

JAHRBUCH

PRAEVENIRE INITIATIVE GESUNDHEIT 2030 Handlungsempfehlungen für die Politik

  www.praevenire.at



2023/2024

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber: 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.: 01/4021341-13 | Redaktionsleitung: Mag. Beate Krapfenbauer; Redaktion Digital Health: Dr. Franz Leisch, Prof. Dr. Reinhard Riedl | Gestaltung und Produktion: Welldone Werbung und PR GmbH; Martina Eichhorn, Manuela Pöschko | Lektorat: Mag. Caroline Klima | Fotocredit: 2015 dotshock/Shutterstock | Fotografie der Kinderbilder: Thomas Gorisek | Druck: Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG, 2000 Stockerau | 1. Auflage: 500 Stück | www.praevenire.at

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Aussagen geben die Meinung der Kooperationspartner, Unterstützer und Experten wieder. Die in den Texten verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber 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: 08.03.2024

© 2024 PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030





**PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM**

PRAEVENIRE JAHRBUCH 2023/24

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

Umfassend versorgen!

Warum liegt bereits die vierte Version des PRAEVENIRE Jahrbuchs 2023/24 in Ihren Händen? Weil sich in den letzten Jahren im österreichischen Gesundheitssystem zwar einiges getan hat, aber nur wenig umgesetzt wurde. Die bekannten PRAEVENIRE Weißbücher und die PRAEVENIRE Jahrbücher sind in den Fachkreisen – von der Apothekerschaft und der Ärzteschaft über die Forschung und Wissenschaft bis hin zur Versorgungsplanung – zu **DEM Leitfaden für die politischen Entscheidungsträger** in Österreich geworden. Aber die **Herausforderungen für das Gesundheitswesen** sind geblieben und damit bleibt es die zentrale Arbeit für den gemeinnützigen Verein PRAEVENIRE, gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung gemeinsam mit den PRAEVENIRE Partner:innen und Expert:innen zu erarbeiten.

Zuwendungsmedizin statt Absicherungsmedizin!

Die Politik darf das große Ganze im Gesundheitssystem nicht aus den Augen verlieren. Kleine Schritte sind zu wenig – eine Kassenverhandlung hier, ein neuer Therapievertrag dort –, das wird weder für den steigenden Versorgungsbedarf noch für die Bedürfnisse von Patient:innen in Zeiten der Präzisionsmedizin ausreichen. Die Finanzausgleichsverhandlungen wären wieder einmal eine Chance gewesen, den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen und Doppelgleisigkeiten im Gesundheitssystem zu minimieren. Kleine Schritte wurden gesetzt, ohne große Wirkung zu zeigen. Die Gesundheitsversorgung darf nicht von der Postleitzahl abhängen. Die wohnortnahe Primärversorgung muss in den entlegensten Regionen für die Menschen sein, die Spitzenmedizin beispielsweise für onkologische Patient:innen zugänglich, die innovativen Therapien für Menschen mit seltenen Erkrankungen finanzierbar sein.

Case Management mit Disease Management Programm verknüpfen!

Die Durchgängigkeit der Versorgung muss für alle Menschen gleich gewährleistet sein: mit einem niederschweligen Zugang zur bestmöglichen Versorgungsebene. Der Wirkungskreis im Gesundheitswesen darf nicht erst bei einem akuten Krankheitsfall einsetzen oder ein langjähriges Leiden unter einer chronischen Erkrankung symptomatisch betrachten. Das System muss viel früher ansetzen: bereits mit der Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Kindergärten und Schulen und mit einem breiteren Präventionsangebot im Eltern-Kind-Pass. Ziel ist es, dass die Menschen wissen, wann sie sich wohin wenden müssen. Im besten Fall kennen bereits Kinder die Gesundheitshotline 1450. Zu wünschen, nein, zu fordern ist es, dass es für jede, für jeden Einzelne:n, für nahezu jede (chronische) Erkrankung ein Case Management gibt. Ein solches führt die Menschen durchs System, ohne Umwege mit wenig Wartezeit (Frühe Diagnose!) zu der für sie besten Versorgungsstelle (Best Point of Care). Für Menschen mit Diabetes mellitus beispielsweise gibt es das österreichweite Disease Management Programm (DMP) „Therapie Aktiv“. Ein per se erfolgreiches Projekt wie dieses sollte auch auf die anderen Krankheiten „übertragen“ werden. Und verknüpft mit einem Case Management könnte die Teilnehmerzahl rasch steigen. Dafür braucht es für Ärzt:innen attraktive Anreize und für Betroffene mehr Bewusstseinsbildung und eine Bekanntheitssteigerung vorhandener Angebote.

Im Fokus: Digital Health und Diabetes

Im PRAEVENIRE Jahr 2023/24 sind die zwei PRAEVENIRE Initiativen Digital Health und Diabetes thematisch in den Vordergrund gerückt. Die Digitalisierung muss zum Vorteil für alle Beteiligten im Gesundheitswesen weiter vorangetrieben werden. ELGA als System zwischen Patient:in und Ärzt:in ist als digitale Infrastruktur viel breiter zu nutzen. Die Gesundheitsberufe brauchen einen Zugang zum System, zu den Gesundheitsdaten, um mit den Betroffenen zielführender an ihrer Therapie zu arbeiten. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) können die Menschen bei ihren Verhaltens- und Lebensstiländerungen unterstützen, sie zu Therapietreue (z. B. nach einem Reha-Aufenthalt, zu pünktlicher Medikamenteneinnahme) motivieren. Warum außerdem die österreichische e-Health-Strategie rasch fortgesetzt werden muss und wem das Patient Summary (digitaler Notfalldaten-Pass) nützt, das lesen Sie in diesem PRAEVENIRE Jahrbuch 2023/24. Wir haben bei den PRAEVENIRE Aktivitäten gemeinsam mit Gesundheitsexpert:innen nachgedacht und die dringend erforderlichen Maßnahmen zusammengefasst. Jetzt sind die politischen Akteur:innen an der Reihe: Nachdenken.Umsetzen.Jetzt! www.praevenire.at



Ich möchte mich persönlich und im Namen des PRAEVENIRE Vorstands bei allen Expert:innen und PRAEVENIRE Partner:innen für ihr Mitwirken bedanken!



**Ihr Präsident
Dr. Hans Jörg Schelling**

Verein PRAEVENIRE – Gesellschaft zur Optimierung
der solidarischen Gesundheitsversorgung

Im Gespräch: PRAEVENIRE Vorstandsmitglied Gunda Gittler

Die Apothekerin Mag. pharm. Gunda Gittler, MBA, aHPH, ist Vorstandsmitglied des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE – Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung und stellvertretende PRAEVENIRE Präsidentin. Im Gespräch für das PRAEVENIRE Jahrbuch wirft sie einen Blick auf das PRAEVENIRE Jahr 2023 zurück und zeigt, mit welcher Schwerpunktsetzung sie die Themen und Aktivitäten mitgestaltet.

Ihr erstes Jahr als PRAEVENIRE Vorstandsmitglied war sehr ereignisreich. Wie sieht Ihr Resümee aus?

Die wichtigsten gesundheitspolitischen Ereignisse waren natürlich jene rund um die Finanzausgleichsverhandlungen (FAG) und die damit verbundenen „Reformen“ für das Gesundheits- und Pflegesystem. Ich setze „Reformen“ bewusst unter Anführungszeichen, weil ich glaube, das Ergebnis ist eher eine Schönheitskorrektur. Für tiefgehende Reformen, das wusste man, hätte es eine Eintopffinanzierung gebraucht. Dazu konnte man sich aber auch diesmal politisch nicht durchringen und es wurden wieder einmal Kompromisse gemacht. Deshalb sehe umso mehr die Relevanz für unsere Weiterarbeit und das Engagement, sich für ein solidarisches und finanzierbares Gesundheitssystem in Österreich einzusetzen. Die Umsetzung liegt bei den politischen Akteur:innen.

Ende 2023 wurde die Gesundheits- und Pflegereform im Nationalrat beschlossen. Was hat sie aus Ihrer Sicht Positives gebracht, welche Aspekte fehlen?

Essenziell sind die Arzneimittelversorgungssicherheit und die Leistbarkeit von innovativen Therapien. Es wurden Maßnahmen wie das Bewertungsboard beschlossen. Viele sind aber nicht grundlegend durchdacht, sondern oberflächlich und lückenhaft gestaltet. Ich gehe davon aus, dass es hier noch großen Diskussionsbedarf geben wird, nämlich zu dem „Wie“, wie eben zum Beispiel dieses neue Instrumentarium zur Bewertung von Medikamenten im Krankenhaussektor ausgestaltet wird. Meine Sicht darauf ist aus der Perspektive der Versorgungssicherheit: Die bestehenden und vor allem innovative Medikamente müssen den Patient:innen einfach zugänglich bleiben und sowohl für das System als auch für die Betroffenen leistbar sein. Und das ist möglich, auch ohne ein dazwischengeschaltetes Bewertungsboard.

Österreichweit liegen die Medikamentenkosten im Spitalsbereich im einstelligen Prozentbereich. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren gleich geblieben. Die Basis für ein finanzielles Einsparungspotenzial ist daher schon gering. Für das Bewertungsboard geht man von drei Millionen Euro Verwaltungsaufwand aus. Und bedingt durch die neuen bürokratischen Entscheidungsprozesse kann mit Zeitverzögerungen für Therapieentscheidungen gerechnet werden. Es ist befremdlich, dass die Vertreter:innen des Boards eine Bewertung abgeben, ohne dafür eine Therapieverantwortung zu übernehmen.

Österreich hat als „kleines“ Land einen kleinen Arzneimittelmarkt, sowohl von der Packungsanzahl ausgehend als auch vom Volumen her, das etwa ein halbes bis ein Prozent vom Weltmarkt ausmacht. Wir sollten, mit unserem hohen sozialen und



Vieles wurde für die Gesundheitsreform beschlossen, aber nicht grundlegend durchdacht. Es gibt noch viel Diskussionsbedarf!

Sicherheitsstandard darauf schauen, dass wir weiterhin einen frühzeitigen Zugang zu innovativen Therapien für die Patient:innen haben.

Das PRAEVENIRE Gesundheitsforum hat noch viel vor. Was sind die Eckpunkte in diesem Jahr?

Versorgungssicherheit mit Arzneimitteln, das bleibt weiterhin ein Thema. Ebenso wie die Finanzierung und der Zugang zu innovativen Therapien für alle Patient:innen, unabhängig von ihrem Wohnort.

Wir sollten uns mehr darauf konzentrieren, Daten zu generieren. Wir investieren viel in das System, aber wir regenerieren sehr wenig daraus. Gesundheitsdaten sind wichtige Basis für die pharmazeutische Forschung und Industrie. Die Datenerhebung gehört in den Aufgabenbereich der öffentlichen Hand. Was wir im Gesundheitsbereich brauchen, sind Real-World-Daten. Sie sind die Grundlage für die Wissenschaft, z. B. für die onkologische Spitzenforschung. Derzeit wird mit Studienten gearbeitet, auch dem Bewertungsboard liegen sie als Entscheidungsgrundlage vor.

Persönlich ist mir wichtig, und so wird es im PRAEVENIRE Gesundheitsforum auch gehandhabt: Die Expertise kommt von Expert:innen. Beispielsweise kann ich auf über 24 Jahre pharmazeutische Erfahrung und Expertise in der Arzneimittelbeschaffung zurückgreifen. Die Apotheker:innen kennen das Beschaffungswesen, die Krankenhausapotheker:innen sind sehr gut vernetzt, alle haben mit ihrem Einsatz während der Coronakrise u. a. die Lieferschwierigkeiten bei Medikamenten und Medizinprodukten überbrückt. Umso mehr freut es mich, mit den PRAEVENIRE Partnern, den Wissenschaftler:innen, der Ärzteschaft, den Vertreter:innen der Gesundheitsberufe und mit den Patientenvertreter:innen im kommenden PRAEVENIRE Jahr gemeinsam die dringend erforderlichen Maßnahmen für das Gesundheitswesen in Österreich erarbeiten zu dürfen.

Herzlichen Dank für das Gespräch!



Stakeholderevent

JAHRBUCH-PRÄSENTATION
im Billrothhaus in Wien



05. APRIL

*PRAEVENIRE
Präsident Hans
Jörg Schelling
eröffnete die Pres-
sekonzferenz. Die
Expert:innen
(v. l.) Alexander
Biach, Karl Lehner,
Markus Wieser,
Wilhelm Marhold,
Gunda Gittler, Erwin
Rebhandl und
Andreas Stippler
(nicht im Bild)
stellten aus ihren
Perspektiven kon-
krete Lösungen
zur Behebung
des Desasters im
österreichischen
Gesundheitswesen
vor.*

Höchste Zeit für eine Struktur- und Leistungsreform

Das PRAEVENIRE Jahrbuch Version 2022/23 wurde neu konzipiert und den mitwirkenden Expert:innen und gesundheitspolitischen Akteur:innen am Mittwoch, 5. April 2023 im Billrothhaus in Wien präsentiert. Die geladenen PRAEVENIRE Unterstützer:innen, Gäste und Medienvertreter:innen erhielten einen ersten Einblick in die frisch gedruckte „Guideline“ zur strategischen Planung und Optimierung des österreichischen Gesundheitssystems. Die dringend erforderlichen Maßnahmen wurden im PRAEVENIRE Jahr 2022/23 gemeinsam mit Gesundheitsexpert:innen und den PRAEVENIRE Unterstützer:innen erarbeitet und in 16 Themenkreisen zusammengefasst.

Im Fokus der PRAEVENIRE Pressekonferenz und Podiumsdiskussion „**Desaster im Gesundheitssystem**“ standen folgende Gesundheitsthemen:

- Die **PRAEVENIRE Initiative Kinder- und Jugendgesundheit 2030** repräsentierten Markus Wieser, Obmann des Fördervereins Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich und Präsident Arbeiterkammer Niederösterreich, und Univ.-Prof. Dr. Paul Plener, MHBA, Leiter der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Wien, Universitätsklinikum AKH Wien.



- Die **PRAEVENIRE Initiative Spital 2030** wurde vertreten durch den Gynäkologen und Krankenhausmanager Dr. Wilhelm Marhold und Dr. Andreas Stippler, Bundesfachgruppenobmann der Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.
- Zur **Medikamentenversorgung** wurden die Hintergründe von Allgemeinmediziner Dr. Erwin Rebhandl, Präsident von AM PLUS – Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit, und Mag. pharm. Gunda Gittler, MBA, aHPH, Leiterin der Apotheke des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Linz, erläutert.
- Dr. Alexander Biach, Direktor-Stellvertreter Wirtschaftskammer Wien, sprach in seiner Keynote über die **Finanzausgleichsverhandlungen** und die zentralen Punkte für das Gesundheitssystem.

Die Expert:innen waren sich bei der Diskussionsrunde im Anschluss an die Vorträge einig: Es muss eine **Neustrukturierung in der Patient:innenversorgung** geben, sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich. PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling betonte zusammenfassend, dass die dringend erforderlichen Maßnahmen vor allem die durchgehende Digitalisierung des Gesundheitswesens, der Bereich Vorsorge und Früherkennung, die Neuordnung der Berufsrechte der Gesundheitsberufe, die Konzentrierung von medizinischen Leistungen im Rahmen der Spezialisierung und der Ausbau der Angebote für chronisch kranke Menschen sind.

Zeichenprojekt: Gesundheit der Zukunft gestalten

Die Menschen und Patient:innen sind es jedenfalls, die bei allen Maßnahmen im Mittelpunkt stehen sollen. Im PRAEVENIRE Jahrbuch 2022/23 war die Kinder- und Jugendgesundheit ein zentrales Thema. Deshalb hatte der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE das Projekt „Gesundheit der Zukunft gestalten“ initiiert, bei dem Kinder ihre Vorstellungen zu den 16 Gesundheitsthemen im PRAEVENIRE Jahrbuch malerisch ausdrückten. Die Originalbilder wurden erstmals im Rahmen dieser Pressekonzferenz ausgestellt. Einzelne Bilder stehen weiter zum Verkauf, der Erlös kommt dem Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich zugute. Der detaillierte Nachbericht ist als PERISKOP Artikel online abrufbar: <https://www.periskop.at/vorstellung-praevenire-jahrbuch-2022-23>



Wilhelm Marhold ist als ehem. Generaldirektor des Wiener Gesundheitsverbands ein Kenner des Spitalwesens und kritisierte dessen mangelhafte Modernisierung.

Für Karl Lehner, Geschäftsführer der OÖ Gesundheitsholding, ist das Niederreißen von Barrieren notwendig, um eine strukturelle Gesundheitsreform erwirken zu können.



*Wir bleiben mit den
Entscheidungssträgern
im Dialog!*

„Solidarische Gesundheitsversorgung ist unser Ziel“

Im Vorjahr wurde Mag. Oliver Brosch, MA, zum Generalsekretär des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE bestellt. Dr. Franz Leisch ist seit 2023 Chief Digital Officer. Gemeinsam werfen sie mit der Jahrbuch-Redaktion einen Blick zurück auf das PRAEVENIRE Jahr 2023/24. Gleichzeitig geben sie einen Ausblick auf die kommenden Aktivitäten und einen Einblick in ihre Ideen und Visionen von einem solidarischen und finanzierbaren Gesundheitssystem.

Welcher Weg hat Sie beide zum PRAEVENIRE Gesundheitsforum geführt?

OLIVER BROSCH: PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling ist mein Anknüpfungspunkt zum gemeinnützigen Verein. Er hat mich gefragt und ich bin seinem Ruf gefolgt.

FRANZ LEISCH: Mein Weg zum PRAEVENIRE Gesundheitsforum führte über das Digital Health Symposium im Vorjahr. Während dieser Kongresstage lernte ich die Vorstandsmitglieder kennen. Es ergab sich, dass sie mich fragten, ob ich zu Digitalisierungsthemen mitarbeiten möchte, nicht nur punktuell als Experte bei einzelnen Diskussionen, sondern das ganze Jahr über als Mitglied für das PRAEVENIRE Team. Und so bin ich dieses Jahr als Chief Digital Officer (CDO) selbst federführend für das Digital Health Symposium 2024 tätig.

Wie sieht Ihr erstes Resümee für das Premierenjahr aus?

BROSCH: Wir konnten gemeinsam die Inhalte und Positionen der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 verschärfen. Und die Lautstärke der Botschaften durch die verstärkte Kommunikationstätigkeit erhöhen.

LEISCH: Für das PRAEVENIRE Gesundheitsforum habe ich die grundlegende Möglichkeit von Beginn an darin gesehen, meine sehr spezifischen Fachkenntnisse in zwei Bereichen, als Mediziner und als ehemaliger ELGA-Geschäftsführer, einzubringen. Inhaltlich konnte ich den Schwerpunkt auf Digital Health setzen und dieses Thema auf den nächsten Level bringen.

Welche Meilensteine wollen Sie als „jüngste“ Mitglieder im PRAEVENIRE Team setzen?

LEISCH: Im Rahmen von Digital Health, das ich in allen Facetten einbinden möchte, ist das Kernthema sicherlich, das Patient Summary weiterzubringen. Und auch ELGA muss on top der Tätigkeiten bleiben, in dem Sinne, dass man diese wichtige Infrastruktur im Gesundheitswesen tatsächlich zum Einsatz bringt. Aktuell relevant sind auch der European Health Data Space (EHDS), der sozusagen die Datenverwendung neu regeln soll, und natürlich die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs).

BROSCH: Mit den vielfältigen Tätigkeiten im Rahmen des PRAEVENIRE Gesundheitsforums haben wir eines geschafft: den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Mein aktueller und wichtigster zu setzender Meilenstein im aktuellen PRAEVENIRE

Jahr ist die Arbeit zum Medikamenten-Bewertungsboard, das bereits gesetzlich implementiert wurde. Das Bewertungsboard bietet den Patient:innen die Chance auf einen bundesweit einheitlichen, gleichen Zugang zu der für sie besten Therapieoption, unabhängig von der Postleitzahl ihres Wohnortes, sondern abhängig von ihrer Erkrankung und der State-of-the-Art-Versorgung.

Mit neuem Schwung geht es in die nächsten PRAEVENIRE Jahre. Was haben Sie vor?

LEISCH: Mit dem Digital Health Symposium 2024 im April starten wir sehr intensiv mit der Auseinandersetzung zum Thema digitale Transformation im Gesundheitswesen. Das wird uns inhaltlich das ganze Jahr über und bei allen PRAEVENIRE Events begleiten.

BROSCH: Dieses Jahr steht ein „Superwahljahr“ an. Das PRAEVENIRE Gesundheitsforum will die Themen, die in den letzten Jahren angesprochen wurden und zum Teil schon in Umsetzung sind, verstärkt auf die sachpolitische Ebene bringen. Mir ist es ein besonderes Anliegen, unsere legitimen Wünsche und die wichtigen PRAEVENIRE Forderungen an die Entscheidungsträger:innen heranzutragen und mit ihnen im Dialog zu bleiben. Und das PRAEVENIRE Jahrbuch, das hier vorliegt, ist de facto eine Empfehlung für jene Akteur:innen im Gesundheitsbereich, die in diesem Jahr Akzente setzen können.

Was bedeutet „Gesundheit“ für Sie persönlich?

BROSCH: Was mich mit der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit sehr verbindet, das ist das Präventionsthema. Dementsprechend achte ich persönlich erstens auf gesunde Ernährung, ohne Verzicht zu üben. Wobei ich Wert lege auf heimische, regionale Produkte. Zweitens ist für mich die regelmäßige Bewegung in der Natur, in meiner Heimat in Niederösterreich, wichtig. Die dritte wichtige Basis ist die psychische Gesundheit. Die Familie und Freunde sind das, worum es im Leben geht, und so kommt die psychische Gesundheit zustande.

LEISCH: Gesundheit ist für mich noch epochaler, sie ist das, was Freiheit ausmacht. Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern kümmert sich sozusagen das solidarische Gesundheitswesen darum, dass wir uns um das Thema Gesundheit keine Sorgen machen müssen. Beispielsweise verlierst du nicht deinen Job, wenn du krank wirst. Im Alltag ist für mich wichtig, dass die Menschen, auch wenn sie in einem kleinen Ort wohnen, regional versorgt sind und nicht Wochen auf einen Arzttermin warten müssen.

Herzlichen Dank für das Gespräch!

**Franz Leisch und
Oliver Brosch**



*Die PRAEVENIRE
Forderungen gehören auf
die sachpolitische Ebene.*



PRAEVENIRE

Dringend erforderliche Maßnahmen

Seite 14

01. PRAEVENIRE Initiative Digital Health 2030

» Patient Summary – ELGA – Gesundheitsdaten – DiGAs – Wartezeiten – KI «

PRAEVENIRE FORDERT: Endlich umsetzen!

- ✓ Patient Summary in Österreich umsetzen!
- ✓ Elektronische Gesundheitsakte **ELGA** ausbauen!
- ✓ **Gesundheitsdaten** nützen – EHDS vorbereiten!
- ✓ **Digitale Gesundheitsanwendungen** (DiGAs) erstatten!
- ✓ **Wartezeiten** durch Digitalisierung reduzieren!
- ✓ **Künstliche Intelligenz** im Gesundheitswesen forcieren!

Seite 24

02. Patientenorientierte Versorgung

» Frühe Diagnose – Social Prescribing – Arbeitsmedizin – Gesundheitsmetropole Wien – Seltene Erkrankungen «

PRAEVENIRE FORDERT: Endlich umsetzen!

- ✓ **Frühe Diagnose und frühe Therapie** in den Fokus der Gesundheitsplanung stellen!
- ✓ **Social Prescribing in der Primärversorgung** etablieren und finanzieren!
- ✓ Kompetenzen der **Arbeitsmediziner:innen** und Schulärzt:innen erweitern!
- ✓ **Nahtlose** patientenorientierte Behandlungspfade schaffen!
- ✓ **Einheitliche State-of-the-Art-Therapieversorgung für alle** ermöglichen!

Seite 36

03. Gesundheitsberufe und Ausbildung

» Berufsrechte – Gesundheitsberuferegister – Personalplanung «

PRAEVENIRE FORDERT: Endlich umsetzen!

- ✓ **Bewusstsein für Gesundheitsberufe** bereits in Schulen bilden!
- ✓ **Gesundheitsberufe in Kindergärten und Schulen** zur Gesundheitsförderung einbinden!
- ✓ **Gesundheitsberuferegister-Gesetz** als Planungsgrundlage etablieren und überarbeiten!
- ✓ **Lebenshaltungskosten während der Ausbildung** finanzieren!
- ✓ Zur Verringerung der Wartezeiten **mehr Kassenplätze** (z. B. Diätologie) schaffen!

Seite 44

04. Gesundheitssystem: Prävention hat Priorität!

» Gesundheitskompetenz – Wissenschaft und Forschung – Arzneimittelversorgung «

PRAEVENIRE FORDERT: Endlich umsetzen!

- ✓ **Bewegung auf Rezept** als wichtige Präventionsmaßnahme ermöglichen!
- ✓ **Patientenengagement** für gesundheitsfördernde Lebensstiländerungen belohnen!
- ✓ Therapie-Adhärenz der Patient:innen durch **Health Literacy** fördern!
- ✓ Eltern-Kind-Pass zu einem **lebensbegleitenden Präventionspass** weiterentwickeln!
- ✓ **Vertrauen der Menschen in Wissenschaft und Forschung** aufbauen!

FORDERT

05. PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030

» *Diabetesmanagement – DMP Therapie aktiv 2.0 – Diabetesregister* «

Seite 52

PRAEVENIRE FORDERT: Endlich umsetzen!

- ☑ Mit einem **Modell** in drei Versorgungsebenen den niederschweligen Zugang zu Diagnose und spezifischer Betreuung bieten!
- ☑ Von einem arztzentrierten System auf einen **multiprofessionellen Ansatz der Diabetesversorgung** umstellen!
- ☑ DMP zu „**Therapie aktiv 2.0**“ **weiterentwickeln**, um die Teilnehmer:innenanzahl zu steigern!
- ☑ Die Normalisierung des **Blutzuckerspiegels** als Ziel therapeutischer Interventionen bei Typ-2-Diabetes definieren!
- ☑ Ein bundesweit einheitliches **Diabetesregister** aufbauen, als Basis z. B. für die Forschung und Versorgungsplanung!

06. PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

» *Darmgesundheit – Lebergesundheit – Lungengesundheit – Onkologie – Orthopädie* «

Seite 58

PRAEVENIRE FORDERT: Endlich umsetzen!

- ☑ Ein bundesweit einheitliches **Koloskopie-Vorsorgemodell** nach dem Vorarlberger Vorbild etablieren!
- ☑ Früherkennung von **Leberstrukturveränderungen** in die Vorsorgeuntersuchung aufnehmen!
- ☑ Ein **Pilotprojekt** für ein Programm zur Lungenkrebsfrüherkennung entwickeln!
- ☑ Das **abgestufte Onkologie-Versorgungsmodell** für den strukturierten Zugang tatsächlich nutzen!
- ☑ **Orthopädische Konzepte für richtiges Bewegen und Belasten** als Vorsorge aufwerten!

07. Kinder- und Jugendgesundheit

» *Versorgung – Psychopharmaka – Transitionsmedizin – Rehabilitation* «

Seite 70

PRAEVENIRE FORDERT: Endlich umsetzen!

- ☑ **Gesundheitsdaten** in Schulen und Gesundheitseinrichtungen umfassend erheben und die Nutzung für Versorgungsplanung und Wissenschaft ermöglichen!
- ☑ **Eitern-Kind-Pass bis zur Volljährigkeit** verlängern und um Maßnahmen zur Transitionsbegleitung und Rehabilitationsbedarf ergänzen!
- ☑ **Transitionsmedizin etablieren** und den jungen Erwachsenen „Transition-Case-Manager“ nach kanadischem Vorbild zur Seite stellen!
- ☑ **Expertenzentren** für Kinder- und Jugendmedizin im niedergelassenen Bereich aufbauen, u. a. für chronische, onkologische, seltene und psychische Erkrankungen!
- ☑ Personalmangel durch Ausbildung und **Attraktivierung pädiatrischer Gesundheitsberufe** entgegenwirken!



LINDA | 9 Jahre



Rückblick auf das 5. Digital Health Symposion 2023

01. DIGITAL HEALTH

01. Digital Health

» Patient Summary – ELGA – Gesundheitsdaten – DiGAs – Wartezeiten – KI «

ERFOLGE: Regierung greift PRAEVENIRE Forderungen auf

Gesundheitsreform „digital vor ambulant vor stationär“

Die Regierung hat die Gesundheitsreform unter den Slogan „digital vor ambulant vor stationär“ gestellt und dabei einige der in den Jahren zuvor erarbeiteten PRAEVENIRE Forderungen aufgegriffen. Dazu gehören unter anderem der **Ausbau der digitalen Infrastruktur** und die **Erweiterung der e-Health-Services**, die **Nutzung der Gesundheitsdaten** – vorerst nur für die Verwaltung – und die **Erstattung von Digitalen Gesundheitsanwendungen**. Die Regierung setzt insbesondere auf die **Weiterentwicklung von 1450**, die Schaffung von **e-Health-Angeboten in der Regelversorgung**, die **Diagnosecodierung** im niedergelassenen Bereich und die **Anbindung von ELGA** und e-card-Services für Wahlärzte.

Nationale e-Health-Strategie

Die Einführung der e-Health-Strategie markiert einen aner kennenswerten Prozess im österreichischen Gesundheitswesen. Nachdem die Regierung 2023 den allgemein gehaltenen Digital Austria Act präsentiert hatte, legt nun das Gesundheitsministerium mit einer spezifischen e-Health-Strategie nach. Diese wird von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) koordiniert und soll noch 2024 fertiggestellt werden. Besonders hervorzuheben ist, dass die Strategie unter Einbindung der Stakeholder entwickelt wird, was eine breite Akzeptanz und Effektivität der Maßnahmen gewährleisten soll. Mit diesem Schritt folgt Österreich dem Beispiel Deutschlands, das bereits 2023 eine eigene e-Health-Strategie vorgestellt hat.

PRAEVENIRE FORDERT: Endlich umsetzen!

- ☑ **Patient Summary** in Österreich umsetzen!
- ☑ Elektronische Gesundheitsakte **ELGA** ausbauen!
- ☑ **Gesundheitsdaten** nützen – EHDS vorbereiten!!
- ☑ **Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs)** erstatten!
- ☑ **Wartezeiten** durch Digitalisierung reduzieren!
- ☑ **Künstliche Intelligenz** im Gesundheitswesen forcieren!

Expertisen und Handlungsempfehlungen

Die **Priorisierung der digitalen Revolution im Gesundheitswesen** mit dem Leitsatz „digital vor ambulant vor stationär“ in der Gesundheitsreform der Regierung spiegelt sich in den jährlichen Investitionen nicht wider: 51 Millionen Euro werden zusätzlich für digitale Initiativen bereitgestellt, während der ambulante Sektor 300 Millionen Euro und der stationäre Bereich sogar 600 Millionen Euro zusätzlich vom Bund erhalten. Diese Verteilung wirft die Frage auf, ob die **Finanzierungspriorität** nicht eigentlich umgekehrt angesetzt werden sollte, um die Digitalisierung gemäß dem Leitsatz vorrangig zu stützen. Wenn man bedenkt, dass die rund 60 Millionen Euro die Gesamtausgaben für digitale Projekte inklusive ELGA, telefonische Gesundheitsberatung 1450, Datennutzung und mehr abdecken sollen, wirft dies Fragen über die Effektivität dieser Investition auf. Die Behauptung, dass mit dieser Summe die Digitalisierung tatsächlich vorangetrieben werden kann, erscheint unrealistisch. **Ein Budget von sechs Euro pro Jahr und Bürger** für die Digitalisierung im Gesundheitsbereich ist **im internationalen Vergleich sehr wenig**. Folglich wird Österreich in Bezug auf die digitale Transformation des Gesundheitswesens noch weiter zurückfallen.

Versorgungsoptimierung: „zu Hause“ vor „ambulant“ vor „stationär“

Der in der Gesundheitsreform von der Regierung neu formulierte Slogan „DIGITAL vor AMBULANT vor STATIONÄR“ trifft nicht den Kern des aktuellen Bedarfs im Gesundheitswesen, da die Digitalisierung mittlerweile quer durch alle Versorgungsebenen eine Rolle spielt. Ein treffenderer Ansatz wäre „ZU HAUSE vor AMBULANT vor STATIONÄR“, der den **Fokus stärker auf die Prävention und die Behandlung im häuslichen Umfeld** legt, bevor ambulante oder stationäre Maßnahmen in Betracht gezogen werden. Diese Umorientierung spiegelt besser die **Bedeutung der Telemedizin und der digitalen Gesundheitsdienste** wider, **die eine Versorgung zu Hause ermöglichen und unterstützen**.

01.1. Patient Summary – der digitale Notfalldaten-Pass

Das Patient Summary ist als digitaler Notfalldaten-Pass konzipiert, der einen schnellen Überblick über die wesentlichen medizinischen Informationen einer Person bietet. Das Patient Summary wird fortlaufend aktualisiert, um Ärzten und medizinischem Personal unmittelbaren Zugang zu kritischen Gesundheitsinformationen zu ermöglichen. Dazu gehören Angaben zu verschriebenen Medikamenten, Allergien, durchgeführten Impfungen, vorhandenen medizinischen Implantaten wie Herzschrittmachern sowie über wichtige Krankheiten, an denen der Patient leidet oder gelitten hat.

Nicht immer wieder die ganze Krankengeschichte erzählen müssen

Der Nutzen ist vielfältig: Patienten müssen nicht bei jedem Arztbesuch ihre gesamte Krankengeschichte erneut darlegen, was sowohl für die Betroffenen als auch für das Gesundheitssystem eine erhebliche Zeitersparnis bedeutet. Durch die Bereitstellung einer präzisen und umfassenden

Zusammenfassung der Patientenakte wird eine effizientere und effektivere medizinische Versorgung ermöglicht, was letztlich die Patientensicherheit erhöht und zu einer besseren Behandlungsqualität beiträgt.

Umsetzung in anderen Ländern bereits erfolgt

Die PRAEVENIRE Initiative Digital Health 2030 hat die Implementierung von Patient Summaries in verschiedenen europäischen Ländern recherchiert und evaluiert. Festzustellen ist, dass Portugal in diesem Bereich positiv hervorsticht. Seit über zehn Jahren gibt es dort das System des Patient Summary, welches auf einer halbautomatischen Erstellung basiert. Das bedeutet, dass die Zusammenfassung zunächst automatisch aus den vorhandenen Gesundheitsdaten generiert wird.

Anschließend erfolgt eine manuelle Ergänzung und Überprüfung durch die Ärzt:innen der Primärversorgung, um die Genauigkeit und Vollständigkeit der Informationen zu gewährleisten.

In die Erstellung investieren

Diese Vorgehensweise zeigt, dass eine anfängliche Investition in die Datenerfassung und -verarbeitung unerlässlich ist. Der Vergleich mit einer energieeffizienten Waschmaschine verdeutlicht diesen Punkt: Obwohl die initiale Anschaffung teurer sein mag, führt die Investition langfristig zu erheblichen Einsparungen bei Energie und Zeit. Ähnlich verhält es sich mit dem Patient Summary in Portugal – die anfänglichen Aufwände für die Einrichtung und Pflege des Systems zahlen sich durch eine verbesserte medizinische Versorgung, effizientere Arztbesuche und eine gesteigerte Patientensicherheit aus, was letztlich Zeit und Ressourcen im Gesundheitssystem einspart. [1]

Österreich startet erst 2024

Es ist in der Tat verwunderlich, dass sich trotz wiederholter Forderungen bisher kein öffentlich bekanntes Projekt in Österreich intensiv mit der Entwicklung des Patient Summary auseinandergesetzt hat. Die Dynamik kam erst mit der Einführung des European Health Data Space (EHDS) ins Spiel, welcher die Implementierung des Patient Summary ab 2024 mit finanzieller Unterstützung der EU plant. Das Patient Summary sollte eigentlich ein zentraler Bestandteil der laufenden Gesundheitsreform sein, eine Forderung, die von der Ärztekammer seit Langem erhoben wird. Es gibt zwar bereits einen HL7-Leitfaden zum Patient Summary, aber keine Klärung der Erstellungsprozesse oder Finanzierung.

Perfekte Erweiterung für ELGA

Die Integration solch essenzieller Informationen in das System der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) wird die Nutzung von ELGA für Ärzt:innen attraktiver machen, da ihnen damit ein schneller und einfacher Zugriff auf wichtige Patientendaten ermöglicht wird. Zudem zeigt die Evaluierung von ELGA im Jahr 2023, bei der 1.300 Personen befragt wurden, dass die Verfügbarkeit von Notfalldaten im Sinne eines Patient Summary eine der Hauptforderungen der Bürger an ELGA darstellt, was die Bedeutung und den dringenden Bedarf für ein solches System unterstreicht.

Unterstützung durch WHO und EU

Das International Patient Summary (IPS) wird aktiv von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gefördert. Diese Unterstützung unterstreicht die globale Relevanz und den

potenziellen Nutzen für die Verbesserung der Patientensicherheit und der Gesundheitsversorgung weltweit. Es ist das Kernservice des European Health Data Space (EHDS) und spielt eine entscheidende Rolle bei der Verwaltung von Primärdaten. Ein aktuelles Patient Summary stellt sicher, dass jede Person zu jeder Zeit die wichtigsten Gesundheitsdaten in einheitlicher Form und über Landesgrenzen hinweg zur Verfügung hat.

Datengrundlage schaffen: Diagnosecodierung

Um eine solide Datengrundlage zu schaffen, ist die Diagnosecodierung für die Erstellung eines Patient Summary unerlässlich. Hierbei spielt SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms) eine zentrale Rolle. SNOMED CT ist ein umfangreiches, systematisches und medizinisch klassifiziertes Vokabular, das es ermöglicht, medizinische Begriffe eindeutig zu identifizieren und zu klassifizieren. Durch die Nutzung von SNOMED CT als Basis für das Patient Summary können Gesundheitsinformationen präzise erfasst und international standardisiert werden. Dies erleichtert den Austausch und die Vergleichbarkeit von Gesundheitsdaten über Landesgrenzen hinweg.¹ [2]

¹ Vgl. <https://international-patient-summary.net/snomed-international/>

Infobox: European Health Data Space EHDS

Sicher Gesundheitsdaten in der EU austauschen:

Im Rahmen des European Health Data Space (EHDS), einer bevorstehenden Verordnung der Europäischen Union, soll es zukünftig zur Gewohnheit werden, Gesundheitsdaten über die Grenzen Europas hinweg mit derselben Sicherheit abrufen zu können wie Bargeld von einem Geldautomaten. Ziel des EHDS ist es, den Austausch und die Nutzung von Gesundheitsdaten innerhalb der EU zu vereinfachen und gleichzeitig die Qualität der Gesundheitsversorgung, Forschung und Gesundheitspolitik zu steigern.

Primärdaten – Daten für die Behandlung:

Der EHDS wird den Zugang und die Interoperabilität von Primärdaten, also direkten medizinischen Informationen aus der Patientenbehandlung, erleichtern, was eine wesentliche Voraussetzung für die Verbesserung der kontinuierlichen Patientenversorgung darstellt. Eine Schlüsselrolle spielt hierbei das sogenannte Patient Summary.

Sekundärdaten – Daten für die Forschung:

Ebenso werden Sekundärdaten, die durch die Analyse von Primärdaten für Forschungszwecke gewonnen werden, eine wichtige Rolle im EHDS einnehmen. Diese Daten tragen erheblich zur Entwicklung neuer Behandlungsmethoden und zur Überwachung von Gesundheitstrends bei, was wiederum die evidenzbasierte Gesundheitspolitik und wissenschaftliche Forschung unterstützt.

Erfolgreiche Umsetzung in Österreich:

Die Bewahrung des ELGA-Opt-out-Mechanismus ist essenziell, um Nutzern Kontrolle über ihre Gesundheits-

daten zu lassen, während ein Gleichgewicht zwischen Datenschutz und der Nutzung dieser Daten für Forschung und Patientenversorgung wichtig ist. Technische Lösungen, wie Datenstandardisierung, sollen die Systemeffizienz und den Datenaustausch verbessern. Die Einbindung von Patienten in den Entwicklungsprozess und der Schutz der Daten vor Kommerzialisierung sind kritisch, um medizinische Innovationen zu sichern. Erfolg erfordert Kooperation aller Stakeholder und angemessene Finanzierung sowie realistische Zeitpläne, um die digitale Gesundheitsdatennutzung sicherzustellen und gleichzeitig Bürgerrechte zu wahren.

01.2. ELGA ausbauen

Beschreibung

Die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) ist ein nationales System in Österreich, das seit 2015 medizinische Dokumente digital speichert und diese Dokumente für berechtigte Gesundheitsdienstleister sowie Bürgerinnen und Bürger zugänglich macht. Es basiert auf internationalen IT-Standards wie HL7 CDA und IHE, um die Interoperabilität und Sicherheit der Daten zu gewährleisten.

Anwendungen von ELGA

ELGA ermöglicht verschiedene Anwendungen wie e-Medikation, e-Befunde und e-Impfpässe, die einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung leisten. Die Teilnahme am System ist für Bürgerinnen und Bürger auf freiwilliger Basis mit der Möglichkeit eines Opt-out gestaltet, während die Teilnahme für öffentliche Gesundheitsdienstleister verpflichtend ist. Öffentliche Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und -ärzte und Apotheken sind flächendeckend an ELGA angebunden.

Datenschutz

In Bezug auf den Datenschutz bietet ELGA verschiedene Optionen wie generelles Opt-out, partielles Opt-out, situatives Opt-out sowie die Möglichkeit, Befunde auszublenken oder zu löschen. Zudem sind strenge Strafen bei Missbrauch der Daten vorgesehen.

Zugang und Mengen

Der Zugang zu ELGA erfolgt für Bürger:innen über das ELGA-Portal mittels ID-Austria und für Gesundheitsdienstleister über sichere Netzwerke mittels der e-card. Bislang nehmen 97 Prozent der österreichischen Bevölkerung, das entspricht etwa 8,7 Millionen Menschen, an ELGA teil, mit weniger als 280.000 Widersprüchen. Über 10.000 Gesundheitsdienstleister sind in das System integriert. Monatlich kommen etwa 1,2 Millionen neue Befunde und sieben bis acht Millionen neue Rezepte hinzu, und das ELGA-Portal verzeichnet rund 60.000 Besuche monatlich.

Verbesserungspotenziale

Seit 2018 wurden signifikante Fortschritte bei der Anwendung des e-Befundes innerhalb von ELGA gemacht. Mittlerweile sind über 90 Prozent der Befunde in einer strukturierten Form verfügbar, was die Qualität und Zugänglichkeit der Informationen erheblich verbessert. Die Implementierung eines „Patient Summary“ bietet eine ausgezeichnete Gelegenheit, die Klarheit und Effizienz in der Patientenbetreuung zu verbessern. Der verstärkte Einbezug von Befunden aus extramuralen Laboren und der bildgebenden Diagnostik, einschließlich Bilddaten, hat das Potenzial, die Vollständigkeit der Patientenakten zu erhöhen und so die medizinische Versorgung zu optimieren. Die während der Pandemie beobachtete positive Resonanz auf die e-Medikation verdeutlicht die hohe Akzeptanz digitaler Lösungen bei den Anwendern und bekräftigt die

Bereitschaft zu einer weiteren digitalen Entwicklung im Gesundheitswesen. Eine mögliche Weiterentwicklung könnte in der Umsetzung eines umfassenden Medikationsplans liegen. Die Ausweitung der ELGA-Anbindung auf Wahlärzte und weitere Gesundheitsberufe könnte eine noch inklusivere und umfangreichere Nutzung der digitalen Gesundheitsinfrastruktur ermöglichen. Die Integration von Gesundheitsportalen in ELGA bietet weitere Möglichkeiten für einen unkomplizierten Zugriff auf Gesundheitsinformationen und -dienste, was die Selbstbestimmung der Patienten zusätzlich fördert.

Aufklärung und Kooperation

Eine intensivierete Aufklärungsarbeit ist notwendig, um den Informationsstand rund um ELGA und die Nutzung von ID Austria zu steigern. Die Weiterentwicklung von ELGA sollte durch die aktive Einbeziehung von Stakeholdern wie Ärzten, Gesundheitsberufen, Patienten und Unternehmen erfolgen.

Verbesserung der Nutzererfahrung

Eine verbesserte Nutzererfahrung durch die Umsetzung einer digitalen e-card und die Schließung bestehender Lücken in ELGA sind entscheidend. Zudem sollte die Transparenz erhöht werden, welche Einrichtungen ELGA in welchem Umfang nutzen. Die Verbesserung des Logins für Bürger und die klare Kommunikation über die Funktionen von ELGA tragen zur Nutzerfreundlichkeit bei. Auch die direkte Anbindung von Gesundheitsportalen oder -Apps an die ELGA-Infrastruktur bringt den Anwendern direkten Nutzen. [3]

Integration der Gesundheitsberufe

Gesundheitsberufe, einschließlich Wahlärzte und nichtärztliche Gesundheitsberufe, sollten durch vereinfachten und kostengünstigen Zugang in ELGA integriert werden. Die – auch rechtliche – Einbindung aller Gesundheitsanbieter sowie die Schaffung neuer Disease-Management-Programme (DMP 2.0), wie für Diabetes, auf einer interdisziplinären Basis in ELGA können die Nutzung weiter vorantreiben.

Erweiterung der Datenbasis

Die Datenbasis von ELGA sollte um wichtige Elemente wie Patient Summary (Notfalldaten), Facharztbefunde, Patientenverfügungen und Impferinnerungen erweitert werden. Eine ELGA-App könnte die Zugänglichkeit und Nutzung erleichtern. Für Wahlärzte sollte der Mehrwert von ELGA, insbesondere durch die Einbindung von Labor- und Radiologiebefunden, verdeutlicht werden, um eine umfassendere Teilnahme zu fördern. [4]

Stärkung der digitalen Infrastruktur

Die Positionierung der ELGA GmbH, die im öffentlichen Eigentum von Bund, Ländern und Sozialversicherungen steht, könnte als zentrale digitale Gesundheitsbehörde die Koordination und den Ausbau digitaler Gesundheitsdienste verbessern. Die operative Umsetzung erfolgt durch SVC GmbH, ITSV GmbH, BRZ GmbH und die Länder. Die Erweiterung von ELGA entlang der gesamten Patient Journey, die Umsetzung der Bildübertragung über ELGA und die Implementierung eines nationalen Diabetesregisters sind wichtige Schritte, um die digitale Infrastruktur zu stärken.

01.3. Gesundheitsdaten nützen – EHDS vorbereiten

Strategische Reformen für Zukunftsorientierung

Um die Nutzung von Gesundheitsdaten in Österreich zu verbessern und die Herausforderungen wie Datensilos und mangelnde Strukturierung anzugehen, sind strategische Reformen und die Orientierung an europäischen Initiativen wie dem Data Governance Act und dem European Health Data Space, dessen rasche Beschlussfassung wünschenswert ist, essenziell. Ein zukunftsfähiges Gesundheitsdatensystem erfordert die Schaffung eines sicheren österreichischen Gesundheitsdatenraums durch

umfassende technische, rechtliche und politische Maßnahmen sowie die Etablierung von Strukturen für Transparenz und Akzeptanz. Wichtig ist dabei auch die rasche Festlegung der notwendigen nationalen Stellen.

Entwicklung des Austrian Health Data Space

Die aktuelle Gesundheitsreform, die lediglich eine behördliche Datenauswertepattform ohne Zugriff für die Forschung vorsieht, reicht nicht aus. Das Austrian Micro Data Center (AMDC) wird derzeit im Gesundheitswesen

kaum genutzt, weil bisher zu wenige Register per Verordnung festgelegt wurden. Ein Austrian Health Data Space muss proaktiv, unabhängig von der EU, entwickelt werden, indem lokale Infrastrukturen und Prozesse vorbereitet und genutzt werden. Dies beinhaltet die Anpassung der Gesetze zur Gesundheitsdatennutzung nach dem Vorbild Deutschlands (Gesundheitsdatennutzungsgesetz). Eine strenge Regulierung und Überwachung der Nutzung von Sekundärdaten für Forschungszwecke ist ebenso notwendig wie eine faire Beteiligung und Finanzierung durch die Privatwirtschaft, um Forschung zu unterstützen und Datenschutz zu gewährleisten.

Transparenz und Kommunikation

Transparente Kommunikationsstrategien sind erforderlich, um Forscher und die Öffentlichkeit über die Nutzung von Sekundärdaten zu informieren und deren Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und zum wissenschaftlichen Fortschritt aufzuzeigen. Zudem sollten Gesundheitsdaten als Gemeingut betrachtet werden, wobei die Bürger über den Mehrwert des Teilens von Daten aufgeklärt werden müssen und Datensicherheit gewährleistet werden muss. Es ist möglich, Datenschutz zu sichern und gleichzeitig Daten für Forschungszwecke verfügbar zu machen.

Einheitliche Datenformate und KI-Einsatz

Schließlich sind die Einführung einheitlicher Datenformate und die Forderung nach hochwertigen Datensätzen für den effektiven Einsatz und das Training von KI in der medizinischen Diagnostik von entscheidender Bedeutung. Dies ermöglicht eine verbesserte Datennutzung und stellt sicher, dass die Patientenversorgung durch innovative Technologien und Forschungsergebnisse kontinuierlich verbessert wird.

Infobox: DiGAs in Deutschland

Die Umsetzung der DiGAs in Deutschland folgt dem im Jahr 2020 in Kraft getretenen Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG). Das Gesetz ermöglicht es, dass DiGA, die bestimmte Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen erfüllen, von Ärzten verschrieben und von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden.

Registrierung und Prüfung

Hersteller von DiGAs können ihre Anwendungen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Aufnahme in das DiGAs-Verzeichnis an-

melden. Das BfArM prüft die Anwendungen hinsichtlich Sicherheit, Funktionsfähigkeit, Qualität, Datenschutz und Datensicherheit sowie den Nachweis eines positiven Versorgungseffekts, d. h., die DiGA muss medizinisch sinnvoll sein und darf den Behandlungsprozess unterstützen.

Vorläufige Aufnahme und endgültige Bewertung

Eine DiGA kann vorläufig in das Verzeichnis aufgenommen werden, wenn sie grundsätzlich die Anforderungen erfüllt und ein positiver Versorgungseffekt anzunehmen ist. Die Hersteller haben dann bis zu zwölf Monate Zeit (in Ausnahmefällen bis zu 24 Monate), um den tatsächlichen Nutzen durch Studien zu belegen.

Verschreibung und Erstattung

Ärzte und Psychotherapeuten können DiGAs direkt an Patienten verschreiben. Die Kosten für ihre Nutzung werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Patienten können auch selbst bei ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Kostenerstattung für eine bestimmte DiGA stellen.

Markt und Preise

Im ersten Jahr der Listung können die Hersteller den Preis selbst festlegen. Nach diesem Zeitraum müssen die Preise mit den Krankenkassen ausgehandelt werden, wobei der nachgewiesene Nutzen und die Wirtschaftlichkeit der Anwendung berücksichtigt werden.

Integration in die medizinische Versorgung

DiGAs sollen in die bestehenden Versorgungsstrukturen integriert werden und den Behandlungsprozess sinnvoll ergänzen. Sie richten sich an eine breite Palette von Indikationen, einschließlich chronischer Erkrankungen, psychischer Störungen und der Unterstützung eines gesunden Lebensstils.

Kritik von Krankenversicherungen

Der deutsche GKV-Spitzenverband bemängelt in seinem DiGAs-Report, dass digitale Gesundheitsanwendungen oft wenig Nutzen zeigen und zu hohen Preisen angeboten werden, obwohl 113 Millionen Euro von Krankenkassen gezahlt wurden. Der Verband fordert die Aufnahme nur von DiGAs mit belegtem Nutzen und angemessenen Preisen sowie deren Integration in Versorgungspfade. Die meisten neuen DiGAs richten sich an psychische Erkrankte mit einem Nutzerdurchschnittsalter von 45 Jahren.

01.4. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) erstatten

DiGAs, **auch bekannt als „Apps auf Rezept“**, repräsentieren eine fortschrittliche Kategorie von Medizinprodukten, die speziell darauf ausgelegt ist, die Gesundheitsversorgung durch digitale Technologien zu unterstützen und zu verbessern. Als solche unterliegen DiGAs strengen regulatorischen Anforderungen, die ihre Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität gewährleisten. Diese digitalen Tools ermöglichen es den Nutzern, ihre Gesundheitszustände zu überwachen, bestimmte Krankheiten zu behandeln oder präventiv ihre Gesundheit zu fördern. Wichtig ist dabei die Rolle der DiGAs als erstattungsfähige Medizinprodukte im Gesundheitssystem; sie werden nicht direkt vom Staat entwickelt, sondern von privaten Unternehmen hergestellt. Ärzte können diese digitalen Anwendungen verschreiben, und Patienten haben die Möglichkeit, sich die Kosten von ihrer Krankenversicherung erstatten zu lassen.

DACH-Raum für gemeinsamen DiGAs-Markt

Die einheitliche Sprache im DACH-Raum bietet eine einzigartige Gelegenheit, einen gemeinsamen Markt für DiGAs zu schaffen. Dies ermöglicht nicht nur eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit, sondern auch den Austausch digitaler Gesundheitslösungen zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz. Ein solcher gemeinsamer Markt würde eine Innovationsatmosphäre fördern, die das enorme Potenzial der Health-Tech-Branche als treibende Kraft für Innovationen im Gesundheitswesen hervorhebt. Durch

die Unterstützung von Health-Tech und die Förderung ihrer Entwicklung können effektive und innovative DiGAs entstehen, die zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der gesamten Region beitragen.

Ärzterschaft besser als in Deutschland einbinden

In Deutschland wird die Innovation im Bereich der DiGAs durch den Erstattungsprozess vorangetrieben, welcher den Weg für die Integration digitaler Lösungen in die reguläre medizinische Versorgung ebnet. Allerdings stellen wechselnde Vorgaben und regulatorische Unsicherheiten Hindernisse dar, die es zu überwinden gilt. Eine stärkere Einbindung der Ärzteschaft in den Prozess der Entwicklung und Implementierung von DiGAs könnte dazu beitragen, die Akzeptanz und Nutzung dieser digitalen Anwendungen im klinischen Alltag zu erhöhen.

In der Psychiatrie etabliert

Besonders im Bereich der Psychiatrie haben sich DiGAs als populär erwiesen, insbesondere bei der Behandlung unipolarer Depressionen, wo digitale Apps mittlerweile in der S3-Leitlinie empfohlen werden. Dies unterstreicht die Relevanz und das wachsende Vertrauen in DiGAs als ergänzende oder alternative Behandlungsoptionen, die das Potenzial haben, die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen signifikant zu verbessern.

01.5. Wartezeiten durch Digitalisierung reduzieren

Die Herausforderung hinsichtlich Wartezeiten im österreichischen Gesundheitswesen ist eng mit der steigenden Nachfrage nach medizinischen Leistungen verbunden. Demografische Veränderungen, wie die Überalterung der Bevölkerung und eine Zunahme chronischer Krankheiten, tragen zu einer erhöhten Belastung des Systems bei. Ein signifikanter Mangel an medizinischem Personal, insbesondere in spezialisierten Fachbereichen und ländlichen Regionen, verschärft das Problem.

Organisatorische Barrieren durch Digitalisierung auflösen

Ineffiziente organisatorische und administrative Strukturen erweisen sich als bedeutende Hindernisse, die zu längeren Wartezeiten führen. Problematisch sind vor allem veraltete Systeme zur Terminplanung und eine mangelnde Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen. Diese Situation erfordert innovative Lösungs-

ansätze, die eine bessere Abstimmung und effizientere Nutzung der vorhandenen Ressourcen ermöglichen, um die Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung zu verbessern. Die Einführung und die Förderung von Telemedizin und digitalen Sprechstunden bieten eine vielversprechende Möglichkeit, die Wartezeiten zu reduzieren. Der Ausbau der Gesundheitshotline 1450 zu einem bundesweit einheitlichen System kann Patienten schneller den benötigten Fachärzten zuführen. Der Einsatz von Robotik im Gesundheitswesen als ergänzendes Therapiewerkzeug kann das medizinische Personal entlasten und gleichzeitig die Versorgungsqualität erhöhen.

Stärkung der Selbstbestimmung und Transparenz

Die Förderung der Selbstbestimmung der Patienten durch den Einsatz digitaler Werkzeuge und Health Apps sowie die Verbesserung der Health Literacy sind wichtige Maßnahmen, um die Effizienz des Gesundheitssystems zu steigern. Zudem muss die Verfügbarkeit von Medikamenten und die Nutzung von DiGAs transparent gemacht werden, um das Vertrauen der Patienten zu stärken und eine informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Durch

gezielte Aufklärung und Schulung kann die Kompetenz im Umgang mit digitalen Gesundheitstechnologien verbessert werden, was zu einer optimierten und patientenzentrierten Versorgung führt.

Bessere Personalplanung und digitale Kompetenzförderung

Eine datenbasierte Personalplanung, die das Gesundheitsberuferegister und das Austrian Micro Data Center (AMDC) nutzt, könnte dabei helfen, Personalengpässe zu identifizieren und zu adressieren. Durch die Analyse von Echtzeiten lassen sich Karrierepfade optimieren und gezielte Maßnahmen zur Personalentwicklung ergreifen. Eine strategische Planung ist entscheidend, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und die Qualität der Patientenversorgung langfristig zu sichern. Die Förderung digitaler Kompetenzen ist ein wesentlicher Schritt, um die Potenziale der Technologie voll auszuschöpfen. Die Integration von Digital Skills und Data Literacy in der Ausbildung der Gesundheitsberufe ist für die Bewältigung zukünftiger Herausforderungen im Gesundheitswesen unerlässlich.

01.6. KI im Gesundheitswesen einsetzen

Künstliche Intelligenz (KI) **revolutioniert das Gesundheitswesen** weltweit, indem sie neue Möglichkeiten für **Diagnosen und Behandlungsmethoden** eröffnet. Die Integration von KI-gestützten Technologien im medizinischen Sektor wird zunehmend als notwendiger Schritt anerkannt, um **die Effizienz zu steigern und die Patientenversorgung zu verbessern**. Für Mediziner:innen wird es dabei immer wichtiger, kompetent im Umgang mit KI zu sein, um deren Potenzial voll ausschöpfen zu können. Dies erfordert eine proaktive Auseinandersetzung mit KI-Anwendungen und deren Einfluss auf die medizinische Praxis, um sicherzustellen, dass Technologie und menschliches Fachwissen optimal zusammenwirken.

Spracherkennung im klinischen Alltag

In österreichischen Krankenhäusern findet KI bereits einen festen Platz, insbesondere in Form von Spracherkennungssystemen. Diese Technologie unterstützt medizinisches Personal, indem sie die Dokumentation vereinfacht

und beschleunigt, was zu verbesserten Arbeitsabläufen und einer effizienteren Patientenbetreuung führt.

KI in der Bildanalyse

Ein weiteres vielversprechendes Anwendungsfeld für KI im Gesundheitswesen ist die Bildanalyse, wie beispielsweise bei der Früherkennung von Lungenkrebs. KI-gestützte Systeme sind in der Lage, Muster in Bildgebungsdaten zu erkennen, die für das menschliche Auge möglicherweise nicht sichtbar sind. Dies ermöglicht eine präzisere Diagnostik und kann dazu beitragen, die Behandlungsergebnisse für Patienten zu verbessern.

KI in der medizinischen Forschung

Neben der direkten Patientenversorgung spielt KI auch in der medizinischen Forschung eine zunehmend wichtige Rolle. Durch die Fähigkeit, große Datenmengen zu analysieren und Muster zu erkennen, kann KI dabei helfen,

neue Moleküle für Medikamente zu identifizieren und die Entwicklung neuer Therapien zu beschleunigen.

Herausforderungen und Chancen

Die Einführung von KI im Gesundheitswesen in Österreich bringt neben den zahlreichen Chancen auch Herausforderungen mit sich. Dazu zählen ethische Fragen, Daten-

schutzbedenken und die Notwendigkeit einer angemessenen Regulierung.

Um das volle Potenzial von KI auszuschöpfen, ist es entscheidend, diese Herausforderungen anzugehen. Gleichzeitig müssen die Rahmenbedingungen so sein, dass Innovation gefördert werden und gleichzeitig sowohl die Datensicherheit als auch die Privatsphäre der Patient:innen gewährleistet sind.

Ergänzung der PRAEVENIRE Partner

Ergänzungen der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG)

ELGA Daten nicht nur gesetzlich (wie jetzt) verpflichtend festlegen! Die Beteiligten sollten einen betriebswirtschaftlichen Vorteil sehen, wenn sie die ELGA Daten liefern, damit ein gewisser Anreiz erzeugt wird und somit mehr Daten für Gesundheitszwecke zur Verfügung stehen. Dies sollte in der Gesetzgebung festhalten werden.

Ergänzungen der Ärztekammer für Wien

[1] Die GDAs, die das Patient Summary erstellen und warten, gehören initial und dann regelmäßig für diese Administrationsleistung honoriert.

[2] Die Implementierung der Diagnosecodierung in die Arztsoftware und der Arbeitsaufwand für die Diagnosecodierung sind den Ärzt:innen auch abzugelten.

[3] Die Suchfunktionen in ELGA sind nach wie vor für Ärzt:innen und andere Gesundheitsberufe vollkommen unbefriedigend. Hier ist ELGA weiter zu verbessern und nutzertauglich zu machen.

[4] Radiologie- und Laborbefunde niedergelassene:r Ärzt:innen und Institute sind in ELGA aufzunehmen und die diesbezügliche Finanzierung sicherzustellen.

PRAEVENIRE Partner dieses Kapitels





CARLA | 6 Jahre

02. PATIENTENORIENTIERTE VERSORGUNG



Expertendiskurs zur ärztlichen Versorgung in der Online-Ausgabe
des Stakeholder-Magazins PERISKOP.

02. Patientenorientierte Versorgung

» Frühe Diagnose – Social Prescribing – Arbeitsmedizin –
Gesundheitsmetropole Wien – Seltene Erkrankungen «

PRAEVENIRE ERFOLGE: Fortschritte im Gesundheitswesen

Gesundheitsreform beschlossen

Für den Gesundheitssektor soll bis 2028 jährlich eine Milliarde Euro mehr zur Verfügung gestellt werden. Erstmals wird die Vergabe der Mittel an Reformen geknüpft. Der Fokus liegt im kassenärztlichen Bereich und bei den Primärversorgungseinheiten.¹ Der Ausbau der wohnortnahen Primärversorgung und der Abbau bürokratischer Hürden für flexible Zusammenarbeitsmodelle ist zu begrüßen.

Allerdings fehlt eine Perspektive, eine ganzheitliche systemische Sicht auf die Patient:innen. Was brauchen sie wann und wo für ihre optimale Versorgung? Wie gelingt ein transparenter, möglichst kurzer Patientenweg von der frühen Therapie über die wohnortnahe Betreuung während der Erkrankung bis zur Wiedereingliederung nach einer Rehabilitation? Dafür gibt es einzelne Projekte und es gibt das interdisziplinäre Case Management. Die:der Case Manager:in hat den Blick aufs Ganze, steht den zu Betreuenden zur Seite, führt sie durch das System, informiert und unterstützt in Fragen der psychischen Gesundheit.

Im Zuge der für die Jahre 2024 bis 2028 beschlossenen zusätzlichen Mittel braucht es mehr Mut für tiefgreifende Strukturänderungen und umfassende Reformen. Die Finanzierung von ebenenübergreifenden, interdisziplinären Modellen, wie z. B. dem Aufbau des Case Managements im niedergelassenen Bereich, wird für die künftige Schließung der strukturellen Versorgungslücken entscheidend sein. Im PRAEVENIRE Jahr 2023/24 wurden die Optimierungsprogramme für das Gesundheitssystem in Österreich erweitert. Als Prämisse gilt: Der Mensch mit seinen Bedürfnissen steht stets im Mittelpunkt!

¹ Vgl. Parlamentskorrespondenz vom 13.12.2023: https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2023/pk1397#XXVII_I_02310

PRAEVENIRE FORDERT: Endlich umsetzen!

- ☑ **Frühe Diagnose und frühe Therapie** in den Fokus der Gesundheitsplanung stellen!
- ☑ **Social Prescribing in der Primärversorgung** etablieren und finanzieren!
- ☑ Kompetenzen der **Arbeitsmediziner:innen** und Schulärzt:innen erweitern!
- ☑ Nahtlose patientenorientierte **Behandlungspfade** schaffen!
- ☑ Einheitliche **State-of-the-Art-Therapieversorgung für alle** ermöglichen!

Expertisen und Handlungsempfehlungen

Österreichs Gesundheitssystem zählt zu den weltweit besten. Eine Eurostat-Erhebung zeigt, dass Österreich mit 540 praktizierenden Mediziner:innen pro 100.000 Einwohnern die höchste Dichte im EU-Vergleich hat.² Damit das auch in Zukunft so bleibt, müssen Patient:innen effektiver durch das System geleitet werden. Bestehende Versorgungsstrukturen sollen modernisiert und verstärkt bedarfsorientiert genutzt werden, anstatt neue Systeme aufzubauen. Beispielsweise ist der weitere Ausbau von Primärversorgungseinrichtungen (PVE), in denen Patient:innen gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Versorgung erhalten (auch: Best Point of Care oder One-Stop-Shop-System), ein erfolgreicher Weg. Außerdem sind rechtlich-wirtschaftliche Rahmenbedingungen für die flexiblen Zusammenarbeitsformen wie Gruppenpraxen oder Jobsharing-Modelle notwendig. Das entspricht den Vorstellungen der Nachwuchsgeneration, die gerne in Teams arbeitet. Dieses Zusammenwirken von medizinischen und nichtmedizinischen Fachpersonen kommt einer ganzheitlichen Versorgung der Patient:innen zugute. Noch weiter geht der in Österreich relativ neue Ansatz Social Prescribing, der auch nichtmedizinische Bedürfnisse der Menschen miteinbezieht.

² Vgl. <https://www.euronews.com/health/2023/09/17/doctors-in-the-eu-which-countries-have-the-most-physicians-and-healthcare-workers>

02.1. Frühe Diagnose und frühe Therapie

Krankheitsbilder und deren Symptome frühzeitig zu diagnostizieren, ist die Voraussetzung, um medizinische Interventionen und erfolgreiche therapeutische Maßnahmen setzen zu können. Frühe Diagnosen und frühe Therapien sind nicht allein als Beginn einer medizinischen oder gesundheitsfördernden Intervention zu sehen, sondern systematisch und umfassend im Gesundheitssystem mitzudenken. Eine proaktive Herangehensweise sollte forciert und so die Wartezeiten für Patient:innen minimiert werden.

1. **Früherkennung** hält die Krankheitslast gering und führt zu besserer Lebensqualität, was sehr wichtig für die Patient:innen und den weiteren Behandlungserfolg ist. Die Weiterentwicklung von Labordiagnostik und Analysen (z. B. Tumormarker) sowie von Tests zur Therapieentwicklung (z. B. Live-T-Cell-Assay) ist daher voranzutreiben.
2. Eine frühe Diagnose ist besonders bei **chronischen Erkrankungen** essenziell. Beispielsweise kann so die Entstehung eines Typ-2-Diabetes hinausgezögert oder sogar verhindert werden. Deshalb sollten auch jene Laborwerte erstattet werden, die zur Identifikation von Risikopersonen (Stichwort: Familienanamnese) relevant sind. So kann das Risiko im Hinblick auf Begleiterscheinungen und Folgeerkrankungen minimiert werden.

3. Die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) sollte genutzt werden können, um Menschen mit Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und in weiterer Folge therapeutisch zu begleiten. **Daten bedeuten auch Lebensschutz.**

4. Die **Präzisionsmedizin** eröffnet insbesondere im Bereich der Onkologie immense Diagnosemöglichkeiten und damit bessere Behandlungsergebnisse. Voraussetzungen sind ein breiter Zugang zu zertifizierten und validierten Tumorprofilanalysen sowie ein umfassender Zugang zur passenden Krebstherapie. Die **Nutzung von Real World Data**, also Patient:innendaten von Erhebungen mit gesundheitsrelevantem Bezug, erweist sich hier als essenziell.



Frühe Diagnose kann Leben retten und Kosten sparen!

5. 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.

Freiraum für Ihre Notizen, Ideen und Strategien zur Umsetzung

A large grid of small dots for taking notes.

PRAEVENIRE Partner für diesen Themenkreis



02.2. Gesundheitsversorgung

Jede:r Patient:in hat Anrecht auf die beste medizinische Versorgung, bei der sie:er in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems gestellt wird. Das PRAEVENIRE Gesundheitsforum setzt daher das Grundziel der Sicherstellung der solidarischen Gesundheitsversorgung an erste Stelle. Dafür ist sowohl die wohnortnahe Primärversorgung als auch die auf chronische und seltene Indikationen spezialisierte Versorgung für die Bevölkerung niederschwellig zugänglich zu gestalten.

1. Der **Fokus muss in Richtung Zuwendungsmedizin** gesetzt werden, um so eine umfassende Behandlung der Patient:innen sicherzustellen. In diesem Zusammenspiel muss im niedergelassenen Bereich die Honorierung 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. Elektrokardiogramm [EKG] oder Lungenfunktionstests).
2. In Österreich wird **Social Prescribing** zunehmend bekannter und gewinnt an Akzeptanz und Bedeutung. Der aus dem Vereinigten Königreich stammende Ansatz zielt darauf ab, die sozialen, emotionalen und alltagsrelevanten Bedürfnisse der Menschen als gesundheitsrelevante Faktoren miteinzubeziehen. Insofern unterstützt dieser Ansatz dabei, den Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten auch für benachteiligte oder belastete Bevölkerungsgruppen sicherzustellen. Die Teams in Primärversorgungseinheiten (PVE) sind über Social Prescribing breiter zu informieren, dafür zu sensibilisieren, die Ausbildung von Fachkräften mit Link-Working-Funktion ist zu finanzieren und die Netzwerktätigkeit (Aufbau und laufende Kooperation mit Gesundheitsdiensteanbietern, Beratungseinrichtungen und relevanten Initiativen) zu honorieren. Das PRAEVENIRE Gesundheitsforum begrüßt den neuen Fördercall Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung³.
3. Die **Sektorengrenzen im Gesundheitssystem** müssen aufgebrochen werden oder konsequenter-

weise gänzlich fallen. Ein **Zusammenarbeiten aller Gesundheitsdiensteanbieter** (Spital, Reha-Zentrum, Ambulatorium, Apotheke, niedergelassener Bereich – Stichwort: **Verschänkungsmodelle**, PVE usw.) muss ohne rechtliche Restriktionen ermöglicht, ja gefördert werden. Dabei ist neben der **horizontalen Integration vor allem auch die vertikale Integration** zwischen den Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) zu fördern.

4. Gesundheits- und Pflegekräfte sollten verstärkt auch in die **regionale Gesundheitsversorgung** eingebunden werden. Sogenanntes **Community Nursing** kann die Bürger:innen unterstützen, sei es bei ihren individuellen Bedürfnissen (eigener oder Pflegebedarf von Angehörigen), in Fragen zu Gesundheitskompetenz und Prävention oder zu Finanzierungsfragen.



Social Prescribing: Gesundheit braucht mehr als Medizin!

Diese Tätigkeiten werden oft von Sozialarbeiter:innen in den Gemeinden abgedeckt. Zu den Kernaufgaben der Community Nurse zählt die pflegerische Beratung, Anleitung bei der Pflege und Betreuung zu Hause, und das in einem engen Austausch mit Hausärzt:innen. Das Konzept

gelingt, wenn **die Leistungen gesamthaft definiert** werden. Deshalb braucht es eine **überregionale Kompetenz-, Qualitäts- und Koordinationsstelle**. Diese könnte z. B. bei den Ländern angesiedelt sein. Im optimalen Fall ist Community Nursing in PVE, in Gruppenpraxen oder bei der:dem Vertrauensärzt:in als Mitarbeiter:in integriert. Die Kosten sind von den Gemeinden mitzutragen. Erfolgreiche Konzepte gibt es beispielsweise im niederösterreichischen Langenzerndorf oder im oberösterreichischen PVE in Haslach an der Mühl.

5. 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 Be-

³ Vgl. https://goeg.at/foerdercalls_socialprescribing

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

6. Die Rahmenbedingungen für eine **Verbesserung im 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.

Ergänzung der PRAEVENIRE Partner

Ergänzungen der Ärztekammer für Wien

Ad. Öffentliche Finanzierung: Das erklärte politische Ziel ist eine öffentliche Gesundheitsversorgung, die allen Menschen unabhängig von deren sozialer Situation Zugang zu allen Gesundheitsleistungen ermöglicht. Zur Umsetzung dieses Ziels einer öffentlichen Gesundheitsversorgung ist es notwendig, dem Gesundheitssystem auch ausreichend öffentliche Mittel zur Verfügung zu stellen, um die Versorgung nach internationalen Standards zu ermöglichen.

PRAEVENIRE Partner für diesen Themenkreis



02.3. Arbeitsmedizin

1. 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.
2. Arbeitsmediziner:innen (wie auch Schulmediziner:innen) müssen im Zuge ihrer Curricula verstärkt im **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 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG)⁴ vor, die gesetzlich geregelte Instrumente 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.
3. 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**.
4. **Rechtliche Rahmenbedingungen** sind zu schaffen, die ein **flexibleres Arbeitsmodell**, insbesondere nach längerer Erkrankung, ermöglichen. Dahinge-

hend 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 ermöglichen.



Moderne Unternehmen bieten Angebote zur Gesundheitsförderung an. Das unterstützt einen gesunden Lebensstil und stärkt das Team.

5. 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 Aufspaltung 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 einzigen Expert:innen, die die Gesundheit der Menschen in ihrer Gesamtheit betrachten. Deshalb soll den Arbeitsmediziner:innen die Möglichkeit, Arbeitspsycholog:innen bei bestimmten Aufgabenstellungen zur Beratung hinzuzuziehen, erleichtert werden.

⁴ Vgl. Volltext des ASchG: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008910>

PRAEVENIRE Partner für diesen Themenkreis



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.

02.4. Gesundheitsmetropole Wien

Eine Großstadt wie Wien muss sich im 21. Jahrhundert vielfältigen Herausforderungen stellen. Mit 26,7 Milliarden Euro trägt der Gesundheitssektor mehr als ein Viertel zur Wiener Volkswirtschaftsleistung bei. Das bedeutet, jeder vierte Wiener Arbeitsplatz steht in Zusammenhang mit der Gesundheitsbranche.

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“. [1]
2. Zu den aktuellen **Leitprojekten** der Stadt Wien zählen das Zentrum für Präzisionsmedizin (CPM) der MedUni Wien, der Ausbau des Vienna Bio Centers, ein Technologiezentrum und die Weiterentwicklung des MedUni Campus AKH. Sie alle verfolgen ein gemeinsames Ziel: den Menschen die beste medizinische Versorgung zu ermöglichen und eine optimale Basis für medizinische Wissenschaft und pharmazeutische Forschung zu schaffen. Um auf dieser Basis weiter aufbauen zu können, sind alle relevanten Stakeholder in die städtische Gesundheitsplanung einzubinden.
3. Wien muss sich als **Standort für internationale Spitzenmedizin** und als führende **Innovationsdrehscheibe** in der Gesundheitsbranche etablieren. Der hohe Impact der Wiener Gesundheitsbranche auf die Volkswirtschaft und Arbeitsplätze ist anzuerkennen, um das Ziel zu erreichen, **Wien zur internationalen Medizinmetropole zu machen**.
4. **Spitzenmedizin, leistbarer Zugang zu Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen für alle, erfolgreiche Forschung und innovative Unternehmen** machen Wien zu einem weltweit führenden Gesundheitsstandort. Damit das so bleibt und die Hauptstadt diesen Status weiter ausbauen kann, braucht es starke **Partnerschaften** und eine **zukunftsorientierte Wirtschafts- und Innovationsstrategie**. Die Investitionen in moderne Infrastruktur, in Forschung und Entwicklung, in die Förderung junger Talente sowie in qualifiziertes Personal muss vorangetrieben werden.
5. Ebenso gilt es, einen Fokus im Bereich **der Ansiedlung internationaler Behörden** am Standort Wien zu setzen. Diese sind notwendig, um Gesundheitsmaßnahmen zu ermöglichen. Mit der Ansiedlung des EITHealth Austria Co-Location Centers ist es gelungen, eine führende Institution nach Wien zu holen, die darauf abzielt, Innovationen im Gesundheitswesen in Europa voranzutreiben. Und vor einem Jahr ist der jüngste Meilenstein mit der benannten Stelle 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. In weiterer Folge muss sie 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.

Vielfältige Anforderungen an die städtische Gesundheitsversorgung

Die vielfältigen Erfordernisse der Menschen an ihre Gesundheitsversorgung sind nicht nur demografisch bedingt. Typische Unterschiede sind dennoch auf das Alter zurückzuführen: 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.⁵

⁵ Vgl. die Wiener Frauenbefragung „Wien, wie sie will.“ der Stadt Wien – Frauenservice Wien, durchgeführt von IFES, Wien, Oktober 2022

Ergänzung der PRAEVENIRE Partner

Ergänzung der Ärztekammer für Wien

[1] Stadt Wien und Krankenkassen haben in der Planung für eine Spitalsstruktur auf Weltklassenniveau zu sorgen und auch im ambulanten Bereich Strukturen zu planen, die die Versorgung einer Zwei-Millionen-Stadt plus Umland gewährleisten.

PRAEVENIRE Partner für diesen Themenkreis



02.5. Spezialisierte Versorgung – Seltene Erkrankungen

In Österreich leiden rund 400.000 Menschen an einer **Seltenen Erkrankung**. Laut WHO werden 6.000 bis 8.000 Erkrankungen als selten eingestuft, über 50 Prozent davon betreffen Kinder. Im Einzelfall sind sie meist schwer zu diagnostizieren, oft dauert es Jahre, bis die Patient:innen eine konkrete Diagnose erhalten. In Ergänzung zu den bestehenden dringend erforderlichen Maßnahmen haben die PRAEVENIRE Partner und Expert:innen folgende Optimierungsprogramme erarbeitet.

1. Der **Behandlungsbedarf** von Betroffenen einer Seltenen Erkrankung muss im Vordergrund stehen. Derzeit führt jeder Krankenhausträger eigene Verhandlungen mit pharmazeutischen Unternehmen. **Der individuelle und gesellschaftliche Nutzen muss bei der Patientenversorgung an erster Stelle** stehen und unabhängig von der föderalen Struktur, Finanzierung bzw. Finanzierbarkeit sein. Die Prozesse müssen transparent geführt werden, die Finanzierung von innovativen Therapien im Krankenhaus muss **bundesweit einheitlich** rechtlich gesichert, medizinisch angezeigt und patientenorientiert, nachhaltig und zukunftsweisend geregelt werden. Vorteil eines österreichweit einheitlichen Ansatzes ist, dass Anreize für Ablehnungen von Kostenübernahmen wegfielen.
2. Eine bundesweit einheitliche Herangehensweise auf nationaler Ebene ist nicht nur aus organisatorischer Sicht sinnvoll, sondern auch **im Interesse der Patientensicherheit und Qualitätssicherung**. Für die Entscheidungsprozesse auf gesundheitspolitischer, systemischer Ebene sind deshalb in den Entscheidungsprozess neben der Ärzteschaft auch demokratisch legitimierte **Patient:innenvertretungen miteinzubinden**.
3. Vorgeschlagen und mittlerweile gesetzlich implementiert wurde ein **Bewertungsboard** für die medizinisch-therapeutische Evaluation, in dem Patientenvertreter:innen eingebunden werden sollten. Ziel und Zweck sind bundesweit einheitliche Standards für die Bewertung von Behandlungen und Therapien, um die Gleichbehandlung der Patient:innen, unabhängig von Wohnort und Trägergesellschaft, zu stützen. Voraussetzung bleibt, dass für die:der behandelnde:r Ärzt:in jegliche Therapiefreiheit zum Patientenwohl und die Patient:innenrechte bestehen bleiben. Ethiker:innen sind für Entscheidungen im Bedarfsfall hinzuzuziehen.
4. Im Sinne der Patient:innen sind Finanzierungsmodelle dann akzeptabel, wenn die **Sicherstellung des Patient:innennutzens** durch klare Evidenzbasierung sichergestellt ist, die Entscheidungsfreiheit der Ärzt:innen nicht infrage gestellt wird, ein österreichweit gleichwertiger Patient:innenzugang ermöglicht wird.
5. Für einen starken **medizinischen und innovativen Standort Österreich** sind Vorhersehbarkeit und Planbarkeit wesentliche Kriterien. Deshalb müssen Therapieanwendungen einheitlich geregelt sein, um das Vertrauen bzw. die Bereitschaft der pharmazeutischen Industrie zu stärken, Österreich weiterhin frühzeitig mit innovativen Therapien zu beliefern.
6. **Regionale Vernetzung** und Zusammenarbeit für Projekte, Modellanwendungen und regionale Benchmark-Projekte hinsichtlich Versorgungswegen für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (Rare Diseases) müssen unterstützt werden. Beispielsweise können mit Hilfe von Onlineportalen oder mittels KI-Einbindung Patient:innenwege abgekürzt werden. (vgl. „Best Practice: Plattform für Seltene Erkrankungen“).

Best Practice: Plattform für Seltene Erkrankungen

Ein langer Weg zur Diagnose bedeutet für Patient:innen auch, dass eine mögliche Therapie erst in einem späteren Stadium begonnen werden kann. Erstan-sprechpartner ist in vielen Fällen die:der Vertrauens-ärzt:in oder die:der Kinderärzt:in. In einer Hausarzt-ordination entscheidet es sich meist, ob eine Seltene Erkrankung in Betracht gezogen wird und Betroffene zielgerichtet einer entsprechenden Fachabklärung und Behandlung zugeführt werden oder nicht. Das Bewusstsein für Seltene Erkrankungen und die technische Unterstützung auf der primären Versorgungsebene sind wichtige Elemente. Deshalb hat die Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit AM PLUS eine Rechercheplattform ins Leben gerufen. Mit dem zehnjährigen Jubiläum hat man sich dazu entschlossen, die Plattform weiter auszubauen und attraktiver zu gestalten. Die Nutzung der AM-PLUS-Plattform www.symptomsuche.at ist kostenlos.

Freiraum für Ihre Notizen, Ideen und Strategien zur Umsetzung

A large grid of small dots, intended for taking notes or drawing.

PRAEVENIRE Partner für diesen Themenkreis





LINDA | 9 Jahre

03. GESUNDHEITSBERUFE UND AUSBILDUNG



Bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten 2023 wurden Lösungen zur Behebung des Fachkräftemangels diskutiert.

03. Gesundheitsberufe und Ausbildung

» Berufsrechte – Gesundheitsberuferegister – Personalplanung «

PRAEVENIRE ERFOLG: Fortschritt im Gesundheitswesen

Community Nursing im Fokus

Das Thema „Community Nursing“ ist 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. 116 von der EU geförderte Community-Nurse-Pilotprojekte in ausgewählten österreichischen Gemeinden zeigen, wie effektiv die direkte Integration in PVE, Gemeinschaftspraxen oder bei dem:der Vertrauensärzt:in ist. Dennoch muss Community Nursing als Konzept verstärkt in die Gesundheitsplanung auf allen Versorgungsebenen eingebunden und von den Gemeinden mitgetragen werden.

PRAEVENIRE FORDERT: Endlich umsetzen!

- ☑ **Bewusstsein für Gesundheitsberufe** bereits in Schulen bilden!
- ☑ **Gesundheitsberufe in Kindergärten und Schulen** zur Gesundheitsförderung einbinden!
- ☑ **Gesundheitsberuferegister-Gesetz** als Planungsgrundlage etablieren und überarbeiten!
- ☑ **Lebenshaltungskosten während der Ausbildung** finanzieren!
- ☑ Zur Verringerung der Wartezeiten **mehr Kassenverträge** (z. B. Diätologie) schaffen!

Expertisen und Handlungsempfehlungen

Das österreichische Gesundheitssystem verfügt über bestens ausgebildete Mitarbeiter:innen. Allerdings bedeuten die bevorstehende Pensionswelle der sogenannten „Babyboomer“ und infolgedessen der Fachkräftemangel eine der größten Herausforderungen. Als Lösung ist die **Stärkung und Aufwertung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe** eine der zentralen PRAEVENIRE Forderungen und im Regierungsprogramm 2020–2024 dezidiert als Ziel formuliert.¹ Insbesondere ist die Kompetenzerweiterung der qualitativ hoch Ausgebildeten und die Ermöglichung von bestimmten Versorgungsschritten ein wichtiger Schritt, der rascher in Umsetzung gehen sollte.

Für die dringend benötigten Nachwuchskräfte braucht es flexiblere Arbeitszeitmodelle, die in ihre Lebensumfelder und zur Familiensituation passen. Zudem sehen sich die nachfolgenden Generationen mit der digitalen Transformation im Gesundheitswesen und dem rasant wachsenden medizinischen Wissen konfrontiert. Daher muss die Personalentwicklung an diese Anforderungen angepasst und lebenslanges Lernen gefördert werden. Die Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf ist nur dann attraktiv, wenn sie für Interessent:innen finanzierbar und im beruflichen bzw. familiären Umfeld machbar ist. Es besteht die Notwendigkeit, die **Ausbildungswege verstärkt seitens der öffentlichen Hand mitzufinanzieren** und Programme zu unterstützen, welche die Prozesse im Hinblick auf eine potenzielle Gestaltung und Finanzierung aufzeigen können. Ein weiterer Weg, um dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken, führt über gezielte Maßnahmen, um die gut ausgebildeten Mitarbeiter:innen länger im Beruf zu halten.

Um die Landschaft der Gesundheitsberufe in Österreich attraktiv zu halten, haben Gesundheitsexpert:innen, Health Care Professionals und PRAEVENIRE Partner gemeinsam folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen im Rahmen der Aktivitäten im PRAEVENIRE Jahr 2023/24 erarbeitet. Die mitwirkenden Gesundheitsexpert:innen betonten einmal mehr die Notwendigkeit einer zeitnahen zukunftsweisenden und innovativen MTD-Berufsbildnovellierung, um eine optimale Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

¹ Vgl. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:7b9e6755-2115-440c-b2ec-cbf64a931aa8/RegProgramm-lang.pdf>

03.1. Berufsbilder, Berufsrechte und Kompetenzen

Im Sinne einer verstärkten Ausrichtung auf Prävention und Gesundheitsvorsorge sind die Gesundheitsberufe und die Medizinisch Technischen Dienste (MTD), z. B. Ergotherapie und Physiotherapie, flächendeckend für Patient:innen zu fördern. Hierfür hat die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) bereits wichtige Schritte gesetzt. Dieser Weg sollte zugunsten einer Harmonisierung der Leistungen

weitergeführt werden. Integrierte Versorgungsmodelle müssen ausgebaut, Praktika im niedergelassenen Bereich finanziert werden.



Die Gesundheitsberufe leisten einen wichtigen Beitrag, um den Alltag besser bewältigen zu können!

1. **Gesundheitspolitische Entscheidungsfindungsprozesse** sollten auf der **akademisch-wissenschaftlichen und praktischen Perspektive** der Gesund-

heitsberufe basieren. Sie gelten in ihrem jeweiligen Fachgebiet als Spezialist:innen und kennen die Prozesse ihres täglichen Arbeitsumfelds am besten.

- Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ist Teil des Gesamtversorgungsprozesses, um beste Leistungen im Sinne der Patient:innen zu erbringen. Berufliche Kompetenzen sind daher mit dem **Ziel der Optimierung der Patientenversorgung** verstärkt zu bündeln. Flexible Zusammenarbeitsformen sind zu vereinfachen, z. B., indem Bürokratie bei der Gründung von Gemeinschaftspraxen abgebaut wird.
- Beispielsweise ist die Mitarbeit von Ergotherapeut:innen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Therapie in der Schule und im Kindergarten vorzusehen. Dies entspricht sowohl den Gesundheitszielen Österreichs² als auch einer sektorenüber-

greifenden Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik (im Sinne von Health in all Policies). Ministerien- und fächerübergreifende Strategien sind notwendig, um Gesundheitsberufe wie die Ergotherapie zur Unterstützung für Kinder und Jugendliche zu etablieren, die eine Einschränkung im pädagogischen Alltag erleben. Ziel ist es, schul- und kindergartenbasierte **Ergotherapie in Bildungseinrichtungen** zu ermöglichen. [1]

4. Die **Etablierung von neuen Gesundheitsberufen** wie der spezialisierten Pflegeperson, der **Academic Advanced Practice Nurse (APN) for Diabetes Care**, ist in der umfassenden Diabetesbetreuung im niedergelassenen Bereich rasch vorwärtszutreiben. Menschen mit Diabetes mellitus leiden meist (besonders in zunehmendem Alter) an Folge- und Begleiterkrankungen. Spezialisierte Pflegepersonen helfen den Patientinnen und Patienten zu verbesserter Compliance und Adhärenz, womit sie der häufig eintretenden Multimorbidität entgegenwirken. [2]
5. Hinsichtlich der digitalen Transformation im Gesundheitswesen muss **ELGA im Rahmen der Behandlung und Betreuung den Gesundheitsberufsgruppen zugänglich** gemacht werden. Wenn das System niederschwellig und praktikabel bezüglich der Gesundheitsdaten sein soll, dann müssen alle Gesundheitsberufe gleichermaßen den Zugang erhalten. Somit haben gleichzeitig auch die Patient:innen bei Bedarf Zugriff auf ihre eigenen und für sie bzw. ihre Behandler relevanten und nützlichen Gesundheitsdaten.

² Vgl. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/>

Berufsbilder: Beispiele für MTD

Die Ergotherapie ist ein gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf, mit dem Ziel, Menschen bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit und Erholung zu stärken. In der Ergotherapie werden spezifische Aktivitäten, Umwelтанpassung und Beratung gezielt und ressourcenorientiert eingesetzt, um die Handlungsfähigkeit der Patient:innen und Klient:innen im Alltag, ihre gesellschaftliche Teilhabe und ihre Lebensqualität und -zufriedenheit zu verbessern.³ Ergotherapeut:innen arbeiten mit Personen oder Personengruppen aller Altersstufen. Durch Ergotherapie sollen Menschen ihre Teilhabe (Partizipation) an der Gesellschaft aufrechterhalten oder erweitern und ihre Lebensqualität verbessern. An der Gesellschaft teilzuhaben bedeutet, in eine Lebenssituation bzw. einen Lebensbereich einbezogen zu sein und diesen mitgestalten zu können.

Die Physiotherapie ist die drittgrößte Berufsgruppe im österreichischen Gesundheitssystem. Die Optimierung von Rahmenbedingungen zur Förderung einer qualitativ hochwertigen physiotherapeutischen Leistung, von Diagnostik über Prävention bis zu Rehabilitation, ein einfacher Zugang und die Leistbarkeit für die Menschen sind zentrale Ziele. Die steigende Lebenserwartung bringt für viele Beschwerden durch Abnutzung mit sich, mangelnde Bewegung hat Beschwerden im Bewegungsapparat zur Folge oder es sind Behandlungen nach Operationen und Unfällen als Teil der medizinischen Versorgung notwendig. Um die langen Wartezeiten zu verringern, sind kassenfinanzierte Therapieplätze auszubauen.

³ Vgl. www.ergotherapie.at

03.2. Gesundheitsberuferegister

2018 wurde das Gesundheitsberuferegister eingeführt. Die Eintragung darin ist die Voraussetzung für die Ausübung eines der insgesamt elf Gesundheitsberufe und es umfasst mittlerweile mehr als 212.000 Registrierungen. Allerdings wurde das gesetzlich verankerte, öffentliche Verzeichnis bis dato nicht als effektives Instrument zur Personalplanung genutzt. Dabei ist gerade für die österreichische Gesundheitsreform und für die mit dem Finanzausgleich 2024 verbundenen Zielsetzungen ein funktionel-

les Gesundheitsberuferegister, das präzise zur Steuerung des Personalbedarfs herangezogen wird, unumgänglich. Das Gesundheitsberuferegister ist das Hauptinstrument zur Bereitstellung relevanter Daten.

1. Das durch die Registrierungspflicht mögliche **Monitoring der Anzahl aktiver Fachkräfte** in den jeweiligen Berufsgruppen sollte bei der Kapazitäts- und Bedarfsplanung eine entscheidendere Rolle spielen. Mit Blick

auf die demografischen Entwicklungen, die Berufsvorstellungen und Erwartungen der Nachwuchskräfte könnte das Gesundheitsberuferegister als wertvolles Instrument zur **Identifizierung von Trends** genutzt werden. Dieses Potenzial sollte zur effizienten, vorausschauenden Personalplanung genutzt werden.

2. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt die **Erweiterung des Gesundheitsberuferegisters**, zum Beispiel um medizinische **Assistenzberufe, Sanitäter:innen**.

3. Wichtige Daten der Gesundheitsberufe fehlen, z. B. Stundenrahmen, Jobwechsel oder Sonderausbildungen. Diese wesentlichen Kennzahlen für die Personalplanung sind zu ergänzen.



Der Bedarf an Gesundheitspersonal muss zukunftsorientiert geplant werden.

Dafür ist die Überarbeitung des Gesundheitsberuferegister-Gesetzes erforderlich, die eine **regelmäßige Datenaktualisierung** sicherstellen muss.

4. Für die Erhebung der Versorgungswirksamkeit ist es beispielsweise relevant, die 17.000

Physiotherapeut:innen in Österreich im Hinblick auf ihre therapeutischen Funktionen digital zu erfassen. Das ist eine wesentliche Datenerhebung, um Versorgungsplanung adäquat entlang der demografischen Entwicklung machen zu können, orientiert an der Population bzw. den Personengruppen Kinder und Jugendliche, chronisch Erkrankte, ältere Menschen.

5. Relevante **Datenbestände sollten der Wissenschaft zur Verfügung** gestellt werden können, beispielsweise für die Registerforschung. Dabei sind der Schutz personenbezogener Daten und die Bestimmungen zum Datenverkehr von der Datenschutz-Grundverordnung

(DSGVO) gedeckt. Zudem wurde das Austrian Micro Data Center (AMDC) gegründet, das es ermöglicht, den Datenschatz aus öffentlichen Registern und Statistiken in rechtlich abgesichertem Rahmen der Forschung zur Verfügung zu stellen.

6. Eine fundierte Datenlage ist auch für die Öffentlichkeitsarbeit und eine faktenbasierte mediale Berichterstattung wichtig. Im Zusammenhang mit Gesundheitspersonal werden oftmals Begriffe wie „Mangel“, „Überlastung“ oder „Unzufriedenheit“ kommuniziert, was zu Fehleinschätzungen z. B. bei Berufsinteressent:innen führen kann und den Berufsbildern bzw. den Berufsvorstellungen schadet.

7. Die zwei bestehenden Registrierungsbehörden sind zu vereinen, damit kann u. a. auch der Verwaltungsaufwand reduziert werden. [3]

Expertenkonsens: Datenschutz und Datenschatz

In Bezug auf die Pseudonymisierung verfügt Österreich mit dem verschlüsselten bereichsspezifischen Personenkennzeichen (bPK) der Statistik Austria über eines der besten Systeme europaweit. Dieses dient als Identifikator und verhindert den direkten Personenbezug bei der Statistik Austria oder in der öffentlichen Verwaltung. Nach Meinung der Expert:innen sind die grundlegenden Voraussetzungen für die Datenverknüpfung gegeben, da auch das Gesundheitsberuferegister im AMDC verfügbar ist. Unter Verknüpfung mit dem elektronischen Datensammelsystem der österreichischen Sozialversicherungsträger (ELDA) scheint es beispielsweise möglich, Karrierewege wissenschaftlich auszuwerten. Verbesserungsbedarf gibt es u. a. bei der Erfassung des Beschäftigungsausmaßes. Diese fehlt, ist aber für eine fundierte Auswertung von Personalkapazitäten maßgebend.

03.3. Ausbildung und Personalplanung

Mit den gestiegenen Anforderungen an Gesundheitsberufe müssen auch die **Ausbildungsstrukturen** angepasst werden. Eine große Herausforderung ist das Thema der Pflegebedürftigkeit (Stichwort: steigende Alterung der Gesellschaft, Chronifizierung von Krankheiten), die ohne Pflegeprävention und ohne Förderung von Therapiemaß-

nahmen zur Bewältigung des Alltags, zur Betätigung im eigenen Umfeld sowohl für Betroffene als auch das Gesundheitssystem nicht zu bewältigen sein wird. Karrieremodelle mit Entwicklungschancen tragen wesentlich dazu bei, die Gesundheitsberufe attraktiver für Neu-, Um- oder Wiedereinsteiger:innen zu machen.

1. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt ein **gemeinsames Basisjahr für Gesundheitsberufe mit anschließender Spezialisierung**. Dieses gemeinsame Jahr soll im sekundären und tertiären Bereich gegenseitiges Verständnis für andere Berufsgruppen erhöhen und einer größeren Bereitschaft für Interdisziplinarität und dem Aufbrechen von berufsständischem Silodenken zuträglich sein.

2. **Die Zahl der Ausbildungsplätze** muss gesteigert werden, um dem höheren Versorgungsbedarf der nächsten Jahre und Jahrzehnte adäquat begegnen zu können. Beispielsweise fehlen derzeit 350 Apotheker:innen, eine Zahl, die sich – ohne gegenzusteuern – in den nächsten zehn Jahren verdoppeln wird. Die hohen Drop-out-Raten im Gesundheitswesen sind bedingt durch eine veränderte Einstellung zur Work-Life-Balance oder Überlastung.



Es braucht Karrieremodelle mit Entwicklungschancen.

3. Rahmenbedingungen sind zu schaffen, die dem Gesundheitspersonal den **Zugang zur Weiterqualifizierung in vorhandenen Strukturen** – sowohl im niedergelassenen als auch in stationären Bereichen – vereinfacht.

4. Beispielsweise tragen **Spezialisierungen der Gesundheits- und Krankenpflege** (z. B. Clinical Cancer Nurse Specialist oder APN for Diabetes Care) und im Bereich der Medizinisch Technischen Dienste (MTD) zur Attraktivierung des Berufes bei, da ihr Einsatz in vielen Bereichen (School Nurse, Family Health Nurse) möglich ist und sie in gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen eingebunden werden können.

5. Die Möglichkeit zum **Erwerb weiterer akademischer Qualifikationen** für Angehörige der MTD ist zu unterstützen. Beispielsweise mussten bis vor einigen Jahren Ergotherapeut:innen ihr facheinschlägiges aufbauendes Masterstudium im Ausland absolvieren. Seit 2011 gibt es die ersten Absolvent:innen eines österreichischen Masterstudiums in Ergotherapie. Die wichtigsten Maßnahmen zur wissenschaftlichen Qualifikation sind die **Überführung von Masterlehr-**

in bundesfinanzierte Masterstudiengänge und Gewährleistung der **Durchlässigkeit zum Doktoratsstudium**. Förderlich wären sowohl die Einrichtung eines **Lehrstuhles für Ergotherapie- und Handlungswissenschaft** und die Errichtung eines spezifischen **PhD-Programms** als auch die Einrichtung von Doktorandenkollegs in Kooperation mit Fachhochschulen und Universitäten. Die tertiäre Ausbildung eines Berufes sollte auch an einer tertiären Bildungseinrichtung (FH) verortet sein.

6. Im **Zuge der Digitalisierung** zeigt sich die Notwendigkeit von **Vernetzung an den Schnittstellen** von menschlicher und künstlicher Intelligenz. Schon in den Ausbildungscurricula der Gesundheitsberufe müssen die rasanten digitalen Entwicklungen implementiert werden, um die Ausbildungen zukunftsfit zu halten. Die Schulung digitaler Anwendungen und telemedizinischer Lösungen muss zum selbstverständlichen Kernelement der Curricula werden.

Attraktivierung der Gesundheitsberufe

Im Rahmen der 8. Gesundheitstage im Stift Seitenstetten 2023 diskutierten Gesundheitsexpert:innen der Apothekerschaft, Ergotherapie, Physiotherapie mit Allgemeinmediziner:innen und Vertreter:innen der Arbeiterkammer, wie dem Mangel an Fachkräften und Nachwuchs begegnet werden kann:

- Evaluierung der Ist-Situation gemeinsam mit allen Gesundheitsberufen
- Kampagnen, um junge Menschen in die Ausbildungen zu bringen
- Sensibilisierung der politischen Akteur:innen für die Notwendigkeit, die Rahmenbedingungen an die neuen bzw. erforderlichen Arbeitsumfelder anzupassen
- Bewusstseins- und Berufsbildung schon in den Schulen fördern
- Anwerben qualifizierter Fachkräfte aus dem Ausland
- Berufsrechte und berufliche Kompetenzen anpassen, um durch Effizienzsteigerungen die niedergelassenen Ärzt:innen und die Spitäler zu entlasten

Ergänzungen und Dissenspositionen der Kooperationspartner

Ergänzungen der Ergotherapie Austria

[1] Schul- und kindergartenbasierte Ergotherapie umfasst den gesamten ergotherapeutischen Prozess von Begutachtung, Zieldefinition, Therapie und Evaluierung im interdisziplinären Team. Um Inklusion zu ermöglichen, setzt sich Ergotherapie Austria auch dafür ein, dass die Arbeit von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Schulen und Kindergärten als wesentliches Tätigkeitsfeld anerkannt wird.

[2] Ad. Zusammenarbeit neuer Gesundheitsberufe mit Ergotherapeut:innen: Im Sinne der **Interdisziplinarität und Ergänzung von Kompetenzen** unterstützt die Ergotherapie Patient:innen bei der Umsetzung von Diabetesmaßnahmen im Alltag und erhöht dadurch die Compliance der Patient:innen.

Dissensposition der Ergotherapie Austria

[3] Dissens zur Vereinigung der Registrierungsbehörden, da die freiberuflichen Therapeutinnen und Therapeuten nicht bei der Bundesarbeitskammer angesiedelt werden können.

Ergänzung der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG)

Ad. 03.3. Ausbildung: An den neun Ausbildungseinrichtungen der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG) werden exzellente Ausbildungen für den Gesundheits- und Sozialbereich und den Bereich der Medizinischen Assistenzberufe angeboten.

Die Ausbildungen sind modular aufgebaut und ermöglichen eine hervorragende Durchlässigkeit. Durch diese Ausrichtung des Leistungsangebotes ist eine maximale Flexibilität gegeben, wobei auch Synergieeffekte der einzelnen Ausbildungsstätten genutzt werden. An den

Standorten variieren die Ausbildungen und sind an die Bedarfe der Kliniken und Region angepasst. Die regionale Ausbildung ist ein Garant dafür, dass bedarfsorientiert und wohnortnahe ausgebildet wird. Der Quereinstieg ist unter bestimmten Rahmenbedingungen jederzeit möglich (Einstieg in das zweite Ausbildungsjahr der Pflegefachassistentenausbildung; verkürzte Operationstechnische Assistentenausbildung ...).

Im Anschluss stehen tertiäre Weiterqualifizierungen, wie das verkürzte Bachelorstudium Pflege, für Absolvent:innen der Pflegefachassistentenausbildung offen. Die hierfür notwendige Englisch-Niveaustufe B2 kann während der Grundausbildung zur:zum Pflegefachassistent:in gratis erworben werden.

Die **vielfältigen Ausbildungsmöglichkeiten** zeichnen sich durch Durchlässigkeit, Bedarfsorientierung und Flexibilität aus, die in Vollzeit oder Teilzeitausbildung (auch berufsbegleitend) absolviert werden können.

Von der ersten Orientierung im neunmonatigen Berufsfundungspraktikum bis hin zu umfangreichen Ausbildungsangeboten in den Gesundheits- und Sozialberufen und dem Bereich der Medizinischen Assistenzberufe bietet die OÖG ein breites Ausbildungsangebot: Pflegestarter:innen (Modell ab dem 15. Lebensjahr), Pflegeassistent, Pflegefachassistent, Einstieg in das 2. Ausbildungsjahr zur Pflegefachassistent, Lehre für Assistenzberufe in der Pflege, verkürzte Ausbildung zum Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege § 44, Medizinische Assistenzberufe: Operationsassistent, Desinfektionsassistent, Gipsassistent, Röntgenassistent, Ordinationsassistent, Operationstechnische Assistent (OTA), verkürzte Ausbildung OTA (nach Abschluss der MAB OP-Assistent), Heimhilfe, Fachsozialbetreuer:in Schwerpunkt „Altenarbeit“, Kooperationen HLW Bad Ischl (dreijährig – Pflegeassistent-Abschluss) und Kooperation Höhere Lehranstalt für Pflege und Sozialbetreuung Linz, Bad Ischl (fünfjährig – Matura und Pflegefachassistent-Abschluss).

PRAEVENIRE Partner dieses Kapitels



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 | 9 Jahre



Gesundheit muss eine coole Marke werden!

04. GESUNDHEITSSYSTEM: PRÄVENTION HAT PRIORITÄT!

04. Gesundheitssystem: Prävention hat Priorität!

» Gesundheitskompetenz – Wissenschaft und Forschung – Arzneimittelversorgungssicherheit «

PRAEVENIRE ERFOLGE: Fortschritte im Gesundheitswesen

Von Mutter-Kind-Pass zu Eltern-Kind-Pass

Die von der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 geforderte Änderung des Mutter-Kind-Passes zu einem Eltern-Kind-Pass ist erfolgt. Ein weiterer Meilenstein wäre, ihn – neben den notwendigen medizinischen Kontrollen – mit wichtigen Interventionsmaßnahmen, wie z. B. ergotherapeutischen Elementen, zu ergänzen und ihn zu einem **lebensbegleitenden „Präventionspass“ weiterzuentwickeln**. Ein solcher könnte die Menschen unterstützen, indem er z. B. an den kostenlosen jährlichen Vorsorgetermin erinnert. Ein (elektronischer) Präventionspass könnte die Menschen bereits früh auch für **pflegepräventive Maßnahmen** sensibilisieren und lebenslang zu **gesundheitsfördernder Lebensstilführung** motivieren.

Impfkultur gestärkt

Die geforderte verbesserte „Impfkultur“ ist einen Schritt näher gerückt: Seit Februar ist die **HPV-Impfung** vom 9. bis zum 21. Lebensjahr kostenlos. Sie sollte auch für Risikopersonen finanziert werden. Der **elektronische Impfpass** wurde gesetzlich verankert und auf Basis der ELGA-Infrastruktur von der Pilotierung auf den Regelbetrieb umgestellt.

Medikamentenbevorratung ausgeweitet

Eine neue Bevorratungsverordnung des Gesundheitsministeriums, die vorsieht, die Lagerbestände für kritische Arzneimittel zu erhöhen, liegt der EU-Kommission zur Begutachtung vor. Bereits für die nächste Wintersaison 2024/25 müssen mehr als 700 Produkte für vier Monate eingelagert sein. Auch ein Wirkstofflager wurde eingerichtet. Das PRAEVENIRE Gesundheitsforum wies bereits während der Coronapandemie auf die Notwendigkeit eines Krisenlagers zur Arzneimittelversorgungssicherheit hin, auch um die Resilienz des Systems zu verbessern.

PRAEVENIRE FORDERT: Endlich umsetzen!

- ☑ **Bewegung** auf Rezept als wichtige Präventionsmaßnahme ermöglichen!
- ☑ **Patientenengagement** für gesundheitsfördernde Lebensstiländerungen belohnen!
- ☑ Therapie-Adhärenz der Patient:innen durch **Health Literacy** fördern!
- ☑ Eltern-Kind-Pass zu einem **lebensbegleitenden Präventionspass** weiterentwickeln!
- ☑ **Vertrauen der Menschen in Wissenschaft und Forschung** aufbauen!

Expertisen und Handlungsempfehlungen

Durchschnittlich verbringen die Menschen in Österreich etwas mehr als 61 Jahre ihres Lebens gesund. In Relation zur Lebenserwartung – bei Männern liegt sie im Durchschnitt bei 79 Jahren, bei Frauen bei knapp 84 – ist das nicht viel, wie beispielsweise im EU-Vergleich sichtbar ist. Einer der Gründe dafür liegt in der zunehmenden Zahl an sogenannten „Zivilisationskrankheiten“ bzw. nichtübertragbaren Krankheiten wie Diabetes mellitus.

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 Abnützungerscheinungen – von Kindheit an – wichtig sind. Gesundheitskompetenz **von Kindheit an** ist die Basis, ein gesundheitsbewusstes Leben führen zu können.

Die Verhaltensprävention (Self Care) und Verhältnisprävention (Unterstützung von öffentlicher Hand für gesundheitsförderliche Lebensweise) bedingen einander. Das bedeutet u. a., dass die Maßnahmen zu Gesundheitskompetenzsteigerung, Health Literacy und Prävention so zu gestalten sind, dass die **gesundheitliche Verantwortlichkeit** im Familienverbund selbst wahrgenommen wird und die Professionist:innen in Kindergärten, Schulen, am Arbeitsplatz etc. unbürokratisch und einfach unterstützen können.

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 abstinenteres 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 lesen Sie auf der PRAEVENIRE Webseite: www.praevenire.at/petition-harm-reduction

04.1. Gesundheitskompetenz und Prävention

Die Korrelation zwischen Gesundheitskompetenz und Lebenserwartung zeigt sich in den verschiedensten Untersuchungen immer wieder. Als Richtwert nach Expertenmeinung gilt eine zwölf Jahre geringere Lebenserwartung eines Menschen, der in ein sozioökonomisch „schwaches“ und bildungsfernes Umfeld hineingeboren worden ist. Als weitere Vulnerabilitätsfaktoren sind die Lebensverhältnisse (z. B. beengter Wohnraum), Familienstruktur, Migrationshintergrund oder eine chronische Erkrankung zu nennen.



Die Bereitschaft, in die Gesundheitsförderung des Nachwuchses zu investieren, ist ein Spiegel für die Vitalität und Zukunftsfähigkeit der Gesellschaft.

1. Gesundheitskompetenz spielt für die Lebensjahre und die Lebensqualität eine wesentliche Rolle. Eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bedeutet, dass die Menschen seltener präventive Angebote in Anspruch nehmen, häufiger auf die Notfallversorgung zurückgreifen oder Medikamente weniger korrekt einnehmen.
2. Bei der **Gesundheitsplanung für Kinder und Jugendliche** sind sowohl die Familie, die Gesellschaft als auch die staatliche Hand gleichermaßen gefordert, Verantwortung zu übernehmen. Vor dem Hintergrund einer multifaktoriellen Krise – mit den Nachwirkungen der Coronapandemie, den in Medien, in der Schule und im Freundeskreis omnipräsenten Themen Krieg, Klimawandel, Energiekrise, finanzielle Belastung, Sorge um die Zukunft usw. – muss auf ihre **Vulnerabilität** besonders Rücksicht genommen werden. Als vulnerable Gruppe sind Kinder und Jugendliche belastet, ohne „betroffen“ zu sein. Die **Bedeutsamkeit der psychischen Gesundheit** gibt vor, welche Modellierungen im Gesundheitssystem bezüglich Verhalten und Verhältnissen unterstützend angedacht werden müssen.
3. Für die nationale Präventionsstrategie könnte der in Deutschland entwickelte **Gesundheitskompetenz-Kompass** als Vorbild herangezogen werden. Der **onlinebasierte Methodenkoffer** enthält pädagogisch aufbereitete Inhalte zur Gesundheitsförderung, Health Literacy, Gesundheitskompetenz und Prävention für relevante Institutionen.
4. **Elternstress** wirkt sich **negativ auf die Resilienz ihres Nachwuchses aus**. Umwelteinflüsse im weiteren Sinn und Vulnerabilitätsfaktoren sind generationsübergreifende Themen. Umso bedeutender ist es, Kindern und Jugendlichen früh Gesundheitswissen und die Wichtigkeit von Prävention zu vermitteln.
5. 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 miteinbeziehen, beispielsweise in die Wohn- und Umweltpolitik.
6. Nach der erfolgten Verlängerung und Namensänderung von Mutter-Kind-Pass auf Eltern-Kind-Pass (bis 18 Jahre) ist als nächster Schritt der **lebenslange Präventionspass** in Angriff zu nehmen. 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.
7. 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.
8. Die **Familienanamnese** muss verstärkt in die Vorsorgeuntersuchung miteinbezogen werden, um beispielsweise Risikopersonen (z. B. Demenz, Diabetes, Darmkrebs) früh identifizieren zu können.
9. Die **Entwicklung von Disease-Management-Programmen (DMP)** für bestimmte Erkrankungsgruppen sollte für jedes medizinische Fachgebiet vorangetrieben werden. Das kann als **Präventivmaßnahme** dabei helfen, die Anzahl an Spitalsaufenthalten (z. B. für diabetesassoziierte Folgeerkrankungen oder

Operationen) zu verringern und die Krankenhäuser bzw. das Gesundheitswesen zu entlasten.

10. **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 volkswirt-

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

11. Impfen ist eine wichtige Präventionsmaßnahme. Es müssen kreative Ideen entwickelt werden, sodass die **Impfraten** gesteigert werden. [1]

Ergänzungen und Dissenspositionen der PRAEVENIRE Partner

Ergänzung der Ärztekammer für Wien

[1] Impfen ist eine ärztliche Leistung und muss es auch in Zukunft bleiben. Das enge Arzt/Patient-Vertrauensverhältnis und die exzellente Ausbildung der Ärzt:innen in Österreich garantieren auch bei diesem wichtigen Gesundheitsthema die maximale Patientensicherheit.

Beim Impfen handelt es sich um weit mehr als nur einen Stich. Es ist ein komplexer Prozess, von der Feststellung der Impftauglichkeit, über das Aufklärungsgespräch und das gekonnte Applizieren der Spritze bis hin zur Nachbeobachtung der geimpften Person samt dem Ergreifen möglicher notfallmedizinischer Maßnahmen im Falle von Nebenwirkungen. Ordinationen sind sowohl ausbildungsmäßig als auch von Ausstattung her auf diese, zum Glück seltenen, Notfälle trainiert und bestens eingespielt. Damit garantieren Ärzt:innen den Goldstandard der Impfleistung und die höchste Sicherheit für die Patient:innen.

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 Impfinfrastruktur 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 gezielte 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.

PRAEVENIRE Partner für diesen Themenkreis



04.2. Wissenschaft und Forschung

Forschung, Entwicklung und Innovation sind wichtige Motoren für die Wettbewerbsfähigkeit Österreichs. Forschung schafft Know-how und hochqualitative Arbeitsplätze. Ein langfristiges politisches Bekenntnis zum Forschungsstandort Österreich über die Legislaturperioden hinaus gibt der wissenschaftlichen und anwendungsorientierten Forschung Bestandssicherheit.

1. Mit rund 1.000 Unternehmen aus den Bereichen Biotechnologie, Pharmaindustrie und Medizintechnik erwirtschaftet der österreichische **Life-Science-Sektor** einen Umsatz von über 25 Milliarden Euro und beschäftigt mehr als 60.000 Mitarbeiter:innen. Damit ist die Pharmabranche einer der **industriepolitischen Schlüsselsektoren** in Österreich. **Fördermittel für die heimischen Forschungsaktivitäten** tragen auch zur Attraktivierung des **Forschungsstandorts Österreich** bei. Forschende Unternehmen brauchen **Planbarkeit und Rechtssicherheit**, um in Österreich und in Europa weiterhin auch langfristige Spitzenforschung betreiben zu können.



*Das neue
Forschungs-
investitionspaket
des Bundes ist ein
starkes Signal!*

2. **Kompetitive Förderungsgelder** aus Forschungsförderungen sollten auch für Privatuniversitäten zugänglich sein. Sie fordern keine Unterstützung aus öffentlichen Geldern für den Regelbetrieb. Eine Finanzierungsunterstützung wird allerdings notwendig, wenn

sich Projekte z. B. im (internationalen) Wettbewerb durchsetzen sollen. Beispielsweise sollten **Instandsetzungen von Laboren für Forschungsarbeiten** durch Fördergelder sowohl für öffentliche als auch für private Institutionen gedeckt werden.

3. Durch finanzielle Erleichterung kann ein **Anreiz bei Nachwuchswissenschaftler:innen** gesetzt werden, aktiv Forschung zu betreiben.
4. Die Förderlandschaft soll auch in Richtung **angewandte Forschung** erweitert werden, denn „Forschung über das Modell hinaus“ ist für Wirtschaft, Hersteller und Auftraggeber interessant. Beispielsweise ist für **regulatorische Testungen** ein wirtschaftlicher Partner notwendig.
5. **Verbesserungspotenzial** besteht in Österreich vor allem im Bereich der **Versorgungsforschung**, beginnend mit der Diagnosekodierung im niedergelassenen Bereich bis zur Publikation von Versorgungsdaten. Dafür muss den Patient:innen der Datennutzen dargelegt werden, es muss transparent kommuniziert werden, wofür Gesundheitsdaten verarbeitet werden, woran geforscht wird, welche Ergebnisse vorliegen und welche Auswirkungen die Forschung auf Patient:innen haben kann. Prinzipiell muss das **Vertrauen der Menschen in wissenschaftliche und forschende Institutionen** wieder hergestellt bzw. aufgebaut werden.

Ergänzungen und Dissenspositionen der PRAEVENIRE Partner

Ergänzung der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG)

Um die derzeitigen und zukünftigen gesellschaftlichen Herausforderungen zu bewältigen, sollten u. a. vermehrt

Gelder bzw. Förderschienen für Fragestellungen aus der klinischen Praxis, an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialsystem, Prävention und Gesundheitsförderungen etc. zur Verfügung gestellt werden.

PRAEVENIRE Partner für diesen Themenkreis



04.3. Arzneimittelversorgungssicherheit

Die Herausforderungen, wie die aktuellen geopolitischen Entwicklungen, massive Kostensteigerungen und nachteilige rechtliche Rahmenbedingungen im Vergleich zu anderen Wirtschaftsregionen, erfordern eine engere Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen den beiden Bereichen Wirtschaft und Gesundheit. Das PRAEVENIRE Gesundheitsforum hat die Initiative ergriffen und die wesentlichsten Argumente und Forderungen der wichtigsten Stakeholder im Gesundheitssystem zur Vermeidung von Medikamentenengpässen in einer Petition zusammengefasst.

1. **Das Vertrauen** der Bevölkerung in das Gesundheitswesen muss wieder gewonnen werden. In diesem Sinne können **Kostentransparenz und Aufklärung** über die Arzneimittelentwicklung dazu beitragen, Therapie-Adhärenz zu erhöhen und generell das Bewusstsein für die Kosten und für die Wertigkeit von Arzneimitteln und Medizinprodukten in der Bevölkerung zu sensibilisieren.



Die Ursache für Arzneimittelengpässe liegt mehr in der Rohstoffbeschaffung als bei den Fertigprodukten!

2. **Das Erstattungssystem und die Preisfindung** müssen angepasst werden, um auch im internationalen Wettbewerb am Pharmamarkt bestehen zu können. Die strategische Bedeutung der Branche muss bei künftigen gesundheitspolitischen Vorhaben und auch im Rahmen der EU-Pharmagesetzgebung entsprechend berücksichtigt werden. Ein

stabiler rechtlicher Rahmen muss für die Herstellung von sicheren Medikamenten aus Österreich geschaffen werden, unter Berücksichtigung der Herstellereinstellungen und um die Abhängigkeit von Anbietern aus Billiglohnländern zu verringern.

3. **Der strategische Einkauf** seitens der Apotheker:innen muss unterstützt werden, um die Arzneimittelbasisversorgung sicherzustellen. Der Zugang zu innovativen Arzneimitteln in kurzer Zeit, auf kurzem Weg muss weiterhin möglich bleiben.
4. Die Kompensation durch **apothekeneigene bzw. spitalsapothekeneigene Produktion** (magistrale Rezeptur) ist als wesentliche Möglichkeit zur Überbrückung bei Lieferengpässen anzuerkennen und zu honorieren. Beispielsweise werden zahlreiche onkologische Präparate oder kindergerechte Medikamente vor Ort von den Krankenhauspharmazeut:innen hergestellt.
5. 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.
6. **Ein Konzept zur Lösung bei kurzfristiger Arzneimittelknappheit** sind **Unlicensed Medicines (UL)**. Beispielsweise wird dieser Weg in Norwegen oder im Vereinigten Königreich gegangen, beispielsweise bei Orphan Drugs für bestimmte seltene Erkrankungen. Damit ein solcher standardisierter Prozess in Österreich möglich ist, **braucht es eine nationale Behörde**, die für die **Importgenehmigung für einen bestimmten Zeitraum** zuständig ist.
7. **Echtzeitdaten** aus ELGA/e-Rezept etc. sind als Bestandteil zur Verbesserung der Resilienz des Gesundheitswesens, für ein vorausschauendes Krisenmanagement, für die Logistik zu nutzen, beispielsweise **in Form eines Dashboards** für die Beteiligten an der Arzneimittelversorgung.

PRAEVENIRE Partner für diesen Themenkreis



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.



CARLA | 7 Jahre

05. PRAEVENIRE INITIATIVE DIABETES 2030



Die PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030 stellt Diabeteserkrankungen in den Fokus der Gesundheitsversorgung in Österreich.

05. PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030

» Diabetesmanagement – DMP Therapie aktiv 2.0 – Diabetesregister «

PRAEVENIRE ERFOLG: Fortschritte im Gesundheitswesen

Kosten für Langzeit-Zuckerwert HbA1c werden erstattet

Die seit Jahren von der Österreichischen Diabetes Gesellschaft geforderte Erstattung der Blutuntersuchung wurde erfüllt. Die ÖGK erstattet den zur Identifikation von Risikopersonen, Prädiabetes und Diabetes wesentlichen Marker flächendeckend im gesamten niedergelassenen Bereich, unabhängig von der Vorsorgeuntersuchung.

Teilnahme an „Therapie aktiv“ ist für PVE verpflichtend

Das strukturierte Disease Management Programm (DMP) „Therapie Aktiv“ ist eine für Betroffene versorgungsrelevante und für das Gesundheitssystem effektive Maßnahme. Deshalb begrüßt die PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030 die für PVE verpflichtende Teilnahme. Das bestehende Modell sollte zu einem „Therapie Aktiv 2.0“ weiterentwickelt werden, bei dem alle relevanten Gesundheitsberufe und digitale Anwendungen eingebunden werden.

PRAEVENIRE FORDERT: Endlich umsetzen!

- ☑ Mit einem **Modell** in drei Versorgungsebenen den niederschweligen Zugang zu Diagnose und spezifischer Betreuung bieten!
- ☑ Von einem arztzentrierten System auf einen **multiprofessionellen Ansatz der Diabetesversorgung** umstellen!
- ☑ DMP zu „**Therapie Aktiv 2.0**“ **weiterentwickeln**, um die Teilnehmer:innenanzahl zu steigern!
- ☑ Die **Normalisierung des Blutzuckerspiegels als Ziel** therapeutischer Interventionen bei Typ-2-Diabetes definieren und verankern!
- ☑ Ein bundesweit einheitliches **Diabetesregister** aufbauen, als Basis z. B. für die Forschung und Versorgungsplanung!

Expertisen und Handlungsempfehlungen

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und Entwicklung der Diabetesprävalenz ist von einem starken **Anstieg der Anzahl an Menschen mit Diabetes-Typ-2** zu rechnen. Derzeit geht man von mehr als zehn Prozent der Bevölkerung in Österreich aus, die von der allgemein als „Zuckerkrankheit“ bezeichneten chronischen Erkrankung betroffen sein dürften. Das stellt eine große Herausforderung für das Gesundheitswesen, insbesondere für die Diabetesversorgung und für die krankheitsbedingten Gesundheitskosten dar.

Im Rahmen einer von der Arbeiterkammer (AK) Wien beauftragten Diabetes-Studie hat die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) den Ist-Stand der Diabetes-mellitus-Versorgung erhoben, das aktuelle Diabetesversorgungssystem weitergedacht und auch den künftigen Personalbedarf abgeschätzt. Einer der Gründe für die Studie war die Kritik des Rechnungshofs am derzeitigen Disease-Management-Programm (DMP) „Therapie Aktiv“. Er hat zum Beispiel die Einbeziehung von anderen relevanten Gesundheitsberufen angeregt.

Sowohl die Stärkung von Prävention und Vorsorge für den Gesundheitserhalt als auch die Optimierung der Versorgung im Rahmen des solidarischen Gesundheitssystems stehen für die PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030 seit dem Start 2021 im Zentrum der Bemühungen. In Zusammenarbeit mit den PRAEVENIRE Expert:innen und PRAEVENIRE Partnern wurden konkrete Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik ausgearbeitet. Zentrale Behandlungsfelder für eine bestmögliche Diabetesversorgung in Österreich werden in den Fokus gerückt und die Optimierungspotenziale in der österreichischen Diabetesversorgung über alle wichtigen Versorgungsfelder hinweg aufgezeigt.

Ziel der PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030 ist, die Arbeit kontinuierlich im Rahmen der bewährten und neuen Formate fortzusetzen, um ein von Expertenmeinungen getragenes, **zukunftsfähiges und umsetzbares Konzept zu Diabetes im Rahmen der solidarischen Gesundheitsversorgung** in Österreich zu erarbeiten. Die dringend erforderlichen Maßnahmen zur konkreten Umsetzung wurden bei den 8. Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten 2023 und in PRAEVENIRE Gipfelgesprächen evaluiert und in Ergänzung der bisherigen Optimierungsprogramme¹ erweitert. Die Handlungsempfehlungen und PRAEVENIRE Forderungen werden wieder offensiv in den politischen Diskurs eingebracht und positioniert.

¹ Vgl. PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020), PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ (Version 2021/22) und PRAEVENIRE Jahrbuch (Version 2022/23) auf www.praevenire.at/jahrbuch

05.1. System- und Strukturänderungen

1. Die Komplexität von Diabetes erfordert Rahmenbedingungen, die ein **interdisziplinäres Setting** und eine ebenenübergreifende Zusammenarbeit unterstützen und vereinfachen. Für eine optimale, ganzheitliche Behandlung und Betreuung ist ein **durchlässigeres Versorgungssystem** notwendig, welches das Miteinander von Allgemeinmediziner:innen, Fachärzt:innen, Diätolog:innen, therapeutischen Berufen, psychosozialen Gesundheitsberufen und Pflegekräften vereinfacht. Verbesserte strukturelle, ökonomische und juristische Rahmenbedingungen müssen die **multiprofessionelle Kooperation** zwischen der Ärzteschaft und den verschiedenen Gesundheitsdienstleistern unterstützen.

2. Dem **lebensbegleitenden Betreuungsbedarf** bei einer Diabeteserkrankung geschuldet, sind **mehrere Ebenen in einem optimalen Versorgungs- und Betreuungssystem** notwendig. Damit wird nicht nur eine rasche Versorgung bei Komplikationen gewährleistet, sondern es kann auch eine durch neue, innovative Therapien ermöglichte **individualisierte Behandlung** stattfinden. Nicht überall ist für eine bei chronischen Erkrankungen wichtige durchge-



Wir müssen von einem arztzentrierten System zu einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz kommen!

Ebenen in einem optimalen Versorgungs- und Betreuungssystem notwendig. Damit wird nicht nur eine rasche Versorgung bei Komplikationen gewährleistet, sondern es kann auch eine durch neue, innovative Therapien ermöglichte **individualisierte Behandlung** stattfinden. Nicht überall ist für eine bei chronischen Erkrankungen wichtige durchge-

hende Betreuung die Etablierung neuer Infrastrukturen notwendig. Bestehende wohnortnahe Einrichtungen (PVE), der niedergelassene Fachärzteebereich und die Spitalsambulanzen könnten in ein umfassendes Versorgungsmanagement integriert werden.

3. Für eine **integrierte Versorgung** fehlen nach wie vor wohnortnahe Einrichtungen, wie Primärversorgungseinheiten oder Netzwerkpraxen, in denen Patient:innen umfassend von Haus- und/oder Fachärzt:innen, von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften, Diätolog:innen, Ernährungsberater:innen, Bewegungstherapeut:innen, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen etc. in Form einer interdisziplinären Kooperation kontinuierlich behandelt und betreut werden können. Internationale Beispiele von alternativen Versorgungsstrukturen zeigen, dass durch ein flexibleres Disease Management eine Reduktion der Zahl der Erkrankungen und ihrer Folgen, aber auch eine Reduktion der Krankenhausaufenthalte erreicht werden kann. Ein integriertes Diabetes-Versorgungsprogramm muss sich **nahtlos in ELGA einfügen**.
4. Das **Schnittstellenmanagement** ist zu verbessern: Einerseits ist die Abstimmung zwischen dem stationären (Akut-Krankenhaus, Ambulanz) und dem niedergelassenen Bereich (z. B. für die Medikation, für Kontrolle von Werten u. a.) notwendig. Andererseits besteht Optimierungspotenzial in der interdisziplinären Zusammenarbeit und zwischen den Versorgungsebenen, insbesondere im Hinblick auf eine geforderte zweite Versorgungsebene (niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte) und hinsichtlich des steigenden Versorgungsbedarfs aufgrund von Folge- bzw. Begleiterkrankungen wie z. B. Herz- oder Niereninsuffizienz.
5. Bereits vor der Coronapandemie zeichnete sich der **Fachkräftemangel** bei den Gesundheitsberufen ab.

Zum einen fehlen sie jetzt, um das bestehende System aufrechtzuerhalten. Zum anderen ist aufgrund der anstehenden Pensionierungswelle (Stichwort: Generation der Babyboomer) ein weiterer Anstieg vakanter Stellen vorhersehbar. Es sind daher kreative Lösungen für die Personalknappheit notwendig, um die Menschen mit Diabetes mellitus optimal versorgen zu können.



ELGA bei der Diabetesbehandlung auf allen Versorgungsebenen nützen.

6. Die **Aus- und Fortbildung der DMP-DM2-Ärztinnen und -Ärzte** soll ausgebaut und gefördert werden. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit Diabetologienkompetenz tragen wesentlich zur Abdeckung des steigenden Versorgungsbedarfs bei. Es braucht zudem eine Fort- und Weiterbildung für die involvierten Berufsgruppen, um die strukturierte, diabetesspezifische Versorgung im Zusammenspiel aller Beteiligten zu stärken.

7. Die **Etablierung** von Diätologie, Psychologie und Pflege **im ASVG** (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz)² zur Stärkung des niedergelassenen Bereichs ist unerlässlich.
8. Eine nicht zu unterschätzende **Diabetes-Expertise** ergibt sich **seitens der Selbsthilfeorganisationen**, die dank der Weitergabe ihrer Erfahrung und ihres Erlebniswissens einen großen Beitrag zum Patientenwohl und zur Gesundheitssystemkompetenz leisten. Selbsthilfegruppen und Initiativen sind zu unterstützen. Ihre Mitwirkung bei der persönlichen Patientenberatung (insbesondere bei Selbstkontrollen wie Fußuntersuchung und Zuckermessung) und ihre Hilfe beim täglichen Umgang mit Diabetes mellitus sind sehr wertvoll.

² <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008147>

05.2. DMP zu „Therapie Aktiv 2.0“ weiterentwickeln

1. Seit 2007 existiert in Österreich das Disease Management Programm (DMP) „Therapie Aktiv“, ein **bundesweit strukturiertes Betreuungsprogramm** für Menschen mit Diabetes-Typ-2. Derzeit nehmen etwa 113.000 Betroffene daran teil. Allerdings werden nur bei 70 Prozent der eingeschriebenen Personen Leistungen abgerechnet. Das bedeutet, es sind weniger als zehn Prozent der Erkrankten umfassend versorgt. Gründe dafür sind etwa die freiwillige Teilnahme für Patient:innen und Ärzt:innen, fehlende strukturierte Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen und erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Die Evidenz der strukturierten Versorgung ist belegt und sollte ausgebaut werden. Eine Verbesserung der Beteiligung in „Therapie Aktiv“ durch die Ärzt:innen und die Stärkung der Akzeptanz für Betroffene soll mit einer **Aktualisierung des DMP zu „Therapie Aktiv 2.0“ in ELGA** erreicht werden und auch Betroffene mit Prä-Diabetes aufgenommen werden.
2. Ein Lösungsweg ist, die Hausarztpraxen, internistische Praxen und die **Primärversorgungseinheiten (PVE)** intensiver als niederschweligen Zugang für Menschen mit Diabetes (bzw. Risikopersonen) bekannt zu machen. Denn für PVE ist die Teilnahme am DMP verpflichtend.
3. Die Verbesserung der Diabetesversorgung kann mit der Entwicklung eines **multidisziplinären Ansatzes** gelingen.
4. Das **Digitalisierungspotenzial** ist stärker zu nutzen, nämlich versorgungswirksam: Es gibt viele telemedizinische Pilotprojekte im Bereich Telemonitoring und Telekonzil für Diabetikerinnen und Diabetiker. Diese Formate sollten national und versorgungswirksam ausgerollt werden.
5. Die **Infrastruktur von ELGA** muss mit telemedizinischen Anwendungen und DiGAs verbunden werden können. Zudem ist die **Einsichtnahme** seitens der versorgungsrelevanten Gesundheitsberufe zu gewähren. **Frühzeitige Diagnose und Behandlung** sind essenziell. Im Sinne früher Diagnose ist beispielsweise die Einsichtnahme u. a. für die Identifikation von Risikopersonen (Beachtung des Blutbildes und des HbA1c-Wertes) relevant.
6. Rund 50 Prozent der Menschen mit einem Herzinfarkt haben Diabetes oder Prädiabetes. Bei Schlaganfällen beträgt die Zahl zwischen 50 und 70 Prozent. Immer noch wird in diesen Fällen als Todesursache Herz-Kreislauf-Versagen angegeben, die Erkrankung Diabetes jedoch nicht erwähnt. Um dies zu präzisieren, braucht es ein (bereits seit Jahren von der PRAEVENIRE Initiative gefordertes) **zentrales Register, basierend auf ELGA**, um die Früherkennung, Planung für die Therapie und Versorgungskriterien zu verbessern.

05.3. Therapieziele und Zielsteuerung konkretisieren

1. Die Optimierung der Versorgung chronischer Erkrankungen, insbesondere von Diabetes, 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 eine **Normalisierung des Blutzuckerspiegels als Ziel in der Zielsteuerung Gesundheit zu verankern**, um durch rechtzeitige Intervention die Gesundheit von Betroffenen zu verbessern und Ressourcen auf allen Versorgungsebenen zu schonen.
2. Es braucht die **Umsetzung von Diabetes-Leitlinien** in der Praxis. Es braucht klare Leitlinien und die Finanzierung für Maßnahmen in der Zielsteuerung.
3. Möglichkeiten zur Blutzuckernormalisierung müssen für alle Betroffenen zugänglich gemacht werden. Der **Erstattungskodex muss an aktuelle Leitlinien** angepasst werden und der Zugang und die Verschreibbarkeit auch für innovative Medikamente ermöglicht werden. In den Erstattungskatalog müssen State-of-the-Art-Therapien miteinbezogen werden.

4. Der **Einsatz innovativer Medikamente** mit nachgewiesenen positiven kardiorespiratorischen Effekten ohne Gefahr für Hypoglykämien ermöglicht es, die Prognose vieler Menschen mit Typ-2-Diabetes hinsichtlich diabetischer Folgeschäden zu verbessern. Das Ausmaß der Gewichtsreduktion, welches mit innovativen Diabetesmedikamenten wie den Inkretinmimetika erzielt wird, ermöglicht es, den glykämischen Normbereich im Sinne einer therapeutischen Remission zu erreichen. Diese hat protektive Effekte auf die Betazellfunktion und sollte das Ziel der Behandlung des Typ-2-Diabetes darstellen.
5. Die medizinische und pharmazeutische **Diabetesforschung** steht an einem bedeutenden Wendepunkt. Jahrzehntlang lag der Fokus der Behandlungen beispielsweise auf mikro- und makrovaskulären Folgeerkrankungen der Hyperglykämie. In den letzten Jahren konnte die Hyperglykämie erfolgreich therapiert werden. Die moderne Diabetestherapie ermöglicht eine noch bessere glykämische Kontrolle ohne Risiken wie z. B. eine Gewichtszunahme, da sie die pathophysiologischen Veränderungen regeneriert. Therapeutische Weiterentwicklungen sollten langfristiger unterstützt werden.

PRAEVENIRE Partner für dieses Kapitel





TRISTAN | 9 Jahre



Nachlese im PERISKOP: Onkologie der Zukunft.

06. PRAEVENIRE INITIATIVE GESUNDHEIT 2030

06. PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

» Darmgesundheit – Lebergesundheit – Lungengesundheit – Onkologie – Orthopädie «

PRAEVENIRE FORDERT: Endlich umsetzen!

- ☑ Ein bundesweit einheitliches **Koloskopie-Vorsorgemodell** nach dem Vorarlberger Vorbild etablieren!
- ☑ Früherkennung von **Leberstrukturveränderungen** in die Vorsorgeuntersuchung aufnehmen!
- ☑ Ein **Pilotprojekt** für ein Programm zur Lungenkrebsfrüherkennung entwickeln!
- ☑ Das **abgestufte Onkologie-Versorgungsmodell** für den strukturierten Zugang tatsächlich nutzen!
- ☑ **Orthopädische Konzepte für richtiges Bewegen und Belasten** als Vorsorge aufwerten!

Expertisen und Handlungsempfehlungen

Insgesamt zeigt sich, dass für die einzelnen medizinischen Indikationen im Krankheitsverlauf eine spezifische Versorgung notwendig ist. Für die Lebensqualität der Patient:innen ist in jedem Fall wesentlich, dass die frühe Diagnose und folglich der frühe Therapiebeginn den Krankheitsverlauf zumeist positiv beeinflussen können. Im PRAEVENIRE Jahr 2023/24 lag der Fokus neben Diabetes auf den Bereichen Darmgesundheit, Lebergesundheit, Lungengesundheit, Onkologie und Orthopädie. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 hat dafür gemeinsam mit den teilnehmenden Gesundheitsexpert:innen und den PRAEVENIRE Partner:innen dringend erforderliche Maßnahmen und Optimierungsprogramme erarbeitet. Die Essenzen der Gipfelgespräche, Talks, Workshops, Dialoge, Keynotes und Podiumsdiskussionen sind in diesem Kapitel abgebildet.

06.1. Darmgesundheit

Erkrankungen im Verdauungstrakt und im Darmbereich gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen des Menschen. Dennoch sind sie nach wie vor ein Tabu- und Vertrauenssthema. Um zukunftsfähige Strategien für die Darmgesundheit im Rahmen der solidarischen Gesundheitsversorgung in Österreich zu erarbeiten, wurde vor zwei Jahren die PRAEVENIRE Initiative Darmgesundheit 2030 gestartet. Am häufigsten erkranken Personen zwischen 45 und 85 Jahren – Männer häufiger als Frauen.

1. Dank Früherkennung und verbesserter Behandlungsmöglichkeiten ist die Darmkrebssterblichkeit in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangen. Mit der Koloskopie und dem neuen fäkalen immunologischen Test (FIT) gibt es sehr gute Untersuchungsmöglichkeiten. Das **Bewusstsein in der Bevölkerung für den Nutzen der Darmkrebsvorsorgeuntersuchung** muss mit entsprechenden Kommunikationsmaßnahmen gestärkt werden, um die Menschen zur Teilnahme an den Präventionsangeboten zu motivieren.
2. Erfolgreiche Projekte wie die **Vorsorgekoloskopie nach dem Modell der ÖGK in Vorarlberg sollten bundesweit einheitlich** etabliert werden. Die Zahlen aus den ersten Evaluationen belegen, dass Vorsorgemaßnahmen wirken und Erkrankungen frühzeitig entdeckt werden können. Ein einheitliches nationales Programm umfasst optimalerweise parallele Strategien, die beispielsweise auf Ebene der vertrauensärztlichen Beratung und der betrieblichen Gesundheitsförderung ansetzen. Begleitet wird dies von gemeinsamen Informationskampagnen der Gesundheitsberufe, um die Menschen zu motivieren, das kostenfreie Angebot wahrzunehmen. Ein österreichweit einheitliches, qualitätsgesichertes Früherkennungsprogramm kann die Bekanntheit der „sanften Koloskopie“ in der Öffentlichkeit steigern.



Darmerkrankungen sind sehr unterschiedlich ausgeprägt, das muss in der Patientenversorgung entsprechend berücksichtigt werden.

3. Mit dem **fäkalen immunologischen Test (FIT)** gibt es eine weitere Untersuchungsmöglichkeiten. Er ist eine Alternative zur Koloskopie, da er mit weniger Belastung verbunden ist und einfach zu Hause durchgeführt werden kann. Durch die unkomplizierte Hand-

habung des Stuhltests wird die Akzeptanz gegenüber der Koloskopie deutlich höher – wie Erhebungen aus anderen Staaten zeigen, wo FIT bereits eingeführt wurde. Jedoch können kleine Polypen mit dem FIT übersehen werden und ein positiver Test zieht trotzdem eine Koloskopie nach sich. Des Weiteren gibt es Patientengruppen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, für die der FIT nicht geeignet ist. Um in Österreich den FIT einführen zu können, müssen die **organisatorischen Rahmenbedingungen angepasst** werden.

4. Die Verzögerung durch die Patient:innen, die Darmkrebsvorsorgemöglichkeiten wahrzunehmen, und **lange Wartezeiten auf eine Koloskopie** müssen verkürzt werden. Beispielsweise wenn Patient:innen Blut im Stuhl haben und somit ein Verdacht auf Darmkrebs bestehen könnte, sind lange Wartezeiten nicht tragbar.
5. 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.
6. Die Anzahl der krankheitserregenden Bakterien kann durch Einsatz von Pro- und Präbiotika, welche krebsfördernde Enzyme im Dickdarm reduzieren, gering gehalten werden. Mittlerweile hat sich gezeigt, dass das Kolonkarzinom durch eine **Veränderung des Mikrobioms** ausgelöst wird. Insofern lässt es sich mit Einnahme qualitativer Probiotika im Vorfeld beeinflussen.
7. Unser **Mikrobiom (die Darmflora)** hat starken Einfluss auf die Gesundheit und Krankheitsverläufe. Es gewinnt deshalb an Bedeutung und sollte **als eigenes Organ betrachtet werden**.
8. Der **„Reizdarm braucht eine Stimme im Land“**: Etwa zehn bis 20 Prozent der Bevölkerung sind betroffen. 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.

GAP-Analyse:**Versorgungslücken vorsorglich schließen!**

Aus gesundheitsökonomischer Sicht zeigt sich, dass **Erkrankungen aus dem Bereich der Gastroenterologie und Hepatologie eine hohe Prävalenz** und Bedeutung für die Versorgung aufweisen. Die Versorgung ist sehr heterogen und unterliegt kaum einer Planung. Dies betrifft zum einen die Schnittstellen zwischen Allgemeinmediziner:innen, extramuralen und intramuralen Fachärzt:innen und der stationären Versorgung und zum anderen die Schnittstelle zu anderen Fachrichtungen, insbesondere der Chirurgie. Außerdem scheint es vielerorts ein starkes Gefälle zwischen Zentrum und Peripherie zu geben. Die vorgenommene GAP-Analyse ergab, dass im intramuralen Bereich im Jahr 2030 voraussichtlich 83 Personen fehlen werden, da die Zahl verfügbarer

Ärzt:innen mit Gastroenterologie und Hepatologie-Qualifikation zwischen 2021 und 2030 um 27 Prozent abnimmt. Der Bedarf hingegen wird um vier Prozent steigen. Im niedergelassenen Bereich geht die Analyse von einer noch größeren Lücke zwischen Angebot und Nachfrage aus: 2030 werden voraussichtlich 144 bis 188 Fachärzt:innen fehlen.¹

¹ Vgl. die Studie „Gastroenterologische und hepatologische Versorgung in Österreich“, welche im Auftrag der Österreichischen Ärztekammer und Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) durchgeführt und von Dr. Thomas Cypionka vom Institut für Höhere Studien bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten 2023 vorgestellt wurde.

Ergänzungen und Dissenspositionen der Kooperationspartner

Ergänzung von Dr. Falk Pharma Österreich

Die Diagnose der **Colitis ulcerosa oder des Morbus Crohn** kann in bestimmten Fällen eine lange Zeit beanspruchen und steht für Patient:innen häufig mit vielen Arztterminen in Verbindung. Zeit, in der die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigt ist. Eine **treffsichere und schnelle Diagnose** sowie der direkte Einsatz von wirksamen Medikamenten sind besonders im Anfangsstadium essenziell, um Patient:innen auf deren Leidensweg rasch

helfen zu können. Dabei stehen lokal wirksame Medikamente im mild-moderaten sowie systemisch wirksame im moderat-schweren Bereich zur Verfügung. Aufgrund der Chronizität der Erkrankung und der gleichzeitig abnehmenden Ansprechraten der Medikamente bei weiteren Therapielinien ist eine stets adäquate und angepasste Wirkstoffgabe in jedem Stadium der Erkrankung von immenser Bedeutung. Nur mit dem **Ausnutzen der jeweils bestmöglichen Therapieoption** und stetiger Anpassung gelingt es, optimal auf die Bedürfnisse der Patient:innen einzugehen.

PRAEVENIRE Partner für diesen Themenkreis



06.2. Lebergesundheit

In Österreich ist jede:r Dritte von einer nichtalkoholischen Fettlebererkrankung (NAFLD) bzw. metabolisch assoziierten Fettlebererkrankung (MASLD) betroffen. Etwa 70 Prozent davon leiden zusätzlich an Übergewicht, Adipositas oder Diabetes – Tendenz stark steigend. Die Kombination aus einer Fettleber und Übergewicht kann das Risiko für eine chronische Lebererkrankung erhöhen. Chronische oder seltene Lebererkrankungen bedeuten für Betroffene einen langen Leidensweg. In schweren Fällen können sie zu lebensbedrohlichen Komplikationen wie Leberversagen oder Krankheiten wie Leberkrebs führen. Die Behandlung von Lebererkrankungen erfordert oft eine umfassende medizinische Betreuung und kann eine Vielzahl von Interventionen wie Medikamente, chirurgische Eingriffe oder sogar eine Lebertransplantation nach sich ziehen. Der Auftakt zur neuen PRAEVENIRE Initiative Lebergesundheit 2030 erfolgte bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen im Stift Seitenstetten 2023.

1. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das Ziel ausgerufen, bis 2030 die Hepatitis B und C zu eliminieren. Definiert wird dieses Ziel unter anderem als eine Reduktion der Hepatitis-Neuinfektionen um 90 Prozent, Gewährleistung der Behandlung von 80 Prozent der therapiebedürftigen Infizierten und eine Reduktion der Todesfälle um 66 Prozent. Um dieses Ziel erreichen zu können, muss Aufklärungsarbeit betrieben und die Testung sowie zeitnahe Überweisung von Patient:innen in den Mittelpunkt gerückt werden.
2. Rund 2,8 Mio. Menschen in Österreich sind übergewichtig, 1,3 Mio. adipös. Laut Prognosen wird die Zahl der Übergewichtigen in zehn bis 20 Jahren um 50 Prozent steigen. Diese Prognose ist deshalb relevant, weil ein **Zusammenhang zwischen Übergewicht, Lebererkrankungen und dem metabolischen Syndrom** besteht. Um den mit einer Lebererkrankung verbundenen **hohen Behandlungskosten entgegenzuwirken**, empfehlen Gesundheitsökonom:innen, bereits **bei den Kindern** im Bereich der Gesundheitskompetenz anzusetzen. Besonders wichtig sei es, mit Health Literacy **in Schulen** anzusetzen. Denn Kinder und Jugendliche sind besonders anfällig für Falschinformationen zum Thema Ernährung auf den Social-Media-Kanälen.
3. Ein guter Ansatz zur Förderung der (Leber-)gesundheit in der gesamten Bevölkerung ist die **gesundheitspolitische Strategie „Health in All Policies“ (HiAP)**. Der gesamtgesellschaftliche Ansatz zielt darauf ab, die Gesundheit und Lebensqualität auf einer breiten Basis wirksam und nachhaltig zu fördern.
4. Die **Überernährung in Kombination mit Bewegungsmangel** hat großen Einfluss auf die Lebergesundheit. Vor allem flüssige Kohlenhydrate und übermäßig prozessierte Lebensmittel spielen eine große Rolle, wie z. B. das Ergebnis einer in Frankreich durchgeführten Kohortenstudie zeigt.²
5. Einer von 400 Menschen in Österreich hat eine Leberzirrhose. 70 Prozent der Patient:innen erhalten ihre **Diagnose** beispielsweise einer Leberzirrhose erst, wenn sie aufgrund von Komplikationen ins Krankenhaus müssen. Dies ist nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für das Gesundheitssystem sehr belastend. Maßnahmen zur Früherkennung sind im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung zu setzen.
6. Die **Untersuchung mittels Fibroscan** ist in die Vorsorgeuntersuchung aufzunehmen und zu erstatten, da diese Lebersteifigkeitsuntersuchung eine Früherkennung ermöglicht.
7. Die **Erforschung der Darmbakterienzusammensetzung** hat gezeigt, dass die Leberzirrhose häufig mit einer Erkrankung des Darmmikrobioms zusammenhängt. Beispielsweise können Protonenpumpenhemmer das Mikrobiom negativ beeinflussen oder Antibiotikatherapien bei Leberzirrhose Nebenwirkungen haben. Die Zufuhr von Probiotika hat positive Effekte auf die Darmbarriere und kann eine bakterielle Translokation verhindern. Es braucht dringend eine **Definition der Normwerte für die Mikrobiomzusammensetzung für die Diagnostik**.
8. Es ist eine Wissensbasis zu Medikamenten-Mikrobiom-Interaktionen aufzubauen und das **Mikrobiom in die Entwicklung von Therapeutika miteinzubeziehen**.

² Vgl. Studienübersicht auf: <https://jem.at/2021/ernaehrungsmedizin/hochverarbeitete-lebensmittel-risiko-unterschatzt/>

9. **Neue regulatorische Strukturen** müssen geschaffen werden, um mikrobiombasierte Therapien optimal anwenden zu können. Die derzeit gültigen Regeln für Arzneimittel sind weder für **Pre-, Pro- noch Symbiotika geeignet**.

10. Im Zuge der Erarbeitung gesundheitsfördernder Maßnahmen müssen künftig die **Patientenorganisationen** als Expert:innen maßgebend miteingebunden werden.

Expertenkonsens

Die Leber tut nicht weh, daher ist der Leidensdruck gering, auch wenn bereits eine Lebererkrankung vorliegt. Lebererkrankungen sind die fünfthäufigste Todesursache in der EU, die zweithäufigste für den Verlust von Arbeits-Lebensjahren und Leberkrebs die dritthäufigste Ursache für einen Krebstod. Zum einen braucht es daher mehr faktenbasierte und gezielte **Awareness-, Aufklärungs- und Informationsarbeit** über Lebergesundheit und die Zusammenhänge mit einer gesundheitsförderlichen Lebensweise. Zum anderen ist die **Finanzierung der diätologischen Behandlung und Betreuung im extramuralen Bereich** zu fordern. Durch gezielte Schritte in Kommunikation und Finanzierung

auch der diätologischen Patientenbehandlung „auf Krankenschein“ wird Ernährungstherapie leistbar und sichergestellt. Wie bei allen internistischen Erkrankungen ist es wichtig, aufbauend auf der medizinischen Diagnose ein diätologisches Assessment durchzuführen: Dabei wird das bio-psycho-soziale Gesamtbild der Patient:innen beurteilt, realistische Ziele formuliert werden und die individuellen diätologischen Maßnahmen gesetzt. Untersuchungen zeigen, dass eine kontinuierliche diätologische Begleitung, vor allem bei internistischen Erkrankungen und Adipositas, langfristig durch Verhaltensänderung zur Verbesserung führt und mit einer geringeren Medikamenteneinnahme einhergeht.

Ergänzungen und Dissenspositionen der Kooperationspartner

Ergänzung von Dr. Falk Pharma Österreich

Um die **Lebensqualität von Menschen mit Primär biliärer Cholangitis (PBC)** zu verbessern, ist eine frühzeitige Diagnose und Behandlung von entscheidender Bedeutung. Die Früherkennung durch leicht verfügbare und routinemäßig durchgeführte Blutlabortests der Leberwerte sowie der einfache Zugang zu wirksamen Medikamenten können das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen

und das Risiko einer Lebertransplantation verringern. Diese Maßnahmen sind entscheidend, um nicht nur lebensbedrohliche Komplikationen zu verhindern, sondern auch die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Neben der frühzeitigen Diagnose von Patient:innen mit PBC ist es entscheidend, dass die Behandlung kontinuierlich erfolgt und ständig angepasst wird, um ein normales Leben und die Rückkehr in den Beruf und ein angemessenes soziales Leben zu ermöglichen.

PRAEVENIRE Partner für diesen Themenkreis



06.3. Gesunde Lunge

Lungenkrebs steht laut Statistik Austria³ nach Brustkrebs bei Frauen und Prostatakrebs bei Männern an **zweiter Stelle der Krebsneuerkrankungen** in Österreich. Die Zahlen seit 2000 zeigen eine stete Zunahme an Lungenkrebstoten, wobei der Trend bei Frauen in den letzten Jahren deutlich zunimmt. 2018 starben 2.483 Männer und 1.570 Frauen an Lungenkrebs. Die Mortalität bei Lungenkrebs liegt bei 80 Prozent. Die hohe Sterblichkeitsrate ist vor allem dadurch bedingt, dass Lungenkrebs im Gegensatz zu anderen Krebsarten nur geringe oder keine Schmerzen verursacht. Die Diagnose Lungenkrebs erfolgt meist aufgrund eines Zufallsbefundes, wenn die:der



Die wissenschaftliche Evidenz für den Nutzen zielgerichteter Lungenkrebsfrüherkennung ist gesichert.

Hausärzt:in ein Lungenröntgen (Lungen-CT) aufgrund von für Patient:innen scheinbar leichten, aber lästigen Beschwerden (z. B. „Raucherhusten“) verordnet.

Mit modernem Management bei Lungenkrebs und zielgerichteten State-of-the-Art-Therapien verändert sich die Lungenkrebsmortalität deutlich und der Überlebensvorteil steigt. Es zeigt sich, dass

der Therapieerfolg und damit die Überlebenschancen für Betroffene stark mit einer frühen Diagnose und frühem Therapiebeginn korrelieren.

Die **Auftaktveranstaltung zur neuen PRAEVENIRE Initiative „Gesunde Lunge“** legte daher den Fokus auf die „Früherkennung des Lungenkarzinoms“. Gesundheitsexpert:innen, Lungenexpert:innen, Patientenvertreter:innen und relevante Stakeholder des öffentlichen Gesundheitswesens diskutierten, welche Prozesse notwendig sind, um die **Lungenkrebsfrüherkennung in Österreich zu verbessern**.

1. Ein Ziel der Lungenkrebsfrüherkennung ist es, das **Frühstadium der Erkrankung bei Hochrisikogruppen** zu identifizieren. Damit bessern sich die Heilungschancen. Zudem kann die Erwerbsfähigkeit Lungenkranker erhalten werden, die Raucherentwöhnung ist erfolgreicher, Komorbiditäten können detektiert werden und eine kostenintensive Therapie im Spätstadium ver-

mieden werden. Ein standardisiertes und zertifiziertes **Lungenkrebsfrüherkennungsprogramm** könnte zu einer signifikanten Reduzierung der Mortalitätsraten führen, hohe Behandlungskosten für das Gesundheitssystem reduzieren und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern.

2. Bei Lungenkrebs ist ein **gezieltes Früherkennungsprogramm** zielführender als ein breites Screening, wie es z. B. beim Mammakarzinom sinnvoll ist und in Österreich im Zuge einer kostenlosen Vorsorge angeboten wird.
3. Gemeinsam mit Gesundheitsexpert:innen hat die PRAEVENIRE Initiative „Gesunde Lunge“ einen zielführenden Prozess diskutiert, um die **Lungenkrebsfrüherkennung als Vorsorgemaßnahme bundesweit zu etablieren**. In Österreich selbst sind die Vorsorgeuntersuchungen für Brustkrebs und Darmkrebs (nach dem Vorarlberger Koloskopievorsorgemodell, das österreichweit ausgerollt werden soll) Beispiele, auf denen aufgebaut werden kann. Weiters gibt es Vorzeigeprojekte in Deutschland, in Großbritannien (z. B. mit mobilen „Diagnose-Bussen“, die an stark frequentierten Plätzen halten), in den Niederlanden, in Schweden oder in den USA.
4. Für ein **Pilotprojekt in einer ausgewählten Region**, ausgestattet mit entsprechenden (Personal-)Ressourcen, sollten international erfolgreiche Modelle als Vorbilder und Basis für das österreichische Konzept herangezogen werden.
5. Als Basis braucht es unbedingt ein **einstimmiges Bekenntnis von allen Stakeholdern** zur Notwendigkeit und Dringlichkeit eines österreichweit zu etablierenden Früherkennungsprogramms.
6. Das Pilotprojekt und folglich die Ausrollung des Modells muss auf einem durchdachten Konzept basieren, das medizinische **Qualitätsstandards** definiert und zertifizierte, medizinische (Lungen-)Zentren für die Weiterbetreuung nach der Diagnose beinhaltet. Dafür sind der **diagnostische und der Behandlungspfad** festzu-

³ Vgl. Statistik Austria, 2022: <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2024/01/20240125Krebsstatistik2022.pdf>

legen, mit Berücksichtigung multimodaler Ansätze für die Behandlung in **Lungenzentren**.

7. Die **Finanzierung und die (Personal-)Ressourcen** sind von der öffentlichen Hand bereitzustellen. In die Kosten-Nutzen-Rechnung miteinzubeziehen sind gesundheitsökonomische Aspekte und auch budgetäre Einsparungen durch Wegfall von relativ hohen Therapie- (innovative, zielgerichtete Medikation), Behandlungs- und Betreuungskosten, längere Erwerbstätigkeit der Patient:innen etc.
8. **Risikogruppen** (Raucher) und **Risikofaktoren** (Alter, Geschlecht) und Einbeziehungskriterien sind zu konkretisieren. Bei Männern beispielsweise ist das **Erkrankungsrisiko** seit Jahren rückläufig, **bei Frauen hingegen hat es zugenommen**. Folglich sollten Frauen als Zielgruppe im Zuge von **bewusstseinsbildenden Kommunikationsmaßnahmen** besonders angesprochen werden.
9. Die laufende **Anpassung an neue wissenschaftliche Erkenntnisse und die Integration von Künstlicher Intelligenz** könnten die Effektivität eines österreichweit ausgerollten Früherkennungsprogramms erhöhen.
10. Als kritischster Punkt bei der Umsetzung und Ausrollung eines Pilotprojektes zur Lungenkrebsfrüherkennung gilt der Faktor **Personalressource**. Deshalb ist auf den generellen Fachkräftemangel im Gesundheitswesen hinzuweisen, dem mit einer Bandbreite dringend erforderlicher Maßnahmen (vgl. Kapitel 03. Gesundheitsberufe) entgegenzuwirken ist. Attraktivierung der Berufe, z. B. durch flexible Arbeitszeitmodelle, Vereinfachung für den Einstieg bzw. Wiedereinstieg in den Gesundheitsberuf, Ausbildungsplätze, Berufsrechte und Kompetenzerweiterung der qualifiziert Ausgebildeten sind Stichworte, die zur Deckung der Ressourcen für die Etablierung eines bundesweiten Früherkennungsprogramms notwendig sind.

PRAEVENIRE Partner für diesen Themenkreis



06.4. Onkologie

Der Österreichische Krebsreport⁴ gibt jährlich einen umfassenden Überblick über Epidemiologie, Früherkennung, Forschung und Versorgung von Menschen mit Krebs und weist auf die dringenden Maßnahmen hin, um die onkologische Versorgung in Österreich sicherzustellen. In den nächsten Jahrzehnten werden die Krebsdiagnosen weltweit deutlich zunehmen. Ein wesentlicher Faktor dafür ist das steigende Lebensalter, das ein „Erleben“ eines onkologischen Ereignisses immer wahrscheinlicher macht. Expertenberechnungen weisen auf den Zusammenhang zwischen der demografischen Entwicklung und steigenden Inzidenzen hin: Insgesamt sind demnach die medizinischen Versorgungsleistungen um 57 Prozent gestiegen, in der Onkologie hingegen um knapp 300 Prozent.

Die Krebsforschung hat sich in den letzten Jahren in vielerlei Hinsicht rasant weiterentwickelt. War Krebs früher noch eine zumeist letal verlaufende Krankheit, können heute viele Tumorentitäten geheilt werden. In Fällen, in denen eine Heilung nicht vollständig möglich ist, wird versucht, Krebs in ein behandelbares chronisches Stadium überzuführen. Dennoch gibt es Krebserkrankungen, die nach heutigem Stand der Wissenschaft noch nicht ausreichend behandelbar sind. Innovative Therapien geben Hoffnung auch in jenen Fällen, bei denen es über die Jahre gelungen ist, die Patient:innen unter Therapie in Remission zu bringen, so dass deren Lebenserwartung nahezu „normal“ ist.

1. Am Beispiel des Mammakarzinoms (siehe Praxisbeispiel) ist sichtbar, dass in den letzten zehn Jahren zahlreiche neue Therapieformen im systemischen Bereich hinzugekommen sind. Die **Chronifizierung von Krebserkrankungen** zieht oft eine Dauertherapie nach sich. Für die Versorgungsthematik und die Finanzierung stellt das eine besondere Herausforderung dar.
2. **Konkrete Lösungsansätze** sind der Aufbau onkologischer Zentren, ein abgestuftes Versorgungsmodell und die Einbindung von e-Health. Eine **abgestufte Versorgung am Best Place of Care** entspricht der aus gesundheitsökonomischer Sicht und für die Patient:innen bestmöglichen Versorgungsform. Im Sinne einer multiprofessionellen Behandlung ist die spezialisierte onkologische Chirurgie miteinzuplanen.

3. **Onkologische Zentren** sind insofern sinnvoll und notwendig, weil Krebstherapien immer komplexer und aufwendiger werden. Um entsprechende Expertise und damit höhere Erfolgsraten zu erreichen, braucht es eine hohe Anzahl an behandelten Fällen. Auch die für Diagnostik und Therapie benötigten medizinischen Einrichtungen und Geräte können nicht in jedem Spital zur Verfügung stehen. Allerdings können onkologische Zentren nicht die gesamte Versorgung übernehmen.
4. Nach der Diagnose, Einstufung und Therapiesteuerung kann der Patientenweg je nach erforderlichem Maß an einer **nachfolgenden Versorgungsebene**, idealerweise wohnortnahe weitergehen. Dafür braucht es eine **Änderung in den Behandlungsprozessen**: Die einzelnen Gesundheitsdienstleister müssen sich enger vernetzen und Informationen austauschen. **Die Verrechnung der Leistungen** über die Schnittstellen hinweg ist zu erwirken.
5. **e-Health-Lösungen** können einerseits die Patientenwege verkürzen und andererseits den beteiligten Spezialist:innen, Ärzt:innen und Therapeut:innen die Therapiekoordination erleichtern. Dies kann optimalerweise zu einer Reduktion der Behandlungslast in den Spitälern führen, die Therapiekontinuität verbessern und Transportprobleme vermeiden.
6. Die Onkologie gilt als Innovationstreiber der Forschung. **Innovationsförderung** ist in allen onkologischen Bereichen auszubauen, in der wissenschaftlichen Forschung, in der Verknüpfung zur angewandten Forschung, in der Chirurgie, Medikamententherapie und Strahlentherapie. Der Bedeutung der (pharmazeutischen) Industrie für die Grundlagenforschung ist Rechnung zu tragen.
7. Die **Bedeutung klinischer Studien** für die Versorgung und damit das Überleben der Menschen in unterschiedlichen Regionen ist anzuerkennen. Klinische Forschung ist das Bindeglied, um Innovationen aus den Laboren zu den Patient:innen zu bringen, die sonst oftmals keine anderweitigen Therapieoptionen hätten und so sehr früh Zugang zu neuen Behandlungsmöglichkeiten erhalten. Gleichzeitig stärken klinische Studien auch den Forschungs- und Gesundheitsstandort Österreich. Studienärzt:innen können sich in den meist

⁴ Vgl. <https://www.krebsreport.at/>

länderübergreifend durchgeführten Studien mit anderen Standorten vernetzen und in der internationalen Spitzenmedizin mitforschen. Letztendlich tragen klinische Studien auch zu einer Entlastung des Gesundheitssystems in ökonomischer Hinsicht bei.

8. **Therapieerfolge im klinischen Alltag** zeigen, dass neue immunonkologische Substanzen bei verschiedenen Krebsarten die Aussicht auf ein längeres Überleben bei möglichst langem Erhalt der Lebensqualität verbessern können. Mittlerweile ist schon die nächste Generation an **Immuntherapien** verfügbar und für immer mehr Indikationen zugelassen, wo bisher wenige oder keine Alternativen existierten. Ein zentrales Thema sind auch unterschiedliche Kombinationen zwischen Immuntherapien, aber auch mit Chemotherapie und Strahlentherapie oder eine geänderte



Ein neues Modell muss etabliert werden, um die steigende Versorgungslast zu bewältigen.

Abfolge der Therapieschritte, mit der Ambition, den Patient:innen ein längeres Überleben in bestmöglicher Lebensqualität zu ermöglichen.

9. Die Zahl der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten in der Immunonkologie steigt stetig. Gezielte Immuntherapie, wie z. B. die CAR-T-Zelltherapie, eröffnen neue Perspektiven und müssen rasch in die Routineversorgung übergeleitet werden. Dabei dürfen die hohen Kosten für innovative Therapieoptionen keinen Einfluss auf die Therapieentscheidung der behandelnde Ärzt:innen (Stichwort: Kostendruck) haben. Eine **notwendige Kostensenkung** ist Voraussetzung, damit Innovationen **für die Gesundheitssysteme finanziell tragbarer** werden. Bei einer Vergleichsrechnung müssen auch Ressourceneinsparungen einberechnet werden. Ein **früher Zugang zu effektiven Präparaten** kann die Kosten-Nutzen-Rechnung günstig beeinflussen.

Praxisbeispiel: Forschung wirkt

Im Bereich der Brustkrebsforschung zeigt ein aktuelles Beispiel, wie sich die **Forschungstätigkeit auf die Heilungschancen** von Krebspatient:innen auswirken kann. Ein neues Antikörper-Wirkstoff-Konjugat zeigte bei Brustkrebs vielversprechende Erfolge. Seit etwa 20 Jahren gibt es den Versuch einer molekularen Klassifikation von Tumor-Subtypen. Im Wesentlichen sind vier große Gruppen ausgemacht, darunter HER2. Für diese Identifikation braucht es pathologische Infrastruktur. Nach Einschätzung von Spezialisten ist HER2-Low keine eigene Entität, sondern eher ein biologischer Subtyp – der aber therapeutisch bereits unterschiedlich behandelt wird. HER2-Low-Karzinome machen ca. 50 bis 60 Prozent aller Mammakarzinome aus. Sie zeichnen sich durch bestimmte Parameter aus, unter anderem ein geringeres rezidives Risiko. Sie sprechen schlechter auf die neoadjuvante Chemotherapie an, es konnte aber kein Überlebensnachteil ermittelt werden.

Der entscheidende Punkt ist, dass eine neu entwickelte Substanz speziell für diesen Subtyp angewendet werden kann, um das **Therapieansprechen zu optimieren**. Auch bei metastasierten HER2-Low-Karzinomen konnte mithilfe dieses neuen Medikaments ein längeres Überleben gezeigt werden. Derzeit gibt es allerdings noch keine Guidelines für diese Gruppe von Mammakarzinomen.

Das Antikörper-Wirkstoff-Konjugat Trastuzumab-Deruxtecan eröffnet somit neue Möglichkeiten in der Behandlung des Mammakarzinoms. Anders als herkömmliche HER2-gerichtete Therapien, die nur bei HER2-positiven Tumoren optimal wirken, zeigt Trastuzumab-Deruxtecan auch eine deutliche Wirkung bei den HER2-Low-Tumoren. Die Pathologie konnte auf diesem Weg maßgeblich dazu beitragen, für rund 60 Prozent aller Brusttumore, die bislang als HER2-negativ eingestuft wurden und daher nicht auf eine HER2-gerichtete Therapie angesprochen haben, eine bessere Therapieoption zu finden.

PRAEVENIRE Partner für diesen Themenkreis



06.5. Orthopädie

Von den 2,8 Millionen stationären Aufnahmen in den heimischen Krankenhäusern hat jede:r fünfte Patient:in ein orthopädisch-traumatologisches Krankheitsbild. Das zeigt die Versorgungsmatrix des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG)⁵. Während es für die etwa 288.000 Patient:innen, die für orthopädisch/traumatologische Operationen in Krankenhäusern aufgenommen werden, ausreichend Ressourcen (Fachärzt:innen, Therapeut:innen, Pflege, Betten) gibt, findet von den fast 200.000 Patient:innen,



Der Knorpel wird ernährt durch Zug und Bewegung. Wir müssen vom Behandeln zum Handeln kommen.

die mit orthopädisch/traumatologischen Diagnosen aufgenommen werden, nur etwa ein Drittel Platz auf einer für sie zuständigen orthopädisch-traumatologischen Abteilung. Deshalb muss die Versorgung dahingehend verbessert werden, ein Zusammenspiel extra- und intramuraler Kräfte zu planen und konservativ-orthopädische

Behandlungen in die Spitäler wieder zu integrieren. Die PRAEVENIRE Initiative Orthopädie 2030 setzt sich seit Jahren für die Versorgungsoptimierung ein. Die dringend erforderlichen Maßnahmen wurden ausführlich im vorangegangenen PRAEVENIRE Jahrbuch 2022/23 erläutert⁶ und im Rahmen der PRAEVENIRE Aktivitäten weiterführende Fachgespräche geführt.

1. Die chirurgische Orthopädie ist nach wie vor vom „Terminstau“ aufgrund der coronabedingten Lockdowns betroffen. Zusätzlich führt die vor Jahren erfolgte Zusammenlegung des Fachs Orthopädie mit der Traumatologie zu Kapazitätseinbußen, da für Akutfälle immer ein Operationssaal bereitgehalten werden muss. Die **lange Wartezeit auf eine Operation (OP)** kann für die Betroffenen belastend sein, vor allem, wenn es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität oder einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kommt. Es sind daher die Politiker und die Krankenhausbetreiber gefordert, Maßnahmen zu ergreifen, um die Wartezeit auf Operationen zu reduzieren.
2. Ein erster wichtiger Schritt, der als Sofortmaßnahme gesetzt werden kann, ist die **flächendeckende Besei-**

tigung des Ost-West-Gefälles. Die Wartezeiten betragen zwischen vier Wochen und zwei Jahren. Wichtig wäre, gemeinsam mit allen Beteiligten, strategisch zu planen, wie man **bundesweit einen Ausgleich** schaffen kann.

3. Konkret muss für einen Ausbau der operativen Kapazitäten gesorgt werden, nämlich durch Erhöhung der Anzahl an Operationssälen und eine Intensivierung der Bespielung von Operationssälen.
4. Des Weiteren ist der **Ausbau der orthopädischen Versorgung im niedergelassenen Bereich** notwendig. Die Generation der Babyboomer erreicht jetzt das Pensionsalter und damit wird die Zahl der Patient:innen mit Gelenkarthrose stark ansteigen.
5. Dem steigenden Bedarf an Kassenarztstellen für Fachärzt:innen muss Rechnung getragen werden. Die **Ausbildungsangebote** sind zu erhöhen, sowohl im operativen und besonders **auch im konservativen Bereich**, um Patient:innen besser betreuen und die große Anzahl an Betroffenen, die auf ihre Operation warten, abbauen zu können. Daher ist es notwendig, die Facharztausbildung zu attraktivieren.
6. **Prävention** spielt im orthopädischen Bereich eine wichtige Rolle. Gelenkarthrose gilt als Idealfall einer durch Vorbeugung verhinderbaren Erkrankung. Beispielsweise sind bei Arthrose **Ernährung und Bewegung wesentliche Therapieansätze**.
7. Es braucht wirksame Konzepte, um Mangelernährung vorzubeugen, hierfür könnten auch Nahrungsergänzungsmittel eingesetzt werden. Für eine langfristige Umstellung der Ernährungsgewohnheiten kann die gezielte Begleitung zur Veränderung des Lebensstils sinnvoll sein, besonders wenn eine Gewichtsreduktion erforderlich ist.
8. Adäquate Bewegung ist eine wichtige Präventionsmaßnahme, denn der Knorpel „ernährt“ sich durch Zug sowie Druck und dies kann durch Bewegung unterstützt werden. Deshalb lautet eine PRAEVENIRE Forderung

⁵ Vgl. <https://goeg.at/OESG>

⁶ Vgl. <https://praevenire.at/kapitel/initiative-orthopaedie-2030/>

„**Bewegung auf Rezept**“. Belastungsgewohnheiten ändern, beispielsweise mehr Bewegungen im Alltag einbauen (Sitzunterbrechungen), ist eine wichtige Verhaltensänderung, um Arthrose und Knorpelschäden vorzubeugen. Der zunehmend sitzende Lebensstil zum

Beispiel führt nicht nur zu einer mangelnden Muskelkraft, sondern auch zu mehr Arthrosefällen. Krafttrainings und Bewegungstrainings sollten von Jugend an erlernt werden.

Im Ländervergleich: Australien und die USA

Konservative Ansätze sollten in der orthopädischen Versorgung ausgebaut werden, um die chronischen, schmerzhaften Leiden von Betroffenen bzw. die Wartezeiten auf Behandlungen zu minimieren. Das **Beispiel Australien** zeigt, dass manche Operationen durch eine konservative Therapie ersetzt und die Beschwerden zumindest gleich gut oder sogar effizienter behandelt werden können. In Australien hat man begonnen, Patient:innen, die bereits auf der OP-Warteliste gestanden haben, intensiv mit einem konservativen Programm zu behandeln. Für 27 Prozent der Betroffenen war die OP

nicht mehr notwendig. Das zeigt, dass konservative Maßnahmen eine gute Möglichkeit sind, um die Anzahl der wartenden Patient:innen zu reduzieren.

In den USA gibt es im Bereich der **ambulanten Rehabilitation** das Modell „Rapid Recovery“, „a hip a day“, die schnelle Hüfte, lautet das Schlagwort. Bei diesem Konzept kommt der:die Patient:in nur noch einen Tag zur OP ins Spital. Vor und nach dem Eingriff wird sie:er ambulant betreut. Damit ist der Aufenthalt im Krankenhaus sehr kurz und die Kapazität der Operationszahlen kann erhöht werden.

PRAEVENIRE Partner für diesen Themenkreis





TRISTAN | 9 Jahre

07. KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT



Gipfelgespräch zur Initiative Kinder- und Jugendgesundheit

07. Kinder- und Jugendgesundheit

» Versorgung – Psychopharmaka – Transitionsmedizin – Rehabilitation «

PRAEVENIRE ERFOLG: Fortschritt im Gesundheitswesen

Rechtsgrundlage für Elternbegleitung zur Kinderreha geschaffen

Eine Anpassung des Arbeitsvertragsrechtsanpassungsgesetzes wurde – genau am Tag des 3. Gipfelgesprächs am Fuße der Rax zur gemeinsamen Initiative Kinder- und Jugendgesundheit 2030 – vom Ausschuss für Arbeit und Soziales beschlossen. Seit 1. November 2023 haben Eltern dadurch einen Rechtsanspruch zur Freistellung von der Arbeitsleistung, um ihr Kind zum stationären Reha-Aufenthalt begleiten zu können. Gleichzeitig sind sie während dieses Zeitraums finanziell abgesichert.

PRAEVENIRE FORDERT: Endlich umsetzen!

- ☑ **Gesundheitsdaten** in Schulen und Gesundheitseinrichtungen erheben und die Nutzung für Versorgungsplanung und Wissenschaft ermöglichen!
- ☑ **Eltern-Kind-Pass bis zur Volljährigkeit** verlängern und um Maßnahmen zur Transitionsbegleitung und Rehabilitationsbedarf ergänzen!
- ☑ **Transitionsmedizin** etablieren und den jungen Erwachsenen „Transition-Case-Manager“ nach kanadischem Vorbild zur Seite stellen!
- ☑ **Expertenzentren** für Kinder- und Jugendmedizin aufbauen, u. a. für chronische, onkologische, seltene und psychische Erkrankungen!
- ☑ Dem Personalmangel durch Ausbildung und **Attraktivierung pädiatrischer Gesundheitsberufe** entgegenwirken!

IM FOKUS

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist dem Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich und dem PRAEVENIRE Gesundheitsforum ein wichtiges Anliegen. Daher haben beide Organisationen gemeinsam die PRAEVENIRE Initiative „Kinder- und Jugendgesundheit 2030“ ins Leben gerufen und im Juni 2021 das erste PRAEVENIRE Gipfelgespräch am Fuße der Rax im Parkhotel Hirschwang organisiert.

Die 2021 und 2022 im Rahmen von Keynotes vorgestellten und in Podiumsdiskussionen und Arbeitsgruppen erarbeiteten Handlungsempfehlungen für die Politik und dringend erforderlichen Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung im Gesundheitssystem in Österreich bildeten die Grundlage für die Kapitel im PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ (Version 2021/22) und im PRAEVENIRE Jahrbuch 2022/23.

Aufgrund des großen Zuspruchs und der zahlreichen positiven Rückmeldungen wurde die PRAEVENIRE Initiative „Kinder- und Jugendgesundheit 2030“ mit dem 3. PRAEVENIRE Gipfelgespräch am Fuße der Rax in Hirschwang weitergeführt. Auf dem Programm standen am Mittwoch, 28. Juni 2023 folgende vier Versorgungsthemen:

- Aktuelle Herausforderungen in der **Gesundheitsversorgung** von Kindern und Jugendlichen
- Von der Krise zur Pille? **Psychopharmakaverschreibungen** bei Kindern und Jugendlichen
- Plötzlich erwachsen! **Transitionsmedizin** als Begleitung in die Erwachsenenmedizin
- Aktuelles aus der **Kinder- und Jugendlichenrehabilitation**

Auch in diesem Jahr betonten die teilnehmenden Gesundheitsexpert:innen: **Kinder und Jugendliche sind keine kleinen Erwachsenen**. Sie benötigen spezielle Versorgung und medizinische Betreuung. Vor allem verdienen sie ein (Gesundheits-)System, das ihre speziellen Bedürfnisse kennt, sie in der Versorgungspraxis bestmöglich berücksichtigt und das auf einer gesicherten Finanzierungsbasis aufbauen kann, Stichwort „**Kinder- und Jugendgesundheitsmilliarde**“. Und zur Sicherstellung der Umsetzung brauchen Kinder und Jugendliche eine Lobby, die sich für ihre Belange – ressortübergreifend und über die einzelnen politischen Bereichsgrenzen hinaus – einsetzt, also ein **spezielles Staatssekretariat Kinder- und Jugendgesundheit**.¹

¹ Vgl.: <https://praevenire.at/kapitel/initiative-kinder-und-jugendgesundheit-2030>

Expertisen und Handlungsempfehlungen

Ein wichtiger Meilenstein in der Antragstellung des Fördervereins Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich zur Anpassung des Arbeitsvertragsrechtsanpassungsgesetzes ist, dass **der Beschluss für einen Gesetzesentwurf zum Rechtsanspruch für Eltern auf Begleitung des Kindes beim Reha-Aufenthalt und eine finanzielle Absicherung** während dieses Zeitraums im Ausschuss für Arbeit und Soziales getroffen worden ist. Diese wichtige Entscheidung bedeutet in der Praxis auch, dass die Verteilung der Aufenthalte in den Reha-Einrichtungen über das ganze Jahr hindurch besser planbar wird.

Die Regelung trat mit 1. November 2023 lt. Parlamentskorrespondenz Nr. 754 vom 28. Juni 2023 in Kraft.²

I. Gesundheitsversorgung

Der Mangel an kompetenten Gesundheitsanbieter:innen ist einer von vielen beunruhigenden Trends im Gesundheitswesen. Insbesondere das Angebot im niederschweligen,

² Vgl.: https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2023/pk0754#XXVII_A-AS_00001

solidarischen Gesundheitsbereich nimmt ab, die Privatmedizin boomt und die Zahl an Wahlärztordinationen steigt, so die Expertensicht. Die Folge ist, dass es für die meisten Eltern zunehmend schwieriger wird, selbst in Akutsituationen an leistbare Versorgungsmöglichkeiten zu kommen. Aus pädiatrischer Sicht ist das duale Versorgungs- und Befundsystem – niedergelassener Bereich und das Spital – zu modernisieren. Es gibt unterschiedliche Modelle, den Arztberuf auszuüben. Für die Entscheidungsfindung sind für die meisten Nachwuchsmediziner nicht allein finanzielle Überlegungen ausschlaggebend, wie Befragungen zeigen. Vielmehr sieht sich der Ärztenachwuchs teils mit langwierigen Bedarfsprüfungen, Bewilligungsverfahren oder komplizierten Gesellschaftsverträgen konfrontiert. Pädiatrische Versorgungszentren sind aufgrund des vielfältigen Leistungsangebotes, der Teamarbeit und flexibler Arbeitszeiteinteilung attraktiv. Auch bietet die Rechtsgrundlage für Verträge mit den Sozialversicherungsträgern im Rahmen des Gesamtvertrages ein hohes Maß an Rechtssicherheit und Kündigungsschutz.

1. **Zusammenarbeitsformen fördern**, lautet ein genereller Wunsch der medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe. Dadurch könnten Probleme nicht immer gelöst, aber vieles verbessert werden, beispielsweise Wartezeiten auf bestimmte Behandlungen. Die Gestaltung der Zusammenarbeit sollte vielfältig und flexibel möglich sein (Gruppenpraxen, Kooperationsformen auch ohne Ortsbindung, Primärversorgungseinrichtungen). Die Flexibilität und der Gestaltungsfreiraum könnten in der Versorgungslandschaft wesentlich dazu beitragen, dem Ärztemangel im niederschweligen, solidarischen Kassensystem zu begegnen und dadurch die pädiatrische Versorgung niederschwellig und in weiterhin hoher Qualität bereitzustellen. Ergänzend sind auch Anreize zu setzen, die Wahlärzt:innen motivieren, pädiatrische Ärztezentren zu gründen bzw. zu führen.
2. **Gesundheitskompetenz stärken**, insbesondere auf dem Gebiet **Mental Health**: Viele Informationen sind über das Internet abrufbar, vieles davon ist sowohl für die Kinder und Jugendlichen, aber auch für ihre Eltern oder Bezugspersonen hinsichtlich der Seriosität nicht wirklich zuordenbar. Aber die Gesundheitskompetenz als solche, mit den Fragen „Wie ernähre ich mein Kind richtig?“ und „Wie ernährt sich die:der Jugendliche richtig?“ bis hin zur **Problematik der „digitalen Hygiene“** (Smartphone-Nutzung, Fear of missing out [FOMO] etc.), muss generell gestärkt werden. Dabei

unterstützen können **Peer Groups**. Wiederholt wird ein Schulfach Gesundheitskompetenz gefordert, das dazu beitrüge, das System zu entlasten, und ein gesünderes Aufwachsen ermöglichen würde. Die tägliche Bewegungseinheit in den Schulen könnte wesentlich zur psychischen Gesundheit beitragen. Bereits seit Jahren wird über „die tägliche Turnstunde“ diskutiert, es wird empfohlen, mehr **Bewegungszeit einzuräumen**.

3. **Den Versorgungsauftrag genauer definieren und kommunizieren**: Derzeit sind Kinderärzt:innen zwar in erster Linie Primärversorger und primäre Ansprechstelle, aber genauso Sekundär- und Tertiärversorger und somit auch mit komplexen Problemen konfrontiert. Eine Abgrenzung und eine Zuständigkeitsbeschreibung fehlen. In der Praxis führt das beispielsweise dazu, dass in einer Universitätskinderklinik der spezialisierte Univ.-Prof. um zwei Uhr früh eine Otitis (Ohrentzündung) behandelt. Das wird als Verschwendung von Ressourcen angesehen. Dieses Beispiel zeigt den Zusammenhang mit der zu verbessernden Gesundheitskompetenz. Die Patient:innen müssen wissen, mit welchem Problem sie sich wann wohin wenden sollen bzw. können. Eine genauere Definition des Versorgungsauftrags würde dazu beitragen, dass die Patient:innen nicht wegen einem banalen Infekt hochspezialisierte und im Gesundheitssystem teure Ressourcen (auch mehrfach, Stichwort Zweitmeinung) in Anspruch nehmen. Dieser Versorgungsauftrag muss auch kommuniziert werden (vgl. Gesundheitssystemkompetenz und -transparenz).
4. **Kinder- und Jugendmedizin attraktivieren**: Die Honorare müssen erhöht werden. Derzeit liegen sie in der Kinder- und Jugendheilkunde im unteren Bereich. Das bezieht sich nicht nur auf die Fachärzt:innen, vor allem auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychologie, sondern auch auf andere relevante Berufsgruppen (MTD). Besonders in den Mangelfächern muss die Attraktivierung gefördert werden, einerseits durch angemessene Entgeltzahlung mit dem Ziel, junge Kolleg:innen dafür zu interessieren, eine Ausbildung hier zu wählen. Vor allem im Mental-Health-Bereich sind Nachwuchskräfte zur Versorgungsverbesserung notwendig, und das funktioniert nur mit einer Honoraranpassung.
5. **MTD in die Versorgungs- und Honorarplanung inkludieren**: Der Umgang mit den **medizinisch-technischen Diensten** (MTD) wurde kontroversiell diskutiert. Der gemeinsame Nenner der Expert:innen ist, dass

diese sieben Berufsgruppen³ einen wesentlichen Beitrag für die Kinder- und Jugendgesundheit leisten und deshalb für „**ausreichende Versorgung**“ mit MTD im Gesundheitssystem gesorgt werden muss. Auch hier ist ein **Fachpersonalmangel** zu verzeichnen, dem durch mehr Ausbildungsstellen, Attraktivierung des Berufsbildes oder verbesserte Arbeitsbedingungen zur Berufsausübung entgegengewirkt werden muss.

6. **Den Eltern-Kind-Pass ausbauen und inhaltlich aufwerten:** Diese altbekannte Forderung wurde in der Arbeitsgruppe einmal mehr aufgegriffen, denn die Altersbegrenzung bis fünf Jahre muss auf mindestens bis 18 Jahre ausgedehnt werden, um die Lücke der Vorsorge und Gesundheitsversorgung bis zur Stellunguntersuchung bei den männlichen Jugendlichen zu schließen, gültig für alle Geschlechter. Während der Schulzeit hängt die Auseinandersetzung mit den Gesundheitsagenden der Schüler:innen (abgesehen von den Eltern) vom Engagement des jeweiligen Schularztes, der Schulärztin ab. Im Zuge der Transformation auf die elektronische Version ist die Chance wahrzunehmen, auch die soziale und psychische Situation in den Eltern-Kind-Pass mitaufzunehmen. Abgesehen von formalen und inhaltlichen Ergänzungen gaben die Mediziner:innen der Gruppe zu bedenken, dass das Honorar für die Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen erst kürzlich – nach 30 Jahren – an die Inflation angepasst wurde, was der Präventionsmaßnahme neben dem monetären Aspekt auch inhaltlich mehr Gewicht im Rahmen der ärztlichen Tätigkeiten gibt.
7. **Prävention als Entität auf allen Ebenen etablieren:** Präventivmedizin sollte in dem Sinne etabliert werden, dass sie nicht als „etwas Zusätzliches“, sondern als ein Konzept gesehen wird. Nach wie vor sind die Gesundheitskassen und die Sozialversicherung „Krankenkassen“. Deshalb lautet das Plädoyer an die Politik, jene Rahmenbedingungen für die ÖGK herzustellen, damit sie Präventivmedizin etablieren und vorrangig berücksichtigen kann.
8. **Datengrundlagen zur Evaluierung schaffen:** Pädiatrie braucht flächendeckend Gesundheitsdaten zur systematischen Auswertung: Mit dem elektronischen Eltern-Kind-Pass sollte es einfacher werden, diese Daten zu erheben. Auch **Quellen** wie jene der Schul-

³ Vgl. die Webseite des Dachverbands MTD-Austria: <https://www.mtd-austria.at/>

ärzt:innen (Blutdruck, Gewicht etc.) könnten wertvolle Informationen **zum generellen Gesundheitszustand** der Kinder und Jugendlichen in Österreich liefern und in Folge dabei unterstützen, auch **asymptomatische Erkrankungen und Risikopersonen** frühzeitig zu identifizieren (Hypertonie, Diabetes etc.). Zudem stellen sie eine wichtige Datengrundlage dar, um den **Wert von Präventionsmaßnahmen** messen zu können. Es braucht über lokale Erhebungen hinaus eine flächendeckende Auswertung zu Fragestellungen und Zusammenhängen von Symptomen (Bsp. Übergewicht – Adipositas) mit Alter, sozialem Umfeld, Bildung.

9. **Die Lehrpraxis fördern:** Wenn junge Ärzt:innen dazu motiviert werden sollen, im kassenärztlichen Bereich zu arbeiten, eine Kassenarztpraxis zu übernehmen oder in eine Gruppenpraxis einzusteigen, sollten sie **das System vorher kennenlernen** können.
10. **Den Zugang zu Heilbehelfen vereinfachen:** Der bürokratische Aufwand für die Chefarztbewilligung von Heilbehelfen bindet wertvolle Ressourcen und kostet Versorgungszeit für die Patient:innen. Als Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde nannte Voitl als Beispiel die Tracheostoma-Ambulanz in der ersten Kinder-PVE in Wien.⁴ In die regelmäßig notwendige Versorgung sind HNO-Ärzt:innen, spezialisierte Krankenpflegekräfte, Logopäd:innen involviert, die Heilbehelfe wie Absauggeräte benötigen. Die Chefarztbewilligung einzuholen ist mühsam und meist reine Formalität, schließlich „denken sich die Ärzt:innen etwas dabei, wenn sie eine Entscheidung treffen, und wissen, was sie am besten für ihre Patient:innen benötigen“. Die Entbürokratisierung beim Zugang zu Heilbehelfen ließe sich als einfache Maßnahme sofort umsetzen.

⁴ Infos auf <https://www.kinderarzt.at/news/wir-sind-kinder-pve>

Expertenkonsens

Zur Bewältigung der vielfältigen Herausforderungen in der pädiatrischen Grundversorgung braucht es Investitionen in die medizinische Infrastruktur, die Schaffung von besseren Anreizen für Gesundheitspersonal, den Ausbau der Telemedizin und die Förderung von Forschung und Entwicklung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin.

II. Psychopharmakaverschreibung

Um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist es nicht gut bestellt. Das zeigen nationale und internationale Analysen, Befragungen und Studien. Beispielsweise ist von einer Verdoppelung von Angst und Depression unter COVID-19 im Vergleich zu vorpandemischer Zeit auszugehen. Mehr als die Hälfte der 14- bis 20-Jährigen leidet an depressiven Symptomatiken (z. B. Angststörungen, Schlafstörungen, suizidale Gedanken). Das häufigste als schwere Belastung empfundene Thema ist nicht mehr COVID-19 allein, es kommen der Krieg in der Ukraine, die Wirtschaftskrise, der Klimawandel und die aufgehende Schere zwischen Arm und Reich hinzu. Es scheint, dass sich vor allem die „Generation Z“ (GenZ) mit ihren Problemen alleingelassen fühlt.

Für die Verschreibung von Psychopharmaka sind in Österreich nur drei SSRI (eine Klasse von Antidepressiva) für



Kindern und Jugendlichen eine Lobby geben!

Kinder zugelassen, obwohl viele Studien und Meta-Analysen belegen, dass SSRI und SNRI gute Wirkung bei einigen Indikationen zeigen. Somit gilt deren Einsatz oft als Off-Label-Use. Bei Benzodiazepinen ist die Lage verschärft, hier ist nur Diazepam

in einer psychiatrischen Indikation zugelassen. Ärzt:innen, die helfen wollen, fühlen sich darüber hinaus mit der rechtlichen Problematik alleingelassen. Psychopharmaka seien nicht per se „schlecht“, sie könnten eine wirksame Unterstützung sein.

1. **Eine offensive Aufklärungskampagne starten:** Mit Ende Juni 2023 wurde der offizielle Endtermin der Coronapandemie festgesetzt und darauf bezogene Verordnungen verloren ihre Gültigkeit. Doch die Nachwirkungen bleiben und mit den Auswirkungen der derzeitigen multifaktoriellen Krise steigt die Schwere **psychischer Erkrankungsfälle** und die Häufigkeit von Suizidversuchen. Daher stellte sich die Arbeitsgruppe der Frage: **Was kann die Schule leisten**, damit es nicht zur psychischen Erkrankung kommt? Ergebnis: Die Schule kann das nicht alles leisten. Die Familien selbst müssen entsprechend gestärkt werden, beispielsweise offensiv durch eine Aufklärungskampagne. Sie kann zeigen, wie man **Gesundheitsbewusstsein von Kindheit an in der Familie verwirklichen** kann. Als Basis dafür gilt es, vor allem die **Gesundheitskompetenz der Eltern zu stärken**. Die Aufgabe der Schule ist eine wichtige, besonders mit einem Schulfach Ge-

sundheitskompetenz. Schule ist als Institution nur ein Teil des Ganzen.

2. **Medienberichterstattung und Kommunikation objektivieren:** Das Krisenbewusstsein in der Öffentlichkeit ist durch die überwiegend negative mediale Berichterstattung sensibilisiert worden. Das beeinflusste die Wahrnehmung und das Weltbild der Jugendlichen. Und da sich die junge Generation eher nicht über die klassischen Medien informiert, sondern über Social Media, braucht es faktenorientierte, gezielt auf die Zielgruppe abgestimmte Kommunikationsmaßnahmen. **Kommunikationspolitik positiv gestalten bedeutet**, Medienarbeit so zu konzipieren, dass Nachrichten faktenbasiert und positiv formuliert an Journalist:innen und Testimonials weitergegeben werden.
3. **Wissen digital übermitteln:** Im Sinne „digitaler Aufklärung“, so ein Schlagwort der Arbeitsgruppe, ist die Generation der Digital Natives dort am besten abzuholen und zu erreichen, wo sie selbst kommuniziert. In den Sozialen Medien kann Information über „Wahrheiten“ und „Fake News“ vermittelt werden, in ihrer Sprache, mit ihren Testimonials. Für Gesundheitskompetenzvermittlung braucht es Medienkompetenz.
4. **Gesundheit zu einem Thema des Gesamtstaates machen:** Im Prinzip ist die Generation der Kinder und Jugendlichen jene Generation, die in ein paar Jahren – möglichst bei bester Gesundheit – ins Erwerbsleben eintreten wird. Daher ist jede Investition in die Kindergesundheit im weitesten Sinne eine Investition in die Zukunft des Gesamtstaates. In der „politischen Halbwertszeit“ einer Legislaturperiode mit Vorwahl- und Nachwahlzeit sind maßgebende, strukturelle Veränderungen des Gesundheitssystems kaum umsetzbar. Daher ist das auf medialen, (tages-)aktuellen Nachrichten basierende Krisenbewusstsein im Bereich des Gesundheitswesens auf eine andere Metaebene zu stellen: Gesundheit muss zu einem Thema des Gesamtstaates werden. Das bedeutet auch, **integrativ und interdisziplinär zu arbeiten**.⁵ Das heißt, auch die relevanten, themenangrenzenden Bundesministerien sollten Gesundheit als sie betreffendes Thema betrachten. Dies kann am besten mit dem geforderten „Staatssekretariat Kinder- und Jugendgesundheit“ gelingen.

⁵ D. h. im Sinne eines Health-in-all-Policies-Ansatzes (HiAP), wie im PRAEVENIRE Jahrbuch Version 2022/23 erörtert.

5. **Den Menschen die Wahrheit zutrauen:** Nach Expertenmeinung ist es zumutbar und wichtig für die Öffentlichkeit, vor allem in Krisenzeiten, von der Politik über Tatsachen ungeschönt informiert zu werden. Wichtig ist es, Wege aus der Krise bzw. den Krisen zu zeigen. Die Menschen haben bereits schwierigere Zeiten in Österreich erlebt und überwunden. Aus diesen Erfahrungen ist sehr viel entstanden, weil der Wille da war.
6. **Den (Personal-)Ressourcenmangel beheben:** Die Öffentlichkeit ist zu wenig darüber informiert, dass sich die Justiz, die eine Schnittstelle zur Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellt, von diesem Bereich zurückzieht. Marzi informierte, dass es derzeit österreichweit 65 Betten zur Unterbringung nach dem **Unterbringungsgesetz**⁶ gebe. Im Zuge der Finanzausgleichsverhandlungen hätte es eine konkretere Auseinandersetzung und politischen Lösung der Ressourcen-Thematik gebraucht. Es gibt zu wenige Personalstellen, die sich mit diesem Arbeitsbereich auseinandersetzen, bedingt durch Unterfinanzierung.
7. **Pädiatrische Versorgungseinheiten ausbauen:** Klar zu fordern ist der Ausbau von Kinderarztpraxen und psychiatrischen Versorgungseinheiten. Das kostet Geld, aber wie des Öfteren betont wird, sind Präventionsmaßnahmen zwar vordergründig Ausgaben, zeigen dafür aber in den Folgejahren Wirkung, sichtbar als Minderausgaben in der Reparaturmedizin. Wichtig für das Gesundheitssystem ist, dies anhand von Studien und gesundheitsökonomischen Erhebungen zu beweisen. Wissenschaftliche Arbeiten darüber sind zu fördern.
8. **Gesundheitsdaten systematisch erfassen und evaluieren:** Ebenso wie in der Arbeitsgruppe zum ersten Thema betreffend Versorgung, erachten die Expert:innen die flächendeckende und systematische Erhebung von Gesundheitsdaten – im Rahmen der Schulmedizin – als wichtige Basis für das Gesundheitssystem in Österreich. Mit den von Schulärzt:innen ermittelten gesundheitsbezogenen Daten könnte eine wichtige Lücke zwischen Eltern-Kind-Pass und Stellunguntersuchung geschlossen werden.
9. **School-Nurses-System ausbauen:** In Wien gibt es das System School Nurses teilweise bereits. Es sollten

weitere Überlegungen angestellt werden, wie das Modell z. B. mit mobilen Teams ausgebaut werden kann. Ziel: die Gesundheitskompetenz fördern.

10. **Schuleinrichtungen und Gesundheitseinrichtungen vernetzen:** In puncto Gesundheitsthemen ist der Austausch zwischen den einzelnen Schulbetrieben und die Vernetzung mit Institutionen des Gesundheitswesens zu fördern. Dafür haben Expert:innen die Idee geboren, zur Projektentwicklung und -abwicklung und darüber hinaus für das Prozessmanagement ein **Start-up** zu gründen. Dadurch **stiegen die Chancen der Umsetzung**. Denn es sollte vermieden werden, dass **Projektideen** bereits im Anfangsstadium aufgrund der **komplexen Förderpolitik** und Vergaberichtlinien verloren gehen. Im Wesentlichen ist das Start-up als Unterstützung für eine systematische und effiziente Projektabwicklung von A bis Z gedacht. Damit könnte, aus einer gesamtheitlichen Perspektive betrachtet, die Vernetzungstätigkeit der Institutionen und der Erfahrungsaustausch mit Gesundheitsprojekten in den Schulen systematisch und effizient ablaufen.

Expertenkonsens

Wer nicht bereit ist, in Prävention zu investieren, zahlt folglich für die Therapiekosten. Die teilnehmenden Gesundheitsexpert:innen fordern daher mehr Forschungsunterstützung für Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen. Vor allen Maßnahmen besteht jedoch die Notwendigkeit, die Präventionsmaßnahmen zu verstärken. Hierfür sind aus Expertensicht die Schulen jener Ort, wo frühzeitig und aktiv Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen aufgefangen werden können, noch bevor chronische Problematiken entstehen.

III. Transitionsmedizin

Transitionsmedizin als Begleitung in die Erwachsenenmedizin ist ein bis dato noch wenig beachteter Ansatz. Dabei gibt es im Übergang von der Kinder- zur Erwachsenenmedizin Versorgungslücken bzw. einen Bedarf an Transitionsprogrammen, um einen langfristigen Therapieerfolg z. B. bei chronischen Erkrankungen (Diabetes) sichern zu können. Transitionsmedizin ermöglicht optimalerweise einen nahtlosen Übergang von der pädiatrischen zur erwachsenen medizinischen Versorgung. In vielen Fällen stellt die Transition den Anschluss an eine Rehabilitation dar. Ein wichtiges Thema ist beispielsweise, wie ein inter-

⁶ Vgl.: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936>

disziplinäres Betreuungskonzept umgesetzt werden kann, das Beratung zu psychischen Problemen, sozialrechtlichen Fragen, arbeitsmarktspezifischen Angelegenheiten, Informationen über Spätfolgen u. v. m. bietet. Zudem ist ein individuelles Langzeit-Nachsorgekonzept mitzuentwickeln. Da die psychischen Traumatisierungen lebenslang Auswirkungen haben können, setzen sich auch Survivor-Organisationen für die Verstärkung psychosozialer Rehabilitation ein. Als Vorzeigeprojekt wurde die Interdisziplinäre onkologische Nachsorgeambulanz IONA des St. Anna Kinderspitals in Wien vorgestellt.

1. **Politische Awareness bilden:** Den politischen Entscheidungsträgern gegenüber muss die grundlegende Information und das Wissen über Transitionsmedizin von der **Arztsprache in „ihre“ Politiksprache** transferiert werden, um das Bewusstsein für die Wichtigkeit und Wertigkeit stärken zu können. Es braucht Bewusstsein in allen Ressorts, damit – nach Vorbild anderer europäischer Länder – finanzielle Umlagen geschaffen werden und so Forderungen leichter umsetzbar sind.
2. **Transition strukturieren:** Wertvolle **Gesundheitsdaten aus der Kindheit und Jugendzeit sollen** für die Diagnostik, Risikoeinschätzung etc. nicht verloren gehen. Es besteht die Notwendigkeit, sich der Transition anhand von **Leitlinien und Interdisziplinarität** (z. B. bei medizinischen und psychosozialen Begleiterscheinungen) strukturiert anzunehmen. Für die Umsetzung sind die relevanten **Fachgesellschaften einzubinden**.
3. **Volljährigkeit individuell betrachten:** Die Arbeitsgruppe stellte fest, dass die Volljährigkeit mit dem 18. Geburtstag zwar erreicht ist, diese bedeutet jedoch nicht gleichzeitig, dass ein Mensch „Erwachsenenreife“ erreicht hat. Die daraus resultierende Zuordnung zur Erwachsenenmedizin mit diesem Stichtag wird als problematisch eingeschätzt, da damit Zuordnungen und Änderungen hinsichtlich der Finanzierung/Finanzierungstöpfe einhergehen (z. B. Jugendlichen- oder Erwachsenen-Rehabilitation).
4. **Entwicklungspsychologische Erkenntnisse berücksichtigen:** „Selbstbefähigung“ beinhaltet vieles und muss weit vor der Volljährigkeit ansetzen, um die spätere Einhaltung der gemeinsam vereinbarten Therapieziele zu verbessern.
5. **„Transitioner“ als Case Manager einsetzen:** Die Expertise der Erwachsenenmedizin und spezifische Kenntnisse zu medizinischen Thematiken sind im Übergang von der Pädiatrie in die Erwachsenenversorgung oftmals notwendig, beispielsweise bei Erkrankungen, **wo die Komplexität eine Transition schwierig oder bei chronischen Erkrankungen notwendig macht**. Beispielsweise gibt es in **Kanada Transition Nurses**, die die Koordination für eine gewisse Zeit übernehmen und mit ihrem interdisziplinären Wissen notwendige Partner:innen hinzuziehen. Einer der Schwerpunkte der auf Transition spezialisierten Case Manager sollte sein, eine interdisziplinäre Übergabe in die Erwachsenenmedizin zu erzielen. Im Sinne der Gesundheitsförderung sollte die Übergabe jedoch auch psychosoziale (psychologische und sozialarbeiterische) Aspekte beinhalten. In Österreich gibt es dazu (z. B. in der Onkologie) mittlerweile gute Übergabekonzepte, die von klinischen Psycholog:innen gesteuert werden.
6. **Kontinuität herstellen und wahren:** Die **Notwendigkeit eines Transition Case Managements** zeigt sich bereits bei der Frage, wohin junge Patient:innen transistieren können. Wer betreut sie? Wie werden diese Patient:innen motiviert, „mitzugehen“, und was ist bereitzustellen, damit sie sich gut betreut fühlen? Transitionrelevante Grundsatzfragen sind: Was braucht es? Warum und wieso? Bin ich dazu bereit, dort hinzugehen? Woher weiß die:der Betroffene, was warum wichtig ist? Wo sehe ich die Vorteile? Wie wirkt sich das auf die Ausbildung aus, auf berufliche Möglichkeiten? Viele Fragen und Thematiken beziehen sich auf den **Patientenpfad und Fragen des Übergangs**. Das **familiäre Umfeld** sollte nicht außer Acht gelassen werden. Dabei geht es gleichzeitig um das Loslösen von familiären Banden und die Beachtung vorhandener Einflussfaktoren (Stichwort Sozialisation).
7. **„Expertisenzentren“ installieren:** Sie würden sich besonders mit den spezifischen Fragen und Problemen der Jugendlichen und ihren künftigen Anforderungen bzw. Herausforderungen als Erwachsene auseinandersetzen. Zum Beispiel: Wie kann ich alles miteinander verbinden? Wie kann eine:r vom, von der anderen lernen, sodass nicht allein das gesetzliche Alter ausschlaggebend für die Zugehörigkeit Kindheit/Jugendlicher oder Erwachsene:r zählt? Und insbesondere könnten Expertisenzentren auch eine Langzeit-Nachsorge bereitstellen, im Erfahrungsaustausch zwischen Erwachsenenmedizin und Pädiatrie.

8. **Die Ressourcen-Problematik lösen:** Zeitlich, personell und finanziell kann Transition nicht unmittelbar, aber langfristig und nachhaltig das Gesundheitssystem entlasten. Eine Regelfinanzierung wäre nützlich, um Planungen auf eine gesicherte Basis stellen zu können.
9. Basis ist die **Ausbildung der Ärzt:innen** und jener Personen, die mit Jugendlichen am Weg ins Erwachsenenalter arbeiten. Sie müssen entsprechend geschult und ausgebildet werden, denn es gibt viele zu beachtende Aspekte, bedingt durch die verschiedenen Problemstellungen. Zu beobachten ist, dass in einer Berufsgruppe Lösungen vorhanden sind, in einer anderen nicht. Transition ist ein komplexes Thema, für das es **umfassendes Wissen und multiprofessionelle bzw. interdisziplinäre Zusammenarbeit** braucht. Für die **Zusatzbildung** in Transitionsmedizin ist die **Finanzierung der erforderlichen Ausbildungszeit** zu gewähren.
10. **Fortbildung fördern:** Möglichkeiten für Weiterbildung und Fortbildung – Stichwort lebenslanges Lernen – zu schaffen, war für die Arbeitsgruppenteilnehmer:innen ein besonders wichtiges Anliegen und hinsichtlich des technologischen Fortschritts, innovativer Diagnostik und Therapien beispielsweise im komplexen Bereich der Onkologie, aber auch bei „einfachen“ Indikationen wie Stoffwechselstörungen notwendig. Die oben genannten Expertisenzentren könnten gleichzeitig Ausbildungsstätten sein.

Expertenkonsens

Die Standards einer modernen Transitionsmedizin sind im gesamten Gesundheitswesen auszurollen. Dabei müssen insbesondere die Familienstruktur und psychosoziale Aspekte mehr beachtet und berücksichtigt werden. Derzeit gibt es einen strukturierten Übergang von der Kinder- und Jugendgesundheit zur Erwachsenenmedizin nur in ausgewählten Vorzeigemodellen. Dabei braucht es dringend flächendeckende Lösungen. Eine der größten Herausforderungen in diesem Fach ist der Mangel an spezialisierten Fachkräften.

IV. Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Kinder- und Jugendrehabilitation muss das gesamte familiäre Umfeld miteinbeziehen, in ausgewählten Fällen zeigt

sich die Familienorientierte Reha (FOR) als zielführend, die Therapiebegleitung gilt unter Expert:innen als Erfolgskriterium. Deshalb ist die Ergänzung im Arbeitsvertragsrechtsanpassungsgesetz, mit der die Begleitung der Kinder während des Reha-Aufenthalts für alle Indikationen rechtlich und finanziell abgesichert ist, ein wichtiger Meilenstein. Seit 2018 wurden sechs Kinder- und Jugendrehabzentren in Österreich eröffnet, knapp 7.800 Kinder konnten bis dato rehabilitiert werden. Insgesamt stehen 343 Betten zur Verfügung, das Durchschnittsalter der stationär aufgenommenen Kinder liegt bei knapp über zehn Jahren. Dabei gibt es deutliche Unterschiede hinsichtlich der Indikationen, beispielsweise ist zu beobachten, dass psychische Gesundheitsprobleme bei Kindern über 14 Jahren häufiger indiziert werden. Eine aktuelle Evaluierungsstudie (Beauftragter: Förderverein Kinderreha), bei der die Patientenerfahrungen abgefragt wurden, zeigt ein sehr positives Feedback, aber auch ein Problemfeld auf: Die Freizeit- und Beschäftigungsbetreuung am Wochenende ist zu optimieren.

1. **Prozesse optimieren mittels „Nahtstellenmanagement“:** Die Expert:innen zum Thema Kinder- und Jugendlichenrehabilitation sahen grundlegenden Verbesserungsbedarf im Prozess von „A“ wie Antragstellung über „I“ wie Information bis „Z“ wie Zuweiser. Das ist für Österreich insgesamt und gemeinsam mit den Gesundheitskassen, mit den Zuweiser:innen (Ärzt:innen), mit den Anbietern (Rehabzentren) und den weiteren Beteiligten anzugehen. Es braucht einheitliche Prozesse und Lösungen für die Fragen: Wie kommt die Information über eine Reha bei Patient:innen an? Wie deponieren wir Informationen bei den zuweisenden Stellen? Wie wissen die Zuweiser:innen, worauf sie vor, bei, nach der Antragstellung achten müssen? Ein Schnittstellenmanagement, besser gesagt ein Nahtstellenmanagement, könnte für die Informations- und Kommunikationsarbeit, für bürokratische Abwicklung, Vertragsvereinbarungen, Struktur, Checklisten und Zuständigkeiten als Anlaufstelle eingesetzt werden. Als Sofortmaßnahme sollte die **Administration auf Standards basierend digitalisiert** (z. B. webbasierte Antragstellung) werden.
2. **Ressourcen für die Reha-Planung schaffen:** Anders als in der Erwachsenenrehabilitation ist der **Vor-Aufnahme-Prozess** sehr zeitintensiv. Das rührt daher, weil es Spezialisierungen nur in wenigen Einrichtungen in Österreich gibt und deshalb insbesondere darauf geachtet werden muss, dass Kinder in bestehende

Gruppen (z. B. Altersgruppe) passen und die für sie geeignetste Betreuung (ähnliche Indikation) verfügbar ist. Dieser zeitintensive Planungsaufwand ist derzeit finanziell nicht abgedeckt. Diese Faktoren sind aber grundlegend, um hochqualitativ arbeiten zu können.

3. **Vernetzung fördern:** Zum einen ist **regelmäßiger (Erfahrungs-)Austausch** zwischen den Rehazentren wichtig. Zum anderen besteht die Notwendigkeit, **Rehabilitation besser in die Gesundheitsversorgung einzubinden**. In der Praxis sind Rehazentren „Anbieter auf Zeit“ für drei, vier, fünf Wochen. Die Kinder und Jugendlichen kommen von einer zuweisenden Stelle und gehen danach wieder dorthin. Es fehlt ein **strukturiertes, einheitliches Abstimmungsprozess**, in dem die:der Zuweiser:in darüber informiert wird, wie die Rehabilitation abgelaufen ist und auch, was zu tun ist, wenn ein Folgeaufenthalt anfällt. In diesem Zusammenhang sind auch die Institution Schule, die Schulärzt:innen und Schulpsycholog:innen einzubinden, entsprechende Ausbildung und Informationsangebote vorausgesetzt. Im Sinne der Früherkennung (psychische Gesundheit) könnte mit rehabilitativen Maßnahmen viel früher angesetzt werden.
4. **Standardisierte Kommunikation formen:** Zuweiser:in – Reha-Einrichtung – Zuweiser:in wäre ein idealer Kommunikationsweg, der standardisiert ablaufen sollte, damit beispielsweise ein Arztbrief, der wichtige Informationen zu Diagnose mit Befunden etc. enthält, von der Patient:in automatisch mitgebracht wird. Und genauso sind auch die zuweisenden Stellen über den Rehabilitationsaufenthalt mittels standardisierter, digitalisierter Kommunikation zu informieren.
5. **Die Datenlage verbessern:** Das war für die teilnehmenden Expert:innen ein besonders wichtiges Anliegen: Erstens ist eine fundierte Datenlage per se zu schaffen, die ein österreichweites Bild zeigt. Und zweitens müssen diese Daten miteinander verknüpft werden, damit auf einen aussagekräftigen Datenpool zurückgegriffen werden kann. Screenings in Schulen in Zusammenarbeit mit den Schulpsycholog:innen und Schulärzt:innen sind wichtig.
6. **Reha-Wiederaufnahme vereinfachen:** Ein stationärer Aufenthalt über drei, vier, fünf Wochen kann für Kinder und Jugendliche – je nach Indikation – eine gefühlt sehr lange Zeit sein. Es kann anstrengend für sie sein, Kinder können krank werden. Ab drei Tagen **Krank-**

heit müssen sie nach Hause geschickt werden und **für die Wiederaufnahme muss erneut ein Antrag gestellt** werden. Das ist für die Familie sehr aufwendig und auch für die beteiligten Institutionen muss das Prozedere von Anfang an wiederholt werden. Deshalb wäre eine einfache Lösung aus Sicht der Praxis, dass das betroffene Kind auch im Krankheitsfall über die



Rehabilitation und Therapie sind nicht gleichzusetzen!

drei Tage hinaus im Rehazentrum bleiben darf, sofern es adäquat (ärztlich) versorgt werden kann.

Kommt es dennoch zu Unterbrechungen, sollte das nicht automatisch einem Abbruch gleichgesetzt werden. Es ist eine

flexiblere Handhabung gefordert. Prinzipiell gilt die regelmäßige Wiederholung der Reha als sehr sinnvoll und wird von vielen Familien in Anspruch genommen.

7. **Kinderbetreuung erweitern:** In den Rehazentren werden auch junge Kinder betreut, für die nicht immer eine ausreichende Kindergartenbetreuung vorhanden ist. Sie sollte grundsätzlich angeboten werden und wird von den Familien auch oft gefordert. Sie ist vertraglich nicht von allen Betreibern vorgesehen und aktuell in den einzelnen Einrichtungen eine Zusatzleistung. In der FOR ist Kinderbetreuung eine Voraussetzung, um die Kinder während der elterlichen Therapiezeit beaufsichtigen zu können.
8. **Einen Reha-Coach bereitstellen:** In zwei Kliniken gibt es bereits einen Reha-Coach, der seine Funktion in Anlehnung an ein Case und Care Management versteht. Er kümmert sich um die Frage der Reha-Voraussetzungen und die Diagnostik und informiert relevante Institutionen und zuweisende Stellen über das Reha-Angebot in Österreich und über Reha-Ziele.
9. **Aufklärungsarbeit leisten: Reha ist nicht gleich Therapie.** Am Beispiel Adipositas kann die Erwartungshaltung und die in der Öffentlichkeit herrschende Vorstellung von Rehabilitation gezeigt werden. Ein übergewichtiges Kind und seine Familie erwarten sich oftmals eine Art Camp-Aufenthalt, der eine drastische Gewichtsreduktion zum Ziel hat. Um dieses falsche Bild zu berichtigen, müssen alle Beteiligten geschult und **über die Reha-Ziele aufgeklärt** werden. Darüber hinaus müssen adipöse Kinder vorher in eine Spezialambulanz geschickt werden, wo die Stoffwechselfparameter abgenommen werden, wo eine Genetik bei Bedarf gemacht wird. Eine Rehabilitation kann nur dann

effizient und sinnvoll sein, wenn die Rehaeinrichtungen diese Informationen haben. Das ist vorab ein aufwendiger, aber lohnender Prozess. Eine Krankenbehandlung oder eine klare Diagnose muss vor der Reha erfolgen.

10. **Mental-Health-Akutversorgung verbessern:** Die Versorgung hinsichtlich psychischer Gesundheit, insbesondere die Akutversorgung, ist nicht ausreichend, weshalb auch Rehazentren in Notfällen für Versorgungsleistungen herangezogen werden. In Österreich sind mehr Akutplätze für die Mental-Health-Versorgung notwendig. Im Anschlussverfahren sollten diese Kinder weiter in den Rehazentren betreut werden, und das in Absprache mit den Erstbehandlern.
11. **FOR über alle Indikationen:** Die Familienorientierte Rehabilitation (FOR) ist für alle Indikationen notwendig, nicht nur in der Onkologie. Die Unterstützung und Förderung diesbezüglich bleibt eine wichtige Forderung. Zu betonen ist, dass damit nicht die Kinderbetreuung seitens der Eltern während der Reha gemeint ist, sondern die Eltern „mitrehabilitiert“ werden müssen. Denn Eltern, die Familienmitglieder und prinzipiell der „beziehungsrechtierte“ Mensch, der ganz maßgebende Entscheidungen fürs Kind trifft und das Kind durchs Leben begleitet, müssen miteinbezogen werden. Dafür ist der erfolgte Beschluss hinsichtlich Arbeitsanpassungsgesetz ein wesentlicher Schritt.
12. **Ambulante Nachbetreuung ermöglichen:** Den Reha-Patient:innen müsste eine ambulante Nachbetreuung

zustehen. Zum Beispiel erhalten Kinder mit Adipositas Adressen von ambulanten Nachbetreuungseinheiten. Die Gesundheits- und Reha-Daten sollten beispielsweise auch dafür herangezogen werden, um zu entscheiden, ob ein wiederholter Reha-Aufenthalt nützlich und sinnvoll sein wird.

Expertenkonsens

Das wichtigste zu lösende Problemfeld in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation ist vor allem der Fachkräftemangel. Im Sinne vorausschauender Planung ist es darüber hinaus notwendig, über erweiterte Reha-Formen nachzudenken. Beispielgebend wäre die gemeinsame Rehabilitation von Familienmitgliedern, wenn sowohl das Kind als auch seine Eltern psychische Erkrankungen haben. Dafür gibt es zurzeit in Österreich keine Einrichtungen. Aus Sicht der Antragsprüfung besteht Ausbildungs- und Aufklärungsbedarf für die Zuweiser:innen und eine Notwendigkeit für eine umfangreichere Vorbefundung, um sicherzustellen, dass die Kinder und Jugendlichen in die für sie passenden Einrichtungen zugeteilt werden. Diagnostik, Zuweisung und Abstimmung vor dem stationären Reha-Aufenthalt sind entscheidend für den Erfolg. Die Bedeutung der Vernetzung von Zuweiser:innen, Behandler:innen und Eltern ist nicht zu unterschätzen, wenn eine anhaltende Nachsorge im Anschluss an den stationären Aufenthalt sichergestellt werden soll.

PRAEVENIRE Partner dieses Kapitels



„Gesundheit der Zukunft gestalten“

Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 startete im Vorjahr die Aktion „Gesundheit der Zukunft gestalten“. Kinder haben dafür zeichnerisch zu Papier gebracht, wie sie sich die Zukunft der Gesundheit in Österreich vorstellen. Das Projekt wurde im PRAEVENIRE Jahr 2023/24 fortgesetzt. Die jungen Zeichentalente haben sich auch diesmal wieder an den Gesundheitsthemen der neuen Kapitel im PRAEVENIRE Jahrbuch orientiert.

Kinder malen für Kinder

Alle Titelbilder stehen zum Verkauf, z. B. während der PRAEVENIRE Veranstaltungen 2024 (siehe Termine auf der letzten Seite). Der Erlös kommt dem Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich zugute.



Herzlichen Dank an alle Kinder, die bei dem PRAEVENIRE Zeichenprojekt mitgemacht haben!

IMPULSE

Der Mensch im Mittelpunkt ist einer der Grundgedanken bei der Erarbeitung der PRAEVENIRE Forderungen und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung des Gesundheitswesens in Österreich. Die in den Vorversionen publizierten erforderlichen Maßnahmen sind nach wie vor relevant und liegen bei den politischen Entscheidungsträgern auf dem Tisch. Einige der PRAEVENIRE Forderungen befinden sich in Umsetzung, im Prozess der Gesetzwerdung. Jetzt gilt es auch für die Politik: Nachdenken.Umsetzen.Jetzt! www.praevenire.at/jahrbuch

Versorgungs- und Gesundheitsziele: Vorausschauend denken, nachhaltig planen

- ✔ Digitales **Bestandsmonitoring** schafft Sicherheit!
- ✔ **Health in all Policies** muss gelebt, Gesundheit breit gedacht werden!
- ✔ Eine **ausreichende ärztliche Versorgung** ist sicherzustellen.
- ✔ Die Tendenz zur Zweiklassenmedizin auf die Prinzipien der **solidarischen Versorgung zurückholen!**
- ✔ Den **Facharzt für Allgemeinmedizin** final umsetzen!

Innovation und Finanzierung: Gesundheit muss für alle leistbar sein

- ✔ **Neue Finanzierungsmodelle** etablieren!
- ✔ Die **Leistungsharmonisierung** rasch im Zuge aller Gesundheitsleistungen umsetzen!
- ✔ Die **Ausbildung** seitens öffentlicher Hand finanzieren und Programme zur Fort- und Weiterbildung unterstützen!
- ✔ Ärztliche **Lehrpraxen** und Praxisplätze für Gesundheitsberufe finanzieren!
- ✔ Für die **Etablierung von DiGAs** braucht es ein Finanzierungsmodell!

Rehabilitation: Ganzheitlich und verpflichtend konsequent

- ✔ Den Boden schaffen für eine **autonome und aktive Teilnahme** am Leben!
- ✔ Den Wandel zu Prävention vorantreiben, nach dem **Muster „Gesundheitsvorsorge aktiv“** statt Kurprogramm!
- ✔ Rehabilitative Therapieformen – **ambulant, mobil und digital** – rasch ausbauen!
- ✔ **Telemonitoring und Telerehabilitation** nutzen und in die Kostenerstattung inkludieren!
- ✔ Intensivierung des Programms „**Gesundheitsvorsorge aktiv**“!

Pflege und Betreuung: Systemische Integration und Attraktivierung

- ✔ Den Fokus auf die **Pflegeprävention** legen!
- ✔ Bundesweit den mittel- und langfristigen Personalbedarf erheben!
- ✔ **Kompetenzbereiche** von Pflegekräften stärken!
- ✔ Eine **Pflegelehre** etablieren!
- ✔ Die **Abhängigkeiten von Pflegeeinstufung hinsichtlich** des tatsächlichen Pflegebedarfs und Pflegeaufwands entkräften!



Meine Vorstellung ist, dass PRAEVENIRE ein Wegweiser in die Zukunft ist, der aufzeigt, wie wir ein modernes, leistungsfähiges Gesundheitssystem erhalten und weiterentwickeln.
Hans Jörg Schelling

GESETZT

Brain Health: Psychosoziale Versorgung stärken

- ✔ **Psychotherapie** als Sachleistung auf Krankenschein etablieren.
- ✔ 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!
- ✔ Die Unterstützungsangebote der **Gemeindeinitiativen** und der regionalen Primärversorgung unterstützen!

Moderne Infrastruktur: Regionale Versorgung mit Topspezialisierung

- ✔ **Ambulanzen** in die extramurale Versorgung einbinden!
- ✔ Der Ausbau von **Primärversorgungseinheiten** ist rascher umzusetzen!
- ✔ **Innovative Instrumente** und bildgebende Verfahren finanzieren!
- ✔ Für komplexe und seltene Erkrankungen moderne Infrastruktur in Form von **Kompetenzzentren** schaffen!
- ✔ Der Gesundheitsbereich muss deutlich **digitaler und nachhaltiger** werden!

Standortpolitik: Attraktivität – Kontinuität – Mobilität

- ✔ Die **Spitzenforschung** und Produktion am Standort Österreich gezielt unterstützen!
- ✔ Weitere Anreize zur **Ansiedlung von Start-ups** setzen und gleichzeitig die Vernetzung mit Unternehmen ermöglichen!
- ✔ **Bürokratische Hürden** für Entwicklungs- und Zulassungsprozesse abbauen!
- ✔ Die Smart City Wien zu einer **Smart Health City Wien** weiterentwickeln!
- ✔ Die im Regierungsprogramm genannten **Ziele für die Gesundheitsmetropole Wien** rascher umsetzen!

Spital 2030: Dringender Reformbedarf

- ✔ 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 Veränderungsgenern ermöglichen, finanzieren und steuern, indem u. a. der **Ambulantisierung** im LKF-System¹ stärker Rechnung getragen wird
- ✔ Im Spitalsmanagement und bei der Spitalinfrastruktur 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!
- ✔ Gesundheitsversorgung in einem kleinen Land wie Österreich muss **flächen-deckend und nicht föderal** gedacht werden!



PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020)



PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“ (Version 2021/22)



PRAEVENIRE Jahrbuch (Version 2022/23) mit Rückblick auf die Aktivitäten und Events des PRAEVENIRE Gesundheitsforums.

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 von Beginn an 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	Ulrike Bechtold	Manfred Brunner	Günter Dorfmeister	Barbara Fisa
Michael Ackerl	Matthias Beck	Christian Bsteh	Thomas-Ernst Dorner	Gabriele Fischer
Eva Adamer-König	Philipp Beckerhinn	Franz Buchberger	Ronald Dorotka	Michael J. Fischer
Susanne Ahmad	Dora Beer	Michael Buchner	Stephanie Drahos	Werner Fischl
Monika Aichberger	Franz Beer	Anna Bucsics	Walter Draxl	Gustav Fischmeister
Clemens Aigner	Doris Behrens	Joachim M. Buhmann	Christiane Druml	Holger Flick
Gerhard Aigner	Roland Beisteiner	Florian Burger	Karin Duderstadt	Beat Flühmann
Hannes Alber	Nina Bennett	Hans Burkard	Patrick Dümmler	Gerd Folkers
Claudio Albrecht	Johannes Berger	Reinhard Busch	Mona Dür	Mathias Forjan
Daniel Aletaha	Thomas Berger	Alexander Burz	Thorsten Dusberger	Holger Förster
Eva Maria Allen	Ulrike Berger	Bastian Cantieni	Johann Ebner	Heinz Forstner
Sigrid Allerstorfer	Walter Berger	Anna Maria Cavini	Bernhard Ecker	Karl Forstner
Marion Alt	Andreas Bergthaler	Christian Cebulla	Ronald Ecker	Roland P. Frank
Claudia Altmann-	Christian Bernard	Gregor Cencig	Nicole Edelmayr	Anita Frauwallner
Pospisckek	Marie Bernkopf	Karl Cernic	Barbara Eder	Christa Freibauer
Doris Amann	Werner Beutelmeyer	Anthea Cheredni-	Daniel Egle	Sandra Freimann-
Barbara Andersen	Alexander Biach	chenko	Barbara Egger-Spiess	Pircher
Wolfgang Andiel	Monika Biach	Catharina Chiari	Marie-Therese	Michael Freissmuth
Martina Anditsch	Ludwig Bichler	Dieter Christöfl	Ehrendorff	Georg Freude
Martin Andreas	Helga Bickel	Patrick Clemens	Doris Ehringer-	Gabriele Freynhofer
Elisabeth Andritsch	Clemens Billek	Martin Clodi	Schetitska	Florian Friedersdorf
Petra Apfalter	Christoph Binder	Julia Commenda	Susanne Eibegger	Ingrid Friedl
Elisa Araldi	Michael Binder	Hans Concin	Gabriele Eichhorn	Maria Fritsch
Susanne Asenbaum-	Verena Biribauer	Richard Crevenna	Peter Eichler	Matthias Frohner
Nan	Franz Bittner	Antonia Croy	Martin Eichtinger	Ursula Frohner
Ojan Assadian	Martina Böck	Caroline Culen	Wolfgang Eisterer	Barbara Fröschl
Gertrude Aubauer	Christoph Bocks-	Thomas Czypionka	Helmut Ellemunter	Julia Fruhmann
Stefanie Auer	rucker	Christoph Dachs	Evelyne Ellinger	Tanja Fruhmann
Selma Aydin-Ylmaz	Silvia Bodi	Peter Dal-Bianco	Mona Elzayat	Franz Frühwald
Gerald Bachinger	Gerd Bodlaj	Alexandra Danzinger	Klaus Engelke	Claudia Fuchs
Hans Bachitsch	Thomas Bogendorfer	Stefan Deflorian	Susanne Ergott-	Martin Fuchs
Norbert Bachl	Juliane Bogner-	Nikolaus Dellantoni	Badawi	Regina Fuchs
Zsuzsanne Bago-	Strauss	Michael Demel	Peter Erhalt	Heinz Fuchsig
Horvath	Nikolaus Böhler	Martina Denich-	Susanne Erkens-Reck	Harald Führer
Christoph Baldinger	Matthias Bolz	Kobula	Barbara Ernst	Georg-Christian Funk
Marija Balic	Diana Bonderman	Ernst Derfler	Peter Ertl	Philipp T. Funovics
Christian Bancher	Andreas Bracher	Kirsten Detrick	Nicole Ettl	Christoph Fürthauer
Christine Bangert	Andrea Vincenzo	Evelyn Devuyt	Michael Ewers	Dieter Furthner
Michaela Bartaun	Braga	Anna Maria Dieplinger	Peter Fasching	Roswitha Gaisbauer
Martin Barth	Helmut Brath	Klaudia Dietrich	David Feiler-Kalmar	Fritz Gamerith
Bernhard Bär	Christine Braumiller	Christina Dietscher	David Feiler-Kalmar	Thomas Gamsjäger
Johann Bauer	Georg Braune	Stefan Dinges	Günter Fellhofer	Petra Ganaus
Marion Bauer	Caroline Braunhofer	Atbin Djamshidian-	Birgit Fenderl	Stefan Gara
Isabella Bauer-Rupp	Ingrid Braunhofer	Tehrani	Stefanie Fercher	Gerald Gartlehner
Christoph Baumgärtel	Stefanie Braunisch	Tanjela Dohnal-	Stefan Ferenci	Patrick Gasselich
Karin Baumgartner	Christian Breittfuss	Suvajac	Monika Ferlitsch	Christian Gattringer
Stefan Baumgartner	Christiane Breittfuss	Sabine Dohr	Elisabeth Fertl	Barbara Gebhard
Dietmar Bayer	Eveline Brem	Susanne Domkar	Irene Fialka	Christian Gepart
Susanne Bayer	Johanna Brix	Karl Dorfing	Vera Fidler	Sabrina Gerhartl
	Lisa Brunner		Thomas Fiedler	

Stefanie Gfeller	Marcus Hacker	leitner	Krisztina Juhasz	Daniela Kohlfürst
Gerald Gingold	Gerhard Hackl	Maximilian Hochmair	Janis Jung	Ruth Kojnek-Olabe
Gunda Gittler	Marion Hackl	Andrea Hofbauer	Christof Jungbauer	Torrealdy
Peter Gläser	Michael Hackl	Gert Hofer	Brigitte Juraszovich	Rainer Kolb
Judith Glazer	Rudolf Haffner	Hansjörg Hofer	Jaqueline Jürs	Peter Kölblinger
Reingard Glehr	Daniela Hafner	Philipp Hofer	Catherine Jutzeler	Wolfgang Köle
Reinhold Glehr	Viktor Hafner	Karin Hofer	Humayaun Kabir	Franz Kolland
Martin Gleitsmann	Alexander Hagenauer	Sabine Hofer	Manuel Kaider	Michael Koller
Claudia Gnant	Julia Hagenauer	Gerald Höfler	Renate Kain	Nikolaus Koller
Michael Gnant	Martina Hagspiel	Angelika Höfler-Petrus	Elvira Kainersdorfer	Sonja Koller
Sonja Gobara	Sabine Hahn	Stefan Hofstetter	Elmar Kainz	Edith Kollermann
Christoph Goger	Barbara Haid	Erol Holawatsch	Naghme Kamaleyan-	Andreas Kolm
Ludwig Gold	Doris Haider	Peter Holler	Schmied	Kai Kolpatzik
Markus Golla	Manfred Hainzinger	Susanne Höllinger	Gerhard Kamme-	Daniel König
August Gomsli	Margit Halbfurter	Wolfgang Holter	lander	Matthias König
Michael Gorlitzer	Ursula Halbmayr-	Eva Höttl	Lars-Peter Kamolz	Michael König
Tobias Gotterbarm	Kubicsek	Lisa Holzgruber	Daniela Karall	Ulrike Königsberger-
Babette Grabner	Michael Halmich	Thomas Holzgruber	Susanne Kaser	Ludwig
Erik Graf	Hans Haltmayer	Johanna Holzhaider	Siegfried Kasper	Beate Koopmann
Reinhard Graf	Andreas Hammerl	Heidemarie Holz-	Markus Kastelitz	Gottfried Koos
Maria Grandner	Elisabeth Hammer-	mann	Stefan Kastner	Daisy Kopera
Cornelius Granig	Zach	Bernhard Holzner	Stefan H.E. Kaufmann	Renate Koppensteiner
Günther Graninger	Margot Ham-Rubisch	Peter Hopfinger	Hannes Kaufmann	Maria Korak-Leiter
Andreas Grassauer	Josef Harb	Friedrich Hoppichler	Alexandra Kautzky-	Barbara Kornek
Alexander Gratzner	Franz Harnoncourt	Andreas Horn	Willer	Gabriela-Verena
Susanne Greber-	Alexander Hartl	Wolfram Hötzenecker	Sabine Kawalirek	Kornek
Platzer	Anna-Katharina	Andreas Hoyer	Beate Kayer	Ingrid Korosec
Richard Greil	Hartmann	Christoph Huber	Wolfgang Keck	Stefan Koth
Hildegard Greinix	Astrid Hartmann	Joakim Huber	Elisabeth Keil	Ljiljana Kovacevic
Stefan Greisenegger	Rainer Hasenauer	Lorenz Huber	Felix Keil	Bernd Krainer
Daniel Peter Gressl	Alexander Haslberger	Ingrid Huber-Strubl	Mohammad Keilani	Karin Krainz-Kabas
Peter Grieshofer	Sigrid Haslinger	Martin Hülsmann	Reinhold Kerbl	Ludwig Kramer
Sonja Griessenberger	Jens Hasskarl	Nicole Humer	Klemens Kern	Caroline Krammer
Wolfgang Grimm	Marco Hassler	Karin Hummer	Werner Kerschbaum	Florian Krammer
Christoph Grimm	Doris Hauer	Daniel Hürlimann	Sabrina Heike Kessler	Hanns Kratzer
Susanne Grobl-	Monika Haunsberger	Andreas Huss	Mahitab Khalifa	Andreas Krauter
schegg	Sonja Häuselhof	Peter Husslein	Johannes Khinast	Rainer Kraxner
Barbara Grohs	Gebhard Hauser	Hans-Peter Hutter	Gregor Kienbacher	Mathias Krenn
Ernest Groman	Ines Hauser-Herz	Susanne Hutterer-	Gerald Kienesberger	Petra Krepler
Evelyn Groß	Eva Hausleitner	Köpl	Oliver Kimberger	Maria-Theresia
Susanne Gröschel	Alexander Heider	Wolfgang Ibrom	Elena Kinz	Kriederer
Marlies Gruber	Achim Hein	Gernot Idinger	Peter Kirchschräger	Stephan Kriwanek
Andrea Gruber	Christoph Heiserer	Bernhard Iglseder	Markus Klamminger	Gabriel Kroisleitner
Manuela Gruber	Ellen Heitzer	Hans Ikenberg	Karin Klas	Marion Kronberger
Ludwig Gruber	Angela Hengsberger	Ulrich Jäger	Christoph Klaus	Elisabeth Kuc
Birgit Grünberger	Thomas Henzinger	Christian Jagsch	Renate Klauser-Braun	Michael Kunze
Thomas Grünberger	Joachim Hermisson	Gerald Jahl	Christoph Klein	Andreas Kurringer
Servan L. Grüninger	Bernhard Iglseder	Beate Jahn	Bärbel Klepp	Andrea Kurz
Michael Gschwantler	Christian Johannes	Gabriele Jaksch	Walter Klepetko	Gabriele Laaber
Daphne Gschwantler-	Herold	Astrid Jankowitsch	Sonja Klima	Joachim Labenz
Kaulich	Iris Herscovici	Martina Jeske	Peter Klimek	Elisabeth Lackner
Karin Gestaltner	Harald Hertz	Andrea Jesser	Astrid Knitel	Ruth Ladenstein
Michael Guger	Ina Herzer	Georg Jillich	Martin Knoll	Florian Lagler
Remo Gujer	Alexander Herzog	Stefan Jirecek	Gundula Koblmiller	Eva Landrichtinger
Susanne Guld	Johann Heuras	Elfi Jirsa	Martin Koch	Nathalie Landstetter
Stefan Günther	Wolfgang Hilbe	Elisabeth Jodlbauer-	Martin Kocher	Reingard Lange
Heinz Gyaky	Eva Hilger	Riegler	Christian Köck	Michaela Langer
Paul Haber	Irmgard Himmelbauer	Michael Jonas	Georg Koenne	Karin Laschalt
Heinz Haberfeld	Michaela Hinterholzer	Philipp Jost	Konrad Kogler	Martina Laschet
Elisabeth Habernig	Gottfried Hirnschall	Elma Joura	Petra Kohlberger	Michaela Latzels-
Florian Habersberger	Margarethe Hoch-	Aleks Jovanovic	Jürgen Köhler	berger

Danksagung

Lucas Lauda
Günther Laufer
Mads Veggerby
Lausten
Sigurd Lax
Friedrich Leblhuber
Irmgard Lechner
Sonja Ledl-Rossmann
Karl Lehner
Peter Lehner
Petra Lehner
Bernd Leinich
Ernst Leitgeb
Matthias Leitner
Philipp Lukas Leitner
Doria Leitner-Pohn
Piero Lercher
Christa Levin-Leitner
Chris Levy
Franz Leisch
Maria Lesterl
Brigitta Lienbacher
Rudolf Likar
Philipp Lindinger
Beatrix Linke
Gerald Loacker
Herwig Loidl
Wolfgang Löscher
Ulrich Lübcke
Bernhard Ludvik
Christopher Lueg
Veronika Macek-
Strokosch
Peter Machacek
Sigrid Machherndl-
Spandl
Najda Mader
Bruno Mähr
Manfred Maier
Monika Maier
Silvia Maier
Barbara Maier
Dietmar Maierhofer
Andreas Maieron
Markus Mair
Christoph Male-
Dressler
Wilhelm Marhold
Klaus Markstaller
Josef Marksteiner
Thomas Marschall
Markus Marterbauer
Christian Marth
Leopold Marzi
David Maurer
Bernhard-Michael
Mayer
Gert Mayer
Marianne Mayer
Hanna Mayer
Martin Mayerhofer

Mirjana Mayerhofer
Bernhard Mayr
Monika Mayr
Karl Mayr
Michael Mayrhofer
Elisabeth Mayrwöger
Peter McDonald
Michael Medl
Birgit Meinhard-
Schiebel
Eiko Meister
Arno Melitopoulos
Tine Melzer
Elisabeth Messinger
Bernhard Metzler
Joe Meusburger
Veronika Mikl
Christoph Miksch-
Aichenegg
Yasaman Miremadi
Martina Mitmanns-
gruber
Helmut Mödlhammer
Stefan Mohr
Leif Moll
Wilhelm Molterer
Reinhard Morawa
Lorenzo Moretta
Sabine Möritz-
Kaisergruber
Claire-Sophie Mörsen
Alexander Moschen
Cornelia Moser
Tobias Moser
Michaela Möstl
Alexander Moussa
Michel Angelo Mrach
Claudia Mraz
Thomas Mück
Robert Müllegger
Antonia Müller
Christine Müller
Markus Müller
Maximiliane Müller
Manfred Müller
Thomas Müller
Manfred Müllner
David Mum
Petra Munda
Rainer Münz
Ulrike Mursch-
Edlmayr
Nicole Muzar
Alexander Nader
Eckhard Nagel
Roland Nageler
Sylvia Nanz
Stefan Nehrner
Valerie Nell-
Duxneuner
Karin Nemeč

Constanze-Maria
Nemes
Kornelia Nemeth
Oliver Neubauer
Christoph Neumayer
Claudia Neumayer-
Stickler
Martina Neumayer-
Tinhof
Peter Neumeister
Ludwig Neuner
Josef Niebauer
John Nolan
Judith Noske
Kazem Nouri
Peter Nowak
Alexander Nussbaum
Helmut Oberlerchner
Johannes Obern-
dorfer
Katharina Obrovsky
Herbert Armin
Obwegger
Birgit Oeser
Martina Olf-Meindl
Gerald Oppeck
Herwig Ostermann
Harald Ott
Ingrid Pabinger-
Fasching
Florian Pachinger
Béa Pall
Georg Pall
Eva Pallwein-Prettner
Wolfgang Panhölzl
Michael Pap
Anna Papaioannou
Peter Parycek
Markus Paulmichl
Jan Pazourek
Sonja Pearsall
Markus Peck-
Radosavljevic
Elham Pedram
Monika Peer-Kratzer
Jürgen M Pelikan
Elisabeth Pelzer
Anna Penatzer
Stephan Pernkopf
Monika Peter
Christina Peters
Morten Elbæk
Petersen
Tamas Petrovics
Hans-Peter Petut-
schnig
Birgit Pfaller-Eiwegger
Karin Pfaller-Frank
Bernhard Pfeifer
Karl-Peter Pfeiffer
Verena Pfeiffer

Renate Pichler
Ronald Pichler
Silvia Pickner
Thomas Pieber
Christoph Pieh
Franz Gerhard
Pietsch
Petrus Pilsinger
Sigrid Pilz
Elisabeth Pittermann
Regina Plas
Sven Arne Plaß
Peter Platzler
Johannes Pleiner-
Duxneuner
Paul Plener
Nicole Plöb
Andrea Podczeck-
Schweighofer
Jochen Pohn
Alice Poier
Doris Polzer
Manfred Polzer
Susanne Pölzl
Wolfgang Popp
Nikolas Popper
Christian Posch
Roman Pöschl
Stefan Potyka
Robert Pozdena
Elisabeth Potzmann
Gerald Prager
Helene Prenner
Petra Pretterhofer
Matthias Preusser
Stefanie Prinzing
Helmut Prosch
Michael Prunbauer
Karin Prutsch
Georg Psota
Herbert Puhl
Andreas Pühringer
Helmut Pürerfellner
Anna Rab
Susanne Rabady
Gerold Rachbauer
Alfred Radner
Gerald Michael
Radner
Elisabeth Radon
Christa Rados
Christine Radtke
Otto Rafetseder
Stefan Raff
Gerhard Ransmayr
Elisabeth Rathgeb
Günther Rauchegger
Wolfgang Raunik
Erwin Rebhandl
Monika Redlberger-
Fritz

Gersina Rega-Kaun
Jürgen Rehak
Katharina Reich
Berthold Reichardt
Ingrid Reifinger
Sebastian Reimer
Walter Reinisch
Ingrid Reischl
Sophie Reisner
Melanie Reiter
Matthias Reiter-
Pazmandy
Heinrich Resch
Michael Resl
Joachim Rettl
Leo Richter
Erika Richtig
Alfred Riedl
Benjamin Riedl
Reinhard Riedl
Petra Riegler
Manfred Rieser
Sarah Rinner
Bernd Michael Rode
Helga Rohra
Claas Röhl
Andreas Röhren-
bacher
Elke Röhrbacher
Sabine Röhrenbacher
Elena Röhl
Thomas Rössler
Sebastian Roka
Paulus Rommer
Elisa Röper
Waltraud Rosatzin
Ralf Rosenberger
Alexander Rosen-
kranz
Silvia Rosoli
Monika Roth
Andreas Rothen-
steiner
Romana Ruda
Birger Rudisch
Jakob Rudzki
Robin Rummier
Karin Rumpelsberger
Holger Rumpold
Bernhard Rupp
Martina Rüscher
Verena Russo
Stefan Sabutsch
Gabriele Sachs-
Erfurth
Gökhan Sagir
Philipp Saiko
Gabi Sanio
Michael Sartori
Marlene Sator
Stefan Sauermann

Werner Saxinger	Andreas Seiringer	Diemut Strasser	Petra Vorderwinkler	Puchinger
Ines Schachenhofer	Grudrun Seiwald	Margit Straßhofer	Wolfgang Wacek	Thomas Winder
Thomas Schachner	Johann Sellner	Julia Stroj	Andreas Wachter	Reinhard Windhager
Eva Schaden	Barbara Semlitsch	Walter Struhäl	Andrea Wadsack	Andreas Windisch- bauer
Birgit Schäfer	Lukas Seper	Mariella Stubhahn	Fabian Waechter	Andrea Winglhofer
Martin Schaffenrath	Paul Sevelda	Florian Stummer	Andrea Wagner	Yvonne Winhofer- Stöckl
Kurt Schalek	Andrea Siebenhofer- Kroitzsch	Gunter Sturm	Hanna Wagner	Max Winiger
Elisabeth Schandl	Clemens Sigl	Rainer Sturma	Wolfgang Wagner	Sigrid Winklehner
Wolfgang Schantl	Karoline Sindelar	Marion Subklewe	Ferdinand Rudolf	Andreas Winkler
Christian Schauer	Christian Singer	Bonni Syeda	Waldenberger	Dietmar Winkler
Carina Schaupp	Josef Singer	Thomas Szekeres	Wolfgang Walentich	Walter Wintersberger
Katharina Scheinast	Susanne Siokola- Tomandl	Rudolf Taschner	Andreas Walter	Christa Wirthumer- Hoche
Hans Jörg Schelling	Peter Siostrzonek	Renate Tewes	Evelyn Walter	Bart de Witte
Michael Schenk	Julia Six	Florian Thalhammer	Ulrike Walther	Stefan Wöhl
Daniel Scherr	Martin Skoumal	Patrizia Theurer	Felix Wantke	Dominik Wolf
Andrea Schindelar	Karl Skriner	Helmut Thiebet	Franz Watzinger	Hedwig Wölfl
Thomas Schindl	Feldin Smajlovic	Friederike Thilo	Stefan Watzka	Gerald Wolfschütz
Alois Schlager	Josef Smolle	Katharina Thom	Günter Waxenecker	Ewald Wöll
Christa Schlager	Josef Smollen	Claudius Thome	Bisserka Weber	Gudrun Wolner- Strohmeyer
Constance Schlegl	Wolfgang Sobotka	Arnd Thorn	Jörg R. Weber	Barbara Wondrasch
Peter Schlenke	Reinhold Sojer	Helga Tieben	Thomas Weber	Nina Worel
Petra Schlösser	Afschin Soleiman	Daniel Tiefengraber	Cornelia Weberhofer	Enja Woritzka
Christopher	Ronald Söllner	Madis Tiik	Manfred Webers- berger	Claudia Wunder
Schludermann	Harald Sourij	Herbert Tilg	Artur Wechselberger	Alexandra Wunderl
Alexander Schmid	Stefan Speiser	Eleonora Tinhof	Franz Weidinger	Christian Wurstbauer
Barbara A. Schmid	Wolfgang Sperl	Harald Titz	Romana Weidinger	Carina Wurz
Marlene Schmid	Georg Spiel	Harald Titzer	Jens Weidner	Bernhard Wurzer
Karin Schmidt	Stefan Spitzbart	Cristina Tomasi	Elisabeth Weigand	Annina Wüthrich
Reinhold Schmidt	Johann Spreitzer	Reinhard J. Topf	Alexander Weigl	Edgar Wutscher
Clemens Schmitt	Alfred Springer	Hermann Toplak	Wolfgang Wein	Elisabeth Zanon
Katja Schmitz	Philipp Staber	Julia Traub	Gert Weinmann	Marc-Michael Zaruba
Rudolf Schmitzberger	Vanessa Stadlbauer- Köllner	Michael Trauner	Ursula Weismann	Andreas Zavadil
Bernd Schneider	Christine Stadler- Häbich	Jörg Trettler	Wolfgang Weismüller	Barbara Zavec
Sebastian Schneider	Tanja Stamm	Walter Troger	Rudolf Weis	Alain-Gustave Zeimet
Barbara Schöberl	Otto Stangl	Helmut Trötzlmüller	Günter Weiss	Josef Zellhofer
Romana Schöberl	Daniel Stanonik	Karlheinz Tscheliess- nigg	Josef Weiss	Erika Zelko
Susanne Schöberl	Johannes Starkbaum	Albert Tuchmann	Lukas Weiss	Werner Zenz
Harald Schöffl	Thomas Starlinger	Olivia Turan	Christian Weiß	Peter Zenz
Thomas Schöffmann	Thomas Starz	Helga Thurnher	Monika Weissen- steiner	Markus Zermanek
Rainer Schöfl	Reinahr Stauder	Felix Unger	Petra Welskop	Pia Andrea Zhang
Sabine Scholl-Bürgi	Guenther Steger	Gökhan Uyanik	Wolfgang Weninger	Dirk Ziebolz
Volker Schörghofer	Lars Stechemesser	Peter Valent	Christoph Wenisch	Petra Zieglmayer
Kerstin Schorn	Christoph Steinacker	Arschang Valipour	Alexandra Whitworth	Christoph Zielinski
Barbara Schorr	Johannes Steinhart	Barbara Vantsch	Angelika Widhalm	Raffaela Zillner
Gabriele Schrammel	Christoph Steininger	Anna Vavrovsky	Kurt Widhalm	Daniela Zimmer
Sonja Schreder	Doris Stelzhammer	Thomas Veitschegger	Christian Wiederer	Georg Ziniel
Günther Schreiber	Dieter Steup	Eva Verhnjak	Elisabeth Wiedermann	Emanuel Zitt
Günter Schreier	Harald Stingl	Jeppe Vestentoft	Ursula Wiedermann- Schmidt	Niklas Zojer
Rupert Schreiner	Peter Stippl	Carmen Viereckl	Manfred Wieser	Johannes Zschocke
Jochen Schuler	Andreas Stippler	Alexandra Vitzthum	Markus Wieser	Harald Zur Hausen
Joch Schuster	Hannes Stockinger	Wolfgang Voelckel	Raphaella Wieser	
Franz Schuster	Eva Stöckl	Monika Vögele	Manfred Wieser	
Gerhard Schuster	Elisabeth Stögmann	Harald Vogelsang	Claudia Wild	
Klaus Schuster	Beate Stolzlechner	Manfred Vogl	Maria Wild	
Thomas Schützen- hofer	Jeanette Strametz- Juranek	Walter Voitl-Bliem	Monika Wild	
Gabriela Schwarz	Adalbert Strasser	Marie-Helene Von der Rijdt	Iris Wille	
Rudolf Schwarz		Philipp von Lattorff	Harald Willschke	
Thomas Schweiger			Beate Wimmer-	
Erich Schweighofer				
Anabel Sedlatschek				
Stefan Seer				

RÜCKBLICK

5. DIGITAL HEALTH SYMPOSIUM im SO/Vienna

Shape the future

Das 5. PRAEVENIRE Digital Health Symposium am 20. und 21. April 2023 in Wien konnte aufgrund seines relevanten Themen-Mixes und der interaktiven und vielfältigen Programmgestaltung über 200 Teilnehmer:innen begeistern. Expert:innen stellten die neuesten digitalen Entwicklungen im Gesundheitswesen vor und diskutierten Fragestellungen, visionäre Ansätze und praktische Lösungsvorschläge. Der Erfolg des Events bewies einmal mehr die Relevanz und Notwendigkeit der digitalen Transformation im Gesundheitswesen. Das zeigte der rege fachliche Austausch am Podium, im Plenum und bei den Diskussionen in den Pausen.

Vier Fachthemen im Fokus:

- Von e-Health nach d-Health
- Roboter – Entlastung für Pflege und Chirurgie
- KI in der medizinischen Versorgung
- Digitale Sicherheit und Resilienz

Start-ups im Wettbewerb

Große Spannung brachte der Start-up-Pitch, bei dem fünf innovative Unternehmen ihre Lösungen für eine bessere digitale Gesundheitsversorgung präsentierten. Der Applaus ging an den Gewinner ilvi – smart health solutions und CEO Elke Zens. Das Unternehmen aus Gleisdorf ist auf die Entwicklung von flexiblen medizinischen Softwarelösungen spezialisiert und hat mit ilviClinic ein beeindruckendes Medizinprodukt entwickelt. Die Applikation vereinfacht die Dokumentation und Durchführung von Arbeitsabläufen im klinischen Umfeld und dient als universelle Schnittstelle zwischen Anwender:innen, Patient:innen und Zielsystemen. Ein herzliches Dankeschön ging an die weiteren Teilnehmer:innen XRCONSOLE, InstruClick, Treetop Medical und MindAhead.



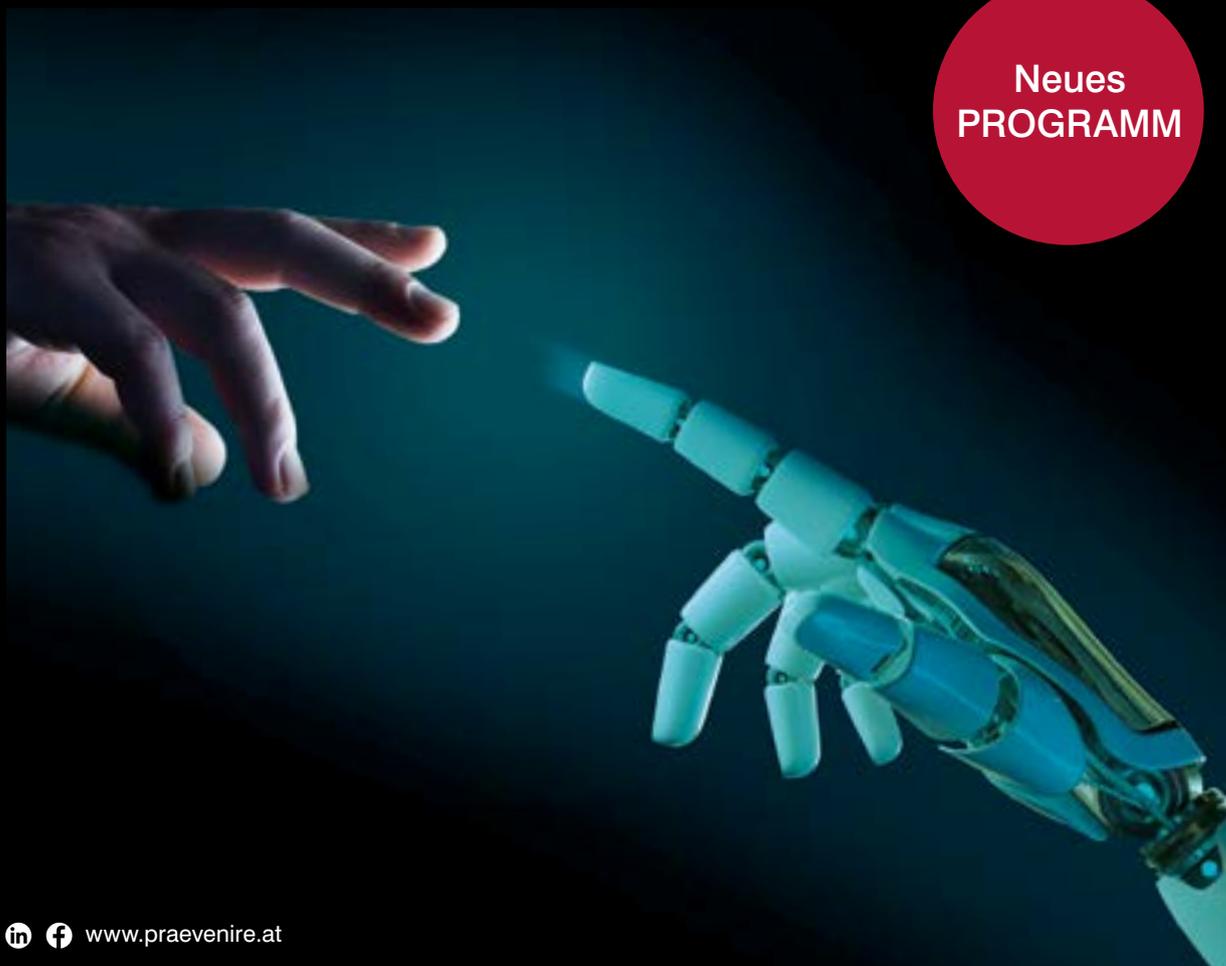
Lisa Holzgruber, GF rotatable technologies, und Reinhard Riedl, Dozent Berner Fachhochschule, führten durchs Programm.

SHAPE THE FUTURE



6. PRAEVENIRE DIGITAL HEALTH SYMPOSIUM Le Méridien Vienna, 1010 Wien, 2024

Neues
PROGRAMM



  www.praevenire.at

Das umfangreiche Programm bietet spannende Perspektiven aus verschiedenen Bereichen:

- **Wartezeiten im Gesundheitswesen reduzieren**
- **Private Portale und Apps – in Zukunft mit „ELGA inside“?**
- **Gesundheitsdaten schützen, Gesundheitsdaten nützen**
- **Erstattung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs)**
- **Startup-Pitch-Contest**
- **Künstliche Intelligenz in der Medizin**
- **European Health Data Space: kommt das Patient Summary?**
- **Die nationale e-Health Strategie**
- **SAP ändert Gesundheitsstrategie – Folgen für Krankenhausträger und KIS-Systeme**

Anmeldung
und mehr
Informationen
unter:



Eine Veranstaltung des gemeinnützigen Vereins PRAEVENIRE in Kooperation mit der Berner Fachhochschule.
Der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE ist eine Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung.

18.–19. APRIL

Rückblick

8. PRAEVENIRE GESUNDHEITSTAGE im Stift Seitenstetten



Impulsgeber für das Gesundheitssystem

Zum achten Mal fand im Mai 2023 das zentrale Netzwerk- und Expertenevent des PRAEVENIRE Gesundheitsforums im niederösterreichischen Stift Seitenstetten statt. Jeder Tag ist anderen Themenschwerpunkten gewidmet. Nach Experten-Keynotes wurde das Fachpublikum in die Podiumsdiskussionen miteinbezogen.

Die PRAEVENIRE Gesundheitstage geben in dem von den Benediktinern 1112 gegründeten Kloster stets einen ehrwürdigen Arbeitsrahmen für die PRAEVENIRE Gipfelgespräche, bei denen – zumeist in Kooperation mit PRAEVENIRE Partnern – bestimmte Gesundheitsthemen vertiefend diskutiert und Handlungsempfehlungen für die Politik zur Verbesserung des Gesundheitswesens in Österreich generiert werden.

Die Themenauswahl 2023 erstreckte sich von der Zukunft der Onkologie über die zentralen Fragen der Arzneimittelversorgung bis hin zur Pflege und Betreuung. Ein besonderer Fokus wurde auf die unterschiedlichen Chancen und Herausforderungen für die digitale Transformation im Gesundheitssystem (Stichwort: Digital Health) gelegt, beispielsweise für die Patient Summary, DiGA bzw. für die telemedizinische Versorgung. Auch dieses Jahr konnten bei den 8. PRAEVENIRE Gesundheitstagen wichtige Impulse für eine verbesserte Gesundheitsversorgung der Menschen erarbeitet werden.

Nun gilt es, diese getreu dem Motto „Nachdenken.Umsetzen.Jetzt!“ gemeinsam mit den Akteur:innen des Gesundheitssystems zur Umsetzung zu bringen!

Im PRAEVENIRE Jahr 2024 gibt es für diese Veranstaltung gleich zwei Neuerungen: Die 9. PRAEVENIRE Gesundheitstage 2024 werden terminlich in den Herbst und örtlich ins Burgenland verlegt und von 9. bis 11. September in Eisenstadt stattfinden. Zusätzlich bleibt im Frühling das Stift Seitenstetten weiterhin der inspirierende Rahmen für den Expert:innen-Austausch in einem neuen Format: die 1. PRAEVENIRE Denkertage am 13. und 14. Mai 2024. Informationen zur Teilnahme und zu Kooperationsmöglichkeiten als PRAEVENIRE Partner: <https://gesundheitstage.co.at>

*In NÖ, im Stift
Seitenstetten,
haben die Gesund-
heitsexpert:innen
weiter nachge-
dacht und viele
konkrete Ideen zur
Optimierung des
Gesundheitswe-
sens eingebracht.*



SEITENSTETTEN



**1. PRAEVENIRE
DENKERTAG**
Seitenstetten, 2024



13. MAI 2024

Mehr Informationen:



Rückblick

7. AM PLUS PVE-TAGUNG in Haslach an der Mühl



AM PLUS Tagung

„Primärversorgung von Gesundheitsförderung bis zur wohnortnahen Rehabilitation“ lautete der Titel der siebenten Tagung von AM PLUS. Jedes Jahr lädt die Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit in Haslach an der Mühl zu Vorträgen und Diskussionen rund um die Primärversorgung und Primärversorgungseinrichtungen (PVE). Die Etablierung eines leistungsfähigen Systems der Primärversorgung ist eines der wichtigsten Reformvorhaben im österreichischen Gesundheitswesen. Unverzichtbarer Eckstein dabei sind die PVE, deren Wirksamkeit für die Versorgungslandschaft immer bedeutender wird. Gesundheitsminister Johannes Rauch betonte in seinem Videostatement die Wichtigkeit des multidisziplinären Ansatzes in Primärversorgungseinheiten. Weiters standen am 23. und 24. Juni 2023 folgende Themen zur Diskussion:

- Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz – die Rolle der PVE
- Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation in PVE
- Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung einer Gemeinde durch die PVE-Gründung

Zum Abschluss der zweitägigen Veranstaltung besprachen am Podium die Vertreter:innen von Gesundheitsberufen, der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und der Ärztekammer Oberösterreich die Zukunftsperspektiven für PVE in Österreich. Nachbericht auf: <https://www.periskop.at/pve-als-treibender-motor-in-der-gesundheitsversorgung-und-vorsorge/>



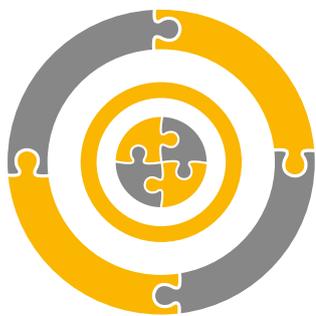
V. l.: Daniel Peter Gressl, Wolfgang Hockl, Anna Glück, Andreas Huss, Daniela Rojatz, Erwin Rebhandl, Manfred Maier

Johannes Rauch brachte per Videostatement seine Perspektive als Bundesminister in die PVE-Tagung ein.



Wir danken unseren Sponsoren





SAVE THE DATE

6.-7. Juni 2024

IN KOOPERATION MIT:



PRIMÄRVERSORGUNG

Wie kommt man schnell und effizient zu einer Primärversorgungseinheit?

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

Es erwarten Sie folgende Themen:

- Wie kommt man schnell und effizient zu einer PVE?
- Welche Schritte müssen gesetzt werden?
- Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung einer Gemeinde durch die PVE-Gründung

WANN

Donnerstag, 06.06.2024 | 14.00 bis 18.30 Uhr inkl. Abendessen (ab 19:00 Uhr)
Freitag, 07.06.2024 | 09.00 bis 14.00 Uhr

WO

Pfarramt Haslach
Kirchenplatz 1, 4170 Haslach an der Mühl



TEILNAHMEGEBÜHREN

Teilnahmegebühren (inkl. USt., Verpflegung und Materialien;
exkl. Nächtigung und Reisekosten):

- reguläre Teilnahmegebühr: € 275,- | mit FRÜHBUCHERBONUS bis 30. April : € 250,-
- reduzierte Teilnahmegebühr*: € 150,- | mit FRÜHBUCHERBONUS bis 30. April: € 135,-
(* für Mitglieder der Berufsgruppen, die außerordentliche Mitglieder bei AM PLUS
und Kooperationspartner der Tagung sind, sowie für Studierende).

ANMELDUNG

Voranmeldungen werden jetzt schon entgegengenommen.
Die Einladung mit allen weiteren Details folgt in Kürze.

KONTAKT

Alexandra Lazic-Peric, MA
office@amplusgesundheit.at | +43/1/908 11 46-52 | www.amplusgesundheit.at

Kooperationspartner:



Rückblick

3. PRAEVENIRE GIPFEL- GESPRÄCH KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT am Fuße der Rax



PRAEVENIRE Initiative Kinder- und Jugendgesundheit

Beim dritten PRAEVENIRE Gipfelgespräch am Fuße der Rax wurde der Veranstaltungsort in Hirschwang als „das neue Alpbach für die Kinder- und Jugendgesundheit“ etabliert.

Am 28. Juni 2023 erarbeiteten mehr als 100 Gesundheitsexpert:innen in den Workshop-Gruppen dringend erforderliche Maßnahmen zur Optimierung der Grundversorgung, zur psychischen Gesundheit, zur Etablierung der Transitionsmedizin und zu Verbesserungen für die Rehabilitation. Die Impulsgeber:innen zu den vier Themen sind Spezialist:innen in dem jeweiligen Fachgebiet:

- Der Wiener Kinderarzt Prim. MR Ass.-Prof. DDr. Peter Voitl, MBA, sprach als Gründer der ersten Kinder-Primärversorgungseinheit über die Herausforderungen in der pädiatrischen Grundversorgung.
- Univ.-Prof. Dr. Paul Plener, Leiter der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der MedUni Wien, zeigte in seiner Keynote „Von der Krise zur Pille? Psychopharmakaverschreibungen bei Kindern und Jugendlichen“, wie es um ihre psychische Gesundheit bestellt ist.
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Holter legte in seinem Vortrag „Plötzlich erwachsen! Transitionsmedizin als Begleitung in die Erwachsenenmedizin“ den Fokus auf den noch wenig beachteten Übergang von der Kinder- zur Erwachsenenmedizin.
- Dr. Gudrun Seiwald, Reha-Zuständige bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), unterstrich, dass Kinder- und Jugendrehabilitation das gesamte familiäre Umfeld miteinbeziehen muss.

Markus Wieser, Gründer und Obmann des Fördervereins für Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich, konnte als Gastgeber die tagesaktuelle Erfolgsmitteilung bekannt geben, dass im Sozialausschuss der Beschluss für einen



V. l.: Alexander Hagenauer, Markus Wieser, Paul Plener, Gudrun Seiwald, Ulrike Königsberger-Ludwig, Peter Voitl

© Georges Schneider

Gesetzesentwurf auf Rechtsanspruch für Eltern zur Begleitung der Kinder beim Reha-Aufenthalt und eine finanzielle Absicherung während dieses Zeitraums getroffen worden ist. „Es ist erfreulich, dass nun dieser längst überfällige Rechtsanspruch umgesetzt wird“, berichtete Wieser, der in dem Jahr das Große Goldene Ehrenzeichen für Verdienste um die Republik Österreich erhielt. Er erklärte im Plenum die bedeutende Tragweite: „Mit der nunmehrigen Entscheidung für Rechtsanspruch auf Begleitung wurde ein Meilenstein für die Gesundheit der Kinder umgesetzt. Damit ist auch die Verteilung der Aufenthalte in den Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche über das ganze Jahr hindurch besser planbar.“

Podiumsgäste waren die niederösterreichische Gesundheitslandesrätin Ulrike Königsberger-Ludwig und der Generaldirektor-Stellvertreter in der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) Mag. Alexander Hagenauer. Beide betonten in der Eröffnungsdiskussion, dass Kinder und Jugendliche unsere Zukunft seien und jede Investition in ihre Gesundheit, ihr psychisches und physisches Wohlbefinden und in die spezifische Versorgungsstruktur ein Vielfaches bringt. Königsberger-Ludwig ist von der Idee eines Kinder- und Jugendstaatssekretariats überzeugt: „Wir brauchen Nahtstellen statt Schnittstellen zwischen den Ressorts und das nicht nur in Niederösterreich, sondern bundesweit.“ Hagenauer sieht die Aufgabe der Stakeholder in ihren jeweiligen Wirkungskreisen darin, Verantwortung zu übernehmen und gemeinsam mit Therapeutinnen, Therapeuten, Ärztinnen und Ärzten Lobbying-Anwältinnen und -Anwälte für die Kinder und Jugendlichen zu sein. Für ihn sind die wesentlichen Bausteine das Impfen als Präventionsmaßnahme, die funktionale Therapie als wesentlicher Bestandteil der Versorgungslandschaft, die Qualitätssicherung in der Kinder-Reha und auch die Stärkung der psychischen Gesundheit.

Zwei grundlegende, im Vorjahr formulierte PRAEVENIRE Forderungen sind nach wie vor zur Umsetzung seitens der Politik offen. Das sind die von Wieser geforderte Gesundheitsmilliarde und ein Staatssekretariat, beides speziell für die Kinder- und Jugendgesundheit. Die Arbeit wird dieses Jahr beim 4. PRAEVENIRE Gipfelgespräch am Fuße der Rax von 25. bis 26. Juni 2024 im Parkhotel Hirschwang fortgesetzt.

SAVE THE DATE



4. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH
Kinder- und Jugendgesundheit 2030
am Fuße der Rax 2024

**25.-26.
JUNI**

Rückblick

10. PRAEVENIRE GESUNDHEITSGESPRÄCHE in Alpbach



Jubiläum auf der Alten Schafalm

Jedes Jahr setzen sich im Sommer Gesundheitsexpert:innen, gesundheitspolitische Entscheidungsträger:innen und Stakeholder, Patientenvertreter:innen und Betroffene in Tirol auf der Alten Schafalm zusammen, um konkrete Lösungsansätze für Verbesserungen im Gesundheitssystem zu erarbeiten. Die PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach feierten von 6. bis 10. Juli 2023 ihr zehnjähriges Bestehen. Es ist ein Ort der Inspiration und eine ideale „Denkwerkstatt“ zum Meinungsaustausch der Visionär:innen aus den Bereichen Gesundheit, Politik und Wirtschaft.

Open Alm: Wege aus der Pflegemisere

Im österreichischen Gesundheitsberuferegister sind derzeit rund 165.000 Personen in der professionellen Pflege registriert, die als diplomierte Pflegekräfte, Pflegefachassistenz bzw. in Pflegeassistenzberufen arbeiten. Prognosen zeigen, dass der neue Pflegefachkräftebedarf in sieben Jahren auf 75.000 steigen wird. Die Gesundheits- und Krankenpflege ist an den Grenzen des Machbaren angelangt. Es braucht daher einen Neustart. Das war der Tenor der Expert:innen bei der PRAEVENIRE Open Alm 2023. Lösungen müssen großzügig gedacht und von der gesamten Gesellschaft getragen werden. Das von der Bundesregierung geschnürte Pflegepaket sahen die Teilnehmenden als „Oberflächenkosmetik“ und forderten eine Trendwende. Deshalb hat sich der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE für seinen traditionellen Höhepunkt der PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach dieser Brennpunkthematik angenommen. Unter dem Titel „Professionelle Pflege an der Grenze des Machbaren: Ursachen verstehen und Lösungen finden“ diskutierte eine Expert:innenrunde konkrete Lösungswege aus der Krise und benannte klare Handlungsschritte, die sich deutlich von denen der Bundesregierung unterscheiden. Die Essenzen sind auf den Vorderseiten im Themenkreis zusammengefasst und in der Online-Ausgabe des Stakeholder-Magazins PERISKOP nachzulesen: www.periskop.at/praevenire-open-alm-wege-aus-der-pflegemisere/

Neuer Fixpunkt ist der PRAEVENIRE Networking Walk. Die Zukunft der Finanzierung des Gesundheitswesens war wegweisendes Gesprächsthema.



SAVE THE DATE



11. PRAEVENIRE GESUNDHEITSGESPRÄCHE in Alpbach 2024

  www.praevenire.at

Anmeldung und mehr Informationen unter



oder unter
office@periconsulting.at



Die PRAEVENIRE Gesundheitsgespräche in Alpbach finden heuer bereits zum 11. Mal statt. Sie bestechen 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.

3.-8. JULI

SAVE THE DATE



9. PRAEVENIRE GESUNDHEITSTAGE im Schloss Esterházy 2024

  www.praevenire.at

Anmeldung und mehr Informationen



9.-11. OKTOBER

TERMINE

DAS PRAEVENIRE JAHR



2024

**PRAEVENIRE
INITIATIVE GESUNDHEIT 2030**
Jahrbuch 2023/24

**NACHDENKEN.
UMSETZEN.
JETZT!**



**PRAEVENIRE
GESUNDHEITSFORUM**
für eine lebendige Zukunft