

periskop

AUSGABE 43, MÄRZ 2010

HINTERGRÜNDE. INTERVIEWS. INFORMATIONEN.
EIN RUNDBLICK DURCH DIE BEREICHE GESUNDHEIT, PHARMA UND WELLNESS

■
„DIE WEICHEN FÜR
EINE GUTE ZUKUNFT
ÖSTERREICHS SIND
HEUTE ZU STELLEN“

JOSEF PRÖLL,
VIZEKANZLER UND BUNDESMINISTER
FÜR FINANZEN

„DAS GESUNDHEITSSYSTEM
MUSS SICH AM MENSCHEN
ORIENTIEREN“

DR. BETTINA VOLLATH,
LANDESRÄTIN FÜR GESUNDHEIT
UND KULTUR, STEIERMARK

SERIE: FOKUS BUNDESLÄNDER
OBERÖSTERREICH



persönlichen Arzt des Vertrauens zu wählen – sei es der Allgemeinmediziner, sei es der Facharzt, zu dem eine Vertrauensbasis besteht. So kann nicht nur der Allgemeinmediziner Arzt des Vertrauens sein, sondern beispielsweise auch ein Internist – vorausgesetzt, er hat dazu die nötige Ausbildung und bietet die adäquaten Leistungen an“, so Rebhandl. Der Arzt des Vertrauens fungiert für den Patienten als Lotse durch das Gesundheitssystem und übernimmt als primärer Ansprechpartner die Koordination der Versorgung. Da das mit großem Aufwand verbunden ist, kann jeder Arzt nur eine bestimmte Anzahl an Versicherten betreuen. „Ich möchte mich im Rahmen meiner Allgemeinmedizintätigkeiten weiterentwickeln und verbessern und mehr auf die Qualität als auf die Dauer meiner Patientenkontakte achten können, dazu leistet dieses Modell einen wertvollen Beitrag“, so der langjährige ÖGAM-Präsident. Der Arzt des Vertrauens ist erste Ansprechstelle bei jeder Art der Erkrankung und in Fragen der Gesundheitsprävention. „Dadurch sollen eine langfristige Zielplanung und Verbesserung des Gesundheitszustands im Mittelpunkt stehen. Aufgrund der Zieldefinition, die der Patient und sein Arzt gemeinsam festlegen, soll auch die Prävention in stärkerem Maße Berücksichtigung finden“, erläutert Rebhandl. Damit der Arzt den Patienten optimal unterstützen kann, bedarf es einer verpflichtenden Befundübermittlung aller Einrichtungen des Gesundheitswesens an ihn. Das verschafft dem Arzt des Vertrauens Überblick über alle Diagnosen und Behandlungen. „Auf diese Weise wird nicht nur eine kontinuierliche Betreuung ermöglicht, sondern es ergeben sich auch enorme Einsparungspotenziale, da doppelt durchgeführte Untersuchungen oder nicht aufeinander abgestimmte Therapien unterschiedlicher Ärzte vermieden werden können“, betont der Experte. Der Patient erhält durch die integrierte Versorgung eine professionelle Betreuung all seiner Anliegen und bekommt von einer von ihm gewählten Vertrauensperson alle wichtigen Informationen zu seinem Gesundheitszustand. Das ist der Compliance besonders zuträglich. „Eine kontinuierliche Betreuung unter Berücksichtigung des persönlichen Hintergrunds vermittelt dem Patienten das Gefühl der Sicherheit. Doch auch für mich als Arzt ergeben sich durch die vertrauliche Arzt-Patienten-Beziehung klare Vorteile, denn die rasche Erbringung der Diagnostik sowie eine effiziente Therapie würden in einem Ausmaß ermöglicht werden, das derzeit nicht zu erreichen ist. Zudem wird der Prävention genügend Platz eingeräumt, wodurch langfristig die Gesundheit in der Bevölkerung verbessert werden kann. Durch transparente und die Arbeitswirklichkeit der Leistungserbringer berücksichtigende Steuerungssysteme könnten Mehrkosten reduziert und die Ressourcen der Sozialversicherungsträger besser genützt werden. Mein Ziel ist es jetzt, das Hausarztmodell und alles, was dazugehört, weiter zu forcieren“, so Erwin Rebhandl abschließend.

Bio Box Dr. Erwin Rebhandl:

Der gebürtige Oberösterreicher Dr. Erwin Rebhandl absolvierte an der Universität Wien sein Medizinstudium. 1981 übernahm er die Gemeindepraxis in Haslach in Oberösterreich. Seit 1988 ist er Inhaber einer Lehrpraxis. Sein Engagement für Allgemeinmedizin brachte er von Anfang an in die ÖGAM ein, in der er 1994 zum Präsidenten gewählt wurde. Seit 2001 engagiert sich Rebhandl auch aktiv für den medizinischen Nachwuchs und arbeitet als Lehrbeauftragter am Institut für Public Health, Abteilung für Allgemeinmedizin, an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien.

Das Periskop-Team freut sich, dass Dr. Erwin Rebhandl seine Bestrebungen um die Allgemeinmedizin – und somit um das Wohl des Patienten – weiterhin fortführen und dadurch einen wesentlichen Beitrag zu einem „gesünderen Österreich“ leisten wird.



ÖGAM-Präsident Dr. Erwin Rebhandl: 16 spannende und erfolgreiche Jahre sind genug

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL, MAG. SABINE SOMMER

Nach 16 Jahren an der Spitze der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) beendet Dr. Erwin Rebhandl seine Tätigkeit als deren Präsident, um sich neuen Aufgaben und Herausforderungen im Bereich der Allgemeinmedizin zu widmen. Die Aufwertung der Allgemeinmedizin, der Ausbau und die Neustrukturierung der ÖGAM sowie die Forcierung des Facharztes für Allgemeinmedizin waren wichtige Meilensteine in der langen Wirkungsperiode des Arztes.

Dr. Erwin Rebhandl hat sich nach vielen erfolgreichen Jahren an der Spitze der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin dazu entschlossen, sich neuen Herausforderungen zu stellen und sein Amt als ÖGAM-Präsident abzugeben. Im Jahr 1994 hatte der damals 40-jährige Allgemeinmediziner aus Haslach in Oberösterreich die Führung der ÖGAM übernommen. Seither wurden vielfältige Maßnahmen zur besseren Positionierung der Allgemeinmedizin getroffen, sodass Rebhandl zum Abschied ein positives Resümee ziehen kann: „Von Beginn an verfolgte die ÖGAM das Ziel, die Qualität der Allgemeinmedizin im Sinne einer integrierten Gesundheitsversorgung zu verbessern und zu fördern sowie die Ausbildung der Allgemeinmediziner zu modernisieren. Ich denke, wir haben diesbezüglich in den letzten Jahren wichtige Meilensteine gesetzt.“

Aufwertung der Allgemeinmedizin im Fokus

Ein besonderes Anliegen waren Erwin Rebhandl stets die Aufwertung der Allgemeinmedizin innerhalb des Gesundheitssystems und eine dafür notwendige Reform und Verbesserung der Ausbildung der Allgemeinmediziner in Richtung Facharzt – auch unter dem Gesichtspunkt der Effizienz: „Je besser die Grundversorgung ist, desto ökonomischer ist auch das Gesundheitssystem“, so Rebhandl. Die ÖGAM sieht den Allgemeinmediziner als wichtigste Nahtstelle zu allen weiteren nachgelagerten Versorgungsebenen wie z. B. zum niedergelassenen Spezialisten oder zum intramuralen Bereich. Das vielschichtige Leistungsportfolio eines Allgemeinmediziners wurde dementsprechend positioniert. „Für den Patienten stellt der Allgemeinmediziner als Hausarzt die zentrale Anlaufstelle für sämtliche Gesundheitsfragen dar, die aufgrund der zeitlichen und räumlichen Nähe jederzeit aufgesucht werden kann“, erklärt Rebhandl.

In der ÖGAM wurden wichtige Schritte zur Aufwertung der Gesellschaft als Fachvertretung der heimischen Allgemeinmediziner gesetzt. So wurden auch eigenständige Landesgesellschaften in allen Bundesländern gegründet und bestehende Gesellschaften in die Dachorganisation eingegliedert, um den Netzwerkgedanken besser umsetzen zu können. Aktivitäten wie die ÖGAM-Winter- und Jahrestagungen untermauern diese enge Vernetzung ebenfalls. Wichtiges Anliegen war Rebhandl stets die Fort- und Weiterbildung, die er in der ÖGAM aktiv vorangetrieben und für die er entsprechende Möglichkeiten geschaffen hat. Wie bedeutend dieses Thema für ihn ist, zeigt sich auch dadurch, dass er seit 2001 als Lehrbeauftragter am Institut für Public Health, Abteilung für Allgemeinmedizin, an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien tätig ist. Darüber hinaus kooperiert die ÖGAM erfolgreich mit den

anderen medizinischen Fachgesellschaften sowie mit vielen renommierten Institutionen und richtungweisenden Gremien im österreichischen Gesundheitswesen. Auch die Einführung der EbM-Guidelines – also der evidenzbasierten Vorgehensweisen für die allgemeinmedizinische Praxis – fiel in die Amtszeit von Erwin Rebhandl. Diese stellen einen wesentlichen Schritt zur Qualitätssicherung der medizinischen Grundversorgung dar.

Einer der Höhepunkte in der Wirkungsperiode Rebhandls war die erfolgreiche Organisation der WONCA Europe Conference 2000 in Wien, die für die österreichische Allgemeinmedizin wertvolle Impulse brachte. Die ÖGAM hat es geschafft, die WONCA Europe Conference 2012 wieder nach Wien zu holen. Im Rahmen der WONCA Europe, der europäischen Sektion von WONCA World (Weltorganisation der Allgemein- und Familienmediziner), werden über 3000 praktizierende Allgemein- und Familienmediziner sowie Forscher aus der ganzen Welt zu einem wissenschaftlichen und persönlichen Austausch nach Wien kommen.

Neue Herausforderungen rund um die Allgemeinmedizin

Innerhalb der ÖGAM wurde der Rücktritt von Erwin Rebhandl bereits vor drei Monaten kommuniziert, sodass neue Strukturen etabliert werden und die Abläufe innerhalb der Gesellschaft gewahrt bleiben konnten. Rebhandl wird sich in Zukunft neuen Herausforderungen und Aufgaben im Bereich der Allgemeinmedizin widmen, zu denen unter anderem die Einführung und Forcierung des

Arztes des Vertrauens, eines Hausarztmodells, zählen. Die Pflege der Arzt-Patienten-Beziehung war dem Allgemeinmediziner stets ein wichtiges Anliegen und seiner Meinung nach schon immer ein wesentlicher Bestandteil der allgemeinmedizinischen Tätigkeit. „Die integrierte Versorgung ist aus meiner Sicht eine gute Möglichkeit, die Optimierungspotenziale im Gesundheitswesen im Sinne einer Effizienzsteigerung auszunutzen. Sie soll die bestehenden Schranken innerhalb des Gesundheitswesens überwinden und beispielsweise eine bessere Zusammenarbeit zwischen ambulante und stationärem Sektor gewährleisten. Durch Aufgabendefinition der jeweiligen Versorgungsebene, die Betreuung an der dem jeweiligen Gesundheitsproblem angemessenen Stelle und die strukturierte Zusammenarbeit soll eine optimale Patientenbehandlung sichergestellt werden“, bestätigt Rebhandl.

Umsetzung des Arztes des Vertrauens

Eine der Hauptsäulen von Rebhandls Bestrebungen ist der Arzt des Vertrauens. „Jeder Patient soll die Möglichkeit haben, seinen

„Von Beginn an verfolgte die ÖGAM das Ziel, die Qualität der Allgemeinmedizin im Sinne einer integrierten Gesundheitsversorgung zu verbessern.“



Meilensteine in der langjährigen Wirkungsperiode:

Aufwertung der Allgemeinmedizin

Ausbau und Neustrukturierung der ÖGAM

Forcierung des Arztes für Allgemeinmedizin

Verbesserung der Ausbildung des Arztes für
Allgemeinmedizin und der Lehrpraxis

Aufwertung der Gesellschaft als Fachver-
tretung der heimischen Allgemeinmediziner

Erfolgreiche Organisation der WONCA
Europe Conference 2000 in Wien

Organisation Rahmenbedingungen für
WONCA Europe Conference 2012 in Wien

Ehrenring der Sozialversicherung für Franz Bittner



und politischer Rahmenbedingungen wichtige Errungenschaften der Gesundheitspolitik. Neben der Einführung des Brustkrebs-screeningprogramms, der Psychotherapie auf Krankenschein und der E-Card waren dies die Konsolidierung der Rechenzentren, die Neustrukturierung des Ausgleichsfonds und die Balanced-Scorecard-Steuerung. Auch zur Gründung der Wiener Dialyse Ges.m.b.H. und des Kompetenzzentrums für integrierte Versorgung hat die WGKK unter der Obmannschaft von Franz Bittner entscheidend beigetragen. Die Vernetzung von Gesundheitsvorsorge und Pflege, die verstärkte Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen sowie die vermehrte Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen waren ebenfalls wichtige Anliegen. „Die finanziellen Mittel so einzusetzen, dass sie rasch und effizient den Patienten zugutekommen –

Patienten in Österreich zu setzen, und zwar in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit Stakeholdern und Verantwortlichen.

Bio Box Franz Bittner:

Franz Bittner wurde 1953 in Wien geboren. 23 Jahre lang war der gelernte Lithograf und Sozialakademiker für den „Kurier“ und die Media-Print tätig. Im Jahr 1997 wurde er zum Obmann der Wiener Gebietskrankenkasse bestellt, ab 2002 wirkte er als Vorsitzender der Hauptversammlung im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und ab 2005 als Vorsitzender der Trägerkonferenz im Hauptverband. Auch in der Gewerkschaft Druck, Journalismus, Papier war Bittner aktiv, und zwar ab 1993 als Vorsitzender und ab 2006 als stellvertretender Vorsitzender. Zu zahlreichen Würdigungen wie dem „Preis der Menschlichkeit“ im Jahr 2003 und dem Ehrenpreis der Selbsthilfegruppe „Hepatitis Hilfe Österreich“ (2007) kam im November 2009 auch der Ehrenring der österreichischen Sozialversicherung hinzu. Im vorigen Jahr wechselte Bittner in die Privatwirtschaft, seit Juli 2009 ist er Geschäftsführer und Gesellschafter des Beratungsunternehmens PERI Human Relations GmbH.

Im Rahmen der Feierlichkeiten zum 60-jährigen Jubiläum des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger im November 2009 wurden langjährige Funktionäre für ihre Verdienste ausgezeichnet. So auch Franz Bittner, der den Ehrenring der österreichischen Sozialversicherung erhielt. Bittner war ab 1997 Obmann der Wiener Gebietskrankenkasse und gehörte im Hauptverband als Mitglied der Verbandskonferenz dem Verbandsvorstand und der Kontrollversammlung an. Ab September 2001 fungierte er als Vorsitzender der Hauptversammlung sowie ab Februar 2005 als Vorsitzender der Trägerkonferenz und Mitglied der Ausschüsse des Verbandsvorstands für Krankenversicherung, Prävention und Informationstechnologie. Mit 30. Juni 2009 schied Franz Bittner aus seinen Sozialversicherungsfunktionen aus. Seit-her ist er in der Privatwirtschaft als Geschäftsführer und Gesellschafter der PERI Human Relations GmbH tätig.

das war der zentrale Leitsatz meiner Arbeitsweise. Natürlich mussten wir einige Rückschläge hinnehmen, beispielsweise die missglückte Ambulanzgebühr, aber generell wurde das Leistungsangebot der WGKK für die Versicherten Wiens stetig ausgebaut und die Verwaltung modernisiert“, resümiert Bittner.

Neuer Tätigkeitsbereich

Nach abwechslungsreichen zwölf Jahren in der Sozialversicherung suchte sich Bittner eine neue Herausforderung. Mit 55 Jahren wollte es der Gewerkschafter mit Leib und Seele noch einmal wissen und wechselte in die Beratungsbranche zur PERI Human Relations GmbH. In seiner neuen Funktion hat es sich Bittner zum Ziel gesetzt, Akzente für die optimale Versorgung der



Mehr als ein Jahrzehnt in der Sozialversicherung

In die fast zwölf Jahre andauernde Amtszeit von Franz Bittner als Obmann der WGKK fielen trotz zum Teil schwieriger wirtschaftlicher

Gefälschte Arzneimittel können lebensgefährlich sein!

Kommen Sie zum Informationstag!



**23. April 2010,
09:00 bis 20:30 Uhr**

Im OMCL Zimmermangasse, Saal UNI (HS1),
Eingang Kinderspitalgasse, Zimmermangasse 3, 1090 Wien

**Besichtigen Sie in Führungen das Kontroll-Labor
der AGES PharmMed:**

Führungen: 10:00, 12:00, 14:00, 16:00, 18:00 und 20:00 Uhr

**Erleben Sie spannende Vorträge unter anderem zu
den Themen:**

Arzneittelfälschungen – ein Problem? | Fälschungen ruinieren die Gesundheit! | Spiel mit dem Leben – Arzneimittel aus dem Internet – Ergebnisse eines Selbsttests | Sichere Arzneimittel? Natürlich aus der Apotheke | Maßnahmen der Pharmaindustrie im Kampf gegen Arzneimittelfälschungen | Den Fälschungen auf der Spur | Die Polizei legt los! | Der Zoll weiß, woher das Zeug kommt | Stopp den Fälschern!

Vorträge: 09:00, 11:00, 13:00, 15:00, 17:00, 19:00 Uhr

Das detaillierte Programm finden Sie unter: www.basg.at



EDITORIAL

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

so wie die Jahreszeit erlebt auch die Konjunktur derzeit einen frühlingshaften Aufschwung. Die positiven Konjunktursignale haben sich in den letzten Wochen verstärkt, die Talsohle der Wirtschaftskrise ist erreicht. Vizekanzler und Finanzminister Josef Pröll nimmt im Periskop-Interview zu den politischen und wirtschaftlichen Herausforderungen, die die Turbulenzen an den Finanzmärkten mit sich brachten, Stellung. Wie Pröll mit Maßnahmen vonseiten des Finanzministeriums die Gesundheitsversorgung der Österreicher auf hohem Niveau aufrechterhalten will, lesen Sie in der Coverstory. Politische Quereinsteiger liefern gerade in der Gesundheitspolitik oft frische Impulse. Diesen Beweis will auch die neue steirische Landesrätin für Gesundheit, Spitäler und Kultur, Bettina Vollath, antreten. Im Interview schildert uns Vollath ihre Pläne für das Gesundheitswesen in der Steiermark.

Die Elektronische Gesundheitsakte ELGA steht in den Startlöchern. Mit der Gründung der ELGA GmbH soll die Realisierung rasch vonstatten gehen, die E-Medikation ist eines der ersten Projekte. Zu diesem Thema haben wir mit Susanne Herbek, Geschäftsführerin der ELGA GmbH, und Otto Pjeta, Präsidentschaftsreferent für Qualitätssicherung und Leiter des Medikamentenreferats der Österreichischen Ärztekammer, informative Gespräche geführt.

In der Serie „Focus Bundesländer“ wird in dieser Ausgabe Oberösterreich unter die Lupe genommen. Warum Oberösterreich im Disease-Management-Programm Diabetes eine Vorreiterrolle einnimmt, in anderen Bereichen aber Aufholbedarf hat, lesen Sie im Blattinneren. Erwin Rebhandl beendet nach 16 Jahren seine Tätigkeit als Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM). Sein persönliches Resümee und welchen neuen Herausforderungen er sich in Zukunft widmen will, lesen Sie auf den Seiten 2 und 3.

An dieser Stelle können wir über erfreuliche Entwicklungen aus der PERI-Gruppe berichten: Ab 1. Mai 2010 wird Wilfried Teufel die Position des geschäftsführenden Gesellschafters der neu gegründeten PERI Marketing & Sales Excellence GmbH übernehmen. Das Leistungsportfolio von PERI Marketing & Sales Excellence wird unter anderem die Analyse, Konzeptarbeit sowie die Umsetzung für Problemstellungen aus dem Marketing- & Sales-Bereich umfassen. Wir freuen uns auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit!

Wir wünschen Ihnen mit der vorliegenden Frühjahrsausgabe des Periskops eine spannende und interessante Lektüre.

Ihr
Hanns Kratzer und Robert Riedl



Das erwartet Sie in der nächsten Periskop-Ausgabe:

Wir führen unter anderem Interviews mit Peter McDonald, Direktor der Abteilung Politik des Wirtschaftsbundes und Arno Melitopolos, Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH. In der Reihe „Focus Bundesländer“ steht das burgenländische Gesundheitswesen im Mittelpunkt. Wir berichten über das zweite Linzer gesundheitspolitische Gespräch, bei dem zu den Themen Effizienz und Spitalskooperationen diskutiert wurde.

Lesen Sie außerdem in der nächsten Ausgabe: Die Gesundheit Österreich GmbH präsentierte anlässlich eines Expertengesprächs unter dem Motto „Kompetenz im Gesundheitswesen unter einem Dach“ ihr Aufgabengebiet. Darüber hinaus stellen wir die Europharm SMC, einen Industrieverband, der klein- und mittelständische pharmazeutische Unternehmen innerhalb Europas unterstützt und fördert, vor.

Wilfried Teufel, Geschäftsführer der neu gegründeten PERI Marketing & Sales Excellence GmbH, nimmt in einem ausführlichen Gespräch zu seiner neuen Position Stellung.

INHALT

Interview mit Dr. Erwin Rebhandl, scheidender ÖGAM-Präsident	2
Ehrenring der Sozialversicherung für Franz Bittner	4
Impressum, Zur Sache	5
Coverstoryinterview mit Vizekanzler Josef Pröll	6
Interview mit Dr. Bettina Vollath, Gesundheitslandesrätin in der Steiermark	8
Nachlese: Diskussionsrunde Gesundheitsversorgung in Salzburg	10
PERI imPULS Angststörungen und Depression	12
UPDATE Europe	13
Interview mit Dr. Susanne Herbek, Geschäftsführerin ELGA GmbH	14
Japanische Pharmaunternehmen stellen sich vor	16
Kolumne MR Dr. Walter Dörner	17
Interview Mag. Thomas Russegger, Salzburger Patientenvertretung	18
Leserstimmen, Buchrezensionen	20
Interview mit Dr. Otto Pjeta, Österreichische Ärztekammer	21
Focus Bundesländer Oberösterreich	22
Kolumne Dr. Jan Oliver Huber	27
Interview mit Mag. Claudia Handl, Mag. Elisabeth Stöcher und Claudia Hajdinyak, Pfizer	28
Interview mit Georg Wager, General Manager Eisai	30
Interview mit Dr. Günther Grabner, Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft	33
Rückblick 21. Thema Gesundheit: Impfung gegen die neue Grippe	34
IGEPHA	36
Marketingmix-Barometer	37
Interview mit Dr. Bernhard Schwarz, Vorstand der Karl Landsteiner Gesellschaft	38
Kolumne Kaspar Sertl	42
Der Personal-Drug-Reminder	43
Der Sonnberghof – das neue Angebot der VAMED in Bad Sauerbrunn	43

Zur Sache Dämpfungspotenziale die Zweite...



Das Jahr 2011 wird ein äußerst Sparsames für die österreichische Bevölkerung. Bei den Bundesausgaben sollen 1,7 Milliarden eingespart, und die Einnahmen um 1,2 Milliarden gesteigert werden. Insgesamt müssen in den nächsten drei Jahren sechs Milliarden Euro eingespart werden, um den EU-Kriterien zu entsprechen. Ein äußerst ambitioniertes Ziel, das sich die Bundesregierung gesteckt hat. Unabhängig von den unterschiedlichen ideologischen Zugängen der beiden Parteien von SPÖ und ÖVP. In diesen Milliarden sind die erwünschten ausgabenseitigen Dämpfungspotenziale des Gesundheitswesens nicht mit eingerechnet. Rechnet man diese für 2011, 2012 und 2013 hinzu, ergeben sich nochmals ca. 1,3 Milliarden Einsparungspotenzial, die erst gefunden werden müssen. Die von vielen Politikern und Funktionären der Sozialversicherung geforderten Einsparungen der Spitäler kommen in dieser Berechnung noch gar nicht vor. Wenn nicht bald die ersten Gespräche und Verhandlungen zwischen Bund, Länder und Sozialversicherung stattfinden, dann wird es vom Zeitablauf – die nächste 15a Vereinbarung muss 2013 abgeschlossen sein – ziemlich schwierig werden, einen gemeinsamen Konsens zu finden.

1,3 Milliarden Einsparungen bei Ärzten, Instituten, Heilmittel und in der eigenen Verwaltung werden sich nur schwer erreichen lassen. Wer lässt sich in Österreich schon gerne etwas wegnehmen? Die jeweiligen Verhandlungen zwischen Ärztekammern und Krankenkassen und deren Rituale zeigen diesen Verteilungskampf deutlich auf.

Obwohl in vielen Fällen – würden die Länder mit den Krankenkassen besser kooperieren – deutliche Einsparungspotenziale gehoben werden könnten, ohne die Patienten schlechter stellen zu müssen. In manchen Fällen, den Patienten sogar zusätzliche Wahlmöglichkeiten angeboten werden könnten.

Beispiel gefällig: Die Grunderkrankung Diabetes betrifft derzeit 380.000 Personen in Österreich, die Dunkelziffer dürfte bei 450.000 liegen. Ganze 18.000 sind derzeit in sogenannte DMP-Programme (Therapie Aktiv) eingebunden. Anscheinend ist die Öffentlichkeitsarbeit der Ärztekammern und der Krankenkassen ungenügend, um die betroffenen Diabetiker und deren behandelnde Ärzte für solche – dem System - kostensparendere und bessere Behandlungsmethoden zu interessieren.

Nächstes Beispiel: Viele dieser Typ1 und Typ2 Diabetiker müssen leider auch dialysiert werden. Einige der Länder bauen derzeit ihre Hämodialysezustationen aus und vernachlässigen die Peritonealdialyse. Eine Form der Dialyse, die bei vielen Patienten zu Hause, oder in Pflegeheimen stattfindet und diesen Menschen ein mobiles Leben ermöglicht. Zusätzlich ist diese Form der Dialyse deutlich kostengünstiger als die Hämodialyse. Kostet doch eine Hämodialyse pro Patient und Jahr ca. 63.000 Euro, die Peritonealdialyse (Bauchfelddialyse) ungefähr 41.000 Euro. Geld, das im Gesundheitssystem anders eingesetzt werden könnte. Einige Bundesländer haben dies bereits erkannt und dieser Behandlungsmöglichkeit Rechnung getragen. So ist Vorarlberg Spitzenreiter mit über 12, gefolgt von Niederösterreich mit ebenfalls 12 und Wien mit 11 Prozent ihrer Dialysepatienten, die die Möglichkeit der Peritonealdialyse in Anspruch nehmen können. Ändert aber nichts daran, dass andere europäische Länder zwischen 25 und 30 Prozent an Peritonealdialyse haben. Allein an diesen beiden Beispielen lässt sich erkennen, dass es einiges an Dämpfungspotenzialen im Gesundheitswesen gibt, die einerseits zu einer Verbesserung der Lebensumstände der betroffenen Patienten und andererseits zu einer besseren Verteilung der ökonomischen Ressourcen führen könnten.

Herzlichst Ihr

IMPRESSUM

Verleger und Eigentümer: Peri Consulting GmbH, Herausgeber Mag. Hanns Kratzer Geschäftsführung: Mag. Hanns Kratzer, Servitengasse 10/16, 1090 Wien; Redaktionsanschrift: Lazarettgasse 19/4. OG, 1090 Wien, Tel.: 01/4021341-0, Fax: DW 18, E-Mail: pr@welldone.at;

Offenlegung gemäß § 25 Mediengesetz: Medieninhaber: Peri Consulting GmbH, Lazarettgasse 19/4. OG, 1090 Wien; Unternehmensgegenstand: Beratung; Geschäftsführung: Hanns Kratzer, Eigentümer: 90 % BJK+R Privatstiftung, Servitengasse 10/16, 1090 Wien;

Autoren: Birgit Bernhard, Elena Bertolini, Walter Dörner, Nives Gobo, Jan Oliver Huber, Elisabeth Kranawetvogel, Kurt Moser, Kaspar Sertl, Sabine Sommer;

Art Direktion: Dieter Lebisch; Grafik: Sonja Huber, Isabelle Lampaert, Alexander Svec; Fotos: ÖÄK (1), HVP (2), Kaser (14), Kolarik (7), ÖOG (1), ÖVP (5), Pfluogl (38), Riess (7), Sticklerfotografie (1)

Lektorat: Ursula Sorz; Litho und Druck: Druckerei Robitschek & Co Ges.m.b.H., 1050 Wien; Auflage: 3.500 Erscheinungsweise: viermal jährlich; Einzelpreis: Euro 5,00; Die Zeitschrift und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und nicht der Redaktion wieder. Die in den Beiträgen verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

Blattlinie: Informationen aus dem Gesundheits-, Pharma- und Wellnessbereich sowie aus der Gesundheitspolitik.

„Die Weichen für eine gute Zukunft Österreichs sind heute zu stellen“



Seit Dezember 2008 bekleidet Josef Pröll das Amt des Vizekanzlers und Bundesministers für Finanzen. Im Periskop-Interview zieht er eine Zwischenbilanz über seine bisherige Tätigkeit und spricht über Themen, die ihn bewegen, sowie über zukünftige Herausforderungen für Österreich.

P: Sie bekleiden seit Dezember 2008 das Amt des Vizekanzlers und Finanzministers. Wie sieht Ihre bisherige Bilanz in diesen beiden Positionen aus?

Pröll: Dieses erste Jahr als Finanzminister war eines der großen Herausforderungen. Die Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise haben uns gezwungen, alte Denkmuster zu durchbrechen, um unser Land mit ruhiger Hand durch die Krise zu führen. Wir haben zahlreiche Maßnahmen umgesetzt, die sowohl die Menschen als auch die Wirtschaft in Österreich kraftvoll unterstützen. Das Finanzministerium steht dabei an der Spitze der Krisenbekämpfung. Und wie aktuelle Zahlen belegen, zeigen unsere Maßnahmen Wirkung.

P: Worin sehen Sie Ihre Aufgaben und was sind Ihre Visionen für die nahe Zukunft?

Pröll: Für mich ist klar, dass wir schon heute – besonders in dieser schwierigen Zeit – die Weichen für eine gute Zukunft Österreichs stellen müssen, damit wir auch weiterhin Wohlstand sowie Lebensqualität sichern und ausbauen können. Wir müssen schneller und flexibler werden, denn die Herausforderungen sind nicht weniger geworden. Daher müssen wir bereit sein, ohne Tabus über den Tellerrand zu schauen.

P: Welche Themen liegen Ihnen besonders am Herzen?

Pröll: Österreich soll ein Land sein, in dem sich Leistung und Leistungsbereitschaft besonders lohnen. Daher habe ich das Transferkonto vorgeschlagen, das übersichtlich darstellt, welche Transferleistungen den Bürgerinnen und Bürgern zustehen beziehungsweise welche von ihnen bereits beantragt wurden. Das Transferkonto eröffnet die Chance auf mehr Leistungs- und Verteilungsgerechtigkeit. Es bringt mehr Transparenz und verbessert die Treffsicherheit unseres Sozialnetzes. Ich habe mich besonders gefreut, dass auch der Koalitionspartner unseren Überlegungen zugestimmt hat. Wir beschäftigen uns bereits in einer Arbeitsgruppe mit der Umsetzung.

P: Was macht den Beruf des Politikers in Österreich wertvoll?

Pröll: Österreich ist im europäischen Vergleich ein relativ kleines, jedoch großartiges Land. Wir sind reich an Menschen, die den Willen haben, gemeinsam viel zu bewirken. Generationen vor unserer Zeit haben ein Land aufgebaut, das auf grundfesten Werten basiert. Ich bin stolzer Österreicher und empfinde es daher als besonderes Privileg, für unser Österreich arbeiten zu dürfen. Ich arbeite mit ganzer Leidenschaft tagtäglich für dieses Land. Bewerten müssen jedoch die Bürgerinnen und Bürger bei der Wahl meine Arbeit – nicht ich.

P: Als Finanzminister ist Ihnen das Thema Wirtschaftskrise sicherlich mehr als vertraut. Wo liegen die politischen und wirtschaftlichen Herausforderungen in Zeiten leerer Kassen und steigender Staatsschulden?

Pröll: Die Talsohle der Krise ist durchschritten. Jetzt beginnt der beschwerliche Wiederaufstieg. Wir haben eine Steuerreform, Konjunkturpakete und Arbeitsmarktpakete beschlossen und somit bewiesen, dass wir rasch und punktgenau auf die Auswirkungen der internationalen Finanz- und Wirtschaftskrise reagiert haben. Doch natürlich kosten die geschnürten Pakete auch Geld. Geld, das wieder zurückbezahlt werden muss. Wir müssen uns schon heute über diese Frage Gedanken machen. Denn wir haben die Pflicht, den Schuldenberg nicht zu einem unüberwindbaren Massiv für unsere Kinder anwachsen zu lassen. Hier braucht es die Bereitschaft aller – wir brauchen eine nationale Kraftanstrengung, um unsere Staatsfinanzen wieder auf solide Beine zu stellen.

P: Oft wird das teure Gesundheitssystem in Österreich kritisiert. Wie stehen Sie zu diesem Thema? Sind Einsparungen im Gesundheitssektor möglicherweise gleichbedeutend mit Qualitätsverlust?

Pröll: Das österreichische Gesundheitssystem ist dank ausgezeichneter medizinischer Versorgung eines der besten der Welt. Durch große Investitionen in den medizinischen Fortschritt sind auch unsere Spitäler stets mit neuester, hochmoderner Technologie ausgestattet. Oberstes Ziel ist es, die Gesundheitsversorgung auch zukünftig für alle gleich zugänglich und langfristig finanzierbar zu machen. Ich bekenne mich zu einem starken öffentlichen Gesundheitssystem und zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung für alle Menschen in Österreich. Daher möchte ich auch in Zukunft die optimale Gesundheitsversorgung in Österreich auf weltweit höchstem Niveau erhalten und weiter ausbauen. Doch auch hier müssen wir alte Denkmuster und eingefahrene Strukturen neu überdenken und definieren. Unsere Aufgabe ist es, beim Sanierungskonzept für das Gesundheitswesen alle Effizienzpotenziale zu nützen, da der verantwortungsvolle Umgang mit den Steuer- und Beitragsmitteln der Österreicherinnen und Österreicher oberste Prämisse ist.

P: Unser Heimatland unterliegt derzeit einem deutlichen Strukturwandel (Arbeitsplätze, Ausbildung etc.). Worin sehen Sie die Vor- und Nachteile dieser Veränderung? Welche Bereiche sind besonders betroffen?

Pröll: Unsere Gesellschaft steht derzeit vor tiefgreifenden Herausforderungen, denen wir uns stellen müssen. Stillstand bedeutet Rückschritt, daher gibt es für mich keine Alternative. Veränderung bedeutet Wandel, und das ist unsere große Zukunftschance. Gestalten wir unsere Zukunft aktiv – wir haben es in der Hand! Bildung ist die Zukunftsfrage schlechthin. Denn in unseren Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegt eine unglaubliche Kraft für die Zukunft. Investitionen in das

Bildungs- und Fortbildungswesen sind die beste Zukunftsvorsorge Österreichs.

P: Was ist Ihnen bei Ihrer Arbeit wesentlich?

Pröll: Entscheidender Erfolgsfaktor ist das Team. Seit knapp über einem Jahr arbeite ich mit hochmotivierten und bestqualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Finanzministerium. Die Kolleginnen und Kollegen im BMF leisten großartige Arbeit und stellen den ausgezeichneten Ruf der Finanzverwaltung tagtäglich erneut unter Beweis. Der Erfolg bei der Krisenbewältigung trägt ganz klar ihre Handschrift.

P: Welches Ereignis hat Sie in Ihrer bisherigen politischen Karriere am meisten bewegt?

Pröll: Wenn ich draußen bei den Menschen bin und vor Ort sehe, dass unsere Maßnahmen greifen – beispielsweise wenn Familien mir ihre Steuerersparnis im Zuge der Steuerreform 2009 vorrechnen –, dann sind das Ereignisse, die mich bewegen, aber auch bestärken. Gibt es eine bessere Motivation für das, was man tagtäglich tut?

P: Was soll die Nachwelt nach Ihrer Amtszeit über Sie sagen? Was möchten Sie erreicht haben?

Pröll: Hoffentlich nur Gutes! Ich konzentriere mich auf meine Arbeit. Österreich soll gestärkt aus der Krise hervorgehen und für die Zukunft bestmöglich gewappnet sein. Die Bewertung meiner Arbeit überlasse ich guten Gewissens denen, die sich dazu berufen fühlen.

Bio Box Josef Pröll:

Josef Pröll wurde am 14. September 1968 in Stockerau geboren. Nach seinem Studium an der Universität für Bodenkultur in Wien mit dem Schwerpunkt Agrarökonomie begann er seine Berufslaufbahn als Referent der Niederösterreichischen Landes-Landwirtschaftskammer. Sein Weg führte ihn von der Funktion des Direktors des Österreichischen Bauernbundes zu jener des Bundesministers im Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft. Seit Ende 2008 ist er Parteibeamter der Österreichischen Volkspartei und Bundesminister im Bundesministerium für Finanzen. Josef Pröll ist glücklich verheiratet und hat drei Kinder.



„Stillstand bedeutet Rückschritt, daher gibt es für mich keine Alternative. Veränderung bedeutet Wandel, und das ist unsere große Zukunftschance.“





„Das Gesundheitssystem muss sich am Menschen orientieren“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

Seit September 2009 amtiert Dr. Bettina Vollath als steirische Landesrätin für Gesundheit, Spitäler und Kultur. Im Periskop-Interview spricht die politische Quereinsteigerin über die Herausforderungen, die das steirische Gesundheitssystem mit sich bringt, dessen zukünftige Finanzierung, die Chancen und Möglichkeiten der Errichtung von Gesundheitszentren sowie über die Anknüpfungspunkte von Gesundheit und Kultur.

P: In Ihr Aufgabengebiet fällt sowohl das Gesundheits- als auch das Kulturressort. Welche Verbindung gibt es zwischen Gesundheit und Kultur?

Vollath: Abgesehen davon, dass es eine Galerie im Klinikum Graz gibt und die KAGes versucht, bei ihren Bauten Nutzen und Architektur zu verbinden, gehört für mich Kultur in einer gewissen Art und Weise zur Gesundheitsförderung dazu. Beide Ressorts ergänzen sich wunderbar und die Zeit, die ich für beide aufwende, ist relativ ausgewogen.

P: Was ist für Sie am Gesundheitsbereich besonders interessant? Welche Herausforderungen sehen Sie auf sich zukommen?

Vollath: Die größte Herausforderung besteht für mich darin, dass im Gesundheitsbereich sehr unterschiedlich starke Stake-

holder vertreten sind. Politik als Kunst, das Mögliche machbar zu machen, ist hier in hohem Maße erforderlich, um die vielfältigen Interessen zusammenzuführen. Mein erklärtes Ziel ist es, alle Partnerinnen und Partner an einem Tisch zu versammeln und gemeinsam Lösungen zu erarbeiten, die für alle akzeptabel sind. Erschwert wird diese Arbeit durch die ewige Knappheit der finanziellen Mittel, wodurch neue Ideen mit Anlaufkosten nicht weiterverfolgt werden, obwohl sie langfristig finanzielle Erfolge ergeben würden. Daher ist die Gesundheitsförderung, die ja im Sinne von „Health in all Policies“ alle Verantwortungsbereiche der Politik betrifft, auch so schwer zu verankern.

P: Wie gehen Sie mit Partikularinteressen um?

Vollath: Es macht das Leben nicht leichter, dass sozusagen alle ihr eigenes Paar Schuhe anhaben. Wichtig ist es trotzdem, Gemeinsamkeiten herauszustreichen und uns zudem verstärkt in die Sicht der Patienten und Patientinnen hineinzudenken. Wir in der Politik müssen uns selbst disziplinieren und verstehen lernen, was in den Augen der Patienten und Patientinnen das Vernünftigste ist.

P: Wenn Sie einen Wunsch hinsichtlich des Gesundheitssystems frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

Vollath: Ich würde mir wünschen, dass das LKF-System mehr Anreize bietet, um noch mehr ambulant und tagesklinisch leisten zu können, und man damit österreichweit weg vom „Spitalsbettendenken“ kommt. Auch neue Versorgungs- und Kooperationsformen – beispielsweise für Ambulanzangebote in entlegenen Regionen – müssen möglich sein.

P: Die Politik diskutiert über Einsparungs- oder Kostendämpfungspotenzial in der Verwaltung des intra- sowie des extramuralen Bereichs. Wie stehen Ihrer Meinung nach hier die Chancen?

Vollath: Was meine Wahrnehmung in den Kliniken und den peripheren Krankenhäusern betrifft, denke ich, dass das System sehr ausgereizt ist. Es wird schon seit Jahren auf Kosteneffizienz, Leistungssteigerung und Qualitätsverbesserung geachtet. Manchmal braucht es neben dem Bemühen aber einen großen Druck, dass man noch einen Schritt weitergeht und durch Entwicklungen weiterkommen kann. Denn ein Sprichwort sagt: „Durch großen Druck entstehen Diamanten.“ Chancen sehe ich vor allem durch technische Fortschritte – wie beispielsweise die Teleradiologie – gegeben, die es ermöglichen, von unterschiedlichen Standorten aus zusammenzuarbeiten. In einer besseren Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den Bereichen steckt sicher auch noch Potenzial.



P: Welche Projekte sind für die Steiermark derzeit wesentlich?

Vollath: Wir arbeiten momentan an Projekten, die die integrierte Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten betreffen und bei denen die Bevölkerung, aber auch alle Institutionen vom Hausarzt über die Rettung bis zur Krankenanstalt angesprochen werden. Damit sind wir schon sehr weit, das Projektstadium ist fast abgeschlossen. Mein Credo für meine Arbeit lautet, die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt zu stellen, und darauf aufbauend werden alle Akteurinnen und Akteure miteinbezogen. Die integrierte Versorgung folgt meinem Wunsch, den Fokus auf die Patientinnen und Patienten zu richten. Deswegen sind mir diese Initiativen besonders wichtig – sowie auch das Reformpoolprojekt Diabetes.

P: Führt die derzeitige Politik zu Leistungsverlechterungen für die Patienten?

Vollath: Wir müssen uns dessen bewusst sein, dass wir, wenn wir weiter diese hohe Qualität halten wollen und sich der medizinische Fortschritt in einem so rasanten Tempo wie bisher entwickelt, bei der Finanzierung etwas ändern müssen. Denn man kann nicht sagen, wir ergreifen kostendämpfende Maßnahmen auf allen Ebenen, aber die Qualität rühren wir nicht an, ohne dass sich auch die Einnahmen im Gesundheitssystem verbessern.

P: Wir haben in Österreich ein sehr gutes, sozial ausgewogenes Gesundheitssystem. Die Menschen werden älter, sie leben länger, daher kosten sie mehr. Das wirkt sich auf die Finanzierung aus. Ist ein System aus dem 19. Jahrhundert im 21. Jahrhundert noch zeitgemäß?

Vollath: Durch die demografische Entwicklung hat sich vieles verändert und verschoben. Die Menschen werden immer älter, und das natürlich nicht immer bei guter Gesundheit. Multimorbidität lautet das Schlagwort. Immer mehr Menschen leiden an mehreren Krankheiten gleichzeitig. Heute haben die Patientinnen und Patienten selten nur ein isoliertes Problem, sondern sie haben gleichzeitig medizinischen, pflegerischen und sozialen Bedarf. Die Spitalstruktur ist aber noch fast dieselbe wie vor hundert Jahren. Die einzelnen Abteilungen in den Spitälern sind auf gesunde Menschen abgestimmt, die eine Krankheit haben, die wieder geheilt werden kann, damit der Patient oder die Patientin anschließend

aus dem Spital entlassen wird. Die Integration der ganzen Maßnahmen bleibt auf der Strecke. Das ist eine ganz wichtige Entwicklung, bei der wir dranbleiben und entsprechend handeln müssen, damit das System der aktuellen Bevölkerungsentwicklung gerecht wird. Die Art der Versorgung muss eine andere werden. Denn ältere Menschen sind meist kränker und belasten daher das System in anderer Art und Weise, als es junge Leute machen. Aber auch diese beanspruchen das System. Wichtig ist, dass wir richtig auf die demografische Veränderung reagieren und analysieren, welchen Bedarf ältere Leute haben und wo die Hauptprobleme liegen. Die Akutgeriatrie und Remobilisation müssen ernst genommen und weiter ausgebaut werden. Wenn beispielsweise ein Pensionist oder eine Pensionistin aufgrund eines Sturzes ins

Krankenhaus eingeliefert wird, sollte man nicht nur schauen, wo die Verletzungen durch diesen Sturz sind, sondern genau analysieren, warum dieser alte Mensch gestürzt ist. Hat dieser zum Beispiel Herz- oder Kreislaufprobleme und haben diese Probleme zum Sturz geführt? Denn sonst werden zwar die Verletzungen geheilt und der Patient bzw. die Patientin wird nach Hause entlassen, aber drei Wochen später landet er bzw. sie wegen eines erneuten Sturzes wieder im Spital. Indem bei der Remobilisation der alten Menschen darauf geachtet wird, wie zukünftige Stürze vermieden werden können, können aus meiner Sicht Kosten langfristig gedämpft werden. Darin sehe ich Potenzial.

P: Welche Bedeutung kommt der Gesundheitsförderung zu?

Vollath: Die Gesundheitsförderung hat eine besondere Bedeutung, weil es letztlich darum geht, möglichst frühzeitig Gesundheitsmaßnahmen und Prävention zu unterstützen, um lange Phasen des Gesundseins zu ermöglichen. Die Steiermark hat mit den Gesundheitszielen dafür schon einen wesentlichen Grundstein gelegt, der auch für die Umsetzung der Gesundheitszentren ein zentraler Baustein ist. Eine Informations- und Koordinationsstelle und weiterführend die integrierte Versorgung sind deshalb ein wichtiger Schritt zu mehr Übersichtlichkeit und Zukunftsorientierung.

P: Wie sieht Ihr Vorschlag zur zukünftigen Finanzierung des Gesundheitssystems aus und welchen Beitrag kann hier das Projekt Gesundheitszentren leisten?

Vollath: Das Projekt Gesundheitszentren wird auf der Grundlage mehrerer Landtagsbeschlüsse von der Gesundheitsplattform Steiermark umgesetzt. Die Gesundheitszentren schaffen als eine Art Navigationssystem mehr Orientierung für die Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Angebote des steirischen Gesundheitssystems. Gleichzeitig reduzieren sie den bürokratischen Aufwand für die Ärztinnen und Ärzte. Künftig soll das Gesundheitssystem gezielt weiterentwickelt und so übersichtlicher, schneller und effizienter gemacht werden. Durch die Information der Patientinnen und Patienten sowie die Koordination mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern sowie Vereinen machen es die Gesundheitszentren einfacher, sich im System zurechtzufinden. Bisher mussten sich die Menschen an viele verschiedene Stellen wenden, etwa für mobile Betreuung oder Schulungsangebote. Gerade für ältere Bürgerinnen und Bürger ist das oft unzumutbar. Die Gesundheitszentren werden diese Aufgaben bündeln und als Drehscheibe für alle Fragen zum Gesundheits- und Sozialangebot der Regionen sowie zu Antragsstellungen und Behördenwegen agieren. Jedoch werden hier keine zusätzlichen medizinischen Leistungen angeboten werden, sondern es geht darum, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu vernetzen und das vorhandene Gesundheitsangebot optimal zu nutzen. So profitieren auch die Haus- und Fachärztinnen und -ärzte sowie die Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister in der Steiermark. Denn auch für sie sind die Gesundheitszentren eine wichtige Anlaufstelle. Beispielsweise können diese den Ärztinnen und Ärzten helfen, einen Pflegeplatz für einen Patienten oder eine Patientin zu finden, Essen auf Rädern zu organisieren oder einen Termin für eine Schulung auszumachen. Damit wird der administrative Aufwand deutlich gesenkt und es bleibt mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten.

P: Wie wird die Umsetzung aussehen?

Vollath: Es ist geplant, das Projekt in vier aufeinander aufbauenden Phasen umzusetzen. Die ersten beiden Phasen etablieren die Informations- und Koordinationsfunktion der Gesundheitszentren und schaffen damit die Grundlage für eine integrierte Versorgung und die Möglichkeit, die jeweiligen Verbesserungspotenziale der Region herauszufiltern. Die anschließende Phase drei verbessert das Ressourcenmanagement des steirischen Gesundheitssystems durch eine gemeinsame Nutzung der vorhandenen Infrastruktur des niedergelassenen Bereichs und der Krankenhäuser. In der abschließenden Phase vier werden neue Organisationsstrukturen geschaffen, die zu einer engeren Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den Krankenhäusern führen. Das Ziel ist eine an den Patientinnen und Patienten orientierte integrierte Versorgung. Zudem tragen die neuen Strukturen gemeinsam mit dem verbesserten Ressourcenmanagement deutlich zur Kosteneffizienz des Systems bei. Auch die langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems wird so gesichert. Denn durch die Koordination der Gesundheitszentren gestalten wir das System effizienter und vermeiden Doppelgleisigkeiten. So ergibt sich langfristig ein positiver volkswirtschaftlicher Effekt. Die Gesundheitszentren sind ein wichtiger Baustein für ein finanzierbares System mit wachsender Qualität.

P: Wann werden Sie damit beginnen?

Vollath: Noch in diesem Jahr werden in den Landeskrankenhäusern Mürzzuschlag und Bad Aussee die ersten Pilotprojekte zu den Gesundheitszentren beginnen. Geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden sich um telefonische und persönliche Anfragen kümmern. Zudem können sich alle Steirerinnen und Steirer online über das „Gesundheitsportal“ über das Gesundheitsangebot in ihrer Region informieren. Denn wir haben eine klare Vorstellung davon, wie wir das Gesundheitssystem zum Vorteil der Bürgerinnen und Bürger sowie der Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister verbessern können. Diese Lösung werden wir nun mit Hochdruck vorantreiben.

Bio Box Dr. Bettina Vollath:

Die gebürtige Grazerin Dr. Bettina Vollath absolvierte nach der Matura ein Studium der Rechtswissenschaften. Von 1999 bis 2005 arbeitete sie in zwei Grazer Rechtsanwaltskanzleien. Im Jahr 2005 folgte der Quereinstieg in die Politik als Landesrätin für Bildung, Jugend, Frauen und Familien. Seit September 2009 nimmt sie das Amt der Landesrätin für Gesundheit und Kultur ein. Privat verbringt sie ihre Zeit gerne mit Familie und Freunden und interessiert sich für Lesen, Musik und Theater.

Gesundheitsversorgung in Salzburg 2010

Fokus Psychiatrie

Die Österreichische Sozialversicherung hat den gesetzlichen Auftrag, ihren Versicherten die beste individuelle medizinische Behandlung zu ermöglichen. Ein weiterer Auftrag des Gesetzgebers an die Kassen ist es aber auch, mit den Beiträgen der Versicherten sorgsam zu wirtschaften und „das Maß des Notwendigen nicht zu überschreiten“. Vor diesem Hintergrund wurde im Herbst 2009 eine Vereinbarung zwischen der Salzburger Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer Salzburg getroffen, die zu einer österreichweiten Diskussion führte. Seither besteht speziell im Bereich psychischer Erkrankungen – bei Betroffenen, deren Angehörigen, Fachärzten und Allgemeinmedizinern – Unsicherheit hinsichtlich der Medikamentenverschreibung. Anlässlich dieser Entwicklungen diskutierten hochrangige Experten, Patienten, deren Angehörige, aber auch Vertreter der Ärzteschaft und Krankenkassen sowie der Gesundheitspolitik am 11. Februar 2010 in Salzburg. Ziel der Veranstaltung war es, Probleme und Herausforderungen zu erörtern und durch einen offenen Dialog einen gemeinsamen Weg zu finden.

Die Salzburger Gebietskrankenkasse und die Salzburger Ärztekammer setzten Ende vergangenen Jahres mit dem Projekt „Salzburger Medikamentenliste“, welche besagt, dass in Salzburg ab 2010 von Medikamenten innerhalb einer Wirkstoffgruppe nur noch das billigste Medikament verschrieben werden darf, ein Signal: Um den stark steigenden Kosten im Gesundheitswesen etwas entgegenzusetzen, gab es für die niedergelassenen Ärzte eine klare Anweisung. Nachdem nun einige Zeit vergangen ist, ist der Lärm um dieses Thema etwas zurückgegangen. Davon geblieben ist jedoch ein erhöhter Druck auf die Mediziner, bei der Verschreibung von Medikamenten nicht nur auf die Qualität des Arzneimittels, sondern auch auf den Preis zu achten. Für die Patienten bleibt nach intensiver Diskussion die Erkenntnis, dass die teuersten Medikamente nicht automatisch die besten sein müssen. Damit das Gesundheitssystem auf dem bestehenden hohen Niveau aufrechterhalten werden kann, ist von allen Seiten ein stärkeres Kostenbewusstsein erforderlich. Anfangs war die Verunsicherung unter den Patienten groß, als durch die aufkommende Diskussion der Eindruck entstand, es stünden nur die Kosten im Vordergrund und die Ärzte könnten gezwungen werden, nur noch die jeweils billigsten Medikamente zu verschreiben. Siegfried Schluckner beschreibt, wie sich die neue Regelung entwickelt hat: „Als Obmann einer Gebietskrankenkasse wäre es mir lieber, mich mit präventiven Dingen zu beschäftigen. Dies möchte ich einleitend erwähnen, da wir in Salzburg mit unserer neuen Regelung versuchen, mehr Geld für präventive Maßnahmen sicherzustellen. Ich habe den Eindruck, dass es in dieser Diskussion ein Missverständnis gab. Wir möchten die beste Medizin anbieten und gleichzeitig versuchen, dort Ausgaben einzusparen, wo es auf sinnvolle Weise möglich ist.“ Wie es dazu gekommen ist, erklärt Schluckner weiter: „Die derzeitige Politik verlangt fast Unmögliches: doppelte Qualität bei weniger Geld. Also haben wir uns zusammengesetzt, um in Zukunft jede Krankheit angemessen behandeln zu können, ohne gleichzeitig Gefahr zu laufen, keine finanziellen Mittel mehr für die Krankenbehandlungen zu haben“, so der Chef der Salzburger Gebietskrankenkassen.

Es gibt keine Sanktionen und die Ärzte sind diejenigen, die die Verschreibeweise bestimmen, sonst niemand.

Siegfried Schluckner

Mehr finanzieller Spielraum für neue Medikamente

Die Auswirkungen und Entwicklungen beschreibt Schluckner so: „Die Anzahl der verschriebenen Medikamente blieb gleich. Eine kostengünstigere Variante der Medikamente soll gewählt werden. Wir haben Medikamente, die es in vielfacher Ausführung gibt, die aber preislich sehr unterschiedlich sind. Hier wollen wir dem Arzt eine Hilfestellung geben. Aus unserer Sicht sind auch die Ärzte bereit, das günstigste Medikament mit der gleichen Wirkung zu verordnen. Und das ist an und für sich unser Vertrag. Wir haben nichts anderes vereinbart, als dass die Menschen die Medizin bekommen, die sie brauchen, egal was es kostet, das Beste muss es sein. Aber wenn es unter vielen Medikamenten Präparate gibt, die erheblich billiger sind, warum sollen dann nicht diese verschrieben werden? Durch diese Maßnahme erhoffen wir uns einen Spielraum für die Finanzierung von neuen Medikamenten, die sehr gut, aber oft auch zu teuer sind“, so Schluckner abschließend. Der Aspekt des Kostenbewusstseins war auch für die Ärztekammer ein wesentlicher Punkt. Entscheidend ist für die Ärztekammer jedoch die Therapiefreiheit, die für die Ärzte etwas Unantastbares darstellt, durch diese Regelung aus Sicht der Ärzte aber nicht angegriffen wird: „Ich glaube, dass es bisher schwierig war, sich zurechtzufinden und wirklich Kosteneffizienz walten zu lassen. Für uns ist die Therapiefreiheit etwas Heiliges. Diese Vereinbarung wirkt sich nicht auf die Therapiefreiheit der Ärzte aus und es ist auch leicht erklärt, warum. Zuerst stellt der Arzt durch Untersuchungen eine Diagnose und entscheidet, welche Therapie ein Patient in einem konkreten Krankheitsfall benötigt. Und erst dann wählt er aus einer breiten Palette von Präparaten aus. Wenn der behandelnde Arzt diese als gleichwertig empfindet, dann ist er in seiner Therapiefreiheit nicht eingeschränkt, wenn er das kostengünstigste wählt. Es geht nicht darum, dass die Qualität einer Behandlung leidet, sondern dass man das Kostenbewusstsein fördert. Die Ärztekammer will



Teilnehmer der Diskussionsrunde

(in alphabetischer Reihenfolge):

DR. WALTER ARNBERGER

Vizepräsident und Kurienobmann niedergelassener Ärzte, Ärztekammer für Salzburg

DR. JOHANN EBNER

Obmann Dachverband Selbsthilfe Salzburg

DR. MARIA-LUISE PLANK

Rechtsanwältin mit Spezialisierung Medizinrecht

DR. JOSEF PÜHRINGER

Landeshauptmann Oberösterreich

DR. ERWIN REBHANDL

Präsident Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

ERIKA SCHARER

Landesrätin für Gesundheit und Soziales in Salzburg

SIEGFRIED SCHLUCKNER

Obmann Salzburger Gebietskrankenkasse

PRIM. UNIV.-PROF. DR. CHRISTOPH STUPPÄCK

Vorstand Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie 1, Präsident Pro Mente Salzburg

DR. MERCEDES ZSIFKOVICS

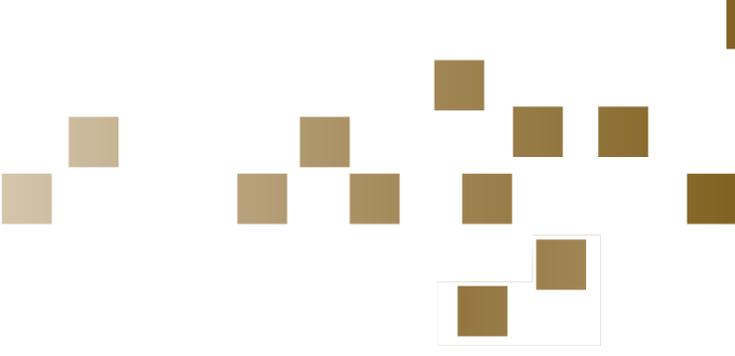
Patientenanwältin in Salzburg

Moderation:

DR. GERHARD SCHWISCHEI

Salzburger Nachrichten





gemeinsam mit der Gebietskrankenkasse den Ärzten ein Mittel in die Hand geben, um dieses Kostenbewusstsein mit einem relativ geringen Arbeitsaufwand zu schaffen“, so Dr. Walter Arnberger, Vizepräsident und Kurienobmann niedergelassener Ärzte, Ärztekammer für Salzburg. Eine weitere Voraussetzung für die Ärztekammer ist, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis dadurch nicht gestört wird. „Jeder Patient sucht sich einen Arzt aus, zu dem er Vertrauen hat. Das Wichtigste ist, dass dieses Vertrauen nicht durch Vorschriften untergraben wird, dass auf die individuelle Betreuung des Patienten Rücksicht genommen wird. Diese Vereinbarung nimmt Rücksicht darauf. Der Arzt entscheidet, was verschrieben wird“, so Arnberger weiter. Die wirtschaftliche Mitverantwortung bekräftigt auch der Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Dr. Erwin Rebhandl. Gleichzeitig weist er aber auch darauf hin, dass im Zentrum aller Überlegungen immer der Patient stehen müsse. „Der Kern unserer Tätigkeit ist eine Vereinbarung zwischen uns und dem Patienten und im Zentrum der Überlegungen muss der Patient stehen“, bekräftigt Rebhandl.

Compliance sollte im Vordergrund stehen

Laut den Ergebnissen des Patientenberichts Angststörung und Depression legen 20 Prozent der Betroffenen großen Wert auf eine gute Verträglichkeit ihres Medikaments. Ist ein Patient gut eingestellt, gilt es diesen Zustand beizubehalten. „Natürlich ist jede Umstellung für uns ein Aufwand, weil der Patient auch darüber aufgeklärt werden muss, dass dieses Medikament dieselbe Substanz beinhaltet und mit ziemlicher Sicherheit die gleiche Wirksamkeit hat, und das, obwohl wir wissen, dass von einem Originalpräparat zu Generika und unter den Generika auch gewisse Unterschiede in der Wirkpotenz bestehen können. Manchmal ist die Galenik nicht zu 100 Prozent identisch. Galenik bedeutet, dass der Wirkstoff in der Tablette der gleiche ist, aber die Zusatzstoffe unterschiedlich sein können. Dadurch kann es bei den einzelnen Patienten manchmal eine andere Freisetzung geben“, so Rebhandl. Umso wichtiger werden auch die Art der Vermittlung und die Arzt-Patienten-Beziehung. Medikamente haben, ob Original oder Generikum, auch eine Placebowirkung. Die Art, wie das Medikament verschrieben wird, wie es erklärt wird, spielt ebenfalls eine wesentliche Rolle für die Compliance und die Wirksamkeit der Therapie“, so Rebhandl weiter. In diesem Sinne appellierte Rebhandl abschließend, dass die Vereinbarung bestenfalls eine Empfehlung sein könne, die freie Entscheidung der Verschreibung aber bei den Ärzten liegen und in einer Vereinbarung mit dem Patienten umgesetzt werden müsse.

Patienten sollen nicht verunsichert werden

Prim. Univ.-Prof. Dr. Christoph Stuppäck, Vorstand der Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie 1, sieht das ein wenig anders: „Ökonomisches Bewusstsein zu schaffen ist legitim. Aber wie bereits angesprochen, wird es schwierig sein, Patienten umzustellen, die schon lange gut eingestellt sind. Viele, nicht nur psy-

chisch kranke Patienten, hinterfragen sehr genau, wenn ein Medikament auf einmal anders aussieht. In der Praxis gibt es also erhebliche Probleme.“ Nach Schätzungen des Obmanns des Dachverbandes der Selbsthilfe Salzburg, Dr. Johann Ebner, gibt es ca. 20 Selbsthilfegruppen, die sich im Umfeld der psychiatrischen Erkrankungen bewegen. Nach dem Feedback aus diesen Gruppen sei bislang kein chronisch oder psychisch Kranker gezwungen worden, ein anderes Medikament einzunehmen. Er betonte, dass vonseiten der Gebietskrankenkassen versichert worden sei, dass ein Betroffener, der gut auf ein Medikament eingestellt ist, nicht auf ein Generikum umgestellt werde, wenn er nicht zustimme.

Aus Sicht der Patientenvertretung, Dr. Mercedes Zsifkovic, wurden bisher keine Probleme in der ersten Umstellungsphase gemeldet, dies könne sich jedoch noch ändern, da es einige Zeit dauert, bis Rückmeldungen eintröfen. Probleme sieht die Patientenvertreterin bei der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Bereich. „Mögliche Nachteile oder Verunsicherungen und Verwirrung beim Patienten sehe ich da, wo ein Medikament im Krankenhaus verschrieben wird, der Patient zum Hausarzt kommt und dort nach ökonomischen Richtlinien umgestellt wird. Der Betroffene erhält ein anderes Medikament, es sieht anders aus, vielleicht hat es auch eine andere Darreichungsform. Überlegen muss man, wie die therapeutische Breite ist und ob das Medikament wirklich gleich wirkt“, so Zsifkovic. Die Patientenvertreterin forderte in diesem Zusammenhang eine gute Aufklärung. „Man weiß, dass psychiatrische Patienten häufigere stationäre Aufenthalte haben. Was passiert? Der Patient kommt

wieder ins Krankenhaus, wird möglicherweise wieder umgestellt, wird dann wieder entlassen, kommt wieder zum Hausarzt oder Psychiater. Die Aufklärung ist hier wirklich wichtig“, betonte Zsifkovic. Die Salzburger Gesundheitslandesrätin Erika Scharer verwies an dieser Stelle erneut auf die Kostenentwicklung. „Es ist dringend notwendig, dass wir den Mut haben, Dinge zu verändern. Gerade diese Salzburger Vereinbarung bietet viele Möglichkeiten. Die Bewusstseinsbildung, diese Aufklärung durch den Arzt ist für mich der Schlüssel zu einem guten Ergebnis unseres Projektes.“

Umstellung der Medikamente kann auch rechtliche Folgen nach sich ziehen

Einen wichtigen Aspekt stellt bei der Umstellung auch die rechtliche Situation dar, die Frage der Haftung, wenn sich der Patient wehren sollte, da er für sich nachteilige Folgen sieht. „Natürlich hat der Arzt die alleinige Haftung. Die kann ihm niemand abnehmen, weder die Ärztekammer als Interessenvertretung noch die Sozialversicherung. Das heißt, der Arzt muss alleine entscheiden können. Und wenn es zum Beispiel eine Umstellung ist, die medizinisch nicht begründet ist, sondern nur ökonomisch, und dem Patienten erwächst ein Schaden daraus, ist das natürlich in der Verantwortung des Arztes“, so die Medizinrechtlerin Dr. Maria-Luise Plank. Dass die Verantwortung hierfür beim Arzt bleibt, bestätigt auch Dr. Arnberger. „Es verschreibt der behandelnde Arzt und er hat die alleinige Verantwortung dafür. Selbstverständlich gilt das auch für eine Umstellung. Es ist nicht unser Ziel, jetzt möglichst viele Umstellungen zu erreichen, sondern es geht primär um die Neueinstellung.“



Angststörungen und Depression: Belastungen der modernen Welt?

VON MAG. SABINE SOMMER



Warum nehmen psychische Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen immer mehr zu? Sind Patienten mit psychischen Erkrankungen im österreichischen Gesundheitssystem gut versorgt? Diese und andere zentrale Fragestellungen diskutierte eine hochkarätige Expertenrunde im Rahmen der „PERI ImPULS“-Podiumsdiskussion am 1. Oktober 2009 in Wien. Psychische Probleme im Allgemeinen und Angststörungen und Depressionen im Besonderen steigen weltweit wie auch in Österreich stetig an. Neben den negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen spielen auch die volkswirtschaftlichen Aspekte eine große Rolle, denn psychische Erkrankungen sind immer häufiger die Ursache für Krankenstände und Berufsunfähigkeit.

Teilnehmer der Diskussionsrunde

(in alphabetischer Reihenfolge):

DR. BARBARA DEGN

Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

MR DR. WALTER DORNER

Österreichische Ärztekammer

MAG. DR. CHRISTIANE KÖRNER

Österreichische Apothekerkammer

DR. MICHAEL LENERT

Kammer für Arbeiter und Angestellte

PRIM. UNIV.-PROF. DR. MICHAEL MUSALEK

Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

PROF. DR. RUDOLF MÜLLER

Pensionsversicherungsanstalt

MMAG. MARTIN H. STAUDINGER

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

PRIM. UNIV.-PROF. DR. CHRISTOPH STUPPÄCK

Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

DR. EVELYN WALTER

Institut für pharmaökonomische Forschung (IPF)

Moderation: UNIV.-PROF. DR. ANITA RIEDER

Sozialmedizinisches Zentrum, Universität Wien



In Anlehnung an die Erkenntnisse aus dem „Ersten Österreichischen Patientenbericht Angststörung und Depression 2009“ diskutierten namhafte Experten im Rahmen der PERI ImPULS-Veranstaltungsreihe über psychische Erkrankungen und ihre vielfältigen Auswirkungen. Aus der Patientenbefragung geht hervor, dass für die Betroffenen gut informierte und untereinander kooperierende Fachärzte und Allgemeinmediziner sehr wichtig sind. Außerdem belegt die Studie, dass Medikamente gegen Depressionen von 85 Prozent der Betroffenen regelmäßig eingenommen werden. Den



Patienten ist es sehr wichtig, ein gut verträgliches Präparat, das möglichst wenig Nebenwirkungen hat, verordnet zu bekommen. Als wichtigste Erkenntnis geht aus der Befragung im Bereich Soziales und Gesellschaft der Wunsch nach einer möglichst guten Bewältigung des Alltags hervor. Nicht minder prioritär sind für die Betroffenen Verständnis, Akzeptanz und Toleranz für ihre Erkrankung. Die Allgemeinmedizinerin Dr. Barbara Degn führte zu Beginn der Diskussion an, dass die Bevölkerung zwar im Vergleich zu früher immer besser über psychische Erkrankungen aufgeklärt ist und auch immer mehr Betroffene Hilfe in Anspruch nehmen, aber hier dennoch viel Informationsarbeit zu leisten ist.



Depressionen sind schwer diagnostizierbar

Ein großes Problem bei Depressionen sei die oft viel zu spät gestellte Diagnose, wie Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek von der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie erklärte. Das hänge einerseits mit der Stigmatisierung der Erkrankung zusammen, die dazu führt, dass viele Betroffene erst bei großem Leidensdruck einen Arzt aufsuchen. Andererseits wird dann an erster Stelle ein Allgemeinmediziner oder Internist konsul-



tiert, der eine Depression nicht gleich als solche erkennen kann, weil der Patient oft mit somatischen Symptomen wie Magenschmerzen oder Schlafstörungen zum Arzt kommt. Mag. Dr. Christiane Körner von der Österreichischen Apothekerkammer kann sich hierzu vorstellen, den Hausarzt als „Gatekeeper“ zu positionieren, bei dem alle Informationen des Patienten zusammenlaufen und der den weiteren Behandlungsweg festlegt. Auch die Rolle von Arbeitsmedizinern gehöre angesichts der Krankenstandsstatistik aufgewertet. Personen mit psychischen Erkrankungen sind in fast allen Lebensbereichen eingeschränkt, so auch beruflich. Längere Krankenstände können zu Schwierigkeiten mit dem Arbeitgeber führen, die die Symptomatik mitunter noch weiter verstärken.



Noch schwieriger wird die Situation, wenn eine psychische Erkrankung über die Arbeitslosigkeit in die Invalidität führt. „Bei den Neuzuerkennungen von Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen liegen psychiatrische Erkrankungen bereits an erster Stelle“, betonte Dr. Michael Lenert von der Arbeiterkammer. Dieser Aspekt sei nicht nur medizinisch, sondern vor allem auch volkswirtschaftlich sehr relevant, denn Krankenstände und Pensionen belasten das Gesundheitssystem. Der flächendeckende Ausbau stationärer psychiatrischer Rehabilitationszentren müsse weiter vorangetrieben werden, da es einen weiteren Bedarf geben wird, führte Prof. Dr. Rudolf Müller von der Pensionsversicherungsanstalt an. In Niederösterreich sind beispielsweise zwei derartige Rehabilitationseinrichtungen im Entstehen.



Psychische Erkrankungen können jeden treffen

Depressionen oder Angststörungen können in jedem Lebensabschnitt und Alter auftreten und auch öfter vorkommen. Während manche Experten die Ansicht vertreten, dass unser rasanter Lebensstil, der uns in puncto Berufs- und Privatleben immer mehr abverlangt, für das vermehrte Auftreten von psychischen Erkrankungen verantwortlich ist, teilen andere diese Meinung nicht. Depressionen nehmen möglicherweise auch deshalb zu, weil sie heute einfach öfter diagnostiziert und behandelt werden als früher, so Dr. Musalek. Während betroffene Erwachsene im mittleren Alter meist ganz gut therapiert werden, sind junge Erwachsene und alte Menschen oft nicht erfasst. Neben einer Primär- und Sekundärprävention sei daher auch eine Risikogruppenprävention anstatt eines Gießkannenprinzips sinnvoll, sind sich die Experten einig.



Kostenfaktor Psychotherapie

Die ideale Behandlung von psychischen Erkrankungen bestehe aus einer medikamentösen Therapie und einer Gesprächstherapie. Letztere wird in Österreich nur zu einem geringen Teil von den Krankenkassen rückerstattet, was viele Patienten daran hindert, ihre Erkrankung im Rahmen einer Gesprächstherapie langfristig aufzuarbeiten. Dazu meinte MR Dr. Walter Dörner von der Ärztekammer, dass die versicherungsfremden Leistungen aus den sozialen Krankenversicherungen herausgenommen werden müssten, damit mit den entsprechenden Geldreserven Leistungen wie die Psychotherapie unterstützt werden können.

Psychische Erkrankungen stellen schwerwiegende Belastungen für den einzelnen Betroffenen, aber auch für dessen familiäres und berufliches Umfeld dar. Der Mangel an Fachärzten und der beschränkte Zugang zur Psychotherapie aufgrund zu hoher Kosten gestalten die Therapie für die Betroffenen zeit- und kostenintensiv. Politik und Medizin sind daher gleichermaßen gefordert, dieser Entwicklung mit entsprechenden Maßnahmen entgegenzuwirken. Darüber hinaus müssen auch Lösungsansätze für die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen erarbeitet werden, damit den Betroffenen im Alltag mit mehr Verständnis und Respekt begegnet wird.

Über PERI imPULS

PERI imPULS ist eine Veranstaltungsreihe, die sich dem offenen Dialog im Gesundheitswesen verschrieben hat. Denn die langjährige Erfahrung zeigt, dass es der offene Dialog ist, der letztlich die besseren Lösungen ermöglicht, und dass dies immer vorteilhaft für den Patienten ist. Die Ergebnisse des Patientenberichts „Angststörungen und Depression“ sind auf www.patientenbericht.at einsehbar. Eine Nachlese der Podiumsdiskussion vom 1. Oktober 2009 steht auf www.periconsulting.at als Download zur Verfügung. Die Umsetzung des Patientenberichts und der Podiumsdiskussion fand mit freundlicher Unterstützung der Lundbeck Austria GmbH statt.

Seit 20 Jahren Kompetenz in der medizinischen Kommunikation in Österreich und der EU



Information und Fortbildung haben im Hinblick auf die rasante Entwicklung in der modernen Medizin einen so hohen Stellenwert wie nie zuvor. Für den Arzt in der Praxis wird es zunehmend schwieriger, stets auf dem letzten Stand des Wissens zu sein und dieses Wissen auch zum Nutzen seiner Patienten einzusetzen. Die Notwendigkeit für das Etablieren von Fortbildungsinstrumenten, die rasch und effizient alle wichtigen Informationen vermitteln und dennoch die höchste Qualität des ärztlichen Fortbildungsstandards sichern, ist daher heute mehr denn je gegeben.

Frischen Wind in die österreichische Ärztfortbildung bringt seit 1990 Update Europe – Gesellschaft für ärztliche Fortbildung. 1994 begann Update Europe mit einem für Österreich völlig neuartigen postgraduellen Fortbildungskonzept aus den USA, das von der weltbekannten Mayo-Klinik in Kooperation mit Update Europe für Österreichs Ärzte erarbeitet wurde.

In der Mayo-Klinik-Vision vom synergistischen Zusammenspiel von Forschung, Schule und Praxis liegt der Ansatzpunkt für die integrierte Gesundheitsversorgung und für interdisziplinäre Konzepte der ärztlichen Fortbildung, den sich Update Europe zu eigen gemacht hat.

Gemäß dem Leitgedanken „Aus der Forschung für die Praxis“ hat Update Europe in den letzten Jahren eine Reihe von Instrumenten entwickelt, die praxisrelevant und praxisorientiert die Umsetzung der neuesten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse garantieren. Dies wird durch ein kompetentes Team erreicht, das über fundierte Kenntnisse und jahrelange Erfahrung auf dem Gebiet der ärztlichen Fortbildung verfügt.

Langjährige Kontakte zu Universitäten, Kliniken und Praxen auf verschiedensten Fachgebieten ermöglichen eine rasche und effiziente Umsetzung von Projekten. Die Kooperation mit namhaften nationalen und internationalen Experten und Meinungsbildnern gewährleistet darüber hinaus einen qualitativ hochstehenden Fortbildungsstandard mit einer großen Akzeptanz seitens der Ärzte.

Aufgrund ihrer Expertise auf dem Gebiet konsensusorientierter interdisziplinärer Aktivitäten fördert Update Europe als integrative Plattform die Zusammenarbeit von medizinisch-wissenschaftlichen Institutionen mit der pharmazeutischen Forschung.

Die Kooperationspartner sind dabei einerseits Fachgesellschaften wie z. B. die Österreichische Schmerz-Gesellschaft (ÖSG), die Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft (ÖOG) oder die Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM), andererseits öffentliche Institutionen wie z. B. die Österreichische Ärztekammer sowie führende Experten und Meinungsbildner der jeweiligen Fachgebiete.

Im Sinne des grenzüberschreitenden Wissens- und Erfahrungsaustausches hat Update Europe diese Aktivitäten in den letzten Jahren über die Grenzen Österreichs hinaus – sowohl in Richtung West- als auch Osteuropa – verstärkt.

All diese Initiativen sind Segmente, die gemeinsam das innovative Konzept von Update Europe ausmachen: kontinuierliche Fortbildung, Aufklärung, Vorsorge und Bewusstseinsbildung bei Ärzten, Patienten und in der breiten Öffentlichkeit.

Das Update-Instrumentarium umfasst u. a. Veranstaltungen mit anschließenden Medical Updates, Durchführung von Experten-Hearings und Konsensus-Meetings inklusive Ausarbeitung von konsentierten Behandlungsleitlinien, Studienaufbereitungen und Kommentierung, Publikationen zu präventivmedizinischen Maßnahmen im Rahmen von Ärzte- und Patienteninitiativen sowie Publikationen in der medizinischen Fachpresse (inklusive Peer-reviewed Journals).

Im Folgenden stellen wir Ihnen zwei sehr erfolgreiche Module von Update Europe vor.

Medical Update – Kasuistiken und Kasuistikfolder zum Einsatz eines Präparates

Fallbeispiele aus der täglichen Praxis österreichischer Ärzte sind ein optimales Instrument, um die unter „Real-Life-Bedingungen“ gezeigte Wirksamkeit und Verträglichkeit von Medikamenten praxisnahe und patientenbezogen darzustellen.

Bis jetzt wurden unter anderem publiziert:

Amisulprid (2003 & 2004), Sildenafil (2004), Pregabalin (2005), Fulvestrant (2005), Ziprasidon (2007), Duloxetin (2009), Budesonid/Formoterol (2009), Oxycodon/Naloxon (2009).



Fragen aus der Praxis – Report zu einem Präparat oder Themengebiet

Im Rahmen des „Fragen-aus-der-Praxis-Reports“ werden Fälle aus der täglichen beruflichen Tätigkeit der (potenziellen) Verschreiber eines Medikaments von ausgewählten Meinungsbildnern auf Basis der vorliegenden Datenlage und persönlicher Erfahrungen beantwortet und praxisrelevant evaluiert.

Bis jetzt wurden unter anderem publiziert:

Interferon beta-1a (2002), COX-2-Hemmer (2003), Quetiapin (2004), Inhalative Kortikosteroide (2006), Alendronat (2006), Infliximab (2008), Esomeprazol (2008).



INTERVIEW DR. SUSANNE HERBEK
GESCHÄFTSFÜHRERIN ELGA GMBH



Am 1. Jänner 2010 hat Dr. Susanne Herbek die Geschäftsführung der ELGA GmbH übernommen und zeichnet nun für die Realisierung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) verantwortlich. Die erfahrene Gesundheitsmanagerin sieht den Vorteil von ELGA darin, eine verbesserte Versorgungsqualität zu erreichen – durch mehr Wissen und rasch verfügbare Informationen über und für die Patienten.

P: Wie sehen Ihre Aufgaben im Rahmen Ihrer Funktion als Geschäftsführerin der neuen ELGA GmbH aus?

Herbek: Die ELGA GmbH ist ein wesentlicher Teil des Gesamtkonzepts der ELGA, da sie gegründet wurde, um die Elektronische Gesundheitsakte als System umzusetzen. Es ist ein wichtiges Zeichen der politischen Willensbildung, dass sich die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen zur Gründung der ELGA GmbH entschlossen haben. Es ist nun die Aufgabe der ELGA GmbH und somit auch meine als Geschäftsführerin, auf dem in den letzten dreieinhalb Jahren entwickelten technischen Grundkonzept aufzubauen und ELGA in die Praxis von Krankenhausorganisationen und niedergelassenen Ärzten zu bringen. Gemeinsam mit den Beteiligten der Länder, des Bundes und der Sozialversicherung möchte ich allen potenziellen Nutzern und der Bevölkerung die Leistungen von ELGA nahebringen. ELGA ist ein Vernetzungsprojekt im gesamten Gesundheitswesen, das nicht allein bewerkstelligt werden kann. Der erste gesundheitspolitische Schritt ist mit der Schaffung der ELGA GmbH getan. Dass man mir einen technischen Geschäftsführer zur Seite stellt, halte ich für eine gute Voraussetzung für die nächsten Schritte. Konkret bedeutet das, dass ich die Leistungen der ELGA nach außen kommuniziere und der technische Geschäftsführer darauf achtet, dass die technische Umsetzung funktioniert.

„Ängste und Sorgen ernst nehmen“

VON MAG. SABINE SOMMER

P: In der Bevölkerung hat die ELGA noch keinen großen Bekanntheitsgrad. Wie werden Sie dem entgegenwirken?

Herbek: Ich habe die Erfahrung gemacht, dass man ein Produkt, das man für Menschen entwickelt, auch mit den Menschen entwickeln sollte. Das hat sich beispielsweise in einem Schnittstellenprojekt in Wien, dem „PIK“-Projekt (Anm.: PIK steht für „PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung“), durchaus bewährt. Auf dieses Prinzip würde ich jederzeit wieder zurückgreifen, nämlich über Patientenorganisationen Personengruppen ins Projekt zu holen, die ein Interesse daran haben, dass durch eine verbesserte Informationskette systematisch die Patientenbehandlung verbessert wird. Durch einen leichteren Informationstransfer für die behandelnden Ärzte oder andere Gesundheitsberufe, aber auch für sie selbst wird eine systematischere Dokumentation möglich. Neben dieser Einbindung werden wir auch eine Informationsoffensive für die breite Öffentlichkeit starten. Hierzu ist aber ein Produkt nötig, das schon etwas „sichtbarer“ ist. Derzeit befindet sich das Projekt in der Softwareentwicklung, die schwer zu greifen und zu vermitteln ist. Wenn ich in meinem privaten und beruflichen Freundes- und Bekanntenkreis von der Idee der ELGA berichte, antwortet beinahe jeder, dass die Elektronische Gesundheitsakte eine gute und längst fällige Idee ist. Das erachte ich als gute Ausgangsposition.

P: Könnte die ELGA GmbH auch ein Verbindungsglied zwischen intra- und extramuralem Bereich sowie zwischen Sozialversicherung und Ländern sein?

Herbek: Ich verstehe die ELGA als Verbindungsnetz zwischen den Behandlungsinstitutionen im Gesundheitswesen und den Patienten. Die Verbindung durch ELGA besteht aber nicht zwischen dem Land und der Sozialversicherung, sondern entsteht zwischen den von ihnen getragenen und finanzierten Institutionen, also beispielsweise zwischen einem Krankenhaus und einem niedergelassenen Arzt. Ich denke, die Systeme können lernen, wofür der andere steht und was der Partner für seine Tätigkeit für den Patienten braucht. In den unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens wird zu wenig miteinander kommuniziert! Für einen niedergelassenen Arzt ist es interessant zu wissen, mit welchen Informationen er den Patienten noch gezielter an das Krankenhaus überweisen kann. Wenn man sich austauscht und einander die richtigen Informationen zur Verfügung stellt, hilft das letztlich dem Patienten. Darin besteht der Effekt – nämlich das Zusammenspiel zur Verbesserung der Patientenbetreuung zu stärken.

P: Das System soll also nicht trennend, sondern eher verbindend sein?

Herbek: ELGA hat die explizite Aufgabe der besseren Verbindung der Gesundheitsorganisationen in Österreich. Die Eigentümer der ELGA GmbH sind der Bund, der Hauptverband und alle Länder. Das mag auf den ersten Blick komplex erscheinen, aber es bündelt die Willensbildung zur Entwicklung und Realisierung der Elektronischen Gesundheitsakte in Österreich.

P: In welcher Phase befindet sich ELGA derzeit?

Herbek: Zurzeit befindet sich die ELGA GmbH in der Gründungszeit, in der Herstellung unserer Arbeitsfähigkeit als Gesellschaft. Das Projekt ELGA ist in der Errichtungsphase für die wesentlichen Basis-Komponenten. Schon vor der Gründung der ELGA GmbH haben die IT-Beauftragten des Hauptverbandes und des Bundes die Aufgabe übernommen, den Patientenindex und den Gesundheitsdiensteanbieterindex (GDA) zu erstellen. Dabei handelt es sich – vereinfacht gesagt – um zwei Datenbanken, die die Hauptkomponenten der ELGA-Systematik darstellen. Der Patientenindex soll die Patienten identifizieren. Der GDA-Index listet Ärzte, Apotheker und andere Gesundheitsberufe auf. Die Daten der Patienten und jene des GDA-Index werden miteinander verknüpft. Das ist die Grundvoraussetzung dafür, dass ein Dokument über den Patienten im System einfach und rasch gefunden werden kann, und zwar vom Patienten selbst über einen gesicherten Zugang und vom Arzt in der Ordination oder im Krankenhaus. Das System soll so strukturierte, technisch standardisierte Informationen für und über Patienten zur Verfügung stellen.

P: Wie wird man die ELGA als Versicherter, als Bürger, als Patient zunächst wahrnehmen?

Herbek: Einige Teilprojekte wie beispielsweise die E-Medikation sind bereits im vergangenen Jahr definiert worden. Diese Projekte kommen österreichweit richtig ins Laufen, wenn die beiden Basis-Komponenten Patientenindex und GDA-Index fertiggestellt sind. Die beiden Datenbanken müssen zumindest rudimentär so weit vorhanden sein, dass man die Quervernetzungen zwischen den Daten erstellen kann. Aus dem ehemaligen „Arzneimittelsicherheitsgurt“ ist die E-Medikation geworden. Aus Sicht der Patienten ist es sinnvoll,

dass die Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker permanent und vollständig erfolgt, sodass der Arzt auch sieht, welche OTC-Produkte der Patient zu sich nimmt und ob diese Wechselwirkungen verursachen (Anm.: Zwischenzeitlich ist eine Einigung erfolgt).

P: Seit rund einem Jahr gibt es bereits Pilotprojekte, u. a. in Tirol und in Wiener Regionen, die die Zusammenarbeit zwischen Sozialversicherung und Land forcieren. Sind diese Pilotprojekte nützlich oder stehen sie im Widerspruch zur Gesamt-ELGA?

Herbek: Die Grundidee der Bundesländer-Pilotprojekte ist dieselbe wie jene der ELGA, nämlich die Institutionen, die im Gesundheitswesen für den Patienten arbeiten, näher zusammenzubringen, um den gegenseitigen Wissenstransfer zu verbessern. Was ein solches lokales Projekt allerdings nicht leisten kann, ist die österreichweite Abstimmung. Es ist die Aufgabe der ELGA GmbH, diese österreichweite Zusammenführung zu bewerkstelligen. Das heißt, wenn ein Land derzeit schon mit einem Krankenhaus- oder Sozialversicherungsträger gemeinsame Lösungen sucht, werden wir versuchen, diese in ein österreichweites Netz von ELGA einzubinden. Ich gehe davon aus, dass die lokalen Systeme mit den Erfordernissen der ELGA dann weitgehend kompatibel sind.

P: Ist ELGA ein Instrumentarium, das integrierte Versorgung für den Betroffenen überschaubar und damit einfacher macht?

Herbek: ELGA ist auf jeden Fall ein Instrument der integrierten Versorgung, denn sie soll den Transfer und die Kommunikation von Gesundheitsdaten qualitätsgesichert und unter den Bedingungen der Datensicherheit gewährleisten. Wenn es möglich ist, zwischen den Institutionen eine Verbindung herzustellen, dann integriert ELGA die Wissensbasis der Gesundheitsorganisationen und damit auch die Gesundheitsorganisationen selbst. Diese Verknüpfung und der damit verbundene Zugriff auf Fachinformationen sind im Sinne der Patienten – immer unter der Voraussetzung von deren Zustimmung.

P: Ist das österreichische Datenschutzgesetz hilfreich oder behindernd?

Herbek: Der Schutz des Individuums und seiner Rechte, in unserem Fall jener des Patienten und seiner Rechte auf Daten und Information, stehen an erster Stelle. Das ist und bleibt die Grundvoraussetzung. Jede Berufsgruppe hat bei der Behandlung von Patienten eine Verantwortung, die auch einen respektvollen Umgang mit diesen Daten beinhaltet. Jeder in einer betreuenden Funktion ist zu einer Dokumentation verpflichtet, die im Sinne der Patienten gezielt und strukturiert möglich sein soll. Dies sollte der Datenschutz nicht

behindern. Patientendaten sind darüber hinaus vor einem Zugriff von unbefugten Personen zu schützen.

P: Kann durch die ELGA die Qualität im Gesundheitssystem gehoben werden?

Herbek: Ja, denn das ist die Existenzberechtigung der ELGA! Es gibt aber Sorgen und Ängste diesbezüglich – ob sie berechtigt erscheinen oder nicht – und damit muss man arbeiten, sowohl was die Angst von Patienten betrifft als auch von einzelnen Ärzten. Die ELGA hat bisher ein sehr technisches Bild der Elektronischen Gesundheitsakte vermittelt, d. h., ein Arzt assoziiert mit ELGA möglicherweise zunächst mehr Aufwand. Egal ob diese Befürchtung tatsächlich sachlich begründet ist oder nicht – die Sorge ist vorhanden und dieser kann man durch verstärkte Kommunikation begegnen. Die ELGA befindet sich in der Phase der ersten Schritte, daher können wir noch nicht so gut greifbar machen, was wir wirklich tun, aber das wird sich ändern. Es wird auf die Zielgruppen zugeschnittene Informationsmaßnahmen geben.

P: In Ihrer vorherigen Funktion waren Sie für etliche Spitäler verantwortlich und haben sehr viel Erfahrung gesammelt. Können Sie von diesem Erfahrungsschatz in Ihrer jetzigen Position profitieren?

Herbek: In den letzten fünf Jahren war ich für zehn Spitäler verantwortlich. Ich betone immer wieder gerne, dass diese Funktion das beste Training war für die Aufgaben, die nun bei der ELGA auf mich zukommen. Ich werde heuer 50 Jahre alt, einerseits habe ich also genügend Berufserfahrung und auf der anderen Seite freue ich mich, neue Herausforderungen annehmen zu können. Ich möchte vor allem, dass es gelingt, die durchaus berechtigten Einzelinteressen der Berufsgruppen im Sinne der Patientensicherheit zusammenzuführen. Meiner Erfahrung nach kann das funktionieren, und zwar durch Kommunikation, Authentizität, Transparenz und Information. Das mag zunächst banal klingen, aber gerade in großen Organisationen wie Krankenhäusern sind Informationsdefizite und die daraus entstehenden Sorgen und Bedenken wichtige Themen. In einer hierarchisch organisierten Institution viele Menschen zu erreichen ist

nicht leicht, letztlich war es aber trotzdem die Aufgabe meiner Direktion, das „Werk“ zusammenzuhalten. Das ist auch eine Zielsetzung von ELGA – nämlich dafür zu sorgen, dass die Prozesse im Gesundheitswesen für möglichst viele Leute transparenter gestaltet werden. Ich glaube, es ist mir auch gelungen, meine persönliche Authentizität in meiner Tätigkeit als Spitälerdirektorin zu transportieren, und das möchte ich in der ELGA beibehalten. Bedenken, Sorgen und Ängste sind menschlich und ernst zu nehmen. Dort, wo nicht klar ist, wozu es die ELGA gibt, kommen solche Bedenken und Ängste zustande. Ich muss diese ernst nehmen, sonst komme



ich mit meinen Ideen nicht weiter. Es geht darum, kurz, kompakt und trotzdem ausreichend Informationen zu den Menschen zu bringen, um diese Skepsis aufzufangen. IT-Projekte sind dann erfolgreich, wenn berücksichtigt wird, was die User wollen. ELGA als IT-Projekt muss einen inhaltlichen Mehrwert für die Behandlungsqualität und den Patienten liefern sowie leicht in der Anwendung und mobil sein, damit sie in einer Ordination, aber auch bei Hausbesuchen aufrufbar ist. Das sind hohe Ansprüche an die technische Umsetzung.

Bio Box Dr. Susanne Herbek:

Dr. Susanne Herbek, Jahrgang 1960, promovierte 1984 an der Universität Wien zur Doktorin der gesamten Heilkunde. Zunächst arbeitete sie als Ärztin für die Stadt Wien. Von 1993 bis 1998 war sie stellvertretende Leiterin der Abteilung Medizin in der Generaldirektion des Wiener Krankenanstaltenverbundes und zwischen 1999 und 2004 bei der Stadt Wien in der Gesundheits- und Sozialplanung tätig. Ab 2005 war Dr. Susanne Herbek Direktorin der Teilunternehmung 1 – Krankenanstalten der Stadt Wien.

Fact Box ELGA:

Die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) soll relevante Gesundheits- und Behandlungsdaten von Bürgern elektronisch zum Zweck der Verbesserung der Informations- und Behandlungsqualität zur Verfügung stellen. Die im November 2009 gegründete ELGA GmbH ist mit der operativen Umsetzung der ELGA beauftragt und bindet Anwender und Nutzer von ELGA in die Arbeiten ein. Datenschutz, konkret das Verhindern von unberechtigten Zugriffen auf Patientendaten, ist dabei ein zentraler Faktor. Die E-Medikation, also die elektronisch abrufbare Medikationsliste, ist eines der ersten Projekte und somit der Start für die ELGA.

In der Residenz des japanischen Botschafters wurde am 18. Februar unter dem Motto „Japan – Werte, Kultur und Wirtschaft“ zum Empfang geladen. Nach der feierlichen Begrüßung durch seine Exzellenz Botschafter Akio Tanaka und einer Performance traditioneller japanischer Tänze und Lieder präsentierten sich die vier renommierten japanischen pharmazeutischen Unternehmen in Österreich. Moderatorin Barbara van Melle führte souverän durch die Veranstaltung, die von hochkarätigen Vertretern aus Medizin, Gesundheitswesen und Politik besucht wurde.

Japans Pharmaunternehmen stellen sich vor

VON MAG. SABINE SOMMER



Astellas Pharma, Eisai, Daiichi Sankyo und Takeda Pharma sind international tätige Pharmaunternehmen japanischen Ursprungs, die seit einigen Jahren auch in Österreich erfolgreich agieren. Die vier Unternehmen zeichnen sich durch eine lange, bedeutende Firmengeschichte aus, haben sich erfolgreich in Europa positioniert und in Österreich wichtige Konzernniederlassungen etabliert. Alle vier Konzerne sind intensiv in Forschung und Entwicklung (F&E) tätig und auch in Europa auf dem Sprung in die Liga der führenden Arzneimittelhersteller. Derzeit beschäftigen die vier Unternehmen zusammen zirka 4000 Mitarbeiter alleine im Bereich F&E, wobei sich über 100 innovative Substanzen in der Entwicklung befinden.

Astellas ging aus der Fusion von Fujisawa und Yamanouchi 2005 hervor. In Österreich begann Fujisawa 1997 mit einer Mitarbeiterin und einem Produkt in der Transplantation. Die Hauptaufgabe des Unternehmens vor Ort ist neben Marketing, Vertrieb und Zulassung die klinische Forschung. Derzeit hat Astellas mehr als 50 Mitarbeiter. Daiichi Sankyo ist 2005 aus der Fusion der japanischen Traditionskonzerne Daiichi (seit 1915) und Sankyo (seit 1899) entstanden. Die Konzernzentrale ist in Tokio, die Europazentrale in München. Die österreichische Filiale ist 1995 gegründet worden und beschäftigt derzeit 31 Mitarbeiter. Eisai wurde 1941 von Toyoji Naito, dem Großvater des heutigen CEO und Präsidenten, gegründet. Erst 2005 eröffnete Eisai den Standort Österreich und zählt nun-



mehr 23 Mitarbeiter. Im Jahr 2007 startete Eisai von Österreich aus die Expansion nach Zentral- und Osteuropa (CEE), was mittlerweile zu eigenen Niederlassungen in Tschechien, der Slowakei und Ungarn geführt hat. Eisai ist weltweit führend auf den Gebieten Alzheimer und Epilepsie und war zuvor nur durch Vertriebspartner in Österreich repräsentiert. Takeda wurde 1781, vor 229 Jahren, von Chobei Takeda als Handelshaus für asiatische Medizin in Osaka gegründet. Die Takeda Pharma Ges.m.b.H. mit Sitz in Wien begann ihre eigene Geschäftstätigkeit in Österreich mit dem Vertrieb von zwei Produkten zur Behandlung gastrointestinaler Erkrankungen bzw. Prostatakrebs, die davor von einem Lizenznehmer ver-

trieben wurden. Heute ist Takeda Austria als ein Unternehmen mit rund 70 Mitarbeitern führend in den Bereichen Bluthochdruck und Diabetes tätig.

Nachhaltiges Wirtschaften auf Japanisch

Nachhaltigkeit ist auch in der pharmazeutischen Industrie zu einem universellen Begriff geworden. Unternehmerisches Handeln, das die Verantwortung für die nächsten Generationen wahrnimmt, wenn es um die Umwelt, die Wirtschaft und die gesellschaftlichen und sozialen Strukturen geht, steht dabei im Mittelpunkt. Das Nachhaltigkeitsprinzip japanischer Pharmaunternehmen beruht auf mehreren Säulen. Im Mittelpunkt aller Firmenphilosophien stehen die Gesundheit und Lebensqualität der Menschen. „Wir streben danach, Fort-

schritte in der Medizin zu erzielen und den Menschen durch die Entwicklung herausragender Medikamente zu einem besseren Gesundheitszustand zu verhelfen“, schildert Günter Kloucek von Takeda. Die japanische Herkunft ist natürlich auch prägend für die Firmenkultur in Österreich, wenn es um Teamarbeit und Wissensvermittlung geht. „Die Werteorientierung ist stark ausgeprägt und zielt auf das bessere Verständnis für die Bedürfnisse von Ärzten, Patienten und deren Angehörigen ab“, erklärt Georg Wager, MBA von Eisai. Initiativen zu Corporate Social Responsibility beweisen, dass die Verantwortung eines Unternehmens über den Anspruch des eigenen Erfolgs hinausgeht. Die soziale Nachhaltigkeit hört nicht beim Medikament auf, sondern mündet in der Verantwortung für das so-



ziale Umfeld, die Geschäftspartner und die Mitarbeiter. Die Pflege von vertrauensvollen Beziehungen zu Patienten, Ärzten, Behörden, Mitarbeitern und Zulieferern ist wesentlicher Bestandteil des betrieblichen Alltags. In dieser Hinsicht betreiben die vier Unternehmen engagierte Projekte und unterstützen weltweite Initiativen im sozialen, kulturellen, sportlichen und wissenschaftlichen Bereich. Das Takeda Health Care Access Program umfasst beispielsweise verschiedene Projekte, die Menschen einen Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen ermöglichen. Die Astellas European Foundation wurde mit dem Ziel gegründet, Unterstützung für Programme zu liefern, die zum Fortschritt der Gesundheitsgesellschaft



beitragen. Dabei fördert sie unabhängige Forschungs- und Schulungsprojekte im medizinischen Bereich. Der Leitgedanke von Eisai hhc (human health care) geht auf Florence Nightingale und damit auf den Beginn des modernen Verständnisses von Gesundheitsfürsorge zurück. Die hhc-Philosophie spiegelt sich auch im Engagement für eine verbesserte Aufklärung, Information und Unterstützung aller Akteure des Gesundheitssystems wider. Daiichi Sankyo unterstützt eine mobile Gesundheitsklinik. Das Projekt offeriert medizinische Behandlung zu niedrigen Kosten für nicht versicherte Patienten.

Wettbewerbsvorsprung durch Innovationskraft

Innovation ist als ein Kernelement der Konzernstrategien von Astellas, Eisai, Takeda und Daiichi Sankyo unverzichtbar und gilt als grundlegende Voraussetzung, um Arzneimittel anbieten zu können, die zu den Besten ihrer Klasse zählen oder eine neue Wirkstoffklasse begründen. „Für mich als operativen Leiter von Daiichi Sankyo Österreich bedeutet Innovation nicht nur, entsprechende Produkte und Dienstleistungen anzubieten, sie ist auch eine Frage der inneren Einstellung. Deshalb versuche ich, offen zu sein für Veränderungen und mich nicht von Bedenken blockieren zu lassen“, meint Eric Rymarz, Manager Country Operations der Daiichi Sankyo Austria GmbH.

Hinter vielen bahnbrechenden pharmazeutischen Innovationen stehen japanische Unternehmen. „Astellas hat im Bereich der Transplantationsmedizin das Molekül Tacrolimus erfunden. Systemisch gegeben, ist Tacrolimus weltweit das am häufigsten verwendete Molekül zur Verhinderung der Abstoßung nach Transplantationen. Unsere Zukunft liegt außerdem in der Behandlung der Harninkontinenz und beim Schmerz“, erläutert Mag. Berthold Cvach von Astellas. Die derzeitigen Forschungsschwerpunkte von Takeda, dem Erfinder der Klasse der Sartane, liegen hingegen im Bereich von „Life Style Related Diseases“ wie Hypertonie und Diabetes, urologischen und nephrologischen Krankheitsbildern sowie onkologischen und ZNS-Erkrankungen. Zukünftige Innovationen im Bereich kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes und Krebs stehen im Mittelpunkt der Forschung von Daiichi Sankyo. „Eisai hat mit der Entwicklung des ersten Cholinesterasehemmers Donepezil einen Meilenstein in der Alzheimertherapie gesetzt. Ein Schwerpunkt der derzeitigen F&E-Projekte von Eisai liegt im zentralen Nervensystem und in der Onkologie, wo an einer Vielzahl monoklonaler Antikörper geforscht wird. Darüber hinaus kon-



zentriert Eisai seine Forschung auf Infektionen, Krankheiten des Immunsystems sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Der Abend bot einen informativen und gleichzeitig unterhaltsamen Einblick in das Wirken der vier japanischen Pharmaunternehmen in Österreich. Unter den Gästen des Botschafters befanden sich unter anderem Generaldirektor Mag. Dr. Hans-Jörg Schelling, Verbandsvorsitzender des Hauptverbandes, Dr. Martin Gleitsmann, Leiter der Wirtschaftskammer-Abteilung für Gesundheit und Soziales, die beiden Chefärzte Dr. Martin Fuchs, SVA, und Univ.-Prof. Dr. Rudolf Müller, PVA, Mag. Heinrich Burggasser, Präsident der Österreichischen Apothekerkammer, sowie die Vizepräsidentin Mag. Dr. Christiane Körner, Dr. Winfried Pinggera, Generaldirektor der



PVA, Mag. Peter McDonald, Direktor des Österreichischen Wirtschaftsbundes, Univ.-Prof. Dr. Brigitte Blöchl-Daum, Univ.-Prof. Dr. Markus Müller und Univ.-Prof. Dr. Michael Freissmuth von der Universitätsklinik für Pharmakologie in Wien, Josef Grafl, Obmann der Burgenländischen Gebietskrankenkasse, Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres von der Ärztekammer für Wien, Dr. Christoph Schneider, Leiter der Abteilung Wirtschaftspolitik der WKÖ, Dr. Wolfgang Spadiut, Gesundheitssprecher des BZÖ, Prof. MR Dr. Hubert Hrabcik, Generaldirektor für öffentliche Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit, sowie DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche von der AGES PharmMed.



Immer mehr Menschen, vor allem junge Leute, leiden an chronischen Krankheiten wie Diabetes Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die durch einfachste Mittel vermieden werden könnten. Abgesehen von einem gesunden Lebensstil gehört dazu die jährliche Gesundheitsuntersuchung. Sie ist gratis, in der Regel völlig schmerzfrei und umfasst zudem einen überschaubaren Zeitaufwand für den Patienten.

Und die Realität? In Wien nahmen 2008 knapp 183.000 Wienerinnen und Wiener eine Vorsorgeuntersuchung bei ihrem Arzt in Anspruch. Für 2009 gibt es noch keine konkreten Zahlen.

Heuer werden wir in Wien die 200.000-Personen-Grenze überschreiten – so hoffe ich zumindest. Denn immerhin bedeuteten die 200.000 Gesundheitsuntersuchungen im Jahr 2008 ein Plus von 12.000 gegenüber dem Jahr davor.

Aber ist das ein Grund zum Jubeln?

Forderung: Rauchverbot in der Gastronomie

Nehmen wir das Beispiel Rauchen: In Österreich rauchen ungefähr 2,3 Millionen Menschen, wobei 1,3 Millionen Raucher als „dissonant“ gelten, also als unzufriedene Raucher, die mit der Sucht gern aufhören würden. 14.000 Menschen sterben jährlich direkt oder indirekt an den Folgen des Tabakkonsums.

Besonders besorgniserregend ist die hohe Anzahl rauchender Jugendlicher. Mehr als ein Drittel aller 15-Jährigen können als regelmäßige Raucher bezeichnet werden. Laut einer Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) greifen Österreichs Kinder bereits mit zwölf Jahren zum ersten Mal zur Zigarette.

Handeln ist also angesagt. Das Gegenteil jedoch wird von der Regierung gemacht. Denn sie verkiecht sich weiterhin in Panik vor den wirtschaftlichen Interessen der Gastronomie.

Erst unlängst, am 4. Februar 2010, habe ich beim Weltkrebstag erneut die Forderung nach einem generellen Rauchverbot in Österreichs Lokalen gestellt. Hintergrund war unter anderem die Bekanntgabe Hunderter von Anzeigen gegen Wiener Gastronomen durch den Verein „Krebspatienten für Krebspatienten“ und die Initiative „Ärzte gegen Raucherschäden“.

Für die Ärztekammer ist ein generelles Rauchverbot aktueller denn je. Denn die kürzlich für Wien präsentierten Verstöße gegen das Tabakgesetz belegen das komplette Versagen eines Laissez-faire-Ansatzes. Man kann nicht an das Verantwortungsgefühl der Gastronomen appellieren, gleichzeitig aber so viele Schlupflöcher bieten, dass sich niemand angesprochen fühlt.

Nach aktuellen Zahlen gibt es weitaus mehr uneinsichtige Lokalbetreiber als ursprünglich gedacht. Daher sind aus Sicht der Ärztekammer umgehend einheitliche effektive Kontrollen nötig. Ebenso sollte eine baldige Verbesserung des Gesetzes erfolgen. Dabei ist für einen angemessenen Gesundheits- und Arbeitnehmerschutz eine Verbesserung der Lage des Bedienungspersonals ebenso anzustreben wie höhere Auflagen für Raucher-Extrazimmer, baulich abgetrennte Bereiche mit eigenem Belüftungs- und Unterdrucksystem, Zutrittsverbot für Minderjährige und automatische Türschließer. Selbst Albanien ist hier weiter in Sachen Arbeitnehmerschutz und Abschirmung vor Passivrauchen.

Forderung: Programm zur Jugendgesundheit

Obwohl Österreich deutlich mehr Geld für Kinder und Jugendliche ausgibt als die meisten anderen OECD-Länder und damit zu einer vergleichsweise guten finanziellen Ausstattung von Familien und Kindern beiträgt, äußerte die OECD in ihrem letzten Kinderbericht Besorgnis über den gesundheitlichen Zustand des heimischen Nachwuchses. Überdurchschnittlich hoch seien hierzulande

Vorsorge: Kein Grund zum Jubeln

VON ÄRZTEKAMMERPRÄSIDENT MR DR. WALTER DORNER

der Alkoholkonsum, die Selbstmordgefahr, das Mobbing an Schulen und sogar die Sterblichkeit.

Schlimm ist vor allem der exzessive Alkoholkonsum von Jugendlichen: So berichten 22,7 Prozent der 13- bis 15-Jährigen in Österreich, dass sie schon mindestens zweimal betrunken waren, im OECD-Mittel sind es dagegen nur knapp 20 Prozent. Mobbing scheint an österreichischen Schulen stärker vorzukommen als im OECD-Schnitt: So geben 16 Prozent der Schüler an, kürzlich gemobbt worden zu sein – gegenüber elf Prozent im OECD-Schnitt. Und auch die Sterblichkeit bei den 15- bis 19-jährigen Burschen liegt in Österreich deutlich über dem OECD-Schnitt: Sie ist im Vergleich zu Deutschland um fast 40 Prozent höher und mehr als doppelt so hoch wie in Japan. Einer der Gründe dafür ist, dass Jugendliche in Österreich relativ häufig Risiken in Kauf nehmen und vergleichsweise stark selbstmordgefährdet sind. Österreich weist nach Neuseeland, Finnland, Norwegen, Kanada und Irland die höchste Selbstmordrate unter den 15- bis 19-Jährigen auf.

Auch diese Entwicklung ist kein Zufall, ist doch die Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche in Österreich nicht viel mehr als ein Lippenbekenntnis. Dabei wären Lösungsansätze so einfach: eine Gesundheitserziehung vom Kindergarten über die Volksschule bis hin zur Matura unter starker Einbindung der Schulärzte, zielgruppengerechte Nichtraucherkampagnen, um Jugendliche vom Nikotinkonsum abzuhalten, sowie mehr Turnunterricht und die Schließung der Lücke zwischen Mutter-Kind-Pass und Gesundheitsuntersuchung ab 18 Jahren.

Schon ab dem Kindergartenalter sollte der Nachwuchs für einen gesunden Lebensstil sensibilisiert werden. Später müsste die Gesundheit während der gesamten Schulkarriere ein fächerübergreifendes Lehr- und Lernprinzip darstellen, im Rahmen dessen Kinder und Jugendliche je nach Unterrichtsfach über Themen wie Bewegung, Ernährung sowie Krankheitsrisiken und -folgen aufgeklärt werden.

Durch eine Aufwertung des Turnunterrichts könnten Jugendliche zu mehr Sport angehalten werden. Gleichzeitig müsste es flächendeckende und zielgruppengerechte Präventionskampagnen geben, um Jugendlichen die Schädlichkeit und die Folgen des Tabakkonsums näherzubringen.

Während Kinder bis zum fünften Lebensjahr im Rahmen des Mutter-Kind-Passes regelmäßig untersucht und Erwachsene ab 18 Jahren zu Gesundheitsuntersuchungen eingeladen werden, gibt es gerade für Jugendliche kein entsprechendes Angebot in Österreich. Diese Lücke gilt es zu schließen – von der Gesundheits-, der Familien- und der Schulpolitik.

Forderung: Gratis-Pneumokokkenimpfung

Anlässlich des fünften Wiener Impftags am 17. Februar 2010 hat die Ärztekammer heftige Kritik an dem Umstand geübt, dass in Österreich die Pneumokokkenimpfung nach wie vor nicht gratis angeboten wird – womit sich eine nahtlose Fortsetzung der Versäumnisse der österreichischen Gesundheitspolitik in Sachen Prävention offenbart.

Ursprünglich gab es das Versprechen der Politik, das Geld, das durch die Reduktion der Anzahl der Sechsfachimpfungen eingespart wird, für die Implementierung der Pneumokokkenimpfung zu verwenden. Dieses Versprechen ist aber bislang vom Gesundheitsministerium nicht eingelöst worden. Das ist umso unverständlicher, als die prophylaktische Bedeutung einer flächendeckenden Pneumokokkenimpfung mittlerweile unbestritten ist. Pneumokokken sind Bakterien, die schwere Infektionen verursachen. Bei Säuglingen, Kleinkindern, älteren Menschen und

Personen mit chronischen Grundliden können sie besonders gefährlich werden. Weltweit sterben jährlich etwa zwei Millionen Menschen an einer durch Pneumokokken verursachten Infektion, darunter mehr als eine Million Kinder unter fünf Jahren mit einer Lungenentzündung.

Eigentlich ist es beschämend, wenn Österreich zwar im Impfplan eine der besten Impfpfehlungen weltweit hat, jedoch – wie am Beispiel der Pneumokokkenimpfung ersichtlich wird – in der praktischen Umsetzung hinterherhinkt und wir uns mit Ländern wie – erraten! – Albanien vergleichen müssen.

Um doch noch etwas Positives zu sagen: Einige Neuerungen im Impfplan 2010 – zum Beispiel die Aufnahme der Impfung gegen Meningokokken C mit einer Dosis für Kleinkinder plus einer Dosis für Schulkinder sowie die Berücksichtigung der FSME-Impfung und die Aufnahme der Hepatitis-A-Impfung in das allgemeine Impfschema – waren wichtig und bedeuten eine Signalwirkung, der weitere Maßnahmen hoffentlich folgen werden.

Kampagne: „Gesund durch Vorsorge“

Nikotin, Jugendgesundheit, Impfprogramme – drei Beispiele, die belegen, dass in Österreich zu wenig für die Gesundheitsvorsorge getan wird. Zahlenmäßig drückt sich das auch durch die aktuellen OECD-Daten aus: Österreich gibt mit 1,9 Prozent der Gesundheitsausgaben signifikant weniger für Prävention aus als der OECD-Durchschnitt mit drei Prozent.

Das muss sich ändern – und die Ärzteschaft trägt ihren Anteil dazu bei. So versucht die Wiener Ärztekammer seit Längerem, bei der Bevölkerung im Rahmen der Kampagne „Gesund durch Vorsorge“ das Bewusstsein für gesunde Lebensführung zu wecken. Ziel ist es dabei, alle Bevölkerungs- und Altersgruppen zu erreichen. Dazu werden seit 2008 nicht nur Informationsmaterialien in den Ordinationen aufgelegt, sondern auch Freecards produziert, die in ganz Wien zur kostenlosen Entnahme angeboten werden beziehungsweise – im Falle der Kampagne „Sonne“ – in ausgewählten Wiener Bädern verteilt werden.

Dass immer mehr Menschen, vor allem junge Leute, an chronischen Krankheiten wie Diabetes Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden, könnte – wie hier aufgezeigt – durch einfachste Mittel vermieden werden. Mit unserem Engagement wollen und müssen wir die Österreicher wachrütteln, sie aus ihrer Lethargie holen und bei ihnen ein Bewusstsein für ihren Körper wecken – damit wir nicht, und hier bemühe ich ein drittes Mal den Vergleich, im wahrsten Sinne des Wortes albanische Verhältnisse in Österreich haben.



Informationsmaterialien der Ärztekammer zu den Themen Ernährung/Bewegung, Sucht, HIV/AIDS, Demenz, Allergien, Sonne, Krebs und psychische Erkrankungen können kostenlos bei der Pressestelle der Wiener Ärztekammer bestellt werden: Tel.: 01/515 01-1223, E-Mail: pressestelle@aekwien.at.

Patientenverfügung: „Respekt vor der Autonomie des Patienten“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

Fast täglich erhält die Salzburger Patientenvertretung Anfragen zu Patientenverfügungen. So groß ist das Interesse der Menschen daran, Regeln zu können, welche lebensverlängernden medizinischen Maßnahmen bei ihnen nicht mehr getroffen werden dürfen, wenn sie selbst nicht mehr in der Lage sind, das mitzuteilen. Wie ein Arzt erfährt, dass der Patient eine Verfügung hat, und wie diese zur Vorlage gebracht wird, war bis dato oft von der Vertrauensperson des Patienten abhängig. Mit dem Modell des Salzburger Patientenregisters wurde hier Abhilfe geschaffen. Im Periskop-Interview sprachen wir mit Mag. Thomas Russegger, Leiter der Rechtsabteilung der Salzburger Patientenvertretung, über die Bedeutung der Willenserklärungen von Patienten und über die Einführung des Patientenregisters.

P: Wie würden Sie das Instrument der Patientenverfügung in wenigen Sätzen beschreiben? Wie viele Menschen nehmen diese in Anspruch?

Russegger: Die Patientenverfügung regelt zu Lebzeiten des Patienten, welche medizinischen Maßnahmen nicht mehr getroffen werden dürfen, wenn es um die Erhaltung seines Lebens geht. Dabei geht es um die zentrale Frage, wie man Vorsorge treffen kann, wenn man nicht mehr in der Lage ist, die Bedeutung und Tragweite einer medizinischen Entscheidung nachzuvollziehen und eine Einwilligung zu geben. Mit einer Patientenverfügung kann im Vorhinein festgehalten werden, was einem – für den Fall der nicht mehr gegebenen Urteils- und Einsichtsfähigkeit – wichtig ist. Beispielsweise ob Wiederbelebnungsmaßnahmen durchgeführt werden sollen, auch wenn schwere Hirnschäden absehbar sind, oder ob jemand trotz aussichtsloser Prognose noch künstlich ernährt werden soll. Die Patientenverfügung wird vom Patienten selbst abgeschlossen, die stellvertretende Errichtung einer solchen ist nicht möglich. Das Interesse an diesem Thema ist groß, es ruft in der Patientenvertretung fast jeden Tag jemand an, um sich darüber zu informieren.

P: Was bewirkt eine Patientenverfügung und wann tritt eine solche in Kraft?

Russegger: Ein einsichtsfähiger Patient kann sagen: „Ich lehne eine Behandlung ab.“ Es zählt dessen Wille. Dieser muss umgesetzt und eingehalten werden. Schwierig wird es, wenn der Patient nicht mehr urteils- und einsichtsfähig ist. Dann stellt sich die Frage danach, wer bestimmt, welche Behandlung noch gemacht wird.

Wer entscheidet über das medizinische Vorgehen? Die Menschen haben immer häufiger geäußert, dass sie diese Entscheidung selbst in die Hand nehmen möchten. Mit der Patientenverfügung ist es nun möglich, diesen Bereich zu regeln. Das Patientenverfügungsgesetz ist seit 1. Juni 2006 in Kraft. Mit der Patientenverfügung möchte und kann ich festhalten, was ich für mich noch als würdig empfinde. Sterben in Würde ist für mich verknüpft mit Achtung und Respekt vor der Autonomie des Patienten und vor dem von ihm geäußerten Willen. Das Patientenverfügungsgesetz ist die rechtliche Festschreibung des Hinübertragens dieses Gedankens. Wenn die Menschen

Sinn, Bedeutung und Tragweite einer medizinischen Entscheidung nicht mehr nachvollziehen können, zählt die Patientenverfügung. Habe ich beispielsweise gestern eine Patientenverfügung abgeschlossen und stünde heute eine Behandlung an, dann zählt, gesetzt den Fall, ich hätte inzwischen meine Urteils- und Urteilsfähigkeit verloren, das, was ich in der Patientenverfügung festgelegt habe. Diese kann entweder als verbindlich oder beachtlich abgeschlossen werden. Ist eine Patientenverfügung verbindlich, muss sich der Arzt daran halten. Eine verbindliche Patientenverfügung gilt für fünf Jahre, dann muss eine neue abgeschlossen werden. Ein Widerruf ist jederzeit möglich. Sind das Urteils- und das Einsichtsvermögen nicht mehr gegeben, gilt sie, solange dieser Zustand anhält. Die beachtliche Patientenverfügung hat keine Höchstwirksamkeitsdauer.

P: Welche Bedeutung hat eine Patientenverfügung? Was kann für Menschen ausschlaggebend sein, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen?

Russegger: Ganz besondere Bedeutung kommt der Patientenverfügung vor allem bei schwer erkrankten Menschen zu, die unmittelbar mit dem Tod konfrontiert sind. Bei Personen, die eine unheilbare Erkrankung haben und zu wissen glauben, was auf sie zukommt, und daher festlegen

wollen, dass sie bestimmte Behandlungsmaßnahmen nicht mehr haben möchten. So kommen beispielsweise viele Krebspatienten, um eine Patientenverfügung abzuschließen, wenn sie im Laufe des Fortschreitens der Erkrankung entscheiden, dass sie ihr Leben nicht mehr künstlich, zum Beispiel mit einer Magensonde, verlängert haben wollen. Das ist die Gruppe der schon schwer erkrankten Menschen, die von dem Gedanken bewegt ist, dass sie diesen Teil des Lebens autonom und selbstbestimmt gestalten möchte. Diese Menschen gehen meist mit einer großen Zufriedenheit aus dem Gespräch über die Patientenverfügung heraus. Vielfach sagen sie, dass ihnen dadurch eine große Last von den Schultern genommen wurde, da sie diesen Bereich nun auch geregelt haben.

Weiters kommen viele Leute, die einmal ein negatives Erlebnis – beispielsweise im Krankenhaus – hatten und diesen Bereich für sich geordnet haben möchten. So ist im Frühjahr 1997 eine Frau zu mir gekommen und hat erzählt, ihre Mitpatientin sei im Krankenhaus misshandelt worden. Man hätte dieser Patientin fast zwangsweise eine Behandlung angeheißen lassen, obwohl es ihr sehr schlecht gegangen sei und sie diese Maßnahmen eigentlich nicht mehr gewollt habe. Das wäre eine Woche Tag für Tag so gegangen, bis sie schließlich verstarb. Die Frau, die während ihres Spitalsaufenthalts Zeugin dieses Geschehens geworden war, sagte mir: „Das ist nicht das, was ich mir als ein Sterben in Würde vorstelle.“ Deshalb kam sie in die Patientenvertretung, um eine Verfügung abzuschließen.

P: Sie haben bereits eine langjährige Erfahrung mit Patientenverfügungen. Wie lautet Ihr Resümee? Was ist gut implementiert und welche Aspekte sind noch verbesserungswürdig?

Russegger: Für mich hat sich sehr rasch die Frage nach der Greifbarkeit der Patientenverfügung gestellt. Das heißt, dass ich, wenn ich nicht mehr urteils- und einsichtsfähig bin, auch nicht in der Lage bin, die Verfügung selbst vorzulegen. Ich brauche dann Vertrauenspersonen, die sich darum kümmern. Ich habe schon sehr früh den Gedanken geäußert, dass wir ein Register benötigen, damit die errichteten Patientenverfügungen, ob verbindlich oder beachtlich, dem Arzt relativ rasch zur Verfügung stehen. Es ist mir gelungen, ein Register umzusetzen, in das bei mir und durch mich

errichtete Patientenverfügungen auf Wunsch eingetragen werden können. Seit 1. November 2009 können sie dort elektronisch abgespeichert und einfach per Mausclick angesehen werden. Dieses Modell des Patientenregisters läuft einstweilen nur in den Landeskliniken, es wurde aber ein gesetzlicher Antrag gestellt, es auf ganz Salzburg und in weiterer Folge auch auf den Rest Österreichs auszudehnen. Teil und Voraussetzung für das Register in Salzburg ist eine Vereinbarung mit den Salzburger Landeskliniken, dass es eingesehen und abgefragt wird. Der Zeitspanne, in der es in ganz Salzburg bzw. österreichweit implementiert werden kann, hängt auch stark von den technischen Möglichkeiten ab. Mit

der Einführung von ELGA kann man beispielsweise überlegen, ob das Register über die E-Card abgefragt werden könnte.

P: Wie sieht das Register aus und was ist der Nutzen für Arzt und Patient?

Russegger: Der Vorteil für den Patienten ist die Unabhängigkeit von den Vertrauenspersonen. Ich bin nicht darauf angewiesen, dass jemand die Verfügung vorlegt, der Arzt hat sie sozusagen im Krankenhaus griffbereit. Der Nutzen für die Ärzteschaft ist auch klar: Ich habe den Willen des Patienten dokumentiert vor mir. Der Maßstab ist das, was der Patient vorgibt. Wenn es keine Vorgaben gibt, geht der Lebensschutz vor.

P: Wie war das bisher ohne Register?

Russegger: Ohne Register musste man immer schauen, dass die Patientenverfügung auch vorgelegt wird. Das Problem ohne Register war und ist, dass es manche Angehörige emotional nicht schaffen, die Verfügung vorzulegen, dass sie alles tun würden, um den Nahestehenden möglichst lange am Leben zu erhalten. Mein Anliegen ist es, den Willen und den Wunsch des Menschen zu respektieren und auch umzusetzen. Das Register leistet hierfür einen wesentlichen Beitrag.

„Mit einer Patientenverfügung kann im Vorhinein festgehalten werden, was einem wichtig ist, für den Fall der nicht mehr gegebenen Urteils- und Einsichtsfähigkeit.“

PATIENTENVERFÜGUNG

Unter einer Patientenverfügung, einer Willenserklärung, versteht man eine Vorausverfügung, in der ein zukünftiger Behandlungswille zum Ausdruck gebracht wird, nämlich in Bezug auf welche lebenserhaltenden Therapiemethoden oder Intensivbehandlungen und welche Medikamente gewünscht oder abgelehnt werden. Dies für den Fall einer zukünftigen an sich unmittelbar zum Tode führenden Erkrankung oder Verletzung oder im Stadium irreversibler Bewusstlosigkeit, schwerer Dauerschädigung des Gehirns oder des dauernden Ausfalls lebenswichtiger Körperfunktionen.

BEACHTLICH ODER VERBINDLICH

Die beachtliche Verfügung kann formlos verfasst werden und gibt Einblick in Patientenwünsche, bindet den Arzt aber nicht. Die verbindliche Verfügung muss bei einem Anwalt, Notar oder Juristen der Patientenvertretung errichtet werden und erfordert ein Aufklärungsgespräch durch den Arzt.



P: *Wie sieht Ihr weiteres Tätigkeitsfeld und Ihr Aufgabenbereich in der Patientenvertretung aus?*

Russegger: Die Salzburger Patientenvertretung gibt es seit 1. April 1996. Ich war sozusagen von Anfang an dabei und habe die Patientenvertretung mit aufgebaut. Wobei es mir ganz wichtig ist zu betonen, dass unsere Arbeit von den Aspekten „weisungsfrei“ und „unabhängig“ geprägt ist. Das ist gesetzlich festgelegt und garantiert. Wir prüfen an uns herangetragene Beschwerdesachverhalte und versuchen, uns auf einer außergerichtlichen Ebene zu einigen. Ärzte und Pflegepersonal erbringen hervorragende Leistungen, da steckt wertvollste Arbeit dahinter. Im Medizinbereich passieren aber auch oft Fehler und es stellt sich die Frage, wie wir mit diesen umgehen sollen. Maßgeblich für meine Arbeit ist das Motto „Im Miteinander schlichten, statt zu richten“. Miteinander heißt, sich zu öffnen und sich einzulassen, um an der außergerichtlichen Schlichtung mitzuwirken und sich den Beschwerdesachverhalt gemeinsam anzuschauen. Nur so können für alle gute Lösungen erarbeitet werden.

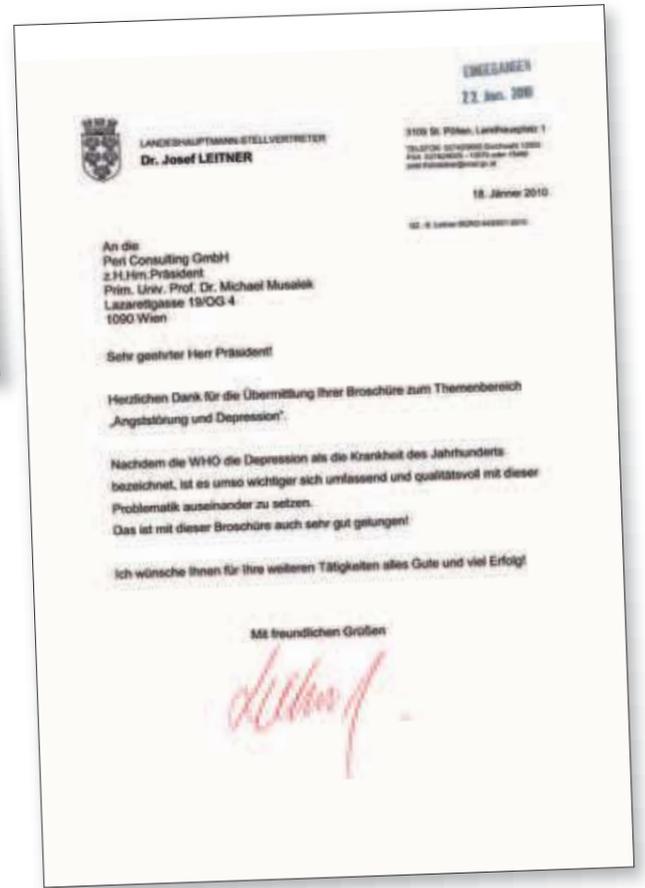
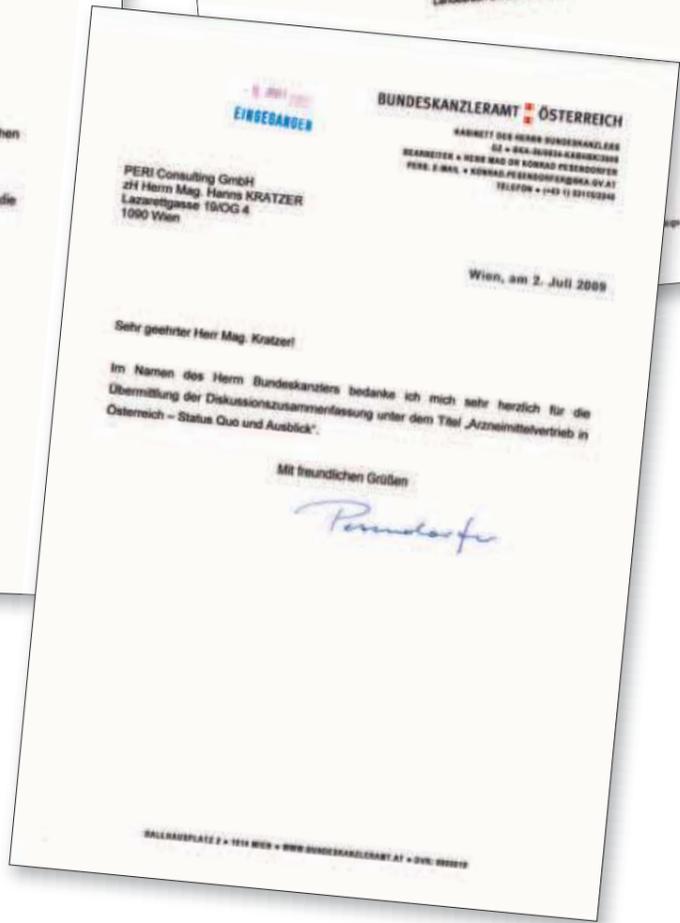
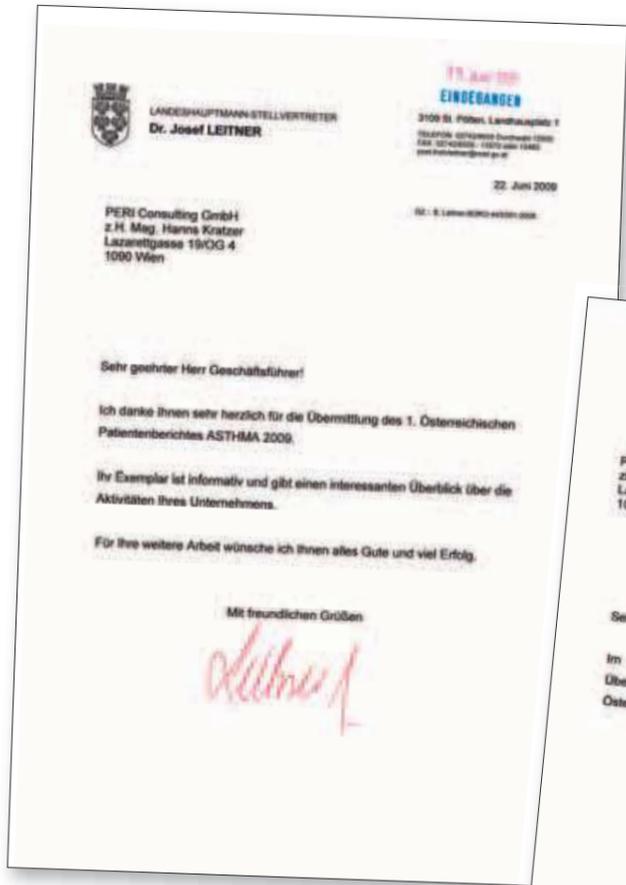
Anfangs waren wir in der Patientenvertretung nur für die Belange der Krankenanstalten in der Stadt und im Land Salzburg zuständig. Wir haben aber sehr rasch bemerkt, dass gerade im niedergelassenen Bereich großer Handlungsbedarf gegeben ist. Denn es sind uns von den Patienten aus diesem Bereich sehr viele Beschwerden vorgetra-

gen worden. In weiterer Folge sind die Zahnärzte und seit Anfang 2008 auch das Rettungswesen und die Kuranstalten zu unserem Zuständigkeitsbereich hinzugekommen. Daneben haben wir Sitz und Stimmrecht in den verschiedensten Gremien der Gesundheitsplattformen. Wir sind auch sehr stark im Bereich von Medizinrecht und Ethik verankert. Die Bedeutung dieses Bereichs versuche ich bei Symposien, die wir veranstalten und an denen wir mitwirken, in die Bevölkerung hinauszutragen. Darunter fällt beispielsweise die Frage nach der Umsetzung des Patientenrechts auf ein Sterben in Würde. Die Menschen sind sehr dankbar dafür und bringen auch viele Inputs dazu ein, die wir wiederum für unsere Arbeit verwenden können.

Bio Box Mag. Thomas Russegger:

Nach Abschluss des Studiums der Rechtswissenschaften begann Mag. Thomas Russegger seine Arbeit in einer renommierten Salzburger Rechtsanwaltskanzlei. Danach war er im Landesdienst tätig, wodurch sich die Möglichkeit ergab, die Salzburger Patientenvertretung mit aufzubauen. Mag. Thomas Russegger ist in der Patientenvertretung der Leiter des Rechtsbereiches und er ist auch Vorsitzender der Ethikkommission des Bundeslandes Salzburg.

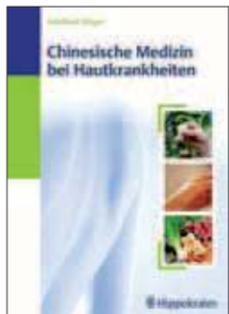
Leser- stimmen:



BUCHREZENSIONEN

CHINESISCHE MEDIZIN BEI HAUTKRANKHEITEN

ERWEITERTE THERAPIEMÖGLICHKEITEN AUS OST UND WEST, ADELHEID STÖGER, HIPPOKRATES, ISBN: 978-3-8304-5419-9, 395 SEITEN, EUR 79,90.



Durch die Kombination östlicher und westlicher Therapieverfahren können bei Hautkrankheiten bessere Behandlungserfolge erzielt werden. Mediziner aus beiden Richtungen sollten zusammenarbeiten, um die Patienten zu heilen und gesund zu erhalten. In ihrem Buch beschreibt die Salzburger Hautärztin, Adelheid Stöger, ausführlich Behandlungsoptionen der häufigsten Hautkrankheiten aus östlicher und westlicher Sicht. Bei der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) steht der Mensch als Ganzes im Mittelpunkt. Sowohl organische und seelische Symptome als auch Einflüsse von außen (Ernährung, Medikamente) werden in die Diagnostik miteinbezogen. Krankheitsbilder werden als Disharmonien bezeichnet. Deren Beseitigung und die Wiederherstellung des Gleichgewichts im menschlichen Körper sind die Ziele der ganzheitlichen östlichen Medizin. Behandlungsanleitungen mit chinesischen Arzneimitteln, Akupunktur und chinesischer Diätetik bilden den Kern des informativen Werks und stellen eine gute Basis dar, um optimale Therapieerfolge zu erzielen. Übersichtlich, gut strukturiert und mit farbigen Abbildungen beschreibt die Autorin Krankheitsbilder, deren Symptomatik und Behandlungsmethoden. Ein wesentlicher Fokus richtet sich hierbei auf chinesische Therapieansätze. Diese werden ausführlich und genau beschrieben. Die daraus resultierende hohe Praxisrelevanz sowie konkrete Therapieempfehlungen für bewährte Indikationen machen dieses Buch zu einem optimalen Standardwerk, welches die Vielfalt der Heilmethoden der chinesischen Medizin eindrucksvoll aufzeigt.

DIE STEINZEIT STECKT UNS IN DEN KNOCHEN

GESUNDHEIT ALS ERBE DER EVOLUTION, DETLEV GANTEN, TILO SPAHL UND THOMAS DEICHMANN, PIPER VERLAG MÜNCHEN, ISBN: 978-3492052719, 335 SEITEN, EUR 19,95.



Die evolutionäre Medizin ist ein relativ junger Forschungszeitpunkt, dem zunehmend Beachtung geschenkt wird. Das Autorentrio Ganten, Spahl und Deichmann beschreibt in diesem Buch die Entwicklung unseres Körpers bis zum heutigen Tag und erläutert, warum wir Menschen (noch) nicht zu stundenlangem Sitzen im Büro und übermäßigem Fastfood-Konsum geeignet sind. Wissenschaftlich fundiert, aber in einer erfreulich lockeren Schreibweise geben die Autoren Antworten auf die großen Fragen der Menschheit. Denn wer hat sich nicht schon einmal gefragt, warum Männer eine Glatze bekommen oder welchen Zweck eigentlich der Blinddarm erfüllt. Auch auf Zivilisationskrankheiten wie Übergewicht oder Bluthochdruck und deren Zusammenhang mit dem Evolutionsgeschehen wird ausführlich eingegangen. Dieses Buch ist sowohl für Neueinsteiger als auch für Fachleute eine aufschlussreiche und interessante Lektüre, die so manchem zu einem gesünderen und bewussteren Lebensstil verhelfen kann.

„Ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis soll in jedem Fall Voraussetzung sein“

VON DI (FH) ELENA BERTOLINI



Dr. Otto Pjeta ist Präsidialreferent für Qualitätssicherung und Leiter des Medikamentenreferats der Österreichischen Ärztekammer. Im Periskop-Interview spricht er über die Einführung der E-Medikation in Österreich und über Fragen, die bis zur Umsetzung im Jahr 2012 geklärt werden müssen.

P: Welche Vor- und Nachteile für den Patienten erwachsen Ihrer Meinung nach durch die Einführung der E-Medikation?

Pjeta: Es gibt eine ganze Reihe von Vorteilen, die uns dazu bewegt haben, dem Grundsatz einer E-Medikations-Datenbank zuzustimmen. Durch die elektronische Medikamentenerfassung kann ein Arzt nicht nur seine eigenen Verschreibungen, sondern auch die von anderen Ärzten verordneten Arzneimittel sehen. Selbst Medikamente, die der Patient über Apotheken bezieht, werden elektronisch erfasst. Mithilfe eines Interaktionsprogramms kann der behandelnde Mediziner feststellen, ob sich die Arzneimittel miteinander vertragen. Darüber hinaus können Doppelverordnungen nicht nur aufgrund der Namensgleichheit der Präparate, sondern auch bei identischen Wirkstoffen verhindert werden. Wird der Patient von mehreren Ärzten behandelt, können die Therapiepläne aufeinander abgestimmt werden. Die Rücksprache mit anderen Verordnern wäre hier selbstverständlich Voraussetzung. Nachteile betreffen bei der Einführung der E-Medikation hauptsächlich den Patienten. Dieser wird mit einer erhöhten Transparenz gegenüber dem behandelnden Arzt konfrontiert. Anhand der verordneten Medikamente kann der Mediziner auf die Krankheiten des Patienten schließen. Darüber hinaus wird ersichtlich sein, bei

„Rechnerisch mag dies oftmals schwer nachvollziehbar sein, aber ich bin der Meinung, dass jedes Qualitätsplus in der medikamentösen Therapie des Patienten bereits als großer Vorteil bezeichnet werden kann.“

welchen Ärzten der Patient sonst noch in Behandlung ist, welche Behandlungsansätze er bevorzugt (etwa Naturmedizin oder Homöopathie) und welche OTC-Medikamente er aus der Apotheke bezieht. Manche Menschen fühlen sich möglicherweise in ihrer Privatsphäre gestört und möchten nicht, dass Ärzten und Apothekern derartige Einblicke gewährt werden. Für mich als Arzt ist die Tatsache der erhöhten Transparenz sicherlich kein Nachteil. Patienten könnten dadurch aber durchaus abgeschreckt werden. Weiters stellt sich die Frage, ob nicht der größere zeitliche Einsatz für Arzt und Patient sowie der technische Aufwand, verbunden mit der Installation des E-Medikations-Systems, ein Nachteil sein könnten. Dies wird sich vermutlich erst in der Praxis zeigen.

P: Sollte ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis nicht Voraussetzung, dass man über eingenommene Medikamente und Unverträglichkeiten offen spricht? Verbessert Ihrer Meinung nach die E-Medikation das Arzt-Patienten-Verhältnis oder bewirkt die verstärkte Transparenz genau das Gegenteil?

Pjeta: Ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis soll in jedem Fall die Voraussetzung sein. Das E-Medikations-Modell bietet allerdings auch die Möglichkeit, bestimmte Informationen für Ärzte auszublenden. Macht ein Patient davon Gebrauch, ist eine vertrauensvolle Basis nicht mehr gegeben. Möglicherweise werden dem behandelnden Arzt auf diese Weise

wichtige Informationen vorenthalten, die für den Behandlungserfolg ausschlaggebend sein könnten. Auch in der ELGA-Konstruktion ist die Ausblendung bestimmter Befunde vorgesehen. Wenn der Arzt bemerkt, dass ihm bestimmte Informationen verweigert werden, kann sich daraus Misstrauen entwickeln. Mit der Behandlung eines Patienten trägt der Arzt eine enorme Verantwortung. Ein Fehler in der Diagnostik oder in der Therapie kann gesundheitliche Folgen für den Patienten haben. Der Mediziner ist jedoch darauf angewiesen, möglichst lückenlose Informationen zur Verfügung gestellt zu bekommen. Hat der Arzt absichtlich nur eingeschränkten Zugriff auf Patientendaten, kann dies ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis beeinträchtigen. Auf diese Art der Kommunikationsproblematik müssen wir uns in Zukunft einstellen.

P: Die Einführung der E-Medikation soll im Jahr 2012 erfolgen. Welche Fragen – bezüglich Finanzierung, Datenschutz etc. – sind noch zu klären?

Pjeta: Wir haben keine Garantie, dass die Einführung der E-Medikation im Jahr 2012 stattfinden wird, es ist aber unser Ziel, dies entsprechend zu fördern. Die Finanzierung ist in jedem Fall für den Projektbereich gesichert, nicht jedoch für die Einführung in ganz Österreich. Es wurde bisher noch nicht darauf hingewiesen, wer die Kosten für das gesamte System übernehmen wird. In den Softwarebe-

reichen der Arztpraxen wird einiges verändert werden müssen und alle Apotheken werden das E-Card-System einführen. All das ist mit einem enormen finanziellen Aufwand verbunden. Darüber hinaus fehlt ein solides Fundament für die gesetzlichen Grundlagen. Durch den zeitlichen Rahmen, der uns vorliegt, ist die dringende Notwendigkeit eines Gesetzesentwurfs gegeben. Bis dato haben hierzu noch keine Vorgespräche stattgefunden. Weiters stellt sich die Frage nach möglichst anwenderfreundlichen und effizienten Abfragemodalitäten. Die gewünschte Information soll rasch und punktgenau auf dem Bildschirm des Arztes ersichtlich sein. Eine geeignete Software ist hier der Schlüssel zum Erfolg. Des Weiteren muss der Ablauf des „Opting-out“ (Ausschluss der Teilnahme) der Patienten geklärt werden. Wird es ein automatisches „Opting-in“ (Teilnahme) geben? Werden die Patienten hierfür Erklärungen unterschreiben müssen? All diese Fragen müssen noch geklärt werden.

P: Im Zusammenhang mit der E-Medikation hört man häufig den Begriff „Arzneimittelsicherheitsgurt“. Wie hat sich dieses Projekt aus Ihrer Sicht bisher bewährt und wo sehen Sie Potenzial zur Verbesserung?

Pjeta: Der Arzneimittelsicherheitsgurt hat den Anstoß zur Entwicklung des E-Medikations-Systems gegeben. Eine große Schwachstelle des Arzneimittelsicherheitsgurts war die fehlende Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern. Eben dieses Zusammenspiel der beiden Berufsgruppen ist einer der Kernpunkte der konzeptierten E-Medikation. Das System ist



nur dann sinnvoll, wenn man bereits bei der Verordnung eines Arzneimittels sieht, welche Medikamente der Patient sonst noch einnimmt, und so Doppelverordnungen und Wechselwirkungen verhindern kann.

P: Werden durch die Einführung der E-Medikation längerfristig auch Einsparungen für das Gesundheitssystem möglich sein?

Pjeta: Einsparungen im Gesundheitssystem wird es mit Sicherheit geben, etwa auf dem Gebiet der Doppelverordnungen. Dennoch ist dies oftmals schwer zu interpretieren, da immer auch ein Aufwand vorhanden ist. Hohe Kosten werden durch die Implementierung des Systems, dessen Pflege und den erforderlichen Zeitaufwand entstehen. Rechnerisch mag dies oftmals schwer nachvollziehbar sein, aber ich bin der Meinung, dass jedes Qualitätsplus in der medikamentösen Therapie des Patienten bereits als großer Vorteil bezeichnet werden kann.

Bio Box Dr. Otto Pjeta:

Dr. Otto Pjeta ist Präsidialreferent für Qualitätssicherung und Leiter des Medikamentenreferats der Österreichischen Ärztekammer. Von 1999 bis 2003 war der Allgemeinmediziner Präsident der Österreichischen Ärztekammer. Darüber hinaus praktiziert Pjeta als Landarzt in Steinerkirchen, Oberösterreich.



FOCUS

BUNDESLÄNDER

oberösterreich



VON MAG. SABINE SOMMER



Das Gesundheitswesen in Oberösterreich wird im Bundesländer-Schwerpunkt dieser Ausgabe einer genauen Betrachtung unterzogen. Am 4. März fand eine Diskussionsrunde in Linz statt, bei der relevante Persönlichkeiten des oberösterreichischen Gesundheitswesens die derzeitige und zukünftige Situation des Bundeslandes analysierten.

Teilnehmer der Diskussionsrunde:

MAG. PETER AUSWEGER

ÖÖ. Ordensspitäler Koordinations GmbH

MAG. KARL LEHNER, MBA

Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG (gespag)

MAG. DDR. OSKAR MEGGENEDER

Selbsthilfe Oberösterreich, Dachverband der Selbsthilfegruppen

DR. PETER NIEDERMOSER

Ärztchamber Oberösterreich

DR. JOSEF PÜHRINGER

Landeshauptmann Oberösterreich

DR. ERWIN REBHANDL

Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

DR. ROBERT SCHÜTZ

Oberösterreichischer Gesundheitsfonds

MAG. THOMAS VEITSCHEGGER

Apothekerkammer Oberösterreich

DR. WOLFGANG ZILLIG

Oberösterreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Moderation: ROBERT RIEDL

Riedl: Wie sieht der Status quo der Gesundheitsversorgung in Oberösterreich aus? Worin bestehen – je nach den intra- und extramuralen Bereichen – die Ziele und die Optimierungspotenziale?

Pühringer: Wir haben in Oberösterreich eine sehr gute, auf hohem Niveau stehende Gesundheitsversorgung, sowohl im niedergelassenen als auch im Spitalsbereich. Das Ziel ist es, diese so zu organisieren, dass sowohl die Flächendeckung als auch die Umsetzung des jeweils bestmöglichen medizinischen Fortschritts gewährleistet ist. Das bedingt natürlich, dass man immer wieder erforderliche Potenziale freimachen muss. Ich bekenne mich zu einer umfassenden Gesundheitspolitik, die bei der Prävention beginnt und das Spital als letzte Station der Versorgungskette sieht. Wir werden Mitte des Jahres die Spitalsreform 2 starten. Ein Schwerpunkt dabei wird sein, einerseits alle Standorte zu sichern, aber andererseits auch die Leistungsspektren der einzelnen Häuser neu festzulegen. Wir müssen die fünf Versorgungsregionen daraufhin analysieren, wie Parallelangebote vermieden werden können. Denn diese werden wir uns auf die Dauer nicht leisten können. Es geht nicht darum, Budgetlöcher zu stopfen, sondern sicherzustellen, dass wir uns die bestmögliche Medizin auch in Zukunft finanziell leisten können.

Niedermoser: Rund 5500 Ärzte sind in Oberösterreich aktiv im Dienst. Wir haben insgesamt 2160 niedergelassene Ärzte, von

denen 1049 als Allgemeinmediziner und 1111 als niedergelassene Fachärzte tätig sind. Im Angestelltenbereich in den Spitälern arbeiten 3188 Ärzte. Unser Ziel ist darauf ausgerichtet, eine pyramidenartige Versorgung in Oberösterreich weiter zu gewährleisten beziehungsweise noch zu forcieren. Die Grundversorgung muss vom niedergelassenen Allgemeinmediziner – als der ersten Anlaufstelle im Gesundheitssystem – übernommen werden. Die zweite Ebene ist der niedergelassene Facharzt, an weiterer Stelle kommen die Ambulanzen der Standardkrankenhäuser und zuletzt die Schwerpunktkrankenhäuser.

Im Zuge der Spitalsreform 2 ist festzuhalten, in welchen Ebenen es Sinn macht, die Leistungen zu erbringen. Die Leistungsspektren von Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenhäusern sollten also definiert werden.

Die gute Versorgung können wir absichern, indem wir uns überlegen, wo die Leistungen am effizientesten erbracht werden.

Veitschegger: Wir haben in

Oberösterreich 181 öffentliche

Apotheken, die optimal verteilt

sind und mit sehr gut ausgebildetem Fachpersonal Tag und Nacht zur Verfügung stehen. Die Apotheken haben einen großen Vorteil: Sie bieten einen äußerst niederschweligen Zugang zum Gesundheitssystem. Zu uns kann jeder kommen und bekommt eine kompetente Antwort. Die Zunahme von chronischen Erkrankungen stellt uns vor eine Herausforderung. Die Apothekerschaft will verstärkt ein Ansprechpartner für chronisch Kranke sein und so die Compliance erhöhen. Es ist ein Faktum, dass die Einnahme verordneter Arzneien bei vielen chronischen Erkrankungen nicht optimal ist. Apotheken fungieren in diesen Fällen als Bindeglied zwischen Arzt und Patienten. Der Arzt stellt die Diagnose und übergibt das Rezept. In der Apotheke können wir sehr viel leisten, damit die Menschen die Medikamente, die sie verordnet bekommen haben, auch tatsächlich einnehmen.

Lehner: Wir sind uns einig, dass Reformschritte notwendig sind, um die gute Versorgung in Oberösterreich zu erhalten, und haben keine Angst vor einer Spitalsreform. Die gespag ist ein Flächenversorger, unsere Spitäler sind über das gesamte Bundesland verteilt. Neben den Spezialkliniken, die in manchen Fächern überregional für das ganze Bundesland tätig sind, gibt es auch die regionalen Spitäler. Sechs von sieben regionalen Spitälern sind gespag-Spitäler mit jeweils 200 bis 400 Betten. Uns ist es wichtig, die regionale Basisversorgung aufrechtzuerhalten. Wir haben einige Reformschritte gesetzt, in den letzten acht Jahren von 15 auf zehn



Spitäler und von 4600 auf 3900 Betten reduziert, aber wir haben kein einziges Fach verloren.

Ausweger: In Oberösterreich sind die Ordensspitäler ein großer Anbieter, etwa 45 Prozent der Spitalsleistungen werden hier erbracht. Diese differenzierte Anbieterstruktur, dieser Wettbewerb schafft Innovation und Qualität. In vielen Bereichen sind die Spitäler die erste Anlaufstelle. Es kommt zuweilen vor, dass bei „banalen“ Erkrankungen sofort das Schwerpunktspital gewählt wird. Dadurch wird ein ganzes System übersprungen. Das stellt uns vor Herausforderungen und belastet unsere Kapazitäten. Wir sehen es bei unseren Akutambulanzen, da ist von einer „Kaskade des Zugangs“ nicht viel zu spüren, vor allem außerhalb der regulären Öffnungszeiten von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 16.00 Uhr. Unsere Idee diesbezüglich wäre, vorgelagerte Einrichtungen zu den Spitälern zu etablieren. Das könnte etwa eine Gruppenpraxis sein, die 24 Stunden am Tag offen hat. Solche vorgelagerten Stellen wären im Zentralraum wichtig, um die Bagatellfälle von jenen, die wirklich einer stationären Behandlung bedürfen, zu trennen.

Schütz: Wir sind in Oberösterreich auf dem Weg, die Vernetzung der Teilsysteme in Gang zu bringen. Ein groß angelegtes Nahtstellenmanagementprojekt soll dazu führen, dass die verschiedenen Sektoren, die in den letzten Jahren getrennt voneinander gewachsen sind, strukturell zueinanderfinden. Insofern sind wir auf einem sehr guten Weg, den wir aufgrund der Interessenvielfalt zwar langsam gehen, aber es ist beachtlich, dass alle Institutionen, auch aus dem Sozialbereich, mitarbeiten, um diese Prozesse zu optimieren. Die Integration und gemeinsame Lösung der Versorgung brauchen auch eine gemeinsame Informationsbasis. Wir sind eines der Bundesländer, das die Chancen der EDV im Sinne von Informationsbereitstellung nutzt.

Rebhandl: Die Allgemeinmedizin ist in Österreich im Vergleich zum Rest von Europa generell nicht in der Position, die sie aus unserer Sicht haben sollte. Wir brauchen österreichweit eine starke Grundversorgung auf hausärztlicher Basis. Es bedarf bestimmter Anreizsysteme, damit der Patient primär zum Hausarzt geht. Der Hausarzt übernimmt die Rolle des Koordinators, um die nachfolgenden Versorgungsebenen zu entlasten. Der Patient geht zum Facharzt, weil er keine Anreize hat, primär den Hausarzt zu konsultieren. Wenn aber ein Internist einen grippalen Infekt behandelt, ist der Patient überversorgt. In Zukunft sind definierte Leistungsspektren für die Grundversorgung notwendig, also für die Allgemeinmedizin, für die fachärztlichen Bereiche und auch für die Spitäler und Ambulanzen, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden. Unsere Forderung ist ein System, in dem die primäre Zugangsebene der Hausarzt ist, sodass dieser in einer verantwortungsvollen Rolle aktiv werden kann und die Patienten gezielt in die nächsten Versorgungsebenen weiterleitet. Internationale Studien zeigen, dass in Systemen mit stark ausgeprägter hausärztlicher Versorgung auch der Outcome für die Patienten besser ist.

Zillig: Stationäre Einheiten wurden in den letzten Jahren finanziell stark forciert, die niedergelassene Ärzteschaft und speziell die Allgemeinmediziner haben aber trotz öffentlicher Bekenntnisse kaum eine Weiterentwicklung in ihrer Tätigkeit erfahren. Das erzeugt natürlich ein gewisses Spannungsfeld. Die Strukturen der allgemeinmedizinischen Praxis in Ballungsgebieten sind den heutigen Anforderungen nicht ausreichend angepasst. Es gibt zwar mittlerweile die Möglichkeit, Gruppenpraxen zu etablieren, das Interesse daran ist aber gering. Daher bestehen auch im städtischen Bereich noch immer Kleinstpraxen, die von der Kapazität her den Ansprüchen an eine moderne allgemeinmedizinische Praxis nicht ganz gerecht werden.

Meggeneder: Dass die Versorgungsdichte und -qualität in Oberösterreich gut sind, scheinen auch die Patienten so zu sehen. Vor Kurzem wurde eine Studie des Hauptverbandes der Sozialversicherungen veröffentlicht, für welche die Patienten über die Versorgungsqualität befragt worden waren. Oberösterreich ist erfreuli-

cherweise auf Platz eins zu finden. Das ist eine positive Nachricht. Bei uns sind die gesundheitspolitischen Ziele zwischen den Stakeholdern abgestimmt. Das gibt es natürlich auch in anderen Bundesländern, aber Oberösterreich ist über das programmatische Stadium schon hinaus. Die Ziele werden evaluiert, es erfolgt ein Monitoring und es gibt auch eine klare Zielverantwortung, sodass man messen und nachvollziehen kann, inwieweit die jeweils gesteckten Ziele auch erreicht worden sind. Was uns als Dachverband der Selbsthilfeorganisationen freut, ist, dass wir in puncto Zielfindung bei der Gesundheitskonferenz eingebunden sind und unsere Stimme gehört wird.

Riedl: In Österreich gibt es 350.000 Diabetiker, anderen Erhebungen zufolge gar 500.000. Bezüglich so genannter Disease-Management-Programme war Oberösterreich mit dem DIALA-Projekt ein Vorreiter. Derzeit sind 18.000 Personen in ganz Österreich, davon 6000 in Oberösterreich, im Disease-Management-Programm Diabetes. Wie kann diese Zahl erhöht werden? Warum wird diese Maßnahme nicht stärker angenommen?

Meggeneder: Die Erklärung ist, dass von beiden Seiten sehr hohe Motivation und Engagement verlangt werden – von den Ärzten, die die Programme anbieten, aber auch von den Patienten. Man muss offen sagen, dass das in beiden Bereichen nicht immer der Fall ist.

Zillig: Bei der Entwicklung des Disease-Management-Programms für Diabetiker hat man damit gerechnet, durch eine intensive Begleitung, eine regelmäßige Kontaktaufnahme inklusive Erklärung der Verhaltensweisen usw. einen positiven Outcome zu erzielen. Das ist auch der Fall, man hat aber nicht berücksichtigt, dass Diabetiker spezielle Patienten sind, die nicht nur aufgrund genetischer Disposition erkrankt sind, sondern weil sie im Laufe ihres Lebens ein Verhalten erlernt haben, das es ihnen schwer macht, mit dieser Krankheit umzugehen. Auch wenn sie besser darüber informiert sind, sind Maßnahmen notwendig, die die Lebensführung verändern. Wir stehen mit den Disease-Management-Programmen am Anfang und es gibt durchaus Grund zu vorsichtigem Optimismus, denn bereits sehr viele Kollegen haben die Schulung absolviert, ein Drittel hat auch schon mit der Umsetzung begonnen. Es wird weiterhin notwendig sein, die Kollegen zu ermutigen. Der Einstieg ist simpel, aber die Langzeitbetreuung erfordert viel Motivation von allen Seiten. In Kleinstpraxen kann der administrative Aufwand ein Hindernis sein. Wenn wir andere Strukturen hätten, wäre ein so komplexes Programm leichter umsetzbar.

Rebhandl: Ich war von Anfang an in die Entwicklung dieser Maßnahmen eingebunden und deklariere mich klar als Anhänger von Disease-Management-Programmen. Ich vertrete die Meinung, dass Ärzte die Pflicht haben sollten, solche anzubieten. Die Teilnahme ist derzeit für Ärzte und Patienten freiwillig. Für die Patienten soll sie freiwillig bleiben, das ist völlig klar. Ärzte mit einem Kassenvertrag – da bin ich sicher anderer Meinung als die Ärztekammer – sollten aber zu diesem Angebot verpflichtet sein. Die Apotheken könnten uns unterstützen, indem sie die Diabetiker, die sich ihre Medikamente holen, darauf hinweisen, dass es dieses Programm gibt und sie mit ihrem Hausarzt darüber sprechen sollen. Eine wichtige Funktion übernehmen die Apotheker auch in der Motivation der Patienten und somit in der Erhöhung der Compliance. Ich habe derzeit 90 Diabetiker im Programm, die schon seit einigen Jahren in dieser Form betreut werden. Der Arzt braucht darüber hinaus ein Team in seiner Praxis, das die Patienten ebenfalls anspricht und die organisatorischen Aufgaben mitträgt. Dann ist man als Arzt entlastet und hat mehr Zeit für den einzelnen Patienten.



Niedermoser: 45 Prozent aller österreichischen Ärzte, die im Disease-Management-Programm akkreditiert sind, kommen aus Oberösterreich. Darüber hinaus haben wir auch die meisten eingeschriebenen Patienten. Durch eine Verpflichtung kann man meines Erachtens aber keine Motivation schaffen. Ich möchte anhand

von zwei Zahlen darstellen, wie gut die Motivation gegenüber anderen Bundesländern bei uns ist: Die Heilmittelkosten pro Anspruchsberechtigtem beliefen sich im Jahr 2008 in Oberösterreich auf 291 Euro und in Wien auf 396 Euro. Das haben wir nicht durch Zwang, sondern durch Motivation geschafft.



Riedl: Was kann die Apothekerschaft dazu beitragen, dass das Netzwerk der Versorgung effizienter wird und nicht von zehn verordneten Präparaten nur fünf genommen werden? Welche Rolle spielen die Apotheken bei Disease-Management-Programmen?

Veitschegger: Apotheker können wesentlich dazu beitragen, die Compliance zu verbessern, gerade in den angesprochenen Disease-Management-Programmen. Aus Studien wissen wir, dass die Therapietreue bei chronisch Kranken wie Diabetikern nicht besonders stark ausgeprägt ist. Apotheken genießen in der Bevölkerung ein sehr hohes Vertrauen. Zu uns kommen Personen, die sich gesund fühlen, aber durch Übergewicht, Bluthochdruck usw. irgendwann Probleme bekommen. Je früher diese Leute in das Gesundheitssystem geholt werden und je besser und intensiver sie betreut werden, umso weniger werden sie das System langfristig kosten. Menschliches Leid durch Folgeerkrankungen kann ebenfalls vermieden oder zumindest hinausgezögert werden. Um dieses Ziel zu erreichen, bemüht sich die Apothekerschaft, in Zukunft aktiv bei Disease-Management-Programmen mitzuarbeiten und bestimmte Aufgaben zu übernehmen.

Riedl: Die Peritonealdialyse ist eine bestimmte Form der Dialyse, die rund 40.000 Euro pro Patient und Jahr kostet, die Hämodialyse kostet ca. 65.000 Euro pro Patient und Jahr. Das Land Niederösterreich hat einen Schwerpunkt gesetzt, nach dem bis zu 25 Prozent der Dialysepatienten eine Peritonealdialyse erhalten sollen. In Wien erhalten 15 Prozent diese Art der Dialyse, Oberösterreich liegt mit nur vier Prozent an letzter Stelle aller Bundesländer. Sollten nicht mehr Menschen diese Methode, die gesamtheitlich kostengünstiger und für bestimmte Patienten wesentlich angenehmer ist, in Anspruch nehmen können?

Meggeneder: Aus der Sicht der betroffenen Gruppe ist dieses Thema nicht relevant. Möglicherweise, weil die Methode zu wenig bekannt ist und für Dialysepatienten andere Probleme wie eine Herabsenkung des Pensionsantrittsalters und arbeitsrechtliche Erleichterungen für jugendliche Dialysepatienten interessanter sind. Ein weiteres Anliegen ist die Urlaubsdialyse. Hier bieten die sozialen Krankenversicherungen in Oberösterreich aber eine gute Lösung an.

Zillig: Grundsätzlich ist die Peritonealdialyse kein alltägliches Ereignis, aber eine Maßnahme, die im niedergelassenen Bereich durchführbar ist und für bestimmte Patienten eine wesentliche Erleichterung darstellt. Wenn diese Methode vermehrt in Anspruch genommen werden soll, muss man die niedergelassene Ärzteschaft frühzeitig und besser informieren. Das wird nicht nur die Ärzte betreffen, das Pflegepersonal wird auch einen wichtigen Anteil dabei haben.

Riedl: Wie sehen Sie die Facharztsituation und wie funktioniert die Zusammenarbeit zwischen extra- und intramuralem Bereich?

Ausweger: Wir müssen die Spitäler mit den niedergelassenen Fachärzten besser vernetzen. Wir haben nicht nur das Problem, dass es zu wenig Fachärzte im niedergelassenen Bereich gibt, auch in den Spitälern ist es notwendig, für die Dienstbereitschaften Tag und Nacht eine bestimmte Anzahl vorzuhalten. Wenn es möglich wäre, gemeinsame Lösungen und integrative Wege zu finden, gäbe es einen Fortschritt. Beispielsweise wenn Fachärzte einen verstärkten Zugang zu Spitälern hätten und im Rahmen von

Kooperationen intramural und extramural arbeiten könnten. Die Gebietskrankenkasse lässt solche Tätigkeiten aber nicht zu. Kreative Modelle, bei denen niedergelassene Ärzte die Spitalsambulanzen am Nachmittag nutzen könnten, sind gefragt. Der Facharzt als Einzelkämpfer am Land stellt nicht das ideale Modell dar. Vertragsmöglichkeiten und Finanzierungen sind zu schaffen, die für beide Seiten in Ordnung sind.

Lehner: Das stärkere Vernetzen bzw. das Zusammenspiel von Facharzt, Hausarzt und Ambulanz ist ein Gebot der Stunde. Es gibt einen Unterschied zwischen den Ballungsräumen und den ländlichen Regionen. Im Ballungsraum sind Ambulanzen am Abend voller als tagsüber, weil keine Arztpraxis offen hat. Wir müssen kreativer sein, flexible Modelle entwickeln und zulassen. Ambulanzen sollten etwa auch eine Ordination oder eine Kassenstelle betreiben können. Es muss ja nicht die Kassenpraxis bei uns in der Ambulanz sein, es könnte auch ein niedergelassener Facharzt gemeinsam mit unseren Fachärzten in der Ambulanz tätig werden. Solche Modelle sind momentan nicht zugelassen. Aber jedes Spital hat Vorhalteleistungen, die nicht rund um die Uhr ausgelastet sind.

Niedermoser: Man kann über viele Modelle nachdenken, wie wir zusammenarbeiten können. Dass eine Ambulanz einen Kassenvertrag bekommt, ist aus meiner Sicht aber nicht möglich. Wir sollen den Ärzten für Kassenverträge oder Einzelleistungen Verrechnungsmöglichkeiten schaffen, aber nicht einer Spitalsambulanz.

Rebhandl: Ich arbeite gerne und gut mit dem Regionalkrankenhaus in Rohrbach zusammen und möchte diese Kooperation nicht missen. Auch die Patienten wollen ein Regionalspital als erste stationäre Anlaufstelle und, wenn notwendig, in ein Schwerpunktspital übermitten werden. Es gibt natürlich immer einzelne Fälle, die primär ins Schwerpunktspital müssen. Die oberösterreichische Struktur mit den Regionalkrankenhäusern ist sehr gut, und ich plädiere dafür, diese nicht auszudünnen, denn in den ländlichen Regionen will die Bevölkerung auf dieses Angebot nicht verzichten.

Pühringer: Ich bin bereit, die Spitalsambulanzen „aufzumachen“, auch für niedergelassene Ärzte, die dort ihren Dienst leisten. Denn wir wissen aus dezentralen Krankenhäusern kleinerer Ordnung, dass die Ambulanzen und deren teure Gerätschaften am Nachmittag nicht immer voll ausgelastet sind. Um dieses Potenzial nicht brachliegen zu lassen, muss man den niedergelassenen und den Ambulanzbereich vernetzen. Das wird erst durch die Finanzierung aus einer Hand möglich, die meiner Meinung nach die bessere Lösung ist. Wir haben ein relativ dichtes Netz an Fachärzten im Zentralraum, aber am Land um rund 100 Allgemeinmediziner und Fachärzte zu wenig. Wenn es keine Änderungen und mehr Kapazitäten in der Ausbildung gibt, droht uns ein Ärztenotstand. Die Geburten sind stark sinkend. Der Prozentsatz eines Geburtenjahrgangs, der sich zum Mediziner ausbilden lässt, sinkt ebenfalls. Demgegenüber steht eine alternde Gesellschaft. Jede Statistik besagt, dass im Alter Krankenhausaufenthalte und die medizinische Versorgung eine verstärkte Rolle spielen. Diese Entwicklung geht also in zwei Richtungen auseinander und ist bei jeder gesundheitspolitischen Überlegung zu beachten.



Fact Box DIALA

Ziel des zweijährigen Pilotprojekts „DIALA – strukturierte Diabetesbetreuung in ländlichen Regionen“ war es, ein Modell für die Versorgung von Diabetes zu bekommen, das sowohl den Gesundheitszustand der Patienten verbessert als auch für das System finanzierbar ist. In den Jahren 2002 und 2003 wurden in einigen ländlichen Bezirken Oberösterreichs 343 Diabetes-Typ-2-Patienten von dafür ausgebildeten niedergelassenen Ärzten umfassend betreut und geschult. Für sie ergaben sich erhebliche Vorteile: eine Verbesserung des HbA1c-Werts um ca. 6,5 Prozent, eine Senkung des Blutzuckerwerts um sieben Prozent, die Verbesserung des systolischen Blutdrucks um ca. 3,5 Prozent und des diastolischen Blutdrucks um ca. 4,2 Prozent.

Die Player:

Mag. Peter Ausweger, Geschäftsführer der OÖ. Ordensspitäler Koordinations GmbH, betont im Periskop-Interview die Rolle der Ordensspitäler als größte Spitalsanbietergruppe in Oberösterreich.



Mag. Peter Ausweger

P: Welche Forderungen haben Sie an die Politik?

Ausweger: Unsere Forderungen an die Politik sind vielfältig. Der niedergelassene Bereich und der Ambulanzbereich müssen engmaschiger zusammenarbeiten. Die Sozialversicherung, die Ärztekammer und die Spitäler sind dazu angehalten, diesbezüglich Verträge abzuschließen. Die Trägervielfalt muss erhalten bleiben, denn auch im Gesundheitswesen hebt Wettbewerb die Qualität und die Effizienz.

P: Welche Kompetenzen sollen dem Bund bzw. dem Land zustehen?

Ausweger: Die Kompetenzzersplitterung zwischen Bund und Ländern in Gesundheits- und Spitalsangelegenheiten ist sehr bedauerlich. Es ist jedoch zu befürchten, dass eine Zentralisierung das System nicht billiger, sondern schwerfälliger und ineffizienter machen würde. Viel wichtiger wäre es, die Rahmengesetzgebung zu ändern. Anreize sind so zu setzen, dass kosteneffizientes Verhalten belohnt wird.

P: Große Einsparungen sind naturgemäß nur bei großen Posten möglich, etwa bei Personal- und Spitalsbetriebskosten. Was ist Ihre Meinung dazu?

Ausweger: Die Kosten im Gesundheitswesen sind stark vom jeweiligen Angebot abhängig. Wenn das Angebotsportfolio gleich bleiben oder ausgedehnt werden soll, sind Einsparungen nur marginal möglich. Trotzdem versuchen wir, durch Kooperationen, Effizienz im Personalbereich und durch günstigen Einkauf Kosten zu senken. Es gilt, Kooperationen innerhalb der Spitalskonzerne zu stärken, eine Leistungsabstimmung mit Mitbietern durchzuführen und die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich zu forcieren.

P: Ist die medizinische Qualitätssicherung in Oberösterreich auf internationalem Spitzenniveau?

Ausweger: Die medizinische Ergebnisqualitätssicherung ist in Österreich und damit auch in Oberösterreich nicht besonders ausgeprägt. Es wird sehr viel in Vorgaben und Strukturqualität investiert, aber vergleichende Outcome-Messungen gibt es nur sehr wenige. Im Bereich der Prozessqualität gibt es in Oberösterreich viele Initiativen, etwa Zertifizierungsprozesse in verschiedenen Ordensspitälern, aber auch in Labors und Röntgeninstituten. Darüber hinaus spielen medizinische Pfade eine große Rolle in den oberösterreichischen Spitätern.

P: Welche Rolle spielt die OÖ. Ordensspitäler Koordinations GmbH in Ihrem Bundesland?

Ausweger: Wir versuchen, die Interessen der oberösterreichischen Ordensspitäler bestmöglich zu vertreten. Die OÖ. Ordensspitäler Koordinations GmbH dient vor allem als Informationsdrehscheibe und Diskussionsplattform für die Meinungsbildung innerhalb der Ordensspitäler, die die größte Anbietergruppe im Bundesland sind. Weiters vertreten wir die Ordensanbieter in der neuen oberösterreichischen Fachhochschule für Gesundheitsberufe.

P: Was lässt sich im Gesundheitswesen verhältnismäßig leicht ändern und wo erwarten Sie die größten Schwierigkeiten?

Ausweger: Die größte Veränderungsresistenz gibt es immer dort, wo es auch zu massiven Umverteilungsprozessen zwischen den unterschiedlichen Sektoren kommen soll. Daher stoßen alle Bemühungen einer einheitlichen Finanzierung bzw. einer Finanzierung nach rein wirtschaftlichen Grundsätzen auf hohen Widerstand. Das System muss in kleinen Schritten reformiert werden, aus meiner Sicht sind große Umbrüche nicht möglich. Standortschließungen werden politisch nicht durchsetzbar sein, da die betroffene Bevölkerung massiv dagegen auftreten wird.

Mag. Karl Lehner ist Finanz- und Personal-Vorstand sowie kaufmännischer Direktor der Oberösterreichischen Gesundheits- und Spitals AG gspag. Im Periskop-Gespräch betrachtet Lehner den intramuralen Bereich in Oberösterreich.



Mag. Karl Lehner

P: Welche Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht notwendig, um unser Gesundheitssystem längerfristig abzusichern?

Lehner: Dazu müssen die Grenzen zwischen den einzelnen Sektoren im Gesundheitswesen beseitigt werden. An den Schnittstellen kommt es zu Doppelgleisigkeiten, die viele Ressourcen verbrauchen. Kooperationen der einzelnen Leistungsanbieter müssen mehr gefördert werden. Auch die vertikale Integration muss noch stärker in den Fokus rücken, also die Zusammenarbeit von Spitalern, Reha-Zentren, Alten- und Pflegeheimen, mobilen Diensten und der niedergelassenen Ärzteschaft. Zudem müssen vernünftige Anreizsysteme etabliert werden. Derzeit sind die Mittel im Spitalsbereich noch viel zu wenig nach Leistungs- und Qualitätskriterien verteilt. Der Spitalsbereich leidet besonders an einer eklatanten Überreglementierung.

P: Wo steht Ihr Bundesland diesbezüglich?

Lehner: In Oberösterreich gibt es einige gute Beispiele für Spitalskooperationen. Unsere Spitäler im Salzkammergut arbeiten im Verbund zusammen und stimmen Leistungen aufeinander ab. Die beiden Ordensspitäler in Wels und Grieskirchen haben vor zwei Jahren fusioniert, Barmherzige Brüder und Schwestern arbeiten in Linz eng zusammen und die erst kürzlich unterzeichnete strategische Allianz zwischen der gspag und dem Krankenhaus der Elisabethinen ist ebenfalls hervorzuheben. Die Anreizsysteme für weitere Kooperationen sollten weiterentwickelt werden. Schritte zur Deregulierung sind aber nicht auf Landesebene zu bewerkstelligen, diesbezüglich ist Bundeskompetenz gefordert.

P: Wie könnte die Schnittstelle zwischen niedergelassenen Ärzten und Spitalsärzten zu einer Nahtstelle werden?

Lehner: Einerseits sollten in der Interessenvertretung der angestellten und niedergelassenen Ärzte die Positionen weniger streng abgegrenzt und andererseits Modelle der Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Bereichen erleichtert und stärker belohnt werden. Das Einmieten niedergelassener Ärzte in Spitalern und der gemeinsame Betrieb von Einrichtungen – z. B. von Großgeräten, Gesundheitszentren – sollten gefördert werden.

P: Welche Rolle spielt die gspag in Oberösterreich?

Lehner: In der gspag wurde die medizinische Angebotsstruktur deutlich bereinigt, wir forcieren die spitals-, träger- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Wir sind Kooperationspartner Nummer eins in Oberösterreich und räumen dem Qualitätsmanagement mit verbesserten Prozessabläufen, klinischen Pfaden, patientenorientierten Ergebnisqualitätsindikatoren in möglichst vielen Bereichen einen sehr hohen Stellenwert ein. Darüber hinaus forcieren wir tagesklinische Behandlung, interdisziplinäre Belegung sowie Pflegeeinheiten, die sich am Schweregrad der Erkrankung der behandelten Patienten orientieren. Uns liegt die Ausbildung der Gesundheitsberufe zur Absicherung des künftigen Bedarfs sehr am Herzen, daher erhöhen wir seit Jahren regelmäßig unsere diesbezüglichen Kapazitäten.

P: Auf welchem Niveau ist die medizinische Qualitätssicherung in Oberösterreich?

Lehner: Oberösterreich ist durch QIP (Quality Indicator Project) sicher in manchen Bereichen Vorreiter. Auch diverse andere Scores im LKF-Bereich (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) haben zu Verbesserungen geführt, wobei ich aber anmerken möchte, dass eine sehr differenzierte Betrachtung nötig ist. Die Transparenz der Qualität der Leistungserbringung ist in den nächsten Jahren zu forcieren, das ist auch ein klares Ziel der gspag.

Mag. DDr. Oskar Meggeneder ist Obmann des Dachverbandes der Oberösterreichischen Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich (DVSG). Im Periskop-Interview spricht der Experte über die Rolle der Selbsthilfebewegung im Gesundheitswesen.



Mag. DDr. Oskar Meggeneder

P: Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, um die Finanzierung unseres Gesundheitssystems langfristig abzusichern und die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern?

Meggeneder: Zur längerfristigen Sicherstellung der Finanzierung müssen das Konzept der integrierten Versorgung in Form von Disease-Management-Programmen und die engere Kooperation zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens zur Vermeidung von kostspieligen Doppelgleisigkeiten weiter umgesetzt werden. Eine moderate Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge wird mittelfristig kaum vermeidbar sein.

P: Wie soll das Budget generiert werden? Stichwort Finanzierung aus einer Hand.

Meggeneder: Die Mittel sollen wie bisher von der sozialen Krankenversicherung und den Gebietskörperschaften aufgebracht werden. Finanzierung aus einer Hand macht nur dann Sinn, wenn sie der sozialen Krankenversicherung übertragen wird. In diesem Fall muss sichergestellt werden, dass sich die Rolle der Politik ausschließlich auf die Kontrolle beschränkt. Finanzierung aus einer Hand durch den Bund halte ich für wenig sinnvoll.

P: Was sind die positiven, was die negativen Aspekte des oberösterreichischen Gesundheitssystems?

Meggeneder: Oberösterreich geht gesundheitspolitisch innovative Wege. Von Vorteil ist die enge Kooperation zwischen dem Land, der Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer in gesundheitspolitischen Angelegenheiten. Die akkordierten Gesundheitsziele und die Gesundheitsberichterstattung durch das Institut für Gesundheitsplanung sind ebenfalls positiv zu bewerten. Aus Sicht des Dachverbandes wäre es wünschenswert, wenn wir die gleichen finanziellen Mittel erhielten wie die Verbände anderer Bundesländer. Dadurch könnten wir die Selbsthilfebewegung stärker ins Licht der Öffentlichkeit rücken.

P: Was lässt sich verhältnismäßig leicht ändern und wo erwarten Sie Schwierigkeiten?

Meggeneder: Innovative Pilotprojekte in der Krankenversorgung und Gesundheitsförderung sind relativ leicht umzusetzen. Ihre dauerhafte und flächendeckende Implementierung ist dagegen viel schwieriger und verbesserungswürdig. Darüber hinaus dürften eine schlankere und gleichzeitig effizientere stationäre Versorgung und eine gesicherte Spitalsfinanzierung die wohl größten gesundheitspolitischen Herausforderungen darstellen.

P: Welche Forderungen und Wünsche haben Sie jeweils an die Landes- und Bundespolitik?

Meggeneder: Die Bundespolitik ist gefordert, die Finanzierung der Krankenversicherung und der Krankenhäuser und damit die Grundpfeiler unseres Gesundheitssystems langfristig sicherzustellen.

P: Was sind Ihre Hauptziele für die nächsten drei Jahre?

Meggeneder: Aufgrund der bescheidenen personellen und finanziellen Ausstattung des Dachverbandes müssen wir unsere Ziele dementsprechend realistisch definieren. Wir wollen beispielsweise unser Erscheinungsbild zeitgemäßer und ansprechender gestalten. In Bezug auf gesundheitspolitische Themen, die chronisch kranke Menschen betreffen, werden wir uns vermehrt öffentlich zu Wort melden. Die Interessen von Selbsthilfegruppen in relevanten Gremien zu positionieren ist ein weiteres erklärtes Anliegen. Dies setzt aber eine bessere personelle Ausstattung voraus, die nur durch erhöhte finanzielle Zuwendungen erreicht werden kann. Im Sinne einer bundesweiten Stärkung der Selbsthilfebewegung im Gesundheitswesen werden wir unsere Standpunkte demnächst in der „ARGE Selbsthilfe Österreich“ einbringen.

Dr. Peter Niedermoser, Präsident der Ärztekammer Oberösterreich, schildert im Periskop-Interview, wie die Zusammenarbeit aller Beteiligten des Gesundheitssektors in Oberösterreich funktioniert.



Dr. Peter Niedermoser

P: Welche Maßnahmen sind notwendig, um das Gesundheitssystem in Österreich längerfristig abzusichern?

Niedermoser: In erster Linie muss die Krankenkassenfinanzierung gesichert sein. Der Weg, der hier eingeschlagen wurde, ist meiner Meinung nach vernünftig. Die Lebenserwartung steigt, das Gesundheitssystem ist mit immer mehr älteren Menschen und damit auch stärker mit altersspezifischen Erkrankungen konfrontiert. Dieser Entwicklung muss Rechnung getragen werden. Kostenreduktionen darf man meiner Meinung nach nicht durch Einbußen der Qualität der medizinischen Leistungen erzielen, sondern ausschließlich durch verbessertes Nahtstellenmanagement und kluge Strukturreformen.

P: Wer soll die Finanzierung aus einer Hand steuern?

Niedermoser: Grundsätzlich halte ich das System der zwei Finanzierer – Länder und Sozialversicherung – für ein gutes Prinzip, weil es eine gewisse Ausgewogenheit der Interessen garantiert. Jedoch sollte der ambulante Bereich inklusive der Leistungen der Spitalsambulanzen von den Sozialversicherungen finanziert werden. Nur so ist garantiert, dass die Leistungen dort erbracht werden, wo sie aus medizinischer Sicht sinnvoll sind. Die Gesundheitsplattform ist eine gute Einrichtung, allerdings haben Ärzte als zentrale Leistungserbringer zu wenig Mitspracherecht. Ich trete für einen runden Tisch ein, an dem alle wichtigen Player – Land, Sozialversicherungsträger und Ärztekammer – gleichberechtigt sind.

P: Was sind die wesentlichsten Maßnahmen zur Steuerung des Gesundheitssektors in Oberösterreich?

Niedermoser: Mit den Spitalspartnern haben wir eine offene Gesprächsbasis – bisher ist es immer gelungen, Probleme auszudiskutieren und Lösungen zu finden. Davon zeugen etwa der Kollektivvertrag mit den Ordensspitalern oder die neue Betriebsvereinbarung mit der Gespag. Auch mit der Gebietskrankenkasse gehen wir seit Jahren einen partnerschaftlichen Weg und haben auf diese Weise vieles realisiert, was anderswo nicht möglich wäre, etwa Zielvereinbarungen statt Chefarztspflicht. Gemeinsames Steuern ohne Diktat eines Partners ist eines unserer Erfolgsrezepte.

P: Was können niedergelassene Ärzte tun, um einen sinnvollen Einsatz von Arzneimitteln zu gewährleisten?

Niedermoser: Ärzte stehen grundsätzlich für einen sinnvollen und für den Patienten optimalen Einsatz von Arzneimitteln. Wenn es Wahlmöglichkeiten zwischen gleichwertigen Medikamenten gibt, ist selbstverständlich das günstigere sinnvoller als das teurere. Oft gibt es aber aus medizinischer Sicht gute Gründe für oder gegen ein Medikament. Wir müssen uns Zeit nehmen, dies den Patienten zu erklären. Oberösterreich steht, was die Heilmittelkosten betrifft, gut da. Die durchschnittlichen Heilmittelkosten pro anspruchsberechtigtem GKK-Versicherten sind seit Jahren beträchtlich niedriger als im Österreich-Durchschnitt. Bei den Arzneimitteln sind wir insofern Vorreiter, als wir mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse schon seit einigen Jahren ohne Chefarztspflicht und auf Basis eines optimalen Arzneimitteldialogs zusammenarbeiten.

P: Ist die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich auf internationalem Spitzenniveau?

Niedermoser: Die flächendeckende Praxisevaluierung erreicht durchaus internationales Niveau. Darüber hinaus gibt es viele Initiativen zur Qualitätssicherung, die sich zum Teil bereits österreichweit etabliert haben. Dazu gehören etwa die Qualitätszirkel oder auch das europäische Praxis-Assessment. Auch die strukturierte Diabetikerbetreuung zeigt gute Ergebnisse. Wie Befragungen in den einzelnen Ordinationen zeigen, sind unsere Patienten sehr zufrieden, was natürlich der wichtigste Indikator für Qualität in der Betreuung ist.

Dr. Josef Pühringer ist amtierender Landeshauptmann von Oberösterreich und spricht im Periskop-Interview über die Gesundheitsversorgung in seinem Bundesland.



Dr. Josef Pühringer

P: Welche Maßnahmen halten Sie für notwendig, um unser Gesundheitssystem längerfristig anzuschern?

Pühringer: Vorab: Wir, die Player der Gesundheitspolitik, stehen vor einer gewaltigen Aufgabe, nämlich erstens in einer zunehmend alternden Gesellschaft die medizinische Spitzenversorgung flächendeckend sicherzustellen und mit der medizinischen Weiterentwicklung Schritt zu halten, zweitens das menschliche Umfeld zu gewährleisten und drittens auch die Finanzierbarkeit all dessen zu garantieren. Das sind herausfordernde Aufgaben. Trotzdem packen wir sie in Oberösterreich an und starten im Frühjahr 2010 die zweite Spitalsreform. Bei diesen Reformen geht es aber nicht in erster Linie um Leistungskürzungen und Geldeinsparung, sondern es geht darum, Potenziale und Freiraum zu schaffen, um neue und notwendige medizinische Angebote sicherzustellen. Auch die Zusammenarbeit zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich muss intensiviert werden. Aber ich betone nochmals: Das alles passiert nicht auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten. Wir wollen Potenziale richtig ausschöpfen.

P: Ein Zitat von Ihnen besagt: „Die Zukunft der Spitäler in Oberösterreich wird nicht in Schließungen, sondern in Kooperationen liegen.“ Wie stellen Sie sich das konkret vor?

Pühringer: Kooperationen sind das Gebot der Stunde, denn wir wollen in Oberösterreich eine flächendeckende optimale medizinische Versorgung sicherstellen. Zudem sollen Organisationskosten, die den Patientinnen und Patienten keinen Nutzen bringen, vermieden werden. Ich sehe daher in sinnvollen Kooperationen, wie sie in Oberösterreich zum Beispiel in den Krankenhäusern Steyr und Enns als auch im Krankenhaus Grieskirchen und im Klinikum Wels gelebt werden, gute Synergien. Dabei arbeitet ein Unternehmen mit einer einheitlichen Leitung und Verantwortung an zwei Standorten. Durch diese Zusammenarbeit ergibt sich nicht nur ein jährliches Kostendämpfungspotenzial in Millionenhöhe, sondern auch eine krankenhausübergreifende Optimierung der Ressourcen. Die 24-Stunden-Erst- und Grundversorgung wird den Patienten wohnortnah und in hoher Qualität angeboten. Stärken wie das medizinische Know-how werden gebündelt.

Dr. Erwin Rebhandl ist Allgemeinmediziner im oberösterreichischen Haslach und darüber hinaus Präsident der ÖGAM. Im Periskop-Interview berichtet er, warum er die Aufwertung der Allgemeinmediziner für besonders wichtig hält.



Dr. Erwin Rebhandl

P: Welche Maßnahmen sind notwendig, um das Gesundheitssystem längerfristig abzusichern?

Rebhandl: Die Allgemeinmedizin spielt im gesamten Gesundheitssystem eine Schlüsselrolle. Wir Allgemeinmediziner sind verantwortlich für eine qualitätsorientierte Grundversorgung der Bevölkerung. Eine besonders wichtige Maßnahme wäre daher die Stärkung der Grundversorgung und die Aufwertung der Hausärz-

te. Die Patienten sollten primär zu einem von ihnen ausgewählten Arzt des Vertrauens gehen, der sie dann weiter durch das Gesundheitssystem führt und bei dem alle Informationen und Befunde zusammenlaufen. Die Landesvertretung ist gefordert, einen klar definierten Leistungskatalog für die einzelnen Fachbereiche zu erstellen und darin auch Leistungen aufzunehmen, die verpflichtend zu erbringen sind. Ich denke hier vor allem an strukturierte Betreuungsmodelle wie Disease-Management-Programme.

P: Werden Allgemeinmediziner in Österreich gut ausgebildet?

Rebhandl: Die langjährige Forderung der ÖGAM, eine Verbesserung der Ausbildung für Allgemeinmediziner umzusetzen, wird zwar überall gutgeheißen, aber die Umsetzung ist bisher nicht erfolgt. Es scheitert letztendlich an der Finanzierung der Lehrpraxis, die im neuen Ausbildungskonzept verpflichtend mit mindestens zwölf bis 18 Monaten veranschlagt ist. Durch die Einnahmestrukturen ist es den niedergelassenen Ärzten nicht möglich, die Lehrpraktikanten zur Gänze in dem laut Kollektivvertrag festgelegten Ausmaß zu entlohnen.

P: Sollte der Arzt des Vertrauens Allgemeinmediziner sein?

Rebhandl: Der Arzt des Vertrauens muss nicht unbedingt Allgemeinmediziner, sondern kann auch Internist, Kinderarzt oder Gynäkologe etc. sein. Die Voraussetzung ist allerdings, dass der Facharzt gewisse Leistungen erbringt, die für den Arzt des Vertrauens typisch sind, nämlich die Koordination der gesamten Befunde und die Beratung in allgemeinen Fragen der Gesundheit. Gewährleistet muss auch sein, dass dieser Facharzt Patienten zum Allgemeinmediziner überweist, wenn eine bestimmte gesundheitsbezogene Fragestellung vorliegt, die allgemeinmedizinisch versorgt werden soll.

Dr. Robert Schütz ist Geschäftsführer des Oberösterreichischen Gesundheitsfonds. Im Gespräch mit Periskop schildert er, wie die Effektivität des Gesundheitswesens verbessert werden kann.



Dr. Robert Schütz

P: Welche Maßnahmen sind notwendig, um unser Gesundheitssystem längerfristig abzusichern?

Schütz: Grundsätzlich bilden die Ausführungen im aktuell gültigen Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens den Gestaltungsrahmen. Durch die integrierte Versorgung sollen die einzelnen Sektoren Schritt für Schritt noch besser miteinander kooperieren. Dabei geht es in erster Linie um die Optimierung und Qualitätssicherung der Behandlungsprozesse über die Grenzen der einzelnen Sektoren hinweg. Dies sollte in Form kooperativer Modelle erfolgen, als ergänzender Schritt könnte die Finanzierungszuständigkeit in einer Hand helfen. Meines Erachtens stellt aber die „Finanzierung aus einer Hand“ nicht den primären Lösungsansatz zur Absicherung unseres Gesundheitssystems dar – Kooperation steht im Fokus.

P: Wo steht Ihr Bundesland diesbezüglich?

Schütz: Wir haben im Jahr 2007 das Projekt „Nahtstellenmanagement“ (NSM) mit einer Bestandsaufnahme der Problemlandkarte in die Wege geleitet. 2008 wurde ein umfassendes Kooperationsmodell entwickelt und als „NSM Phase II“ gestartet – unter Einbindung aller relevanten Systempartner inklusive des Pflegebereichs. Wir sind mit diesem NSM-Projekt mittlerweile am Ende der Phase II angelangt, es wurden Konzepte zur Verbesserung der Zusammenarbeit in zwei Pilotregionen getestet. Auf Basis der Evaluierungen planen wir noch vor dem Sommer 2010 den Beginn der Projektphase III, nämlich die Ausweitung der Verbesserungsansätze auf ganz Oberösterreich.

P: Welche Kompetenzen sollen dem Bund und dem Land zustehen?

Schütz: Wir haben in Österreich ein föderalistisches System und die ausführenden Gestaltungskompetenzen im Gesundheitssystem

tem liegen auf Landesebene. Es ist wichtig, dass diese Gestaltungskompetenzen verankert bleiben. Wie jedes System hat auch dieses Nachteile wie beispielsweise die Problematik der Gestaltung an den Bundesländergrenzen. Es wäre zu begrüßen, wenn die Politik generelle Vorgaben formuliert und auf die Einhaltung dieser Grundsatzvereinbarungen achtet. Die eigentliche Gestaltung der betrieblichen Alltagsprozesse sollte den einzelnen Organisationsverantwortlichen vorbehalten bleiben.

P: *Großes Einsparungspotenzial besteht naturgemäß nur bei großen Posten, etwa bei Personal- und Spitalsbetriebskosten. Was planen Sie diesbezüglich?*

Schütz: Unser Ziel ist es nicht, allorts einzusparen, sondern durch gezielte Maßnahmen Kostensteigerungen zu dämpfen. Die konkreten Maßnahmen liegen ausschließlich in der Verantwortung der Betriebsführer – nur die unmittelbar auf betrieblicher Ebene Verantwortlichen können den Alltag so gestalten, dass Effizienzsteigerungen gelingen. Das Gesundheitsreferat hat einerseits die medizinische Versorgung auf höchstem Niveau sicherzustellen, andererseits aber auch Kosten zu senken. Anfang Mai 2010 ist – diesem Ziel folgend – der Start der Spitalsreform II geplant.

Mag. pharm. Thomas Veitschegger ist amtierender Präsident der Oberösterreichischen Apothekerkammer sowie Obmann der Landesgruppe Oberösterreich im Apothekerverband. Im Periskop-Interview erläutert er das Selbstverständnis der Pharmazeuten.



Mag. pharm. Thomas Veitschegger

P: *Es wird oft auf die hohen Arzneimittelkosten hingewiesen, diese machen aber einen relativ kleinen Teil der Gesamtkosten aus. Lassen sich in diesem Bereich überhaupt noch Kosten einsparen?*

Veitschegger: Arzneimittelkosten machen tatsächlich nur einen kleinen Teil der Gesamtkosten aus, werden aber immer gerne thematisiert, weil dieser Bereich besonders transparent ist. Weitere Einsparungen im Arzneimittelsektor gingen in jedem Fall auf Kosten der Versorgungsqualität und der Patienten! Etliche Maßnahmen – wie z. B. Solidaritätsbeiträge – wurden bereits getroffen, im Rahmen derer Apotheker zur Kostendämpfung beigetragen haben. Ich sehe in dieser Hinsicht also keinen Spielraum mehr. Internationalen Beispielen folgend, halte ich es für sinnvoll, wenn die Apotheker als Compliance-Beauftragte und im Rahmen von Disease-Management-Programmen für eine optimale Verwendung der verschriebenen Arzneimittel zuständig sind.

P: *In welcher Hinsicht sehen Sie die Politik gefordert?*

Veitschegger: Um die Einbindung der Apotheker in die ganzheitliche Versorgung der Patienten weiter voranzutreiben, ist die Politik gefordert, konkrete Rahmenbedingungen zu schaffen. Bei Disease-Management-Programmen, beim so genannten Arzneimittel-sicherheitsgurt oder bei Maßnahmen zur Erhöhung der Compliance müssen Apotheker stärker als bisher miteinbezogen werden, um den Erfolg dieser Projekte sicherzustellen. Aufseiten der Politik werden Arzneien oft als bloße Kostenverursacher dargestellt und nicht als das, was sie tatsächlich sind: in erster Linie Heilmittel! In diesem Zusammenhang ist der Internethandel mit meist gefälschten Medikamenten ein großes Problem, durch das schon Todesfälle zu beklagen waren. Die Einführung eines rigorosen Verbots wäre im Sinne der Sicherheit der Patienten besonders notwendig.

P: *Wie stehen Sie zur Frage der Hausapotheken?*

Veitschegger: Hausapotheken sind Surrogate, verfassungsrechtlich sind die öffentlichen Apotheken für die Versorgung zuständig. In manchen ländlichen Gebieten sind Hausapotheken natürlich nach wie vor sinnvoll. Diese Regelung und den mühsam erarbeiteten Kompromiss stellen wir nicht infrage.

P: *Welche Profilierungsmöglichkeiten gibt es für die Apotheken in Oberösterreich und welche Aufgabenschwerpunkte setzen Sie in den nächsten Jahren in Bezug auf die Themen Vorsorge und Versorgung?*

Veitschegger: Die Apotheken bieten den Patienten einen niederschweligen Zugang zum Gesundheitssystem und als höchstqualifizierte, akademisch ausgebildete Fachkräfte stellen die Apotheker im Gesundheitsnetzwerk zuverlässige Partner dar. Unser Hauptaugenmerk liegt auf der engen Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich und den Spitälern, der Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln und der Therapiebegleitung. Darüber hinaus übernehmen die Apotheker eine wichtige Service- und Beratungsfunktion, indem sie als letztes Glied in der Versorgungskette die Patienten erneut auf die vom Arzt angeordnete Therapie und die richtige Medikamenteneinnahme hinweisen. Neben der Aufrechterhaltung der Compliance, die eine immer wichtigere Aufgabe der Apothekerschaft wird, werden vor allem bei Disease-Management-Programmen neue und umfangreichere Funktionen auf uns zukommen.

Dr. Wolfgang Zillig ist Allgemeinmediziner in Linz und Präsident der Oberösterreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (OBGAM).



Dr. Wolfgang Zillig

P: *Welche sind die positiven Aspekte des oberösterreichischen Gesundheitssystems und wo gibt es Verbesserungspotenzial? Welchen Stellenwert nimmt die Allgemeinmedizin ein?*

Zillig: Wir haben ein dichtes Netz an Spitälern mit einem hervorragend ausgebauten Leistungsangebot und die verschiedenen Krankenhausträger weisen gute Strukturen auf. Die Bedeutung der Allgemeinmedizin wurde leider eher zurückgedrängt. Wenn man bedenkt, dass die Zahl der Allgemeinmediziner in den letzten 15 bis 20 Jahren praktisch gleich geblieben und jene der Fachärzte deutlich angestiegen ist, so zeigt das doch eine verstärkte Facharztorientierung, die nicht immer nur positiv ist. Aus unserer Sicht ist es wünschenswert, dass die Patienten zuerst ihren Arzt des Vertrauens aufsuchen und erst nach entsprechender Zuweisung den Facharzt.

P: *Wie wird der Gesundheitssektor in Oberösterreich hauptsächlich gesteuert?*

Zillig: Ein ganz wesentlicher Steuerungsfaktor im niedergelassenen Bereich sind die Kassenverträge, also die Verträge der Sozialversicherung mit den Ärztekammern. Diese Kassenverträge sind ein ganz wesentliches Steuerungselement für das Leistungsangebot. Wir haben als eines von wenigen Bundesländern Leistungen im Katalog, die eine moderne Praxisführung ermöglichen, wie etwa die strukturierte Diabetesbetreuung. Das zweite Element der Steuerung ist letztendlich die Finanzierung. Dort, wo mehr Finanzmittel zur Verfügung stehen, ist es auch möglich, mehr Leistungen zu erbringen. Wobei man beim Wunsch nach mehr Leistungen im niedergelassenen Bereich natürlich nicht vergessen darf, dass auch die entsprechenden Personalressourcen zu schaffen sind. Diesbezüglich gibt es in Oberösterreich noch Optimierungspotenzial. Konkret wäre ein noch besserer Zugang zu Gruppenpraxen nötig, damit man mehr Leistungen im niedergelassenen Bereich erbringen kann, zum Beispiel Randtageszeiten besser abzudecken.

P: *Wie funktioniert die strukturierte Diabetesbetreuung in Oberösterreich?*

Zillig: In Oberösterreich gibt es das DIALA-Modell, das zwar gut läuft, aber zu wenig in Anspruch genommen wird. Etwa 400 Ärzte sind geschult, das Betreuungsmodell anzubieten, aber nicht alle setzen es auch tatsächlich um. Einige Praxen haben nahezu alle für die Betreuung infrage kommenden Diabetiker in dieses Programm aufgenommen. Die Rückmeldungen der Patienten und die Evaluierungsergebnisse sind äußerst positiv und die Ärzte bekommen die Betreuung honoriert. Diese Form der Betreuung sollte daher keinem Patienten vorenthalten werden. Der Patient kann über die Teilnahme freiwillig entscheiden, aber ein Hausarzt mit Kassenvertrag sollte diese Diabetikerbetreuung verpflichtend anbieten, da sonst eine Ungleichheit in der Versorgung entsteht.

FACT BOX OBERÖSTERREICH

Flächenverteilung Oberösterreich

Fläche in km² 11.982 (14,3 % von Österreich: 83.871 km²)

Bevölkerung der Oberösterreich

1.411.668 (16,9 % von Österreich: 8.348.233)

Bevölkerungsdichte:

Einwohner je km²: 117,8 (Österreich: 99,5)

Krankenanstellen im Bundesland Oberösterreich

Krankenanstellen insgesamt	33 ¹
Krankenanstellen mit Öffentlichkeitsrecht	18
Krankenanstellen ohne Öffentlichkeitsrecht	15

Bettenanzahl Oberösterreich (2008)

10.331 tatsächlich aufgestellte Betten (16,1 % von Österreich: 64.267)

Ärzte in den oberösterreichischen Krankenanstellen

3.188³

Niedergelassene Ärzte in Oberösterreich 2008

2.160⁴

Ärztedichte in Oberösterreich 2008*

376,1⁵ (Österreich: 459,6)

* Berufsausübende Ärzte auf 100.000 der Bevölkerung

Apotheken in Oberösterreich

428⁶ (18,9 % von Österreich: 2.259)

davon 181 öffentliche Apotheken und 247 ärztliche Hausapotheken

Oberösterreich ist flächenmäßig das viertgrößte Bundesland Österreichs. Mit rund 189.355 Einwohnern ist die Landeshauptstadt Linz nach Wien und Graz die drittgrößte Stadt Österreichs. Insgesamt ist das Bundesland in 15 politische Bezirke, drei Statutarstädte sowie 444 Gemeinden gegliedert. Neben der politischen Einteilung ist vor allem deren Zusammenfassung zu NUTS-III-Regionen für die Strukturplanung der Gesundheitsversorgung von Relevanz. Dementsprechend wird das Bundesland Oberösterreich in fünf NUTS-III-Regionen gegliedert.

Nach der Spitalsreform im Jahr 2005 werden bis zum Jahr 2013 weitere 1,8 Mrd. Euro in die Spitaloffensive investiert. Der oberösterreichische Gesundheitsfonds respektive die Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben verwaltet Mittel in der Höhe von ca. 1,6 Mrd. Euro, mit denen 18 Fondskrankenanstellen (Landes-, Ordens- und Gemeindefrankenanstellen) durch LKF-Gebührensätze, Ambulanzgebühren und Investitionszuschüsse finanziert werden. Die Mittel werden von Bund, Land, Gemeinden und der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt. Oberstes Organ des Fonds ist die Gesundheitsplattform, die 33 Mitglieder umfasst.

Für die Gesundheitsversorgung der Oberösterreicher gibt es ein relativ dichtes Netz an intramuralen Leistungsangeboten. Die oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG (gespag) ist mit einem Marktanteil von rund 45 Prozent Oberösterreichs größter Krankenhausträger und betreibt zehn Krankenhäuser, davon acht Allgemeine Krankenhäuser und zwei Sonderkrankenhäuser. Mit Vöcklabruck und Steyr gibt es unter den Allgemeinen Krankenhäusern zwei Schwerpunktkrankenhäuser mit 570 bzw. 650 Betten. Sonderkrankenhäuser sind die Nervenambulanz Wagner-Jauregg sowie die Frauen- und Kinderklinik in Linz.

Darüber hinaus stehen zusätzliche Krankenanstellen, vorwiegend mit Sonderfunktionen wie Kuranstalten und Sanatorien, zur Verfügung. Oberösterreich hat verhältnismäßig viele Rehabilitationseinrichtungen, die vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats behandeln. Für die Alten- und Langzeitversorgung gibt es – über das Bundesland verteilt – ein gut ausgebautes Angebot an Senioren- und anderen geriatrischen Pflegeeinrichtungen.

Viele hilfreiche und ausführliche Informationen zum Thema Gesundheit in Oberösterreich sind auf www.land-oberoesterreich.gv.at abrufbar. Neben einer Auflistung aller Gesundheitseinrichtungen des Landes stehen hier auch aktuelle Publikationen zum Download zur Verfügung. Mehr als 90 Prozent der oberösterreichischen Städte und Gemeinden beteiligen sich am regionalen Netzwerk „Gesunde Gemeinde“. Welche Maßnahmen die Kommunen zur Gesundheitsförderung setzen, ist auf www.gesundegemeinde.ooe.gv.at ersichtlich.

1 Q.: BMG, Liste der Krankenanstellen in Österreich, Stand: 20.01.2009

2 Q.: Statistik Austria, Stand: 05.10.2009

3 Q.: Statistik Austria, Stand: 05.10.2009

4 Q.: Statistik Austria, Stand: 05.10.2009

5 Q.: Statistik Austria, Stand: 05.10.2009

6 Q.: Österreichische Apothekerkammer

7 Q.: NUTS (fr. Nomenclature des unités territoriales statistiques, „Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik“) bezeichnet eine hierarchische Systematik, die 1980 vom Europäischen Amt für Statistik in Luxemburg entwickelt wurde, um regionale Raumeinheiten innerhalb Europas auch international statistisch vergleichen zu können. NUTS-Regionen sind die Grundlage für die quantitative Beurteilung von Regionen durch die EU. Im Rahmen der Regionalpolitik werden Fördermittel konkreten NUTS-Regionen (v. a. NUTS III) zugewiesen.

8 Q.: <http://www.ooegesundheitsfonds.at/struktur/organe.htm> (Stand: 03.02.2010)

9 Q.: <http://www.gespag.at> (Stand: 03.02.2010)

Neuigkeiten aus Salzburg

PHARMIG-KOMMENTAR

DR. JAN OLIVER HUBER, PHARMIG

PHARMIG

Klare Antworten.



„Seit Jahren setzt die Pharmig Maßnahmen, um Qualität und Transparenz innerhalb der Pharmabranche sicherzustellen.“

Auch wenn es die Salzburger Gebietskrankenkasse nicht wahrhaben möchte, die dortige Bevölkerung lehnt die Medikamentenvereinbarung mehrheitlich ab. Das zeigt eine Umfrage, die das Meinungsforschungsinstitut SPECTRA diesen Jänner unter 300 Salzburgerinnen und Salzburgern ab 40 Jahren durchgeführt hat. Anstatt sich ernsthaft mit den Ergebnissen auseinanderzusetzen, ziehen es die Funktionäre der Salzburger Gebietskrankenkasse vor, die Studie anzuzweifeln. Das repräsentiert ein Trotzverhalten, das den verantwortungsvollen Aufgaben einer Krankenkasse im Wege steht.

Seit Jahresanfang gilt eine Medikamentenvereinbarung zwischen Salzburger Gebietskrankenkasse und Salzburger Ärztekammer. Sie verpflichtet Ärzte dazu, ihren Patienten immer das preisgünstigste Medikament zu verordnen, wenn wirkstoffgleiche Präparate vorhanden sind. Aus Sicht der Krankenkasse ist das ein guter Plan. Sie rechnet damit, auf diese Weise dem Sparauftrag des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger genügen zu können, ohne bei den eigenen Strukturen den Rotstift ansetzen zu müssen. Pharmaindustrie und Patienten sehen das anders. Die Pharmaindustrie warnt davor, den Wert von Medikamenten auf ihren Preis zu reduzieren, und fordert verlässliche und planbare Rahmenbedingungen. Wie die Salzburger Patienten über die Medikamentenvereinbarung denken, zeigen die Ergebnisse der Umfrage.

„Ärzte verordnen bereits heute – unter medizinisch vertretbaren Kriterien – ökonomisch.“

Salzburg gegen SGKK-Pläne

62 Prozent der Befragten haben sich gegen die Salzburger Medikamentenvereinbarung ausgesprochen. Besonders gegen den Strich geht es Patienten, wenn Ärzte in der Wahlfreiheit der Therapie eingeschränkt werden. Die Mehrheit von 80 Prozent der Befragten möchte nicht, dass die Gebietskrankenkasse vorschreibt, welche Medikamente verordnet werden dürfen beziehungsweise welche als „zu teuer“ eingestuft werden. Die Studie beweist, dass der zusätzliche Kostendruck auf Ärzte nicht notwendig wäre. Ärzte verordnen bereits heute – unter medizinisch vertretbaren Kriterien – ökonomisch. Jeder zweite Befragte, der regelmäßig Medikamente nehmen muss, wurde vom Arzt bereits auf ein kostengünstigeres umgestellt.

Gesundheit kostet

Für die Salzburger Bevölkerung sind die Kostensteigerungen im Gesundheitssystem in erster Linie demografisch begründet. Die steigende Lebenserwartung und der zunehmende Anteil an älteren Personen werden als Ursachen genannt. Die von den Kassen gern verwendeten Argumente, dass Ärzte zu teure Medikamente verordnen beziehungsweise zu viele Medikamente weggeworfen würden, sind für die Salzburger Bevölkerung keine Themen. Von der Salzburger Kasse erwarten sich die Patienten, dass sie zuerst bei der eigenen Verwaltung spart, bevor sie die Auswahl an Medikamenten einschränkt. Die Salzburger Bevölkerung hat ihr Votum abgegeben. Die Salzburger Kasse sollte es annehmen und dort sparen, wo die medizinische Versorgung von Patienten unberührt bleibt.

„Für die Salzburger Bevölkerung sind die Kostensteigerungen im Gesundheitssystem in erster Linie demographisch bedingt.“

PHARMIG AKTUELL

SICHERHEIT GEHT VOR – DIE NEUE VHC-NIS-VERORDNUNG

Anfang des Jahres wurde die neue VHC-Verordnung über nichtinterventionelle Studien (NIS) vom Pharmig-Vorstand verabschiedet. Mit 1. März 2010 ist sie nun für alle Pharmig-Mitglieder verbindlich in Kraft getreten.

Seit Jahren setzt die Pharmig Maßnahmen, um Qualität und Transparenz innerhalb der Pharmabranche sicherzustellen. Gerade in letzter Zeit wurde in den Medien heftig über nichtinterventionelle Studien diskutiert und wurden Patienten mit unqualifizierten Aussagen verunsichert. Fakt ist, dass NIS – wie zum Beispiel Anwendungsbeobachtungen – ein wichtiges Instrument zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit darstellen. Im Unterschied zu den klinischen Studien bekommt der Arzt keinerlei Vorgaben, wie er zu behandeln hat. Der behandelnde Arzt entscheidet alleine darüber, wie und mit welchem Präparat er die Therapie durchführt.



Kontinuierliche Weiterentwicklung

Bereits im März 2008 veröffentlichte die Pharmig die Leitlinie „Qualität und Transparenz von NIS“. Aber schon davor gab es grundsätzliche Bestimmungen im Pharmig-Verhaltenscodex, um Klarheit und Transparenz sowohl für die betroffenen Unternehmen als auch für Ärzte und Patienten zu schaffen. Mit der neuen VHC-Verordnung werden die detaillierten Bestimmungen der Pharmig-NIS-Leitlinie in den VHC-Rang gebracht. Sie ist somit die Fortsetzung des seit Jahren bestehenden Bestrebens, eine hohe Branchenkultur innerhalb der Mitgliedsunternehmen zu leben und Verantwortung zu zeigen.

Die wesentlichen Inhalte der VHC-NIS-Verordnung:

- **Zweck von NIS:** NIS dienen der Gewinnung von Erkenntnissen über die Anwendung eines Arzneimittels und dessen Wirksamkeit nach der Zulassung.
- **Abgrenzung zur klinischen Studie:** Der Arzt erhält keine Vorgaben, wie er zu behandeln hat.
- **Erstellung einer NIS:** Die Aufgaben der zuständigen Stellen und die inhaltlichen Anforderungen an den Studienplan und den Abschlussbericht werden definiert.

Die VHC-Verordnung finden Sie auf unserer Homepage www.pharmig.at unter dem Menüpunkt „Pharmig Verhaltenscodex“.



IM FRÜHLING WERDEN FOLGENDE PHARMIG ACADEMY SEMINARE ANGEBOTEN:

- **Seminarserie „Reorganisation und Veränderungen professionell managen“ in Kooperation mit dem Malik Management Zentrum St. Gallen**
 - Modul 1: „Selbstmanagement – Kräfte mobilisieren!“ am 26. April
 - Modul 2: „Organisationsstrukturen – gestalten und entwickeln!“ am 27. Mai
 - Modul 3: „Mitarbeiter durch Veränderungen führen!“ am 23. Juni
- **Das Ringen um Aufnahme in die Erstattung und worauf man besonders achten sollte!** am 28. April Bereits ausgebucht! (Herbsttermin)
- **Der klinische Monitor aus Sicht der GCP-Inspektion** am 26. Mai
- **Nicht-Interventionelle Studien (NIS)** am 1. Juni
- **Pharma Basics** am 8. und 9. Juni
- **Statistik für Nicht-Statistiker – Analysemethoden in klinischen Studien kennen, lesen und verstehen lernen** am 29. Juni
- **Zulassung von Biologika** (Termin wird noch bekannt gegeben)

IM HERBST PLANT DIE PHARMIG ACADEMY UNTER ANDEREM:

- **„Pharmakovigilanz-Lehrgang in 7 Modulen“**
 - Modul 1: „PhV-Grundlagen und Definitionen“ am 29. September (Restliche Module im „1-Monats-Abstand“)
- **Das Ringen um Aufnahme in die Erstattung und worauf man besonders achten sollte!** (Termin wird noch bekannt gegeben)



Informieren, Wissen vermitteln und Diskussionen anregen

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

Mag. Claudia Handl ist seit Mitte 2008 Director Public Affairs bei Pfizer Austria. Im Periskop-Interview stellt sie ihr Team vor, spricht über die Rolle, die Public Affairs im Unternehmen einnimmt, und über den Zugang zu innovativen Therapien in Österreich.

P: Wir dürfen Sie heute in der Funktion des Directors Public Affairs bei Pfizer Austria interviewen. Wie definieren Sie Ihre Rolle? Welche Aufgaben gehören zu Ihrem Wirkungsbereich?

Handl: Die Rolle des Directors Public Affairs ist eine sehr umfangreiche. Eine meiner Aufgaben liegt darin, Pfizer sowohl nach innen als auch nach außen zu repräsentieren. Ich sehe mich und mein Team im Grunde genommen auch als Brand Manager der Marke Pfizer. Unsere Arbeit umfasst auf der einen Seite die gesamte Kommunikation, sowohl die interne als auch die externe, Media Relations und Public Relations. Zusätzlich fungiere ich als Unternehmenssprecherin von Pfizer. Meine Abteilung beschäftigt sich aber auch mit dem Bereich Corporate Social Responsibility (CSR) und Alliance Development. Zu meinen Angelegenheiten zählt weiters die Vertretung Pfizers und seiner Interessen in der Öffentlich-

„Ich sehe uns im Grunde genommen auch als Brand Manager der Marke Pfizer.“

keit, das so genannte Stakeholder-Management. Dieses betrifft vor allem die Umsetzung unserer Themen in der Öffentlichkeit: Wofür interessiert sich das Unternehmen und wofür steht es? Gemeinsam mit meinen Kollegen arbeiten wir an der strategischen Umsetzung der Interessen des Unternehmens.

P: Im Rahmen dieses Interviews wird auch das Team der Abteilung vorgestellt. Wie gestalten sich die Aufgaben in der Public-Affairs-Abteilung von Pfizer?

Stöcher: Ich bin für die Konzeption und Umsetzung der externen Kommunikation und Medienarbeit verantwortlich und in dieser Funktion erste Anlaufstelle für Journalisten. Darüber hinaus gilt meine persönliche Leidenschaft dem Bereich Corporate Responsibility. Wir zeigen gesellschaftliche Verantwortung nicht nur vor, wir leben sie auch und unterstützen jene Menschen, die vom sozialen Netz in Österreich nicht aufgefangen werden.

Ein Beispiel dafür sind unsere Corporate Volunteering Days, bei denen unsere Mitarbeiter während der Arbeitszeit an Sozialprojekten aktiv mitwirken.

P: Eine Position im Bereich Corporate Affairs umfasst Alliance Development und soll unter anderem dem Patient-Relationship Rechnung tragen. Was dürfen wir darunter verstehen und welche Bereiche werden von Ihnen darüber hinaus bearbeitet?

Hajdinyak: Alliance-Development, also Patient-Relationship, umfasst die Zusammenarbeit mit Patientengruppen sowie Patientenorganisationen, die wir in bestimmten Projekten und Aktivitäten unterstützen. Dieser Bereich ist für uns besonders wichtig, weil wir durch diese Arbeit ein tieferes Verständnis über die Bedürfnisse der Patienten bekommen und diese besser informieren können. Meine Zuständigkeitsbereiche umfassen außerdem die interne Kommunikation und Mitarbeiterveranstaltungen wie zum Beispiel „Lunch and Learn“. Das sind Veranstaltungen, die sich nach tagesaktuellen Themen richten und in denen interne oder externe Referenten zu Wort kommen. Unter ihnen waren beispielsweise Dr. Jan Oliver Huber von der Pharmig, der über den Pharma-Rahmenvertrag berichtete, sowie Univ.-Prof. Dr. Christoph Wenisch, der Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten, der über H1N1 informierte.

P: Wie hat sich Ihre Abteilung entwickelt?

Handl: Wir sind für das gesamte Unternehmen Pfizer zuständig und versuchen daher, die Erfordernisse aller Business-Units bestmöglich abzudecken. Seit Anfang 2009 haben wir ein neues Geschäftsmodell. Davor waren wir eine reine Marketing-und-Sales-Gesellschaft, jetzt arbeiten wir in einer Vier-Business-Units-Struktur. Österreich ist eines der Länder gewesen, das diese Struktur rasch eingeführt hat. Unser Bedürfnis war es von Anfang an – und ist es noch – die Philosophie „One Pfizer“ zu leben. Wir sind eine Firma, eine Niederlassung in Österreich, aber das operative Geschäft findet in vier Business-Units statt. Wichtig ist es, darauf zu achten, dass kein „Arbeiten in Silos“ entsteht. Damit ist gemeint,

dass dann jeder nur noch auf seine eigenen Bedürfnisse achtet und vergessen würde, nach links und rechts zu schauen. Aufgrund meiner Erfahrungen in ähnlich strukturierten Unternehmen bin ich mir dessen bewusst, dass ein guter Austausch und eine gute Kommunikation untereinander wesentlich sind, um für alle ein gutes Outcome zu schaffen. Als Kommunikatoren arbeiten wir sehr stark daran, die Wissensvermittlung zwischen den Abteilungen aufrechtzuerhalten und zu optimieren. In diesem Sinne ist uns eine gute und zielführende Meetingkultur sehr wichtig.

P: Wie hat sich die Zusammenführung von Pfizer und Wyeth auf Ihren Arbeitsbereich ausgewirkt? Welche Synergien haben sich daraus ergeben?

Stöcher: Ich sehe den Zusammenschluss als optimale Ergänzung, die beiden Unternehmen vervollständigen sich in ihrem Produktportfolio optimal. Wir haben kaum Überschneidungen und genauso sehe ich es auch in Bezug auf die Kompetenzen und das Know-how.

P: Welche Ziele hat sich das Team in nächster Zeit gesetzt? Wie sieht der Fahrplan für 2010 aus? Was sind die langfristigen Vorhaben?

Handl: Langfristiges Ziel ist die strategische Ausrichtung von Pfizer darauf, sich vermehrt auf die gesamte Verschreiberkette zu konzentrieren. In der Vergangenheit waren Apotheker eine nicht so große Fokusgruppe. Wir sehen sie als einen Teilbereich, der von uns in Zukunft besser betreut und besucht werden muss. Weiters gilt es, die Patienteninformation zu verbessern.

Hajdinyak: Hier wollen wir etwas Besseres oder etwas anderes anbieten als bisher. Denn ein Mensch, der der englischen Sprache mächtig ist, kann im World Wide Web auf eine Vielzahl von Ressourcen zurückgreifen. Aber die Regulative in anderen Ländern sind unterschiedlich, und jemand, der kein Englisch versteht, ist auf die Beschränkungen des deutschsprachigen Raums angewiesen. Erfahrungsgemäß sind Patienten generell informationshungrig. Sie melden sich auch öfters bei uns, aber es ist uns gesetzlich nicht erlaubt, entsprechende Informationen weiterzugeben. Ich denke, dass sich hier ein Weg finden lässt, dieses Service noch zu verbessern.

Handl: Pfizer setzt sich zum Beispiel auch schon lange für das Thema Nichtrauchen ein, wir wollen zum Thema Nichtraucher-schutz etwas bewegen und beitragen.

P: Welchen Stellenwert nehmen Ihrer Ansicht nach Ihre Tätigkeitsbereiche bei Pfizer Österreich ein? Hat sich das Aufgabengebiet von Public Affairs in den letzten Jahren gewandelt? Wo wird dieser Bereich bei Pfizer Österreich in den nächsten Jahren hinführen?

Stöcher: Professionelle Kommunikation ist ein Werttreiber. Es ist

unsere Aufgabe die „license to operate“, d. h. die Legitimität der Unternehmensziele, im gesamtgesellschaftlichen Kontext abzusichern. Die Herausforderung dabei ist unseren Beitrag zum Unternehmenserfolg sichtbar und messbar zu machen. Dies wurde in der Vergangenheit zu wenig getan. Daher ist unser Ziel die Entwicklung eines Controlling-Systems für die Unternehmenskommunikation.

P: Welche Kooperationen bestehen mit Einrichtungen des österreichischen Gesundheitswesens und wie gestalten sich diese?

Handl: Dazu möchte ich ein Beispiel herausgreifen und genauer erläutern, das sich „Attracting Debate“ nennt und im Jänner 2010 gestartet ist. Hier sucht Pfizer die Diskussion mit seinen Stakeholdern. Es geht uns darum zu erfahren und zu wissen, was von uns als weltgrößtes biopharmazeutisches Unternehmen erwartet wird. Was möchte man gerne mit uns machen? Was wird als gut empfunden und was als verbesserungswürdig? Dazu werden mit den Stakeholdern persönliche Interviews geführt, die die einzelnen Landesorganisationen abwickeln. Danach werden Auswertungen für die einzelnen Länder, aber auch für Europa insgesamt erstellt, um ein Bild von den Erwartungen an uns zu bekommen und herauszufinden, wie man mit uns arbeiten möchte.

P: Wie beurteilen Sie die Verfügbarkeit innovativer Therapien in Österreich und wie gehen Sie mit dem Einwand „Scheininnovationen“ um?

Handl: Therapien sind verfügbar, denn es gibt sie ja. Das Problem liegt meiner Meinung nach darin, dass der Zugang nicht immer gewährleistet ist. Der Unterschied zwischen Verfügbarkeit und Zugang sollte stark betont werden. Primär geht es nicht um die Verfügbarkeit, sondern um den Zugang zu Medikamenten. Die Entwicklung eines Medikaments kostet bis zur Marktreife rund eine Milliarde US-Dollar. Wenn ich das magische Wort „Scheininnovation“ höre, denke ich mir, welches wirtschaftlich agierende Unternehmen – und zu solchen zähle ich die pharmazeutische Industrie – würde eine Milliarde US-Dollar in eine Entwicklung investieren, wenn es nur um eine Scheininnovation gehen sollte? Das ist wider jede Vernunft, und das würde niemand machen. Es gibt für alle Medikamente Auflagen, damit sie zugelassen werden. Ein Medikament muss etwas bieten können. Österreich ist nicht innovationsfreudig, hier bleibt man lange bei etablierten Therapien. Wobei das Innovative am Anfang einer Therapiekaskade sein größtes Potenzial hat und am meisten für den Patienten erreichen kann. Hier besteht meiner Ansicht nach noch viel Raum für Verbesserungen.

P: Was erhoffen Sie sich von weiteren Verhandlungen zur Finanzierung des Gesundheitssystems? Welche Probleme sehen Sie?

Handl: Prinzipiell bin ich der Meinung, dass wir in Österreich ein gutes Gesundheitssystem haben. Wir müssen aber darauf achten, wie wir es in Zukunft finanzieren können. Dass es gut ist, sehen wir an der steigenden Lebenserwartung. Rund zehn Prozent des BIP werden in Österreich für das Gesundheitssystem ausgegeben, das ist absolut vergleichbar mit den anderen europäischen Ländern. Der österreichische Pro-Kopf-Verbrauch an Medikamenten und auch die Medikamentenkosten sind jedoch weit unter dem europäischen Durchschnitt. Was mir auffällt, ist, dass die öffentliche Diskussion um die Finanzierung des Gesundheitssystems in den letzten Jahren sehr einseitig geführt worden ist. Es wird in der Öffentlichkeit immer von der Reduktion der Medikamentenkosten gesprochen. Diese betragen aber nur etwa zwölf Prozent. Meiner Meinung nach sollten wir einmal weggehen vom Drehen an den kleinen Stellschrauben. Wichtig wäre es, das Thema Finanzierung des Gesundheitswesens als Ganzes zu betrachten.

MAG. ELISABETH STÖCHER
EXTERNE KOMMUNIKATION
UND CORPORATE RESPONSIBILITY



P: Wie kann die Qualität im Gesundheitssystem langfristig gesichert werden?

Handl: Qualität muss zuerst einmal erreicht und beurteilt werden, bevor sie gesichert werden kann. Wir haben im Jahr 2008 eine große Debatte zum Thema Qualitätssicherung miterlebt. Da ich aus der pharmazeutischen Industrie komme und schon verschiedene Positionen in dieser Branche durchlaufen habe, ist mir die Materie sehr wohl bekannt. Qualitätssicherung hat in der Industrie einen äußerst hohen Stellenwert. Sie wird hier mittels so genannter Audits, die intern oder extern sein können, durchgeführt. Es ist wichtig, jemanden zu haben, der von außen kommt und prüft. Denn das, was man selbst als gut empfindet, muss von jemand anders nicht unbedingt so gesehen werden. Hier trifft das Prinzip „Selbstbild und Fremdbild sind nicht immer kongruent“ zu. Es ist nichts Schlechtes, wenn mir jemand sagt, wo ich mich auf einer Skala von eins bis zehn befinde. Denn das heißt, dass ich nachher etwas verbessern und mich auf dieser Skala nach oben bewegen kann. Es ist eine Bestandsaufnahme, und die kann mir auch zeigen, wo es an einem Punkt gefährlich werden könnte. So kann ich entsprechende Maßnahmen ergreifen. Audits sollten als Chance zur Veränderung gesehen werden und nicht als Maßregelung. Auf diese Weise sollte auch die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen betrachtet werden.

Bio Box:

MAG. CLAUDIA HANDL ist seit 2. Juni 2008 bei Pfizer Austria und leitet dort die Abteilung Public Affairs. Claudia Handl ist ausgebildete Biologin und war zuvor bei Novartis als Leiterin der Geschäftseinheit Transplantation und Immunologie tätig.

CLAUDIA HAJDINYAK ist seit Mitte 2009 Customer Manager Corporate Affairs & Alliance Development bei Pfizer. Dort umfasst ihr Aufgabenbereich unter anderem die interne Kommunikation sowie das Alliance-Development. Davor war die gelernte Zahnärztin mit abgeschlossenem ersten Abschnitt in Medizin in verschiedenen Positionen, sowohl im Pharmabereich als auch im Non-Pharmabereich, tätig.

MAG. ELISABETH STÖCHER ist seit über fünf Jahren bei Pfizer, wo sie nach Abschluss ihres Wirtschaftsstudiums zu arbeiten begonnen hat. Ihre Karriere bei Pfizer startete Stöcher in der Abteilung Worldwide Communications Europe in der internen Kommunikation. Die Position als Senior Manager Public Affairs nimmt sie seit mehr als zwei Jahren ein. Dort ist Sie verantwortlich für die Bereiche Medienarbeit und Corporate Responsibility.



CLAUDIA HAJDINYAK
INTERNE KOMMUNIKATION
UND ALLIANCE DEVELOPMENT

**„Unser Leitgedanke
human health care
rückt den Patienten
und sein Wohlergehen
in den Mittelpunkt“**

VON DI (FH) ELENA BERTOLINI

Georg Wager, MBA, leitet seit Juni 2005 die Niederlassung von Eisai in Österreich. Seit Anfang 2009 trägt Wager auch Regionalverantwortung als General Manager Austria/CEE. Im Periskop-Interview spricht der gebürtige Wiener über die japanische Unternehmenskultur und darüber, warum Österreich als Schwelle zu Osteuropa nicht an Attraktivität verlieren darf.



P: Seit 1. Juni 2005 sind Sie Geschäftsführer der Eisai GesmbH in Österreich. Wie definieren Sie Ihre Aufgabe und Verantwortung in dieser Position?

Wager: Gemeinsam mit einem hochmotivierten und professionellen Team habe ich von Beginn an maßgeblich am Aufbau des Unternehmensstandortes Österreich mitgearbeitet. Vor dem Jahr 2005 waren wir hier nur durch zwei Vertriebspartner mit den Schwerpunkten Alzheimer und Refluxerkrankung vertreten. 2005 eröffnete Eisai mit einem Präparat zur Zusatzbehandlung der fokalen Epilepsie den Standort Österreich. Wenig später brachten wir ein Antiepileptikum zur Behandlung der seltenen Krankheit Lennox-Gastaut-Syndrom auf den österreichischen Markt, gefolgt von einem Präparat gegen chronische Schmerzen im Jahr 2007. Als Tochterunternehmen eines der erfolgreichsten Pharmaunternehmen Japans, der Eisai Co., Ltd., liegt der Fokus hierzulande – ebenso wie in einigen Ländern Zentral- und Osteuropas (CEE) – hauptsächlich auf Vertrieb und Marketing. Zu meinen Kernaufgaben als Geschäftsführer zählen die ganzheitliche Umsetzung der Unternehmensphilosophie „human health care“ (hhc), um die Lebensqualität der Patienten und auch von deren Angehörigen maßgeblich zu verbessern. Ich teile dieses Leitmotiv mit allen Eisai-Mitarbeitern, denn wir sind der Meinung, dass Medikamente alleine im Kampf gegen Krankheiten nicht genug sind. Ziel ist es, neue Ansätze zu entwickeln und zu realisieren, um das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Patienten und deren Angehörigen mithilfe von Informationsangeboten sowie unterstützenden Maßnahmen zu verbessern.

„Auch in einem japanischen Konzern ist es wichtig, Wünsche und Visionen voranzutreiben, aber dies mit Langmut und strategischem Weitblick.“

P: Was haben Sie in Ihrer Position bisher erreicht? Was ist Ihnen wichtig? Was sind Ihre Ziele für die nächsten Jahre?

Wager: Im Jahr 2005 war es als einziger Mitarbeiter von Eisai meine Hauptaufgabe, eine professionelle und gut funktionierende Organisation aufzubauen. Es war eine große Herausforderung für mich, dieses Unternehmen in Österreich von der ersten Stunde an zu begleiten und entscheidend zum Image und zur Umsetzung unserer Unternehmensphilosophie beizutragen. Mittlerweile vermarkten wir in Österreich bereits fünf Präparate zusätzlich zu unseren Lizenzpartnern. Die Akquirierung der amerikanischen Firmen Morphotek im Jahr 2007 und MGI Pharmaceuticals im Jahr 2008 waren Meilensteine in der Transformation eines Unternehmens mit Schwerpunkt CNS hin zu einem Unternehmen mit Fokus auf die Gebiete Onkologie und „Critical Care“ (Intensivmedizin). Im Jahr 2007 erhielt Eisai Österreich außerdem die Genehmigung zur Expansion nach Zentral- und Osteuropa (CEE), was mittlerweile zu eigenen Niederlassungen in Tschechien, der Slowakei und Ungarn geführt hat.

Eisai hat eine reichhaltige Pipeline mit über 30 Produkten in Forschung und Entwicklung. Ich möchte in diesem Jahr die Expansion in weitere CEE-Länder wie Slowenien, Rumänien oder Polen und gegebenenfalls auch in europäische Länder außerhalb der EU vorantreiben. Neben der Erreichung der Profitabilitätsschwelle in allen unseren Niederlassungen sowie der Erschließung weiterer Märkte sind mir auch motivierte Mitarbeiter sehr wichtig. Individuelle Förderung und Training spielen hier eine wesentliche Rolle. Als junges dynamisches Unternehmen sind wir sehr stark

auf die Kompetenz unserer Mitarbeiter angewiesen. Eine entsprechende Unternehmensphilosophie sowie gute Produkte sind selbstverständlich von großer Wichtigkeit, die Wahl der richtigen Mitarbeiter prägt den Erfolg aber ebenfalls entscheidend. Derzeit gibt es bei Eisai ein internationales Ausbildungsprogramm, das sich E-Elite nennt, im Zuge dessen das zukünftige europäische Management herangebildet wird. Die Unternehmensphilosophie von Eisai legt großen Wert auf Aus- und Fortbildung der Mitarbeiter innerhalb des Unternehmens.

P: Ist Österreich die Zentrale in Richtung Osten?

Wager: Wir verstehen uns hier als Hub- bzw. als Koordinationszentrum für die Ostländer. In Österreich befinden sich die Infrastruktur, die Büros sowie die Schulungsaktivitäten für unsere Mitarbeiter. Hier haben wir begonnen, den Aufbau von Marketing und medizinischen Aktivitäten in Osteuropa zu unterstützen. Auch das Finanzmanagement für die Ostländer hat seinen Sitz in Österreich, denn alle osteuropäischen Niederlassungen befinden sich im Eigentum der Eisai GesmbH.

P: Wird auch eine Expansion in Richtung Südosten stattfinden?

Wager: Wir wollen in ganz Europa stärker wachsen. Europa macht derzeit noch weniger als zehn Prozent unseres weltweiten Umsatzes aus. Das Ziel ist organisches Wachstum sowie Wachstum durch Expansion. Die Erschließung neuer Märkte ist kommerziell ein erstrebenswertes Ziel. Die meisten unserer Präparate, die wir in Europa beziehungsweise in Österreich vermarkten, sind von der EMEA zentral zugelassen. Das bedeutet, dass unsere Produkte in manchen Ländern Europas zwar bereits zugelassen sind, den Patienten aber nicht zur Verfügung stehen. >>>



Dieser Zustand ist im Sinne unserer Unternehmensphilosophie hhc („human health care“) nicht wünschenswert. Wir haben eine Mission zu erfüllen, und die heißt, innovative Medikamente für die Patienten verfügbar zu machen und dabei kommerziell erfolgreich zu sein.

P: Welches strategische Potenzial hat der Standort Österreich?

Wager: Österreich ist seitens der Marktgröße im Vergleich zu anderen europäischen Pharmamärkten nicht herausragend, aber – wie bereits erwähnt – als Sprungbrett in die Ostländer sehr wichtig. Unser Land nimmt hier eine essenzielle Rolle ein. Etwa 25 bis 30 Pharmaunternehmen nutzen den Standort Österreich, um von hier aus sämtliche Ostgeschäfte zu lenken. Aufgrund der hohen Qualität der Gesundheitsversorgung in unserem Land bietet sich auch die Durchführung klinischer Studien an. Allerdings ist ein Trend spürbar, im Zuge dessen Firmen ihre CEE-Zentralen aus Kostengründen entweder in die europäischen Headquarter oder weiter in den Osten verlagern. An diesem Punkt gilt es, an die Politik und die Verantwortlichen im Gesundheitssystem zu appellieren, den Standort Österreich weiterhin attraktiv zu halten beziehungsweise attraktiver zu machen. Unternimmt man etwas für den Standort Österreich, schaffen diese Bemühungen auch Arbeitsplätze. Ich bin der Meinung, dass Österreich nach wie vor aufgrund seiner historischen Rolle, aber auch aufgrund seiner geografischen Lage sehr gut geeignet ist, um von hier aus die Expansion in die Ostländer zu fördern.

P: Eisai Co., Ltd. hat seinen Hauptsitz in Tokio. Erzählen Sie uns bitte etwas über die Geschichte des Unternehmens. Wie ist es strukturiert? Ist es anders, für ein japanisches Unternehmen tätig zu sein?

Wager: Das Unternehmen wurde 1941 von Toyoji Naito, dem Großvater des heutigen CEO und Präsidenten, gegründet. Seit 1955 lautet die offizielle Bezeichnung Eisai Co., Ltd. Anfang der 1990er-Jahre erfolgte die Expansion in die USA, den größten Pharmamarkt der Welt. Heute beschäftigt Eisai weltweit etwa 11.000 Mitarbeiter.

Die europäische Zentrale befindet sich in Hatfield, nahe London. Eisai Co., Ltd. legt Wert auf Regionalisierung, das heißt, wir haben auf jedem Kontinent (USA, Asien, Europa) eigene Regionalzentren. Seit Juli letzten Jahres befindet sich in London ein Knowledge-Center, in dem alle Bereiche des Unternehmens von Marketing, Vertrieb, Logistik und Produktion bis hin zu Forschung und Entwicklung untergebracht sind und welches somit das europäische Headquarter darstellt. Das Headquarter nimmt verstärkt strategische und Supportfunktionen ein und bündelt diese, was eine schlankere Organisation in den einzelnen Ländern ermöglicht.

Japanische Unternehmen sind aufgrund ihrer Herkunft stark durch Werthaltungen geprägt. Japaner sind sehr rationale Menschen, die mit großer Umsicht miteinander umgehen. Ihre Aussagen sind wenig direkt, dennoch wissen sie genau, was sie wollen. Auch in einem japanischen Konzern ist es wichtig, Wünsche und Visionen voranzutreiben, aber dies mit Langmut und strategischem Weitblick. Andererseits ist es wesentlich, zwischen den Zeilen zu lesen, denn die japanische Kultur kennt keine Direktheit. Kommunikation erfolgt sehr häufig nonverbal über Gestik oder Symbole.

P: Wo liegen die Therapiebereiche von Eisai Österreich? Welche Medikamente sind derzeit in Ihrer Pipeline? Sind für die Zukunft neue Therapiebereiche geplant?

Wager: In Österreich liegen unsere derzeitigen Indikationsgebiete in den Schwerpunktbereichen Neurologie und Critical Care. Auf dem Gebiet Neurologie sind wir im Speziellen in den Bereichen Alzheimer und Epilepsie tätig. Weiters haben wir mit der Substanz Eritoran ein Präparat zur Behandlung der schweren Sepsis in der Pipeline. Gelingt es uns, die Zulassung für das

Medikament zu erlangen, wird dieses einen wichtigen neuen Meilenstein in der Sepsistherapie darstellen. Im Bereich Gefäßkrankheiten haben wir ein Produkt zur Behandlung der Atherothrombose und des akuten Koronarsyndroms in der Pipeline, dessen Einsatzgebiet ein enormes Potenzial darstellt. Ein Hauptschwerpunkt in Österreich ist das weitere Commitment im Bereich Alzheimer (Aricept®), einem Gebiet, in dem wir seit vielen Jahren den Weltmarktführer stellen. Auch der Bereich Epilepsie (Zonegran®, Zebinix®) soll weiterhin einer unserer Hauptindikationsbereiche bleiben. Wir sind die einzige Firma mit drei modernen Antiepileptika, die wir alle erfolgreich in Österreich vermarkten. Mit Perampnel, einem first-in-class hochselektiven AMPA-Rezeptorantagonisten, der sich derzeit in der Phase III der Entwicklung befindet, planen wir, in der näheren Zukunft ein viertes Präparat zur Behandlung der Epilepsie auf den Markt zu bringen.

P: Einige der Eisai-Produkte haben „Orphan-Drug-Status“. Was genau bedeutet dies für das jeweilige Produkt? Wie groß ist die Zielgruppe derartiger Medikamente? Welche Krankheiten werden durch Ihre Orphan Drugs behandelt?

Wager: Der Begriff Orphan Drugs leitet sich vom englischen Begriff für Waisen ab. Diese Art von Medikamenten kommt bei Krankheiten zum Einsatz, die nur sehr selten vorkommen. Im übertragenen Sinne sind diese Medikamente „Waisenkinder“, denn nur wenige Pharmafirmen nehmen sich der Forschung und Entwicklung von Präparaten mit solch kleinem Marktpotenzial an. Eisai ist sich gemäß seiner Firmenphilosophie seiner Rolle und seiner Verantwortung bewusst und legt seinen Fokus auch auf Präparate, die nur einem sehr kleinen Prozentsatz der Patienten zugutekommen. Eines unserer Medikamente mit Orphan-Drug-Status ist Inovelon® (Rufinamid) in der Indikation Lennox-Gastaut-Syndrom, einer sehr seltenen und speziellen Form der Epilepsie. Das Präparat, welches bei diesem Krankheitsbild oftmals tödliche Sturzanfälle hemmen kann, wird in Österreich von etwa 250 bis 260 Menschen benötigt, was in etwa einer Prävalenz von 1:10.000 in der Bevölkerung entspricht. Ein weiteres Orphan-Drug-Präparat ist Prialt® (Ziconotid), eine synthetisch hergestellte Substanz, die einem Toxin aus dem Giftcocktail der marinen Kegelschnecke nachempfunden ist. Dieses Toxin wirkt sehr selektiv und hemmt schwere chronische Schmerzen. Damit eröffnet es betroffenen Patienten neue Perspektiven aus einer bislang ausweglosen Situation.

Mit unseren Orphan Drugs leisten wir einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung, da wir Nischen abdecken, die für viele Firmen kommerziell nicht interessant sind.

P: Beeinflusst die japanische Arbeitsweise und Mentalität den Standort Österreich? Wie viele Standorte gibt es EU-weit?

Wager: Unsere japanische Herkunft ist auch in der österreichischen Niederlassung spürbar, vor allem wenn es um Teamarbeit und Wissensvermittlung geht. Eine ausgeprägte Werteorientierung zielt auf das bessere Verständnis für die Bedürfnisse von Ärzten, Patienten und deren Angehörigen ab. Seit dem Jahr 2005 ist die hhc-Philosophie auf Beschluss der Aktionärsversammlung Bestandteil der Unternehmenssatzung. Ihren Ursprung hat diese Philosophie in den Wertvorstellungen der britischen Krankenschwester Florence Nightingale und ihrem Verständnis von Krankenpflege und Gesundheitsfürsorge. Ihr Schaffen und ihre Leistung hat sich unser Konzern als Vorbild genommen. Um dies zu symbolisieren, haben wir den Schriftzug „human health care“ geschaffen und als Komponente in das Firmenlogo eingefügt.

EU-weit ist Eisai derzeit mit Niederlassungen in 25 Ländern vertreten. Eine Ausweitung in andere Länder wird in naher Zukunft vermutlich zumeist über Vertriebspartnerschaften stattfinden. Polen wird hierbei stark forciert, wobei dieses Land hinsichtlich der Schwierigkeit der Erstattungssysteme und der politischen Verhältnisse ein eigenes Kapitel darstellt. Polen ist aber in jedem Fall ein reizvolles Expansionsziel, denn der dortige Pharmamarkt ist der größte in Zentral- und Osteuropa.



Bio Box Georg Wager, MBA:

Georg Wager leitet seit Juni 2005 die österreichische Niederlassung von Eisai und trägt seit Anfang 2009 auch als General Manager Austria/CEE Regionalverantwortung. Der Betriebswirt, ein gebürtiger Wiener, fand den Einstieg in die Pharmaindustrie vor 20 Jahren. 1990 startete er seine Karriere bei der britischen Fisons Pharmaceuticals als Product Manager. Später war er beim französischen Rhone-Poulenc-Konzern erfolgreich als Marketing & Sales Manager tätig. Seine nächste Karrierestation war Sanofi, wo er zuerst als Business Unit Director und später als Director Business Operations die Fusion zu sanofi-aventis als Projektverantwortlicher abwickelte. Dem Ruf von Eisai folgte der heute 43-Jährige im Jahr 2005 als Country Manager.

Von Fortschritt geprägt

VON DI (FH) ELENA BERTOLINI



Die Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft (ÖOG) zählt mit über 55 Jahren zu einer der ältesten medizinischen Fachgesellschaften unseres Landes. Die Bestrebungen der Organisation richten sich auf die Interessenvertretung der österreichischen Augenfachärztinnen und -ärzte, die Ausbildung der jungen Kolleginnen und Kollegen, die Förderung der Weiterbildung und das Vorantreiben der Forschung auf dem Gebiet der Ophthalmologie. Im Mai letzten Jahres wurde der Primararzt Univ.-Prof. Dr. Günther Grabner zum neuen Präsidenten der ÖOG gewählt. Als Vorstand der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie der Paracelsus Medizinischen Privat-Universität Salzburg möchte der renommierte Augenfacharzt während seiner Amtszeit den Stellenwert der Augenheilkunde in der Öffentlichkeit weiter verbessern und österreichweit sowie international gemeinsame Forschungsprojekte forcieren.

Im Jahr 1955 wurde mit der Gründung der ÖOG eine Organisation ins Leben gerufen, die ihrem Zweck bis zum heutigen Tag treu geblieben ist. So versteht sie sich als Sprachrohr ihrer Mitglieder und Unterstützer der Augenheilkunde in ganz Österreich, aber auch als Ansprechpartner für Praxis, Wissenschaft und Forschung sowie als kompetente Beratungsstelle für die österreichische Bevölkerung. „In den letzten Jahren hat sich die Gesellschaft verstärkt in Richtung wissenschaftlicher Austausch und Fortbildung entwickelt, auch die Öffentlichkeitsarbeit kristallisiert sich immer mehr als wesentlicher Bestandteil unserer Arbeit heraus“, so Präsident Grabner. Die Gesellschaft zählt derzeit etwa 930 Mitglieder und der Vorstand hat in den letzten Jahren mehrere Kommissionen mit unterschiedlichen Schwerpunkten eingesetzt, um ein effektiveres Arbeiten in den zahlreichen Spezialgebieten der Ophthalmologie zu ermöglichen. So gibt es in der Gesellschaft Kommissionen für „internationale Ophthalmologie“, „refraktive Chirurgie“, Netzhautleiden, wissenschaftliche Forschung oder das Glaukom, um nur einige zu nennen (siehe Homepage: www.augen.at).

Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung sind ein wesentlicher Teil der Gesellschaft

Das Aufgabenspektrum der ÖOG ist breit gestreut und umfasst beispielsweise die Förderung der österreichischen Ophthalmologie in Theorie, Forschung, Klinik und Praxis. Ganz wesentlich ist auch die Öffentlichkeitsarbeit. Hierbei werden die Grundlagenforschung und das Erarbeiten von neuen Erkenntnissen und Anwendungen – im intramuralen sowie im niedergelassenen Bereich – forciert. Ein weiterer wichtiger Teil umfasst den wissenschaftlichen Austausch innerhalb der Gesellschaft und der fachspezifischen Öffentlichkeit. Hierfür sowie zur Präsentation neuester Erkenntnisse und Studien bieten wissenschaftliche Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen einen hervorragenden Rahmen. Eine große Rolle spielt die Vertretung der augenärztlichen Interessen in der Öffentlichkeit: Dabei geht es sowohl um die Belange der Augenärzte im Gesundheitswesen und die Teilnahme bei Facharztprüfungen als auch um die Aufklärung und Informationstätigkeit in der Bevölkerung. Letzteres setzt ein hohes Maß an Service und Organisation voraus. Prof. Dr. Grabner erklärt: „Als Informationsveranstaltung für Augenärzte wird jährlich die ÖOG-Jahrestagung abgehalten. Diese steht jeweils unter einem anderen Thema, das auf dem Gebiet der Augenheilkunde zu diesem Zeitpunkt aktuell ist. Während der drei Tage dauernden Veranstaltung haben die Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit, verschiedenen Fortbildungsreferaten und State-of-the-Art-Präsentationen beizuwohnen. Weiters werden Preise für herausragende Forschungsleistungen vergeben und auch der gesellschaftliche Aspekt kommt durch ein ausgefülltes Abendprogramm nicht zu kurz.“

Ein wesentlicher Punkt während seiner Amtszeit ist für Prof. Dr. Grabner die Neugestaltung der Homepage der ÖOG. Diese soll übersichtlicher und informativer werden. Patienten sowie Interessierte sollen sich bei Kontaktpersonen der einzelnen Kommissionen über Augenkrankheiten und deren Behandlung infor-

mieren können. Die Mitglieder der Kommissionen geben außerdem Auskunft zu bestimmten Fragestellungen wie etwa zur Verkehrsophthalmologie oder zur Ausbildungsordnung. Darüber hinaus soll ein „Arztfinder“ den Patienten ermöglichen, qualifizierte Fachärzte in ihrer Nähe zu finden. Ein weiteres Ziel seiner Amtsperiode sieht der Präsident in einer Verbesserung der Durchführung gemeinsamer Wissenschaftsprojekte. „Ich sehe meine Hauptaufgabe nicht allein in der Organisation der Jahrestagung und verschiedener Seminare. Ich möchte auch entsprechende Kontakte zwischen den Mitgliedern vermitteln, nicht nur auf dem Gebiet der Fortbildung, sondern auch hinsichtlich wissenschaftlicher Kooperationen und der Vertretung der Augenfachärzte nach außen in Richtung Ärztekammer und Gesundheitsministerium“, ergänzt Prof. Dr. Grabner.

Qualität und Fortschritt in der Augenheilkunde

Qualitätssicherung spielt in der ÖOG eine wesentliche Rolle. Die Ausbildung zum Augenfacharzt nimmt insgesamt mehr als zwölf Jahre in Anspruch. Es bedarf eines sehr gut strukturierten Systems, damit die Qualität der Ausbildung unter dem umfangreichen Feld der Augenheilkunde nicht leidet. Für die angehenden Ärzte sind der rasante Wissenszuwachs und der Umfang der Spezialgebiete kaum zu bewältigen, die ÖOG hat sich daher für eine Fortbildungsstruktur in Form von Modulen entschieden. „Zweimal jährlich werden diese Module angeboten. Es handelt sich hierbei um sehr spezifische Fortbildungskurse für junge Ärzte. Die gesamte Augenheilkunde wird während der Ausbildungszeit von fünf Jahren durch Spezialisten aus den Kommissionen abgedeckt“, erklärt Prof. Dr. Grabner. Weiters sollen wissenschaftliche Tagungen zu unterschiedlichen Spezialthemen die Qualität der Augenheilkunde in Österreich langfristig sichern. Die seit einigen Jahren verpflichtende Facharztprüfung, die in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft durchgeführt wird, profitiert ebenfalls von den strukturierten Fortbildungsmaßnahmen. Bei der Qualitätssicherung arbeitet die ÖOG eng mit der Ärztekammer zusammen, da auch die Facharztprüfung ebendort durchgeführt wird.

Der rasche Fortschritt der Technologien und die laufend neuen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Augenheilkunde geben weiteren Anlass zu regelmäßigen Tagungen, Präsentationen und Seminaren. Die hohe Qualität der österreichischen Augenheilkunde soll aufrechterhalten und heimischen Augenfachärzten in diesem Sinne ein kontinuierlicher Zugang zum neuesten Stand der Wissenschaft gewährleistet werden. „Vor allem in den letzten zehn bis 15 Jahren hat die Augenheilkunde sensationelle Fortschritte gemacht. Die Heilungschancen bei Augenerkrankungen sind stark angestiegen. Diese Entwicklungen betreffen nicht nur chirurgische Disziplinen wie Laserchirurgie oder refraktive Eingriffe, sondern auch die Behandlung von grünem Star oder altersbedingter Makuladegeneration. Manche Glaukomtherapien oder ganz spezifische Netzhautlochchirurgien wären vor 20 Jahren noch undenkbar gewesen“, so Prof. Dr. Grabner.

Internationale Zusammenarbeit spielt eine bedeutende Rolle

Um einen optimalen Wissenstransfer zu gewährleisten und neue Erkenntnisse schnellstmöglich zu publizieren, pflegt die Gesellschaft weltweit sehr gute Verbindungen zu anderen Fachgesellschaften und Interessenvertretungen. Um zunehmende Internationalität bemüht, herrscht zwischen der ÖOG und der Europäischen Gesellschaft für Ophthalmologie (SOE) eine gute Zusammenarbeit. Auch die deutschen und schweizerischen Gesellschaften stehen in regelmäßigem Kontakt mit der österreichischen Interessenvertretung. Prof. Dr. Grabner weiß außerdem: „Gemeinsam mit

der Amerikanischen Ophthalmologischen Gesellschaft (ARVO) veranstaltet die ÖOG einmal jährlich einen Forschungsvormittag. Im Zuge dessen hält ein internationaler Gastredner einen Vortrag zu einem aktuellen wissenschaftlichen Thema und gibt Anstoß zum gegenseitigen Austausch.“ Ein weiteres Beispiel für die Internationalität ist die Zusammenarbeit mit Vision 2020, einer weltweit tätigen Organisation zur Blindheitsverhütung. Zusammen mit der ÖOG setzt Vision 2020 Aufklärungskampagnen zur Erhaltung des Augenlichts in Österreich um.

Die größten Herausforderungen liegen im zunehmenden Älterwerden der Bevölkerung

„Prävention hat eine sehr hohe Wichtigkeit, da die Bevölkerung immer älter wird und sich der Schwerpunkt hin zu einer Gesellschaft verschiebt, von der die Senioren den größten Teil ausmachen. Ich denke, dass diese Tatsache und die damit entstehenden Kosten für die Regierung und die Bürger noch nicht in den Köpfen der Menschen verankert sind“, meint Prof. Dr. Grabner. Durch die höhere Lebenserwartung werden auch so genannte „Alterskrankheiten“ deutlich zunehmen. Vorsorgeuntersuchungen zu Augenkrankheiten wie dem „grünen Star“ oder der altersbedingten Makuladegeneration (AMD) werden somit immer wichtiger. „Die Bevölkerung muss über diese Krankheiten aufgeklärt werden, deren Ernst erkennen und über Behandlungsmöglichkeiten Bescheid wissen. Präventionskampagnen sind essenziell, um die Menschen auf Augenerkrankungen aufmerksam zu machen und zur Vorsorge aufzurufen“, erklärt der Präsident der ÖOG die Wichtigkeit

derartiger Projekte. „Ein gutes Beispiel ist der – heuer zum dritten Mal stattfindende – Weltglaukomtag, im Zuge dessen regelmäßig Informationskampagnen laufen. Gerade bei der Glaukomerkrankung mit ihrem meist schleichenden Verlauf ist eine Aufklärung der Bevölkerung höchst sinnvoll“, so Prof. Dr. Grabner weiter. „SPIELEN SIE NICHT MIT IHREM AUGENLICHT! Glaukom kann jeden treffen“ lautet der Titel der erfolgreichen Kam-

pagne zur Vermeidung und Behandlung von grünem Star, welche die ÖOG in Zusammenarbeit mit Vision 2020 auch in diesem Jahr wieder gemeinsam in Österreich umgesetzt hat. Zum Thema Prävention veranstaltet auch die Augenklinik in Salzburg seit über 15 Jahren von der Landesregierung gesponserte Vorsorgeuntersuchungen. „Bisher haben wir bereits über 7000 Patientinnen und Patienten untersucht. Viele Fälle, etwa von grünem Star, konnten wir dadurch diagnostizieren und erfolgreich behandeln“, berichtet Prof. Dr. Grabner. Auch in den nächsten Jahren will die Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft verstärkt auf Präventionskampagnen setzen und den hochwertigen Status der Augenfacharztausbildung in unserem Land weiter aufrechterhalten.

Poster und Patientenbroschüren zur aktuellen Kampagne von ÖOG und Vision 2020 können Sie gerne unter pr@welldone.at anfordern.

Bio Box Prof. Dr. Günther Grabner:

Prof. Dr. Günther Grabner war 18 Jahre an der II. Universitäts-Augenklinik in Wien tätig. Während dieser Periode erfolgte auch ein einjähriger Fortbildungs- und Forschungsaufenthalt an der UCSF (University of California, San Francisco). Seit 1993 ist Prof. Dr. Grabner Vorstand der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg und seit 2009 Präsident der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft (ÖOG). In dritter Generation aus einer Arztfamilie stammend, hat ihn die Mikrochirurgie bereits als Jugendlicher sehr interessiert. Bis heute hat Prof. Dr. Grabner über 200 wissenschaftliche Arbeiten verfasst und ist stolz auf die jüngere Generation der Augenfachärzte in seinem Haus, die mit Begeisterung seine Projekte fortsetzt.



Impfung gegen die neue Grippe: Sinn –

VON DI (FH) ELENA BERTOLINI

Das Influenza-A-Virus H1N1 – auch bekannt unter dem Begriff „Schweinegrippe“ – führt sowohl in der medizinischen Fachwelt als auch in der Bevölkerung immer wieder zu Diskussionen. Impfen oder nicht? Welche Nebenwirkungen können nach einer Impfung auftreten? Auf diese Fragen scheint es keine eindeutigen Antworten zu geben. Aus diesem Grund trafen sich namhafte Vertreter des österreichischen Gesundheitswesens am 29. Oktober 2009 im Haus der Musik, um im Rahmen der 21. Veranstaltung der Reihe „Thema Gesundheit“ über die Influenza-A/H1N1-Impfung zu diskutieren, Vor- und Nachteile aufzuzeigen und vorherrschende Irrtümer zu berichtigen. Die impulsgebenden Referate von Univ.-Prof. DDr. Wolfgang Graninger von der Universitätsklinik für Innere Medizin und Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwarz vom Zentrum für Public Health waren Ausgangspunkt für eine abwechslungsreiche und zugleich hochinformativ Diskussionsrunde.

Impulsreferate:

UNIV.-PROF. DDr. WOLFGANG GRANINGER
Universitätsklinik für Innere Medizin I, MUW

UNIV.-PROF. DR. BERNHARD SCHWARZ
Zentrum für Public Health, MUW

Podiumsteilnehmer:

UNIV.-PROF. DDr. WOLFGANG GRANINGER
Universitätsklinik für Innere Medizin I, MUW

MR DR. JEAN PAUL KLEIN
Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III Gesundheitswesen

DR. STEFAN MEUSBURGER, MSC.
Amt der Landesregierung OÖ, Landessanitätsdirektor

UNIV.-PROF. DR. INGOMAR MUTZ
Impfausschuss des Obersten Sanitätsrats

UNIV.-PROF. DR. BERNHARD SCHWARZ
Zentrum für Public Health, MUW

Moderation: RONALD BARAZON

Nach der Begrüßung und kurzen Einführung durch Ronald Barazon eröffnete Univ.-Prof. DDr. Wolfgang Graninger, Leiter der klinischen Abteilung für Infektionen und Chemotherapie an der Universitätsklinik für Innere Medizin I in Wien, mit seinem Impulsreferat die Diskussionsrunde. Er sprach über die Entwicklung des Grippeimpfstoffs und dessen Akzeptanz in der Bevölkerung: 1918 führte eine schwere Grippeepidemie, auch Spanische Grippe genannt, zu zahlreichen Todesfällen. Um Epidemien mit ähnlich verheerenden Ausmaßen in Zukunft verhindern zu können, wurde mit der Entwicklung eines Grippeimpfstoffs begonnen. Vor allem unter Risikopopulationen kann dadurch eine erhöhte Sterblichkeit verhindert werden. Die rasche Veränderung der Virenstämme macht eine jährliche Neuzusammensetzung des Impfstoffs notwendig. Trotz der guten und bewiesenen Wirksamkeit der Grippeimpfung ist die Akzeptanz in der Bevölkerung bescheiden. Diese Tatsache kann unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass die Applikation des Impfstoffs in Österreich nach wie vor mit Nadeln erfolgt. Viele Menschen empfinden dies als unangenehm und sehen daher von einer Impfung ab. Neuere Impfstoffe – wie auch der H1N1-Impfstoff – werden in Amerika bereits über die Nase verabreicht. Die Akzeptanz ist dadurch wesentlich größer und der Impfstoff wird sehr gut angenommen. In Österreich sollte es aufgrund der deutlich geringeren Akzeptanz eine jährliche Kampagne geben, um den Impfwillen der Bevölkerung zu heben. Stämme mit hoher Ansteckungsgefahr, zu denen auch das Influenza-A/H1N1-Virus („Schweinegrippe“) gezählt wird, bedürfen einer adäquaten Aufklärung der Bevölkerung. Durch verstärkte Pressearbeit kann die

„Alles in allem findet eine Impfung auf freiwilliger Basis statt. Man muss mit der Einsicht des Patienten rechnen, nicht Zwang ausüben.“

bewusst sein und bedenken, dass öffentlich diskutierte Unstimmigkeiten zu einer Verunsicherung der Bevölkerung führen. Bestimmte Personengruppen sollten sich in jedem Fall einer Impfung unterziehen. Ärzte und Gesundheitspersonal können darüber hinaus als Vorbild dienen und zur Impfung aufrufen. Da diese Form der Grippe schwere Verläufe nach sich ziehen kann, ist eine Impfung auf alle Fälle empfehlenswert, so Graninger abschließend. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwarz vom Zentrum für Public Health

Öffentlichkeit mit wichtigen Informationen versorgt werden. Personen mit starker öffentlicher Präsenz sollten sich der Vorbildwirkung

der Medizinischen Universität Wien sprach im anschließenden impulsgebenden Referat über die Gefahr, die saisonale Influenza in den Hintergrund zu drängen, und über Fehlmeinungen, die die neue Grippe mit sich gebracht hat: Jährlich erkranken ungefähr zehn Prozent der Weltbevölkerung an Influenza. Etwa 250.000 bis 500.000 Menschen sterben an der normalen saisonalen Grippe. Im deutschsprachigen Raum sind dies etwa 10.000 Menschen. Es besteht kein Zweifel daran, dass die Influenza ein massives gesundheitliches Problem darstellt, auch wenn im Einzelfall nicht immer klar ist, woran der Patient tatsächlich stirbt.

Das Global Influenza Surveillance Network der WHO sucht jene





FSME-Impfung zu erkennen ist, bei der die Durchimpfungsrate bei 90 Prozent liegt. Eine verstärkte Konzentration auf den Influenza-A/H1N1-Stamm kann zu einer Vernachlässigung der saisonalen Influenza führen. Eine Veranlassung zur Impfung gegen die saisonale Form ist trotzdem gegeben. Bei vielen Angehörigen von Gesundheitsberufen gibt es dennoch erhebliche Vorbehalte, sich gegen A/H1N1 impfen

zu lassen. Die Bereitschaft, an Massimpfungen teilzunehmen, ist bei Ärzten und Pflegepersonal gering. Entfällt eine mögliche Vorbildwirkung, kann dies eine mangelnde Impfbereitschaft der Allgemeinbevölkerung zur Folge haben. In Kombination mit der medialen Aufmerksamkeit, die sich fast ausschließlich und mit hoher Intensität auf die „Schweinegrippe“ richtet, können Fehlmeinungen entstehen. Ein positiver Effekt kann in Bezug auf Hygiene verzeichnet werden. Einfach umsetzbare Hygienemaßnahmen sind verstärkt in den Vordergrund gerückt, viele Infektionen konnten dadurch vermieden werden. Auch in Unternehmen können Hygienerichtlinien wie die Anbringung von Desinfektionsmittelspendern betriebswirtschaftlich sehr einfach umgesetzt und gerechtfertigt werden.

Die Aufklärung und Einwilligung erfolgen unzureichend. Wenn in kürzester Zeit viele Personen geimpft werden, ist eine adäquate Aufklärung aus zeitlichen Gründen kaum durchführbar. Die „Schweinegrippe“-Impfung wurde in Österreich unter das Impfschadensgesetz gestellt, damit haftet die Gemeinschaft der Versicherten für allfällige Gesundheitsschäden aus der Impfung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die „Schweinegrippe“ große Berühmtheit erlangt hat, wobei die Bedrohlichkeit im Vergleich zur normalen saisonalen Influenza eine sehr geringfügig wissenschaftlich abgesicherte Bedeutung hat. Die Gefahr, dass deshalb die normale Grippe stark verharmlost wird, ist groß. Ein wissenschaftlich besser begründetes Vorgehen und Überlegungen, die Öffentlichkeitsarbeit hinsichtlich der Influenza aus dieser Sackgasse zu holen, sind dringend geboten, betonte Schwarz am Ende seines Vortrags.

Eine verpflichtende Impfung wird in Österreich nicht in Erwägung gezogen

Schon zu Beginn der Diskussionsrunde rankte sich eine Frage um die Möglichkeit der Einführung einer Zwangsimpfung für die neue Grippe. „In Österreich Zwangsimpfungen vor-

zunehmen ist realitätsfern, das entspricht nicht unserer Mentalität. Soweit ich informiert bin, hat es in den letzten Jahren in Österreich keine Zwangsimpfung gegeben. In anderen Ländern sind Impfungen gegen bestimmte Krankheiten jedoch verpflichtend“, erklärte Dr. Stefan Meusburger, Landessanitätsdirektor in Oberösterreich. MR Dr. Jean Paul Klein vom Bundesministerium für Gesundheit dementierte die Möglichkeit einer neuerlichen Einführung der Zwangsimpfung ebenfalls: „Grundsätzlich sind Zwangsimpfungen nicht konform mit dem Gesundheitsministerium. Nach der Pockenimpfung wurde in Österreich keine verpflichtende Impfung mehr durchgeführt. Aufgrund von Kontraindikationen vieler Personen

Stämme aus, die mit größter Wahrscheinlichkeit bedrohlich sind. Drei dieser Stämme sind jedes Jahr im saisonalen Impfstoff enthalten. Das Influenza-A/H1N1-Virus ist ein Stamm, der nicht außergewöhnlich ist, sich aber über viele Jahre dominant verbreitet hat. Die Bereitschaft, sich dagegen impfen zu lassen, ist relativ klein. Um den Impfwillen der Bevölkerung zu heben, ist breite Aufklärungsarbeit notwendig. Gründe, sich nicht impfen zu lassen, sind unter anderem das subjektive Krankheitsgefühl sowie der Mangel an Einsicht in die Wirksamkeit. In Österreich liegen die Teilnehmerraten in der Größenordnung von nur zehn Prozent. Aufklärung und Medienarbeit führen zu erhöhter Impfbereitschaft, wie am Beispiel der



wäre die Problematik der Impfbefreiungen ein sehr großer Aufwand. Es gibt gewisse Gegebenheiten, die eine Impfung unerlässlich machen. Dies ist der Fall, wenn nicht allein die Eigengefährdung im Vordergrund steht, sondern auch Fremdgefährdung eine Rolle spielt. Alles in allem findet eine Impfung auf freiwilliger Basis statt. Man muss mit der Einsicht des Patienten rechnen, nicht mit Zwang ausüben.“ In einer abschließenden Zusammenfassung erläuterte Dr. Meusburger, was getan werden kann, um für alle Eventualitäten gewappnet zu sein: „Es gibt drei Möglichkeiten: Präventionsmaßnahmen, Hygiene und Masken. Masken sind auch eine bewusstenbildende Maßnahme, durch sie entsteht automatisch eine gewisse Barriere, die in einer massiven Reduktion der Übertragung resultiert. Das Zweite ist die freiwillige Impfung. An den Impfstellen werden normale Impfungen durchgeführt, mitsamt der notwendigen Aufklärung. Es können jederzeit neue Impfstellen dazugewonnen werden, wir sind gut vorbereitet. An dritter Stelle steht die Therapie beziehungsweise Prophylaxe mit einem Neuraminidasehemmer, der in Österreich vorrätig ist. Das ist eine weitere Versicherung für den „Fall der Fälle“. Präferenz hat eindeutig die Hygiene, danach folgt die Impfung, beides kann im Ernstfall intensiviert werden.“

Schutzmaßnahmen im Fokus

Schutzmaßnahmen waren in der Diskussionsrunde ein viel diskutierter Punkt. Die Experten waren bei der Frage, ob der Neuraminidasehemmer Oseltamivir als Therapie erster Wahl bei Influenzenerkrankungen gilt, geteilter Meinung. Dr. Bernhard Schwarz betonte: „Der Effekt von Oseltamivir ist meiner Meinung nach unbestritten. Dieses Medikament ist ein wesentliches Tool, um den Verlauf der Krankheit positiv zu beeinflussen und gegen schwere Verlaufsformen anzutreten. Vorausgesetzt, es wird professionell von Ärzten angewendet und der Patient wurde ausreichend über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt.“ „Die Wirkung von Oseltamivir ist nachgewiesen, wenn die Einnahme des Medikaments innerhalb von 48 Stunden erfolgt. Eine schnelle Diagnostik ist hierbei entscheidend“, ergänzte Dr. Wolfgang Graninger. Dr. Ingomar Mutz steht dem Medikament eher skeptisch gegenüber. Er sprach sich für die Impfung aus: „Oseltamivir ist ein Medikament und hat Nebenwirkungen. In meinen Augen sind diese beträchtlicher als die der Impfung. Wenn ich die Einnahme von Oseltamivir durch eine prophylaktische Impfung vermeiden kann, bevorzuge ich die Impfung. Die Bevölkerung gibt sehr viel Geld aus, um das Immunsystem zu stärken. Das Einzige, was nach der Evidence Based Medicine das Immunsystem stärkt, ist allerdings die Impfung.“ Die Anwendung von Masken zur Unterbrechung der Infektionskette wurde von den anwesenden Experten großteils befürwortet. „Für die Normalbevölkerung ist der Mund-Nasen-Schutz das Adäquate, denn dieser reduziert die Tröpfchenanzahl, die man weitergibt, massiv, ist kostengünstig und haltbar. Ist man mit besonders vulnerablen Patienten konfrontiert, was bei vielen Gesundheitsberufen der Fall ist, sollte man auf höherwertige Masken zurückgreifen“, erläuterte Dr. Stefan Meusburger. „Für Personen, die schwer atmen und Fieber haben, ist es schwierig, Masken zu tragen. Bei dieser Personengruppe ist es aber äußerst wichtig, dass sie im öffentlichen Bereich die Maske aufbehält. Da man relativ einfache Masken verwenden kann, ist dies sinnvoll, praktikabel und medizinisch durchaus vertretbar“, betonte Dr. Bernhard Schwarz in seiner abschließenden Wortmeldung die Wichtigkeit der Anwendung von Masken vor allem für bereits erkrankte Menschen.



Die IGEPHA (Interessengemeinschaft österreichischer Arzneimittelhersteller und Depositeure) hat es sich zum Ziel gesetzt, ihre Mitglieder optimal zu informieren und auf die wachsenden Herausforderungen in der Pharmabranche vorzubereiten. Aus diesem Grund hielt sie im ersten Quartal 2010 wieder zahlreiche Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen für Mitglieder und Freunde der Interessengemeinschaft ab. So wurde der traditionelle Neujahrsempfang der Muttergesellschaft AESGP (Association Européenne des Spécialités Pharmaceutiques Grand Public) auch 2010 wieder in London veranstaltet, das diesjährige Come-together fand zum Thema „Trends im Handel“ in der Wiener Urania statt und eine Fortbildungsveranstaltung zur EU-Kosmetikverordnung erfreute sich zahlreicher Teilnehmer.

IGEPHA – optimal informiert im Bereich Selbstmedikation

VON DI (FH) ELENA BERTOLINI

Am 20. Jänner 2010 fand die alljährliche AESGP-Informationsveranstaltung – dieses Mal zum Thema „Making the European Self-Care Industry More Competitive“, (Wettbewerbssteigerung der europäischen OTC-Industrie) – in London statt. Bei dem traditionellen Jahresauftakt standen heuer die zukünftige Wettbewerbsfähigkeit der europäischen Arzneimittelhersteller und die Entwicklung der europäischen Gesetzgebung im Arzneimittelbereich im Vordergrund. Über 60 Teilnehmer der European Medicines Agency (EMA) und nationaler Zulassungsbehörden sowie zahlreiche Entscheidungsträger der europäischen Selbstmedikationsindustrie nahmen an der Veranstaltung teil.

Networking und Fortbildung als essenzieller Part im österreichischen OTC-Bereich

Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen spielen in der IGEPHA eine wesentliche Rolle, da gut informierte Mitglieder die Basis für einen verantwortungsvollen Umgang mit dem Bereich Selbstmedikation darstellen. Die Interessengemeinschaft bietet daher jedes Jahr zahlreiche Aktivitäten an, welche die Themen Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung und Information umfassen. Den Anfang machte die Fortbildungsveranstaltung vom 14. Jänner 2010. In deren Mittelpunkt stand die neu in Kraft getretene EU-Kosmetikverordnung, deren Ziele die Erhöhung der Sicherheit von Kosmetika sowie die Beseitigung von rechtlichen Unklarheiten und Widersprüchen sind. Erneut wurde die Vienna Imperial Riding School als Veranstaltungsort gewählt. In gewohnt angenehmer Atmosphäre folgten die Teilnehmer den interessanten Vorträgen von Dr. Alexander Zilberszac, Leiter der Abteilung Lebensmittelsicherheit und Verbraucherfragen und Experte für kosmetische Mittel im Bundesministerium für Gesundheit, und DI Gregor Özelt, Leiter der Abteilung „Kosmetische Mittel“ der AGES. Schwerpunkt des Vortrags von Dr. Zilberszac waren die Inhalte der EU-Kosmetikverordnung mit besonderem Augenmerk auf Neuerungen. Mittelpunkt des Vortrags von DI Özelt war die Abgrenzung von Kosmetika zu anderen Produktkategorien wie Arzneimitteln, Lebensmitteln, Medizinprodukten oder Bioziden.

Das diesjährige IGEPHA-Come-together wurde am 21. Jänner 2010 in der Bar Urania in Wien abgehalten. Das aktuelle Thema der Veranstaltung war „Trends im Handel“, welches von Frau Dr. Christina Holweg umfassend beleuchtet wurde. In ihrem Vortrag sprach die langjährige Procter-&Gamble-Mitarbeiterin und Assistenzprofessorin an der Wirtschaftsuniversität Wien über die Veränderungen im Verhalten der Konsumenten und in den Beziehungen zwischen Handel und Industrie. Weiters sprach Dr. Holweg über die Entstehung und Anwendung verschiedener Vorgehensweisen bei der Preisbildung und gab den anwesenden Gästen in ihrem Referat einen informativen Einblick in die Entstehung, Entwicklung und Bedeutung von modernen Kommunikationsstrategien.

Aktivitäten zum Thema Öffentlichkeitsarbeit und PR im Jahr 2009

Die IGEPHA sieht ihre Aufgabe als Vertretung der österreichischen Selbstmedikationsindustrie darin, ihren Mitgliedern den bestmöglichen Zugang zu den neuesten Informationen aus der Pharmabranche zu bieten. Auch 2009 arbeitete die Interessengemeinschaft intensiv daran, PR und Öffentlichkeitsarbeit auszubauen. Als Grundlage dafür wird der Members-Bereich – ein wichtiges Service-Tool der IGEPHA-Website – ständig aktualisiert. Tagesaktuelle

Informationen über Entwicklungen und gesetzliche Grundlagen für IGEPHA-Mitglieder stehen hierbei im Vordergrund. Ergänzt wird dieser Bereich durch einen wöchentlich erscheinenden elektronischen Newsletter, der neben den oben genannten Informationen auch Veranstaltungshinweise, Links zu Newslettern der AESGP, des Bundesministeriums und der AGES sowie Statements zu rechtlichen Fragen beinhaltet. Weiters erschien im Jahr 2009 viermal die „IGEPHA-Quintessence“ in gedruckter Form. Die Broschüre wird an Mitglieder sowie Freunde der IGEPHA verschickt und informiert über Fortbildungsmaßnahmen, interne und externe Termine sowie über internationale Nachrichten hinsichtlich IGEPHA und AESGP. Mit der halbjährlich erscheinenden „Apotheken-Quintessence“ wurde auch die Zusammenarbeit mit der Apothekerschaft erfolgreich fortgesetzt. Darüber hinaus spiegelte der Schwerpunkt der Jahrestagung 2009 zum Thema „Apotheke – quo vadis?“ die Wichtigkeit der Apotheke als Hauptpartner auf

dem Weg zur Förderung eines verantwortungsvollen Selbstmedikationsmarkts wider.

Über die IGEPHA

Die Interessengemeinschaft österreichischer Arzneimittelhersteller und Depositeure (IGEPHA) wurde 1967 gegründet. Sie vertritt Unternehmen, die rezeptfreie Arzneimittel und Gesundheitsprodukte herstellen, vertreiben und bewerben. Ihre Mission liegt in der Imagesteigerung der Selbstmedikation in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen sowie in der Förderung der persönlichen Verantwortung für die eigene Gesundheit. Derzeit zählt die IGEPHA etwa 70 ordentliche und außerordentliche Mitglieder.

IGEPHA
The Austrian Self-Medication Industry

Was hat sich in den letzten zwei Dekaden im Pharmamarketing verändert?

VON DI (FH) ELENA BERTOLINI

MARKETINGMIX
BAROMETER
2010

Der Wandel der Zeit hat auch vor dem Pharmamarketing nicht haltgemacht. Neue Marketingtrends überschwemmen die Branche und „veraltete“ Instrumente verlieren zunehmend an Bedeutung. Auch 2010 gibt das Marketingmix-Barometer Auskunft über Tendenzen und Neuerungen im Bereich Pharmamarketing und zeigt in einer direkten Gegenüberstellung die Veränderungen von 1990 bis 2010 auf.

Expertenmeinung ist gefragt

Wir haben erfahrene Experten dazu befragt, welche Instrumente des Pharmamarketings für sie ganz oben auf der Rangliste stehen und welche Marketingwege man besser nicht einschlagen sollte. Wie gut kommen neue Marketingtrends bei den Fachleuten an? Haben Internet und E-Mail ihre besten Zeiten schon hinter sich? Oder sind sie die Gewinner der letzten Jahre? Ist der Außendienst nach wie vor ungeschlagen auf Platz eins oder könnte dem Klassiker unter den Marketingmodulen im Jahr 2010 der Rang abgelaufen werden?

Ungeschlagene Favoriten und große Verlierer – 1990 und 2000 im Vergleich

Bereits in den Jahren 1990 und 2000 gab es eine Auswertung der Marketinginstrumente, um die Veränderungen in der Branche innerhalb einer Dekade aufzuzeigen. So sehr auch neue Trends und Module versuchten, sich ihren Weg zum optimalen Marketingmix zu bahnen, so deutlich offenbarte sich der König unter den Marketinginstrumenten: Ungeschlagen an der Spitze war sowohl 1990 als auch 2000 der Pharmaaußendienst, dicht gefolgt von Kontakten mit Meinungsführern. PR für die

Bevölkerung in Massenmedien landete im Jahr 2000 auf Platz drei, während die damaligen Neuzugänge Internet und E-Mail eher die hinteren Ränge besiedelten und der große Durchbruch auf sich warten ließ. Eine untergeordnete Rolle spielten für den Marketingmix sowohl 1990 als auch 2000 Telefonmarketing sowie Kunst- und Kulturmarketing.

2010 ist alles anders?!

In diesem Jahr wird das Marketingmix-Barometer erneut mittels einer Umfrage unter Pharmaexperten evaluiert. Derzeit liegt die Auswertung des 1. Quartals vor. Die wichtigsten Zutaten für einen optimalen Marketingmix sind seit nunmehr zwei Jahrzehnten der Pharmaaußendienst und die Kontakte mit Meinungsführern. PR für Ärzte wurde im Jahr 2010 ebenfalls wichtiger und sicherte sich im Ranking einen Platz unter den Top drei. Als neues Instrument ging heuer Lobbying ins Rennen um die begehrten Plätze im Marketingmix-Barometer und nahm prompt Platz vier ein. Ein Trend hin zu Interessenvertretung und Politik ist demnach deutlich spürbar. Das Internet belegt auch nach einem Jahrzehnt nur den mittleren Rang. Diese Tatsache kann im Bereich Pharmamarketing auf strikte Regulierungen und rechtliche Beschränkungen zurückzuführen sein. Das neu eingeführte Guerilla-Marketing (Motto „geringer Mitteleinsatz – große Wirkung“) erreicht nur Platz 20 und wird in der Pharmabranche noch als unwichtig empfunden. Kunst- und Kultursponsoring rangiert nach zwei Jahrzehnten immer noch auf dem letzten Platz und scheint als Modul für den optimalen Marketingmix kaum Bedeutung zu haben.

Zwischenstand Q1 2010

MARKETINGINSTRUMENTE	RANG		
	1990*	2000**	2010***
Außendienst (Pharmaberater)	1	1	1
Kontakte mit Meinungsführern	2	2	2
PR für Ärzte, Entscheidungsträger im medizinischen Bereich	8	6	3
Lobbying	–	–	4
Direct Mails – Informationen an den Arzt, Musteranforderung, Werbebriefe	7	7	5
Klassische Werbung in Fachzeitschriften	3	5	6
Sponsoring von Kongressen, Fachveranstaltungen etc.	5	9	7
Sponsoring von Instituten, Sozialprojekten, Forschungsprojekten	9	11	8
Feldstudien/Marketingstudien	4	8	9
Direct Marketing – laufender schriftlicher Dialog mit dem Arzt	6	4	10
PR für die Bevölkerung in Massenmedien, z. B. Zeitschriften, Magazinen	11	3	11
Internet	–	10	12
Eventmarketing für Ärzte	–	–	13
E-Detailing (Produktschulungen etc.)	–	–	14
E-Mail	–	12	15
Digitale Medien: CD-ROM/DVD	–	14	16
Klassische Werbung via TV/Hörfunk/Plakat	13	13	17
Telefonmarketing	14	16	18
PR/Berichte über das Unternehmen, die wirtschaftliche Aspekte darstellen	12	15	19
Guerilla-Marketing (SMS, Blogs, YouTube, ...)	–	–	20
Videofilme/Tonbandkassetten	10	17	21
Kunst- und Kultursponsoring	15	18	22

* 1990: Rang 1 bis 15 | ** 2000: Rang 1 bis 18 | *** 2010: Rang 1 bis 22 (Zwischenstand Q1 2010) – in dem Jahr nicht erfasst

ES GEHT WEITER!

Das Marketingmix-Barometer wird in den kommenden Periskop-Ausgaben weiter fortgesetzt – wir freuen uns auf Ihre Rückmeldung:
Welldone GmbH, Werbung & PR
z. Hd. Frau Mag. (FH) Susanne Flo, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien
Per Telefon: 01/402 13 41-15 | Per Fax: 01/ 402 13 41-18 | Per E-Mail: s.flo@welldone.at



„So stark das Internet und die damit verbundenen Möglichkeiten für die Werbung und Kommunikation in fast allen Bereichen des Lebens Einzug gehalten haben, so wenig Platz nimmt es nach wie vor im Pharmamarketing ein. Dies liegt mit Sicherheit vor allem an den vorgegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Trotzdem glaube ich, dass die Bedeutung des Internets auch im Pharmamarketing zunehmen wird.“

Mag. Philipp Bode, Roche Austria GmbH

„Informations- und Aufklärungskampagnen sind im Bereich des Impfwesens ein essenzieller Bestandteil, um das Impfbewusstsein zu steigern und hohe Durchimpfungsraten in der Bevölkerung zu erzielen. Die Durchführung von Impfungen ist eine der effektivsten primären Präventionsmaßnahmen, die uns heute zur Verfügung stehen. Durch Aufklärung und Information (z. B. PR für die Bevölkerung) über die Wirksamkeit von Impfungen kann sich einerseits der Einzelne vor Infektionskrankheiten, die durch Impfungen vermeidbar sind, schützen und andererseits können bei breiter Durchimpfung der Bevölkerung Infektionskrankheiten ausgerottet oder eingedämmt werden (z. B. Pocken, Polio).“

Mag. Renée Gallo-Daniel, GlaxoSmithKline Pharma GmbH



„Professionelles Kundenbeziehungsmanagement ist der wesentliche Werttreiber in einem wettbewerbsintensiven Verordnungs- und Empfehlermarkt. Neue Technologien können die Kommunikationseffizienz erhöhen, den engagierten Einsatz eines motivierten Außendienstes aber niemals ersetzen. Der Außendienst wird in Zukunft mehr denn je eher als Konzeptberater denn als Produktbewerber tätig sein.“

Mag. Maria Häuslmayer, Wyeth Lederle Pharma GmbH – ein Unternehmen der Pfizer-Gruppe

„Der Außendienst und der Kontakt zu Meinungsführern haben bis jetzt einen sehr hohen Stellenwert eingenommen und werden das auch in Zukunft tun und die Basis erfolgreicher Arbeit sein. Doch auch Direct Mails sind über die Jahrzehnte eine unverzichtbare Konstante, wenn es um den ausgewogenen Mix von Maßnahmen in der Werbung geht. Und das nicht ohne Grund, denn interessant gestaltet, gelingt es mit diesem Instrument in prägnanter, aber auch emotionaler Form, Kernbotschaften zur Zielgruppe zu transportieren und bei dieser zu verankern. Besonders die neue Art des elektronischen Mailings – E-Detailing – wird in der Zukunft sicher weiter an Bedeutung gewinnen.“

DI Thomas Horn, ALK-Abelló Allergie-Service GmbH



„Der regelmäßige Kontakt zu Meinungsführern ermöglicht unter anderem eine bessere Beurteilung des eigenen Angebots. Nicht zuletzt tragen Meinungsführer kraft ihres Seins wesentlich dazu bei, neue Standards für eine optimale medizinische Versorgung von Patienten zu setzen. Das Ergebnis des Marketingmix-Barometers bestätigt sehr eindrucksvoll die über die Jahre hinweg gleichbleibend wichtige Rolle der Meinungsführer.“

Irene Schwarz, Mundipharma Ges.m.b.H.



UNIV.-PROF. DR. BERNHARD SCHWARZ
LEITER DES INSTITUTS FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE
UND VORSTAND DER KARL LANDSTEINER GESELLSCHAFT

„Wir wollen keine versteinerten Strukturen“

VON DI (FH) ELENA BERTOLINI

Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwarz ist Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomie und Vorstand der Karl Landsteiner Gesellschaft. Im Periskop-Interview spricht er über die Wichtigkeit des Gemeinsamen und darüber, warum exzellente Forschung nicht ohne eine gewisse Dynamik stattfinden kann.

P: Mit Karl Landsteiner trägt die Gesellschaft einen berühmten Namen. Durch welche herausragenden Forschungsleistungen wurden die einzelnen Institute dem Namen bisher gerecht?

Schwarz: Die Karl Landsteiner Gesellschaft beheimatet eine Reihe sehr junger Institute. Dem berühmten Namen werden die Einrichtungen durch ihre Forschungsleistungen gerecht, wie

sich den letzten Jahresberichten sehr gut entnehmen lässt. Entscheidend sind die Persönlichkeiten, die eng mit der Gesellschaft verbunden sind und über Jahre gute Forschungsleistungen erbracht haben. Ein wichtiger Aspekt für uns ist es natürlich, Forschungsmittel zu lukrieren. Ein gemeinnütziger Verein wie die Karl Landsteiner Gesellschaft bietet dafür eine sehr gute Ausgangssituation. Die Gesellschaft vereint viele Fachbereiche.

Die Bandbreite umfasst alle wesentlichen Gebiete der Medizin einschließlich Public Health. Von einigen Instituten sind auch in erheblicher Anzahl exzellente Publikationen in renommierten Fachzeitschriften veröffentlicht worden. Diese stammen sowohl aus der Grundlagen- als auch aus der anwendungsorientierten Forschung. Für die Zukunft haben wir einige Ideen, wie wir die Arbeit der Gesellschaft hinsichtlich des Forschungsausgangs noch optimieren können. Ein ganz wesentlicher Aspekt ist hier, dass Qualität vor Quantität geht. Derzeit umfasst die Gesellschaft etwa 50 Institute, eine Größenordnung, die wir auch in Zukunft beibehalten wollen. Die guten Forschungsleistungen sind nur deshalb so wenige Jahre nach der Gründung der Gesellschaft möglich, weil die Mitarbeiter erfahrene Fachkräfte sind, die bereits bei der Gründung eines Instituts sehr viel Know-how einbringen. Gelegentlich wurden einzelne Institute aber auch schon geschlossen, die Einrichtungen sind nichts Statisches.

P: Sie sind seit 2005 Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomie. Würden Sie uns bitte Ihr Institut beschreiben. Wie viele Institute gehören der Gesellschaft an? Wie gut ist die Zusammenarbeit bzw. der Erfahrungsaustausch zwischen den Instituten sowie zwischen den Instituten einerseits und den Entscheidungsträgern des österreichischen Gesundheitssystems andererseits?

Schwarz: Mein Institut beschäftigt sich mit dem Gebiet der Gesundheitsökonomie, das dem Public-Health-Bereich zuordenbar ist. Grundsätzlich muss man in der Gesundheitsökonomie zwei Aufgabenbereiche unterscheiden. Der erste umfasst mikroökonomische Evaluierungen, also die Beurteilung innovativer medizinischer Leistungen hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit. Im Detail bedeutet dies, diagnostische oder therapeutische Maßnahmen hinsichtlich der Relation von einer Investition zum gesundheitlichen Nutzen zu bewerten. Wenn mit einem relativ geringen Zusatzaufwand ein großer Zusatznutzen erreicht wird, wird die Wirtschaftlichkeit als gut beurteilt. Der zweite Bereich behandelt makroökonomische Evaluierungen, darunter versteht man vor allem die Struktur und Organisation von Gesundheitssystemen. Dieser ist als Forschungsbereich zu sehen, der mit institutionellen Vertragspartnern, beispielsweise den Sozialversicherungen und anderen öffentlichen Einrichtungen, in Zusammenhang steht.

Der Erfahrungsaustausch zwischen den Instituten ist zum Teil sehr gut, hat aber natürlich immer Optimierungsbedarf. Wir sind eine sehr junge Gesellschaft, in der sich viele Forscher mit überschneidenden Tätigkeitsfeldern gefunden haben. Forschung ist kompetitiv, es ist daher zu erwarten, dass auch Konkurrenzüberlegungen im Raum stehen, die Kooperationen beeinträchtigen.

Aber für das Gesamtergebnis ist es sehr wichtig, Kräfte zu bündeln und gemeinsame Zielsetzungen zu finden. Dieser Aspekt ist eine unverzichtbare Voraussetzung, um Topforschungsleistungen zu erbringen. Gemeinsame Forschungsplattformen werden sich auch bei uns durchsetzen, einzelne Institute haben bereits enge Kooperationen etabliert, die aus gegenseitigem höchstem Vertrauen entstanden sind.

Die Kommunikation mit Vertretern des Gesundheitssystems findet vonseiten des Vorstands der Karl Landsteiner Gesellschaft statt. Die Vertreter der verschiedenen Institutionen sind zum Teil direkt im Vorstand vertreten oder werden regelmäßig über unsere Aktivitäten informiert. Dies betrifft vor allem den Raum Wien und Niederösterreich, wo die meisten Institute beheimatet sind und die Gesellschaft ihre Tätigkeit in erster Linie entfaltet. Hier gibt es auch gute Verbindungen zu den Krankenhäusern sowie zur Politik. Die Akzeptanz der Gesellschaft hängt natürlich von den erbrachten Leistungen ab. Diese sind ein wesentlicher Schlüssel für Gespräche mit öffentlichen Einrichtungen. Weiters veranstaltet die Gesellschaft Tagungen und Seminare, zu denen auch Vertreter des öffentlichen Bereichs eingeladen werden. Einmal monatlich veranstalten wir auch ein gesundheitspolitisches Forum mit dem renommierten Managementberater Othmar Hill, im Zuge dessen ein intensiver Gedankenaustausch mit Spitzenvertretern verschiedener Interessengruppen aus dem Gesundheitssystem stattfindet.

P: Beschreiben Sie uns bitte Ihren Aufgabenbereich.

Schwarz: Abgesehen von der Leitung des Instituts für Gesundheitsökonomie bin ich Mitglied des Vorstands der Karl Landsteiner Gesellschaft. Zum einen habe ich dort die Evaluierung einzelner Institute durchzuführen, zum anderen bin ich seit etwa einem Jahr für den Bereich Öffentlichkeitsarbeit verantwortlich. Um als Gesellschaft wahrgenommen zu werden, muss man die erbrachten Leistungen bekannt machen. Etwa fünf Jahre nach der Gründung ist dafür ein guter Zeitpunkt. Vorrangiges Ziel ist es, öffentliche und private Institutionen als Unterstützer für unsere Forschungsarbeit zu gewinnen. Weiters wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit auch eine Art Selbstreflexion durchgeführt, eine Profilbildung nach innen, um die gemeinsamen Tätigkeiten an die jeweiligen Herausforderungen anzupassen. Vor Kurzem hat es erstmals eine systematische Befragung der Institutsleiter gegeben. Befragt wurde etwa ein Drittel unserer Institutsleiter, jene, die bereits von Beginn an der Gesellschaft angehören. Dabei wurde unter anderem erfasst, was die wesentlichsten Intentionen und Vorstellungen der einzelnen Institutsleiter sind, um zu versuchen, gemeinsam die zukunftsreichsten Wege zu finden.

P: Wie ist die Gesellschaft organisiert? Wie werden die einzelnen Institute finanziert?

Schwarz: Die Karl Landsteiner Gesellschaft ist ein gemeinnütziger Verein. Es gibt neben einem Vorstand auch einen wissenschaftlichen Beirat unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Hildegunde Piza, der mit der Aufgabe betraut ist, zukunftssträchtige Forschungsthemen zu entwickeln. Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Evaluierung, die von Univ.-Prof. Dr. Eugen Hauke koordiniert wird. Operativ entfaltet die Gesellschaft ihre Tätigkeit über die Institute. Erste geplante Cluster fokussieren auf die Themen adipoasoziierte Erkrankungen und Onkologie. Wir haben unterschiedliche Expertise auf diesen Gebieten, daher liegt die Stärke in der Entwicklung gemeinsamer fachübergreifender Schwerpunkte.

Eine wesentliche Säule in der Finanzierung sind die Mitglieder der Gesellschaft, also die Institute selbst. Wir haben sehr geringe Overheadkosten für die einzelnen Institute, die aber doch zu einem großen Teil die Finanzierung der Dachgesellschaft ermöglichen. Weiters gibt es öffentliche Förderer wie etwa den Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds oder den Wiener Krankenanstaltenverbund und diverse private Firmen. Das Sponsoring erfolgt zum Teil in Form von Sachleistungen, etwa durch Überlassung von Büroräumlichkeiten. Sponsorenakquisition ist ein laufender Prozess, der entsprechend gepflegt werden muss.

Die Gesellschaft zeichnet sich durch eine schlanke Organisation aus. Der Dachverband benötigt – abhängig vom administrativen Aufwand – ein Budget von etwa 100.000 Euro pro Jahr, eine geringe Summe im Vergleich zu den Mitteln, die in der Gesellschaft direkt in die Forschung fließen. Nur in wenigen Institutionen gibt es eine derart gute Input-Output-Relation. Diese Tatsache will die Gesellschaft weiterhin als ihr Markenzeichen erhalten.

P: Welche Voraussetzungen muss ein Institut erfüllen, um Mitglied der Gesellschaft werden zu können? Kann ein Institut nach der Aufnahme wieder aus der Gesellschaft ausgeschlossen werden?

Schwarz: Voraussetzung für die Aufnahme ist ein Vorstandsbeschluss. Es gibt klare Richtlinien, welche die Antragsteller erfüllen müssen. Unser Ziel ist die Gründung von Instituten mit gutem Potenzial. Die zu erwartende Forschungsleistung muss adäquat sein, Antragsteller müssen nachweisbare Qualifikationen aufweisen. Evaluiert wird dies anhand ihrer bisherigen Publikationen, eine Literaturliste wird daher jedem Antrag beigelegt. Überdies müssen ein Forschungskonzept mit Forschungsschwerpunkt sowie ein Finanzierungsplan vorgelegt werden. In der Regel bringen die Gründer die entsprechenden Geldmittel ein.

Es ist sehr wichtig, dass wir eine lebendige Organisation bleiben. Wir müssen uns laufend an die Gegebenheiten anpassen. Die Eröffnung und Schließung der Institute sind ein permanenter Prozess. Wir wollen keine versteinerten

Strukturen. Die Dynamik ist auch dadurch bedingt, dass wir gute Forscher ans Ausland verlieren oder in Aussicht genommene Forschungsschwerpunkte nicht realisiert werden können. Natürlich könnten auch Gründe wie vereinschädigendes Verhalten zur Schließung eines Instituts führen, dies ist aber die absolute Ausnahme. Ziel ist, dass der Vereinszweck insgesamt bestmöglich erfüllt ist, was nur durch einen laufenden Anpassungsprozess möglich ist.

P: Wie wird die Qualität der in den einzelnen Instituten erbrachten Forschungsleistungen evaluiert und sichergestellt?

Schwarz: Wir führen in der Gesellschaft alle drei Jahre eine Evaluierung der Institute durch. Gemeinsame Ziele sollen bestimmt werden. Reflektiert wird, welche Ziele erreicht wurden und, wenn sie nicht erreicht wurden, woran das liegen könnte. Danach werden neue Ziele für die nächste Dreijahresperiode gesetzt. Unser Evaluierungsbeauftragter Univ.-Prof. Dr. Eugen Hauke setzt und koordiniert die Leitlinien, die Evaluierung selbst erfolgt in Zusammenarbeit mit anderen Vorstandsmitgliedern. Die Gesellschaft hat dafür ein schlankes Procedere mit einem vernünftigen Zeitrahmen erarbeitet. Effekte sollen nicht nur unmittelbar für die einzelnen Institute spürbar sein, sondern auch für die gesamte Karl Landsteiner Gesellschaft. Dazu werden zwei Gutachter von außen bestimmt. Letztlich wird gemeinsam entschieden, welche Ziele erreicht wurden und welche für die Zukunft angepeilt werden. Dazu gehört auch die institutsübergreifende Kooperation.

P: Wo sehen Sie Ihre Ziele für die Gesellschaft in den nächsten fünf Jahren?

Schwarz: Ein Hauptziel wird es mit Sicherheit sein, die positive Startphase in ein übergeordnetes Gemeinsames zu führen. Die Gesellschaft besteht aus vielen guten Instituten, in denen hervorragende Forschungskräfte tätig sind. In den nächsten Jahren wollen wir dieses Potenzial für gemeinsame Ergebnisse bestmöglich nutzen. In naher Zukunft wird sich auch der Vorstand verändern. Von unseren bisherigen Spitzenrepräsentanten sind die Erwartungen an die nächste Generation groß. Die Anzahl der Institute halte ich im derzeitigen Aus-

maß für vernünftig, in den nächsten Jahren werden aber sicherlich noch einige hinzukommen. Weiters kann man überlegen, den Aktionsbereich, der derzeit auf Wien und Niederösterreich beschränkt ist, auszudehnen. In jedem Fall aber lautet unser Credo weiterhin Qualität vor Quantität. Das Spektrum an Themenbereichen ist in der Karl Landsteiner Gesellschaft sehr groß. Vorrangig geht es jetzt aber darum, die Kräfte zu bündeln. Unsere Hauptthemen mit dem größten Potenzial, chronische Erkrankungen wie adipoasoziierte Leiden und Onkologie, werden in Zukunft noch wichtiger werden und das Gesundheitssystem sicherlich bewegen. Für die nahe Zukunft planen wir daher, spezifische Forschungscluster zu etablieren. Ziel dieser Cluster ist es, Partikularinteressen einzelner Institute mit übergeordneten Zielen der Gesellschaft in Einklang zu bringen.

P: Wo sehen Sie die größten zukünftigen Herausforderungen für das österreichische Gesundheitssystem aus der Sicht Ihrer Fachdisziplin beziehungsweise der Gesellschaft?

Schwarz: Bei unserem Gesundheitssystem geht es darum, die Organisationsstruktur an heutige Erfordernisse anzupassen. Es herrscht ein dichtes Netz an Versorgungsleistungen, laufend werden Investitionen getätigt. Die vorhandenen Mittel müssen aber bestmöglich für das Gesundheitssystem genutzt werden. Durch große Partikularinteressen ist die Umsetzung eines Strukturwandels eine nahezu unüberwindbare politische Hürde, die aber gemeistert werden muss. Das Gesundheitssystem ist ein sehr personalintensiver Dienstleistungsbereich. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten im Gesundheitssektor wird stärker in den Fokus rücken müssen, ebenso wie deren Motivation, um den Drop-out möglichst gering zu halten und das vorhandene Leistungspotenzial zu nutzen. Das gilt nicht nur für Ärzte, sondern besonders auch für den Pflegebereich.

P: Liegen zukünftige Herausforderungen auch im zunehmenden Alter der Bevölkerung?

Schwarz: Mit Sicherheit. Die höhere Lebenserwartung ist vorrangig durch mehr Wohlstand bedingt. Die Gesundheitsversorgung kommt danach an zweiter Stelle. Wohlstand bedeutet aber auch, dass Geldmittel für Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen, sofern die Akzeptanz in der Bevölkerung gegeben ist. Auch Änderungen in der Sozialstruktur werden uns in Zukunft stärker beschäftigen. Familie als soziales Netz wird weiter in den Hintergrund treten. Diese Tatsache bedeutet einiges an Herausforderungen, die berücksichtigt werden müssen. Besonders wichtig ist es auch, dass unser Gesundheitssystem stark beitragsfinanziert ist. Es stellt sich also die Finanzierungsfrage vor allem für die Kassen, und damit ist auch deren zukünftige Rolle im Gesundheitssystem in Diskussion. Bis vor Kurzem hatte ich den Eindruck, dass die Sozialversicherungen in ihrer Bedeutung eher zurückgestuft werden sollen, da sie ja chronisch unterdotiert wurden. Es sollte – im Sinne aller Beteiligten – in jedem Fall gelingen, eine länderübergreifende einheitliche Versorgungsstruktur zu schaf-



fen. Auf dem Verkehrssektor ist dies bereits gelungen und ich kann mir vorstellen, dass das auf dem Gesundheitssektor ähnlich funktionieren kann. Nachdem wir eines der reichsten Länder der Welt sind, ist die Finanzierungsfrage stark von der politischen Willensbildung abhängig. Es hängt also damit zusammen, inwieweit die Bevölkerung mit der Versorgung zufrieden ist und ob die Qualität der Leistungen den Vorstellungen der Menschen entspricht. Ist die Akzeptanz in der Bevölkerung groß, wird die Entscheidung der Politik, mehr Geld fließen zu lassen, einfacher sein.

Bio Box Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwarz:

Bernhard Schwarz ist seit 2005 Vorstand des Instituts für Gesundheitsökonomie der Karl Landsteiner Gesellschaft. Nach der Promotion zum Doktor der gesamten Heilkunde im Jahr 1984 wurde er Professor am Institut für Sozialmedizin der Universität Wien und später Leiter des Gesundheitszentrums der UniCredit Bank Austria. Weiters ist der gebürtige Wiener Obmann der Plattform Gesundheitsökonomie, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Präsident der Krebshilfe Niederösterreich und Finanzreferent im Bundesvorstand der Österreichischen Krebshilfe.

46861993 A0720 A0721

**WIR
DURCHSCHAU
JEDEN!**



Newsletter



City-Lights und U-Bahnplakate



Anzeigen

Diagnostik plus plus Welldone!

WELLDONE GESTALTET EINEN NEUEN AUFTRITT FÜR DIAGNOSTIK PLUS.

Die Wiener Werbeagentur Welldone wurde von Diagnostik plus, einem Institut für bildgebende Diagnostik mit der Konzeption von Kommunikations- und Werbemaßnahmen beauftragt. Diese Maßnahmen sollen das Institut noch stärker als Kompetenzzentrum für Digitales Röntgen, Mammographie, Ultraschall, Computertomographie und Magnetresonanztomographie in den Köpfen der zuweisenden Ärzteschaft und ihrer Patienten verankern.

So wurde bei Diagnostik plus mit der Übersiedlung an den neuen Standort im 14. Wiener Gemeindebezirk im Juli 2008 die Umstellung zu einem „filmlosen“, volldigitalisiertem Institut vollzogen. Alle erzeugten Aufnahmen können seither gespeichert und elektronisch kommuniziert werden. Höchste Qualitätsstandards sichern rasche und zuverlässige Diagnosen.

Im Zuge der Übersiedlung wurden auch die infrastrukturellen Voraussetzungen für Fortbildungsveranstaltungen und Seminare geschaffen, in denen laufend über aktuelle radiologische Methoden berichtet und diskutiert werden soll.

Mit einem aufmerksamkeitsstarken Key Visual im Look eines Röntgen-Bildes und der provokant strahlenden Headline „Wir durchschauen jeden!“ sorgt die Welldone für einen starken, prägnanten Auftritt des Diagnostik-Instituts.

Zum Einsatz kommt das neue Visual im ersten Step auf City Lights, auf Werbetafeln in ausgewählten U-Bahnstationen sowie im neuen Diagnostik plus Newsletter, der laufend über Neuigkeiten aus dem Institut und der Welt der bildgebenden Diagnostik informieren wird.

Diagnostik plus plus Welldone, das ergibt Aufmerksamkeit.

CREATIVE HEAD: Sonja Huber | CREATIVE DIRECTION: Kurt Moser | GRAFIK/PRODUKTION: Natascha Windpassinger, Alexander Svec | FOTOGRAF: Johannes Zinner | HEAD OF ACCOUNTS: Mag. (FH) Birgit Bernhard | BERATUNG: Mag. (FH) Susanne Flo

Neulich las ich Lobeshymnen in der Zeitung der Welldone zu Zertifizierungen im Gesundheitsbereich. Dies ist insofern interessant, als die letzten Ergebnisse zu diesem Thema in den renommierten Medizinzeitschriften wie „New England Journal of Medicine“ mehr als ernüchternde Ergebnisse brachten. Da wurde der Outcome von durchstrukturierten medizinischen Pfaden studiert. Das Ergebnis:

Gedanken zur Qualität in der Medizin

UNIV. PROF. DR. KASPAR SERTL
GRUPPENDYNAMIKTRAINER UND SYSTEMISCHER ORGANISATIONSBERATER

Fast alle Ärzte erreichen die vorgegebenen Ziele, was erstaunlich ist, weil es sich nur um die Dokumentation handeln kann, da es ausgeschlossen erscheint, dass 1) alle Ärzte alles richtig machen und 2) dass Patientinnen und Patienten es zulassen, dass alle vorgesehenen Maßnahmen an ihnen durchgeführt werden. Das Ergebnis ist also mehr als unglaublich. Noch interessanter ist allerdings, dass sich das, was gemeinhin als soziale Kontaktaufnahme oder Kommunikation angesehen wird, signifikant verschlechtert hat. Ein interessantes Ergebnis: Die Dokumentation nimmt zu, zeigt eine Verbesserung und der soziale Kontakt nimmt ab – und angebracht ist das gut!

„Wir müssen von der Überdokumentation wegkommen.“

Damit sind wir mitten im Problem. Eine nicht unbeträchtliche Schuld daran tragen die Juristen, genauer die Richter der Höchstgerichte. Sie haben eingeführt, dass nur das zählt, was dokumentiert ist, daher haben wir jetzt vieles dokumentiert, was nicht stattfindet – siehe oben. Wir sollten uns doch immer wieder in Erinnerung rufen, dass die Gesundheitsberufe soziale Berufe sind, es geht also um Kontakt, um Kommunikation, Zuhören, dem Patienten helfen, eine Entscheidung zu finden etc. Daneben geht es darum, technische Fähigkeiten anzuwenden und diese auch zu haben. Man muss sich aber klar darüber sein, dies ist im Vergleich zum Sozialen sehr einfach, weil in Algorithmen zu pressen, und danach ist zu handeln. Kommunikation aber geht nicht nach Vorschriften, sondern verlangt hohe Flexibilität und „Teflon um die Seele“, um das Unglück managen zu können und nicht daran zu zerbrechen. Also die Balance zu finden zwischen Empathie und notwendiger Entschlossenheit (also nicht vor Mitleid zu zergehen, da das nicht hilfreich ist) im Sozialen. Das ist die wahre schwere Aufgabe, die zu erlernen und täglich zu bewältigen ist. Es geht darum zu kommunizieren, gute Kommunikation gibt es nicht, denn ist ein Konflikt eine schlechte Kommunikation? Die Diskussion um gute Kommunikation ist ausschließlich eine Machtfrage, wer darf hier entscheiden, was gute Kommunikation ist? Vor allem Patientenanwälte glauben, sich diese zuschreiben zu müssen! Eines ist sicher, das kann man in kein Zertifizierungsschema pressen.

Dass die Total-Quality-Management-(TQM-)Systeme nicht das bringen, was sie vorgeben, ist seit ihrer Einführung bekannt. Einer ihrer Gründer hat von Beginn an ihre Effizienz infrage gestellt. Warum werden sie doch vom Management gerne gepusht? Welche Vorteile erwartet sich die Führung davon? Zumeist ist wahrzunehmen, dass es ein Versuch ist zu kontrollieren. Nun ist zumindest aus konstruktivistischer und systemischer Sicht der Wunsch nach Kontrolle unerfüllbar. Ja schlimmer, je mehr Kontrolle, umso eher werden die Mitarbeiter geschult, wie sie der Kontrolle entkommen. Es wird versucht, eine Nullfehlerpolitik zu implementieren, was dazu führt, dass Fehler als solche nicht mehr vorkommen, damit sie nicht geahndet werden können. Es muss Nullkatastrophenpolitik eingeführt werden, was beinhaltet, dass Fehler passieren können. Manchmal muss man nämlich eine als Fehler definierte Handlung setzen, um eine Katastrophe zu verhindern. Also fahren Sie über eine doppelte Sperrlinie, um einen Unfall zu verhindern, auch wenn dies klar als Fehler

definiert ist. Mit der Gegensteuerung bei der Implosion des Atommeilers von Three Mile Island wurde sehr spät begonnen, weil der Ingenieur vom Tage fand, dass keine Katastrophe vorliege, da diese im Handbuch (Zertifizierung!) anders definiert sei. Soweit zu theoretisch/ praktischen Überlegungen.

Wenn ich also mit Kontrolle die Situation eher verschlechtere, was wäre der Gegenvorschlag? Wir müssen von der Überdokumentation wegkommen. Alle reden davon, tragen aber ständig dazu bei, sie zu erhöhen. Ein Handbuch als Ergebnis einer Zertifizierung ist tote Dokumentation. Fragen Sie doch einfach einmal nach, wer weiß, was darin steht. Nicht einmal die Teilnehmer des Zertifizierungsprozesses wissen es, geschweige denn die neu Eingetretenen. TQM hat den großen Nachteil, dass dabei zu scharfe Grenzen gezogen werden, das heißt, die Mitarbeiter fühlen sich damit nicht mehr für das Gesamtsystem verantwortlich. Nach K. Weick ist das beste Mittel



Sie müssen den Mitarbeitern die Chance nehmen, mittels Checklisten den Kontakt zu den Patientinnen und Patienten zu reduzieren. Diese sind zwar „abgehakt“, aber was ist wirklich passiert? Wurde ausreichend gesprochen? Zertifizierungen sind sehr dokumentationslastig, sehr teuer und kosten viele Mitarbeiterstunden, die natürlich vom Patientenkontakt abgezwickelt werden, sie gaukeln vor, dass jetzt Qualität passiert, und induzieren bei Mitarbeitern, dass ihnen nun nichts passiert. Alles sehr gefährliche Dinge. In Beraterkreisen ist eigentlich klar, dass Zertifizierungen keine Qualität bringen. Also wieso tun wir das?

Das neue Schlagwort (und ich lege darauf Wert, dass es kein Allheilmittel ist, aber aus theoretischen Gründen deutlich besser) ist High-Reliability-Organisation nach K. Weick. Das sind nämlich Krankenhäuser, vor allem Notfallstationen und Intensivstationen, sowie Atommeiler und Flugzeugträger, die besonders wenig Katastrophen produzieren. Die Wirtschaft nimmt sich dieses



im Risk-Management, die Kommunikation zu erhöhen. Jede Checkliste macht genau das Gegenteil. Besonders schlecht sind zum Beispiel zertifizierte Kfz-Werkstätten, weswegen ich solche, wenn immer es geht, meide. Das Ziel ist im täglichen Geschäft – vor allem im Gesundheitsbereich –, die Kommunikation zu erhöhen, Visiten, interdisziplinäre Besprechungen, Fortbildungen, fachliche und soziale, Patientenbesprechungen. Da Kommunikation immer Missverständnis ist, können Sie Lösungen nur vorantreiben, wenn Sie versuchen, die Missverständnisse immer wieder zu thematisieren.

Schlagwort derzeit sehr zu Herzen und versucht, es umzusetzen, und zwar mit der Begründung, dass ihre eigenen TQMs nichts gebracht haben. Die Krankenhäuser sind Vorbilder für die Wirtschaft! Auch in der Organisationswissenschaft versuchen die Forscher, auf den in der Medizin verwendeten Prozess der „Evidence-based Medicine“ umzusteigen.

Wie Sie sehen, aus der Sicht eines Praktikers wird TQM vor allem als Behinderung erlebt und er wünscht sich Vereinfachung und nicht Verkomplizierung mittels überbordender Bürokratie.

Der Personal-Drug-Reminder: durch Technik zu mehr Gesundheit

gentlich darauf. Doch gerade bei chronischen Erkrankungen und multimorbiden Patienten ist es für einen optimalen Therapieverlauf wesentlich, dass die verordnete Medikation regelmäßig und zu den entsprechenden Zeiten eingenommen wird. Der vom Austrian Institute of Technology (AIT) entwickelte Personal-Drug-Reminder (PDR) soll die Betroffenen nun mit modernster Technologie optimal in der Supervision der Medikamenteneinnahme unterstützen.

Am 21. September 2009 veranstaltete club lebenszeit® – ein Gesundheitsförderungsprogramm der VAMED-KMB – die Abschlusspräsentation zu dem PDR-Evaluierungsprojekt, das in Kooperation mit dem innovativen Entwickler des Personal-Drug-Reminders, dem Austrian Institute of Technology (AIT), durchgeführt wurde. Die Motivation für die Entwicklung eines Personal-Drug-Reminders sieht die AIT in einer Therapieoptimierung für chronisch Kranke und alte Menschen. So können durch die Entwicklung neuartiger Methoden und Werkzeuge medizinische Diagnostik und Therapie wesentlich verbessert werden. Ziel ist es, mit derartigen elektronischen Hilfsmitteln Fehlanwendungen zu vermeiden bzw. eine frühzeitige Erkennung von möglichen Fehlentwicklungen in der Therapie möglich zu machen. Dafür ist eine Vielzahl von Informationen über den betreuten Patienten notwendig. Um dies zu gewährleisten, arbeitet der PDR mit der Near-Field-Communication-(NFC-)Technologie. Diese ermöglicht eine drahtlose Datenübertragung auf kurzer Strecke. Nach der Annäherung des Handys zum intelligenten Paneel knüpft sich automatisch die Verbindung an und der Handybenutzer bestätigt die Daten. NFC unterstützt den Austausch verschiedener Informationen wie beispielsweise Uhrzeit der Medikamenteneinnahme oder Befinden des Patienten. Die Daten werden intuitiv erfasst und ermöglichen eine elektronische Kommunikation zwischen Arzt, Patient und betreuender Krankenanstalt. Das innovative, benutzerfreundliche System bietet viele Vorteile: Durch die übersichtliche Datenerfassung und den durchgehenden Austausch zwischen Arzt und Patient kann die Therapie optimiert werden und dem Patienten können auch ohne direkten persönlichen Kontakt medizinische Hilfeleistungen geboten werden. Beispielsweise können automatische Erinnerungsnachrichten an den Patienten verschickt werden, wenn dieser vergessen hat, seine Medikamente einzunehmen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass 80 Prozent der Testpersonen, vor allem jene, die auf Erfahrungen im Umgang mit technischen Geräten zurückgreifen können, die Nutzung des PDR als einfach und hilfreich empfinden. Derzeit arbeitet das AIT an weiteren Entwicklungen wie etwa einer flexibleren Erinnerungsfunktion, um den PDR hinsichtlich der bedarfsgerechten und benutzerfreundlichen Anwendung zu optimieren. Über das österreichische Gesundheitssystem soll der Personal-Drug-Reminder künftig jenen Menschen zugutekommen, die ihn für einen optimalen Behandlungsprozess brauchen.

Ein in der Praxis immer wieder auftretendes Thema von chronisch kranken Menschen sowie Menschen im fortgeschrittenen Alter ist die regelmäßige Medikamenteneinnahme. Ein Drittel der Patienten vergisst ge-

„Über das österreichische Gesundheitssystem soll der Personal-Drug-Reminder künftig jenen Menschen zugutekommen, die ihn für einen optimalen Behandlungsprozess brauchen.“

club lebenszeit®

Seit Anfang 2007 steht die Informationsplattform club lebenszeit® den über 900 Mitarbeitern der VAMED-KMB für die Bereiche Soziales, Gesundheit, Technik und Recht zur Verfügung. Der club lebenszeit® soll als Gesundheitsförderungsprogramm die soziale Verantwortung eines Unternehmens gegenüber seinen Mitarbeitern zum Ausdruck bringen und versteht sich als Informationsdrehscheibe mit dem Ziel, Menschen in Lebenszeit-Fragen zu unterstützen.



VAMED eröffnet im Burgenland ein innovatives Zentrum für onkologische Rehabilitation



Jedes Jahr wird laut Statistik Austria bei rund 36.000 Österreichern eine Krebserkrankung festgestellt. Aufgrund der Vorsorge und dank des Fortschritts bei Diagnose und Therapie steigen die Heilungs- und Überlebenschancen. Schätzungen von Fachleuten zufolge benötigen jährlich rund 7000 bis 8000 Betroffene eine spezielle Nachbetreuung. Psychoonkologische Behandlungsmethoden und komplementärmedizinische Zusatzbehandlungen – also interdisziplinäre Ansätze – gewinnen dabei zunehmend an Bedeutung. Die VAMED hat den wachsenden Bedarf an onkologischen Rehabilitationseinrichtungen erkannt und den traditionellen burgenländischen Heil- und Kurort Bad Sauerbrunn um eine Gesundheitseinrichtung namens „Der Sonnberghof“ mit dem Schwerpunkt onkologische Rehabilitation bereichert. Am 19. März war die feierliche Eröffnung.

Hochrangige Experten und Vertreter der Politik sowie die interessierte Bevölkerung aus Bad Sauerbrunn und Umgebung waren geladen, um der offiziellen feierlichen Eröffnung des „Sonnberghofs“ beizuwohnen. Der „Sonnberghof“ ist ein Ort der Ruhe und Geborgenheit. Speziell während oder nach einer Krebstherapie soll der Aufenthalt in dieser Umgebung den Betroffenen helfen, die Ruhe, Kraft und Lebensfreude wiederzufinden, und ihnen so die Rückkehr in den Alltag erleichtern. Der Philosophie des „Sonnberghofs“ entsprechend, wird jeder Gast so wahrgenommen, wie er ist, und kann selbst erleben und erfahren, was ihm gut tut. Dabei werden die Gäste von einem erfahrenen Team aus Ärzten, Psychotherapeuten, Psychoonkologen, Physiotherapeuten und Diätologen begleitet und betreut.

Bei der Konzeptierung und Umsetzung des Projekts hat VAMED auf starke Partner wie die MEDICAL UNIVERSITY OF VIENNA INTERNATIONAL GmbH gesetzt. Univ.-Prof. Dr. Christoph Wiltzschke von der Medizinischen Universität Wien betonte in einer Wortspende, dass die onkologische Rehabilitation in Österreich noch in den Kinderschuhen stecke. Der „Sonnberghof“ sei ein wichtiger Schritt, um dem vermehrten Bedarf gerecht zu werden.

Die Präsenz der Krebschilfe mit der 42. Beratungsstelle in den Räumlichkeiten des neu errichteten „Sonnberghofs“ in Bad Sauerbrunn wertet das Angebot für Patienten zusätzlich auf. Im Rahmen der Feierlichkeiten wurde der Schlüssel zum Büro der Krebschilfe übergeben. Prim. Dr. Wilfried Horvath, Präsident der Burgenländischen Krebschilfe, übernahm ihn dankend und betonte, wie wichtig der „Sonnberghof“ sei, denn nach einer Krebstherapie waren Betroffene bisher ohne fremde Hilfe dagestanden. So sei es beispielsweise bei orthopädischen Patienten eine Selbstverständlichkeit, dass diese nach der Therapie eine Rehabilitation erhalten würden. Das Verständnis dafür, dass auch Krebspatienten einer Rehabilitation bedürfen, habe



bis dato gefehlt. Die Eröffnung des „Sonnberghofs“ sei daher eine wichtige Initiative, um die Idee der onkologischen Rehabilitation in den Köpfen der Bevölkerung und

der Entscheidungsträger zu verankern. Der burgenländische Landeshauptmann Hans Niessl, sein Stellvertreter Mag. Franz Steindl sowie der Bürgermeister von Bad Sauerbrunn, Gerhard Hutter, betonten auch die wirtschaftliche Bedeutung des „Sonnberghofs“ für die Region Bad Sauerbrunn. Durch das Projekt sei in der Gegend eine Vielzahl an Arbeitsplätzen geschaffen worden. Es trägt darüber hinaus dazu bei, dem Burgenland als erstem Bundesland die Trendumkehr am Arbeitsmarkt zu ermöglichen und es zudem weiterhin als „Wohlfühliland“ zu positionieren.

Für einen unterhaltsamen Ausklang der Veranstaltung sorgte Publikumsliebling Karlheinz Hackl. Der selbst von einer Krebserkrankung betroffene und mittlerweile genesene Schauspieler gab Auszüge seines Soloprogramms „Lachen ist gesund“ zum Besten. Anschließend hatten die Festgäste, aber auch die Bevölkerung Gelegenheit, sich bei einer Führung durch den „Sonnberghof“ ein umfassendes Bild von der Architektur und den vielen liebevollen Details der Einrichtung zu machen.

Ein Haus der VAMED Gruppe

Der „Sonnberghof“ wird von der VAMED AG geführt. Im Jahr 1982 gegründet, hat sich die VAMED AG zum international führenden Gesamtanbieter für Krankenhäuser und andere Einrichtungen im Gesundheitswesen entwickelt. In 50 Ländern hat der Konzern bereits knapp 500 Projekte realisiert.

Die VAMED deckt mit ihrem Angebot sämtliche Gesundheitsbereiche von Wellness & Prävention über die Akutversorgung und Pflege bis zur Nachsorge und Rehabilitation ab. Das Portfolio reicht von der Projektentwicklung sowie der Planung und der schlüsselfertigen Errichtung über Instandhaltung, technische, kaufmännische und infrastrukturelle Dienstleistungen bis hin zur Gesamtbetriebsführung in Gesundheitseinrichtungen. Darüber hinaus ist die VAMED mit VAMED Vitality World der größte Betreiber von Thermen- und Gesundheitsresorts in Österreich. Mit derzeit rund 3000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hat die VAMED Gruppe 2009 rund 618 Mio. Euro umgesetzt, 18 Prozent mehr als im Jahr davor.

Im Burgenland ist die VAMED bereits mit dem Gesundheitszentrum Bad Sauerbrunn, der St. Martins Therme und Lodge sowie den Pflegeheimen Neudörfel und Oberpullendorf vertreten. Mit dem neuen „Sonnberghof“ in Bad Sauerbrunn hat die VAMED ein weiteres Projekt in diesem Bundesland und gleichzeitig ein innovatives Vorzeigeprojekt für ganz Österreich im Bereich der Rehabilitation von Krebspatienten geschaffen.



Was ist besser als bei Medikamenten zu sparen?

MIT MEDIKAMENTEN ZU SPAREN.

Innovative Medikamente haben eine besondere Wirkung: Sie heilen nicht nur Menschen, sondern auch das Gesundheitssystem. Denn sie können Krankheiten vorbeugen, Behandlungen verkürzen und sogar Operationen überflüssig machen. So gesehen sind neu entwickelte Medikamente oft die günstigste Lösung – und eine gute Antwort auf die Probleme des Gesundheitssystems. Wenn Sie weitere Fragen zum modernen Gesundheitswesen haben: Wir geben Ihnen klare Antworten unter www.pharmig.at

PHARMIG
Klare Antworten.