

Jahresforschungsprogramm 2026



Projektprotokolle

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH

Josefstädter Straße 39 | 1080 Wien – Österreich

<https://www.aihta.at/>

Für den Inhalt verantwortlich:

Dr. rer. soc. oec. Ingrid Zechmeister-Koss, MA, Geschäftsführung

AIHTA-Jahresforschungsprogramm 2026

© 2026 AIHTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Inhalt.....	3
1 Arbeitsprogramm nach Fachbereichen.....	5
1.1 Public Health und komplexe Interventionen.....	5
1.1.1 Übersicht.....	5
1.1.2 Kurzbeschreibung.....	5
1.1.2.1 Mundgesundheit bei Kindern fördern: Wirksamkeit und Sicherheit von Screening- und Mundgesundheitsförderungsmaßnahmen zur Kariesprävention.....	5
1.1.2.2 Trinknahrung + Pilotierung environmental impact.....	13
1.1.2.3 Wirksamkeit gesundheitsbezogener Warnhinweise auf alkoholischen Getränken: Ein Systematischer Review mit einer narrativen Analyse für Österreich.....	17
1.1.2.4 Maßnahmen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas im Bildungswesen.....	20
1.1.2.5 Bewertung von Maßnahmen zur Regulierung der Nutzung sozialer Medien durch Kinder und Jugendliche: Systematischer Review und Ethische Analyse.....	24
1.1.2.6 Gesundheitslots:innen für vulnerable Personen.....	28
1.1.2.7 FALCO.....	30
1.1.2.8 FWF-Projekt #Connecting Minds: Mitgestaltung der perinatalen psychiatrischen Versorgung in Tirol.....	31
1.2 Medizinprodukte und digitale Gesundheitstechnologien.....	32
1.2.1 Übersicht.....	32
1.2.2 Kurzbeschreibung.....	32
1.2.2.1 Folgeauftrag Humangenetik (genaues Projektprotokoll in Bearbeitung).....	32
1.2.2.2 Platzhalter KI Thema.....	33
1.2.2.3 Bewertung Medizinischer Einzelleistungen (MEL).....	33
1.2.2.4 ASSESS-DHT.....	34
1.2.2.5 Integrierte digitale Wundmanagementsysteme (IDWMS) in der Versorgung chronischer Wunden: Evidenzlage und Optionen für Pilotierung/Implementierung in Österreich.....	34
1.2.2.6 Joint clinical assessments (JCAs) Medizinprodukte.....	38
1.2.2.7 Implementierung HTA-VO MDs (meetings ...).....	39
1.3 Arzneimittelbewertungen.....	40
1.3.1 Übersicht.....	40
1.3.2 Kurzbeschreibung.....	40
1.3.2.1 Bewertungsboard.....	40
1.3.2.2 Joint clinical assessments (JCA) Arzneimittel.....	41
1.3.2.3 Implementierung HTA-Verordnung (HTAR).....	41
1.3.2.4 Kontextualisierung JCAs.....	42
1.3.2.5 HTAR Capacity Building.....	42
1.3.2.6 Amivantamab plus Lazertinib vs. Osimertinib plus Chemotherapie in der Erstlinienbehandlung des fortgeschrittenen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms.....	43
1.3.2.7 Nutzung IHSI-Daten: Pipeline Monitor Onkologie und Therapieprofile „Hochpreisiger Arzneimittel“.....	46
1.4 Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung.....	47
1.4.1 Übersicht.....	47
1.4.2 Kurzbeschreibung.....	47
1.4.2.1 Endometriose: Internationale Versorgungsstandards und Versorgungsrealität in Wien.....	47
1.4.2.2 Implementierung von Rapid-Recovery-Programmen bei totalem Hüft- und Kniegelenkersatz: Herausforderungen und Möglichkeiten in Österreich.....	50
1.4.2.3 Costing & Unit Cost (Teil 2).....	54
1.4.2.4 Gesundheitsökonomische Leitlinie.....	54
1.5 Rapid Reviews.....	56

1.5.1	Übersicht.....	56
1.5.2	Kurzbeschreibung	56
1.5.2.1	Ad hoc rapid reviews (ÖGK, BVAEB).....	56
1.5.2.2	Laufende DiGA-Betreuung durch einen Mitarbeiter des AIHTA.....	58
1.5.2.3	Telemedizinische Interventionen im Bereich von Sport- und Bewegungsvorsätzen für Menschen mit Diabetes Typ 2 (nicht-insulinpflichtig) (genaues Projektprotokoll in Bearbeitung).....	58
1.5.2.4	Telerehabilitation bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen (genaues Projektprotokoll in Bearbeitung)	59
1.5.2.5	De-Implementierungsprozesse (genaues Projektprotokoll in Bearbeitung).....	59
1.6	Querschnittsbereiche.....	61
1.6.1	Lehre PMU	61
1.6.2	AIHTA Methodenhandbuch (genaues Projektprotokoll in Bearbeitung).....	61

1 Arbeitsprogramm nach Fachbereichen

1.1 Public Health und komplexe Interventionen

1.1.1 Übersicht

Zahngesundheit Kinder
Trinknahrung + Pilotierung environmental impact (eigendefiniert)
Gesundheitsbezogene Warnhinweise auf alkoholischen Getränken
Maßnahmen zur Verringerung von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheits- und Bildungssektor bei Kindern und Jugendlichen
Verbote, Altersgrenzen oder sonstige Maßnahmen zur Regulierung der Smartphone- bzw. Social Media-Nutzung von Kindern und Jugendlichen
Betreuung von Master Arbeiten (Platzhalter ad hoc Themen)
Gesundheitslotsinnen für vulnerable Personen
FALCO
FWF Connecting Minds: Psychische Gesundheit rund um die Geburt

Legende
Sozialversicherung
Länder
Ministerium
Eigendefiniert
Drittmittel

1.1.2 Kurzbeschreibung

1.1.2.1 Mundgesundheit bei Kindern fördern: Wirksamkeit und Sicherheit von Screening- und Mundgesundheitsförderungsmaßnahmen zur Kariesprävention

Projektleitung: Aline Dragosits

Autor:innen: Aline Dragosits, Julia Kern-Kim

Qualitätssicherung: Ingrid Zechmeister-Koss

Laufzeit: Q1 2026 bis Q4 2026 (8 PM)

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

Mundgesundheit beschreibt einen schmerzfreien Zustand von Zähnen, Mundhöhle und Kiefer, der psychosoziale Aspekte umfasst und grundlegende Funktionen wie Sprechen, Essen und Atmen ohne Einschränkungen ermöglicht und damit einen zentralen Bestandteil der allgemeinen Gesundheit darstellt [1]. Traditionell fokussierte Zahngesundheit - als krankheitsorientiertes Konzept - auf die Abwesenheit von oralen Erkrankungen wie Karies und Parodontitis [2]. Obwohl zahlreiche orale Erkrankungen durch präventive Maßnahmen vermeidbar wären, ist nahezu die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung in der Europäischen Union von Karies und Parodontalerkrankungen betroffen [3]. Die Entstehung dieser Er-

krankungen ist einerseits stark von sozialen Determinanten wie sozialen, ökonomischen und politischen Konditionen beeinflusst, zum anderen auch durch Mundhygienepaxis und Ernährungsverhalten, insbesondere den Konsum von Lebensmitteln und Getränken mit einem hohen Anteil an freien Zuckern [1, 3, 4].

Zur Förderung der Mundgesundheit hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine globale Strategie sowie einen Aktionsplan für den Zeitraum 2023-2030 verabschiedet. Ein zentrales Ziel besteht darin, die Mundgesundheit stärker in die allgemeine Gesundheitsversorgung zu integrieren. Dabei soll vor allem ein präventiver Ansatz gefördert werden [1]. Derzeit ist die zahngesundheitliche Versorgung jedoch noch überwiegend auf kurative Behandlung ausgerichtet [3]. Die WHO empfiehlt ein Maßnahmenpaket aus sicheren und kosteneffektiven Präventions-, Prophylaxe- und Behandlungsprogrammen. Diese sollen sowohl auf der Verhaltens- als auch der Verhältnisebene ansetzen, um die häufigsten Zahnerkrankungen wie Karies und Parodontalerkrankungen zu verhindern [1].

Die Evidenz zeigt, dass Handlungsbedarf bereits im Kindheitsalter besteht. Ergebnisse einer aktuellen Kohortenstudie weisen darauf hin, dass Kinder mit Karies im Milchgebiss ein deutlich höheres Risiko (2,8-fach erhöht) für Karies in bleibenden Zähnen haben [5]. Ferner ist Karies der bleibenden Zähne ein starker Prädiktor für zukünftige Kariesentwicklung [6].

Bereits 1999 hat die WHO für die europäische Region und für das Jahr 2020 das Ziel gesetzt, dass zumindest 80% der 6-jährigen kariesfrei sein sollten [7]. Dieses Ziel wurde im Jahr 2022 lediglich von Norwegen mit 81% erreicht. Österreich erzielte 2024 einen Wert von 58 %. Kinder, die nicht kariesfrei sind, sind karieserfahren. Betrachtet man den Anteil der 5- bis 7-Jährigen mit Karieserfahrung im europäischen Vergleich, liegt Österreich mit 42 % im oberen Mittelfeld der erfassten Länder. Als karieserfahren gelten Kinder, welche aktuell kariöse Milchzähne aufweisen, bereits früher von Karies betroffen waren und/oder bei denen Milchzähne infolge von Karies behandelt oder extrahiert werden mussten. Der Durchschnitt dieser Erfahrungen wird durch den d_{3mft} -Index als Karieslast abgebildet, welcher den Anteil an Kindern darstellt, die mindestens einen Milchzahn mit irreversibler Karies aufweisen [8]. Die WHO hat für das Jahr 2020 das Ziel gesetzt, dass dieser Index für 12-jährige Kinder bei 1,5 liegen sollte [7]. Der Index liegt derzeit in Österreich bei 1,9 [8].

Besonders hoch war der Anteil an Karieserfahrung bei Kindern, deren Eltern einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, sowie bei Kindern mit Migrationshintergrund. Ein Behandlungsbedarf bestand bei 29 % der Kinder, wobei sich dieser Anteil bei Kindern mit Migrationshintergrund auf 51 % und bei Kindern mit Eltern mit niedrigem Bildungsniveau auf 59 % erhöhte. Karies ist bei Kindern und Jugendlichen mit Schmerzen, schlechter Schlafqualität, einer niedrigeren mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität und einer schlechteren schulischen Leistung assoziiert [9, 10] und kann auch zu Nährstoffmängeln führen [11]. Darüber hinaus hat Karies in der Kindheit auch Auswirkungen auf die Gesundheit im mittleren Alter [12].

Ziel des Projekts ist es, die Kariesprävention im Kindesalter als kontinuierlichen Prozess von Geburt an darzustellen und zentrale Maßnahmen in unterschiedlichen Lebenswelten hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit zu analysieren. Dabei werden zum einen zahnmedizinische Screeningangebote für Kinder bis zum sechsten Lebensjahr in der Gesundheitsversorgung betrachtet, zum anderen Mundgesundheitsförderungsprogramme im Setting Erziehungseinrichtungen. Mundgesundheitsförderung im Kindesalter wird als ganzheitlicher Ansatz verstanden. Diese beiden Settings werden in getrennten, jedoch inhaltlich miteinander verknüpften Teilen systematisch aufgearbeitet und für Österreich kontextualisiert. Insgesamt wird das Projekt in drei Teilbereiche unterteilt, die wie folgt bearbeitet werden.

Teil I: Zahnmedizinisches Screening in der Gesundheitsversorgung zur Karies-prävention von Kindern bis zum 6. Lebensjahr

Erstautorin: Julia Kern-Kim

Zweitautorin: Aline Dragosits

Laufzeit: Q1 2026 bis Q4 2026

Hintergrund:

Während Karies zuvor als eine infektiöse Erkrankung verstanden wurde, wird diese seit Mai 2019 von der WHO als eine nicht übertragbare Erkrankung gewertet, wodurch sich der Fokus von kurativen Behandlungen zu präventiven Maßnahmen wie der Reduktion von Zucker, dem regelmäßigen Zähneputzen und regelmäßigen Zahnkontrollen verschoben hat [13]. Obwohl der erste Zahn im Durchschnitt bereits mit sechs Monaten vorhanden ist [14], findet der erste Zahnarztbesuch nur bei 35 % der Kinder bis zum zweiten Lebensjahr statt, während 41 % der Kinder ihren ersten Besuch mit drei bis vier Jahren und 16 % den ersten Besuch erst mit fünf bis sechs Jahren haben [15]. Es stellt sich die Frage, ob ein früherer erster Zahnarztbesuch und somit auch ein früheres Ansetzen von Kontrolluntersuchungen die Prävalenz von Karies bei Kindern in Österreich senken kann.

Der österreichische Eltern-Kind-Pass (EKP) dient der gesundheitlichen Vorsorge von Schwangeren und Kindern bis zum 62. Lebensmonat [16]. Er umfasst aktuell fünf Untersuchungen während der Schwangerschaft und neun nach der Geburt des Kindes. Die ersten zehn Untersuchungen sind eine Voraussetzung für den Erhalt des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe [17]. Im Jahr 2018 wurde im Zuge einer Weiterentwicklung des EKP ein Screening auf Zahnerkrankungen ab dem siebten Monat, mitsamt Beratung zu den Themen Fluoride, Ernährung und Mundhygiene, empfohlen [18]. Das Screening wurde jedoch bis dahin nicht in den EKP aufgenommen. Die Aufnahme des Screenings in den EKP hätte möglicherweise die Auswirkung, Kinder mit Behandlungs-, bzw. Beratungsbedarf früher zu identifizieren und zukünftigen Karies vorzubeugen.

Projektziele:

Das Ziel dieses Berichts ist es, einen Überblick über aktuelle Empfehlungen aus internationalen, evidenzbasierten Leitlinien zu Screeningprogrammen zur Kariesvorbeugung bei Kindern unter sechs Jahren in der Gesundheitsversorgung zu geben. Aus diesen Empfehlungen sollen empfohlene Werkzeuge, Pfade und involvierte Berufsgruppen abgeleitet werden. Darüber hinaus soll die aktuelle Evidenz zur Wirksamkeit, Sicherheit und Genauigkeit dieser Programme untersucht werden.

Nicht-Ziel:

Es wird keine systematische Übersicht zur Wirksamkeit oder Sicherheit von Interventionen, die nach einem Screening erfolgen würden, durchgeführt.

Forschungsfragen (FF):

FF 1: Was sind die Empfehlungen zum Screening von Kindern aus evidenzbasierten Leitlinien in Bezug auf u. a. Berufsgruppen, Setting, benutzte Werkzeuge und Behandlungspfade?

FF 2: Welche Evidenz gibt es zur Wirksamkeit, Sicherheit und Genauigkeit von Screening auf Karies bzw. der Mundgesundheit von Kindern von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr in der Gesundheitsversorgung?

Methoden:

Für die Beantwortung von Forschungsfrage 1 wird eine manuelle Online-Suche nach Leitlinien auf den Datenbanken TRIP und G-I-N (Guidelines International Network) durchgeführt wie auch Websites von bekannten Leitlinieninstitutionen durchsucht. Leitlinien werden anhand von AGREE-II und nach der Methodik der Leitliniensynopse von IQWiG von zwei verschiedenen Autorinnen bewertet. Es werden Empfehlungen, sowie weitere Informationen zum Screening Verfahren extrahiert. Ergebnisse werden narrativ beschrieben.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 2 wird eine systematische Literatursuche nach systematischen Reviews und HTA-Berichten (bzw. nach Primärstudien) zu Screeninginterventionen in mehreren Datenbanken (PubMed, The Cochrane Library, PsycINFO, Medline via Ovid, Embase, INHTA) durchgeführt. Die Studien werden von jeweils zwei Autorinnen gescreent, woraufhin die eingeschlossenen Reviews von einer Autorin extrahiert und von einer zweiten kontrolliert werden. Die Qualität der Studien wird anhand etablierter Werkzeuge von jeweils zwei Autorinnen bewertet. Anschließend werden Studiencharakteris-

tika und Wirksamkeits- und Sicherheitsergebnisse, wie auch Informationen zur Genauigkeit des Screenings extrahiert. Die Ergebnisse werden narrativ beschrieben.

Genauere Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Literatur beider FF sind in der folgenden PICOS-Tabelle aufgeführt.

PICOS-Tabelle:

	Einschlusskriterien
Population	Säuglinge und Kinder bis zum 6ten Lebensjahr Ausschluss: Schwangere, Kinder ab dem 6ten Lebensjahr
Intervention	Screening/(frühe) Überprüfung der Mundgesundheit/auf Karies (mit oder ohne zusätzliche Beratung der Erziehungsberechtigten) Ausschluss: Andere Interventionen, zahnmedizinische Behandlungen
Kontrolle	Kein Screening
Outcomes	Mindestens, aber nicht ausschließlich, eines der folgenden Outcomes: FF 1: ■ Empfehlungen für oder gegen Screening ■ Charakteristika der Empfehlung: ■ Informationen zu Screeningtools ■ Berufsgruppen ■ Setting ■ Behandlungspfade ■ Intervalle ■ Methoden ■ Etc, FF 2: ■ Wirksamkeit, z. B. ■ Vorhandensein von Karies (dmf-t-Index), ■ Kariesstadium (ICDAS) ■ Sanierungsgrad ■ (mund-)gesundheitsbezogene Lebensqualität (gemessen mit einem Instrument, wie z. B. ECOHIS), ■ Sicherheit, (jegliche berichtete Sicherheitsendpunkte, die durch ein Screening entstehen könnten, z. B. falsch negative o. positive Tests, Überdiagnostizierung, unnötige Behandlungen, lange Wartezeiten durch falsch positive Tests, Angst/Unsicherheit etc.) ■ Genauigkeit des Screenings ■ Diagnostische Genauigkeit (z. B. Sensitivität, Spezifität, Reliabilität, etc.) Ausschluss: Outcomes zur Kosteneffektivität
Setting	Gesundheitsversorgung, wie z. B. Primärversorgung, Kinderarzt, Zahnarzt, andere relevante nicht-ärztliche Berufsgruppen ... etc. Ausschluss: Bildungseinrichtungen (Kindergärten, Schulsetting) Rationale: Da die Einführung ausdrücklich in den Eltern-Kind-Pass in Betracht gezogen wird, werden nur Settings in der Gesundheitsversorgung betrachtet
Studiendesign	FF 1: Evidenzbasierte Leitlinien FF 2: Systematische Reviews, HTA-Reports (geg. Update eines systematischen Reviews, oder Einschluss von Primärstudien)
Länder	Europa, Nord Amerika, Australien, Neuseeland
Sprachen	Deutsch/Englisch Ausschluss: Andere Sprachen
Publikationsperiode	Systematische Reviews (ggf. Primärstudien ^a): 2016-2026 Evidenzbasierte Leitlinien: 2021-2026 (oder Konfirmation der Gültigkeit und Aktualität)

	Einschlusskriterien
	Ausschluss: Forschungsfrage 2: Bei Einschluss von Primärstudien, Ausschluss von Fallserien o. retrospektiven Studien

Anmerkung: *“ Sollten nicht genügend bzw. keine qualitativ hochwertigen systematischen Reviews oder HTA-Berichte identifiziert werden, werden Primärstudien zur Beantwortung der Forschungsfrage 2 herangezogen.*

Teil II: Mundgesundheitsförderungsprogramme zur Kariesprävention für Kinder in Kindergärten und Volksschulen

Erstautorin: Aline Dragosits

Zweitautorin: Julia Kern-Kim

Laufzeit: Q1 2026 bis Q4 2026

Hintergrund:

Obwohl der Anteil kariesfreier Kinder in Österreich steigt, ist das von der WHO definierte Ziel für 2020, 80 % kariesfreier Kinder, mit 58 % bei Weitem noch nicht erreicht. Obwohl das Ziel bereits 2020 auslief, wurde von der WHO bislang kein neues Ziel festgelegt. Die österreichische Zahnstatuserhebung zeigt außerdem, dass 90 % der Erstklässler:innen täglich oder mehrmals die Woche Süßigkeiten und 57 % täglich oder mehrmals die Woche zuckerhaltige Getränke konsumieren [8]. In Österreich werden Mundgesundheitsförderungs- und Prophylaxeprogramme für Kinder angeboten. Die Gestaltung dieser Programme obliegt den jeweiligen Bundesländern und variiert im Angebot und der Ausgestaltung [19]. Auch der Anteil der kariesfreien 6 bis 7-jährigen variierte je nach Bundesland in den Jahren 2023/2024 und ist mit 72 % am höchsten in Tirol und 46 % am niedrigsten in Niederösterreich [8].

Projektziele

Ziel dieses Projekts ist es, die aktuelle Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit von Mundgesundheitsförderungsprogrammen zur Kariesprävention in Kindergärten und Volksschulen zu analysieren. Dabei liegt der Fokus auf der Identifikation und Bewertung zentraler Programmmerkmale, die mit einem höheren gesundheitlichen Nutzen verbunden sind.

Anmerkung: Eine Bewertung der Kosteneffektivität wird grundsätzlich in Betracht gezogen, kann jedoch im Rahmen der verfügbaren Projektkapazitäten nicht umgesetzt werden. Projektziele, Forschungsfragen und methodische Ansätze zur Bewertung der Kosteneffektivität werden daher in einem separaten Protokoll näher ausgeführt.

Nicht-Ziele:

- Es ist nicht Ziel dieses Projekts, die bestehenden Kariesprophylaxeprogramme in Österreich zu evaluieren
- Medizinische Kariesprophylaxe: keine Analyse von Leistungen aus der Zahnmedizin wie z. B. Fissurenversiegelung

Forschungsfragen (FF)

FF 1: Welche Mundgesundheitsförderungsprogramme zur Kariesprävention in Kindergärten und Volksschulen lassen sich aus der Literatur identifizieren und welche zentralen Merkmale/Inhalte weisen diese auf?

FF 2: Wie effektiv und sicher sind Mundgesundheitsförderungsprogramme zur Kariesprävention in Kindergärten und Volksschulen im Vergleich untereinander hinsichtlich gesundheitsrelevanter Outcomes?

Methoden

Für die Beantwortung der ersten Forschungsfrage wird eine manuelle Online-Suche nach Leitlinien in den Datenbanken TRIP und G-I-N (Guidelines International Network) durchgeführt und Webseiten von

bekannten Leitlinieninstitutionen durchsucht. Leitlinien werden anhand von AGREE-II und nach der Methodik der Leitliniensynopse von IQWiG von zwei verschiedenen Autorinnen bewertet. Es werden zentrale Merkmale der Mundgesundheitsförderungsprogramme zur Kariesprävention extrahiert und die Ergebnisse werden narrativ beschrieben.

Weiters wird zur Beantwortung der ersten und vor allem zweiten Forschungsfrage eine systematische Literatursuche nach systematischen Reviews und HTA-Berichten (bzw. nach Primärstudien) durchgeführt. Genaue Ein- und Ausschlusskriterien zur Literaturrecherche werden im PICOS-Schema definiert. Anhand dieser definierten Kriterien werden relevante Datenbanken (PubMed, The Cochrane Library, PsycINFO, Medline via Ovid, Embase, INHTA) systematisch durchsucht. Die identifizierten Studien werden von jeweils zwei Autorinnen gescreent, woraufhin die eingeschlossenen Reviews von einer Autorin extrahiert und von einer zweiten kontrolliert werden. Die Qualität der Studien wird anhand etablierter Werkzeuge von jeweils zwei Autorinnen bewertet. Nach der Literatursuche werden die Informationen aus der relevanten Literatur extrahiert, in vorstrukturierte Tabellen zusammengefasst und narrativ synthetisiert.

Genaue Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Literatur beider FF sind in der folgenden PICOS-Tabelle aufgeführt.

PICOS-Tabelle:

	Einschlusskriterien
Population	Adressat*innen der Intervention (z. B. Kinder im Setting Kindergarten und Volksschule, PädagogInnen (3.-10. Lebensjahr) Ausschluss: Kinder in anderen Settings (z. B. Gesundheitsversorgung), Kinder ab dem 11. Lebensjahr
Intervention	gemeinwesenorientierte Mundgesundheitsförderungsmaßnahmen (z. B. jene die zur Kariesprävention beitragen)
Kontrolle	Maßnahmen untereinander
Outcomes	Einschließlich aber nicht beschränkt auf und zumindest eines der folgenden Outcomes: FF 1: ■ Zentrale Merkmale, wie z. B. Komponenten und Dauer der Intervention sowie relevantes Fachpersonal oder Material der Mundgesundheitsförderungsprogramme zur Kariesprävention FF 2: Primäre Mundgesundheitsoutcomes ■ Karieslast (dmft/DMFT-Index) ■ Kariesfreie Kinder ■ Plaque- und Gingivitis-Parameter ■ Parodontitis Prävalenz Sekundäre Mundgesundheitsoutcomes ■ Health Literacy Mundgesundheit ■ Mundgesundheitsverhalten ■ Mundgesundheitseinstellungen Sicherheit (jegliche berichtete Sicherheitsendpunkte z. B. vermeidbare Krankenhausaufenthalte, alters- und risikogruppengerechte Wirkstoffverwendung, z. B. bei Fluoridierungsmaßnahmen, vermeidbare kieferorthopädische Interventionen, Artikulationsstörungen, Turner-Zähne, Nährstoffmangel, Fehltage aufgrund von Zahnschmerzen) <i>Rationale:</i> Basierend auf vorhandener Literatur
Setting	Erziehungseinrichtungen <i>Rationale:</i> Struktur vorhanden Ausschluss: Gesundheitsversorgung z. B. Primärversorgung, Pädiatrie Eltern-Kind Einrichtungen
Studiendesign	FF 1:

	Einschlusskriterien
	■ Leitlinien & publizierte Positions- bzw. Konsenspapiere ■ Reviews FF 2: Systematische Übersichtsarbeiten (in absteigender Priorität) basierend auf ■ Systematischen Reviews, Meta-analysen, HTA-Reports (bevorzugt) ■ Primärstudien (alternativ) <i>Rationale:</i> Es wird ein „Best-Evidence-Ansatz“ zur Studienauswahl angewendet, wobei aktuelle und methodisch (nach GRADE) gut durchgeführte, systematische Reviews bevorzugt berücksichtigt werden, jedoch auf eine Übertragbarkeit der Ergebnisse geachtet wird. Obwohl RCTs den methodologischen Goldstandard darstellen, sind sie auf Bevölkerungsebene eventuell wenig aussagekräftig, da kein real-world Setting gegeben ist. Auch werden Maßnahmen zur Kariesprävention selten isoliert implementiert, sondern in Maßnahmenpaketen eingeführt. Deshalb werden systematische Reviews auch durch nicht randomisierte Primärstudien ergänzt/aktualisiert.
Länder	Länder mit vergleichbarer Gesundheitsinfrastruktur und sozioökonomischen Status wie Österreich (Globaler Norden [20]) <i>Rationale:</i> Soziale Determinanten sowie die Ernährungsgewohnheiten haben einen großen Einfluss auf die Mundgesundheit
Sprachen	Deutsch/Englisch Ausschluss: Andere Sprachen
Publikationsperiode	Seit 2016

Teil III: Kontextualisierung für Österreich

Forschungsfrage:

Welche Empfehlungen zur Kariesprävention können basierend auf den Ergebnissen der ersten beiden Berichtsteile für den österreichischen Kontext abgeleitet werden?

Methode:

Basierend auf den Ergebnissen der ersten und zweiten Berichtsteile werden zur Beantwortung der Forschungsfrage Handlungsempfehlungen für Österreich diskutiert.

Zeitplan:

Zeitraum	Aufgaben
Q1/Q2 2026	Scoping und Finalisierung des Projektprotokolls
Q2 2026	■ Systematische Literatursuche und manuelle Suchen ■ Literaturauswahl
Q2/Q3 2026	Datenextraktion und Qualitätsbewertung
Q2/Q3 2026	Verschriftlichung
Q3/Q4 2026	Interner und externer Review
Q4 2026	Layout & Veröffentlichung

Referenzen:

- [1] World H., Organization, (WHO),. Global strategy and action plan on oral health 2023-2030. Geneva: World Health Organization 2024.
- [2] Glick M., Williams D. M., Kleinman D. V., Vujicic M., Watt R. G. and Weyant R. J. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Am Dent Assoc.* 2016;147(12):915–917. DOI: 10.1016/j.adaj.2016.10.001.
- [3] Winkelmann J. G. R. J., van Ginneken E., Oral health care in Europe, Financing, access and provision. *Health Systems in Transition Vol 24 No 2, European Observatory on Health Systems and Policies.* 2022.
- [4] Petersen P. E. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* 2005;33(4):274–279. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2005.00235.x>.
- [5] Wu S., Lo E. C. M., Chu C. H. and Wong M. C. M. Caries in primary teeth and caries in permanent teeth: association and effect modifiers. *Int Dent J.* 2026;76(3):109462. Epub 20260227. DOI: 10.1016/j.identj.2026.109462.
- [6] Masood M., Yusof N., Hassan M. I. and Jaafar N. Assessment of dental caries predictors in 6-year-old school children – results from 5-year retrospective cohort study. *BMC Public Health.* 2012;12:989. Epub 20121116. DOI: 10.1186/1471-2458-12-989.
- [7] World H., Organization, (WHO),. Health21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, Denmark 1999.
- [8] Schwarz T., Kölldorfer, B. Österreichische Zahnstatuserhebung 2023/24. 6- bis 7-jährige Kinder. *Gesundheit Österreich, Wien* 2025.
- [9] de Oliveira Rodrigues C., Bittencourt J. M., Lima L. J. S., da Consolacao Soares M. E., Marques L. S. and Ramos-Jorge M. L. Sleep Problems, Early Childhood Caries, and Oral Health-Related Quality of Life: An Approach Using Structural Equation Modeling. *Int J Paediatr Dent.* 2025;35(6):1104–1112. Epub 20250620. DOI: 10.1111/ipd.70000.
- [10] Ruff R. R., Senthil S., Susser S. R. and Tsutsui A. Oral health, academic performance, and school absenteeism in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc.* 2019;150(2):111–121 e114. Epub 20181123. DOI: 10.1016/j.adaj.2018.09.023.
- [11] Nadeeshani H., Kudagammana S. T., Herath C., Jayasinghe R. and Liyanage R. Early Childhood Caries and Nutritional Status of Children: A Review. *Food Nutr Bull.* 2023;44(4):249–264. DOI: 10.1177/03795721231209358.
- [12] Ruiz B., Broadbent J. M., Thomson W. M., Ramrakha S., Moffitt T. E., Caspi A., et al. Childhood caries is associated with poor health and a faster pace of aging by midlife. *J Public Health Dent.* 2023;83(4):381–388. Epub 20231102. DOI: 10.1111/jphd.12591.
- [13] Giacaman R. A., Fernández C. E., Muñoz-Sandoval C., León S., García-Manríquez N., Echeverría C., et al. Understanding dental caries as a non-communicable and behavioral disease: Management implications. *Frontiers in Oral Health.* 2022;Volume 3 – 2022. DOI: 10.3389/froh.2022.764479.
- [14] Nhs. Baby teething symptoms. London, United Kingdom: 2022 [updated 09.08.2022; cited 06.03.2026]. Available from: <https://www.nhs.uk/baby/babys-development/teething/baby-teething-symptoms/>.
- [15] Schwarz T. and Kölldorger B. Österreichische Zahnstatuserhebung 2023/24. 6- bis 7-jährige Kinder. *Wien: Gesundheit Österreich, 2025.* Available from: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4643/>.
- [16] Bundesministerium für Soziales Gesundheit Pflege und Konsumentenschutz. Eltern-Kind-Pass. Wien, Österreich: 2025 [cited 27.02.2026]. Available from: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/eltern-kind-pass.html>.
- [17] Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002 (MuKiPassV). Bundesrecht konsolidiert. Wien, Österreich: Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS); 2001.

- [18] Reinsperger I., Rosian K., Winkler R. and Piso B. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil XI: Mutter-Kind-Pass Weiterentwicklung: Screeningempfehlungen der Facharbeitsgruppe für Schwangerschaft, Wochenbett und Kindheit (0-6 Jahre). Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, 2018. Available from: <https://eprints.aihta.at/1163/>.
- [19] Bundesministerium f., Bildung Zahngesundheit 2026 [cited 09.03.2026]. Available from: <https://www.schularzt.at/gesundheitsthemen/zahngesundheit>.
- [20] World P., Review, Global North Countries 2026 2026 [cited 30.03.2026]. Available from: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/global-north-countries>.

1.1.2.2 Trinknahrung + Pilotierung environmental impact

Projektleitung: Viktoria Hofer

Autor:innen: Viktoria Hofer, Michaela Riegelneegg (geteilte Autorinnenschaft)

Qualitätssicherung: Julia Mayer-Ferbas

Laufzeit: Q1 2026 bis Q4 2026 (8 PM)

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

Mangelernährung beschreibt Defizite, Überschüsse oder Ungleichgewichte in der Energie- und Nährstoffaufnahme einer Person und lässt sich in zwei übergeordnete Gruppen unterteilen. Die erste Gruppe umfasst die Unterernährung, zu der Wachstumsverzögerung, Auszehrung, Untergewicht sowie Mikronährstoffmängel zählen. Zur zweiten Gruppe gehören Übergewicht, Adipositas und ernährungsbedingte nicht übertragbare Erkrankungen wie Herzerkrankungen, Schlaganfälle, Diabetes und Krebs. Unterernährung lässt sich weiter in quantitative Mangelernährung (unzureichende Energiezufuhr mit Gewichtsverlust) und qualitative Mangelernährung (Mikronährstoffdefizite mit Beeinträchtigung physiologischer Funktionen) unterteilen [1].

Im Rahmen dieses Projekts bezieht sich Mangelernährung ausschließlich auf Unterernährung und Nährstoffmängel. Diese können sowohl Ursache als auch Folge schlechter Gesundheit sein und führen zu metabolischen, funktionellen und physiologischen Defiziten mit weitreichenden Konsequenzen: Gewichtsverlust, Abbau von Körperfett und Muskelmasse, erhöhte Mortalität und Morbidität sowie höherer Verbrauch von Gesundheitsressourcen [2, 3].

Mangelernährung wird zwar häufig mit Hungersnöten und Ernährungsunsicherheit in Verbindung gebracht, stellt jedoch auch in Ländern mit hohem Einkommen ein erhebliches Gesundheitsproblem dar, insbesondere bei älteren Menschen und Menschen mit chronischen Erkrankungen [4]. Krankheitsbedingte Mangelernährung kann durch Erkrankungen entstehen, die entweder den Nährstoffbedarf erhöhen (z. B. Krebs, Infektionen oder Verbrennungen) oder die Nährstoffaufnahme durch Langzeiterkrankungen (Demenz, chronisch obstruktive Lungenerkrankung), mechanische Probleme (Dysphagie, verminderte Magenkapazität) oder Verhaltensauffälligkeiten (selektives Essen) beeinträchtigen. Trotz dieser vielfältigen Ursachen führt das mangelnde Bewusstsein für den Nährstoffbedarf gefährdeter Gruppen in Verbindung mit der gesellschaftlichen Akzeptanz von Gewichtsverlust als normalem Teil des Alterungsprozesses zu einer verzögerten Erkennung und Behandlung dieser weitgehend vermeidbaren Erkrankung [2-6].

Um Mangelernährung und die damit verbundenen Gesundheitsrisiken zu bekämpfen, werden orale Nahrungsergänzungsmittel (ONS, oft als Trinknahrung bezeichnet) häufig zur Vorbeugung und Behandlung eingesetzt. ONS sind kommerziell hergestellte Produkte, die in flüssiger, pulverförmiger oder fester Form erhältlich sind und Kohlenhydrate, Proteine, Fette, Ballaststoffe, Vitamine und Mineralstoffe enthalten. In der klinischen Praxis werden ONS häufig Patient:innen verschrieben, bei denen eine Mangelernährung festgestellt wurde oder die von Mangelernährung bedroht sind. Ihre Verwendung kann zu verbesserten

klinischen und funktionellen Ergebnissen sowie zu einer schnelleren Genesung und Heilung führen. ONS sind jedoch nicht unumstritten: In einigen Gesundheitssystemen haben rapide steigende Kosten und Bedenken hinsichtlich unangemessener Verschreibungen zu einer Überprüfung der aktuellen Praxis geführt. Während ONS für bestimmte Patient:innengruppen nur einen begrenzten Nutzen haben, sind sie für andere nach wie vor unverzichtbar, was unterstreicht, wie wichtig es ist, diejenigen zu identifizieren, die am ehesten von ihrer Verwendung profitieren [3-5].

Das Recht auf angemessene Ernährung ist in der Internationalen Deklaration zum Menschenrecht auf Ernährungsversorgung (Wiener Deklaration 2022) verankert [7]. Die Verweigerung des Zugangs zu ONS für mangelernährte Patient:innen könnte demnach grundlegende Menschenrechte verletzen. Gleichzeitig erfordern ethische Überlegungen eine sorgfältige Abwägung: Das Recht auf Ernährung muss gegen Bedenken hinsichtlich Übernutzung, unangemessener Verschreibungen und unnötiger Medikalisierung abgewogen werden, zumal in manchen Fällen einfachere Interventionen ausreichen könnten [8].

Über die Ethik der Patient:innenversorgung hinaus erfordern ONS eine Nachhaltigkeitsbewertung. Ihre Umweltauswirkungen (ressourcenintensive Produktion, CO₂-Emissionen und Verpackungsmüll) werfen Fragen zur ökologischen Verantwortung des Gesundheitswesens auf. Unangemessene Verschreibungen führen zu Ressourcenverschwendung, einer potenziellen Verletzung der Patient:innenautonomie und einer vermeidbaren Umweltbelastung [5].

Projektziele:

Ziel dieses Projekts ist die Durchführung einer umfassenden Wirksamkeits- und Sicherheitsbewertung oraler Nahrungssupplemente über verschiedene Patient:innenpopulationen und klinische Indikationen hinweg, um evidenzbasierte Verschreibungsentscheidungen im österreichischen Gesundheitssystem zu unterstützen.

Das Projekt **zielt nicht** darauf ab, einzelne klinische Indikationen detailliert zu evaluieren oder die Nährstoffzusammensetzung verschiedener ONS-Produkte zu vergleichen. Der Geltungsbereich beschränkt sich auf oral konsumierte Nahrungssupplemente und schließt enterale Sondenernährung aus.

Forschungsfragen:

FF 1: Welche Empfehlungen zur Verschreibung von ONS über verschiedene Patient:innenpopulationen und klinische Indikationen hinweg sind in hochwertigen internationalen und nationalen Leitlinien dokumentiert?

FF 2: Welche klinische Wirksamkeit und Sicherheit weisen ONS über verschiedene Patient:innenpopulationen und klinische Indikationen hinweg auf?

FF 3: Welche ethischen Grundsätze und Erwägungen sollten bei Verschreibungsentscheidungen für ONS in verschiedenen Patient:innenpopulationen berücksichtigt werden?

FF 4: Welche Auswirkungen hat die Verschreibung oraler Nahrungssupplemente auf die ökologische Nachhaltigkeit?

Methoden:

Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden folgende Methoden angewendet:

FF 1:

- Handsuche nach Leitlinien (Datenbanken: AWMF, GIN, TRIPS).
- Qualitätsbewertung mittels AGREE II [9] hinsichtlich der Domänen Wirksamkeit und Sicherheit.
- Beschränkung auf aktuelle Leitlinien (letzte 5 Jahre).
- Einschluss ausschließlich hochwertiger Leitlinien (z. B. evidenzbasiert, keine Expertenpapiere; Empfehlungen müssen als solche klar identifizierbar sein, etc.).
- Dokumentation der identifizierten Leitlinien in einer Tabelle.

- Extraktion vordefinierter Daten aus den Leitlinien.
- Zusammenfassung der Ergebnisse.

FF 2:

- Systematische Suche nach systematischen Reviews und Meta-Analysen (PubMed/MEDLINE, Embase, Epistemonikos, Cochrane Library) sowie HTA-Berichten (INAHTA-Datenbank).
- Qualitätsbewertung mittels ROBIS (systematische Reviews) [10].
- Beschränkung auf Literatur der letzten 10 Jahre.
- Bei großer Menge verfügbarer Literatur: Einschluss ausschließlich hochwertiger Literatur.
- Dokumentation der identifizierten systematischen Reviews in einer Tabelle.
- Extraktion vordefinierter Daten aus den Publikationen bzw. systematischen Reviews.
- Zusammenfassung der Ergebnisse.

PICOS-Tabelle:

	Einschluss: Population 1	Einschluss: Population 2	Ausschluss: Beide Populationen
Population	Erwachsene mit verschiedenen Indikationen (z. B. Demenz, Krebs usw.)	Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichen Indikationen (z. B. wählerisches Essverhalten, chronische Erkrankungen)	-
Intervention	Alle ONS-Typen, Fertigprodukte und Pulver		Sondennahrung
Kontrolle	Jede Kontrolle z. B. Placebo, Ernährungsberatung, normale Ernährung/Standardversorgung		-
Outcomes	Einschließlich, aber nicht beschränkt auf: ■ Messungen der Körperzusammensetzung ■ Nährstoffaufnahme (z. B. Energie- und Proteinzufuhr) ■ Gesundheitsbezogene Ergebnisse (z. B. Appetit) ■ Klinische und andere Ergebnisse (z. B. Infektionen/Erkrankungen, Krankheitsverlauf, Serummarker) ■ Mortalität ■ Aufenthaltsdauer und Wiederaufnahmen ins Krankenhaus ■ Dauer der ONS-Behandlung ■ Unerwünschte Ereignisse und Komplikationen (insgesamt, Infektionen und Druckgeschwüre) ■ Negative/unerwünschte Auswirkungen/Nebenwirkungen ■ Körperliche Funktion		-
Studiendesign	Systematische Reviews, Meta-analysen, HTAs		Einzelstudien
Publikationszeitraum	Seit 2016		Studien die vor 2016 publiziert wurden
Länder	Länder mit einer vergleichbaren Gesundheitsinfrastruktur wie Österreich		Studien mit weniger als 50 % der Teilnehmer:innen aus Ländern mit vergleichbarer Gesundheitsinfrastruktur, da die Übertragbarkeit auf das österreichische Gesundheitssystem aufgrund unterschiedlicher Krankheitsmuster und ONS-Indikationen eingeschränkt ist
Sprachen	English, German		Alle anderen Sprachen

FF 3 + FF 4:

- Manuelle Suche nach Informationen zu ethischen Fragen und Nachhaltigkeitsaspekten von ONS.
- Extraktion von Daten aus der identifizierten Literatur.
- Analyse ethischer Aspekte und Nachhaltigkeitsfragen im Zusammenhang mit ONS.
Der geeignete methodische Ansatz wird im Laufe des Projekts ausgewählt und angepasst.
- Zusammenfassung der Ergebnisse.

Zeitplan:

Period	Tasks
Q1 2026	Scoping und Finalisierung des Projektprotokolls
Q1 bis Q2 2026	■ Systematische Literatursuche für FF 2 und manuelle Suchen für FF 1 ■ Literaturauswahl für FF 1 und FF 2
Q2 2026	Datenextraktion und Qualitätsbewertung von FF 1 und FF 2
Q2 2026	Beginn der Verschriftlichung des Berichts
Q3 2026	Handsuche für FF 3 und FF 4
Q3 bis Q4 2026	Finalisieren des Berichts
Q4 2026	Interner und externer Review
Q4 2026	Layout und Veröffentlichung

Referenzen:

- [1] World Health Organization (WHO). Malnutrition. 2025 [cited 19.02.2026]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/malnutrition#:~:text=Malnutrition%20refers%20to%20deficiencies%2C%20excesses,stroke%2C%20diabetes%20and%20cancer.>
- [2] Baldwin C., Smith R., Gibbs M., Weekes C. E. and Emery P. W. Quality of the Evidence Supporting the Role of Oral Nutritional Supplements in the Management of Malnutrition: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Advances in Nutrition*. 2021;12(2):503-522. DOI: <https://doi.org/10.1093/advances/nmaa108>.
- [3] American Society for parental and enteral nutrition (ASPEN). Oral Nutrition Supplements: A Practical Tool for Clinicians. 2025 [cited 10.02.2026]. Available from: <https://nutritioncare.org/wp-content/uploads/2025/07/MAW-ONS-Practice-Tool-Clinician.pdf>.
- [4] Bahat G., Pinar E., Abbasoglu O., Karan M. A., Ozturk S., Barazzoni R., et al. Nutritional care using oral nutritional supplements: 22 questions every clinician Asks—Answered by global experts in a Delphi consensus study. *Clinical Nutrition*. 2026;57:106552. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2025.106552>.
- [5] NHS and London Procurement Partnership. Scoping the sustainability impact of Oral Nutritional Supplements. [cited 10.02.2026]. Available from: <https://www.lpp.nhs.uk/media/586486/nhs-lpp-scoping-the-sustainability-impact-of-oral-nutritional-supplements-v2.pdf>.
- [6] Taylor C. M. and Emmett P. M. Picky eating in children: causes and consequences. *Proc Nutr Soc*. 2019;78(2):161-169. Epub 20181105. DOI: 10.1017/s0029665118002586.
- [7] ASPEN E., FELANPE and PENSA,. The International Declaration on the Human Right to Nutritional Care. [cited 10.02.2026]. Available from: <https://www.espen.org/files/Vienna-Declaration-2022.pdf>.
- [8] Arbeitsgemeinschaft klinische Ernährung (AKE). Ethische Überlegungen für die Ernährungstherapie. 2024 [cited 10.02.2026]. Available from: <https://empfehlungen.ake-nutrition.at/5-probleme-loesen-und-entscheidungen-treffen/5-3-entscheidungen/5-3-1-ethische-ueberlegungen-fuer-die-ernaehrungstherapie/>.

- [9] The AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument [Electronic Version]. 2017 [cited 16.02.2026]. Available from: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>.
- [10] Whiting P. S. J., Higgins J. P., Caldwell D. M., Reeves B. C. and Shea B. et. al., ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. J Clin Epidemiol. 2016;59:222-243. Epub 20150616. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2015.06.005.

1.1.2.3 Wirksamkeit gesundheitsbezogener Warnhinweise auf alkoholischen Getränken: Ein Systematischer Review mit einer narrativen Analyse für Österreich

Projektleitung: Aline Dragosits

Autor:innen: Madlen Maierhofer, Jule Pleyer

Qualitätssicherung: Aline Dragosits

Laufzeit: Q1 2026 bis Q3 2026

Ressourcen: 1,5 PM (Masterarbeit + interne Ko-Autor:innenschaft)

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

Laut dem World Health Statistics Bericht 2025 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weist Europa weltweit den höchsten Alkoholkonsum pro Kopf unter den WHO-Regionen auf [1]. Innerhalb Europas zählt Österreich zu jenen Ländern mit dem höchsten Pro-Kopf-Alkoholkonsum [1]. Eine österreichweite Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch 2020 zeigt, dass 15 % der Befragten einen gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum aufweisen. Dabei kommen deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede zum Vorschein. Dieses Konsumverhalten betrifft 18 % der befragten Männer und 11 % der befragten Frauen [2].

Die gesundheitlichen Risiken eines erhöhten Alkoholkonsums sind vielfältig und manifestieren sich zum Teil erst im Laufe des Lebens. Es besteht Evidenz für einen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Erkrankungen des Nervensystems [3], des Verdauungstraktes, des kardiovaskulären Systems [4], sowie psychischen Erkrankungen [2]. Besonders zu erwähnen sind alkoholassoziierte Krebserkrankungen, welche in der Forschung immer weiter in den Fokus rücken. Laufend wird das Risiko für die Entstehung mehrerer Krebsarten mit übermäßigem Alkoholkonsum assoziiert [5], [6]. Ebenfalls damit verbunden sind psychosoziale Folgeerscheinungen, eine Belastung des sozialen Umfelds sowie ein erhöhtes Risiko für alkoholassoziierte Unfälle und Gewalttaten. All die genannten Faktoren verursachen eine erhebliche Krankheitslast und führen zu Herausforderungen des österreichischen Sozial- und Gesundheitssystems [2].

Das Ziel der WHO ist es, den schädlichen Alkoholkonsum weltweit bis 2030 um 10 % zu reduzieren. Als eine von mehreren Maßnahmen dafür empfiehlt die WHO die Einführung von Warnhinweisen auf alkoholischen Getränken [7]. International wird die Wirksamkeit gesundheitsbezogener Warnhinweise auf Alkoholprodukten hinsichtlich einiger gesundheitsrelevanter Outcomes wissenschaftlich sowie gesellschaftlich kontrovers diskutiert. Die Literatur beschreibt, dass gesundheitsbezogene Warnhinweise auf alkoholischen Getränken positive Auswirkungen haben können. Dabei muss jedoch bedacht werden, dass diese Erkenntnisse überwiegend aus experimentellen Untersuchungen stammen. Ebenso finden sich in der Literatur sehr unterschiedliche Ausgestaltungsformen von Warnhinweisen. Diese variieren erstens hinsichtlich ihrer Darstellungsform (z. B. textbasiert, bildbasiert oder als Kombination daraus), zweitens in Bezug auf die adressierte Zielgruppe (Gesamtbevölkerung versus spezifische vulnerable Gruppen) und drittens hinsichtlich des vermittelten Inhalts. Letzterer umfasst unter anderem unterschiedliche Ansätze zur Konsumempfehlung, Informationen zu gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums sowie Hinweise auf verhaltensbezogene Auswirkungen des Alkoholkonsums. [8, 9].

Projektziele:

Das Hauptziel dieses Projektes ist es, vorhandene Evidenz zur Wirksamkeit gesundheitsbezogener Warnhinweise auf alkoholischen Getränken systematisch zu analysieren. Im Fokus dieses Berichtes steht daher, welche Darstellungsformen sowie welcher Inhalt auf Warnhinweisen von alkoholischen Getränken in der Literatur beschrieben und empfohlen werden. Weiters wird die Wirksamkeit dieser Warnhinweise hinsichtlich der Evidenz auf gesundheitsrelevante und ökonomische Outcomes untersucht. Abschließend werden die Ergebnisse in den österreichischen Kontext gebracht, indem sie dahingehend diskutiert werden, welche Empfehlungen für Österreich in Bezug auf gesundheitsbezogene Warnhinweise auf alkoholischen Getränken für die Allgemeinbevölkerung ausgesprochen werden können.

Nicht-Ziele:

- Dieser Bericht hat nicht zum Ziel, die Wirksamkeit von gesundheitsbezogenen Warnhinweisen empirisch zu untersuchen.
- Ebenso ist es nicht das Ziel dieses Berichtes, gesundheitsbezogene Warnhinweise mit anderen Präventionsmaßnahmen zu vergleichen.

Forschungsfragen:

FF 1: Welche Gestaltung gesundheitsbezogener Warnhinweise auf alkoholischen Getränken lässt sich aus der Literatur identifizieren?

FF 2: Wie effektiv sind gesundheitsbezogene Warnhinweise auf alkoholischen Getränken im Vergleich untereinander sowie im Vergleich zu keinen Warnhinweisen hinsichtlich gesundheitsrelevanter und ökonomischer Outcomes auf die Allgemeinbevölkerung?

FF 3: Welche Empfehlungen zu gesundheitsbezogenen Warnhinweisen auf alkoholischen Getränken können basierend auf der bereits vorliegenden Evidenz für den österreichischen Kontext ausgesprochen werden?

Methoden:

Für die Beantwortung der ersten und zweiten Forschungsfrage wird eine systematische Literatursuche nach PRISMA Guidelines durchgeführt. Genaue Ein- und Ausschlusskriterien zur Literaturrecherche werden im PICOS-Schema definiert. Anhand dieser definierten Kriterien werden relevante Datenbanken (PubMed, The Cochrane Library, PsycINFO, Medline via Ovid, Embase, INHTA) systematisch durchsucht und um eine Handrecherche ergänzt. Die Literaturauswahl erfolgt durch zwei unabhängige Reviewer, wobei relevante Literatur anhand der anfangs im PICOS-Schema definierten Ein- und Ausschlusskriterien identifiziert wird. Nach der Literaturauswahl werden die Informationen aus der relevanten Literatur extrahiert, in vorstrukturierte Tabellen zusammengefasst und narrativ synthetisiert. Die Qualität der identifizierten Literatur wird mit geeigneten Instrumenten bewertet.

Zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage werden, basierend auf den Ergebnissen der ersten und zweiten Forschungsfrage, Handlungsempfehlungen für Österreich zur Gestaltung gesundheitsbezogener Warnhinweise auf alkoholischen Getränken narrativ ausgearbeitet.

PICOS-Tabelle:

Population	Allgemeinbevölkerung
Intervention	Gesundheitsbezogene Warnhinweise auf alkoholischen Getränken z. B. in Form von ■ Textbasierten Warnhinweisen (z. B. Konsumempfehlungen, Hinweise auf gesundheitliche Folgen, verhaltensbezogene Auswirkungen) ■ Bildbasierten Warnhinweisen (inkl. Piktogramm) ■ Kombination aus bild- und textbasierten Warnhinweisen
Kontrolle	■ Kein gesundheitsbezogener Warnhinweis ■ gesundheitsbezogene Warnhinweise auf alkoholischen Getränken im Vergleich untereinander (Intervention vs. Intervention)

Outcome	Mindestens eines der folgenden Outcomes: ■ Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken aufgrund von Alkoholkonsum (z. B. Assoziation Alkoholkonsum und Krebsrisiko) ■ Einstellung und Glaubenssätze zum Alkoholkonsum ■ Veränderung der Konsumintention ■ Veränderung des Konsumverhaltens ■ Inzidenz alkoholassoziierter Erkrankungen ■ Ökonomische Auswirkungen (z. B. Effekte auf Gesundheitsausgaben durch potenzielle Reduzierung von alkoholbedingten, indirekten Folgekosten sowie Kosten/Nutzen für das Gesundheits- und Sozialsystem) <i>Rationale:</i> basierend auf vorhandener Literatur
Studiendesign	Meta-Analysen, Systematic Review, und andere Formen von Reviews (Cochrane Reviews, Umbrella Reviews, Rapid Review) (bevorzugt) Primärstudien, insbesondere RCTs (alternativ) Einschlusszeitraum: 2016 – 2026 <i>Rationale:</i> Es wird ein „Best-Evidence-Ansatz“ zur Studienauswahl angewendet, wobei aktuelle und methodisch gut durchgeführte, systematische Reviews bevorzugt berücksichtigt werden, jedoch auf eine Übertragbarkeit der Ergebnisse geachtet wird. Obwohl Systematische Reviews und RCTs den methodologischen Goldstandard darstellen, sind sie auf Bevölkerungsebene eventuell wenig aussagekräftig, da kein real-world Setting gegeben ist. Auch werden Warnhinweise selten isoliert implementiert. Deshalb werden diese Reviews bei Bedarf durch Primärstudien ergänzt.
Länder	Länder der Kategorie „very high human development“ laut Human Development Index [10]
Sprachen	Deutsch, englisch
Ausschluss	Warnhinweise auf nicht-alkoholischen Produkten, z. B.: ■ Tabak ■ Lebensmittel ■ Nicht-alkoholische Getränke ■ Zucker Alle anderen Maßnahmen zur Alkoholprävention, außer gesundheitsbezogene Warnhinweise, z. B.: ■ Allgemeine Aufklärungskampagne zum Thema Alkohol ■ Steuer auf alkoholische Getränke ■ Anpassung des Mindestalters zur Alkoholkonsumation ■ Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von alkoholischen Getränken ■ Werbung ■ Regelungen zum Konsumverbot von Alkohol ■ Gesundheitsbezogene Warnhinweise auf alkoholischen Getränken in Kombination mit anderen Präventionsmaßnahmen

Zeitplan:

Zeitfenster	Tasks
Q3 2025 bis Q1 2026	Scoping und Finalisierung des Projektprotokolls
Q1 2026	■ Registrierung OSF ■ Systematische Literatursuche und Handsuche
Q1 2026	Screening (Abstract und Volltext)
Q1 bis Q2 2026	Datenextraktion und Qualitätsbewertung
Q2 2026	Verschriftlichung
Q2 2026	Interner und externer Review
Q3 2026	Layout und Veröffentlichung

Referenzen:

- [1] World health statistics. Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2025.
- [2] Strizek J., Gaiswinkler S., Nowotny M., Puhm A. and Uhl A. Handbuch Alkohol – Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen. Gesundheit Österreich, Wien. 2025.
- [3] Nutt D., Hayes A., Fonville L., Zafar R., Palmer E. O. C., Paterson L., et al. Alcohol and the brain. *Nutrients*. 2021;13. DOI: doi:10.3390/nu13113938.
- [4] Roerecke M. Alcohol's impact on the cardiovascular system. *Nutrients*. 2021;13. DOI: doi:10.3390/nu13103419.
- [5] IARC. Reduction or cessation of alcoholic beverage consumption IARC Handb Cancer Prev 2024;20A:1–334.
- [6] Rumgay H., Murphy N., Ferrari P. and Soerjomataram I. Alcohol and cancer: Epidemiology and biological mechanisms. *Nutrients*. 2021;13. DOI: doi:10.3390/nu13093173.
- [7] WHO. Global alcohol action plan 2022–2030. Geneva. 2024.
- [8] Joyce K. M., Davidson M., Manly E., Stewart S. H. and Al-Hamdani M. A systematic review on the impact of alcohol warning labels. *Journal of Addictive Diseases*. 2024;42 (3):170–193. DOI: <https://doi.org/10.1080/10550887.2023.2210020>.
- [9] Clarke N., Pechey E., Kosıte D., König L. M., Mantzari E., Blackwell A. K. M., et al. Impact of health warning labels on selection and consumption of food and alcohol products: Systematic review with meta-analysis. *Health Psychology Review*. 2021;15 (3):430–453. DOI: <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1780147>.
- [10] United Nations Development Programme. Human Development Report 2025: A matter of choice – People and possibilities in the age of AI. 2025.

1.1.2.4 Maßnahmen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas im Bildungswesen

Projektleitung: Julia Kern-Kim

Autor:innen: Julia Kern-Kim, Lucia Gassner

Qualitätssicherung: Sarah Wolf

Laufzeit: Q1 2026 bis Q4 2026 (5 PM)

Sprache: Deutsch (mit englischer Zusammenfassung)

Hintergrund:

Gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wiesen im Jahr 2022 weltweit 20 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von fünf bis 19 Jahren Übergewicht (inklusive Adipositas) auf [1]. Betrachtet man ausschließlich Adipositas, wurde eine Prävalenz von 8 % bei Kindern und Jugendlichen festgestellt. Die Zahlen aus der Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI-) Erhebung 2022/23 für Österreich zeigen eine ähnliche Tendenz, mit 18 % der Jungen und Mädchen im Alter von acht bis neun Jahren mit Übergewicht und 16 % der Jungen bzw. 8 % der Mädchen mit Adipositas [2]. Noch höhere Prävalenzraten sind in der Erwachsenenpopulation zu verzeichnen [1]. Zudem zeigt sich eine höhere Betroffenheit unter Jugendlichen mit Migrationshintergrund oder einem niedrigeren sozioökonomischen Status [3, 4].

Gewichtsstigmatisierung kann als die gesellschaftliche Abwertung von Personen aufgrund ihres Körpergewichts definiert werden. Gewichtsvorurteile sind negative Überzeugungen gegenüber Personen aufgrund ihres Gewichts. Gewichtsdiskriminierung entsteht, wenn solche Vorurteile das Verhalten von Men-

schen beeinflussen [5]. Viele Jugendliche geben an, wegen ihres Gewichts benachteiligt zu werden – meistens durch Gleichaltrige oder in der Schule [6]. Die Stigmatisierung äußert sich u. a. im Verhalten als Mobbing, wobei Kinder und Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas häufiger als Opfer, aber auch als Täter, betroffen sind [7, 8]. Stigmatisierung kann jedoch auch durch Lehrkräfte erfolgen, was sich durch schlechtere Schulnoten bei gleicher Leistung oder der Einstellung, dass Schüler:innen mit mehr Gewicht „langsamer“ sind, manifestieren kann [9].

Stigmatisierungserfahrungen aufgrund des Gewichts beeinflussen die physische, psychische und soziale Gesundheit. Solche Erfahrungen können demnach nicht nur im Jugendalter zu einer weiteren Gewichtszunahme, sondern auch zu einem höheren Gewicht im Erwachsenenalter, führen [9, 10]. Zusätzlich leiden Kinder und Jugendliche mit gewichtsstigmatisierenden Erfahrungen häufiger an Depressionen, Ängsten und haben ein höheres Risiko für Selbstverletzung oder Suizidalität [9].

Da Schule für Kinder und Jugendliche einen zentralen Lebensbereich darstellt und Stigmatisierungserfahrungen dort besonders häufig auftreten, fokussiert sich dieser Bericht auf dieses Setting. Gezielte Maßnahmen in Bildungseinrichtungen können daher ein vielversprechendes Ansatzfeld bieten, um Gewichtsstigmatisierung frühzeitig zu reduzieren und die betroffenen Kinder und Jugendlichen nachhaltig zu schützen.

Projektziele:

Aufgrund der hohen Prävalenz von Gewichtsstigmatisierung, insbesondere im schulischen Kontext, und ihrer weitreichenden negativen Auswirkungen sind Maßnahmen zu deren Reduktion erforderlich. Ziel dieses Projekts ist demnach, eine systematische Übersicht zu wissenschaftlich untersuchten und empfohlenen Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas im Bildungssektor zu erstellen und die Wirksamkeit dieser Interventionen zu untersuchen.

Nicht-Ziele:

Es wird keine Übersicht zu Maßnahmen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas im *Gesundheitssektor* gemacht. Diese Fragestellung war Teil des Berichts von 2024, bei dem keine spezifische Literatur zu Kindern und Jugendlichen identifiziert wurde [5].

Vor diesem Hintergrund sollen zwei Forschungsfragen beantwortet werden:

Forschungsfragen:

FF 1: Welche Maßnahmen werden in wissenschaftlichen Studien und Leitlinien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung bei Kindern und Jugendlichen in Bildungssektor angewendet oder empfohlen?

FF 2: Wie wirksam sind Maßnahmen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung von Kindern und Jugendlichen in Bildungssektor?

Methoden:

Empfehlungen und Charakteristika der Maßnahmen: Synopse aus Leitlinien, grauer Literatur und publizierten Studien

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage wird eine systematische Literatursuche in mehreren Datenbanken nach Übersichtsarbeiten (ggf. auch Primärstudien) durchgeführt. Ergänzend erfolgt eine gezielte Handsuche nach evidenzbasierten Leitlinien, sowie publizierten Konsens- bzw. Positionspapieren. Nach der Literatúrauswahl werden die angewendeten bzw. empfohlenen Maßnahmen und ihre Charakteristika in Tabellen extrahiert und die Ergebnisse narrativ zusammengefasst. Es erfolgt keine systematische Qualitätsbewertung der ausgewählten Literatur, da der Fokus hier auf den empfohlenen Strategien an sich und nicht ihrer Effektivität liegt. Die Studienselektion und die Datenextraktion erfolgen nach dem Vier-Augen-Prinzip durch zwei Autorinnen (JKK und LG).

Wirksamkeit der Maßnahmen: Systematische Übersichtsarbeit

Die Treffer der systematischen Suche zur ersten Forschungsfrage werden ebenfalls für das Screening für die zweite Forschungsfrage herangezogen. Abhängig davon, ob eine ausreichende Anzahl an systematischen Übersichtsarbeiten identifiziert werden können, werden Primärstudien berücksichtigt oder nicht. Es werden die Studiencharakteristika und die Wirksamkeitsendpunkte der Maßnahmen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung von Kindern und Jugendlichen im Bildungssektor extrahiert. Zudem wird die Qualität der Literatur bewertet. Die Ergebnisse werden narrativ zusammengefasst. Die Studienauswahl, Extraktion und Qualitätsbewertung erfolgen nach dem Vier-Augen-Prinzip und werden jeweils von denselben Autorinnen (JKK und LG) durchgeführt.

PICOS-Tabelle:

Population	■ Zielgruppe der Intervention, z. B. Gesundheitsfachkräfte, die im Bildungswesen tätig sind, pädagogische Fachkräfte, Organisationen im Bildungswesen (wie z. B. jegliche Schularten) und deren Managementebene, Gesundheits- und Bildungspolitik, ■ Betroffene Populationen, wie z. B. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Übergewicht oder Adipositas im Bildungswesen sowie deren Eltern und Familien. <i>Schlüsselworte: weight bias/stigma*/discrimination; obesity bias/stigma*/discrimination; fat phobia; anti-weight bias; sizeism</i>
Intervention	Maßnahmen die zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Bildungssektor eingesetzt werden können, bzw. ... um einen stigma-freien Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas im Bildungssektor zu erreichen.
Kontrolle	-
Outcomes	Forschungsfrage 1: ■ Empfehlungen zu Maßnahmen ■ Charakteristika der Maßnahmen Forschungsfrage 2: ■ Wirksamkeit der Maßnahmen in Bezug auf, z. B.: ■ Implementierung der Maßnahmen (Anpassung des Unterrichtsstils, strukturelle Veränderungen im Schulsetting ...) ■ Reduktion der Gewichtsvorurteile in der adressierten Population (gemessen mittels Fragebögen z. B. Anti-Fat Attitudes Questionnaire (AFA), Fear of Fat Scale, Fat Phobia Scale (FPS), Beliefs About Obese Persons Scale (BAOP)) ■ Erlebte Gewichtsstigmatisierung der betroffenen Kinder und Jugendlichen, bzw. ihrer Eltern (gemessen mittels Fragebögen, z. B. 10-item Weight Bias Internalization Scale – Modified (WBIS-M))
Studiendesign	Forschungsfrage 1: ■ Leitlinien und publizierte Positions- bzw. Konsenspapiere^a ■ systematische Reviews Forschungsfrage 2: ■ Systematische Reviews bzw. Meta-Analysen (bevorzugt) ■ Primärstudien (gegebenenfalls)
Länder	Globaler Norden
Sprachen	Deutsch, Englisch und ggf. andere Nationalsprachen für Forschungsfrage 1 ^a

Anmerkungen: ^a abhängig davon, wie viele Leitlinien und publizierte Positions- und Konsenspapiere in Deutsch oder Englisch identifiziert werden, werden zusätzlich Leitlinien bzw. Papiere in Originalsprache ein- oder ausgeschlossen. Bei Einschluss werden die Texte mit Hilfe eines Online-Tools übersetzt.

Zeitplan:

Period	Tasks
Q1 2026	Scoping und Finalisierung des Projektprotokolls
Q2 2026	■ Systematische Literatursuche und manuelle Suchen ■ Literatúrauswahl
Q2 2026	Datenextraktion und Qualitätsbewertung
Q2 2026	Verschriftlichung
Q3 2026	Interner und externer Review
Q3 2026 bis Q4 2026	Layout & Veröffentlichung

Referenzen:

- [1] World Health Organization. Obesity and overweight. 2025 [updated 2025/12/08; cited 04.03.2026]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- [2] Felder-Puig R. and Teufl L. Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Ergebnisbericht Österreich 2023. Wien: 2024. Available from: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3844/>.
- [3] Felder-Puig R., Teufl L. and Winkler R. Gewichtsstatus und Körper selbstbild von österreichischen Jugendlichen. HBSC Factsheet 02 aus Erhebung 2021/22. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), 2023. Available from: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3043/>.
- [4] Hoebel J., Waldhauer J., Blume M. and Schienkiewitz A. Socioeconomic Status, Overweight, and Obesity in Childhood and Adolescence. Dtsch Arztebl International. 2022;119(49):839-845. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0326.
- [5] Wolf S. and Kern J. Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung bei Personen mit Übergewicht oder Adipositas im Gesundheitswesen. Wien: HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH, 2024 Report No. 160. Available from: <https://eprints.aihta.at/1547/>.
- [6] Anastasiadou D., Tárrega S., Fornieles-Deu A., Moncada-Ribera A., Bach-Faig A. and Sánchez-Carracedo D. Experienced and internalized weight stigma among Spanish adolescents. BMC Public Health. 2024;24(1):1743. DOI: 10.1186/s12889-024-19246-7.
- [7] Chen H. and Ye Y. A Three-Level Meta-Analysis on the Relation of Overweight or Obesity to Bullying Behavior Among Youths. Psychology in the Schools. 2025;62(10):3747-3766. DOI: <https://doi.org/10.1002/pits.23540>.
- [8] Thompson I., Hong J. S., Lee J. M., Prys N. A., Morgan J. T. and Udo-Inyang I. A review of the empirical research on weight-based bullying and peer victimisation published between 2006 and 2016. Educational Review. 2020;72(1):88-110. DOI: 10.1080/00131911.2018.1483894.
- [9] Puhl R. M. and Lessard L. M. Weight Stigma in Youth: Prevalence, Consequences, and Considerations for Clinical Practice. Current Obesity Reports. 2020;9(4):402-411. DOI: 10.1007/s13679-020-00408-8.
- [10] Gmeiner M. S. and Warschburger P. Interrelation between weight and weight stigma in youth: is there evidence for an obesogenic vicious cycle? European Child & Adolescent Psychiatry. 2023;32(4):697-704. DOI: 10.1007/s00787-021-01922-3.

1.1.2.5 Bewertung von Maßnahmen zur Regulierung der Nutzung sozialer Medien durch Kinder und Jugendliche: Systematischer Review und Ethische Analyse

Projektleitung: Jule Pleyer

Autor:innen: Jule Pleyer, Romy Schönegger

Qualitätssicherung: Reinhard Jeindl, Ingrid Zechmeister-Koss

Laufzeit: Q1 2026 bis Q3 2026 (6 PM)

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

Die Regulierung der Nutzung sozialer Medien durch Kinder und Jugendliche wird im öffentlichen und politischen Diskurs zunehmend diskutiert. Soziale Medien, wie von der österreichischen Regierung definiert, umfassen digitale Technologien, die es Nutzer:innen ermöglichen, über interaktive Kanäle zu kommunizieren, sich zu vernetzen und Inhalte zu teilen [1]. Laut dem Jugend-Internet-Monitor 2026 sind die am häufigsten genutzten Plattformen unter österreichischen Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren WhatsApp (82 %), YouTube (76 %), Snapchat (65 %), TikTok (64 %) und Instagram (64 %) [2]. Diese Bewertung konzentriert sich auf diese sowie inhaltlich verwandte Plattformen, die dieser Definition und den dokumentierten Nutzungsmustern entsprechen.

Die Nutzung sozialer Medien ist für Kinder und Jugendliche sowohl mit Vor- als auch mit Nachteilen verbunden. Jugendliche nutzen soziale Medien, um zu kommunizieren, soziale Kontakte zu knüpfen und Netzwerke zur gegenseitigen Unterstützung aufzubauen, was besonders für Minderheiten und schutzbedürftige Gruppen von großem Wert ist. Darüber hinaus dienen Soziale-Medien-Plattformen als Informations- und Lernquellen und bieten jungen Menschen Möglichkeiten zur Bürgerbeteiligung, zum sozialen Engagement und zur Selbstdarstellung. Unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. authentische Selbstdarstellung) kann die Nutzung von sozialen Medien mit einem gesteigerten psychischen Wohlbefinden einhergehen [3-5].

Soziale Medien bieten jedoch auch Raum für Cybermobbing, Falschinformationen, Radikalisierung und sexuelle Belästigung. Übermäßige Nutzung kann zu psychischen Belastungen und Schlafstörungen führen, Suchtverhalten begünstigen, körperliche Aktivität verringern und physiologische Funktionen (z. B. neuronale Funktionen oder das Sehvermögen) beeinträchtigen. Darüber hinaus können negative Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung, die schulischen Leistungen und die allgemeine Lebensqualität auftreten [3-5].

Um den negativen Auswirkungen der Nutzung sozialer Medien entgegenzuwirken, werden in immer mehr Ländern verschiedene Maßnahmen diskutiert und umgesetzt. Dazu gehören Verbote und Einschränkungen hinsichtlich des Alters, der Nutzungszeiten, Funktionen oder Inhalte auf politischer Ebene sowie Bildungsprogramme, insbesondere im schulischen Umfeld, und gesellschaftliche Maßnahmen zur Förderung der digitalen Kompetenz (z. B. Elternschulungen, gemeindebasierte Aktivitäten) [6-8]. Australien war das erste Land, das ein landesweites, umfassendes Verbot der Nutzung sozialer Medien für unter 16-Jährige eingeführt hat [9].

Die derzeitige Evidenz zu Maßnahmen zur Einschränkung der Nutzung sozialer Medien durch Kinder und Jugendliche ist begrenzt. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass das Ausmaß des Problems lange Zeit unterschätzt wurde, politische Interventionen erst seit kurzer Zeit umgesetzt werden und wichtige interne Branchendaten zu den damit verbundenen Schäden häufig nicht öffentlich zugänglich waren. Zwar liegen erste Forschungsergebnisse zu schulischen Interventionen vor, doch gibt es kaum bis gar keine Untersuchungen, die das Spektrum der bestehenden Maßnahmen erfassen oder deren Ergebnisse sowie die damit verbundenen ethischen Aspekte bewerten.

Projektziele:

Angesichts dieser Forschungslücke und des wachsenden Bedarfs an gesundheitspolitischen Maßnahmen in Österreich zielt dieser Bericht darauf ab, die verfügbaren Erkenntnisse aus ausgewählten Ländern sys-

tematisch zusammenzufassen und eine umfassende, evidenzbasierte Entscheidungshilfe für die österreichische Gesundheitspolitik bereitzustellen. Im Mittelpunkt steht die Frage, welche regulatorischen und Bildungsmaßnahmen zur Nutzung sozialer Medien geeignet sind, um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu schützen und schädliche Auswirkungen zu mindern. Die Ergebnisse sollen sowohl in die wissenschaftliche als auch in die öffentliche Debatte einfließen und die aktuelle Evidenzbasis systematisch abbilden.

Die Ausarbeitung eines detaillierten Implementierungsplans sowie die Bewertung der allgemeinen Auswirkungen der Nutzung sozialer Medien oder von Smartphones im weiteren Sinne fallen nicht in den Rahmen dieses Berichts.

Forschungsfragen (FF):

FF 1: Welche Einschränkungen und Bildungsmaßnahmen gibt es in ausgewählten Ländern hinsichtlich der Regulierung der Nutzung sozialer Medien durch Kinder und Jugendliche, und welche Merkmale weisen diese auf?

FF 2: Welche Nutzen und Schäden durch Maßnahmen zur Regulierung der Sozialen-Medien-Nutzung von Kindern und Jugendlichen werden in der Literatur in ausgewählten Ländern beschrieben?

FF 3: Welche ethischen Aspekte sind bei Verboten sozialer Medien für Kinder und Jugendliche zu berücksichtigen?

Methoden:

FF 1 – Handsuche (Scoping/Mapping)

Gezielte Handsuche nach Maßnahmen zur Regulierung der Nutzung sozialer Medien durch Kinder und Jugendliche (z. B. in Google Scholar, TRIP-Datenbank, Overton, WHO, OECD sowie auf Webseiten von Gesundheits- und Bildungsministerien und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens), Datenextraktion unter iterativer Anpassung vorläufiger Kategorien nach dem Vier-Augen-Prinzip, tabellarische Darstellung und narrative Synthese.

Inklusionskriterien für relevante Maßnahmen zur Regulierung der Nutzung sozialer Medien (FF 1):

Population	Kinder und Jugendliche
Concept	Maßnahmen zur Regulierung der Nutzung sozialer Medien durch Kinder und Jugendliche: ■ Vollständige Einschränkungen/Verbote (z. B. Altersgrenzen, -verifikationen) ■ Partielle Einschränkungen (z. B. Zeit; Funktionen wie „endloses Scrolling“ Inhalte; Setting inklusive Schulen) ■ Bildungsmaßnahmen (z. B. Förderung der digitalen Kompetenz, Elternschulungen) ■ Selbstregulierung (ohne externe Maßnahmen)
Context	Merkmale, wie unter anderem: ■ Altersgrenzen (z. B. unter 13, 14 oder 16 Jahren) ■ Verantwortlichkeiten (z. B. Plattformen, Erziehungsberechtigte, Lehrpersonen) ■ Vulnerable Gruppen ■ Evaluationen ■ Umsetzung (einschließlich Setting, Dauer, Häufigkeit, technischer Ausführung)
Länder	Länder, in denen Beschränkungen für soziale Medien bereits implementiert, verabschiedet oder erwogen wurden zum Stand vom 11. März 2026 [10]
Sprachen	Englisch, Deutsch

FF 2 – Systematischer Review mit narrativer Synthese

Systematische Suche nach Übersichtsarbeiten zu Nutzen und Schäden von Maßnahmen zur Regulierung der Nutzung sozialer Medien bei Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Datenbanken (z. B. Em-

base, Web of Science, PubMed, Cochrane Library, PsycInfo). Auswahl auf Grundlage vordefinierter Einschlusskriterien. Qualitätsbewertung der identifizierten Literatur mithilfe geeigneter Instrumente (abhängig vom Studiendesign). Extraktion der Daten in vorformulierten Tabellen und narrative Synthese. Die Literatursuche, Qualitätsbewertung, Datenextraktion (mit einer iterativen Anpassung vorläufiger Ergebniskategorien) und Synthese erfolgen nach dem Vier-Augen-Prinzip. Die Endpunkte werden in Absprache mit Kindern und Jugendlichen sowie den Auftraggeber:innen priorisiert.

Inklusionskriterien für Nutzen und Schäden von Interventionen zur Soziale-Medien-Nutzung (FF 2):

Population	Kinder und Jugendliche
Intervention	Maßnahmen zur Regulierung der Nutzung sozialer Medien durch Kinder und Jugendliche
Comparison	■ Verschiedene Interventionsansätze zur Regulierung der Nutzung sozialer Medien durch Kinder und Jugendliche im direkten Vergleich (Intervention vs. Intervention) ■ Keine Intervention
Outcomes	Primäre Outcomes ■ Psychische Gesundheit (z. B. Symptome von Depressionen, Angstzuständen, affektive Störungen, Stress, Körperbild-/Essstörungen, Selbstverletzung) ■ Wohlbefinden und Lebensqualität ■ Problematische Nutzung sozialer Medien (z. B. suchtähnliches Verhalten, Zeit, die in sozialen Medien verbracht wird) Sekundäre Outcomes ■ Soziale und verhaltensbezogene Endpunkte (z. B. Isolation, prosoziales/antisoziales Verhalten) ■ Schlafqualität (z. B. verzögerter Schlafbeginn, Schlafdauer, Schlafstörungen) ■ (Schulische) Leistungen (z. B. Schulnoten, Kommunikations-, Aufmerksamkeits- und andere Entwicklungsstörungen) ■ Medienkompetenz ■ Vorkommen von Gefahren (z. B. sexuelle Belästigung, Cybergrooming, Mobbing/Cybermobbing) <i>Rationale:</i> basierend auf vorhandener Literatur
Publikationstyp	Übersichtsarbeiten (bevorzugt); Primärstudien (alternativ); laufende Studien (sofern keine evaluative Evidenz vorliegt) <i>Rationale:</i> Iterativ, separat nach Art der Maßnahme (vollständige und partielle Einschränkungen, Bildungsmaßnahmen, Selbstregulierung): Bevorzugt werden aktuelle, qualitativ hochwertige Übersichtsarbeiten (systematische Reviews, Umbrella-Reviews, Rapid Reviews, HTA-Berichte). Sind solche nicht verfügbar, wird die Einbeziehung auf Primärstudien ausgeweitet; liegt keine evaluative Evidenz vor (z. B. bei vollständigen Einschränkungen/Verboten), werden laufende Studien/Evaluationen erfasst
Publikationszeitraum	Studien ab 2020 <i>Rationale:</i> Etwa der Zeitraum, in dem Maßnahmen zur Regulierung der Nutzung sozialer Medien durch Kinder und Jugendliche entwickelt wurden
Länder	Länder, in denen Beschränkungen für soziale Medien bereits implementiert, verabschiedet oder erwogen wurden zum Stand vom 11. März 2026 [10]
Sprachen	Englisch, Deutsch

FF 3 – Ethische Analyse

Analyse ethischer Aspekte von Verboten sozialer Medien auf Grundlage einer gezielten manuellen Recherche. Der Schwerpunkt liegt ausdrücklich auf ethischen Aspekten im Zusammenhang mit vollständigen Einschränkungen bzw. Verboten (nicht auf partiellen Einschränkungen, Bildungsmaßnahmen oder Selbstregulierung). Der geeignete methodische Ansatz (z. B. axiologisch/sokratisch) wird auf Grundlage der Ergebnisse von FF 1 und FF 2 ausgewählt und angepasst.

Rationale: Vollständige Einschränkungen bzw. Verbote sozialer Medien stellen jene Maßnahmen dar, die mit den stärksten Einschränkungen von Freiheiten und Rechten (einschließlich personenbezogener Daten) einhergehen.

Inklusionskriterien für relevante ethische Aspekte von Verboten sozialer Medien (FF 3):

Population	Kinder und Jugendliche
Intervention	Soziale-Medien-Verbote für Kinder und Jugendliche
Comparison	-
Outcomes	Ethische Aspekte (z. B. Autonomie, Datenschutz)
Publikationstyp	z. B. qualitative und quantitative Studien, Übersichtsarbeiten, Leitlinien, Diskussionspapiere und graue Literatur
Länder	Länder, in denen Beschränkungen für soziale Medien bereits implementiert, verabschiedet oder erwogen wurden zum Stand vom 11. März 2026 [10].
Sprachen	Englisch, Deutsch

Zeitplan:

Period	Tasks
Q1 2026	■ Scoping und Finalisierung des Projektprotokolls ■ OSF-Registrierung
Q1 2026	■ Systematische Literatursuche und manuelle Suche (FF 1 + FF 2) ■ Literaturauswahl (FF 1 + FF 2)
Q2 2026	■ Datenextraktion und Qualitätsbewertung (FF 1 + FF 2)
Q2 2026	■ Literatursuche (FF 3) ■ Datenextraktion (FF 3) ■ Ethische Synthese (FF 3)
Q2 2026	Schreiben des Berichts
Q3 2026	Interne und externe Begutachtung
Q3 2026	Layout und Publikation

Referenzen:

- [1] oesterreich.gv.at. Social Media. 2026 [cited 03.03.2026]. Available from: <https://www.oesterreich.gv.at/de/lexicon/S/Seite.991502>.
- [2] Saferinternet.at. Jugend-Internet-Monitor. 2026 [cited 03.03.2026]. Available from: [https://www.saferinternet.at/services/jugend-internet-monitor#:~:text=WhatsApp%20%7C%2082%20%25%20\(%2D5%20%25\),Instagram%20%7C%2064%20%25%20\(%2D9%20%25\)](https://www.saferinternet.at/services/jugend-internet-monitor#:~:text=WhatsApp%20%7C%2082%20%25%20(%2D5%20%25),Instagram%20%7C%2064%20%25%20(%2D9%20%25)).
- [3] Brailovskaia J., Buchmann J., Hertwig R., Metzinger T., Montag C., Sadeghi A.-R., et al. Soziale Medien und die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Report. Halle (Saale): Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, 2025 Report No. 40.
- [4] Manolios S., Sala A., Sundorph E., Chaudron S., Gomez E., Beullens K., et al. Minors' health and social media: an interdisciplinary scientific perspective. European Centre for Algorithmic Transparency roundtables. Report. Luxembourg: European Commission, 2025.
- [5] Hinduja S. and Lalani F. Empowering and Protecting European Youth Online: Streamlining Legislation and Promoting Positive Digital Experiences. Report. 2025.
- [6] Tadpatrikar A., Sharma M. K. and Murthy P. Policies and public health initiatives to mitigate the mental health impact of internet use among children and adolescents. Indian J Psychiatry. 2025;67(12):1180–1186. Epub 20251218. DOI: 10.4103/indianjpsychiatry_409_25.

- [7] Welsey-Smith O. and Fleming T. Debate: Social media in children and young people – time for a ban? From polarised debate to precautionary action – a population mental health perspective on social media and youth well-being. *Child and Adolescent Mental Health*. 2025;30(4):416–418. DOI: 10.1111/camh.70033.
- [8] Chhabra J., Pilkington V., Benakovic R., Wilson M. J., La Sala L. and Seidler Z. Social Media and Youth Mental Health: Scoping Review of Platform and Policy Recommendations. *J Med Internet Res*. 2025;27:e72061. Epub 20250620. DOI: 10.2196/72061.
- [9] Blake J. A., Sourander A., Kato A. and Scott J. G. Will restricting the age of access to social media reduce mental illness in Australian youth? *Aust N Z J Psychiatry*. 2025;59(3):202–208. Epub 20241230. DOI: 10.1177/00048674241308692.
- [10] Jahangir R. and Hendrix J. Tracking Efforts To Restrict Or Ban Teens from Social Media Across the Globe. 2026 [cited 03.03.2026]. Available from: <https://www.techpolicy.press/tracking-efforts-to-restrict-or-ban-teens-from-social-media-across-the-globe/>.

1.1.2.6 Gesundheitslots:innen für vulnerable Personen

Projektleitung: Claudia Wild

Autor:innen: Claudia Wild, Romy Schönegger

Qualitätssicherung: Aline Dragosits

Laufzeit: Q1 2026 bis Q3 2026

Ressourcen: 1,2 PM (externe Bearbeitung + interne Ko-Autor:innenschaft)

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

Gesundheitslots:innen (engl. health or patient navigators [1, 2]) sind geschulte Personen, die Menschen beim Zugang zum Gesundheitssystem unterstützen und als niedrigschwellige Ansprechpersonen fungieren. Ziel ist es, Chancengleichheit zu erhöhen, d. h. Zugangsbarrieren zu senken sowie Prävention zu fördern.

Konkret sind die Hauptaufgaben von Gesundheitslots:innen:

- Orientierung im Gesundheitssystem zu geben,
- Gesundheitskompetenz zu stärken,
- Sprach- und Kulturbarrrieren zu überbrücken sowie
- Informationen zu lokalen Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Beratungsangeboten bereitzustellen.

Die Gesundheitslots:innen arbeiten oft ehrenamtlich, in Projekten oder bei kommunalen Initiativen. Die Träger der Initiativen sind Gemeinden und/oder karitative Institutionen. Sie vermitteln die Informationen in verschiedenen Sprachen und fungieren als Ansprechpartner in ihren Gemeinschaften.

In Österreich existiert nur ein derartiges Gesundheitsprojekt: die „Gesundheitslots:innen“ der Volkshilfe Wien [3]. Es besteht bereits seit 2012. Im Vergleich dazu laufen in Deutschland zahlreiche Projekte (ca. 15) in Großstädten (Leipzig, Bremen, Essen etc.), aber auch in regionalen Verbünden (Wümme-Wieste-Niederung, Rhein-Erft-Kreis, etc.). Gesundheitslots:innen werden dabei als wichtige Brückenbauer:innen gesehen, um Gesundheitsinformationen niedrigschwellig zu verbreiten und die Chancengleichheit im Gesundheitswesen zu verbessern [4].

Projektziele:

Es ist das Ziel, die *Erfahrungen und Ergebnisse* (Reichweite, Aufgabenbereiche, initiierte Aktivitäten) aus Gesundheitslots:innen-Projekten, die sich an Migrant:innen richten, systematisch zusammenzufassen.

Es ist **nicht die Zielsetzung** des Projektes, das Volkshilfe-Projekt zu evaluieren.

Es ist auch nicht die Zielsetzung, Gesundheitslots:innen-Projekte, für andere Zielgruppen (etwa Steuerung und Koordination von Menschen mit komplexen und chronischen Erkrankungen wie Krebs sowie Beeinträchtigungen oder sozial benachteiligten Gruppen im allgemeinen) zu bewerten.

Forschungsfragen:

FF 1: Welche Erfahrungsberichte (Reichweite, zu Aufgabenbereichen, zu initiierten Aktivitäten etc.) lassen sich aus öffentlich verfügbaren Dokumenten internationaler Projekte mit Gesundheitslots:innen identifizieren?

FF 2: Was sind die Zielsetzungen und woran kann die Erreichung der Zielsetzungen gemessen/ausgemacht werden?

FF 3: Was sind die Gemeinsamkeiten und Unterschiede (in den Aufgabenbereichen und den initiierten Aktivitäten), die die Wirkung beeinflussen können?

Methoden:

Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden folgende Methoden verwendet:

FF 1 und FF 2:

- Systematische Literatursuche in mehreren Datenbanken nach publizierten Artikeln sowie systematische Synthese der identifizierten Dokumente.
- Ergänzende Webrecherche nach Gesundheitslots:innen-Projekten im deutschsprachigen Raum; Anschreiben an Initiativen zur Identifikation von Evaluations- und Jahresberichten. Ggf. gezielte Nachfragen per Mail.

FF 3:

- Analyse der Materialien hinsichtlich Gemeinsamkeiten, Unterschieden, Effekten und Erhebungsinstrumenten.

PICOS-Tabelle:

Population	Migrant:innen (immigrierte Personen, unabhängig vom Aufenthaltstitel)
Intervention	Geschulte (migrantische) Gesundheitslots:innen als Mediator:innen
Kontrolle	Keine Intervention
Outcomes	Primäre Endpunkte ■ Implementierungsaspekte; Reichweite/Aktivitäten, etc. Sekundäre Endpunkte ■ Individuelle Outcomes: Orientierung im Gesundheitssystem, Gesundheitskompetenz, Wissen zu Angeboten
Studiendesign	jegliches
Länder	Sozialversicherungssysteme: für Erfahrungen, Jegliche: für Ergebnismessung
Sprachen	Deutsch, Englisch
Ausschluss	P: Chronisch Kranke, Beeinträchtigte, sozial benachteiligte nicht-migrantische Gruppen (Krebs, Behinderungen, Obdachlose, etc.) I: Einzelfall-Management, Sozialarbeit, nur schriftliche Informationen (Broschüren) zur Orientierung

Zeitplan:

Period	Tasks
Q1 2026	Scoping und Finalisierung des Projektprotokolls
Q1 2026	■ Systematische Literatursuche und manuelle Suchen ■ Literaturauswahl und -acquisition ■ Identifikation von Projekten im deutschsprachigen Bereich, Anschreiben
Q1 bis Q2 2026	Datenextraktion und Qualitätsbewertung, ggf. Befragung
Q2 2026	Verschriftlichung
Q2 2026	Interner und externer Review
Q3 2026	Layout & Veröffentlichung

Referenzen:

- [1] Budde H, Williams GA, Scarpetti G, et al. What are patient navigators and how can they improve integration of care? [Internet] Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2022. (Policy Brief, No. 44.).
- [2] Budde H, Williams GA, Winkelmann J, Pflirter L, Maier CB. The role of patient navigators in ambulatory care: overview of systematic reviews. BMC Health Services Research (2021) 21:1166 <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07140-6>.
- [3] Volkshilfe Wien: <https://www.volkshilfe-wien.at/angebote-services/asyl-migration-integration/saneas-gesundheitslotsinnen/>.
- [4] Schade M, Lang SA, Stenzel S. Strengthening Health Literacy of Vulnerable Groups – Introduction of Two New Modules Within the Communal Health Guides Intercultural in Frankfurt am Main Project. Health Literacy Research and Practice (HLRP), 2022;6(3):e239–e246.

1.1.2.7 FALCO

(Suchterkrankungen bekämpfen, Leben verbessern: Umfassende Rehabilitation durch Musik bei Personen mit Suchterkrankungen)

Projektleitung gesamt: NORCE; **AIHTA:** Lucia Gassner

Autor:innen: Lucia Gassner

Qualitätssicherung: Ingrid Zechmeister-Koss

Laufzeit: Q1 2025 bis Q4 2029

Ressourcen: Drittmittelprojekt

Sprache: Englisch

Hintergrund:

Drogenmissbrauch und -abhängigkeit sind weltweit mit einer hohen Krankheitslast verbunden. Musiktherapie hat kurzfristige Effekte bei Patient:innen, die auf herkömmliche Behandlungen nicht ansprechen, gezeigt, aber ihre langfristigen Auswirkungen sind unbekannt. Das Projekt FALCO untersucht im Rahmen einer randomisierten klinischen multizentrischen Studie die langfristigen Effekte von verschiedenen Musiktherapieansätzen im Vergleich zur herkömmlichen Behandlung (Leitung: NORCE Norwegian Research Centre). Das AIHTA ist für die Durchführung einer Literaturübersicht zu Möglichkeiten der Outcome-Messung verantwortlich und unterstützt bei der Involvierung von Stakeholdern und der Dissemination von Ergebnissen zu unterschiedlichen Zielgruppen im gesamten Projektprozess.

Methoden:

Systematische Literaturübersicht, stakeholder mapping, Verfassen von policy brief.

1.1.2.8 FWF-Projekt #Connecting Minds: Mitgestaltung der perinatalen psychiatrischen Versorgung in Tirol

Projektleitung gesamt: Medizinische Universität Innsbruck (Jean Paul);

AIHTA: Ingrid Zechmeister-Koss

Projektpartner: AIHTA, Universität Innsbruck, LBI für Rehabilitation Research

Autor:innen: Ingrid Zechmeister-Koss

Laufzeit: Q2 2022 bis Q1 2027

Sprachen: Englisch und Deutsch

<https://aihta.at/page/mitgestaltung-der-peripartalen-psychiatrischen-versorgung-in-tirol/de>

Hintergrund:

Psychische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Komplikationen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Geburt. Sie betreffen während der Perinatalperiode (einschließlich 1 Jahr nach der Geburt) etwa eine von fünf Müttern und mehr als einen von zehn Vätern. Psychische Erkrankungen der Eltern rund um die Geburt können die kindliche Entwicklung erheblich beeinträchtigen. Abgesehen von den Auswirkungen auf die Gesundheit und die Lebensqualität der Betroffenen haben peripartale psychische Erkrankungen auch umfangreiche volkswirtschaftliche Kosten zur Folge. In Österreich sind die bestehenden Präventions- und Unterstützungsstrukturen von Region zu Region sehr unterschiedlich.

Methoden:

Das Projekt analysiert die internationale Evidenz und die österreichische Situation zu peripartalen psychiatrischen Versorgungsmodellen, entwickelt partizipativ mit regionalen Stakeholdern konkrete Verbesserungsansätze in Tirol und implementiert und evaluiert diese.

AIHTA Arbeiten 2026: AIHTA Aufgaben bereits abgeschlossen, Beratungstätigkeiten im kleinen Umfang

1.2 Medizinprodukte und digitale Gesundheitstechnologien

1.2.1 Übersicht

Telerehabilitation bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen → in Fachbereich rapid reviews bearbeitet
Telemedizinische Interventionen im Bereich von Sport- und Bewegungsvorsätzen für Menschen mit Diabetes Typ-2 (nicht-insulinpflichtig) → in Fachbereich rapid reviews bearbeitet
Folgeauftrag Humangenetik
Platzhalter KI Thema
Integrated Digital Wound Care Management Systems
MELs
ASSESS-DHT
JCAs Medizinprodukte
Implementierung HTA-VO MDs (meetings...)

Legende
Sozialversicherung
Länder
Drittmittel

1.2.2 Kurzbeschreibung

1.2.2.1 Folgeauftrag Humangenetik (genaues Projektprotokoll in Bearbeitung)

Projektleitung: Gregor Götz

Autor:innen: NN

Qualitätssicherung: NN

Laufzeit: 2026

Ressourcen: 3 PM

Sprache: zu definieren

Hinweis: Das Projektprotokoll wird noch ergänzt

Hintergrund:

Derzeit existiert in Österreich kein evidenzbasierter Erstattungsprozess für humangenetische Tests. Das AIHTA-Projekt Humangenetik 2025 befasste sich mit einem Überblick über klinische Indikationen für humangenetische Tests, evidenzbasierte Erstattungsprozesse (mit Fokus auf Priorisierung) und führte zwei Pilotbewertungen durch. Es besteht weiterhin Interesse, die Entwicklung entsprechender Prozesse zu unterstützen – insbesondere im Hinblick auf die Etablierung eines Testverzeichnis und eines angemessenen, evidenzbasierten Erstattungswegs.

Geplante Methode:

Das Projekt startet mit einem Workshop, um den Bedarf und die Prioritäten in Bezug auf evidenzbasierte Erstattungsprozesse für humangenetische Tests zu klären und Feedback zur Nutzbarkeit der beiden Pilotbewertungen einzuholen. Je nach Ergebnis wird fortlaufend wissenschaftliche Unterstützung angeboten, gegebenenfalls einschließlich eines Ländervergleichs zu einem spezifischen Thema (z. B. Appraisal-

Phase), um die Entwicklung und Implementierung eines nationalen Testverzeichnisses in Österreich zu begleiten.

1.2.2.2 Platzhalter KI Thema

Projektleitung: Gregor Goetz

Autor:innen: NN, Gregor Goetz

Qualitätssicherung: Judit Erdös

Dauer: Q2 2026 bis Q4 2026

Ressourcen: 6 PM

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

Die Anzahl digitaler Gesundheitstechnologien mit KI-Komponenten (KI-DHTs) nimmt stetig zu. Vor diesem Hintergrund werden KI-DHTs zunehmend zur Nutzenbewertung im stationären Bereich eingereicht. Dieses Projekt basiert auf einem Pool von etwa 5 bis 10 aktuellen Einreichungen sowie relevanten methodischen Vorarbeiten, die vom AIHTA in den Jahren 2024 und 2025 durchgeführt wurden. Im Rahmen eines strukturierten Auswahlverfahrens wird eine KI-DHTs priorisiert und anschließend wissenschaftlich bewertet.

Methode:

Zu Beginn des Projekts werden die vorliegenden Einreichungen sowie die bestehenden AIHTA-Vorarbeiten für 2024 und 2025 den relevanten Entscheidungsträger:innen (primär WIGEV und SAGES) präsentiert. Daran anschließend erfolgen ein Priorisierungsprozess sowie die Auswahl einer KI-DHT für den HTA-Bericht. Die zu bewertenden Domänen basieren auf methodischen Vorarbeiten des AIHTA und umfassen jedenfalls klinische, organisatorische und ethische Aspekte.

1.2.2.3 Bewertung Medizinischer Einzelleistungen (MEL)

Projektleitung: Julia Kern-Kim

Qualitätssicherung: Gregor Goetz

Autor:innen: diverse AIHTA-Wissenschaftler:innen für einzelne MELs

Laufzeit: seit 2009, von Oktober bis Februar und von Juni bis Dezember (17,5 PM)

Publikation: MEL 1-3 ab 15. Juli 2026

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Inhalt:

Alljährlich werden bei der Bundesgesundheitsagentur (BGA) zahlreiche neue medizinische Interventionen für den Leistungskatalog (sog. Medizinische Einzelleistungen/MEL) zur Refundierung vorgeschlagen. Die Aufgabe des AIHTA ist die systematische Beurteilung der Effektivität und Sicherheit dieser neuen Interventionen. Die Themen werden in einer Arbeitsgruppe der Bundesgesundheitsagentur gemeinsam von Ministerium (BMASGPK), Ländern und Sozialversicherung priorisiert.

Methode:

Systematische Reviews (Evidenzanalysen, ca. 6-8 pro Jahr) zu einzelnen Interventionen in einzelnen Indikationen oder einzelnen Interventionen in mehreren Indikationen. Empfehlung basierend auf GRADE.

1.2.2.4 ASSESS-DHT

Projektleitung: Yui Hidaka

Autor:innen: Yui Hidaka, Claudia Wild, Gregor Goetz, Niccolò Borri

Qualitätssicherung: Gregor Goetz, Claudia Wild

Laufzeit: Q1 2024 bis Q4 2026

Ressourcen: Drittmittel

Sprache: Englisch

Inhalt:

Die Bedeutung vertrauenswürdiger und wirksamer digitaler Gesundheitstechnologien wird als groß für die digitale Transformation der Europäischen Gesundheitssysteme eingeschätzt. Das Projekt hat zum Ziel, zum einen eine harmonisierte Bewertungsmethodik zu entwickeln, die auch innovative Bereiche wie intelligente KI-basierter Systeme (Digital Therapeutics (DTx) oder Digiceuticals) umfasst, zum anderen diese an Pilotbeispielen zu erproben. Das AIHTA hat 2026 die Aufgabe, die Methodik an telemedizinischen Interventionen zu pilotieren.

Methoden:

Pilotierung der Bewertungsmethodik an 2-3 telemedizinischen Interventionen.

1.2.2.5 Integrierte digitale Wundmanagementsysteme (IDWMS) in der Versorgung chronischer Wunden: Evidenzlage und Optionen für Pilotierung/Implementierung in Österreich

Projektleitung: Yui Hidaka

Autor:innen: Oliver Bernecker (MPH-Student), Yui Hidaka

Qualitätssicherung: Gregor Goetz

Laufzeit: Q1 2026 bis Q3 2026

Ressourcen: 1,5 PM (Master Arbeit mit in-house Betreuung)

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

Chronische Wunden (z. B. Ulcus cruris, diabetisches Fußulkus, Dekubitus) verursachen eine hohe Krankheitslast, lange Versorgungszeiten und wiederholte Kontakte in unterschiedlichen Settings [1,2]. In der Praxis sind Dokumentation, Verlaufstracking und Informationsaustausch häufig fragmentiert, was klinische Entscheidungen erschwert und Personal bindet. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an Qualitätssicherung, Nachvollziehbarkeit und sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Die zentralen Problemlagen der chronischen Wundversorgung können wie folgt zusammengefasst werden:

- Viele Schnittstellen zwischen Versorgungsbereichen

- Fehlende oder heterogene Verlaufsdokumentation
- Uneinheitliche Wundvermessung mit geringer Reliabilität
- hoher Prozessaufwand mit hoher Personalbindung

Robuste Prävalenz- und Inzidenzdaten fehlen sowohl auf internationaler als auch nationaler Ebene, da Definitionen, Erhebungsmethoden und Datenquellen variieren [1,3,4]. Internationale Schätzungen (OECD) verorten den Anteil Betroffener in Hocheinkommensländern bei etwa 1–2,5 %. [6]. Für Europa werden die Ausgaben auf 2–5 % der Gesundheitsausgaben geschätzt; zentrale Kostentreiber sind stationäre Aufenthalte und Personalkosten [7,8].

Integrierte digitale Wundmanagementsysteme (engl. *digital wound management systems*/DWMS) zielen darauf ab, die Vermessung und Dokumentation chronischer Wunden über unterschiedliche Schnittstellen hinweg zu standardisieren und diese Informationen auf einer gemeinsam nutzbaren Plattform digital verfügbar zu machen. Ebenso sollen sie eine effiziente telemedizinische Betreuung von Betroffenen unterstützen. [3]. DWMS kombinieren typischerweise Wundbildgebung (2D/3D), (teil-) automatisierte Vermessung/Analyse, strukturierte Dokumentation und Plattformfunktionen (Dashboard, Export/Schnittstellen). Dabei kommen unterschiedliche digitale Gesundheitstechnologien zum Einsatz.

Viele DWMS sind für eine telemedizinische Verwendung ausgelegt. Wunddaten werden ortsunabhängig erfasst, übertragen und können von behandelnden Gesundheitsfachkräften bewertet werden. Diese Systeme erfordern die digitale Übermittlung und zentrale Speicherung von Informationen zwischen Nutzer:innen und Behandler:innen. Eine weitere, von DWMS genutzte digitale Gesundheitstechnologie ist der Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI). KI wird vor allem in der Bildanalyse (z. B. Segmentierung, Flächen-/Volumenmessung) und zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Risiko- oder Verlaufsprognosen) eingesetzt werden. Je nach System kann es sich dabei um statische (fixe) oder adaptive (selbstlernende, sich on-market verändernde) KI handeln.

DWMS lassen sich als digitale Gesundheitstechnologien (eng. *Digital Health Technology*, DHT) im Sinne softwarebasierter Medizinprodukte einordnen. Im Report wird das ASSESS-DHT-Framework [5] als strukturierender Bezugsrahmen genutzt, um neben den klassischen HTA-Domänen auch DHT-spezifische Querschnittsthemen (z. B. Interoperabilität, Datenschutz, Cybersicherheit) konsistent zu adressieren.

Ziele des Projekts:

- DWMS-Lösungen zu kartieren und Use Cases (Indikation x Setting/Workflow) sowie die Evidenzlandschaft (klinisch, organisatorisch, ökonomisch) zu strukturieren.
- Die Evidenz zu klinischer Wirksamkeit und Sicherheit zu bewerten.
- Strukturierte Erfassung der Anforderungen, Barrieren und Umsetzungsoptionen für Österreich und ein Konzept für eine Evaluation zu skizzieren.

Nicht-Ziele:

- Technologien zu bewerten, die die Einschlusskriterien nicht erfüllen (z. B. reine Fotoablage, Einzeltools ohne integrierten Workflow oder reine Telemedizin-Lösungen ohne integrierte Vermessung/Analyse).
- Eine gesundheitsökonomische Evaluation (Kosten-Effektivität) durchzuführen.

Forschungsfragen:

FF 1: Welche DWMS-Lösungen/Modelle sind international verfügbar bzw. in Österreich im Einsatz/in Pilotierung, und wie ist die Evidenzlandschaft dazu (klinisch und organisatorisch) strukturiert?

FF 2: Wie performen IDWMS in klinischer Anwendung (Klinische Wirksamkeit und Sicherheit, technische Performance/Validität, Organisatorische-/Prozesseffekte, Usability/Vertrauen) und welche Evidenzlücken bestehen für eine spätere vergleichende Bewertung gegenüber Standardversorgung?

FF 3: Welche Empfehlungen lassen sich für die Implementierung in Österreich ableiten, und wie sollte eine Pilotierung evaluiert werden (KPIs, Mindestdatensatz, Designoptionen)?

Methoden:

FF 1: Mapping von Technologien und Evidenzlandschaft

Datenquellen:

- Ergebnisse der systematischen Literatursuche aus FF 2 (Publikationen zu IDWMS).
- Ergänzende Quellen: graue Literatur (Webseiten/Projektberichte), Herstellerinformationen, nationale Programme/Strategien und relevante Behörden- bzw. Sozialversicherungskontexte.

Vorgehen und Output:

- IDWMS-Kandidaten identifizieren und anhand der Mindestmerkmale beschreiben (Einsatzbereich, Setting, Workflow-Integration).
- Use Cases (Indikation x Setting/Workflow) definieren und Evidenztypen zuordnen (Validierung/Performance, Implementierung, Vergleich).
- Erstellen einer Evidenzkarte und Benennen von Evidenzlücken.

FF 2: Systematische Übersichtsarbeit als layered Update

1. Strukturierte Suche der letzten 5 Jahre nach systematischen Übersichtsarbeiten (SR) zum Thema IDWMS.
2. Auswahl eines systematischen Reviews als Basisarbeit: zwei Reviewer beurteilen unabhängig; Kriterien der Auswahl (Reihenfolge): Risiko systematischer Verzerrung der SR (Risk of Bias in Systematic Reviews, ROBIS), Passung zum Scope und zur PICO-Struktur (Population, Intervention, Comparator, Outcomes; PICO), Aktualität und Abdeckung (Suchstichtag, Zeitraum).
3. SR-Update: Übernahme der Primärstudien der Basisarbeit plus systematische Update-Suche vom Suchstichtag der Basisarbeit bis zum Projektsuchstichtag.
4. Extraktion und Synthese: Strukturierung mit dem European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) Core Model 3.0 [9] und dem ASSESS-DHT-Handbuch; Risk-of-bias-Bewertung durch zwei unabhängige Reviewer; für vergleichende klinische Outcomes erfolgt – sofern angemessen – eine Bewertung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz mittels GRADE.

FF 3: Österreich-Kontext, Implementationsoptionen und Pilot-Evaluation

Datenquellen:

- Ergebnisse aus FF 1 und FF 2.
- Gezielte Quellen zum Österreich-Kontext (Leitlinien, Versorgungsmodelle, Programme, eHealth/Interoperabilität, Datenschutz/Governance, Vergütung/Finanzierung).
- Expert:inneninputs: diese erfolgen als semistrukturierte Experteninterviews aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen.

Vorgehen und Output:

- Ableiten von Anforderungen und Barrieren für eine Implementierung (IT/Interoperabilität, Rollen und Workflows, Verantwortlichkeiten, Schulungsbedarf).
- Definieren eines Pilot-Evaluationskonzeptes (KPIs, Mindestdatensatz, Datenerhebungswege, Designoptionen wie Vorher-Nachher, kontrollierte Beobachtungsstudie oder stufenweise Einführung).

PICOS-Tabelle:

Element	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	Patient:innen mit chronischen Wunden (z. B. Ulcus cruris, DFU, Dekubitus).	Akute/postoperative Wunden, Verbrennungen, onkologische Wunden (wenn außerhalb Scope)
Intervention	IDWMS mit integrierten Mindestmerkmalen: digitale Bildgebung + (teil-) automatisierte Analyse/Vermessung + strukturierte Dokumentation/Tracking + Plattform-/Workflow-Funktionen.	Einzeltools ohne integrierten Workflow bzw. reine Fotoablage ohne Systemcharakter
Kontroll-intervention	Kein Einschlusskriterium. Vergleichende Studien werden, falls vorhanden, separat ausgewertet.	Kein explizites Ausschlusskriterium.
Outcome	■ Klinische Wirksamkeit (Wundheilungszeit, Wundheilungsrate, Reduktion der Wundfläche, Wiederaufnahmeraten ins Krankenhaus, therapeutische Eskalation) ■ Sicherheit (Wundkomplikationen, sicherheitsrelevante Fehlklassifikationen, Verzögerung der therapeutischen Eskalation, falsch-negative bzw. falsch-positive Klassifikationen, sofern relevant) ■ Patientenberichtete Outcomes (Schmerz, Symptomlast, wundbezogene Lebensqualität, Funktionsstatus, Belastung durch Selbstmanagement, Behandlungsbelastung, Adhärenz, sofern patientenseitig berichtet) ■ Patientenberichtete Erfahrungen (Kommunikation, Koordination bzw. Kontinuität der Versorgung, Benutzerfreundlichkeit, Akzeptanz, wahrgenommener Nutzen, Zufriedenheit mit Versorgung bzw. Technologie) ■ Technische Performance und Validität (Reliabilität, Genauigkeit, Messqualität, Fehlerraten) ■ Organisation/Workflow/Human Factors (Ressourceneinsatz, Versorgungszeit, Dokumentationszeit, Anzahl von Kontakten/Besuchen, Protokolladhärenz, Umsetzbarkeit der Implementierung, Benutzerfreundlichkeit aus Sicht der Fachpersonen, Vertrauen der Fachpersonen, Integration in den Versorgungsablauf)	Kein explizites Ausschlusskriterium.
Setting	ambulant, stationär, extramural/Langzeitpflege	–
Zeitraum	Basis-Layer SR/HTA: letzte fünf Jahre; Primärstudien-Update: ab Suchstichtag der Basisarbeit bis Projektsuchstichtag.	–
Sprache	Englisch und Deutsch.	–

Zeitplan und Meilensteine:

Zeitfenster	Tasks
Q1 2026	Scoping/Protokollfinalisierung
Q1 2026	Literatursuche für Anwendungsbereiche: systematische Literatursuche und Handsuche, Datenextraktion
Q2 2026	Extraktion/Synthese & Erarbeitung des Pilotkonzepts
Q3 2026	Interner und externer Review
Q3 2026	Layout und Veröffentlichung

Referenzen:

- [1] Schneider, C., Drgac, D., Niederleithinger, M., Hruschka, V., & Himmelsbach, R. (2022). *Die Versorgung chronischer Wunden durch das österreichische Gesundheitssystem – eine Übersicht*. Ludwig Boltzmann Forschungsgruppe Alterung und Wundheilung. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6406108>.
- [2] Martinengo, L., Olsson, M., Bajpai, R., Soljak, M., Upton, Z., Schmidtchen, A., Car, J., & Järbrink, K. (2019). Prevalence of chronic wounds in the general population: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *Annals of Epidemiology*, 29, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.10.005>.
- [3] England, C., Boyce, R., Hasler, E., Hughes, S., & Jarrom, D. (2025). The clinical effectiveness of integrated digital wound management systems. *Journal of Wound Care*, 34(10), 852–860. <https://doi.org/10.12968/jowc.2024.0086>.
- [4] Health Technology Wales. (2023). *Integrated Digital Wound Care Management Systems to assess and manage people receiving wound care* (Evidence Appraisal Report No. EAR051). Health Technology Wales.
- [5] Bowie, D., Needham-Taylor, A., et al. (2025). Working paper on the interim Manual for piloting assessment methods for digital health technologies (ASSESS-DHT Interim Manual 2). (Zugriff 20.02.2026).
- [6] de Bienassis, K., Llana-Nozal, A., & Klazinga, N. (2020). *The economics of patient safety Part III: Long-term care: Valuing safety for the long haul*. *OECD Health Working Papers*, No. 121. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/be07475c-en>.
- [7] World Health Organization. (2022, November 28). *Diabetes interventions: Technical briefing for Appendix 3 of the Global Action Plan for Non-Communicable Diseases* (Version 28 Nov 2022).
- [8] Guest, J. F., Fuller, G. W., Vowden, P., & Vowden, K. R. (2020). Cohort study evaluating the burden of wounds to the UK's National Health Service in 2017/2018: Update from 2012/2013. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045253>.
- [9] EUnetHTA Joint Action 2, Work Package 8. HTA Core Model® version 3.0. 2016.

1.2.2.6 Joint clinical assessments (JCAs) Medizinprodukte

Projektleitung: Judit Erdös

Autor:innen: Judit Erdös, NN

Laufzeit: Q1 2026 bis Q4 2026 (fortlaufend)

Ressourcen: Drittmittel

Sprache: Englisch

Hintergrund:

Seit Jänner 2025 ist die HTA-VO verpflichtend umzusetzen. Ab Jänner 2026 ist für ausgewählte Hochrisiko-Medizinprodukte der klinische Zusatznutzen in Form von gemeinsamen europäischen Assessments (Joint clinical assessments/JCA) zu bewerten. Das AIHTA hat sich für die Durchführung eines JCAs für Medizinprodukte für 2026 bereit erklärt.

Methoden:

Durchführung von JCAs auf Basis der gemeinsamen europäischen methodischen guidelines.

1.2.2.7 Implementierung HTA-VO MDs (meetings ...)

Projektleitung: Gregor Goetz

Autor:innen: Ingrid Zechmeister-Koss, Sabine Geiger-Gritsch, Gregor Goetz, Judit Erdös

Qualitätssicherung: nicht zutreffend

Laufzeit: Q1 2026 bis Q4 2026 (fortlaufend)

Ressourcen: Drittmittel

Sprache: Englisch

Inhalt & Aufgaben:

Im Jänner 2025 wurde die HTA Verordnung rechtsverbindlich umgesetzt. Das AIHTA übernimmt im Zuge der EU-HTA-Verordnung eine zentrale Rolle in der fachlichen Mitarbeit, nationalen Abstimmung und internationalen Vertretung. Dazu gehören v. a. folgende Aufgaben:

- Gremienarbeit: Teilnahme an HTA Coordination Group, JCA-, EHT- und Methods-Subgroups; laufende Abstimmung mit nationalen Institutionen.
- Schulung & Evaluierung: Teilnahme am EU-HTA-Schulungsprogramm; Vorbereitung des Mitgliedstaatenberichts (Frist: 01/2027) für die Evaluierung der EU HTA Verordnung (bis 01/2028).
- IHSI Horizon Scanning Feasibility Studie: 1 AIHTA Mitarbeiter gibt regelmäßig Input zu einer Studie zur Machbarkeit eines Horizon Scanning Systems für Medizinprodukte.

1.3 Arzneimittelbewertungen

1.3.1 Übersicht

Bewertungsboard ■ Durchführung von 5 HTAs ■ Laufende Erweiterung einer Datenbank klinischer Expert:innen in verschiedenen Fachbereichen ■ Erstellung eines Methoden- und Prozesshandbuchs ■ Erarbeitung einer Methoden-Guideline für gesundheitsökonomische Evaluationen → wird in Fachbereich GesÖk. bearbeitet ■ Unterstützung der Priorisierung der Arzneyspezialitäten (Longlists, Fact-Sheets, Shortlists ...) ■ PICO & Dokumentenreviews: Einbringen des österreichischen Bewertungsumfangs für intramurale Produkte; kontinuierliche Begutachtung von EU-Dokumenten; Klärung der Produktzuordnung (intramural/extramural/Nahtstelle).
JCAs Arzneimittel
Implementierung HTA-VO medicinal products (meetings ...)
Kontextualisierung JCAs
Subkutane onkologische Therapien: bispezifische AK und Immuntherapien als Beispiel
Pipeline Monitor Onkologie/Forecast f. Budgetplanung und Therapieprofile zu innovativen Entwicklungen (Nutzung IHSI Datenbank)

Legende
Bewertungsboard
Drittmittel

1.3.2 Kurzbeschreibung

1.3.2.1 Bewertungsboard

Projektleitung: Sabine Geiger-Gritsch

Autor:innen: Sarah Wolf, Michaela Riegelneegg, Naomi Linton-Romir, Alba Colicchia, Diana Szivakova, Eleen Rothschedl, Eva Malikova, Daniel Fabian, Tatiana Marschik

Laufzeit: fortlaufend

Publikation: kontinuierlich

Sprache: Englisch

Inhalt:

Im Zuge der jüngsten Reform des österreichischen Gesundheitswesens wurde die Etablierung eines Bewertungsboards für ausgewählte hochpreisige und spezialisierte Arzneyspezialitäten und sonstige hochspezialisierte Therapieformen im intramuralen Bereich bzw. an der Nahtstelle zwischen intra- und extramuralen Bereich gesetzlich festgelegt. Die operative Umsetzung des Bewertungsboards, sowie die Verschränkung mit der Umsetzung der EU-HTA Verordnung erfordern eine Reihe von vorbereitenden und laufenden Tätigkeiten.

Das AIHTA unterstützt auch 2026 die Geschäftsstelle in folgenden Bereichen:

- Laufende Erweiterung einer Datenbank klinischer Expert:innen in verschiedenen Fachbereichen
- Erstellung eines Methoden- und Prozesshandbuchs

- Erarbeitung einer Methoden-Guideline für gesundheitsökonomische Evaluationen – *siehe detaillierte Beschreibung in Fachbereich Gesundheitsökonomie*
- Unterstützung der Priorisierung der Arzneispezialitäten (Longlists, Fact-Sheets, Shortlists ...)
- Durchführung von HTAs unter Berücksichtigung – sofern vorhanden – europäischer joint clinical assessments (JCA) zu vom Bewertungsboard ausgewählten Arzneimitteln (für 2026: 5 HTAs)
- Koordination der PICO-Surveys für JCAs zu Produkten aus dem intramuralen Bereich

1.3.2.2 Joint clinical assessments (JCA) Arzneimittel

Projektleitung: Judit Erdös

Autor:innen: Judit Erdös, NN

Laufzeit: Q1 2026 bis Q4 2026 (fortlaufend)

Ressourcen: Drittmittel

Sprache: Englisch

Hintergrund:

Seit Jänner 2025 ist die HTA-VO verpflichtend umzusetzen. Das bedeutet, dass zu sämtlichen neu zugelassenen Onkologika und Advanced Therapy Medicinal Products (ATMPs) der klinische Zusatznutzen in Form von gemeinsamen europäischen Assessments (Joint clinical assessments/JCA) zu bewerten ist. Das AIHTA ist seit Dezember 2025 in die Erstellung eines JCAs als co-assessor involviert und wird 2026 voraussichtlich in einem weiteren als assessor/co-assessor beteiligt sein

Methoden:

Durchführung von JCAs auf Basis der gemeinsamen europäischen methodischen guidelines

1.3.2.3 Implementierung HTA-Verordnung (HTAR)

Projektleitung: Ingrid Zechmeister-Koss

Autor:innen: Ingrid Zechmeister-Koss, Sabine Geiger-Gritsch, Gregor Goetz, Judit Erdös

Qualitätssicherung: nicht zutreffend

Laufzeit: Q1 2026 bis Q4 2026 (fortlaufend)

Ressourcen: Drittmittel

Sprache: Englisch

Inhalt & Aufgaben:

Im Jänner 2025 wurde die HTA Verordnung rechtsverbindlich umgesetzt. Das AIHTA übernimmt im Zuge der EU-HTA-Verordnung eine zentrale Rolle in der fachlichen Mitarbeit, nationalen Abstimmung und internationalen Vertretung. Dazu gehören v. a. folgende Aufgaben:

- Gremienarbeit: Teilnahme an HTA Coordination Group, JCA-, EHT- und Methods-Subgroups; laufende Abstimmung mit nationalen Institutionen.
- Schulung & Evaluierung: Teilnahme am EU-HTA-Schulungsprogramm; Vorbereitung des Mitgliedstaatenberichts (Frist: 01/2027) für die Evaluierung der EU HTA Verordnung (bis 01/2028).

1.3.2.4 Kontextualisierung JCAs

Projektleitung: Michaela Riegelnegg

Autor:innen: Michaela Riegelnegg, Eleen Rothschedl

Qualitätssicherung: Sabine Geiger-Gritsch

Laufzeit: ab Publikation des ersten JCAs für intramurale Anwendung laufend

Ressourcen: Drittmittel

Sprache: Deutsch

Hintergrund:

Ab 2026 werden laufend JCAs fertig gestellt. Laut HTA-VO sind diese in den nationalen Entscheidungsprozessen zu berücksichtigen. Die JCAs beinhalten allerdings nur ein HTA zum Zusatznutzen eines neu zugelassenen Arzneimittels im Vergleich zu vorhandenen Behandlungsalternativen. Die Inhalte der JCAs sind mit österreich-spezifischen Kontextinformationen anzureichern und in Form von kurzen Fact-Sheets als Entscheidungsgrundlage (z. B. für Arzneimittelkommissionen) aufzubereiten.

Methode:

Entwicklung eines geeigneten Formats, Pilotierung und danach Routineanwendung

1.3.2.5 HTAR Capacity Building

Projektleitung: Agenas, Italien; **AIHTA:** Judit Erdös

Autor:innen: Konsortium aus 15 HTA-Instituten; **AIHTA:** Judit Erdös

Laufzeit: Q4 2024 bis Q1 2027

Sprache: Englisch

Hintergrund:

Das HTAR Capacity Building Programme ist ein EU-Programm zur Stärkung der Expertise von HTA-Behörden in EU-, EEA- und EFTA-Staaten im Rahmen der EU-HTA-Verordnung. Ziel ist es, die Mitarbeitenden auf gemeinsame Bewertungsprozesse wie Joint Clinical Assessments (JCA) und Joint Scientific Consultations (JSC) vorzubereiten und nachhaltige Kapazitäten in den nationalen HTA-Institutionen aufzubauen.

Teilnehmende erhalten Schulungen über virtuelle Klassenräume, E-Learning-Module und Tutoring durch EU-HTAR-Expert:innen. Die Zielgruppe umfasst HTA-Assessor:innen, Co-Assessor:innen und Mitarbeitende nationaler HTA-Behörden. Zur Unterstützung der Teilnehmenden bietet die HTAR-Community einen geschützten Bereich für den Austausch und die Vernetzung. Hier stehen alle relevanten Schulungsunterlagen bereit, Fragen zu den Curriculum-Modulen werden durch Expert:innen beantwortet, und die Plattform ermöglicht Peer-Interaktionen zwischen den Teilnehmenden.

Das Programm und die Community werden von der Europäischen Kommission bereitgestellt, die als unabhängiges Exekutivorgan der EU für die Umsetzung von EU-Rechtsvorschriften verantwortlich ist.

https://health.ec.europa.eu/document/download/d2ba5bf8-99c3-40a5-928d-e485d4549e87_en?filename=hta_htar-cbp-training_infosheet_en.pdf

Rolle AIHTA:

Das AIHTA ist Teil des Beratungsgremiums. Während regelmäßiger Treffen mit dem Gremium beraten die Mitglieder und überprüfen Ergebnisse und Meilensteine sowie Beteiligung als Tutor im Schulungsprogramm.

1.3.2.6 Amivantamab plus Lazertinib vs. Osimertinib plus Chemotherapie in der Erstlinienbehandlung des fortgeschrittenen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms

Projektleitung: Eva Malikova

Autor:innen: Eva Malikova, Judit Erdös, Sabine Geiger-Gritsch

Laufzeit: Q1 2026 bis Q2 2026 (4 PM)

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

Lungenkrebs ist weltweit die häufigste krebsbedingte Todesursache. In Österreich wurden im Jahr 2023 mehr als 5.200 Neuerkrankungen registriert, womit er für beide Geschlechter die zweithäufigste Krebserkrankung darstellt. Trotz neuer Behandlungsmethoden liegt das 5-Jahres-Gesamtüberleben bei etwa 20 %, was dem europäischen Niveau entspricht [1]. Weltweit macht das nicht-kleinzellige Lungenkarzinom (NSCLC) 85 % der Lungenkrebsfälle aus und weist eine hohe Sterblichkeitsrate auf. Rauchen ist die Hauptursache des NSCLC und verantwortlich für etwa 85 % der Fälle [2].

NSCLC entsteht aus den Epithelzellen der Lunge und wird in drei Hauptsubtypen unterteilt: Adenokarzinom, Plattenepithelkarzinom und großzelliges Karzinom, wobei das Adenokarzinom am häufigsten vorkommt. Mutationen im epidermalen Wachstumsfaktorrezeptor (EGFR) tragen maßgeblich zur Entstehung von NSCLC bei und dienen als therapeutische Zielstrukturen für personalisierte Therapien; dabei machen Exon-19-Deletionen (Ex19del) oder Exon-21-L858R-Substitutionen 85–90 % aus [2].

Für die Erstlinienbehandlung von Patient:innen mit diesen Mutationen empfehlen sowohl die NCCN-Leitlinie (2026) als auch die Onkopedia-Leitlinie folgende Optionen: Osimertinib-Monotherapie, Osimertinib in Kombination mit platinbasierter Chemotherapie und Pemetrexed sowie Amivantamab in Kombination mit Lazertinib [3, 4].

Osimertinib (Tagrisso®), ein irreversibler EGFR-Tyrosinkinaseinhibitor (TKI) der dritten Generation mit Wirksamkeit im zentralen Nervensystem (ZNS), wurde im Februar 2016 erstmals in der EU zugelassen. Die Indikation wurde im Juli 2024 auf die Kombination mit Pemetrexed und platinbasierter Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung erwachsener Patient:innen mit fortgeschrittenem NSCLC mit EGFR-Exon-19-Deletionen oder Exon-21-(L858R)-Substitutionsmutationen erweitert [5].

Amivantamab ist ein bispezifischer EGFR-MET-Antikörper mit immunvermittelter Aktivität und einem mehrfachen Wirkmechanismus. Lazertinib ist ein ZNS- penetranter EGFR-TKI der dritten Generation mit Wirksamkeit gegen aktivierende EGFR-Mutationen. Die intravenöse Formulierung von Amivantamab (Rybrevant®) wurde im Dezember 2021 zunächst als Monotherapie in der EU zur Behandlung von Patient:innen mit EGFR-Exon-20-Insertionsmutationen zugelassen. Diese Indikation wurde im März 2025 auf die Kombination mit Lazertinib zur Erstlinienbehandlung erwachsener Patient:innen mit fortgeschrittenem NSCLC mit EGFR-Exon-19-Deletionen oder Exon-21-L858R-Substitutionsmutationen erweitert. Im Juni 2025 wurde zudem die subkutane Formulierung von Amivantamab zugelassen [6]. Sowohl Amivantamab plus Lazertinib als auch Osimertinib plus Chemotherapie sind für dieselbe Indikation zugelassen, jedoch sind die vergleichende klinische Wirksamkeit und Sicherheit sowie die organisatorischen und wirtschaftlichen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem noch unklar.

Projektziele:

Das Health Technology Assessment (HTA) wird die klinische Wirksamkeit, Sicherheit, organisatorischen Aspekte und wirtschaftlichen Konsequenzen der jeweiligen Behandlungsoptionen bewerten, um eine evidenzbasierte und patient:innenorientierte Gesundheitsentscheidung in Österreich zu unterstützen.

Forschungsfragen (FF):

Für die Erstlinienbehandlung erwachsener Patient:innen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom mit EGFR-Exon-19-Deletionen oder Exon-21-L858R-Substitutionsmutationen:

FF 1: Wie ist die vergleichende Wirksamkeit und Sicherheit von Amivantamab (i.v./s.c.) plus Lazertinib gegenüber Osimertinib plus Chemotherapie?

FF 2: Wie ist die vergleichende Wirksamkeit und Sicherheit von Amivantamab (i.v.) plus Lazertinib gegenüber Amivantamab (s.c.) plus Lazertinib?

FF 3: Welche organisatorischen Aspekte ergeben sich bei der Behandlung mit Amivantamab (i.v./s.c.) plus Lazertinib im Vergleich zu Osimertinib plus Chemotherapie?

FF 4: Welche wirtschaftlichen Aspekte ergeben sich bei der Behandlung mit Amivantamab (i.v./s.c.) plus Lazertinib im Vergleich zu Osimertinib plus Chemotherapie?

Methoden:

Eine systematische Literaturrecherche wird in vier Datenbanken sowie durch Handsuche nach systematischen Reviews, randomisierten kontrollierten Studien, nicht-randomisierten kontrollierten Studien und HTA-Berichten durchgeführt. Relevante Referenzen zu organisatorischen und wirtschaftlichen Aspekten werden ebenfalls identifiziert. Darüber hinaus werden klinische Studienregister nach laufenden klinischen Studien durchsucht. Die Treffer werden von zwei Autorinnen unabhängig und verblindet auf Abstract- und Volltextebene gescreent. Die Datenextraktion erfolgt systematisch durch eine Autorin und wird von einer zweiten Autorin überprüft.

Das Verzerrungsrisiko der eingeschlossenen Studien wird mit dem Cochrane Risk of Bias (RoB) Tool v.2 für randomisierte placebo-kontrollierte Studien, ROBINS-I für nicht-randomisierte Studien sowie ROBIS für systematische Reviews und HTAs bewertet. Die Evidenzstärke wird anhand des GRADE-Ansatzes (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation) beurteilt.

Die extrahierten Daten werden anschließend narrativ synthetisiert, mit Schwerpunkt auf der Zusammenfassung von Wirksamkeit und Sicherheit der Interventionen. Die organisatorischen Aspekte werden aus eingeschlossenen klinischen Studien und durch Handsuche identifizierten Quellen extrahiert und durch Input klinischer Expert:innen ergänzt. Die Ergebnisse werden narrativ beschrieben.

Für die wirtschaftlichen Aspekte wird verfügbare Evidenz, einschließlich publizierter Kosten-Effektivitäts-Analysen, narrativ zusammengefasst. Zusätzlich wird eine Budget-Impact-Analyse (BIA) von Amivantamab (i.v./s.c.) plus Lazertinib im Vergleich zu Osimertinib plus Chemotherapie für den österreichischen Kontext durchgeführt.

PICO-Tabelle:

Population	Erwachsene Patient:innen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem EGFR-mutiertem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom mit häufigen Mutationen (Exon-19-Deletion oder Exon-21-L858R-Mutation)
Intervention	FF 1, 3, 4: Amivantamab (intravenös/subkutan) plus Lazertinib FF 2: Amivantamab (intravenös) plus Lazertinib
Vergleich	FF 1, 3, 4: Osimertinib plus Pemetrexed und platinbasierte Chemotherapie FF 2: Amivantamab (subkutan) plus Lazertinib
Endpunkte	FF 1, 2:

	■ Wirksamkeit: OS, PFS, Dauer des Ansprechens (DOR), objektive Ansprechrare (ORR), medianer Zeitraum bis zur symptomatischen Progression, medianer Zeitraum bis zum Therapieabbruch, medianer Zeitraum bis zur Folgetherapie, medianer PFS nach erster Folgetherapie, intrakranieller PFS, intrakranielle objektive Remission, mediane Dauer der intrakraniellen objektiven Remission, zweiter PFS nach erster Folgetherapie, Krankheitskontrolle ■ Lebensqualität ■ Sicherheit: unerwünschte Ereignisse (UE) insgesamt, schwerwiegende UE, schwere UE, Tod, Therapieabbruch, Therapieunterbrechung FF 3: organisatorische Aspekte; FF 4: Kosten-Effektivität (ICER)
Studiendesign	■ Systematische Reviews ■ HTAs und ITCs ■ RCTs ■ NRCs ■ SATs ■ CEA (für FF 4) Ausgeschlossen: In-vitro-, Tier-, Fallstudien, Kongressabstracts, Leserbriefe und Autorenerwiderungen
Sprachen	Englisch, Deutsch

Abkürzungen: CEA ... Kosten-Effektivitäts-Analyse, DOR ... Dauer des Ansprechens, EGFR ... epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor, ICER ... inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis, ITC ... indirekter Behandlungsvergleich, NRCs ... nicht-randomisierte kontrollierte Studien, NSCLC ... nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, OS ... Gesamtüberleben, PFS ... progressionsfreies Überleben, RCTs ... randomisierte kontrollierte Studien, SAEs ... schwerwiegende unerwünschte Ereignisse, SATs ... einarmige Studien, UE ... unerwünschte Ereignisse

Zeitplan:

Period	Tasks
Q1 2026	Scoping und Finalisierung des Projektprotokolls
Q1 2026	■ Systematische Literaturrecherche und Handsuche ■ Literaturauswahl
Q1 2026	Datenextraktion und Qualitätsbewertung
Q1-Q2 2026	Durchführung der Budgetfolgenanalyse
Q2 2026	Verfassen des Berichts
Q2 2026	Interne und externe Begutachtung
Q2 2026	Layout und Publikation

Referenzen:

- [1] Wass R. E. and Lamprecht B. Lung cancer in Austria: epidemiology and demographic trends as a basis for early detection strategies. memo – Magazine of European Medical Oncology. 2026;19(1):18-21. DOI: 10.1007/s12254-025-01092-x.
- [2] Garg P., Singhal S., Kulkarni P., Horne D., Malhotra J., Salgia R., et al. Advances in Non-Small Cell Lung Cancer: Current Insights and Future Directions. J Clin Med. 2024;13(14). Epub 20240718. DOI: 10.3390/jcm13144189.
- [3] NCCN. NSCLC Guideline. 2026 [cited 03.03.2026]. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1450>.
- [4] Onkopedia. Lungenkarzinom, nicht-kleinzellig (NSCLC). 2025 [cited 03.03.2026]. Available from: <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/lungenkarzinom-nicht-kleinzellig-nsclc/@guideline/html/index.html>.

- [5] EMA. Tagrisso. [cited 02.03.2026]. Available from:
<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/tagrisso>.
- [6] EMA. Rybrevant. [cited 02.03.2026]. Available from:
<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/rybrevant>.

1.3.2.7 Nutzung IHSI-Daten: Pipeline Monitor Onkologie und Therapieprofile „Hochpreisiger Arzneimittel“

Projektleitung: Diana Szivakova

Autor:innen: Diana Szivakova, Daniel Fabian

Qualitätssicherung: Sabine Geiger-Gritsch

Laufzeit: ab 2026 (Änderung der bisherigen Programmlinie
„Horizon Scanning Onkologie/Onko-Factsheets“)

Ressourcen: 1 PM

Sprache: Englisch (ev. deutscher Factsheets)

Hintergrund:

Hochpreisige Arzneimittel, insbesondere innovative Therapien wie zielgerichtete Therapien, Immuntherapien oder Zelltherapien, verursachen einen wachsenden Anteil der intramuralen Arzneimittelkosten. Die Vielzahl neuer Produkte erschwert die Budgetplanung und strategische Ressourcenzuweisung.

Inhalt:

- Erstellung eines Pipeline Monitors für Onkologika inklusive Kostenabschätzung: Nutzung der IHSI-Datenbank zur Ermittlung aktueller und geplanter Onkologika und Aufbereitung der Informationen für den Ö Kontext in Anlehnung an verfügbare Berichte anderer Länder/Institutionen (Kanada, IQVIA)
- Therapieprofile zu innovativen Arzneimitteln in verschiedenen Indikationsgebieten: Aufbereitung von Informationen zu hochpreisigen, innovativen Arzneimitteln in unterschiedlichen Indikationsbereichen mit Fokus auf erwartete Entwicklungen in den nächsten 1–2 Jahren: Nutzung und Aufbereitung der IHSI-Datenbank, um Therapieprofile und Entwicklungstrends zu erstellen. Visuelle Aufbereitung der Daten für die Nutzung durch Entscheidungsträger in Krankenhäusern und Gesundheitsfonds der Länder

Methode:

- Entwicklung von Suchstrategie in der IHSI Datenbank
- Kooperation mit IHSI und Krankenhausträgern
- Berichterstellung inkl. Visualisierung, ev. Dashboards für regelmäßige Abfragen

1.4 Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung

1.4.1 Übersicht

Endometriose – Leitlinienübersicht und Situation in Wien + Pilotierung patient involvement (eigendefiniert)
Rapid Recovery Programme nach chirurgischen Eingriffen
Costing & Unit Costs (Teil 2)
Gesundheitsökonomische Leitlinie

Legende
Länder
Eigendefiniert
Bewertungsboard

1.4.2 Kurzbeschreibung

1.4.2.1 Endometriose: Internationale Versorgungsstandards und Versorgungsrealität in Wien

Projektleitung: Lena Grabenhofer

Autor:innen: Lena Grabenhofer, Doris Giess, Naomi Linton-Romir, Eleen Rothschedl

Qualitätssicherung: Christoph Strohmaier

Laufzeit: Q1 2026 bis Q3 2026 (8 PM)

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

Endometriose zählt zu den häufigsten Unterleibserkrankungen bei Personen im reproduktiven Alter [1]. Neben Frauen können auch Transmänner und nichtbinäre Personen betroffen sein; die Begriffe „Personen“ und „Patient:innen“ werden verwendet, um dieser Vielfalt gerecht zu werden.

Bei Endometriose handelt es sich um eine gutartige, chronische entzündliche Erkrankung, bei der sich gebärmutterähnliches Gewebe (sogenannte „Endometriose-Herde“) außerhalb der Gebärmutter ansiedelt [2, 3]. Betroffen sind vor allem der Bauchraum, die Eierstöcke, die Eileiter und die Harnblase [2]. Die Ausprägung der Symptomatik kann stark variieren und nicht alle Betroffenen weisen Beschwerden auf. Die Art und Intensität der Symptome hängen unter anderem von der Lokalisation und dem Entzündungsgrad der Endometriose-Herde ab [4]. Zu den häufigsten Symptomen zählen starke Schmerzen, insbesondere während der Menstruation, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr sowie Unfruchtbarkeit; diese gehen häufig mit einer verminderten Lebensqualität und psychosozialen Beeinträchtigungen einher [3, 4]. Daten aus Österreich zeigen beispielsweise, dass nahezu alle Personen mit einer Endometriose-Diagnose unter Menstruationsschmerzen leiden, davon 81 % unter sehr starken, starken oder mittelmäßigen Schmerzen. Etwa 61 % berichten von zusätzlichen Schmerzen im Zusammenhang mit der Endometriose [1]. Eine vollständige Heilung der Endometriose ist derzeit nicht möglich, da die genaue Ursache der Erkrankung nicht bekannt ist [2, 4]. Therapeutische Maßnahmen zielen daher auf die Linderung der Beschwerden und die Verbesserung der Lebensqualität ab. Die Wahl der Behandlung richtet sich nach der individuellen Situation der Betroffenen, insbesondere danach, ob Schmerzen, ein unerfüllter Kinderwunsch oder beide Aspekte im Vordergrund stehen. Zu den möglichen Therapieoptionen zählen die medikamentöse Schmerztherapie, hormonelle Behandlungen sowie operative Eingriffe, wobei die genannten Optionen einzeln oder in Kombination angewendet werden können [4].

Obwohl Endometriose zu den häufigsten chronischen Erkrankungen bei Personen im reproduktiven Alter gehört, berichten viele Patient:innen, dass ihre Schmerzen und Beschwerden vom medizinischen Fachpersonal nicht ernst genommen oder als „normal“ abgetan werden. Dieses Gefühl der Nichtwahrnehmung trägt zu emotionaler Belastung, zu Vertrauensverlust und zu verzögerten Diagnosen bei [5, 6].

In Österreich sind 6,4 % der menstruierenden Personen im Alter von 14 bis 60 Jahren von Endometriose betroffen, davon etwa zwei Drittel (67 %) vor der Menopause. Zusätzlich besteht bei weiteren 4,4 % der Verdacht, von Endometriose betroffen zu sein [1]. Die tatsächliche Prävalenz dürfte allerdings aufgrund der hohen Dunkelziffer von bis zu 300.000 Betroffenen unterschätzt sein [7]. Die Datenlage zu Endometriose ist im Allgemeinen in Österreich sehr begrenzt. Es gibt wenig repräsentative Daten zu Risikofaktoren oder zur Versorgungssituation [8]. Dazu kommt, dass knapp ein Drittel (31,3 %) der potenziell betroffenen Personen bislang keine Kenntnisse über das Krankheitsbild Endometriose besitzt. Der Zeitraum bis zur Diagnose beträgt in Österreich derzeit durchschnittlich 6,6 Jahre [1].

Projektziele:

Ziel des Berichts ist die systematische Erfassung aktueller internationaler Leitlinienempfehlungen und Versorgungspfade zur Diagnose und Therapie der Endometriose, die Ableitung evidenzbasierter Empfehlungen sowie deren Bewertung im Hinblick auf die Versorgungsrealität in Wien. Dabei soll die interdisziplinäre Versorgungsstruktur dargestellt und jene Versorgungsaspekte identifiziert werden, die aus der Perspektive der Patient:innen und Gesundheitsdienstleister:innen verbessert werden können.

Nicht-Ziele:

- Das Projekt hat keine systematische Bewertung der Behandlungsmethoden zum Ziel.
- Das Projekt hat keine gesundheitsökonomische Analyse zum Ziel.

Forschungsfragen:

FF 1: Welche evidenzbasierten diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen zur Endometriose enthalten aktuelle internationale Leitlinien, wie werden diese hinsichtlich Evidenzniveau und Empfehlungsstärke bewertet, welche Interventionen mit hohem Evidenzgrad lassen sich daraus für die Versorgungspraxis ableiten und welche Organisationsstrukturen bzw. Versorgungspfade werden international empfohlen?

FF 2: Wie ist die aktuelle Versorgungsstruktur in Wien und welche Versorgungsdefizite und Bedürfnisse sehen Patient:innen und Gesundheitsdienstleister:innen in der Praxis?

FF 3: Inwieweit entspricht die aktuelle Versorgungspraxis in Wien den internationalen Leitlinienempfehlungen sowie den Empfehlungen für Versorgungspfade?

Methoden:

FF 1: Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage erfolgt zunächst eine Handsuche nach internationalen Leitlinien zur Diagnose und Therapie der Endometriose, ergänzt durch eine gezielte Handsuche nach Empfehlungen zu Versorgungspfaden und -modellen. Als Ausgangsbasis wird die Leitliniensynopse des Australian Journal of General Practice (AJGP) [9] herangezogen, aktualisiert und gegebenenfalls um weitere ausgewählte Leitlinien ergänzt. Die Selektion der relevanten Publikationen basiert auf vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien. Sämtliche methodischen Schritte, einschließlich der Literatursuche, der Datenextraktion und der Qualitätsbewertung, werden nach dem Vier-Augen-Prinzip durchgeführt: Eine Autorin übernimmt die primäre Bearbeitung, während eine zweite Autorin die Ergebnisse überprüft und validiert. Nach Abschluss der Literaturakquise werden die identifizierten Outcomes systematisch extrahiert und zusammenfassend analysiert. Anhand dieser sollen die wichtigsten Diagnose- und Behandlungspfade dargestellt werden. Da die eingeschlossenen Leitlinien unterschiedliche Evidenz- und Empfehlungsgrade (LoE/GoR) verwenden, soll versucht werden alle Empfehlungen zur besseren Vergleichbarkeit in eine einheitliche Skala zu überführen. Diese Überführung ermöglicht eine konsistente Synthese und die klare Darstellung evidenzstarker Empfehlungen.

FF 2: Zur Erfassung der Versorgungssituation und der bestehenden Defizite in Wien wird zunächst eine Handsuche nach Daten zu bestehenden Versorgungsstrukturen durchgeführt. Als Grundlage hierfür dient die komparative Analyse der Organisation der Endometrioseversorgung in fünf Ländern mit hohem Einkommen von Leroy et al. (2025)[10]. Ergänzend werden die Perspektiven betroffener Patient:innen sowie von Gesundheitsdienstleister:innen erfasst.

Ziel der Handsuche ist es, einen umfassenden Überblick über vorhandene Versorgungsstrukturen, angebotene Dienstleistungen und deren Zugänglichkeit zu erhalten.

Zur Erfassung der Perspektiven von Patient:innen und Gesundheitsdienstleister:innen wird eine standardisierte Befragung in Wien durchgeführt. Das Erhebungsinstrument kombiniert offene Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien, um sowohl quantitative als auch qualitative Daten zu erheben.

Die Patient:innenbefragung fokussiert sich auf Erfahrungen mit dem diagnostischen und therapeutischen Prozess, wahrgenommene Stärken und Herausforderungen der Versorgung, Bedürfnisse und Erwartungen an die Versorgung sowie auf die Zufriedenheit mit der aktuellen Behandlung. Bei der Befragung der Gesundheitsdienstleister:innen stehen die Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in der Versorgungspraxis, bestehende Barrieren, die Organisation interdisziplinärer Versorgungsstrukturen sowie die Einschätzung der Umsetzbarkeit bereits bekannter Leitlinienempfehlungen aus der Leitliniensynopse der AJGP im österreichischen Versorgungskontext im Fokus.

FF 3: Die Ergebnisse aller drei methodischen Bausteine werden abschließend synthetisiert und einander systematisch gegenübergestellt. Zunächst werden die in FF 1 identifizierten internationalen Versorgungsstandards als Referenzrahmen herangezogen. Diese werden anschließend mit den Ergebnissen der FF 2 abgeglichen, um zu analysieren, inwieweit die empfohlenen Standards in der Wiener Versorgungspraxis tatsächlich umgesetzt werden.

Die Methodentriangulation (Methodenmix) soll so die Identifikation spezifischer Handlungsfelder zur Optimierung der Versorgung bei Endometriose in Wien ermöglichen und dabei sowohl evidenzbasierte Leitlinienempfehlungen als auch die Perspektiven der Gesundheitsdienstleister:innen und Patient:innen berücksichtigen.

PICOS-Tabelle:

Population	Frauen/Patient:innen mit diagnostizierter oder vermuteter Endometriose Gesundheitsdienstleister:innen (z. B. Gynäkolog:innen, Hausärzt:innen, Pflege, Therapeut:innen) im Kontext der Endometriose Versorgung
Intervention	Versorgung gemäß evidenzbasierten Leitlinien und empfohlener Behandlungspfade
Kontrolle	—
Outcomes	■ Aktuelle evidenzbasierte Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik und Therapie von Endometriose ■ Indikationen und Anwendungsgebiete, Level of Evidence (LoE) und Grade of Recommendation (GoR) ■ Versorgungsstrukturen und Organisationsmodelle ■ Empfehlungen zu Versorgungspfaden und Umsetzung in der Praxis
Studiendesign	Evidenzbasierte Leitlinien und Empfehlungen zu Versorgungspfaden
(Länder)	Ausgewählte westliche Länder mit vergleichbaren Gesundheitssystemen
Sprachen	Englisch, Deutsch

Zeitplan:

Period	Tasks
Q1 2026	Scoping und Finalisierung des Projektprotokolls
Q1 2026	■ manuelle Literatursuche ■ Literaturauswahl
Q1/Q2 2026	Datenextraktion und Qualitätsbewertung, Survey Erhebung
Q3 2026	Auswertung und Analyse der Surveys

Period	Tasks
Q3 2026	Verschiftlichung
Q3 2026	Interner und externer Review
Q3 2026	Layout & Veröffentlichung

Referenzen:

- [1] Gaiswinkler S. W., Anna; Antony, Daniela; Ofner, Tonja; Delcour, and Jennifer; Antosik J. P., Johanna; Pilwarsch; Johanna. Menstruationsgesundheitsbericht 2024. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), 2024.
- [2] Renner S. P. and Müller A. Endometriose. In: Strowitzki T. and Ortmann O., editors. Klinische Endokrinologie für Frauenärzte. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2024. p. 533-552.
- [3] Wang P.-H., Yang S.-T., Chang W.-H., Liu C.-H., Lee F.-K. and Lee W.-L. Endometriosis: Part I. Basic concept. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. 2022;61(6):927-934. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2022.08.002>.
- [4] Endometriose. [updated 29.02.2024]. Available from: <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sexualorgane/weibliche-sexualorgane/endometriose.html#wie-erfolgt-die-behandlung-einer-endometriose>.
- [5] Barbara G., Buggio L., Facchin F. and Vercellini P. Medical Treatment for Endometriosis: Tolerability, Quality of Life and Adherence. Frontiers in Global Women's Health. 2021;Volume 2 – 2021. DOI: 10.3389/fgwh.2021.729601.
- [6] Brauer L., de Cruppé W. and Geraedts M. „Take me seriously”: A qualitative interview study exploring healthcare experiences of endometriosis patients. PLOS ONE. 2025;20(5):e0323883. DOI: 10.1371/journal.pone.0323883.
- [7] Weil Warten keine Option ist: WIGEV bietet Hilfe bei Endometriose. 23. September 2025 [cited 04.02.2026]. Available from: <https://gesundheitsverbund.at/weil-warten-keine-option-ist-wigev-bietet-hilfe-bei-endometriose/>.
- [8] Gaiswinkler S. A., Daniela; Delcour, Jennifer; Pfabigan, Johanna; and Pichler M. W., Anna. Frauengesundheitsbericht 2022. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), 2023.
- [9] Crump J., Suker A. and White L. Endometriosis: A review of recent evidence and guidelines. Aust J Gen Pract. 2024;53(1-2):11-18. DOI: 10.31128/ajgp/04-23-6805.
- [10] Leroy R., Abbott J., Benahmed N., Camberlin C., De Jaeger M., Hartwell D., et al. Comparative analysis of the organization of endometriosis care in five high-income countries: implications for health systems and policy. Human Reproduction. 2025;40(12):2295-2309. DOI: 10.1093/humrep/deaf190.

1.4.2.2 Implementierung von Rapid-Recovery-Programmen bei totalem Hüft- und Kniegelenkersatz: Herausforderungen und Möglichkeiten in Österreich

Projektleitung: Daniel Fabian

Autor:innen: Diana Szivakova, Sabine Geiger-Gritsch

Qualitätssicherung: Sabine Geiger-Gritsch

Laufzeit: Q1 2026 bis Q3 2026 (6 PM)

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

Eine Reform des Krankenhaus-Finanzierungssystems in Österreich, in Kraft getreten am 1. Jänner 2025 [1], hat einen erheblichen Druck erzeugt, Patient:innen so schnell wie möglich zu entlassen, da Krankenhausaufenthalte von bis zu zwei Tagen nun sofort erstattet werden. Um einen Rückgang der medizinischen Qualität zu vermeiden, besteht ein dringender Bedarf, in den kommenden Jahren landesweit geeignete Unterstützungsprogramme zu implementieren. In vielen Ländern wurden Rapid-Recovery-Programme bereits erfolgreich umgesetzt – jedoch nicht in Österreich auf landesweiter Ebene. Daher sind verschiedene Krankenhäuser an Rapid-Recovery-Programmen interessiert und haben diese bereits pilotiert. Ohne ein strukturiertes Protokoll zur Unterstützung der Krankenhäuser sind jedoch alle Bemühungen zur Umsetzung personalabhängig und laufen Gefahr, aufgrund von Schwächen im Versorgungspfad und begrenzter Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern zu scheitern.

Die Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society [2] veröffentlicht seit 2005 Leitlinien für Rapid-Recovery-Programme, die ein breites Spektrum chirurgischer Eingriffe abdecken. In der Praxis sind die Möglichkeiten, alle Komponenten dieser umfassenden Leitlinien in unterschiedlich organisierten öffentlichen Gesundheitssystemen umzusetzen, jedoch begrenzt. Es besteht daher ein Bedarf, die Möglichkeiten zu analysieren, die das österreichische Gesundheitssystem bietet, und Empfehlungen für die Umsetzung geeigneter Interventionen aus diesen Leitlinien anzubieten.

Nach einer Expert:innenkonsultation wurde die Orthopädie als das relevanteste Fachgebiet für die Analyse der Implementierung von Rapid-Recovery-Programmen identifiziert. Die ERAS Society hat Leitlinien für die lumbale Wirbelsäulenfusion und den totalen Hüft- und Kniegelenkersatz [3], wobei letzterer [4] von den Expert:innen als am relevantesten identifiziert wurde.

Projektziele:

Dieses Projekt zielt darauf ab, Programme und Protokolle zu identifizieren, die die Dauer des Krankenhausaufenthalts reduzieren, ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen oder die Patient:innenergebnisse zu verschlechtern, im österreichischen Setting. Ziel ist es, Empfehlungen für die Implementierung von Rapid-Recovery-Protokollen in österreichischen Krankenhäusern zu geben, wobei alle präoperativen, intraoperativen und postoperativen Aspekte berücksichtigt werden.

Forschungsfrage:

FF 1:

Wie wirksam und sicher sind Rapid-Recovery-Maßnahmen beim totalen Hüft- und Kniegelenkersatz im Vergleich zur Standardversorgung?

FF 2:

1. Wie können ERAS-Leitlinien für den totalen Hüft- und Kniegelenkersatz an das österreichische öffentliche Gesundheitssystem angepasst und implementiert werden, um die Dauer des Krankenhausaufenthalts zu reduzieren und gleichzeitig die Versorgungsqualität und die Patient:innenergebnisse aufrechtzuerhalten oder zu verbessern?
2. Welche strukturellen und organisatorischen Barrieren, insbesondere hinsichtlich der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern, schränken derzeit die Implementierung von Rapid-Recovery-Protokollen in Österreich ein, und wie können diese adressiert werden?
3. Wie ist die Kosteneffektivität, der in der primären Frage identifizierten Rapid-Recovery-Komponenten im Vergleich zur Standardversorgung?

Methoden:

1. Zur Identifikation der relevanten Informationsquellen ist eine Scoping-Phase erforderlich, die eine Überprüfung von Empfehlungen von Fachgesellschaften, Publikationen in PubMed und Diskussionen mit Expert:innen umfasst, bevor die systematische Literatursuche begonnen wird.

2. Zur Beantwortung der primären Forschungsfrage wird ein Health Technology Assessment (HTA) in einem schrittweisen Ansatz durchgeführt:
 - a. Im ersten Schritt werden wir nach systematischen reviews (SR) für den elektiven primären totalen Hüft- und Kniegelenkersatz suchen. Basierend auf der Evidenz und Qualität wird entweder ein Review of Reviews oder ein Update des SR unter Verwendung des Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [5] durchgeführt.
 - b. Falls kein existierender und aktueller SR mit ausreichender Evidenz und Qualität gefunden wird, werden wir einen SR einschließlich Primärstudien durchführen und den GRADE-Ansatz verwenden.
 - c. Anschließend werden die relevantesten Elemente aus dem ERAS-Protokoll identifiziert.
3. Zur Beantwortung der sekundären Forschungsfrage Teil 1 und 2 wird die identifizierte Literatur gescreend, um die organisatorischen Hauptelemente zu identifizieren, die für die Implementierung von Rapid-Recovery-Programmen erforderlich sind. Bei Bedarf wird eine zusätzliche Suche durchgeführt. Nach Identifikation der organisatorischen Hauptelemente werden die relevantesten Interventionen (identifiziert in der primären Forschungsfrage) hinsichtlich ihrer Implementierung evaluiert.
4. Zur Beantwortung der sekundären Forschungsfrage Teil 3 wird eine zusätzliche Suche nach Evidenz zur Kosteneffektivität durchgeführt, die nur Studien einschließt, die Rapid-Recovery-Elemente bewertet haben, die in der primären Forschungsfrage als relevant identifiziert wurden. Vorbehaltlich der Verfügbarkeit solcher Evidenz werden die wesentlichen Merkmale und Ergebnisse der identifizierten Studien zusammengefasst. Die Studienqualität wird anhand einer geeigneten Checkliste bewertet.

Suchkriterien: Population und Komparator wie im oben genannten klinischen Review-Protokoll spezifiziert. Intervention beschränkt, auf die in der primären Forschungsfrage identifizierten, Rapid-Recovery-Elemente. Setting beschränkt auf Gesundheitssysteme, die mit dem österreichischen Gesundheitssystem vergleichbar sind.

Studiendesign: Relevantes gesundheitsökonomisches Studiendesign (Kosten-Nutzwert-Analyse, Kosten-Effektivitäts-Analyse, Kosten-Nutzen-Analyse, Kosten-Konsequenzen-Analyse, vergleichende Kostenanalyse).

PICO Tabelle (für FF 1):

Population	Erwachsene Patient:innen, die eine elektive primäre totale Hüft- oder Kniegelenkersatz bekommen (THR – totaler Hüftgelenkersatz/TKR – totaler Kniegelenkersatz)
Intervention	Standardisierte perioperative Versorgung gemäß dem ERAS®-Protokoll: <i>Präoperative Interventionen (Prähabilitation):</i> ■ Präoperative Information, Aufklärung und Beratung ■ Präoperative Patient:innenoptimierung ■ Präoperative Physiotherapie ■ Präoperatives Fasten ■ Präoperative Kohlenhydratbehandlung ■ Prä-Anästhesie-Protokollmedikation ■ Standardisiertes Anästhesieprotokoll <i>Intraoperative Intervention:</i> ■ Operationstechnik ■ Standardisiertes Anästhesieprotokoll ■ Lokalanästhetika zur Infiltrationsanalgesie und Nervenblockaden ■ Prophylaxe von postoperativer Übelkeit und Erbrechen (PONV) ■ Prävention von perioperativem Blutverlust ■ Multimodale orale Analgesie ■ Aufrechterhaltung der Normothermie

	■ Antimikrobielle Prophylaxe ■ Antithrombotische Prophylaxe <i>Postoperative Interventionen:</i> ■ Perioperatives Flüssigkeitsmanagement ■ Postoperative Ernährungsversorgung ■ Frühmobilisation ■ Kriterien basierte Entlassung ■ Kontinuierliche Verbesserung und Audit
Komparator	Konventionelle perioperative Standardversorgung ohne/nur teilweise strukturiertes ERAS-Protokoll
Endpunkte	Dauer des Krankenhausaufenthalts, perioperative Komplikationsraten, Rehospitalisierungsrate (30 Tage), postoperative Funktion, Mobilität, Mortalität, patient:innenberichtete Endpunkte, unerwünschte Ereignisse, Komplikationen im Zusammenhang mit früher Entlassung
Publikationstyp	Metaanalysen und SR von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs), HTAs; Falls keine SR mit ausreichender Evidenz und Qualität gefunden wird, werden Primärstudien gesucht
(Länder)	Nordamerika, Europa
Sprachen	Englisch, Deutsch

Zeitplan:

Zeitraum	Aufgaben
Q1 2026	Scoping, Stakeholder-Treffen und Finalisierung des Projektprotokolls
Q1/Q2 2026	■ Systematische Literatursuche und manuelle Suchen ■ Auswahl der Literatur
Q1/Q2 2026	Datenextraktion und Qualitätsbewertung
Q2 2026	Verfassen des Berichts
Q2 2026	Interne und externe Begutachtung
Q3 2026	Layout und Publikation

References:

- [1] Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. LKF-Systembeschreibung 2026. In: Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, editor. 2026.
- [2] ERAS Society. About us: History. 2026 [cited 03.03]. Available from: <https://erassociety.org/about/history/>.
- [3] ERAS Society. Orthopedics. 2026 [cited 04.03]. Available from: <https://erassociety.org/guidelines/#filter=.orthopaedic>.
- [4] Wainwright T. W., Gill M., McDonald D. A., Middleton R. G., Reed M., Sahota O., et al. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Acta Orthopaedica. 2020;91(1):3-19. DOI: 10.1080/17453674.2019.1683790.
- [5] Higgins J., Thomas J., Chandler J., Cumpston M., Li T., Page M., et al. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.5 (updated August 2024). 2024. Available from: www.cochrane.org/handbook.

1.4.2.3 Costing & Unit Cost (Teil 2)

Projektleitung: Christoph Strohmaier

Autor:innen: Christoph Strohmaier, Tatiana Marschik

Qualitätssicherung: Ingrid Zechmeister-Koss

Laufzeit: Q2 2026 bis Q3 2026 (5 PM)

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

In Österreich spielen gesundheitsökonomische Evaluationen bisher eine untergeordnete Rolle, da unter anderem eine entsprechende Leitlinie mit standardisiertem „Reference Case“ und einheitlichem „Costing-Prozess“ bislang fehlen. Ein Reference-Case und ein Costing-Prozess, bei dem Ressourcenverbräuche identifiziert, gemessen und bewertet werden, sind jedoch fundamental, um Vergleichbarkeit von gesundheitsökonomischen Analysen zu gewährleisten und eine evidenzbasierte Systemsteuerung zu ermöglichen. Teil 1 dieser Arbeit untersuchte daher die entsprechenden „Referenz Cases“ und „Costing-Prozesse“ in 12 Ländern. Dabei wurde der ursprüngliche Fokus von der reinen Berechnung von sogenannten „Unit Costs“ (Einheits- oder Stückkosten) auf das notwendige Grundlagenwissen zum Costing-Prozess verschoben. Gegenstand von Teil 2 ist die Identifikation relevanter Datenquellen in Österreich zur Kalkulation von „Unit Costs“, die Durchführung von Use Cases und Ableitung von Standards für die Anwendung in der gesundheitsökonomischen Evaluation, Systemplanung und Steuerung. Die Ergebnisse fließen in das Projekt „Gesundheitsökonomische Leitlinie“ (siehe nächste Projekt) ein.

Pre-Scoping:

Konzeptionelles Wissen & Literatur aus Teil 1 vorhanden.

Geplante Methode:

- Identifikation von österreichischen Datenquellen und Daten zur Nutzung in gesundheitsökonomischen Evaluationen, Systemplanung & Steuerung
- Einbettung der Ergebnisse aus Teil 1 in den österreichischen Kontext: Ableitung von Best-Practice-Strategien und Herleitung und Anwendung von potenziellen Kalkulationsmethoden.

1.4.2.4 Gesundheitsökonomische Leitlinie

Projektleitung: Ingrid Zechmeister-Koss

Autor:innen: NN

Qualitätssicherung: NN

Laufzeit: ab Q2 2026 (8,6 PM)

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

In Österreich kommt gesundheitsökonomischen Evaluationen bisher nur eine untergeordnete Rolle zu, was unter anderem auch auf das Fehlen einer entsprechenden Leitlinie zurückzuführen ist. Leitlinien stellen methodische Standards für die Durchführung und Bewertung gesundheitsökonomischer Evaluationen bereit. Deren übergeordnete Ziele sind die Qualitätssicherung, eine methodische Standardisierung und mehr Transparenz, wobei gleichzeitig kontextspezifische Aspekte berücksichtigt werden müssen. Um dies zu erreichen und eine österreichische Leitlinie zu etablieren, ist ein systematischer Entwicklungs-

und Implementierungsprozess unter Einbindung von gesundheitssystemrelevanten Stakeholdern unabdingbar.

Pre-Scoping:

- Konzeptionelles Wissen & Literatur aus vergangenen Projekten sind vorhanden
- Einige wenige Länder haben zum Entwicklungs- und Implementierungsprozess in Fachzeitschriften publiziert

Geplante Methode

- Leitlinienübersicht (finalisiert)
- Übersicht Entwicklungs- und Implementierungsprozesse in anderen Ländern (in Arbeit)
- Interdisziplinäre Leitlinien-Entwicklungsgruppe unter Einbindung von gesundheitssystemrelevanten Stakeholdern (Systempartner, Leitlinien-Nutzer, von der Leitlinie Betroffene)
- Einbettung des vorhandenen Wissens in den österreichischen Kontext
- Interaktiver Prozess (Workshops) unter AIHTA Federführung

1.5 Rapid Reviews

1.5.1 Übersicht

Ad hoc rapid reviews (ÖGK, BVAEB):
■ Quaddel Therapie
■ Intraartikuläre Infiltrationen
■ ...
Laufende DIGA-Betreuung durch einen Mitarbeiter des AIHTA
Telemedizinische Interventionen im Bereich von Sport- und Bewegungsvorsätzen für Menschen mit Diabetes Typ-2 (nicht-insulinpflichtig)
Telerehabilitation bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen
De-Implementierungsprozesse

Legende
Sozialversicherung
Eigendefiniert

1.5.2 Kurzbeschreibung

1.5.2.1 Ad hoc rapid reviews (ÖGK, BVAEB)

Projektleitung: Reinhard Jeindl, Julia Mayer-Ferbas

Autor:innen: Reinhard Jeindl, Julia Mayer-Ferbas, Andrea Titieni-Schuhmann, Sabine Ettinger

Qualitätssicherung: NN

Laufzeit: fortlaufend

Ressourcen: 7 PM

Sprache: in Abstimmung mit den Auftraggeber:innen

Hintergrund:

Die wissenschaftliche Unterstützung der österreichischen Sozialversicherungen setzt eine rasche, agile und zeitnahe Reaktion auf Anfragen voraus. Das Projekt wird in Form einer Rahmenvereinbarung durchgeführt (Möglichkeit zur Einreichung für eine limitierte Anzahl von ad-hoc Fragestellungen/Bewertungen, in Abhängigkeit vom Umfang der Themen).

Pre-Scoping:

Themenabhängige Prüfung, ob sich die Fragestellung zur Bearbeitung im Rapid Review Format eignet.

Geplante Methode:

Rapid-Review-Methodenhandbuch enthält Informationen zum Prozess der Themenanfrage und Themenbearbeitung, sowie Kriterien für Eignung als Rapid Review: <https://aihta.at/page/hta-information-service-rapid-reviews/de>.

1. Quaddeltherapie

Projektleitung: Julia Mayer-Ferbas

Autor:innen: Julia Mayer-Ferbas, Reinhard Jeindl

Qualitätssicherung: Sabine Geiger-Gritsch

Laufzeit: Q4 2025 bis Q1 2026

Sprache: Deutsch

Hintergrund:

Muskuloskelettale Schmerzen betreffen den gesamten Bewegungsapparat und können durch Fehlbelastung, Verletzungen, Entzündungen oder Abnutzung entstehen. Die Quaddel-Therapie basiert auf intrakutanen Injektionen von Lokalanästhetika. Der Rapid Review untersucht die Wirksamkeit und Sicherheit anhand von systematischen Übersichtsarbeiten und ergänzend anhand von Primärstudien.

Geplante Methode:

Rapid Review: systematische Literatursuche, Leitlinien-Suche

2. Intraartikuläre Infiltrationen

Projektleitung: Julia Mayer-Ferbas

Autor:innen: Julia Mayer-Ferbas, Andrea Titieni-Schuhmann

Qualitätssicherung: Reinhard Jeindl

Laufzeit: Q1 bis Q2 2026

Sprache: Deutsch

Hintergrund:

Im ambulanten Setting werden intraartikuläre Infiltrationen (kleine und/oder große Gelenke) zur Schmerztherapie mit Verabreichung von Lokalanästhetika, Glukokortikoiden, oder Hyaluronsäure durchgeführt. Die relevanten Endpunkte umfassen Wirksamkeit (Schmerzreduktion, Verbesserung der Funktionsfähigkeit/Beweglichkeit), Nebenwirkungen/Komplikationen, Patient:innenrelevante Endpunkte (Lebensqualität), Unterschiede je nach Art der injizierten Substanz, Langzeitergebnisse/Nachhaltigkeit der Ergebnisse sowie Zusammenhang zwischen Frequenz und Umfang der Behandlungen und der Wirksamkeit.

Pre-Scoping:

In einem ersten Scoping-Meeting wurden mit den Auftraggeber:innen zwei Szenarien diskutiert, wobei sich die Auftraggeber:innen für eine Übersicht zu mehreren Gelenken mit weniger Detailtiefe pro Gelenk (im Gegensatz zu einer Einschränkung auf ein Gelenk mit detaillierterer Evidenzanalyse) ausgesprochen haben.

Geplante Methode:

Rapid Review: systematische Literatursuche, Leitlinien-Suche

3. Weitere Themen (werden im Jahresverlauf definiert)

1.5.2.2 Laufende DiGA-Betreuung durch einen Mitarbeiter des AIHTA

Projektleitung: Reinhard Jeindl

Autor:innen: Reinhard Jeindl

Qualitätssicherung: nicht relevant

Laufzeit: fortlaufend

Ressourcen: 0,5 PM

Sprache: nicht relevant (kein Bericht)

Hintergrund:

Teilnahme an DiGA-Arbeitsgruppen der ÖGK und DVSV, Anfragen zu DiGA-Evaluationen und DiGA-Umsetzungsprojekt.

Pre-Scoping:

Nicht zutreffend

Geplante Methode:

In Abhängigkeit zur Fragestellung.

1.5.2.3 Telemedizinische Interventionen im Bereich von Sport- und Bewegungsvorsätzen für Menschen mit Diabetes Typ 2 (nicht-insulinpflichtig) (genaues Projektprotokoll in Bearbeitung)

Projektleitung: Alba Colicchia

Autor:innen: Alba Colicchia, Lucia Gassner

Qualitätssicherung: Tatiana Marschik

Laufzeit: Q1-Q3 2026

Ressourcen: 4 PM

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

Telemedizinische Interventionen konzentrieren sich bislang auf regelmäßigen Austausch zwischen Patient:in und Teleärzt:in, sowie auf das kontinuierliche Monitoring der Blutzuckerwerte. Bewegung spielt eine entscheidende Rolle bei der Verbesserung des Gesundheitszustands und der Lebensstiländerung von Menschen mit Typ-2-Diabetes. Es besteht erheblicher Bedarf, telemedizinische Interventionen zur Förderung von körperlicher Aktivität zu entwickeln und zu evaluieren.

Mögliche Fragestellung:

Kann die Realisierung von Sport- und Bewegungsvorsätzen/-Zielen bei Menschen mit Diabetes Typ-2 (nicht-insulinpflichtig) durch unterstützende telemedizinische Interventionen langfristig verbessert werden?

Pre-Scoping:

Systematic Reviews eingeschränkt verfügbar, evtl. Suche nach Primärstudien notwendig. Wenig Literatur speziell zu physischer Aktivität, relativ viel zu anderen Outcomes (z. B. Blutzuckerwerte); Auswahl relevanter Outcomes entscheidend.

Geplante Methode:

Systematische Literatursuche; Umsetzung als Rapid Review möglich, aber zeitaufwändiger, wenn zusätzlich auf Primärstudien zurückgegriffen werden muss. Das Thema wird evt. gleichzeitig als use case in ASSESS-DHT bearbeitet.

1.5.2.4 Telerehabilitation bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen (genaues Projektprotokoll in Bearbeitung)

Projektleitung: Romy Schönegger

Autor:innen: Romy Schönegger, Daniel Fabian

Qualitätssicherung: Yui Hidaka

Laufzeit: Q2 2026 bis Q4 2026

Ressourcen: 3 PM

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

Neurologische Erkrankungen (wie Zustand nach Schlaganfall, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson) sind oft chronisch und erfordern eine langfristige, häufige und intensive Rehabilitation, um Funktionen zu erhalten. Die Telerehabilitation (z. B. mittels Videokonferenzen, digitalen Plattformen) stellt eine neue Gesundheitstechnologie dar, die eine Umsetzung der Rehabilitation im häuslichen Setting unterstützt.

Mögliche Fragestellung:

Wie wirksam und sicher ist Telerehabilitation bei neurologischen Erkrankungen (z. B. Multiple Sklerose, Parkinson, Zustand nach Schlaganfall) im Vergleich zur Standardrehabilitation vor Ort oder keiner Rehabilitation in Bezug auf Verbesserung der Funktion, Lebensqualität und in Bezug auf Sekundärkomplikationen?

Pre-Scoping:

Systematic Reviews verfügbar, eindeutige PICO.

Geplante Methode:

Systematische Literatursuche; Umsetzung als Rapid Review, aber evtl. umfangreicher, da nicht nur eine Indikation von Interesse ist (evtl. noch einzugrenzen/priorisieren). Das Thema wird evt. gleichzeitig als use case in ASSESS-DHT bearbeitet.

1.5.2.5 De-Implementierungsprozesse (genaues Projektprotokoll in Bearbeitung)

Projektleitung: Reinhard Jeindl

Autor:innen: Reinhard Jeindl, Julia Mayer-Ferbas

Qualitätssicherung: Sabine Geiger-Gritsch

Laufzeit: Q1-Q4 2026

Ressourcen: 5 PM

Sprache: Englisch (mit deutscher Zusammenfassung)

Hintergrund:

Trotz fehlendem wissenschaftlichen Nutznachweises werden zahlreiche medizinische Leistungen erbracht und refundiert. Entscheidungsträger benötigen Wissen zu Wirksamen De-Implementierungsprozessen von Leistungen in bestehenden Leistungskatalogen. Ziel der De-Implementierung: systematische Identifikation von low-value-care Leistungen, gezielte Umschichtung von Ressourcen zu evidenzbasierten Interventionen.

Pre-Scoping:

Systematische Übersichten und Overviews zu De-Implementierung vorhanden. Frameworks vorhanden (z. B. Choosing Wisely De-Implementation Framework CWDIF).

Geplante Methode:

Systematische Literatursuche, Expert:innenbefragung (Beispiele aus anderen Ländern, aktuelle Entwicklungen). Kommunikationsstrategie (um Gegenwind von Ärzt:innen und Patient:innen vorzubeugen). Leistungskataloge: Überprüfen der Evidenz pro Leistungscode, ggf. De-Implementierung einzelner Codes, oder Kopplung an bestimmte Patient:innenpopulationen.

1.6 Querschnittsbereiche

1.6.1 Lehre PMU

Projektleitung: Ingrid Zechmeister-Koss;

Koordination: Sarah Wolf

Autor:innen: Ingrid Zechmeister-Koss, Sarah Wolf, Gregor Götz, Lucia Gassner, Sabine Geiger-Gritsch

Laufzeit: fortlaufend

Hintergrund:

Das AIHTA hat seit 2021 eine Kooperationsvereinbarung mit der Paracelsus Medizinische Privatuniversität-Privatstiftung (PMU). Ziel dieser Kooperationsvereinbarung ist der Kapazitätsaufbau von Nachwuchspersonal im Rahmen des Masterstudiengangs Public Health im Bereich Health Technology Assessment (HTA) zur Durchführung evidenzbasierter Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen. Die Lehre findet mehrmals im Jahr in der Form virtueller Hörsäle statt.

Methoden:

Übung und Erstellung von Scoping Dokumenten

1.6.2 AIHTA Methodenhandbuch (genaues Projektprotokoll in Bearbeitung)

Projektleitung: NN

Autor:innen: diverse AIHTA researcher

Qualitätssicherung:

Laufzeit: ab Q2 2026

Ressourcen: 3 PM

Sprache: Englisch



HTA Austria

Austrian Institute for
Health Technology Assessment
GmbH