



#27 Von der Ärztin zur Patientin

mit Dr. Andrea Kdolsky

ET: 31.10.2025

Intro

00:00:04

Silvana Strieder: Dieser Podcast wird Ihnen von der Österreichischen Ärzte- und Apothekerbank gewidmet. Gründen, finanzieren, digitalisieren – die Standesbank ist an Ihrer Seite. Folge 27. Mein Name ist Silvana Strieder und damit herzlich willkommen bei ÖAZ im Ohr. Heute beschäftigen wir uns mit dem österreichischen Gesundheitssystem. Dazu hat meine Kollegin Dr. Ruth Streibl eine unverkennbare Expertin in unser Podcast-Studio eingeladen, die wie keine andere das Gesundheitssystem aus unterschiedlichsten Blickwinkeln kennengelernt hat. Freuen Sie sich auf ein spannendes Gespräch mit Dr. Andrea Kdolsky.

Begrüßung und Vorstellung

00:00:58

Ruth Streibl: Herzlich willkommen zu einer neuen Folge von ÖAZ im Ohr. Mein Name ist Ruth Streibl und heute spreche ich mit einer Frau, die wie kaum eine andere die verschiedenen Perspektiven auf das österreichische Gesundheitssystem verbindet. Sie war als Gesundheitsministerin im politischen Geschehen aktiv, hat als Ärztin Patientinnen und Patienten begleitet, hatte verschiedene Führungspositionen im Gesundheitsbereich und erlebt nun selbst, was es bedeutet, Patientin zu sein. Ihre Perspektive ist damit politisch, medizinisch und persönlich. Liebe Frau Dr. Kdolsky, herzlich willkommen beim Podcast ÖAZ im Ohr.

Andrea Kdolsky: Einen wunderschönen Vormittag. Vielen Dank für die Einladung und ich freue mich, dass ich mit Ihnen plaudern darf.

Verschlechterung im Gesundheitssystem - Wartezeiten und Kassenarztsituation

00:01:39

Ruth Streibl: Danke. Schön, dass Sie heute hier sind. Sie kennen das österreichische Gesundheitssystem von allen Seiten und genau darüber möchte ich gerne heute mit Ihnen sprechen. Über Ihre Erfahrungen in den verschiedenen Rollen, über die Probleme und die Schwachstellen, von denen es ja viele gibt, über die Funktionen der einzelnen Akteure und das Potenzial der Apotheken. Die Zeiten sind wirtschaftlich schwierig, herausfordernd. Viele Personen sorgen sich um das Gesundheitssystem in Österreich. Es gab gerade eine aktuelle Gesundheitsstudie der Wiener Städtischen, wo 45 Prozent der Bevölkerung eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung im letzten Jahr empfunden haben.

Hauptkritikpunkt war die Verfügbarkeit von Kassenärzt:innen und die damit verbundenen langen Wartezeiten. Können Sie diese empfundene Verschlechterung nachvollziehen und was sind Ihrer Ansicht nach die größten Schwachstellen in der Gesundheitsversorgung?

Andrea Kdolsky: Natürlich kann ich das nachvollziehen, weil ich natürlich auch umgeben bin von vielen Bekannten und Freunden, die mir diese Dinge erzählen. Wartezeiten bzw überhaupt zu einem Kassenarzt zu kommen, weil viele Kassenärzte, wenn man anruft, sagen: Wir sind voll, wir nehmen keine neuen Patienten mehr. Und das ist natürlich schon ein Problem, weil das *Wahlarztsystem* immer größer wird und viele Ärzte vom Kassensystem in ein privates Wahlarztsystem hinübergleiten. Wobei ich das nicht so kritisiere, wie das der Wiener Gesundheitsstadtrat immer wieder macht, weil ich verstehe das. Ich bin selber in einer Schmerzordination als Wahlärztin tätig, weil ich natürlich in dieser Wahlarztordination einfach mir meine Zeiten besser einteilen kann.

Viele junge Ärztinnen und Ärzte – wir sagen so oft was Negatives gegen die Jugend, ich sage jetzt was sehr Positives – die wollen wirklich am Patienten arbeiten und mit dem Patienten arbeiten. Die wollen keine *Drei-Minuten-Medizin*, die wollen keine reine Verschreibungsmedizin, sondern die wollen sich um den Patienten, um die Patientin kümmern. Und dieses Sich-Kümmern heißt natürlich Zeit. Wenn Sie überlegen: In meiner Schmerzordination dauert eine Erstuntersuchung 55 Minuten. Das kann sich kein Kassenarzt in dieser Stadt oder in diesem Land leisten, weil er einfach auf Masse funktionieren muss.

Das muss man sagen – ich weiß, dass unsere Zuhörerinnen und Zuhörer jetzt wahrscheinlich die Augen verdrehen und die Augenbrauen heben weil die Ärzte immer sagen „sie sind so arm“. Es geht nicht um arm, sondern es geht darum, dass die Vergütungen nicht adäquat sind und daher von vornherein auf diese Masse gegangen wird. Und da geht es um Quantität und nicht um Qualität.

Weil wir wissen: Gerade in der Diagnostikerstellung ist es ganz wesentlich, das ärztliche Gespräch in den Vordergrund zu stellen. Ich muss das Umfeld des Patienten kennenlernen, ich muss seine *biopsychosoziale Situation* kennenlernen und dann kann ich mit Hilfe technischer Möglichkeiten eine Diagnose erstellen. Aber dieses Vorbeigehen, das Stethoskop vielleicht einmal draufhalten und dann entweder sagen: Gehen Sie in die Universitätsklinik, in die Ambulanz – was wir ja gar nicht wollen, wir wollen ja die Spitäler entlasten und nicht belasten, weil das natürlich ein riesiger Kostenfaktor ist. Das ist leider Gottes etwas, was tagtägliche Praxis ist und nicht der richtige Weg wenn wir davon ausgehen, dass niedergelassene Ärzte hauptsächlich Träger des Systems sein sollen. Aber das schaffen sie zum Teil nicht und deswegen kommt es zu diesen Wartezeiten. Ich finde das traurig, dass so viele – 45 Prozent, das ist schon viel, eine wesentliche Zahl – das empfinden. Und das halte ich für schlecht, weil gerade das österreichische Gesundheitssystem zweifellos einmal eines der besten der Welt war. Wobei ich sage: Das Beste gibt es nicht. Jedes Land, jedes Gesundheitssystem hat Vorteile, die kennen wir auch.

Das ist einer meiner größten Vorwürfe: dass man nicht über den Tellerrand schaut und einfach ins Nachbarland schaut – wie machen die das besser? – und das übernimmt und vielleicht ein bisschen adaptiert auf unser Land. Sondern dass wir immer alles neu erfinden wollen und das Neuerfinden soll dann auch schon perfekt laufen, weil bevor es nicht perfekt läuft, fangen wir nicht damit an. Das ist für mich so ein bisschen – dieser Mut fehlt, diesen Schritt zu setzen, auch Imperfektes einmal zu starten und an den Entwicklungen zu lernen, an den Schwierigkeiten, an den Knoten zu lernen. Da haben wir viel zu wenig Mut.

Der Föderalismus treibt bunte Blüten

00:06:07

Ruth Streibl: Politisch meinen Sie?

Andrea Kdolsky: Ja politisch aber auch von den *Stakeholdern*. Weil schauen Sie: Es wird immer auf die Politik hingehackt und es wird immer gesagt, die Politik ist schuld. Das Gesundheitswesen besteht aus einem unglaublich großen Konglomerat aus sogenannten Stakeholdern, also alle, die in diesem System mitarbeiten oder wesentliche Teile machen. Das sind die Kassen, die *Sozialversicherungsträger*, das sind die Kammern, die in Österreich natürlich sehr stark verankert sind – Ärztekammer, Apothekerkammer –, das sind die verschiedenen Organisationen der Spitalserhalter, also die Bundesländer.

Der *Föderalismus* in Österreich treibt bunte Blüten und ist meines Erachtens einer der Hauptschuldigen – weil Sie das auch gefragt haben – an der Problematik, in der wir heute stecken. Wir haben über 170 Spitäler in Österreich. Das ist bei weitem zu viel, weil ein Spital eben nicht dazu da ist, um abzufangen, wenn es keine niedergelassenen Praktiker gibt, sondern ein Spital ist eine höherstehende Versorgung. Das wird in Europa gemessen in Betten pro 1.000 Einwohner – der europäische Durchschnitt liegt ungefähr bei 3,5 wenn wir jetzt großzügig sind und in Österreich haben wir 6,8 - also fast doppelt so viel. Und das sind natürlich Kostenfaktoren, die uns das System leerräumen, noch bevor irgendetwas passiert ist.

Und immer dann, wenn gute Ansätze passieren – wie in der Steiermark jetzt gerade eben, dass verschiedene Spitäler umgewandelt werden – ist die Kommunikation leider immer schlecht im Gesundheitswesen. Sie werden nicht geschlossen, kein Mensch schließt ein Spital, weil das ja abgrundtief dumm wäre, weil das ein besonderer Bau auch ist von der Struktur her, den verwende ich ja weiter. Das heißt, es geht um *Transformation*, es geht um Umwandlung. Dort soll dann eben ein Ärztezentrum hinein, dort soll eine Übergangspflege hinein, da sollen Infusionen gegeben werden, Chemotherapien, tagesklinische Sachen.

Das heißt, die Kommunikation war in der Steiermark schlecht, wenn man von Zusperrern spricht. Jetzt beginnt schon auch der Gemeindeverbandsobmann in Niederösterreich: Spitäler werden gesperrt! Nein. Ich habe die Niederösterreichische Landeskliniken Holding im Auftrag von Erwin Pröll damals zusammengeführt und leiten dürfen, gemeinsam mit großartigen Kolleginnen und Kollegen. Und natürlich haben wir uns damals schon überlegt, ob ein Spital, das nur 80 Betten hat und das irgendwo neben zwei anderen großen Spitälern oder eingebettet innerhalb weniger Kilometer von anderen großen Spitälern steht, wirklich notwendigerweise noch als Spital geführt werden muss.

Ich darf vielleicht ganz kurz erklären, warum das so wesentlich ist, weil die Leute verstehen das nicht. Ein Spital hat sogenannte *Vorhaltekosten*. Das heißt, jeder Patient, der dort hineingeht, kostet nicht nur jetzt die Nahtentfernung und diese zehn Nähte, die mit einem Stich Cutter aufgeschnitten und weggezogen werden, sondern es wird in diese Rechnung mit hineingerechnet die Gesamtkosten des Spitals, die natürlich vor allem durch Operationssäle, Intensivstationen, Röntgen und andere – Dialyse zum Beispiel – teuer sind. Und daher ist es besser, den Patienten in den niedergelassenen Bereich zu bringen für solche Tätigkeiten als in ein Spital.

Und daher ist es besser, Spitäler, die eigentlich nicht notwendig sind, umzuwandeln in Dinge, die wir dringend brauchen. Wir bräuchten wieder die alten Mutter-Kind-Beratungsstellen. Junge Mütter heute sind hilfloser, als sie noch vor 30, 40 Jahren waren, weil damals waren meistens

Großmütter da, die ihnen gute Tipps gegeben haben. Und die gibt es heute kaum mehr, weil die sagen: Nach 40 Jahren Job gönne ich mir jetzt eine Weltreise, und die Oma ist nicht da und kann nicht erklären, wie das mit den Essigpatscherl geht.

Also dieser Spitalsbereich würde – umgerechnet, ich habe das in Alpbach umgerechnet und jetzt war ich gerade bei einem Gesundheitstag in Eisenstadt und da wurde die Zahl auch wieder bestätigt – etwa 2,8 Milliarden Euro im Jahr einsparen können durch gute Spitalsorganisation aus einer Hand. Das heißt: weg mit dem Föderalismus, was ja auch im Bildungssystem übrigens ein nettes Thema war. Also Föderalismus hemmt uns in einigen Bereichen. Ich will jetzt gar nicht über die Eigenheiten der einzelnen Bundesländer reden – dass es natürlich anders ist, ob ich in Tirol Bergbauernhöfe zu betreuen habe, als wenn ich im Burgenland in der Ebene fahre oder in einer Großstadt bin. Das ist gar keine Frage – aber darum geht es ja nicht. Man will ja die Identität nicht wegnehmen, sondern die Gesamtorganisation machen.

Also das heißt: der Spitalsbereich auf der einen Seite. Auf der anderen Seite ist es natürlich auch der niedergelassenen Bereich - das heißt, es gibt einfach zu wenige Ärzte im niedergelassenen Bereich und das wird nicht mehr.

Das heißt man muss das System – und das ist vielleicht auch abschließend das Schwierige an der Geschichte, wenn man heute sagt, wo krankt es? – man muss es immer gesamt betrachten. Und wenn man irgendwo ein Schraubchen dreht, beginnen sich fünf andere Zahnräder zu bewegen. Weil wenn ich sage: Ich zwingen die Leute nur mehr mit einer Zuweisung ins Spital, dann brauche ich auch genug niedergelassene Ärzte, die mich zuweisen. Nur als ein Beispiel. Und jetzt haben wir noch nicht über die Ausbildung oder die Rolle der Apotheker geredet.

Die Rolle der Apotheken und ELGA

00:11:34

Ruth Streibl: Was ist ihre Ansicht zur Rolle der Apotheken in dem System, weil da gäbe es viele Stellschrauben die man drehen könnte.

Andrea Kdolsky: Ich bin ein großer Freund, eine große Freundin der Apotheken. Ich habe ja versucht 2007 damals im Zuge des Beschleunigens von ELGA, was ich ein bisschen als mein Baby gesehen habe, was mir aber nicht gelungen ist, die Apotheken mit einzubinden. Und ja, ich habe in einigen Firmen Tipps gegeben als Unternehmensberaterin, wie Firmen zu sanieren sind. Und als Erstes muss man sich selbst gegenüber ehrlich sein und Zahlen auf den Tisch legen. Weil wenn man sich anlügt, dann hilft das gar nichts, dann kann man auch nichts sanieren.

Faktum ist: Wir haben 1996 mit Maria Rauch-Kallat die ARGE ELGA gegründet, sehr clever damals mit der Fragestellung (deswegen auch nur Arbeitsgemeinschaft ohne Kompetenzen): Können wir technisch so etwas überhaupt machen und wenn ja, wie könnte das ausschauen? Das war eigentlich 2007, 2008 klar, dass es möglich ist und dass es geht. Da war schon eine relativ lange Phase vorbeigegangen. Dann ist es ja umgewandelt worden in die ELGA GmbH. Sehr gescheit, weil damit auch Entscheidungen zu treffen sind. In einer GmbH kann man entscheiden, in einer ARGE nicht.

Und jetzt überlegen Sie sich: Die ersten Befüllungen der ELGA waren 2016 - Von 1996 bis 2016. In Österreich vergehen zig Jahre, Jahrzehnte, bis an sich großartige Ideen umgesetzt werden, die andere Länder wie zum Beispiel Dänemark von uns übernommen haben, weil sie so clever sind

und längst schon perfekt umgesetzt haben. Und wir schaffen es nicht in 20, 30 Jahren. Es funktioniert ja jetzt noch nicht alles, es ist ja noch immer nicht alles gefüllt.

Und da kommt ein bisschen die Rolle der Apotheken hinein. Weil wenn wir über Einsparungspotenziale oder über Kostendämpfung sprechen – weil wir sprechen ja längst nicht mehr über Einsparung, wir sprechen darüber, dass wir dem unglaublichen Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen dämpfend gegenübertreten, da gehören die Medikamente dazu.

Ich erinnere mich, dass 2007 oder 2006 der damalige Wiener Gebietskrankenkassen Obmann gemeinsam mit den Apotheken ein Projekt hatte, dass alle Wiener:innen ihre angebrochenen Medikamente, die in den Nachtkästchen liegen, in die Apotheke bringen sollen. Das waren Millionen - da liegt Volksvermögen in den Nachtkästchen.

Und da gibt es mehrere Ansätze, die man nur gemeinsam mit den Apotheken machen kann. Dann muss ich mir überlegen: Brauchen wir wirklich immer eine ganze Packung für jeden Patienten? Ich bin ein großer Verfechter der Blisterlösung und wie in Amerika der Einzellösung. Wenn ich heute vier Kopfwhe-tabletten hergebe, dann reicht das. Wenn ich 20 in der Packung habe, gehen wahrscheinlich 10 wieder mal den Bach hinunter, weil es Ablaufdaten gibt. Das ist die eine Geschichte. Die zweite Geschichte sind die berühmten Wechselwirkungen. Da habe ich 2007 diesen *Arzneimittelsicherheitsgurt* vorgeschlagen mit den Salzburger Apotheken. Da ist mir die Ärztekammer ins Genick gesprungen, allen voran der inzwischen schon verstorbene Ärztekammerpräsident Dorner, der sich da ganz stark gegen mich gestellt hat.

Ich habe im Hinterkopf gehabt, dass sämtliche Medikamente ausschließlich in der Apotheke zusammenlaufen, nämlich auch jene Medikamente, die ich rezeptfrei bekommen kann, weil die scheinen eigentlich nirgends auf, außer in der Apotheke. Und es gibt aber sehr viele Wechselwirkungen zwischen verschreibungspflichtigen Medikamenten und Medikamenten, die nicht verschreibungspflichtig sind.

Es gibt auch viele Dinge, wie man Medikamente oder nicht verschreibungspflichtige Medikamente falsch einnehmen kann. Ich denke nur an Osteoporose-Medikamente mit Orangensaft und lauter solche Themen. Das heißt sehr oft – und da muss ich jetzt die Ausbildung natürlich ein bisschen kritisieren – wissen die Ärzte auch nicht und sagen das den Patient:innen nicht. Und oft sagen die Patient:innen einem ja auch nicht – das merke ich auch bei mir in der Ordination, und jetzt bin ich Anästhesistin und die sind ja ein bisschen mit Medikamenten sehr eng – was sie eigentlich nehmen.

Sie sagen mir als Schmerztherapeutin nur ihre Schmerzmedikamente, sie sagen mir nicht, was sie sonst alles nehmen. Und da gibt es ja genug Wechselwirkungen zwischen Blutdrucksenkern oder Nierenentwässerungstabletten und so weiter.

Das heißt, man nennt es auch *Quartärprävention*. Wenn wir über Prävention sprechen, sprechen wir immer von Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention – also Lebensstil und Vorsorgeuntersuchungen und solchen Themen. Und Quartärprävention wäre jene Prävention der Wechselwirkungen zwischen Medikamenten.

Und das war meine Intention, dass sozusagen in der Apotheke im Computer, wenn die Medikamente eingescannt werden, ein *Red Flag* erscheint, wenn sie nicht zusammenpassen. Und die Ärztekammer hat damals den Patientinnen und Patienten suggeriert, dass ich möchte, dass die Apotheker dann die Medikamente ändern. Das war nie die Idee, könnte ich auch gar nicht, weil ich bin als Gesundheitsministerin sowieso völlig kompetenzlos. Also schon gar nicht könnte ich den Apotheken die Kompetenz geben, Medikamente zu verschreiben oder zu ändern.

Sondern es ging darum, den Patienten zu sagen: Hören Sie zu, Sie kaufen jetzt gerade den vierten Blutdrucksenker, das ist vielleicht nicht so gescheit, reden Sie bitte noch einmal mit Ihrem Arzt. Und wenn wir das verknüpft hätten mit ELGA – was ja das Ziel war, deswegen haben wir den Gurt überhaupt entwickelt – dann könnte auch der niedergelassene Arzt sofort sehen, wenn die Karte gesteckt wird und daher ELGA freigegeben wird: Halt, da gibt es eine Kollision von Medikamenten, da gibt es entweder Nebenwirkungen, Wechselwirkungen oder ein Zuviel an Medikamenten.

In Amerika hat man das studiert und ist draufgekommen, dass dadurch – aufgrund von Erkrankungen durch Wechselwirkungen, Spitalsaufenthalte, Ausfall aus dem Berufsleben – Millionen von US-Dollar gespart werden können. Und wir bräuchten uns gar nicht mehr anstrengen und Pensionisten und Studenten und ich weiß nicht wen alle belasten. Wenn wir allein bei den Krankenhäusern 2,8 Milliarden und bei den Medikamenten noch einmal 5 Milliarden locker einsparen könnten, dann sind wir irgendwo bei 7,8 / 8 Milliarden. Was brauchen wir dann? Und das sind diese Ideen, diese Innovationskraft, die geht mir ab.

Polymedikation und pharmazeutische Beratung

00:18:14

Ruth Streibl: In Deutschland gibt es ja diese pharmazeutische Beratung bei oraler Antitumorthérapie. Haben Sie davon schon einmal gehört? Das ist eine erstattungsfähige Dienstleistung, wo es um die Medikationsberatung bei Polymedikation geht.

Andrea Kdolsky: Ich halte das für ganz gut. Ich habe das jetzt im AKH gesehen, da gibt es das auch, diese Beratung. Das ist ganz wichtig, ich kenne Menschen und ich weiß das aus meiner eigenen Ordination, die nehmen 18 bis 25 Tabletten am Tag. Das ist ein Wahnsinn. Weil das gibt es nicht. Das sage ich jetzt wirklich als Ärztin, die sich sehr um ihre Patienten annimmt und kümmert und die sich auch sehr gut mit Medikamenten und Wechselwirkungen auskennt: Das braucht kein Mensch. 25 Medikamente braucht kein Mensch. Da sind mindestens 10 zu viel. Und das ist sicher eine ganz wichtige Sache, weil das ist *Polytoxikomanie*. Das ist einfach ein Gift. Man darf nicht vergessen: Ich sage immer, Medikamente sind wichtig und gut – wir würden heute, wenn wir keine Antibiotika hätten, an Nierenbeckenentzündungen sterben. Gerade als Schmerztherapeutin sage ich immer: Nicht warten, bis es chronisch wird, sondern gleich gegen den Schmerz was tun. Aber wir müssen schon auch schauen – es geht auch um die Quantität. Also ununterbrochen nur mehr Pillen schlucken ist auch nicht das Ziel, das wir haben.

Ruth Streibl: Und oft werden ja Verschreibungen gar nicht mehr beendet.

Andrea Kdolsky: Das ist zum Beispiel ein Punkt. Man sieht oft richtig bei Patienten, wenn man sie fragt: Wer hat Ihnen denn das wogegen gegeben? „Na, das habe ich damals noch im Spital gekriegt“. Dass das Problem aber längst nicht mehr vorhanden ist, ist dann nicht mehr aufgefallen. Und das ist vielleicht jetzt auch etwas, dass diese Drei-Minuten-Medizin bedeutet: Welcher Arzt hat denn in einer Kassenordination, wenn Sie ein Wartezimmer voll haben mit 120 Patienten, noch Zeit, sich hinzusetzen und wirklich überlegt und klug sich 25 Medikamente anzuschauen und deren Wechselwirkung?

Es gibt zwar inzwischen schon ausgezeichnete Computerprogramme, die darauf aufmerksam machen, die kosten halt wieder Geld. Und das ist halt immer so eine Sache. Auch das könnte man sich überlegen, dass man sagt: Solche Programme einfach ein bisschen allgemein einzusetzen und zu fördern und zu unterstützen. Weil das ist ja – wenn man schon, wir sprechen

immer über Digitalisierung, die wir nicht schaffen – da hätte die Digitalisierung einen unglaublichen Vorteil.

Komplementärmedizin und Homöopathie – wer heilt hat recht

00:20:37

Ruth Streibl: Absolut. Das bringt mich gleich zu meinem nächsten Thema, worüber ich mit Ihnen sprechen wollte. Und zwar gibt es bei vielen Bereichen auch komplementärmedizinische Ansätze, die ja -gerade bei onkologischen Therapien oder leichten Erkrankungen- sehr hilfreich und wirksam sind. Oft hat man dann aber das Gefühl, dass es hier eher Konkurrenz als gemeinsames Vorgehen gibt -Stichwort Homöopathie zum Beispiel.

Andrea Kdolsky: Ich bin da ein bisschen ein gebranntes Kind, weil ich schon als ÖH-Vorsitzende, die ich 1986 an der Medizinischen Fakultät, damals noch der Universität Wien, geworden bin, mit meinen Mitstreiterinnen und Mitstreitern gegen den damaligen Pharmakologieprofessor und Dekan gekämpft habe, dass wir die *Homöopathie-Vorlesung* einführen dürfen, die wir dann auch geschafft haben einzuführen - unter Grollen des Dekans. Aber sie wurde gehalten, war übrigens eine der wenigen Vorlesungen, die brechend voll waren.

Ich selber verwende Homöopathie in der *Mesotherapie*, die ich anwende bei Schmerztherapie, und habe mir auch immer wieder den Vorwurf von Kolleginnen und Kollegen machen lassen müssen: Du bist Intensivmedizinerin, Gerätemedizinerin - jetzt mit Homöopathie, da gibt es keine Studien... Ja, in der Homöopathie kann es gar keine Studien geben, weil es so personalisiert ist, dass ich niemals 30 bis 50 Leute, und geschweige denn 100 oder 200 zusammenbringe, die genau dieselbe Situation haben, so dass ich das auch wirklich vergleichen kann.

Und da bleibt mir nichts anderes übrig, als profan zu sagen: Wer heilt, hat recht. Wenn schon alle sagen, das sind so wahnsinnig minimale Dosierungen, dann können sie auch nicht schaden. Und wenn sie helfen – und ich habe das in einigen Fällen gesehen – und das, was ich als Beispiel bringe, wo es zu 100 Prozent keine Einbildung ist, ist meine Hündin Ambra, die jetzt bei uns liegt, die immer massiv Probleme mit Scheinträchtigkeit gehabt hatte. Und da habe ich ihr homöopathische Mittel gegeben - und sie weiß nicht, was homöopathische Mittel sind, weil sie gar nicht weiß, was Medizin überhaupt ist - und es hat geholfen. Also scheint es sehr wohl zu helfen.

Und wenn man sich jetzt die Bücher liest über *orthomolekulare Medizin* zum Beispiel, die ich sehr schätze, die Zusammensetzung von Vitaminen, Spurenelementen und so weiter, dann kommt man auf einen besonderen Kreislauf im Körper drauf - zum Beispiel wusste ich lange Zeit nicht, dass Zink und Selen enorm wichtig sind für die Immunabwehr und für den Anstoß der Immunabwehr. Jetzt wissen wir aber auf der anderen Seite, dass durch chronische Entzündungen - und damit einhergehend der Verlust der Immunabwehr -Krebs massiv steigert.

Und wir haben Studien, dass im Jahr 2050 jeder zweite Österreicher, jede zweite Österreicherin Krebs haben wird und Krebs eine chronische Erkrankung wird. Und ich habe mich testen lassen und habe null Zink und null Selen – und ich habe Krebs. Faktum ist: Das kann man substituieren.

Das, was ich nicht möchte, auch als Ärztin nicht möchte, ist, dass einfach ins Blaue hinein geschluckt wird. Und da sehe ich auch eine Verantwortung der Apothekerinnen und Apotheker, dass sie mit den Leuten, die sich dann 20 solche Schachteln von welcher Firma auch immer

kaufen, darauf aufmerksam machen, dass auch ein Zuviel an Spurenelementen und Vitaminen ein Problem sein kann. Wir haben wasserlösliche, fettlösliche Vitamine. Die fettlöslichen sind nicht so schnell abbaubar, also Vitamin D zum Beispiel. Wir haben Vitamin C, da können Sie nehmen so viel Sie wollen, das pinkelt man wieder raus, da ändert sich höchstens die Urinfarbe. Aber ich meine, das ist auch schon das Einzige.

Aber wir haben natürlich auch andere Sachen, zum Beispiel bei Vitamin B, das wir sehr gern bei der *Polyneuropathie* geben, also bei Schmerzen, Nervenschmerzen in den Gliedmaßen. Das kann überdosiert werden und kann ähnliche Symptome auslösen wie die eigentliche Erkrankung. Das heißt, wenn man ein Zuviel an Vitamin B hat, kann dieses Kribbeln und dieses Taubheitsgefühl auftreten, ohne dass man eine Polyneuropathie hat.

Das heißt, es ist ganz wichtig, die Leute darauf hinzuweisen: Wenn sie substituieren, gehen Sie zu einem orthomolekularen Mediziner. Viele Internisten, praktische Ärzte haben die Zusatzausbildung. Lassen Sie sich ein Blutbild machen, wo Sie das bestimmen lassen und wo man ja ganz schnell sieht, wo die Substitutionsnotwendigkeit ist.

Am besten sieht man das beim Eisen. Viele Frauen leiden an einem Eisenmangel, das hängt mit den regelmäßigen Blutungen zusammen. Und ein Eisenmangel zeigt sich symptomatisch sehr stark mit Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Konditionsschwäche, Atemlosigkeit beim Stiegensteigen. Viele dieser Frauen werden auf Depression behandelt und bekommen Antidepressiva, was ein Wahnsinn ist, weil die sind nicht depressiv, sondern die haben einen Eisenmangel.

Weil das Eisen hat – es gibt die sogenannte Eisenbindungskapazität – das heißt, es bindet dann die Sauerstoffmoleküle und bringt diesen Sauerstoff ins Blut. Und wenn da zu wenig da ist, dann ist zu wenig Sauerstoff im Blut und dann ist es nicht gut durchblutet und nicht mit Sauerstoff durchspült. Und daher kommt es zu dieser Müdigkeit. Und wenn ich heute Eiseninfusionen gebe, nach fünf Eiseninfusionen sind die wieder völlig top da. Und vorher hätten sie jahrelang Antidepressiva genommen.

Das Maggies Center Projekt

00:26:02

Andrea Kdolsky: Aber weil Sie gesagt haben, alternative Medizin – da treffen Sie mir natürlich voll ins Herz, weil ich derzeit in meinem neuen Posten genau das mache. Also ich baue in Österreich im Auftrag des Landeshauptmanns Doskozil im Burgenland das erste *Maggies Center* auf. Maggies Centers gibt es bis jetzt nur in England und ein bisschen außerhalb zwei, drei Centers in Groningen, Singapur und Barcelona.

Und diese Centers sind angebaut an Onkologien mit architektonisch besonderer Bedeutung, offener Bauweise – alternativmedizinisch, komplementärmedizinische Zentren, wo die Patientinnen und Patienten hineingehen können und alles das bekommen, was sie in der hervorragenden Diagnostik und Therapie in den Spitälern an den Onkologien nicht bekommen. Das heißt: psychologische Beratung, das Erklären eines Befundes, Erklären für Angehörige, an Angehörige – wie gehe ich mit dem Patienten um? – aber auch Empfehlungen für Selbsthilfegruppen, für die Krebshilfe und für verschiedene Kombinationen mit Physiotherapie, Ernährungstechniken und eben auch orthomolekularer Medizin und komplementärmedizinischen Themen.

Weil, das ist immer ganz wichtig: Alternativmedizin oder Komplementärmedizin ist nicht Scharlatanerie, und diese Unterscheidung ist eine Gratwanderung. Aber bitte kaufen Sie keinen zerriebenen Rosenquarz um, ich weiß nicht, 1.000 Euro die Unze, weil es wird nichts helfen, es wird Ihnen eher schaden, das reibt den Darm auf und es kommt dann zu inneren Blutungen.

Aber es gibt von Mistel bis Bachblüten und verschiedenste Möglichkeiten, Tees – gerade die Chinesen sind da bekannt für ihre Tees, auch antioxidative Tees. Aber da braucht man eben wirklich qualifizierte Behandlung und Betreuung und Beratung. Und da werde ich schauen, dass ich in dieses Maggies Center auch Apotheker in der Entwicklung mit einbinde: Was können wir eigentlich alles anbieten für die Patienten, damit sie diese nicht besonders angenehmen Nebenwirkungen der Therapien gut durchstehen?

Macht mir rasend viel Freude, wenn das irgendwie so am Ende meiner beruflichen Karriere etwas ist, das wirklich zum ersten Mal so Hand und Fuß hat und was Schönes ist.

Persönliche Perspektive als Krebspatientin

00:28:33

Ruth Streibl: Eine persönliche Frage, weil Sie gehen ja sehr offen mit Ihrer Erkrankung um, was ja durchaus nicht typisch ist. Warum machen Sie das?

Andrea Kdolsky: Erstens glaube ich, dass Krebs nach wie vor ein Tabu ist. Wir haben früher gesagt: Depressionen und psychische Erkrankungen sind ein Tabu. Das ist inzwischen weniger Tabu, weil viele sich eben hinausgelehnt haben und gesagt haben: Ich habe das. Aber noch immer erfahre auch ich Situationen, wo man das Gefühl hat Krebs ist ansteckend, oder es wird mit einem umgegangen, als ob ich morgen sterben würde, oder man weiß nicht, wie man mit mir umgehen soll.

Und da habe ich mir gedacht: Erstens muss jemand, der zweifellos jemand ist, der in der Öffentlichkeit sich bewegen kann, hinausgehen und sagen: Schaut, das habe ich. Und das meine Glatze, meine schlechten Tage, dass mir übel ist, dass mir gut ist, dass das Auf und Ab ist, dass man Angst hat, Angst hat vor dem nächsten CT, ob wieder irgendwo irgendetwas ist - das das völlig normal ist. Dass man Stimmungsschwankungen hat, dass man nicht immer gleich gut drauf ist, dass man Angst hat irgendwann einmal. Und das sind Themen, die ich in der Öffentlichkeit auch sagen wollte, damit die Leute sich nicht allein fühlen, damit auch dieses Stigma weggenommen wird. Vorher habe ich erwähnt, dass 2050 jeder zweite Österreicher Krebs hat. Na ja, was macht man dann genau? Wie geht man um? Ich meine, eine chronische Erkrankung ist auch Diabetes und wir gehen mit einem Diabetiker völlig normal um. Das ist auch eine wichtige Aussage – Krebs, die Diagnose Krebs heißt nicht: Ich muss sterben. Wir sind inzwischen so toll weitgekommen in der medizinischen Entwicklung, in der Wissenschaft, dass wir die meisten Krebsarten heilen können oder zumindest auf viele gute Lebensjahre bringen, zu einer Art chronischen Erkrankung. Weil man kann letztendlich auch an Diabetes sterben. Ich meine, ein Nierenversagen ist ein Nierenversagen ist ein Nierenversagen. Das heißt, das kann passieren. Aber bei Krebs ist es nicht automatisch ein Todesurteil.

Ja, es gibt noch Krebsarten, oder wenn man zu spät erkennt – deswegen Früherkennung, Prävention –, dann kann es natürlich dazu kommen. Aber dazwischen gibt es jede Menge von Möglichkeiten. Und das ist das, was ich eigentlich aufzeigen möchte.

Der Unterschied zwischen Arzt- und Patientenperspektive

00:30:57

Andrea Kdolsky: Abgesehen davon, dass ich einfach im Zuge meines Daseins als Patientin gemerkt habe, wo die Bedürfnisse liegen. Ich schreibe jetzt gerade ein Buch: Von der Ärztin zur Patientin. Und das ist für mich eine spannende Geschichte gewesen, dass die Ärztin in mir ganz andere Vorstellungen von verschiedenen Dingen hatte als die Patientin in mir.

Für mich als Ärztin war das Wichtigste, die Diagnose zu haben. Da war ich wie Medical Detective – das finde ich ja total sexy und spannend diese Diagnosefindung. Und wenn ich die Diagnose habe, lehne ich mich zurück und bin entspannt, weil da gibt es jetzt dann eine ganz logisch vorgeschriebene Therapie, da ist alles gut. Da schicke ich den Patienten sozusagen aufs Laufband und ich habe die Diagnose.

Für die Patientin, für den Patienten beginnt es hier interessant zu werden. Mit der Diagnose wird es für mich spannend, weil jetzt brauche ich die Therapie. Und da sind wir jetzt wieder bei den Wartezeiten.

Das muss schnell gehen. Ich habe was in mir, das bösartig ist, das wächst, das unter Umständen streut, also *metastasiert*. Davor haben alle Angst, weil metastasierende Erkrankungen halt immer in Richtung palliativ gehen und in Richtung chronisch und eher unheilbar. Das heißt also, das möchten sie verhindern und es muss schnell gehen.

Und das Allerwichtigste ist: klare Aussagen über Befunde. Weil selbst mir als Anästhesistin fällt es schwer. Ich bin keine Onkologin und ich bin keine Radiologin und bin keine Strahlentherapeutin. Das heißt, wenn ich heute einen *MRT-Befund* kriege und der sagt das und das aus, dann habe selbst ich Probleme.

Und bitte gehen Sie nicht in Google – dort sterben Sie automatisch mit jeder Erkrankung ungefähr in zwei Wochen. Also wie ich mit meinem letzten MRT-Befund, wo ich wieder im Hirn so Mikrometastasen, also unter einem Zentimeter gehabt habe, ins Netz gegangen bin, war ich erstaunt, dass ich überhaupt noch ins Netz gehen kann, weil eigentlich dürfte ich gar nicht mehr leben. Also das bitte vermeiden. Aber das ist wichtig eben, dass jemand einen Befund ausdeutet, weil das macht einfach Angst und das macht selbst mir Angst, wo ich Ärztin bin. Aber ich kann halt auch nicht alles deuten.

Ruth Streibl: Und hier auch wieder diese Zeit zwischen Befund und dem Gespräch.

Andrea Kdolsky: Das ist etwas, das für mich unverständlich ist. Und ich weiß, dass jetzt manche wahrscheinlich die Stirn runzeln, die aus diesen Fachbereichen kommen und sagen: Die Kdolsky ist schon wieder wichtig. Aber das sehe ich ein bisschen als meine Lebensaufgabe, den Finger in die Wunden zu legen.

Es war für mich unverständlich, dass man gegen ein bisschen Geld in einem privaten Röntgeninstitut eine Untersuchung innerhalb von drei Stunden inklusive einer CD in die Hand bekommt. Und wenn man ins öffentliche Gesundheitswesen geht und man geht am Freitag oder am Donnerstag dorthin zur Untersuchung, übers Wochenende bis am folgenden Montag warten muss. Das ist unerträglich. In *Remission* – also wenn man derzeit gerade gesundet ist oder keine Metastasen hat und keinen weiter fortschreitenden Krebs hat – muss man alle drei oder sechs Monate Kontroll-MRTs oder CTs machen, je nachdem. Das ist unerträglich. Diese Tage sind das Schlimmste, was Krebspatienten passieren kann. Und dass das nicht schneller geht, das verstehe ich nicht. Weil wir sind im 21. Jahrhundert, wir sprechen von Digitalisierung, die ganzen

großen Elektronikfirmen zeigen vor Stolz auf den Messen her, was ihre Geräte nicht alles können. Und dann ist man nicht in der Lage, innerhalb von 24 Stunden einen Befund zu erstellen.

Ruth Streibl: Das ist wahr. Ja, da gibt es viel zu tun.

Andrea Kdolsky: Das fällt unter das Thema Digitalisierung. Da waren übrigens die Apotheken toll. Also ich habe mir angeschaut, diese Verteilungsgeschichten, da gibt es ja diese Spinnen im Keller, die die Medikamente raussuchen. Also was da passiert ist an Technologisierung und an Digitalisierung ist phänomenal. Also die sind viel fortschrittlicher als manche Ärzte, die noch immer mit Karteikartensystemen arbeiten.

Ruth Streibl: Stimmt, ja, oft gibt es wirklich noch die Karteikarten.

Andrea Kdolsky: Handschriftlich auf der Karteikarte.

Humor als Lebenspfeiler

00:35:10

Ruth Streibl: Genau. Abschließend noch: Sie sagen, Humor ist für Sie ein wichtiger Grundpfeiler?

Andrea Kdolsky: Ganz ganz wichtig. Ich muss sagen im Umgang mit Menschen, im Umgang mit mir selber – man muss auch über sich selber lachen können. Wie ich immer gesagt habe, der einzige Vorteil, wenn man überhaupt einen Vorteil aus Krebs hat, wäre, dass ich zum ersten Mal mit meinem Übergewicht mich auseinandersetzen könnte und vielleicht zusammenschrumpfe endlich einmal auf eine normale Größe oder so. Also das ist mir nicht gelungen, trotz meiner Erkrankung. Jetzt sagen viele: Na, sei froh, dann kannst du wenigstens zehren davon. Aber nehmen Sie sich Humor. Humor ist eine Lebensgrundlage. Ich sage: Diese *biopsychosoziale Struktur* ist wesentlich. Ich muss den Körper gesund halten, ich muss den Geist gesund halten, ich muss in einem sozialen Umfeld sein. Das wissen wir hinlänglich, gerade bei älteren Menschen, dass sie viel länger leben, wenn sie in einem guten Freundeskreis und sozialen Umfeld sind, als wenn sie allein sind.

Und für mich kommt dann als Viertes dazu: der Humor. Lachen. Meine Damen, lachen kräftigt wahnsinnig viele Muskeln, das ist ungeheuerlich. Und man merkt richtig, wie das auch das Gesicht entspannt. Und es strömen halt dann einfach diese *Glückshormone* ein, die gut sind, weil die einfach auch in diesem Immunsystem-Kampf mithelfen. Und das ist beim Krebs halt das ganz Wichtige.

Und daher denke ich mir: Lachen mit anderen, über sich selber, über andere manchmal auch, aber halt nie im böartigen, sondern eher immer im humorvollen Sinn.

Abschluss

00:36:53

Ruth Streibl: Schön. Das sind wunderbare abschließende Worte. Frau Dr. Kdolsky, herzlichen Dank für dieses Gespräch.

Andrea Kdolsky: Ich danke für die Einladung.

Ruth Streibl: Es war sehr bereichernd, Ihre Perspektive da zu hören.

Andrea Kdolsky: Danke vielmals.

Ruth Streibl: Ich wünsche Ihnen alles Gute für Ihre Gesundheit. Dankeschön.

Andrea Kdolsky: Danke vielmals. Dankeschön.

Outro

00:37:22

Silvana Strieder: Das war Folge 27 von ÖAZ im Ohr zum österreichischen Gesundheitssystem. Das Gespräch mit Dr. Andrea Kdolsky führte Dr. Ruth Streibl. In der ÖAZ 23 finden Sie passend zum sogenannten Movember einen spannenden Beitrag zum Thema Männergesundheit mit Fokus auf Prävention und Prostatagesundheit. Dazu haben wir vor genau einem Jahr auch eine eigene Podcast-Folge mit Martina Löwe von der Österreichischen Krebshilfe gemacht – Folge 02- für alle, die neben den Beiträgen noch tiefer in die Männergesundheit und den Movember eintauchen wollen.

In der aktuellen ÖAZ-Ausgabe legen wir einen Schwerpunkt auf das Thema Atemwegserkrankungen mit verschiedensten Beiträgen. Außerdem stellt Mag. Christoph Hanak in einem Beitrag die Apotheke der Zukunft vor und analysiert mit Experten die digitale Transformation des Raums. Alle Inhalte der ÖAZ sind auch online auf oeaz.at verfügbar. Mit unserer Text-to-Speech-Funktion können Sie viele Beiträge auch bequem anhören, falls Sie mal keine Zeit zum Lesen haben.

Vielen Dank fürs Zuhören und bis zur nächsten Folge von ÖAZ im Ohr. Bleiben Sie neugierig, gut informiert – und denken Sie daran: Ihr Wissen ist die beste Medizin.

Hinweis: Dieser Podcast richtet sich an Fachkreise und dient der Vermittlung von allgemeinem Wissen über pharmazeutische und medizinische Themen. Es werden keine konkreten Therapieempfehlungen oder individuelle Ratschläge für Laien gegeben. Die Inhalte ersetzen keinesfalls den Besuch bei einem Arzt, einer Ärztin oder einer Apothekerin, einem Apotheker.