperationspartner des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Gesundheitskompetenz und Prävention



Freiraum für Ihre Notizen, Ideen und Strategien zur Umsetzung

A large grid of small, light gray dots arranged in a regular pattern, intended for taking notes or drawing.



TRISTAN | 8 Jahre



Save the Date: Primärversorgungstagung
vom 23.—24. Juni 2023

03. WOHNORTNAHE VERSORGUNG UND ZENTRUMSMEDIZIN

03. Wohnortnahe Versorgung und Zentrumsmedizin

» Primärversorgungseinheiten — Spitzenmedizin — Arzneimittelversorgung «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Die Allgemeinmedizin und Primärversorgung stärken!
- ☑ Den **Facharzt für Allgemeinmedizin** final umsetzen!
- ☑ **Bestehende Vereinbarungen** im Bereich der PVE zeitnah umsetzen, damit die wohnortnahe Primärversorgung für alle gegeben ist!
- ☑ Für **mehr Flexibilität bei der Umsetzung von PVE** sorgen!
- ☑ Für komplexe und seltene Erkrankungen **moderne Infrastruktur** in Form von Kompetenzzentren schaffen!
- ☑ Die **Arzneimittelversorgung** durch Standortpolitik, Krisenlager und Regulierung für „Unlicensed Medicines“-Importe absichern!

03.1. IM FOKUS

Versorgung und Betreuung funktionieren dann hervorragend, wenn alle relevanten Stakeholder des Gesundheitssystems aber auch des Bildungswesens (vgl. Health Literacy) und der sozialgesellschaftlichen Bereiche miteinander arbeiten und hinsichtlich der Gesundheitsagenden vernetzt sind. Das Zusammenspiel wird am besten durch den **Aufbau neuer ärztlicher und gesundheitsberuflicher Zusammenarbeitsformen und den Abbau von zeitraubenden bürokratischen Abläufen** unterstützt.

Alle Patient:innen haben das **Anrecht auf die beste medizinische Versorgung**, bei der sie in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems gestellt werden. 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“ prioritär verankert. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden im PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) und im PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ (Version 2021/22) konkrete Handlungsempfehlungen und PRAEVENIRE Forderungen zusammengefasst und den gesundheitspolitischen Entscheidungsträger:innen überreicht. Für das PRAEVENIRE Jahrbuch wurde der Themenkreis mit der aktuellen Problematik der Arzneimittelengpässe ergänzt.

03.2. 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

1. Eine umfassende **Gesundheitsreform** muss sowohl die **Expertisen der Ärzteschaft als auch jene der relevanten Gesundheitsberufe und der Krankenkassen** bzw. Sozialversicherungen miteinbeziehen. Beispielsweise sollte die **Physiotherapie als Kernelement** der Primärversorgung gelten!
2. Im Sinne des Patientenwohls sind darüber hinaus Patientenvertreter:innen bzw. Selbsthilfegruppen und insbesondere auch die **Erfahrungen von Beratungsinitiativen** in die Strukturplanung miteinzubeziehen.
3. Für eine zukunftsgerichtete Planung, die eine jährliche Aktualisierung der Planungsziele beinhaltet, braucht es aus versorgungspolitischer **Sicht mehr Flexibilität für die Umsetzung von PVE** und somit die Abschaffung der starren PVE-Standortgebiete. Um die PVE-Gründung zu vereinfachen und eine raschere Flächendeckung zu erreichen, muss eine Kooperation aus zwei (statt mind. drei) Ärzt:innen ausreichend sein.
4. Zusätzlich zu den Primärversorgungszentren gewinnen **Gruppenpraxen, mobile Dienste und telemedizinische Angebote** stark an Bedeutung; sie werden die vorwiegend bestehenden Einzelsettings ablösen. Als Vorzeigeland kann Finnland genannt werden, das in seinen 280 Gesundheitszentren sowohl eine ambulante als auch stationäre Versorgung anbietet. Im Zuge der Gesundheitsreform ist der Aufbau bzw. Ausbau einer modernen, flexiblen Infrastruktur mitzudenken. Dabei sollte der Fokus auf der Modernisierung bestehender Versorgungsstrukturen liegen, sodass diese verstärkt bedarfsorientiert genutzt werden können.
5. In die **Planung von PVE** sind die Gesundheitsberufe, insbesondere Ärzt:innen und deren Interessensvertretung, strukturiert in die Entscheidung miteinzube-

ziehen, weil nur so gewährleistet ist, dass PVE in die bestehende Versorgungsstruktur optimal integriert werden und dass Health Care Professionals (HCP) motiviert sind, in einer PVE tätig zu sein.

6. **PVE-Netzwerke** sind eine gute regionale Alternative zu PVE-Zentren und sollten forciert werden.

II. Therapie- und Kompetenzzentren

1. Die Errichtung **regionaler Therapiezentren mit spezialisierten Teams**, die engen Kontakt zu Patient:innen halten, erweisen sich als effektiv, um — auch im Zusammenspiel mit digitalen Begleitangeboten — den Therapieerfolg zu steigern. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt darüber hinaus die Einbindung von Ambulanzen in die extramurale Versorgung.
2. Für die **Finanzierung** regionaler Therapiezentren erweisen sich PPP-Modelle als effektivste Lösung, wie bereits erfolgreich bei der Errichtung von Kinder-Rehabilitationszentren in Österreich umgesetzt wurde.
3. Für eine gute **Versorgungsstruktur bei komplexen Erkrankungen** (wie z. B. Krebs) und seltenen Erkrankungen braucht es entsprechende Zentren. Eine Behandlung und Versorgung in Exzellenzzentren führen nicht zuletzt deshalb zu besseren Outcomes, weil Patient:innen über die eigentlichen Therapiemaßnahmen hinaus umfassend und individuell (Präzisionsmedizin) betreut werden können. Für spitzenmedizinische Leistungen sind längere Wegzeiten vertretbar, da Patient:innen in Zentren die bestmögliche Therapie erhalten. Therapievorbereitung und Nachsorge können wieder im Zusammenwirken mit den Spezialist:innen innerhalb der wohnortnahen Strukturen abgewickelt werden.

III. Absicherung der Arzneimittelversorgung

1. Lieferengpässe sind eine europaweite Problematik und müssen daher auf europäischer Ebene im engen Austausch zwischen den Ländern diskutiert werden, um in weiterer Folge **Regulatorien innerhalb Europas** zu harmonisieren.
2. Für Europa braucht es 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 eine Signalwirkung für gesamt Österreich haben.

3. Um bei einem Herstellerausfall die Arzneimittelversorgung zu schaffen, sollten **Pharmaunternehmen** dazu angehalten werden, bei Antragstellung auf Zulassung zumindest zwei Hersteller zu nennen, die den Wirkstoff liefern könnten — sofern dies in der Praxis möglich ist.
4. **Pharmazeut:innen** müssen von den pharmazeutischen Unternehmen **über Lieferengpässe in Kenntnis** gesetzt werden.
5. Zur kurzfristigen, raschen und sicheren Arzneimittelversorgung könnte auch für Österreich der

Lösungsweg eingeschlagen werden, den andere Länder in Europa bereits gehen: der kurzfristige **Import sogenannter „Unlicensed Medicines“ (ULM)**. Darunter versteht man erprobte, wirkstoffgleiche Arzneispezialitäten, denen eine Vertriebslizenz in Österreich fehlt, die aber anderswo zugelassen sind. Länder wie Dänemark, Großbritannien oder Norwegen haben für diesen Fall bereits ein Prozedere entwickelt, bei dem lokale Behörden rasch spezielle Genehmigungen für den Import erteilen. So ist etwa in Großbritannien eine nationale Behörde dafür zuständig, die Importgenehmigung für eine bestimmte Zeitspanne zu erteilen. Bei Unterbrechung der Lieferkette tritt in Norwegen die „Norwegian Medicinal Agency“ auf den Plan, die Abrechnung und Kostenübernahme für die ULM erfolgt wie in allen anderen Fällen auch durch die nationale Gesundheitsbehörde.

03.3. ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzung der Ärztekammer für Wien

Zu III. Absicherung der Arzneimittelversorgung: Für eine faire Arzneimittel- und Medizinprodukteversorgung der Bevölkerung ist die Rolle der Ärzt:innen mit Hausapotheken absolut essenziell.

Ergänzung des Österreichischen Apothekerverbandes

Der Zugang zu Arzneimitteln ist für eine gute Gesundheitsversorgung zentral. Dazu ist ein flächendeckendes Netz an Abgabestellen erforderlich, die niederschwellig aufgesucht werden können und umfassende pharmazeutische Expertise

anbieten — ergänzend zu ärztlichen Leistungen. Dieses Netz bilden die 1.415 öffentlichen Apotheken Österreichs. Mit einer durchschnittlichen Wochenöffnungszeit von 49 Stunden und zusätzlichen Bereitschaftsdiensten sorgen sie 365 Tage im Jahr dafür, dass Medikamente im gesamten Bundesgebiet einfach zu beziehen sind. Gerade in Zeiten von Lieferengpässen kommt der öffentlichen Apotheke besondere Bedeutung zu: Mit einer durchschnittlichen Lagerkapazität von 6.000 Medikamenten deckt sie das Spektrum benötigter Medikamente ab. Ist ein Präparat nicht gleich verfügbar, gelingt es den Apotheker:innen mit ihrem Know-how in der Arzneimittelbeschaffung, in neun von zehn Fällen eine Lösung zu finden. Dieses hervorragende System darf nicht ausgehöhlt werden.

Kooperationspartner des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Wohnortnahe Versorgung und Zentrumsmedizin



04. FRÜHE DIAGNOSE UND FRÜHE THERAPIE



ALMA | 6 Jahre



Dr. Manfred Brunner, Landesstellenvorsitzender der ÖGK Vorarlberg, erklärt das Vorarlberger Darmkrebs-Vorsorgeprogramm

04. Frühe Diagnose und frühe Therapie

» Vorsorgeprogramme — Labordiagnostik — Innovationsförderung «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Die **Wartezeit auf frühe Diagnose für Patient:innen** verkürzen!
- ☑ Evaluierte, erfolgreiche **Früherkennungsprogramme** bundesweit anbieten!
- ☑ Strukturen für **innovative Forschung** zu Immunonkologie und Immuntherapie bereitstellen!
- ☑ **Diagnosedaten und Register** zur Bewertung von Therapie-Outcomes etablieren!
- ☑ **Innovative Instrumente** und Methoden wie z. B. Deep-Learning bei Bilddiagnostik finanzieren!

04.1. IM FOKUS

Frühe Diagnosen und frühe Therapien sind nicht allein als Beginn einer medizinischen oder gesundheitsfördernden Intervention zu sehen, sondern systematisch und umfassend im Gesundheitssystem mitzudenken. Generell sollen für die frühe Diagnose und frühe Therapie eine **proaktive Herangehensweise** forciert und die **Wartezeiten für Patient:innen minimiert** werden.

Zum einen kann mit der **richtigen Therapie zum frühmöglichen Zeitpunkt** z. B. bei Schmerzbehandlungen eine Chronifizierung vermieden werden. Zum anderen kann eine früh eingesetzte innovative Krebstherapie den Patient:innen ermöglichen, mit Krebs als chronische Erkrankung zu leben. Und auch nach einem operativen Eingriff benötigen Personen möglichst früh die jeweils passende Therapie und Rehabilitation.

Die **Vorteile der digitalen Transformation und Künstlichen Intelligenz** sind besonders bei bildgebenden Diagnoseverfahren oder in der Labortechnik für alle Beteiligten sichtbar und greifbar. Bei der Arthroseforschung beispielsweise liegt großes Potenzial in Methoden wie Deep-Learning, wenn sie aktiv genutzt werden können. Durch eine entsprechende digitale Aufarbeitung von Bildmaterial stehen den Behandler:innen die Diagnosen digital zur Verfügung. Laut Expert:innen werden sie künftig exakter sein als subjektive Diagnosen und es kann rascher und früher reagiert werden.

04.2. Generelle Handlungsempfehlungen des Vereins PRAEVENIRE

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, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

I. Screeningprogramme und Labordiagnostik

1. **Staatliche Programme**, die Anreize für regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen setzen, müssen ausgeweitet und finanziert werden. Erfolgreiche Beispiele zeigen sich im Bereich der Darmkrebs- und Brustkrebsvorsorgeprogramme sowie der Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen. Auch am Beispiel von Lungenkrebs wird die Notwendigkeit frühestmöglicher Diagnosen deutlich: Studien belegen, dass regelmäßige Low-Dose-Computer-Untersuchungen von Raucher:innen die Lungenkrebs-Sterblichkeit um knapp ein Viertel reduzieren.
2. **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. Regional erfolgreiche Programme wie z. B. die 2007 in Vorarlberg gestartete Darmkrebs-Vorsorgekolloskopie sollten **bundesweit einheitlich** angeboten werden.
3. Die **Weiterentwicklung von Früherkennungstests** muss in Österreich vorangetrieben werden (z. B. Tumormarker).
4. Die **Einbindung von Robotiksystemen und Analysegeräten in die Labordiagnostik und die Einbindung von Künstlicher Intelligenz** in die medizinische Diagnostik ermöglichen Präzisionsmedizin und individuelle Therapien. State-of-the-Art-Diagnostik ist den Menschen frühestmöglich 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.).

II. Patientenwege zu früher Therapie

1. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 fordert die Adaptierung des Leistungskatalogs im niedergelassenen Bereich. Der Fokus muss dringend in **Richtung Zuwendungsmedizin** gesetzt werden, um so eine umfassende Behandlung der Patient:innen sicherzustellen. In diesem Zusammenspiel muss die Honorierung im niedergelassenen Bereich angepasst werden. Ziel ist es, Honorierungssysteme zu etablieren, die den Ärzt:innen mehr Zeit für die Aufklärung von Patient:innen einräumen. Hausärzt:innen haben hier eine wichtige Lotsenfunktion, um bei bestimmten Verdachtsmomenten die notwendigen Folgeuntersuchungen in die Wege zu leiten (z. B. alle zwei Jahre Elektrokardiogramm (EKG) oder Lungenfunktionstests). Zu entscheiden ist, wie strikt das „Lotsensystem Hausärzt:in“ im Sinne eines Einschreibmodells einzuhalten ist (am Beispiel Skandinaviens zeigt sich hier ein sehr striktes Konzept).
2. 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.
3. Die breitere Zugänglichkeit **interdisziplinärer Therapiekonzepte** muss angesichts der steigenden Zahl chronisch Kranker (z. B. Diabetes) sichergestellt sein.
4. Am **Arbeitsplatz** sind Arbeitsmediziner:innen (und Schulmediziner:innen) oft Vertrauenspersonen, für manche noch vor den Hausärzt:innen erste Ansprechpartner:innen bei Gesundheitsproblemen. Deshalb müssen sie im Zuge ihrer Curricula verstärkt **für das Themenfeld der frühzeitigen Diagnose ausgebildet** werden. Sie sollen darüber hinaus die Möglichkeit



Der Wert von innovativen Therapien darf aus gesundheitsökonomischer Sicht nicht daran gemessen werden, was sie leisten könnten, sondern was sie leisten.

niedergelassenen Bereich angepasst werden. Ziel ist es, Honorierungssysteme zu etablieren, die den Ärzt:innen mehr Zeit für die Aufklärung von Patient:innen einräumen. Hausärzt:innen haben hier eine wichtige Lotsenfunktion, um bei bestimmten Verdachtsmomenten die notwendigen Folgeuntersuchungen in die Wege zu leiten (z. B. alle zwei Jahre Elektrokardiogramm (EKG) oder Lungenfunktionstests). Zu entscheiden ist, wie strikt das „Lotsensystem Hausärzt:in“ im Sinne eines Einschreibmodells einzuhalten ist (am Beispiel Skandinaviens zeigt sich hier ein sehr striktes Konzept).

haben, die Umsetzung empfohlener Maßnahmen überprüfen zu können.

5. Neue diagnostische und therapeutische Strategien zur Unterstützung des Immunsystems befinden sich in der Entwicklungsphase. Die Entwicklung von Immuntherapien dauert lange; in den letzten 30 bis 40 Jahren gab es bemerkenswerte Fortschritte, die mit

dazu beitragen, Volkskrankheiten zu heilen. Grundlagenforschung wie z. B. die Erforschung der immunologischen Synapse („Hirn des Immunsystems“) und die dazu notwendige Ausstattung sind zu unterstützen. Durch Immuntherapien können die Lebenserwartung und die Lebensqualität der Patient:innen erhöht und das gesamte gesellschaftliche System kann entlastet werden.

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



illumina® LEAD HORIZON



ALMA | 6 Jahre

05. GESUNDHEITSBERUFE UND AUSBILDUNG



Nachlese zum PRAEVENIRE Talk auf der Schafalm in Alpbach

05. Gesundheitsberufe und Ausbildung

» Zugang — Rechtssicherheit — Spezialisierung «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Zukunftsorientiert den **Personalbedarf** abdecken!
- ☑ Die Health Care Professionals mit ihrer Expertise in die **(Primär-)Versorgungsplanung** einbinden!
- ☑ Den **Anerkennungsprozess** von (neuen) Gesundheitsberufen transparent regeln!
- ☑ Gesundheitsberufe durch **Karrierepfade attraktivieren** und die **Ausbildung finanzieren!**
- ☑ **Gesundheitsleistungen** und Präventionsmaßnahmen der Gesundheitsberufe müssen mit den Krankenkassen abrechenbar sein!
- ☑ Die **Berufsrechte und Kompetenzen** an die zeitgemäßen Anforderungen, neuen Formen der Zusammenarbeit und Digitalisierung anpassen!

05.1. IM FOKUS

Für die Zusammenarbeit der ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe stellt sich die Frage, wie der Personalbedarf (vgl. Pflegebedarf, Psychotherapieplätze) bestmöglich abgedeckt wird und die einzelnen Professionen entsprechend ihrer Ausbildungen optimal eingesetzt werden können. Dieser Diskussion — und vielen anderen — stellten sich die teilnehmenden Expert:innen und die Unterstützer der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 bereits im Zuge der in den Jahren zuvor an die politischen Entscheidungsträger:innen adressierten Handlungsempfehlungen und PRAEVENIRE Forderungen. Sie wurden in den Themenkreisen Gesundheitsberufe und Ausbildung des PRAEVENIRE Weißbuchs „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) und „Gesundheitsstrategie 2030“ (Version 2021/22) zusammengefasst. Die Herausforderungen und Lösungsansätze sind nach wie vor aktuell: berufsständische Silos aufbrechen, der Arbeitsbelastung entgegensteuern, neue berufsrechtliche Regeln definieren bzw. die Kompetenzbereiche anpassen.

Das österreichische Gesundheitssystem verfügt über bestens ausgebildete Mitarbeiter:innen. Die nachfolgende Generation sieht sich mit dem rasant wachsenden medizinischen Wissen, das sich alle fünf Jahre verdoppelt, konfrontiert. Deshalb muss die Ausbildung an neue Anforderungen angepasst und lebenslanges Lernen gefördert werden. Die **Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf** ist nur dann attraktiv, wenn Interessent:innen 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.

Im Bereich der Physiotherapie beispielsweise gehört die Zahl der Ausbildungsplätze sukzessive erhöht, um dem steigenden Versorgungsbedarf der nächsten Jahre und Jahrzehnte adäquat begegnen zu können und der Bevölkerung eine lückenlose Versorgung mit physiotherapeutischen Leistungen, die im Vor- und Nachgang ärztlicher Interventionen wie z. B. Operationen, maßgeblich zum nachhaltigen Erfolg und der Gesundheit der Betroffenen beitragen. Ebenso sind konsequente, von der öffentlichen Hand finanzierte Masterstudiengänge im Bereich der Physiotherapie einzurichten, um den europäischen Ausbildungsstandards im Bereich der Physiotherapie mit Blick in die Zukunft gerecht zu werden.

05.2. Generelle Handlungsempfehlungen des Vereins PRAEVENIRE

Insgesamt zeigt sich, dass Gesundheitsberufe eine wichtige Rolle in der Gesellschaft spielen und es in den vielzähligen und vielfältigen Arbeitsbereichen Karriere-möglichkeiten gibt. Allerdings ist auch die Belastung für die Fachkräfte hoch und es ist wichtig, dass ihnen angemessene Unterstützung und Entwicklungsmöglichkeiten geboten werden. Der Verein PRAEVENIRE empfiehlt daher folgende konkrete Handlungsempfehlungen.

I. Primärversorgung

1. Internationale Vergleiche zeigen, dass Primärversorgungseinheiten (PVE) und Primary Health Care sowie der Zusammenschluss von Fachärzt:innen in Gemeinschaftspraxen meist jene **Versorgungsqualität** bieten können, die derzeit in den für das Gesundheitssystem teureren Spitalsambulanzen gesucht werden. **Gesundheitsberufe** müssen sich daher verstärkt **als Teil des Gesamtversorgungsprozesses** verstehen, um beste Leistungen im Sinne der Patient:innen zu erbringen. Für die gesundheitspolitischen und berufsrechtlichen Rahmenbedingungen ist daher vorrangigstes Ziel die Optimierung der Patientenversorgung. Dafür braucht es die Möglichkeiten zur **Kompetenzbündelung** und **Anpassung der Berufsrechte**.
2. Das **vertragsärztliche Angebot im niedergelassenen Bereich** muss gegeben sein. Nur so kann verhindert werden, dass Patient:innen nicht in erster Linie die für das Gesundheitssystem kostenintensivste Spitalsambulanz aufsuchen. Deshalb soll parallel zum Ausbau von Ambulanzen verstärkt dem Ausbau von Primärversorgungszentren Aufmerksamkeit geschenkt werden.
3. Es sind **Modelle synergiestiftender vernetzter Zusammenarbeit** zwischen den Gesundheitsberufen intra- wie extramural zu forcieren, um medizinische und gesundheitsökonomische Optimierungspotenziale zu lukrieren.

II. Aus-, Weiter- und Fortbildung

1. Im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitssystems braucht es die notwendigen Vernetzungen zwischen **menschlicher und künstlicher Intelligenz**. Auf diese rasanten Entwicklungen muss bereits in den **Ausbildungscurricula** der Gesundheitsberufe eingegangen werden. Die Schulung digitaler Anwendungen und

telemedizinischer Lösungen muss zum selbstverständlichen **Kernelement** werden.

2. Ein Fach für **Patientenkommunikation** muss in den Ausbildungscurricula als obligatorischer Bestandteil etabliert werden, um besser auf die Bedürfnisse der Menschen eingehen zu können.
3. Training on the Job: **Wechselseitige Praktika** in verwandten Berufen sollen verpflichtend etabliert werden bzw. Interessent:innen einfacher möglich sein. Das fördert das Bewusstsein für benachbarte Disziplinen, Verständnis für die Aufgabenbereiche und unterstützt die spätere interdisziplinäre Zusammenarbeit bzw. Vernetzung (Stichwort: Aufbrechen von Silodenken).
4. Die über **80 Prozent weiblichen Beschäftigten im Gesundheitswesen** sollten auch in der Führungsebene gut ausgebildet sein, was derzeit nicht der Fall ist.

III. Berufsbilder

1. Die Physiotherapie ist die drittgrößte Berufsgruppe im österreichischen Gesundheitssystem. Besonderes Interesse an einer adäquaten Behandlung sowie das Anrecht darauf haben in erster Linie die Patient:innen und Klient:innen. Die Optimierung von Rahmenbedingungen zur **Förderung einer qualitätsvollen physiotherapeutischen Leistung** — von physiotherapeutischer Diagnostik über Prävention bis Rehabilitation — ein einfacher **Zugang** und die **Leistbarkeit** für die Menschen sind daher zentrale Ziele. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit begrüßt daher die Ausweitung der Physiotherapie als Kassenleistung auf alle neun Bundesländer. Diesbezüglich sind mehr **Kassenplätze** zu stellen, um lange Wartezeiten zu verringern. Die steigende Lebenserwartung bringt Haltungsschäden und Abnützungserscheinungen mit sich, aber auch mangelnde Bewegung oder Behandlungen nach Operationen und Unfällen machen Physiotherapie als Teil der medizinischen Versorgung unverzichtbar.
2. Die **Osteopathie ist eine eigenständige Behandlungsmethode**, die auf medizinischen Grundlagenfächern wie allgemeiner und funktionaler Anatomie, Physiologie, Biomechanik und Embryologie gründet. Für diese Berufsgruppe sind drei wichtige Optimierungen erforderlich: der rechtlichen Situation des

Berufs von Osteopath:innen, der Sicherung höchster Standards in Aus- und Weiterbildung und des niederschweligen Zugangs zu osteopathischen Leistungen. Das oberste Ziel ist die gesetzliche Berufsankennung der Osteopathie. Sie fordert für Osteopath:innen 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.

3. 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 Einreichstelle** einzurichten, die den Vertretungen konkrete Auskunft, Hilfestellung und wegweisende Information zu den Schritten am Weg zur gesetzlichen Anerkennung als Gesundheitsberuf geben kann.

05.3. ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzungen der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO)

Das oberste Ziel der OEGO ist die gesetzliche Berufsankennung der Osteopathie. Sie fordert für Osteopath:innen 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. Da das Berufsbild des/der Osteopath:in im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern in Österreich nicht gesetzlich geregelt und geschützt ist, bedarf es im Sinne der Patientensicherheit einer klaren Auszeichnung von Osteopath:innen.

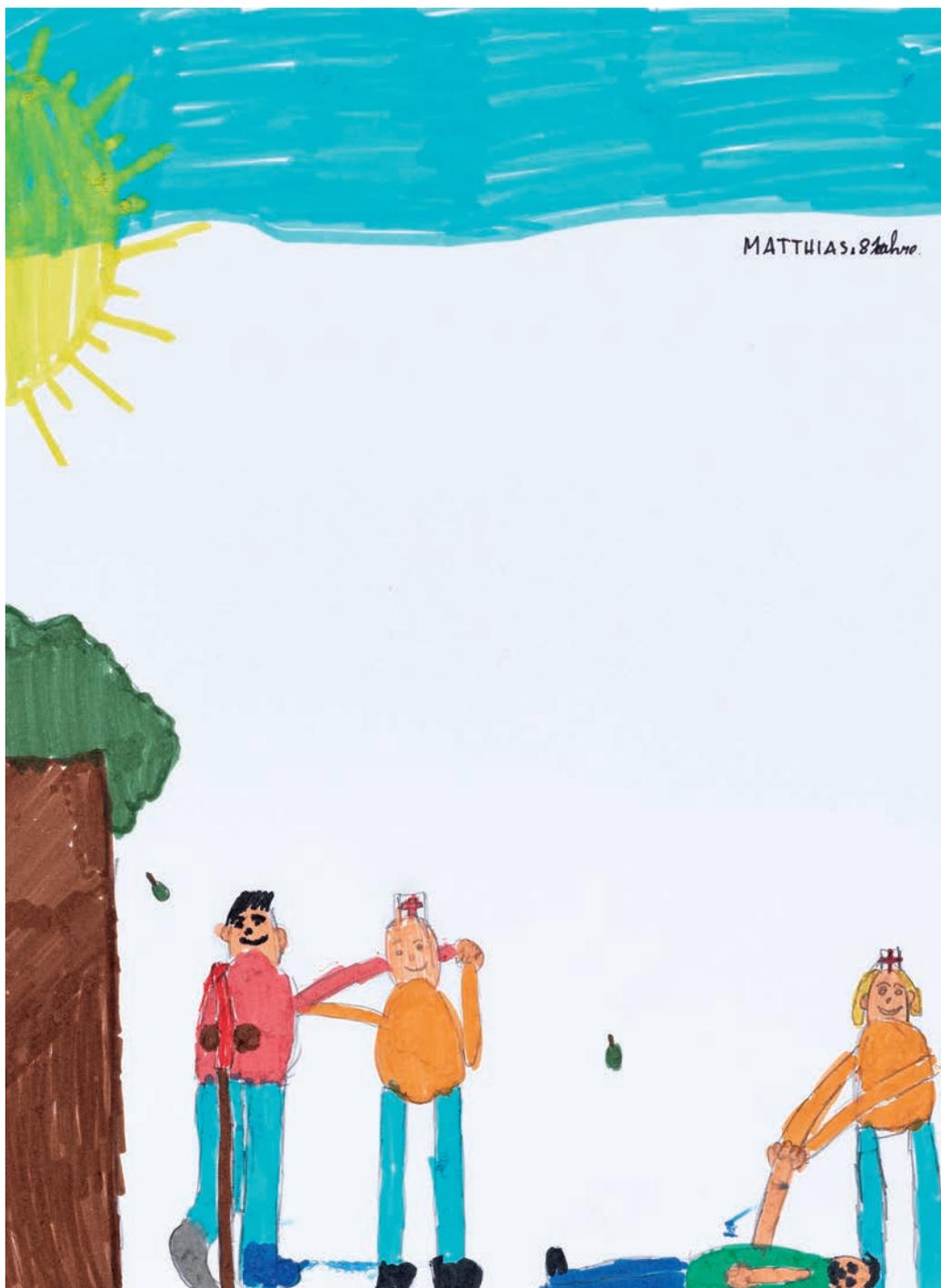
Aufgrunddessen hat sich die OEGO dazu entschlossen, ihre Standards hinsichtlich Ausbildung und Qualität optisch klar zum Ausdruck zu bringen und hat für ihre Mitglieder ein Qualitätssiegel entwickelt. Die Osteopath:innen, die künftig das **OEGO-Qualitätslogo** führen wollen, müssen über einen Abschluss von der OEGO geprüften Ausbildung verfügen und die osteopathischen Standards der OEGO anerkennen.

Ergänzung von Physio Austria

Derzeit ist die Erbringung osteopathischer Leistungen in Österreich im Sinne der Krankenbehandlung Vorbehaltstätigkeit der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe (Ärzt:in, Physiotherapeut:in). Osteopathie ist als Weiterbildung anerkannt, eine Ausbildung impliziert eine damit verbundene Berufsberechtigung und das Führen einer Berufsbezeichnung. Die Sozialversicherung trägt die Kosten bzw. leistet Kostenerstattung, wenn parietale Methoden zur Anwendung kommen. Die Etablierung als eigenständiger Gesundheitsberuf ist als Voraussetzung für die Kostentragung weniger erforderlich als die Anerkennung als schulmedizinische Methode, die mit entsprechender Evidenz hinterlegt ist. Qualitätssichernde Maßnahmen wie Weiterbildungsstandards sind generell begrüßenswert. Die Etablierung neuer Gesundheitsberufe sollte sich an der Versorgungsnotwendigkeit und der Schließung etwaiger Versorgungslücken orientieren. Ob diese Erfordernisse in Bezug auf die mit Evidenz belegten Indikationen bei der Behandlung mittels osteopathischer Maßnahmen wirksam zu sein scheint, gegeben sind, ist zu klären.

Kooperationspartner des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Gesundheitsberufe und Ausbildung





MATTHIAS | 8 Jahre

06. REHABILITATION



Prof. Dr. Christoph Klein erklärt, warum Kinder- und Jugendliche ein spezielles Reha-Programm brauchen

06. Rehabilitation

» Zugang — Rechtssicherheit — Spezialisierung «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Intensivierung des Programms „**Vorsorge Aktiv**“!
- ☑ Die **rehabilitativen Therapieformen** — vor allem ambulant, mobil und digital — rasch ausbauen, damit alle Betroffenen ein adäquates Angebot erhalten!
- ☑ **Rechtliche Rahmenbedingungen** für Prehabilitation, Reha und Telereha konkretisieren!
- ☑ **Telemonitoring und Telerehabilitation** nutzen und in die Kostenerstattung inkludieren!
- ☑ Im Sinne der Gesundheitsförderung eine nach sechs Monaten **verpflichtende „Kontroll-Reha“** einführen!
- ☑ Vermehrt Leistungsangebote für die **psychische Gesundheit** schaffen!

06.1. IM FOKUS

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

06.2. Generelle Handlungsempfehlungen des Vereins PRAEVENIRE

Die auf dem Sektor der Rehabilitation erzielten bedeutenden Fortschritte gilt es mit bestehenden Rehabilitationskonzepten zu erweitern und weiterzuentwickeln. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

I. Realitätsnahe Konzepte

1. 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



Wichtigstes Ziel: autonome und aktive Teilhabe am Leben.

erwiesen. Es gilt, die Telerehabilitation — in einem Mix aus stationären, ambulanten und mobilen Angeboten — auszubauen. Ergänzt werden sollten digitale Tools auch mit Erinnerungsfunktionen, um die aktive Partizipation (Mobilisierung) von Patient:innen zu unterstützen.

2. 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.
3. 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 **Medikations-schulung** wichtig, um Wechsel- und Nebenwirkungen im Zuge von Multi- und Polypharmazie zu vermeiden.

II. Rechtssicherheit

1. Es ist wichtig, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass ein **frühzeitiges und koordiniertes Vorgehen** aller beteiligten Institutionen ermöglicht und unterstützt wird.
2. Essenziell ist, dass die Möglichkeiten und **rechtlichen Rahmenbedingungen** für Prehabilitation, Rehabilita-

tion, „Auffrischungsrehabilitation“ sowie Telerehabilitation zu **konkretisieren** sind. Bestehende rechtliche Möglichkeiten — wie Rehabilitation bei drohender Invalidität — sind stärker zu nutzen.

3. Eine **ambulante „Auffrischungsrehabilitation“** ist verpflichtend nach drei bis sechs Monaten als Rechtsanspruch für die Versicherten sicherzustellen. Weitere Schritte sind auf ärztliche Anordnung zu setzen.

III. Spezielle Reha-Angebote

1. Ein Angebot für **spezielle Rehabilitation für metastasierte Patient:innen**, welches auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist, ist notwendig: Die klassische Rehabilitation ist auf Heilung und nicht auf unheilbare Krankheiten ausgerichtet. Deshalb fühlen sich chronifizierte Krebspatient:innen nicht abgeholt. Idealerweise ist eine **Institution**, beispielsweise in Form eines Cancer Case Managers, einer Cancer Nurse oder einer psychoonkologisch betreuten Gesprächsgruppe, wichtig für metastasierte Patient:innen, um ihnen nach einem stationären Reha-Aufenthalt eine **Schnittstelle und Anlaufstelle** für den Übergang zu ambulanter oder mobiler Rehabilitation zu bieten.
2. 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.
3. 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.
4. **Physiotherapeut:innen** sind Expert:innen im Bereich Rehabilitation (Tertiärprävention). Um einen nieder-

schwelligen und chancengerechten Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen für alle Menschen in Österreich zu ermöglichen, gehören diese zur Gänze von der öffentlichen Hand finanziert. Ambulante Rehabilitation — auch im Rahmen von Hausbesuchen für Menschen, die nicht mobil sind — muss ausgebaut werden. Dabei sind Modelle der integrierten Versorgung zu bevorzugen. Die Physiotherapie braucht eine gesetzliche Verankerung im Österreichischen Strukturplan Gesundheit. Ebenso ist die gesetzliche Verankerung von Physio Austria

als Interessensvertretung zur Mitgestaltung der Versorgungsplanung- und Umsetzung erforderlich.

5. 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.

Kooperationspartner des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Rehabilitation





LINDA | 8 Jahre

07. PRAEVENIRE METROPOLE WIEN



Dr. Alexander Biach, Standortanwalt und Direktor-Stellvertreter der
Wirtschaftskammer Wien über die Gesundheitsmetropole Wien

07. PRAEVENIRE Metropole Wien

» Smart Health City Wien — Innovationsstandort — Lebensraum «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Die Smart City Wien zu einer **Smart Health City Wien** weiterentwickeln!
- ☑ **Standortpolitische Maßnahmen** für forschungsorientierte Institutionen, Unternehmen und Behörden-Ansiedlung setzen!
- ☑ Die im Wiener Regierungsprogramm genannten **Ziele für die „Gesundheitsmetropole Wien“** rascher umsetzen!
- ☑ Gesundheitsmaßnahmen für **urbane Strukturen** umfassend denken!
- ☑ **Neue Wohnformen** andenken, um die Alltagsbewältigung für chronisch oder demenziell Erkrankte zu erleichtern!
- ☑ **Forschungsförderung und -programme koordinieren**, dabei **Schwerpunkte** z. B. auf Diagnose und interdisziplinäre Projekte setzen!

07.1. IM FOKUS

In einer Millionenmetropole steht das Gesundheitswesen vor vielfältigen Herausforderungen. Diese sind zum einen bedingt durch die Stadtgröße und Bevölkerungsdichte, wodurch eine andere Dimension der Versorgungsorte bereitstehen muss. Und zum anderen sind es die vielfältigen Bedürfnisse der Bewohner:innen der Stadt, der Umgebung und zusätzlich auch jener Menschen, die täglich zur Arbeit nach Wien pendeln. Es sind daher vielfältige Aufgaben, die das Gesundheitssystem in einer Millionenmetropole zu bewältigen hat. Nicht zuletzt seit der Coronapandemie sind die **spezifischen Anforderungen an die großstädtische Gesundheitsversorgung** noch einmal mehr ins Bewusstsein sowohl der Versorger als auch der Bewohner:innen und Patient:innen gerückt.

Aufgrund dieser Vielfalt an Herausforderungen, denen sich eine Großstadt wie Wien im 21. Jahrhundert stellen muss, hat die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 einen eigenen Themenkreis initiiert, der bereits im PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ publiziert wurde. Die darin enthaltenen, gemeinsam mit Gesundheitsexpert:innen und den Kooperationspartnern erarbeiteten Forderungen und Handlungsempfehlungen sind den wichtigsten gesundheitspolitischen Entscheidungsträger:innen — quasi als Leitfaden — überreicht worden. Die Essenzen der Weiterarbeit im Rahmen der 7. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten oder bei den Gesundheitsgesprächen in Alpbach sind in diesem Kapitel abgebildet.

07.2. Generelle Handlungsempfehlungen des Vereins PRAEVENIRE

Die Vision der Smart City Wien ist es, mit Hilfe von sozialen und technischen Innovationen eine hohe Lebensqualität zu schaffen und dabei vorhandene Ressourcen zu schonen. Um zudem die Gesundheitsbelange der Stadtbewohner:innen in den Fokus zu rücken, ist die Weiterentwicklung zur Smart Health City Wien anzudenken. Desweiteren empfiehlt der Verein PRAEVENIRE folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

I. Smart Health City Wien

1. Als beispielgebendes Projekt für **städtesspezifische Gesundheitsförderung** gilt die im Wiener Regierungsabkommen genannte „Gesundheitsmetropole Wien“. 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“.
2. **Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)** sind CE-gekennzeichnete Medizinprodukte, basierend auf digitalem Trägermedium, die z. B. in Form einer „Handy-App“ genutzt werden können. Sie können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass Patient:innen selbst mehr Gesundheitsverantwortung im Sinne von Self Care übernehmen können, entsprechende Gesundheitskompetenz, Medienkompetenz und Technikaffinität vorausgesetzt. Für die Etablierung von DiGA braucht es ein Finanzierungsmodell. In Deutschland gibt es das Modell „App auf Rezept“, wobei im Digitalen-Versorgungs-Gesetz von 2019 digitale Gesundheitslösungen in die Regelversorgung aufgenommen wurden. Die Voraussetzungen für die Übernahme von DiGA und von kassenärztlichen Leistungen durch die Sozialversicherungen sind im Zuge der Gesundheitsreformbestrebungen jetzt zu schaffen.
3. Um diese Grundsteine zu legen, ist die **Einbindung aller relevanten Stakeholder des städtischen Gesundheitswesens** notwendig. Über die fundamentalen Bausteine hinaus ließe sich für den urbanen Raum andenken, DiGA mit nützlichen Suchfunktionen nach Gesundheitseinrichtungen (Arztpraxen, Apothekenstandorten, Spitalsambulanzen, Pflegediensten) zu verbinden. Anzudenken ist auch eine erweiterte Verknüpfung des Wiener Stadtplans (www.wien.gv.at/stadtplan/) und des Netzes der Wiener Verkehrsbetriebe mit Tools wie

Schrittzählern, Bike-Apps und bereits vorhandenen Angeboten aus den Bereichen Freizeit und Gesundes/ Soziales, um die Gesundheit (Stichwort: Bewegung) der städtischen Bevölkerung positiv zu beeinflussen.

II. Nutzung von Gesundheitsdaten

1. Die **Nutzung von Gesundheitsdaten** ist — unter Berücksichtigung des bestmöglichen Datenschutzes für Individuen — eine wichtige **Grundlage für die Weiterentwicklung** zu einem digitalen Gesundheitssystem. Die Analyse der Primärdaten könnte den Weg zur Diagnose beschleunigen und gleichzeitig Kosten einsparen. Schweden und Dänemark beispielsweise zeigen vor, wie man Gesundheitsdaten breiter und verschränkter nutzen kann. Beispielsweise kann der Überweisungsweg, der **Behandlungspfad der Patient:innen** rascher aus einer Kombination von verschiedenen Primärdatensätzen **prognostiziert** werden. Das wiederum ist eine wichtige **Planungsbasis für die Systemstruktur und moderne Gesundheitsinfrastruktur** der Stadt.
2. Der in vielen Institutionen vorhandene **Datensatz sollte als Datenschutz gesehen** werden. Dieser kann dann gewinnbringend für das Gesundheitssystem sein, wenn die Daten gemeinsam genutzt werden können, indem vor allem auf **Interoperabilität** geachtet wird. Je mehr Daten genutzt werden, desto höher steigen die **Wertschöpfung und das Wachstum im Gesundheitswesen**.
3. **Statistische Informationen** sind ein wichtiges Instrument, um gesundheitspolitische Entscheidungen evidenzbasiert treffen zu können. Projekte zur Nutzung von Gesundheitsdaten im Sinne des Erkenntnisgewinns und zur Optimierung der Versorgung sind zu unterstützen und voranzutreiben. Derzeit mangelt es noch an öffentlichen Daten, die z. B. auf Spitals- oder ELGA-Datenbanken abgelegt sind und in den Datenraum der Statistik Austria für Analysen und in Folge für Forschungsprojekte integriert werden sollten.
4. Eine sinnstiftende, seriöse, transparente und rechtskonforme **Datennutzung für Wissenschaft und Forschung** soll unter Berücksichtigung des bestmöglichen Datenschutzes für Individuen gesellschaftspolitisch thematisiert werden.

III. Forschungsstandort und Innovationsmotor

1. Zwei Leitprojekte bilden den Weg der Zukunft im Bereich der Infrastruktur für Forschung und Gesundheitsversorgung ab: Das Zentrum für Präzisionsmedizin (CPM) der MedUni Wien wird bis 2026 mit einer State-of-the-Art-Infrastruktur Platz für 400 Forscher:innen am AKH Campus der MedUni Wien bieten. Das Vienna Bio Center ist einer der wichtigsten Life Science Hotspots Mitteleuropas, an dessen Einrichtungen 1.800 Wissenschaftler:innen aus mehr als 70 Nationen im Bereich Life Sciences forschen. Die Vienna Bio Center Core Facilities stellt dafür die High-Tech-Forschungsinfrastruktur zur gemeinsamen Nutzung zur Verfügung.
2. Ebenso gilt es, einen Fokus im Bereich der **Ansiedlung internationaler Behörden** am Standort Wien zu setzen. Diese sind notwendig, um Gesundheitsmaßnahmen zu ermöglichen. Mit dem European Institute of Technology Health (EIT Health¹) ist es gelungen, eine der führenden Industrie-Gesundheitsentwicklungsstellen der EU in Wien anzusiedeln. Und mit Jahreswechsel 2022/23 ist



Der Rohstoff Gesundheitsdaten soll für nicht mehr und nicht weniger als das Wohl und die Gesundheit der Wiener:innen genutzt werden.

der jüngste Meilenstein mit der nationalen Zulassungsstelle für In-vitro-Diagnostika (IVD) in Wien gesetzt worden. Damit ist Österreich eines von nur fünf EU-Ländern mit Konformitätsbewertungsstellen nach der In-vitro-Diagnostika-Verordnung. Diese Benannte Stelle muss in weiterer Folge auch um die Kompetenz der Zulassung von Medizinprodukten erweitert werden.

Standortpolitische Maßnahmen müssen weiter forciert werden, um

die Attraktivität für forschungsorientierte Institutionen und produzierende Unternehmen zu steigern.

3. Wien ist als attraktiver **Innovationsstandort** zu positionieren und zu attraktivieren. Die **Start-up-Szene**

findet im urbanen Bereich gute Vernetzungsmöglichkeiten und die notwendige Infrastruktur. Der Weitere Ausbau von Laborkapazitäten für Start-ups ist notwendig. Zu den gezielten **Fördermaßnahmen** sind sie bei der Anschlussfinanzierung (Stichwort: Risikokapital) zu unterstützen, das für ein Unternehmenswachstum notwendig ist.

IV. Versorgung und Patientenwege

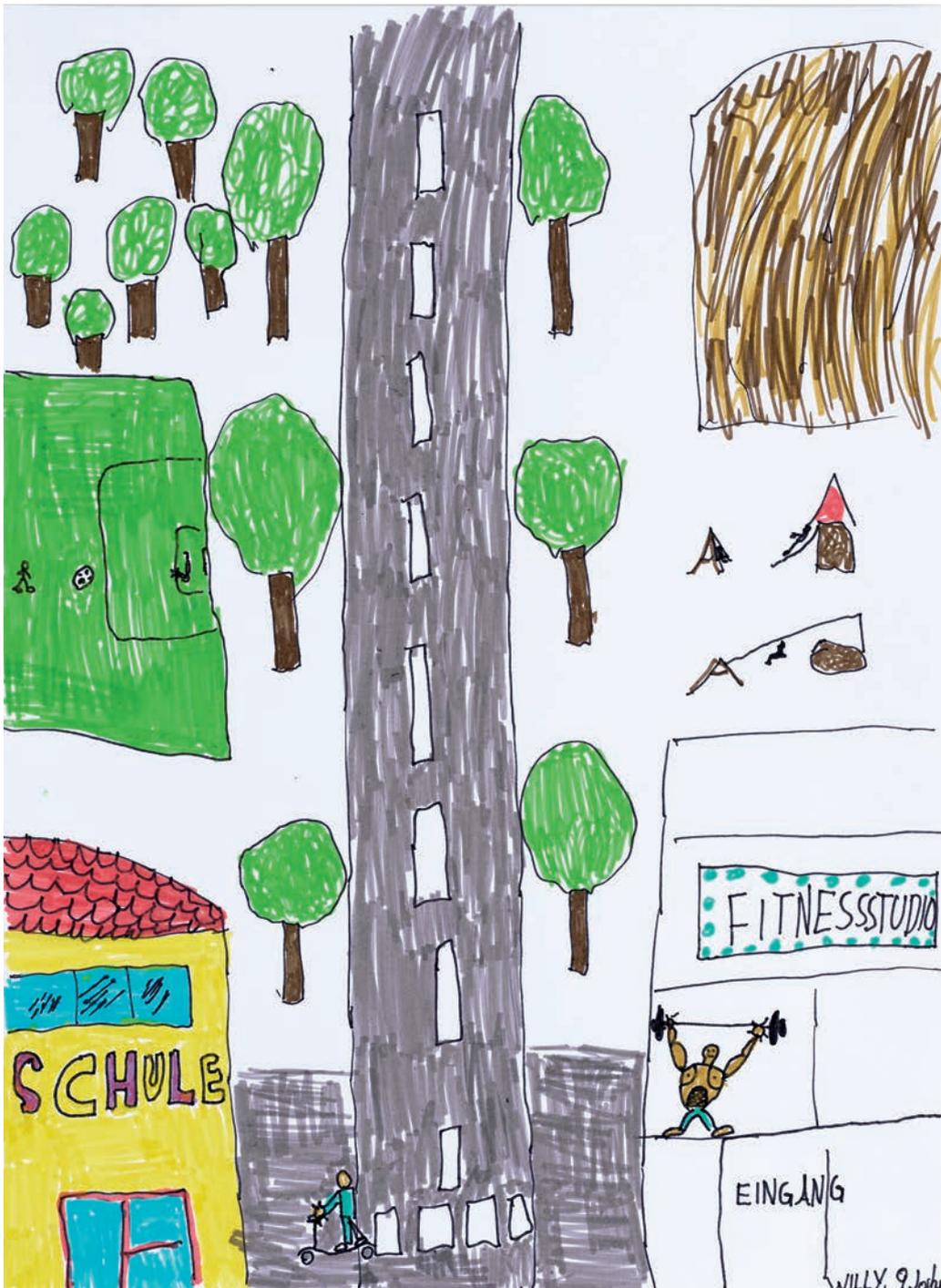
1. Die **vielfältigen Erfordernisse der Menschen an ihre Gesundheitsversorgung** sind nicht nur demographisch bedingt. Typische Unterschiede sind dennoch altersbedingt: Während ältere Wiener:innen erwartungsgemäß vorwiegend von physischen Beschwerden, beispielsweise bedingt durch die Abnutzung des Bewegungsapparates, betroffen sind, spielen bei den Jüngeren Mental Health Issues eine dominierende Rolle. Bei spezifischen Gesundheitsthemen besteht generell der Wunsch nach mehr Versorgungsangeboten, insbesondere nach Psychotherapie. Viele Wiener:innen nehmen einen Versorgungsmangel bei Kassenärzt:innen, Hausärzt:innen oder Fachärzt:innen wahr, sind von langen Wartezeiten (Operationstermine, Facharzttermine etc.) betroffen und vor allem berufstätige Frauen wünschen sich adäquatere Öffnungszeiten im niedergelassenen Bereich.²
2. **Präventionsmaßnahmen** sind in den **Patientenpfad** einzuplanen, indem verstärkt barrierefreie (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.

¹ Vgl. European Investment Fund (EIF): <https://www.eif.org/>

² Vgl. die Wiener Frauenbefragung „Wien, wie sie will.“ der Stadt Wien — Frauenservice Wien, durchgeführt von IFES, Wien, Oktober 2022.

Kooperationspartner des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Metropole Wien





WILLY | 9 Jahre

08. PRAEVENIRE INITIATIVE ARBEITSMEDIZIN 2030



Arbeitsmedizinerin Dr. Eva Höttl über die Herausforderungen und Möglichkeiten der Arbeitsmedizin

08. PRAEVENIRE Initiative Arbeitsmedizin 2030

» Betriebliches Gesundheitsmanagement — Wiedereingliederung — Präventionsmaßnahmen «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Zeitgemäße Strukturierung und Einsatz von „**Early Intervention**“!
- ☑ Die **Rechtsgrundlagen** für neue Arbeitszeitmodelle aktualisieren!
- ☑ **Berufliche Wiedereingliederung** durch flexiblere Arbeitsmodelle erleichtern!
- ☑ **Therapeutische Beratung** (Physiotherapie, Osteopathie, Ergotherapie etc.) am Arbeitsplatz finanzieren!
- ☑ Das **Berufsbild der Arbeitsmedizin** durch akademische Ausbildungsplätze attraktivieren!
- ☑ Die **Berufsrechte** der Arbeitsmedizin erweitern!
- ☑ Entwicklung von Modellen, die es über 65-jährigen Mitarbeiter:innen aus dem Gesundheitswesen attraktiv machen, **am Arbeitsmarkt zu bleiben!**

08.1. IM FOKUS

Durch eine gute und flächendeckende arbeitsmedizinische Versorgung ist eine große Anzahl an Menschen tagtäglich am Arbeitsplatz zu erreichen. Zudem hält sie Unternehmen beziehungsweise Arbeitnehmer:innen handlungsfähig.

Die wichtigste Basis arbeitsmedizinischer Tätigkeiten ist das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG)¹, 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.

Bisherige Maßnahmen zur Attraktivierung des Berufsbildes der Arbeitsmedizin scheinen zu wirken. Die Nachfrage nach der Arbeitsmedizin-Ausbildung gemäß ArbeitnehmerInnenschutzgesetz ist seit einigen Jahren wieder signifikant gestiegen, und es sind derzeit ausreichend Ausbildungsplätze vorhanden. Zu begrüßen wäre, wenn Arbeitsmedizin im Medizinstudium der medizinischen Universitäten verstärkt gelehrt wird. Maßgeblich gefördert werden könnte dies weiters durch Schaffung von Instituten für Arbeitsmedizin an allen österreichischen Medizin-Universitäten. Dadurch könnten zudem auch tatsächlich fehlende Ausbildungsplätze für **Fachärzt:innen für Arbeitsmedizin** und angewandte Physiologie geschaffen werden. Entwicklung von Modellen, die es über 65-jährigen Mitarbeiter:innen aus dem Gesundheitswesen attraktiv machen, **am Arbeitsmarkt zu bleiben**.

¹ Vgl. Volltext des ASchG: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008910>

08.2. Generelle Handlungsempfehlungen des Vereins PRAEVENIRE

Betriebliche Gesundheitsförderung verfolgt das Ziel, Krankheiten, Arbeitsunfällen und Stress vorzubeugen und die Gesundheitskompetenz von Mitarbeiter:innen eines Unternehmens zu stärken. Der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE empfiehlt dafür folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

I. Betriebliches Gesundheitsmanagement

1. Mit den geeigneten Maßnahmen kann **erhöhter Unfallgefahr und arbeitsbedingten Erkrankungen entgegengewirkt** werden. Physiotherapeut:innen sind Ansprechpersonen für Arbeitgeber, Präventivfachkräfte sowie Sicherheitsvertrauenspersonen zu Fragestellungen der **Ergonomie und Gesundheit** am Arbeitsplatz. Weniger Krankenstände und mehr Wohlbefinden unter den Mitarbeiter:innen, Fehlzeitenreduktion und Verbesserungen des Betriebsklimas zählen zu den vielfältigen Bereichen, die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz für Unternehmen mit sich bringen kann. Das Wirksamwerden von Physiotherapeut:innen ist insbesondere in Abstimmung mit den Arbeitsmediziner:innen sinnvoll. Diese sind — als ganzheitliche Expert:innen für die Gesundheit von Menschen — erste Ansprechpartner für sämtliche gesundheitsrelevanten Fragen im Unternehmen und damit die „Steuerzentrale“ des betrieblichen Gesundheitsmanagements.
2. Early Intervention: Die PRAEVENIRE Initiative Arbeitsmedizin 2030 empfiehlt die **Ausrollung eines Krankenstandsmonitorings**, um belastende Strukturen zu erkennen, aufzubrechen und Patient:innen früher bzw. gezielter unterstützen zu können.
3. **Psychosoziale Aspekte** spielen eine immer größere Rolle im Arbeitsumfeld. Deshalb gewinnt die Regelung, die besagt, dass die Präventionszeiten zwischen Arbeitsmediziner:innen und Arbeitspsycholog:innen, aufgeteilt werden können, an Bedeutung. Denn es sind zunehmend psychische Belastungen, die arbeitsbedingt auftreten. Dabei ist zu bedenken, dass eine standardisierte Aufsplittung der Gesundheitsbelange kontraproduktiv sein kann, Menschen lassen sich in ihrer Ganzheitlichkeit nicht teilen in: hier Körper — dort Psyche. Erfahrungsgemäß wünschen sich die **Betriebe einen Ansprechpartner für alle Fragen der Gesundheit** am Arbeitsplatz. Ärzt:innen sind die

einzigsten Expert:innen, die die Gesundheit von den Menschen in ihrer Gesamtheit betrachten. Deshalb soll den Arbeitsmediziner:innen die Möglichkeit, Arbeitspsycholog:innen bei bestimmten Aufgabenstellungen zur Beratung hinzuziehen, erleichtert werden.

II. Wiedereingliederung

1. Für den Selbstwert, die sozialen Kontakte und die finanziellen Bezüge ist es wichtig, dass Patient:innen — insbesondere **nach langer Krankheit oder Rehabilitation** — einer regelmäßigen Berufstätigkeit wieder nachgehen können. Das gestaltet sich aufgrund der Inflexibilität der meisten Stellen als schwierig. Viele Patient:innen möchten den begünstigten Status einer Behinderung nicht in Anspruch nehmen, zum Teil aufgrund von Stigmatisierung oder einer falschverstandenen Loyalität dem Arbeitgeber gegenüber. Nach dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz gibt es die Möglichkeit und die Verpflichtung von Arbeitsmediziner:innen und Arbeitspsycholog:innen, sich um die **Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderung** oder **chronisch erkrankter Menschen** zu kümmern. In der Praxis wird das betriebliche Angebot nur selten in Anspruch genommen. Deshalb ist betriebliches Gesundheitsmanagement in Unternehmen zu forcieren.
2. Rechtliche **Rahmenbedingungen** sind zu schaffen, die ein **flexibleres Arbeitsmodell**, insbesondere nach längerer Erkrankung, ermöglichen. Dahingehend besteht sehr viel Gesprächs- und Aufklärungsbedarf. Die **Wiedereingliederungsteilzeit** hat sich als erfolgreiches Modell etabliert, in der Praxis muss allerdings nachgeschärft werden. Bei Versicherten mit chronischen Erkrankungen (z. B. MS-Patient:innen), deren Krankheit in Schüben verläuft, sind häufig Krankenstände erforderlich, die aber nicht immer sechs Wochen dauern. In diesen Fällen wäre es sinnvoll, nicht erneut die gesamten Formalitäten zu durchlaufen, sondern eine vereinfachte Begutachtung etc. zu schaffen.
3. Die breitere **Zugänglichkeit zu interdisziplinären Therapiekonzepten** muss angesichts der steigenden Zahl chronisch Kranker (z. B. Diabetes) sichergestellt sein. Parallel zu medizinischen Interventionen müssen stets volkswirtschaftliche Überlegungen integriert werden, um eine Wiedereingliederung in das Erwerbsle-

ben sowie eine **aktive Teilnahme** am sozialen Leben zu ermöglichen. Das seit zehn Jahren bestehende Konzept von „fit2work“ stellt ein Best-Practice-Projekt für die erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung dar und soll zukünftig verstärkt ausgerollt werden.

III. Präventionsmaßnahmen

1. Arbeitsmediziner:innen (wie auch Schulmediziner:innen) müssen im Zuge ihrer Curricula verstärkt auf das **Themenfeld der frühzeitigen Diagnose ausgebildet** werden. Sie sollen darüber hinaus die Möglichkeit haben, die Umsetzung empfohlener Maßnahmen überprüfen zu können. Die arbeitsmedizinische Ausbildung bereitet zum einen auf die Durchführung von Eignungs- und Folgeuntersuchungen gemäß ASchG vor, die gesetzlich geregeltes Instrument der Sekundärprävention, also der frühzeitigen Erkennung bereits eingetretener Schädigungen, sind. Zum anderen ist auch die Symptomatik und Diagnose von (beruflich bedingten) Erkrankungen verschiedener Organsysteme durch bestimmte Expositionen/Einflussfaktoren Ausbildungsinhalt.
2. Zu fordern ist, verstärkt arbeitsmedizinisches Basiswissen von Allgemeinmediziner:innen zu vermitteln, denn dies würde die Anamnese der arbeitsbedingten Ursachen von Erkrankungen bei Konsultationen der, des Hausärzt:in verbessern.
3. Gemäß ASchG und gemäß „Berufsbild Arbeitsmediziner:in“ ist es Aufgabe von Arbeitsmediziner:innen, durch physiotherapeutische Beratung am Arbeitsplatz **Fehlbelastungen** — z. B. lang andauernde Zwangshaltungen, übermäßige Lastenhandhabung und Lärmexposition — zu identifizieren und bewerten.
4. **Impfen in den Betrieben** ist zu unterstützen. Insbesondere in international tätigen Unternehmen und für die mobile Arbeitswelt müssen das Bewusstsein und die Sensibilität für Fragen rund um Infektionsschutz gebildet werden. Es braucht Informationen und **Anreize für Unternehmen**, um Arbeitsmediziner:innen die Möglichkeit zu geben, derartige Präventionsmaßnahmen umzusetzen und ihre Ratgeberfunktion wahrzunehmen.

08.3. ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzungen der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO)

[1] Häufig sind mangelnde Bewegung und Fehlbelastung Ursachen für Rückenschmerzen. Vor allem sitzende Tätigkeiten und schwere körperliche Belastungen während der Arbeit können Kreuzschmerzen fördern. Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass die Osteopathie Nacken- und Kreuzschmerzen kurz- und mittelfristig verbessern kann.

Ergänzung von Physio Austria

Wie im ASchG geregelt, dürfen bis zu 30 Prozent der Tätigkeit von Physiotherapeut:innen als arbeitsmedizinischer Fachdienst in die jährliche Präventionszeit der Arbeitsmediziner:innen eingearbeitet werden.

Eine wichtige Forderung betrifft daher die Finanzierung: Sie gehört ebenso geregelt, wie es für Arbeitsmediziner:innen bereits im ASchG erfolgt ist, um den Zugang zu den Leistungen für alle Arbeitnehmer:innen zugänglich zu machen.

Kooperationspartner des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Arbeitsmedizin





CARLA | 5 Jahre

09. PRAEVENIRE INITIATIVE BRAIN HEALTH 2030



PRAEVENIRE Gipfelgespräch zum
Thema Brain Health Initiative 2030

09. PRAEVENIRE Initiative Brain Health 2030

» Awareness und Entstigmatisierung — Patientenwege und Prävention — Zeitgerechten Diagnose und Therapie «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Mit **Disease Education** das Wissen um Gehirngesundheit in der Bevölkerung verbessern!
- ☑ Ein **umfassendes Demenzregister** als Basis für die Systemressourcenplanung erstellen!
- ☑ Mit gezielt eingesetzten **Demenzpräventionsmaßnahmen** steigende Gesundheitskosten senken!
- ☑ Alzheimer- und Demenzerkrankungen **entstigmatisieren und enttabuisieren!**
- ☑ Die **Unterstützungsangebote** der Gemeindeinitiativen und der regionalen Primärversorgung vernetzen!
- ☑ **PVE-Teams** mit Gesundheitsexpert:innen im Bereich der Hirngesundheit erweitern!

09.1. IM FOKUS

Laut Österreichischer Alzheimer Gesellschaft (ÖAG) **leiden ca. 140.000 Menschen in Österreich an Demenz**. Die Erkrankung wird als eine **Pandemie einer alternden Gesellschaft** charakterisiert. Für das Jahr 2019 schätzte die Alzheimer Disease International (ADI) die Zahl der Betroffenen weltweit auf über 55 Millionen Menschen mit einer erwarteten Zunahme auf 139 Millionen bis zum Jahr 2050. Die jährlichen globalen mit Demenz assoziierten Kosten werden auf weltweit 1,3 Billionen USD geschätzt — eine Verdoppelung dieser Summe wird bis 2030 erwartet. Die Alzheimer-Thematik im Speziellen stellt — so wie die Demenz-Thematik im Allgemeinen — eine zunehmende Herausforderung, insbesondere in überalternden Gesellschaften, für Versorgungs- und Pflegesysteme dar.

Neben den finanziellen und systemischen Belastungen sind auch die **Einstellungen und das Wissen** über Alzheimer und Demenz eine Herausforderung, sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen. **Falschinformation und Stigmatisierung** der Erkrankung sind laut ADI hohe Barrieren für Menschen, die Information, Hilfe, Rat, Unterstützung oder gar eine Diagnose suchen. Die Auswirkungen der Pandemie (Lockdowns, Schließungen von Angeboten etc.) trafen diese Patientengruppe besonders.

In Österreich wurde das Thema **Demenzprävention** erst nach dem Vorliegen neuerer Forschungsergebnisse in die Strategie einbezogen. Gleichzeitig erlauben **Innovation und Forschung** heute zum ersten Mal die Hoffnung auf künftige **verbesserte Therapien** oder Prävention von Alzheimer und weiteren neurologischen Erkrankungen. Während den Antikörper-Therapien mit hohen Erwartungen entgegengeblickt wird, sollten von gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Seite auch die erwartbaren Konsequenzen eines Durchbruches beachtet werden.

Die neue PRAEVENIRE Initiative Brain Health 2030 hat daher eine grundlegende Diskussion u. a. über die Demenzversorgung in Österreich angestoßen. In diesem Sinne haben Gesundheitsexpert:innen im Rahmen von Gipfelgesprächen und bei den

PRAEVENIRE Veranstaltungen jene Fragen strukturiert abgehandelt, die vor allem die Herausforderungen und Optimierungspotenziale in der Demenzversorgung betreffen und haben zukünftige Chancen und Lösungswege reflektiert. Zentral ist das Ziel, dabei alle demenziell Erkrankten zu unterstützen und dass, „die richtigen Wege rechtzeitig gegangen werden“.

09.2. Expertisen und Handlungsempfehlungen

Die direkten und indirekten Kosten im Gesundheitswesen belaufen sich in Österreich durch Demenzerkrankungen auf rund 4,1 Milliarden Euro jährlich. Das bedeutet, dass bei Eintreten der Prognosen zur Entwicklung der Betroffenenrate 2050 ca. elf Prozent der Gesundheitsausgaben auf die Behandlung von Demenzerkrankungen entfallen werden. Dabei ist auch zu erwähnen, dass Medikamente zum größten Ausgabenbereich der Österreichischen Gesundheitskasse zählen. So könnten durch erfolgreiche Präventionsmaßnahmen hohe Kostensteigerungen vermieden werden. Weiters empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Brain Health 2030 folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

1. Gesundheitskompetenz und Demenzprävention

1. Die **Aufklärung** der Bevölkerung über demenzielle Erkrankungen muss gestärkt werden. Die meisten Menschen in unserer Gesellschaft fürchten sich davor, im Laufe ihres Lebens Demenz zu entwickeln. Aufgrund eben dieser Angst werden die Vorsorgeuntersuchungen nicht regelmäßig genutzt. Ängste und Unsicherheit entstehen, weil die Menschen kein ausreichendes Wissen zum Thema Demenzerkrankungen haben. Die Gesundheitskompetenz ist generell zu fördern, Kenntnis von Demenzerkrankungen zu vermitteln. Darüber hinaus brauchen Betroffene und Angehörige vor allem einen Überblick über vorhandene Angebote und wo sie



Laut Schätzungen haben 75% aller Betroffenen in Österreich keine Diagnose.

diese in Anspruch nehmen können. Wichtig ist, den Betroffenen und Angehörigen zu vermitteln, dass sie nicht allein sind, sondern Unterstützung und Beratung erhalten können. Die Kommunikationsmittel sind auf die jeweiligen Altersgruppen und Bildungsniveaus abzustimmen.

2. Demenz und Alzheimer sind nach wie vor Tabuthemen und bedürfen einer **Entstigmatisierung** in unserer Gesellschaft.
3. Durch die **Aufklärung** von relevanten Alltagsthemen soll auch erlebter oder gefühlter **Ausgrenzung von betroffenen Familien entgegnet** werden. Die Bewusstseinsfindung soll aber nicht nur Betroffene und Angehörige erreichen, Informationen müssen auch berufsgruppenspezifisch vermittelt werden.
4. In Österreich muss die **Prävention** von Demenzerkrankungen stärker gefördert werden, da dies die erfolgreichste Methode ist, um die **Hirngesundheit** langfristig zu erhalten. Die Demenz- und Alzheimererkrankung ist derzeit nicht heilbar und nur bedingt behandelbar. Deshalb spricht alles für eine Vorbeugung. Auch volkswirtschaftlich betrachtet kann durch Prävention ein großer Mehrwert gezogen werden.
5. Demenzerkrankungen sind zum Teil auch **Lebensstilerkrankungen**. Daher haben Präventionsmaßnahmen, die gesunde Ernährung, Bewegung und soziale Kontakte fördern, Priorität. Es ist auch eine Frage des Bildungsniveaus, ob Kinder und Jugendliche einen risikoreichen Lebensstil entwickeln oder nicht. Laut FINGER-Studie¹ wären durch Präventionsmaßnahmen, die Risikofaktoren minimieren, bis zu 40 Prozent der Demenz- und Alzheimerfälle vermeidbar.
6. Diese Präventionsmaßnahmen sollen nicht speziell auf Demenzerkrankungen abgestimmt sein, sondern die **Hirn- und Gesamtgesundheit fördern**. Dieses über die Erkrankung hinausgehende Konzept muss **im gesellschaftlichen Diskurs stärker verankert** werden. Auch der graduelle Verlust des Gehörs wurde als

¹ Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability

Risikofaktor auf dem Weg in eine Demenzerkrankung genannt. Hier wären **Screenings zur Kontrolle der Gehörleistung** einfach und effektiv umzusetzen.

7. In Österreich existieren bereits viele gute und erfolgreiche **Programme**, aber die umfassende **Ausrichtung an kohärenten strategischen Zielen** muss verbessert werden. In diesem Sinne sollen laufende Programme evaluiert werden, Best-Practice-Beispiele identifiziert und als Koordinierungsbeispiele kommuniziert werden. Generell ist eine Stärkung proaktiver Konzepte erstrebenswert.

Lösungswege

Ein „Best-Agers-Bonuspass“, der die Motivation der Individuen fördert, vermehrt Vorsorgeleistungen in Anspruch zu nehmen, nimmt die Idee auf, Primärversorgungszentren als Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige zu nutzen. Es sollen Screenings durchgeführt werden, um Personen an entsprechende Gesundheitsberufe und Sozialarbeiter:innen etc. zu überweisen. Die Hausärzt:innen hätten die Aufgabe, mit Hilfe eines Stempelpasses ihre Patient:innen zu animieren, unterschiedliche Vorsorgeuntersuchungen zu nutzen. Durch die Inanspruchnahme sollen Ermäßigungen, z. B. im Fitnesscenter oder im Handel, ermöglicht werden. Das würde die Menschen dazu anhalten, ihr Leben gesünder zu gestalten. In Folge sind sie beispielsweise länger erwerbstätig. Der „Best-Agers-Bonuspass“ könnte somit eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten bedeuten und wäre ein guter Ansatz, um den Individuen Vorsorgeleistungen positiv zu kommunizieren.

II. Frühe Diagnose und Therapie

1. Um einen Überblick über die tatsächliche österreichische Situation der Versorgung demenziell Erkrankter zu schaffen, muss ein **umfassendes Demenzregister** erstellt werden. So kann sichergestellt werden, dass informierte Entscheidungen in der Systemressourcenplanung getroffen werden. Derzeit fehlen eindeutige Zahlen, wie z. B.: Wie viele Frauen und Männer welchen Alters sind betroffen? Welche Gebiete sind gut oder schlecht versorgt? Wie viele Patient:innen werden wo betreut? Besonders die Anzahl an jungen Betroffenen ist derzeit immer noch unklar. Anhand dieser Zahlen wäre auch **eine Form der Angebotslandkarte empfehlenswert**. Es gibt kaum eine Krankheit, deren Fortschreiten so gut berechenbar ist, wie Demenz, weswegen auch diese Zahlen herangezogen werden sollten, um eine ausführliche Übersicht zu erstellen.
2. Dahingehend sollen auch die **Patient-Journey abgebildet** und **Standards für die Diagnostik** gesetzt werden. Es ist wichtig, zu wissen, wie der Weg der Betroffenen und Angehörigen durch das Gesundheitssystem in Österreich aussieht, um vor allem Schwachstellen lokalisieren zu können. Zentrale Aufgabe ist eine Verbesserung des **Post-Diagnostic-Supports** mit Beratungs- und Unterstützungsleistungen.
3. Laut Schätzungen haben 75 Prozent aller Betroffenen in Österreich derzeit (noch) keine Diagnose. Dies liegt unter anderem an den **fehlenden Ressourcen, um eine Diagnose stellen zu können**. Die erste Schwierigkeit ist es, die Betroffenen zu einer ärztlichen Untersuchung zu bewegen, um den Prozess zu starten. Hier kann mit verstärkter Disease Education und Entstigmatisierung (vgl. Punkt I.) entgegengearbeitet werden.
4. Deshalb sollte der **Zugang zu einer frühen (fachärztlichen) Diagnose für alle Betroffenen vereinfacht**, insbesondere aber der **Gesamtprozess beschleunigt** werden. Auch die zahlreichen notwendigen Arztbesuche, bildgebenden Untersuchungen etc., die es derzeit braucht, um eine Diagnose zu erhalten, stellen eine Hemmschwelle dar.
5. Eine frühzeitige Diagnose ist auch wichtig, um **andere Krankheitsbilder abgrenzen** zu können und Aufwendungen durch Fehlbehandlungen zu minimieren. Hinzu kommt, dass Therapien, die erst in späteren Stadien begonnen werden, schlechter greifen. Expert:innen legen nahe, das Augenmerk auf die Früherkennung von Vorstufen demenzieller Erkrankungen zu richten, um eine verlangsamte Progression zu ermöglichen.
6. Bei der Diagnosestellung müssen Patient:innen Unterstützung erhalten. Im Sinne der Disease Education müssen sie selbst und ihre Angehörigen verstehen, um welche Krankheit es sich handelt, wie sie damit umgehen und welche Angebote sie in Anspruch nehmen können. Insbesondere Unterstützungsangebote für präsymptomatische Patient:innen sind auszubauen. Darüber hinaus ist generell der **Post-Diagnostic-Support** stärker zu betonen — dafür ist ein breiter Bogen zu spannen, von Coachings bis hin zu persönlichen Assistenzleistungen.

7. Die **frühzeitige Diagnose ist eine inter- und multiprofessionelle Thematik**, jedoch stehen Allgemeinmediziner:innen, wenn es um den Erstkontakt zu den Patient:innen geht, an vorderster Front. Davon abgesehen sind Hausärzt:innen die ersten Personen, welche Veränderungen wie Gedächtnisprobleme etc. bei ihren Patient:innen registrieren. In diesem Sinne ist besonderes Augenmerk auf die Vernetzung der Betreuungsangebote und die Abstimmung mit der Primärversorgung zu legen. PVE müssen unterstützt werden, damit sie ihr Team mit einer Expert:in für Hirngesundheit ausbauen können.
8. Die **Auswirkung der Coronapandemie** treffen Demenzerkrankte und ihre Angehörige besonders schwer. Im Zuge der Krise wurden viele Gedächtnisspezialambulanzen aufgrund fehlender Ressourcen geschlossen. Die ohnehin schon langen Wartezeiten auf Untersuchungen und Diagnosen sind noch länger geworden.
9. Zur Bewältigung der Probleme und für frühere Diagnosen sind eine Versorgungsoptimierung und die **Abbildung einer optimierten Patient Journey** notwendig.
10. Gehirngesundheit ist für die Volksgesundheit zunehmend bedeutend. Daher sind **innovative Therapien** aus der medizinischen Forschung allen Menschen anzubieten, im Rahmen der Finanzierbarkeit und im Sinne eines solidarischen Gesundheitssystems.

III. Versorgungsoptimierung

1. Die **Ausbildung aller Berufsgruppen** auf allen Ebenen muss priorisiert werden. Die unterschiedlichen Gesundheitsberufe sollten in Hinblick auf den Umgang mit Demenzbetroffenen gut geschult sein. Dies ist derzeit in vielen Pflegeheimen noch nicht der Fall.
2. Räumlichkeiten im intramuralen Bereich müssen entsprechend adaptiert werden, um den Ansprüchen von demenziell Erkrankten gerecht zu werden.
3. Ein denkbarer Weg für den niederschweligen Patientenzugang wäre, vermehrt Demenzversorgung in Primärversorgungseinheiten einzurichten.
4. Ein **Leitfaden für alle Gesundheitsberufe** ist wünschenswert, um garantieren zu können, dass auf allen Ebenen eine einheitliche „Sprache“ gesprochen wird. Dies würde Betroffenen, Angehörigen und auch Dienstleister:innen im Gesundheitssystem zugutekommen.

5. Die derzeitige **Situation im Pflegebereich** in Österreich stellt ein erhebliches Problem in der Demenzversorgung dar. Der **Pflege- und Betreuungsmangel** wird besonders bei demenziell Erkrankten sichtbar. Viele Demenzstationen wurden geschlossen oder können nur eingeschränkt betrieben werden. Dies wurde durch die Coronapandemie verstärkt. Ursachen für den **Personalmangel** sind u.a. die Bezahlung, zu große Belastungen und wenig Karrieremöglichkeiten. Flache Hierarchien, bessere Arbeitsbedingungen, bessere Karriere- und Weiterbildungsangebote und breitere Einsatzgebiete sind Gründe für Pflegebedienstete, ihren Berufsweg im Ausland fortzusetzen. In skandinavischen Ländern haben Mitarbeiter:innen im Pflegebereich beispielsweise ein breiteres Einsatzgebiet. Sie haben nicht nur pflegerische Aufgaben, sondern nehmen z. B. Coaching-Aufgaben wahr, um Betroffenen zu helfen, einfache Tätigkeiten wieder zu erlernen oder einer adäquaten Beschäftigung bzw. einem „Hobby“ nachzugehen. Dadurch ist es den Betroffenen möglich, im Alltag länger selbstständig zu bleiben. Ein solcher **Post Diagnostic Support** ist z. B. in Schottland gut ausgebaut.

6. **Angehörige und pflegende Angehörige** brauchen besondere Unterstützung. Angefangen bei der Aufklärung über die Erkrankung, einem Überblick über verfügbare Angebote bis hin zu finanzieller und psychischer Hilfe. Die Belastung wird oft unterschätzt. Deshalb müssen auch Angehörige in die Versorgungsoptimierung mitbezogen werden. Überlastete pflegende Angehörige könnten selbst zu Patient:innen werden, einem Dominoeffekt gleichkommend. Früher oder später trifft die Thematik jede:n, sei es als persönlich Betroffene:r oder als Angehörige:r von demenziell erkrankten Verwandten. In Österreich gibt es immer noch zu wenig Unterstützungsangebote in Form von Selbsthilfegruppen, Tages- und



Eine Sensibilisierung für kognitive Erkrankungen ist erforderlich.

Stundenbetreuung oder persönlichen Assistenzen. Diese müssen von öffentlicher Hand initiiert und finanziert werden. Denn die Unterstützung der pflegenden und betreuenden Angehörigen ist — mit Blick auf die überstrapazierte Pflege- und Betreuungslandschaft — von großer Bedeutung für das

österreichische Gesundheitssystem. Durch gut betreute und versorgte pflegende und betreuende Angehörige könnten die Pflegesituation entschärft und die Systeme entlastet werden.

Best Practice: Demenzbeauftragte

Die Oberösterreichische Gesundheitsholding (OÖG) hat an jedem ihrer Standorte Demenzbeauftragte, welche Pflegenden, Patient:innen und auch Angehörige beraten. Demenzbeauftragte sind speziell ausgebildet und geschult. Hierfür gibt es klinikübergreifende Schulungsprogramme für die Pflege, Medizin und Therapie. Allen Mitarbeiter:innen in den Kliniken stehen online Schulungsmöglichkeiten zur Teilnahme an der Fortbildung zur Verfügung. Diese können sie in Form von Präsentationen in unterschiedlichen Levels absolvieren. Im Rahmen der Schulungen wird auch auf Themen wie Delir (eine akute, aber rückbildungsfähige Bewusstseinsstörung) eingegangen. Diese Programme zur Edukation werden laufend evaluiert und mit den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ergänzt. Die OÖG fördert die Demenz-

beauftragten auch bei ihrer individuellen Ausbildung, beispielsweise bei Masterarbeiten. Übergreifend gibt es das oberösterreichische „Netzwerk² Demenz und Delirmanagement“, in dessen Rahmen fachliche, fallbezogene Themen bearbeitet werden. Die Teilnehmenden aller neuen Kliniken können sich über eine Plattform direkt austauschen. Weiters werden Pflegenden sogenannte „Pocked-cards“ zur Verfügung gestellt, anhand derer sie bei Bedarf in kurzer informativer Notizform alle wesentlichen Punkte zur Betreuung demenziell Erkrankter nachlesen können. Zum Aufgabenbereich der Demenzbeauftragten zählt auch die Schulung von Angehörigen. Beispielsweise halten sie Kurse oder Vorträge in den Gemeinden ab. Infomaterial und Folder für Betroffenen und Angehörige liegen an allen Standorten auf.

05.3. ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzung von Roche Diagnostics*Über Roche bei der Alzheimer-Krankheit:*

Mit mehr als zwei Jahrzehnten wissenschaftlicher Forschung auf dem Gebiet der Alzheimer-Krankheit arbeitet Roche auf den Tag hin, an dem wir die Krankheit frühzeitig erkennen und ihr Fortschreiten aufhalten können, um das zu bewahren, was die Menschen zu dem macht, was sie sind. Heute umfasst das Alzheimer-Portfolio des Unternehmens Prüfmedikamente für verschiedene Targets, Arten und Stadien der Krankheit. Es umfasst auch zugelassene und in der Erprobung befindliche Tools, die darauf abzielen, die Erkrankung wirksamer zu erkennen, zu diagnostizieren und zu monitoren. Die globalen Herausforderungen der Alzheimer-Krankheit gehen jedoch

weit über die Möglichkeiten der Wissenschaft hinaus, und um etwas zu bewirken, ist eine Zusammenarbeit sowohl innerhalb der Alzheimer-Gemeinschaft als auch außerhalb des Gesundheitswesens erforderlich. Wir werden auch weiterhin mit zahlreichen Partnern zusammenarbeiten, in der Hoffnung, dass wir Millionen von Menschenleben verändern können.

Über Roche in den Neurowissenschaften:

Die Neurowissenschaften sind ein wichtiger Schwerpunkt der Forschung und Entwicklung von Roche. Ziel ist es, bahnbrechende wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen, um neue Therapien zu entwickeln, die das Leben von Menschen mit chronischen und potenziell verheerenden Krankheiten verbessern.

Kooperationspartner des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Brain Health 2030



² <http://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.878887&portal=oegportal>



BENEDIKT | 5 Jahre

10. PRAEVENIRE INITIATIVE DARMGESUNDHEIT 2030



PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling überreichte das PRAEVENIRE Weißbuch und den Darmbrief im Gesundheitsministerium.

10. PRAEVENIRE Initiative Darmgesundheit 2030

» Enttabuisierung — Vorsorgeprogramm — Mikrobiomforschung «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Ein **bundesweit einheitliches Vorsorgeprogramm** nach dem Vorarlberger Modell etablieren!
- ☑ Ein österreichweites **CED-Register** anlegen!
- ☑ Die **Wartezeit auf Diagnose und Therapie** durch Verbesserung der Angebote verkürzen!
- ☑ **Telemedizinische** Angebote für Betroffene etablieren bzw. erweitern!
- ☑ **Mikrobiom** (Darmflora) als eigenes Organ betrachten!
- ☑ Bei der **Forschungsförderung** Fokus auf Österreichs Mikrobiomforschung legen!

10.1. IM FOKUS

Rund 80.000 Menschen in Österreich leiden unter **entzündlichen Darmerkrankungen**. Jährlich werden zwischen 1.500 und 2.000 Neuerkrankungen geschätzt. Die von kolorektalen Karzinomen Betroffenen sind **chronische Patient:innen**, die mit ihrer Erkrankung nach derzeitigem Wissensstand leben lernen müssen. Bei unzureichender Versorgung und Betreuung ist neben einer erheblich geminderten Lebensqualität auch eine geringere Lebenserwartung die Folge. Daher ist eine optimale Betreuung dieser sensiblen Patientengruppe ein wichtiges Gebot eines solidarischen Gesundheitssystems, insbesondere bei den entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

Unter dem Dach der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 wurde die „Initiative Darmgesundheit 2030“ gestartet. Ihr Ziel ist es, eine von Expertenmeinungen getragene, zukunftsfähige Vision zur Darmgesundheit im Rahmen der solidarischen Gesundheitsversorgung in Österreich zu erarbeiten und diese offensiv im gesundheitspolitischen Diskurs zu positionieren und zu kommunizieren.

Die Initiative „Darmgesundheit 2030“ rückt vor allem drei Thematiken in den Fokus:

1. die Sphäre der Versorgung von Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) als eine wichtige Facette der Versorgungsoptimierung im österreichischen Gesundheitssystem
2. die Erforschung des menschlichen Mikrobioms und den Zusammenhang mit Komorbiditäten und der Bedeutung für den Erhalt der (Darm-)Gesundheit
3. das nationale Vorsorgeprogramm

Die derzeitige **Mikrobiomforschung** erkennt die komplexen Interaktionen zwischen dem menschlichen Lebensstil, Ernährungsgewohnheiten und Mikrobiom im menschlichen Körper. Ein besseres Verständnis für diese komplexen Zusammenhänge kann dabei helfen, neue Wege zu erforschen, wie durch ernährungstechnische, probiotische oder pharmazeutische Strategien das Mikrobiom so beeinflusst werden kann, dass es in der Behandlung einer Erkrankung oder zum Erhalt der Gesundheit beiträgt. Insbesondere in der Forschung zum Mikrobiom des menschlichen Darms konnte nachgewiesen werden, dass eine Störung der gegenseitig symbiotischen Beziehung zwischen Wirt und Mikroorganismen (Dysbiose oder Dysbakterie) Erkrankungen nach sich ziehen kann. Negative Veränderungen des Mikrobioms können etwa mit der Entstehung entzündlicher Darmerkrankungen, Leber- und Nierenerkrankungen, Fettleibigkeit, Diabetes, Krebs und Depressionen in Verbindung gebracht werden.

10.2. Generelle Handlungsempfehlungen des Vereins PRAEVENIRE

Ein wichtiger Schritt zur Awarenessbildung im politischen Umfeld ist mit der Übergabe des **PRAEVENIRE „Darm-Briefs“** an das Kabinett des Gesundheitsministers im Herbst 2022 (siehe korrespondierenden Aktivitätsbericht) bereits gelungen. Die Initiative „Darmgesundheit 2030“ verfolgt über die einleitend beschriebene Zielsetzung hinaus eine stärkere Verankerung der Bedürfnisse dieser Patientengruppen im politischen Diskurs, um die Gesundheitspolitik zum Handeln zu bewegen oder sie zumindest für die zu schaffenden Rahmenbedingungen zu sensibilisieren und um einen **verbesserten Status der CED-Thematik in der Gesundheitspolitik** zu erreichen. Die PRAEVENIRE Initiative Darmgesundheit 2030 empfiehlt folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

I. Enttabuisierung und Awarenessbildung

1. Erkrankungen im Verdauungstrakt und im Darmbereich gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen des Menschen. Sie sind trotzdem immer noch ein Tabu- und Vertrauens thema. Die **Auseinandersetzung** mit Darmbeschwerden und Beschwerden im Verdauungstrakt soll **offen angesprochen** werden können, ohne Schamgefühl bei Betroffenen auszulösen.
2. Das **Bewusstsein** für die Darmgesundheit muss durch zielgruppengenaue **Kampagnen und Kommunikationsmittel** auf Patienten- und (Fach-)Arzdebene sowohl in der Primärversorgung als auch im ambulanten Bereich und in Spitälern gestärkt werden. Die Thematik muss in der Öffentlichkeit „ankommen“.
3. Awarenessbildung ist auch ausschlaggebend dafür, dass eine **frühzeitige Diagnose und ehestmögliche Behandlung** von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) stattfinden kann. Erfolgen sie zu spät, leiden CED-Patient:innen oft auch an den sozio-ökonomischen Nachwirkungen ihrer chronischen Erkrankung. [1]
4. Der **„Reizdarm braucht eine Stimme im Land“**: Etwa zehn bis 20 Prozent der Bevölkerung sind davon betroffen. Und obwohl es sich dabei um eine verhältnismäßig „leichte“ Erkrankung handelt, kann sie zu starken Beeinträchtigungen und in Folge zu hohem Leidensdruck führen. Für viele junge Menschen stellen Darmerkrankungen eine große Belastung dar. Der Benachteiligung

und Diskriminierung von chronisch Erkrankten in der Gesellschaft muss entgegengewirkt werden.

Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge

Der Dachverband der Sozialversicherungsträger und die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie zertifizieren seit 2007 Ärzt:innen sowie Spitäler, die bei einem definierten hohen Qualitätsstandard **sanfte Koloskopien** durchführen. Im Jahr 2022 stehen **österreichweit 235 zertifizierte Untersuchungsstellen** bei niedergelassenen Ärzt:innen und Spitälern zur Verfügung.

II. Prävention und Früherkennung

1. Die **Vorsorgekoloskopie** ist wie jedes Vorsorgeprogramm eines der wichtigsten Anliegen der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030. Sie ist die wichtigste medizinische Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs und muss daher besser im Patientenpfad etabliert werden und niederschwellig zugänglich sein.
2. Die Menschen müssen mit entsprechenden Kommunikationsmaßnahmen besser über die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit **informiert und dazu motiviert werden**, das kostenfreie Angebot wahrzunehmen.
3. Ziel sollte ein einheitliches **nationales Vorsorgeprogramm nach dem Modell der ÖGK in Vorarlberg** sein.¹ [2]
4. Parallel zum nationalen Vorsorgeprogramm ist es für die Breitenwirkung nützlich, z. B. auf Betriebsebene oder gemeinsam mit den Gesundheitsberufen Präventionsmaßnahmen zu strukturieren und Vorsorgeprogramme zu kommunizieren.
5. Es sollte im Rahmen der jährlichen Vorsorgekoloskopie auch eine individuelle, bedarfsgerechte **Prämedikation** („Kurzarkose“) ermöglicht und die Kosten für alle Medikationsarten sollten von den Krankenkassen vergütet werden.
6. **Früherkennung** ist wichtig, weil eine Darmerkrankung im Frühstadium noch gut behandelbar und heilbar ist.

¹ Vgl. <https://www.krebshilfe-vbg.at/information/krebsfrueherkennung/darmkrebs-frueherkennung>

- Die allgemeine Laboruntersuchung ist auf die **Calprotectin-Bestimmung** auszuweiten und diese ist kostenlos im Rahmen der Vorsorge zu ermöglichen. Sie ist ein wesentlicher Parameter für die frühe Diagnose.

Vorarlberger Vorsorgeprogramm als Vorzeigeprojekt

Die Zahlen aus dem Vorsorgeprogramm der ÖGK in Vorarlberg belegen, dass Vorsorgemaßnahmen wirken und Erkrankungen frühzeitig entdeckt werden können. Wichtig wäre es, das erfolgreiche Modell auf ganz Österreich auszuweiten. Denn Präventionsmaßnahmen und Vorsorgeprogramme bringen ökonomische Vorteile für die Finanzierung des Gesundheitssystems (Ersparnis von Behandlungskosten) und darüber hinaus für die gesamte Volkswirtschaft (Erhalt der Arbeitsleistung). Ziel sollte daher ein einheitliches nationales Programm sein. Zusätzlich dazu ist es zielführend, parallele Strategien z. B. auf Betriebsebene oder in Form von gemeinsamen Initiativen mit Apotheken und bewussteinbildende Kommunikationsmaßnahmen gemeinsam mit den medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen zu etablieren. www.periskop.at/darmgesundheit-mehr-awareness-weniger-tabuisierung



III. Versorgung und Patientenpfad

- Die **Netzwerkfähigkeit** für z. B. verstärkte überregionale Zusammenarbeit, Fortbildungsangebote, Schulungen usw. ist zu stärken.
- Es braucht **klarere Struktur für Untersuchung und Behandlung**: Oftmals ist z. B. eine Urinprobe nicht nötig, andere Laborparameter zu erheben wäre sinnvoller (vgl. Früherkennung).
- Darmerkrankungen sind häufig, aber sehr **unterschiedlich ausgeprägt**. Deshalb muss entsprechend gefiltert (Patientenpfad) werden.
- Für Betroffene ist der Zugang zu Spezialist:innen (im niedergelassenen Bereich und zu intramuralen Zentren) **niederschwelliger zu gestalten**.
- Innovationen nach neuestem Stand der medizinischen und pharmazeutischen Forschung sind aus-

zuschöpfen, um Betroffenen die für sie **geeignetste medikamentöse Therapie** zukommen zu lassen und erstatten zu können. Zu bedenken ist, dass selbst das **Potenzial konventioneller bzw. bewährter Therapien** derzeit nicht vollständig ausgeschöpft wird und so Patient:innen wertvolle Therapiejahre verlieren.

- Bei Darm- und Verdauungsproblemen ist die **Apotheke oftmals die erste Anlaufstelle**. Mit den Pharmazeut:innen sollte gemeinsam im Zuge von Awareness- und Kommunikationsmaßnahmen der **Fokus auf evaluierte, seriöse Präparate** gelegt werden. Betroffene brauchen Unterstützung und Wissensvermittlung, um bei der Vielzahl und Vielfalt an Angeboten (auch bei Nahrungsergänzungsmitteln) zwischen seriös und unseriös unterscheiden zu können. Bei langwierigen Darm- und Verdauungsproblemen ist auf jeden Fall **zuerst eine genaue ärztliche Durchuntersuchung** notwendig. [3]



In Summe geht vieles in die richtige Richtung.

- Das **Schnittstellenmanagement** ist zu optimieren, damit für CED-Patient:innen ein reibungsloser Übergang aus dem intra- in den extramuralen Bereich sichergestellt ist. Die Begleitung könnte z. B. von CED-Nurses erfolgen.
- Die **Nachsorge** ist breiter anzubieten, Möglichkeiten sind auszuschöpfen und zu finanzieren.
- Generell sollte die **Leistungshomogenisierung** durch die Gesundheitskassen rascher etabliert werden.

IV. Mikrobiomforschung

- Unser **Mikrobiom (die Darmflora)** hat starken Einfluss auf die Gesundheit und Krankheitsverläufe. Es gewinnt deshalb an Bedeutung und sollte **als eigenes Organ betrachtet** werden. Das Wissen über die Zusammensetzung des Mikrobioms hat rasant zugenommen, viele Erkenntnisse über Einflüsse von Medikamenten auf das Mikrobiom konnten gewonnen werden.
- Die **Mikrobiomforschung** sollte im Rahmen der medizinischen Forschung und pharmazeutischen Entwicklung beachtet, mit einbezogen und gefördert werden. Auch klinische Studien sind entsprechend auszurichten. Die Erforschung des Mikrobioms ist in die klinische Praxis zu integrieren.

3. Es braucht die **Definition von Normwerten**, die im Rahmen von Mikrobiomanalysen definiert werden müssen.
4. Die Anzahl der krankheitserregenden Bakterien kann durch Einsatz von **Pro- und Präbiotika** geringgehalten werden und krebsfördernde Enzyme im Dickdarm reduzieren. Beispielsweise ist mittlerweile bekannt, dass das

Kolonkarzinom eindeutig durch eine Veränderung des Mikrobioms ausgelöst wird, speziell durch falsche Ernährung und Stress. Insofern lässt es sich mit Einnahme hochqualitativer Probiotika im Vorfeld beeinflussen. Im Sinne eines **präventivmedizinischen Ansatzes**, sollten die Darmgesundheit unterstützende **Probiotika von den Gesundheitskassen erstattet** werden.

10.3. ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzungen von Allergosan

Mittlerweile hat sich klar gezeigt, dass das Kolonkarzinom eindeutig durch eine Veränderung des Mikrobioms ausgelöst wird, speziell bedingt durch falsche Ernährung und Stress. Folglich kann im Vorfeld durch Einnahme hochqualitativer Probiotika gut Einfluss genommen werden. Das ist ein Feld, auf das zwecks Bewusstseinssteigerung bei der Bevölkerung verstärkt eingegangen werden sollte.

Ergänzungen der Ärztekammer für Wien

[1] Hinsichtlich CED sind Awarenesskampagnen etc. angedacht, damit die Patient:innen früher zu Ärzt:innen gehen. Doch bevor die finanziellen Budgetmittel für Awarenesskampagnen ausgegeben werden, muss man noch einbringen, dass für Patient:innen mit CED derzeit eine **wohnortnahe Betreuung durch niedergelassene Kasseninternist:innen nicht im Honorarkatalog der Krankenkassen** abgebildet ist und die Patient:innen daher entweder privat zahlen müssen oder wohnortfern in eine der wenigen CED-Ambulanzen gehen müssen. Im Hinblick auf die gravierenden Probleme in den Spitälern muss überlegt werden, extramurale Angebote analog zu einer CED-Ambulanz zumindest nicht auszuschließen.

[2] Bei der „VCOLO“ wird das Ziel genannt, dass die Vorsorgekoloskopie in ganz Österreich nach dem Vorarlberger Modell abläuft. Das ist auch im Interesse der Ärz-

tekammer für Wien, aber man sollte fordern, dass auch eine Sedierung österreichweit gratis wird.

[3] *Zu Seite 4, Ill.6:* Wenn man Darmprobleme hat, müssen Ärzt:innen die ersten Anlaufstellen sein!

Ergänzungen der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO)

Die Osteopathie deckt eine Vielzahl an Indikationen ab. So kann die Osteopathie bei chronischen Erkrankungen wie dem Reizdarmsyndrom einen positiven Effekt haben. Die Studie der Med Uni Graz zur Evidenzlage, Sicherheit und Wirksamkeit osteopathischer Behandlungen, durchgeführt unter Leitung von Univ.-Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, bestätigt den Einfluss osteopathischer Behandlungen bei Reizdarmsymptomatik. Beispielsweise zeigte sich in den inkludierten RCTs hinsichtlich der Reduktion der Schmerzintensität mehrheitlich ein statistisch signifikanter Vorteil von osteopathischen Behandlungen (OMT) im Vergleich zu einer Scheinbehandlung. Insgesamt zeigt sich auf Basis der vorliegenden Evidenz bei Patient:innen mit Reizdarmsyndrom eine mögliche Wirksamkeit einer OMT hinsichtlich der Reduktion der Schmerzen.

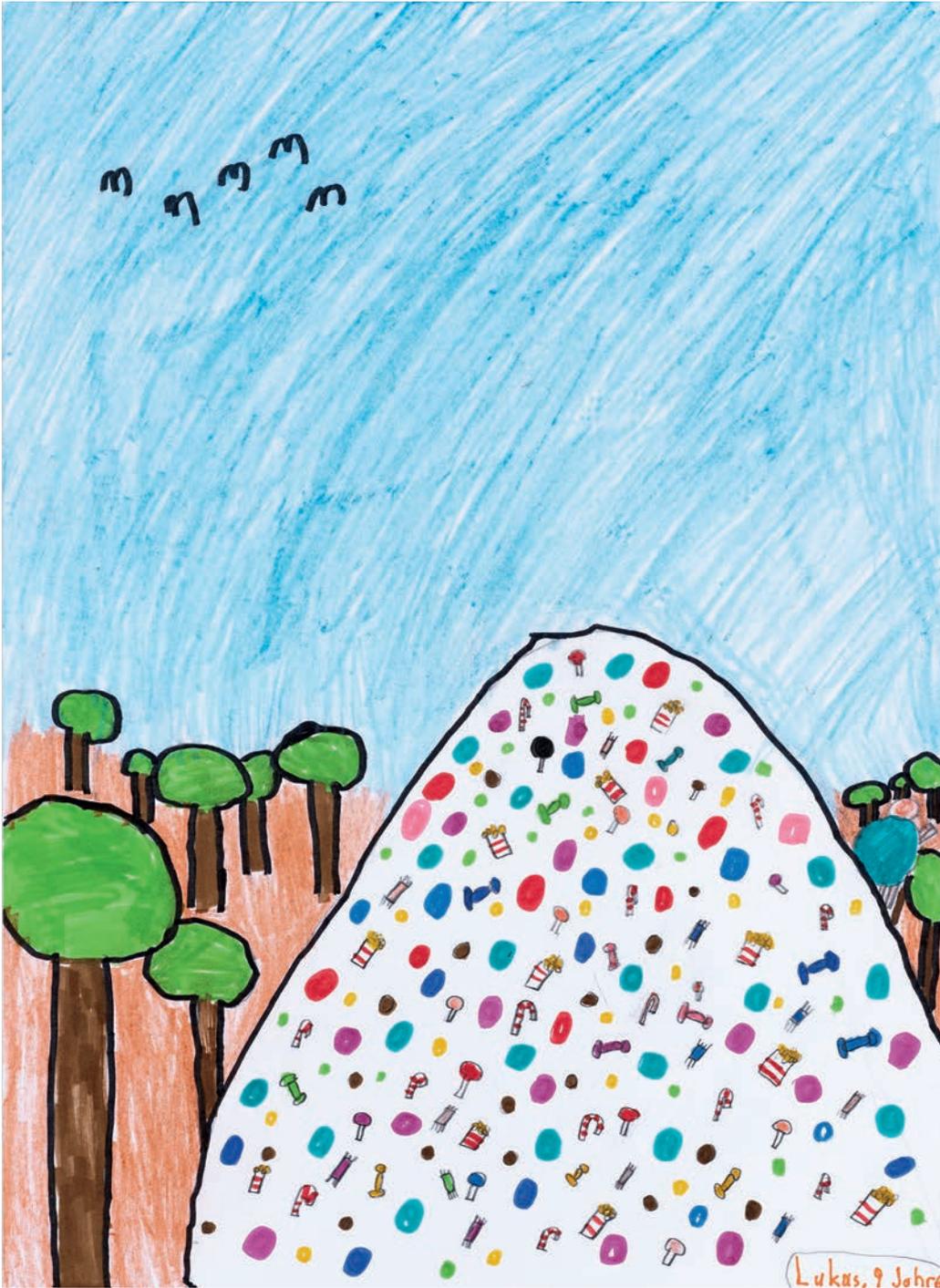
Osteopathie allein kann bei solchen komplexen Beschwerdebildern ein Teil der Lösung sein, nach ärztlicher Diagnostik und Abklärung im Vordergrund sind es viele Faktoren, die darauf Einfluss nehmen. Daher suchen wir den interdisziplinären Dialog und Austausch, vor allem im Sinne der Patient:innen.

Kooperationspartner des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Darmgesundheit 2030



Freiraum für Ihre Notizen, Ideen und Strategien zur Umsetzung

A large grid of small, light gray dots arranged in a regular pattern, intended for taking notes or drawing.



LUKAS | 9 Jahre

11. PRAEVENIRE INITIATIVE DIABETES 2030



Die PRAEVENIRE Initiative Diabetes auf der neuen Webseite

11. PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030

» Multidisziplinarität — Datenbasis — Versorgungsstruktur «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ **Präventionsprogramme** konzipieren und implementieren!
- ☑ Zum **DMP „Therapie aktiv“** Ärzt:innen verpflichten und Leistungen adäquat honorieren!
- ☑ Bei der Diabetesversorgung auf **Multiprofessionalität und Interdisziplinarität** achten!
- ☑ Zur **Diagnosecodierung** (Klassifizierungssystem nach neuestem Standard) extramural verpflichten!
- ☑ Das **Kosteneinsparungspotenzial** z. B. durch verbessertes Diätmanagement nutzen!
- ☑ In den Erstattungskatalog **State-of-the-Art-Therapien** miteinbeziehen!
- ☑ Die **Normoglykämie** als Ziel therapeutischer Interventionen bei Typ-2-Diabetes definieren!
- ☑ Dem **HbA1c-Wert** im Sinne der frühen Diagnose mehr Beachtung schenken!

11.1. IM FOKUS

Der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE möchte mit der PRAEVENIRE Initiative „Diabetes 2030“ (unter dem Dach der PRAEVENIRE Initiative „Gesundheit 2030“) Diabeteserkrankungen in den Fokus der Gesundheitsversorgung in Österreich rücken. Ziel ist es, **das Kapitel „Diabetes 2030“ im PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“¹ zu erweitern** und als PRAEVENIRE Forderungen und Handlungsempfehlungen zu formulieren, um sie der Politik quasi als „Guideline“ zur Unterstützung der Umsetzung von Gesundheitszielen und zur Optimierung des Gesundheitssystems in die Hand zu legen. Das Kapitel enthält die Essenzen der zentralen Themen, Herausforderungen, Potenziale und Lösungsansätze, die die Gesundheitsexpert:innen seit den 7. Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten 2022 diskutiert haben.

Derzeit liegt die geschätzte Prävalenz für Diabetes in Österreich zwischen rund 730.000 und 880.000 Personen. Das sind acht bis zehn Prozent der Bevölkerung, zeigt das Ergebnis der von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) bei der Arbeitskammer Wien in Auftrag gegebenen Diabetes-Studie. Doch wie viele Diabetiker:innen gibt es tatsächlich? Wie viele leiden an Long COVID? Um endlich auf Basis konkreter Analysedaten aufbauen zu können, braucht es eine flächendeckende und verpflichtende Diagnosecodierung. Österreich ist darauf technisch und organisatorisch vorbereitet, viele Institutionen sind daran beteiligt. Aber eben nicht alle.

Die Prognosen für die Entwicklung der allgemein als „Zuckerkrankheit“ bezeichneten chronischen Erkrankung geben zu denken. Die direkten Kosten von Diabetes und seinen Folgeerkrankungen werden für Österreich auf 4,8 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt. Für 2030 lassen sich daher auf Basis aktueller Zahlen und Trends Kosten von mehr als acht Milliarden Euro prognostizieren.

¹ Vgl. https://praevenire.at/wp-content/uploads/2023/01/PRAEVENIRE_Weissbuch_2021-22_Kapitel12_Diabetes.pdf

Die Folgen von Diabetes sind für Patient:innen und das System äußerst herausfordernd: Neben geringerer Lebensqualität und höheren Gesundheitskosten stellt die Erkrankung auch eine übermäßige Belastung für Familienangehörige dar. Bleibt Diabetes unentdeckt oder wird unzureichend begleitet und behandelt, besteht das Risiko schwerer und lebensbedrohlicher Komplikationen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen, Erblindung und Amputation der unteren Gliedmaßen. Die Optimierung der Versorgung chronischer Erkrankungen, insbesondere von Diabetes und vor dem Hintergrund der skizzierten Prognosen, machen es essenziell, dass rasch — für die Patient:innen und das System — eine Versorgungsoptimierung in Österreich erreicht wird. Hinsichtlich der Diabetes-Prävalenz ist daher die **Remission im Sinne der Normoglykämie²** ein wichtiges Ziel.

„Lernen aus Europa und Umsetzen für Österreich“ war der Titel des **ersten PRAEVENIRE Workshops** Diabetes, der im Rahmen der 7. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten 2022 durchgeführt wurde. Die Teilnehmenden diskutierten die von der Arbeiterkammer Wien durchgeführte **Studie „Interdisziplinäre Diabetes-mellitus-Typ-2-Versorgung“**. Die ersten Ergebnisse der „International Case Studies“ wurden als Ausgangspunkt genommen, um über internationale Modelle zu diskutieren und um daraus gemeinsame Lehren und Vorschläge für Österreich zu entwickeln.

Ziel der PRAEVENIRE Initiative „Diabetes 2030“ ist es, die Arbeit kontinuierlich mit bewährten und neuen Formaten fortzusetzen und eine von Expertenmeinungen getragene, zukunftsfähige Vision zu Diabetes im Rahmen der solidarischen Gesundheitsversorgung in Österreich zu erarbeiten und diese offensiv im gesundheitspolitischen Diskurs zu positionieren und zu kommunizieren.

11.2. Generelle Handlungsempfehlungen des Vereins PRAEVENIRE

In Anbetracht der Expertisen der teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen muss der dringende Appell an die Gesundheitspolitik gerichtet werden, ein fundiertes bundesweites Gesamtkonzept zu entwickeln. Der **erforderliche Perspektivenwechsel in der Diabetestherapie ist nur mit strikten Strukturänderungen** durchführbar. Ein Gesamtkonzept muss umfassend sein und bei der Bewusstseinsbildung beginnen, Gesundheitskompetenz (z. B. Adipositas) und Prävention miteinschließen, frühe Diagnostik ermöglichen, einen einfachen Zugang zu innovativen Therapien schaffen, Betreuungs- und Versorgungsstrukturen bieten und eine lebenslange multiprofessionelle Therapiebegleitung integrieren. Das Konzept müsste auch die notwendige Betreuung und Beratung entsprechend monetär (im Sinne finanzieller Vorteile/Anreize für Patient:innen, optimierter bzw. erweiterter Abrechnungsmöglichkeiten für Mediziner:innen und der Leistungen von Gesundheitsberufen) berücksichtigen. Als Grundlage dafür wäre eine Kosten-Nutzen-Rechnung sinnvoll, welche über einen längeren Berechnungszeitraum geht und zeigt, dass Sekundärprävention und frühe Therapie auf lange Sicht Kosten einsparen. Die PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030 empfiehlt daher folgende — die PRAEVENIRE Forderungen

im Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ (Version 2021/22) ergänzenden — Optimierungsprogramme und von Expert:innen konsentierten Handlungsempfehlungen.

I. Multiprofessionalität und Interdisziplinarität

1. Zahlreiche internationale Studien und bisherige Erfahrungen der Allgemeinmediziner:innen in PVE zeigen, dass ein **berufsgruppenübergreifendes Zusammenwirken** auf Augenhöhe gleichzeitig eine Entlastung für die Ärzt:innen und eine Qualitätssteigerung in der Versorgung bewirkt.
2. Um eine **qualitätsgesicherte Diabetesversorgung** sicherstellen zu können, sind Fachkräfte und Menschen mit Diabetes mellitus gleichermaßen auf die Zusammenarbeit angewiesen. Hierfür wäre es sinnstiftend, das **Konzept der Hausbesuche** zu forcieren, denn um Betroffene bestmöglich begleiten zu können, ist es essenziell, ihre Lebenssituation zu erfassen und sie gezielt und umfassend dabei zu unterstützen, einen gesunden Lebensstil (weiter) zu führen.

² Normoglykämie bedeutet die Normalisierung des Blutzuckerspiegels, d. h. ein HbA1c Wert von < 5,7%.

3. Dem gegenüber steht jedoch der **Fachkräftemangel**, dem mit geeigneten Maßnahmen in der **Ausbildung und einer Anerkennung relevanter Gesundheitsberufe** begegnet werden muss.
4. Für die medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen der involvierten und relevanten Berufsgruppen müssen entsprechende **Abrechnungsmöglichkeiten** (Verrechenbarkeit von Leistungen) gegeben sein, die realistisch und bedarfsorientiert auf die Krankheitsbilder zugeschnitten sind.
5. Im System wird auch eine **Finanzierung jener Leistungen** benötigt, die für die **Betreuung der Diabetespatient:innen im niedergelassenen Bereich** durch Ärzt:innen und durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe erbracht werden.

II. Die Notwendigkeit von Diabetescodierung

1. Basis für die Gesundheitspolitik in Österreich sind **Gesundheitsdaten**, die auf Schätzungen oder auf Vergleichszahlen mit anderen Ländern beruhen. Im Executive Report der Gecko-Kommission³ wird die Betroffenheit von Long COVID auf Basis britischer und niederländischer Studien dargestellt. Daraus ergibt sich für Long COVID eine Prävalenz von 12,7 Prozent der an COVID-19-Erkrankten. Die massiven ökonomischen Auswirkungen beschreiben z. B. amerikanische Studien: Demnach sind in den USA ein Drittel aller Arbeitslosen aufgrund von Long COVID arbeitsunfähig. Da sich Erhebungen wie diese nicht auf Österreich übertragen lassen, appellieren Expert:innen, im niedergelassenen

Bereich eine standardisierte Diagnosekodierung zu etablieren. Diabetes-Typ-2-Inzidenz wird z. B. auf Basis der Abrechnungsdaten der Sozialversicherungsträger ermittelt. Der Rechnungshof wie auch die Gesundheitsexpert:innen empfehlen, **valide und vollständige Datengrundlagen zu Diabetes zu schaffen**.



Der Begriff Diabetesmanagement zeigt sehr deutlich, dass Betroffene eine umfassende Betreuung brauchen.

2. Technisch gesehen ist die **Diagnosecodierung** so weit, dass sie rasch in der Praxis eingesetzt werden kann. Der europäische Datenraum ist längst ein The-

ma, weshalb die relevanten Akteur:innen in Österreich rasch handeln müssen, um eine länderspezifische Datenbasis zu schaffen. Eine **autonome Datenerhebung** ist insofern notwendig, um exakte und wissenschaftlich aufbereitete Gesundheitsdaten zu haben, die der Gesundheitspolitik als Basis für ihre Strategieplanung zugrunde gelegt werden können. Ein Diskurs zur Ressourcenverteilung ist erst dann sinnvoll, wenn er auf solider Datengrundlage erfolgt. Die Einführung der verpflichtenden Diagnosecodierung ist längst überfällig. Optimalerweise sollte dieser Prozess Hand in Hand **mit dem Umstieg auf das ICPC-3-Klassifizierungssystem** flächendeckend erfolgen. [1]

III. System- und Strukturänderungen

1. An den **Behandlungskosten** (vor allem von Spätkomplikationen) ist ersichtlich, dass blutzuckersenkende Therapien nur 5,6 Prozent der Gesamtkosten pro Jahr ausmachen. Das ist ein geringer Anteil gegenüber den viel höheren Kosten, die durch Spätkomplikationen (48,4 Prozent) und Diabetesmanagement mit assoziierten Therapien (34 Prozent) verursacht werden. Dies betrifft allerdings jene Anteile, die vermeidbar wären. Hier gibt es demnach ein hohes **Kosteneinsparungspotenzial**, z. B. durch verbessertes Diätmanagement mit assoziierten und rechtzeitig eingesetzten Therapien. Auch die Abschaffung bürokratischer Hürden, z. B. beim Arzneimittelbewilligungs-Service ist notwendig, damit eine State-of-the-Art-Medikation unkompliziert verschrieben werden kann. Dies setzt den Willen zu Systemänderung voraus.
2. **Ziel struktureller Planungen** muss es sein, eine **anhaltende metabolische Verbesserung** für Patient:innen im Sinne einer Remission zu erreichen. Eine rechtzeitige Intervention und Therapie von Diabetes-Typ-2 ist wesentlich, um eine frühe und anhaltende Senkung des Blutzuckerspiegels in den Normalbereich zu erreichen und sowohl Betroffene vor schwerwiegenden Folgeerkrankungen zu schützen als auch notwendige Behandlungskosten von mit Diabetes assoziierten Therapien und von Spätkomplikationen zu verringern.
3. Für Diabetes-Typ-2 sind daher die **Prävention und Remission** — vergleichbar mit der Rheumatologie — **als notwendige Therapieziele** zu setzen. Jede Intervention aus Diät, bariatrischer Chirurgie und/oder Medikation sollte daher eine Remission im Sinne einer Normoglykämie zum Ziel haben.

³ Hinweis: vom 5. September 2022

IV. Adipositas

1. Das Bewusstsein für **Adipositas** als eigenständige chronische Erkrankung ist zu stärken.
2. Die **Sensibilisierung der Bevölkerung für das Krankheitsbild** und seine Ursachen kann wesentlich dazu beitragen, Vorurteile gegenüber Menschen mit Adipositas zu reduzieren und den respektvollen Umgang mit den Betroffenen in unserer Gesellschaft zu fördern.
3. Die Anzahl von Neuerkrankungen muss reduziert werden. Dafür sind sowohl effektive **Präventionsmaßnahmen** zu setzen UND zu evaluieren als **auch rechtzeitige, fachlich fundierte Diagnosen** zu ermöglichen. Folgeerkrankungen kann somit frühzeitig begegnet werden. Das rechnet sich für das Gesundheitssystem insofern, als dass Vorsorge und Früherkennung das Budget weit geringer belasten.
4. Die Umsetzung leitliniengerechter Therapien für Patient:innen mit Adipositas ist allerseits zu unterstützen. Dafür ist eine individuell angepasste **multifaktorielle Adipositas-therapie** notwendig, die aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie und — falls für den Therapieerfolg notwendig — unterstützend aus zugelassenen und wirksamen medikamentösen Therapien und chirurgischen Eingriffen besteht. Alle **in den Leitlinien empfohlenen Therapiesäulen müssen in die Erstattung aufgenommen** werden und einfach zugänglich sein. [2]
5. Das medizinische und nicht-medizinische Fachpersonal ist gezielter zum komplexen Krankheitsbild der Adipositas, seinen Ursachen sowie Therapiemöglichkeiten aus- und fortzubilden. Dazu gehören beispielsweise die Bewusstseinsbildung für die psychologischen Aspekte und eine De-Stigmatisierung und Schulung der Kommunikation mit Patient:innen. **Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen** sind finanziell zu fördern.

V. Versorgungsstruktur und Begleitmaßnahmen

1. Systemimmanent könnte viel zur **Kostensenkung** beigetragen werden, denn die höchsten Einsparungspotenziale liegen bei den Behandlungskosten für Spätkomplikationen und Diabetesmanagement mit assoziierten Therapien. Das hohe frei werdende finanzielle Potenzial könnte zur **Primär- und Sekundärprävention, zur frühen Identifikation von (Risiko-) Personen, für medizinische Forschung, innovative**

Medikation, für (mobile) Pflege und Betreuung, (aktivierende, motivierende) Begleittherapien (u. a. der MTD, Mental Health) und für Schulungs- und Aufklärungsmaßnahmen eingesetzt werden.

2. Die Patient:innen sollen neben den Ärzt:innen von den Angehörigen der unterschiedlichen Berufsgruppen, insbesondere von der Gesundheits- und Krankenpflege, von klinischen und Gesundheitspsycholog:innen, Diätolog:innen, Bewegungsberater:innen und Physiotherapeut:innen und Orthoptist:innen begleitet und betreut werden. Die für die Patient:innen wichtige **Lotsenfunktion** könnten bereits jetzt schon jene Diätolog:innen und die Gesundheits- und Krankenpfleger:innen übernehmen, die Teil eines **multiprofessionellen Teams** in Gesundheitszentren sind (z. B. in Primärversorgungseinheiten oder Gruppenpraxen mit Schwerpunkt Diabetes).
3. Als ideale Orte einer solchen umfassenden, ganzheitlichen und auch individuellen Betreuung und Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus werden die **Primärversorgungseinheit** und Gruppenpraxis mit Schwerpunkt Diabetes gesehen. Sie gelten, ebenso wie **Gesundheitszentren**, für die meisten als Idealfall. Die mit der Diabetes-Erkrankung assoziierten Leistungen, die sowohl von ärztlichen als auch von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen erbracht werden, müssen honoriert werden. Da eine PVE nicht für allerorts die beste Lösung ist, sind jegliche **Zusammenarbeitsformen und Arbeitsgemeinschaften**, z. B. einzelner Ordinationen mit anderen Praxen der nicht-medizinischen Gesundheitsberufe und/oder mit freiberuflich Tätigen, sowohl auf juristischer als auch administrativer Ebene zu ermöglichen und zu erleichtern (vgl. auch Punkt I. Multiprofessionalität und Interdisziplinarität). Die Anstellung von Angehörigen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in Ordinationen für die Betreuung von Diabetespatient:innen muss finanziell unterstützt und die erbrachten Leistungen müssen honoriert werden.



*Wir brauchen ein **multiprofessionelles Versorgungsmodell**, das im ambulanten Bereich die breite Einbeziehung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe — diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege, Diätolog:innen, Physiotherapeut:innen etc. — ermöglicht. Und wir brauchen die Diagnosecodierung, um eine evidenzbasierte Versorgung und Forschung überhaupt organisieren zu können.*

11.3. ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzungen der Ärztekammer für Wien

[1] Dadurch dass eine qualitätsgesicherte Diabetesversorgung naturgemäß nicht ohne Einbindung von Fachärzt:innen für Innere Medizin erfolgen kann, ist ICPC als verpflichtende Maßnahme bedingt sinnvoll. ICPC ist ein Codierungsstandard, der für den Bereich der hausärztlichen Primärversorgung geschaffen wurde.

ICPC ist derzeit nur im Rahmen der Primärversorgungseinheiten verpflichtend und dessen Sinnhaftigkeit ist im Sinne der österreichischen Gesundheitsplanung noch nicht nachhaltig evaluiert. Die PVE sind noch zu jung und die ICPC-Daten — soweit wir wissen — als wissenschaftliche Grundlage zur österreichischen Gesundheitsplanung noch nicht ausreichend.

Aus den derzeitigen 15a-Verhandlungen wissen wir, dass vor allem die Länder eine verpflichtende Codierung für den niedergelassenen Bereich nach ICD-10 — aufgrund der gewünschten Vergleichbarkeit zum intramuralen Bereich — fordern. Auch wenn selbstverständlich noch nichts entschieden ist, widerspräche ICPC der bundesweiten Forderung.

[2] Die Behandlungsfreiheit der Ärzt:innen muss jedenfalls gewahrt bleiben. Leitlinien dienen als Hilfestellung, Unterstützung, Orientierung und dergleichen. Sie dürfen aber niemals als „conditio sine qua non“ mit der Honorierung der ärztlichen Leistungen verknüpft werden. Wir benötigen auch eine Finanzierung jener Leistungen, die für die Betreuung der Diabetespatient:innen im niedergelassenen Bereich durch Ärzt:innen und durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe erbracht werden!

Kooperationspartner des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Diabetes 2030



12. KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT



LINDA | 8 Jahre



Mental Health Issues: Lücken in der Diagnose, Therapie und Betreuung, z. B. bei ADHS, schließen

12. Kinder- und Jugendgesundheit

» Gesundheitskompetenz — COVID-19-Pandemie — Grundimmunisierung — Rehabilitation «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Die **Finanzierung** von Prävention, Versorgung und Rehabilitation muss mit einer „Kinder- und Jugendgesundheitsmilliarde“ gesichert sein!
- ☑ In der Regierung muss für die umfassenden Agenden ein **Staatssekretariat** Kinder- und Jugendgesundheit gebildet werden!
- ☑ Im **Arbeitsvertragsrecht-Anpassungsgesetz** muss eine erweiterte Familienorientierte Rehabilitation (z. B. Begleitpersonen-Splitting) juristisch verankert werden!
- ☑ Die **Gesundheitskompetenz muss im pädagogischen Bereich aufgebaut** werden, Fachwissen in die Schulen gebracht werden!
- ☑ Flexible und kreative Modelle zur **Vernetzung der Gesundheitsberufe** sind einfacher zu ermöglichen!
- ☑ Die **Transition** (Übergang Kinderheilkunde zu Erwachsenenmedizin) muss in den ärztlichen Behandlungspfad eingeplant werden!

12.1. IM FOKUS

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist dem Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich und dem PRAEVENIRE Gesundheitsforum ein wichtiges gemeinsames Anliegen. Daher haben beide Organisationen im Juni 2021 die Initiative „Kinder- und Jugendgesundheit 2030“ ins Leben gerufen und ein erstes PRAEVENIRE Gipfelgespräch in Hirschwang am Fuße der Rax organisiert. Die dort im Rahmen von Podiumsdiskussion, Keynotes und Arbeitsgruppen erarbeiteten Essenzen bildeten die Grundlage für den Themenkreis „Kinder- und Jugendgesundheit 2030“ im PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ (Version 2021/22), das im April 2022 erschienen ist. Aufgrund des großen Zuspruchs und der zahlreichen positiven Rückmeldungen wurde die Initiative in diesem Jahr mit dem 2. PRAEVENIRE Gipfelgespräch am Fuße der Rax weitergeführt. Im Fokus standen die folgenden vier wichtigen Versorgungsthemen:

- Gesundheitskompetenz für Kinder und Jugendliche
- Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der COVID-19-Pandemie
- Lücken in der Grundimmunisierung bei Kindern und Jugendlichen
- Aktuelles aus der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Die PRAEVENIRE Initiative Kinder- und Jugendgesundheit 2030 empfiehlt daher folgende Optimierungsprogramme und die Umsetzung der dringend erforderlichen Maßnahmen:

12.2. Expertisen und Handlungsempfehlungen

Kinder und Jugendliche sind keine kleinen Erwachsenen. Sie benötigen spezielle Versorgung und medizinische Betreuung und verdienen ein (Gesundheits-)System, das ihre speziellen Bedürfnisse kennt, sie bei allen Vorhaben und in der Versorgungspraxis bestmöglich berücksichtigt.

I. Gesundheitskompetenz

Herausfordernd für die Kompetenzvermittlung ist vor allem, dass die Gruppe der Kinder und Jugendlichen eine **äußerst heterogene Altersspanne** umfasst und die unterschiedlichen Altersgruppen unterschiedliche Bedürfnisse haben. Daraus ergeben sich Fragen wie: Wie spricht man alle altersgerecht an, wie bereitet man Informationen altersgerecht auf und wie transportiert man sie so, dass Kinder und Jugendliche die Gesundheitsinformationen und -maßnahmen auch verstehen können und annehmen wollen. Lösungswege sind:



Kinder und Jugendliche sind keine kleinen Erwachsenen.

Die Inhalte anhand von Vorbildern aus dem Sport- oder Musikbereich zu vermitteln; weiters muss die New Generation selbst mit ins Boot geholt werden, denn sie kann „ihr“ Thema bestmöglich transportieren. Kommunikation

auf Augenhöhe steht in Zusammenhang mit Vertrauen und Glaubwürdigkeit, denn die nächstfolgende jüngere Generation ist bereits anders sozialisiert als „unsere“ Generation.

1. Gesundheitsbezogene Informationen erhalten, sie richtig selbst anwenden, Fake-News von Fakten unterscheiden, das kann nicht früh genug gelehrt werden. Aufgrund der umfangreichen Health-Literacy-Thematik, die fast alle Lebensbereiche umfasst, scheint **ein eigenes Schulfach Gesundheitskompetenz** als am zielführendsten zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz.
2. Dem mangelndem Bewusstsein über den Einfluss von Bewegung, Ernährung, Umwelt, körperlicher und psychischer Gesundheit und Hygiene müssen **awarenessbildende Maßnahmen** entgegengesetzt werden. Ziel ist, dass auch gesunde Menschen rechtzeitig erreicht werden und nicht erst dann aufmerksam auf die Auswirkung ungesunder Lebensweise werden, wenn bereits Symptome oder eine Krankheit festgestellt wird.
3. **„Wissen transportieren“**: Altersgerechte Informationen müssen auf zu den Zielgruppen passenden Ka-

näle gespielt werden, d. h. mit Fokus auf die Sozialen Medien. Wie kann man diese so befüllen, dass sie die Jugendlichen erreichen? Wie kann man Jugendliche dazu bringen, kritisch zu hinterfragen, welche Informationen wertvoll sind und welche Inhalte nicht richtig sind, so wie sie dargestellt werden?

4. **Fokus auf Regionalität**: Wenn in der Schule die Versorgung, die Ernährung so umgesetzt wird, dass regionale biologische Initiativen gefördert werden, hat das wichtige Vorbildfunktion mit Lern- und Gewöhnungseffekten. Ernährung sollte als proaktiver Part in der Schule zum Fokus gemacht werden, anstatt einfach einen Automaten mit zuckerhaltigen Getränken und Snacks bereitzustellen.
5. Zudem ist die **Information** über (Schul-)Projekte über die Schulgrenze hinaus, z. B. über vorhandene **Initiativen**, die es bereits in der Region gibt, wichtig. Derzeit gibt es sehr, sehr viele Einzelinitiativen für Schulkooperationen. Aus dem Fleckerlteppich an Projekten könnte die eine oder andere österreichweite Initiative entstehen. Wesentlich dafür ist, dass es **eine entscheidungsbefugte Stelle** gibt, bei der schnell und kompetent der Status regional vorhandener Projekte abgefragt werden kann, an denen eine Partizipation (z. B. als Lieferant oder als Bezieher) möglich ist.
6. Als wichtige Punkte wurden die **Interprofessionalität, Interdisziplinarität oder Multiprofessionalität** angesprochen. Die Gesundheitsexpert:innen sprechen sich für gesetzlich entsprechende Rahmenbedingungen aus, die eine Zusammenarbeit von medizinischen und nicht-medizinischen Berufsgruppen in unterschiedlichen Organisationsformen (PVE, Gruppenpraxen, Ambulatorien, Schulen, stationären Einrichtungen usw.) vereinfachen — auch hinsichtlich der Finanzierung und dem Abbau von bürokratischen Hürden. Das ist ein eindeutiger Appell an die Gesundheitspolitik, eine Vereinfachung für Netzwerke und Arbeitsmodelle — wie auch immer sie aussehen — anzustreben. Ziel ist es, Flexibilität zu erlangen und weg vom berufsständischen Silodenken zu kommen.
7. Ein **Staatssekretariat** für Kinder- und Jugendgesundheit wird gewünscht. Hier sollen beispielsweise Kom-

petenzen zusammengeführt werden und auch Entscheidungskompetenzen vorhanden sein.

8. Generell wird der **Stellenwert von Kindern und Jugendlichen** in Österreich zu gering bewertet. Auch während der Coronapandemie waren sie diejenigen, an die zuletzt gedacht wurde. Es wurden zuerst die Schulen geschlossen, ohne die Folgen zu überdenken. Erst sehr spät wurde über **Langzeitfolgen** nachgedacht. Um an die weite Altersspanne anzuknüpfen, ist zu betonen, dass es einen Unterschied macht, ob ein zwölfjähriges oder zweijähriges Kind seit zwei Jahren im Lockdown zu Hause ist. Im Vergleich zu den Lebensumständen von 65-jährigen Pensionist:innen und in Relation zum Lebensalter, sind die Lebenssituation und die Auswirkung auf später wesentlich. Dies ist mehr in das gesamtgesellschaftliche Bewusstsein zu rücken.

Expertenkonsens

Der adäquate Umgang mit Gesundheitsinformationen muss bereits Kindern gelehrt werden. Mit einem fundierten Gesundheitswissen als Basis können Kinder und Jugendliche die für sie adäquaten Gesundheitsentscheidungen im Alltag treffen. Mit dem Aufbau von Gesundheitskompetenz von Kindheit an ist ein höheres Maß an Self Care und Verhaltensprävention im Erwachsenenleben möglich.

II. Belastungen durch die COVID-19-Pandemie



Mit einem Gesundheitspass macht Gesundheit Spaß.

Die COVID-19-bedingte Belastungssituation und das Fernhalten von Bildungseinrichtungen hat für mehr als 85.000 betroffene Kinder und Jugendliche nach wie vor vielerlei Auswirkungen.

Diese zeigen sich nicht nur am fehlenden Lernfortschritt oder an einer Steigerung des Smartphonegebrauchs, sondern auch im zunehmenden Suchtverhalten, in depressiven Symptomatiken, Angst-, Schlaf- und Essstörungen, suizidalen Gedanken und in Kinderarmut.

1. Kritikpunkt ist die Trägheit der **Finanzierung**: Es kam während der Coronapandemie zu Einsparungen und innerhalb der ersten Jahre zu Umsetzungsverzögerungen gesundheitssystemrelevanter Vorhaben (Gesundheitsziele).
2. Für eine kostengünstige und wohnortnahe Versorgung ist auch in Krisenzeiten zu sorgen, in der Kinder und Jugendliche von einkommensschwachen Familien, Alleinerzieher:innen etc. **Zugang zum Gesundheitssystem** erhalten.
3. **Aufklärung als Aufgabe**: Mitzuberücksichtigen bei Maßnahmen und bei Informationskampagnen sind Sprachschwierigkeiten und Sprachbarrieren. Die gesamte Bevölkerung muss mit Informationen gleichermaßen versorgt werden.
4. Gesundheitsexpert:innen appellieren generell für **mehr Mut bei Gesetzesänderungen** im Sinne der Kinder- und Jugendgesundheit.
5. **Daten werden gebraucht**. Bei der Datenerhebung und -analyse im Gesundheitswesen geht es nicht um personenbezogenes, sondern um anonymisiertes Datenmaterial, das der Forschung und Wissenschaft oder als Bemessungsgrundlage für Gesundheitsmaßnahmen (Prävention usw.) nützlich ist und daher zur Verfügung stehen sollte. Daten sind in Institutionen (Versicherungen, Schularztwesen, Bundesheer) vorhanden, aber „liegen brach“. Eine engere Vernetzung der Ministerien (Gesundheitsministerium, Bildung, Wissenschaft und Forschung, Finanzen...) ist wünschenswert.
6. Verstärkung der Awareness für vorausschauende Krisenplanung funktioniert nur, wenn den gesundheitspolitischen Akteur:innen immer wieder die Notwendigkeit dafür und korrespondierende Lösungsvorschläge (s. PRAEVENIRE Forderungen im Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“) ins Bewusstsein gerufen werden.
7. Während Krisenzeiten muss die **Gesundheitskompetenzvermittlung** über das im Fokus stehende Thema hinausgehen. Während der Covidpandemie standen „Maskentragen“ oder „Testen“ im Zentrum, aber genauso wichtig ist die Vermittlung des allgemeinen Gesundheitswissens (z. B. tägliches Zähneputzen).
8. Den einzelnen Berufsgruppen muss die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** erleichtert werden. Zudem ist verstärkt die Sozialarbeit einzubinden.
9. **„Geschwindigkeit ins System bringen“**, ist ein wichtiger Expertenkonsens, der eine verkürzte Dauer von Erledigungen (Bürokratieabbau im gesamten System) oder Wartezeiten (z. B. Diagnostik, OP) meint.

10. Ausbildungsplätze und Demographie sollten zusammen betrachtet werden. Der Zeitfaktor ist zu bedenken: Die Generation der 1957 bis 1967er Geburtenjahrgänge muss ersetzt werden. Dabei handelt es sich geschätzt um 160.000 Angehörige der Gesundheitsberufe, die demnächst in Pension gehen.

11. Personal muss **angemessener bezahlt** werden.

12. Return-Initiative: Aufgrund des Pflegekräftemangels ist an eine Attraktivierung des Wiedereinstiegs für Ausgestiegene zu denken. Für sie braucht es Zeit und Begleitung. Die Arbeitsgruppe stellte fest, dass in keiner anderen Berufsgruppe ein so kurzer Verbleib im Beruf zu verzeichnen ist. Beispielsweise hilfreich ist, dem Wunsch nach Teilzeitarbeit nachzugehen — Möglichkeiten dafür sind in verschiedenen Institutionen bereits vorhanden. Solche flexiblen Modelle könnten als Vorbild herangezogen werden.

13. Dem **Ärztmangel**, Mangel an **Psychotherapieplätzen** etc. muss entgegengewirkt werden. Hier muss der Staat Geld in die Hand nehmen, ähnlich kurzfristig und rasch wie zur Zeit der Bankenkrise oder Coronapandemie (vgl. Forderung Kinder- und Jugendgesundheitsmilliarde). Der Weg zum Wunschberuf im Gesundheitswesen soll für alle Generationen geebnet werden. Das setzt attraktivere und flexibler gestaltbare Rahmenbedingungen (Ausbildungsfinanzierung, „Life-Work-Balance“, bezahlte Lehrpraxen für Kinderheilkunde und Kinderpsychiatrie etc.) voraus. Ziel sollte sein, dass der (Wieder-)Einstieg in einen medizinischen oder nicht-medizinischen Gesundheitsberuf keine unüberwindbare Hürde darstellt.

14. Die **Ausbildung in der Kinderpsychiatrie** wurde zwar stetig verbessert. Nach wie vor notwendig sind allerdings entsprechende Zugangserleichterungen und flexiblere Zusammenarbeitsmodelle für Ärzt:innen sowie eine ausreichende Zahl an Kassenplanstellen.

Expertenkonsens

Der Zugang zur kinderärztlichen Versorgung muss niederschwellig sein. Lehrkörper und Schulärzt:innen können die Probleme von Schüler:innen erkennen, die Kinder- und Jugendbetreuungen sind mit schweren Fällen ausgelastet. Alle Bemühungen um zusätzliche Maßnahmen nützen nicht, wenn der Mangel an kinderärztlichen Kassenstellen nicht rasch behoben wird. [1]

III. Lücken in der Grundimmunisierung

Auf Basis der österreichischen Impfdaten kann festgestellt werden, dass im Vergleich zwischen 2019 und 2020 weit weniger Kinderimpfungen durchgeführt wurden (z. B. Masern minus 30 Prozent, Hepatitis B minus 40 Prozent).

1. Kostenlose Impfungen: Die Grundimmunisierung der Kinder und Jugendlichen nimmt mit zunehmendem Alter ab. Als Hauptursache ist anzunehmen, dass im Impfplan für Österreich die Impfungen vorgeschlagen und teilweise vorgeschrieben sind, aber nicht finanziert werden. (Eine Kostenersparnis für das System brächte die Impfung der Familie. Und wichtig ist vor allem, das Bewusstsein der Politik dafür zu stärken, dass Impfprävention für das Gesundheitssystem günstiger ist als Krankheitsbehandlungen (wie es sich z. B. bei einer Kostengegenüberstellung HPV-Impfung — Krebserkrankung zeigt, die mit Februar 2023 kostenlos bis zum 21. Lebensjahr ist).

2. Die **Institution der Schulärzt:innen ist unbedingt zu stärken:** Sie könnten alle Gesundheitsmaßnahmen unterstützen, von Prävention (Impfen) über Früherkennung (z. B. psychische Probleme und Vermittlung zu Fachärzt:innen bei Bedarf), die Eltern und Lehrkräfte in medizinischen Fragen beraten und auch Ansprechpartner:innen für die Schüler:innen selbst sein. Voraussetzung ist, dass die Kapazitäten in den Bildungseinrichtungen erhöht werden und die Schulärzt:innen mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet sind. Nicht zuletzt könnten sie einen Teil des Kinderärztemangels abfedern. Und dazu beitragen, die Spitäler zu entlasten, wenn sie vorab Symptome und Krankheitsverdachtsfälle abklären dürften. Dazu sind attraktive Arbeitsmöglichkeiten für Schulärzt:innen zu schaffen.

3. Die **Gesundheitskompetenz von Eltern**, und auch von Bezugspersonen ist zu stärken.

4. Plädiert wird für eine **beschleunigte Weiterentwicklung des e-Impfpasses** und Schulungen für User:innen. Sie sollten sich auskennen, d. h. die Anwendungen müssen einfach und mindestens mit einer Erinnerungsfunktion ausgestattet sein. Weiterhin sehr wichtig ist, die Erinnerung an Auffrischungsimpfungen auch und ganz besonders Älteren postalisch zuzusenden.

5. Die **Honorierung der Leistung Impfen muss vereinheitlicht werden.** Die Bezahlung derselben Tätigkeit soll für alle gleich hoch sein. Im Zuge einer Honorierungsan-

passung sollte auch der (zeitliche) Aufwand für die Impfberatung und -aufklärung mitberücksichtigt werden.

6. Festzustellen ist, dass es „**lost time**“ ist, **dezidierte Impfgegner zu überzeugen**. Besser wäre es, die Ressourcen für die Überzeugungsarbeit in die Beratungszeit und Aufklärung Impfwilliger, Verunsicherter und Skeptiker:innen sowie in zielgruppengerechte Kommunikationsmaßnahmen zu investieren. [2]
7. **Kommunikationsmaßnahmen** sind auch gezielt an das Gesundheitspersonal zu richten, um Faktenwissen zu verbessern (gegen kursierende pseudowissenschaftliche Mythen).
8. **Informationen müssen niederschwellig** weitergegeben werden und Sprachbarrieren (Erwachsene — Kind, Fremdsprachen...) überwunden werden.

Expertenkonsens

Gesundheitsinformationen sollten auch direkt an Kinder und Jugendliche gerichtet sein. Sie sind es, die Informationen von der Schule oder von ihren Freund:innen nach Hause tragen: „Ich habe gehört, dass...“. Zur Wissensvermittlung an Jugendliche müssen digitale Kanäle wie etwa TikTok genutzt und die Informationen entsprechend aufbereitet werden.

IV. Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation hat sich in den letzten Jahren viel bewegt. Die ersten Zentren sind eröffnet, miteingezogen ist auch COVID und zurzeit ist die sechste Einrichtung in der Umsetzungsphase. Der Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich wurde von der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) beauftragt,



Ziel aller Bestrebungen in der Rehabilitation sollte sein, Kindern und Jugendlichen ihre Lebensfähigkeit und Lebensqualität (wieder-)zugeben.

die bestehenden Kinder- und Jugendrehabilitationszentren zu evaluieren. Die Einrichtungen wurden sehr positiv bewertet. Wo es Handlungsbedarf gibt, ist die Familienbegleitung. Diese ist bis dato nur im hämato-onkologischen Bereich vorgesehen. Dringend erforderlich mit rechtlicher Absicherung ist sie aber auch für andere Indikationen.

1. Im **Bereich Mental Health** gibt es einen höheren Bedarf als angenommen, dafür in anderen (z. B. in der Pulmologie) weniger. D. h.: Eine **Restrukturierung** des Bedarfs wird notwendig sein.
2. Awareness und Akzeptanz für Investitionen sind zu stärken, insbesondere ist auch das Bewusstsein, dass sich jeder **vom Staat investierte Euro rentiert** („mehrfach zurückkommt“) zu stärken. Einen Sechsjährigen zu rehabilitieren, mache — rein systemökonomisch (!) — mehr „Sinn“ als eine 80-jährige Person.
3. Derzeit ist ein **einkommensneutraler Aufwand für die Trägergesellschaften** kaum möglich. Die Tagsätze können aber nicht einfach erhöht werden, weil eine vertragliche Bindung besteht. Es braucht sehr gute juristische Unterstützung und juristisches Urteilsvermögen, um die derzeit in Verhandlung befindlichen Dachverbandsverträge entsprechend anzupassen.
4. Wir brauchen in Österreich **Daten als Basis** für Bedarfserhebung und Planung. Die Anzahl erkrankter Kinder und der Schweregrad der Erkrankung können ohne gesicherter Datenlage nicht evaluiert werden, was die Bedarfsberechnungen erschwert.
5. Es braucht **mehr Ressourcen für Begleitpersonen**. Diese müssen sich mehr an den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen und an denen ihrer Eltern (Betreuungspersonen, Angehörigen) orientieren.
6. Erforderlich ist die **Neubewertung der Begleitperson**: mit Patientenstatus, Betreuungswürdigkeit, Begleitperson nicht nur auf hämato-onkologische Indikation beschränkt, also eine Erweiterung der Familienorientierten Rehabilitation (FOR). Als Vorzeigebispiel kann die „Flexirente“ in Deutschland¹ genannt werden.
7. Das **Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz (AVRAG)** ist zu adaptieren: Konkret wären neue Bedingungen zu erarbeiten, wer Anspruch auf Freistellung für die Reha-Begleitung hat, z. B. Aufteilung auf beide Elternteile (bzw. auf eine wichtige Bezugsperson) im Sinne eines Familien-Rechtsanspruchs, zeitlich angepasst an den notwendigen stationären Reha-Aufenthalt. Nebeneffekt zu den medizinischen und psychologischen positiven Auswirkungen des

¹ Vgl. <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Flexirente/flexirente.html>

Beiseins der Eltern wäre eine verbesserte Auslastung der Reha-Einheiten (Flexibilität).

8. Um dem **Personalmangel entgegenzuwirken**, sollten Alternativ(arbeitszeit)modelle (Zusammenarbeit Akutbereich und niedergelassener Bereich) ermöglicht werden. Darüber hinaus stellen Expert:innen immer wieder fest, dass ein angemessenes Gehalt zwar wichtig, aber darüber hinaus auch das Arbeitsklima oder die Standortwahl (Verkehrsanbindung etc.) relevante Kriterien für die



Auch Kinder und Jugendliche werden einmal Eltern.

Berufs- und Arbeitsplatzwahl sind. Generell sind bereits während der Ausbildung Schüler:innen die Vielfalt der Gesundheitsberufe wie auch das Thema Gesundheitswesen näherzubringen. Zu bedenken ist dabei, Personalagenden sofort anzugehen, um den Bedarf abdecken zu können, denn Ausbildung braucht Zeit.

Expertenkonsens

Ziel aller Bestrebungen in der Rehabilitation sollte sein, den Kindern und Jugendlichen ihre Lebensfähigkeit und Lebensqualität (wieder) zu geben.

12.3. ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzungen der Ärztekammer für Wien

[1] Um die Kinderkassenarztstellen zu besetzen, ist eine geänderte Honorierung notwendig, die sich am Zeitaufwand für Kind und Eltern orientiert und ausreichend Zeit für Beratung und das Eingehen auf Sorgen und Ängste bietet. Weiters sind Kinder-PVE analog den allgemeinmedizinischen PVE unter Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen mit Co-Finanzierung der Länder zur Spitalsentlastung vorzusehen, wobei in Anbetracht der knapperen Personalressourcen auch schon Gruppenpraxen mit zwei Kinderärzt:innen und anderen Gesundheitsberufen als Kinder-PVE von Kassen und Ländern anzuerkennen wären.

[2] Und auch den Ärzt:innen, die skeptische Personen aufgrund ihrer Vertrauensposition heraus am besten überzeugen können, ist ein ausreichendes Beratungshonorar als Präventivleistung zu bezahlen.

Ergänzungen von Physio Austria

Zu den Forderungen ad. Finanzierung: Therapien wie Physiotherapie müssen für Kinder und Jugendliche ausnahmslos kostenfrei sein.

Zu den Forderungen ad. Gesundheitskompetenz: Fachwissen zur Gesundheitskompetenz im pädagogischen Bereich muss in Kindergärten und Schulen gelehrt werden.

Zu den Forderungen ad. Modelle zur Vernetzung der Gesundheitsberufe: Modelle im niedergelassenen Bereich sind nicht nur zur Vernetzung, sondern auch zur Zusammenarbeit zu ermöglichen und deren Rahmenbedingungen sind zu finanzieren. Bis jetzt erfolgt der Austausch der für die Patient:innen tätigen Berufsgruppen meist ehrenamtlich!

Eine Forderung ist zu ergänzen:

Die Physiotherapie in den Eltern-Kind-Pass einbinden.

Begründung: „Physiotherapeut:innen sind speziell dafür ausgebildet, die Bewegungsentwicklung, Bewegungsqualität und Motorik eines Kindes einzuschätzen und können somit Verzögerungen in der Entwicklung sowie mögliche Fehlentwicklungen frühzeitig erkennen. Die Motorik ist die Grundlage für die Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit eines Kindes und bedarf so der Beurteilung von entsprechenden Expert:innen. Eltern können adäquate Beratung und Hilfestellung erfahren. Durch fachkundige, rechtzeitige Anleitung kann späteren Defiziten vorgebeugt und kostenintensive Behandlungen

können verhindert werden. Die rechtzeitige Identifizierung eines derartigen Problems fällt in die Kompetenz von Physiotherapeut:innen und kann einen maßgeblichen Beitrag zur Entlastung in diesem Bereich leisten.

Ergänzungen der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO)

Die Wirksamkeit der Osteopathie konnte sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen belegt werden.² Osteopathische Behandlungen sind bei frühgeborenen Säuglingen wirksam. Zusätzlich besteht eine mögliche Wirksamkeit der Osteopathie bei Kindern mit Otitis media (Mittelohrentzündung).

Ergänzung der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG)

Grundsätzlich ist anzumerken, dass dem in der Pädiatrie herrschenden Fachärztemangel dringendst mit Sofortmaßnahmen zu begegnen ist. Das Augenmerk ist vor allem darauf zu legen, dass ausreichend **Kassenarztstellen** in allen Regionen und die **Facharztstellen in den Krankenhäusern** besetzt werden.

Dafür muss das Ausbildungsfach bzw. das **Berufsbild** von Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendheilkunde **per se attraktiviert** werden, damit mehr junge Ärzt:innen in diesem Bereich tätig sein wollen. Nachwuchskräfte sind wesentlich für die (künftige) Versorgung mit Pädiater:innen sowohl im niedergelassenen (kassenärztlichen) wie auch im intramuralen Bereich.

Wie für alle Facharztfächer gilt auch für das Fach der Kinder- und Jugendheilkunde, dass die Bezahlung im Wettbewerb um Facharztpersonal mittlerweile ein wichtiger Faktor geworden ist. Zusätzlich braucht es — über die vorhandenen arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen hinaus — auch andere Anreize, beispielsweise Planbarkeit und Flexibilität bei Dienstplänen. Das ist am besten dann möglich, wenn die Strukturen daraufhin ausgerichtet werden, ausreichend Stellen für Fachärzt:innen im jeweiligen Bereich (auch bei Dienstaussfällen, für Karenzvertretungen) zur Verfügung zu stellen, um unvorhergesehene Personalausfälle, Karenzstellen oder Teilzeitarbeitsstellen kompensieren zu können.

Kooperationspartner des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Kinder- und Jugendgesundheit 2030



¹ Vgl. Thomas Semlitsch et al. (2022): Wirksamkeit und Sicherheit osteopathischer Behandlungen: Systematic Overview of Reviews.



TRISTAN | 8 Jahre

13. PRAEVENIRE INITIATIVE ONKOLOGIE 2030



Blogbeitrag der PRAEVENIRE Initiative Onkologie 2030
auf der neuen Webseite

13. PRAEVENIRE Initiative Onkologie 2030

» Screeningprogramme — Therapiezugang — Finanzierung «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ **Innovative Therapien** rasch in die Versorgung und damit zu den Patient:innen bringen!
- ☑ Die **Zukunftspotenziale von Krebs-Früherkennung** (z. B. ctDNA-Analyse), individuell abgestimmter Therapiewahl (CAR-T-Zelltherapie) und Nachsorge im Patient:innen-Pathway mitberücksichtigen und finanzieren!
- ☑ Durch **Stärkung der Prävention** krankheitsbedingte Kosten für die State-of-the-Art-Versorgung im Sinne der solidarischen Versorgung vermeiden!
- ☑ **Tumorprofiling bundesweit finanzieren**, auch z. B. für Patient:innen im fortgeschrittenen Stadium!
- ☑ Auf die Ressourcen der gut ausgebildeten **Cancer Nurses und Cancer Case Manager** zurückgreifen!
- ☑ **Psychoonkologie** im niedergelassenen Bereich im ASVG einbringen!
- ☑ Betreffend Hautkrebsvorsorge **Sonnenexposition als Berufskrankheit** rechtlich anerkennen!

13.1. IM FOKUS

Krebserkrankungen zählen europaweit zu den häufigsten Todesursachen: Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Hautkrebs kann jeden Menschen in jedem Lebensabschnitt betreffen. Nach wie vor bleibt die Erkrankung sowohl für Betroffene als auch für das Gesundheitssystem eine große Herausforderung und Belastung. Doch Krebs ist nicht mehr automatisch ein Todesurteil.

Die raschen Entwicklungen der medizinischen und pharmazeutischen Forschung bringen es mit sich, dass Krebserkrankungen zu chronischen Erkrankungen werden können. Das macht eine entsprechende Anpassung im Pathway von Patient:innen erforderlich. Dieser beginnt bei der Awarenessbildung, frühen Diagnose und Prävention, umfasst die Krebsbehandlung per se (Stichwort: wohnortnahe und mobile Versorgung), (onkologische) Pflege und Betreuung und nicht zuletzt Bereiche wie Patientenrechte, Mitbestimmungsmöglichkeiten (bei der Therapie), finanzielle Unterstützung, Patientenschulungen und Selbsthilfegruppen bis hin zu Miteinbeziehung von Angehörigen und palliativmedizinischen Berührungspunkten.

Der enorme Zuwachs an neuem Wissen wie z. B. in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie hat die Situation von Patient:innen mit Blut- und Krebserkrankungen in den letzten Jahren und Jahrzehnten deutlich verbessert. Aktuell gibt es rasante Entwicklungen im Bereich der Immuntherapien — so z. B. durch den Einsatz von CAR-T-Zellen und spezifischen Antikörpertherapien.

Darüber hinaus rückt die Personalisierte Medizin und damit die Wichtigkeit von Real World Data weiter in den Vordergrund. Der Innovationsbedarf und hohe Outcome von Wissenschaft und medizinischer Forschung sind gegeben. Korrespondierend dazu sind ein möglichst rascher Transfer der Erkenntnisse und die Möglichkeit der Verschreibung und Erstattung innovativer Arzneimittel (Stichwort: Rare Diseases) in die Versorgung von Patient:innen mit Blut- und Krebserkrankungen von großer Bedeutung.

13.2. Generelle Handlungsempfehlungen des Vereins PRAEVENIRE

Krebs zu verhindern, ist die kostengünstigste und effizienteste Maßnahme für das Gesundheitssystem. Innovative und frühe Diagnostik, Routinekontrollen, ein Gesundheitspass mit Erinnerungssystematik und Harm Reduction sind wichtige Maßnahmen dafür. Desweiteren brauchen Präzisionsonkologie und Patientenversorgung strukturierte Rahmenbedingungen von der Gesundheitspolitik, die die Bedürfnisse der Patient:innen in den Mittelpunkt stellt, die Arbeit und Zusammenarbeit medizinischer und nicht-medizinischer Gesundheitsberufe fördert und sich zu Forschungsförderung und Förderung der Spitzenmedizin bekennt. Die PRAEVENIRE Initiative Onkologie 2030 empfiehlt daher folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

I. Präventionsmaßnahmen und Vorsorgeprogramme

1. Vordergründig brauchen alle Gesundheitsebenen eine **fundierte Datengrundlage als Fundament**, auf welches die einzelnen Akteur:innen entlang des Patienten-Pathway ihre Strategien und Planungen aufsetzen können. Diese Datengrundlage sollte auch für die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen als Basis herangezogen werden.
2. Ein **bundesweit einheitliches Krebsregister** nach internationalen Standards ist aufzubauen, das für alle Bereiche (niedergelassen, stationär) verwendet werden kann.
3. **Strukturierte Vorsorgeprogramme ausbauen**, die nach dem Vorbild der Brustkrebsmammografie, die von der ÖGK angeboten wird, den Menschen kostenlos ermöglicht wird. Insbesondere für Hautkrebs, Darmkrebsvorsorge (vgl. PRAEVENIRE Initiative Darmgesundheit 2030) gibt es Modelle (vgl. Vorarlberger Darmvorsorge), die bundesweit zu vereineinheitlichen sind.

4. Das beste Angebot nützt nichts, wenn die Menschen es nicht wahrnehmen. Deshalb braucht es seitens der Politik und Sozialversicherungsträger die Unterstützung für **Aufklärungskampagnen, Wissensvermittlung, Stärkung der Motivation und eine automatisierte Erinnerungsfunktion**, damit diese Präventionsmaßnahmen regelmäßig genutzt werden.
5. Die **Entwicklung von Vorsorgeprogrammen**, Aufklärungskampagnen oder Erinnerungstools soll in einer engen **Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Ärzteschaft** erfolgen, da Vorsorgeuntersuchungen fast ausschließlich im niedergelassenen Bereich stattfinden.

Vorsorgeprogramme retten Leben

Zwischen 2017 und 2019 gab es durchschnittlich pro Jahr **5.632 Brustkrebs-Diagnosen**. Es ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen, die für die meisten Todesfälle verantwortlich ist. Das von der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) veröffentlichte Gesundheitsbarometer zeigt deutlich, wie wirksam Screeningprogramme sein können. Ziel der Früherkennung ist es, die Chancen auf Heilung zu erhöhen, die Brustkrebs-Sterblichkeit langfristig zu senken und die hohe Qualität der Mammografie in Österreich zu sichern.

II. Psychoonkologische Betreuung und Versorgungsforschung

1. Künftig sollte es eine garantierte **Zusicherung für psychologische Betreuung** für Krebspatient:innen geben. Derzeit kann eine solche in der Krebshilfe nur durch Spenden finanziert werden. Es bedarf eines Schulterschlusses aller Beteiligten, um den Zugang zu leistbarer angemessener Betreuung allen Krebspatient:innen bei Bedarf zu ermöglichen.

2. Im **niedergelassenen Bereich fehlt die Psychoonkologie** (vgl. ASVG) gänzlich. Da es keine finanzielle Zusicherung für extramurale psychologische Betreuung gibt, bleibt oftmals die Psyche aufgrund langer Wartezeiten oder fehlender finanzieller Mittel, um die Therapie privat zu finanzieren, auf der Strecke.
3. **Psychoonkolog:innen in einer Klinik** können als Navigator:innen fungieren, um Patient:innen bei der Orientierung zu helfen und über Ängste, Hoffnungen und Lebensqualität zu sprechen. Während der Behandlung befinden sich die Patient:innen in einem Netz aus einem multidisziplinären Team, oftmals kommen sie erst in der Nachsorge dazu, innezuhalten und zu reflektieren. Hier bedarf es ebenfalls sehr viel Betreuung und Begleitung, um wieder ins Leben zurückzufinden. Das Einbeziehen der Familien, auch wenn dies nicht im Leistungskatalog angedacht ist, spielt eine bedeutende Rolle.
4. Eine Verbindung zwischen stationärem Aufenthalt und **Selbsthilfegruppen** (Frauengruppen bei Brustkrebskrankung), welche in anderen Ländern viel mehr gelebt wird, ist ebenfalls von großer Bedeutung für Betroffene. Beispielsweise sollte die Gründung psychoonkologisch betreuter Gesprächsgruppen für metastasierte Patient:innen unterstützt werden.
5. Die **Ressource der Cancer Nurses** ist besser und gezielter zu nutzen. Sie stützen und unterstützen ihre Patient:innen und sollten fixer Bestandteil des Netzwerkes zur Patientenversorgung sein.
6. Gerade durch die Chronifizierung der Erkrankung entstehen besondere Bedürfnisse. Nachholbedarf gibt es bei Hilfsleistungen z. B. im Alltag, die von **Gesundheits- und Krankenpflege, Betreuer:innen oder Sozialarbeiter:innen** übernommen werden könnten.
7. Die **Versorgungsforschung** per se muss stärker gefördert werden.
8. Um die Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den Zuweisenden mit den spezialisierten Zentren zu fördern, muss sowohl die **Rolle von Tumorboards gestärkt** als auch interdisziplinäre Netzwerke unterstützt werden. Gemeinsames Ziel sollte die **Etablierung eines übergreifenden, nationalen Monitoringsystems** sein, mit dem Prognosen erstellt und Entwicklungen des Versorgungsbedarfs beobachtet werden können.

III. Innovative Therapien und solidarische Finanzierung

1. Derzeit ist die **zirkulierende Tumor-DNA (ctDNA)** in Entwicklung. Mit Hilfe dieser Methode ist es möglich, DNA-Fragmente bösartiger Tumore im Blut nachzuweisen. Das Potenzial für frühzeitige Diagnosestellungen und für die auf die einzelnen Patient:innen individuell abgestimmte Therapiewahl ist sehr hoch. Zudem können diese Biomarker dazu dienen, die Auswirkungen der Therapie zu überwachen und die Prognose zu verfeinern. Dieses Zukunftspotenzial gilt es zu nutzen. Wenn ctDNA State-of-the-Art ist, muss eine zielgerichtete Therapie im Sinne eines solidarischen Gesundheitssystems auch finanziert werden, **für alle Patient:innen leistbar** sein.
2. Mit 5.000 registrierten Neuerkrankungen ist **Brustkrebs** die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Bei der Behandlung sind große medizinische Fortschritte gemacht worden. Vor allem die Entwicklung von **Antikörperwirkstoffkombinationen** wird das Behandlungsfeld in nächster Zeit neu sortieren. Beispielsweise hat sich die Therapie **beim HER2-positiven Subtyp** mit der Substanz Trastuzumab-Deruxtecan, die bereits früh in der Behandlung der zweiten Linien von metastasiertem Brustkrebs zur Anwendung kommt, als sehr wirkungsvoll herausgestellt. Antikörper-Wirkstoff-Konjugate sind eine vielversprechende zielgerichtete Behandlungsoption, bei welcher der Antikörper an die Tumorzelle bindet und einen chemotherapeutischen Wirkstoff direkt in die maligne Zelle entlässt. Innovative Medikamentengruppen wie diese werden die zielgerichteten Therapiemöglichkeiten stark verändern.
3. Wichtig für Betroffene ist, den **Zugang möglichst frühzeitig** zu medizinischen Innovationen wie beispielsweise ctDNA, individuell benötigter Substanzen oder CAR-T-Zelltherapie zu ermöglichen. Es ist auch die Aufgabe der Politik, Mediziner:innen zu unterstützen, Betroffenen die gesetzlich geforderte State-of-the-Art-Behandlung zukommen zu lassen, bei gleichzeitiger Sicherstellung der Therapiefreiheit von Ärzt:innen.
4. **Relevante Finanzierungstöpfe** für die Forschungsförderung medizinischer Innovationen sind bedarfsgemäß aufzufüllen.
5. Auf **Ebene des Finanzausgleichs** müssen Entscheidungsgrundlagen, Mechanismen und Vorkehrungen getroffen werden, um bundesweit gleich agieren zu können.

6. Eine notwendige **Kostensenkung** ist Voraussetzung, damit Innovationen für die Gesundheitssysteme finanziell tragbarer werden, wie anhand des Beispiels CAR-T-Zellen gezeigt werden kann: Ein Teil der erwünschten Kostensenkung wird durch den zu erwartenden Wettbewerbsmechanismus am CAR-T-Zellpräparate-Markt abgedeckt werden. In der **Finanzierungsdiskussion** empfiehlt es sich, nicht nur die Kosten des bis dato teureren CAR-T-Zellpräparats per se der Stammzellentransplantation gegenüberzustellen. Bei einer **Vergleichsrechnung** müssen auch die **Ressourcen** der autologen Transplantationsvariante miteinbezogen werden. Diesbezüglich stehen **Werte** wie **Personalmangel** im Gesundheitswesen, knappe Spitalsressourcen, Pflegenotstand und lange **Wartezeiten** auf frühe Diagnose und Therapie den Kosten für innovative Therapien gegenüber. Ein **früher Zugang** zu hocheffektiven Präparaten kann die Kosten-Nutzen-Rechnung günstig beeinflussen.
7. Wichtig in Finanzierungsfragen ist, dass die hohen **Ausgaben für innovative Therapien** und Präzisionsmedizin aufgeteilt werden und **nicht allein den Krankenhausträgern zufallen**. Onkologische Therapien können oft **auch im ambulanten Setting** durchgeführt werden und sollten daher **als Kassenleistung im niedergelassenen Bereich möglich** sein.
8. Starke **Nachholbedarf gibt es im Bereich der klinischen Forschung** in Österreich. Jene Länder, die an Forschung und Entwicklung beteiligt sind, erhalten frühzeitigen Zugang. Der Zeitraum bis zur Verfügbarkeit von innovativen Behandlungsmöglichkeiten muss verkürzt (derzeit zwei bis drei Jahre nach Verfügbarkeit in den USA) werden.
9. Ein Weg zur **Anerkennung von medizinischer Forschungsleistung** (wie beispielsweise ctDNA) im Gesundheitssystem ist, dass sich Technolog:innen und Onkolog:innen in Österreich auf Teilbereiche (der Methodik) spezialisieren, um einen klaren Fokus mit besser zu kommunizierenden Ergebnissen vorweisen zu können.
10. Forschung und Innovation österreichischer Institutionen sind anzuerkennen, vor den Vorhang zu holen und der **Pharmaziestandort Österreich** ist zu stärken.

13.3. ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzung der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO)

In der Onkologie stehen die Verbesserung der Lebensqualität sowie die Linderung von therapieassoziierten Nebenwirkungen im Vordergrund einer unterstützenden osteopathischen Behandlung.

Insbesondere in der palliativen Behandlung von Krebspatient:innen ist die Verlängerung der Lebenszeit ein ebenso wichtiges Behandlungsziel wie die Verbesserung oder der Erhalt der Lebensqualität. Es gibt mehr und mehr Evidenz,

dass die Osteopathie einen wesentlichen Beitrag in der Erreichung dieses Zieles leisten kann.

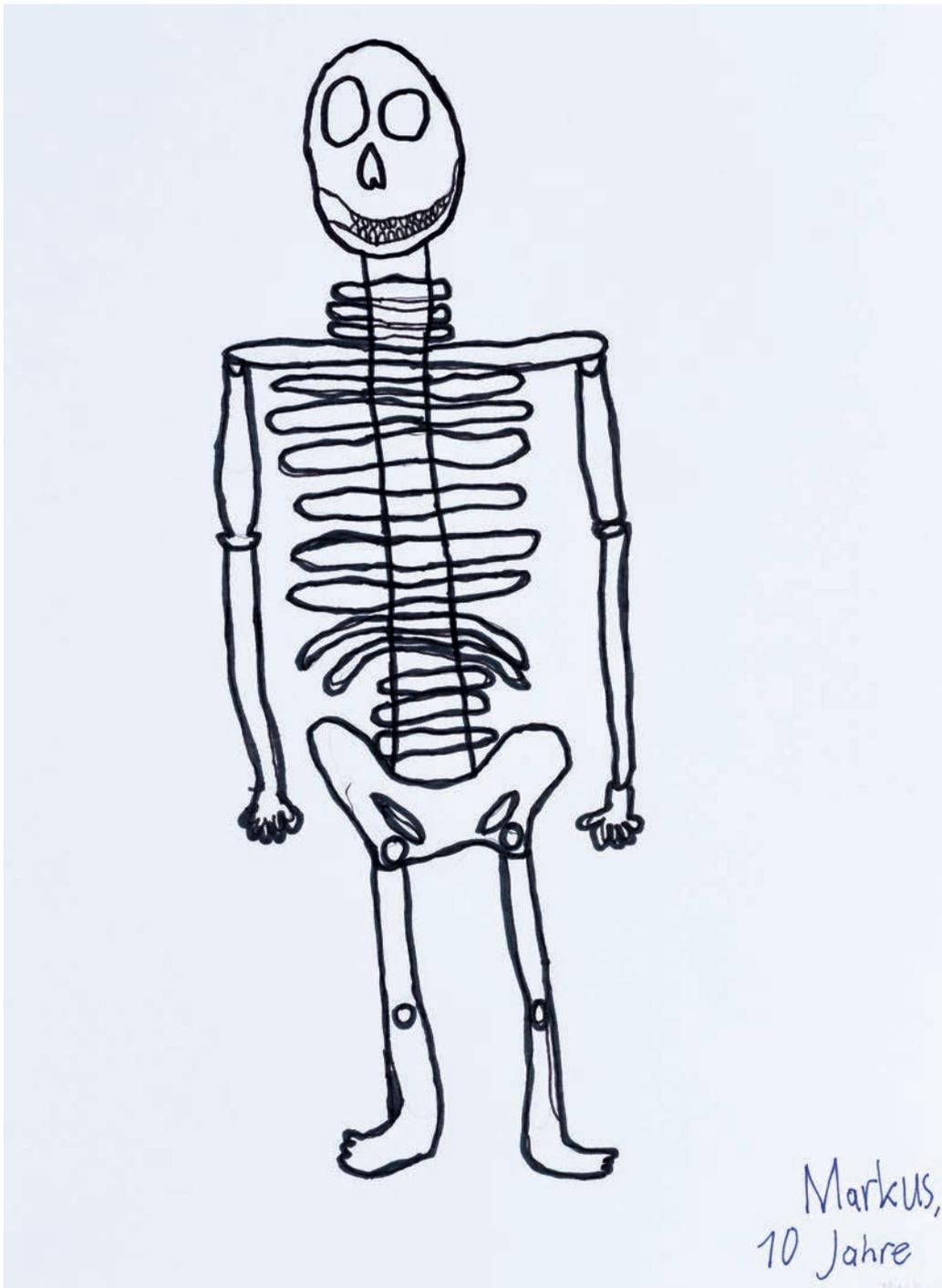
Im Zuge einer Krebsbehandlung kann es im Körper zu Verspannungen kommen, die nach und während der Krebstherapie zu körperlichen Ungleichheiten führen können, die sich beispielsweise als (unspezifische) Schmerzzustände zeigen. Durch die Osteopathie kann eine Verbesserung von Funktionsstörungen wie diesen und die Aktivierung der Selbstheilungskräfte hervorgerufen werden. Auch Begleiterscheinungen, wie z. B. Lymphödeme, können verbessert werden.

Kooperationspartner des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Onkologie 2030



Freiraum für Ihre Notizen, Ideen und Strategien zur Umsetzung

A large grid of small, light gray dots arranged in a regular pattern, intended for taking notes or drawing.



MARKUS | 10 Jahre

14. PRAEVENIRE INITIATIVE ORTHOPÄDIE 2030



Expertenrunde zum Thema „Gesunde Gelenke“
bei den PRAEVENIRE Gipfelgesprächen in Alpbach

14. PRAEVENIRE Initiative Orthopädie 2030

» Versorgungsrelevanz — Gesundheitsförderung —
Arthrose- und Verletzungsprävention «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ **Konservativ-orthopädische Behandlungen** in die Spitäler wieder integrieren!
- ☑ **Gelenkserhaltende Prävention** und Therapien honorieren und erstatten!
- ☑ Konzepte für **richtiges Bewegen und Belasten** entwickeln!
- ☑ Die **Forschungsförderung** auf dem Gebiet der **Beeinflussbarkeit der Arthritis und Arthrose** erhöhen!
- ☑ Den **Einsatz regenerativer Medizin** forcieren!
- ☑ Die **mündliche Facharztprüfung** wieder einführen!
- ☑ Aufklärung, Bewegung und Gewichtsabnahme im Rahmen der **primären Gesundheitsversorgung** (vgl. OARSI-Leitlinie) stärker thematisieren!
- ☑ Die **gesetzliche Anerkennung** von therapeutischen Interessensvertretungen unterstützen!
- ☑ **Physiotherapie** in die Primärversorgung miteinbeziehen!

14.1. IM FOKUS

20 Prozent der Menschen in Europa leiden an chronischen Schmerzen. Chronische Erkrankungen zählen zu den größten Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Im medizinischen Bereich der Orthopädie betrifft das zu einem erheblichen Teil die chronischen Rückenschmerzen. In Österreich leiden **1,8 Millionen Menschen an chronischen Schmerzen**. 66 Prozent entfallen auf Rücken-, 51,6 Prozent auf Gelenksschmerzen, 32,2 Prozent auf Nackenschmerzen.

Von den 2,8 Millionen stationären Aufnahmen in Österreichs Krankenhäusern hat jede, jeder fünfte Patient:in ein orthopädisch-traumatologisches Krankheitsbild. Dies zeigt die Versorgungsmatrix des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) von 2020. Während es für die etwa 288.000 Patient:innen, die für orthopädisch/traumatologische Operationen in Krankenhäusern aufgenommen werden, ausreichend Ressourcen (Fachärzt:innen, Pflege, Betten) gibt, finden von den fast 200.000 Patient:innen, die mit orthopädisch/traumatologischen Diagnosen aufgenommen werden, nur etwa ein Drittel Platz auf orthopädisch/traumatologischen Abteilungen.

Die meisten Personen beschäftigen sich mit dem Thema Rücken und Gelenke erst dann, wenn etwas weh tut. Die meisten Menschen sind sich kaum bewusst, dass Rücken- und Gelenksprobleme nicht nur ältere Personen betreffen. Fehlhaltungen z. B. im Beruf, mangelnde Bewegung, unausgewogene Ernährung und Stress führen bereits viel früher zu ersten Abnutzungserscheinungen. Beispielsweise ist mittlerweile erwiesen, dass ab dem 25. Lebensjahr die Kollagensynthese pro Lebensjahr abnimmt. (Osteo)arthrose (Osteoarthritis) ist weltweit verbreitet, ein Viertel der Erwachsenen im Alter von 40 Jahren oder älter ist davon betroffen. Deshalb sollte eine Awarenessbildung erfolgen, die zeigt, dass es sinnvoll ist, bereits in jungen Jahren präventive Maßnahmen zu kennen und zu ergreifen. Aufbauend auf gestärkte Gesundheitskompetenz (Bewegung, Ernährung etc.) kann auch die Eigenverantwortung (Self Care) gestärkt werden. Unterstützend dafür ist die Veröffent-

lichung und Verbreiterung wissenschaftlicher Erkenntnisse, beispielsweise aus dem Spitzensport kommend. Diese sollten für die Bevölkerung verständlich aufbereitet werden. Zudem können Gesundheitsberufe wesentliche Multiplikatoren für die Vermittlung von Gesundheitskompetenz in allen Stufen der Prävention sein. Physiotherapeut:innen werden bereits in ihrem Studium diesbezüglich ausgebildet. Diese Ressource sollte dringend genutzt werden.

Seit der Auftaktveranstaltung zur PRAEVENIRE Initiative „Orthopädie 2030“ im Rahmen der 5. PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten 2020 diskutieren Gesundheitsexpert:innen im Zusammenspiel mit relevanten Stakeholdern in PRAEVENIRE Gipfelgesprächen die zukünftige Rolle der Orthopädie, die zu optimierende Versorgung der Patient:innen und die Effizienzsteigerung der gesamten Versorgungskette. Diese Themen sind im PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ abgebildet. Die PRAEVENIRE Initiative „Orthopädie 2030“ setzte ihre Arbeit bei den darauffolgenden PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten 2022, bei den Gesundheitsgesprächen in Alpbach und in PRAEVENIRE Gipfelgesprächen weiter fort.

14.2. Generelle Handlungsempfehlungen des Vereins PRAEVENIRE

Der PRAEVENIRE Grundsatz „Den Wandel von der Reparaturmedizin zur Präventionsmedizin vorantreiben!“ hat im Bereich der Orthopädie besondere Gültigkeit. Als Basis, um den Menschen die Eigenverantwortung zuschreiben zu können, braucht es Gesundheitskompetenzvermittlung von Kindheit an. Es muss



Die Prävention bei Arthrose muss ernst genommen werden.

das Bewusstsein dafür gebildet werden, dass Probleme und Schmerzen durch präventive Maßnahmen wie Bewegung und ausgewogene Ernährung in vielen Fällen abgewendet werden könnten. Dazu benötigt es einerseits eine gute interdisziplinäre Kooperation zwischen (Fach-)Ärzt:innen und multiprofessionelle Zusammenarbeit mit den relevanten Gesundheitsberufen. Und andererseits braucht es seitens der Politik und der Sozialversicherungsträger die Rahmenbedingungen und Anreizsysteme für die Menschen, um das gewünschte Gesundheitsverhalten einzunehmen. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

1. Von knapp 200.000 Fällen, die dem Bereich der konservativen Orthopädie anzurechnen sind, können allerdings nur ein Drittel in den entsprechenden Spitalbereichen 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 konservativorthopädischer 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 Diagnosequoten muss auch der ambulante Versorgungsbedarf miteinberechnet 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. extramurale Vorschaltung vor der stationären Weiterführung statt. Eine Intervention muss so gestaltet sein, dass sie zeitnahe umgesetzt werden kann, mit entsprechender fachspezifischer Zuordnung.

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 Spitalbereichen versorgt werden. Die Folge ist, dass 130.000 Patientinnen und Patienten in (meist) interne Abteilungen verlegt werden, wo sie zwar schmerzversorgt und

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 Zusatzerkrankungen.

II. Gesundheitskompetenz

1. Die beste **Vorbeugung für ein gesundes Bewegungssystem von Kindheit** an ist, Kindern und Schüler:innen durch eine tägliche Bewegungseinheit oder die oft geforderte „tägliche Turnstunde“ **Bewegungsfreude zu vermitteln** und damit eine Regelmäßigkeit der Ausübung von Bewegung und ihre Einbindung in den Alltag zu erleichtern.
 2. **Bewegungskompetenz und Körperwahrnehmung** gehören bereits im Kindergarten vermittelt. Hier können Physiotherapeut:innen mit dem Wissen um motorische Entwicklung und motorisches Lernen zum Einsatz kommen.
 3. Die **Steigerung des Gesundheitswissens (Health Literacy)** in der Bevölkerung ist notwendig. Im Sinne der Prävention muss die **Eigenverantwortung für das Bewegungssystem** besser vermittelt werden. Strukturierte Programme und Kommunikationskonzepte müssen einfach und an die jeweilige Altersgruppe angepasst sein. Den Patient:innen muss klar gemacht werden, dass sie die Probleme und Schmerzen durch präventive Maßnahmen wie **regelmäßige Bewegung und ausgewogene Ernährung** bis zu einem gewissen Grad abwenden und vor allem vorbeugen können. Beispielsweise beschäftigt sich die Physiotherapie mit der Auswirkung von Bewegung auf den menschlichen Körper. Es ist wichtig, den **gesundheitsförderlichen, präventiven Aspekt** und die **Eigeninitiative** der Menschen zu unterstützen. Deshalb sollten präventive Maßnahmen (Physio-, Ergotherapien, Logopädie) für alle finanziell möglich sein. Die Erstattung bzw. der Kostenersatz für innovative gelenkerhaltende Therapien ist zu gewähren.
4. Neben der Bewegung spielt die Ernährung eine wichtige Rolle in der Prävention. Die Aufklärung über die **Folgeerscheinungen von Mangelernährung** muss breit erfolgen. Sie kann bleibende Schäden vor allem in der Knochenstruktur verursachen. Das Wissen über eine ausgewogene Ernährung, z. B. auch mithilfe von Nahrungsergänzungsmitteln, ist sehr wichtig.
 5. Es gibt zahlreiche Substanzen, die sich in der Praxis bewährt haben: **Nahrungsergänzungsmittel** wie Chondroitinsulfat und Glukosamin bewirken oftmals eine Schmerzminderung und können somit zu einer Erhöhung der Beweglichkeit führen. Bei vielen Nahrungsergänzungsmitteln bzw. Substanzen ist eine wissenschaftliche Aufarbeitung wünschenswert. Die Forschungsförderung sollte dahingehend verstärkt werden. [1]
 6. Als Anreiz zur individuellen Betreuung der Patient:innen sollte ein **Belohnungssystem** entwickelt werden, bei dem die Individuen durch Incentives motiviert werden, ein **besseres Gesundheitsverhalten** einzunehmen.

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.
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 Eltern-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 Gelenkoperationen finanziert werden.

IV. Gesundheitsförderung zu den Menschen bringen

1. **Körperliche Unter- bzw. Überforderung** beeinträchtigt die Immunitätslage. Deshalb sind neben der orthopädischen Perspektive auch aus **immunologischer und infektionsprophylaktischer Sicht** alle Maßnahmen, welche Sport und körperliche Aktivität (bevorzugt im Freien) fördern, zu unterstützen. Derzeit kann man Immunkompetenz mittels einfacher Laborparameter noch nicht messen bzw. definieren.
2. Daher ist es wichtig, **im Trainings- und Sportbereich** zukünftig bei der Betreuung vermehrt auf die **individuelle Leistungsfähigkeit** zu achten, diese auch zu messen und bei Einschränkung entsprechende Trainingsberatung zu betreiben. Im Umkehrschluss ist aus vielen klinischen Studien bekannt, dass es vor allem Patient:innen mit schlechter Funktion und Leistungsfähigkeit sind, die die schwersten Krankheitsverläufe einer Infektion erleiden — insbesondere dann, wenn sie zudem immunkompromittiert sind, beispielsweise durch vorbestehende Atemwegs- und Herzerkrankung, Hochdruck, Diabetes mellitus, Übergewicht, COVID-19-Infektion, Raucherstatus oder sie bereits in einem höheren Alter sind.
3. Der Fokus sollte auf die **Kräftigung der Muskeln** gelegt werden. Hierbei ist ein **polysportives Training**

empfehlenswert, da so ein ausgleichender Aufbau und Erhalt der Muskulatur gewährleistet werden.

4. Am **Arbeitsplatz** kann im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements dazu beigetragen werden, die Unternehmen bezüglich Prävention in die Pflicht zu nehmen. Schäden am Stütz- und Bewegungsapparat können beispielsweise durch eine entsprechende Gestaltung des Arbeitsplatzes vermieden werden, Bildschirmarbeitsplätze und richtige Beleuchtung können positiv wirken. Beispielsweise können Physiotherapeut:innen im Rahmen des im Arbeitnehmer-Innenschutzgesetzes geregelten, arbeitsmedizinischen Fachdienstes und in der Arbeitsplatzberatung tätig werden.
5. Insgesamt muss vor allem die Politik im urbanen Bereich Rahmenbedingungen schaffen, um **Bewegung in den Alltag integrieren** zu können, z. B. durch mehr Grün- und Sportflächen.

V. Versorgungsverbesserungen im Bereich der Physiotherapie

1. Die Rahmenbedingungen zur **interdisziplinären Zusammenarbeit** zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere auch bereichsübergreifend zwischen intramuralem und extramuralem Bereich, sollte verbessert werden und unbürokratischer möglich sein.
2. Insgesamt werden in Österreich **zwischen 400.000 und 600.000 physiotherapeutische Leistungen** (200.000 bis 400.000 im niedergelassenen Bereich) erbracht. Nicht enthalten sind Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und Prävention oder jene physiotherapeutischen Leistungen, die in Kindergärten, Schulen oder sonderpädagogischen Einrichtungen erbracht worden sind. Ebenso sind mit diesen Zahlen die intramuralen Leistungen nicht abgebildet.
3. Kapazitäten sind sowohl hinsichtlich der **Versorgungsnotwendigkeit als auch zur Steigerung der Ausbildungsplätze** erforderlich. Beispielsweise ist ein Mangel an Physiotherapeut:innen (generell MTD-Berufe) in den nächsten Jahren zu erwarten. Es sind mehr Ausbildungsplätze im niedergelassenen Bereich notwendig.
4. Im Spitalsbereich wäre eine umfassendere physiotherapeutische Betreuung wichtig.

14.3. ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzungen von Orthomol

[1] Die gezielte Mikronährstoffzufuhr kann nachweislich einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben. Ob es sich um Gelenkerkrankungen, Herz-Kreislauf- oder weitere chronische Erkrankungen handelt, Gesundheit kann von jeder, jedem einzelne:n durch eigenverantwortliches Handeln und gesunde Lebensführung positiv beeinflusst werden.

Wichtig jedoch ist, dass Eigenverantwortung bzw. Self Care für die eigene Gesundheit von der öffentlichen Hand gestützt und von Institutionen gefördert werden, z. B. indem die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung verbessert oder Ernährungswissen und Bewegungsförderung in Kindergärten und Schulen verstärkt in Lehrpläne gebracht werden. Darüber hinaus sind Aufklärung und Beratungsleistung von Ärzt:innen, Apotheker:innen, den Gesundheitsberufen aber auch von den Gesundheitskassen ein wichtiger Beitrag, die Menschen zu einem gesundheitsbewussten Lifestyle zu lotsen. Bei Nahrungsergänzungspräparaten in Premium-Qualität wird großer Wert darauf gelegt, dass die Auswahl und Zusammensetzung der Inhaltsstoffe auf wissenschaftlichen Kriterien beruhen. Die Einsatzbereiche der unterschiedlichen Präparate sind vielfältig. Sie können Verbraucher:innen unterstützen, ihre Ernährung z. B. in Stress-Situationen sinnvoll zu ergänzen oder Patient:innen durch den Einsatz gezielter Nährstoffkombinationen (in Absprache mit Ärzt:in, Apotheker:in oder Ernährungsberatung) helfen.

Ergänzung der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (ÖGO)

Zur Forderung „Physiotherapie in die Primärversorgung miteinbeziehen!“:

Aus Sicht der ÖGO ist Osteopathie in die Primärversorgung miteinzubeziehen.

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 von Osteopath:innen, 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 Osteopath:innen in Österreich. Darüber hinaus ist es ein wichtiges Ziel, für alle Patient:innen 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 Patient:innen sein. In diesem Sinne fordert die OEGO die Regelung des Berufs von Osteopath:innen als gesetzlich anerkannten Gesundheitsberuf sowie eine einheitliche Vergütung osteopathischer Leistungen für Versicherte.

Ergänzungen von Physio Austria

Zu III. Prävention: Auch eine physiotherapeutische Analyse und Beratung in Bezug auf den Bewegungsapparat sollte im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung gedeckt sein.

Kooperationspartner des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Orthopädie 2030





JAKOB | 9 Jahre

15. PRAEVENIRE INITIATIVE PFLEGE UND BETREUUNG 2030



Im PRAEVENIRE Talk spricht Dr. Alexander Biach über sein Buch „Raus aus der Pflegefalle“ und innovative Präventionskonzepte

15. PRAEVENIRE Initiative Pflege und Betreuung 2030

» Pflegeprävention — Pflegepersonalbedarf — Betreuende Angehörige «

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Den Fokus auf die **Pflegeprävention** legen!
- ☑ Ressourcenzentrierte und **aktivierende Pflege- und Betreuungskonzepte** unterstützen!
- ☑ **Pflege-Assistenzsysteme** für die Gesundheits- und Pflegefachkräfte fördern!
- ☑ Den **Gesundheits- und Pflegefachkräften** Schulungen und Spezialisierung finanzieren!
- ☑ Die **Langzeitpflegekonzepte** (Prävention und Mobilisation) modernisieren!
- ☑ Die **Pflegeorganisation für Angehörige** vereinfachen!
- ☑ Pflegende Angehörige durch **Schulungsprogramme** optimal ausbilden und ihnen entsprechend der Pflegestufen **Urlaub** ermöglichen!
- ☑ Die **Abhängigkeiten von Pflegeeinstufung** hinsichtlich des tatsächlichen Pflegebedarfs und Pflegeaufwands entkräften!

15.1. IM FOKUS

„Die **Pflegereform** dringendst umsetzen!“ ist die wichtigste Forderung der PRAEVENIRE Initiative Pflege und Betreuung 2030. Sehr erfreulich ist deshalb, dass 2022 ein diesbezüglicher Beschluss im zuständigen Gesundheitsministerium getroffen wurde. Das Reformvorhaben, für das laut eigenen Angaben des BMSGPK¹ 20 Maßnahmen in der Umsetzungsphase sind, soll 2023 „voll wirksam“ werden. Ebenso ist das Thema „Community Nursing“ stärker in den Fokus der zuständigen Entscheidungsträger:innen gerückt. Nicht zuletzt durch die Coronapandemie haben die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ihren adäquaten Stellenwert in der Gesundheitsversorgung im öffentlichen Bewusstsein erhalten.

Folgende PRAEVENIRE Forderungen² und Handlungsempfehlungen wurden von der Politik aufgegriffen:

1. Die **Pflegereform** dringendst umsetzen
2. **Community Nursing** verstärkt in die regionale Gesundheitsversorgung einbinden
3. Für adäquate **Entlohnung** der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sorgen

Die österreichische Bevölkerung wird älter, allerdings steigen die gesunden Lebensjahre im Vergleich zu anderen Ländern nur gering an, chronische Erkrankungen nehmen zu, kurz gesagt: Der Pflege- und Betreuungsbedarf steigt rapide. Deshalb zählt das Pflege- und Betreuungsthema auch hinsichtlich der Versorgung und Finanzierung zu den wichtigsten Herausforderungen, denen sich das Gesundheitssystem stellen muss. Deshalb arbeitet die PRAEVENIRE Initiative Pflege und Betreuung 2030 weiter gemeinsam mit den relevanten Stakeholdern und Fachexpert:innen daran, die wichtigsten Forderungen und Handlungsempfehlungen als Unterstützung für die Politik zusammenzutragen.

¹ Vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: Rauch: Armutsbekämpfung, Pflegereform und Gesundheitsförderung als Schwerpunkte 2023, Presseaussendung des BMSGPK vom 21.12.2022

² Vgl. PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ (Version 2021/22), Seite 85 und PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) auf www.praevenire.at

15.2. Generelle Handlungsempfehlungen des Vereins PRAEVENIRE

Im Jahr 2030 wird in Österreich die Zahl jener Menschen, die pflegende Unterstützung brauchen, bei ca. einer Million liegen. Rund 50.000 neue Pflegekräfte werden erforderlich sein, um den wachsenden Anforderungen gerecht zu werden. Neun Milliarden Euro werden die Kosten der öffentlichen Hand betragen, für 2050 werden sogar 16 Milliarden prognostiziert. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt daher — zu den bisherigen im Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ und „Gesundheitsstrategie 2030“ veröffentlichten — weitere Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

I. Pflegeprävention im Fokus

1. In Österreich sind 22,8 Prozent der über 65-Jährigen auf Pflege angewiesen, in unterschiedlicher Intensität. Das ist im Vergleich zu Dänemark, Schweden oder den Niederlanden relativ hoch. Dort liegt der Pflegeanteil bei rund 9,1 Prozent. Der Grund liegt u. a. an **klugen Präventionsmaßnahmen**, womit einerseits **weniger Menschen pflegebedürftig werden** und mehr Lebensjahre in Gesundheit leben (Stichwort: Gesundheitskompetenz von Kindheit an stärken).
2. Deshalb sollte der vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2020 gestartete **Strategieprozess („Taskforce Pflege“)** mit dem Themenfeld „Gesundheit und Pflege“³ ergänzt werden, um die Prognose der Anzahl künftiger Pflegefälle zu verringern. Somit ließe sich auch gleichzeitig das Problem der fehlenden Pflegekräfte lösen. [1]
3. Eine Präventionsmaßnahme könnte der sogenannte **Best-Agers-Bonuspass (BABP)** für Personen ab 50 Jahren sein. Dieser soll nach dem System des Mutter-Kind-Passes funktionieren, indem er niederschwellig und nachhaltig bei einer gesunden Lebensweise im Alltag unterstützt, vor allem in Hinblick auf Bewegung, Ernährung und mentale Gesundheit. Das Ziel: mehr gesunde und selbstständige Lebensjahre, die in den eigenen vier Wänden verbracht werden können. [2]

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

II. Gesundheits- und Krankenpflegekräfte unterstützen

1. In Österreich wird es ab 2030 eine Million Menschen geben, die älter als 75 Jahre alt sind. Steigt das Alter der Bevölkerung, so steigt natürlich auch die Zahl der Pflegebedürftigen. Um dem zu begegnen, bedarf es Vorbereitung, sowohl finanziell als auch in puncto Manpower. Um die **Gehälter** der Mitarbeiter:innen in Pflege und Betreuung dauerhaft zu erhöhen, hat der Bund insgesamt 570 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Rund 150.000 Beschäftigte erhalten einen Gehaltszuschuss, der in diesem Jahr wie ein regulärer Gehaltsbestandteil monatlich ausbezahlt werden soll.
2. Personen, die an vom Arbeitsmarktservice (AMS) geförderten Ausbildungen in Pflege- und Sozialberufen teilnehmen, erhalten seit Jänner 2023 ein Pflegestipendium von 1.400 Euro monatlich. Bereits umgesetzt wird die Ausbildungsprämie von 600 Euro pro Monat bei einer ersten Ausbildung.
3. Zusätzlich zu einer angemessenen Honorierung ist insgesamt die **Attraktivierung des Berufsbildes** durch bessere **Arbeitsbedingungen**, allen voran mehr Dienstplansicherheit (soweit im Arbeitsumfeld möglich) durch fixe Dienstzeiten, individuelle Dienstplangestaltung oder Förderung von Flexpools (nach Beispielen in Deutschland), notwendig.
4. **Ausbildung, Spezialisierungsmöglichkeiten und Karrierechancen** und **Imagekampagnen** seitens der öffentlichen Hand, die die Vielfalt des Gesundheitsberufs zeigen, sind wichtige Schritte in puncto Wahrnehmung und Erwartungshaltung im Hinblick auf die **gesellschaftliche Relevanz und Wertigkeit** der Gesundheits- und Krankenpflege und Langzeitpflege. [3]

III. Unterstützung pflegender und betreuender Angehöriger

1. Zu begrüßen ist, dass die Erschwerniszulage beim **Pflegegeld** von 25 auf 45 Stunden pro Monat angehoben wird, für die besondere Belastung bei der Pflege eines Menschen mit schwerer, geistiger oder psychischer Behinderung, insbesondere Demenz.

2. Pflegende Angehörige können **Kosten von Pflegekursen** geltend machen, die Angehörigengespräche werden erweitert. Die Antragsfrist beim Pflegekarenz-geld wird von zwei Wochen auf bis zu zwei Monate ausgeweitet.
3. Gesundheits- und Pflegekräfte sollten verstärkt in die regionale Gesundheitsversorgung eingebunden werden. **Community Nursing** kann so die Bürger:innen unterstützen, sei es bei ihren individuellen Bedürfnissen (eigener oder Pflegebedarf von Angehörigen) oder zu Finanzierungsfragen. [4]
4. Der Auftrag an eine **ineinandergreifende Pflege- und Betreuungsstruktur** muss sich an der ressourcen-zentrierten und aktivierenden Pflege orientieren. Dazu braucht es die Ausrichtung auf die Unterstützung bei der individuellen Selbstpflege (Personen-Orientierung). Für solche zeitgemäßen Pflegekonzepte an der **Nahtstelle von Pflege und Sozialbetreuung** gibt es bereits internationale Ansätze. Ziel sollten sowohl die **Aktivität** als auch die Förderung der **Selbstbestimmtheit** vor der passiven Hilfestellung sein.

Informationsplattform

Die von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag des BMSGK gemäß Regierungsprogramm gestartete „Infoplattform für Pflege und Betreuung“ enthält umfassende Hilfestellungen und Beratung sowohl für Pflegende/Betreuende und ihre Angehörigen als auch für jene, die sich für eine Berufsausübung in diesem Bereich interessieren. Mit einer Suchfunktion, FAQ, Lexikon und Kontaktstellen für Beratungsangebote, Information zu Pflegegeld, zu speziellem Pflege- und Betreuungsbedarf — von Demenz bis zu Hospiz- und Palliativversorgung — versucht die Webseite, einen breiten Zugang zur Thematik zu bieten. Der Pflegewegweiser gibt einen Überblick über die Angebote an Pflege- und Betreuungsdiensten und Förderungen sowie Rat und Hilfe für pflegende Angehörige. Dem Thema Pflegeprävention wird mit einem Bereich „So bleiben Sie aktiv und gesund im Alter“ Rechnung getragen. Die Plattform ist zudem in Gebärdensprache und als Leicht-Lese-Version zugänglich. www.pflege.gv.at



15.3. ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzungen der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG)

Community Nursing verstärkt in die regionale Gesundheitsversorgung einzubinden, gelingt nur, wenn die Leistungen gesamthaft definiert und nicht dem persönlichen Tun überlassen werden. Deshalb braucht es eine **überregionale Kompetenz-, Qualitäts- und Koordinationsstelle**. Diese könnte z. B. bei den Ländern angesiedelt sein.

Eine **adäquate Entlohnung** der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe muss gleichzeitig eine **gleichgestellte Entlohnung** sein. Beispielsweise verdienen „Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (DGKP) Kinder“ besser als allgemeine DGKP. Dies wird als diskriminierend gesehen und zieht Unstimmigkeiten hinsichtlich der Wertigkeit in den Teams nach sich.

[1] Aus Sicht der OÖG lässt sich der Pflegekräftemangel so nicht lösen. Die Pandemie hat die Pflege thematisiert in den Fokus gerückt, wurde aber medial überwiegend negativ wahrgenommen. Hier müssen massive **Bewusstseinsbildung und Kommunikationsarbeit** geleistet werden. Zudem braucht es entsprechende **berufsrechtliche**

Rahmenbedingungen, damit die Pflege eigenständig arbeiten kann, beispielsweise wie therapeutische Gesundheitsberufe. Derzeit können Pflegekräfte nicht im vollen Umfang mit den Versicherungen abrechnen. Darüber hinaus ist der Ausbau der Tätigkeitsbereiche bei Masterabsolvent:innen erforderlich.

[2] Bereits im Kindesalter — Stichwort „pflege@school“ — sollte das Thema angesprochen werden. Das könnte ähnlich wie die Zahnputz-Pädagogik in Kinderbetreuungseinrichtungen strukturiert werden. Informationen zu gesunder Lebensweise und **Pflege-Edukation** sollten bereits im Kindesalter beginnen.

[3] **Imagekampagnen** sind so zu gestalten, dass die Gesundheits- und Krankenpflege als **anerkannte und wichtige Berufsgruppe** dargestellt wird.

[4] Diese Tätigkeiten werden heute schon von Sozialarbeiter:innen in den Gemeinden abgedeckt. Die Community Nurse sollte **pflegerisch beraten, bei der Pflege zu Hause anleiten und in einem engen Austausch mit Hausärzt:innen** agieren. Ihr Tätigkeitsbereich sollte weniger mit bürokratischen Arbeiten (für die Gemeinde) ausgefüllt sein.

Kooperationspartner des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Pflege und Betreuung 2030



Freiraum für Ihre Notizen, Ideen und Strategien zur Umsetzung

A large grid of small, light gray dots arranged in a regular pattern, intended for taking notes or drawing.



FRANZISKA | 11 Jahre

16. PRAEVENIRE INITIATIVE SPITAL 2030



Social-Media-Beitrag: PRAEVENIRE Gipfelgespräch
„Zukunft des Spitalswesens“

16. PRAEVENIRE Initiative Spital 2030

» Reformbedarf — Personalstruktur — Kostendämpfung —
Arzneimittelversorgung«

PRAEVENIRE FORDERT: ENDLICH UMSETZEN!

- ☑ Das Spitals- und Gesundheitsmanagement muss den **dynamischen Wandel der Medizin und den enormen medizintechnischen und medizinwissenschaftlichen Fortschritt erkennen** und durch Optimierung in Strukturen, Prozessen und im mitarbeiterfreundlichen Personaleinsatz umsetzen!
- ☑ Die Gesundheitspolitik in Land und Bund muss die **erforderlichen Veränderungen** ermöglichen, finanzieren und steuern, indem u. a. der Ambulantisierung im LKF-System¹ stärker Rechnung getragen wird!
- ☑ Im **Spitalsmanagement** und bei der Spitalsinfrastruktur muss ein Umdenken von der „Bettenzahl“ zur „Bettenfunktion“ erfolgen!
- ☑ Die moderne Medizin braucht **mehr Tagesstrukturen** und weniger Nachtstrukturen, das Personal profitiert!
- ☑ Das größte Kapital ist **motiviertes Personal**, die Ausbildung und Arbeitsbedingungen sind in veränderten Strukturen qualitativ und quantitativ zu verbessern — mehr Tagesarbeit, weniger Nachtarbeit!
- ☑ Damit nationale Zulassungen bzw. **Genehmigungen** bei Arzneimittel-Nichtlieferbarkeiten rascher und **unbürokratischer** vorliegen, sollte ein vereinfachter Beschaffungs- und Zulassungsprozess vereinbart werden!
- ☑ Der Gesundheitsbereich muss deutlich **digitaler und nachhaltiger** werden!
- ☑ Gesundheitsversorgung in einem kleinen Land wie Österreich muss **flächendeckend** und nicht föderal **gedacht** werden!

16.1. IM FOKUS

Prognosen für die **Altersverteilung in Österreich** geben für 2030 einen Anteil von rund 23 Prozent an über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung an. Das entspricht rund 2,2 Millionen Menschen. Die Alterung der Bevölkerung ist hinsichtlich der **Anzahl an Spitalsaufnahmen bzw. der Anlässe für stationäre Aufenthalte** ein hochbrisantes Thema. Beispielsweise ist mit einer starken Zunahme an unfallbedingten Akutfällen (Stichwort: Oberschenkelhalsbruch), Krebserkrankungen, chronischen Erkrankungen (diabetesbedingte Operationen) und auch eine Zunahme an altersbedingten Erkrankungen zu rechnen. Konkret kann der

¹ Vgl. zum LKF-System in Österreich https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:d45d56b6-d092-4d73-b793-daa6c6eadd70/LKF-Brosch%C3%BCre_BMG_2010_NACHDRUCK_2011_20200124.pdf

„Graue Star“ in der Augenheilkunde genannt werden, wofür der Versorgungsbedarf steigen wird. Deshalb gilt es, die Strukturen gezielter auf die Zukunftsszenarien auszurichten und Planungen rascher hinsichtlich prognostizierter Entwicklungen umzusetzen.

Zudem ist der medizinische und technische Fortschritt für das Gesundheitspersonal eine extreme Herausforderung; zusätzlich verstärkt durch die notwendige Klima- und Energiewende und dem Gebot der Nachhaltigkeit in all policies. Die Digitalisierung auf allen Ebenen gilt es, zum einen in den Betrieb zu integrieren bzw. im Arbeitsalltag zu implementieren und es braucht zum anderen dafür ausgebildetes, hochqualifiziertes Personal, das diese Techniken beherrscht.

Folgende Thematiken stehen aktuell im Fokus:

1. Spitalsinfrastruktur, Personalplanung und Ausbildung
2. Kostenfaktoren und Finanzierung der medizinischen Forschung und Innovationen
3. Patientenorientierung und Schnittstellenmanagement
4. Nachhaltigkeit

Die Ursachen — die älter werdende Bevölkerung, der rasche medizintechnische Fortschritt und teure innovative Therapien — zählen zu den künftigen **Kostentreibern im Gesundheitsbereich**. Das PRAEVENIRE Gesundheitsforum startete daher einen Dialog mit relevanten Stakeholdern in Form von PRAEVENIRE Gipfelgesprächen. Ziel dieser offenen Dialogprozesse ist es, Modelle für die gemeinsame Beschaffung u. a. von Arzneimitteln oder Medizinprodukten und Lösungsvorschläge zur praktischen Umsetzung im intramuralen Bereich zu erarbeiten

16.2. Generelle Handlungsempfehlungen des Vereins PRAEVENIRE

Aufgrund des medizinisch-technologischen Fortschritts, der teuren Therapieinnovationen in allen Gesundheitsbereichen und der zu erwartenden Verringerung der Verweildauer im intramuralen Bereich bei gleichzeitig starker Zunahme ambulanter Behandlungen, ermahnen Expert:innen zu einer grundsätzlichen strukturellen Reform des stationären Bereichs. Als Sofortmaßnahmen empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 daher folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

I. Reformpotenziale im Gesundheitsmanagement

1. Der **Wandel und die Innovationen in der Medizin** bedeuten für das Spitalswesen eine **Zweiteilung**: Einerseits geht es durch den Einsatz neuer Medizintechnik in Richtung der zu erbringenden planbaren Leistungen von **Kurzzeitaufenthalten** und andererseits gibt es den Bedarf für hochaufwendig zu **versorgende** Schwerkranke. Darauf sind die Strukturen, Abläufe und der **Personaleinsatz umzustellen**.
2. Die **Produktivität im Spital muss flexibel organisierbar** sein, denn Notfälle, aber auch planbare

Eingriffe oder die Versorgung der Patient:innen im Spital richten sich nicht nach der Uhrzeit. Neue Strukturen sollten daher — auch hinsichtlich Tages- und Nacharbeit — flexibel von den Krankenhäusern gestaltbar sein, um Engpässe und Wartezeiten minimieren zu können.

3. Starre Strukturen wie die Aufteilung zwischen **stationärer und ambulanter Versorgung** sollten aufgebrochen werden. Beispielsweise bietet eine teilstationäre Versorgung tagsüber, eine tagesklinische und mehr ambulante Versorgung (Stichwort: „Ambulanti-



Im Sinne sektorübergreifender Zusammenarbeit braucht es sowohl im niedergelassenen, als auch im stationären Bereich mehr Primärversorgungseinheiten und medizinische Versorgungszentren, die ambulante Aufgaben abdecken und in akuten Fällen auf die diagnostische Infrastruktur der Spitäler zurückgreifen können.

sierung im Spital“) **mehr Flexibilität** in Struktur und Planung und kann eine Reduktion der Nacharbeitsbereiche bringen. Insbesondere **multidisziplinäre Belegstationen** tragen zur Flexibilisierung bei.

4. Kooperationen zwischen Spitalswesen und medizinischer Wissenschaft und Forschung sind zu forcieren und müssen rechtlich ermöglicht werden, beispielsweise Initiativen, die einen Zugriff und erleichterte **Verwendung von Daten** für Forschungszwecke ermöglichen. Das sollte für medizinische Daten (Stichwort: Register, Tumorboard) ebenso gelten wie auch für Daten aus der Pflegedokumentation. Rahmenbedingungen sind so zu gestalten, dass sie einen sektorenübergreifender Datenaustausch erleichtern.
5. Die **Digitalisierung** in den Krankenhäusern in Österreich muss intensiviert und rascher umgesetzt werden, Stichwort: **digital vor ambulant vor stationär. ELGA muss sektorenübergreifend erheblich erweitert** und der Ausbau wesentlich beschleunigt werden. Die Erkenntnisse aus riesigen Datenmengen müssen nutzbar gemacht werden. Sowohl für die Arbeitsabläufe zwischen den Abteilungen innerhalb eines Hauses als auch für die Vermeidung von Doppeluntersuchungen (Stichwort: Befundmitnahme, CT) bei Krankenhauswechsel der Patient:innen und letztendlich für die **Schließung der Schnittstelle** von intra- und extramuralem Bereich (Stichwort: **Fall der Sektorengrenzen**) sollten die Möglichkeiten der Digitalisierung genutzt werden.
6. Digitalisierung ist ein wesentlicher Einflussfaktor zur **Effizienzsteigerung**, wobei ein Qualitätsmanagement zur Evaluierung der **administrativen Abläufe** im Digitalisierungsprozess miteinzubeziehen ist.
7. Spitäler und Gesundheitseinrichtungen müssen umfassend im Sinne der SDG nachhaltiger, smarter und grüner geplant, gebaut und betrieben werden.
8. Das Innovationsmanagement ist deutlich zu stärken, sowohl bottom up (aus den Gesundheitseinrichtungen) als auch top down (von staatlichen Stellen). Als Beispiel kann Israel genannt werden.



Damit die Menschen im Sinne der solidarischen Versorgung weiterhin State-of-the-Art und auch kosteneffizient versorgt werden, bedarf es mutiger Reformschritte.

II. Personalplanung, Attraktivierung der Berufe und Ausbildung

1. **Personal ist das wichtigste Kapital im Spital.** Deshalb sind alle Fragen rund um Arbeitszeitregelungen, Dienstpläne (Dienstplansicherheiten) prioritär zu behandeln. Die Diensterteilungen müssen planbar und ebenenübergreifend koordiniert werden!
2. **„Dienstzeit ist Versorgungszeit.“** Deshalb müssen die Versorgungszeiten für die Patient:innen im Spital besser als derzeit abgedeckt werden. Mitgemeint sind auch die Anwesenheiten auf Oberarztbene, denn die Anwesenheit von Oberärzt:innen ist oftmals Voraussetzung, dass gewisse Tätigkeiten (OP etc.) überhaupt erst stattfinden können. Die Dienstzeiten sind mit den Versorgungszeiten besser abzustimmen!
3. Mehr Tagesleistung statt Nacharbeit (Stichwort: **Dienstplanungsflexibilität** zwischen ambulantem und stationärem Bereich) trägt zur Attraktivität von Spitalsberufen bei.
4. **Aus-, Weiter- und Fortbildung** sowie **Karrierperspektiven** sind ein wichtiger Aspekt für die **Attraktivierung** des Arbeitsplatz im Spital. Nicht zuletzt die Coronapandemie hat gezeigt, dass es Personalengpässe gibt, vor allem bei Spezialist:innen und in hochqualifizierten Bereichen. Die Ausbildungsplätze sind daher jetzt auszubauen und die Auszubildenden zu unterstützen, denn Nachwuchs-Ausbildung braucht Vorlaufzeit.
5. Die **Ausbildung von Gesundheitsberufen** in der Pflege (Ausbildung ab 15, in Teilzeit, berufsbegleitend, in Anstellung, durchgängig von PA über PFA bis zum Bachelor, OTA) und in den medizintechnischen Berufen (z.B. Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Hebammen) ist zu forcieren, die Berufsbilder und Kompetenzen sind zu überdenken bzw. nach internationalen Vorbildern zu erweitern. Es bedarf für die Bevölkerung mehr Klarheit und Kenntnisse über die verschiedenen Ausbildungswege.

III. Kostenfaktoren und Finanzierung

1. Die medizinische Versorgung muss trotz der Kostenanstiege als optimierte Versorgung langfristig sichergestellt werden.
2. Die Reaktion auf die sich **abzeichnenden Entwicklungen** muss viel schneller erfolgen, um diese in Planung

und Steuerung entsprechend früh berücksichtigen zu können. Geht man von einer rollierenden Planung und Finanzierung aus, die in Vierjahres-Rhythmen abläuft, muss jetzt mit der Umstrukturierung begonnen werden, um die auf die Spitäler „zurollende Lawine“ rechtzeitig abzufangen. Als anschauliches Beispiel hinsichtlich der demographischen Entwicklung der Bevölkerung kann beispielsweise der OP-Bedarf für den grauen Star im Bereich der Augenheilkunde und Optometrie genannt werden.

3. Über die **Finanzierung der ambulanten Versorgung** aus einem Topf sollte nach wie vor als ein machbarer Lösungsweg nachgedacht werden.
4. Durch das **Setzen gemeinsamer Standards** sei **in der Anschaffung von Medikamenten**, Medizinprodukten, Materialien und medizinischen Geräten sowie durch eine gebündelte Anschaffung eine Kostendämpfung möglich. Ein Grundmaß an unternehmerischem Handeln in den Gesundheitskassen wäre diesbezüglich erforderlich.

IV. Absicherung der Arzneimittelversorgung — intramuraler Bereich

1. Im Falle von Engpässen bei der Arzneimittelversorgung in gesetzlich geregelten Ausnahmesituationen besteht die Möglichkeit, ausgewählte Medikamente, die im Regelfall noch keine nationale Zulassung haben, aus anderen Ländern nach Österreich zu importieren. Diese **Regelung sollte im Falle einer Nicht-Verfügbarkeit eines Arzneimittels vereinfacht** werden, um rascher ein gleichwertiges Arzneimittel aus dem Ausland importieren zu können. Damit **Genehmigungen** bei Nichtlieferbarkeiten rascher und **unbürokratischer** vorliegen, sollte bereits jetzt **auf politischer Ebene ein passender, vereinfachter Prozess** gefunden und vereinbart werden, etwa analog zu einem **Ampelsystem**.
2. Eine Studie der EU zeigt die Vorteile, die durch mehr **Flexibilität für Notimporte** bestimmter Arzneimittelprodukte im Falle von Marktrücknahmen, kritischen Engpässen etc. entstehen. Vereinfachte Vorschriften gibt es bereits in Malta oder Lettland. In Portugal und den Niederlanden arbeiten Parallelimporteure nach ähnlichen Plänen. Diese Lösungswege könnten auch in Österreich mithelfen, auftretende Lieferengpässe zu entschärfen.

3. Ein weiterer Weg, Lieferengpässe abzumildern, ist **nationale Lagerbestände** der Pharmaindustrie, des Pharmagroßhandels, der Apotheken und der Krankenhausapotheken aufzustocken bzw. ihre Lagerreichweiten zu erhöhen. Die Finanzierung dafür obliegt der Politik.
4. Weiters sollten viele verschiedene Anbieter für wirkstoffgleiche Medikamente oder therapeutisch gleichwertige Ersatzpräparate am Markt gehalten werden.
5. Um den Austausch der Medikamente — in Abstimmung mit der Spitalsärzteschaft — einfach wie möglich zu gestalten, soll eine „Aut-Idem“-Regelung zulässig sein.

Best Practice: Arzneimittelknappheit

UK und Norwegen: UL-Lösungswege bei Arzneimittelknappheit

Die Gründe für Lieferengpässe bei Arzneimitteln sind vielfältig. Für eine Absicherung von Lieferketten z. B. sind innovative Konzepte am sensiblen Gesundheitsmarkt gefragt. **Unlicensed Medicines (UL)** hat sich als ein **Konzept zur kurzfristigen Bewältigung** von Arzneimittelengpässen, beispielsweise bei Orphan Drugs für bestimmte seltene Erkrankungen, in Norwegen und im Vereinigten Königreich bewährt: UL verfügen zum Zeitpunkt des Vertriebs über keine heimische Zulassung, dürfen aber unter bestimmten, gesetzlichen Bedingungen abgegeben werden. Der Prozess ist in beiden Ländern ähnlich: Eine nationale Behörde ist zuständig für Importgenehmigungen (für eine bestimmte Zeitspanne). Zeichnet sich eine Unterbrechung der nationalen Versorgung, spricht der Lieferkette ab, geht eine Anfrage an alle Unternehmen mit UL MHRA Lizenz. Der Supply Request wird innerhalb von wenigen Tagen mit Angabe von verfügbaren Mengen und Produkten an die Behörde rückgemeldet. Das Gesundheitsministerium sorgt infolge für die Verteilung an Spitäler und Apotheken. Die Abrechnung und Kostenübernahme erfolgen durch die nationalen Gesundheitsbehörden.

Damit ein solcher **standardisierter Prozess** in Österreich möglich ist, braucht es eine **nationale Behörde, die für die Importgenehmigung für einen bestimmten Zeitrahmen** zuständig ist.

V. Patient:innen im Mittelpunkt | Patientenwege

1. Die **Sektorengrenzen im Gesundheitssystem** müssen überwunden werden oder noch konsequenter fallen. Ein **Zusammenarbeiten aller GDA-Gesund-**



Wer nur auf die Kosten schaut, senkt die Qualität. Wer aber auf die Qualität achtet, spart auch bei den Kosten.

heitsdiensteanbieter (vom Spital, dem Reha-Zentrum, Ambulatorium, der Apotheke, niedergelassener Bereiche — Stichwort: Verschränkungsmodelle, PVE, usw. **muss ohne rechtliche Restriktionen ermöglicht, ja gefördert werden.** Dabei ist neben der horizontalen Integration vor allem auch die **vertikale Integration** zwischen den GDA zu fördern.

2. Die **Steuerung des Spitalssektors** muss insgesamt optimiert werden. Dafür empfehlen Expert:innen den Ansatz einer **Value-Based-Healthcare mit Patient-Reported Outcomes**. Dieser geht über die betriebswirtschaftliche Input-Output-Rechnung hinaus, indem die Effizienz und Qualität von Patientenbehandlungen auf Basis evidenzgestützter Maßnahmen miteinbezogen werden. „Nebeneffekt“ von Value-Based-Healthcare ist die Kostensenkung durch umfassendere

Betrachtung der Kosten-Nutzen-Rechnung und Qualitätssteigerung hinsichtlich der Gesundheitsziele und Bedürfnisse der Patient:innen.

3. Die Rahmenbedingungen für eine Verbesserung im **Schnittstellenmanagement** und Entlassungsmanagement sind so zu novellieren, dass die Patient:innen ihre Befunde in andere intramurale als auch extramurale Bereiche mitnehmen können. Die **Datenmitnahme** sollte in der Praxis für Patient:innen einfacher und kostenlos sein. Sie sollten über ihre Daten selbst verfügen können. Diesbezüglich ist die bereits **vorhandene digitale Infrastruktur** (Stichwort: ELGA) zu nutzen und auszubauen bzw. sind bereichsübergreifende **Standards zu definieren**. ELGA muss sektorenübergreifend erheblich erweitert und der Ausbau und die Verfügbarkeit wesentlich beschleunigt werden. Die **Erkenntnisse aus riesigen Datenmengen** müssen nutzbar gemacht werden.
4. Die **Entwicklung von Disease-Management-Programmen** (DMP) für bestimmte Erkrankungsgruppen sollte für jedes Fachgebiet aufgebaut werden. Das kann als Präventivmaßnahme dabei helfen, die Anzahl an Spitalsaufenthalten zu verringern und die Krankenhäuser zu entlasten.

Kooperationspartner des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Spital 2030



Danksagung

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

Der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung dankt allen Unterstützer:innen und Kooperationspartner:innen (in alphabetischer Reihenfolge).

Anat Achiron	Monika Biach	Kirsten Detrick	Holger Flick	Tobias Gotterbarm
Michael Ackerl	Ludwig Bichler	Evelyn Devuyt	Beat Flühmann	Babette Grabner
Eva Adamer-König	Helga Bickel	Anna Maria Dieplinger	Gerd Folkers	Erik Graf
Monika Aichberger	Christoph Binder	Klaudia Dietrich	Mathias Forjan	Reinhard Graf
Gerhard Aigner	Michael Binder	Christina Dietscher	Holger Förster	Maria Grander
Hannes Alber	Verena Biribauer	Stefan Dinges	Heinz Forstner	Cornelius Granig
Daniel Aletaha	Franz Bittner	Danijela Dohnal-Suvajac	Karl Forstner	Günther Graninger
Eva Maria Allen	Martina Böck	Sabine Dohr	Roland P. Frank	Andreas Grassauer
Sigrid Allerstorfer	Christoph Bocksrucker	Karl Dorfinger	Birgit Frassl	Alexander Gratzter
Marion Alt	Silvia Bodi	Günter Dorfmeister	Anita Frauwallner	Susanne Greber-Platzer
Claudia Altmann-	Thomas Bogendorfer	Ronald Dorotka	Christa Freibauer	Richard Greil
Pospiscek	Juliane Bogner-Strauss	Stephanie Drahos	Sandra Freimann-Pircher	Hildegard Greinix
Doris Amann	Nikolaus Böhler	Walter Draxl	Michael Freissmuth	Stefan Greisenegger
Barbara Andersen	Matthias Bolz	Christiane Druml	Georg Freude	Daniel Peter Gressl
Wolfgang Andiel	Diana Bonderman	Karin Duderstadt	Gabriele Freynhofer	Peter Grieshofer
Martina Anditsch	Andreas Bracher	Patrick Dümmler	Florian Friedersdorf	Sonja Griessenberger
Martin Andreas	Andrea Vincenzo Braga	Thorsten Dusberger	Ingrid Friedl	Wolfgang Grim
Elisabeth Andritsch	Helmut Brath	Johann Ebner	Maria Fritsch	Christoph Grimm
Petra Apfalter	Christine Braumiller	Bernhard Ecker	Matthias Frohner	Susanne Groblschegg
Elisa Araldi	Georg Braune	Ronald Ecker	Ursula Frohner	Barbara Grohs
Susanne Asenbaum-Nan	Caroline Braunhofer	Nicole Edelmayr	Barbara Fröschl	Ernest Groman
Ojan Assadian	Ingrid Braunhofer	Barbara Eder	Julia Fruhmann	Evelyn Groß
Gertrude Aubauer	Stefanie Braunisch	Daniel Egle	Tanja Fruhmann	Marlies Gruber
Stefanie Auer	Christian Breitfuss	Marie-Therese Ehrendorff	Franz Frühwald	Andrea Gruber
Selma Aydin-Yilmaz	Eveline Brem	Doris Ehringer-Scheititska	Claudia Fuchs	Manuela Gruber
Gerald Bachinger	Johanna Brix	Susanne Eibegger	Martin Fuchs	Ludwig Gruber
Hans Bachitsch	Lisa Brunner	Gabriele Eichhorn	Heinz Fuchsig	Birgit Grünberger
Norbert Bachl	Manfred Brunner	Peter Eichler	Harald Führer	Thomas Grünberger
Zsuzsanne Bago-Horvath	Christian Bsteh	Martin Eichtinger	Georg-Christian Funk	Servan L. Grüninger
Christoph Baldinger	Franz Buchberger	Wolfgang Eisterer	Philipp T. Funovics	Michael Gschwantler
Marija Balic	Anna Bucsics	Helmut Ellemunter	Christian Fürthauer	Daphne Gschwantler-Kaulich
Christian Bancher	Joachim M. Buhmann	Evelyne Ellinger	Dieter Furthner	Karin Gestaltner
Christine Bangert	Florian Burger	Mona Elzayat	Roswitha Gaisbauer	Michael Guger
Michaela Bartaun	Hans Burkard	Klaus Engelke	Fritz Gamerith	Remo Gujer
Martin Barth	Reinhard Busch	Susanne Ergott-Badawi	Thomas Gamsjäger	Susanne Guld
Johann Bauer	Bastian Cantieni	Peter Erhalt	Stefan Gara	Stefan Günther
Marion Bauer	Anna Maria Cavini	Susanne Erkens-Reck	Gerald Gartlehner	Heinz Gyaky
Isabella Bauer-Rupp	Christian Cebulla	Barbara Ernst	Patrick Gasselich	Paul Haber
Christoph Baumgärtel	Gregor Cencig	Peter Ertl	Christian Gattringer	Heinz Haberfeld
Karin Baumgartner	Karl Cernic	Nicole Ettl	Barbara Gebhard	Elisabeth Habernig
Stefan Baumgartner	Anthea Cherednichenko	Michael Ewers	Christian Gepat	Florian Habersberger
Matthias Beck	Catharina Chiari	Peter Fasching	Sabrina Gerhartl	Marcus Hacker
Philipp Beckerhinn	Dieter Christöfl	David Feiler-Kalmar	Stefanie Gfeller	Gerhard Hackl
Dora Beer	Martin Clodi	Günter Fellhofer	Gerald Gingold	Marion Hackl
Franz Beer	Hans Concini	Birgit Fenderl	Gunda Gittler	Rudolf Haffner
Doris Behrens	Richard Crevenna	Stefanie Fercher	Peter Gläser	Viktor Hafner
Roland Beisteiner	Antonia Croy	Stefan Ferenci	Judith Glazer	Alexander Hagenauer
Nina Bennett	Caroline Culen	Monika Ferlitsch	Reingard Glehr	Martina Hagspiel
Johannes Berger	Thomas Czypionka	Elisabeth Fertl	Reinhold Glehr	Sabine Hahn
Thomas Berger	Christoph Dachs	Irene Fialka	Martin Gleitsmann	Barbara Haid
Ulrike Berger	Peter Dal-Bianco	Vera Fidler	Claudia Gnant	Doris Haider
Walter Berger	Alexandra Danzinger	Thomas Fiedler	Michael Gnant	Manfred Hainzinger
Andreas Bergthaler	Stefan Deflorian	Barbara Fisa	Sonja Gobara	Margit Halbfurter
Christian Bernard	Nikolaus Dellantoni	Gabriele Fischer	Christoph Goger	Ursula Halbmayr-Kubicsek
Marie Bernkopf	Michael Demel	Michael J. Fischer	Ludwig Gold	Michael Halmich
Werner Beutelmeyer	Martina Denich-Kobula	Werner Fischl	August Gomszi	Dagmar Halper
Alexander Biach	Ernst Derfler	Gustav Fischmeister	Michael Gortitzer	Hans Haltmayer

Andreas Hammerl	Andreas Huss	Christian Köck	Chris Levy	Christine Müller
Elisabeth Hammer-Zach	Peter Husslein	Georg Koenne	Franz Leisch	Markus Müller
Margot Ham-Rubisch	Hans-Peter Hutter	Konrad Kogler	Brigitta Lienbacher	Maximiliane Müller
Josef Harb	Susanne Hutterer-Köpl	Petra Kohlberger	Rudolf Likar	Manfred Müller
Franz Harnoncourt	Wolfgang Ibrom	Jürgen Köhler	Philipp Lindinger	Thomas Müller
Alexander Hartl	Gernot Idinger	Daniela Kohlfürst	Beatrix Linke	David Mum
Anna-Katharina	Bernhard Iglseder	Ruth Kojnek-Olabé	Gerald Loacker	Petra Munda
Hartmann	Hans Ikenberg	Torrealday	Wolfgang Löscher	Rainer Münz
Astrid Hartmann	Ulrich Jäger	Rainer Kolb	Ulrich Lübcke	Ulrike Mursch-Edlmayr
Rainer Hasenauer	Gerald Jahl	Peter Kölblinger	Bernhard Ludvik	Nicole Muzar
Alexander Haslberger	Beate Jahn	Wolfgang Köle	Christopher Lueg	Alexander Nader
Sigrid Haslinger	Gabriele Jaksch	Franz Kolland	Veronika Macek-	Eckhard Nagel
Jens Hasskarl	Astrid Jankowitsch	Michael Koller	Strokosch	Roland Nageler
Marco Hassler	Martina Jeske	Nikolaus Koller	Peter Machacek	Sylvia Nanz
Doris Hauer	Andrea Jesser	Sonja Koller	Sigrid Machherndl-	Stefan Nehrer
Monika Haunsberger	Georg Jillich	Edith Kollermann	Spandl	Valerie Nell-Duxneuner
Sonja Häuselhof	Stefan Jirecek	Andreas Kolm	Najda Mader	Karin Nemec
Gebhard Hauser	Elfi Jirsa	Kai Kolpatzik	Bruno Mähr	Constanze-Maria Nemes
Ines Hauser-Herz	Elisabeth Jodlbauer-	Daniel König	Manfred Maier	Kornelia Nemeth
Eva Hausleitner	Riegler	Matthias König	Monika Maier	Christop Neumayer
Alexander Heider	Michael Jonas	Michael König	Silvia Maier	Claudia Neumayer-
Achim Hein	Philipp Jost	Ulrike Königsberger-	Barbara Maier	Stickler
Christoph Heiserer	Elma Joura	Ludwig	Dietmar Maierhofer	Martina Neumayer-
Ellen Heitzer	Aleks Jovanovic	Beate Koopmann	Markus Mair	Tinhof
Angela Hengsberger	Krisztina Juhasz	Gottfried Koos	Christoph Male-Dressler	Peter Neumeister
Thomas Henzinger	Janis Jung	Daisy Kopera	Wilhelm Marhold	Ludwig Neuner
Joachim Hermisson	Christof Jungbauer	Renate Koppensteiner	Klaus Markstaller	Josef Niebauer
Christian Johannes	Brigitte Juraszovich	Maria Korak-Leiter	Josef Marksteiner	John Nolan
Herold	Jaquiline Jürs	Barbara Kornek	Markus Marterbauer	Judith Noske
Iris Herscovici	Catherine Jutzeler	Gabriela-Verena Kornek	Christian Marth	Kazem Nouri
Harald Hertz	Renate Kain	Ingrid Korosec	Leopold Marzi	Peter Nowak
Ina Herzer	Elvira Kainersdorfer	Stefan Koth	Bernhard-Michael Mayer	Alexander Nussbaum
Alexander Herzog	Elmar Kainz	Ljiljana Kovacevic	Gert Mayer	Helmut Oberlerchner
Johann Heuras	Naghme Kamaleyan-	Bernd Krainer	Marianne Mayer	Johannes Oberndorfer
Wolfgang Hilbe	Schmied	Karin Krainz-Kabas	Hanna Mayer	Katharina Obrovsky
Eva Hilger	Gerhard Kammelander	Caroline Krammer	Martin Mayerhofer	Herbert Armin Obweger
Irmgard Himmelbauer	Lars-Peter Kamolz	Florian Krammer	Mirjana Mayerhofer	Birgit Oeser
Michaela Hinterholzer	Daniela Karall	Andreas Krauter	Bernhard Mayr	Martina Olf-Meindl
Margarethe Hochleitner	Susanne Kaser	Rainer Kraxner	Monika Mayr	Gerald Oppeck
Maximilian Hochmair	Siegfried Kasper	Mathias Krenn	Michael Mayrhofer	Herwig Ostermann
Andrea Hofbauer	Markus Kastelitz	Petra Krepler	Elisabeth Mayrwöger	Harald Ott
Gert Hofer	Stefan Kastner	Maria-Theresia Kriederer	Peter McDonald	Ingrid Pabinger-
Hansjörg Hofer	Stefan H.E. Kaufmann	Gabriel Kroisleitner	Michael Medl	Fasching
Philipp Hofer	Hannes Kaufmann	Marion Kronberger	Birgit Meinhard-Schiebel	Florian Pachinger
Karin Hofer	Alexandra Kautzky-Willer	Elisabeth Kuc	Eiko Meister	Béa Pall
Sabine Hofer	Sabine Kawalirek	Michael Kunze	Arno Melitopoulos	Georg Pall
Gerald Höfler	Beate Kayer	Andreas Kurringer	Tine Melzer	Eva Pallwein-Pretner
Angelika Höfler-Petrus	Wolfgang Keck	Andrea Kurz	Elisabeth Messinger	Wolfgang Panhölzl
Stefan Hofstetter	Elisabeth Keil	Gabriele Laaber	Bernhard Metzler	Michael Pap
Erol Holawatsch	Felix Keil	Elisabeth Lackner	Joe Meusbürger	Anna Papaioannou
Peter Holler	Mohammad Keilani	Ruth Ladenstein	Veronika Mikl	Peter Parycek
Susanne Höllinger	Reinhold Kerbl	Florian Lagler	Christoph Miksch-	Markus Paulmichl
Wolfgang Holter	Klemens Kern	Eva Landrichtinger	Aicheneegg	Jan Pazourek
Eva Höttl	Werner Kerschbaum	Nathalie Landstetter	Yasaman Miremadi	Sonja Pearsall
Lisa Holzgruber	Sabrina Heike Kessler	Michaela Langer	Martina Mitmannsgruber	Elham Pedram
Thomas Holzgruber	Mahitab Khalifa	Karin Laschalt	Helmut Mödlhammer	Monika Peer-Kratzer
Johanna Holzhaider	Johannes Khinast	Martina Laschet	Stefan Mohr	Jürgen M Pelikan
Heidmarie Holzmann	Gregor Kienbacher	Michaela Latzelsberger	Leif Moll	Elisabeth Pelzer
Bernhard Holzner	Oliver Kimberger	Lucas Lauda	Wilhelm Molterer	Anna Penatzer
Peter Hopfinger	Elena Kinz	Günther Laufer	Reinhard Morawa	Stephan Pernkopf
Friedrich Hoppichler	Peter Kirchschräger	Mads Veggerby Lausten	Lorenzo Moretta	Monika Peter
Andreas Horn	Markus Klamminger	Sigurd Lax	Sabine Möritz-	Christina Peters
Wolfram Hötzenecker	Christoph Klaus	Friedrich Leblhuber	Kaisergruber	Morten Elbæk Petersen
Andreas Hoyer	Renate Klausner-Braun	Irmgard Lechner	Claire-Sophie Mörsen	Tamas Petrovics
Christoph Huber	Christoph Klein	Sonja Ledl-Rossmann	Alexander Moschen	Hans-Peter Petutschnig
Joakim Huber	Bärbel Klepp	Karl Lehner	Cornelia Moser	Birgit Pfaller-Eiwegger
Lorenz Huber	Sonja Klima	Peter Lehner	Tobias Moser	Karin Pfaller-Frank
Ingrid Huber-Strubl	Peter Klimek	Bernd Leinich	Michaela Möstl	Karl-Peter Pfeiffer
Martin Hülsmann	Astrid Knitel	Matthias Leitner	Michel Angelo Mrach	Verena Pfeiffer
Nicole Humer	Gundula Koblmiller	Philipp Lukas Leitner	Claudia Mraz	Renate Pichler
Karin Hummer	Martin Koch	Doria Leitner-Pohn	Robert Müllegger	Ronald Pichler
Daniel Hürlimann	Martin Kocher	Christa Levin-Leitner	Antonia Müller	Silvia Pickner

Danksagung

Thomas Pieber	Sebastian Roka	Gabriela Schwarz	Thomas Szekeres	Wolfgang Weismüller
Franz Gerhard Pietsch	Paulus Rommer	Rudolf Schwarz	Rudolf Taschner	Rudolf Weis
Petrus Pilsinger	Elisa Röper	Thomas Schweiger	Renate Tewes	Günter Weiss
Sigrid Pilz	Waltraud Rosatzin	Erich Schweighofer	Florian Thalhammer	Josef Weiss
Elisabeth Pittermann	Ralf Rosenberger	Anabel Sedlatschek	Friederike Thilo	Lukas Weiss
Regina Plas	Alexander Rosenkranz	Stefan Seer	Katharina Thom	Christian Weiß
Sven Arne Pläß	Silvia Rosoli	Andreas Seiringer	Claudius Thome	Monika Weissensteiner
Peter Platzer	Monika Roth	Grudrun Seiwald	Arnd Thorn	Petra Welskop
Johannes Pleiner-	Andreas Rothensteiner	Johann Sellner	Helga Tieben	Ansgar Weltermann
Duxneuner	Romana Ruda	Barbara Semlitsch	Daniel Tiefengraber	Sabine Wendt
Paul Plener	Birger Rudisch	Lukas Seper	Madis Tiik	Wolfgang Weninger
Nicole Plöb	Jakob Rudzki	Paul Sevelda	Herbert Tilg	Christoph Wenisch
Andrea Podczeck-	Robin Rummler	Andrea Siebenhofer-	Eleonora Tinhof	Alexandra Whitworth
Schweighofer	Karin Rumpelsberger	Kroitzsch	Harald Titzer	Angelika Widhalm
Jochen Pohn	Holger Rumpold	Clemens Sigl	Cristina Tomasi	Christian Wiederer
Alice Poier	Bernhard Rupp	Karoline Sindelar	Reinhard J. Topf	Elisabeth Wiedermann
Doris Polzer	Martina Rüscher	Christian Singer	Hermann Toplak	Ursula Wiedermann-
Manfred Polzer	Verena Russo	Josef Singer	Julia Traub	Schmidt
Susanne Pözl	Stefan Sabutsch	Susanne Siokola-	Mahitab Treidl-Khalifa	Markus Wieser
Wolfgang Popp	Philipp Saiko	Tomandl	Jörg Trettl	Raphaella Wieser
Nikolas Popper	Gabi Sanio	Peter Siostrzonek	Walter Troger	Manfred Wieser
Christian Posch	Michael Sartori	Julia Six	Helmut Trötzmüller	Claudia Wild
Roman Pöschl	Marlene Sator	Martin Skoumal	Karlheinz Tscheliessnigg	Monika Wild
Stefan Potyka	Stefan Saueremann	Karl Skriner	Albert Tuchmann	Iris Wille
Elisabeth Potzmann	Werner Saxinger	Feldin Smajlovic	Olivia Turan	Harald Willschke
Gerald Prager	Ines Schachenhofer	Josef Smolle	Helga Thurnher	Beate Wimmer-
Helene Prenner	Thomas Schachner	Josef Smollen	Felix Unger	Puchinger
Petra Pretterhofer	Eva Schaden	Wolfgang Sobotka	Ines Vacanta	Thomas Winder
Matthias Preusser	Birgit Schäfer	Reinhold Sojer	Peter Valent	Reinhard Windhager
Stefanie Prinzinger	Martin Schaffnerrath	Afschin Soleiman	Barbara Vantsch	Andreas Windischbauer
Michael Prunbauer	Kurt Schalek	Ronald Söllner	Anna Vavrovsky	Andrea Winglhofer
Karin Prutsch	Elisabeth Schandl	Harald Sourij	Thomas Veitschegger	Yvonne Winhofer-Stöckl
Georg Psota	Wolfgang Schantl	Wolfgang Sperl	Eva Verhnjak	Max Winiger
Herbert Puhl	Christian Schauer	Georg Spiel	Jeppé Vestentoft	Sigrid Winklehner
Andreas Pühringer	Carina Schaupp	Johann Spreitzer	Carmen Viereckl	Andreas Winkler
Helmut Pürerfellner	Hans Jörg Schelling	Alfred Springer	Alexandra Vitzthum	Walter Wintersberger
Anna Rab	Michael Schenk	Philipp Staber	Wolfgang Voelckel	Christa Wirthumer-
Susanne Rabadly	Daniel Scherr	Vanessa Stadlbauer-	Monika Vögele	Hoche
Gerold Rachbauer	Andrea Schindelar	Köllner	Harald Vogelsang	Stefan Wöhrl
Alfred Radner	Thomas Schindl	Christine Stadler-Häbich	Manfred Vogl	Dominik Wolf
Gerald Michael Radner	Alois Schlager	Tanja Stamm	Walter Voitl-Bliem	Hedwig Wöflf
Elisabeth Radon	Christa Schlager	Otto Stangl	Marie-Helene Von der	Marcel Wolfschütz
Christa Rados	Constance Schlegl	Johannes Starkbaum	Rijdt	Ewald Wöll
Christine Radtke	Petra Schlösser	Thomas Starlinger	Philipp von Lattorff	Nina Worel
Otto Rafetseder	Christopher	Edgar Starz	Petra Vorderwinkler	Enja Woritzka
Stefan Raff	Schludermann	Reinhard Stauder	Wolfgang Wacek	Claudia Wunder
Wolfgang Raunik	Alexander Schmid	Guenther Steger	Andreas Wachter	Alexandra Wunderl
Erwin Rebhandl	Marlene Schmid	Christoph Steinacker	Fabian Waechter	Christian Wurstbauer
Monika Redlberger-Fritz	Karin Schmidt	Johannes Steinhart	Andrea Wagner	Carina Wurz
Jürgen Rehak	Clemens Schmitt	Christoph Steininger	Wolfgang Wagner	Bernhard Wurzer
Berthold Reichardt	Katja Schmitz	Doris Stelzhammer	Ferdinand Rudolf	Annina Wüthrich
Ingrid Reifinger	Rudolf Schmitzberger	Dieter Steup	Waldenberger	Edgar Wutscher
Walter Reinisch	Bernd Schneider	Harald Stingl	Wolfgang Walentich	Elisabeth Zanon
Ingrid Reischl	Barbara Schober	Peter Stippel	Andreas Walter	Marc-Michael Zaruba
Sophie Reisner	Romana Schöberl	Andreas Stippler	Evelyn Walter	Barbara Zavec
Melanie Reiter	Susanne Schöberl	Hannes Stockinger	Ulrike Walthner	Alain-Gustave Zeimet
Heinrich Resch	Harald Schöffl	Eva Stöckl	Felix Wantke	Erika Zelko
Michael Resl	Thomas Schöffmann	Elisabeth Stögmann	Franz Watzinger	Werner Zenz
Joachim Rettl	Rainer Schöffl	Beate Stolzechner	Bisserka Weber	Peter Zenz
Leo Richter	Sabine Scholl-Bürgi	Jeanette Strametz-	Jörg R. Weber	Markus Zermanek
Erika Richtig	Volker Schörghofer	Juraneck	Thomas Weber	Pia Zhang
Alfred Riedl	Kerstin Schorn	Adalbert Strasser	Cornelia Weberhofer	Dirk Ziebolz
Benjamin Riedl	Barbara Schorr	Diemut Strasser	Manfred Webersberger	Petra Zieglmayer
Reinhard Riedl	Gabriele Schrammel	Margit Straßhofer	Artur Wechselberger	Christoph Zielinski
Petra Riegler	Sonja Schreder	Julia Stroj	Franz Weidinger	Raffaella Zillner
Manfred Rieser	Günther Schreiber	Walter Struhel	Romana Weidinger	Georg Ziniel
Sarah Rinner	Günter Schreier	Mariella Stubhahn	Jens Weidner	Emanuel Zitt
Bernd Michael Rode	Jochen Schuler	Florian Stummer	Elisabeth Weigand	Niklas Zojer
Claas Röhl	Franz Schuster	Gunter Sturm	Alexander Weigl	Johannes Zschocke
Elke Röhrbacher	Gerhard Schuster	Rainer Sturma	Wolfgang Wein	Harald Zur Hausen
Sabine Röhrenbacher	Klaus Schuster	Marion Subklewe	Gert Weinmann	
Elena Röhrl	Thomas Schützenhofer	Bonni Syeda	Ursula Weismann	

Medienpräsenz

PRAEVENIRE in der Presse und im Web

Das PRAEVENIRE Gesundheitsforum, die Aktivitäten und Veranstaltungen der PRAEVENIRE Initiativen 2030 sind in den auflagenstärksten österreichischen Medien präsent. Ziel der Medienarbeit ist die transparente Kommunikation über die Ergebnisse der PRAEVENIRE Gipfelgespräche, Talks, Dialoge und die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsexpert:innen und PRAEVENIRE Unterstützern.



PRAEVENIRE THEMEN in den Medien 2022

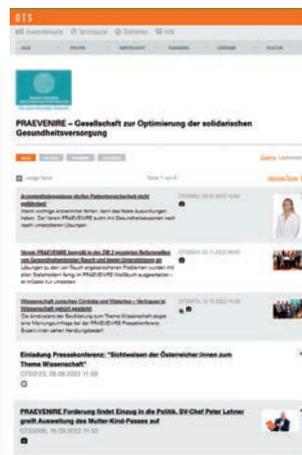
Folgen Sie den PRAEVENIRE Events und Aktivitäten auf



Schauen Sie auf der neuen PRAEVENIRE Webseite vorbei: www.praevenire.at



Stakeholder Magazin PERISKOP
Fachmagazin APOSKOP



Artikel über einen PRAEVENIRE Dialog in der Tageszeitung Kurier

Bericht über ein PRAEVENIRE Gipfelgespräch in Die Presse

PRAEVENIRE Pressroom bei der APA-OTS



Sechsstufige Sonderbeilage in der Tiroler Tageszeitung

Veranstungsbericht in der Wiener Zeitung

Eventbericht in der Bezirkszeitung der Regional Medien Austria

„GESUNDHEIT DER ZUKUNFT GESTALTEN“

Kinder malen für Kinder

Beim Projekt „Gesundheit der Zukunft gestalten“ handelt es sich um ein Kunstprojekt, bei dem Kinder zeichnerisch zu Papier bringen, wie sie sich die Zukunft der Gesundheit in Österreich vorstellen. Dabei orientieren sie sich an den Themenkreisen des PRAEVENIRE Jahrbuchs 2022/23.

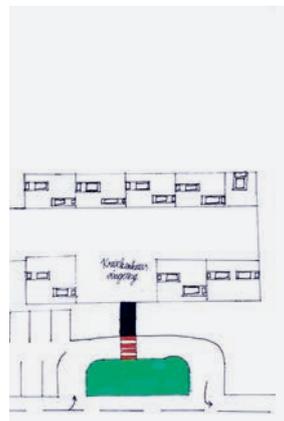
Für jeden Themenkreis wurden ein oder mehrere Bilder gezeichnet, die zeigen, wie sich Kinder die Zukunft der Gesundheit im jeweiligen Bereich vorstellen. Alle Bilder stehen zum Verkauf/zur Versteigerung zur Verfügung. Der gesamte, durch den Verkauf oder durch eine Versteigerung der Bilder erzielte Erlös, kommt ohne Abzüge dem Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation zugute. Das Projekt wurde umgesetzt vom gemeinnützigen Verein PRAEVENIRE in Kooperation mit dem Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich.

Neben den Titelbildern der einzelnen Themenkreise wurden auch noch die folgenden Bilder von den Kindern gestaltet.

PRAEVENIRE Initiative
Arbeitsmedizin 2030, Raphael, 9 Jahre

Wohnortnahe Versorgung und
Zentrumsmedizin, Florian, 10 Jahre

Gesundheitsberufe und
Ausbildung, Daniel, 10 Jahre



PRAEVENIRE Initiative Darm-
gesundheit 2030, Carla, 5 Jahre

PRAEVENIRE Initiative Brain
Health 2030, Linda, 8 Jahre

Gesundheitskompetenz und
Prävention, Diane, 4 Jahre



RÜCKBLICK

7. PRAEVENIRE GESUNDHEITSTAGE im Stift Seitenstetten 2022



18.–20. MAI

PRAEVENIRE Gesundheitstage im Stift Seitenstetten

Bereits zum siebenten Mal gastierten im Mai 2022 die PRAEVENIRE Gesundheitstage im Benediktinerstift Seitenstetten (NÖ). Die Teilnehmenden wurden vom Hausherrn und Abt des Stiftes Mag. Petrus Pilsinger, von Landesrat Dr. Martin Eichinger als Vertreter des Landes Niederösterreich und von der Vorarlberger Gesundheitslandesrätin Martina Rüscher, MBA, MSc. als Vorsitzende der Landeshauptleutekonferenz (via Videobotschaft) begrüßt. Last but not least eröffnete PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling die Gesundheitstage.

Insgesamt rund 700 Besucher:innen verfolgten das in hybridem Setting geplante abwechslungsreiche mehrtägige Programm in Seitenstetten. Mit den Themenblöcken „Darmgesundheit 2030“ inklusive einer Spezial-Keynote zur Bedeutung des Mikrobioms für die Gesundheit, „Osteoporose 2030“, „Forschung und Public Health 2030“, „Herzgesundheit 2030“ sowie „Pflege und Betreuung 2030“ wurden versorgungsrelevante PRAEVENIRE Initiativen vertiefend von Expert:innen erörtert und mit den Podiumsgästen diskutiert. Mit den Bereichen Sportmedizin und Prävention, Orthopädie im Kindes- und Jugendalter, Primärversorgung, dem Vorteil des präoperativen Rauchverzichts oder dem Bereich der Arzneimittelversorgung wurden insbesondere jene Gesundheitsthemen angesprochen, die die Lebensrealität der Bevölkerung unmittelbar betreffen.



SAVE THE DATE



8. PRAEVENIRE GESUNDHEITSTAGE im Stift Seitenstetten 2023

  www.praevenire.at

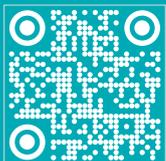
Gestalten Sie bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen die Zukunft der österreichischen Gesundheitsversorgung.

Es erwarten Sie Impulse hochkarätiger nationaler und internationaler Sprecher:innen und Diskussionen mit visionären Perspektiven. Akteure des österreichischen Gesundheitssystems treffen auf Expert:innen aus Medizin, Wissenschaft und Forschung.

Jeder Tag widmet sich einem Themenschwerpunkt wie zum Beispiel: Prävention, Diabetes, Onkologie, Darmgesundheit und vielen mehr. Hochkarätige Keynotes und Podiumsdiskussionen unter Einbeziehung des Plenums runden die PRAEVENIRE Gesundheitstage ab.

Die PRAEVENIRE Gesundheitstage in Seitenstetten werden vor dem Hintergrund der laufenden §15a Vereinbarungen sowie der neuen Vereinbarungen der Bundes-Zielsteuerungskommission und der Landes-Zielsteuerungskommission geführt.

Anmeldung und mehr Informationen unter



Eine Veranstaltung des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE –
Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung.

22. – 26. MAI

Rückblick

1. PRAEVENIRE SUMMER SCHOOL im Stift Seitenstetten 2022



22.-24. JUNI

Die Kinder hatten sehr viel Spaß bei der PRAEVENIRE Summer School.

Martin Eichinger richtete einleitende Worte bei der Eröffnung der PRAEVENIRE Summer School 2022 an die Schüler:innen.

Anita Frauwallner, Gründerin Allergosan, beantwortete im Rahmen des "Speed-Dating" die Fragen der wissbegierigen Jugendlichen.

PRAEVENIRE Summer School 2022

Im Rahmen der ersten PRAEVENIRE Summer School zum Thema „Bewegung & Gesundheit“ erarbeiteten Schüler:innen des Stiftsgymnasiums Seitenstetten gemeinsam mit führenden österreichischen Expert:innen aus den Bereichen Gesundheit und Sport wichtige Zusammenhänge zwischen Bewegung und Gesundheit. Die Schüler:innen bekamen z. B. einen ersten Einblick in evidenzbasiertes wissenschaftliches Arbeiten. Ziel der Workshops war es, zu den Themen Ernährung, Lernen und Psyche Arbeitshypothesen zu entwickeln, Lösungsansätze zu finden und Ziele bzw. Lösungsvorschläge für die Politik zu formulieren.

Die Kinder fordern:

- ✔ die Etablierung von psychologischer Hilfe
- ✔ die Einführung eines Unterrichtsfachs Resilienz nach dem Beispiel Englands
- ✔ die Ausweitung der Schuluntersuchungen, um Erkrankungen wie Hypercholesterinämie vorzeitig zu erkennen und rechtzeitig aktiv gegenzusteuern
- ✔ Maßnahmen zur Motivation für Bewegung an und durch Schulen, mehr Sportangebot an Schulen und abwechslungsreicher Sportunterricht
- ✔ Ernährung als Teil des Schulunterrichts

Bis Wissenschaft in den Klassenzimmern ankommt, dauert es meist einige Jahre. Nicht so im Stiftsgymnasium Seitenstetten. Hier haben heimische Wissenschaftler:innen sowie Spitzensportler:innen ihr Wissen rund um die Bedeutung von Bewegung für die Gesundheit weitergegeben. Unter den prominenten Teilnehmer:in-





Bei der PRAEVENIRE Summer School stellte die Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO) Margit Halbfurter den Beruf der Osteopathie vor und erklärte anschaulich, wie Bewegung und Ernährung mit dem Lernen zusammenhängen.

Kurt Widhalm, Präsident des Österreichischen Akademischen Institutes für Ernährungsmedizin, erarbeitete mit den Jugendlichen Handlungsaufforderungen zum Thema Bewegung und Ernährung.



Unter der Leitung von Piero Lercher, MedUni Wien, formulierte die Gruppe „Bewegung und Entwicklung“ passende Handlungsempfehlungen.

nen waren etwa Dr. Christoph Huber, Co-Founder von BioNTech, DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche, Leiterin der AGES Medizinmarktaufsicht, Dr. Beate Taylor, Medizinerin und Profisportlerin im Hürdenlauf, sowie Mirna Jukić, ehemalige Profschwimmerin. 30 Schüler:innen der Oberstufenklassen haben teilgenommen und die Erfolgsgeschichte der ersten PRAEVENIRE Summer School mitgeschrieben. „Die Summer School bietet eine einmalige Gelegenheit, Gesundheit spürbar zu machen und das Wissen, um die eigene Gesundheitskompetenz zu erweitern. Ich kann nur allen Teilnehmenden empfehlen, diese Chance gut zu nutzen und die eigenen Fähigkeiten, so gut es geht, zu stärken. Gemeinsam können wir einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass wir dabei die wissenschaftliche Basis und die vielen Erkenntnisse, die es bereits gibt, nicht außer Acht lassen“, betonte Dr. Martin Eichinger im Rahmen der Eröffnung. Er weist auch darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen dem Bildungsgrad und dem Gesundheitsbewusstsein evident ist: „Wir wissen viel zu den einzelnen Themen und müssen jetzt auch die Begeisterung dafür wecken.“ Er selbst geht mit gutem Beispiel voran und hält sich dabei an die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen 10.000 Schritte täglich.

Rückblick

Gruppenarbeiten „Bewegung & Gesundheit“

Anhand von vier Arbeitshypothesen zu den Themen Ernährung, Lernen, Psyche und Entwicklung bekamen die Schüler:innen der Oberstufenklassen einen ersten Einblick in evidenzbasiertes wissenschaftliches Arbeiten. Anschließend wurde in der jeweiligen Gruppe unter der Leitung von Dr. Bernadette Frech, Geschäftsführerin von Instahelp, der Plattform für psychologische Onlineberatung, Univ.-Prof. Dr. Kurt Widhalm, Präsident des Österreichischen Akademischen Institutes für Ernährungsmedizin, Univ.-Lekt. Dr. Piero Lercher, MedUni Wien sowie Mag. Stefan Rosenauer vom Kutschera Institut gemeinsam mit den Schüler:innen eine Reihe von Handlungsempfehlungen erarbeitet. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse wurden nicht nur am Schlußtag im Plenum präsentiert, sondern auch der österreichischen Medienwelt vorgestellt. Zusätzlich hatten die Jugendlichen die Möglichkeit, sich mit Personen aus dem Gesundheitswesen wie Margit Halbfurter, MSc D.O., Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie, Mag. Anita Frauwallner, Gründerin Allergosan, oder Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner in der Primärversorgungseinheit Haslach, auszutauschen und ihnen Fragen zu stellen.

Summer School war ein voller Erfolg

„Schule lebt durch Abwechslung und das ist mit der Summer School großartig gelungen“, resümierte Mag. Markus Berger, Direktor des Stiftsgymnasiums Seitenstetten, am Ende des Events. „In Workshops und Vorträgen in direkter Nähe zu Expert:innen konnten viele neue und interessante Dinge gelernt und ausgearbeitet werden, die wir in Zukunft sicherlich weiter gut für einen gesunden Lebensstil einsetzen können“, freute sich Schulsprecherin Victoria Aichinger über das Angebot. Auch Andreas Huss, MBA, Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse, hat viel für sich mitgenommen: „Ich möchte mich für die Ideen und Vorschläge bedan-

Unter dem Motto „Bewegung & Gesundheit“ wurde den Schüler:innen Wissenschaft nähergebracht und aufgezeigt, welche Möglichkeiten es im österreichischen Gesundheitswesen gibt, und wie wichtig Bewegung für den adoleszenten Körper ist.





Eva Höttl, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Zentrums für Public Health der MedUni Wien sowie Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Bank, Alexander Biach, Direktor-Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien, und Christa Wirthumer-Hoche, Leiterin der AGES Medizinmarktaufsicht, gaben den Schüler:innen Einblicke in das österreichische Gesundheitswesen. (v. l. n. r.).



Christoph Huber, Co-Founder von BioN-Tech, vermittelte theoretische Grundlagen in einer Sprache, Jugendliche verstehen. Andreas Huss, Obmann der ÖGK und Markus Wieser, Präsident der AK Niederösterreich motivierten die Schüler:innen zu kritischen Fragen über die Themen Gesundheit und das Gesundheitssystem (v. l. n. r.).

ken, die vonseiten der Schüler:innen kamen. Gerade bei jenen Themen, die den jungen Menschen wichtig sind, ist es unsere Pflicht als soziale Krankenversicherung, diese aufzugreifen und in Umsetzung zu bringen. Gesundheitsinformation und Gesundheitskompetenz sind stark von sozioökonomischen Faktoren abhängig. Statistiken zeigen durch die Bank, dass sozioökonomisch benachteiligte Personen weniger gesunde Lebensjahre verbringen. Daher ist es auch Aufgabe der Gesundheitskasse, Informationen zu Gesundheit, gesunder Ernährung und Bewegung möglichst niederschwellig an die gesamte Bevölkerung heranzutragen.“ PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling freute sich über das gelungene „Experiment“ und betonte die Bedeutung von Gesundheitskompetenz: „Nur wer Zusammenhänge versteht, kann auch sein Handeln danach ausrichten. Und das ist die Grundlage dafür, dass gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag ankommt. Das Ziel muss sein, dass wir ein gutes Leben führen, ohne uns dabei massiv einschränken zu müssen.“ Das Modell der PRAEVENIRE Summer School ist künftig zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen an mehreren Standorten in ganz Österreich geplant.

Wir danken unseren Sponsoren



Rückblick

2. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCHE KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT am Fuße der Rax 2022



Weitere Infos finden Sie auf www.praevenire.at und auf der Seite des Fördervereins Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich.

28. JUNI

Teilnehmende des Podiums: Vorstand der NÖ Landesgesundheitsagentur Konrad Kogler, Obmann des Fördervereins Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich Markus Wieser, NÖ Gesundheitslandesrätin Ulrike Königsberger-Ludwig und ÖGK Generaldirektor Bernhard Wurzer (v.l.n.r.).

PRAEVENIRE Initiative Kinder- und Jugendgesundheits

Neuer Fixpunkt für den Expertenaustausch: Zum zweiten Mal sind über 80 einschlägige Expert:innen am Fuße der Rax zusammengekommen, um sich an einem herrlichen Sommertag ganz dem Wohl, der Gesundheit und der Rehabilitation der jüngsten Bevölkerungsgruppe zu widmen.

Gleich vorweg das Resümee des Tages: Markus Wieser, Obmann des Fördervereins Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich, stellte zwei konkrete politische Forderungen: Erstens sei eine „Kinder- und Jugendgesundheitsmilliarde“ notwendig. „Jeder Cent, der in die Kinder- und Jugendgesundheits investiert wird, hilft bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen und spart dem Gesundheitssystem später ein Vielfaches ein.“ Zweitens beanspruchte Wieser: „Wir brauchen in Österreich ein eigenes Staatssekretariat für die Kinder- und Jugendgesundheits im Gesundheitsministerium, das die nächste Bundesregierung umsetzen muss.“ Die Gesundheitsexpert:innen, die Mitwirkenden an den Workshops und Plenumsbesucher:innen waren nach dem produktiven Gipfelgespräch so positiv gestimmt, dass dem Aufruf „Hirschwang soll das neue Alpbach für die Kinder- und Jugendgesundheits werden!“ ein zustimmender Applaus folgte.

Der Reihe nach: Zweites Gipfelgespräch in Folge

Die Ambitionen waren berechtigt, denn nach der erfolgreichen Premiere des ersten ganztägigen PRAEVENIRE Gipfelgesprächs war die Erwartungshaltung entsprechend hoch. Seit Beginn an stellen der Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich wie auch das PRAEVENIRE Gesundheitsforum hohe Ansprüche an die Gesundheitsversorgung für die Jüngsten in der Bevölkerung. Die beiden gemeinnützigen Vereine haben sich zusammengeschlossen, um dem wichtigen Anliegen eine prägnante Plattform zu geben. Nach der interessanten Auftaktveranstaltung im Vorjahr war allen Beteiligten klar, dass es eine Fortführung braucht, um den wichtigen Anliegen und Anforderungen eine kontinuierliche Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit zu verschaffen und den Erfordernissen und Forderungen an politi-



© Photonews.at/Georges Schneider



Keynotespeaker : Reinhold Kerbl, LKH Hochsteiermark und Generalsekretär der ÖGK; Paul Plener, MedUni Wien; Daniela Kohlfürst, Med Uni Graz; Eckhard Nagel, Universität Bayreuth (v.l.n.r).

sche Entscheidungsträger:innen Nachdruck zu verleihen. In den Tag gestartet wurde mit einer Podiumsdiskussion. Die niederösterreichische Gesundheitslandesrätin Ulrike Königsberger-Ludwig, der Generaldirektor der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) Bernhard Wurzer, der Vorstand der Landesgesundheitsagentur Konrad Kogler und der Obmann des Fördervereins Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich Markus Wieser zeigten Möglichkeiten zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich aus ihrer Perspektive und ihrem Handlungsspielraum.

Fortsetzung folgt: 2023 am Fuße der Rax

Der dritte PRAEVENIRE Kinder- und Jugendgesundheitstag findet am Mittwoch, 28. Juni 2023, statt. Die Veranstaltung im Parkhotel in Hirschwang wird somit zum Zentrum für den Austausch zwischen Gesundheitsexpert:innen, Wissenschaftler:innen, Fachleuten und Praktiker:innen. Damit wird eine kontinuierliche Weiterarbeit gewährleistet, um die relevanten Akteur:innen im Gesundheitssystem unterstützen und ihnen weiterhin kreative und praktikable Handlungsempfehlungen für die Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich anbieten zu können.

SAVE THE DATE



**3. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH
KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT 2030
am Fuße der Rax 2023**

28. JUNI

Rückblick

9. PRAEVENIRE GESUNDHEITS- GESPRÄCHE in Alpbach 2022



20.-22. AUG

Bei der „Open Alm“ mit dabei:
Hanns Kratzer,
PERI Group; Gerald
Gartlehner, Leitung
Department für
Evidenzbasierte
Medizin und Evaluation
an der Donau-
Universität Krems;
Christa Wirthumer-
Hoche, Leitung
Medizinmarktauf-
sicht, Österreichi-
sche Agentur für
Gesundheit und
Ernährungssicher-
heit und Mitglied
des EMA-Boards;
Erwin Rebhandl,
Allgemeinmediziner
und Präsident AM
PLUS und Andreas
Huss, Obmann der
ÖGK (v. l. n. r.).

Hochkarätige Gespräche und Netzwerkevent „OPEN ALM“

Die PERI Group hat auch im Jahre 2022 wieder dazu eingeladen, sich in Alpbach mit relevanten gesundheitspolitischen Themen auseinanderzusetzen. Damit wurde die alte Schafalm des Böglerhofs bereits zum neunten Mal Denkwerkstatt für Stakeholder, Expert:innen, Entscheidungsträger:innen sowie Betroffene. Gemeinsam wurde in einem hybriden Setting vor Ort und via Videokonferenz über aktuelle Themen, Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten im österreichischen Gesundheitssystem diskutiert. Bei den hochkarätigen Gipfelgesprächen auf der alten Schafalm standen Themen wie Adipositas, Darmgesundheit, Demenz, Diabetes, Harm-Reduction, Immunonkologie, aber auch Seltene Erkrankungen im Mittelpunkt.

Traditioneller Höhepunkt der PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach 2022 war die so genannte „Open Alm“, welche sich unter dem Titel „COVID-19-Potenzial ausschöpfen, jetzt impfen für den Herbst!“ der aktuellen Pandemielage widmete. Bei der Diskussion setzte sich eine hochkarätige Expertenrunde aus dem Gesundheitsbereich damit auseinander, welche Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung für den Herbst zu ergreifen sind und wie es mit der Impfung, als wirksamstem Präventionsinstrument, weitergeht.

Bezüglich der Maßnahmen zum Schutz der Bürger:innen für den Herbst begrüßten die Expert:innen das neue Angebot eines proteinbasierten Impfstoffs, der möglicherweise einen Teil der Bevölkerung abholen kann, die bis dato noch Bedenken bei mRNA- und Vektorimpfstoffen hatte. Der Hoffnung wurde Ausdruck verliehen, dass durch die Vielfalt der Impfstoffe die Impfquote in Österreich somit erhöht werden könne. Einig waren sich die Fachleute, dass die COVID-19-Impfung das wirksamste verfügbare Präventionsinstrument darstellt, und dass der Prävention in der Gesundheitsversorgung künftig in allen Bereichen ein größerer Stellenwert zukommen sollte.



© Gattinger

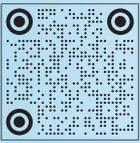
SAVE THE DATE



10. PRAEVENIRE GESUNDHEITSGESPRÄCHE in Alpbach 2023

  www.praevenire.at

Anmeldung und mehr Informationen unter



oder unter
office@periconsulting.at



Die PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach finden heuer bereits zum 10. Mal statt. Sie bestehen auch dieses Jahr wieder durch hochkarätige Teilnehmer:innen und spannende, gesundheitspolitisch relevante Themen in der idyllischen Atmosphäre des Alpbachtals. Führende Expert:innen der Gesundheitsbranche geben Einblicke in aktuelle und brisante Themen und garantieren den Teilnehmer:innen einen intensiven Austausch.

Eine Veranstaltung des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE – Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung.

6. – 10. JULI

Rückblick

**PRAEVENIRE
STUDIE**
im Billrothhaus, Wien



„Wissenschaft für die Menschen“

Der Sichtweise der Österreicher:innen zum Thema „Wissenschaft“ widmete sich eine Pressekonferenz der PRAEVENIRE Initiative „Wissenschaft für die Menschen“ am 11. Oktober 2022 im Billrothhaus in Wien. Präsentiert wurden die Ergebnisse der vom PRAEVENIRE Gesundheitsforum in Auftrag gegebenen Umfrage. Die durchführende Spectra Marktforschungsgesellschaft befragte mehr als 1.000 Österreicher:innen aller Alters- und Bildungsstufen. Dr. Walter Wintersberger, der die Umfrage leitete, fasste zusammen, dass die Bevölkerung quer über alle Regionen und Bildungsstandards der Wissenschaft und Forschung mehrheitlich Vertrauen schenkt, deutlich mehr als sie renommierten Medien, der Politik oder alternativen Medien vertraut. Allerdings wird an der Ehrlichkeit und Integrität von Wissenschaftler:innen gezweifelt. Die Studienergebnisse wurden im Rahmen einer Podiumsrunde mit hochkarätigen Gästen diskutiert: Dr. Hannes Androsch, Dr. Beatrix Volc-Platzer, Univ.-Prof. Christoph Huber, Dr. Eva Höltl und Univ.-Prof. Dr. Hannes Stockinger waren sich einig, dass es großzügigere Investitionen in Bildung und Wissenschaft benötigt und eine Steigerung von Transparenz in der Wissenschaftskommunikation dringend geboten ist.

11. OKT

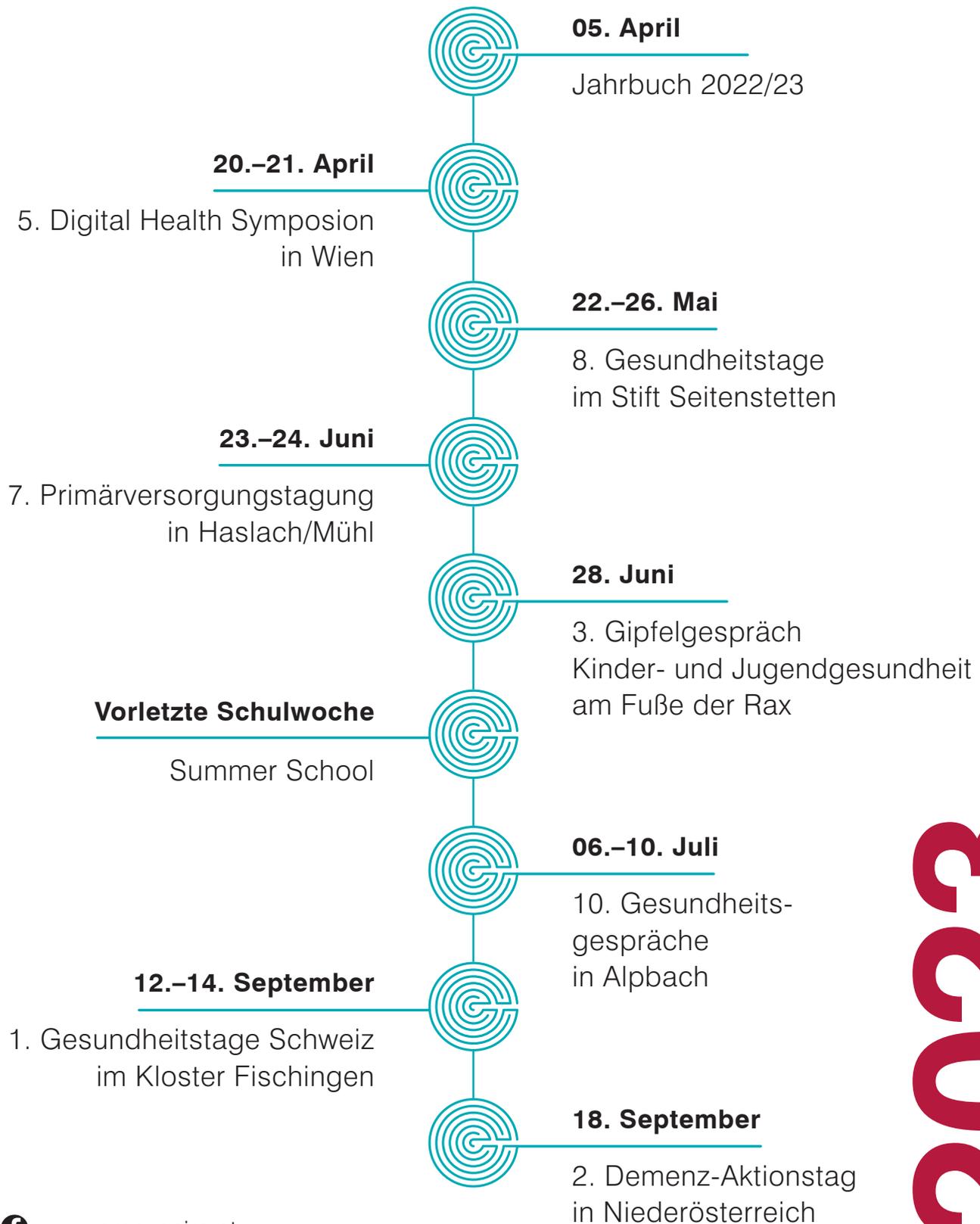
Die Podiumsgäste:
Christoph Huber,
Hannes Stockinger,
Eva Höltl, Beatrix
Volc-Platzer, Walter
Wintersberger und
Hannes Androsch
(v. l. n. r.).



© Kristzian Juhasz

TERMINE

DAS PRAEVENIRE JAHR



2023

PRAEVENIRE
INITIATIVE GESUNDHEIT 2030
Jahrbuch 2022/23

NACHDENKEN.
UMSETZEN.
JETZT!



PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft