

# PRAEVENIRE

Gesundheitsgespräche im Gasteinertal 2021



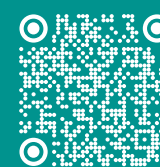
NACHDENKEN.  
UMSETZEN.  
JETZT!

PRAEVENIRE  
Initiative  
Gesundheit 2030



PRAEVENIRE  
GESUNDHEITSFORUM

Die 7. PRAEVENIRE  
Gesundheitstage 2022  
finden von 18. bis 20. Mai  
statt. Jetzt anmelden!



## Gesundheitskompetenz & Prävention

Wie sich Bildung und Kompetenzen in puncto Gesundheit erfolgreich an Menschen vermitteln lassen, war Teil der Diskussion „Prävention“.

Seite III

## Onkologie 2030

Darum, wie Patienten mit Krebserkrankungen optimal versorgt und behandelt werden können, drehte sich die Diskussion „Onkologie 2030“.

Seite IV

## Wohnortnahe Versorgung vs. Zentrumsmedizin

Die medizinische Versorgung vor der Haustür und in Zentren war das Thema der Diskussion „Wohnortnahe Versorgung vs. Zentrumsmedizin“.

Seite V

# Wie schaffen wir die Pflege 2030?

Der Pflegebedarf wird steigen, ein Mehr an Pflegekräften wird notwendig sein. Wie das erreicht werden kann und was dem derzeit im Weg steht, waren die zentralen Fragen der Diskussion zum Thema „Pflege 2030“.

„Es liegen Welten zwischen dem Bedarf und dem Angebot an Pflegekräften“, sagt Manfred Brunner, Landesstellenvorsitzender der ÖGK Vorarlberg. Die ÖGK Vorarlberg habe mehrere Studien analysiert – mit alarmierendem Ergebnis. „Bis 2030 haben wir einen voraussichtlichen Zusatzbedarf an Pflegekräften von 49 Prozent. Doch wir haben schon jetzt zu wenig Personal“, sagt Brunner. 150 bis 170 neue Pflegekräfte des gehobenen Diensts seien pro Jahr in Vorarlberg nötig. Die FH in Vorarlberg biete jedoch lediglich 100 Studienplätze pro Jahr. Tatsächlich in Anspruch genommen würden von diesen aktuell 68, sagt Brunner. Auch Pflegefachassistenten, die Krankenpfleger im gehobenen Dienst unterstützen, seien in ihrer Zahl bei Weitem nicht ausreichend.

Elisabeth Potzmann, Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands, hat mit dieser Entwicklung gerechnet: „Wir haben das schon vor zehn Jahren prognostiziert. Jetzt müssen wir mit der Situation umgehen.“ Es werde massiver Druck auf das Krankenpflegepersonal ausgeübt, zudem gebe es Strömungen, die dazu neigen, die Pflegeberufe zu deprofessionalisieren. „Manche wollen in kürzerer Zeit ausbilden, weil das günstiger ist“, sagt Potzmann, „doch das ist nicht unser Weg. In den das Image der Pflege heben, das ist dringend notwendig. Und das schaffen wir nicht, indem wir immer neue Ausbildungswege kreieren.“ Ohnehin herrsche bereits ein Durcheinander durch drei Ausbildungswege, auf denen man derzeit zum Krankenpflegeberuf gelangt. „Wir brauchen Klarheit und den Mut, den Beruf weiter zu professionalisieren und in seinem Image zu stärken, sodass er attraktiver für junge Menschen wird.“

Auch Harald Titzer, Präsident der Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich, sieht Handlungsbedarf. „Es stimmt, dass die Absolventen nicht in der notwendigen Zahl da sind“, sagt Titzer, „doch wir können und müssen an vielen Schrauben drehen, die die Berufsbilder in der Pflege attraktiver machen.“ Dazu gehöre auch die Möglichkeit, sich als Krankenpfleger mit dem Masterstudiengang Advanced Nursing Practice deutlich höhere Qualifikationen zu erwerben.

Daniel Peter Gressl, diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger für gemeinde- und bevölkerungsorientierte Pflege der Stadtgemeinde Judenburg, kritisiert das neue System der Ausbildung in der Krankenpflege. „Gerade in Langzeiteinrichtungen, aber auch im Akutspital übernimmt das diplomierte Per-

**„Der Ausbau von Betreuung und Pflege muss als sozial und ökonomisch sinnvolle Investition in einen Zukunftsbereich gesehen werden.“**

**Kurt Schalek,**  
Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik der  
Arbeiterkammer Wien



**Alexander Biach (1), Manfred Brunner (2), Gunda Gittler (3), Daniel Peter Gressl (4), Susanne Kaser (5), Karl Lehner (6), Wolfgang Popp (7), Elisabeth Potzmann (8), Silvia Rosoli (9), Martin Schaffenrath (10), Kurt Schalek (11), Harald Titzer (12).**

sonal bis heute verschiedene hauswirtschaftliche Tätigkeiten, die seit 2016 aus dem Gesetz gestrichen sind“, sagt Gressl. „Wenn wir mehr Pfleger ausbilden, damit mehr hauswirtschaftliche Tätigkeiten durchgeführt werden können, sind wir auf dem Holzweg.“ Es sei dringend erforderlich, nicht nur mehr Pflegekräfte, sondern auch mehr Pflegefachassistenten auszubilden und für deren Ausbildung eine einheitliche Struktur zu finden. Zudem fordert Gressl, dass Fachhochschulen ihre Standorte nicht nur in größeren Städten, sondern auch auf dem Land stärken.

Der Fokus von Karl Lehner, Geschäftsführer der Oberösterreichischen Gesundheitsholding GmbH, liegt genau auf der Ausbildung neuer Pflegekräfte und Pflegefachassistenten. „Wir haben elf Spitalstandorte, neun Krankenpflegeschulen, 15.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, 500 Schülerinnen und Schüler sowie 1000 Studentinnen und Studenten“, sagt Lehner. „Wir forcieren das Thema Ausbildung in der Pflege sowohl die Schule als auch die Fachhochschule betreffend.“ Die Standorte der Fachhochschulen seien auch am Land, da es von zentraler Bedeutung sei, Pflegefachkräfte dezentral auszubilden und einzusetzen. Zwar sei mit der Akademisierung eine Aufwertung der Krankenpflege erreicht worden. Es sei jedoch entscheidend, auch die Pflegefachassistenz als Berufsbild attraktiver zu gestalten. „Wenn die Mutter zu ihrem Kind sagt: ‚Diesen Beruf solltest du nicht machen, da hast du ein Leben lang Stress‘, dann haben wir es nicht geschafft.“

Ein Buch zum Thema Pflege hat Alexander Biach, Direktor-Stellvertreter der Wirtschaftskammer Wien und Standortanwalt der Stadt Wien, gemeinsam mit Barbara Fisa, Public Health Consultant in Wien, und Norbert Bachl, Facharzt für medizinische Leistungsphysiologie an der Universität Wien, geschrieben. „Raus aus der Pflegefalle“ gibt Handlungsempfehlungen, wie es Menschen schaffen können, gar nicht erst zum Pflegefall zu werden. „Wir haben in Österreich dieselben Pflegeausgaben wie in Dänemark und Schweden“, sagt Biach, „mit dem Unterschied, dass der Anteil von über 65-jährigen Pflegefällen in skandinavischen Ländern bei 9,1 Prozent liegt – in Österreich bei 22,8.“ Die Prävention funktioniere in Skandinavien ganz anders. „Wenn sich bei uns jemand die Schuhe nicht mehr binden kann, bekommt er einen Pfleger, der das für ihn erledigt. In Skandinavien trainieren sie mit der Person so lange, bis sie sich die Schuhe wieder selbst binden kann“, sagt Biach. Um Menschen dazu zu motivieren, sich ein Leben lang gesund und fit zu halten, will Biach einen Best-Agers-Bonus-Pass einführen, der ab einem Alter von 50 bestimmte Maßnahmen vorsieht. „Das ist wie eine Stempelkarte, die dazu motivieren soll, verschiedenste Strategien der Prävention zu befolgen.“ Für die Organisation dieser Prävention sei entscheidend, in der Politik eine zentrale Anlaufstelle zu implementieren. „Derzeit sind die Kompetenzen noch zu stark aufgeteilt.“

Susanne Kaser, Präsidentin der Österreichischen Diabetesgesell-

schaft, sieht es als dringend erforderlich an, Pflegeberufe flexibler zu gestalten. „Beispielsweise im Bereich Diabetes passieren viele Fehler, weil zu wenig Personal da ist und das auch nicht fachspezifisch für dieses Thema ausgebildet ist“, sagt Kaser. So komme es zu mehr Krankenhausbesuchen und längeren Aufenthalten. „Hier würde eine spezialisierte Pflege helfen. Diese könnte den allgemeiner ausgebildeten Fachkräften Unterstützung leisten und sie beraten.“

Für die Verblisterung von Medikamenten, also deren Portionierung und Verpackung für den einzelnen Patienten, spricht sich Gunda Gittler aus, Leiterin der Anstaltsapothek im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz. „Wir haben 2010 mit der Verblisterung begonnen und können damit sowie mit der elektronischen Steuerung der Medikationsbeschaffung den Pflegekräften viel Zeit und Arbeit ersparen.“ Auch sei es wichtig, Pharmazeuten bei der Verabreichung von mehreren Medikamenten miteinzubeziehen. „Viele ältere Menschen bekommen viele Medikamente. Wenn wir hinzugezogen werden, können wir beurteilen, wie diese zusammenpassen. Damit lassen sich viele Krankenhausaufenthalte verhindern.“

Wolfgang Popp, Lungenfacharzt an der Privatklinik Döbling, betont, dass der Personalmangel besonders auch im Geriatriebereich deutlich spürbar sei. „Wir brauchen dringend gut ausgebildetes Fachpersonal, das breit aufgestellt ist“, sagt Popp. Die Verblisterung von Medikamenten sieht er kritisch, da das

Risiko bestehe, dass weder Arzt noch Krankenpfleger die Tabletten am Ende noch unterscheiden können. Ein solcher Fall habe in Wien für Schlagzeilen gesorgt. Gittler entgegnet, dass die Verblisterung in dem konkreten Fall in Wien nicht funktioniert habe, diese jedoch ansonsten seit vielen Jahren eine gut funktionierende Strategie sei.

Von einer Interessenvertretung für Pflegekräfte an der AK Tirol berichtet Martin Schaffenrath, Mitglied des Verwaltungsrats der ÖGK. Diese habe ein Pflegedossier vorgelegt, das auf der Homepage der AK Tirol abrufbar sei und das die Lage der Pflege und Betreuung in Tirol darstelle. Darin seien Verbesserungen der Arbeitsbedingungen festgehalten. „Es ist mit den akademischen Lehrgängen schon viel passiert, aber es muss noch mehr passieren, um die Situation der Pflegeberufe zu verbessern. Wir haben gerade jetzt in der Pandemie gesehen, dass Pflegekräfte eine wichtige Stütze der Gesellschaft sind.“

**„Der Wunsch nach mehr Personal für die Pflege kann nur durch attraktive Ausbildungs- sowie gute Arbeitsbedingungen erfüllt werden.“**

**Silvia Rosoli,**  
Abteilungsleiterin  
Gesundheitsberuferecht und  
Pflegepolitik der Arbeiterkammer  
Wien

# Von der Reha in die Arbeitswelt

Die Rehabilitation bietet die Möglichkeit, sich nach einem Unfall oder einer Krankheit wieder zu erholen. Welche Schritte dafür nötig sind, dass die Wiedereingliederung in den Alltag gelingt, war ein Thema der Diskussion „Rehabilitation“.

„Das Ziel der Rehabilitation ist auch die berufliche Teilhabe“, sagt Eva Höttl, Sprecherin des Gesundheitszentrums der Erste Group Bank AG. Damit Menschen nach einer Rehabilitation möglichst sanft wieder ins Berufsleben hineingeleitet, sei es möglich, ein halbes Jahr in geringem Ausmaß zu arbeiten. „Diese Regelung sollte auch auf Menschen mit chronischen Erkrankungen angepasst werden, damit sie eine bessere Chance haben, am Erwerbsleben teilhaben zu können.“

Auch für Kinder sei die Möglichkeit einer Rehabilitation sehr wichtig, betont Markus Wieser, Präsident der AK Niederösterreich und Obmann des Fördervereins für Kinder- und Jugendlichenrehabilitation: „Gerade Kinder, die auf Reha gehen, haben erfahrungsgemäß große Chancen, wieder gesund zu werden, die Schule und später eine Ausbildung zu absolvieren und der Arbeitswelt beizutreten.“ Es gebe bereits fünf Rehazentren für Kinder in Österreich, ein sechstes sei gerade in der Umsetzung. Die größte Herausforderung sei, dass Kinder und Jugendliche die Begleitung ihrer Eltern benötigen. Begleitpersonen, auch die Geschwisterkinder, seien vonseiten der Reha möglich – vonseiten der Arbeitgeber sei dies jedoch oftmals kritisch. „Wir sind dabei, Arbeitsrecht und Sozialversicherung zusammenzubringen und so einen Anspruch der Eltern zu implementieren, eine Dienstfreistellung zu erhalten, um ihre Kinder für eine Reha zu begleiten.“

Martin Schaffenrath, Mitglied des Verwaltungsrats der ÖGK, sieht großen Handlungsbedarf darin, wie sich Menschen nach längerem Krankenstand wieder ins Berufs-



V. l. n. r.: Susanne Kaser, Martin Schaffenrath, Gunda Gittler, Gabriele Sanio, Margit Halbfurter, Richard Crevenna (1), Eva Höttl (2), Caroline Kramer (3), Wolfgang Popp (4), Bernhard Rupp (5), Monika Weissensteiner (6), Markus Wieser (7), Erika Zelko (8).

ben eingliedern lassen. „Wir wissen, dass jemand, der ein Dreivierteljahr weg war, Schwierigkeiten hat, wieder einzusteigen“, sagt Schaffenrath. Mit Konzepten dafür seien derzeit einige Arbeitsgruppen der ÖGK beschäftigt.

„Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen sind besonders wichtig“, sagt Gabriele Sanio, Leiterin der Ahop Reha Arbeitsgruppe für onkologische Pflege. „So kann ein Patient im Bedarfsfall möglichst schnell und rechtzeitig die Reha nutzen.“ Auch die Nachbegleitung nach der Reha sei ein zentrales Thema.

Die Wichtigkeit der Nachsorge bestätigt Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der AK Niederösterreich. Er sieht in den öffentlichen Ausgaben ein starkes Übergewicht von mehr als 80 Pro-

zent für Rehabilitationen. „Experten klagen jedoch, dass es nach den Rehamaßnahmen keine weitere Begleitung gibt und so schwerer mittel- und langfristige Ziele erreicht werden können. Es geht darum, das Leben auch nach der Reha zu modifizieren.“ Potenzial für die Nachsorge liege besonders auch in innovativen Methoden wie der Telerehabilitation.

Caroline Kramer von der Abteilung Sozialversicherung der AK Wien fordert, in puncto rechtzeitiger Rehabilitation Betriebe stärker in die Verantwortung zu nehmen. „Wir müssen herausfiltern, wo Krankenstände gehäuft auftreten und wie das mit Arbeitsbedingungen zusammenhängt. Nur so lässt sich frühzeitig eingreifen.“ Zudem sei ein niederschwelliger Zugang

zur Reha erforderlich. Die Eignung von Telerehabilitation sei individuell zu bewerten – sie eigne sich nicht für jedes Krankheitsbild.

Susanne Kaser, Präsidentin der Österreichischen Diabetesgesellschaft, stellt an die Politik die Forderung, die Reha besser maßzuschneidern für das Thema Diabetes. „Menschen mit Diabetes müssen lernen, mit ihrer Erkrankung umzugehen.“ Diese Rehabilitationen müssen nachhaltig angelegt sein, „in drei Wochen kann ich meinen Lebensstil nicht anpassen“.

Lobende Worte für die Rehabilitation in Österreich findet Erika Zelko von der Universität Marbor, die kürzlich in Linz den Lehrstuhl für Allgemeinmedizin übernommen hat. „Besonders die stationären Einrichtungen sind sehr gut“, sagt Zelko. Allerdings seien noch Maßnahmen notwendig, wenn der Patient nach Hause kommt. „Er muss sich im Alltag zurechtfinden und so rasch wie möglich in ein soziales Netz integriert werden. Dafür müssen wir Programme entwickeln, die wir entsprechend evaluieren.“

Wolfgang Popp, Lungenfacharzt an der Privatklinik Döbling, kritisiert die Treffsicherheit dabei, wer die Rehabilitation in Anspruch nehmen und wer sie tatsächlich benötigen: „Es braucht ein konkretes Ziel für die Rehabilitation, sonst ist sie womöglich nicht zielgenau.“

Das bestätigt auch Margit Halbfurter, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie. „Man muss allerdings zwischen Kur und Reha unterscheiden“, erklärt sie, „Kuranträge stellen manchmal auch Menschen, die es nicht unbedingt nötig haben. Eine Reha wiederum richtet sich an Menschen, die

dringend medizinische Hilfe benötigen.“ Martin Schaffenrath sagt dazu, dass es vonseiten der ÖGK bereits angestrebt worden sei, weg von der Kur und hin zur zielgerichteten Reha zu gelangen. „Daraufhin haben sehr viele Menschen protestiert, weil an der Kur sehr viele Arbeitsplätze hängen“, beschreibt er.

**„Rehabilitation ist als gemeinsame Aufgabe der SV-Träger zu sehen, Betroffene sind früh zu informieren und zu beraten. Es darf nicht zugewartet werden.“**

**Monika Weissensteiner,**  
Abteilung Sozialversicherung  
der Arbeiterkammer Wien

Auf eine Schulung für die richtige Einnahme von Medikamenten legt Gunda Gittler, Leiterin der Anstaltsapotheke im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wert: „Gerade eine Multimedikation sollte von Pharmazeuten beobachtet werden, da Neben- und Wechselwirkungen auftreten können.“

Es müsse mehr Bewusstsein für die langfristigen Ziele einer Rehabilitation geschaffen werden, sagt Richard Crevenna, Vorstand der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin an der Medizinischen Universität Wien. Dafür sei die Gesundheit am Arbeitsplatz ein essenzielles Thema. „Wir müssen die Arbeitsmedizin bereits an den Unis stärker ausbauen“, sagt Crevenna.

## Gesundheitskompetenz und Prävention

Wie sich Bildung in puncto Gesundheit an die Menschen vermitteln lässt, war Teil der Diskussion zum Thema Prävention.

„Die Prävention hilft dabei, dass Menschen gesund bleiben und bis zum Pensionsalter im Arbeitsleben bleiben können“, sagt Eva Höttl, Erste Group Bank AG. Die Gesundheitskompetenz der allgemeinen Bevölkerung zu verbessern sei ein großes Ziel der EU. Das beginne bereits bei 15-jährigen Lehrlingen. „Wir müssen uns überlegen, wie wir alle Ziel- und Altersgruppen erreichen können, um ihnen Kernbotschaften der Gesundheitskompetenz zu vermitteln.“

Karin Hofer, ÖGK, unterscheidet zwischen Gesundheitsförderung und Prävention. „Das eine setzt bei gesunden Menschen an, zum Beispiel bereits im Kindergarten und in der Schule, das andere richtet sich an Menschen mit Risikofaktoren.“ Bei Letzterem sieht Hofer Ausbaubedarf. „Wir müssen Menschen mit Beschwerden wie Bluthochdruck, Diabetes oder Rückenschmerzen konkrete Angebote machen, damit sie besser mit ihrer Krankheit umgehen und wissen, dass gut geschulte Diabetiker weniger Amputationen und Erblindungen erleiden.“

Tatsächlich beginne die Prägung des Körpers bereits im Uterus, sagt Susanne Kaser, Österreichische Diabetesgesellschaft: „Wir müssen bereits bei Schwangeren ansetzen,



V. l. n. r.: Susanne Kaser, Margit Halbfurter, Martin Schaffenrath, Karin Hofer, Reinhold Glehr (1), Eva Höttl (2), Gernot Idinger (3), Krisztina Juhasz (4), Wolfgang Popp (5), Bernhard Rupp (6).

wenn es darum geht, die Ernährung zu verändern.“ Auch sei wichtig, die Themen Bewegung und Ernährung an Schulen zu implementieren. Hofer ergänzt: „Eine tägliche Sportstunde und eine gesunde Jause bringen mehr, als zu sagen: ‚Du sollst das machen.‘“ Überhaupt sei es wichtig, hinsichtlich der Gesundheitskompetenz bereits bei Kindern anzusetzen, sagt Bernhard Rupp, AK Niederösterreich, „gerade bei chronischen Erkrankungen ist es wichtig, schon Kindern und Jugendlichen Gesundheitsbildung zu ver-

mitteln.“ Es sei entscheidend, dass Ärzte gut mit ihren Patienten kommunizieren und sie an die Behandlung ihrer Krankheit heranführen.

Disease-Management-Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme, die chronisch Erkrankten helfen sollen, ihre Erkrankung in den Griff zu bekommen und die Lebensqualität zu verbessern. Die Motivation vieler Ärzte, an diesen Programmen teilzunehmen, sei jedoch häufig gering, sagt Allgemeinmediziner Reinhold Glehr: „Wir haben beispielsweise ein Pro-

gramm, die Niere zu schützen, doch es nehmen nur wenige Kollegen daran teil.“ Die Frage sei, über welchen Kommunikationsweg sich sowohl Ärzte als auch Patienten am besten erreichen lassen.

In puncto Disease-Management-Programme sei es wichtig, Ärzten die Scheu vor diesen zu nehmen, sagt Martin Schaffenrath, ÖGK. „Wir müssen Möglichkeiten finden, Programme wie beispielsweise ein Diabetesdiplom schmackhaft zu machen.“ Der Lungenfacharzt Wolfgang Popp betont, wie wichtig es sei, als Arzt über Informationen zu verfügen und an Patienten vermitteln zu können. „Die Frage ist zudem, ob wir einem Hausarzt am Land zumuten können, dass er sich in allen Themen von Asthma bis Diabetes auskennt“, warnt Popp.

Hofer merkt an, dass auch das Thema Rauchen ein entscheidendes in der Gesundheitskompetenz und Prävention sei und das Rauchfrei-Telefon Ärzten entlasten solle. „Ärzte können den Kontakt zu diesem einfach weitergeben. Menschen, die mit dem Rauchen aufhören wollen, werden mit dieser Initiative, in die wir viel investieren, unterstützt.“

In Sachen Prävention spiele die Osteopathie eine große Rolle, sagt

Margit Halbfurter von der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie. „Derzeit wird die Osteopathie in Österreich nicht als Gesundheitsberuf anerkannt – das ist aber unser Ziel.“ Zudem fordert Halbfurter, dass Therapiemaßnahmen präven-

**„Es ist essenziell, Menschen den Zugang zu Prävention, unabhängig von sozialem oder ökonomischem Status, chancengleich zu ermöglichen. Die Gestaltung des Arbeitsplatzes kann hierbei eine zentrale Rolle spielen.“**

**Krisztina Juhasz,**  
Abteilung Sozialversicherung  
der Arbeiterkammer Wien

tiv verschrieben werden und nicht erst beim Eintreten von Krankheit. Diese Forderung unterstützt Gernot Idinger von der Oberösterreichischen Gesundheitsholding: „Im Krankenhaus sind oftmals Menschen, bei denen die Prävention nicht gegriffen hat.“

# Solidarisch versorgen

Wie lassen sich finanzielle Mittel gerecht verteilen und eine gute Versorgung für alle Menschen in Österreich gewährleisten? Das waren Fragen der Diskussion zum Thema „Solidarische Finanzierung und Versorgung“.

„Wir leben in einer Zeit, in der das Prinzip Solidarität zunehmend bröckelt“, sagt Gerald Bachinger, Patientenanwalt in Niederösterreich und Sprecher der Patientenanwälte Österreichs. „Diese Solidarität muss wieder gefestigt und weiter aufgebaut werden.“ Insbesondere kritisiert Bachinger, dass sich das Gesundheitssystem derzeit zu einer Zweiklassenmedizin entwickle, bei der Patienten ohne Privatversicherung keinen rechtzeitigen Termin bekommen.

Reinhold Glehr, Arzt für Allgemeinmedizin Hartberg, plädiert ebenfalls dafür, medizinische Leistungen für alle verfügbar zu halten. Dabei sei es wichtig, Vorhalteleistungen bereitzuhalten, das habe die Pandemie verdeutlicht. „Wir sollten das Gesundheitssystem nicht nur als Ausgabe betrachten, sondern mit zwölf Prozent Anteil als großen Teil der Wirtschaft in Österreich“, sagt Glehr. Entsprechend sei es nicht angebracht, nur zu sparen.

Weg von einer übertriebenen Individualität und hin zum Gemeinwohl möchte Michael Gnant von der Medizinischen Universität Wien. In Bezug auf Menschen, die sich weigern, sich gegen Covid-19 impfen zu lassen, sagt er: „Fakten-evidenz wird immer unpopulärer. Wir dürfen mutiger mit dem auftreten, was richtig ist.“ Zudem sei der beste Weg, um ein solidarisches Gesundheitssystem aufrechtzuerhalten, dieses aus einer Hand zu finanzieren und damit transparent zu gestalten. „Derzeit bauen wir viele bürokratische Hemmnisse und Restriktionen auf.“

Eine wichtige Frage sei jene, wofür finanzielle Mittel eigentlich eingesetzt werden, sagt Edgar Starz, Leiter des Einkaufs der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft. „Wenn wir diese verschwenden, ist das jedenfalls unsolida-



Gerald Bachinger (1), Reinhold Glehr (2), Michael Gnant (3), Alexander Gratzner (4), Andreas Huss (5), Wolfgang Panhölzl (6), Edgar Starz (7), Beate Stolzlechner (8), Markus Wieser (9).

risch.“ Um finanzielle Mittel faktenbasiert und so gut und gerecht wie möglich einzusetzen, habe sich an seiner Institution das Medizinische Innovationsboard etabliert. „Das ist ein Forum, das Pionierarbeit leistet und dabei hilft, Ressourcen gerecht aufzuteilen.“

Entscheidend im Sinne der Solidarität sei auch, dass jeder in Österreich flächendeckend Zugang zu innovativen medizinischen Behandlungen habe, merkt Markus Wieser, Präsident der AK Niederösterreich, an: „Es darf nicht von der Postleitzahl abhängen, ob ich eine neuartige Behandlung bekomme.“

Das Sozialversicherungssystem in Österreich sei gut, doch es etabliere sich tatsächlich eine Zweiklassenmedizin in Österreich, vor

allem im Bereich der niedergelassenen Ärzte, sagt Beate Stolzlechner, Geschäftsführerin des Salzburger Gesundheitsfonds. Als Kassenpatientin sei es beispielsweise schwierig, einen Termin bei einer Frauenärztin mit unter einem Jahr Wartezeit zu bekommen. Stolzlechner plädiert dafür, das Finanzierungssystem für Kassenärzte neu zu überdenken: „Ich verstehe jeden jungen Arzt, den es nicht interessiert, 30 bis 40 Patienten am Tag durchzuschleusen, um ein normales Einkommen zu erhalten.“

Der Arbeitsdruck sei tatsächlich der Hauptgrund, warum sich viele Ärzte für das Wahlartztssystem entscheiden, sagt Glehr. „Die Lebensplanung junger Ärzte ist anders als in vorherigen Generationen. Geld

und Unternehmertum spielen keine so große Rolle mehr, im Vordergrund stehen gute Arbeitsbedingungen.“ Viele legen Kassen zurück, damit sie Freiheit zurückgewinnen und mehr Zeit für ihre Patienten haben.

Andreas Huss, Obmann der ÖGK, bestätigt die Notwendigkeit, das Kassen- und Wahlartztssystem zu überarbeiten: „Wahlärzte sind teurer als Kassenärzte. Wir zahlen zwar nur 80 Prozent des Honorars, doch der Verwaltungsaufwand ist um ein Vielfaches höher.“ Den Vorwurf einer Zweiklassenmedizin relativiert Huss jedoch. Es gebe zwar mehr Wartezeiten, doch jeder Patient erhalte dieselben medizinischen Leistungen. Dem widerspricht Bachinger: „Menschen ge-

hen nicht freiwillig ins Wahlartztssystem, sondern weil sie sonst keinen Termin bekommen. Da sind wir genau bei einer Zweiklassenmedi-

**„Die solidarische Finanzierung im Gesundheitswesen bedarf vor allem dringend einer Verbreiterung ihrer Finanzierungsbasis.“**

**Alexander Gratzner,**  
Abteilung Gesundheit, Pflege und Betreuung der Arbeiterkammer Steiermark

zin, es geht nicht um Luxus.“ Konkret wisse er von Mindestpensionisten, die sich Termine beim Wahlartzt vom Essen absparen müssen, weil es kein angemessenes solidarisches Versorgungssystem gebe. „Wir brauchen hier neue Systeme, auch die Finanzierung aus einer Hand.“

Mit dem aktuellen Wahl- und Kassenartztssystem komme es häufig zu Versorgungsdefiziten, kritisiert auch Wolfgang Panhölzl, Leiter der Abteilung Sozialpolitik der AK Wien. Um Ärzte zu entlasten, sollten nicht-ärztliche Gesundheitsberufe stärker in die Versorgung miteinbezogen werden, sagt Panhölzl. Die größte Finanzierungsherausforderung sei es dabei, Personal im Pflegebereich zu finden.

Das Thema Digitalisierung und damit beispielsweise die Krankenschreibung sowie das Rezept per Internet spielten eine große Rolle, um Ärzte zu entlasten, sagt Huss. „Das sowie Pflegekräfte, die Ärzte in ihren Tätigkeiten unterstützen, haben sich in der Pandemie bewährt. Beides ist gekommen, um zu bleiben.“

## Krebs rechtzeitig erkennen und bekämpfen

Darum, wie Krebspatienten optimal behandelt werden können, drehte sich die Diskussion „Onkologie 2030“.

„Bei onkologischen Therapien haben wir je nach Bundesland bis zu 200 Prozent unterschiedliche Kosten“, sagt Michael Gnant von der Medizinischen Universität Wien. Einheitliche Zugangswege zu innovativen Behandlungsformen seien daher dringend notwendig.

„In der Onkologie in Oberösterreich können orale Präparate verschrieben werden, ohne den Chefarzt miteinzubeziehen“, berichtet Gunda Gittler von der Anstaltsapotheke im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz. Das sei eine große bürokratische Erleichterung. Zusätzlich sei entscheidend, Patienten in ihrer Medikation gut zu beraten, sobald diese zu ihrem Zuhause zurückgekehrt seien.

Birgit Grünberger vom Landeskrankenhaus Wiener Neustadt berichtet von einem Präventions-Pilotprojekt in Niederösterreich mit den Angestellten der Landesgesundheitsagentur Niederösterreich. „Jeder Mitarbeiter ab 50 macht bei diesem Projekt einen fäkal-immunologischen Test. Wenn dieser positiv ist, kommt er gleich zu einer Darmspiegelung.“



Marija Balic (1), Gunda Gittler (2), Reinhold Glehr (3), Michael Gnant (4), Birgit Grünberger (5), Thomas Grünberger (6), Susanne Kaser (7), Hannes Kaufmann (8), Karl Lehner (9), Wolfgang Popp (10), Martin Schaffenrath (11), Harald Titzer (12).

Viele Patienten wünschten sich eine Zweitmeinung bei einem onkologischen Befund und einer vorgeschlagenen Therapie, sagt der Allgemeinmediziner Reinhold Glehr. Dabei werde er häufig als Ver-

trauensarzt zurate gezogen, verfüge jedoch nicht über die entsprechenden Kompetenzen. Thomas Grünberger von der Klinik Favoriten empfiehlt hier ein Tumorboard, bei dem Wissen und Kompetenzen ge-

bündelt werden sollen. „Dort sollten Spezialisten sitzen, die chirurgisch-onkologische Entscheidungen einschätzen können.“

Auf einheitliche Leitlinien, um eine hohe Qualität bei onkologischen Behandlungen zu gewährleisten, setzt Karl Lehner von der Oberösterreichischen Gesundheitsholding GmbH: „In unserem Tumorzentrum haben wir bereits 16.000 Fälle dokumentiert.“

Eine britische Studie zeige, dass nicht Herz-Kreislauf-, sondern Krebserkrankungen die Haupttodesursache für Diabetiker seien, sagt Susanne Kaser, Präsidentin der Österreichischen Diabetesgesellschaft. „Daher sollte man überlegen, ob sich Vorsorgescreenings noch präzisieren und auf bestimmte Faktoren anpassen lassen.“

Vorsorge sei tatsächlich das Effektivste und Kostengünstigste, wenn es um Krebs geht, sagt Hannes Kaufmann von der Klinik Favoriten. Das Modell aus Oberösterreich, bei dem onkologische Medikamente ohne Chefarzt verschrieben werden können, sei für ihn zudem ein wünschenswertes. „Die

ganze Freigabe über die Krankenkasse wurde mittlerweile digitalisiert, sodass wir keine echten Ansprechpartner mehr haben. Anträge auf Medikamente werden abgelehnt und wir wissen nicht, warum“, berichtet Kaufmann.

Martin Schaffenrath von der ÖGK berichtet vom Pilotprojekt IONA, Interdisziplinäre onkologische Nachsorge Ambulanz, das seit zwei Jahren in Wien laufe. „Bei diesem geht es um die Langzeitbetreuung von Patienten, die im Kinder- und Jugendalter hämatologisch oder onkologisch erkrankt waren.“

Harald Titzer von der Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich weist auf die Bedeutung qualifizierter Pflegekräfte im onkologischen Bereich hin. Dafür sei es notwendig, die Ausbildung von Pflegekräften für die Arbeit in der Onkologie zu präzisieren. „Hochspezialisierte onkologische Versorgung findet derzeit an entsprechenden Zentren statt, doch wir sollten auch niedergelassene Ärzte mitdenken. Hier sind wir noch nicht so spezialisiert, wie es sein sollte.“

# Gesund am Arbeitsplatz

Das Thema Gesundheit in der Arbeit betrifft einen großen Teil der Bevölkerung. Wie ein Arbeitsalltag möglichst gesundheitsförderlich gestaltet werden kann, war die Frage der Diskussion „Arbeitsmedizin 2030“.

„Die Herausforderungen an die Arbeitsmedizin haben sich verändert, weil sich Arbeitswelten dramatisch verändert haben“, sagt Eva Hörtl, Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Group Bank AG. Die Digitalisierung sei in sehr vielen Branchen Herausforderung und Chance zugleich, ebenso die erhöhte Mobilität der Menschen. „Das Arbeitnehmerschutzgesetz ist die Grundlage für die Arbeitsmedizin, es bildet jedoch viele Gegebenheiten der modernen Arbeitswelt nicht ab“, sagt Hörtl.

Gesetzesänderungen würden in ihrer Umsetzung rasch an ihre Grenzen stoßen, sagt Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der AK Niederösterreich: „Uns fehlen chronisch 500 Vollzeit-Arbeitsmediziner, weil das Berufsbild nicht attraktiv genug ist.“ Er schlägt vor, die Studierenden der medizinischen Universitäten mehr mit der Arbeitsmedizin vertraut zu machen und die Rehabilitation zum Pflichtfach zu erklären. Martin Schaffenrath, Mitglied des Verwal-

**„Die Mindestpräventionszeit für Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner sowie Sicherheitsfachkräfte nach dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz muss erhöht werden.“**

**Ingrid Reifinger,**  
Referat für Gesundheitspolitik  
des Österreichischen  
Gewerkschaftsbunds



**Richard Crevenna (1), Gunda Gittler (2), Reinhold Glehr (3), Alexander Heider (4), Eva Hörtl (5), Susanne Kaser (6), Wolfgang Popp (7), Ingrid Reifinger (8), Reinhard Riedl (9), Bernhard Rupp (10), Martin Schaffenrath (11).**

BILD: SN/WELLDONE/PROVAZNIK/MICHAEL MAZOHL/SPITZAUER/WILD/ÖGB

tungsrats der ÖGK, bestätigt das Problem eines Mangels an Arbeitsmedizinern. Es gebe vonseiten der ÖGK bereits Programme, beispielsweise um Mitarbeiter nach längerem Krankenstand wieder einzugliedern oder Menschen mit chronischen Erkrankungen einen Arbeitsplatz zu bieten. Doch die Arbeitswelt entwickle sich rasend schnell und entsprechend sei die ÖGK bereits am Werk, gemeinsam mit den Sozialpartnern Konzepte zu entwickeln.

Wolfgang Popp, Lungenfacharzt an der Privatklinik Döbling, plädiert dafür, das Thema Arbeitsmedizin strukturiert anzugehen und die Rolle von Politik, Arbeits-

medizinern und Betrieb klar zu definieren. Dabei sei auch wichtig, über die Finanzierung zu sprechen und darüber, wer diese trage.

Auf die Zweiteilung in Arbeitsmediziner und Hausarzt legt Reinhold Glehr, Arzt für Allgemeinmedizin in Hartberg, Wert. Beide seien für die Versorgung eines Patienten vonnöten und sollten in guter Kommunikation miteinander stehen. Zudem empfiehlt Glehr, einen Fokus insbesondere auf wiederholte Krankenschreibungen zu legen, „hier sind präventive Maßnahmen sehr wichtig. Meine Erfahrung ist jedoch, dass diese nicht passieren, die Kommunikation gehört unbedingt verbessert.“

Die Bedeutung der Disease-Management-Programme in Unternehmen hebt Gunda Gittler, Leiterin der Anstaltsapotheke im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz, hervor: „Viele Kontrolltermine lassen sich leicht vor Ort im Betrieb durchführen. So lässt sich ein niederschwelliger Zugang zu präventiven Maßnahmen bieten.“

Die Digitalisierung lasse sich nutzen, um die Arbeitsmedizin wesentlich zu verbessern, sagt Reinhard Riedl von der Berner Fachhochschule, „wenn wir empirische Daten erfassen und untersuchen, wann und unter welchen Bedingungen Menschen erkranken und was ihnen für eine

schnelle Rehabilitation hilft.“ Es brauche nicht nur ausgebildete Arbeitsmediziner, sondern auch Führungskräfte, die die Bedeutung der Gesundheitsförderung ihrer Arbeitskräfte verstehen und damit gut umgehen können.

Wie wichtig Arbeitnehmerschutz sei, habe nicht zuletzt die Pandemie gezeigt, sagt Richard Crevenna, Vorstand der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin der Medizinischen Universität Wien. Er bestätigt, dass es derzeit zu wenige Arbeitsmediziner gebe. „Unsere Patienten kommen unter anderem mit Schäden an ihrem Bewegungsapparat zu uns und brauchen dann Therapien und eine Rehabilitation. Präventiv könnte man hier am Arbeitsplatz beispielsweise für eine ergonomische Ausstattung sorgen.“ Um entsprechende Maßnahmen zu evaluieren und durchzuführen, brauche es die Arbeitsmedizin. So sei diese fundamental im Medizinstudium in Wien verankert und begleite die Studierenden von Anfang bis Ende.

Einen solchen Fokus auf die Arbeitsmedizin gebe es an der medizinischen Universität in Innsbruck leider nicht, bedauert Susanne Kaser, Präsidentin der Österreichischen Diabetesgesellschaft. Interesse der Studierenden für Themen der Prävention sei jedoch vorhanden. „Wir bieten beispielsweise Ernährungsmedizin als Wahlfach an und werden dabei regelrecht überannt“, berichtet Kaser. Die Arbeitsmedizin biete als Be-

rufsbild große Vorteile, so beispielsweise in den Arbeitszeiten ohne Schicht- und Nachtdienste. Kaser plädiert dafür, in Zentren für die Arbeitsmedizin zu investieren. „Wenn wir an den Arbeitsplätzen Programme für Vorsorgeuntersuchungen installieren, können wir die Menschen extrem gut abholen. Auch die Betriebe profitieren, weil sich die Menschen mehr zu ihrem Arbeitgeber zugehörig fühlen können.“

Auf die Betriebliche Gesundheitsförderung der ÖGK weist Martin Schaffenrath hin: „Dabei evaluieren wir alle Arbeitsplätze in einem Betrieb und erarbeiten gemeinsam Verbesserungen.“ Am Ende des Prozesses winke ein Zertifikat für zwei Jahre. Im Anschluss können sich Betriebe rezertifizieren. „Wir müssen gemeinsam mit Betrieben Modelle finden, damit Mitarbeiter bei guter Gesundheit lang am Arbeitsleben teilhaben können.“

**„Wissenschaftliche Erkenntnisse müssen in Schutzgesetze einfließen. Wer das ignoriert, setzt Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wissentlich Gesundheitsgefahren aus.“**

**Alexander Heider,**  
Leiter der Abteilung Sicherheit,  
Gesundheit und Arbeit der  
Arbeiterkammer Wien

## Wohnortnahe Versorgung oder Zentrumsmedizin?

Welche Rolle die medizinische Versorgung vor der Haustür spielt und welche jene in Zentren, wurde intensiv diskutiert.

„Beides, die Versorgung am Wohnort und die Zentrumsmedizin, ist gleich wichtig und muss in einem guten Verhältnis zueinander liegen“, sagt Patientenanwalt Gerald Bachinger. Gerade die Pandemie habe gezeigt, dass die dezentrale Versorgung auch eine Ausfallsicherheit für medizinische Zentren biete. „Spezialisierte Zentren wiederum bieten Qualität durch Quantität, die Häufigkeit von gewissen Eingriffen führt zu niedrigeren Komplikations- und Mortalitätsraten“, erklärt Bachinger.

Den Vorteil der spezialisierten Zentrumsmedizin betont auch Birgit Grünberger vom Landeskrankenhaus Wiener Neustadt, „ihre Vorteile sind wissenschaftlich belegt“. Heutzutage sei undenkbar, dass ein Allgemeininternist zusätzlich in der Onkologie tätig sei. Für eine gute Versorgung im Bereich Hämatologie und Onkologie brauche es Zentren. „Wir wissen, dass Patienten einen besseren Outcome haben, wenn sie in einem Zentrum operiert werden.“ Für Patienten stehe eine optimale Behandlung ihrer Erkrankung im Fokus und dafür seien sie



**Gerald Bachinger (1), Gunda Gittler (2), Reinhold Glehr (3), Birgit Grünberger (4), Thomas Grünberger (5), Andreas Huss (6), Karl Lehner (7), Claudia Neumayer-Stickler (8).**

bereit, innerhalb von Österreich einen gewissen Weg auf sich zu nehmen, sagt Thomas Grünberger von der Klinik Favoriten. Nicht jede Erkrankung brauche ein eigenes Zentrum, doch für onkologische sei eine Spezialisierung vonnöten.

Eine medizinische Primärversorgung nahe am Wohnort sei dennoch von großer Bedeutung, betont

Andreas Huss von der ÖGK. Zu dieser Versorgung zählt Huss Ärzte wie auch Pflegekräfte. Doch auch die Zentrumsmedizin spiele im Sinne einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung eine große Rolle. Zudem setzt Huss auf die Digitalisierung: „Visiten über das Internet und auch das E-Rezept werden die hausärztliche Primärver-

sorgung entscheidend verändern können.“ Gerade bei jungen Ärztegenerationen erlebe er eine große Bereitschaft dafür, in Gruppenpraxen zusammenzuarbeiten, merkt der Allgemeinmediziner Reinhold Glehr an. Beide Systeme, die wohnortnahe und auch die Zentrumsmedizin, seien für die Bevölkerung wichtig. „Für gewisse Leistungen ist eine entsprechende Spezialisierung notwendig.“

Karl Lehner von der Gesundheitsholding Oberösterreich berichtet, dass sein Unternehmen kleine Betriebe geschlossen und umgewidmet, aber kein Fach verloren habe. Das Resultat seien acht dezentrale und drei zentrale Einrichtungen. „Wir bündeln unsere Schwerpunkte und führen Leitlinien ein, sodass die Qualität der Versorgung an allen Standorten gleichermaßen gesichert ist“, beschreibt Lehner. Auch er sieht großes Potenzial in der Digitalisierung. „Im Tumorzentrum haben wir mehrmals die Woche über Videokonferenz Tumorkonferenzen mit all unseren Standorten. So erreichen wir hohe internationale Stan-

dards und Wohnortnähe.“ In puncto wohnortnaher Versorgung gebe es noch immer sehr viele kleine Ordinationen mit geringen Öffnungszeiten, kritisiert Claudia Neumayer-Stickler vom ÖGB. „Für eine umfassende medizinische Betreuung mit Elementen der Prävention und psychosozialen Betreuung benötigt es jedoch ein größeres Team, das gut strukturiert zusammenarbeitet.“

Verbesserungspotenzial sieht die Apothekenleiterin Gunda Gittler auch in der medikamentösen Beratung der Patienten, nachdem diese aus dem Spital entlassen wurden. „Gerade in Gruppenpraxen könnten auch Pharmazeuten mitarbeiten“, sagt Gittler. Die Primärversorgung durch Allgemeinmediziner spiele trotz notwendiger Zentren eine große Rolle, betont Bachinger. „Sie bieten eine Eintrittspforte in das Gesundheitssystem, gewährleisten die durchgehende Versorgung von chronisch Erkrankten und können eine Gesundheitsvorsorge und Prävention bieten. Lücken in der Primärversorgung bringen auf Dauer das gesamte System zum Einsturz.“

# Die Risikofaktoren im Blick

Ob und wie Konzepte wie Schadens- und Risikoreduktion die Bekämpfung von Lebensstilrisiken wie ungesunder Ernährung oder Rauchen unterstützen können, wurde zur „Seitenstetterer Petition zu Harm Reduction und Risikominderung“ diskutiert.

Welches ungenutzte Potenzial die Ansätze der Harm Reduction und der Risikominderung für eine Versorgungsoptimierung im Sinne der Patienten besitzen, dazu hat das Praevenire Gesundheitsforum im Mai die Arbeit zu einer „Seitenstetterer Petition“ angestoßen und diskutiert darüber mit Experten, so auch in Gastein. Im kommenden Jahr soll die Petition veröffentlicht werden.

Tatsächlich müsse man die Begriffe Risikominderung und Harm Reduction getrennt voneinander betrachten, sagt Alfred Springer, zweiter Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit. „Die Risikominderung meint, dass jemand bestimmte Verhaltensweisen entwickelt, die seiner Gesundheit schaden. Das ist sein individuelles Risiko, das es zu mindern gilt“, erklärt Springer. „Harm Reduction wiederum ist ein Begriff, der sich auch auf die Gemeinschaft ausrichtet. Denn ein risikoreiches Verhalten des einen, beispielsweise sich nicht gegen eine Krankheit impfen zu lassen, kann die Gemeinschaft beeinflussen.“ Das Wichtigste bei der Umsetzung von Harm Reduction sei, auf Menschen individuell und positiv einzugehen, statt sie zu belehren. „Wenn man das gut kann, lässt sich im Sinne der Gemeinschaft einiges erreichen.“

Besonders auf das Gesundheitsrisiko Rauchen kommt Dirk Ziebolz, Oberarzt am Universitätsklinikum Leipzig, zu sprechen. Ausgehend von der Zahnmedizin steigere Rauchen das Risiko für orale Karzinome wie auch Parodontitis, eine Erkrankung des Zahnhalsapparats, bei dem Knochen und Zähne verloren gehen. „Wie der Großteil von Suchtexperten müssen wir feststellen, dass die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, trotz dem gering ist und sehr viele der Patienten rückfällig werden“, sagt Ziebolz. Er plädiert dafür, Alternativen zur Zigarette in ihrer Wirkung wissenschaftlich zu überprüfen. „Bislang haben Zahnärzte kaum Kenntnisse der Risikobewertung der Alternativprodukte.“ Zudem sei es von zentraler Bedeutung, die Prävention von Schäden durch das Rauchen in die Zahnmedizin mitaufzunehmen. Dem fügt Martin Andreas, Univ.-Klinik für Herzchirurgie der MedUni Wien und Leiter des Forschungsreferats der Ärztekammer für Wien, hinzu: „Wir wissen auch noch nicht, was alles möglich ist, wenn wir die Schadstoffe beim Nikotinkonsum reduzieren. Wenn das Thema Corona vorbei ist, werden wir viel in die Prävention und Behandlung anderer Krankheiten investieren müssen.“

Gunda Gittler, Leiterin der Anstaltsapotheke am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz, bestätigt, dass zu wenige tatsächlich mit dem Rauchen aufhören. „Ersatzprodukte wie Nikotinpflaster und -kaugummis sind zwar leicht zugänglich, weil nicht verschreibungspflichtig – doch sie werden größtenteils nicht von der Krankenkasse bezahlt.“ Zudem weist sie darauf



Martin Andreas (1), Gunda Gittler (2), Birgit Grünberger (3), Gernot Idinger (4), Wolfgang Popp (5), Bernhard Rupp (6), Martin Schaffenrath (7), Alfred Springer (8), Dirk Ziebolz (9).

hin, dass bestimmte Medikationen bei Patienten bei einer Rauchreduktion auch entsprechend reduziert werden müssen.

Sie wolle da ansetzen, wo Patienten noch gar keine Patienten seien, sagt Birgit Grünberger, Abteilungsleiterin für Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie des Landeskrankenhauses Wiener Neustadt. **„In der Covid-19-Krise haben Faktoren des ungesunden Lebensstils wie Alkohol, ungesunde Ernährung und zu wenig Bewegung dramatisch zugenommen.“**

**Birgit Grünberger,** Abteilungsleiterin für Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie des Landeskrankenhauses Wiener Neustadt

tologie und internistische Onkologie des Landeskrankenhauses Wiener Neustadt. Sie plädiert dafür, bereits in Schulen Gesundheitskompetenzen zu vermitteln. „In der Covid-19-Krise haben Faktoren des ungesunden Lebensstils wie Alkohol, ungesunde Ernährung und zu wenig Bewegung dramatisch zugenommen, darüber diskutieren wir auch in der Onkologie. Hier müssen wir ansetzen.“

Er habe bereits in Schulen referiert, wie schädlich das Rauchen sei, doch noch wichtiger sei es, Alternativen aufzuzeigen, sagt Wolfgang Popp, Lungenfacharzt an der

Privatklinik Döbling: „Wenn sich junge Menschen für das Thema Sport begeistern, wirkt das wahrscheinlich viel mehr.“ Eine sinnvoll angelegte Aufklärung und realistische Ziele seien entscheidend, um mit Risikofaktoren wie Rauchen und Alkohol umzugehen. In Schweden sei es zudem gelungen, mit einem Ersatzprodukt die Fälle von Lungenkrebs stark zu reduzieren.

„Ich bin erstaunt, dass Dinge, die bei der Drogentherapie unumstritten sind, etwa in anderen Bereichen wie dem Tabakkonsum noch immer heftig diskutiert werden“, sagt Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der AK Niederösterreich. Es sei erforderlich, Grundlagen zu legen und politisch Verantwortliche aufzuklären, dass die Themen Harm Reduction und Risikominderung in Bezug auf das Rauchen von hoher Bedeutung seien. Das Beispiel Schweden zeige, dass durch erfolgreiche Rauchentwöhnung eine erhebliche Reduktion des Lungenkrebsrisikos in der Gesellschaft möglich sei.

Martin Schaffenrath, Mitglied des Verwaltungsrats der ÖGK, führt das Rauchfrei-Telefon an, das es in Österreich bereits seit einigen Jahren gebe und mit dem Menschen dabei unterstützt werden sollten, mit dem Rauchen aufzuhören. Es sei Teil der aktuellen Gesundheitsreform, die das Ziel verfolge, Menschen zu einem gesünderen Lebensstil zu bewegen. Die wissenschaftliche Evaluierung des Rauchfrei-Telefons gestalte sich allerdings

aufgrund datenschutzrechtlicher Hürden schwierig.

Es sei eine enorme budgetäre Belastung, wenn Krebspatienten mit neuen und teuren Medikamenten therapiert werden müssen, sagt Gernot Idinger, Leitung der Anstaltsapotheke, Pyhrn-Eisenwur-

**„Es ist erforderlich, Verantwortliche aufzuklären, dass die Themen Harm Reduction und Risikominderung in Bezug auf das Rauchen von hoher Bedeutung sind.“**

**Bernhard Rupp,** Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der AK Niederösterreich

zen-Klinikum Steyr. Jeder einzelne Patient, der vom Rauchen wegwomme, sei so ein erheblicher Gewinn. „In Steyr haben wir ein sehr gutes Programm, bei dem Patienten aktiv vom Krankenhaus in der Nikotinersatztherapie unterstützt werden“, sagt Idinger. Bei jungen Erwachsenen beobachte er mit Sorge, dass das Rauchen noch immer „cool“ sei. Zudem weist Idinger auf einen weiteren Risikofaktor für die Gesundheit hin: So haben Depressionen im Laufe der Pandemie in der Bevölkerung stark zugenommen.

Springer empfiehlt, in puncto Risikofaktoren zu analysieren, welche Rolle ebendiese im Leben von Indi-

viduen einnehmen: „In vielen Fällen hat es eine soziale Funktion und Bedeutung. Wenn man präventiv wirksam sein möchte, muss man die große Motivstruktur aufbrechen und schauen, wo man die Menschen abholen kann. Dann lassen sich alternative Wege erarbeiten, auch im Sozialverhalten.“

Es sei essenziell, junge Menschen mit Gesundheitsthemen zu adressieren, sagt Schaffenrath, daher besuche die ÖGK bereits Berufsschulen. „Wir sagen den jungen Facharbeitern, wofür die Gesundheitskasse da ist, und sprechen mit ihnen über Themen des gesunden Lebensstils.“ Auch, schließt sich Schaffenrath an Grünberger und Popp an, sei der Besuch in Schulen wichtig, um Aufklärung zu leisten.

Von einer geplanten Aufklärungskampagne zum Nichtrauchen in Deutschland berichtet Ziebolz. „Wir bündeln Expertenwissen aus dem Suchtbereich wie auch der Zahnhygiene. Dabei verfolgen wir im Sinne der Zahnmedizin sowohl Präventionsansätze als auch die Schadensminderung.“

Andreas weist darauf hin, dass es neben dem Rauchen weitere Risikofaktoren für die Gesundheit gebe, so beispielsweise Blutfette. Hier verspricht er sich unter anderem Besserung durch eine verbesserte Medikation, beispielsweise bei Diabetikern. „Mit der medikamentösen Einstellung können wir deutliche Schritte setzen, um die Lebensqualität zu steigern. Hier haben wir sicher noch viel zu lernen.“