

N i e d e r s c h r i f t

über die 42.- öffentliche - Sitzung (Reise)

des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit

und Gleichstellung

am 10. September 2024

in Wien

Tagesordnung:

Seite:

<i>Briefing in der Deutschen Botschaft Wien.....</i>	<i>3</i>
<i>Gespräch mit Herrn Stadtrat Hacker, Amtsführender Stadtrat für Soziales, Gesundheit und Sport, im Rathaus Wien.....</i>	<i>5</i>
<i>Gespräche bei der Gesundheit Österreich GmbH</i>	
<i>Überblick.....</i>	<i>14</i>
<i>Digitalisierung im Gesundheitswesen am Beispiel Österreichs.....</i>	<i>22</i>
<i>Krankenhauslandschaft in Österreich.....</i>	<i>26</i>
<i>Arzneimittelversorgung in Österreich.....</i>	<i>30</i>
<i>Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS).....</i>	<i>34</i>
<i>Community Nursing.....</i>	<i>36</i>
<i>Gespräche im Primärversorgungszentrum Fünfhaus</i>	<i>45</i>

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Karin Emken (SPD)
3. Abg. Marten Gäde (SPD)
4. Abg. Julia Retzlaff (SPD)
5. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
6. Abg. Jan Bauer (CDU)
7. Abg. Eike Holsten (CDU)
8. Abg. Christian Calderone (i. V. d. Abg. Volker Meyer) (CDU)
9. Abg. Sophie Ramdor (CDU)
10. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
11. Abg. Stephan Christ (i. V. d. Abg. Dr.in Tanja Meyer) (GRÜNE)
12. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Kretschmer.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 9:00 Uhr bis 18:00 Uhr.

Tagesordnung:

Parlamentarische Informationsreise zu aktuellen sozial-, arbeitsmarkt- und gesundheitspolitischen Themen nach Wien

Briefing in der Deutschen Botschaft durch den Gesandten Herrn Dr. Klaus Vietze

Der Gesandte in der Deutschen Botschaft in Wien, Herr **Dr. Vietze**, legt auch auf Fragen der Mitglieder des Ausschusses dar, Österreich sei seit Jahrhunderten ein Einwanderungsland. Seit 2010 habe sich die Zahl der Deutschen, die in Österreich lebten, auf schätzungsweise rund 500 000 verdoppelt; 365 000 von ihnen seien inzwischen in Österreich gemeldet. Umgekehrt lebten 200 000 bis 250 000 Österreicher in Deutschland, und zwar überwiegend in Süddeutschland. Die Zahl der deutschen Studenten in Österreich belaufe sich immer noch auf 15 000; rund 7 000 Österreicher studierten in Deutschland. 4 800 deutsche Unternehmen verfügten über Niederlassungen in Österreich. Hinzu kämen 5 000 Unternehmen in Österreich mit maßgeblicher deutscher Beteiligung und zahlreiche Zulieferer. Auf diese enge Verflechtung der Wirtschaften von Deutschland und Österreich sei auch Großteil der Migration in Österreich zurückzuführen, indem die Unternehmen ihre Beschäftigten nach Österreich entsendeten oder Arbeitsmöglichkeiten auf neuen Stellen böten.

Auch in der Zukunft sei im Hinblick auf neu der Europäischen Union beitretende Länder mit weiteren Zuzügen zu rechnen, zumal der Arbeitskräftebedarf in Österreich sehr hoch sei. Das Gefühl, dass die Zuzügler den Einheimischen Arbeitsplätze wegnähmen, sei in Österreich eher gering ausgeprägt. Zwar seien in Österreich auch Deutsche in Führungspositionen. Allerdings gebe es in Österreich eine „gläserne Decke“, durch die man schwerer hindurchkomme als in Deutschland. Um in Österreich in vielen Bereichen, etwa an einer Universität, eine feste Stelle zu bekommen, benötige man meistens ein „rot-weiß-rotes Geländereis“; daran kämen Zuzügler nicht so einfach hoch, auch Deutsche nicht. Die „Freunderlwirtschaft“ sei in Österreich in allen Bereichen sehr ausgeprägt; nötig seien gute Beziehungen und Kontakte.

Die Gesellschaft in Österreich habe in der Vergangenheit die Zuzüge von Auswanderern beispielsweise aus den Balkanstaaten und aus Tschechien sowie von 200 000 Ungarn in den 1950er-Jahren immer relativ gut aufgenommen, auch in Zeiten, die von großer Armut geprägt gewesen seien. Mit Hilfe der Zuwanderung habe Österreich seinen heutigen Wohlstand erreicht. Von der in letzter Zeit wellenartigen Zuwanderung würden jedoch auch die bestmeinenden Systeme sehr stark gefordert. So gebe es in Wien auch Containerschulen mit Klassen, in denen 90 % der Schülerinnen und Schüler nicht über Deutschkenntnisse verfügten. Dies werde im aktuellen Wahlkampf von der FPÖ und zum Teil auch von der mitregierenden ÖVP sehr stark als Problem betont. In Österreich sei aber der Gedanke, dass Zuwanderer als Arbeitskräfte benötigt würden und dass man dafür Wege öffnen müsse, ein bisschen stärker ausgeprägt als in Deutschland. Von den Ukrainern, die nach Österreich geflohen seien, sei bereits ein etwas höherer Anteil als in Deutschland in Arbeit. Beispielsweise bei der Müllentsorgung in Wien seien Mentorprogramme aufgelegt und die vorherigen strengen Regeln bezüglich deutscher Sprachkenntnisse aufgeweicht worden und würden den Ukrainern Mentoren an die Seite gestellt, die bereits bei der Müllentsorgung tätig seien und über ukrainische oder russische Sprachkenntnisse verfügten.

Auch gebe es beispielsweise Sonderprogramme für Straßenbahnfahrer, bei denen die Sprachkenntnisse jetzt nicht mehr im Vordergrund ständen. Auch in vielen anderen Bereichen seien Wege gesucht und gefunden worden, um die zugewanderten Ukrainer in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Allerdings gebe es in Österreich auch Probleme durch die aktuell massive Zuwanderung vor allem aus Syrien, Afghanistan und aus der Türkei auch im Zuge des Familiennachzugs. Aus diesen Ländern stammten aktuell die meisten Migranten. Sie integrierten sich in Österreich nicht gut. Große Probleme gebe es in der zweiten Generation mit Kindern, die in Österreich aufgewachsen seien und sich radikalisiert hätten, was auch darauf hindeute, dass der Integrationsprozess in Österreich deutlich problematisch sei.

In Österreich sei allerdings im Vergleich zu Deutschland eine größere Flexibilität vorhanden, um bestimmte Hürden abzubauen. Besonders Wien sei dabei sehr aktiv. So funktioniere in Wien weiterhin der soziale Wohnungsbau. Die Stadt Wien habe immer weiter Baumaßnahmen durchgeführt und davon abgesehen, in diesem Bereich zu privatisieren. Die öffentlichen Verkehrsmittel seien alle in der öffentlichen Hand geblieben. Dies führe letztlich auch zu einer größeren Planbarkeit. Wenn in Wien Wohngebiete entwickelt würden, dann würden diese komplex entwickelt auch im Hinblick auf den Verkehr und alles, was dazugehöre. Dabei gebe es nicht verschiedene private Träger, sondern alles werde aus einer Hand gesteuert, die diese Aufgabe bereits seit nahezu 60 Jahren wahrnehme. Dabei kämen natürlich auch wieder „Freunderl“ zum Zuge und werde mitverdient, aber letztlich habe dieses System gut funktioniert.

Die soziale Wohnungswirtschaft in Wien sei als eine Art Erbbaurecht entwickelt worden. In Wien könne sich jeder unabhängig von der Höhe des Gehalts auf eine Sozialwohnung bewerben. Die Rückzahlung sei dann mit sozial gestaffelten Programmen verbunden. Die Warmmiete für eine 70 bis 90 m² große Wohnung betrage aktuell ungefähr 1 200 Euro. Nach 30 Jahren sei die Wohnung dann abbezahlt und müssten nur noch die Nebenkosten getragen werden. Sehr viele Wiener, die schon länger in einer solchen relativ großen Wohnung lebten, müssten insofern nur noch 200 bis 400 Euro pro Monat dafür aufbringen. Viele alt eingesessene Wiener hätten dadurch eine sehr gesicherte und stabilisierende Lebensbasis und fühlten sich insofern nicht in irgendeiner Weise durch Migration bedroht. Viele Migranten wohnten in neueren Sozialwohnungen in bestimmten weiter entfernten Bereichen, die für Wiener nicht sehr attraktiv seien. Dort greife dann mehr die Angst um sich, die im politischen Raum gegen Migration geschürt werde.

Österreich werbe mit Förderprogrammen auch gezielt Fachkräfte aus Balkanländern ab. Hieraus erkläre sich auch der starke Wille Österreichs, sich für den Beitritt der westlichen Balkanstaaten zur Europäischen Union einzusetzen. Dadurch würde der Zuzug von Fachkräften noch erleichtert. Viele dieser Fachkräfte hätten Familienangehörige, die bereits in Österreich lebten, sodass sie in Österreich gut aufgefangen würden. Bei der Diskussion im vorigen Jahr um das Veto gegen den Beitritt von Rumänien und Bulgarien zum Schengen-Raum habe vor allem die Auslandshandelskammer auf die Gefahr hingewiesen, dass die Arbeitskräfte aus Rumänien und Bulgarien, für die der Transfer zu ihren Familien erleichtert werden sollte, wegbrechen könnten. Auch aus der österreichischen Gesellschaft sei deutlicher Widerstand laut geworden, vor allem von denjenigen, die davon betroffen wären, wenn die 40 000 Arbeitskräfte aus Rumänien und 12 000 Arbeitskräfte aus Bulgarien nicht mehr für den Gesundheitsbereich, in dem sie überwiegend tä-

tig seien, zur Verfügung ständen. Denn im Alltag sei spürbar, dass die Stadt ohne diese ausländischen Arbeitskräfte sozusagen sofort zusammenbrechen würde. Ohne sie, die seit 20 Jahren hier lebten, ginge gar nichts mehr. Insofern habe Österreich mit dem Beitritt für Rumänien und Bulgarien zum Schengen-Raum im richtigen Moment die richtige Tür aufgemacht. Gegen die wellenhafte Einwanderung, die sich nicht in den Arbeitsmarkt einfüge, gebe es aber im politischen Raum in Österreich auch als Reaktion auf die FPÖ, die die Migration populistisch zum Thema mache, den Gedanken größerer Härte, um den Zuzug zumindest zeitweilig stark zu drosseln und die Systeme zu entlasten.

Aktuelle Forderungen aus Deutschland, Menschen an der Grenze zu Österreich zurückzuweisen, die über sichere Drittstaaten angereist seien und kein Visum besäßen, seien vom Österreichischen Innenminister unter Berufung auf das EU-Recht sofort zurückgewiesen worden. Österreich habe in der Vergangenheit immer schon Personen zurückgenommen, die in Österreich als Asylbewerber registriert gewesen seien. Für Personen, die in Österreich nicht registriert seien, gelte dies jedoch nicht. Bislang sei es üblich gewesen, dass für diese Personen in Deutschland das Dublin-Verfahren durchgeführt und geprüft werde, in welchem Land sie eigentlich registriert worden seien und welches Land dann für sie zuständig sei. Nach den Zahlen des Bundesinnenministeriums sei im vergangenen Jahr ein Drittel aller Rückführungen nach Österreich erfolgt. Österreich sei bislang im stillen Einvernehmen kooperativ dazu bereit gewesen, Personen, die in Österreich bereits um Asyl nachgesucht hätten und registriert worden seien, zurückzunehmen. Oft kämen diese Personen aus einem sicheren Drittstaat; trotzdem habe Österreich sie als Asylbewerber registriert. Diese Bereitschaft würde, wenn die aktuellen Forderungen in die Tat umgesetzt würden, extrem nachlassen. Hinzu komme, dass nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs auch im Fall bereits registrierter Asylbewerber eigentlich ein Verfahren im Ankunftsland durchgeführt werden müsste.

Vor zehn Jahren seien die Renten und Beamtenpensionen in Österreich zusammengeführt worden. Durch das frühere Renteneintrittsalter, das in Österreich im Durchschnitt bei knapp 61 Jahren liege, müssten die Lücken im Rentensystem aus dem Staatshaushalt ausgeglichen werden, der dadurch stark belastet werde. An dieses Thema wage sich im aktuellen Wahlkampf jedoch außer den NEOS keine andere Partei heran. Insofern werde versucht, die demografische Lücke durch gezielte Migration zu füllen. Das Rentenproblem in Österreich sei aber eigentlich nicht gelöst.

Im Burgenland sei vor zwei Jahren ein interessantes Modell für die häusliche Pflege eingeführt worden: Personen, die Angehörige in ihrer häuslichen Umgebung pflegten, würden, von der Stadt finanziert, fest eingestellt, sodass sie sozial abgesichert seien. Die Kosten dafür würden mit dem Pflegegeld verrechnet, das durch die Vermeidung der stationären Pflege eingespart werde.

*

Gespräch mit Herrn Stadtrat Hacker, Amtsführender Stadtrat für Soziales, Gesundheit und Sport, im Rathaus der Stadt Wien

Stadtrat **Hacker**: Die Gesundheit Österreich GmbH hat bei der Gesundheitsplanung in Österreich eine Schlüsselrolle. Sie ist die gemeinsam beauftragte zentrale Stelle für die Ausarbeitung

von Versorgungsplänen, die wir dann auch regelmäßig updaten, heiß diskutieren und beschließen. Diese Beschlüsse werden auf österreichischer Ebene in einem eigenen Gremium getroffen, in dem der Bund, die Länder und die Sozialversicherung ebenbürtig auch hinsichtlich der Stimmengewichtung mit jeweils einer Stimme vertreten sind. Diese Beschlüsse werden immer nur nach dem Einstimmigkeitsprinzip gefasst. Das ist manchmal ein bisschen von Nachteil, aber wir versuchen, dort die Balance zu halten. Denn es ist auch von Vorteil, wenn bei drei Playern nicht immer zwei den dritten überstimmen können. Auch wenn das in den Mühen des Alltags manchmal mühsam ist, ist das unter dem Strich sehr vernünftig.

Auf dieser Basis bauen wir dann die regionalen Strukturpläne auf. Jedes Bundesland ist verpflichtet, Strukturpläne bzw. - präziser - Versorgungskapazitätspläne aufzustellen getrennt für den ambulanten Sektor und für den stationären Sektor. Die Strukturpläne der Länder müssen mit denen des Bundes harmonisieren. Da wir beim Bundesplan mitstimmen, ist klar, dass die Länderpläne immer Teil des Ganzen sein müssen. Das ist die Grundidee bei diesen Planungen.

Dazwischen ersticken wir natürlich in tonnenweiser Bürokratie und viel zu vielen Daten. Wir ringen damit, das fokussierter zu bekommen, aber haben das noch nicht geschafft. Das ist der Nachteil eines solchen Systems.

In Österreich gibt es weniger private Player in diesem Bereich als in Deutschland. In Deutschland sind ja in der Vergangenheit Entscheidungen getroffen worden, die jetzt, wie man hört, quer durch alle politischen Lager nicht mehr zum großen Applaus gereichen. Diesen Schritt haben wir in Österreich faktisch nie gemacht.

In Österreich gibt es in manchen Bundesländern relativ starke Ordensspitäler, die seit ewigen Zeiten historische Traditionen haben. Diese finanzieren wir eins zu eins mit so wie den öffentlichen Bereich. Die Gemeinden oder Länder besitzen großteils öffentliche Spitäler. Niederösterreich hat das erst vor wenigen Jahren umgestellt, indem es allen Gemeinden die Spitäler weggenommen und daraus Landesspitäler gemacht hat, weil das besser für die Steuerung ist. Es wird sich aber erst noch zeigen, ob dies auch zu mehr Effizienz führen wird.

In Wien haben wir eine Konzentrationsphase hinter uns. Wir haben sehr viele kleine Spitalstandorte geschlossen, die im Laufe von Jahrzehnten historisch entstanden waren. Wir haben jetzt eine klare Konzeption unseres öffentlichen Sektors und fokussieren uns auf sieben Schwerpunktspitäler, die pärchenweise noch dazu regionsverteilt sind. Jedes Pärchen muss die gesamte Gesundheitsversorgung im Spital abdecken. Jedes Spital muss aber auch noch Schwerpunkte herausarbeiten, und zwar sowohl dezentrale Schwerpunkte in der jeweiligen Region als auch einzelne Spitäler Schwerpunkte für ganz Wien.

Das Allgemeine Krankenhaus (AKH) der Stadt Wien ist gleichzeitig die Universitätsklinik. Das ist unser größtes Spital und riesengroß. Die anderen Spitäler sind ziemlich große Spitäler. Jedes Spital verfügt über ungefähr 2 500 bis 3 000 Beschäftigte. Über Wien verteilt gibt es ungefähr 9 000 Betten. Allein das AKH verfügt über 1 700 bis 1 800 Betten.

In Österreich gibt es ebenso wie in Deutschland die Entwicklung, dass die Medizin immer ambulanter wird. Diese Transformation ist zwar vom medizinischen Inhalt her sehr einfach, aber hinsichtlich der Finanzierung sehr schwierig, weil die Finanzierung aufgeteilt ist: Die Sozialversicherung ist für alle ambulanten Behandlungen zuständig. Als Stadt sind wir eigentlich nur für die

bettenführenden Spitäler zuständig und für die Ambulanzen nach der gesetzlichen Definition eigentlich nur so weit, als sie für den stationären Sektor benötigt werden. Das hat natürlich mit dem realen Alltag im Spital nichts mehr zu tun. Wir hatten gehofft, dass wir in den letzten Finanzverhandlungen mit dem Bund über das Fünf-Jahres-Budget den Durchbruch für diese Transformation schaffen, um die Finanzierung besser zusammenzubringen. Man muss aber ganz offen sagen: Das haben wir nicht geschafft. Alle neun Bundesländer haben unabhängig von der Parteizugehörigkeit ein Konzept unter der plakativen Überschrift „Finanzierung aus einer Hand“ entworfen und sind damit beim Bund auf Granit gestoßen. Also werden wir das wieder probieren müssen; es hilft ja nichts. Unsere Sozialversicherung kann auch nicht mehr leisten. Also entweder wir steigern die Erlöse der Sozialversicherung, oder sie wird nicht in der Lage sein, die Ambulantisierung der medizinischen Behandlungen in irgendeiner Form abzubilden. Das ist im Augenblick unsere größte Herausforderung.

Eine zweite große Herausforderung stellt der Rückgang der niedergelassenen Medizin dar, der in Wien extrem viele Einzelordinationen hervorgebracht hat. In Deutschland ist es vermutlich nicht viel anders, auch vom System her nicht. Meiner Meinung nach bilden wir seit den letzten 10, 15 Jahren und auch im Augenblick nach der Planung zu wenig Ärztinnen und Ärzte an den Universitäten aus. Es gibt sozusagen einen europäischen Konsens, zu wenig Ärzte auszubilden. Das finde ich sehr ärgerlich. Die Universitäten werden mit Spielregeln gebunden, wie viele ausländische Studierende aufgenommen werden müssen, und dann, wenn die Zahl der Studienplätze an einer Universität erhöht wird, muss sie automatisch auch die Zahl von Studierenden aus anderen Ländern erhöhen. Diese Spielregeln für die Universitäten kann ich grundsätzlich verstehen, aber ich kann nicht erkennen, dass das im Augenblick europäische Spielregeln für alle Universitäten sind. Das ärgert uns ein bisschen, weil es offensichtlich Länder gibt - damit meine ich jetzt nicht Deutschland -, die permanent viel zu wenig Medizinerinnen und Mediziner ausbilden. Dadurch kommt es zu einer Verschiebung in der Medizinerlandschaft, die nicht gut ist. Letzten Endes werden wir einen Mangel an Ärztinnen und Ärzten haben. Das ist schon pervers: Wir bilden eigentlich gar nicht so wenig aus, aber bei einem Drittel Studierender aus dem Ausland überrascht es nicht, dass sie nach ihrem Studium wieder nach Hause gehen. Ich bin darüber nicht überrascht und verstehe das. Das ist aber eine besondere Herausforderung.

In der Pflege hatten wir den gleichen Effekt wie in Deutschland. Schon vor zehn Jahren, als wir die Veränderungen in der Pflegelandschaft gemerkt und die Kompetenzen erhöht haben, haben wir übersehen, dass wir besser und mehr ausbilden müssen. Das holen wir jetzt aber nach. Wir haben die Ausbildungsplätze in der Pflege in Wien mehr als verdoppelt und werden bis 2030 rund 16 000 zusätzliche Pflegekräfte ausbilden. Das ist mehr, als wir eigentlich geplant hatten. Aber das funktioniert einfach, weil diese Ausbildung entgegen allen Unkenrufen nach wie vor extrem nachgefragt wird. Die Rahmenbedingungen für die Pflegeberufe in Spitälern, Pflegeheimen usw. haben wir natürlich sehr viel verändert. Aber wir haben vor zehn Jahren, als wir diese Reformen rund um die Kompetenzen von Pflegekräften durchgeführt haben, übersehen, dass man dann, wenn man die Kompetenzen anhebt, natürlich darüber nachdenken muss, dass das Personal dann etwas anderes macht. Ich ärgere mich sehr darüber, dass das damals übersehen worden ist. Ich war auch kein großer Befürworter der damaligen Reform und habe damals schon skeptisch gesehen, dass das problematisch wird. Seit sechs Jahren bin ich aber in der Politik und habe es jetzt in der Hand, das zu ändern. Das haben wir auch getan. Ich bin also ganz zuversichtlich, was die Situation bei den Pflegekräften bis 2030 angeht.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Die Situation in Deutschland bzw. in Niedersachsen ist ähnlich. Wir haben auch schon entsprechende Programme aufgelegt. Es sind auch schon Menschen aus anderen Ländern nach Deutschland gekommen, um in der Pflege zu arbeiten. Manche gehen aber wieder zurück, weil wir es nicht schaffen, für sie ein attraktives Wohn- und Lebensumfeld zu schaffen. Ist das in Österreich auch so? Haben Sie vielleicht bessere Erfahrungen gemacht?

Stadtrat **Hacker**: Wir sind langsamer als in Deutschland, was für die „publizistische Abteilung“ ärgerlich ist. Das macht aber gar nichts, weil wir lieber auf Nachhaltigkeit setzen und sehr viel Vorbereitungsarbeit genau in diese Nebenskills investieren. Wir stellen den Pflegekräften, die aus Jordanien, Malaysia, Philippinen etc. kommen, auch Wohnungen zur Verfügung. Wir kümmern uns auch um den Aufbau einer Community. Manche gibt es schon. Die philippinischen Krankenschwestern haben in Wien seit Jahrzehnten eine Community; insofern braucht man nicht viel zu tun, außer sie zu motivieren. Die Pflegekräfte aus Jordanien haben keine Community. Wir sind gerade dabei, deren Aufbau zu unterstützen. Wenn man Arbeitskräfte aus anderen Kulturen, aus anderen Regionen, aus anderen Ländern haben will, dann darf man nach meiner Überzeugung nicht nur darüber nachdenken, wie der Job für sie ist, sondern dann muss man sich auch um die Rahmenbedingungen kümmern. Das gilt beispielsweise auch für den Tourismusbereich, in dem vor allem in den westlichen Bundesländern Österreichs Arbeitskräfte benötigt werden. Ein Ansatz dafür ist, die Wohnsituation zu verbessern.

Ein ähnliches Thema ist, dass es in Österreich in der Fläche, in den kleinen Gemeinden zu wenig ärztliche Versorgung gibt. Aber wer will schon mit seiner Familie dorthin ziehen? Dort gibt es keinen Kindergarten mehr, auch keine Schule und keine Geschäfte. Was wäre also attraktiv daran? Das kann man nicht mit Geld aufwiegen. Davon bin ich überzeugt. Es gibt durchaus unterschiedliche Vorstellungen, aber ich bin davon überzeugt: Man muss verstehen, dass Lebenskonzepte nicht nur von Arbeit leben.

Wir bemühen uns also, den Pflegekräften aus den Drittstaaten auch Wohnraum und eine Community zur Verfügung stellen, also die ganze Lebenssituation zu erfassen.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Können diese Personen, wenn sie nach Österreich kommen, schon deutsch sprechen, oder lernen sie erst in Österreich Deutsch?

Stadtrat **Hacker**: Wir versuchen, ihnen vor Ort, dort wo sie sind, Deutsch beizubringen. Wir bemühen uns auch, Kooperationen mit Universitäten und Ausbildungsstätten vor Ort aufzubauen. Deswegen sind wir auch langsamer. Das ist mühsam, aber nach meiner Überzeugung nachhaltiger und gelingt ganz gut. Einige Bundesländer haben das zu schnell gemacht mit dem frustrierenden Ergebnis, dass die Kräfte aus Drittstaaten keine Lust haben, unterklassifiziert beschäftigt zu werden, weil sie natürlich noch nicht Deutsch können, und dann irgendwo in irgendwelchen kleinen Gemeinden sitzen und dort Deutsch pauken müssen. Das führt auch zu Frustration. Wir haben von Anfang an gesagt, wir machen es lieber nachhaltig und dafür langsamer.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Sie haben erwähnt, dass Sie ganz bewusst auch Communities ermöglichen wollen. Mir geht es jetzt nicht um die Frage, ob man beispielsweise die Menschen von den Philippinen in die österreichische Gesellschaft oder in die Quartiere integriert, sondern mehr darum, ob Sie es schaffen, beispielsweise für die Menschen aus den Philippinen in der Community ein Lebensumfeld zu schaffen, in dem sie sich wohlfühlen, also ihnen ganz bewusst

auch ihren Raum zu lassen. Ist das auch in ländlichen Regionen oder beispielsweise in den Außenbezirken von Wien möglich? Oder funktioniert das zwar in Wien, aber noch nicht in den anderen Bereichen von Österreich, weil dort vielleicht gar nicht so viele Menschen aus einem Land sind, um eine Community herzustellen?

Stadtrat **Hacker**: Zu dem ersten Teil Ihrer Fragen: Ja, das haben Sie richtig verstanden. Die Integration in die österreichische Gesellschaft findet ohnehin statt. Dafür braucht man nicht viel beizutragen. Sie sind ja am Arbeitsplatz den ganzen Tag über mit der österreichischen Identität konfrontiert. Die philippinische Community ist ja auch an einem Leben integriert in unser Land interessiert. Aber es ist natürlich trotzdem leichter, jemanden in seiner eigenen Muttersprache zu treffen und sich darüber auszutauschen, wie hier in Österreich etwas funktioniert. Es gibt dann auch philippinische Kulturveranstaltungen. Philippinische Weihnachten sind etwas anderes als Weihnachten in unserem Verständnis. Die philippinischen Jahrestage sind bei uns gar nicht vorhanden. Bei diesen Festen und Bällen wird philippinisch gesprochen und philippinische Musik gespielt. Das tut etwas mit den Leuten. Das ist aber kein Dissens zur Integration in unsere Kultur, sondern ich glaube, es ist ein Teil davon, auch die Identität zu behalten und auch Sicherheit zu gewinnen.

Ich glaube, dass das auch in kleineren Strukturen möglich ist. Um so etwas aufbauen zu können, ist nicht unbedingt eine Stadt mit 2 Millionen Einwohnern erforderlich. Wenn man allerdings Landspitäler mit 80 oder 100 Betten betreibt, wird dort gar nichts möglich sein. Das ist schon klar. Aber Österreich besteht ja nicht nur aus winzigen Gemeinden oder Millionenstädten, sondern es gibt auch dazwischen Städte mit 50 000, 70 000, 100 000, 200 000 oder 300 000 Einwohnern. Ich bin der Meinung, das muss dort sehr wohl möglich sein.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Wird die Stadtplanung dabei mit einbezogen in dem Sinne, dass sich nicht sozusagen eine neue Chinatown entwickelt, aber dass ganz bewusst auch Quartiere ermöglicht werden, in denen sich diese Menschen gemeinsam ansiedeln können?

Stadtrat **Hacker**: Wir bestehen extrem auf Wohndurchmischung in unserer Stadt. Das ist unsere ausdrückliche Politik. Aber man kann sich ja aus dem ganzen Bereich der Stadt bei einer Veranstaltung treffen. Die Wohnpolitik ist radikal auf Durchmischung ausgerichtet.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Sie haben berichtet, dass Sie kleine Spitäler geschlossen haben und jetzt sieben Spitäler in öffentlicher Trägerschaft in Wien haben. Wie ist nach Ihren Erfahrungen die wirtschaftliche Situation der Spitäler in öffentlicher Trägerschaft? In Niedersachsen bzw. in ganz Deutschland arbeiten viele Krankenhäuser derzeit sehr defizitär.

Stadtrat **Hacker**: Das ist klar. Ich habe nie verstanden, wie man davon ausgehen kann, dass das Einrichtungen sind, die nach den Spielregeln der freien Wirtschaft nicht defizitär sein könnten. Ich habe diese Philosophie nie verstanden. Das ist ja nicht möglich. Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist eine öffentliche Aufgabe. Ganz gleichgültig, ob man es aus Steuergeldern oder aus Sozialversicherungssystemen finanziert, es ist immer ein Defizit. Die entscheidende Frage ist nicht, ob es ein Defizit gibt oder nicht, sondern die entscheidende Frage ist, wie hoch das Defizit ist und wofür das Defizit vorhanden ist, also wofür der Aufwand ist, ob die Qualität passt, ob die Leistung passt, ob wir die Leistung aus dem Gesundheitssystem bekommen, die wir erwarten, oder ob wir sie nicht bekommen und ob wir die Leistung richtig bezahlen oder überbezahlen. Das alles halte ich für wichtige Kriterien. - Damit keine Missverständnisse aufkommen:

Ich bin eigentlich ein Rechnungswesenfreak, aber man kann eine gemeinnützige Aufgabe nicht gewinnorientiert abwickeln wollen. Das geht so nicht auf. Wir kennen das in der Pflegelandschaft in Österreich ein bisschen. In der Pflege hat es in ein paar Bundesländern private Pflegebetreiber gegeben. Mich hat schon amüsiert, dass die großenteils aus dem Reinigungsgewerbe gekommen sind. Da war von Anfang an völlig klar, wo die Rendite herkommen soll: Die kommt aus dem Wert des Grundstücks. Ehrlich gesagt, die Grundstückswerte meiner Spitäler sind mein geringstes Problem in der Finanzierung der Leistung. Meine geringste Sorge ist der Wert des Grundstücks. Darin liegt aber in Wirklichkeit die Rendite. Bei genauer Betrachtung der Struktur der privaten Player sind alle an Grundstücksdienst, an Immobilienentwicklung interessiert. Ich habe nichts dagegen, dass man das manchmal auch brauchen kann und damit spielen kann. Wenn man in der Finanzierung ganz bewusst mit der Immobilie Rendite machen will, dann hat das nichts mit der Gesundheitsfinanzierung zu tun. Die kann nicht nichtdefizitär sein. Daher wundert es mich überhaupt nicht, dass dieser Bereich jetzt in Deutschland und in Frankreich im Straucheln ist. Ich habe nie verstanden, wie man auf die Idee kommen kann, dass eine gemeinnützige Aufgabe ein gewinnbringendes Geschäftsmodell sein kann. Das ist nicht möglich. Das kann ja nur zulasten der Qualität gehen.

Schwierig ist es natürlich, außerhalb dieses simplen For-profit-Systems - es ist ja simpler als not for profit - Qualitätssicherung zu betreiben und trotzdem punktgenau die Finanzierung zu sichern und die Finanzierung zu definieren, für die man bereit ist, auch Steuergeld und/oder Versicherungsgeld in die Hand zu nehmen. Ich komme aus dem Not-for-profit-Management und bin überzeugt davon - das ist eines meiner Lieblingsreferatsthemen, bevor ich Stadtrat geworden bin -: Not-for-profit-Management ist schwieriger als For-profit-Management, weil die Benchmarks für „erfolgreich“ viel schwieriger zu definieren sind als beim For-profit-Management. Da bleibt am Ende des Tages immer die Frage: Gibt es eine Rendite? Ist der Return on Investment da, ist er hoch, ist er niedrig? Das ist viel einfacher als die Qualitätssicherungsbenchmarks im Not-for-profit-Bereich, wo man sie aber auch braucht, wo man sie auch erstellen muss.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Sind die Krankenhäuser in Wien ausschließlich in kommunaler Hand? Es gibt hier also nicht solche Konzerne wie beispielsweise Helios oder Asklepios?

Stadtrat **Hacker**: Wir haben acht oder neun Ordensspitäler, die Orden gehören. Das sind kleine Standorte, die alle ein bisschen spezialisiert sind. Das ist auch okay; im Sinne der Gesamtplanung haben sie ihre Spezialthemen. Es gibt zwei Kliniken, die zu 100 % in privater Trägerschaft geführt werden und privaten Versicherungen gehören. Diese beiden privaten Kliniken haben aber keine öffentliche Versorgungsaufgabe, sondern behandeln ausschließlich Privatpatienten. Die Ordensspitäler und die öffentlichen Spitäler werden nach der gleichen Grundlogik finanziert: Wir haben einen Landesgesundheitsfonds, in dem alle Mittel gebündelt werden, die vom Bund, von der Sozialversicherung und von der Stadt in die Finanzierung des Gesundheitssystems eingespeist werden. Aus diesem Fonds finanzieren wir nach den gleichen Spielregeln sowohl die Spitäler, die uns als Träger selbst gehören, als auch die Ordensspitäler. Das ist aber nicht kostendeckend. Dann gibt es natürlich noch eine Ausgleichsdeckung dazu. Die wird mit den Ordensspitalern jährlich verhandelt ebenso wie mit den städtischen Spitalern; bei Letzteren geht es über das Budget und bei den Ordensspitalern über den Fonds. Die städtischen Spitäler decken zwischen 75 und 80 % der Leistungen ab und die Ordensspitäler mit ihrer kleineren Struktur insgesamt rund 20 %.

Abg. **Julia Retzlaff** (SPD): Finanzieren Sie aus dem Landesgesundheitsfonds alle Kosten, die bei Ihnen in der Kommune für die Krankenhäuser auflaufen, oder müssen Sie aus dem städtischen

Haushalt auch noch Mittel beisteuern?

Stadtrat **Hacker**: Letzteres, und zwar über 1 Milliarde Euro pro Jahr.

Abg. **Julia Retzlaff** (SPD): Federn Sie damit die Betriebskosten ab oder auch Investitionskosten?

Stadtrat **Hacker**: Beides. Wir haben eine Pauschale für den Invest im Augenblick in Höhe von rund 370 Millionen Euro pro Jahr definiert, wobei wir das natürlich kumulieren. Wir haben jetzt für die städtischen Spitäler ein Bauprogramm von insgesamt 4,7 Milliarden Euro bis 2038 beschlossen. Das ist nicht wertbesichert auf Basis der Preise von 2020. Im Laufe der nächsten Jahre wird es letztendlich natürlich ein wesentlich höherer Budgetbetrag werden. Die Ausgleichsbasis ist die jährliche Dotierung für Investitionen. Wenn man das bis 2040 kumuliert, kommt man auf diese 4,7 Milliarden Euro. Das hat jetzt einen riesigen Impuls in den Spitälern gesetzt, wo wir ja teilweise 100 Jahre alte Strukturen haben, die zwar natürlich permanent überarbeitet worden sind, aber in Wirklichkeit bleibt ein altes Haus ein altes Haus. Deswegen haben wir uns entschlossen, fast alle unsere alten Spitäler im Laufe der nächsten 15 Jahre abzureißen. Das ist ein riesiges Investitionsprojekt.

Abg. **Julia Retzlaff** (SPD): Aus welchen Mitteln speist sich dieser Landesgesundheitsfonds?

Stadtrat **Hacker**: Das ist wahrscheinlich ein bisschen anders als in Deutschland. Dazu muss ich aber ein bisschen ausholen. Wir führen alle fünf Jahre Verhandlungen zwischen dem Bund und den Ländern über den Finanzausgleich. Die Länder haben keine Steuerhoheit; sie nehmen keinerlei Steuern ein. Die Länder nehmen nur Gebühren ein, zum Beispiel Kanalgebühren und Strafzahlungen für zu schnelles Fahren. Sämtliche Steuereinnahmen vereinnahmt das Finanzministerium. Auch Sozialversicherungsbeiträge fließen automatisch in die Bundesstruktur und nicht in die Landesstruktur. Es gibt gesetzliche Regelungen, in welcher Höhe aus den Sozialversicherungsbeiträgen die Spitäler finanziert werden. Es ist festgelegt worden, dass 40 % aller Sozialversicherungs- und Krankenversicherungsbeiträge in die Landesfonds für die Mitfinanzierung der Spitäler fließen.

Da die Länder keine Steuern vereinnahmen, werden alle fünf Jahre Finanzausgleichsverhandlungen geführt, in deren Rahmen dann die Gesetze als Grundlage für die Verteilung der Steuereinnahmen der Republik geschaffen werden. In diesen alle fünf Jahre stattfindenden Verhandlungen geht es um die Verteilung der Steuereinnahmen der gesamten Republik. Man kann sich vorstellen, dass dabei natürlich ein heftiger Diskurs stattfindet. Wir haben die Pandemie missbraucht und den Finanzausgleich einfach zweimal verlängert. Aus meiner Sicht war das kein schlauer Plan. Damit haben sich die Financer das Leben ein bisschen einfacher gemacht. Dadurch entstehen aber Schieflagen, die man nicht mehr auffangen kann. Das ist ein Problem, das wir im Augenblick haben.

Im Jahr 2023 sind die Finanzausgleichsverhandlungen zum Beginn des Jahres 2024 abgeschlossen worden. In diesen Verhandlungen hatten wir Bundesländer vorgeschlagen, einen großen Schritt zu einer Gesundheitsreform und Finanzierung aus einer Hand zu machen und die Sozialversicherung und die Länder zu zwingen, gemeinsam über alle Ausgaben entscheiden zu müssen. Das war unser Ländervorschlag. Er ist jedoch nicht durchgegangen. In diesen Finanzausgleichsverhandlungen wird die Verteilung der Steuereinnahmen sowohl in Absolutwerten als

auch teilweise in Prozentwerten festgelegt. Somit sind auch wir von der wirtschaftlichen Entwicklung der Republik abhängig. Festgelegt ist auch, welche Finanzierungsanteile des Bundes aus den Bundesmitteln in die Spitalfinanzierung fließen, die dann in die Landesfonds fließen. Alles andere kommt dann aus dem Landeshaushalt. In einer Finanzierungsvereinbarung ist auch festgehalten, wie viel wir einzahlen müssen. Wir haben leider auch noch die unselige ultimative Abgangsabdeckungsklausel darin, nach der wir mit dem Landeshaushalt automatisch für alle Defizite verantwortlich sind. Das halte ich für nicht so richtig schlau.

Vielleicht noch ganz kurz zu dem Gedanken und zu Ihrer vorherigen Frage: Ich war über 20 Jahre Geschäftsführer im Fonds Soziales Wien. Das ist eine ausgegliederte Struktur der Stadt, die vor über 20 Jahren zur Finanzierung der Pflege, der Behindertenhilfe, also aller sozialen Dienstleistungen ausgegliedert worden ist. Ich habe das System dort radikal umgestellt und vor über 20 Jahren ganz klar definiert, dass wir nur gemeinnützige Leistungen, also Not-for-profit-Leistungen, finanzieren. Wir haben nicht gemeinnützige Betriebe definiert, sondern wir haben definiert, dass die Betriebe unabhängig von ihrer Rechtsform oder Steuerrechtsform das, was sie mit uns verrechnen wollen, im vollen Umfang gemeinnützig erbringen müssen. Sie können zwar ein bisschen Gewinn machen. Es ist in Wirklichkeit für NPOs wichtig, dass sie zwischendurch auch ein bisschen Gewinn machen können, wenn nicht lediglich maximale, sondern absolute Transparenz herrscht und klar ist, was mit den Mitteln geschieht. Für Reinvestitionen kann man auch mal in einem Betriebsjahr einen Gewinn machen, wenn man die Mittel im nächsten Jahr reinvestiert. Wenn nicht, muss man damit rechnen, dass die Sätze im nächsten Jahr niedriger sind und möglicherweise Verluste entstehen, sodass es sich unter dem Strich wieder ausgleicht.

Diese Philosophie haben wir vor über 20 Jahren im gesamten sozialen Dienstleistungssektor eingeführt. Damit haben wir in Wien auch die wenigen schon zuvor entstandenen privaten Betreiber im Pflegebereich aus dem Profitbereich voll unter die Gemeinnützigkeitskontrolle gebracht. Die haben das auch akzeptiert. Das Burgenland hat versucht, das über ein Gesetz zu machen, und nicht auf die Warnungen gehört, dass es im Fall einer gesetzlichen Regelung, nach der die Betriebe gemeinnützig sein müssen, vor dem Verfassungsgericht wahrscheinlich verlieren wird. Genau so ist es dann auch gekommen. Das war nicht überraschend; denn man kann das nicht verbieten. Man kann nur so vorgehen, dass man selbst entscheidet, wofür man Mittel zur Verfügung stellt. Dieser Weg hat sich als ziemlich gut erwiesen. Selbst der französische Großkonzern Orpea, der in Wien zwei Einrichtungen hat, ist damit gescheitert, das anzufechten. Auch er muss seine Leistungen gemeinnützig erbringen. Das Controlling schaut dann ganz genau auf die gesamte Abrechnung, in der auch dargestellt werden muss, dass er jedenfalls die Leistungen in Wien gemeinnützig erbringt.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Ich finde es hervorragend, wie die Sozialpolitik in Wien in den letzten Jahren vorangekommen ist, und würde mir das auch für Deutschland bzw. für Niedersachsen wünschen; denn wir stellen gerade bei der Pflege im Bereich der Privaten eine Ausweitung des Marktes fest. Ich sehe aber nicht ein, aus unserer Sozialversicherung und Steuerfinanzierung private Renditen in Frankreich zu finanzieren. Das ist aber meine persönliche Meinung.

Ich habe noch eine kurze Nachfrage: Habe ich es richtig verstanden, dass die Trägerschaft der Spitäler bei den Bundesländern und nicht bei den Kommunen liegt?

Stadtrat **Hacker**: Ja. Die sieben großen Spitäler, die rund 80 % der Spital-Gesundheitsleistungen erbringen, gehören der Stadt Wien. Rund 20 % der Leistungen werden überwiegend von Ordensspitälern erbracht, die sich in der Zwischenzeit teilweise sogar in einem Verbund organisiert haben, um effizienter zu sein, den Einkauf und bestimmte Back-Office-Bereiche sinnvollerweise gemeinsam zu betreiben und auch gemeinsame Strategien für ihre Gruppe auszuarbeiten. Das finde ich sehr gut. Dadurch machen sie sich nicht gegenseitig Konkurrenz, sondern schlichten sich. Aber wir haben keinerlei Anbieter, so wie es sie in Deutschland, in Frankreich oder in Spanien gibt.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Mich interessieren auch die Stadtplanung und das Thema Wohnen. Sie erwähnten die radikale Durchmischung. Wien gilt ja auch sehr als Vorzeigestadt. Ich nehme an, dass das auch etwas damit zu tun hat, wie diese Stadt verwaltet wird. In Deutschland gibt es ja oft das Problem, dass die Städtebauplanung, die Sozialplanung, die Bildungsplanung usw. parallel nebeneinander betrieben werden und in den Verwaltungen nicht sehr vernetzt sind. Läuft das in Wien anders, und können wir daraus etwas lernen?

Stadtrat **Hacker**: Ob es anders läuft, kann ich nicht beurteilen; dafür fehlen mir die Informationen über die Abläufe in Deutschland. Wir ringen darum, dass diese Planungen sehr eng vernetzt stattfinden müssen, weil wir als Team der Stadtregierung auf der politischen Ebene der Meinung sind, dass wir noch besser sein können. Tatsächlich ist unsere Stadtplanung sehr eng mit der Schulplanung und Kindergartenplanung verzahnt, und diese beiden Abteilungen für Schule und Kindergarten sind wiederum eng mit der Planungsabteilung verzahnt. Dort gibt es auch einen Pflichtaustausch von Dokumenten. Wir haben gerade politisch festgelegt, dass wir dabei zum Beispiel auch Flächen für Sportanlagen von vornherein mit einbeziehen wollen. Schon seit vielen Jahren wird bei größeren Planungsvorhaben der gesamte Pflegebereich gefragt, ob es Pläne gibt, dort Pflegeheime oder Ähnliches zu errichten. In den letzten 20 bis 25 Jahren haben wir aber nie bzw. fast nie Pflegeheime in Neubaugebieten geschaffen; denn tatsächlich wird dort erst in 20, 25 oder 30 Jahren ein Pflegeheim benötigt. Nach wie vor bitte ich die Stadtplanung immer nur, Platz dafür freizuhalten, dass in einem Neubaugebiet nach 20 Jahren ein Pflegeheim errichtet werden kann.

Wir werden in der Landschaft aber eigentlich immer kleiner. In der Pflege versuchen wir, immer kleiner zu werden, und vereinbaren wir Kooperationen mit den jeweiligen Bauträgern, mit den Genossenschaften usw., um entweder im Erdgeschoss, im Dachgeschoss oder wo auch immer - es können auch Etagen mitten in Gebäuden sein - Räumlichkeiten für größere Wohngruppen bzw. Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige, Behinderte usw. zu schaffen. Dafür braucht man aber nicht die Stadtplanung, sondern dabei ist man dann schon in Detailprojekten und muss man Kooperationen mit den Bauträgern abschließen.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Das macht dann der Sozialbereich der Stadt Wien, der mit den Bauträgern spricht?

Stadtrat **Hacker**: Genau. Ich muss an dieser Stelle wieder etwas ausholen: Wir haben extrem viele gemeinnützige Wohnbaugenossenschaften in der Stadt Wien. Sie haben eine zentrale Drehscheibe in der Stadt, über die die Wohnbauförderungsmittel bei allen Neubauprojekten vereinbart werden. Über diese Drehscheibe ist der Sozialbereich mit den Genossenschaften gekoppelt. Die eigentliche Kommunikationsdrehscheibe ist im Wohnbauressort und nicht bei mir im Sozialbereich. Rund 250 000 Wohnungen gehören der Stadt Wien, und es gibt noch mehr

Wohnungen von gemeinnützigen Genossenschaften in der Stadt Wien. Wahrscheinlich ist die Stadt Wien der größte Vermieter in Europa. Diese Tradition hat in den 1920er-Jahren begonnen und haben wir nie aufgegeben; im Gegenteil. Vor ungefähr 20 Jahren hatten wir zwischenzeitlich einen Wachstumsstopp beim Gemeindebau. Wir wollten damals keine Gemeindewohnungen mehr bauen. Das fanden dann viele gar nicht gut. Der vorherige Bürgermeister hat dann bei irgendeinem Ereignis angekündigt, dass die Stadt Wien wieder Gemeindewohnungen baut. Das führte zu einem richtigen Aufatmen. Jetzt bauen wir zwischen 3 000 und 5 000 Gemeindewohnungen pro Jahr. Der Schwerpunkt liegt nach wie vor im Genossenschaftsbereich. Das hat auch Maastricht-Gründe, weil jede Investition in den Maastricht-Kriterien negativ aufschlägt.

Ich empfehle auch, sich noch näher über den Fonds Soziales Wien und dessen Struktur zu informieren. Das ist eine dezentrale, ausgegliederte Finanzierungsstelle für Sozialleistungen in der Pflege, Behindertenhilfe, Flüchtlingshilfe, Wohnungslosenhilfe usw. Er hat ein Alleinstellungsmerkmal. Dort haben wir auch einen riesigen Kundenservicebereich aufgebaut, weil wir uns nicht auf die NGOs in der direkten Interaktion mit Neukunden verlassen, sondern das machen wir im Kundenservice der Stadt selber. Anträge auf Aufnahme in ein Pflegeheim, Anträge für mobile Pflege, Leistungserinnerungen etc. laufen immer über den zentralen Kundenservice, der extrem kundenorientiert ist. Das ist auch ein Schlüssel, den man verstehen muss, wenn man die Systematik verstehen will. Damit haben wir viele Tabus gebrochen, auch bei den NGOs, die über solche Mechanismen der Stadt natürlich nicht nur glücklich sind. Das ist aber in Wirklichkeit ein Steuerungsmechanismus und hat etwas mit der Credibility der Stadt selber zu tun. Es ist ein Unterschied, ob die Caritas oder die Volkshilfe usw. zu den Menschen geht oder ob die Stadt kommt. Es war mir immer sehr wichtig, klarzumachen: Es hat auch etwas mit Stadt zu tun. Uns ist es wichtig, dass die Stadt regiert. Aber da gibt es definitiv unterschiedliche Philosophien im Land. Das ist einer der Punkte, bei dem wir uns mit dem Bund definitiv nicht einig sind.

*

Gespräch bei der Gesundheit Österreich GmbH

*Die Präsentation ist dieser Niederschrift als **Anlage 1** beigelegt.*

Überblick

Herwig Ostermann, Geschäftsführer: Die Gesundheit Österreich GmbH bezeichnet sich selbst als Nationales Public-Health-Institut und ist auch in europäische und internationale Netzwerke integriert. Wir arbeiten auch viel mit den Partnerinnen und Partnern in der WHO und in der Europäischen Kommission zusammen. Vor mittlerweile 51 Jahren hat der Österreichische Nationalrat entschieden, ein Bundesinstitut für das Gesundheitswesen zu gründen. Es ist unmittelbar an die Staatsverwaltung angedockt. Insofern sollten Sie sich von der Rechtsform „GmbH“ nicht irritieren lassen. Das ist österreichisch. Wir hatten vor 20, 30 Jahren den Trend, viele Teile der öffentlichen Verwaltung in privatwirtschaftliche GmbHs auszugliedern. Formal hat sich nicht viel geändert. Unser Eigentümer ist nach wie vor zu 100 % die Republik Österreich. Der Eigentümervertreter bzw. die Eigentümervertreterin ist der bzw. die für Gesundheit zuständige Bundesminister bzw. Bundesministerin. Durch diese Überführung in das GmbH-Gesetz unterliegen wir aber den typischen handelsrechtlichen Kriterien. Das heißt, wir müssen budgetieren, wir sind auch entsprechend im Firmenbuch geführt, aber sind natürlich eine gemeinnützige GmbH. Im Unterschied zu Deutschland gibt es in Österreich keine gemeinnützigen gGmbHs.

Zu unserem Tätigkeitsfeld: Spätestens seit der Pandemie wissen wir alle, welche zehn Funktionen die WHO für Public Health vorsieht. Wir sind vorrangig für Gesundheitsförderung, für Prävention und auch für die Organisation und Planung zuständig. Wir überprüfen und kontrollieren die Gesundheitsausgaben und verstehen uns, auch wenn wir in Österreich statistisch als Unternehmen klassifiziert sind, natürlich auch als außeruniversitäre Forschungseinrichtung. Unsere Mission ist: Wir sind das Nationale Public-Health-Institut, Kompetenzzentrum für Bevölkerungsgesundheit, Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgungsplanung und Qualität im Gesundheitswesen und wurden auch explizit mit diesem wissenschaftlichen Auftrag gegründet.

In den Grundzügen beschrieben und eingerichtet wurde die Gesundheit Österreich GmbH durch ein eigenes Bundesgesetz. Darin ist auch verankert, dass wir in unserer wissenschaftlichen Arbeit weisungsfrei sind. Das ist keine Eigenart der Gesundheit Österreich GmbH. Alle Nationalen Public-Health-Institute in Europa oder weltweit streben danach, weisungsfrei zu sein. Bei manchen ist das etwas stärker ausgeprägt. Wir sind sehr froh, dass wir auch eine gesetzliche Grundlage dafür haben. Das ist wichtig, damit man auch ein Stück weit Evidenz-basiert beraten kann, aber natürlich selbst keine Entscheidungen trifft.

Zu unserer Arbeit: Im Bereich der Public Health gibt es die Idee des Public Health Action Cycle. Man beginnt im Wesentlichen mit einer Problembeschreibung, etwa mit der Gesundheitsberichterstattung, beispielsweise zu der Zahl der Drogentoten im Jahr 2023 und zu der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, insbesondere beispielsweise von Mädchen, wo wir derzeit eine besorgniserregende Situation sehen. Das ist der erste analytische Schritt. Dafür verfügt die Gesundheit Österreich GmbH über einen Blumenstrauß von Gesundheitsdaten. Österreich hat bereits 1997 ein DRG-System implementiert. Seit diesem Zeitraum - eigentlich aber schon ein bisschen länger - haben wir die gesamten Diagnose- und Leistungsdaten der österreichischen Krankenanstalten bei uns verfügbar, auch mit einem Pseudonym entsprechend verknüpfbar. Insofern verfügen wir über ein wirklich umfassendes analytisches Wissen. Der nächste Punkt ist dann im Wesentlichen die Formulierung einer Strategie. Dabei sind wir in die internationalen Netzwerke eingebunden. Wir arbeiten viel für die Kommission und mit der Kommission und unseren Partnern. Dabei geht es, wenn man ein Problem erkennt - beispielsweise dass es zu viele Drogentote gibt -, um die Frage, was sich international bewährt hat und was man tun kann. Der nächste Schritt ist die Umsetzung bzw. Implementierung. Insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention haben wir dabei auch eine Umsetzungsverantwortung. Im Regelfall finanzieren wir die Projekte und unterstützen die Programmierung. Der letzte Schritt ist dann die Evaluierung. Das heißt, man untersucht, was passiert ist, was gut gelaufen ist, was schlecht gelaufen ist und was man besser machen kann.

Dadurch, dass wir in der Gesundheit Österreich GmbH mittlerweile einen starken Arm haben, der Prävention und Gesundheitsförderung betreibt, sind wir im internationalen Kontext eines der Public-Health-Institute, das wirklich ein Vollanbieter ist. Wir analysieren nicht nur, sondern wir machen auch Programmentwicklung und -implementierung bis hin zur Evaluierung. Es macht auch Spaß, nicht nur ein Programm zu entwickeln, sondern auch zu sehen, wie es gedeiht. Wir haben jetzt entsprechende Ressourcen akquirieren können und haben Social Prescribing in Österreich mit Systempartnern erprobt. Die Idee dabei ist, dass man von der Ärztin oder vom Arzt kein Rezept, sondern einen Kochkurs oder eine Jahreskarte für die örtliche Bibliothek bekommt. Die Sozialarbeit ist dabei als Link Workers implementiert. Dieses Modell haben wir insbesondere

von England übernommen. Das sind positive Momente, mit denen wir aus unserer Sicht der Public Health das System ein bisschen mitentwickeln können.

Aus dem Film über die Historie der Gesundheit Österreich GmbH:

Österreich, Anfang der 1970er Jahre: Die Pocken sind ausgerottet, die Tuberkulose geht zurück. Doch mit zunehmendem Wohlstand nehmen Zivilisationskrankheiten, Schlaganfälle und Herzinfarkte zu. Die Lebenserwartung liegt mit rund 74 Jahren bei Frauen und nicht einmal 67 Jahren bei Männern im internationalen Vergleich schlecht. Auch bei der Säuglingssterblichkeit landet Österreich auf einem der hinteren Plätze. Mit der Regierung von Bundeskanzler Dr. Bruno Kreisky setzt ein Modernisierungsschub ein, der sämtliche Bereiche des öffentlichen Lebens erfasst, auch das Gesundheitswesen. 1972 wird ein eigenes Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz gegründet. Erste Gesundheitsministerin ist Dr. Ingrid Leodolter. Es beginnt die strategische Arbeit gegen das Sterben vor der Zeit. Mit der Einführung des Mutter-Kind-Passes nimmt man den Kampf gegen die Säuglings- und Kindersterblichkeit in Angriff. Der Erfolg ist rasch nachzuweisen. Heute zählt Österreich zu den Ländern mit den niedrigsten Geburten- und Kindersterblichkeiten.

Ein weiterer Meilenstein zu Beginn der 1970er Jahre markiert den Paradigmenwechsel von der reinen Kurativ- zur Präventivmedizin, etwa durch die Einführung der jährlichen Vorsorgeuntersuchung. Der Public-Health-Gedanke beginnt, im Gesundheitssystem Fuß zu fassen. Kreisky und Dr. Ingrid Leodolter verstehen die Herausforderung und gründen nach internationalen Vorbildern und Empfehlungen der WHO das Bundesinstitut für das Gesundheitswesen. Am 25. Jänner 1973 beschloss der Nationalrat das Bundesgesetz. Das ÖBIG war geboren - eine eigenständige Einrichtung mit unabhängigen Expertinnen und Experten, die der Politik und der öffentlichen Verwaltung beratend zur Seite stehen, Brückenbauer zwischen Wissenschaft und Politik. Zu den Aufgabengebieten des ÖBIG gehören die Bereiche Gesundheit und für - damals visionär - Umweltthemen. Die ersten Aufgaben aus dem Bereich des Gesundheitswesens zählen noch immer zu den Themengebieten der heutigen Gesundheit Österreich GmbH. Im März 1973 wird das ÖBIG mit der Erarbeitung eines Bundeskrankenanstaltenplans beauftragt. Seitdem zählt das Thema Strukturplanung zu den Kernaufgaben der GÖG. Heute bildet der Österreichische Strukturplan Gesundheit das Herzstück der integrierten Versorgung. Auch die laufende Reform des öffentlichen Gesundheitswesens beschäftigt das ÖBIG seit Beginn ebenso wie Analysen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Entwicklung entsprechender Maßnahmen. Ebenfalls seit 1973 nicht wegzudenken: die Untersuchung des Personalbedarfs im Gesundheitswesen. Schon Anfang der 1970er-Jahre hat Österreich im internationalen Vergleich viele Ärztinnen und Ärzte. Trotzdem bestehen regionale und fachliche Versorgungslücken. Im Feld der Gesundheitsberufe beginnt das ÖBIG mit der Curricula-Entwicklung für die Aus- und Fortbildung in den Pflegeberufen. Mit der Errichtung des Gesundheitsberuferegisters 2018 steht heute ein hervorragendes Instrument zur Qualitätssicherung und Bedarfsplanung zur Verfügung.

*Ende des Gründungsjahres 1973 arbeiten im ÖBIG 32 Mediziner*innen, Techniker*innen, Gesellschaftswissenschaftler*innen, Psycholog*innen, Jurist*innen sowie Volkswirtschaftler*innen. In den folgenden Jahren und Jahrzehnten erarbeitet sich das ÖBIG*

das Vertrauen des Staates und blickt heute nach 50 Jahren auf 21 Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister sowie 7 Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer zurück. Nach und nach werden dem Institut weitere Aufgabenbereiche überantwortet. 1978 wird die Vergiftungsinformationszentrale in das ÖBIG eingegliedert. 1984/85 bearbeitet das Institut erstmals auch das Thema Rauchen. Später, in den 1990er-Jahren, beginnt der Aufbau der Drogen- und Suchtforschung. Mit der Integration dieser Agenten des Anton Proksch Instituts wird 2015 das Kompetenzzentrum Sucht aufgebaut.

In den frühen 1980er-Jahren drängen Umweltthemen immer stärker ins Bewusstsein der Menschen. Das zeigen die Aufträge an das Institut, das zuletzt auch die Gründung des Umweltbundesamtes 1985 vorbereitet. Ein Großteil dieser Aufgaben und Ressourcen wandert ab. Trotzdem verzeichnet das ÖBIG langfristig einen Zuwachs an Beschäftigten. 1988 zählt das Institut bereits 56 Beschäftigte. Ab 1990 wird das Transplant-Koordinationsbüro am ÖBIG aufgebaut. Das in den Folgejahren etablierte Förderprogramm wird, ebenso wie das Widerspruchsregister, vom ÖBIG verwaltet. 2016 übernimmt die GÖG auch das Stammzellregister. Die Nutzbarkeit von Daten und die Instrumente der Gesundheitsberichterstattung werden laufend verbessert. 1992 begonnen, münden die Arbeiten zwei Jahre später in den Aufbau des Gesundheitsinformationssystems ÖGIS. 1993 - das ÖBIG verzeichnet bereits 63 Beschäftigte - publiziert das Institut die Studie „Arzneimittelpreise im internationalen Vergleich“. Heute betreibt die Abteilung Pharmaökonomie der GÖG ein Netzwerk, das die für Arzneimittelpreisbildung und -erstattung zuständigen Behörden aus den europäischen Ländern und internationalen Institutionen umfasst. In den 1990-Jahren wird auch die psychische Gesundheit ein Themenfeld des ÖBIG. Einen Schwerpunkt stellt heute das Nationale Suizidpräventionsprogramm SUPRA dar, das im Jahr 2019 von der EU-Kommission als Best-Practice-Modell ausgezeichnet wurde. Die 2000er-Jahre beginnen mit der Errichtung des Medizinprodukteregisters.

2003 verzeichnet das ÖBIG schon 88 Beschäftigte. Die Projekte haben sich in zehn Jahren verdoppelt. Bis 2006 entwickelt sich das ÖBIG von einem Beratungsinstitut hin zu einem sämtliche Gesundheitsbereiche abdeckenden, international vernetzten Forschungs- und Planungsinstitut. Die Zeit ist reif für eine Reorganisation und Weiterentwicklung zum nationalen Public-Health-Institut. 2006 ist es soweit: Die Gesundheit Österreich GmbH wird gegründet, das ÖBIG als weiterhin wesentlicher Bestandteil integriert. Der Fonds Gesundes Österreich wird sofort, das neu gegründete Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen ein Jahr später als eigener Geschäftsbereich aufgenommen.

Am 23. Mai 2006 verabschiedet der Nationalrat das neue GÖG-Gesetz. Das neue Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen beschäftigt sich mit bundesweiten Qualitätssystemen, in deren Mittelpunkt die Sicherheit und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten stehen. Mit dem FGÖ wird Gesundheitsförderung zu einem gewichtigen Schwerpunkt der GÖG. Die positiven Synergien dieser Fusion werden schon bei der Erarbeitung der österreichischen Gesundheitsziele 2012 deutlich sichtbar.

Der Mitarbeiterstand der GÖG wächst auf über 160 Beschäftigte. Nach und nach entsteht auch ein gesundheitsökonomischer Kompetenzbereich, der von der Politik für

Prognosen und das Monitoring der Ausgabenentwicklung im Gesundheitssektor genutzt wird, vor allem Zielsteuerung, Gesundheit und Finanzausgleichsverhandlungen. Ab den 2000er-Jahren gewinnt ein zentrales Thema aus den Gründungszeiten - Prävention statt Kuration - wieder stärker an Bedeutung. Stets liegt dabei der Fokus darauf, die gesundheitliche Chancengerechtigkeit in der Gesellschaft zu stärken. Besondere nationale und internationale Anerkennung findet dabei das Nationale Zentrum Frühe Hilfen zur nachhaltigen Förderung der Gesundheit in den frühen Lebensjahren.

Im Jahr 2020 dann die Zäsur der COVID-19-Pandemie. Die GÖG ist von Beginn an eng in das Pandemie-Management der Bundesregierung eingebunden und organisiert unter anderem die Geschäftsstelle der Corona-Kommission und das COVID-Prognose-Konsortium. Der sichere und effiziente Austausch von Gesundheitsdaten und deren nationale und internationale Verknüpfung wird zentrale Lehre der Pandemie. Die GÖG richtet die Datenplattform COVID ein, veröffentlicht Vorschaurechnungen zur Auslastung in den Spitälern und entwickelt im Auftrag des Gesundheitsministeriums ein COVID-19-Register. Die COVID-19-Pandemie hat den engen Zusammenhang zwischen Gesundheit, Gesellschaft und Umwelt verdeutlicht. Gesundheitsbedrohungen können zu massiven Auswirkungen auf alle Lebensbereiche führen.

Die Zeit ist nun reif, wieder einen Fokus auf Gesundheitsförderung zu legen. Gesundheitsministerium und GÖG reagieren mit der Agenda „Gesundheitsförderung“. Neben der Zukunft der Gesundheitsförderung widmet sich diese auch dem Zukunftsthema „Gesundheit und Klima“. Als weitere Folge der Pandemie wird die GÖG mit Projekten aus der Aufbau- und Resilienzfazilität (ARF) der Europäischen Union beauftragt. Dabei geht es um die Stärkung der Primärversorgung, zur Etablierung von Community Nursing und die flächendeckende Ausrollung Früher Hilfen. Daneben hat die GÖG viele internationale Kooperationen, unter anderem mit der WHO und der EU-Kommission. Im Fokus stehen dabei vor allem die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung und künftig auch der Austausch von Gesundheitsdaten unter anderem für die Forschung. Gesundheitspolitik muss die anderen Politikbereiche mit einbeziehen, sodass die Gesundheit gefördert wird und letztlich alle Bereiche von der Zusammenarbeit profitieren. Nach der Deklaration von Alma-Ata, der Ottawa-Charta und dem Ansatz „Health in All Policies“ ist dies ein neuerlicher Paradigmenwechsel hin zu „Health for All Policies“. Dieser hat das Potenzial, ein Schlüsselfaktor für die Umsetzung der globalen Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen zu sein. Dazu braucht es kompetente und unabhängige Public-Health-Institute wie die Gesundheit Österreich GmbH, ein Institut, dessen Aufgabenprofil von Jahr zu Jahr gewachsen ist und das heute bereits 335 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umfasst. Die 50-jährige Geschichte hat gezeigt, dass die Aufgabenbereiche der Gesundheit Österreich GmbH auch in Zukunft mit den Herausforderungen ihrer Zeit wachsen werden.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Sie haben ausgeführt, dass die Gesundheit Österreich GmbH ein unabhängiges Institut ist. Aber ich habe ja gelernt, die Politik ist immer im Gespräch. Inwieweit ist dieses Institut tatsächlich unabhängig? Inwieweit gibt es auch Versuche der Steuerung? Ich finde es sehr spannend, dass Expertinnen und Experten Wege aufzeigen. Aber dann kommt ja auch die Frage der Bezahlung. Mich würden Ihre Erfahrungen dazu interessieren.

Herwig Ostermann: Darauf kann ich zumindest ein paar Schlaglichter werfen. Ich wurde im Sommer 2016 zum Geschäftsführer bestellt. Der Geschäftsführer dieses Hauses, also der Direktor, hat immer zeitlich befristete Verträge. Das ist so wie bei den Spitzenbeamten in Österreich. Die Stellen sind für fünf Jahre befristet. Dann wird die Stelle neu ausgeschrieben und kann man sich wieder bewerben. Das ist möglich, aber es ist dann eine erneute Bewerbung. Mein Vertrag wurde 2021 entsprechend verlängert. Ich habe in der Zeit von 2016 bis 2024- man glaubt es kaum - acht Gesundheitsminister erlebt. Das sagt ein bisschen über die österreichische innenpolitische Stabilität und Situation aus. Wir bemühen uns, in unserem Haus möglichst langfristige Finanzierungen sicherzustellen. Unser Budget war bis vor ungefähr zehn Jahren im Ermessensspielraum des Ministeriums, aber wir haben jetzt zunehmend neue finanzielle Ressourcen. So gibt es in Österreich die Finanzausgleichsverhandlungen, bei denen immer die Gesundheitsreform eingehängt wird. Darin definieren wir im Regelfall über vier oder fünf Jahre Finanzierungstangenten. Das heißt, unser Haus ist derzeit in einer Situation, dass zwei Drittel bis drei Viertel unserer Finanzmittel sicher extern über längerfristige Vereinbarungen abgesichert sind. Im Regelfall sind das in Österreich Staatsverträge zwischen Bund und Ländern. Auf der Ebene haben wir also eine gewisse Unabhängigkeit.

Klar ist: Wir arbeiten zum größten Teil im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wir versuchen immer, im Vorhinein festzulegen, dass die Berichte zu veröffentlichen sind. Es gibt Kick-off-Meetings, bei denen man im Vorhinein festlegt, dass zu veröffentlichen ist. Wenn man das im Nachhinein sagen muss, ist das bekanntlich mitunter ein bisschen schwieriger. Wir haben auch einen wissenschaftlichen Beirat, über den wir mit der gesamten österreichischen Public-Health-Szene und auch allen Universitäten vernetzt sind. Wir agieren teilweise auch mit Peer-Review-Verfahren bei den Berichten, um auch eine zunehmende Objektivierung zu bewirken, und versuchen, das zu intensivieren. So helfen wir uns ein bisschen in diesem Spannungsfeld.

Ich möchte aber an dieser Stelle eines nicht verhehlen: Eine Public-Health-Idee bedeutet im Regelfall immer, dass man auf die 10 % der Bevölkerung besonderen Wert legt, die in der Gefahr sind, den Anschluss zu verlieren, die zurückgelassen werden. Wir sind als Public-Health-Institut ein sozialwissenschaftliches Institut und haben natürlich einen Fokus auf das öffentliche Gesundheitswesen. Das ist der Gründungsgedanke. Ansonsten bräuchte man streng genommen nicht solche Einrichtungen. Wir haben auch einen Privatsektor, den wir versuchen, in unseren Planungen mit zu berücksichtigen. Er agiert letztlich in einem marktwirtschaftlichen und freien Regime. Unser Fokus richtet sich ganz stark auf Public Health bzw. ist ein sozialpolitischer. Dabei tut man sich natürlich mit manchen Regierungskonstellationen leichter. Wir haben jetzt einen Gender-Gesundheitsbericht veröffentlicht. Das ist mit einer Regierung, die die demokratische Mitte abbildet, etwas einfacher. Wir hatten als Pendant auch mal eine Regierungsbeteiligung der FPÖ, die auf der europäischen Ebene mit der AfD verschwistert ist. In diesem Setting ist das Verhältnis zu Public Health etwas spannungsgeladener, weil wir da vor allem auch eine besondere Sichtbarkeit haben. Wir sind quasi das Staatsinstitut. Wir bemühen uns natürlich auch, Tagespolitik weder in der einen noch in der anderen Sache zu kommentieren. Das ist auch einer der wichtigen Punkte. Wir versuchen eher, politische Entscheidungen ein Stück weit zu unterstützen und den Diskurs rational zu strukturieren.

Durch die Pandemie haben wir auch viele neue Tätigkeiten gewonnen. Daran haben wir auch Freude gewonnen. Wir haben letztlich auch ein bisschen Freude an der Sichtbarkeit gewonnen. Das war nicht immer ganz einfach. Aber für ein Public-Health-Institut gibt ein Ereignis wie die

Pandemie natürlich auch die Möglichkeit, darzustellen, wozu Public Health in der Lage ist. In drei Wochen finden in Österreich die Nationalratswahlen statt. Das Ergebnis ist völlig offen. Das wird für uns dann natürlich eine Phase der hohen Konzentration bedeuten.

Abg. Thomas Uhlen (CDU): Sowohl in dem Film als auch in dem Jahresbericht wird auf Ihre Datenstrategie bzw. Datenanalyse eingegangen. In welcher Art und Weise können Sie auf Daten zugreifen: rein für Forschungszwecke, oder können Sie ableitend daraus durchaus auch Programme aufstellen? Wie weit können Sie auch bis auf individuelle Datenergebnisse heruntergehen? Wenn beispielsweise eine Rentenversicherung in der Lage ist, Ihre Daten zielführend zu nutzen, kann man sogar auch individuelle Präventionsprogramme vorschlagen, wenn man das möchte. Wie viele Daten können Sie also nutzen? Wie aggregiert würden die Datensätze sein?

Dr. Gerhard Fülöp: Die Daten aus dem österreichischen DRG-System sind ab dem Jahr 2015 bei uns in der Datenbank pseudonymisiert in Form einzelner Kontakte im stationären Bereich, im spitalsambulanten Bereich und auch im extramuralen Bereich verfügbar. Das heißt, man kann sozusagen jeden Patienten wiedererkennen, allerdings ohne Namen, ohne Wohnadresse, nur mit einem Pseudonym. Man kann ihn über die Jahre 2015 bis 2023 nachverfolgen. Wir haben unlängst auch die Idee aufgesetzt, vielleicht sogar mit künstlicher Intelligenz oder mit Mustererkennungsverfahren auf Gruppen von Patienten abzielen und dann maßgeschneiderte Programme, Präventionsprogramme oder Interventionsprogramme zu entwickeln. Das ist aber noch Zukunftsmusik. Wir sind am Anfang unserer KI-Strategie. Wir machen das im Moment nur mit Human Intelligence, aber wir machen das.

Abg. Thomas Uhlen (CDU): Das heißt aber, Sie können immer nur auf Pseudonyme zurückgreifen, also nicht auf den einzelnen Patienten, sondern eine Bevölkerungsgruppe?

Dr. Gerhard Fülöp: Ja. Aber wir sind bis zu einem gewissen Grad in einem Diskussionsstadium. Es gibt bei der Statistik Austria das Austria Micro Data Center (AMDC), wo wir auch kollateral Bildungsdaten, sozioökonomische Daten - Einkommen, Schulbindung etc. - ergänzend für den einzelnen Patienten agieren können - allerdings nach wie vor auf pseudonymisierter Ebene ohne Namen, ohne den einzelnen Patienten zu kennen -, um in der Analyse auch den sozioökonomischen Background derartig Betroffener mit einzubeziehen. Das ist derzeit der Status quo. Das ist aber nur eine von ca. 25 Datenquellen. Das ist natürlich die mächtigste. Wir haben auch die Todesursachen-Statistik, die Krebs-Statistik, Stellungsuntersuchungen des österreichischen Bundesheeres des Verteidigungsministeriums und dergleichen mehr. In der langen Frist haben wir die Idee, alle diese anderen Datenquellen auch in diese pseudonymisierten Datenbestände hinzubekommen. Aber das ist Zukunftsmusik. Darüber denken wir nach.

Abg. Sophie Ramdor (CDU): Inwieweit sind Sie auch bei der Anwerbung zum Beispiel von Fachkräften aus dem Ausland mit eingebunden, und wie beraten Sie die Politik mit Ihren Forschungsergebnissen und Studien hinsichtlich der Reform von Berufsfeldern und Ausbildungsbereichen?

Herwig Ostermann: Wir haben das Informationsportal für die Nostrifizierung von Gesundheitsberufen aus dem Ausland aufgebaut und zur Verfügung gestellt. Weiter sind wir aufgrund der österreichischen Verfassung nicht gekommen, weil die Nostrifizierung der Gesundheitsberufe leider bei den Fachhochschulen angesiedelt ist, also im Bildungsressort. So einfach ist die Zusammenarbeit nicht. Wir schauen in dieser Hinsicht neidvoll nach Deutschland und würden von einer Servicestelle träumen. Wir wurden auch mal vom Ministerium gefragt, ob wir so etwas

bewerkstelligen können, und haben das dann auch konzipiert und bei uns kalkuliert. Dann wurde aber die politische Entscheidung getroffen, es bei den bestehenden Zuständigkeiten zu belassen. Jetzt haben wir eine Situation, in der wir in Österreich in der Tat Wettbewerbsfähigkeit gegenüber anderen europäischen Ländern verlieren. Wir haben nicht den One-Stop-Shop. Es ist sogar noch schlimmer: Für die Gesundheitsberufe, für die ein Studium notwendig ist, müssen die Fachhochschulen die Anerkennungen durchführen. Sie können das aber im Rahmen ihrer Fachhochschulautonomie machen. Das heißt, das ist dann in Innsbruck anders als in Klagenfurt. Für diejenigen Berufe, für die kein Studium notwendig ist, sind die Landesverwaltungen für die Nostifikation zuständig. Insofern haben wir neun Systeme und eine ähnliche Anzahl von Fachhochschulen. Man kann sich das ungefähr vorstellen: Jeder lernt das neu und prüft das individuell. Das ist aber keine gute Lösung.

Zu der Frage, was von unseren Studien eingeht: Manchmal bedient sich der Gesetzgeber auch der Gesundheit Österreich GmbH, wenn ein Bundesgesetz nach einem bestimmten Abstand hinsichtlich der Auswirkungen evaluiert werden muss. In solchen Gesetzen steht dann manchmal, die Evaluierung erfolgt durch die Gesundheit Österreich GmbH erfolgt, und auf der Basis dieser Evaluierung wird dann entschieden, ob eine Maßnahme beibehalten wird oder nicht. Das war zuletzt in den Gesundheitsberufen so, als wir die diplomierte Krankenpflege an die Fachhochschulen übergeführt haben. Da hat es zunächst noch ein bisschen eine parallele Welt gegeben. Aber letztlich ist diese Ausbildung jetzt durchgängig an den Fachhochschulen als dreijähriges Studium angesiedelt. Dazu gab es dann auch von unserem Haus eine Evaluierung. Die hat letztlich nicht nur der Minister verwenden können, sondern sie hat auch das Parlament überzeugt, sodass man bei dieser Regelung verblieben ist. Das bringt auch wieder verschiedene Implikationen mit sich. Da sind wir relativ eng im politischen Setting. Manchmal gibt es aber auch Themen, die völlig zufällig sind. Wir hatten letztlich eine Diskussion, die Sie in Deutschland vielleicht schon länger nicht mehr haben: Es ging um die Frage von Blutspenden von homosexuellen Männern. Das war in Österreich bis vor einem Jahr noch untersagt. Das wurde als extrem diskriminierend wahrgenommen. Es gibt ein paar medizinische Gründe, aber auch viele dagegen. Wir haben damals das Health Impact Assessment durchgeführt. Die Österreichische Bundesregierung hat dann gesagt: Wir leben jetzt quasi unter veränderten Bedingungen, hier gibt es keine Restriktionen mehr. Das war eine relativ unmittelbare Koppelung. Ein Riesenthema ist bei uns aktuell „Frauen und Gendergesundheit“. Wir haben den Gender-Gesundheitsbericht verfasst.

Das Interessante bei diesen vielen Daten und Tätigkeiten, die wir ausüben, ist, dass die Dinge oft toll ineinandergreifen. Wir betreiben beispielsweise die Vergiftungsinformationszentrale. In Deutschland gibt es eine solche Zentrale in München und dann noch zwei, drei andere. Für Vergiftungen ist ein großes Spezialwissen erforderlich. Seit 1978 hat man in Österreich eigentlich nicht gewusst, wo man sie ansiedeln sollte. Schließlich hat man sie beim Bundesinstitut für Gesundheitswesen angesiedelt. Mittlerweile ist das für uns ein ganz wichtiges Frühwarnsystem, weil dort auch Jugendliche, insbesondere Mädchen, anrufen, die sich selbst mit Medikamenten vergiften. Das heißt, wir haben über die Vergiftungsinformationszentrale einen Teil unseres Monitorings der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Das kann man mit dem Eisberg-Modell beschreiben: Die besten Daten haben wir im Regelfall im Spitalswesen. Suizidversuche oder Hospitalisierungen sind allerdings sozusagen das Ende und nicht der Beginn möglicherweise von psychischen Erkrankungen. Deswegen haben wir andere Datenquellen. Wir nutzen beispielsweise Telefon-Hotlines, von denen wir die Statistiken bekommen. Wir haben eben auch unsere Vergiftungsinformationszentrale, die ein Stück weit das erste Sensorium mitgibt. So

kann man durchaus Systeme ineinander denken. Die Vergiftungsinformationszentrale ist also auch ein Präventionsmechanismus.

Die meisten Vergiftungen insbesondere von kleinen Kindern passieren meistens in der Frühe oder am Abend, wenn die Eltern mit Kochen oder Haushaltstätigkeiten beschäftigt sind. Besonders problematisch sind Substanzen, die man einnimmt und nicht kennt. Wenn jemand von der Arbeit Putzmittel mitnimmt, vorzugsweise in Gebinden, die wie Mineralwasserflaschen aussehen, dann ist die Katastrophe schon vorprogrammiert. Wir nutzen dann diese Informationen, um mit unserem Kuratorium für Verkehrssicherheit und mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt Präventionsprogramme zu entwickeln.

Digitalisierung im Gesundheitswesen am Beispiel Österreichs

Dr. Alexander Degelsegger-Marquez, Abteilungsleiter für Internationales, Policy, Evaluation und Digitalisierung: Ich möchte Ihnen einen kleinen komprimierten Überblick über den aktuellen Stand der Digitalisierung im österreichischen Gesundheitswesen geben.

Das österreichische Gesundheitswesen ist ein föderales System mit allgemeinen Steuerungszuständigkeiten auf der Bundesebene mit den Zuständigkeiten für den intramuralen Bereich auf Landesebene, mit den Zuständigkeiten für den extramuralen Bereich bei den Krankenanstaltsträgern und Sozialversicherungsträgern sowie mit unterschiedlichen Mechanismen, über einen Finanzausgleich die Finanzierungsflüsse zu steuern.

Als Public-Health-Institut denken wir über das öffentliche Gesundheitswesen nach, so natürlich auch über das Thema Digitalisierung. Bei der Frage, wie man das öffentliche Gesundheitswesen digital unterstützen kann, sind wir längst nicht mehr nur bei einer Diskussion, wie man eine Fieberkurve elektronisch darstellen und von Papierprozessen wegkommen kann, sondern wir sind bei der Frage: Wie kann man die digitalen Möglichkeiten von Grund auf nutzen, um die Lösungen, die wir im öffentlichen Gesundheitswesen brauchen, so zu gestalten, dass sie effektiv sind, ohne dabei - das ist für uns als Public-Health-Institut auch wichtig - unbeabsichtigt zu exkludieren anstatt zu inkludieren? Es ist also auch immer mit zu evaluieren, welche Auswirkungen diese Lösungen auf die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen haben.

Es ist auch klar: Die Digitalisierung im Gesundheitswesen hat heutzutage ein disruptives Potenzial, was die Geschäftsprozesse im Gesundheitswesen angeht. Das spürt man natürlich in der Diskussion mit Stakeholdergruppen sehr stark. Wenn man mit einer österreichischen Ärztekammer und dann mit dem Verband der Medizinproduktehersteller zu tun hat, dann hat man mit ganz unterschiedlichen Sichtweisen darauf zu tun, was Digitalisierung kann, soll oder muss.

Sehr spannend sind für uns auch eher sozialwissenschaftliche Konzepte. Es gibt das Konzept der ontologischen Wende, das darauf hinweist: Heutzutage ist eigentlich nicht mehr eine analoge Form die Wirklichkeit, sondern zum Beispiel ein Flugticket existiert ja eigentlich mehr in digitaler Form. Ob man einen Ausdruck davon hat oder nicht, ist fast schon irrelevant; denn wenn der Ausdruck im System nicht mit einem Datenbankeintrag hinterlegt ist, gibt es das Ticket nicht. Das ist auch bei der Gesundheit mitzudenken, weil einerseits die Gesundheit ja der analogste Bereich ist, den es geben kann, weil sie mit unserer Körperlichkeit zu tun hat und Krankheit physisch ist, aber andererseits die digitalen Strukturen, die uns helfen, oft unsichtbar sind.

Einige allgemeine Herausforderungen im Gesundheitssystem, die unsere Länder natürlich auch teilen, sind: Wir haben demografische Herausforderungen, wir haben im Gesundheitswesen Personalressourcenthemen, wir haben Patientenwegethemen, wir haben Unter-, Über- und Fehlversorgung, wir haben die ganze Thematik, von einer kurativen Medizin hin zu Health Promotion, Prävention zu kommen, wir haben Qualitätsthemen und die Frage, wie man Menschen mit chronischen Erkrankungen gut integriert versorgen kann. In allen diesen Bereichen ist die Digitalisierung ein Teil möglicher Antworten und natürlich nicht Selbstzweck. Es geht zum Beispiel darum, Patientinnen und Patienten zu orientieren, dadurch Strukturen zu schützen, aber ohne den Zutritt zu erschweren. Wir haben auch einige Besuche hier gehabt und selber Besuche in nordischen Ländern durchgeführt, wo das Modell eher eine Gatekeeping-Funktion hat, die es bei uns in der Form nicht gibt. Das wird in der Debatte in Österreich von vielen Akteuren positiv bewertet verbunden mit der Aussage, dass man diesbezüglich in Österreich noch nachbessern könnte. Es darf natürlich nicht dazu führen, dass die Leute dann keine Termine bei Fachärztinnen und Fachärzten finden. Das wäre kontraproduktiv.

Diese Steuerung und Orientierungshilfe kann man digital unterstützen. Man kann dann, wenn es um die Strukturen geht, die Prozesse in den Strukturen unterstützen. Es gibt neue Produkte und Dienstleistungen für eine bessere Versorgung. Aus Public-Health-Sicht kann man über digitale Lösungen natürlich auch über Public-Health-Interventionen nachdenken, ohne zu vergessen, zu evaluieren, was die digitalen Tools mit dem System und der öffentlichen Gesundheitsversorgung tun.

Zum aktuellen Stand der Digitalisierung im österreichischen Gesundheitswesen: Wir haben mit der ELGA - der elektronischen Gesundheitsakte - ein nationales Electronic-Health-Record-System am Boden. Im Vergleich zur ePA war es von Anfang an auf Opt-out ausgelegt. Das war zum Zeitpunkt der Gesetzgebung im Jahr 2015 ein großer Schritt. Es war nicht einfach. Es gab dann auch von der Ärztekammer konkret eine Kampagne dagegen. Da gab es ziemlich viele Auseinandersetzungen. Aber das Opt-out steht. Wir haben ungefähr 3,5 % Opt-out. Das heißt, trotz der Kampagne und dieser schwierigen Einführung sieht man ganz klar: Ein Opt-out für Österreich in dem Fall war ein Glücksfall, weil wir uns sonst wahrscheinlich mit dem Onboarding ziemlich abgestrampelt hätten.

Zu den Funktionalitäten: Es gibt E-Befunde - im Detail: ärztliche und pflegerische Entlassungsbriefe und Laborbefunde -, E-Medikation und den E-Impfpass. Man kann natürlich über alle diese Anwendungen trefflich diskutieren, was funktioniert und was nicht funktioniert. Es gibt teilweise Roll-out-Challenges, beispielsweise bestimmte Berufsgruppen, die noch nicht ausreichend angebunden sind, bestimmte Labore, die nicht einmelden. Da gibt es viele Mühen der Ebene, aber das System läuft und steht für die Kommunikation zwischen den Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) - sozusagen für die Business-to-Business-Kommunikation - in der Versorgung zur Verfügung und ermöglicht den Patientinnen und Patienten auch Einblick auf die Daten. Man hat ein Bürgerportal und kann seine Medikation, seine Krankenhausentlassungsbriefe und seine Impfungen sehen.

Es gibt in diesem Universum eine Reihe von neuen eHealth-Anwendungen, die im Aufbau sind. Ein Beispiel, bei dem die GÖG auch von fachlicher Seite involviert ist, ist der elektronische Eltern-Kind-Pass. Österreich hat seit vielen Jahren einen Mutter-Kind-Pass, der jetzt zu einem Eltern-Kind-Pass überarbeitet und digitalisiert wird. Das ist ein sehr spannendes Projekt mit vielen Tangenten. Einerseits geht es darum, die Inhalte auf den neuesten Stand zu bringen. Andererseits

geht es darum, diese extrem wertvollen Kohortendaten auch für Public Health und Gesundheitspolitik nutzbar zu machen. Denn bislang standen teilweise unleserliche Anmerkungen der verschiedenen Health-Professionals in dem gelben Buch. Das gelbe Buch hatte einen hohen, auch emotionalen Wert für die Eltern. Das heißt, so etwas zu digitalisieren ist auch nicht ganz ohne; denn es ist ja gut, ein solches Buch in der Hand zu haben. Da gibt es also jede Menge Themen rundherum.

Es gibt zusätzlich noch immer Services im Feld, die es schon vor ELGA gab, zum Beispiel der gerichtete Befundversand. Es ist schwierig, solche Parallelsysteme aus dem Markt zu bekommen, weil die Gesundheitsdiensteanbieter ja selbstständig sind, sich die Unterstützung auszusuchen, und auch die Sozial- und Krankenversicherungen ihre eigenen Systeme haben.

Nicht einfach ist in einem recht kleinen föderalen Land eine gute Abstimmung zum Beispiel von Patientenportalen und Gesundheitsportalen, weil es teilweise für bestimmte Akteure auf Basis ihrer lokalen politischen Dynamiken oder institutioneller Interessen zum Beispiel Sinn macht, ein eigenes Portal einzuführen. Dann vergisst man oft, dass man das möglichst mit dem abstimmen sollte, was andere tun. Das ist eine Herausforderung im System.

Wir haben mit der Rufnummer 1450 eine Gesundheitsberatungsnummer, die während der Corona-Pandemie eine wichtige Funktion bei der Bewältigung der Pandemie spielte und dadurch auch sehr viel Sichtbarkeit bekommen hat und jetzt eines der Kernprojekte für die digitale Weiterentwicklung ist. Bisher ist das eine Telefonhotline. Dazu soll auch ein Webportal und vielleicht auch eine App entwickelt werden. Generell soll das gemeinsam mit www.gesundheit.gv.at, dem öffentlichen Portal für Gesundheitsinformationen, in Richtung einer bundesweiten Portallösung entwickelt werden.

Bei digitalen Gesundheitsanwendungen und Apps haben wir in den letzten Jahren immer sehr interessiert nach Deutschland und die Dynamik dort geblickt, beispielsweise hinsichtlich der App auf Rezept. Da sind wir noch nicht so weit, eine Lösung zu haben, wie wir mit der Bewertung und der Erstattung der Apps umgehen.

Es gibt auch regional sehr viele Initiativen, die teilweise sehr gut in der Versorgung angekommen sind, zum Beispiel im Diabetesbereich und im Herzinsuffizienzbereich Telemonitoring-Programme. Dabei werden in bestimmten Regionen Patientinnen und Patienten onboarded, und sie bekommen dann zum Beispiel eine App zur Begleitung mit nach Hause und nutzen als Teil ihrer integrierten Versorgung eben auch digitale Tools.

2023 gab es parallel zu den Finanzausgleichsverhandlungen zwischen Bund, Ländern und Gemeinden in Österreich Anstrengungen zu einer Gesundheitsreform, die sehr viele Pakete hatte und bei der auch ein Paket rund um das Thema Digitalisierung geschnürt wurde. Es wurden 51 Millionen Euro jährlich bis 2028 für die bessere digitale Unterstützung vorgesehen.

Ganz wichtig ist auch das Commitment, sich an einer gemeinsam definierten eHealth-Strategie zu orientieren, wo die GÖG die Ehre hatte, den Prozess inhaltlich und fachlich zu begleiten. Wir haben jetzt im Juni 2024 die erste österreichische eHealth-Strategie präsentiert, die im Einklang mit dem Vorhaben der Gesundheitsreform versucht, alle Akteure, Entscheidungsträger und andere Stakeholder für eine gemeinsame Vision in Richtung 2030 an Bord zu bekommen. Der Pro-

zess bestand, ganz grob zusammengefasst, daraus, dass die Entscheidungsträger im System - also Bund, Bundesländer und Sozial- und Krankenversicherungsträger - eine Arbeitsgruppe gebildet und einen ersten Entwurf entwickelt haben, weil bei den Entscheidungsträgern einfach sehr viel Wissen vorhanden ist. Es sind die Akteure, die ELGA entwickelt haben und die natürlich auch als Zahler und Regulatoren im System eine Vorstellung davon haben, in welche Richtung es gehen könnte. Dieser Entwurf wurde dann in einem öffentlichen Prozess einer Fachcommunity vorgelegt und in Arbeitsgruppen weiter verfeinert, weiterentwickelt und im Juni wieder von der sogenannten Bundeszielsteuerungskommission, also dem höchsten Governance-Gremium der drei Systemsteuerungspartner, verabschiedet.

Die Strategie definiert acht strategische Ziele, damit zusammenhängende operative Ziele und Maßnahmen und orientiert sich an der Vision 2030, in der wir aus der Sicht unterschiedlicher Akteure im System - Bürgerinnen und Bürger, Gesundheitsdiensteanbieter, auch Gesundheitspolitik - definiert haben, wie die digitale Unterstützung des öffentlichen Gesundheitswesens im Idealfall aussieht. Die Ziele und Maßnahmen orientieren sich in diese Richtung.

Zunächst geht es um digitalen Zugang zum System und um dessen Verbesserung. Das steht im Zusammenhang mit der Diskussion rund um die Patientenwege und Orientierung. Hier ist ein Commitment seitens der Systemsteuerungspartner zu einer Art Digital-First-Prinzip. Das steht auch in der Gesundheitsreform: digital vor ambulant vor stationär. Wir diskutieren regelmäßig über diese Benennung, weil sie je nach Sichtweise immer ein bisschen unglücklich ist; denn ambulant ist ja auch digital unterstützt ebenso wie stationär. Aber die Idee ist, dass der Erstkontakt in Richtung einer Versorgung für alle, die das wollen und können, digital erfolgen kann - nicht muss. Dafür braucht es unterschiedliche Weiterentwicklungen. Zum Beispiel gibt es keine gut skalierende Lösung für Online-Terminvereinbarungen im österreichischen Gesundheitswesen. Da gibt es verschiedene Initiativen, aber nichts, was so richtig gut skaliert.

Das zweite Ziel ist, telemedizinische Präventions- und Versorgungsangebote zu schaffen. Hierbei hatten wir eine ähnliche Problematik. Vor allem mit dem extramuralen Sektor hatten wir das Thema, dass hier Softwareanwendungen im Feld sind und Ärztinnen und Ärzte einfach entscheiden, welche Software sie möchten. Dann eine Videokonsultationssoftware zu implementieren, die wiederum über alle Plattformen gut funktioniert, ist nicht einfach. Hier soll es auch weitere Anstrengungen geben.

Die Frage ist auch - auch hier haben wir interessiert auf die deutsche Strategie des BMG geblickt -, in welchen Settings Telemedizin eigentlich funktioniert und skaliert. Ich kann mich erinnern, in der deutschen Strategie ist von einer assistierten Telemedizin in den Apotheken die Rede. Solche Diskussionen hatten wir dann auch. Wie Sie sich vorstellen können, wurde von den Stakeholdern sehr leidenschaftlich diskutiert, wo das stattfinden könnte. Da sollen jetzt Konzepte erprobt werden, die durchaus vielversprechend sind.

Die Ziele 3 und 4 haben sehr viel mit dem Triebwerk des Systems zu tun. Dabei geht es um technische Punkte wie Rollenmodelle, Berechtigungssysteme, etwa wie wir erreichen, dass Zahnärztinnen, Zahnärzte, Hebammen etc. auf ELGA-Daten zugreifen können, und welche zentralen Services wir brauchen.

Die Ziele 5 und 6 drehen sich ganz wesentlich um Gesundheitsdaten. Das Ziel 5 orientiert sich an der Frage, welche öffentlichen Register das System eigentlich braucht, um eine gute Steuerung

zu ermöglichen, um zum Beispiel Daten für die Analysen verknüpft und nicht fragmentiert vorliegen zu haben, und welche Art der Sekundärnutzung wir auch im Hinblick auf den europäischen Gesundheitsdatenraum umsetzen können und müssen. Denn in der Pandemie haben wir gesehen, dass selbst die Akteure, die für das Pandemie-Management zuständig waren, über die Datenbestände und Datensilos gestolpert sind, weil man Datenbestände nicht verknüpfen konnte, weil es institutionelle Interessen gab, weil die Rechtsgrundlagen zu fragmentiert waren.

Die Ziele 7 und 8 sind Crossover-Ziele: Innovationen zugänglicher machen. Das hängt auch ein bisschen mit dem Thema digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGAs) zusammen. Wir sehen auch in Österreich, obwohl das ein kleiner Markt ist, immer wieder innovative Akteure, die sich bemühen und fragen: Wie komme ich da eigentlich in die Regelversorgung? Es ist ein bisschen suboptimal, sie immer von A nach Z zu schicken und die potenziellen Käufer und Anbieter alle zu frustrieren.

Digitale Kompetenzen sowohl aufseiten der Bürgerinnen und Bürger, der Patientinnen und Patienten sowie der Professionals sind auch ganz wesentlich. Denn wenn wir das System stärker digital unterstützen wollen, müssen wir auch die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Leute damit arbeiten können.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Inwiefern gibt es eine nationale Gesetzgebung, die darüber liegt, wie in Deutschland beispielsweise das Onlinezugangsgesetz?

Dr. Alexander Degelsegger-Marquez: Das österreichische Gesundheitstelematikgesetz regelt den Umgang mit Gesundheitsdaten und legt zum Beispiel fest, dass man nur von öffentlichen Portalen auf ELGA-Daten zugreifen darf. Das ist eine gute, DSGVO-konforme Gesetzgebung. Aber man hat mit der Innovativität im System ein bisschen Schwierigkeiten. Es gab zum Beispiel unlängst Diskussionen über den Zugriff auf ELGA-Daten bei der Hotline 1450. Es ist sinnvoll, in einer Erstanamnese auch zu wissen, was im Vorfeld schon war und was die Person am Telefon in dem Moment vielleicht vergisst. Dann muss das gemäß Gesundheitstelematikgesetz ein registrierter Gesundheitsdiensteanbieter sein, was die Hotline 1450 in den unterschiedlichen Ausformungen lange Zeit nicht war. Dann hat man überlegt, dass das Gesetz angepasst werden muss usw. Ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz beispielsweise wie in Deutschland gibt es in Österreich noch nicht. Auch auf Basis der komplexen Einführung der Primärversorgungsdaten rund um ELGA war diese Sekundärnutzung komplett ausgeklammert, weil es ein No-Go war, die Daten für irgendeine Art der Sekundärnutzung anzugreifen. Das heißt, das sind getrennte Welten.

Gestaltung der österreichischen Krankenhauslandschaft

Dr. Gerhard Fülöp, Abteilungsleiter Planung und Systementwicklung: In meinem Vortrag über die Krankenhausplanung in Österreich, den Spagat zwischen Spezialisierung und Grundversorgung in der Fläche, die Situation in der Geburtshilfe und bei der pädiatrischen Versorgung im Flächenland sowohl ambulant als auch stationär kann ich unmöglich jedes Detail erklären, sondern kann ich nur einen atmosphärischen Satellitenflug über diese Themen bieten.

Zum Thema Geburtshilfe vorab: Wir haben in Österreich die Frauenheilkunde, also Gynäkologie, und die Geburtshilfe meistens sozusagen in einem Paket in der Facharztausbildung. In der real

existierenden Krankenhauslandschaft gibt es von schätzungsweise 100 Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe vielleicht zwei oder drei, die nur Gynäkologie betreiben, und zwei oder drei andere, die sich auf die Geburtshilfe beschränken. Im Regelfall wird in Österreich beides gemeinsam betrieben. Deswegen gibt es auch gemeinsame Planungsrichtwerte.

Die „Zielsteuerung-Gesundheit“ ist das auf der seit 2014 bestehenden Gesundheitsreform basierende Planungs- und Steuerungssystem in Österreich, geschuldet dem sehr komplexen Aufbau mit getrennten Verantwortlichkeiten für die Rahmengesetzgebung für den Krankenhausbereich auf Bundesebene sowie die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung auf Landesebene. Für den extramuralen Bereich sind die Sozialversicherungs- und Krankenversicherungsträger zuständig. Aus diesem Grund gibt es diese „Zielsteuerung-Gesundheit“, die alle diese Akteure an einen Tisch holt, also den Bund, neun Bundesländer und je nach Themenstellung drei, vier oder fünf Sozial- oder Krankenversicherungsträger samt der Dachorganisationen. In diesem gemeinsamen Rahmen werden bis hin zur Bundeszielsteuerungskommission praktisch alle Themen zumindest diskutiert, meistens auch entschieden, unter anderem auch der Österreichische Strukturplan Gesundheit.

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit ist 2006 entstanden aus dem Vorläufer des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans und hat zum Ziel, sämtliche Sphären und Teilbereiche der Gesundheits- und Sozialversorgung im regionalen Kontext gemeinsam zu betrachten und gemeinsam zu analysieren, also nicht nur die Akutkrankenanstalten mit den Spitalsambulanzen, sondern unter anderem auch den extramuralen Bereich, die Ambulatorien, die Hausärzt*innen, den stationär-ambulantem Rehaeinrichtungen, die Altenpflegeheime und auch die präklinischen Notfallversorgungs-, Rettungs- und Krankentransportdienste.

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit gibt die bundesweit einheitliche Rahmenplanung bezüglich Planungsrichtwerten für Betten pro 1 000 Einwohner und mögliche Erreichbarkeiten vor. Innerhalb dieses Rahmens haben die neun Bundesländer ihre Regionalen Strukturpläne Gesundheit, also die Beplanung des einzelnen Krankenhauses mit Betten, mit spezialisierten Strukturen etc., zu erstellen. - Von der Darstellung der Rechtsordnung in Österreich und der kompetenzrechtlichen Problemlagen sehe ich an dieser Stelle ab; denn das ist nicht ganz trivial. All das ist auch ein Grund dafür, warum wir diese „Zielsteuerung-Gesundheit“ seit 2014 ins Leben gerufen haben.

Zu den Fachrichtungen Geburtshilfe und Pädiatrie sowie zu der Frage, wie wir den Spagat zwischen Spezialisierung und Grundversorgung schaffen: Wir bedienen uns in Wahrheit seit den späten 1980er-Jahren eines Konzepts aus der Raumplanung, nämlich der Theorie der Zentralen Orte von Walter Christaller. Die Grundidee dahinter ist: Güter des täglichen Bedarfs - ganz normale Blinddarmentzündungen oder Hautreizungen -, also einfache, nicht spezialisierte Leistungen, sind dezentral verteilt mit kleinen Einzugsbereichen und kurzen Erreichbarkeiten. Diese sollen als Nahversorger verfügbar sein. Das ist sozusagen die Welt der normalen, kleineren Geburtshilfe oder pädiatrischen Abteilung und der darunterliegenden Versorgungsformel, auf die ich noch zurückkommen werde. Wir haben nämlich nicht nur die normale Krankenhausabteilung, sondern auch sogenannte reduzierte Organisationen bis hin zu sogenannte dislozierten Tageskliniken, die als Satelliten von einer Abteilung an einem anderen Krankenhausstandort dranhängen. Das Mittelzentrum sind die schon spezialisierten Bereiche, wo man zwar noch keine Spitzenmedizin, aber durchaus speziellere, komplexere, gefährlichere, teurere Leistungen anbietet. Dort gibt es entsprechende Stufen in der Pädiatrie genauso wie in der Gynäkologie.

Oberzentren gibt es nur wenige, und zwar nicht flächendeckend, sondern mit langen Anfahrtswegen. Das sind die Universitätskliniken mit den spitzenmedizinischen Leistungen, wo wir auch ein spezielles Segment in Österreich haben, das dann auch mit den Mindestmengen-Fragestellungen zu tun hat und das wir als überregionale Versorgungsplanung bezeichnen, zum Beispiel die Kinderkardiologie, Kinderherzkatheter, Kinderonkologie in den spezialisierten Zentren, Frühgeburtshilfe, die Perinatalzentren. Das sind die hochspezialisierten, nur selten oder wenig vorhandenen Standorte in den sehr großen Kliniken. Beispielsweise das AKH Wien, das Universitätsklinikum, verfügt über 2 000 Betten.

Nach diesem Prinzip der Zentralen Orte haben wir seit den 1980er-Jahren versucht, die vorgefundene Landschaft an Abteilungen, an Betten, an Krankenanstalten, auch an Standorten von Krankenanstalten neu zu ordnen. Ein Instrument dafür sind die sogenannten Planungsrichtwerte im Österreichischen Strukturplan Gesundheit, der einschließlich des umfangreichen Tabellenbandes auch im Internet verfügbar ist.¹

Nach den Planungsrichtwerten für den akutstationären Bereich, also für den Betten führenden Bereich soll hinsichtlich der Erreichbarkeit dafür Sorge getragen werden, dass in ganz Österreich sichergestellt ist, dass binnen 45 Minuten die jeweils nächstgelegene gynäkologische und geburtshilfliche Abteilung von mindestens 90 % der Wohnbevölkerung über den Straßenverkehr erreicht werden kann. Für diese Fachrichtung sollen zwischen 9 und 15 Betten pro 1 000 Einwohner in jedem Bundesland vorgehalten haben. Das ist eine Rahmenvorgabe im Regionalen Strukturplan Gesundheit eines Landes, die einzuhalten ist und auch kontrolliert wird. Wir kontrollieren auch, ob die Geburtshilfebetten in dem entsprechenden Intervall tatsächlich vorgehalten werden.

Ein wesentlicher Parameter ist auch die Mindestbettenzahl. Wir wollen keine 5-Betten-Abteilungen, sondern gewisse Mindestmengen auch in der ganz normalen pädiatrischen Abteilung. Die Mindestbettenzahl beträgt schon seit Jahren 20 - natürlich nicht mit leer stehenden Bettstellen, sondern mit durchschnittlich zu 85 % belegten 20 Betten. Wenn ein Standort nur 5 Betten erreicht, muss man sich die Frage stellen, ob dort eine Vollabteilung Sinn macht und ob man sich dort nicht eine dislozierte Tagesklinik oder eine ähnliche Organisation alternativ überlegt.

Das ist bei der Kinder- und Jugendheilkunde analog zu sehen. Das ist dieselbe Systematik wie auch bei der Geburtshilfe. Es gibt auch noch weitere Listen für alle Fachrichtungen in der österreichischen Krankenhauslandschaft.

Im Österreichischen Gesundheitssystem ist auch die Gesamtheit aller DRG-Daten oder LKF-Daten (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) aus dem Jahr 2023 von Patientinnen enthalten, die in Gynäkologie-/Geburtshilfeabteilungen behandelt wurden. Darin sind auch die tatsächlichen Patientenströme und tatsächlichen Einzugsbereiche hin zu den

¹ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG.html>

Standorten von Gynäkologie/Geburtshilfe-Abteilungen in den österreichischen Krankenanstalten dargestellt. Daraus wird deutlich: Je näher solche Einrichtungen verfügbar sind, desto häufiger ist auch die Inanspruchnahme zu erwarten. Man könnte auch sagen: Das ist angebotsinduzierte Nachfrage. Deutlich wird aber auch, dass der Erreichbarkeitsrichtwert von 45 Minuten im Straßenverkehr für 90 % der Wohnbevölkerung in Österreich ganz locker eingehalten wird. Nicht eingehalten wird dieser Erreichbarkeitsrichtwert bei kaum besiedelten Tiroler Bergdörfern und im Norden in den Abwanderungsregionen im tschechischen Grenzgebiet, wo fast keine Einwohner leben. In Österreich gibt es aber noch viel zu viele besondere, aber auch allgemeine Krankenhausstandorte in diesem Bereich. Das ist in Österreich ein bisschen anders als in Deutschland. Wir haben kein Wettbewerbssystem, sondern eine politisch gedeckte, quasi automatische Abgangsabdeckung für defizitäre Krankenhäuser. Sie werden mit politischer Rückendeckung einfach weiter am Leben gehalten. Das ist oft ziemlich sinnfrei, aber sie haben ja auch eine regionalwirtschaftliche Funktion; deshalb bleiben sie erhalten.

An einzelnen Standorten in der Krankenhauslandschaft sind die Gynäkologie und Geburtshilfe in den letzten Jahren geschlossen worden. Dort stehen aber im extramuralen Bereich nach wie vor niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Verfügung. Das, was sie nicht abdecken können, wird dann über die Krankenhausabteilungen entweder in der Ambulanz oder im Bett abgedeckt. Das ist die spitalsambulante und extramurale Versorgungslandschaft.

Auch die intramurale akutstationäre Landschaft können wir innerhalb von wenigen Sekunden über unser ÖGIS für jede beliebige Fachrichtung für jedes beliebige Jahr bis zum Jahr 1992 zurück abbilden.

Bei der Kinder- und Jugendheilkunde fällt auf, dass es in Österreich ein Bundesland mit nur zwei Abteilungen gibt: die Steiermark. Aber auch das wird durch mit Kassenvertrag niedergelassene Fachärzte für Pädiatrie kompensiert.

Am Beispiel der Geburtshilfe möchte ich die Hierarchie nach dem Konzept der Zentralen Orte von Walter Christaller erläutern. Die Geburtshilfe ist ein spezialisiertes und sehr genau definiertes High-End-Segment. In der höchsten Stufe ist das Perinatalzentrum, die mittlere Stufe ist die Schwerpunktversorgung A und B, in der Grundversorgung ist schließlich die ambulante extramurale Hebammengeburt. Für jede dieser Stufen gibt es Strukturqualitätskriterien, allerdings nicht in Form von Personalkennzahlen, also Vollzeitäquivalenten (VZÄ) pro Bett, sondern in Form von Anwesenheiten. Bestimmte Personaldichten müssen vorgehalten werden und werden auch kontrolliert, um dann auch die entsprechenden DRG-Punkte zu bekommen. Wenn sie nicht eingehalten werden, erfolgen Abschläge oder gar keine DRG-Punkte bzw. LKF-Punkte. Das ist sozusagen das finanzielle Steuerungsinstrument, das diese Planung begleitet. Die Personalanwesenheitskriterien sind im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) niedergelegt.

Es werden auch bestimmte apparative Ausstattungen gefordert abhängig von der Stufe der Versorgung, analog auch für die Kinder- und Jugendheilkunde, für kinder- und jugendmedizinische Zentren, für kinder- und jugendmedizinische regionale Schwerpunkte und lokale Schwerpunkte bis hin zur kindermedizinischen Basisversorgung. Für Perinatalzentren gibt es - das ist allerdings historisch eher zufällig entstanden - im Hintergrund noch Planungsrichtwerte. Der Planungs-

richtwert für ein Perinatalzentrum beträgt mindestens 500 000 Einwohner im Einzugschwerpunkt. 120 Minuten ist diese Erreichbarkeitsvorgabe. Das heißt, es sind sehr wenige für ganz Österreich.

Umgesetzt wird das über Regionale Strukturpläne Gesundheit über eine relativ komplexe RSD-Planungsmatrix, in der es Einträge für Kinder- und Jugendheilkunde, für Kinder- und Jugendchirurgie, die in Österreich ein eigenes Sonderfach ist, Gynäkologie und Geburtshilfe gibt. Darin werden die Abstufungen für Spitzenmedizin - also Referenzzentren, Perinatalzentren etc. -, Schwerpunkte - das ist die mittlere Ebene - und für die Basisversorgung für jedes Krankenhaus eingetragen und in einem Bundesländer-Zonenblatt in der Menge dargestellt. Das heißt, es gibt eine klare Beschreibung für jedes einzelne Krankenhaus, was es zu tun hat, durch den Grad der Spezialisierung und welchen Typ von Abteilung für Geburtshilfe oder Pädiatrie es vorzuhalten hat. Dem hat das Krankenhaus auch nachzukommen, weil anderenfalls - auf gut Österreichisch ausgedrückt - der „LKF-Hammer“ zuschlägt. Wenn die Krankenhäuser gegen die Vorgaben im Regionalen Strukturplan Gesundheit verstoßen und sich quasi weigern, das einzuhalten, dann gibt es kein Geld dafür. Das gilt auch, wenn sie die Strukturqualitätskriterien oder Mindestfrequenzen - in Deutschland ist das die Mindestmengenregelung - nicht erfüllen. Wenn die Mindestmenge über einen Dreijahreszeitraum hinweg dauerhaft nicht erfüllt werden kann - diese haben wir für 10, 15 oder 20 verschiedene Indikationsgruppen -, dann gibt es für die betreffenden Leistungen keine LKF-Punkte, keine DRG-Punkte. Das ist der Durchsetzungsmechanismus.

Entlang dieser Abstufung ist jede einzelne medizinische Einzelleistung „MEL“ definiert, welche Mindeststruktur vorgehalten muss, damit die betreffende medizinische Leistung erbracht werden darf. Das wird von der Gesundheit Österreich GmbH alljährlich über ein Monitoring kontrolliert. Wenn das dauerhaft nicht eingehalten wird, gibt es eine LKF-Sanktionierung.

So weit ein kurzer Überblick, wie wir versuchen, das in den Griff zu bekommen. Ich behaupte nicht, dass wir alles in den Griff bekommen, weder mit dem ÖSG noch mit den RSGs. Aber im Laufe der letzten 30, 35 Jahre hat sich von einem ziemlichen Wildwuchs, den es in Österreich in den 1980er-Jahren gegeben hat, vieles in Richtung Qualitätssicherung, geordnete Strukturen und vernünftige regionale Anordnung von Krankenhausstandorten entwickelt. Ein Problem-punkt ist immer noch die Abstimmung zum extramuralen Bereich. Die beiden getrennten Welten zwischen der Landesverantwortung im Krankenstättenbereich und der Sozialversicherungsverantwortung im extramuralen Bereich führen sehr oft zu sogenannten negativen Kompetenzkonflikten. Jeder möchte, dass der Patient im anderen Bereich versorgt wird und dort Kosten verursacht, und fühlt sich für den Patienten, wenn dies möglich ist, nicht zuständig. Dieses Match haben wir nach wie vor. Daran ändert die Zielsteuerung Gesundheit leider nicht wirklich etwas. Aber man kann das ausdiskutieren und in vielen Fällen auch zu vernünftigen Lösungen gelangen.

Arzneimittelversorgung in Österreich

Dr. Sabine Vogler: Ich leite bei der Gesundheit Österreich die Abteilung Pharmaökonomie und bin Direktorin eines WHO-Kooperationszentrums für Arzneimittelpreisbildung und -erstattung. Der Hintergrund meiner Arbeit und meines Teams bezieht sich stark auf den Bereich Preisbildung und Erstattung. Wir unterstützen aber nicht nur das österreichische Ministerium, sondern haben auch ein internationales Behördennetzwerk mit 50 Ländern aufgebaut, das nicht nur dem

Austausch zwischen den Ländern, sondern zum Beispiel auch der Erfassung systemischer Daten dient.

Wir sind auf der Ebene der Versorger und der Wirtschaft die zentralen Akteure. Vertreiber ist in Österreich im Wesentlichen die Pharmaindustrie, aber es gibt hier auch ein paar Generika-Unternehmen. Im Industrieverband sind über 200 vertreten. Ein Arzneimittel wird in Österreich über den Großhandel vertrieben, nämlich über sechs vollsortierte Großhändler, die das gesamte Sortiment abdecken. Ferner gibt es 35 Händler, die grundsätzlich über eine Großhandelslizenz verfügen, aber den Markt nicht mit einem Vollsoriment versorgen.

Im niedergelassenen Bereich gibt es in Österreich etwas mehr als 1 400 öffentliche Apotheken. Dabei handelt es sich um private Apotheken, aber nach dem Öffentlichkeitsrecht, die die Patient*innen und Kund*innen sozusagen von der Straße versorgen. Ferner gibt es immer noch knapp 900 apothekenführende Ärzte. Es gab mal eine Zeit, in der es gleich viele Apotheken und Ärzte gegeben hat. Das Verhältnis zwischen diesen beiden Berufsgruppen ist aber durchaus angespannt. Nach dem Gesetz gibt es immer noch diese Hausapotheken, aber deren Zahl nimmt ab. Beliefert werden dürfen die Hausapotheken nur von den öffentlichen Apotheken.

Ein österreichisches Spezifikum besteht darin, dass nicht jedes öffentliche Spital über eine Krankenhausapotheke verfügt. Nur etwa 17 % aller öffentlichen Krankenanstalten verfügen über eine echte Krankenhausapotheke. Die anderen haben sogenannte Arzneimitteldepots, die entweder von der öffentlichen Apotheke oder von einer Krankenhausapotheke beliefert werden. Es gibt auch einen Sonderfall: Fünf Apotheken agieren doppelt, nämlich sowohl im Krankenhaus als auch als öffentliche Apotheke.

Im Folgenden möchte ich den regulatorischen Policy-Ablauf eines Arzneimittels in Österreich darstellen.

Für die Zulassung eines Arzneimittels gibt es verschiedene Verfahren, nämlich das zentralisierte Zulassungsverfahren durch die EMA, nach dem das Arzneimittel in allen EU-Ländern auf den Markt kommt, und das dezentralisierte Verfahren auf gegenseitige Anerkennung. Das ist in der Europäischen Union überall gleich. Die nationale Zulassungsbehörde in Österreich ist die AGES Medizinmarktaufsicht.

Wenn einem Arzneimittel die Zulassung erteilt worden ist, dann bedeutet dies, dass dieses Arzneimittel sicher, wirksam und qualitativ hochwertig ist, sodass es auf den Markt gebracht werden darf. Danach folgt der Prozess der Preisbildung und -erstattung, der diesem Prozess in vielen anderen Ländern gleicht, aber nicht demjenigen in Deutschland, wo ein Produkt gleich am nächsten Tag nach der Zulassung auf den Markt gebracht werden kann. In Österreich erfolgt zunächst das Preisbildungs- und -erstattungsverfahren. In Deutschland gibt es mit dem ASMNOG-Prozess einen sehr starken HTA-Prozess. In Österreich haben wir einen kleinen HTA-Prozess (Health Technology Assessment) im niedergelassenen Sektor. Im stationären Sektor sind wir gerade dabei, etwas aufzubauen.

In Österreich haben wir das große Problem, dass es unterschiedliche Behörden, Entscheider und Financiers für den niedergelassenen Sektor gibt und dass auch der stationäre Sektor mit den verschiedenen Krankenanstalten sehr zersplittert ist. Ein Unternehmen kann entscheiden, dass

sein Arzneimittel auch im niedergelassenen Sektor zu verabreichen ist. Dann kommt der europäische Durchschnittspreis zur Preisbildung zum Tragen. Der Antrag wird zwar zunächst beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz eingereicht, aber er geht dann gleich an die zuständige Behörde, nämlich den Dachverband der österreichischen Sozialversicherung. Der europäische Durchschnittspreis bedeutet, dass ein neues Arzneimittel maximal den Preis für das Arzneimittel in anderen Ländern haben darf. Wir nehmen als Referenz alle anderen EU-Länder. Das ist ein ziemlich aufwendiger Prozess. Wir haben vor 20 Jahren damit begonnen, das System von Preisdatenbanken aufzubauen. Die Gesundheit Österreich GmbH unterstützt das Ministerium dabei. Denn wenn Unternehmen Anträge stellen, können wir nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz gefragt werden, die Daten des Unternehmens zu überprüfen. In der heutigen Zeit ist das nicht mehr etwas Besonderes. Vor 10 bis 20 Jahren, als man noch mehr von den Daten des Unternehmens abhängig war und es nicht viele andere Preisquellen gab, war das etwas Zentrales.

Für den europäischen Durchschnittspreis gilt, wenn es sich bei dem Arzneimittel um ein Generikum oder Biosimilar handelt, die sogenannte Generika-Preisregelung. Danach muss das Generikum einen bestimmten Abschlag beim Preis gegenüber dem Original haben. Es wird aber auch gefordert, dass der Preis für das Originalpräparat nach drei Monaten um 30 % sinkt. Das ist also ein sehr deterministisches System. Man lässt also nicht den Wettbewerb spielen - dann wären vielleicht noch mehr Abschläge möglich -, sondern das ist ein sehr klar vorgegebenes System. Lange Zeit hat man von Nachfolgerprodukten gesprochen, also immer die gleichen Abschläge. Bei der Reform im Jahr 2017 wurde festgelegt, dass es unterschiedliche Abschläge für Generika und Biosimilars gibt. Die Abschläge für Biosimilars sind niedriger; ihnen werden also höhere Preise zugesprochen. - So weit zu der Ebene der Fabrikabgabepreise.

Im Erstattungskodex (EKO) sind diejenigen Arzneimittel aufgelistet, die in Österreich für den niedergelassenen Sektor zugelassen sind. In Österreich gibt es de facto nur diese Positivliste und keine Negativliste für Arzneimittel. Es gibt aber eine Negativliste für bestimmte Arzneimittelkategorien, zum Beispiel Lifestyle-Produkte, Produkte zur Nikotinentwöhnung und auch Krankenhausprodukte, also Arzneimittel, die im Wesentlichen für Krankenanstalten vorgesehen sind.

Der Erstattungskodex gliedert sich in drei Bereiche, die sogenannte Grüne Box, Gelbe Box und Rote Box. Wenn der Preis für ein Arzneimittel beantragt wird, kommt es zunächst in die „Rote Box“, und zwar für maximal 180 Tage entsprechend der EU-Transparenzrichtlinie, nach der eine Entscheidung über den Preis und die Erstattung innerhalb von 180 Tagen erfolgen sollte, es sei denn, das Verfahren wird unterbrochen. Während das Arzneimittel in der „Roten Box“ ist und maximal den europäischen Durchschnittspreis hat, läuft das HTA-Verfahren, in dem der Dachverband der Sozialversicherungsträger das Arzneimittel pharmakologisch, medizinisch-therapeutisch und gesundheitsökonomisch bewertet. Die Heilmittlevaluierungskommission ist dann quasi das Appraisal-Board. Sie ist bei Weitem nicht mit dem G-BA in Deutschland zu vergleichen, sondern kleiner; darin sind aber diverse Akteure vertreten: Sozialpartner, die Ministerien, die Wirtschaft.

Wenn die Entscheidung getroffen wird, das Medikament in den Erstattungskodex in die „Grüne Box“ aufzunehmen, dann bedeutet dies, dass der Arzt bzw. die Ärztin dieses Medikament entsprechend den Fachinformationen frei verschreiben kann.

In der „Gelben Box“ sind all jene Medikamente, die vom Arzt bzw. von der Ärztin nicht frei verschrieben werden können, sondern der Zustimmung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes bedürfen. In dieser „Gelben Box“ sind tendenziell Produkte mit einem signifikanten Zusatznutzen. Für Medikamente in der „Dunkelgelben Box“ muss nicht vorab die Bewilligung eingeholt werden, sondern es gibt dann eine Ex-Post-Kontrolle bei der Dokumentation.

In den letzten Jahren hat auch die sogenannte „No Box“ an Bedeutung gewonnen. Für ein Arzneimittel, das nicht im Erstattungskodex ist, weil es abgelehnt wurde oder weil ein Unternehmen nicht den ganzen HTA-Prozesse durchlaufen wollte, sondern das Arzneimittel gleich für Krankenhäuser entwickelt hat, kann ein Patient oder eine Patientin einen individuellen Antrag auf Erstattung stellen. Dann wird es trotzdem von der Sozialversicherung bezahlt. Im letzten Jahrzehnt sind viele, auch teure Arzneimittel auf diese Weise von der Sozialversicherung auf Einzelbewilligungen hin erstattet worden.

Wenn wir über Herausforderungen reden, dann war diese „No Box“ eines der Probleme. In dieser „No Box“ waren auch Produkte, deren Preis nicht geregelt war, weil sie ja nicht den klassischen Prozess durchlaufen haben. Dafür hat man jetzt die Regelung gefunden, dass dann, wenn „No Box“-Produkte im Vorjahr eine Dreiviertelmillion Euro Umsatz mit der Kasse gemacht haben, rückwirkend die Durchschnittspreisregelung angewendet wird.

Auf der Ebene Großhandel und Apotheken sind auch Höchstaufschläge geregelt. Es gibt zwei unterschiedliche degressive Schemen im Großhandel: ein Schema für die „No Box“- und „Red Box“-Produkte und ein anderes Schema für Arzneimittel in der „Grünen Box“ und „Gelben Box“. Beim Großhandel gibt es ja einen Unterschied bei der Logistik. 2004 hat man die Entscheidung getroffen, so zu verfahren. Die Aufschläge sind also schon relativ alt. Auch bei den Apotheken gibt es zwei verschiedene Schemen: Ein Schema ist mit niedrigeren Aufschlägen für die Apotheken verbunden. Das sind die sogenannten begünstigten Bezieher: Krankenkassen, Gemeinden, Länder, also der öffentliche Sektor. Der Aufschlag für sie ist nicht so hoch wie bei den Privatkunden. Außerdem gibt es noch einen Privatkundenaufschlag.

Insgesamt kann man sagen: Der niedergelassene Sektor ist relativ gut reguliert. Im stationären Sektor gibt es in Österreich de facto keine Preisregulierung. Für nicht erstattungsfähige Arzneimittel gibt es nach dem Preisgesetz zwar eine Preismeldung, aber keine Intervention, also kein HTA bislang. Die einzelnen Krankenhäuser bzw. Krankenhausträger beschaffen dann gemeinsam. Individuell werden die Managed Entry Agreements verhandelt, die in Österreich „Preismodelle“ heißen. Auch die Sozialversicherung verhandelt diese Managed Entry Agreements. Im Erstattungskodex findet man bei den Produkten, bei denen solche vertraulichen Rabatte verhandelt wurden, die Abkürzung „PM“ für „Preismodell“. Man kann zumindest erkennen, welche Produkte es sind. Für den stationären Sektor wissen wir das nicht.

Zur Finanzierung: Medikamente in Krankenhäusern sind Teil des LKF-Systems mit ein paar Ausnahmen. Diese medizinischen Einzelleistungen „MEL“ sind definiert und werden extra erstattet. Der Einkauf funktioniert über die Arzneimittellisten für das einzelne Krankenhaus.

Österreich gehört eher zu den sogenannten First Launch Countries. Ein Produkt kommt häufig zuerst in Deutschland und anschließend schon in Österreich auf den Markt, obwohl Österreich nur ein kleiner, allerdings interessanter und hochpreisiger Markt ist. Wir kämpfen mittlerweile aber auch mit den teuren Therapien, die vor allem im Krankenhaus erfolgen. Dafür wurde jetzt

die Lösung gefunden, dass in diesen Einzelfällen alle Systempartner - Bund, Sozialversicherung, Länder - gemeinsam einzahlen. Dafür gibt es also ein extra Arzneimittelbudget. Das ist eine Neuerung, weil wir das Problem haben, dass wir keinen HTA-Prozess im stationären Sektor haben, obwohl dies eigentlich wäre. Einzelne Bundesländer haben sozusagen Mini-HTA-Prozesse aufgebaut. Auf der im Vorjahr geschaffenen gesetzlichen Grundlage wird morgen die erste Sitzung des Bewertungs-Boards stattfinden. Dabei handelt es sich um einen HTA-Prozess für den stationären Sektor, allerdings nur für ausgewählte hochpreisige und spezialisierte Arzneimittel an der Schnittstelle, weil wir das erwähnte Problem des fragmentierten Systems haben, in dem jeder Financier die Kosten auf die andere Seite verschieben möchte.

So weit mein Überblick. Das fragmentierte Arzneimittelsystem in Österreich stellt natürlich eine Quelle für Schwierigkeiten dar. Es wird immer wieder versucht, dieses Problem anzugehen. Ideal wäre natürlich die Finanzierung aus einer Hand. Das wird aber nicht so bald oder gar nicht kommen. Darum werden halt Work-around-Lösungen gefunden. Das Problem bei dieser Fragmentierung ist nicht nur, dass die Patientinnen und Patienten immer hin und her geschoben werden, sondern uns fehlen zum Teil auch Daten. Der Krankenhaussektor ist sehr fragmentiert. Insofern können wir beispielsweise nicht die Ausgaben für ein bestimmtes Produkt im Krankenhaussektor und die Verbrauchsdaten beziffern. Diese Daten haben wir schlicht nicht. Man kann diese Daten für viel Geld von privaten Anbietern beschaffen. Man könnte auch an die neun Bundesländer herantreten. Jedes Bundesland sammelt diese Daten in seinen Krankenhäusern, aber wir haben diese Daten nicht auf Knopfdruck. Das erschwert natürlich auch die Steuerung von der politischen Ebene. Wir haben bislang keinen HTA-Prozess national stationär. Es wird kaum gemeinsam beschafft. Es gab ein paar Piloten, bei denen manche Bundesländer gemeinsam eingekauft haben. Mit diesem neuen Prozess ist auch daran gedacht, ein gemeinsames Verhandlungsteam aufzubauen. Österreich ist zwar ein reiches Land, aber mittlerweile ist auch in Österreich das Thema nachhaltige Leistbarkeit angekommen. Österreich ist auch das einzige Land in der Europäischen Union, das weder Wirkstoffverschreibung noch Generika-Substitution, noch ein sogenanntes Festbetragssystem hat. Alle anderen Länder haben zumindest entweder das eine oder das andere. Es gab einzelne Anläufe, auch kürzlich wieder bei einer Reform; bislang ist das aber nicht durchgebracht worden.

Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS)

Elisabeth Kanitz: Ich bin Epidemiologin und am ehesten auf Infektionskrankheiten spezialisiert. Seit einem Jahr bin ich bei der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) tätig und für mehrere Projekte zu den Themen seltene Erkrankungen, Antibiotikaresistenz und postakute Infektionssyndrome verantwortlich. Für das Projekt zu postakuten Infektionssyndromen haben wir die Expertise und die Ressourcen im Land in einem Aktionsplan, einem Expertenpapier gebündelt, der ein Nationaler Aktionsplan wird, wenn das entsprechende Gremium ihn im Herbst abnehmen wird. Ich werde einen kurzen Überblick über den Prozess und die empfohlenen Maßnahmen geben.

Das Projekt Aktionsplan ist im Februar 2024 gestartet. Die Vorarbeiten dafür an der GÖG im Auftrag des Gesundheitsministeriums, auf denen wir aufbauen konnten, haben im Jahr 2022 in Form von Workshops mit Experten begonnen, bei denen wir die Stakeholder-Landschaft ausgelotet und eingeladen haben, sich mit uns zusammenzusetzen und mit offenem Ausgang die Schwerpunkte zu benennen, wo für die Patientinnen und Patienten ein Bedarf vorhanden ist, ein Missstand herrscht und auch auf Strukturebene die Datenlage nach wie vor eine Baustelle

darstellt. In diesen Ergebnisberichten und im Policy-Brief wurden dann konkret die Datenlage, die Versorgung, die Kommunikation, die Awareness und die soziale Absicherung als Schwerpunkte beschrieben.

Zum selben Zeitpunkt wurde eine Arbeitsgruppe Long-COVID vom Obersten Sanitätsrat gegründet. Dabei handelt es sich um ein wichtiges beratendes Expertengremium für den Minister zu laufenden Fragestellungen. Es wurde dann von „Long-COVID“ in „Post-viral“ und letzten Endes in „postinfektiöse Syndrome“ umbenannt, um niemanden auszuschließen.

Der wichtigste Output dieser Arbeiten war das sogenannte Manifest, das im November 2023 übermittelt wurde. Darin hat die Arbeitsgruppe konsentiert richtungsweisende Empfehlungen niedergelegt und übermittelt, um die Versorgung für die Patienten zu verbessern.

Gleichzeitig gab es Symposien. An beiden Symposien hat auch der Herr Bundesminister teilgenommen. Dabei wurden noch weitere Informationen gesammelt. So lief im Jahr 2023 ein Projekt, in dessen Rahmen wir Studien in Österreich und internationale Studien zu Long-COVID gesichtet haben. Im November 2023 hat der Minister die Empfehlungen aufgegriffen, einen Aktionsplan für Österreich zu formulieren und ein nationales Referenzzentrum für Long-COVID oder für postvirale Erkrankungen im Jahr 2024 zu etablieren. Das ist dann im Frühjahr 2024 ausgeschrieben worden. Im September wird wahrscheinlich verkündet, wer den Zuschlag bekommt und das Referenzzentrum leiten wird.

Mit den Arbeiten zum Aktionsplan haben wir im Februar 2024 gestartet. Die GÖG ist oft in der Rolle der Prozessbegleitung. Dazu gehört viel organisatorische Tätigkeit. Inhaltlich verantwortlich ist aber im Grunde genommen die Arbeitsgruppe der Experten. Es beginnt mit einem Nominierungsverfahren, das sehr breit gestreut war. Dieser Arbeitsgruppe gehören mehr als 100 Personen von 60 Stakeholdern, die nominiert haben, an, darunter viele Experten aus der Medizin, aus nichtmedizinischen Gesundheitsberufen, aus der Forschung, aus der Verwaltung, von Versicherungen, von Patientenvertretungen usw.

Wir haben im letzten halben Jahr an diesem Dokument gearbeitet. Einer der ersten Schritte war, die Kapitel bzw. Handlungsfelder einzugrenzen und zu definieren. Für postakute Infektionssyndrome gibt es mehrere Definitionen: nicht nur die Definition in Österreich, sondern auch mehrere internationale Definitionen. Wir haben uns noch nicht für eine Definition entschieden. Das macht es auch nicht leichter. Es gibt auch keine belastbaren Daten für Österreich, sondern nur Schätzungen über die Zahl der Betroffenen, so wie auch in den meisten anderen Ländern. Prävention und Diagnostik sind zusammengefasst. Die Versorgung bildet das Herzstück des Dokuments. Auch die Fort-, Aus- und Weiterbildung auf allen Ebenen, auch für die Gesundheitsberufe, und die Awareness in der Bevölkerung sind ein Handlungsfeld. Wir haben auch viele Empfehlungen zur sozialen Absicherung für die Betroffenen aufgenommen. Auch die Forschung und die Förderung der Forschung sind ein Thema, das in den Arbeitsgruppen heiß diskutiert wurde. Die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen werden mit einem speziellen Kapitel bedacht.

Der Prozess der Nominierung bis zum Kick-off-Termin war mit sechs Wochen sehr schnell. An der Kick-off-Veranstaltung haben fast alle Arbeitsgruppenmitglieder online teilgenommen. Wir haben dann die Arbeitsgruppe in kleinere Arbeitsgruppen nach Handlungsfeldern aufgeteilt und dort die Inhalte erarbeitet. Zuerst haben wir eine Art Brainstorm-Session durchgeführt und dann

damit begonnen, die einzelnen Punkte aufzuschreiben und immer wieder an die Arbeitsgruppen zirkulieren zu lassen, die dann auch schriftliche Rückmeldungen gegeben haben. Dann haben sich sozusagen Kernteams von Expertinnen aus der Arbeitsgruppe geformt, die sich bereit erklärt haben, am Dokument weiterzuarbeiten. Dann gab es wieder größere Arbeitsgruppensitzungen. Anfang Juli hatten wir dann den ersten Entwurf fertig. Es gibt ja einige Aktionspläne in Österreich zu seltenen Erkrankungen, zur Antibiotikaresistenz usw. Das war ein sehr intensiver Prozess, und es war wichtig, das rasch voranzutreiben, weil der Bedarf sehr hoch ist.

Wir sind jetzt beim externen Review-Prozess, den Mitglieder aus dieser Arbeitsgruppe vom Obersten Sanitätsrat durchführen. Wenn es gut geht, wird der Bericht im Oktober publiziert. Deswegen kann ich Ihnen heute noch nicht etwas Schriftliches mitgeben, weil der Aktionsplan noch nicht fertig und noch nicht veröffentlicht ist.

*

Frau Kanitz gibt im Folgenden einen Überblick über einige Aspekte unter den Handlungsfeldern des Aktionsplans zu postakuten Infektionssyndromen. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Niederschrift ist der Aktionsplan bereits auf der Webseite des Österreichischen Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz veröffentlicht worden: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Corona/long-covid.html#aktionsplan-zu-postakuten-infektionssyndromen-pais--04-1>. Dieser Niederschrift ist der Aktionsplan als **Anlage 2** beigelegt. Darauf wird verwiesen.

Community Nursing

Präsentation: Anlage 3

Linda Eberle: Ich möchte einen kurzen Überblick über das Community Health Nursing von der Idee zur Umsetzung bis hoffentlich hin zur Regelfinanzierung in Österreich geben, die noch etwas offen ist.

International gibt es verschiedene Modelle für Community Health Nursing - auch in Deutschland - mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen. Nach dem WHO-Konzept gibt es normalerweise drei Säulen für Community Health Nursing: Gesundheitsförderung, Prävention und Disease-Management, also auch die Begleitung von chronisch Erkrankten. Da Letzteres international häufig auf Masterebene angesiedelt ist, aber in Österreich diese Grundvoraussetzung nicht vorliegt, wurde beschlossen, dieses Konzept national anzupassen und in einem ersten Schritt sehr stark auf Gesundheitsförderung und Prävention zu setzen und die Krankheitsversorgung bzw. das Disease-Management in den Regelstrukturen in der Primärversorgung, in Strukturen der Hauskrankenpflege zu belassen, wo auch schon solche Prozesse stattfinden. In der österreichischen Version von „Community Nursing“ fehlt daher der „Health“-Begriff, weil wir mit der Pilotierung einen ersten Schritt in diese Richtung machen.

Die Vision ist, gemeindenah und niedrigschwellig die Gesundheit zu fördern und die Pflegebedürftigkeit hintanzustellen. In Österreich sind diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Einsatz - in Deutschland sind es examinierte Pflegekräfte mit einer dreijährigen Ausbildung, also quasi der gehobene Dienst, wie man in Österreich sagt -, die vor allem regional schauen, wo ein Bedarf von Einzelpersonen, von Familien, aber auch von Kommunen und von

Gruppen vorhanden ist, und versuchen, entsprechende Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen zu setzen, und auch sehr stark auf das Individuum oder die Familie bezogen den Blick darauf richten, welche Angebote es gemeindenah schon gibt, wo angesetzt werden muss und wir uns als Gemeinschaft vielleicht weiterentwickeln können.

In der Pilotphase ist das Angebot kostenlos, möglichst niedrigschwellig, also auch bei Gemeindeämtern angesiedelt mit Sprechstundenzeiten. Es werden auch aufsuchende Leistungen bei Hausbesuchen angeboten, weil der Fokus auch stark auf älteren Menschen liegt, um Pflegebedürftigkeit hintanzustellen; die Leistungen werden aber auch niedergelassen in einer Ordination, in einer Pflegepraxis oder Ähnlichem angeboten.

Ganz wichtig war es, bestehende Dienstleistungen nicht zu ersetzen. Das soll also kein Hauskrankenpflegedienst werden, sondern es geht um eine koordinative, frühzeitige Unterstützung, bevor es zu einer akuten Bedarfslage kommt.

Die Community Nurse ist eine zentrale Ansprechperson in der Gemeinde, die auch die Lotsenfunktion zum Gesundheitswesen übernimmt. Sie ist also an der Schnittstelle zwischen kommunaler Gesundheitsförderung und sozialem und Gesundheitswesen angesiedelt.

Der präventive Hausbesuch in Österreich ist sozusagen ein Unique Selling Point der Community Nurse, eine Hauptleistung, nämlich frühzeitig Angebote an die Menschen zu bringen.

Etwas Besonderes ist die Einschränkung der Zielgruppe auf ältere, zu Hause lebende Menschen. Das war dem Pilotcharakter geschuldet. Wir haben jetzt in den Rückmeldungen erkannt, dass diese Eingrenzung nicht sinnvoll war. Ältere Menschen sollen weiterhin eine Hauptzielgruppe sein, um für sie ein Angebot zu schaffen. Aber möglichst frühzeitig anzusetzen heißt auch, für Menschen, die bereit sind, in ihre Gesundheit zu investieren, keine Altersgrenze festzulegen.

Abhängig vom analysierten regionalen Bedarf und von der Infrastruktur ist es auch möglich, das Versorgungsangebot regional zu erweitern. In der Weiterentwicklung soll aber auch stärker betont werden, dass es vor allem keine Altersgrenze gibt, sondern wenn, dann könnte vielleicht der Pensionsantritt der Zeitpunkt sein, um noch einmal verstärkt proaktiv auf die Menschen zuzugehen.

Neu bzw. bislang in Österreich noch nicht üblich ist, dass in Pflegeideen oder Projekten die Gemeinde als Klientin von Community Nursing gesehen wird, nämlich auch in der Serviceleistung die Kommune dabei zu unterstützen, zu erkennen, was es schon gibt, wo es vielleicht auch Engpässe in der Beratung gibt, die häufig an Gemeindeämtern angesiedelt ist, und auch Fachinformationen, also qualitätsgesicherte Informationen an die bisher teilweise nicht durch Fachpersonen durchgeführte Beratung oder Informationsvermittlung zu bringen.

Die Pilotprojektphase in Österreich läuft von 2022 bis 2024. Das ist ein EU-finanziertes Pilotprojekt durch den Aufbau- und Resilienzplan, für das 54 Millionen Euro für drei Jahre zur Verfügung gestellt worden sind. Die groben Rahmenbedingungen bestanden daraus, dass ein Vollzeitäquivalent für bis zu 5 000 Einwohner*innen zuständig sein soll, weil es sehr stark darum geht, die regionale Situation zu analysieren und darauf aufbauend Maßnahmen abzuleiten.

Wir sind jetzt am Schluss der Pilotphase und warten schon sehr gespannt auf die Ergebnisse der Evaluierung, die auch extern wissenschaftlich begleitet stattfindet.

Zu der Frage, welche Größe einer Region zumutbar ist, gibt es auch in Deutschland Konzepte, die nach meinen Informationen auch ein deutlich größeres Einzugsgebiet vorsehen. Man muss bei dieser Frage immer ganz genau das Aufgabengebiet in den Blick nehmen. Aus unserer Sicht könnte man, abhängig von den Assistenz- und Supportstrukturen, auch eine dezente Ausweitung vornehmen. International ist es üblich, nicht die Zahl von 15 000 Einwohner*innen zu überschreiten, wenn man die Gesamtbevölkerung als Einzugsgebiet sieht.

Im Pilotprojekt waren auch kommunale Strukturen - Städte, Gemeinden und Sozialhilfverbände, in denen sich als österreichisches Spezifikum gewisse Gemeindestrukturen zusammengeschlossen haben - Fördernehmer*innen. Das heißt, eine gewisse Umsetzungsverantwortung liegt auch bei den Kommunen. Aus unserer Sicht war es sehr wichtig, Commitment zu erzeugen, nämlich auch auf der Gemeindestruktur ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass es auch dort als eigenes Projekt begriffen wird und dass es darum geht, gemeinsam etwas zu entwickeln und zum Beispiel bestehende Strukturen und Dienstleistungen zusammenzuführen.

Die Einstiegsvoraussetzung - diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit mehr als zwei Jahren Berufserfahrung - stellt eine untere Grenze dar. Wir merken, das ist ein neues Konzept, auch für die Pflegepersonen. International üblich ist eine Masterqualifikation. Hier waren wir als GÖG in der Begleitung und Schulung sehr stark gefordert. Unter der Voraussetzung hat es gut funktioniert. Aber wir müssen auch schauen, dass es Weiterbildungs- oder Spezialisierungsmöglichkeiten in diesem Bereich gibt, damit die Leistung auch treffsicherer wird.

Wir haben eine sehr große Herausforderung gehabt, dieses Pilotprojekt in eine Regelfinanzierung zu bringen. Mittlerweile gibt es die Möglichkeit der Weiterführung über ein nationales Gesetz mit einer ähnlichen Größe, also nicht ausweitende Pilotprojekte, sondern weiterführende Pilotprojekte. Wir können in einigen Jahren, vermutlich im nächsten Finanzausgleich, nachverhandeln und dann in eine Breite gehen. Ein bisschen Dynamik wird es jetzt von der Pilotphase zur nationalen Überführung geben, aber mit den jetzt gesicherten finanziellen Mitteln gibt es keine flächendeckende Ausrollung.

Insgesamt hat es ein bisschen Zeit gedauert, um die Projekte ins Laufen zu bringen. Das erste Jahr war sehr stark von Aufbauarbeit dominiert, bis alle Projekte Ende 2022 bzw. Anfang 2023 aktiv waren und Personal rekrutiert haben.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass sowohl für die Kommunen als auch für die Community Nurses die Möglichkeit zum Austausch sehr wichtig ist, beispielsweise durch Schulungen und Vernetzung auch zur Weiterentwicklung des Rollenprofils.

Das Rollenprofil ist international etwas komplexer und weiter gefasst. Für Österreich ist es eingegrenzt auf die fünf Sektoren Edukationsbereich, Koordination, Vernetzung, Fürsprache und Interessensvertretung zur Befähigung von Menschen zu Hause. Dieses Rollenprofil überarbeiten wir nun, damit es 2025 für die nachfolgenden Projekte etwas klarer ist, zumal wenn es zu einem Personalwechsel kommt und die bisherige Begleitstruktur nicht mehr vorhanden ist.

Die Netzwerkpflege, nämlich das Inkontaktkommen mit den Dienstleistern, mit den Hauskrankenpflegerinnen und Hausfrankenpflegern sowie mit den Gesundheitsförderern, ist eine zentrale Aufgabe von Community Nursing. Sie macht fast 15 % der Kontakte aus. Das wird sicherlich zurückgehen. Aber auch international macht die Netzwerkpflege ungefähr ein Drittel aus. Ich

glaube, das muss man auch akzeptieren, um gut vermitteln zu können, um gut mit den regionalen Partnern zusammenzuarbeiten.

Aus dem Pilotprojekt haben wir viel gelernt: Wir müssen das konkretisieren. Wir müssen eine Klarheit in der Rolle schaffen. Wir sehen Community Nursing als vorgelagertes Case-Management. In den Case-Management-Strukturen in Deutschland sind Pflegepersonen in ambulanten Strukturen aktiv. Das ist früher. Dabei geht es sehr stark um die Gestaltung von Aktivitätsarrangements, damit es zu Hause in der bisherigen Form mit minimaler formeller Unterstützung funktioniert.

Es ist aber auch wichtig, neue Rollen in der Pflege zu entwickeln. Zwei weitere Entwicklungsperspektiven für die Pflege bieten die Schulgesundheitspflege und das Disease-Management, einerseits um Fachkarrieren zu ermöglichen, aber andererseits auch, um frühzeitig und gut präventiv tätig zu sein und dann, wenn eine Erkrankung auftritt, gut begleiten zu können. Hier haben wir noch viel vor. Für Community Nursing lautet das Motto weiterhin, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und Selbstmanagementkompetenzen zu fördern. Das gelingt in den Projekten, aber wir haben noch viel zu tun, um das auf eine gute, stabile Basis zu bringen.

*

Auf Fragen seitens des Ausschusses teilt Frau Eberle ergänzend mit, dass ungefähr 80 % der Pflegebedürftigen in Österreich in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt würden.

Bei den Nachfolgeprojekten werde ebenfalls wie bei dem bisherigen Pilotprojekt mit 100 000 Euro pro Vollzeitäquivalente kalkuliert. Die Länder seien jedoch jetzt in der Umsetzungsverantwortung und könnten auch noch gewisse Einschränkungen vornehmen. Die Untergrenze liege dem Vernehmen nach bei 80 000 Euro je Vollzeitäquivalente. Die Mittel seien bis zum Ende der Finanzausgleichsperiode, die noch bis 2028 reiche, sichergestellt, und es beständen gute Aussichten dafür, dass Community Nursing auch darüber hinaus noch weiterbetrieben und bedarfsorientiert weiterentwickelt werde.

Primärversorgung in Österreich

David Wachabauer: Im Gesundheitssystem stellen sich viele Herausforderungen unter anderem durch die demografische Entwicklung, durch die Zunahme von chronischen Erkrankungen, durch Urbanisierung, aber auch im Hinblick auf die neuen Anforderungen in den Gesundheitsberufen im Hinblick auf Work-Life-Balance und Teamarbeit.

Ein Problem besteht auch darin, dass die niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte immer älter werden und dass ihnen immer weniger junge Hausärztinnen und Hausärzte nachfolgen. Die Studien, die in Österreich und in anderen Ländern zu den Barrieren durchgeführt worden sind, die junge Ärztinnen und Ärzte davon abhalten, als Hausärztin oder Hausarzt tätig zu werden, zeigen auf, dass junge Ärztinnen und Ärzte möglichst wenig unternehmerisches Risiko eingehen wollen. Auch die fehlende Teamarbeit stellt eine große Barriere dar ebenso wie das geringe Prestige der Allgemeinmedizin in Österreich. In Österreich gab es früher - anders als in Deutschland - keinen Facharzt für Allgemeinmedizin, sondern „nur“ einen Arzt für Allgemeinmedizin. Die Facharztausbildung wurde jetzt erst eingeführt. Auch die Vereinbarkeit von Beruf und

Familie ist für junge Ärztinnen und Ärzte ein großes Thema, ebenso wie zeitliche Flexibilität und Arbeitsplatzsicherheit.

Wir haben versucht, Antworten auf diese Probleme zu finden. Ein Thema, mit dem wir uns gerade befassen, besteht darin, die jungen Ärztinnen und Ärzte noch stärker betriebswirtschaftlich zu schulen, weil es in Österreich viele Einzelordinationen gibt, in denen die Ärztin bzw. der Arzt selber mehr oder weniger als Betriebswirt die Ordination leitet. Das wird aber bisher im Studium nicht gelernt.

Ein weiteres großes Thema ist, Primärversorgungseinheiten und Gruppenpraxen, also Teamarbeit zu unterstützen. Wir haben in Österreich 95 % Einzelordinationen. Die restlichen 5 % sind Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten. Ein starker Fokus wird also auf die Arbeit allein als Arzt gerichtet. Wir wollen davon ein Stück weg mehr in Richtung Teamarbeit gehen. Dazu haben wir uns in den letzten zehn Jahren viel überlegt. Einiges ist mittlerweile auch gelungen.

Sarah Burgmann: Ich möchte einen kurzen Blick darauf werfen, was in Österreich unter Primärversorgung und Primärversorgungseinheiten verstanden wird.

Lange Zeit haben wir unter „Primärversorgung“ allgemeinmedizinische Einzelordinationen, Gruppenpraxen und auch das neue Modell der multiprofessionellen Primärversorgungseinheiten subsumiert. In den letzten Jahren fokussieren wir immer mehr darauf, auch die kinderärztlichen Einzelordinationen, Gruppenpraxen und auch Kinder-Primärversorgungseinheiten, die seit August 2023 auch gesetzlich verankert sind, einzuschließen.

Unter „Primärversorgung“ verstehen wir die erste Versorgungsebene, auf der alle Menschen mit gesundheitlichen Fragestellungen kontinuierlich und koordiniert nach dem Primary-Health-Care-Ansatz mit einem niedrighwelligen Zugang versorgt werden sollen.

In einer Primärversorgungseinheit arbeiten mehrere Gesundheitsberufe zusammen: Allgemeinmediziner*innen oder Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendheilkunde, teilweise gibt es auch gemischte Primärversorgungseinheiten, in denen beide Fachrichtungen vorhanden sind, in jedem Fall aber mit diplomierter Gesundheits-, Krankenpflege- und Ordinationsassistenten. Das ist quasi das Kernteam. Zusätzlich können noch weitere Gesundheits- und Sozialberufe darin arbeiten. Es handelt sich aber um Grundversorgung und nicht um Fachversorgung; beispielsweise Internisten, Hautärzt*innen und Orthopäde*innen werden nicht mit einbezogen.

Eine Primärversorgungseinheit zeichnet aus, dass sie unter anderem auch Gesundheitsförderung erbringt; denn für Primärversorgungseinheiten gibt es - anders als für Einzelpraxen und Gruppenpraxen - kein Gesetz, das für sie gilt, und auch keinen Versorgungsauftrag, den sie verpflichtend erbringen müssen. Deshalb wird dort auch Gesundheitsförderung erbracht.

Vor der Gründung einer Primärversorgungseinheit muss ein Konzept erstellt werden, in dem Ziele formuliert werden, in dem das Team beschrieben wird, in dem Fokussierungen bezogen auf die Bevölkerung in der Region beschrieben werden usw.

Eine Primärversorgungseinheit erbringt durch das Team so gut wie möglich eine koordinierte Versorgung in Strukturen und definierten Prozessen. Die Öffnungszeiten einer Primärversorgungseinheit sind verlängert, also auch morgens und abends in den Tagesrandzeiten, Kinder-Primärversorgungseinheiten sogar an Wochenenden und Feiertagen. Sie ermöglichen aber den

Personen, die darin arbeiten, flexiblere Arbeitszeiten, weil das Team größer ist und dadurch auch eine gegenseitige Vertretung beispielsweise im Krankheitsfall oder an Urlaubstagen möglich ist.

Das Primärversorgungsgesetz ist im Jahr 2023 novelliert worden. Danach können auch multiprofessionelle Gruppenpraxen gegründet werden. Das bedeutet, dass seit dem letzten Jahr auch Gesundheitsberufe-Gesellschafter in einer Primärversorgungseinheit sein könnten. Da diese gesetzliche Regelung noch recht neu ist, wurde sie aber noch nicht in der Praxis umgesetzt. Das ist in Entwicklung.

Primärversorgungseinheiten können als Zentren organisiert sein. Der Großteil der vorhandenen Primärversorgungseinheiten befindet sich an einem einzigen Standort; das ist also die Zentrumsvariante. Es gibt aber auch fünf oder sechs Primärversorgungsnetzwerke, die an mehreren Standorten über Ordinationen verfügen und bei denen vielleicht auch die nichtärztlichen Gesundheitsberufe angesiedelt sind: Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen. Bei ihnen ist dann aber ein Konstrukt darüber, zum Beispiel ein Verein inklusive Kooperationsvereinbarungen, wodurch das sozusagen zu einer Organisation zusammengeschweißt und eine verbindliche Zusammenarbeit in diesen Organisationen vorgegeben wird.

Primärversorgungseinheiten werden bisher eigentlich nur von Hausärzt*innen geleitet. Dahinter steht eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder eine Offene Gesellschaft (OG). Bei Netzwerken kann auch ein Verein dahinterstehen. Es gibt auch die Möglichkeit eines Ambulatoriums der Selbstständigen; das ist eine Art Mini-Krankenanstalt, aber es sind selbstständige Organisationen, nicht Bundes- oder Staatsorganisationen.

David Wachabauer: Der große Unterschied zu den Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland besteht darin, dass in Österreich keine privatwirtschaftlichen Unternehmen beteiligt sein können. Das wurde in Österreich kategorisch ausgeschlossen. Nur gemeinwirtschaftliche Unternehmen können dabei beteiligt sein. Beispielsweise Amazon hätte keine Möglichkeit, dabei zu sein. Das war bei der Reform in Österreich ein wichtiger Punkt.

Sarah Burgmann: Das Team rund um die Patient*innen besteht aus Allgemeinmedizinerinnen und/oder für Kinder- und Jugendheilkunde, diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften und Ordinationsassistenten. Je nachdem, was in der Region notwendig ist, können auch weitere Gesundheitsberufe und Sozialberufe dabei sein, beispielsweise Physiotherapeut*innen, Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Hebammen und Diätolog*innen. Die häufigsten Berufe, die dabei vertreten sind, sind Diätologie, Psychotherapie oder Psychologie und soziale Arbeit. Bei vielen ist noch Physiotherapie dabei. Die anderen Gesundheitsberufe sind weniger häufig vertreten.

Eigentlich jede Primärversorgungseinheit verfügt über eine PVE-Managerin oder über einen PVE-Manager, weil es Institutionen mit 15 Mitarbeiter*innen und mehr sind. Solch ein Unternehmen braucht gute Führung und gute Organisation.

Die Zielgruppe der Primärversorgungseinheiten ist natürlich die Bevölkerung mit all ihren Anliegen.

Für Primärversorgungseinheiten gibt es einen verbindlichen Versorgungsauftrag. Er umfasst die Versorgung von akuten Bedarfen, Schnittwunden, Infektionen etc., aber vor allem auch die

strukturierte Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, die Sicherstellung von rehabilitativen Leistungen, Palliativversorgung und auch die Familienplanung.

Ein großes Thema, das in den Primärversorgungseinheiten vermehrt verfolgt werden soll, ist die Gesundheitsförderung, sodass mehr Leistungen zur Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und auch zur Stärkung der Gesundheitskompetenz erbracht werden.

Die Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team bringt viele Vorteile für Mitarbeiter*innen, aber auch für Patient*innen mit sich. Jungärz*innen, aber auch andere Angehörige anderer Gesundheitsberufe wollen sich im Team austauschen und möchten auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Eigentlich aus allen Primärversorgungseinheiten wird berichtet - auch von den Pflegepersonen oder anderen Personen, die dort arbeiten -, dass es im Vergleich zum Krankenhaus kein Hierarchiegefälle zwischen Ärzt*innen und anderen Gesundheitsberufen gibt. Man kann die Verantwortung quasi auf mehrere Schultern aufteilen. Vor allem Jungärz*innen haben die Möglichkeit, beim Nachbarraum anzuklopfen, um die Meinung der Kollegin oder des Kollegen einzuholen. Das alles ist auf kurzem Wege möglich. Auch das führt dort zu attraktiven Arbeitsplätzen. Auch die Honorierung ist attraktiv; sie besteht aus einer Mischung von Pauschalen, Einzelleistungen und auch aus einer Grundpauschale, die Fixkosten und andere Dinge abdeckt. Dort ist auch viel mehr Flexibilität für die Arbeitszeit der Mitarbeitenden möglich. Auch ein stärkerer Fokus auf die eigene Tätigkeit ist möglich, weil administrative Tätigkeiten von Ordinationsassistent*innen wahrgenommen werden, sodass sich die Pflege wirklich auf die Chronikerversorgung, auf Gesundheitsförderung und -prävention und anderes konzentriert und damit eine hohe Patientenzufriedenheit und letztendlich natürlich auch eine Entlastung des Gesundheitssystems erreicht wird.

Dadurch, dass auch weitere Gesundheits- und Sozialberufe im Team vertreten sind, verbessern sich auch die Möglichkeiten für Kooperationen mit externen Partner*innen, weil entsprechende personelle und zeitliche Ressourcen vorhanden sind. In Österreich gibt es beispielsweise das Projekt der Frühen Hilfen. Das ist ein Angebot, das immer mehr in der Primärversorgung berücksichtigt wird.

David Wachabauer: Ich möchte noch einige Hintergründe zur Primärversorgungsreform darstellen und den aktuellen Stand erläutern. Bei der Gesundheit Österreich GmbH haben wir damit im Jahr 2013 begonnen. Ein wesentlicher Meilenstein war der Start der Gesundheitsreform „Zielsteuerung Gesundheit“, in deren Rahmen sich der Bund, die Länder und die Sozialversicherung auf gemeinsame Ziele einigen. Das war der Startschuss für die Primärversorgungsreform.

Im zweiten wichtigen Schritt hat man sich dann überlegt, was in der Primärversorgung verändert werden sollte. Im Jahr 2014 wurde dann ein Konzept erstellt, in dem die Primärversorgungseinheiten genau beschrieben werden. Das war ein wesentlicher Grundstein, an dem wir uns heute immer noch orientieren. Die Entwicklung dieses Konzepts war allerdings sehr schwierig, weil es viele verschiedene Interessen gegeben hat: Die Ärztekammer wollte etwas ganz anderes. Die Länder wollten nicht alle dasselbe. Auch die Sozialversicherung wollte etwas anderes. Zu dieser Zeit war es extrem schwierig, alle auf eine Richtung einzuschwören. Im Bundeszielsteuerungsvertrag wurde dann festgelegt, in welche Richtung es gehen soll. Es war damals extrem wichtig, in der Überschrift dieses Konzepts „Das Team rund um den Hausarzt“ die Bezeichnung „Hausarzt“ aufzunehmen. Es wäre an diesem Namen fast gescheitert; denn wir wollten das Konzept

eigentlich mit „Das Team rund um den Patienten“ überschreiben; denn darum geht es eigentlich. Die Ärztekammer hat sich letztlich durchgesetzt, dass der Hausarzt im Zentrum steht. Wir sind mittlerweile viel weiter, aber das war damals eine der riesigen Diskussionen.

Das erste Pilotprojekt für eine Primärversorgungseinheit „Primary Health Care (PHC) Medizin Mariahilf“ in Wien ist dann im Jahr 2015 gestartet. Auch im Jahr 2016 gab es dann weiterhin nur eine Primärversorgungseinheit. Entscheidend waren dann die Jahre 2017, 2018 und 2019. Die Verabschiedung des Primärversorgungsgesetzes im Jahr 2017 war extrem wichtig, um eine rechtliche Grundlage zu schaffen, auf der man weiterdiskutieren kann. Auch die Erarbeitung dieses Gesetzes war extrem schwierig, weil es sehr viele unterschiedliche Ideen dafür gegeben hat, sich darauf zu einigen, wer in diesen Primärversorgungseinheiten beteiligt sein darf. Auch für die Ärztekammer, die in Österreich ein sehr starkes Gewicht hat, war es sehr wesentlich, dass privatwirtschaftliche Unternehmen nicht an einer Primärversorgungseinheit beteiligt sein dürfen. Auch dann gab es wieder einen Zielsteuerungsvertrag für die weiteren Schritte. Bis 2021 wurden dann 75 Primärversorgungseinheiten in Österreich festgeschrieben.

Im Jahr 2019 wurden auch einige Eckpunkte dafür aufgestellt, wie die Primärversorgungseinheiten honoriert werden sollen. Interessanterweise geschah dies erst sechs Jahre nach dem Beginn dieser Entwicklung im Jahr 2013. Dies zeigt, wie lange es dauert, um solch eine Reform überhaupt mit den Rahmenbedingungen auszustatten.

Im Jahr 2017 gab es 5 Primärversorgungseinheiten und im Jahr 2023 23. Zu einem riesigen Boom war es zu dieser Zeit jedoch noch nicht gekommen. Die Gründe dafür lagen auch in den Rahmenbedingungen. Denn es gab zwar die österreichweite Honorierung, aber in Österreich muss dann noch in jedem Bundesland separat über die Honorierung verhandelt werden. Noch nicht mal jetzt gibt es in allen Bundesländern eine Honorierungsvereinbarung. Für die Ärztinnen und Ärzte ist aber Sicherheit wichtig, wie sie im Detail honoriert werden. Das gab es damals in dieser Form noch nicht.

2021/2022 kam dann der Aufbau- und Resilienzplan mit 100 Millionen Euro für die Primärversorgung von der EU. Das hat sehr geholfen, um die weitere Entwicklung voranzutreiben. Denn dadurch konnte die Gründung von Primärversorgungseinheiten mit einem Gesamtvolumen von bis zu 1,6 Millionen Euro pro Gründung bezuschusst werden. Auch Primärversorgungseinheiten, die bereits zuvor gegründet worden waren, können eine Förderung bekommen, zwar etwas weniger, aber immerhin. Diese Förderung stellt einen riesigen Anreiz dar, um mehr Primärversorgungseinheiten zu bekommen.

Sehr wichtig ist aber auch die inhaltliche Begleitung: Notwendig sind eine Organisationsunterstützung, eine Vernetzung der Gesundheitsberufe und die Begleitung der Reform. Bund, Länder und die Sozialversicherung müssen an einen Tisch geholt werden, um gemeinsam darüber zu reden und das weiterzuentwickeln. Das alles haben wir über diese 100 Millionen Euro und auch über die Plattform Primärversorgung geschafft.

Aktuell gibt es 69 Primärversorgungseinheiten in Österreich. Am 1. Oktober 2024 werden wahrscheinlich acht neue Primärversorgungseinheiten an den Start gehen. Wir rechnen damit, dass es Anfang nächsten Jahres rund 100 Primärversorgungseinheiten in Österreich geben wird. Man merkt, dass zehn Jahr nach dem Start jetzt wirklich ein richtiger Drive hineingekommen ist, und man sieht, wie lange diese Reformen brauchen, um zu wirken.

Mittlerweile gibt es in jedem Bundesland in Österreich zumindest eine Primärversorgungseinheit. Im Osten von Österreich gibt es aber deutlich mehr Primärversorgungseinheiten als im Westen, zumal dort auch mehr Menschen leben. Die Bundesländer Wien, Niederösterreich, Oberösterreich und Steiermark waren immer sehr stark Vorreiter. Es gab dort viele Pionierinnen und Pioniere, die vorangehen wollten. Die westlichen Bundesländer holen aber noch auf. In Salzburg starten jetzt wieder zwei Primärversorgungszentren, und in Vorarlberg startet eines. Jetzt tut sich also auch einiges im Westen.

In Österreich ist festgelegt, dass ein Hausarzt ungefähr 2 000 Menschen versorgt. In diesen Primärversorgungseinheiten arbeiten mehr als drei Hausärztinnen und Hausärzte, wobei wir davon ausgehen, dass deutlich mehr Menschen versorgt werden, weil ja auch die Pflege und andere Berufsgruppen dabei sind, also deutlich mehr als 10 000. In kleineren Dörfern sind eher nur Netzwerke sinnvoll, nicht aber Zentren.

Häufig sind Primärversorgungszentren aus Gruppenpraxen hervorgegangen, in denen sich zuvor schon zwei Ärztinnen bzw. Ärzte gefunden hatten. Sie haben dann noch einen dritten Arzt hinzugenommen und eine Primärversorgungseinheit gegründet. Manchmal wurden Primärversorgungszentren aber auch von Null an von jungen Ärztinnen und Ärzten gegründet. Da dabei eine Art wirtschaftliche Ehe eingegangen wird, für die man sich in einer GmbH bindet, ist es wichtig, sich untereinander gut zu verstehen; das ist eine wesentliche Grundlage dafür.

Zu den größten Herausforderungen bei der Umsetzung gehört, dass es zu Beginn sehr schwierig war, alle wesentlichen Stakeholder vom Sinn dieser Reform und davon zu überzeugen, warum in Österreich eine Entwicklung in Richtung Teamarbeit notwendig ist. Das alles war im Jahr 2013 noch nicht so klar. Die Widerstände waren am Beginn der Reform riesig. Darüber hinwegzukommen und das auch politisch durchzustehen, ist nicht gerade einfach. Notwendig sind viele Veränderungen von Rahmenbedingungen und extrem viel Zeit. Auch Gesetze sind notwendig, um diese Reform auch in einen Rahmen zu gießen.

Wir haben in Österreich immer noch ein großes Spannungsfeld zwischen Einzelordinationen, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten, weil die Honorierung unterschiedlich ist. Die Denkweise „Die Primärversorgungseinheiten bekommen alles und wir bekommen nichts“ aufzulösen, wird eine große Herausforderung auch für die Zukunft sein.

Für die inhaltliche Begleitung von Reformen sind auch viele reformunterstützende Maßnahmen unbedingt notwendig in dem Sinne, Menschen an den Tisch zu holen, mit ihnen zu reden, die Berufe auf dem Weg mitzunehmen und auch Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Das alles ist Teil der Umsetzung einer solchen Reform.

Sarah Burgmann: Die zweite Säule, die zusätzlich zu den Förderungen über die EU finanziert wird, ist die Plattform www.primaerversorgung.gv.at, die sozusagen unser Reformvehikel ist. Sie wird im Team der Gesundheit Österreich GmbH koordiniert und bietet sozusagen ein Dach für unterschiedliche Maßnahmen zur Stärkung vor allem multiprofessioneller Primärversorgung. Wir bieten einen Raum für Austausch und haben mittlerweile mehr als 2 000 Mitglieder aus der Primärversorgungscommunity, das heißt Personen, die sich für das Thema interessieren, die in der Primärversorgung arbeiten, mittlerweile auch alle Organisationsformen aus der Wissenschaft, Stakeholder - wie Länder, Bund, Sozialversicherung -, auch Studierende und Menschen,

die schon im Krankenhaus arbeiten, in Zukunft aber vielleicht gerne in einer Primärversorgungseinheit arbeiten würden. Wir bieten dafür einen Rahmen mit dem Ziel der Vernetzung, der Partizipation, des Wissentransfers und des Capacity Buildings.

Diese Plattform Primärversorgung wurde im Jahr 2022 institutionalisiert mit einem Launch-Event. Zu Beginn der Reform hat sich quasi bottom-up ein Verein aus Personen gegründet, die early adopters waren. Personen, die schon recht früh Primärversorgungseinheiten gegründet hatten und sich wissenschaftlich damit beschäftigt haben, haben also einen Verein gegründet und auf diese Weise einen Austausch in Online-Meetings oder anderen Formaten ermöglicht. Daraus ist auch ein österreichischer Primärversorgungskongress entstanden. Zusätzlich gab es zur Unterstützung noch Informationen vom Dachverband Sozialversicherung, von der ÖGK, bei der Gesundheit Österreich GmbH und von den Ländern. Deshalb waren wir dann sehr dankbar, dass wir die Mittel von der EU bekommen haben, um alles zusammenzuführen und einen Focal Point für alle diese Informationen zu bieten. Dem dient die Plattform Primärversorgung, die einen öffentlichen Bereich mit Basisinformationen zu teambasierter Versorgung, zur Gesundheitsförderung und zur Gründung von Primärversorgungseinheiten hat verbunden mit einem Accelerator-Programm, das ein Unterstützungsprogramm für Gründer*innen von Primärversorgungseinheiten darstellt. Für unsere mittlerweile mehr als 2 000 Mitglieder - die Mitgliedschaft ist kostenlos; man registriert sich lediglich mit der E-Mail-Adresse und dem Namen - werden in einem Mitgliederbereich spezifische Fachinformationen zur Verfügung gestellt. Wir entwickeln auch selber Tools, die an uns herangetragen werden, weil sie in der Praxis gebraucht werden, beispielsweise eine Onboarding-Mappe.

Wir führen auch viele unterschiedliche Veranstaltungen durch: Webinare, Stammtische, Fokusgruppen bzw. Ideenwerkstätten, um auch immer wieder Input aus der Praxis für uns zu erlangen, und ferner Walk-in-Talks, die im Rahmen des Accelerators gemacht werden. Wir sind dabei mit einer Videokamera durch eine Primärversorgungseinheit gegangen, und danach konnten alle Zuhörer*innen und Zuschauer*innen online dem Team der Primärversorgungseinheit Fragen stellen, um dieses neue, innovative Versorgungsmodell greifbar zu machen.

Auf unserer Webseite www.primaerversorgung.gv.at ist auch eine Karte abrufbar, über die interaktiv Informationen zu allen Primärversorgungseinheiten in Österreich abgerufen werden können.

*

Primärversorgungszentrum Fünfhaus, Goldschlagstraße 59a/33, 1150 Wien

Nach einem Rundgang durch die Räumlichkeiten des Primärversorgungszentrums Fünfhaus berichtet dessen Leiterin Frau **Dr. Eva Pilz**, dass sie im Jahr 2014 zunächst bei der Gesundheit Österreich GmbH für Datenqualitätsprüfung zuständig gewesen sei und dann im Zuge der dort betriebenen Planung von Primärversorgungseinheiten den Entschluss gefasst habe, selber eine Primärversorgungseinheit zu betreiben. Sie sei dann als Partnerin in eine allgemeinmedizinische Praxis im 15. Bezirk in Wien eingestiegen, die von einem Arzt betrieben worden sei, der einen Partner für ein Primärversorgungszentrum gesucht habe. Diese Praxis sei aber insbesondere während der Corona-Pandemie sozusagen aus allen Nähten geplatzt; die Patienten hätten zum Teil auf der Straße Schlange gestanden. Da viele Patientinnen und Patienten in diesem Bezirk

nicht nur gesundheitliche, sondern auch soziale Probleme hätten, sei im Rahmen des Pilotprojekts Social Prescribing eine Sozialpädagogin eingestellt worden, um nicht nur klassische Sozialarbeit zu betreiben, sondern nachzuschauen, wie es den Menschen tatsächlich gehe, ob sie einsam seien und wie sie vor allem dazu bewegt werden könnten, sich aus ihren Wohnungen hinauszubegeben. In den zahlreichen klassischen Ordinationen, in denen sie früher Vertretungen wahrgenommen habe, habe sie die Erfahrung gemacht, dass die Patientinnen und Patienten, denen es wirklich schlecht gegangen sei, von den Überweisungen zu anderen Hilfsangeboten keinen Gebrauch gemacht hätten, weil es beispielsweise Sprachbarrieren gegeben habe, weil sie es nicht geschafft hätten, Verkehrsmittel zu benutzen, oder weil sie beruflich im Stress gewesen seien. Insofern sei sie bei diesen Patientinnen und Patienten keinen Schritt weitergekommen und habe sie sich als Ärztin im Grunde genommen ohnmächtig gefühlt. Im Jahr 2023 seien dann die Baumaßnahmen für das PVZ Fünfhaus abgeschlossen gewesen. Da in diesem Bezirk sehr ausgeprägt Sozialarbeit notwendig sei, seien dort jetzt eine Sozialpädagogin, eine Sozialarbeiterin, eine Psychotherapeutin, eine Wundmanagerin und eine Diätologin tätig. Sie betreibe das PVZ Fünfhaus mit ihrem Partner in der Rechtsform einer Offenen Gesellschaft.

*

Auf Fragen seitens des **Ausschusses** gibt Frau Dr. Pilz im Folgenden zur Antwort, ein großer Vorteil der Tätigkeit der Psychotherapeutin im Primärversorgungszentrum Fünfhaus liege darin, dass die Patientinnen und Patienten einen kurzen Weg hätten und buchstäblich an die Hand genommen und zur Psychotherapeutin im Nebenzimmer gebracht werden könnten; denn viele wollten diesen Schritt nicht selbst machen, weil sie ihn immer noch als sehr stigmatisierend empfänden. Die Patientinnen und Patienten könnten dann immer noch selber entscheiden, ob sie das Angebot weiterhin annehmen wollten oder nicht; wenn nicht, könnten sie einfach gehen. Ein weiterer Vorteil liege darin, dass dieses Angebot vor Ort verfügbar sei; denn die Kassenstellen für Psychotherapie in Wien seien hoffnungslos überlaufen. Die Psychotherapeutin im PVZ Fünfhaus sei im Unterschied zu allen anderen Beschäftigten nicht fest angestellt, sondern schreibe für die von ihr behandelten Patientinnen und Patienten Honorarnoten an das PVZ Fünfhaus.

Ein großer Vorteil der Tätigkeit im PVZ Fünfhaus beruhe auf der Arbeit im Team, die einen sehr großen Mehrwert auch hinsichtlich der Lebensqualität im Unterschied zu der Arbeit in einer Einzel- oder Zweierordination biete. Ein weiterer großer Vorteil liege darin, dass die Patientinnen und Patienten in diesem Primärversorgungszentrum weiterbehandelt werden könnten, wirklich auch von der Prävention profitierten und dadurch Fortschritte bei ihren chronischen Krankheiten erzielten - anders als wenn ihnen im Wesentlichen nur Medikamente, ein bisschen Physiotherapie und ab und zu mal eine Kur verordnet würden. Dabei stehe nicht nur die Erkrankung im Fokus, sondern werde ganzheitlich auch die Lebenssituation - beispielsweise die Zufriedenheit im Beruf und das, was in ihrem Leben gut oder nicht so gut laufe und geändert werden sollte - als eine Art Bestandsaufnahme in die Anamnese mit einbezogen.

Die Patientinnen und Patienten würden jedoch gegebenenfalls auch an andere Stellen weitervermittelt oder buchstäblich dorthin mitgenommen. Dafür nehme entweder die Sozialpädagogin oder die Sozialarbeiterin an den einmal im Monat stattfindenden Treffen im Regionalforum im 15. Bezirk teil, in dem rund 15 Initiativen vertreten seien: die Caritas, die Volkshilfe, diverse Bewegungsinitiativen, die Flüchtlingshilfe, Frauenberatungsstellen usw., aber auch die Polizei.

Durch dieses Netzwerk könnten den Patientinnen und Patienten zielgerichtete Hilfen angeboten bzw. vermittelt werden.

Das PVZ Fünfhaus erhalte eine Förderung in Höhe von 215 000 Euro pro Jahr. Aus diesen Mitteln und den weiteren Einnahmen würden die Personalkosten finanziert.

Das, was ein Primärversorgungszentrum leiste und was die Patientinnen und Patienten wirklich benötigten, könne eine Einzelordination nicht leisten. Insofern biete ein Primärversorgungszentrum den Patientinnen und Patienten zweifellos die bessere medizinische Versorgung.

In der Anfangszeit habe es großen Widerstand aus der Ärzteschaft gegen die Schaffung von Primärversorgungseinheiten gegeben. Die Ärztekammer habe auch Demonstrationen dagegen veranstaltet. Es seien auch viele Befürchtungen geäußert worden. So sei auch die durchaus berechtigte Befürchtung geäußert worden, dass möglicherweise Strukturen entstünden, die profitorientiert arbeiteten, bei denen aber die Patienten auf der Strecke blieben. Dies könne jedoch reglementiert werden und sei im Folgenden auch reglementiert worden; denn es gehe ja um Kassennittel.

Ferner sei es in der Ärzteschaft auf mäßige Begeisterung gestoßen, dass Ärzte und Gesundheitsberufe sozusagen auf Augenhöhe arbeiteten. Dementsprechend habe die Ärztekammer verhindert, ein Projekt mit dem Titel „Das Team rund um den Patienten“ zu versehen, sondern den Projekttitel „Das Team rund um den Hausarzt“ durchgesetzt. Es habe viele Kämpfe und sehr viele Verhandlungen gegeben, aber letzten Endes sei es gelungen, die Ärztekammer mit ins Boot zu holen, und heutzutage seien diese Befürchtungen kein Thema mehr. Auch bei einzelnen Ärzten habe die Schaffung von Primärversorgungseinheiten natürlich Ängste ausgelöst; denn ihnen sei bewusst, dass die Patienten in Primärversorgungseinheiten auf eine Art versorgt werden könnten, wie es ihnen selbst nicht möglich sei. Allerdings habe noch kein Arzt seine Praxis wegen der Primärversorgungszentren schließen müssen, weil es ohnehin zu wenig Ärzte gebe und die Patienten über jeden Arzt froh seien.

Vor der Einführung von Primärversorgungseinheiten seien im Rahmen einer Bestandsaufnahme auch die Bevölkerungsstruktur, das sozioökonomische Umfeld und auch die jeweiligen Krankheitsbilder analysiert worden, um die Bedarfe zu ermitteln. Primärversorgungseinheiten seien im Grunde genommen überall erforderlich. Allerdings gebe es in Wohngebieten, in denen eher reiche Menschen wohnten, möglicherweise andere Bedarfe als in anderen Wohnquartieren. Notwendig seien Primärversorgungseinheiten auf jeden Fall in Bezirken wie dem 15. Bezirk in Wien, in denen viel Armut herrsche. Die Menschen, die im 15. Bezirk lebten, hätten zumindest vor einigen Jahren die niedrigste Lebenserwartung gehabt. Wenn in einer Stadt wie Wien die durchschnittliche Lebenserwartung zwischen bestimmten Bezirken fünf bis sechs Jahre auseinanderliege, dann sei dies eine deutliche Schieflage und zeige, dass ein Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit bestehe. Daran gelte es anzusetzen. Daher sei eine starke Sozialarbeit erforderlich.

Die gesundheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten habe sich durch das PVZ Fünfhaus gefühlt verbessert. Im Rahmen der Evaluation werde auch geprüft, ob sich die Versorgung von chronisch Kranken verbessert habe. Die psychische Versorgung beispielsweise von älteren alleinstehenden Menschen und auch von Menschen mit Fluchterfahrungen habe sich allerdings tatsächlich verbessert. So gebe es auch Fälle junger Männer mit Fluchterfahrungen und in

schwierigen familiären Lebenssituationen, die aufgrund ihrer vielen Krankentage wegen Kopfschmerzen, Bauchschmerzen usw. lange Zeit als Simulanten angesehen worden seien, die sich vor der Arbeit drücken wollten. Durch die Betreuung im Rahmen des Projektes Social Prescribing, in dem sich jemand um sie kümmere und in dem sie auch Wärme und Herzlichkeit spürten, die sie im Alltag sonst nicht erfahren, gehe es ihnen jedoch erheblich besser und fingen sie an, in ihrer neuen Umgebung Fuß zu fassen.

Die Förderung des PVZ Fünfhaus in Höhe von 215 000 Euro pro Jahr werde dauerhaft gewährt. Grundlage sei das Österreichische Primärversorgungsgesetz. Die Eckpunkte der Honorierung seien in einem Vertrag geregelt, der für ganz Österreich gelte. Zusätzlich schließe jedes Bundesland eigene Verträge mit den Primärversorgungszentren ab. - Frau **Sarah Burgmann** (GÖG) ergänzt, dass die EU-Mittel zusätzlich als Investitionsförderung für die Gründung von Primärversorgungseinheiten oder für Projekte wie beispielsweise Umbaumaßnahmen, Fortbildungen usw. gewährt würden.

Frau **Dr. Eva Pilz** teilt weiter mit, dass das PVZ Fünfhaus in einem Quartal rund 4 000 Patientinnen und Patienten versorge. Dort seien zwei leitende Ärzte und ein angestellter Arzt tätig, die jeweils 20 Stunden pro Woche arbeiteten. Ferner seien dort drei ständige Vertretungsärzte tätig. Auch in der Sommer- bzw. Urlaubszeit, wenn viele andere Praxen schlossen, halte das PVZ Fünfhaus seinen Betrieb mit zusätzlichen Vertretungsärzten aus seinem Pool von jungen Ärztinnen und Ärzten aufrecht, die ebenso wie die Praktikanten gerne dort tätig seien. Das PVZ Fünfhaus müsse 50 Stunden pro Woche geöffnet sein. Seine Öffnungszeiten seien von 8.30 Uhr bis 13.30 Uhr und nach dem Schichtwechsel der Ärzte von 14 Uhr bis 19 Uhr. Eine Ausnahme sei der Donnerstag, an dem das PVZ Fünfhaus von 7 Uhr bis 12 Uhr und von 14 Uhr bis 19 Uhr geöffnet sei; die Zeit von 12 Uhr bis 14 Uhr sei an diesem Tag für Teambuilding vorgesehen. Eine Öffnung des PVZ Fünfhaus am Wochenende sei für die nächsten Jahre angedacht. Einzelne Primärversorgungseinheiten ständen auch am Wochenende als Anlaufstelle zur Verfügung. In den Bereitschaftsdienst sei das PVZ Fünfhaus nicht eingebunden.



Das österreichische Gesundheitssystem – Eine Einführung

Herwig Ostermann



Die GÖG als nationales Public Health Institut

Der Public Health Rahmen

Public Health als Disziplin

Public Health can be defined as:

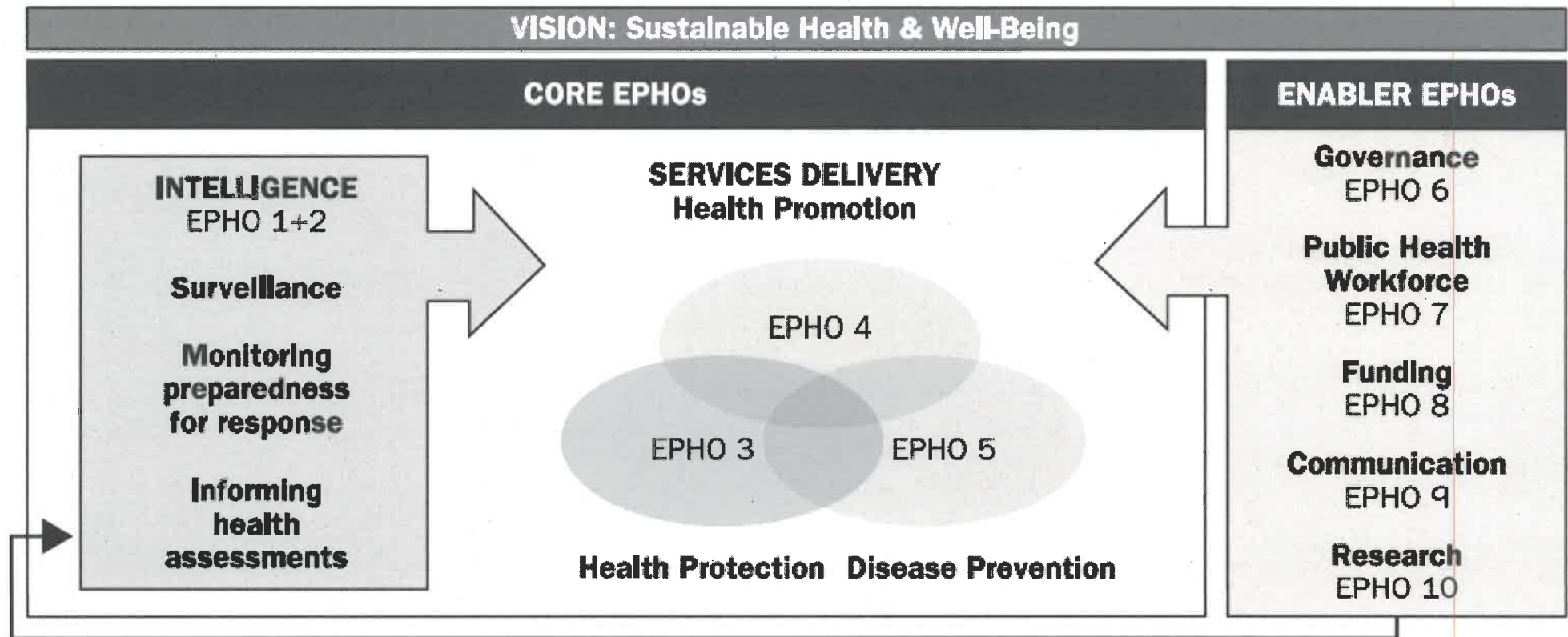
„the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts and informed choices of society, organizations, public and private, communities and individuals“

(Winslow, 1920)

Der Public Health Rahmen

Die Kernaufgaben von Public Health

Clustering of EPHOs to deliver public health services



Der Public Health Rahmen

Die Rolle der GÖG als Nationales Public Health Institut

Gesundheit Österreich
GmbH

Suchbegriffe



FACHGEBIETE - PUBLIKATIONEN - SERVICES - DATEN & REGISTER - **ÜBER UNS** - VERANSTALTUNGEN - ENGLISH -

- + Organisation
- + [Unsere Werte](#)
- > [Vision und Mission](#)
- > Gute Praxis wissenschaftlicher Politikberatung
- > Gleichstellungsplan
- > Kinderschutzrichtlinie
- + Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- + Offene Stellen
- + Gesetzliche Grundlagen
- + Internationales
- + Kontakt
- + Presse

Vision und Mission

Vision

Als nationales Public-Health-Institut sind wir das führende Kompetenzzentrum für Bevölkerungsgesundheit, Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgungsplanung und Qualität im Gesundheitswesen.

Mission

Wir schaffen Nutzen für die Menschen in Österreich, indem wir evidenzbasierte Grundlagen für ein gutes, effizientes und gerechtes Gesundheitssystem bereitstellen und dazu beitragen, dass alle in Österreich lebenden Menschen bei guter Gesundheit ein hohes Alter erreichen.

Als nationales Kompetenzzentrum tragen wir aktiv zur Weiterentwicklung der Versorgung mit Gesundheits- und Pflegeleistungen sowie der Gesundheitsförderung und Prävention bei und unterstützen die Integration der sozialen Sicherungssysteme.

Unsere Eigentümerin ist die Republik Österreich und wir arbeiten vornehmlich für den öffentlichen Bereich. Unsere wissenschaftliche Arbeit erfolgt nach unabhängigen und internationalen Standards.

Wir bilden eine Brücke zwischen Wissenschaft, Praxis, Politik und Öffentlichkeit und liefern Daten, Fakten, Analysen und Evaluationen von hoher Qualität und Verlässlichkeit. Wir entwickeln innovative Konzepte und Methoden. Wir begleiten Prozesse und schaffen als äquidistante Partnerin offene Dialogräume.

Wir agieren als Schnittstelle zwischen nationalen und internationalen Public-Health-Akteuren und gestalten die Themen aktiv mit.

Wir arbeiten umsetzungs- und zielgruppenorientiert und sind in ausgewählten Bereichen auch selbst Erbringerin von gesundheitsbezogenen Leistungen.

Der Public Health Rahmen

Die Rolle der GÖG als Nationales Public Health Institut

Gesundheit Österreich
GmbH

Suchbegriffe



FACHGEBIETE - PUBLIKATIONEN - SERVICES - DATEN & REGISTER - **ÜBER UNS** - VERANSTALTUNGEN - ENGLISH

+ Organisation

+ Unsere Werte

> Vision und Mission

> Gute Praxis wissenschaftlicher
Politikberatung

> Gleichstellungsplan

> Kinderschutzrichtlinie

+ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

+ Offene Stellen

+ Gesetzliche Grundlagen

+ Internationales

+ Kontakt

+ Presse

Vision und Mission

Vision

Als nationales Public-Health-Institut sind wir das führende Kompetenzzentrum für Bevölkerungsgesundheit, Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgungsplanung und Qualität im Gesundheitswesen.

Mission

Wir schaffen Nutzen für die Menschen in Österreich, indem wir evidenzbasierte Grundlagen für ein gutes, effizientes und gerechtes Gesundheitssystem bereitstellen und dazu beitragen, dass alle in Österreich lebenden Menschen bei guter Gesundheit ein hohes Alter erreichen.

Als nationales Kompetenzzentrum tragen wir aktiv zur Weiterentwicklung der Versorgung mit Gesundheits- und Pflegeleistungen sowie der Gesundheitsförderung und Prävention bei und unterstützen die Integration der sozialen Sicherungssysteme.

Unsere Eigentümerin ist die Republik Österreich und wir arbeiten vornehmlich für den öffentlichen Bereich. Unsere wissenschaftliche Arbeit erfolgt nach unabhängigen und internationalen Standards.

Wir bilden eine Brücke zwischen Wissenschaft, Praxis, Politik und Öffentlichkeit und liefern Daten, Fakten, Analysen und Evaluationen von hoher Qualität und Verlässlichkeit. Wir entwickeln innovative Konzepte und Methoden. Wir begleiten Prozesse und schaffen als äquidistante Partnerin offene Dialogräume.

Wir agieren als Schnittstelle zwischen nationalen und internationalen Public-Health-Akteuren und gestalten die Themen aktiv mit.

Wir arbeiten umsetzungs- und zielgruppenorientiert und sind in ausgewählten Bereichen auch selbst Erbringerin von gesundheitsbezogenen Leistungen.



https://goeg.at/GOEG_Broschuere

Der Public Health Rahmen

Die Rolle der GÖG als Nationales Public Health Institut

Gesundheit Österreich
GmbH

Suchbegriffe



FACHGEBIETE · PUBLIKATIONEN · SERVICES · DATEN & REGISTER · **ÜBER UNS** · VERANSTALTUNGEN · ENGLISH

- + Organisation
- + [Unsere Werte](#)
- + [Vision und Mission](#)
- + Gute Praxis wissenschaftlicher Politikberatung
- + Gleichstellungsplan
- + Kinderschutzrichtlinie
- + Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- + Offene Stellen
- + Gesetzliche Grundlagen
- + Internationales
- + Kontakt
- + Presse

Vision und Mission

Vision

Als nationales Public-Health-Institut sind wir das führende Kompetenzzentrum für Bevölkerungsgesundheit, Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgungsplanung und Qualität im Gesundheitswesen.

Mission

Wir schaffen Nutzen für die Menschen in Österreich, indem wir evidenzbasierte Grundlagen für ein gutes, effizientes und gerechtes Gesundheitssystem bereitstellen und dazu beitragen, dass alle in Österreich lebenden Menschen bei guter Gesundheit ein hohes Alter erreichen.

Als nationales Kompetenzzentrum tragen wir aktiv zur Weiterentwicklung der Versorgung mit Gesundheits- und Pflegeleistungen sowie der Gesundheitsförderung und Prävention bei und unterstützen die Integration der sozialen Sicherungssysteme.

Unsere Eigentümerin ist die Republik Österreich und wir arbeiten vornehmlich für den öffentlichen Bereich. Unsere wissenschaftliche Arbeit erfolgt nach unabhängigen und internationalen Standards.

Wir bilden eine Brücke zwischen Wissenschaft, Praxis, Politik und Öffentlichkeit und liefern Daten, Fakten, Analysen und Evaluationen von hoher Qualität und Verlässlichkeit. Wir entwickeln innovative Konzepte und Methoden. Wir begleiten Prozesse und schaffen als äquidistante Partnerin offene Dialogräume.

Wir agieren als Schnittstelle zwischen nationalen und internationalen Public-Health-Akteuren und gestalten die Themen aktiv mit.

Wir arbeiten umsetzungs- und zielgruppenorientiert und sind in ausgewählten Bereichen auch selbst Erbringerin von gesundheitsbezogenen Leistungen.



Der Public Health Rahmen

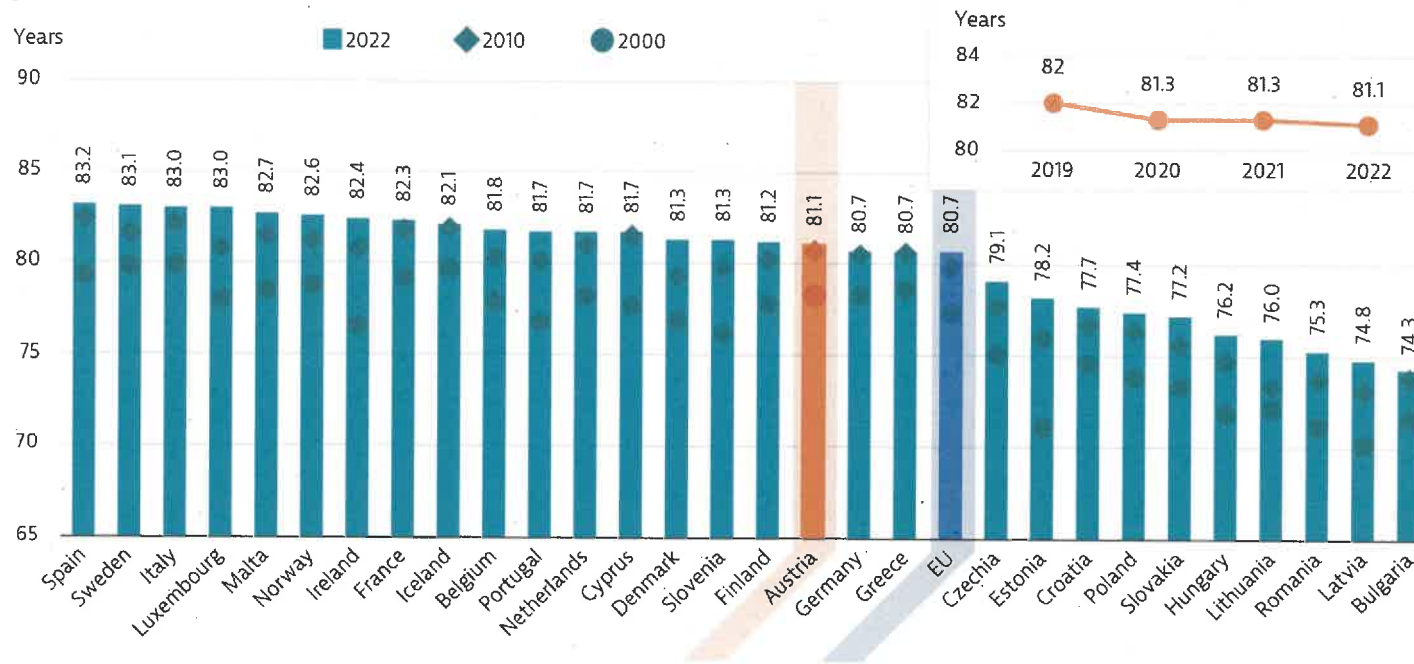
Die Rolle der GÖG als Nationales Public Health Institut

Geschäftsleitung (GL)					
Geschäftsführung (GF) Herwig Ostermann	Human Resources (HR) Sabine Tröstl	Internationales und Tochtergesellschaften* Claudia Habi	Qualitätsagenden (BIQG) Karin Eglau	Förderwesen (FGÖ) Klaus Ropin	Finanzen, Infrastruktur und Services (FIS) Otto Postl
Koordinations- und Serviceeinheiten	Fachabteilungen ÖBIG und BIQG			Fonds Gesundes Österreich	Öffentliche Services
Informationstechnologie und Datenkompetenz (FIS) Alexander Walther	Abteilung Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit Marion Weigl	Abteilung Planung und Systementwicklung, inkl. Koordination Primärversorgung Gerhard Fülöp	Abteilung Evidenz- und Qualitätsstandards Roman Winkler	Fort- und Weiterbildung, Vernetzung Kapazitätsaufbau, Wissensentwicklung	Gesundheitsberuferegister Monika Zach
Koordination Zielsteuerung-Gesundheit Karin Eglau	Abteilung Gesundheitsberufe und Langzeitpflege Elisabeth Rappold	Abteilung Psychosoziale Gesundheit Alexander Grabenhofer-Eggerth	Abteilung Qualitätsmessung und Patientenbefragung Reinhard Kern	Koordination und Service, Information und Aufklärung Projektförderung	ÖBIG-Transplant Maria Preschern-Hauptmann
Zentrale Prozesse und Organisation (GF) Brigitte Marsteurer	Abteilung Gesundheitsökonomie und -systemanalyse Florian Bachner	Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Gesundheitssystem (Agenda GF) Peter Nowak		ÖKUSS – Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe Gudrun Braunegger-Kalinger	Österreichisches Stammzellregister Isabel Stadler-Haushofer
	Abteilung Internationales, Policy, Evaluation und Digitalisierung Alexander Degelsegger-Márquez, Claudia Habi	Kompetenzzentrum Klima und Gesundheit (Agenda GF) Ruperta Lichtenegger Andrea Schmidt		Kompetenzzentrum Zukunft Gesundheitsförderung (Agenda GF) Gerlinde Rohrauer-Näf	Redaktion Gesundheitsportal Stephan Fousek
	Abteilung Pharmaökonomie Sabine Vogler	Kompetenzzentrum Sucht Martin Busch			Vergiftungsinformations-zentrale Tara Arif, Dieter Genser

Das österreichische Gesundheitssystem

Das österreichische Gesundheitssystem Ausgangslage → Ergebnisse

Figure 1. Life expectancy remains above the EU average, despite the sharp reduction during the pandemic



Notes: The EU average is weighted. The 2022 data are provisional estimates from Eurostat that may be different from national data and may be subject to revision. Data for Ireland refer to 2021.

Source: Eurostat Database.



Das österreichische Gesundheitssystem Ausgangslage → Input und Output



Figure 5.16. Hospital beds, 2009 and 2019 (or nearest year)

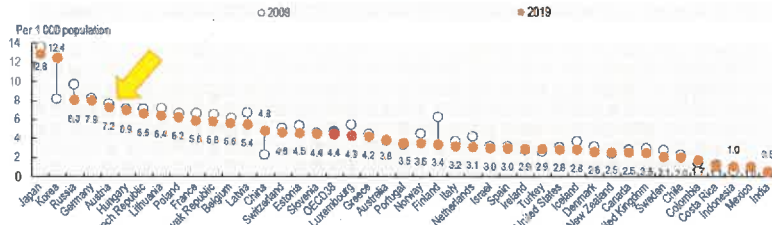


Figure 5.18. Adult intensive care beds, 2019 (or nearest year) and 2020

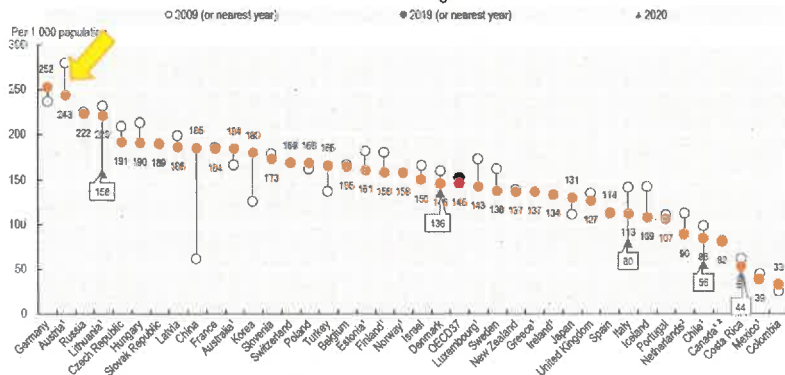
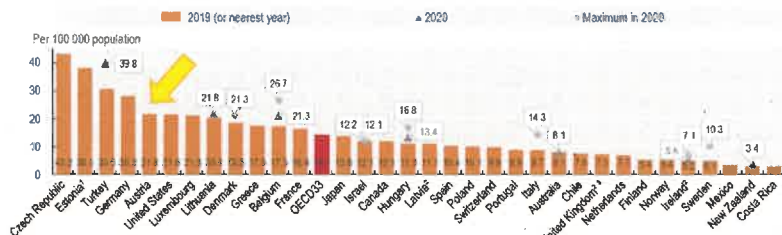


Figure 9. Austria has more doctors and nurses than the EU average

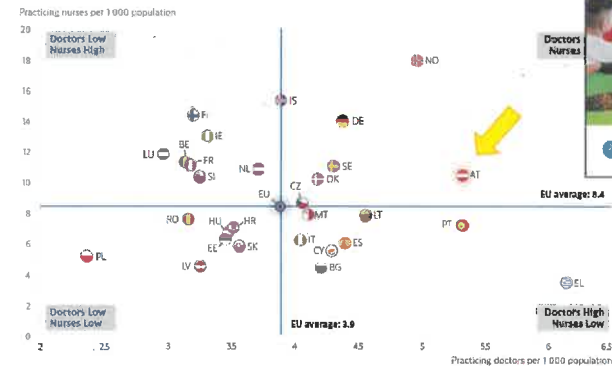


Figure 5.25. Hip replacement surgery, 2019 (or nearest year)

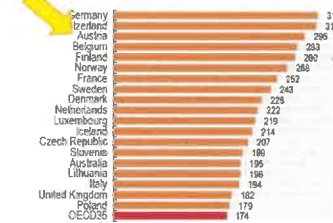
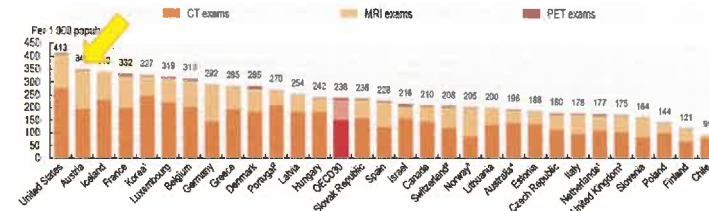


Figure 5.26. Knee replacement surgery, 2019 (or nearest year)

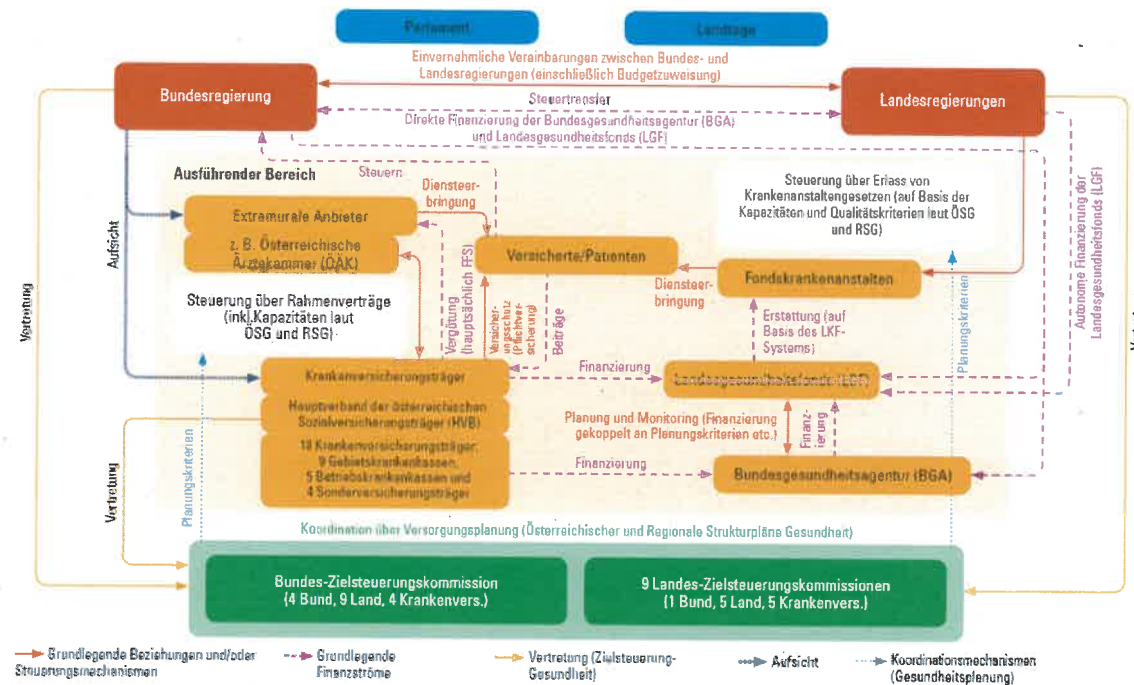


Figure 5.22. CT, MRI and PET exams, 2019 (or nearest year)



Das österreichische Gesundheitssystem Ausgangslage

- Systemaufbau und Steuerungs- und Planungsbedarf



Das österreichische Gesundheitssystem Ausgangslage

• Systemaufbau und Steuerungs- und Planungsbedarf

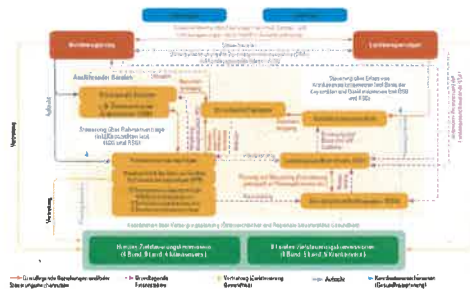
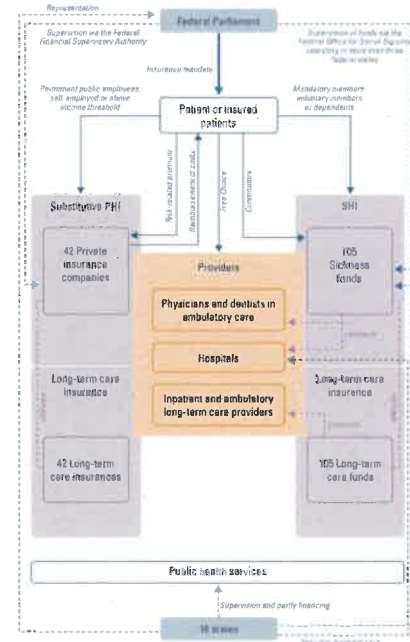
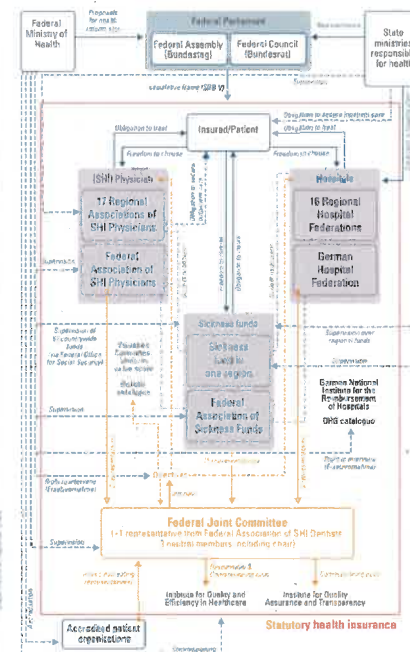


FIGURE 2.1 Organizational relationship between statutory and private health care service, as well as long-term care, 2020



Sources: IGM-Spitzenverband, 2020b; Verband der privaten Krankenversicherung, 2019a; Netze Based on Buseck & Buseck, 2014; PHI: private health insurance; SHI: statutory health insurance

FIGURE 2.2 Overview of the statutory health insurance system, 2020



Source: Authors' own compilation based on Buseck & Buseck, 2005
Notes: Solid lines mean representation within through a contractual relationship or association, dashed lines mean supervision or regulation



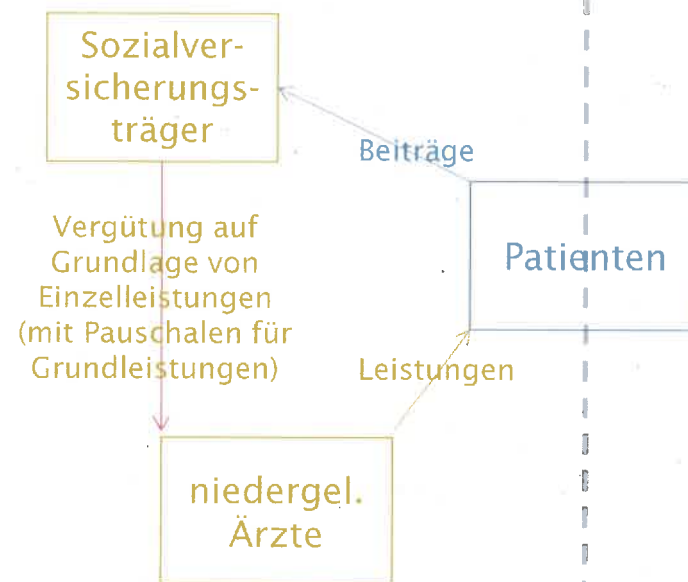
- Systemaufbau und Steuerungs- und Planungsbedarf



Gesundheitssystemsteuerung in Österreich (Status Quo, vereinfacht)

Niedergelassene ärztliche Versorgung
("extramural")

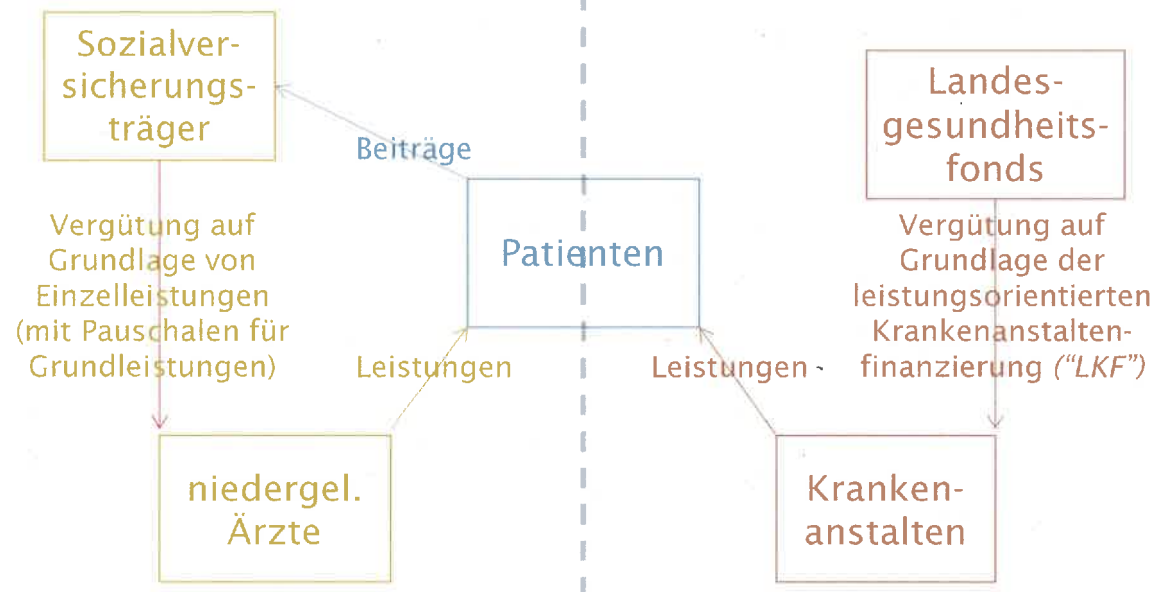
Spitalsambulante und stationäre
Versorgung ("intramural")



Gesundheitssystemsteuerung in Österreich (Status Quo, vereinfacht)

Niedergelassene ärztliche Versorgung
("extramural")

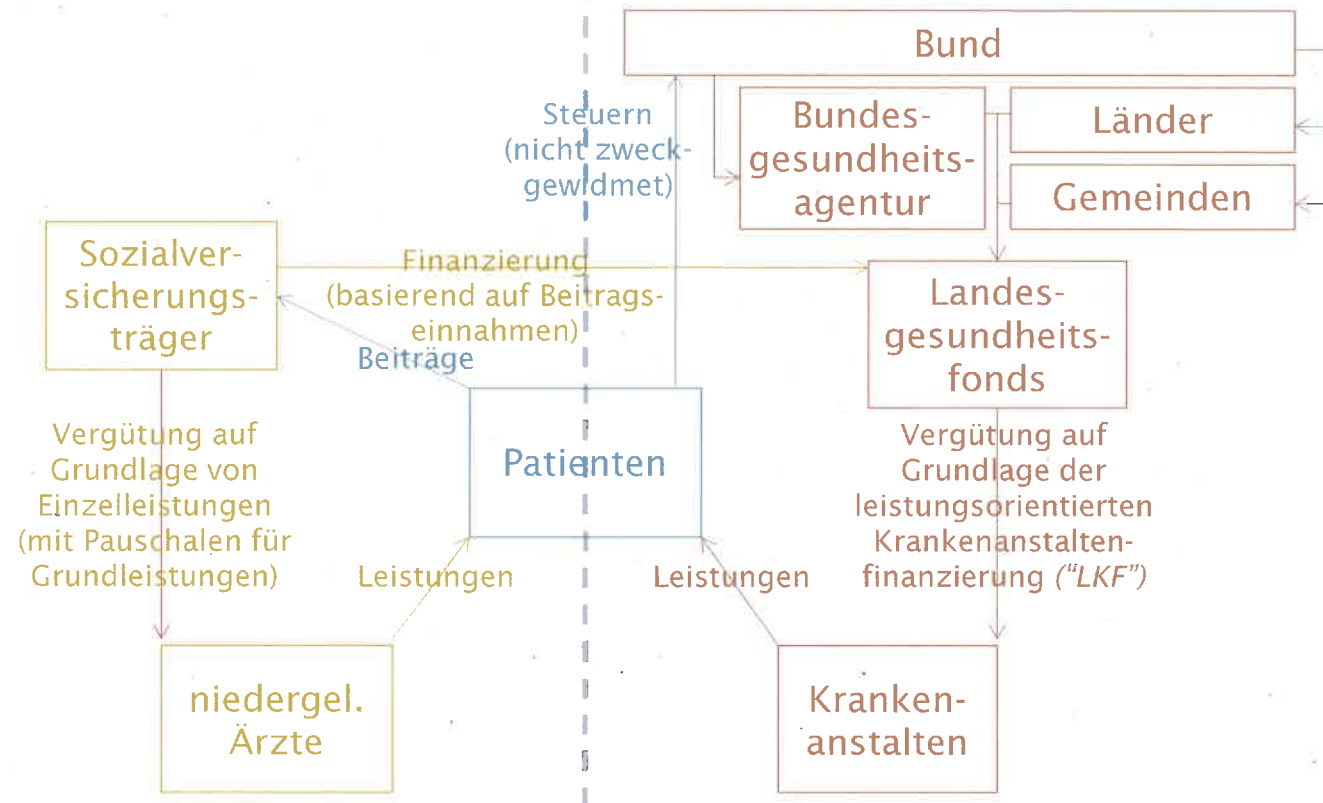
Spitalsambulante und stationäre
Versorgung ("intramural")



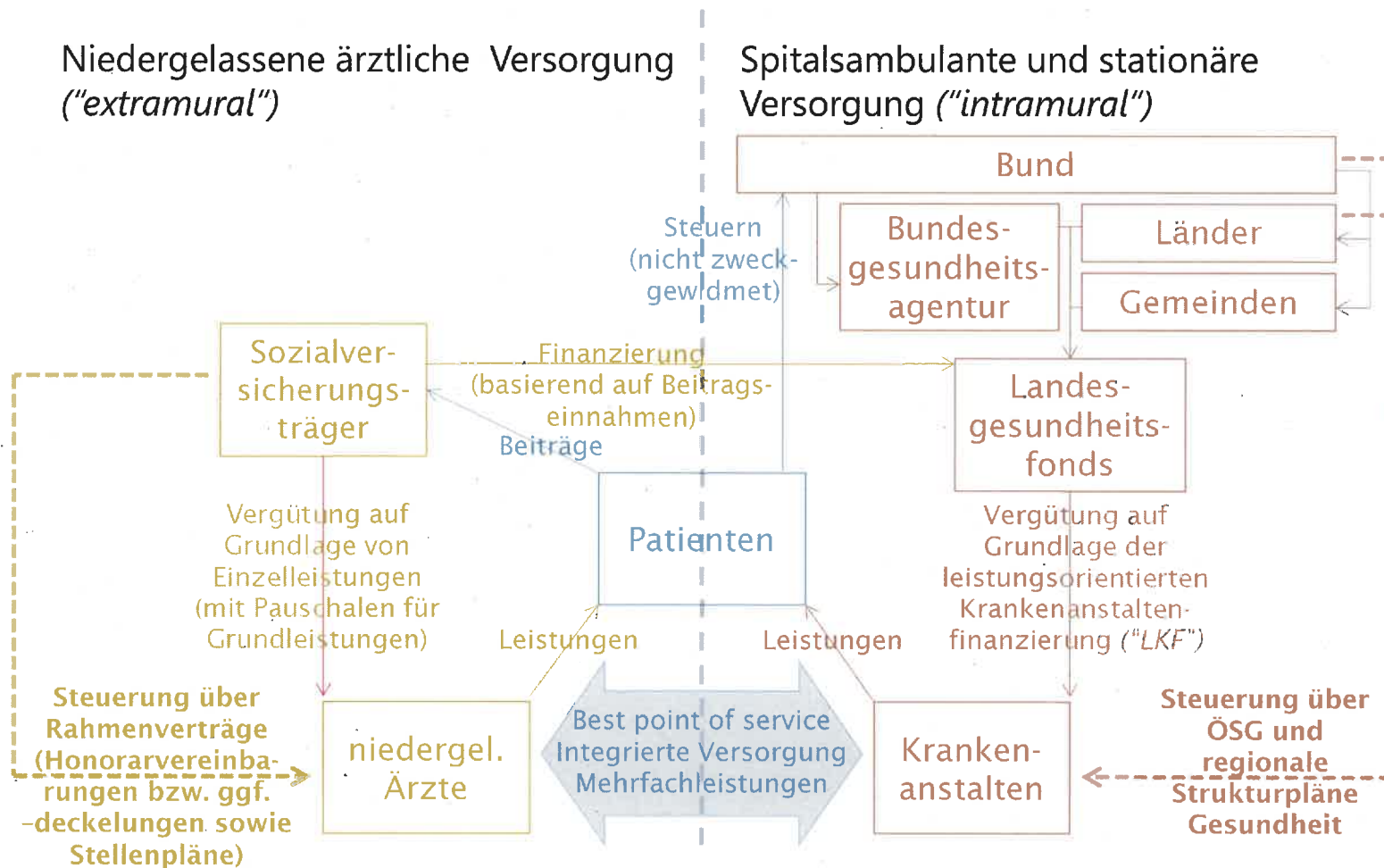
Gesundheitssystemsteuerung in Österreich (Status Quo, vereinfacht)

Niedergelassene ärztliche Versorgung
("extramural")

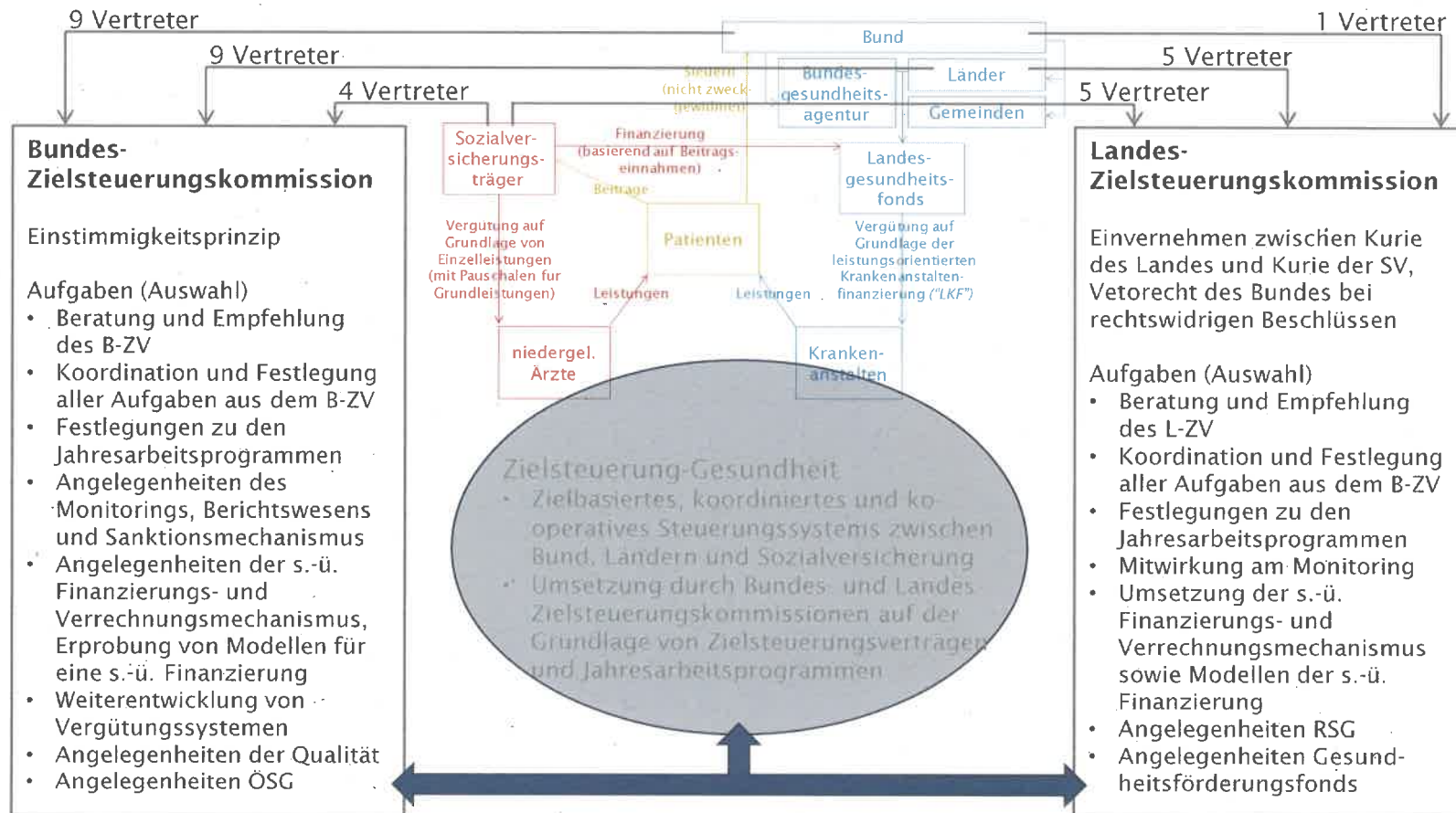
Spitalsambulante und stationäre
Versorgung ("intramural")



Gesundheitssystemsteuerung in Österreich (Status Quo, vereinfacht)



Gesundheitssystemsteuerung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit



Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS)



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK),
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlagsort: Wien

Fotonachweis: Cover: Adobe Stock.com/aFotostock

Redaktionsteam:

Leitung: Priv.-Doz.ⁱⁿ DDR.ⁱⁿ Reinhild Strauss, MSc, Dr.ⁱⁿ Julia Weber, LL.M. (BMSGPK)

Mag.^a Elisabeth Kanitz, MSc, Mag.^a Dr.ⁱⁿ Lisa Gugglberger, Mag.^a Christina Einwögerer (Gesundheit Österreich GmbH)

Projektkoordination:

Leitung: Mag.^a Elisabeth Kanitz, MSc, Mag.^a Dr.ⁱⁿ Lisa Gugglberger, Mag.^a Christina Einwögerer (Gesundheit Österreich GmbH)

Review:

Dr. Richard Pentz, Dr.ⁱⁿ Susanne Rabady, Dr.ⁱⁿ Karin Eglau, Dr. Clemens Mädler, Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour, Dr. Roman Winkler, MMSc

Danksagung:

Besonderer Dank gilt den Mitgliedern der Arbeitsgruppe, die im Rahmen von Sitzungen und schriftlichen Feedbackschleifen ihre wertvolle Expertise eingebracht haben, sowie den Betroffenen für die Schilderung ihrer Erfahrungen im Rahmen von Interviews.

Copyright und Haftung:

Ein auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Speicherung auf Datenträgern zu kommerziellen Zwecken sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.); Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS), 2024.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und der Autorin ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorinnen dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Download: Diese und weitere Publikationen können als Download über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.at/broschuerenservice bezogen werden.

Vorwort



Johannes Rauch
© Marcel Kulhanek

Postakute Infektionssyndrome (PAIS) fassen verschiedene Krankheitsbilder zusammen, die nach einer akuten Infektion mit viralen oder bakteriellen Erregern auftreten können. Fatigue, Post-Exertionelle Malaise (PEM), Schmerzen und Dysfunktionen des Nerven- oder Immunsystems sind häufige Symptome dieser Erkrankungen, die für Betroffene oft sehr belastend und einschränkend sind. Eine Teilnahme an Aktivitäten des täglichen Lebens ist für viele Personen mit schweren Verlaufsformen nicht möglich. In vielen Fällen werden sie so für die Allgemeinheit sozusagen unsichtbar.

Durch Long bzw. Post-COVID sind postakute Infektionssyndrome vermehrt in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Es ist mir ein großes Anliegen, diesen Fokus auch nach Ende der Coronapandemie beizubehalten und die Versorgung von Betroffenen auf Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse zu verbessern. Ein wichtiger Schritt war in diesem Zusammenhang die Schaffung eines Nationalen Referenzzentrums für postvirale Syndrome, das seit Herbst 2024 an der Medizinischen Universität Wien als zentrale Drehscheibe für die Forschung dienen und den Austausch zwischen Theorie und Praxis vorantreiben soll. Im neuen Zielsteuerungsvertrag der Gesundheitsreform werden nun zusätzliche Mittel auch für den Auf- und Ausbau von spitalsambulanten Strukturen bereitgestellt. Im Bereich der „Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und Strukturreformen“ wird spezifisch auch die Versorgung von Menschen mit komplexen postviralen/postinfektiösen Syndromen genannt. Die konkrete Umsetzung dieser Versorgungsstrukturen liegt in der Zuständigkeit der Länder.

Als Gesundheitsminister habe ich mit vielen Personen gesprochen, deren Leben durch ein postakutes Infektionssyndrom völlig verändert wurde. Für mich und mein Ressort war es essenziell, die Stimme der Betroffenen in unsere Arbeiten einfließen zu lassen. Der vorliegende Aktionsplan wurde daher unter breiter Einbindung von Expertinnen und Experten aus allen relevanten Gesundheits- und Sozialberufen, von Betroffenen, pflegenden Angehörigen sowie Vertreterinnen und Vertretern der Länder und der Sozialversicherung erarbeitet. Er enthält Maßnahmen und Empfehlungen für alle PAIS-Manifestationen inklusive Long bzw. Post-COVID und die Myalgische Enzephalomyelitis /

Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS). Die weitere Umsetzung des vorliegenden Aktionsplans soll durch das Nationale Referenzzentrum und durch die Gesundheitsreform unterstützt und vorangetrieben werden.

Ich möchte mich bei allen Personen bedanken, die durch ihre Erfahrung und Expertise zur Erarbeitung dieses Aktionsplans beigetragen haben!

Johannes Rauch
Bundesminister

Inhalt

Vorwort	4
Kurzfassung	8
1 Einleitung	11
1.1 Methodik.....	11
1.2 Postakute Infektionssyndrome (PAIS)	12
2 Handlungsfelder PAIS	14
2.1 Handlungsfeld 1: Definition	14
2.1.1 Problemdarstellung/Ist-Situation	14
2.1.2 Empfehlungen (Maßnahmen).....	15
2.2 Handlungsfeld 2: Datenlage.....	15
2.2.1 Problemdarstellung/Ist-Situation	15
2.2.2 Empfehlungen (Maßnahmen).....	16
2.3 Handlungsfeld 3: Prävention und Diagnostik	18
2.3.1 Problemdarstellung/Ist-Situation	18
2.3.2 Empfehlungen (Maßnahmen).....	19
2.4 Handlungsfeld 4: Versorgung	22
2.4.1 Problemdarstellung/Ist-Situation	22
2.4.2 Empfehlungen (Maßnahmen).....	24
2.5 Handlungsfeld 5: Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Bewusstseinsbildung (Awareness).....	28
2.5.1 Problemdarstellung/Ist-Situation	28
2.5.2 Empfehlungen (Maßnahmen).....	29
2.6 Handlungsfeld 6: Soziale Absicherung.....	32
2.6.1 Problemdarstellung/Ist-Situation	32
2.6.2 Empfehlungen (Maßnahmen).....	35
2.7 Handlungsfeld 7: Forschung und Wissen.....	39
2.7.1 Problemdarstellung/Ist-Situation	39
2.7.2 Empfehlungen (Maßnahmen).....	40
2.8 Handlungsfeld 8: Besondere Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen.....	41
2.8.1 Problemdarstellung/Ist-Situation	41
2.8.2 Empfehlungen (Maßnahmen).....	42

Tabellenverzeichnis.....	45
Literatur.....	46
Glossar.....	50
Mitglieder der Arbeitsgruppe	55
Abkürzungen.....	60

Kurzfassung

Der Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS) wurde von Herrn Bundesminister Johannes Rauch mit dem Ziel in Auftrag gegeben, die Lebensqualität und Versorgung von betroffenen Patientinnen und Patienten zu verbessern. Basierend auf nationalen und internationalen Vorarbeiten soll durch gezielte Maßnahmen in den Bereichen medizinische Versorgung und soziale Absicherung ein unterstützendes Umfeld für Patientinnen und Patienten, die von PAIS betroffen sind, geschaffen werden.

PAIS sind im Zusammenhang mit einer Reihe verschiedener Erreger bekannt, darunter Viren wie SARS-CoV-2, Influenza, EBV und Enteroviren sowie nicht virale Erreger (Choutka et al. 2022).¹ PAIS betreffen sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche und stellen Patientinnen und Patienten, pflegende Angehörige und das Gesundheitssystem insgesamt vor erhebliche Herausforderungen.

Der Aktionsplan zu PAIS wurde in einem breiten Beteiligungsprozess in der ersten Jahreshälfte 2024 im Rahmen einer multiprofessionellen und interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe mit insgesamt 61 Expertinnen und Experten plus Stellvertreterinnen bzw. Stellvertretern erarbeitet. Sie setzte sich zusammen aus nominierten Vertreterinnen und Vertretern aus BMSGPK-Fachabteilungen, Bundesministerien, der Gesundheit Österreich GmbH, der Länder (Landesgesundheitsreferentinnen bzw. -referenten), der Sozial- und Pensionsversicherung, von Selbst- und Angehörigenvertretungen, der Patientenanwaltschaft, von medizinischen Fachgesellschaften, Berufs- und Standesvertretungen und aus dem medizinischen, universitären und wissenschaftlichen Bereich. Die Prozesskoordination und -

¹ Zu den unter PAIS subsumierten Krankheitsbildern gehören postvirale Syndrome nach SARS-CoV-2-Infektionen, Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS), posturales Tachykardiesyndrom (POTS), Fibromyalgie, reaktive Arthritis, chronische Epstein-Barr-Virus-Infektion, Post-Ebola-Syndrom, Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections (PANDAS) und chronisches Dengue-Syndrom (u. a.).

begleitung erfolgt durch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und umfasste bisher vorrangig die Erarbeitung zielgerichteter Maßnahmen entlang von acht spezifischen Handlungsfeldern².

Der Aktionsplan zu PAIS versteht sich als strategisches Expertenpapier mit Empfehlungscharakter, der für die Gesundheitspolitik einen Überblick über die wichtigsten Handlungsfelder im Bereich PAIS liefert. Die Ziele des Aktionsplans wurden auf Basis internationaler Evidenz sachorientiert ausgewählt.

1. **Definition:** Im Handlungsfeld Definition wird die pragmatische Einigung auf die Verwendung einer einheitlichen PAIS-Definition empfohlen.
2. **Datenlage:** Prinzipiell bilden verlässliche epidemiologische Daten die Grundlage für die adäquate Versorgung und die soziale Absicherung der Betroffenen. Aufgrund der unzureichenden Datenlage ist die Zahl der von PAIS betroffenen Patientinnen und Patienten in Österreich – und auch international – nicht bekannt. Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Datenlage betreffen die Schaffung einer Diagnosecodierung, die geeignet ist, PAIS zu erfassen, und eine internationale Vergleichbarkeit ermöglicht.
3. **Prävention und Diagnostik:** Prävention auf Ebene der Primär-, Sekundär-, Tertiär- und Quartärprävention ist essenziell. Dies betrifft auch die Reduktion der Inzidenz und Schwere von Infektionskrankheiten, um in weiterer Folge die Entstehung von PAIS zu verringern. Die Diagnostik von PAIS ist aufwendig und benötigt ein fächerübergreifendes und spezifisches Verständnis seitens der Angehörigen der Gesundheitsberufe. Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Prävention und Diagnostik betreffen die Unterstützung von Früherkennung und Differenzialdiagnostik sowie die Abbildung der dafür erforderlichen Verfahren und Maßnahmen im Leistungskatalog.
4. **Versorgung:** PAIS-Patientinnen und -Patienten benötigen einen raschen, flächendeckenden und niederschweligen Zugang zu angemessener Versorgung, welche direkte ärztliche Behandlung ebenso umfasst wie in Bezug auf PAIS qualifizierte Angehörige der Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Zusätzlich ist der Ausbau telemedizinischer Dienste, vor allem für schwer erkrankte Patientinnen und Patienten, essenziell. Der umfangreiche Maßnahmenkatalog im Handlungsfeld Versorgung inkludiert die Bereiche der Primärversorgung, Fachversorgung, Tertiärversorgung / stationären Versorgung, Rehabilitation und psychosozialen Betreuung. Die empfohlenen Maßnahmen

² Definition; Datenlage; Prävention und Diagnostik; Versorgung; Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Bewusstseinsbildung (Awareness); Soziale Absicherung; Forschung und Wissen; Besondere Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit PAIS

umfassen u. a. den Aufbau dezentraler transdisziplinärer und multiprofessioneller Anlaufstellen und spezialisierte Behandlungseinrichtungen, angebunden an ein Forschungszentrum (Nationales Referenzzentrum), sowie die Erstellung eines Versorgungspaths.

5. **Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Bewusstseinsbildung (Awareness):** Die empfohlenen Maßnahmen betreffen die Aufklärung und Bereitstellung von Materialien zur Aufklärung und Information der Bevölkerung, der Betroffenen und Angehörigen, die Aus-, Weiter- und Fortbildungen für Vertreter:innen der Gesundheits- und Sozialberufe sowie Informationen für relevante Stakeholder:innen (z. B. Schulen, Jugendämter, Arbeitgeber:innen, Sozialversicherungsträger). Das Nationale Referenzzentrum für postvirale Syndrome wird hier auf Basis seiner Aufgabe der laufenden Vermittlung von Informationen an in die Behandlung involvierte Angehörige der Gesundheitsberufe ebenso einen zentralen Beitrag leisten. Damit sollen Voraussetzungen für eine bessere Versorgung geschaffen werden.
6. **Soziale Absicherung:** PAIS gehen häufig mit finanziellen Belastungen, Prekarisierung und sozialen Problemen, Ausgrenzungen sowie dem Risiko der Einschränkung sozialer Teilhabe für Betroffene und deren An- und Zugehörige einher. Der umfangreiche Maßnahmenkatalog im Handlungsfeld Soziale Absicherung umfasst die Bereiche Anpassung der Unterstützungsleistungen für Betroffene und pflegende Angehörige sowie den Begutachtungsprozess (z. B. hinsichtlich Versicherungsleistungen oder Arbeitsumfeld).
7. **Forschung und Wissen:** Gegenwärtig ist die wissenschaftliche Evidenz zu PAIS in allen Forschungsbereichen noch unzureichend. Zudem gibt es in Österreich aktuell keine systematische und explizite Forschungsvernetzung in puncto PAIS. Die empfohlenen Maßnahmen im Handlungsfeld Forschung und Wissen beinhalten u. a. die Etablierung kompetitiver Forschungscalls, die Förderung transdisziplinärer gesundheitswissenschaftlicher Forschung, die Durchführung prospektiver epidemiologischer Studien sowie die Etablierung und Förderung eines österreichweiten PAIS-Registers.
8. **Besondere Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen:** Empfohlene Maßnahmen betreffen die Vereinfachung der Transition im medizinischen Bereich, den Zugang zu Weiterbildung und die Schaffung von Awareness für alle Einrichtungen mit Angeboten für Kinder und Jugendliche sowie die Erarbeitung flexibler, individueller Möglichkeiten für eine Teilnahme am Unterricht.

1 Einleitung

1.1 Methodik

In den Jahren 2022 und 2023 wurden im Auftrag des BMSGPK Arbeiten zur Erfassung des Status quo, von Problemlagen und Herausforderungen in der Versorgung von Folgezuständen nach Virusinfektionen durchgeführt (Neubauer et al. 2023b; Neubauer et al. 2023a; Oberster Sanitätsrat 2023; Winkler et al. 2022). Im Zuge dessen wurde auf Empfehlung des Obersten Sanitätsrates (OSR) die Entwicklung eines Aktionsplans für postvirale/postinfektiöse Erkrankungen avisiert, um bestehende Initiativen und weitere Schritte bestmöglich zu bündeln und zu konsentieren.

Die Erstellung des Aktionsplans zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS) wurde Anfang 2024 unter Führung des BMSGPK gestartet. Auf Grundlage der Empfehlungen und Ergebnisse aus den nationalen Vorarbeiten und der Recherchearbeiten zu bereits bestehenden internationalen Plänen und Strategien wurden acht Handlungsfelder identifiziert, in denen jeweils eine Problemdarstellung und konkrete Maßnahmen in einem partizipativen Prozess erarbeitet wurden.

Über einen Nominierungsprozess wurden Expertinnen und Experten und Entscheidungsträger:innen aus dem österreichischen Gesundheitswesen sowie Betroffene und deren Angehörige für die Mitarbeit ausgewählt, wobei die Einladung zur Mitwirkung breit erfolgte. Gemäß der Struktur des Aktionsplans wurden zu jedem Handlungsfeld Arbeitsgruppen nach Spezialisierung und Expertise der Mitglieder gebildet, die schriftliche Beiträge zu den Handlungsfeldern erstellten. In größeren Handlungsfeldern wurden innerhalb der Arbeitsgruppen Kernteams gebildet, in denen spezifische Fragestellungen im Detail behandelt werden konnten. Die GÖG und das BMSGPK übernahmen die Funktion der Kernteamleitung der Handlungsfelder Definition, Datenlage und Besondere Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen. Textvorschläge der Expertinnen und Experten zu den Handlungsfeldern wurden vom BMSGPK und der GÖG zusammengeführt und über Feedbackschleifen und Arbeitsgruppensitzungen abgestimmt.

Die Perspektive der Betroffenen und Angehörigen wurde zudem noch gezielt im Rahmen von drei leitfadengestützten Einzelinterviews und einem Gruppeninterview erhoben. Die Interviewpartner:innen wurden über Interessengruppen (Long COVID, Long COVID Kids und

IG Safe) identifiziert. Die Ergebnisse der Interviews fanden über deren Präsentation und Diskussion in den Arbeitsgruppen Eingang in den Aktionsplan. In einem externen Reviewprozess durch Mitglieder der OSR-Arbeitsgruppe zu postakuten viralen / postakuten infektiösen Erkrankungen wurde der Textentwurf auf Homogenität und Vermeidung von Doppelungen/Doppelempfehlungen überprüft. Zusätzlich wurden die zugrunde liegende wissenschaftliche Evidenz, die Umsetzbarkeit, die Kongruenz der Maßnahmenempfehlungen mit den Aufgabenstellungen in den Empfehlungen des OSR sowie juristische und ethische Aspekte bewertet. Die Inhalte der einzelnen Handlungsfelder des Aktionsplans spiegeln somit die Stellungnahmen und Standpunkte der AG-Mitglieder als Ergebnis eines breiten Partizipationsprozesses wider.

1.2 Postakute Infektionssyndrome (PAIS)

Postakute Infektionssyndrome (PAIS) sind im Zusammenhang mit einer Reihe verschiedener Erreger bekannt, darunter Viren wie SARS-CoV-2, Influenza, EBV und Enteroviren sowie nichtvirale Erreger. Ähnlichkeiten in den beobachteten Symptomkomplexen wie neurokognitive oder pulmonale Manifestationen, Schmerzen, Dysfunktionen des autonomen Nervensystems und Immunsystems, Post-Exertionelle Malaise (PEM) und Fatigue geben Hinweise auf mögliche Gemeinsamkeiten in der Ätiologie postakuter Syndrome nach Infektion mit unterschiedlichen Erregern (Choutka et al. 2022). Krankheitsbilder, die nach dem derzeitigen Wissensstand unter PAIS gezählt werden können, sind unter anderem: postakute virale und postakute infektiöse Syndrome nach SARS-CoV-2, ME/CFS, posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom (POTS), Fibromyalgie, reaktive Arthritis, chronische Epstein-Barr-Virus-Infektion, Post-Ebola-Syndrom, Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections (PANDAS), chronisches Dengue-Syndrom und Post-Lyme-Syndrom. PAIS können sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen auftreten.

Der Aktionsplan bezieht sich in allen Handlungsfeldern auf sämtliche Ausprägungen von PAIS. Das Post-COVID-Syndrom ist aufgrund der Aktualität und der großen Zahl betroffener Personen derzeit das am häufigsten in der Fachliteratur besprochene und in nationalen Aktionsplänen adressierte PAIS und wird momentan intensiver erforscht als PAIS im Zusammenhang mit anderen Erregern, obwohl diese ebenfalls über einen langen Zeitraum dokumentiert sind. Die Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS), die meist postinfektiös ausgelöst wird, wird in der Literatur häufig als schwere Verlaufsform

von PAIS mit Leitsymptom PEM gesehen (Oberster Sanitätsrat 2023)³. ME/CFS ist besonders zu erwähnen, da diese Multisystemerkrankung spezielle Anforderungen für die Versorgung Betroffener mit sich bringt.

Der Aktionsplan zu PAIS zielt darauf ab, die Lebensqualität und Versorgung der Betroffenen zu verbessern. Unter Berücksichtigung des Bedarfs der gesundheitsbezogenen Versorgungsstruktur kann durch umfassende Maßnahmen im Bereich der medizinischen und multiprofessionellen Diagnostik und Versorgung, der sozialen Absicherung sowie der Bewusstseinsbildung und Forschung ein unterstützendes Umfeld für an PAIS erkrankte Personen geschaffen werden. Die empfohlenen Maßnahmen des Aktionsplans zu PAIS sollen bei deren Umsetzung zu einer gerechten und inklusiven Gesellschaft beitragen.

³ Manifest Empfehlung zur Versorgung vom [sic] Menschen mit postakuten Infektionssyndromen (PAIS) der Unterarbeitsgruppe des Obersten Sanitätsrates zum Thema „spezifische Versorgungsstrukturen für Menschen mit postakuten Infektionssyndromen“ in: Oberster Sanitätsrat (2023)

2 Handlungsfelder PAIS

2.1 Handlungsfeld 1: Definition

2.1.1 Problemdarstellung/Ist-Situation

Postakute Infektionssyndrome (PAIS) sind Erkrankungen, bei denen unter anderem neurologische, kardiovaskuläre und immunologische Symptome nach einer akuten Infektion bestehen bleiben oder neu auftreten. PAIS stellen eine Herausforderung für die Patientinnen und Patienten und für das Gesundheitswesen dar, wobei die zugrunde liegenden Pathomechanismen noch nicht vollständig verstanden werden. Obwohl das Auftreten von PAIS schon länger bekannt ist, fehlt es an einer klaren Definition und einer einheitlichen Klassifikation der unterschiedlichen, PAIS zugeordneten Krankheitsbilder. Eine Charakterisierung verschiedener Subtypen des Post-COVID-Syndroms wurde in verschiedenen Studien untersucht und könnte zu einem besseren Verständnis der Ätiologie von PAIS im Allgemeinen sowie zur Entwicklung personalisierter Therapieansätze beitragen (Izquierdo-Pujol/Morón-López 2024).

PAIS betreffen Menschen aller Altersgruppen und sie treten in sehr unterschiedlichen Schweregraden und mit sehr unterschiedlicher Dauer auf. Wie bei anderen chronischen Erkrankungen auch ist in Abhängigkeit vom Schweregrad mit zusätzlichen psychosozialen Auswirkungen zu rechnen (Malik et al. 2022). Aktuell sind die spezifischen Risikogruppen und -faktoren noch unzureichend erforscht, was die Entwicklung präventiver Maßnahmen und gezielter Unterstützungsstrategien erheblich erschwert. Fest steht, dass PAIS nach einer akuten Infektion auftreten, daher kommt in jedem Fall der Primärprävention eine entscheidende Rolle zu.

Eine einheitliche Verwendung des Begriffes PAIS innerhalb dieses Dokuments ist notwendig, um den Aktionsplan zu PAIS umsetzen zu können, die medizinische Versorgung zu optimieren, die Forschung in diesem Bereich zu fördern und den Betroffenen eine gezielte und adäquate Unterstützung zu bieten. Dies trägt nicht nur zur Optimierung der klinischen Praxis bei, sondern kann auch die soziale Wahrnehmung dieser oft missverstandenen Krankheiten positiv beeinflussen. Aspekte, die sich spezifisch auf organische oder psychische Residuen nach schwerer Akuterkrankung (wie z. B. PICS, Lungenembolie, Herzinfarkt u. v. m.)

beziehen, werden hier nicht berücksichtigt, wie auch eine aktuelle Publikation aus Österreich empfiehlt (Hoffmann et al. 2024b).

Dem vorliegenden Aktionsplan wird die österreichische Leitlinie S1 (Rabady et al. 2023) zugrunde gelegt, weil sich Ätiologie, Diagnostik, Behandlung und Betreuung von unerklärten Symptomen nach Akuterkrankung von gut fassbaren strukturellen Folgen der komplizierten Akuterkrankung stark unterscheiden. Letztere werden in der regulären Gesundheitsversorgung bereits ausreichend aufgefangen. Die dem Aktionsplan zugrunde liegende OSR-Empfehlung folgt ebenfalls der österreichischen Leitlinie. Nachdem ME/CFS nicht von dieser Leitlinie erfasst wird, ist hier die Basis das D-A-CH-Konsensus-Statement zu ME/CFS.

2.1.2 Empfehlungen (Maßnahmen)

Tabelle 1: Empfohlene Maßnahmen (MN) im Handlungsfeld Definition

MN	Inhalt	Zuständigkeit
1	Pragmatische Einigung auf die einheitliche Verwendung einer Definition von PAIS in Österreich	BMSGPK (koordinativ)

Zu MN 1: Pragmatische Einigung auf die einheitliche Verwendung einer Definition von PAIS in Österreich, derzeit sind auf internationaler Ebene mehrere wissenschaftliche Definitionen gebräuchlich.

2.2 Handlungsfeld 2: Datenlage

2.2.1 Problemdarstellung/Ist-Situation

PAIS sind zwar kein neues Phänomen, dennoch ist die Datenlage zu den verschiedenen Syndromen unzureichend bzw. uneinheitlich. Um genaue Zahlen zu den betroffenen Patientinnen und Patienten zu erheben, sind detaillierte Informationen zum Gesundheitszustand der Betroffenen erforderlich, die mit den Routinedaten nicht erfasst werden. Auch die internationale Literatur weist stark divergierende Angaben zur Prävalenz auf, vor allem aufgrund der uneinheitlichen Terminologie und methodischer Limitationen (Fernandez-de-las-Peñas

et al. 2024; O'Mahoney et al. 2023; Rahmati et al. 2023; Woodrow et al. 2023). Verlässliche epidemiologische Daten sind jedoch eine wichtige Grundlage für eine adäquate Versorgung und soziale Absicherung der Betroffenen sowie für die Weiterbildung des medizinischen Personals und die Information der Betroffenen und der Bevölkerung.

Daten von verschiedenen Sozialversicherungsträgern können Hinweise auf die Häufigkeit und das Auftreten der unter PAIS subsumierten Krankheiten liefern. Hier können Daten zu Arbeitsunfähigkeit, Wiedereingliederungsteilzeit, Berufskrankheiten sowie die Anzahl eingehender Reha-Anträge genannt werden. Diese Daten sind allerdings stark fragmentiert und lückenhaft. Die aktuell verwendete Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) enthält einige Diagnosen, die Hinweise auf PAIS liefern, darunter „U09.9 Post-COVID-19-Zustand“ als Zusatzdiagnose, „G90.8 Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems“ und „G93.3 Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue-Syndrom“. Symptomkombinationen, Schweregrade der Erkrankungen und Verdachtsdiagnosen sind nicht Bestandteil der Routinedaten. Grundsätzlich erfolgt eine Diagnosecodierung nach der ICD-10-Klassifikation nur im stationären und Rehabilitationsbereich. Im ambulanten Sektor fehlt eine Diagnosecodierung derzeit weitgehend. Einzig die in den letzten Jahren neu entstandenen Primärversorgungseinheiten (PVE) codieren gemäß ICPC-2⁴ Klassifikation, in der jedoch kein Code zur Erfassung von PAIS hinterlegt ist. Im ambulanten Bereich ist eine Diagnosecodierung für Vertragsärztinnen und -ärzte ab 2025 und für Wahlärztinnen und -ärzte ab 2026 verpflichtend.

2.2.2 Empfehlungen (Maßnahmen)

Tabelle 2: Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Datenlage

MN	Inhalt	Zuständigkeit
2	Schaffung einer einfach zu administrierenden Codierung mit Eignung zur Erfassung von PAIS	BMSGPK, SV, Universitäten/Hochschulen
3	Schaffung bzw. Erweiterung des gesetzlichen Rahmens für die Verknüpfung von Daten	BMSGPK SV, ZS-G
4	Bereitstellung von Daten der ÖGK, PV, AUVA, BVAEB, SVS zur Analyse für Forschungszwecke inkl. prospektiver Studien	BMSGPK, SV

⁴ <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-of-primary-care> [Zugriff am 28.10.2024]

Zu MN 2: Schaffung einer einfach zu administrierenden Codierung mit Eignung zur Erfassung von PAIS, um durch eine einheitlich codierte Diagnosen- und Behandlungsdokumentation zu ermöglichen, die Prävalenz von PAIS in allen Altersgruppen laufend zu erheben und internationale Vergleichbarkeit sicherzustellen; sollte keine andere Bezeichnung zutreffender sein, kann auch „Verdacht auf PAIS“ oder „PAIS in Abklärung“ als Bezeichnung dienen. Diese Maßnahme beinhaltet Folgendes:

- Überprüfung ob andere, ergänzende Diagnosecodierungen und digitale Patientencharakterisierungen möglich sind, und gegebenenfalls Schaffung bzw. Anpassung von gesetzlichen Grundlagen zur Harmonisierung der Codierung (auch zwecks internationaler Vergleichbarkeit), beispielsweise durch Verwendung von SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms)⁵: Dieses erfasst viele Parameter, Zustände und Patientengeschichten, KI-Einsatz möglich, zukünftig Teil der europäischen elektronischen Patientenakte (EHDS); eventuell nur für PAIS-Diagnosen ergänzend als Pilotversuch.
- Prüfung der Möglichkeiten zur Einführung und Validierung etablierter Klassifikationssysteme und Schweregradskalen inkl. Gesundheitsdomänen (analog zu ICF: Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation, personenbezogene und umweltbezogene Kontextfaktoren) sowie Funktionscodes (analog zu ICF bzw. mithilfe von FUNCAP55 (Sommerfelt et al. 2024) zur Erhebung der Funktionsfähigkeit von Betroffenen im Alltag, um eine Datengrundlage zu schaffen, die (u. a.) Schlüsse auf gesundheitsökonomische Aspekte und Versorgungsqualität u. a. im Hinblick auf Effektivität und Effizienz von Angeboten und Interventionen zulässt)

Zu MN 3: Schaffung bzw. Erweiterung des gesetzlichen Rahmens für die Verknüpfung von Daten, (1) um die Auswirkungen von Impfstatus und SARS-CoV-2-Varianten auf das Post-COVID-Syndrom und Erkrankungsverläufe darstellen zu können durch Schaffung eines einheitlichen Pseudonyms/bPK für EMS-, Krankenanstalten- und Rehabilitationsdaten sowie Daten aus dem niedergelassenen Bereich und (2) für eine bessere Verknüpfung der verschiedenen Versorgungsdaten (Wartezeit auf Reha, Anerkennung als Berufskrankheit)

⁵ <https://www.snomed.org/what-is-snomed-ct> [Zugriff am 28.10.2028]

2.3 Handlungsfeld 3: Prävention und Diagnostik

2.3.1 Problemdarstellung/Ist-Situation

(Primär-, Sekundär-, Tertiär-, Quartär-)Prävention

Im Bereich der Prävention wird zwischen Primär-, Sekundär-, Tertiär- und Quartärprävention unterschieden (vgl. Glossar). Bezüglich der Primärprävention von PAIS sind die Vermeidung von Infektion und Reinfektion (Frank et al. 2024; VanElzakker et al. 2024) und das Angebot bzw. die Inanspruchnahme von Impfungen (wenn verfügbar) hervorzuheben. Es gibt Hinweise auf eine Wirksamkeit der Impfung zur Prävention eines PAIS nach Infektion mit SARS-CoV-2 (Català et al. 2024; Trinh et al. 2024). Bezüglich der Sekundärprävention gibt es Hinweise darauf, dass eine frühe, niederschwellige und angepasste Anbindung an die Primärversorgung mit einer multimodalen, personalisierten Therapie eine Chronifizierung verringern oder vermeiden kann (Greenhalgh et al. 2022; Greenhalgh et al. 2024). In Bezug auf die Tertiärprävention verdichten sich die Hinweise darauf, dass die Vermeidung weiterer Infektionen wichtig ist. Neben den Erkrankten selbst sind (pflegende) An- und Zugehörige eine wichtige Zielgruppe, die vor allem im häuslichen Bereich selbst durch Einhaltung aller Hygieneaspekte und ausreichendes Wissen über Erkrankungen dazu beitragen können. Schließlich spielt auch die Quartärprävention – die Vermeidung unnötiger oder schädlicher medizinischer Maßnahmen bzw. von Übermedikation – im Zusammenhang mit PAIS eine Rolle.

Diagnostik

Am Anfang muss die geeignete Differenzierung und Zuordnung der patientenseitig berichteten Symptome stehen, die mit PAIS in Zusammenhang stehen können, da viele Symptome von PAIS auch Ausdruck einer anderen Erkrankung sein können. Die entsprechend differenzierte, interdisziplinäre, inter- und transprofessionelle Diagnostik kann sehr aufwendig sein und ein fächerübergreifendes und spezifisches Verständnis vonseiten der Angehörigen der Gesundheitsberufe erfordern⁶. Mit PAIS in Zusammenhang stehende Erkrankungen beispielsweise des autonomen Nervensystems, der Mastzellüberaktivität wie auch ME/CFS mit dem Leitsymptom Post-Exertionelle Malaise (PEM) bedürfen einer erweiterten Diagnostik

⁶ Verweis auf Kapitel Versorgungsweg - Flussdiagramm (Leitlinie S1)

und spezifischer Tests, die bereits im Rahmen der Primärversorgung durchgeführt werden können.

Eine exakte Erhebung, Differenzierung und Bewertung aller berichteten Symptome ist erforderlich. Je besser die Symptome einer Erkrankung erfasst sind, desto exakter können Vorsorgemaßnahmen und Unterstützungsmöglichkeiten geplant werden. Wesentlich ist die interprofessionelle Abstimmung der Symptombeschreibungen im Sinne einer Gesamtdiagnostik, wie im Versorgungspfad vorgeschlagen⁷. Auch für andere Krankheitsbilder erprobt ist die Verwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), in der auf sämtliche Aspekte biopsychosozialer Gesundheit inklusive Funktionsfähigkeit eingegangen wird. Gerade bei PAIS sind in Verbindung mit Einschränkungen in den Bereichen Körperstrukturen und Körperfunktionen auch Aktivitäten, soziale Teilhabe sowie umwelt- und personenbezogene Kontextfaktoren mitbetroffen, die für diagnostische Einschätzungen und Implikationen für Interventionen aussagekräftig und als Einflussfaktoren auf die Gesundheitssituation wesentlich sind. Da aber bei PAIS-Erkrankungen die ICF vor allem in Bezug auf PAIS-spezifische Körperfunktionen zu kurz greift, sollten diesbezügliche bestehende Funktionscodes für PAIS-Erkrankungen (z. B. FUNCAP55) für Österreich eingeführt und validiert werden (Sommerfelt et al. 2024).

Eine eingehende Beratung der Patientinnen und Patienten ist bei PAIS essenziell und bedarf angemessener Zeitressourcen mit entsprechender Abbildung im Honorar-/Leistungskatalog. Dies gilt für sämtliche Gesundheitsberufe. Derzeit sind die Tarife für bestimmte notwendige Tests zu gering angesetzt. Dies könnte als Disincentive wirken und die notwendige Diagnostik, Beratung und Versorgung im Rahmen der offiziellen Arbeitszeit erschweren.

2.3.2 Empfehlungen (Maßnahmen)

Tabelle 3: Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Prävention und Diagnostik

MN	Inhalt	Zuständigkeit
5	Maßnahmen zur Begrenzung der Inzidenz und Schwere von Infektionskrankheiten durch Reduktion von Übertragungsmöglichkeiten und Impfprophylaxe	BMSGPK, BMBWF, BMAW, BMK

⁷ Verweis auf Kapitel Versorgungsweg – Flussdiagramm (Leitlinie S1)

MN	Inhalt	Zuständigkeit
6	Aufklärung über Impfprophylaxe und Förderung von Impfprogrammen und gesundheitsförderlichem Lebensstil	BMSGPK, Länder, ÖÄK
7	Förderung einer zeitgerechten Diagnosestellung in allen relevanten Dimensionen	BMSGPK, SV, ÖÄK, Länder
7a	Sekundärprävention: Förderung einer zeitgerechten Diagnosestellung (Erreger im Akutstadium – qualifizierte diagnostische Testung)	SV, ÖÄK
7b	Tertiärprävention: Förderung einer frühen Differenzialdiagnostik in der Primärversorgung und nach Bedarf Ermöglichung einer spezialisierten Ausdifferenzierung auf sekundärer Ebene	SV, ÖÄK
7c	Quartärprävention: Vermeidung unnötiger oder falsch gerichteter diagnostischer Maßnahmen	SV, ÖÄK, Referenzzentrum
7d	Formulierung von Aufträgen an Versorgungsstrukturen entlang der Leitlinie S1 inkl. ME/CFS	BMSGPK, ZS-G
8	Aufklärung von Betroffenen sowie der Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe hinsichtlich aller Präventionsaspekte gemäß Leitlinien und Versorgungspfaden (nach deren Umsetzung)	SV, ÖÄK
9	Honorierung der erforderlichen diagnostischen Methoden unabhängig vom Ort der Leistungserbringung	SV, ÖÄK
9a	Abbildung von Diagnostik als Prozess im Honorarkatalog sowie der erforderlichen diagnostischen Mittel unabhängig vom Ort der Leistungserbringung	SV, ÖÄK
9b	Schaffung interprofessioneller Boards für die Stratifizierung von PAIS-Betroffenen je nach Bedarf u. a. zur Feststellung der Rehabilitationsfähigkeit	SV in Abstimmung mit Gesundheitspersonal

Zu MN 5: Maßnahmen zur Begrenzung der Inzidenz und Schwere von Infektionskrankheiten durch Reduktion von Übertragungsmöglichkeiten und Impfprophylaxe beinhalten (u. a.) die Formulierung von Standards der Luftqualität und Mindeststandards für den Luftaustausch gemäß wissenschaftlich validierten Methoden in Innenräumen im Gesundheitssystem, an Arbeitsplätzen, in Bildungseinrichtungen, an Begegnungsorten und in öffentlichen Verkehrsmitteln (bzw. generell mit hoher Infektionsgefahr). Diese Maßnahmen dienen auch zur Vermeidung von Reinfektionen.

Zu MN 6: Aufklärung über Impfprophylaxe und Förderung von Impfprogrammen und gesundheitsförderlichem Lebensstil durch verstärkte Aufklärung über Impfungen und einen erleichterten Zugang zu empfohlenen Impfungen (Kostenfreiheit); diese Maßnahme ist nicht spezifisch für PAIS, sondern allgemein zu verstehen.

Zu MN 7c: Quartärprävention: Vermeidung unnötiger oder falsch gerichteter diagnostischer Maßnahmen unter Orientierung an Leitlinien, Versorgungspfaden und aktueller wissenschaftlicher Literatur zur entsprechenden Krankheit, um die Patientinnen und Patienten und die Ressourcen nicht zu belasten; dies muss Hand in Hand mit der Schaffung entsprechender Anlaufstellen gehen, da sonst die Leitung im System nicht möglich ist und die Patientinnen und Patienten unbehandelt bleiben.

Zu MN 7d: Formulierung von Aufträgen an Versorgungsstrukturen entlang der Leitlinie S1 inkl. ME/CFS: Diese Maßnahme inkludiert die Erarbeitung eines Konzepts zur frühzeitigen Erfassung der Alltagssituation im Zusammenhang mit Gesundheitsproblemen sowie zur Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags durch interprofessionelle Zusammenarbeit der Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe bei psychosozialer Belastung unter Sicherstellung der Barrierefreiheit und allfälliger Nutzung von Synergien im Rahmen bestehender Angebote (siehe auch Handlungsfeld Soziale Absicherung).

Zu MN 8: Aufklärung von Betroffenen sowie der Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe hinsichtlich aller Präventionsaspekte gemäß Leitlinien und Versorgungspfaden (nach deren Umsetzung) inkl. Schaffung von Ressourcen (abrechenbare Position) für Aufklärung und Beratung von Betroffenen und Angehörigen (Counselling) hinsichtlich Prävention (primär, sekundär, tertiär, quartär) so früh wie möglich im Behandlungsverlauf (bereits bei der akuten Infektion, auch telemedizinisch/teletherapeutisch); diese Maßnahme ist nicht spezifisch für PAIS, sondern allgemein zu verstehen.

Zu MN 9a: Abbildung von Diagnostik als Prozess im Honorarkatalog sowie der erforderlichen diagnostischen Mittel unabhängig vom Ort der Leistungserbringung, entsprechend dem Aufwand je nach Situation und mit erforderlicher erweiterter Diagnostik bei PAIS-Erkrankungen mit PEM (wie ME/CFS und diagnostische Maßnahmen bei Erkrankungen des autonomen Nervensystems); diese Maßnahme ist nicht spezifisch für PAIS, sondern allgemein zu verstehen.

2.4 Handlungsfeld 4: Versorgung

2.4.1 Problemdarstellung/Ist-Situation

Betroffene von PAIS benötigen wie alle Patientinnen und Patienten einen zeitgerechten, flächendeckenden, niederschweligen und gerechten Zugang zu einer angemessenen – gesundheitlichen und sozialen – Versorgung, sowohl ambulant als auch stationär. Derzeit ist ihre Versorgung aus verschiedenen Gründen nur eingeschränkt verfügbar. Für Betroffene herrscht allerdings Zeitdruck, da sie unter erheblichem Leidensdruck stehen und bei fehlender Behandlung das Risiko einer Chronifizierung steigt (Ghali et al. 2022; Greenhalgh et al. 2022; Greenhalgh et al. 2024; Vink/Vink-Niese 2019). Zudem wächst der volkswirtschaftliche Schaden durch unzureichende oder fehlende Versorgung (Cutler 2022; Gandjour 2023).

Eine Empfehlung des OSR (November 2023) hinsichtlich der Schaffung eines nationalen Referenzzentrums wurde bereits umgesetzt. Das Nationale Referenzzentrum für postvirale Syndrome soll als österreichweite Koordinationsstelle der Zusammenführung von Forschung und Wissen sowie der (inter-)nationalen Vernetzung dienen und Informationen zu postviralen Erkrankungen für Angehörige der Gesundheitsberufe und für Betroffene bereitstellen. Die direkte Versorgung für von PAIS betroffene Patientinnen und Patienten kann im Rahmen des Referenzzentrums jedoch nicht stattfinden.

Im ärztlichen und therapeutischen Bereich wird eine angemessene Vergütung benötigt für die Zeit, die es für eine ausführliche Anamnese und Diagnostik braucht. Da es nur in sehr eingeschränktem Maße kausale Therapien gibt, ist es umso wichtiger, Betroffene multidisziplinär und interprofessionell zu betreuen und zu begleiten. Auch wichtige diagnostische Maßnahmen werden derzeit nicht oder nur eingeschränkt finanziert. Die Kostenerstattung für differenzialdiagnostische Maßnahmen (D-Dimer, Akutlabor, Spirometrie, EKG etc.) ist je nach Bundesland unterschiedlich bzw. auch von der Organisationsform innerhalb der Primärversorgung abhängig; weitere Maßnahmen, wie z. B. der Schellong-Test, werden durchgängig nicht honoriert. Zeitgerechte multimodale, multidisziplinäre und interprofessionell abgestimmte Diagnostik, Begleitung, Information und Behandlung (auch Hausbesuche und telemedizinische/teletherapeutische Angebote) durch Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe zeigen positive Effekte (Rabady et al. 2023) und sollten deshalb aus fachlichen und gesundheitsökonomischen Gründen bedarfsgerecht verfügbar und zugänglich sein.

Zum Management von PAIS am Beispiel von Post-COVID-19 gibt es eine Leitlinie S1 (Rabady et al. 2023), die sich mit der Differenzialdiagnostik und Behandlungsstrategien befasst. Diese beinhaltet auch einen Versorgungsweg von Patientinnen und Patienten mit postviralen Erkrankungen am Beispiel der SARS-CoV-2-Infektion für Primär- und ambulante bzw. stationäre Fachversorgung (Sekundärversorgung). Ergänzend dazu gibt es den Leitfaden aus Sicht der Ergotherapie (Costa 2023). Für ME/CFS gibt es zudem ein „Interdisziplinäres, kollaboratives D-A-CH Konsensus-Statement zur Diagnostik und Behandlung von Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom“ (Hoffmann et al. 2024a) sowie einen „Praxisleitfaden für die Versorgung von ME/CFS-Betroffenen“ (Hainzl et al. 2024).

Für die Ausdifferenzierung der PAIS-Symptomatik und die therapeutische Begleitung von Menschen mit PAIS sind kompetente Anlaufstellen mit Expertinnen und Experten erforderlich, die über spezifisches Fachwissen in diesem Bereich verfügen und in einer individualisierten, patientenzentrierten und transprofessionellen Form des Managements und der Behandlung geschult sind. Dabei ist es wichtig, für Personen mit entsprechend schwerer Symptomatik (Einschränkungen in Alltag und Beruf) frühzeitig Maßnahmen zur salutogenen Alltagsgestaltung einschließlich Selbstmanagement, Energiemanagement und Rollenmanagement zu ermöglichen. Dies kann insbesondere mithilfe von Ergotherapie die Wiedereingliederung in den häuslichen, familiären, sozialen, beruflichen und ausbildungsrelevanten Alltag unterstützen und erfolgt in Zusammenarbeit mit Angehörigen aller relevanten Gesundheits- und Sozialberufe. Hierfür sollen alle beruflichen Kernkompetenzen einschließlich Information, Kommunikation, Beratung, Coaching, Therapie und Case Management eingebracht werden. Auch Beratungs- und Betreuungsangebote mit An- und Zugehörigen sowie, im Kindes- und Jugendalter, mit Pädagoginnen und Pädagogen, wie beispielsweise Angehörigengruppen (Selbsthilfe und professionell geführte), Angehörigenberatung, systemische Angebote (z. B. Familienberatungsstellen), sollten bedarfsorientiert erbracht und finanziert werden.

Die Behandlung von PAIS muss sich derzeit meist auf eine symptomatische Behandlung beschränken. In dieser Situation sind die exakte, transprofessionelle Differenzierung und Stratifizierung mit entsprechend engmaschigem Monitoring und individualisierter Vorgehensweise erforderlich. Psychotherapie und eine integrierte psychosoziale und somatische Betreuung können eine wichtige Rolle in der sekundären Unterstützung der Betroffenen von chronischen Zuständen wie PAIS spielen (am Beispiel von ME/CFS siehe Grande et al. 2023).

Durch die gesetzliche Krankenversicherung wurde die Sachleistungsversorgung in der kassenfinanzierten Psychotherapie und in der klinisch-psychologischen Behandlung in den letzten Jahren ausgebaut und es wurden vermehrt Stundenkontingente (auch für vulnerable Gruppen, v. a. für Kinder und Jugendliche) zur Verfügung gestellt. Dennoch wird für die Behandlung von PAIS-Patientinnen und -Patienten Unterstützung benötigt. Dies betrifft Unterstützung in der Alltagsbewältigung mit dem klaren Ziel der Sicherung bzw. Wiederherstellung der sozialen Teilhabe (d. h. ambulante, aufsuchende Beratungs- und Betreuungsangebote) und zeitnah abrufbare psychologische/psychotherapeutische Unterstützung. Auch Gruppenangebote können im Rahmen der Ergo-, Physio- und Psychotherapie spezifisch eingesetzt werden und in bestimmten Fällen bzw. Prozessphasen sinnvoll sein.⁸

Versorgung braucht auch entsprechend qualifizierte Pflegekräfte für Schwerstbetroffene sowie Angehörige weiterer Gesundheits- und Sozialberufe mit spezifischer Expertise. Für Schwer- und Schwerstbetroffene braucht es zusätzlich telemedizinische Optionen und darüber hinaus Möglichkeiten der Versorgung im häuslichen Kontext. Die Versorgung zu Hause erfolgt durch Vertreter:innen entsprechender Gesundheits- und Sozialberufe (insbesondere Ergotherapie, Physiotherapie, Soziale Arbeit, GuK) mit spezifischer Expertise sowie anderer Fachbereiche wie Zahnmedizin oder Dermatologie und reicht bis hin zu einer Hospital-at-Home-Versorgung durch transdisziplinäre Versorgungsteams. Für Akutversorgung und Notfälle bedarf es einer spezialisierten und angepassten Krankenhausversorgung (Hainzl et al. 2024).

2.4.2 Empfehlungen (Maßnahmen)

Die Empfehlungen beziehen sich auf die Primärversorgung sowie die ambulante und stationäre Fachversorgung und die stationäre Versorgung (multidisziplinär und multiprofessionell) für PAIS, wobei aufsuchende und digitale Versorgungsangebote innerhalb der unterschiedlichen Sektoren immer eine Rolle spielen müssen (z. B. Televisiten, Telemonitoring,

⁸ Ein Beispiel hinsichtlich der Information zum Post-COVID-19-Syndrom ist das Versorgungsnetzwerk Post-COVID Tirol, das eine zentrale Koordinationsstelle besitzt und Patientinnen und Patienten, die an Post-COVID-19-Syndrom erkrankt sind, begleitet, behandelt und ressourcenorientiert unterstützt. Erste Ansprechpersonen sind die Hausärztinnen und Hausärzte und in nächster Ebene niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte. Die dritte Versorgungsstufe ist in der Universitätsklinik angesiedelt. Das Angebot wurde innerhalb bestehender Versorgungsstrukturen aufgebaut. Zusätzliche Aufgaben des Netzwerks sind Wissensdissemination und Board-Treffen. Das Pilotprojekt wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Teletherapie). Darüber hinaus sind im Folgenden Maßnahmen aufgeführt, die Behandlungsangebote, Bewältigungsstrategien, multimodale Betreuung für Betroffene und Angehörige sowie Rehabilitationsmaßnahmen umfassen.

Tabelle 4 Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Versorgung

MN	Inhalt	Zuständigkeit
10	Erstellung eines weiterentwickelten Versorgungspfades gemäß Leitlinie S1 inklusive ME/CFS	BMSGPK koordinativ, Länder, SV
11	Einführung eines Programms zur strukturierten Betreuung	ZS-G
12	Abbildung von indizierten Leistungen in den Leistungskatalogen sowie bedarfsorientierter Zugang zu Sachleistungen	ÖÄK/ Berufsverbände, ZS-G/ Kostenträger (Bund, Länder, SV)
13	Förderung von Etablierung und Wartung von praxisgerechten Tools zum Wissenschaftstransfer	Bund, Länder, SV
14	Aufbau von dezentralen interdisziplinären und transprofessionellen Behandlungseinrichtungen in der extramuralen ambulanten Fachversorgung (Sekundärversorgung) für PAIS	ZS-G, Länder, SV, BMSGPK
14a	Aufbau von interdisziplinären und transprofessionellen Behandlungseinrichtungen zur bedarfsgerechten, spezialisierten Versorgung von PAIS-Patientinnen und -Patienten	ZS-G, Ausgestaltung: Länder, SV
14b	Einrichtung von interdisziplinären, interprofessionellen Boards für PAIS mit Wissen über PAIS inkl. ME/CFS für PAIS-Patientinnen und -Patienten im Fall eines notwendigen KH-Aufenthalts	BMBWF, Länder, Hochschulen
15	Schaffung von hochspezialisierten Versorgungseinheiten an Universitätskliniken	BMBWF, Länder, Universitäten
16	Schaffung einheitlicher Zuweisungskriterien für die ambulante und stationäre Fachversorgung (flächendeckende Anlaufstellen, spezialisierte Behandlungseinrichtungen) und hochspezialisierte Tertiärversorgung	Länder
17	Schaffung geeigneter Pflegeplätze und Überprüfung der Möglichkeit der Hospital-at-Home Etablierung	Länder, SV

Zu MN 10: Erstellung eines weiterentwickelten Versorgungspfades gemäß Leitlinie S1⁹ inklusive ME/CFS für alle PAIS inkl. ME/CFS mit Subgruppenunterscheidung für Versorgungs-

⁹ Kapitel 9, Empfehlungen national und regional

wege; Inklusion von Pädaterinnen, Pädatern und von Angehörigen sämtlicher Gesundheitsberufe, die Kontakt mit Kindern und Jugendlichen haben, im Diagnosepfad für den niedergelassenen Bereich; dieser Versorgungspfad enthält auch für Kinder und Jugendliche adaptierte Beratungen zum Umgang mit der Erkrankung, u. a. zum Pacing (Aktivitäts- und Energiemanagement), um Überlastung zu vermeiden, aber auch zur Wiederaufnahme salutogener Alltagsaktivitäten. Die Erstellung des Versorgungspfades setzt die Schaffung entsprechender Anlaufstellen und Versorgungsangebote voraus.

Zu MN 11: Einführung eines Programms zur strukturierten Betreuung; diese Maßnahme beinhaltet die Klärung und Etablierung verschiedener Rahmenbedingungen wie die Förderung und Vergütung von Case Management und Care Management (Entwicklung eines multimodalen Behandlungsplans inklusive Betreuung durch ein interprofessionelles und interdisziplinäres Team bis hin zur aufsuchenden und palliativen Versorgung) durch Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe.

Zu MN 12: Abbildung von indizierten Leistungen in den Leistungskatalogen sowie bedarfsorientierter Zugang zu Sachleistungen:

- Honorierung der ausführlichen Anamnese und Diagnostik bei Ersttermin (Counselling)
- Honorierung der Zeit für Differenzialdiagnostik, alltags- und partizipationsorientierte Abklärung (z. B. in Kooperation / vernetzt mit Gesundheits- und Sozialberufen) und symptomorientierte Ersttherapie
- Honorierung der engmaschigen Führung bzw. Betreuung von Patientinnen und Patienten physisch physisch (in Einrichtungen/Praxen sowie im Rahmen von bedarfsorientierten Hausbesuchen) und telemedizinisch/teletherapeutisch
- Finanzierung des Zeitaufwands für spezifische und wenig belastende Erhebungstools wie das COPM, das Betätigungsprofil, ein ICF-basierter Zugang zu KLOK- und BELL-Scores bzw. FUNCAP55) sowie bedarfsorientierte Nachkontrollen gemäß bestehenden Leitlinien und Konsensdokumenten
- Möglichkeit der Verrechnung von bedarfsorientiert kürzeren, ressourcenschonenden Einheiten, wenn Patientinnen und Patienten körperlich nicht zu längeren Einheiten in der Lage sind (z. B. Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie).

Zu MN 14: Aufbau von dezentralen interdisziplinären und transprofessionellen Behandlungseinrichtungen in der extramuralen ambulanten Fachversorgung (Sekundärversorgung) für PAIS; dies beinhaltet die Schaffung von spezialisierten Behandlungseinrichtungen bzw. -netzwerken mit dem Ziel der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung im Bedarfs-

fall, koordiniert zwischen Primärversorgung (Allgemeinmedizin in Kooperation mit niedergelassenen Fachärztinnen bzw. Fachärzten und MTDs, Soziale Arbeit, GuK), den Behandlungseinrichtungen und den hochspezialisierten Versorgungseinheiten an Universitätskliniken (Tertiärversorgung) mit analoger Gültigkeit für den Bereich Rehabilitation. Diese multiprofessionellen Einrichtungen umfassen u. a. auch:

- die Einrichtung und Erweiterung von Beratungs- und Behandlungsangeboten für Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen mit dem Ziel, eine umfassende, kassenfinanzierte, therapeutische Versorgung durch Gesundheits- und Sozialberufe zu ermöglichen
- ein Konzept zur frühzeitigen Erfassung der Alltagssituation im Zusammenhang mit Gesundheitsproblemen sowie zur Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags (insbesondere Ergotherapie, Psychotherapie, Soziale Arbeit) durch interprofessionelle Zusammenarbeit von Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe (nicht erst bei psychosozialer Belastung!)

Die Ausgestaltung durch SV und Länder sollte optimalerweise in Kooperation mit Angehörigen von Gesundheitsberufen, die in die Versorgung unterschiedlicher PAIS-Patientinnen und -Patienten involviert sind, und den Patientenvertretungen erfolgen.

Zu MN 14a: Aufbau von interdisziplinären und transprofessionellen Behandlungsstellen zur bedarfsgerechten, spezialisierten Versorgung von PAIS-Patientinnen und -Patienten mit qualifiziertem Personal und einheitlichen Zuweisungskriterien; der Versorgungsauftrag und -aufbau inkl. Qualitätssicherung kann sich an bereits etablierten Zentren für andere Krankheitsbilder orientieren. Aufgrund der Komplexität der weiterführenden diagnostischen Maßnahmen nach initialer Abklärung in der Primärdiagnostik wird hier das Angebot einerseits in öffentlichen Krankenhäusern im Sinne von transdisziplinären Spezialambulanzen anzusiedeln sein und andererseits im niedergelassenen Bereich in Form von spezialisierten Zentren.

Zu MN 15: Schaffung von hochspezialisierten Versorgungseinheiten an Universitätskliniken; dies gilt für die Diagnose und Behandlung von schwerstbetroffenen PAIS-Patientinnen und -Patienten sowie für Notfallbehandlungen, die den spezifischen Symptomen Rechnung tragen.

Zu MN 17: Schaffung geeigneter Pflegeplätze und Überprüfung der Möglichkeit der Hospital-at-Home-Etablierung durch transdisziplinäre Versorgungsteams inklusive Pflege, Anästhesie und entsprechender Fachärztinnen und Fachärzte, die z. B. kleinere chirurgische Ein-

griffe zu Hause durchführen können (z. B. Sondenlegungen, Vorbereitung für Krankenhaus-transport z. B. zur Port-a-cath-/ZVK-Implementierung und Nachsorge) und Infusionstherapien, kleinere Zahnoperationen, O2-Therapie etc. sowie auch intensives Monitoring (z. B. des Flüssigkeitshaushalts, O2, Herzmonitoring, Ernährung) durchführen.

2.5 Handlungsfeld 5: Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Bewusstseinsbildung (Awareness)

2.5.1 Problemdarstellung/Ist-Situation

Der Informationsstand zu PAIS ist in Österreich, wie auch in anderen Ländern, derzeit noch nicht ausreichend. Dies betrifft nicht nur die Öffentlichkeit, sondern auch das medizinische Fachpersonal, potenzielle Gutachter:innen, Institutionen und Behörden wie Sozialversicherungen, Arbeitgeber:innen, Schulen und Jugendämter sowie die Betroffenen selbst und ihre (pflegenden oder betreuenden) An- und Zugehörigen. Die Folgen sind häufig eine unzureichende Versorgung der Betroffenen sowie mangelndes Verständnis und Stigmatisierung.

Um dieser Situation entgegenzuwirken, wurden bereits von verschiedenen Seiten Informationsmaterialien für unterschiedliche Zwecke erstellt. Besonders im Bereich der ärztlichen Fort- und Weiterbildung sowie im Therapiebereich stehen umfangreiche Materialien zur Verfügung.¹⁰

¹⁰ Dazu gehören u. a. Beiträge der Österreichischen Gesellschaft für Familien- und Allgemeinmedizin (ÖGAM): Podcasts zum Thema postvirale Zustände, ein Foliensatz zur Leitlinie S1 sowie das Webtool Long COVID. Ein interdisziplinärer, multiprofessioneller Postgraduate-Kurs wird derzeit an der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften GmbH in Kooperation mit der Universität für Weiterbildung Krems (UWK) entwickelt. Zudem bietet die Abteilung für Primary Care Medicine der Medizinischen Universität Wien in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für ME/CFS regelmäßig Fort- und Weiterbildungen sowie akkreditierte On-Demand-Webinare (im Ärztebereich) zum Thema PAIS an (<https://mecfs.at/aerztinnen/#aktuelle-fortbildungen>; <https://public-health.meduniwien.ac.at/abteilungen/abteilung-pcm/> [Zugriff am 29.07.2024]). Speziell zum Thema ME/CFS hat das Institut für Pathophysiologie und Allergieforschung der Medizinischen Universität Wien gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für ME/CFS auf breiter empirischer Datengrundlage den „Praxisleitfaden für die Versorgung von ME/CFS-Betroffenen“ erarbeitet (Hainzl et al. 2024). Zum Thema autonomes Nervensystem gibt es einen multiprofessionellen Postgraduate-Kurs (EPOCAN, <https://www.donau-uni.ac.at/de/studium/european-program-of-clinical-autonomic-neuroscience.html> [Zugriff am 29.07.2024]) sowie internationale Plattformen zur Vernetzung von Patientenvertretungen (z. B. <http://www.dysautonomiainternational.org/> [Zugriff am

Das Nationale Referenzzentrum für postvirale Syndrome wird hier auf Basis seiner Aufgabe der laufenden Vermittlung von Informationen und neuem Wissen an in die Behandlung involvierte Angehörige der Gesundheitsberufe ebenso einen zentralen Beitrag leisten.

Die Öffentlichkeit benötigt Informationen, um für die Langzeitfolgen von PAIS sensibilisiert zu werden. Dies soll zur Entstigmatisierung beitragen und eine selbstbestimmte, informierte Entscheidung zur Prävention ermöglichen. Betroffene und ihre Angehörigen benötigen zudem detaillierte Informationen über den Versorgungspfad, den Umgang mit Symptomen sowie über verfügbare Hilfsangebote und Ansprechpartner:innen.

Es braucht niederschwellige, leicht auffindbare Informationen für relevante Stakeholder wie Versicherungsträger, Schulen, Jugendämter und Arbeitgeber:innen zu verschiedenen Erkrankungen und dem Umgang damit.

2.5.2 Empfehlungen (Maßnahmen)

Empfehlungen im Handlungsfeld Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Bewusstseinsbildung (Awareness) variieren je nach Zielgruppe und orientieren sich an deren spezifischem Informationsbedarf: (1) Bevölkerung, (2) Betroffene und Angehörige, (3) Fachpersonal aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen sowie (4) relevante Institutionen und Träger.

Tabelle 5: Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Bewusstseinsbildung (Awareness)

MN	Inhalt	Zuständigkeit
18	Aufklärung und evidenzbasierte Informationsmöglichkeiten für die Bevölkerung, Betroffene und Angehörige über PAIS und deren Prävention	BMSGPK, BMAW, BMBWF, Schulträger, Referenzzentrum, alle in Kampagnen involvierten Institutionen

29.07.2024]). In Tirol gibt es zahlreiche Arbeitsgruppen (intra- wie extramural), die sich interdisziplinär wie interprofessionell (insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, GuK) mit Best Practices in der Versorgung von PAIS und im Transfer von Forschungsergebnissen in den Praxisalltag beschäftigen. Im Rahmen von Ergotherapie Austria und Physio Austria erfolgten zahlreiche Weiterbildungsangebote auch im Onlineformat, um einen flächendeckenden Wissensaustausch zu ermöglichen.

MN	Inhalt	Zuständigkeit
19	Nachhaltige Etablierung des Nationalen Referenzzentrums für postvirale Syndrome zur Koordination und internationalen Vernetzung	BMSGPK
20	Erstellung spezifischer und umfassender Informationsmaterialien zum Krankheitsbild und zu Anlaufstellen und Hilfsangeboten	BMSGPK, BMBWF, Referenzzentrum, SV
21	Erstellung evidenzbasierter Informationsangebote für Medienvertreter:innen	BMSGPK, Referenzzentrum
22	Förderung von gezielten Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten ¹¹ für alle relevanten Gesundheits- und Sozialberufe	BMSGPK, BMBWF, Hochschulen, ÖÄK, Fachgesellschaften, Berufsverbände, SV, Referenzzentrum
23	Weiterentwicklung und Dissemination von zielgruppenorientierten Tools der kontinuierlichen Wissensvermittlung	BMSGPK, BMBWF, SV, ÖÄK, Fachgesellschaften, Berufsverbände, Hochschulen
24	Weiterbildungs-, Informations- und Kooperationsmöglichkeiten für fachübergreifende Versorgung	Referenzzentrum

Zu MN 18: Aufklärung und evidenzbasierte Informationsmöglichkeiten für die Bevölkerung, Betroffene und Angehörige über PAIS und deren Prävention; diese beinhalten Informationskampagnen zur Prävention von Infektionskrankheiten¹², zu evidenzbasierten Strategien zur Krankheitsbewältigung und zu sonstigen spezifischen evidenzbasierten therapeutischen Angeboten sowie Onlineangebote wie z. B. Plattformen (inkl. Wartung, Weiterentwicklung, Adaptierung internationaler Vorbilder nach Qualitätssicherung). Grundsätzlich sollte die Bevölkerung stets sachlich und verständlich auf Basis evidenzbasierter Daten informiert werden, wobei Verzerrungen und Fehlinformationen vermieden werden sollten. Ziel ist es, Inklusion, Entstigmatisierung und gesundheitsfördernde Entscheidungen zu unterstützen.

Zu MN 20: Erstellung spezifischer und umfassender Informationsmaterialien zum Krankheitsbild und zu Anlaufstellen und Hilfsangeboten insbesondere für Betroffene, Angehörige, Gutachter:innen, Case- und Care-Manager:innen sowie Kostenträger; dabei ist es wichtig, alle relevanten Themen, wie z. B. POTS, ME/CFS, PEM u. a., sowie zentrale Strategien wie

¹¹ Beispielsweise wird dies an der Universität Graz im Rahmen der Vorbereitungskurse zum KPJ bereits umgesetzt. An der Medizinischen Universität Wien gibt es von Prof.ⁱⁿ Untersmayr-Elsenhuber und Prof.ⁱⁿ Hoffmann eine Vorlesung im Pflichtcurriculum (5. Jahr), ein Seminar im Abschnitt Allgemeinmedizin des KPJ und auch eine Vorlesung im PhD-Studium.

¹² Ein Beispiel für eine erfolgreiche Kampagne zur Prävention und Entstigmatisierung ist die Kampagne zur Prävention von HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten ab 1987 (Deutschland).

Pacing und Krankheitsbewältigung verständlich darzustellen. Grundlage hierfür können die Leitlinie S1 und speziell für ME/CFS das D-A-CH-Konsensus-Statement sein. Bei Aufklärungs- und Informationsmaßnahmen sollen Betroffene und Patientenorganisationen miteinbezogen werden. Ihre persönlichen Erfahrungen können Daten und Fakten anschaulicher vermitteln und wesentlich zur Entstigmatisierung beitragen. Zudem sollten alle öffentlichen Stellen wie Gemeinden, Krankenkassen, PV, AUVA, AMS und Beratungsstellen aller Art eingebunden werden. Grundsätzlich ist zu beachten, dass zur Bereitstellung von Informationsmaterial, das Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen soll, erst entsprechende Strukturen geschaffen werden müssen.

Zu MN 21: Erstellung evidenzbasierter Informationsangebote für Medienvertreter:innen; Vermittlung durch Hintergrundgespräche, Einladungen der Medien zu Veranstaltungen, Pressemeldungen, Presseveranstaltungen u. a.

Zu MN 22: Förderung von gezielten Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten für alle relevanten Gesundheits- und Sozialberufe; eingeschlossen sind dabei auch Gutachter:innen. Dies erfolgt z. B. durch Postgraduate-Kurse und Weiterbildungsformate zu medizinisch-fachlichen bzw. PAIS-spezifischen Inhalten gemäß dem aktuellen Wissensstand. Damit sollen die betroffenen Berufsgruppen ihrer Weiterbildungsverpflichtung bei neu aufgetretenen Krankheitsbildern wie dem Post-COVID-19-Syndrom leichter nachkommen können.

Zu MN 23: Weiterentwicklung und Dissemination von zielgruppenorientierten Tools der kontinuierlichen Wissensvermittlung für relevante Gesundheits- und Sozialberufe, den pädagogischen Bereich, Sozialversicherung, Gutachter:innen, Entscheidungsträger:innen, Behörden, Arbeitgeber:innen (inkl. Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie), Präventivdienste in Betrieben, beispielsweise in Form einer Förderung von interprofessionell konzipierten Diplomausbildungen; diese inkludieren auch die Weiterentwicklung und Dissemination von Point-of-Care-Tools¹³. Diese Empfehlung umfasst die vertiefende Sensibilisierung von Gutachterinnen und Gutachtern im Rahmen der Weiterbildung hinsichtlich folgender Aspekte:

- Notwendigkeit, für Begutachtungen ausreichend Zeit aufzubringen und gegebenenfalls zusätzliche Informationen (z. B. Befunde von behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten und Reha) einzuholen
- Maßgeblichkeit des durchschnittlichen Pflegebedarfs, damit auch ein schwankender Pflegebedarf Berücksichtigung findet

¹³ z. B. Medscape, UpToDate und Epocrates, DynaMed, EbM-Guidelines, Webtool PAIS

- Berücksichtigung von krankheitsspezifischen Einschränkungen im Begutachtungsprozess
- Prüfung der Entscheidungskriterien auf Evidenzbasierung (Kongruenz mit gültigen Leitlinien) und auf Eignung für schwer objektivierbare gesundheitliche Einschränkungen sowie Wertung bestehender Befunde mithilfe von spezifischen Guidelines bzw. Unterlagen als Hilfestellung

Diese Maßnahme ist nicht spezifisch für PAIS, sondern allgemein zu verstehen.

Zu MN 24: Weiterbildungs-, Informations- und Kooperationsmöglichkeiten für fachübergreifende Versorgung, um die adäquate Behandlung bzw. Betreuung von PAIS-Betroffenen bei anderen Gesundheitsproblemen (Berücksichtigung besonderer Umstände) sicherzustellen

2.6 Handlungsfeld 6: Soziale Absicherung

2.6.1 Problemdarstellung/Ist-Situation

Die soziale Absicherung von PAIS-Betroffenen bezieht sich auf die Maßnahmen, die dafür sorgen, dass Betroffene finanzielle und soziale Unterstützung erhalten, um die Herausforderungen und Einschränkungen, die durch ihre Erkrankung entstehen können, zu bewältigen. Soziale Absicherung bedarf einer engen Zusammenarbeit diverser Stakeholder (Gesundheit, Soziales, Arbeit, Bildung, Betroffenenvertretung). Soziale Absicherung ist eine wichtige Voraussetzung, denn PAIS gehen häufig mit (existenziellen) finanziellen Belastungen, Prekarisierung/Armutsbetroffenheit, sozialen Problemen und Ausgrenzungen sowie dem Risiko der Einschränkung sozialer Teilhabe für Betroffene und deren An- und Zugehörige einher (Rhead et al. 2024).

Häufig wissen Betroffene nicht, welche sozialen Leistungen ihnen möglicherweise zustehen könnten (z. B. Leistungen aufgrund einer geminderten Arbeitsfähigkeit) und welche beruflich-integrativen (z. B. Ergotherapie) und psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Familienberatung, Betroffenenvertretung) es gibt (Griebler et al. 2021). Administrative und behördliche Schritte der Antragstellungen können zudem belastend sein und sind oft physisch, kognitiv und emotional ohne Unterstützung nicht bewältigbar.

Bei Vorliegen einer Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn, also eines „regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht“ (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz § 120), steht den Anspruchsberechtigten – je nach individuellem Krankheitsbild – der gesamte Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung. Die Krankenversicherung erbringt Kranken-, Rehabilitations- und Wiedereingliederungsgeld. Krankengeld wird von der gesetzlichen Krankenversicherung unter Erfüllung bestimmter Kriterien für maximal 78 Wochen ausgezahlt.¹⁴ Rehabilitationsgeld wird gemäß § 143a ASVG gewährt, solange die befristete Invalidität (Berufsunfähigkeit) vorliegt. Jedenfalls nach Ablauf eines Jahrs wird überprüft, ob die befristete Invalidität (Berufsunfähigkeit) immer noch vorliegt. Diese wird vom jeweiligen Pensionsversicherungsträger geprüft.¹⁵ Wiedereingliederungsgeld¹⁶ kann bezogen werden, wenn einer Teilzeitbeschäftigung zum Wiedereinstieg in das Berufsleben nachgegangen wird. Wiedereingliederungsteilzeit bedarf einer Vereinbarung zwischen Arbeitgeber:in und Arbeitnehmer:in. Die aktuelle Regelung der verpflichtenden Arbeitnehmerveranlagung bei Wiedereingliederung kann eine zusätzliche finanzielle Belastung für Betroffene mit sich bringen.¹⁷ Eine weitere Unterstützungsleistung ist die Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitspension, die von der Pensionsversicherung erbracht wird, wenn festgestellt wird, dass eine geminderte Arbeitsfähigkeit dauerhaft vorliegt, eine Verweisung auf den Arbeitsmarkt nicht zumutbar ist bzw. wenn sonstige, gesetzlich geregelte Voraussetzungen erfüllt sind.

Das Pflegegeld hat den Zweck, den pflegebedingten Mehraufwand pauschaliert abzugelten. Es wird auf Antrag von den Sozialversicherungsträgern ausbezahlt. Entscheidend für die Anerkennung von Pflegegeld ist die funktionsbezogene (nicht diagnosebezogene) Einstufung. Diese Vorgehensweise ermöglicht eine Berücksichtigung aller Pflegebedarfe, auch bei Personen, die noch keine Diagnose haben.

¹⁴ <https://transparenzportal.gv.at/tdb/tp/leistung/1001684.html> [Zugriff am 30.07.2024]

¹⁵ <https://transparenzportal.gv.at/tdb/tp/leistung/1030493.html> [Zugriff am 30.07.2024]

¹⁶ Umfangreiche gebündelte Informationen sowie Unterstützungsangebote zur Wiedereingliederung werden im Rahmen der Personen- und Betriebsberatung von fit2work des BMAW und des Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrums (BBRZ) angeboten. Arbeitgeber:innen können Unterstützung in puncto Umgang mit (Langzeit-)Krankständen und Fragen der betrieblichen Wiedereingliederung (Fokus auf Wiedereingliederungsteilzeit) durch fit2work erhalten.

¹⁷ Das Finanzamt berechnet die Steuer für das Wiedereingliederungsgeld zusammen mit den Einkünften von dem oder der Arbeitgeber:in. Dies kann dazu führen, dass eine höhere Steuer anfällt, als während des Jahres einbehalten wurde, was zu einer Steuernachforderung führen kann. Siehe dazu auch: <https://www.arbeiterkammer.at/wiedereingliederungsteilzeit> [Zugriff am 30.07.2024].

Eine Anerkennung der durch PAIS entstandenen Einschränkungen unter dem Grad der Behinderung durch das Sozialministeriumservice ist eine wichtige Grundlage für Unterstützung beispielsweise in den Bereichen Bildung (z. B. Nachteilsausgleich in Schule, Universität), Arbeit, finanzielle Absicherung (z. B. erhöhte Kinderbeihilfe) oder Hilfsmittelanschaffung.

PAIS können als Berufskrankheit anerkannt werden, wenn sie von Infektionskrankheiten, erworben durch berufliche Tätigkeiten, ausgelöst werden, die in bestimmten, in der Berufskrankheitenliste angeführten Unternehmen ausgeübt werden. Eine eindeutige Kausalbeziehung zwischen der Berufsausübung und der Erkrankung muss nachgewiesen werden.

Zusätzlich zu Unterstützungsleistungen für Betroffene, die Pflegegeld ab Stufe 3 beziehen, können pflegende Angehörige für ein bis drei Monate Pflegezeit oder Pflegekarenz mit deren Dienstgeber:in vereinbaren und Pflegekarenzgeld beantragen. Pflegegeldbezieher:innen ab Pflegegeldstufe 3 bzw. ab Pflegegeld der Stufe 1 für Menschen mit einer nachgewiesenen demenziellen Beeinträchtigung oder Minderjährige können zudem Ersatzpflege und 24-Stunden-Betreuung beantragen, sich kostenlos in der Pensionsversicherung selbst- und weiterversichern (ab Pflegegeldstufe 3) und (ab Pflegegeldstufe 4) einen Angehörigenbonus beziehen. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl an Unterstützungsleistungen seitens der Länder und Gemeinden.

Die unterschiedlichen Unterstützungsleistungen werden an verschiedenen Stellen beantragt. In den meisten Fällen (v. a. bei Pflegegeld und Leistungen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit) liegt eine Begutachtung durch Gutachter:innen der Entscheidung zugrunde. Ärztliche und pflegerische Sachverständige haben vor erstmaliger Erstellung von Sachverständigengutachten zur Feststellung des Betreuungs- und Hilfsbedarfs nach dem BPGG eine verpflichtende Zertifizierung bei der ÖBAK (Österreichische Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung) zu absolvieren. Alle fünf Jahre erfolgt eine Rezertifizierung. Dabei werden die neuesten Entwicklungen im medizinischen und rechtlichen Bereich vermittelt und die Gutachter:innen entsprechend geschult.

Eine einheitliche Definition der Krankheitsbilder sowie umfassendere wissenschaftliche Evidenz und Kenntnisse über die Krankheiten können zu einer effektiveren Gestaltung der Leistungsangebote führen. Einem uneinheitlichen Wissensstand der Gutachter:innen muss mit verstärkter wissenschaftlicher Evidenz sowie Wissensvermittlung durch Weiterbildungen begegnet werden. Dafür muss das Fortbildungsangebot für Ärztinnen und Ärzte sowie Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) den Bereich PAIS quantitativ

und qualitativ ausreichend abbilden. Diese Fortbildungen sind, analog zu anderen Angeboten von Ärztekammer und ÖGKV (Fortbildungsangebote für Pflegekräfte), gemäß dem aktuellen Forschungsstand zu organisieren.

2.6.2 Empfehlungen (Maßnahmen)

Tabelle 6: Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Soziale Absicherung

MN	Inhalt	Zuständigkeit
25	Ausarbeitung eines Informationspfads über alle potenziell verfügbaren sozioökonomischen Leistungen bei andauernder Krankheit für Betroffene und Angehörige	BMSGPK, SV
26	Ausbau des Angebots an niederschwelliger Unterstützung durch Gesundheits- und Sozialberufe (aufsuchend oder digital)	ZS-G-Partner, Länder, SV
27	Prüfung der gesetzlichen Möglichkeiten zur Anpassung der Wiedereingliederungsteilzeit	BMAW
28	Informationen für Betroffene, Betriebsrätinnen und Betriebsräte, Präventivdienste und Arbeitgeber:innen zu den Möglichkeiten einer Wiedereingliederung von PAIS-Betroffenen	BMF, BMAW, Arbeitsinspektorat, AUVA, Gewerkschaften, AK
29	Förderung des Verbleibs im Berufsleben durch Früherkennung von gesundheitlichen Einschränkungen, Rehabilitation und Maßnahmen zur Arbeitsplatzanpassung	SV, BMAW, BMSGPK
30	Überprüfung der Voraussetzungen für Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige	BMSGPK
31	Verbesserung der Personalsituation bei Gutachterinnen und Gutachtern	SV (v. a. PV), BMSGPK
32	Verstärkte Einbeziehung von externen Befunden in die gutachterliche Entscheidung	SV (v. a. PV), BMSGPK
33	Einheitliche Schaffung der Möglichkeit einer für die Betroffenen ressourcenschonenden Begutachtung unter Wahrung der Zumutbarkeit für alle Arten der Unterstützungsleistungen	SV (v. a. PV)
34	PAIS in alle Formen der Unterstützungsleistungen einbeziehen	BMSGPK, SV
35	Einrichtung einer interprofessionellen Plattform für den interdisziplinären fachlichen Dialog zwischen Gutachterinnen bzw. Gutachtern und PAIS-Expertinnen bzw. -Experten unter Einbeziehung von Patientenorganisationen zum Thema Gutachten	BMSGPK (koordinativ)

MN	Inhalt	Zuständigkeit
36	Systematische Erfassung und Auswertung der Daten zur sozialen Absicherung von PAIS-Betroffenen bei den Krankenkassen, PV und SMS	SV

Zu MN 25: Ausarbeitung eines Informationspfads über alle potenziell verfügbaren sozioökonomischen Leistungen bei andauernder Krankheit für Betroffene und Angehörige; dies umfasst auch den möglichen Zugang zu finanziellen Unterstützungsleistungen (Fondsmittel) für Betroffene und Informationen über die Möglichkeit, Beschwerden über Begutachtung/Gutachter:innen einzureichen nach Sicherstellung eines transparenten Beschwerdewegs

Zu MN 26: Ausbau des Angebots an niederschwelliger Unterstützung durch Gesundheits- und Sozialberufe (aufsuchend oder digital), insbesondere zur Bewältigung der administrativen und behördlichen Schritte der Antragstellungen, auf die Betroffene aufgrund der kognitiven und körperlichen Schwäche bzw. der vorhandenen funktionellen Einschränkungen angewiesen sind; Zugang zu finanziellen Unterstützungsleistungen (Fondsmittel) für Betroffene

Zu MN 27: Prüfung der gesetzlichen Möglichkeiten zur Anpassung der Wiedereingliederungsteilzeit, v. a. in Hinblick auf folgende Aspekte:

- Möglichkeit der Verlängerung um weitere drei Monate (bis max. 12 Monate), um die Wiedereingliederungsteilzeit mehreren Personen zugänglich zu machen und auch bei länger andauernder Erkrankung eine Wiedereingliederung zu ermöglichen
- Verkürzung der bestehenden 18-Monate-Frist für einen erneuten Anspruch im Einzelfall und bei medizinischer Indikation
- Steigerung der Arbeitsplatzflexibilität, um die Wiedereingliederung auch bei Berufsumstieg zu ermöglichen
- Verlängerung der Frist, die Wiedereingliederungsteilzeit binnen eines Monats nach Ende des Krankenstandes anzutreten, um ein Scheitern an der Dauer der nötigen Abläufe zu verhindern

Zu MN 28: Informationen für Betroffene, Betriebsrätinnen und Betriebsräte, Präventivdienste und Arbeitgeber:innen zu den Möglichkeiten und Auswirkungen einer Wiedereingliederung von PAIS-Betroffenen sowie die Beratungsmöglichkeit durch AUVA und Arbeitsinspektorat, z. B. Verpflichtung zur Arbeitnehmerveranlagung, erneute Arbeitslosigkeit mit reduziertem Arbeitslosengeld und Möglichkeiten zur bedarfsorientierten Anpassung von Arbeitsplätzen und Arbeitsabläufen

Zu MN 29: Förderung des Verbleibs im Berufsleben durch Früherkennung von gesundheitlichen Einschränkungen, Rehabilitation und Maßnahmen zur Arbeitsplatzanpassung durch Stärkung der frühzeitigen Rehabilitation und Reintegration gesundheitlich Beeinträchtigter in den Arbeitsmarkt und Vermeidung krankheitsbedingter Pensionierungen

Zu MN 30: Überprüfung der Voraussetzung für Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige; diese sind derzeit an höhere Pflegegeldstufen gebunden und sollen bereits ab Pflegegeldstufe 1 für pflegende Angehörige von PAIS-Betroffenen zugänglich gemacht werden (analog zu Demenz).

Zu MN 31: Verbesserung der Personalsituation bei Gutachterinnen und Gutachtern; dies umfasst die Attraktivierung der Gutachtertätigkeit¹⁸ und Einbeziehung weiterer Berufsgruppen nach Prüfung der Möglichkeit der verstärkten Inanspruchnahme der derzeit gesetzlich festgelegten Berufsgruppen für Begutachtungen (§ 8 der EinstV zum BPGG¹⁹).

Zu MN 32: Verstärkte Einbeziehung von externen Befunden in die gutachterliche Entscheidung, u. a. von Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Angehörigen des Pflegepersonals sowie der Schule und Lehrstelle im Fall von betroffenen Kindern und Jugendlichen im Sinne der Befundobjektivierung; diese Maßnahme ist nicht spezifisch für PAIS, sondern allgemein zu verstehen.

Zu MN 33: Einheitliche Schaffung der Möglichkeit einer für die Betroffenen ressourcenschonenden Begutachtung unter Wahrung der Zumutbarkeit für alle Arten der Unterstützungsleistungen (für Pflegegeldbegutachtungen bereits möglich); diese Maßnahme ist nicht spezifisch für PAIS, sondern allgemein zu verstehen.

Zu MN 34: PAIS in alle Formen der Unterstützungsleistungen einbeziehen bei: Prüfung der Anpassung der Einstufungsverordnung (§ 5 EinstV zum Bundespflegegeldgesetz) hinsichtlich Neudefinition ständiger Pflegebedarf

¹⁸ Um die Pflegegeldbegutachtung für DGKP attraktiver zu gestalten, wurde das Honorar per 1. Oktober 2024 für pflegerische Sachverständige an jenes der medizinischen Sachverständigen angeglichen.

¹⁹ § 8. Die Grundlage der Entscheidung über die Zuerkennung oder die Neubemessung von Pflegegeld bildet ein ärztliches Sachverständigengutachten oder ein Sachverständigengutachten von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Erforderlichenfalls sind zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation Personen aus anderen Bereichen, beispielsweise der Heil- und Sonderpädagogik, der Sozialarbeit, der Psychologie sowie der Psychotherapie beizuziehen.

- Umsetzung der Maßnahmen zur Einschätzungsverordnung gemäß NAP Behinderung 2022–2030
- Beachtung von PEM-Symptomatik bei Prüfung der geminderten Arbeitsfähigkeit

Zu MN 35: Einrichtung einer interprofessionellen Plattform für den interdisziplinären fachlichen Dialog zwischen Gutachterinnen bzw. Gutachtern und PAIS-Expertinnen bzw. -Experten unter Einbeziehung von Patientenorganisationen zum Thema Gutachten; diese Plattform soll zur Reflexion verschiedener Aspekte dienen, wie:

- Sichtung der gegenwärtig angewandten Inhalte (Kriterien) zur Bewertung der Funktionseinschränkungen im Rahmen der gesamtmedizinischen Begutachtung
- Beurteilung der Funktionseinschränkungen unter Einbeziehung der Erkenntnisse des Behandlungsteams durch Schaffung von Rücksprachemöglichkeiten mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den An- und Zugehörigen; dadurch sollen auch funktionale Einschränkungen erfasst werden, die sich während des kurzen Zeitraums der Begutachtung nicht zeigen, sondern wie bei PEM oder POTS (PAIS) erst nach 24 bis 48 Stunden die Handlungskapazität im Alltag beeinträchtigen.
- Erweiterung der Expertise der Gutachter:innen durch Beratungsangebote von Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe
- Klärung von Möglichkeiten, übermittelte Befunde sowie die für die Krankheit angepassten Funktionscodes wie z. B. FUNCAP55, Wiederholungstests bei Vorliegen von PEM (siehe auch Handlungsempfehlung Diagnostik) oder „Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ in das Gutachterverfahren aufzunehmen
- Klärung des notwendigen Ablaufs und effektiven Einsatzes verschiedener Tools im Begutachtungsprozess

Zu MN 36: Systematische Erfassung und Auswertung der Daten zur sozialen Absicherung von PAIS-Betroffenen bei den Krankenkassen, PV und SMS: Zahl der Anträge, Gewährungen, Ablehnungen und gerichtliche Entscheidungen nach Diagnosen, die zu PAIS zählen

2.7 Handlungsfeld 7: Forschung und Wissen

2.7.1 Problemdarstellung/Ist-Situation

Das auf nationaler und internationaler wissenschaftlicher Erkenntnis und Evidenz basierende Wissen zu PAIS ist aktuell noch unzureichend. Dies betrifft alle Forschungsbereiche zu PAIS: Grundlagen, Ätiologie, Pathogenese, Epidemiologie, Diagnostik, Biomarker (Patientenstratifizierung, Prognose, Monitoring), medikamentöse und nicht medikamentöse Therapie, Versorgung, Resilienzfaktoren, Prävention, soziale Gesundheitsdeterminanten und sozioökonomische Auswirkungen.

Aktuell gibt es, abgesehen von kleinen und lokalen Forschungsprojekten, keine systematische und explizite Forschungsvernetzung zu PAIS in Österreich. Aufgrund der fehlenden Voraussetzungen für effektive wissenschaftliche Kooperationen (u. a. strukturierte und systematische, registerbasierte Erhebung und Dokumentation von patientenbezogenen, epidemiologischen und wissenschaftlich relevanten Daten und öffentliche Finanzierung) können auch etablierte Netzwerke, wie beispielsweise das österreichische Biobanken-Netzwerk, (noch) nicht adäquat genutzt werden. Als immanente Voraussetzung für die Generierung wissenschaftlicher Evidenz zu den genannten Forschungsbereichen bei PAIS gibt es auch keine österreichweite, hierfür notwendige explizite öffentliche Forschungsförderung in Analogie zu internationalen Vorbildern (wie u. a. in Deutschland²⁰ oder den Niederlanden²¹).

Das Nationale Referenzzentrum für postvirale Syndrome soll als zentrale Drehscheibe für Forschung und Wissen agieren, Austausch zwischen Theorie und Praxis vorantreiben und die Versorgung auf Basis stets aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse informieren. Eine Übersicht und Information über bzw. Teilnahme an laufenden nationalen und internationalen klinischen und wissenschaftlichen Studien sowie die Organisation und Koordination des transdisziplinären und interprofessionellen Forschungsverbunds in Österreich soll angestrebt werden.

²⁰ Fördergelder für die Erforschung von Long-/Post-Covid, Kurzmeldung 13.03.2024, Deutscher Bundestag 2024, <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-993280> [Zugriff am 21.08.2024]

²¹ ME/CFS Research Programme, ZonMw 2021, <https://www.zonmw.nl/en/program/mecfs-research-programme> [Zugriff am 21.08.2024]

Forschungszugänge im Themenbereich PAIS sind breit zu denken (d. h. offen für quantitative, qualitative und Mixed-Methods-Zugänge) und sollen nach Möglichkeit auch integrative und innovative, interprofessionelle und transdisziplinäre Designs umfassen.

2.7.2 Empfehlungen (Maßnahmen)

Tabelle 7: Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Forschung und Wissen

MN	Maßnahme	Zuständigkeit
37	Etablierung von kompetitiven Forschungs-Calls themenspezifisch zu PAIS	BMBWF
38	Förderung transdisziplinärer und interprofessioneller Forschung auf allen Versorgungsebenen	Förderung – BMSGPK, BMBWF, Fördergeber (wie FFG, FWF) regionale Fördergeber
39	Durchführung oder Ausschreibung von prospektiven epidemiologischen Studien aus dem Primärversorgungsbereich bzw. anhand repräsentativer Bevölkerungskohorten	BMBWF, Hochschulen, Forschungsinstitute
40	Förderung und Integration transdisziplinärer gesundheitswissenschaftlicher Forschung	BMSGPK, BMBWF, SV
41	Etablierung und Förderung eines österreichweiten (klinischen und Forschungs-)Registers zur strukturierten und systematischen Erfassung und Dokumentation von harmonisierten Daten von Patientinnen und Patienten mit PAIS	BMSGPK, BMBWF, Hochschulen, SV, Referenzzentrum
42	Förderung und Nutzung des österreichischen Biobanken-Netzwerks zur harmonisierten Sammlung von biologischen Proben von Patientinnen und Patienten mit PAIS für nationale und internationale Forschungsprojekte zu Biomarkern	BMBWF, Hochschulen, Forschungsinstitute

Zu MN 37: Etablierung von kompetitiven Forschungs-Calls (national oder mit internationaler Beteiligung, z. B. D-A-CH-Region) themenspezifisch zu PAIS (z. B. Diagnostik und Therapie)

Zu MN 39: Durchführung oder Ausschreibung von prospektiven epidemiologischen Studien aus dem Primärversorgungsbereich bzw. anhand repräsentativer Bevölkerungskohorten; damit sollen die Häufigkeit, die Symptomatik und der Symptomverlauf von PAIS und somit deren Dimension und Stellenwert im österreichischen Gesundheitssystem definiert werden.

Zu MN 40: Förderung und Integration transdisziplinärer gesundheitswissenschaftlicher Forschung, die sich den funktionellen und psychosozialen Einschränkungen, der Krankheitsbelastung und -bewältigung sowie unterschiedlichen Herausforderungen des therapeutischen Managements bei PAIS-Patientinnen und -Patienten einschließlich ihrer Auswirkungen auf Partizipation(-smöglichkeiten) in allen Lebens- und Versorgungsbereichen widmet

Zu MN 41: Etablierung und Förderung eines österreichweiten (klinischen und Forschungs-) Registers zur strukturierten und systematischen Erfassung und Dokumentation von harmonisierten Daten von Patientinnen und Patienten mit PAIS, v. a. auch zur Therapie

2.8 Handlungsfeld 8: Besondere Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen

2.8.1 Problemdarstellung/Ist-Situation

Kinder und Jugendliche haben im Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen häufig besondere Bedürfnisse und Bewältigungsstrategien. Daher müssen die verschiedenen Handlungsfelder, die für PAIS identifiziert wurden, für Kinder und Jugendliche gesondert betrachtet werden. Auch die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen sind andere als die von Erwachsenen. Es sind andere Settings, insbesondere aus dem Bildungssektor (Kindergarten, Schule, Lehrbetriebe, Hochschulen), relevant und es muss mit anderen Zielgruppen (z. B. Pädiater:innen und pädagogisches Personal) zusammengearbeitet werden.

In der Medizin gelten Personen bis 18 Jahre als Kinder/Jugendliche, danach werden sie zu den Erwachsenen gezählt. Dies birgt besonders für Kinder und Jugendliche mit seltenen oder chronischen Erkrankungen (inklusive PAIS) Probleme, da sich der Übergang in die Erwachsenenmedizin schwierig gestalten kann und verschiedene Leistungen, wie z. B. Aufenthalte in Rehabilitationszentren für Kinder und Jugendliche, nicht mehr möglich sind (vgl. Komitee für Kinder- und Jugendgesundheit 2019). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Kinder- und Jugendheilkunde wurde dies erkannt und im Frühjahr 2024 wurde die Altersbegrenzung auf 25 Jahre angehoben. Im Bildungsbereich ist der Übergang von Kind/Jugendlichem zu Erwachsenen fließender: Familienbeihilfe/Studienbeihilfe kann in manchen Fällen bis zu einem Alter von 26 Jahren erhalten werden. Dennoch ist es nicht immer möglich, finanzielle Unterstützungen bzw. Unterstützungsleistungen trotz Bedarf über ein bestimmtes chronologisches Alter hinaus zu bekommen.

Die Prävalenz von PAIS bei Kindern und Jugendlichen in Österreich ist unklar, da es derzeit keine Prävalenzstudien gibt (internationale Prävalenzstudien sind z. B. Miller et al. (2024); Rao et al. (2024); Rothensteiner et al. (2024)). Nachdem es sich aber um eine ähnliche Symptomatik wie bei Erwachsenen handelt (Heidar Alizadeh et al. 2024), kann es für schwer betroffene Kinder und Jugendliche schwierig oder unmöglich sein, in die Schule oder in die Lehre zurückzukehren.

Es gibt derzeit keine bundesweite rechtliche Lösung für Kinder und Jugendliche, wie im Kontext mit PAIS mit der Schulpflicht umgegangen wird (z. B. wann wird Hausunterricht gegeben?). Kinder und Jugendliche, die weiterhin die Schule besuchen möchten, eine volle Anwesenheit aber aufgrund der Erkrankung nicht schaffen, haben Schwierigkeiten, eine Schulbildung zu bekommen. Es gibt keine einheitliche Leitlinie, wie Schulen in diesen Fällen handeln sollen – laut Berichten von Betroffenen ist es von Schule zu Schule unterschiedlich, wie entgegenkommend diese sind. Jugendliche, die keine Schulpflicht mehr haben, aber durch die Erkrankung nicht arbeitsfähig sind, stehen vor dem Problem, dass sie keine Unterstützung erhalten, die Familien werden in solchen Fällen alleingelassen.

Betroffene nehmen derzeit Probleme im Zusammenhang mit PAIS im niedergelassenen Bereich wahr: Pädiate:r:innen scheinen, wie auch Hausärzt:innen und Hausärzte, mit dem Problem PAIS überfordert.

Die Empfehlungen bzw. Maßnahmen, die die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen betreffen, lassen sich analog zu den Handlungsfeldern des Aktionsplans benennen. Allgemein ist festzuhalten, dass es dringend einer Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Bildungsbereich bedarf, um den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden.

2.8.2 Empfehlungen (Maßnahmen)

Alle Empfehlungen (Maßnahmen) für Erwachsene der vorangegangenen Kapitel gelten auch für Kinder und Jugendliche. Empfehlungen (Maßnahmen), die hier genannt werden, sind spezifisch auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen hin formuliert.

Tabelle 8 Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Besondere Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen

MN	Inhalt	Zuständigkeit
43	Sozial verträgliche Reduktion der Prävalenz von Infektionen durch angemessene Maßnahmen auch im pädagogischen Bereich	BMBWF, Bildungsdirektionen
44	Förderung des bedarfsorientierten Austauschs zwischen Gesundheits- und Bildungsbereich	BMSGPK, pädagogischer Bereich
45	Erstellung eines Konzepts für die Transition von PAIS-Betroffenen	BMSGPK, SV
46	Ermöglichung von telemedizinischen/teletherapeutischen Angeboten und Ausweitung von Hausbesuchsangeboten auch für Kinder und Jugendliche	niedergelassener Bereich, SV
47	Förderung von Möglichkeiten zur Weiterbildung und Informationsbeschaffung im Bedarfsfall speziell auch für alle Einrichtungen, die ein Angebot für Kinder und Jugendliche haben, mit Schwerpunkt Schulen und Jugendämter	ÖÄK, Dienstgeber für Schulärztinnen und -ärzte, BMBWF/ Bildungsdirektionen, Träger psychosozialer Einrichtungen, SV
48	Information und Schaffung von Unterstützungsmöglichkeiten für die gesamte Familie, insbesondere auch für Geschwisterkinder	behandelnde Ärztinnen und Ärzte, sämtliches Personal von Einrichtungen (siehe oben), Landessanitätsdirektionen in Zusammenarbeit mit Bildungsbereich
49	Erarbeitung und Ermöglichung flexibler, individueller Lösungen für den Unterricht	BMBWF, Schulerhalter, BMSGPK
50	Transitionserleichterung im Ausbildungsbereich	Hochschulen, BMBWF, Sozialministerium

Zu MN 43: Sozial verträgliche Reduktion der Prävalenz von Infektionen durch angemessene Maßnahmen²² auch im pädagogischen Bereich; CAVE: Präventive Maßnahmen, die in das soziale Gefüge von Kindern und Jugendlichen eingreifen, sollten stets gesondert auf ihre sozialen Auswirkungen und Angemessenheit geprüft werden. Bei notwendiger Umsetzung kontaktbezogener Maßnahmen sollte außerdem sichergestellt werden, dass bestehende Kontaktangebote modifiziert werden und in angemessener Form zugänglich bleiben.

²² wie z. B. Impfungen, Lüften in Schulen, Händehygiene, vgl. aktueller Hygieneplan für österreichische Schulen: https://www.schularzt.at/fileadmin/user_upload/downloads/Bundeslaenderseiten/Wien/Erlaesse/hygieneplan_1.pdf [Zugriff am 30.07.2024]

Zu MN 44: Förderung des bedarfsorientierten Austauschs zwischen Gesundheits- und Bildungsbereich durch Etablierung von Schnittstellen, um die Kontinuität des Bildungswegs zu gewährleisten und um gezielte Maßnahmen zu implementieren

Zu MN 45: Erstellung eines Konzepts für die Transition von PAIS-Betroffenen; Vereinfachung der Transition im medizinischen Bereich, um den Übergang von Pädia-terinnen und Pädia-tern zu anderen Fachärztinnen und Fachärzten fließend zu gestalten und zu begleiten, um bestmögliche Versorgung von Jugendlichen zu gewährleisten. Es sollten Möglichkeiten geschaffen werden, auch (zumindest für ein bis zwei Jahre) nach dem 18. Geburtstag bei Bedarf in (PAIS-spezifische) Rehabilitationszentren für Kinder und Jugendliche aufgenommen zu werden.

Zu MN 49: Erarbeitung und Ermöglichung flexibler, individueller Lösungen für den Unterricht, um diese ermöglichen, erarbeiten und umsetzen zu können:

- Möglichkeiten schaffen, damit Kinder und Jugendliche in Präsenz am Unterricht teilnehmen können: barrierefreier Schulweg, barrierefreier Unterricht, Rückzugsorte, Liegebereich in der Klasse, Anwendung des Nachteilsausgleichs
- alternative Lösungen zur Teilnahme am Schulleben, Regelungen bei Fehlstunden und Alternativen zur Teilhabe (beispielsweise können Telepräsenzroboter an Schulen eingesetzt werden)
- Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern beim Homeschooling
- anlassbezogene Informationsmöglichkeiten für Lehrer:innen (z. B. wie mit Schularbeiten umzugehen ist)
- Online-Abschlussprüfungen (Online-Matura, Online-Leistungsniveaubestimmungen) für erkrankte Jugendliche ermöglichen (derzeit stehen diese nur arbeitslosen Jugendlichen zur Verfügung)

MN 50: Transitionserleichterung im Ausbildungsbereich, um Übergänge fließend zu gestalten und zu begleiten sowie bestmögliche Versorgung von Jugendlichen zu ermöglichen (u. a.) durch Sonderregelungen für Studienbeihilfen, die Erfüllung von Studienplänen, die Vermittlung zu Unterstützungsleistungen und Konzepte auch für Jugendliche, nachdem die Schulpflicht endet – einschließlich Unterstützungsleistungen und gegebenenfalls niederschwelliger Kontaktmöglichkeiten zu Sozialarbeit und Ergotherapie.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Empfohlene Maßnahmen (MN) im Handlungsfeld Definition	15
Tabelle 2: Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Datenlage	16
Tabelle 3: Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Prävention und Diagnostik.....	19
Tabelle 4 Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Versorgung	25
Tabelle 5: Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Bewusstseinsbildung (Awareness)	29
Tabelle 6: Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Soziale Absicherung	35
Tabelle 7: Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Forschung und Wissen	40
Tabelle 8 Empfohlene Maßnahmen im Handlungsfeld Besondere Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen.....	43

Literatur

- Català, M. / Mercadé-Besora, N. / Kolde, R. / Trinh, N. T. H. / Roel, E. / Burn, E. / Rathod-Mistry, T. / Kostka, K. / Man, W. Y. / Delmestri, A. / Nordeng, H. M. E. / Uusküla, A. / Duarte-Salles, T. / Prieto-Alhambra, D. / Jödicke, A. M. (2024): The effectiveness of COVID-19 vaccines to prevent long COVID symptoms: staggered cohort study of data from the UK, Spain, and Estonia. In: *Lancet Respir Med* 12/3:225-236.
- Choutka, Jan / Jansari, Viraj / Hornig, Mady / Iwasaki, Akiko (2022): Unexplained post-acute infection syndromes. In: *Nature Medicine* 28:911-923.
- Costa, Ursula M. (2023): Leitfaden für das Management von Folgen viraler Erkrankung mit SARS-CoV-2 aus Sicht der Ergotherapie. In: *Wiener klinische Wochenschrift* 135/4:599-618.
- Cutler, David M. (2022): The Costs of Long COVID. In: *JAMA Health Forum* 3/5:e221809-e221809.
- Fernandez-de-las-Peñas, Cesar / Notarte, Kin Israel / Macasaet, Raymart / Velasco, Jacqueline Veronica / Catahay, Jesus Alfonso / Ver, Abbygail Therese / Chung, William / Valera-Calero, Juan A. / Navarro-Santana, Marcos (2024): Persistence of post-COVID symptoms in the general population two years after SARS-CoV-2 infection: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of Infection* 88/2:77-88.
- Frank, Matthew G. / Ball, Jayson B. / Hopkins, Shelby / Kelley, Tel / Kuzma, Angelina J. / Thompson, Robert S. / Fleshner, Monika / Maier, Steven F. (2024): SARS-CoV-2 S1 subunit produces a protracted priming of the neuroinflammatory, physiological, and behavioral responses to a remote immune challenge: A role for corticosteroids. In: *Brain, Behavior, and Immunity* 121/:87-103.
- Gandjour, Afschin (2023): Long COVID: Costs for the German economy and health care and pension system. In: *BMC Health Services Research* 23/1:641.
- Ghali, Alaa / Lacout, Carole / Fortrat, Jacques-Olivier / Depres, Karine / Ghali, Maria / Lavigne, Christian (2022): Factors Influencing the Prognosis of Patients with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. In: *Diagnostics* 12/10:2540.
- Grande, Tilman / Grande, Bettina / Gerner, Patrick / Hammer, Sabine / Stingl, Michael / Vink, Mark / Hughes, Brian M. (2023): The Role of Psychotherapy in the Care of Patients with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. In: *Medicina* 59/4:719.
- Greenhalgh, T. / Sivan, M. / Delaney, B. / Evans, R. / Milne, R. (2022): Long covid-an update for primary care. In: *Bmj* 378/:e072117.
- Greenhalgh, T. / Sivan, M. / Perlowski, A. / Nikolich, J. Z. (2024): Long COVID: a clinical update. In: *Lancet* 404/10453:707-724.
- Griebler, Robert / Straßmayr, Christa / Mikšová, Dominika / Link, Thomas / Nowak, Peter / Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2021): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

- Hainzl, Astrid / Rohrhofer, Johanna / Johannes, Schweighardt / Hermisson, Joachim / Hoffmann, Kathryn / Komenda-Lett, Martin / Schlaff, Golda / Schulz, Christian / Stingl, Michael / Thonhofer, Kevin / Untersmayr, Eva (2024): *Care for ME/CFS – Praxisleitfaden für die Versorgung von ME/CFS-Betroffenen (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom)*. Wien: Medizinische Universität/Österreichische Gesellschaft für ME/CFS.
- Heidar Alizadeh, Aurora / Nurchis, Mario Cesare / Garlasco, Jacopo / Mara, Alessandro / Pascucci, Domenico / Damiani, Gianfranco / Gianino, Maria Michela (2024): Pediatric post COVID-19 condition: an umbrella review of the most common symptoms and associated factors. In: *European Journal of Public Health* 34/3:517-523.
- Hoffmann, Kathryn / Hainzl, Astrid / Stingl, Michael / Kurz, Katharina / Biesenbach, Beate / Bammer, Christoph / Behrends, Uta / Broxtermann, Wolfgang / Buchmayer, Florian / Cavini, Anna Maria / Fretz, Gregory Sacha / Gole, Markus / Grande, Bettina / Grande, Tilman / Habermann-Horstmeier, Lotte / Hackl, Verena / Hamacher, Jürg / Hermisson, Joachim / King, Martina / Kohl, Sonja / Leiss, Sandra / Litzlbauer, Daniela / Renz-Polster, Herbert / Ries, Wolfgang / Sagelsdorff, Jonas / Scheibenbogen, Carmen / Schieffer, Bernhard / Schön, Lena / Schreiner, Claudia / Thonhofer, Kevin / Strasser, Maja / Weber, Thomas / Untersmayr, Eva (2024a): Interdisziplinäres, kollaboratives D-A-CH Konsensus-Statement zur Diagnostik und Behandlung von Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom. In: *Wiener klinische Wochenschrift* 136/5:103-123.
- Hoffmann, Kathryn / Stingl, Michael / O'Mahony, Liam / Untersmayr, Eva (2024b): A Practical Approach to Tailor the Term Long COVID for Diagnostics, Therapy and Epidemiological Research for Improved Long COVID Patient Care. In: *Infectious Diseases and Therapy* 13/9:1921-1928.
- Izquierdo-Pujol, Jon / Morón-López, Sara (2024): The importance of post-COVID condition phenotypes characterization to decipher the mechanisms underlying this post-viral syndrome. In: *World Journal of Pediatrics* 20/6:633-634.
- Komitee für Kinder- und Jugendgesundheit (2019): Altersgrenzen überdenken! Ausdehnung der Altersdefinitionen für Kinder und Jugendliche. Factsheet. Wien: Gesundheit Österreich.
- Malik, P. / Patel, K. / Pinto, C. / Jaiswal, R. / Tirupathi, R. / Pillai, S. / Patel, U. (2022): Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL)-A systematic review and meta-analysis. In: *J Med Virol* 94/1:253-262.
- Miller, Christine M. / Borre, Carla / Green, Alex / Funaro, Melissa / Oliveira, Carlos R. / Iwasaki, Akiko (2024): Post-Acute sequelae of COVID-19 in pediatric patients within the United States: A Scoping Review. In: *American Journal of Medicine Open*:100078.
- Neubauer, Sonja / Strauß, Reinhild / Weber, Julia / Winkler, Roman (2023a): *Folgezustände nach Virusinfektionen mit Fokus auf Long COVID und ME/CFS*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Neubauer, Sonja / Strauß, Reinhild / Weber, Julia / Winkler, Roman (2023b): *Long COVID Status quo und Handlungsfelder. Policy Brief*. Wien: Gesundheit Österreich.
- O'Mahoney, Lauren L. / Routen, Ash / Gillies, Clare / Ekezie, Winifred / Welford, Anneka / Zhang, Alexa / Karamchandani, Urvi / Simms-Williams, Nikita / Cassambai, Shabana / Ardavani, Ashkon / Wilkinson, Thomas J. / Hawthorne, Grace / Curtis, Ffion /

- Kingsnorth, Andrew P. / Almaqhaw, Abdullah / Ward, Thomas / Ayoubkhani, Daniel / Banerjee, Amitava / Calvert, Melanie / Shafran, Roz / Stephenson, Terence / Sterne, Jonathan / Ward, Helen / Evans, Rachael A. / Zaccardi, Francesco / Wright, Shaney / Khunti, Kamlesh (2023): The prevalence and long-term health effects of Long Covid among hospitalised and non-hospitalised populations: a systematic review and meta-analysis. In: *eClinicalMedicine* 55/.
- Oberster Sanitätsrat (2023): Versorgung von Patient:innen mit postviralen Syndromen. Empfehlungen der AG postvirale/postinfektiöse Syndrome des Obersten Sanitätsrates. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Rabady, Susanne / Hoffmann, Kathryn / Aigner, Martin / Altenberger, Johann / Brose, Markus / Costa, Ursula / Denk-Linnert, Doris-Maria / Gruber, Samuel / Götzinger, Florian / Helbok, Raimund / Hüfner, Katharina / Koczulla, Rembert / Kurz, Katharina / Lamprecht, Bernd / Leis, Stefan / Löffler, Judith / Müller, Christian A. / Rittmannsberger, Hans / Rommer, Paulus S. / Sator, Paul / Strenger, Volker / Struhal, Walter / Untersmayr, Eva / Vonbank, Karin / Wancata, Johannes / Weber, Thomas / Wendler, Maria / Zwick, Ralf-Harun (2023): Leitlinie S1 für das Management postviraler Zustände am Beispiel Post-COVID-19. In: *Wiener klinische Wochenschrift* 135/4:525-598.
- Rahmati, Masoud / Udeh, Raphael / Yon, Dong Keon / Lee, Seung Won / Dolja-Gore, Xenia / McEvoy, Mark / Kenna, Tony / Jacob, Louis / López Sánchez, Guillermo F. / Koyanagi, Ai / Shin, Jae Il / Smith, Lee (2023): A systematic review and meta-analysis of long-term sequelae of COVID-19 2-year after SARS-CoV-2 infection: A call to action for neurological, physical, and psychological sciences. In: *Journal of Medical Virology* 95/6:e28852.
- Rao, Suchitra / Gross, Rachel S. / Mohandas, Sindhu / Stein, Cheryl R. / Case, Abigail / Dreyer, Benard / Pajor, Nathan M. / Bunnell, H. Timothy / Warburton, David / Berg, Elizabeth / Overdevest, Jonathan B. / Gorelik, Mark / Milner, Joshua / Saxena, Sejal / Jhaveri, Ravi / Wood, John C. / Rhee, Kyung E. / Letts, Rebecca / Maughan, Christine / Guthe, Nick / Castro-Baucom, Leah / Stockwell, Melissa S. (2024): Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 in Children. In: *Pediatrics* 153/3.
- Rhead, Rebecca / Wels, Jacques / Moltrecht, Bettina / Shaw, Richard John / Silverwood, Richard / Zhu, Jingmin / Hughes, Alun / Chaturvedi, Nishi / Demou, Evangelia / Katikireddi, Srinivasa Vittal / Ploubidis, George (2024): Long COVID and financial outcomes: evidence from four longitudinal population surveys. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 78/7:458-465.
- Rothensteiner, Maria / Leeb, Franziska / Götzinger, Florian / Tebruegge, Marc / Zacharasiewicz, Angela (2024): Long COVID in Children and Adolescents: A Critical Review. In: *Children* 11/8:972.
- Sommerfelt, Kristian / Schei, Trude / Seton, Katharine A. / Carding, Simon R. (2024): Assessing Functional Capacity in Myalgic Encephalopathy/Chronic Fatigue Syndrome: A Patient-Informed Questionnaire. In: *Journal of Clinical Medicine* 13/12:3486.
- Trinh, Nhung T. H. / Jödicke, Annika M. / Català, Martí / Mercadé-Besora, Núria / Hayati, Saeed / Lupattelli, Angela / Prieto-Alhambra, Daniel / Nordeng, Hedvig M. E.

- (2024): Effectiveness of COVID-19 vaccines to prevent long COVID: data from Norway. In: *The Lancet Respiratory Medicine* 12/5:e33-e34.
- VanElzakker, Michael B. / Bues, Hannah F. / Brusafferri, Ludovica / Kim, Minhae / Saadi, Deena / Ratai, Eva-Maria / Dougherty, Darin D. / Loggia, Marco L. (2024): Neuroinflammation in post-acute sequelae of COVID-19 (PASC) as assessed by [11C]PBR28 PET correlates with vascular disease measures. In: *Brain, Behavior, and Immunity* 119/:713-723.
- Vink, Mark / Vink-Niese, Friso (2019): Work Rehabilitation and Medical Retirement for Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Patients. A Review and Appraisal of Diagnostic Strategies. In: *Diagnostics* 9/4:124.
- Winkler, Roman / Eglau, Karin / Seebacher, Wolfgang / Ladurner, Joy (2022): *Long COVID: Status quo, Problemlagen und Herausforderungen in der Versorgung*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Woodrow, Mirembé / Carey, Charles / Ziauddeen, Nida / Thomas, Rebecca / Akrami, Athena / Lutje, Vittoria / Greenwood, Darren C / Alwan, Nisreen A (2023): Systematic Review of the Prevalence of Long COVID. In: *Open Forum Infectious Diseases* 10/7.

Glossar

Ätiologie	die Lehre von den Ursachen von Krankheiten; im Kontext post-akute Infektionssyndrome untersucht die Ätiologie die Faktoren, die zur Entwicklung dieser langfristigen Zustände nach einer Infektion führen.
Ätiopathogenese	der kombinierte Prozess von Ursache (Ätiologie) und Entwicklung (Pathogenese) einer Krankheit; bei PAIS umfasst die Ätiopathogenese die Mechanismen, durch die eine akute Infektion langfristige Schäden oder Symptome verursacht.
Bell-Score	eine Skala zur Bewertung der Schwere des Chronischen Fatigue-Syndroms (CFS) und anderer lang anhaltender Erkrankungen; der Bell-Score reicht von 0 bis 100 und bewertet die Fähigkeit der Patientin bzw. des Patienten, tägliche Aktivitäten auszuführen, sowie das Maß an Fatigue und körperlicher Funktion.
COPM	Canadian Occupational Performance Measure – ein standardisiertes, klientenzentriertes Bewertungsinstrument, das in der Ergotherapie verwendet wird, um die individuelle Wahrnehmung der Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit zu erfassen; es ermöglicht den Klientinnen und Klienten, die Auswirkungen von Erkrankungen wie von postakuten Infektionssyndromen (PAIS) auf ihren Alltag zu bewerten und gemeinsam mit den Therapeutinnen und Therapeuten Therapieziele festzulegen.
Counselling	Counselling bezeichnet die eingehende Beratung von Patientinnen und Patienten durch medizinische Fachkräfte, die darauf abzielt, Unterstützung und Informationen nach der Erstellung einer (Verdachts-)Diagnose bereitzustellen. Es umfasst die Analyse von Problemen, die Entwicklung von Bewältigungsstrategien sowie die Förderung des psychischen Wohlbefindens und der informierten Entscheidungsfindung.
interprofessionell	Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen, die ihr jeweiliges spezifisches Wissen einbringen

Klok-Score	„Post-COVID-19-Skala des funktionellen Status“ nach Klok – eine Skala (Fragebogen) zur Einschätzung der Schwere von funktionellen Einschränkungen nach COVID-19 (Long COVID), benannt nach der Arbeitsgruppe um F. A. Klok
Luftqualität	bezieht sich auf die Sauberkeit der Luft, insbesondere in Innenräumen; sie wird durch die Konzentration von Schadstoffen, Pathogenen, Partikeln und chemischen Verunreinigungen bestimmt, die die Gesundheit von Menschen und die Umwelt beeinträchtigen können. Eine gute Luftqualität ist entscheidend für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Bevölkerung.
ME/CFS	Mit dem Begriff Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) wird eine komplexe Multisystemerkrankung bezeichnet, die durch Post-Exertionelle Malaise (PEM), pathologische Fatigue sowie weitere Symptome wie Schlafstörungen, Schmerzen und kognitive Beeinträchtigungen gekennzeichnet ist.
multiprofessionell	Beteiligung/Hinzuziehung von Fachkräften unterschiedlicher Berufsgruppen, die mit ihren jeweiligen Aufgaben zur Patientenversorgung beitragen
Pacing	Strategie des Aktivitäts- und Energiemanagements zur Bewältigung von Post-Exertioneller Malaise (PEM) und zur Stabilisierung des Gesundheitszustands, um eine Verschlechterung der Symptome und Funktionsverluste zu vermeiden
Pädagogischer Bereich/ Bildungsbereich	Dieser Bereich befasst sich mit der Förderung und Unterstützung des Lernens und der Entwicklung in verschiedenen Altersstufen, einschließlich der schulischen und beruflichen Bildung. Zu den Akteuren in diesem Bereich gehören beispielsweise Kindergartenträger, Kindergärten, Bildungsdirektionen, Lehrbetriebe, Schulen und Hochschulen.
PAIS	Postakute Infektionssyndrome sind im Zusammenhang mit einer Reihe verschiedener (viraler und nichtviraler) Erreger bekannt. Zu den Krankheitsbildern gehören (nicht vollständig): Post-COVID Conditions, ME/CFS, POTS, Fibromyalgie, Post-Lyme-Syndrom, Long-EBV, reaktive Arthritis, Post-Ebola-Syndrom und chronisches Dengue-Syndrom.
PEM	Post-Exertionelle Malaise bezeichnet eine belastungsinduzierte Verschlechterung des Gesundheitszustands, die sich durch eine

gestörte physiologische Aktivitäts- und Erholungsreaktion auszeichnet. PEM ist anders als eine gängige Belastungsintoleranz und klar abzugrenzen von Erschöpfungssyndromen. (Während Belastungsintoleranz bei anderen Erkrankungen wie z. B. der Herzinsuffizienz ein Zustand ist, dem Symptome folgen, welche nach kurzer Erholung wieder abklingen, bleiben die Symptome bei ME/CFS auch in und nach Phasen der Ruhe bestehen und können zu einer anhaltenden Verschlechterung des Gesamtzustands führen.) PEM führt zu einer Exazerbation der Symptome nach körperlicher, kognitiver, orthostatischer oder emotionaler Anstrengung sowie sensorischer Überreizung. Jede durch PEM ausgelöste Verschlechterung des Gesundheitszustandes verstärkt den kumulativen Teufelskreis. Diese Reaktionen treten entweder unmittelbar oder mit Verzögerung auf und können Tage (mind. 14 Stunden), Wochen oder länger anhalten.

POTS

Posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom – eine Regulationsstörung des autonomen Nervensystems, bei der es beim Aufstehen zu einem starken Anstieg der Herzfrequenz kommt, oft verbunden mit Schwindel und Schwäche

Primärprävention

Maßnahmen, die darauf abzielen, die Entstehung von Krankheiten zu verhindern, bevor sie auftreten; dazu gehören beispielsweise Impfungen oder Gesundheitsaufklärung. Primärprävention fördert die allgemeine Gesundheit und zielt darauf ab, das Risiko von Erkrankungen in der Bevölkerung zu minimieren.

Primärversorgung

die grundlegende medizinische Versorgung, die für die allgemeine Gesundheitsversorgung bereitgestellt wird; die Primärversorgung stützt sich auf Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, die in enger Kooperation mit anderen gesundheitsrelevanten Professionen arbeiten, um eine umfassende, kontinuierliche und ganzheitliche Betreuung der Betroffenen sicherzustellen.

Quartärprävention

Maßnahmen zur Vermeidung von Überdiagnosen und Überbehandlungen sowie zur Sicherstellung einer patientenzentrierten und angemessenen medizinischen Versorgung; Quartärprävention zielt darauf ab, unnötige und schädliche medizinische Interventionen zu reduzieren und die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Schellong-Test	ein Test zur Bewertung der orthostatischen Reaktion des Kreislaufsystems, bei dem der oder die Patient:in von einer liegenden in eine aufrechte Position wechselt, um Veränderungen der Herzfrequenz, des Blutdrucks und möglicher Symptome zu messen
Sekundärprävention	Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Krankheiten, um deren Fortschreiten zu verhindern oder zu verlangsamen; dazu gehören beispielsweise Screening-Programme. Sekundärprävention zielt darauf ab, Krankheiten in einem frühen Stadium zu identifizieren, um rechtzeitig therapeutische Maßnahmen ergreifen zu können.
Sekundärversorgung	(Spezialisierte) Versorgung im niedergelassenen fachärztlichen Bereich sowie in Spitalsambulanzen.
Sozial- und Gesundheitsberufe	Berufe, die sich mit der Betreuung und Unterstützung von Menschen in sozialen und gesundheitlichen Kontexten befassen; dazu gehören pflegerische, therapeutische, sozialarbeiterische und medizinische Berufe. Beispiele (nicht vollständig) sind: ärztliche Berufe, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP), mobile Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie, Psychologie, Soziale Arbeit, palliative Betreuung, ernährungsmedizinische Beratung u. a. In Bezug auf Kinder und Jugendliche sind zusätzlich folgende Berufe zu nennen (nicht vollständig): Schulärztlicher Dienst, Schulpsychologie, Jugendarbeit, Sozialpädagogik.
soziale Absicherung	Maßnahmen und Systeme, die finanzielle Unterstützung und Schutz bieten, um Menschen vor den Risiken von Krankheit, Arbeitslosigkeit oder Altersarmut zu bewahren; dies erfolgt beispielsweise durch Sozialversicherungen, staatliche Hilfen und andere soziale Leistungen, die darauf abzielen, die Lebensqualität der Betroffenen zu sichern und ihre Grundbedürfnisse zu decken.
Telemedizin/ Teletherapie	Nutzung digitaler Technologien zur Fernbehandlung und -beratung in der Medizin und Therapie; dazu gehören Methoden wie Videoanrufe, Online-Konsultationen und digitales Gesundheitsmonitoring, die es ermöglichen, Betroffene aus der Ferne zu betreuen, Diagnosen zu stellen und Therapiefortschritte zu überwachen. Telemedizin und Teletherapie verbessern den Zugang

	zu medizinischer Versorgung und ermöglichen eine flexible Behandlung.
Tertiärprävention	Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen oder zur Verbesserung der Lebensqualität bei bereits bestehenden chronischen Erkrankungen; Tertiärprävention umfasst beispielsweise Rehabilitationsmaßnahmen, die darauf abzielen, die Gesundheit der Betroffenen zu stabilisieren, ihre Funktionsfähigkeit zu erhalten und die Auswirkungen der Erkrankung auf das tägliche Leben zu minimieren.
Tertiärversorgung	hoch spezialisierte medizinische Versorgung und Behandlung, die bei komplexen oder fortgeschrittenen Erkrankungen benötigt wird; diese Versorgung erfolgt meist in Kliniken oder Zentren, die auf spezifische Krankheitsbilder und fortgeschrittene Therapien spezialisiert sind.
transdisziplinär	Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen, bei der Fachgrenzen überschritten werden, um gemeinsam Lösungen zu erarbeiten; in der transdisziplinären Arbeit wird Wissen aus unterschiedlichen Fachbereichen integriert, um komplexe Probleme ganzheitlich anzugehen.
transprofessionell	Berufsgrenzen überschreitende Zusammenarbeit von Fachleuten aus unterschiedlichen Berufsgruppen; in der transprofessionellen Arbeit bringen verschiedene Fachrichtungen ihre spezifischen Praktiken und Perspektiven ein, um gemeinsam an komplexen Aufgabenstellungen zu arbeiten und eine umfassende Lösung zu entwickeln.

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Institution/Unternehmen	Titel	Nachname	Vorname	Titel nachg.	Funktion
Bereich Gesundheits- und Sozialwesen und Pflege					
Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Strukturpolitische Planung und Dokumentation	Dr. ⁱⁿ	Ferdin	Alexandra	MSc	Nominiertes AG-Mitglied
BMSGPK, Allgemeine Gesundheitsrechtsangelegenheiten und Gesundheitsberufe	Mag. ^a	Hager-Ruhs	Irene		Nominiertes AG-Mitglied
BMSGPK, Nicht übertragbare Erkrankungen und psychosoziale Gesundheit	Dr.	Markovic	Lovro		Nominiertes AG-Mitglied
BMSGPK, Pflegevorsorge	Mag. ^a	Meichenitsch	Katharina		Nominiertes AG-Mitglied
BMSGPK, Pflegevorsorge	Mag. ^a	Kraja-Zeka	Afrora		Stv. nominiertes AG-Mitglied
BMSGPK, Pflegevorsorge	Mag. ^a	Kunar	Elke		Stv. nominiertes AG-Mitglied
BMSGPK, Pflegevorsorge	Dr.	Sedmik	Ewald		Stv. nominiertes AG-Mitglied
BMSGPK, Rechtliche Angelegenheiten der Pensionsversicherung	Mag. ^a	Schwarzmann	Maria		Nominiertes AG-Mitglied
BMSGPK, Rechtliche Angelegenheiten der Pensionsversicherung	Mag. ^a	Ehrenfeldner	Andrea		Stv. nominiertes AG-Mitglied
BMSGPK, Rechtliche Angelegenheiten der Kranken- und Unfallversicherung	Mag. ^a	Seier	Doris		Nominiertes AG-Mitglied
BMSGPK, Öffentliche Gesundheit	Priv.-Doz. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ med Dr. ⁱⁿ phil	Strauß	Reinhild	MSc, DTM&H	Nominiertes AG-Mitglied
BMSGPK, Öffentliche Gesundheit	Dr. ⁱⁿ med	Weber	Julia	LL.M.	Nominiertes AG-Mitglied
BMSGPK, Gesundheitssystem – Steuerung	Mag.	Worel	Thomas		Nominiertes AG-Mitglied
Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG)	Mag. ^a	Kanitz	Elisabeth	MSc	Nominiertes AG-Mitglied
GÖG, Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Gesundheitssystem	Mag. ^a Dr. ⁱⁿ	Gugglberger	Lisa		Nominiertes AG-Mitglied

Institution/Unternehmen	Titel	Nachname	Vorname	Titel nachg.	Funktion
GÖG, BIQG	Mag. ^a	Einwögerer	Christina		Nominiertes AG-Mitglied
Bereich Arbeit					
Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (BMAW), Schnittstelle Beschäftigung-Gesundheit-Alterssicherung, ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer		Eckwolf	Andreas		Nominiertes AG-Mitglied
Bereich Forschung					
Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF), Life Sciences und Tierversuchswesen	Dr.	Mayer-Weber	Oliver		Nominiertes AG-Mitglied
BMBWF, Schulpsychologie, psychosoziale Unterstützung und schulärztlicher Dienst, Schüler- und Bildungsberatung		Friedl	Catrin		Nominiertes AG-Mitglied
Bereich Länder					
Land Burgenland	Univ.-Prof. Dr.	Kriwanek	Stephan		Nominiertes AG-Mitglied
Land Kärnten	Dr. ⁱⁿ	Dorighi	Andrea	MBA	Nominiertes AG-Mitglied
Land Niederösterreich	Dr. ⁱⁿ	Klenk	Regina		Nominiertes AG-Mitglied
Land Niederösterreich	Dr. ⁱⁿ	Hürbe	Gabriela		Stv. nominiertes AG-Mitglied
Land Oberösterreich	Dr.	Königswieser	Tilman	MPH	Nominiertes AG-Mitglied
Land Steiermark	Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ	Brodman	Marianne		Nominiertes AG-Mitglied
Land Tirol	Prim. ^a ao. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ	Löffler-Ragg	Judith		Nominiertes AG-Mitglied
Land Tirol	Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ	Hüfner	Katharina		Stv. nominiertes AG-Mitglied
Land Vorarlberg	Dr.	Fiedler	Armin		Nominiertes AG-Mitglied
Land Vorarlberg	Dr.	Grabher	Wolfgang		Stv. nominiertes AG-Mitglied
Wiener Landesregierung	Dr.	Rafetseder	Otto	MPH	Nominiertes AG-Mitglied
Bereich Sozialversicherungswesen					
Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)	Dr.	Krauter	Andreas	MBA	Nominiertes AG-Mitglied

Institution/Unternehmen	Titel	Nachname	Vorname	Titel nachg.	Funktion
ÖGK	Mag.	Wurzer	Bernhard		Stv. nominiertes AG-Mitglied
Pensionsversicherungsanstalt (PV)	Dr. ⁱⁿ	Mustak-Blagusz	Monika		Nominiertes AG-Mitglied
PV	Dr.	Krstic	Miroslav		Stv. nominiertes AG-Mitglied
PV	Prim. ^a Dr. ⁱⁿ	Oliveira-Sittenthaler	Christa		Stv. nominiertes AG-Mitglied
PV	Dr. ⁱⁿ	Preier	Brigitte		Stv. nominiertes AG-Mitglied
PV	Mag. ^a	Stöhr	Doreen		Stv. nominiertes AG-Mitglied
PV	Prim. ^a Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ	Strametz-Juraneck	Jeanette		Stv. nominiertes AG-Mitglied
Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS)	Assoc. Prof. ⁱⁿ PD Dr. ⁱⁿ	Hilger	Eva		Nominiertes AG-Mitglied
Versicherungsanstalt für öffentlich Bedienstete, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)	Dr. ⁱⁿ	Wolner-Strohmeier	Gudrun	MPH	Nominiertes AG-Mitglied
Bereich Patienten- und Volksanwaltschaft					
Arbeitsgemeinschaft der Patientenanwälte Österreichs	Mag. ^a	Klinger	Melanie		Nominiertes AG-Mitglied
Volksanwaltschaft	Mag. ^a	Lanik	Michaela		Nominiertes AG-Mitglied
Volksanwaltschaft	Mag.	Reif	Alfred		Nominiertes AG-Mitglied
Bereich Organisationen für Interessen von Betroffenen und Angehörigen					
Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger		Meinhard-Schiebel	Birgit		Nominiertes AG-Mitglied, Leitung des Kernteams im Handlungsfeld 6
Long Covid Austria		Hofer	Sandra		Nominiertes AG-Mitglied
Long Covid Austria		Messner-Freys-tetter	Sabine		Nominiertes AG-Mitglied
Long Covid Austria		Riegler	Jennifer		Nominiertes AG-Mitglied
Österreichische Gesellschaft für ME/CFS (ÖG ME/CFS)		Hainzl	Astrid	MSc	Nominiertes AG-Mitglied
ÖG ME/CFS	Univ.-Prof. Dr.	Hermisson	Joachim		Nominiertes AG-Mitglied
ÖG ME/CFS	Mag. ^a	Schreiner	Claudia		Nominiertes AG-Mitglied, Leitung des Kernteams im Handlungsfeld 5

Institution/Unternehmen	Titel	Nachname	Vorname	Titel nachg.	Funktion
ÖG ME/CFS		Thonhofer	Kevin		Nominiertes AG-Mitglied
Bereich Berufs- und Standesvertretungen					
Österreichische Ärztekammer (ÖÄK)	MR Dr.	Wutscher	Edgar		Nominiertes AG-Mitglied
ÖÄK		Berndl	Stefanie		Stv. nominiertes AG-Mitglied
Arbeiterkammer (AK)	Mag. ^a	Rachbauer	Johanna		Nominiertes AG-Mitglied
Wirtschaftskammer Österreich (WKO)	Mag. ^a	de Arteaga	Maria Cristina		Nominiertes AG-Mitglied
WKO	Mag. ^a	Marx	Christina		Stv. nominiertes AG-Mitglied
WKO	Mag. ^a	Haas	Nina		Stv. nominiertes AG-Mitglied
Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (ÖBDS)	FH-Prof. ⁱⁿ Mag. ^a	Ehrhardt	Saskia	MA	Nominiertes AG-Mitglied
Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)	Mag. ^a	Gstrein	Ines		Nominiertes AG-Mitglied
Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VÖPP)	Mag. ^a Dr. ⁱⁿ	Sammer-Schreckenthaler	Sabine		Nominiertes AG-Mitglied
Berufsverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP)	Mag. ^a	Haberstroh	Jasmin		Nominiertes AG-Mitglied
Österreichischer Gesundheits- & Krankenpflegeverband (ÖGKV)		Haslinger	Christian		Nominiertes AG-Mitglied
Bereich Medizinische Fachgesellschaften					
Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)	Dr. ⁱⁿ	Hoffmann-Dorninger	Renate		Nominiertes AG-Mitglied
Österreichische Gesellschaft für Neurologie (ÖGN)	Univ.-Prof. Dr.	Berger	Thomas		Nominiertes AG-Mitglied, Leitung des Kernteams im Handlungsfeld 7
Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation (ÖGNR)	Prim. Univ. Lekt. Dr.	Moser	Hermann	MSc	Nominiertes AG-Mitglied
Österreichische kardiologische Gesellschaft (ÖKG)	Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ	Pavone-Gyöngyösi	Mariann		Nominiertes AG-Mitglied
Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)	Prim. ^a ao. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ	Löffler-Ragg	Judith		Nominiertes AG-Mitglied
Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP)	Prim. Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr.	Aigner	Martin		Nominiertes AG-Mitglied

Institution/Unternehmen	Titel	Nachname	Vorname	Titel nachg.	Funktion
Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ)	Dr. ⁱⁿ	Rothensteiner	Maria		Nominiertes AG-Mitglied
Österreichische Gesellschaft für Allergologie und Immunologie (ÖGAI)	Prof. ⁱⁿ DDr. ⁱⁿ	Untersmayr- Elsenhuber	Eva		Nominiertes AG-Mitglied
Ergotherapie Austria	Prof. ⁱⁿ (FH)	Costa	Ursula	PhD (PH), MA (ET)	Nominiertes AG-Mitglied
Ergotherapie Austria	Dipl.-Soz. ⁱⁿ	Boost	Marie		Stv. nominiertes AG-Mitglied
Physio Austria		Schimscha	Sabine		Nominiertes AG-Mitglied
Physio Austria		Schlegl	Constance	MPH	Stv. nominiertes AG-Mitglied
Bereich Medizinische Expertinnen und Experten					
Medizinische Universität Wien, Abteilung für Primary Care Medicine	Univ.-Prof. ⁱⁿ Priv.-Doz. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ	Hoffmann	Kathryn	MPH	Nominiertes AG-Mitglied
Facharzt für Neurologie	Dr.	Kommenda-Lett	Martin		Nominiertes AG-Mitglied
Medizinische Universität Wien, Zentrum für Virologie	Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ	Puchhammer-Stöckl	Elisabeth		Nominiertes AG-Mitglied
Medizinische Universität Wien, Zentrum für Virologie	Dr. ⁱⁿ	Graninger	Marianne		Stv. nominiertes AG-Mitglied
Facharzt für Neurologie	Dr.	Stingl	Michael		Nominiertes AG-Mitglied
Universitätsklinikum Tulln, Klinische Abteilung für Neurologie	Prim. Assoc. Prof. Prof. h.c. PD Dr.	Struhal	Walter	MSc, FEAN	Nominiertes AG-Mitglied, Leitung des Kernteams im Handlungsfeld 3
Medizinische Universität Wien, Institut für Pathophysiologie und Allergieforschung	Prof. ⁱⁿ DDr. ⁱⁿ	Untersmayr- Elsenhuber	Eva		Nominiertes AG-Mitglied
Ludwig Boltzmann Institute for Rehabilitation Research	Prim. Dr.	Zwick	Ralf Harun		Nominiertes AG-Mitglied, Leitung des Kernteams im Handlungsfeld 4

Abkürzungen

AG	Arbeitsgruppe
AK	Arbeiterkammer
AMS	Arbeitsmarkt Service
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BBRZ	Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum
BMAW	Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMK	Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
bPK	bereichsspezifisches Personenkennzeichen
bzw.	beziehungsweise
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
D-A-CH	Deutschland-Österreich-Schweiz
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
d.h.	das heißt
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EBV	Epstein-Barr-Virus
EHDS	Europäischer Raum für Gesundheitsdaten
EinstV	Einstufungsverordnung
EKG	Elektrokardiogramm
et al.	und andere
FFG	Österreichische Forschungsgesellschaft
FWF	Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
Hg.	Herausgeber:in
HIV/-AIDS	Humanes Immundefizienz-Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome
ICD-10	International Clinical Modification

ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICPC-2	International Classification of Primary Care
inkl.	inklusive
KH	Krankenhaus
KI	Künstliche Intelligenz
ME/CFS	Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue-Syndrom
MedUni	Medizinische Universität
MN	Maßnahme
NAP	Nationaler Aktionsplan
PAIS	Postakute Infektionssyndrome
PANDAS	Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections
PEM	Post-Exertionelle Malaise
PICS	Post-Intensive-Care-Syndrom
POTS	posturales Tachykardiesyndrom
PV	Pensionsversicherung
PVE	Primärversorgungseinheiten
O2	Sauerstoff
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBAK	Österreichische Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Familien- und Allgemeinmedizin
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
OSR	Oberster Sanitätsrat
s. a.	siehe auch
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2
SMS	Sozialministeriumservice
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms
SV	Sozialversicherung
u. a.	unter anderem
u. v. m.	und vieles mehr
UWK	Universität für Weiterbildung Krems
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit
ZVK	zentraler Venenkatheter

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

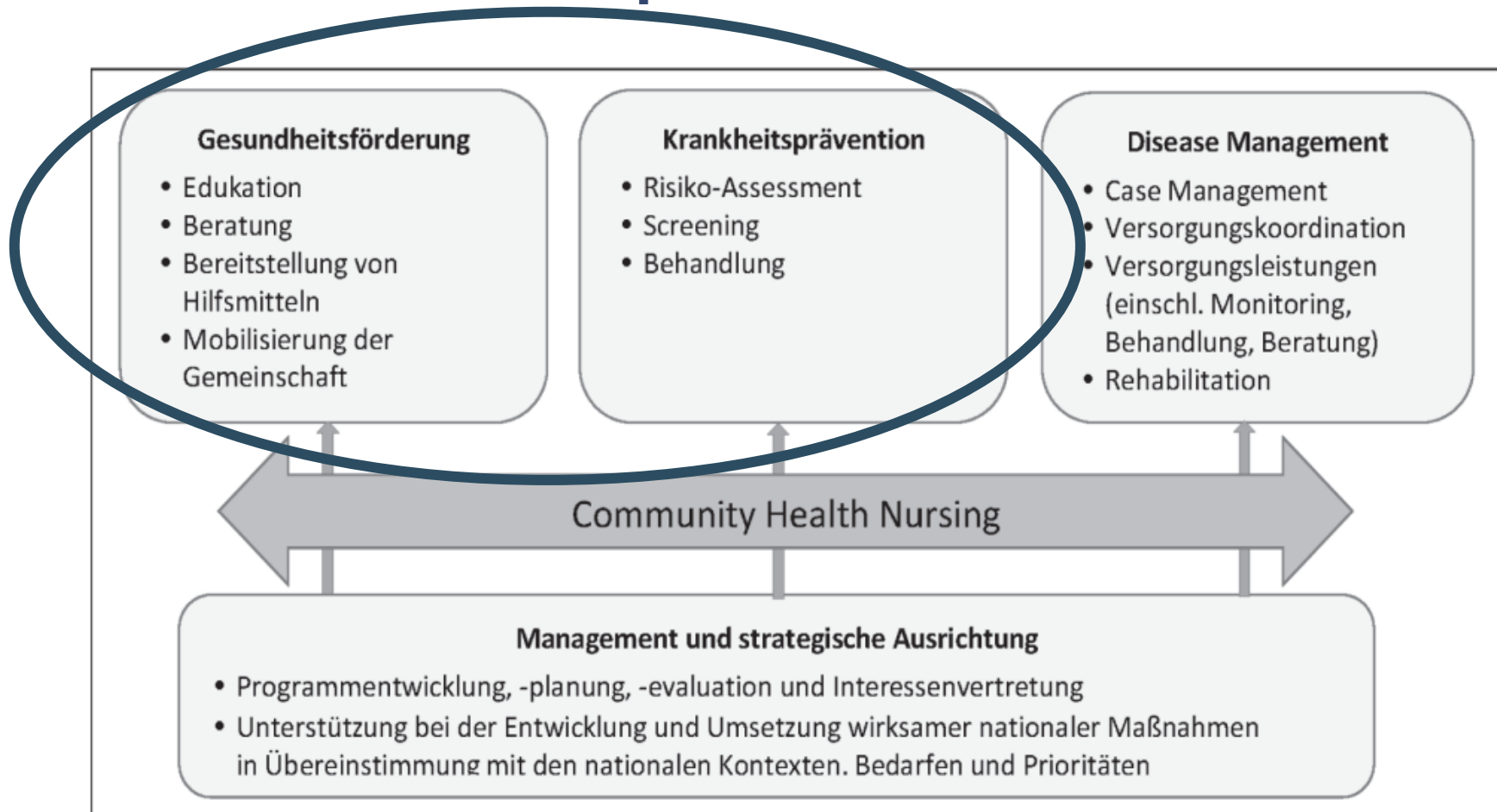
sozialministerium.at

Community Nursing in Österreich

Linda Eberle

10. September 2024

Community (Health) Nursing – Bezug zu internationalen Konzepten



— Was ist Community Nursing in Österreich?

Vision: gemeindenahе, niederschwellige Förderung der Gesundheit und Prävention von Pflegebedürftigkeit

- **Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP)** bieten wohnortnah und niederschwellig Unterstützung und Entlastung an
- **fördert und schützt die Gesundheit von einzelnen Personen, Familien und Gemeinschaften** → Fokus auf **Gesundheitsförderung und Prävention**
- Angebot ist kostenlos, leicht zugänglich, bedarfsorientiert und wird aufsuchend und niedergelassen angeboten
- bereits bestehende Dienstleistungen werden ergänzt
- Community Nurses als zentrale Ansprechpersonen in der Gemeinde
- setzt frühzeitig an, z.B. durch **präventive Hausbesuche**

Quelle: cn-oesterreich.at



— Zielgruppen - die Community

- **Ältere, zu Hause lebende Menschen** mit be(**vor**)stehendem Informations-, Beratungs-, Pflege- und/oder Unterstützungsbedarf und deren **An- und Zugehörige**
 - Menschen ab dem 75. Lebensjahr (präventive Hausbesuche, proaktiv)
- **Erweiterung der Zielgruppen je nach regionalem Bedarf**
 - z.B. Menschen mit chronischen, somatischen und/oder psychischen Erkrankungen, andere Altersgruppe etc.
 - je nach Schwerpunkt gesamte Bevölkerung der Gemeinde (Community)
 - Gemeinde als Klientin

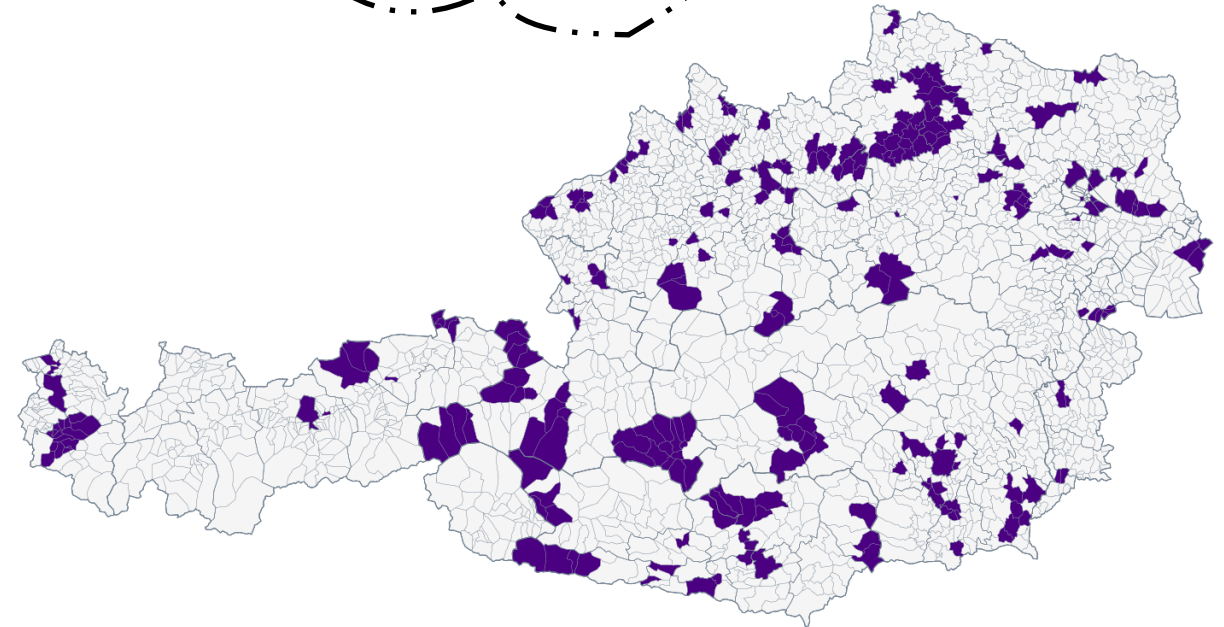
Quelle: cn-oesterreich.at



Projektübersicht

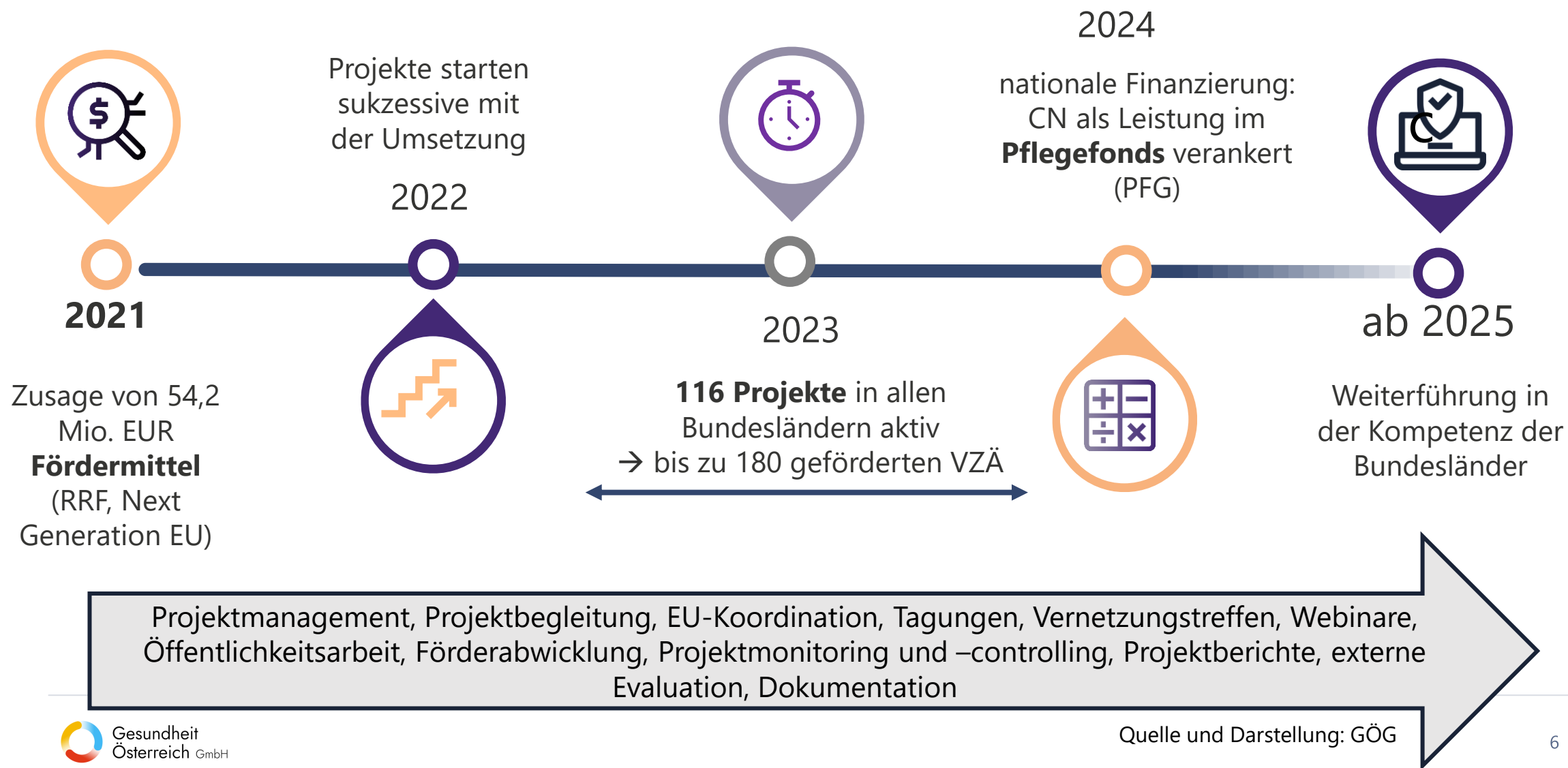
- Pilotphase: 2022-2024
- 54,2 Mio. Euro Fördervolumen, finanziert von der europäischen Union (NextGenerationEU)
 - bis zu 100.000 Euro pro VZÄ
 - 80 % Personalkosten, bis zu 20 % Sachkosten pro Jahr
- Städte, Gemeinden, Sozialhilfeverbände als Fördernehmer: innen
- **1 VZÄ für bis zu 5.000 EW (Gesamtbevölkerung)**
- diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeberufe im bestehenden berufsrechtlichen Rahmen mit > 2 Jahre Berufserfahrung
- Weiterführung ab 2025 in der Verantwortung der Bundesländer (Pflegefondsgesetz)

**116 Projekte
mit bis zu 180
geförderten VZÄ**



Quelle und Darstellung: GÖG

Meilensteine der Pilotierung



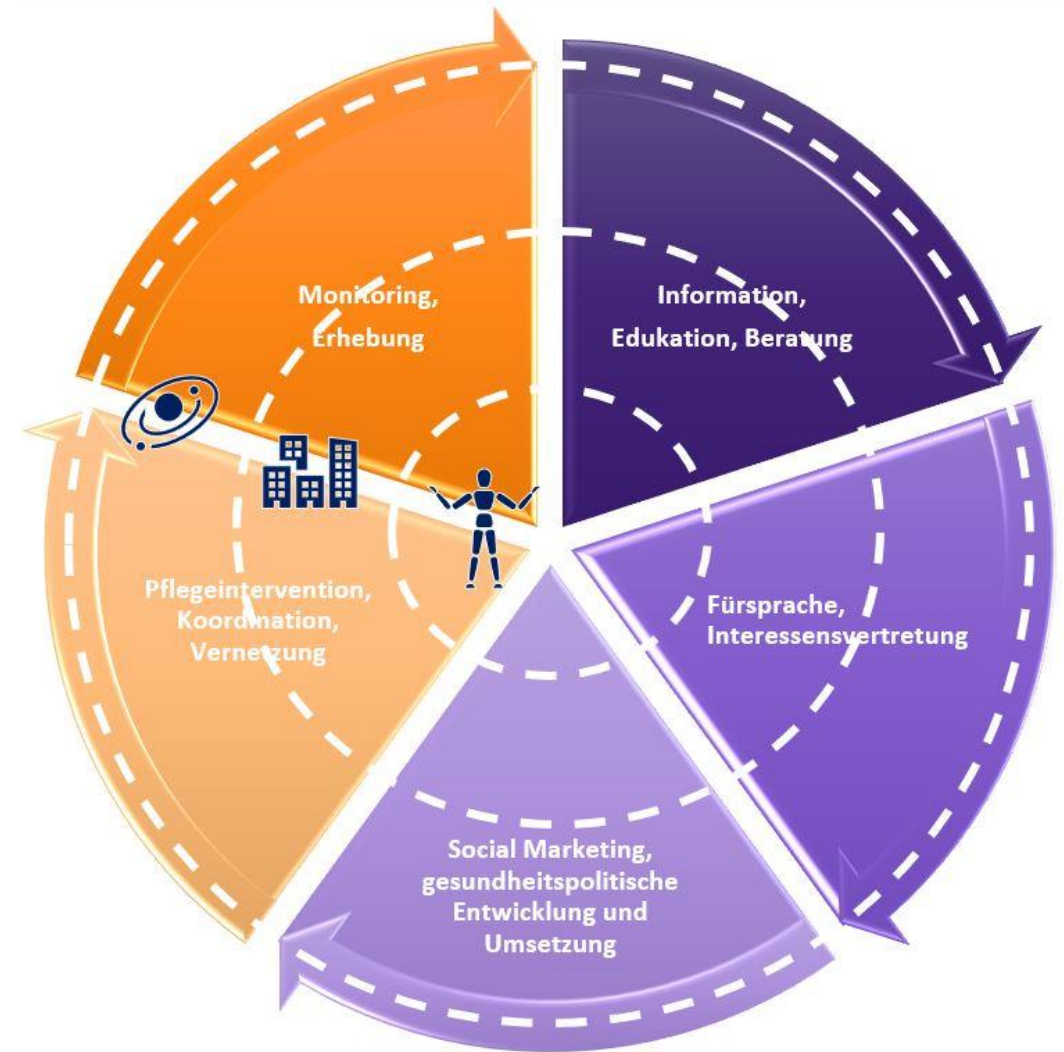
Aufgaben- und Rollenprofil

5 Sektoren:

- Erhebung und Monitoring
- Edukation und Beratung
- Fürsprache und Interessenvertretung
- Koordination und Vernetzung, Pflegeintervention
- (Social Marketing)

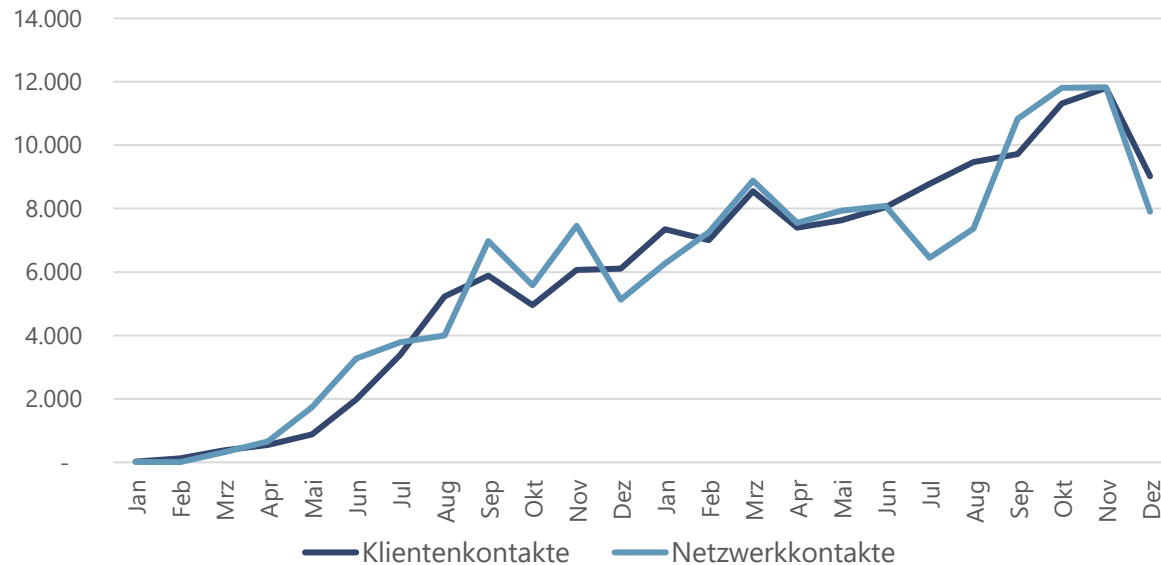
3 Ebenen:

- Individuum
- Gruppen/Gemeinschaften
- System

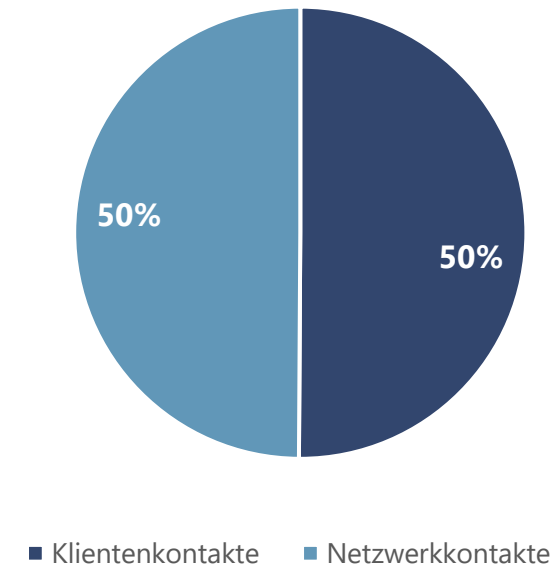


Kontakte im Zeitverlauf (Stand 31.12.2023)

- **282.775 Gesamtkontakte**
 - 141.660 Klientenkontakte
 - 141.115 Netzwerkkontakte



Anteil der Leistungen



→ **Netzwerkarbeit als zentrale Aufgabe in Community Nursing**

Chancen und Entwicklungspotential

- Konkretisierung und Weiterentwicklung von Rollen- und Aufgabenprofil
- Entwicklung regionaler Netzwerke und Kooperationen
- CN als Erweiterung des Care-Managements und als vorgelagertes Case-Management (Gestaltung von Aktivitätsarrangements)
- Koordination & Vermittlung über Sektoren / Professionsgrenzen hinaus
- Unterstützung und Förderung der Selbsthilfefähigkeit und Selbstmanagementkompetenzen durch Begleitung
- Unterschiedliche Schwerpunkte → Vision: Subrollen entwickeln (Schulgesundheitspflege, Disease-Management, ...)
- Motto: Pflegebedürftigkeit hinauszögern - Selbstmanagementkompetenzen fördern

— Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit!

Kontakt

Linda Eberle
Health Expert

Gesundheitsberufe- und Langzeitpflege

+43 1 515 61-461

linda.eberle@goeg.at

cn@goeg.at

Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6, 1010 Wien
goeg.at | <https://cn-oesterreich.at/>

Literatur

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2021). Factsheet zu Community Nursing. Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:3745e7ac-2c38-43ce-a2ea-73bc5f3f65e4/factsheet_CommunityNursing_final_barrierefrei.pdf [09.02.2023]
- Edgecombe, Gay & World Health Organization. Regional Office for Europe. (2001). Public health nursing: past and future: a review of the literature prepared by Gay Edgecombe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108460/E74237.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [10.03.2024]
- FH Kärnten (2024): FACTSHEET (Juni 2024) Erste Einblicke in Ergebnisse der summativen Evaluation von Community Nursing Österreich. Zugriff [Factsheet Evaluation 2024.pdf \(cn-oesterreich.at\)](#)
- Horak, M., & Haubitzer, S. (2021). Community Health Nurse. Handlungsfelder in der Pflege im Kontext von Public Health.: facultas.
- Minnesota Department of Health, MDH (2019). Public health interventions: Applications for public health nursing practice (2nd ed.).
- Rappold, Elisabeth et al. (2022): Community-Nursing-Pilotprojekt im Rahmen des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans 2020-2026.
- Rappold, E., Eberle, L., Kerschbaum, A., Edtmayer, A., Mayer, L. (2023): Community Nursing: Rückblick auf das Jahr 2022. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Reuschenbach, B. Neues Berufsbild: Community Health Nurse . Heilberufe 73, 48–51 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00058-021-1977-4>
- Schaffer, Marjorie A; Strohschein, Susan; Glavin, Kari (2022): Twenty years with the public health intervention wheel: Evidence for practice. In: Public Health Nursing 39/1:195-201
- Scheydt, S., & Hegedüs. (2022). Dimensionen und konzeptuelle Merkmale des Community Health Nursing. HeilberufeScience. doi: 10.1007/s16024-022-00386-y
- Weiss, S. and A. Lust (2021). GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Wien, Manz.
- Weskamm, Andrea; Marks, Frank; Mücke, Peter (2019): Community Health Nursing in Deutschland. Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen. Hg. v. Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, Berlin
- World Health Organization, W. (2017). Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ed.). Geneva.