

# periskop

AUSGABE 45, SEPTEMBER 2010

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



■  
**„POLITIK IST DAS  
BOHREN HARTER  
BRETTER“**

LANDESHAUPTMANN VON OBER-  
ÖSTERREICH DR. JOSEF PÜHRINGER

---

**FOCUS BUNDESLÄNDER TIROL**

**„MEDIZIN IST TEAMWORK“**  
INTERVIEW MIT DR. JOSEF NIEDERMOSE,  
PRÄSIDENT DER ÄRZTEKAMMER  
FÜR OBERÖSTERREICH

# „Kick it like Pöndorf!“

Nachdem die WM in Südafrika endlich vorbei ist, ist es hoch an der Zeit, sich wieder den wirklich wichtigen Dingen im Fußball zuzuwenden. Genauer gesagt, dem talentierten Nachwuchs in Pöndorf, jener beherzten kleinen Kickergemeinde im Herzen Oberösterreichs.

36 Buben und Mädchen im Alter zwischen 5 und 12 Jahren spielen derzeit in Pöndorf



Fußball. Ab dem Jahrgang 2000, spricht der U10, wird Meisterschaft gespielt. Und in dieser Altersklasse waren die Jungkicker aus Pöndorf (bester Torschütze: Ömer Simser) eine Klasse für sich - sie konnten die Saison als hervorragender Vizemeister beenden!!! Die U12-Meisterschaft wurde in einer Spielgemeinschaft mit Lochen und

Schneegattern gespielt - und auch wenn die Luft in dieser Altersstufe natürlich schon dünner wird - so erreichten die Jungs aus Pöndorf (bester Goalgetter: Jonathan Riedl) dennoch den ausgezeichneten 4. Platz! Den Jungstars wie auch dem Obmann der Union, Josef Breitwimmer und dem ganzen Stab an engagierten Betreuern gebührt großer Dank und ein herzhaftes „Hier regieren die Pöndorfer!“



**Tabelle Vöcklabruck U10 Frühjahr 2010**

Rang	Mannschaft	Spiele	S	U	N	Torverhältnis	Punkte
1	Gmunden	12	9	2	1	83:28	29
2	Union Pöndorf	12	7	4	1	44:28	25
3	Mondsee	12	7	2	3	56:34	23
4	Altmünster	12	7	2	3	52:34	23
5	Kammer	12	7	1	4	50:43	22
6	Vöcklabruck SC	12	6	3	3	43:27	21
7	Frankenburg	12	6	2	4	55:36	20
8	Steyrermühl	12	5	1	6	46:35	16
9	Attergau	12	4	2	6	39:55	14
10	Traunkirchen	12	4	1	7	31:37	13
11	SPG Zell-Moos/Oberhofen	12	2	2	8	42:66	8
12	Attnang	12	1	2	9	24:70	5
13	Zell am Pett	12	1	0	11	10:82	3

**Tabelle OÖ Regionsliga West U 12**

Rang	Mannschaft	Spiele	S	U	N	Torverhältnis	Punkte
1	Braunau FC	10	9	1	0	44:12	28
2	SV Josko Ried	10	7	0	3	49:10	21
3	Altheim	10	6	3	1	31:11	21
4	SPG Schneeg./Lochen/Pöndorf	10	6	2	2	27:17	20
5	SPG Oberberg/Reichersb.	10	6	1	3	23:19	19
6	Riedau A	10	4	3	3	36:28	15
7	Andorf	10	4	3	3	11:18	15
8	Raab	10	2	1	7	16:32	7
9	Neuhofen i.l.	10	2	0	8	10:35	6
10	SPG Esternberg/Vichtenst.	10	1	0	9	6:41	3
11	Taufkirchen/Pr.	10	0	2	8	7:37	2



## Leserstimmen:



# EDITORIAL

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Wir hoffen, Sie hatten einen erholsamen und urlaubsreichen Sommer und können sich nun mit voller Kraft auf neue Herausforderungen konzentrieren. Die Veränderungen des Herbstbeginns bringen für uns und das österreichische Gesundheitssystem – mit den Neuwahlen in den Bundesländern Wien und Steiermark – auch neue politische Chancen und Möglichkeiten mit.



Ein langjähriger Politikroutinier stand uns für das Coverstory-Interview zur Verfügung: Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer – er ist auch für die Gesundheitsagenden des Landes verantwortlich – erläutert den „oberösterreichischen Weg“ der Gesundheitspolitik und verdeutlicht einmal mehr, warum diese seines Erachtens auch immer Arbeitsmarktpolitik sei.

Ebenso berichten wir über unsere Aktivitäten beim Forum Alpbach, die wieder für Diskussionen und ausreichend Gesprächsstoff unter den anwesenden hochkarätigen Experten sorgten. Anlässlich eines Hintergrundgesprächs in Alpbach diskutierten namhafte Vertreter der Politik, Wirtschaft und Medizin über die Folgen von chronischen Krankheiten am Beispiel der Osteoporose. Ganz im Zeichen von Alpbach stand diesmal auch die Reihe „Focus Bundesländer“, in der die Tiroler Gesundheitsexperten Rede und Antwort standen.

AM PLUS ist eine neue Initiative für Allgemeinmedizin. Die Gründungsmitglieder Dr. Erwin Rebhandl und Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier erläutern Ziel und Zweck der Vereinsgründung im Blattinneren. Eine der traditionsreichsten medizinischen Gesellschaften Österreichs ist die Van Swieten Gesellschaft. Durch eine Neupositionierung soll die Funktion der Gesellschaft als Bindeglied zwischen Medizinern und der forschenden pharmazeutischen Industrie erweitert werden. Präsident Prim. Univ.-Prof. Dr. Alexander Rokitsky und andere prominente Mitglieder nehmen dazu Stellung.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre und einen erfolgreichen Herbst.

Ihr

**Hanns Kratzer und Robert Riedl**

## Das erwartet Sie in der nächsten Periskop-Ausgabe:

Die Reihe „Focus Bundesländer“ betrachtet das Bundesland Kärnten und stellt die dort tätigen Persönlichkeiten im Gesundheitswesen vor. Außerdem führen wir ausführliche Interviews mit Dr. Joachim Buttgerit, General Manager der Novo Nordisk Pharma GmbH und den Oberösterreichischen Nachrichten in der Reihe: Gesundheit in TV, Radio, Print und Internet. PERI Consulting GmbH veranstaltet diesen Herbst und Winter abermals interessante Workshops, beispielsweise zum Thema Erstattungsbedingungen. Einen ersten Bericht über die herbstliche Seminarreihe gibt es in der Dezember-Ausgabe. Außerdem berichten wir über das PERI Charity Awareness Event „Brennpunkt Darm – Tabuthema Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen (CED)“, zu dem wir im August ein Wettrennen der etwas anderen Art veranstalteten.

## INHALT

„Kick it like Pöndorf!“ .....	2
Leserstimmen .....	2
Editorial, Zur Sache, Impressum .....	3
Coverstoryinterview mit Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer .....	4
Interview mit Mag. Franz Kiesl, Ressortdirektor OÖGKK .....	6
Interview mit Dr. Peter Niedermoser, Präsident der Ärztekammer Oberösterreich .....	8
Nachlese der Diskussion: Die Zukunft des Impfwesens .....	10
Disease-Management Diabetes: Apotheken bringen Mehrwert in die Diabetikerbetreuung .....	11
Interview mit Dr. Andreas Grassauer, Geschäftsführer der Marinomed GmbH.....	12
Kolumne MR Dr. Walter Dörner .....	13
Alpbacher Sommergespräche .....	14
AM PLUS – die neue Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit .....	16
Interview mit Univ.-Doz. Dr. Raimund Weitgasser, Präsident der ÖDG .....	18
UPDATE Europe .....	19
Rückblick: Erstes HTA-Symposium .....	20
Rückblick 32. Welldone Lounge .....	21
Van Swieten Gesellschaft: Von der Wissenschaft für das Leben .....	24
Interview mit Mag. Ulla Konrad, Berufsverband Österreichischer PsychologInnen .....	26
Burden of Illness Osteoporose .....	28
Kommentar Dr. Jan Oliver Huber .....	29
Interview mit Univ.-Prof. Dr. Ingomar Mutz, ÖGK für Gesundheit .....	30
IGEPHA .....	32
Nachlese: Lunch Forum Alpbach .....	33
Focus Bundesländer Tirol .....	34
Interview mit Dr. Sven Sauer, Generalsekretär FOPI .....	38
Interview mit Dr. Martin Grubinger, Geschäftsführer Cegedim Dendrite .....	40
Marketingmix-Barometer .....	43

## IMPRESSUM

**Verleger und Eigentümer:** PERI Consulting GmbH, **Herausgeber:** Mag. Hanns Kratzer; **Geschäftsführung:** Mag. Hanns Kratzer, Lazarettgasse 19/4, 1090 Wien; **Redaktionsanschrift:** Lazarettgasse 19/4, 1090 Wien, Tel.: 01/4021341-0, Fax: DW 18, E-Mail: pr@welldone.at; **Autoren:** Elena Bertolini, Walter Dörner, Jan Oliver Huber, Elisabeth Kranawetvogel, Kurt Moser, Alexander Schauflinger, Sabine Sommer; **Art Direktion:** Dieter Lebesch; **Grafik:** Sonja Huber, Mag. Isabelle Lampaert, Alexander Svec; **Fotos:** Klinser (8), Jansenberger (1), Kaser (14), Milletich (57), Pfluegl (18), Plattner (10), Privat (1), Riedl (7), Riess (4), Thaler (1); **Lektorat:** Ursula Sorz; **Litho und Druck:** Edelbacher Druck GmbH, 1180 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.

## Zur Sache Die Mühen der Ebene...



Der Vertrag zwischen der Österreichischen Ärztekammer und der Versicherung der Gewerblichen Wirtschaft ist unter Dach und Fach. Die Präsidenten Leitl und Dörner haben persönlich den Schlussstein zu diesem Vertrag gelegt. Eine Arbeitsgruppe – besetzt von beiden Vertragsparteien – versucht nun, diesen Vertrag Realität werden zu lassen.

Erstmals wurde ein Vertrag konzipiert, der Zielvereinbarungen zwischen Patienten und Ärzten vorsieht, und bei Erreichen dieser einen Bonus von bis zu zehn Prozent bei den Selbstbehalten für die SVA-Versicherten ermöglichen soll.

Unternehmer, Bauern und Eisenbahner zahlen beim Arztbesuch einen prozentuellen Anteil (Selbstbehalt) des Arzthonorars. ASVG-Versicherte zahlen nichts, sondern deren Selbstbehalte sind beschränkt auf Medikamente, Heilbehelfe und Hilfsmittel, Kuren und Rehabilitationen. Daher kann ein solches Modell bei den Gebietskrankenkassen nicht eingeführt werden, außer der Gesetzgeber würde für ASVG-Versicherte zusätzliche Selbstbehalte einführen. Das ist aber nicht zu befürchten, denn keine politische Partei würde derzeit solch ein Ansinnen auf ihre Fahnen heften und das ist auch gut so, denn die Gesundheitsexperten wissen längst, dass Selbstbehalte im Gesundheitssystem keine geeigneten Lenkungsinstrumente sind, sondern eher der Ungerechtigkeit Tür und Tor öffnen.

Der Streit zwischen ÖÄK und SVA basierte darauf, da die Honorare für die Vertragsärzte bei den ASVG-Versicherten bzw. den Gebietskrankenkassen deutlich unter jenen der Sonderversicherungsträger liegen und die SVA den Versuch unternahm, ihre Honorare denen der Gebietskrankenkassen anzugleichen, was zu deutlichen Einkommenseinbußen bei den Vertragsärzten der SVA geführt hätte. Beide Präsidenten zogen in diesem Konflikt die Reißleine und somit wurde eine vertraglose Zeit verhindert. Ein Sprichwort sagt aber: „Aufgeschoben ist nicht aufgehoben“ und damit ist dieser nicht ausgetragene Konflikt prolongiert.

Dass es aber auch anders geht – nämlich auf Basis eines gemeinsamen Verstehens und gemeinsam gewollter Veränderung – beweisen derzeit die Ärztekammer für Wien und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau.

Beide haben sich entschlossen ein Projekt aufzusetzen, das es chronisch Kranken – Diabetikern – ermöglicht, ihre Daten (Blutzucker, Gewicht usw.) elektronisch ihrem Hausarzt zur Verfügung zu stellen, damit dieser mittels Rückmeldung auf das Mobiltelefon seines Patienten – wenn medizinisch notwendig – rascher als bisher in die Therapie eingreifen kann.

Diese Vorgehensweise sollte eigentlich bereits „State of the Art“ sein, doch um solch ein Projekt in die Gänge zu bringen, bedarf es großer technischer Vorbereitungsarbeit, ein Schulungszentrum für die Patienten mit versierten Trainern, viele Stunden an gemeinsamer Diskussion, schließlich muss ein Vertrag zwischen Krankenkasse und Ärztekammer verhandelt werden, und die Überzeugung, dass man gemeinsam die Situation für Diabetiker verbessern möchte. Einen Vorteil hat aber auch das Gesundheitssystem: Durch besser überwachte und dadurch schnellere Therapien können viele Folgeerkrankungen wie zum Beispiel diabetischer Fuß, Erblindung oder Gefäßzerstörungen verhindert oder deutlich verlangsamt werden und in Zukunft bedeutende Kosten eingespart werden. Den eigentlichen Vorteil haben der Patient und der behandelnde Arzt, da der Arzt seine Therapieerfolge wesentlich genauer als bisher beobachten und steuern kann.

Alle diese Hürden wurden von der Ärztekammer und der VAEB gemeistert, das Projekt geht demnächst in die Umsetzung. Die Diabetiker wurden und werden bereits auf diese Technik geschult, was jetzt noch fehlt, sind Ärzte, die auch bereit sind, an diesem zukunftsweisenden Projekt mitzuarbeiten.

Hier gibt es anscheinend noch einige Hürden für die Krankenkasse und die Landesvertretung, die es zu überwinden gilt. Der Run der niedergelassenen Ärzte an diesem Projekt mitzumachen hält sich derzeit in Grenzen, obwohl sich der ausverhandelte Tarif für diese Leistung sehen lassen kann und die Ärzte – die Technik macht es möglich – eine wesentliche Arbeitserleichterung bekommen, da alle Daten in vorgefertigten Bildschirmmasken klar erkennbar sind. Kein mühevoll Übertragen von handgeschriebenen Daten der Patienten in die Datei des Arztes mehr, sondern „echte“ Daten mittels Browser am Bildschirm des Allgemeinmediziners.

Diese Technik und die positive Zusammenarbeit zwischen VAEB und Ärztekammer für Wien ermöglicht auch die immer wieder von Allgemeinmedizinern geforderte Aufwertung des Hausarztes und berücksichtigt auch ökonomisch die erbrachte medizinische Leistung.

Es wäre sehr schade, wenn die Wiener Allgemeinmediziner diese Chance nur ungenügend nutzen würden. Wäre es doch Wasser auf die Mühlen jener Kritiker, die die Meinung vertreten, dass zuerst ans eigene Honorar gedacht wird und erst in zweiter Linie an die Patienten.

Sollte dieses Projekt von den Allgemeinmedizinern nur ungenügend oder langsam angenommen werden, kann der Ärztekammer und der Krankenversicherung in diesem Fall kein Vorwurf gemacht werden. Beide haben sich in sehr guter Zusammenarbeit bemüht, für ihre Mitglieder und Versicherten eine Verbesserung herbeizuführen.

Herzlichst Ihr

*Nestor*

# „Politik ist das Bohren harter Bretter“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

Seit 15 Jahren ist Dr. Josef Pühringer Landeshauptmann von Oberösterreich, seit 2009 verantwortet er auch die Gesundheit des Landes. Im Periskop-Interview zieht der oberösterreichische Landesvater Bilanz über seine bisherige Tätigkeit, spricht über die Spitalsreform, Gerechtigkeit bei den Krankenkassen sowie den aufkommenden Medizinerangel und erklärt, wie Oberösterreich versucht, hier gegenzusteuern.

**P:** Den Bundesländern wird immer wieder der Vorwurf gemacht, sich dringend notwendigen Reformen zu verweigern. Die Spitalsreform in Oberösterreich zeigt anderes ...

**Pühringer:** Oberösterreich zeigt, dass es im eigenen Verantwortungsbereich entsprechende Maßnahmen setzt bzw. sich mit konkreten Reformvorschlägen einbringt. Die Spitalsreform ist alternativlos. Derzeit betragen die Gesamtkosten rund 1,7 Milliarden Euro für unsere Spitäler. Wenn wir diese Entwicklung unbeeinflusst weiterlaufen lassen, sind wir in zehn Jahren bei 2,7 Milliarden Euro angelangt. Dieser Betrag wird nicht mehr zu finanzieren sein. Es ist besser, rechtzeitig zu bremsen, bevor es zu spät ist. Daher durchforsteten wir unser Spitalssystem erstens auf die Abläufe hin und zweitens auf mögliche Synergieeffekte. Wir wollen keine Standorte schließen. Denn das hätte regionalpolitisch große Auswirkungen. In den Landbezirken zählen die Spitäler zu den größten Arbeitgebern und sind auch diejenigen, die in der Region die meiste Wertschöpfung schaffen.

**P:** Sie sind einer der wenigen, die sagen, dass Gesundheitspolitik auch Arbeitsmarktpolitik ist ...

**Pühringer:** Natürlich. Alleine mit den Fondskrankenhäusern in Oberösterreich sind über 20.000 Arbeitsplätze verbunden. Aber man darf auch die Kostenentwicklung nicht aus den Augen verlieren. Unser Ziel ist es, flächendeckend eine bestmögliche medizinische Versorgung im ganzen Land zu haben. Und dass der medizinische Fortschritt und die flächendeckende Betreuung auf höchstem Niveau auch langfristig finanzierbar bleiben.

**P:** Letztendlich auch die Wohn- und Nahversorgung?

**Pühringer:** Ja, auch die Wohn- und Nahversorgung. Natürlich kann nicht jedes Regionalkrankenhaus ein Kompetenzzentrum für alles sein. Hier gilt es, Veränderungen durchzuführen. Denn wer alle Standorte garantiert, kann nicht zugleich den Fortbestand aller Abteilungen gewährleisten. Sonst wäre es ja keine Spitalsreform und es würde kein Kostendämpfungspotenzial entstehen. Unser Ziel ist es, das Anwachsen der Kosten zu verringern.

**P:** Ist das Ihr politisches Ziel?

**Pühringer:** Oberstes Ziel ist es, in einer zunehmend alternden Gesellschaft die medizinische Spitzenversorgung flächendeckend sicherzustellen, mit dem medizinischen Fortschritt Schritt zu halten und das menschliche Umfeld weiterhin zu gewährleisten. Zur Sicherstellung der zukünftigen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens ist es daher erforderlich, neuerlich Kostendämpfungspotenziale zu definieren und umzusetzen. Aber mir ist klar, dass wir das mit Bettenzahlen alleine nicht bewirken werden. Nur mit Effizienzsteigerung und mit Sparmaßnahmen am Medikamentensektor werden wir diese Dämpfung nicht erreichen. Das heißt, wir müssen an den Strukturen arbeiten. Denn nur Strukturänderungen sind nachhaltig. Daher wird es zur Zusammenlegung von Abteilungen kommen. Wir werden in Versorgungsgebieten von ein und derselben Disziplin nicht mehr vier oder fünf Alternativen, sondern nur noch zwei oder drei anbieten können.

**P:** Wie wird diese Auswahl getroffen werden und wie sehen hier die ersten Schritte aus?

**Pühringer:** Dazu wird eine Expertenkommission eingesetzt. Deren erster Schritt wird es sein, sich mit den Verantwortlichen der Spitäler zusammensetzen und diese nach ihren Vorstellungen zu fragen. Denn wir wollen alle Spitäler miteinbeziehen. Die Spitalsreform soll unter Berücksichtigung aller Beteiligten im oberösterreichischen Gesundheitswesen stattfinden. Wir laden daher die Mitarbeiter der oberösterreichischen Fondskrankenanstalten, alle Player im Gesundheitswesen unseres Bundeslandes als auch die interessierte

Bevölkerung ein, sich aktiv am Reformprozess zu beteiligen. Auf der Homepage des Landes Oberösterreich unter <http://www.land-oberoesterreich.gv.at/thema/spitalsreform> können von 1. Juli bis 31. August 2010 Ideen und Vorschläge direkt eingetragen werden. Die Expertenkommission wird sich anschließend mit diesen Ideen auseinandersetzen. Dieser Schritt wird bis Mitte 2011 dauern. Anschließend werden die Ergebnisse der Expertenkommission an die Politik weitergegeben, dann ist diese an der Reihe. Dieser Prozess wird natürlich kein Sonntagsspaziergang sein, denn jeder wehrt sich gegen Veränderungen. Niemand muss jedoch um seinen Arbeitsplatz fürchten, denn ich gebe eine Arbeitsgarantie – allerdings keinen Versetzungsschutz. Das heißt, ich erwarte von den Mitarbeitern eine gewisse Flexibilität. Aber niemand wird aufgrund der Spitalsreform seinen Arbeitsplatz verlieren.

**P:** Thema Kassen und Ausgleichsfonds: Sie haben hier einige Vorschläge eingebracht, wie Sie das in Oberösterreich angehen möchten.

**Pühringer:** Unser Land ist nicht nur Nettozahler, sondern Draufzahler. Denn eine einfache Saldierung der Ein- und Auszahlungen in den Ausgleichsfonds in der Zeit von 1961 bis 2008 zeigt, dass auf der einen Seite Wien der große Nutznießer und auf der anderen Seite Oberösterreich der große Verlierer dieses Fonds ist. Wien erhielt in diesem Zeitraum 611 Millionen Euro mehr aus dem Fonds, als seine Kasse einbezahlt hatte, und Oberösterreich erhielt um 283 Millionen Euro weniger zurück, als es einbezahlt hatte. Wir haben eine sehr wirtschaftlich geführte Gebietskrankenkasse. Sie bilanzierte im vergangenen Jahr nur deshalb negativ, weil die Ausgleichszahlungen an die anderen Bundesländer so hoch waren. 2010 wird die vorbildlich agierende Oberösterreichische Gebietskrankenkasse sogar das größte Minus der neun Länderkassen einfahren. Durch den Ausgleichsfonds wird sie zum Zahlmeister für chronisch reformresistente und daher defizitäre Länderkassen. Aus diesem Grund habe ich auch das schärfste Mittel des Föderalismus in Bewegung gesetzt, das ist die Verfassungsklage, und ich hoffe, dass der Ver-

sungsgerichtshof unseren Überlegungen folgt und das Kassensanierungspaket aufhebt. Um die mit den Ausgleichszahlungen verbundenen Ungerechtigkeiten dauerhaft zu beseitigen, schlägt die ÖVP eine Neustrukturierung der Krankenkassen vor. Anstatt der bisher rund zwei Dutzend Kassen sollen autonome Bundesländerkassen

geschaffen werden. Gleichzeitig soll auch der Ausgleichsfonds abgeschafft werden. Oberösterreich ist nicht mehr länger bereit, laufend für den Krankenkassenausgleich zu sorgen, wenn etwa die Wiener Gebietskrankenkasse nach wie vor höhere Honorare bezahlt und nur unzureichende Reformen durchführt. Im Gegensatz dazu hat die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse in den letzten Jahren große Anstrengungen zur Kostendämpfung unternommen, obwohl sie vor einigen Jahren selbst in einer wirtschaftlich schwierigen Situation gewesen ist.

**P:** Noch einmal zum Wien-Oberösterreich-Vergleich: Wien ist eine Großstadt mit vielen Universitäten und einer hohen Facharztdichte. Angebot schafft Nachfrage. Heißt das, man müsste in Wien auch in die Versorgungsstrukturen eingreifen?

**Pühringer:** Der Rechnungshof drückt in seinem letzten Bericht sehr deutlich aus, dass es in Oberösterreich weit weniger niedergelassene Fachärzte gibt als in anderen Bundesländern. Das ist auch zum Teil ein Grund für die Wirtschaftlichkeit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse. Aber eines ist schon klar, nämlich dass die Oberösterreicher nicht laufend horrenden Summen in den Ausgleichsfonds zahlen, ohne dass die Wiener ihre Strukturen, den Leistungskatalog und die Tarife verändern.

**P:** Das heißt, lang gewachsene Strukturen müssten hier aufgebrochen werden ...

**Pühringer:** Politik ist das Bohren harter Bretter mit Leidenschaft und Weitblick, dafür braucht man die nötige Geduld. Wenn man von einem Weg überzeugt ist, darf man nicht davon abweichen. Wenn uns jetzt der Verfassungsgerichtshof Recht gibt, haben wir schon viel erreicht. Mein Ziel ist es, für Oberösterreich Gerechtigkeit zu erhalten.

**P:** Der extramurale Bereich ist, was die Fachärzte betrifft, etwas unterbesetzt und daher findet eine Forcierung des Spitals statt ...

**Pühringer:** Solange der extra- und der intramurale Bereich nicht aus einem Topf finanziert werden, gleicht das System einem Verschiebebahnhof. Um es zu ändern, müssen Leistungen dort erbracht werden, wo sie medizinisch hingehören und wo sie ökonomisch am sinnvollsten sind. Da das Angebot im niedergelassenen Bereich sehr gering ist, verlagern wir zurzeit sehr viel in den Spitalssektor hinein. Deswegen haben wir auch international gesehen weit höhere Spitalskosten und -belegstage.

**P:** Die Österreichische Ärztekammer hat dieser Tage beschlossen, den Hausarzt zu stärken, damit dieser zum „Manager“ des Patienten wird ...

**Pühringer:** Die Stärkung des Haus- bzw. Landarztes ist ganz in meinem Sinne. Sie funktioniert jedoch nur dann, wenn genügend niedergelassene Fachärzte vorhanden sind. Denn wenn ich ausreichend Fachärzte habe, kann ich auch verlangen, dass diese in einem gewissen Rotationsprinzip am Freitagnachmittag, Samstag und Sonntag Dienste erbringen, also zu Zeiten, an denen die Menschen sonst in die Spitalsambulanzen gehen würden. Der Landarzt ist der Gesundheitsmanager für die Bevölkerung und er muss die Entscheidung zwischen niedergelassenem Facharzt oder Spital treffen. Für den Facharzt kann er sich jedoch nur entscheiden, wenn es davon auch genügend gibt.

**P:** Sie haben bei einer Ihrer letzten Veranstaltungen gesagt, dass Prävention das Wichtigste ist. Sollte man diese nicht aufwerten, damit sie mehr gelebt werden kann?

**Pühringer:** Wer krank ist, muss geheilt werden, das steht außer Frage. Aber noch besser ist es, gar nicht krank zu werden. In puncto Prävention sind schon einige Projekte am Laufen, aber wir müssen auch noch weitere entwickeln. Wichtig ist es, bei den Kindern und der Jugend anzusetzen. Denn dort kann ich noch einen anderen Lebensstil, ein besseres Leben verankern als bei 60-jährigen Menschen, die in ihren Gewohnheiten eingefahren sind. Das heißt, es muss in der Schule und im Kindergarten begonnen werden. Vernünftige Ernährung, ausreichend Bewegung und Schlaf, das sind Dinge, die sehr einfach umzusetzen sind.

**P:** Wobei die Ernährung, die uns angeboten wird, nicht immer die beste ist. Das Angebot an Junk-Food, Kebab, Pommes frites hat sich in den letzten Jahren vervielfacht ...

**Pühringer:** Ich will keinem seine Burenwurst oder seine Pommes frites nehmen, aber es soll daneben eine entsprechend vitaminreiche Kost geben. Wenn wir Prävention im Kindergarten und in den Schulküchen implementieren, können Kinder unter anderen Ernährungsbedingungen aufwachsen. Deswegen ist dort der richtige Ansatzpunkt. Wir müssen zusehen, dass wir in Kindergärten und Schulen mit dem Thema Gesundheit hineinkommen. Dabei geht es mir nicht darum, dass „Zahnputzfeen“ und Diätassistentinnen einmal pro Jahr in die Schule kommen und einen Vortrag halten, sondern dass die Lehrer und die Erzieher, die jeden Tag mit den Kindern und Jugendlichen arbeiten, ganz selbstverständlich diese Vermittlungstätigkeit hin zu einem vernünftigen Lebensstil wahrnehmen. Ich denke, dass darin eine große Chance liegt.





**P:** Stichwort Medizinuniversität Linz. Wie ist hier Ihr Standpunkt?

**Pühringer:** Ich kämpfe dafür, weil es notwendig ist. Wenn sich die Ausbildungssituation nicht ändert, bekommen wir in den nächsten zehn Jahren einen Ärztemangel. Die Medizinerjahrgänge sind dünner als die vorigen. Die Patienten werden aber mehr, da auch die Menschen älter werden. Diese Schere geht auseinander. Wir haben das in unseren Spitälern untersucht. Das Ergebnis zeigt, dass wir, um das derzeitige Niveau halten zu können, Ausbildungsstätten und eine Medizinuniversität benötigen. Wir werden daher dem Bund im Herbst ein Mitfinanzierungsangebot von Linz und Oberösterreich für die ersten Jahre unterbreiten.

**P:** Der Weg vom Medizinstudenten bis hin zum einsatzbereiten Arzt ist ja bekanntlich ein langer ...

**Pühringer:** Ja, der Weg ist lange. Deswegen müssen wir so schnell wie möglich starten. Denn der Mediziner ist erst nach ca. zehn Jahren fertig ausgebildet. Wenn wir 2012 anfangen, haben wir 2022 die ersten voll einsatzfähigen Ärzte. Berechnungen zeigen aber, dass wir sie bereits ab 2017 bzw. 2018 dringend benötigen werden. Jedes Jahr, in dem keine Entscheidung über die Errichtung einer Medizinuniversität in Oberösterreich getroffen wird, ist daher ein verlorenes Jahr.

**P:** Wenn Sie Ihre 16 Jahre als Landeshauptmann Revue passieren lassen, was waren dabei Ihre persönlichen Meilensteine?

**Pühringer:** Der größte Meilenstein ist, dass wir beim Arbeitsmarkt zur Nummer eins aufgestiegen sind. Das liegt daran, dass wir eine gute Industrie und einen guten Mittelstand haben. Wir haben in unserem Bundesland beste Rahmenbedingungen für das Wirtschaften geschaffen. Ein Highlight war auch der Ausbau des Universitätsstandorts Oberösterreich. Damit ergibt sich eine Doppelprofilierung als Land der Industrie und Wirtschaft und zugleich als Land der Wissenschaft, Künste und Kultur. Wissenschaft, Kunst und Kultur schlagen sich mit dem Bau des Musiktheaters und der Bruckneruniversität zu Buche. Diese Doppelprofilierung ist für mich ganz entscheidend. Weitere zentrale Punkte sind die Schaffung des Fachhochschulwesens sowie die Generalerneuerung der Spitallandschaft in Oberösterreich.

**P:** Sie sind seit 2009 auch für die Gesundheit zuständig. Widmet sich die Politik dem Thema Gesundheit entsprechend, wie ist hier Ihre Einschätzung?

**Pühringer:** Gesundheit ist immer ein großes Thema in der Politik. Das liegt daran, dass die Menschen älter werden und daher in Zukunft in einem weitaus größeren Ausmaß davon betroffen sein werden.

**P:** Wie sieht es beim Thema Pflege aus?

**Pühringer:** Beim Thema Pflege muss die Finanzierung geklärt werden. Es ist ein Modell der Pflegeversicherung bzw. eines Pflegefonds notwendig. Denn es gibt eine Krankenversicherung sowie eine Arbeits- und Unfallversicherung. Das Risiko Pflege ist jedoch nicht abgedeckt. Das war vor zehn bzw. zwanzig Jahren auch nicht notwendig, der häusliche Verband hat stärker funktioniert. Auf diese Strukturveränderungen muss heute reagiert werden. Das Thema muss in der vollen Breite gesehen werden: Denn erstens gibt es heute die Großfamilien nicht mehr. Der Durchschnitt der Kinderanzahl liegt in Oberösterreich bei 1,5 – und wir liegen über dem österreichischen Schnitt. Zweitens stehen heute Mann und Frau fix im Berufsleben und es ist nicht so einfach zu sagen, ich gehe jetzt nicht arbeiten, sondern widme mich der Pflege. Drittens liegen die Scheidungsraten bei 50 Prozent, die Kinder sind nur mehr bei einem Elternteil. Viertens werden die Menschen weit älter, das Durchschnittsalter steigt kontinuierlich. Wir werden in zwanzig oder 25 Jahren

vielleicht so viele über 80-Jährige haben wie heute. Damit steigt aber auch der Pflegebedarf. Deswegen muss die Pflege einer verantwortungsvollen Finanzierung zugeführt werden.

**P:** Zur Apothekendiskussion: Wie beurteilen Sie den Beitrag der Apotheker zur strukturierten Versorgung der Bevölkerung?

**Pühringer:** Ich freue mich sehr, dass die Apotheker sowohl generell als auch bei speziellen Themen – wie zum Beispiel Diabetes – eine hohe Bereitschaft zeigen, sich als Mitgestalter in der Gesundheitslandschaft aktiv einzubringen. Das begrüße ich als Landeshauptmann sehr.

**P:** Was soll nach Ihrer Amtszeit über Sie gesagt werden?

**Pühringer:** Es soll gesagt werden, dass es der Pühringer gar nicht so schlecht gemacht hat.

#### **BioBox:**

Dr. Josef Pühringer ist verheiratet und Vater von drei Kindern. In seiner Familie wohnt er in seiner Geburtsstadt Traun, in der er schon während seiner Studienzeit kommunalpolitisch tätig war. Von 1985 bis 1988 fungierte Josef Pühringer als Vizebürgermeister der Stadt Traun und wurde zeitgleich in den oberösterreichischen Landtag gewählt. Seit 2. Mai 1995 ist Dr. Josef Pühringer Landeshauptmann von Oberösterreich.

# „Das zentrale Thema ist Treffsicherheit“

VON DI (FH) ELENA BERTOLINI

Mag. Franz Kiesel, Ressortdirektor der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK), spricht im Periskop-Interview über das Disease-Management-Programm „Strukturierte Diabetikerbetreuung“ in Oberösterreich und erläutert, was er sich in diesem Zusammenhang von Ärzten, Patienten und Politikern wünscht.

**P:** Beschreiben Sie bitte das oberösterreichische Projekt „Strukturierte Diabetikerbetreuung“. Inwiefern hängt es mit dem zweijährigen Pilotprojekt „DIALA – strukturierte Diabetikerbetreuung in ländlichen Regionen“ zusammen?

**Kiesel:** Das zweijährige Pilotprojekt „DIALA“ war 2002/2003 der Vorläufer des Disease-Management-Programms „Strukturierte Diabetikerbetreuung“. Die positiven Ergebnisse des Pilotprojekts waren ausschlaggebend für die Umsetzung der aktuellen oberösterreichischen Initiative zur strukturierten Diabetikerbetreuung. Wir haben damit im zweiten Quartal 2006 als Reformpoolprojekt begonnen, das wir kontinuierlich weiterentwickelt haben. Finanziert wird es zu einer Hälfte von der Kasse und zur anderen Hälfte vom Land Oberösterreich. Das Reformpoolprojekt soll auch über 2010 hinaus weitergeführt und in den Regelbetrieb mitaufgenommen werden. Derzeit führen wir die medizinische und ökonomische Evaluierung der strukturierten Diabetikerbetreuung durch, um zu sehen, welche Verbesserungen sie für die Patienten bringt, welche ökonomischen Vorteile sich dadurch ergeben und wie sie sich im Spitalsbereich auswirkt. Die endgültigen Auswertungen werden noch in diesem Jahr vorliegen.

Die Idee hinter diesem Disease-Management-Programm (DMP) ist, dass die Versorgung von Typ-2-Diabetikern qualitativ hochwertiger werden soll. Regelmäßige Untersuchungen hinsichtlich der maßgeblichen Werte und die Vereinbarung von gemeinsamen Zielen zwischen Patienten und behandelnden Ärzten sollen die Gesamtsituation der Erkrankten verbessern. Wir erwarten dadurch eine deutliche Steigerung der Versorgungsqualität sowie eine Reduktion von Folgeerkrankungen und eine damit verbundene Kostendämpfung im Medikations- und insbesondere im Spitalsbereich.

Ein wesentliches Element sind die gemeinsamen Ziele, die Arzt und Patient vereinbaren sollen. So müssen beide Seiten eine Verpflichtung zur aktiven Mitwirkung eingehen. Ein weiterer Fokus liegt in der Förderung der Kompetenz des Patienten, um dessen Selbstmanagementfähigkeiten zu erhöhen. Die ersten Evaluierungsdaten zeigen bereits deutliche Verbesserungen in allen Bereichen.

Das Programm selbst besteht zunächst aus einer Diabetes-Erstbetreuung, bei welcher der Betroffene in das Modell eingeschrieben wird. In der Folge sind eine Grunduntersuchung sowie eine Anamnese und eine Statuserhebung des Patienten notwendig, um dessen Gesundheitszustand zu Beginn optimal einstuft zu können. EKG, Laborwerte und regelmäßige Einträge in den Diabetespass sind ebenfalls Bestandteile der strukturierten Diabetikerbetreuung. Sie umfasst weiters einen Quartals-Check zum Überprüfen der gemeinsamen Ziele und einen Jahres-Check, um neue Zielsetzungen für das nächste Jahr zu treffen und die Dokumentation im Diabetespass zu vervollständigen. Ärzte und Diabetesbetreuer müssen als Voraussetzung für die Aufnahme ins Disease-Management-Programm eine Schulung durchlaufen. Erst ein DMP-fähiger Arzt ist berechtigt, selbst Schulungen für Patienten anzubieten und abzuhalten. Nur gewisse Teile davon dürfen an Diabetesbetreuer delegiert werden. Das Curriculum für Patientenschulungen umfasst vier Module: Das erste heißt „Was ist Diabetes?“, zwei werden unter dem Namen „Essen und Selbstkontrolle“ abgehalten und das vierte heißt „Spätkomplikationen und Verlaufskontrollen“. Die Gruppengröße beträgt mindestens sechs, maximal zwölf Patienten. Ein Drittel davon können Angehörige sein, mindestens sechs Teilnehmer müssen jedoch Patienten sein.

Die Schulungsunterlagen für Ärzte und Patienten werden von der OÖGKK, vom deutschen Ärzteverlag bzw. von der steirischen Gebietskrankenkasse bezogen. Sie bestehen aus Informationen über die einzelnen Module, dem Buch „Wie behandle ich meinen Diabetes?“, einem Diabetes-Tagebuch sowie aus einer Packung Harnteststreifen.

**P:** Durch welche Maßnahmen wird die Qualität des Disease-Management-Programms sichergestellt?

**Kiesel:** Die Qualität wird durch Schulungen der Ärzte, der Diabetesbetreuer sowie der Patienten gewährleistet. Die Berücksichtigung von Leitlinien und die Durchführung regionaler Qualitätszirkel tragen ebenfalls zur Qualitätssicherung des Projekts bei. Zudem gibt die derzeitige medizinische und ökonomische Evaluierung des Programms Aufschluss über dessen Qualität. Bei der ökonomischen Evaluierung wird mithilfe einer Vergleichsgruppe, die nicht an der strukturierten Diabetikerbetreuung teilnimmt, die Entwicklung der Ausgaben für Medikamente sowie der Folgekosten und der Krankenhausaufenthalte untersucht. Erste Ergebnisse im Bereich der medizinischen Qualität sind bereits verfügbar.

**P:** Was ist das Ziel der strukturierten Diabetikerbetreuung? Wie viele Ärzte und Patienten nehmen daran teil?

**Kiesel:** Das wesentliche Ziel ist die bestmögliche Betreuung mit definierter, evidenzbasierter Qualität. Weitere Vorhaben sind das frühzeitige Erfassen und Versorgen von Typ-2-Diabetikern, das Empowerment der Patienten, also die Förderung der Selbstbestimmung und des Selbstmanagements, das Entwickeln und Erreichen von Zielsetzungen, die Stärkung der Prävention von Folgeschäden, die Dokumentation des Behandlungsverlaufs, die Evaluierung der Prozesse und des medizinischen Outcomes sowie die Vernetzung aller beteiligten medizinischen Dienstleister. Aktuell nehmen 372 Ärzte und 6139 Patienten an diesem Disease-Management-Programm teil. 336 Teilnehmer sind Allgemeinmediziner, 28 davon Wahlärzte. 36 der mitwirkenden Ärzte sind Internisten, von diesen sind 14 Wahlärzte.

**P:** Welche Vorteile oder Verbesserungen ergaben sich daraus für die betreuten Diabetespatienten? Gibt es hierzu konkrete Zahlen?

**Kiesel:** Erste Zahlen liegen, wie bereits erwähnt, in der Rohfassung der medizinischen Evaluierung vor. Anhand einer Längsschnittanalyse zeigt sich, dass es signifikante Veränderungen gibt, etwa bezüglich des BMI der Patienten oder der HbA1c- und Cholesterinwerte. Die Unterschiede zwischen der teilnehmenden Gruppe und der Vergleichsgruppe – zum Beispiel hinsichtlich der



Therapietreue – werden im Zuge der ökonomischen Evaluierung erhoben. Erfreulicherweise kann bereits vorweg gesagt werden, dass sich die analysierten Parameter deutlich positiv in Richtung der Zielvereinbarungen entwickeln.

**P:** Wenn wir die strukturierte Diabetikerbetreuung mit „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ vergleichen: Wo liegen bei diesen beiden Disease-Management-Programmen die wesentlichen Unterschiede? Und welche Gemeinsamkeiten gibt es?

**Kiesl:** Die Unterschiede zwischen den beiden sind marginal. In Oberösterreich kommt zum Beispiel der Diabetespass intensiver zum Einsatz. Darin werden alle erhobenen Werte eingetragen. Inhaltlich bestehen kaum Unterschiede. Im Gegensatz zu „Therapie



aktiv“ gibt es jedoch beim oberösterreichischen Projekt keine elektronische Dokumentation und kein elektronisches Anmeldesystem. Auch das Honorierungsschema für die Ärzte ist ein bisschen anders. Derzeit gibt es mit der Ärztekammer für Oberösterreich bereits Verhandlungen über eine Gleichstellung dieser beiden Projekte, damit man in Österreich ein einheitliches Programm durchführen kann. Die medizinische Betreuungsqualität ist bei beiden DMPs gleich hoch.

**P:** Wird es eine Fortsetzung derartiger Projekte geben? Worauf muss man bei einer flächendeckenden Umsetzung besonders achten?

**Kiesl:** Die Programme sollen in jedem Fall fortgeführt werden, da wir uns in Zukunft verstärkt dem Thema chronische Erkrankungen widmen wollen. Ich bin der Meinung, dass man Disease-Management-Programme im Sinne einer integrierten, sektorenübergreifenden Betreuung noch ausweiten sollte. Die Grenzen zwischen Prävention, Kuration und Rehabilitation sollten dabei bewusst überschritten werden. Man muss hier insbesondere bei den chronischen Krankheiten ansetzen, da diese bei Patienten viel Leid und hohe Folgekosten verursachen. Dabei sollte eine Win-win-Situation entstehen, einerseits für die Patienten und die Versorgungsqualität und andererseits im Interesse der finanziellen Mittel.

**P:** Seit 1989 gibt es die „Gesunde Gemeinde“, den oberösterreichischen Weg der kommunalen Gesundheitsförderung. In welchen Bereichen setzt diese an? Welche Projekte konnten in diesem Rahmen initiiert und umgesetzt werden? Und wie ist das Feedback der teilnehmenden Gemeinden?

**Kiesl:** Die Ziele des Projekts „Gesunde Gemeinde“ sind die nachhaltige Stärkung und Förderung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung in der Kommune und das Schaffen von gesundheitsfördernden Strukturen. Die Koordination des Netzwerks erfolgt über das Land Oberösterreich. Mittlerweile sind bereits nahezu alle Gemeinden daran beteiligt. Oberösterreich legt hierfür Qualitätsstandards fest und setzt unterschiedliche Aktivitäten. Waren dies vormals eher Vorträge von Experten, so entwickelt man sich jetzt verstärkt in Richtung aktive Mitarbeit der Gemeindeglieder und Bewegungsförderung. Im Rahmen des Projekts findet auch eine starke Vernetzung mit verschiedenen Institutionen wie Schulen oder Vereinen statt. Hier werden vor allem die Themen Ernährung und Bewegung aufgegriffen. Die Gemeinde kann also im Bereich der Gesundheitsförderung viele wichtige Aufgaben erfüllen.

**P:** Was wünschen Sie sich von der zuständigen Politik bzw. den Ärzten und Patienten?

**Kiesl:** Von den Politikern wünsche ich mir ein zielorientiertes Vorgehen in allen gesundheitlichen Bereichen. Hierzu sollte man auf Basis einer guten Problemanalyse klare Zielsetzungen formulieren und entsprechende Rahmenbedingungen festlegen. Weiters würde ich einen „Health in all Policies“-Ansatz sehr begrüßen. Aus gesundheitspolitischer Sicht ist das zentrale Thema Treffsicherheit. Es muss uns gelingen, das vorhandene Geld ausschließlich für notwendige und wirksame medizinische Leistungen

aufzuwenden. Ein weiterer Wunsch an die Politik ist die nachhaltige Sicherstellung der Finanzierung der solidarischen Krankenversicherungsbeiträge, was mit den an die Löhne und Gehälter gekoppelten Beiträgen nicht möglich sein wird.

Von den Ärzten wünsche ich mir eine qualitativ hochwertige und engagierte Mitarbeit. Die sehr guten Kundenzufriedenheitswerte, die ärztliche Versorgung betreffend, bestätigen mir, dass dieser Wunsch vielfach bereits Wirklichkeit ist. In ländlichen Gebieten

setzen wir hierzu entsprechende Schwerpunkte, um die regionalen Unterschiede auszugleichen und den Versorgungsbedarf ausgewogener zu decken. Weiters wünsche ich mir Effizienz und Ökonomie. Den Patienten dürfen aber keine notwendigen Leistungen verwehrt werden.

Von den Patienten wünsche ich mir ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein in allen gesellschaftlichen Schichten. Die Chancengleichheit im Sinne einer guten Gesundheitsversorgung für alle muss von den Verantwortlichen angestrebt werden. Des Weiteren wünsche ich mir eine aktive Mitarbeit bei den Behandlungsprozessen, wie wir sie bei der strukturierten Diabetikerbetreuung bereits umsetzen, sowie das aktive Übernehmen der Verantwortung für die eigene Gesundheit, soweit das möglich ist. Was ich mir von den Patienten selbstverständlich auch wünsche, ist ein gesunder Lebensstil, also viel Bewegung und gesunde Ernährung.

*„Von den Patienten wünsche ich mir ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein in allen gesellschaftlichen Schichten.“*

#### BioBox

Mag. Franz Kiesl ist 1960 im oberösterreichischen Helfenberg geboren. Seit dem Jahr 1988 ist der studierte Jurist in der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse tätig. Seit 1. Jänner 2008 ist Mag. Franz Kiesl Ressortdirektor für den gesamten Vertragspartnerbereich (intra- und extramural) und die Gesundheitsförderung.

**DR. PETER NIEDERMOSE**  
PRÄSIDENT DER ÄRZTEKAMMER FÜR  
OBERÖSTERREICH UND LEITER DES  
BILDUNGS-AUSSCHUSSES DER  
ÖSTERREICHISCHEN ÄRZTEKAMMER

*Dr. Peter Niedermoser ist Präsident der Ärztekammer für Oberösterreich und zugleich Leiter des Bildungsausschusses der Österreichischen Ärztekammer. Im Periskop-Interview spricht er über die Aus- und Weiterbildung der österreichischen Ärzte, die Entwicklung von neuen Sonder- bzw. Additivfächern, die Einführung von Spezialisierungen und darüber, warum die normale Facharztausbildung durch diese Gefahr laufen könnte, an Wert zu verlieren.*

**P:** Was ist Ihre Aufgabe als Leiter des Bildungsausschusses der Österreichischen Ärztekammer? Worum geht es der Ärztekammer?

**Niedermoser:** Es geht der Ärztekammer bzw. dem Bildungsausschuss darum, in Vorbereitung von Vorstandssitzungen festzulegen, wohin sich die Aus- und Weiterbildung in Österreich entwickeln soll. Beispielsweise ob es nötig ist, neue Sonder- bzw. Additivfächer einzuführen, und wie Spezialisierungen am sinnvollsten zu gestalten sind. Internationale Vergleiche und Erfahrungswerte sind hier wichtig.

**P:** Wie sieht die Situation bei den Sonderfächern in Österreich derzeit aus und wie ist das System gegliedert?

**Niedermoser:** Wir haben in Österreich 45 Sonderfächer. Dazu gehören zum Beispiel Orthopädie, Chirurgie oder interne Medizin. Zu den Sonderfächern gibt es 26 Additivfächer, insgesamt sind es 71 Sonder- und Additivfächer. Die Additivfächer basieren auf einer vertieften Ausbildung von zumeist drei Jahren auf Gebieten des jeweiligen Sonderfachs. Bei der internen Medizin sind das beispielsweise die internistische Onkologie, bei der Chirurgie etwa die Viszeralchirurgie. Das Additivfach ist die am längsten dauernde zusätzliche Ausbildung mit den meisten Formalkriterien; andere Ebenen sind die Spezialisierung, das Diplom und das Zertifikat.

**P:** Warum wurde die Einführung der Spezialisierung notwendig? Wie lautet Ihr Resümee?

**Niedermoser:** Unsere Idee war es – um eine zusätzliche Aufspaltung in Hauptfächer und Additivfächer zu verhindern –, eine „Spezialisierung in“ einzuführen. Diese erfolgte in Anlehnung an das englische „specified in“ und ist eine zusätzliche, vertiefende Ausbildung in Inhalten des jeweiligen Sonderfachs. Der Vorteil dabei ist, neue Lerninhalte schneller umsetzen zu können, da eine Spezialisierung nicht den Weg einer Genehmigung über das Ministerium gehen muss. Grundsätzlich ist diese Einführung eine gute Idee, aber es folgte danach ein zu großer Ansturm der Sonderfächer auf diese Spezialisierungen. Zum Beispiel hat die Kinderheilkunde zahlreiche Spezialisierungen eingereicht, eine davon in Infektiologie. Die Behandlung von Kindern mit Infekten ist jedoch die ureigenste Aufgabe eines Kinderarztes. Natürlich gibt es in Österreich, vor allem an den Universitäten, Kolleginnen und Kollegen mit einem hochspezialisierten Wissen in Infektiologie, das ist ja auch sinnvoll, im Bedarfsfall eine hohe Expertise zu haben. Aber wenn ich eine Spezialisierung in Infektiologie etabliere, dann muss das in Zukunft jeder

*„Es ist wichtig aufzupassen, dass der Patient in seiner Gesamtheit im System nicht verloren geht, weil er von einem Superspezialisten zum anderen geschickt wird.“*

in fachspezifischer Schmerztherapie“ als Ausbildungsinhalt vorgesehen. Wenn Schmerzen die Ursache im Bewegungsapparat haben, wird der Orthopäde versuchen, das Problem zuerst aus seinem Wissen heraus zu diagnostizieren und zu therapieren, was meist gelingen wird. Sollte ein multifaktorielles Geschehen vorliegen, braucht es sicher oftmals einen Spezialisten. In meinem Bundesland weiß ich, wo meine Schmerzspezialisten sind, wenn ich mit der fachspezifischen Schmerztherapie nicht mehr weiterkomme oder wenn der Allgemeinmediziner sagt, er habe alle Möglichkeiten ausgeschöpft. Mir ist in Oberösterreich bekannt, wo ich die Spezialisten habe, die sich exklusiv damit beschäftigen. Dazu braucht es keinen Facharzt mit eigenem Titel. Wenn ich ein weiteres Fach etabliere, besteht die Gefahr, dass viele meinen, nur der, der das hat, sei ein Spezialist, nur der kenne sich aus und könne das machen – was aber nicht stimmen muss! Dies führt auch zu einer Verunsicherung der Patienten.

**P:** Beim Krebsarzt gab es ja auch Diskussionen ...

**Niedermoser:** Der Krebsarzt ist ein Thema, das mich schon seit Längerem beschäftigt. Viele Ärzte, die Sonderfächer belegt haben,

Hier haben wir beschlossen, dem Additivfach Geriatrie nicht zuzustimmen, bevor es nicht der Allgemeinmediziner bekommen kann – dies wird jetzt nach einer Gesetzesnovelle möglich sein. Der Allgemeinmediziner ist der grundversorgende Geriater, wenn wir den ausschließen, ist die geriatrische Versorgung nicht mehr vorhanden. Es ist wichtig aufzupassen, dass der Patient in seiner Gesamtheit im System nicht verloren geht, weil er von einem Superspezialisten zum anderen geschickt wird.

**P:** Was ist jetzt das Argument für die Spezialisierung? Ist es die Tatsache, dass man durch diese heute mehr weiß als vor fünfzig Jahren? Oder geht es darum, mehr Tiefe zu bekommen?

**Niedermoser:** Man kann heute nicht mehr alles können. Die Fächer sind so breit, dass man natürlich in die Tiefe gehen muss. Eine Spezialisierung ist die logische Konsequenz.

**P:** Besteht nicht die Gefahr, dass die Menschen dann nur noch Spezialisten aufsuchen? Vor allem im städtischen Bereich, in dem die Facharztdichte eine viel höhere ist ...

**Niedermoser:** Ja, die Gefahr besteht. Das städtische Problem ist aber oft ein anderes, die Patienten gehen dort viel freier mit der Arztwahl um. Auch ist dort die Facharztdichte eine viel höhere. Am Land ist es wichtig, einen gut ausgebildeten Internisten zu

# „Medizin ist Teamwork“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL



Kinderarzt erreichen. Sonst ist es bald nichts mehr wert, wenn jemand nur ein „normaler“ Kinderarzt ist, mit einer sechsjährigen Facharztausbildung. Patienten könnten den Eindruck gewinnen, er kann das nicht, obwohl das integrativer Teil seiner Ausbildung ist. Solchen Entwicklungen muss auch im Sinne der Patienten Einhalt geboten werden. Der Goldstandard, darüber sind wir uns im Bildungsausschuss einig, ist eine gute Ausbildung zum Sonderfach, die sechs Jahre dauert. Dass sich dann viele zusätzlich zu diesem breiten Wissen auf ein Spezialgebiet festlegen, ist eine logische Konsequenz daraus. Dafür wird meiner Meinung nach aber kein Titel benötigt.

**P:** Wie ist die Tendenz? Wird es in Zukunft eher mehr oder weniger Spezialisierungen geben und wie liegt Österreich hier im internationalen Vergleich?

**Niedermoser:** Österreich hat mit den Additivfächern im internationalen Vergleich eine sehr hohe Anzahl an Spezialisierungen. Wir sind sehr aufgesplittet in den jeweiligen Fachrichtungen, und es war schon immer der Wunsch der Österreichischen Ärztekammer, diese Situation gemeinsam mit dem Ministerium zu restrukturieren. Aufgrund der vielen Spezialisierungen haben wir den Weg versucht, Additivfächer wiederum ins Mutterfach zurückzuführen. Wir sind jedoch auf großen Widerstand gestoßen. Das hat nicht so funktioniert, wie wir uns das vorgestellt haben. Daher gehen wir jetzt den Weg, dass wir mit weiteren Zulassungen von Spezialisierungen zurückhaltend umgehen.

**P:** Was ist positiv und was ist negativ an Spezialisierungen?

**Niedermoser:** Sich vertieftes Wissen anzueignen, um die Patienten besser behandeln zu können, ist sehr wichtig. Was ich an der Spezialisierung und an der Aufteilung der Sonderfächer für nachteilig halte, ist, dass Spezialisierungen einengen können. Eine Spezialisierung zu haben bedeutet, dass sich der Kollege oder die Kollegin sehr gut auf diesem Gebiet auskennt. Auf der anderen Seite geht aber oft die breite Sichtweise verloren. Weiters kann eine Spezialisierung auch eine gewisse Abgrenzung hinsichtlich geschäftlicher Interessen bedeuten. Wenn ich der Einzige bin, der eine bestimmte vertiefte Ausbildung bzw. einen bestimmten Titel hat, könnten die Patienten glauben, dass ich auch der Einzige bin, der das machen kann, und das führt zu einem Wettbewerbsvorteil. Die Grenzen zwischen der Qualität, die eine Spezialisierung bringt, und den geschäftlichen Interessen sind manchmal sehr verschwommen.

**P:** Wie geht es den Patienten mit den Spezialisierungen? Werden sie dadurch nicht verunsichert? Wissen sie, an wen sie sich wenden müssen?

**Niedermoser:** Ein Patient kommt mit bestimmten Beschwerden in die Praxis oder ins Spital. Das Krankheitsbild wird einer Fachrichtung zugeordnet. Nehmen wir das Beispiel Schmerz. In jedem Sonderfach sind im Rasterzeugnis „Kenntnisse und Fertigkeiten

besitzen nach ihrer Ausbildung – weil das so im Rasterzeugnis festgehalten ist – Kenntnisse und Fertigkeiten in der Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen. Eine ganz spezielle Ausbildung besitzt hier sicher der internistische Onkologe, ein Additivfach des Sonderfachs Interne. Hier ist ein Streit darüber entbrannt, wer jetzt der erste Ansprechpartner in der Therapie sein soll. Die Lösung wird sein, dass die Tumorbehandlung ein Teamwork zwischen den Fachgruppen inklusive des internistischen Onkologen sein muss. Um Teamwork, also interdisziplinäres Arbeiten, kommen wir nicht umhin, das ist ein ganz wichtiger Punkt, auch in den anderen Teilgebieten der Medizin. Jeder soll das machen, was seinem Sonderfach zugeordnet ist und was er nachweislich gut kann. So werden im Teamwork in manchen Krankenhäusern die Urologen ihre urologischen Tumore behandeln, in anderen die internistischen Onkologen, insbesondere wenn es sich um ganz spezielle Therapien handelt. Onkologie ist ein multidisziplinärer Aufgabenbereich. Darum ist für mich das Abgrenzen in Spezialisierungs- und Additivfächer ein Problem, denn das heißt eingrenzen und ausgrenzen. Unser Ziel als Bildungsausschuss ist es zu sagen, o. k., wir haben schon sehr viele Sonder- sowie Additivfächer und wir müssen mit denen, die noch zusätzlich dazukommen, sehr vorsichtig umgehen. Eine neue Spezialisierung ist für mich nur denkbar, wenn es um ganz außergewöhnliche Inhalte geht, wo man vielleicht auch besondere Ressourcen benötigt.

**P:** Könnte man für eine Innovation nicht auch ein Diplom oder einen Kurs machen anstatt der Spezialisierung?

**Niedermoser:** Ja, das ist möglich. Die Weiterbildung mit Zertifikat über Kurse ist die „unterste“ Ebene unseres Weiter- und Ausbildungskonzepts im Sinne einer strukturierten Post-Graduate-Fortbildung der Kollegen. Danach folgt das Diplom, das ist ein strukturierter Kurs, der – je nach Gebiet – 40 bis 1800 Stunden dauern kann. Diplome sind für mich dann sinnvoll, wenn etwas in einem Sonderfach oder insgesamt in der Medizin noch nicht ausgebildet ist. Ein Beispiel hierfür ist das Diplom für Sexualmedizin, weil das wirklich ein Querschnittsthema ist. Das Diplom für Familienmedizin haben wir abgelehnt, denn das ist die Grundaufgabe des Allgemeinmediziners. Dann die Diskussion um die Geriatrie:



haben, der eine breite Ausbildung hat und seine Kenntnisse natürlich auch in gewissen Bereichen vertieft hat. Ein Facharzt für Kardiologie, wie es ihn in manchen Ländern gibt, wäre bei uns am Land als Kassenarzt oft nicht überlebensfähig. Das zeigt sich auch schon in anderen Ländern.

**P:** Wer macht die Vernetzung? Der Patient selbst?

**Niedermoser:** Die Vernetzung muss der Allgemeinmediziner bzw. der Vertrauensarzt – das kann auch ein Facharzt sein – übernehmen. Ich denke, dass der Hausarzt der Lotse im Gesundheitssystem sein kann. Das Hausarztmodell ist österreichweit beschlossen worden. In dieser Multidisziplinarität, in diesem Spezialistentum – vom extramuralen Bereich bis hin zu den Spitälern – braucht es jemanden, der durch das System führt. Meiner Meinung nach sollte das eine der Grundaufgaben des Hausarztes sein.

**P:** Thema Ausbildung der Allgemeinmediziner und Facharzt für Allgemeinmedizin: Wie sieht für Sie hier die Zukunft aus?

**Niedermoser:** Der Allgemeinmediziner muss besser auf seine Berufssituation vorbereitet werden. Vor allem muss die Ausbildung in einer Lehrpraxis erfolgen. Im Spital wird man zum Spitalsarzt ausgebildet. Wenn man die Allgemein-

medizin in der Art stärken will, wie es die Verantwortlichen fordern, muss die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin auch im niedergelassenen Bereich erfolgen. Die Idealsituation sieht für uns so aus, dass der Arzt einen Teil der Ausbildung in einer Praxis absolviert, um das Umfeld eines Allgemeinmediziners kennen zu lernen. Der angehende Allgemeinmediziner soll dadurch ein Gefühl dafür entwickeln, was er sich aus dem Ausbildungsspektrum Krankenhaus aneignen und worauf er sich konzentrieren muss.

**BioBox:**

Der gebürtige Oberösterreicher Dr. Peter Niedermoser ist seit fünf Jahren Präsident der Ärztekammer für Oberösterreich und seit drei Jahren Leiter des Bildungsausschusses der Österreichischen Ärztekammer. Das Medizinstudium absolvierte Dr. Peter Niedermoser in Wien. Seine Freizeit verbringt der „Wochenendwahlwiener“ gerne mit seiner Familie, Sport und Theater.

# Die Zukunft des Impfwesens – Strategien zur Erhöhung der Durchimpfungsraten

Am 16. März 2010 diskutierte eine namhafte Expertenrunde, bestehend aus Vertretern der Sozialversicherungsträger, der Ärzte- und Apothekerkammer sowie dem Salzburger Landessanitätsdirektor über die Finanzierung von Schutzimpfungen und die Impfmoral in Österreich im internationalen Vergleich. Die anlässlich des Impftags in Salzburg versammelten und von den „Salzburger Nachrichten“ in Zusammenarbeit mit PERI Consulting eingeladenen Experten waren einstimmig der Meinung, dass zwar die Kinderimpfungen in unserem Land gut organisiert sind, bei Erwachsenen aber aufgrund der niedrigen Impfbereitschaft und mangelhaft geführten Impfpässen noch erheblicher Verbesserungsbedarf besteht.

## Die Diskussionsteilnehmer

(in alphabetischer Reihenfolge):

MAG. SIEGBERT HANAK  
Arbeitskreis Vorsorgemedizin Salzburg (AVOS)

DR. HEINRICH JACOBY  
Arge Pharmazeutika

HOFRAT DR. CHRISTOPH KÖNIG  
Landessanitätsdirektion Salzburg

DR. CHRISTIANE KÖRNER  
Österreichische Apothekerkammer

DR. JOSEF SCHLÖMICHNER-THIER  
Landtag Salzburg

DR. HARALD SEISS  
Salzburger Gebietskrankenkasse

DR. ERNST WENGER  
Ärztchamber Salzburg

Moderation: DR. GERHARD SCHWISCHEI  
„Salzburger Nachrichten“, Ressortleiter  
Wissenschaft/Gesundheit/Umwelt

Das Thema Impfen zählt zu den ganz großen Erfolgsgeschichten der modernen Medizin. In den letzten 200 Jahren wurden unzählige Impfstoffe entwickelt und stetig verbessert – und somit Millionen von Menschen vor Krankheiten bewahrt. Angesichts dieser Erfolge müssten sich Impfprogramme eigentlich größter Beliebtheit erfreuen und müsste die Finanzierung von Schutzimpfungen oberste Priorität in der Gesundheitspolitik haben. Dennoch sieht die Realität in Österreich anders aus. Die Impfmoral der Österreicher ist gering und die Mängel im Impfwesen sind groß. Unter der Moderation von Dr. Gerhard Schwischei kamen die Vertreter aus dem Gesundheitswesen einstimmig zum selben Schluss: Eine wirkungsvolle Strategie zur Erhöhung der Durchimpfungsraten müsse erarbeitet werden.

## Gute Organisation bei Kinderimpfprogrammen – Optimierungsbedarf besteht dennoch

Grundsätzlich verfügt Österreich über ein hervorragendes Impfkonzep. Bis zum 15. Lebensjahr sind die Durchimpfungsraten hoch. Zwar liegt Österreich auch hier im internationalen Vergleich deutlich unter dem Durchschnitt, die meisten Eltern aber lassen ihre Kinder impfen. Der Salzburger Landessanitätsdirektor Dr. Christoph König und der Kinderarzt Dr. Ernst Wenger führen diese Tatsache vor allem darauf zurück, dass bis zum Alter von 15 Jahren die meisten Impfungen kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Dennoch gibt es auch hier Ausnahmen wie etwa die Pneumokokkenschutzimpfung oder die Impfung gegen HPV (Papillomaviren, die Gebärmutterhalskrebs verursachen können). Bei Letzterer sind beispielsweise für drei Teilimpfungen jeweils bis zu 200 Euro zu bezahlen.

## Fehlende Übersicht bei Erwachsenenimpfungen

Ist der Überblick bei Kinderimpfungen zumindest noch größtenteils gegeben, so verliert man diesen bei Erwachsenenimpfungen nahezu gänzlich. Kaum jemand verfüge über korrekt geführte Impfpässe, notwendige Auffrischungsimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus oder Keuchhusten würden nicht gemacht, hält Dr. Christiane Körner von der Österreichischen Apothekerkammer fest. Auf verstärkte Kommunikation setzt Dr. Harald

Seiss, Direktor der Salzburger Gebietskrankenkasse: „Wir müssen klare und einfache Botschaften senden, wann welche Impfungen wichtig sind – am 30. Geburtstag die Impfung X, am 40. Geburtstag die Impfung Y.“

## Impfgegner und Datenschutz – Hindernisse auf dem Weg zu höheren Durchimpfungsraten

Die Argumente von Impfgegnern werden von Experten wie Dr. König nicht anerkannt. Aussagen, dass Impfungen das Immunsystem schädigen würden, lässt der Salzburger Landessanitätsdirektor nicht gelten. Solange es hohe Durchimpfungsraten gebe, sei auch die Infektionsgefahr für nicht geimpfte Kinder gering. Man habe auch eine gesellschaftliche Verantwortung zu tragen. Befürchtete Schäden durch Impfungen – wie beispielsweise Autismus – seien durch aktuelle Studien widerlegt. Im Gegenteil: Impfungen seien ein Training für das Immunsystem.

Ein weiterer Diskussionspunkt war auch die Frage, inwieweit über die E-Card beziehungsweise über die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) im Einzelfall ein besserer Überblick über erhaltene Impfungen geschaffen werden kann. Hier stand für alle Experten das Datenschutzproblem im Vordergrund. Dieses wirke in dem Fall als starke Bremse und setze noch einiges an Arbeit voraus, um derartige Technologien zugunsten höherer Durchimpfungsraten nutzen zu können.

„Man kann nicht alle in einen Topf werfen, manche sind unverzichtbar, andere nicht.“

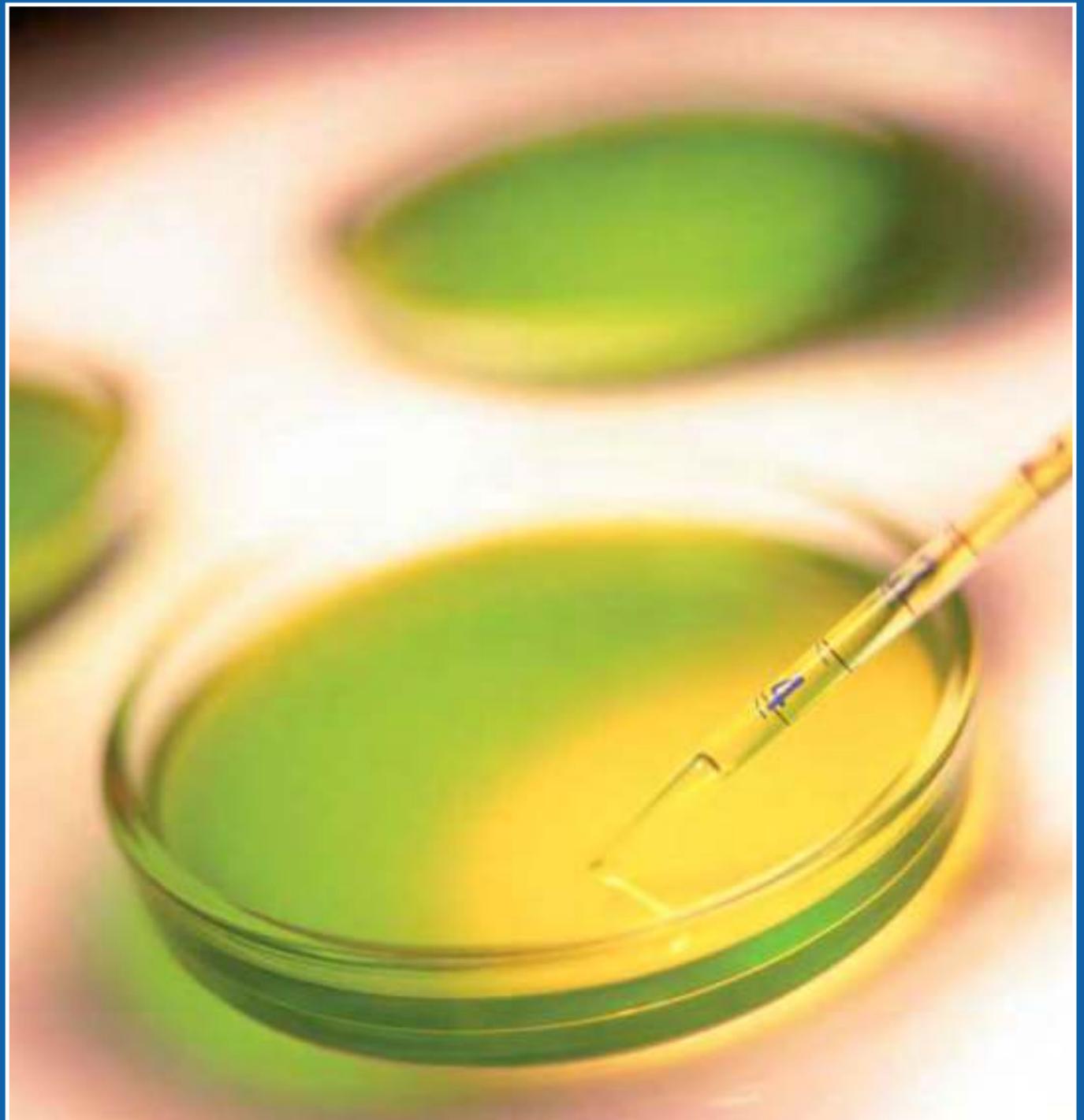
## Fragen der Finanzierung

Diskussionsbedarf bestand auch in der Finanzierung von Schutzimpfungen. Derzeit werden kostenlose Impfungen zu zwei Dritteln vom Bund und jeweils zu einem Sechstel von Ländern und Sozialversicherungsträgern finanziert. Sind die finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen gering, ist auch der Spielraum für Impfkationen dementsprechend klein. Obwohl die Verantwortung für Impfungen in diesem Fall gerne hin und her geschoben wird, liegt sie zum größten Teil doch beim Bund. Das Gesundheitsministerium sei für den Impfstatus der Bevölkerung verantwortlich und müsse daraus auch die Konsequenzen ziehen, weiß Dr. Seiss. Mit beispielsweise 30 Euro für eine Tetanusimpfung hält Dr. Wenger die Kostenbelastung bei Impfungen für Erwachsene durchaus zumutbar: „Alle zehn Jahre 30 Euro für eine Tetanusimpfung auszugeben, ist nicht viel.“ Einstimmig werden von den Experten Impfkationen gefordert, die von den heimischen Betrieben und diversen Institutionen unterstützt werden.

## Aus Fehlern lernen – die Impfung gegen die Neue Grippe

Ist das Schweinegrippevirus doch nicht so schlimm und war die Hysterie nur Geschäftemacherei der Pharmafirmen? Dieser Frage mussten sich auch die Experten in Salzburg stellen. Dr. Christoph König war der Meinung, dass man vorher nicht habe wissen können, wie gefährlich das neue Grippevirus tatsächlich werde. Nicht übersehen dürfe man, dass es zahlreiche Todesfälle gegeben und bestimmte Bevölkerungsgruppen schwer getroffen habe, die nicht unbedingt zu den klassischen Risikogruppen zählten. Dr. Ernst Wenger kann der Debatte um die Schweinegrippeimpfung auch etwas Positives abgewinnen. „Es war ein guter Testlauf mit einem harmlosen Virus“, so der Experte. Fehler und Fehleinschätzungen seien bereits passiert, Ziel sollte es sein, daraus für die Zukunft die richtigen Schlüsse zu ziehen.

Viren sind in der Lage, sich innerhalb kürzester Zeit zu verändern. Grippeimpfstoffe müssen daher immer wieder an die neuen Eigenschaften angepasst werden. Diese Tatsache macht sie leichter angreifbar als Impfstoffe, die eine 100-prozentige Schutzwirkung garantieren können. Für Dr. Christoph König wäre es daher falsch, alle Impfungen infrage zu stellen. „Man kann nicht alle in einen Topf werfen, manche sind unverzichtbar, andere nicht“, hält der Salzburger Landessanitätsdirektor fest.



# Disease-Management Diabetes: Apotheken bringen Mehrwert in die Diabetikerbetreuung

VON MAG. (FH) ALEXANDER SCHAUFLINGER

Zum dritten Mal lud die Apothekerkammer Oberösterreich am 28. Juni 2010 zum Sommerfest in das Linzer Kunstmuseum LENTOS, um den Berufsstand der Pharmazeuten ins Zentrum zu stellen. Apotheker sind lokal verankert, genießen großes Vertrauen in der Bevölkerung und gewährleisten eine hochqualitative Gesundheitsversorgung. Besonders durch ihren niederschweligen Zugang ist die Frequenz an ratsuchenden und auch kranken Menschen in der Apotheke sehr hoch – was speziell hinsichtlich einer guten Versorgung von chronisch kranken Patienten nicht ignoriert werden darf. Dass in Österreich derzeit nur rund 20.000 Diabetiker an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnehmen, soll sich nach den Vorstellungen der Apotheker rasch ändern – im Sinne einer bestmöglichen Betreuung, hohen Patientenzufriedenheit und verbesserter Behandlungskontinuität.

Alle Diskutanten aus Politik, Sozialversicherung und Ärzteschaft, begrüßten die Vorschläge der Apotheker, sich beratend und ihrer Qualifikation entsprechend, als wichtige Akteure in die DM-Programme einzubringen.



V.l.n.r.: Peter Niedermoser, AK OÖ / Josef Pühringer, Land OÖ / Felix Hinterwirth, OÖGKK / Monika Aichberger, Apothekerkammer OÖ / Hans-Jörg Schelling, Hauptverband / Thomas Veitschegger, Apothekerkammer OÖ / Kurt Völkl, VAEB.

## Volkskrankheit Diabetes

Die Zahl der Diabetiker steigt weltweit rasant an, auch in Österreich kommen jährlich 10.000 neue Diabetiker hinzu. Laut einer GfK-Studie in Zusammenarbeit mit der Diabetes Initiative Österreich und laut den offiziellen Zahlen der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) sind hierzulande etwa 600.000 Menschen an Diabetes erkrankt, wovon jedoch rund 180.000 nicht diagnostiziert sind. Diese alarmierende Situation stellt eine ernsthafte Bedrohung für das österreichische Gesundheitswesen dar. „Es sollte alles getan werden, um einerseits präventiv einzugreifen und andererseits – angesichts der explodierenden Spitalskosten – die bereits in Therapie stehenden Menschen durch eine adäquate Betreuung im extramuralen Versorgungssystem zu behalten“, so Mag. pharm. Thomas Veitschegger, Präsident der Apothekerkammer Oberösterreich.

## Apotheke als neue Schnittstelle

Internationale Referenzbeispiele – vor allem aus den skandinavischen Ländern – zeigen, dass die Betreuungsqualität und Patien-

tenzufriedenheit in Disease-Management-Programmen steigen, wenn Apotheken in die Behandlungsprozesse involviert sind. Aufgrund ihres flächendeckenden und zeitlich ausgedehnten Zugangs sollten Apotheken künftig auch hierzulande eine wichtige Stellung in der Betreuung von Diabetikern einnehmen. Hierbei ist der Einsatzbereich sehr breit gefächert und reicht von Präventionsmaßnahmen über Screenings bis hin zur abgestimmten Arbeit mit dem Arzt. „Die Ausbildung zum diabetologisch qualifizierten Apotheker sollte sich unseres Erachtens an der bereits etablierten DMP-Ärztefortbildung orientieren – erweitert um einen fachspezifischen Teil für Pharmazeuten. Das Rad hier neu zu erfinden wäre kontraproduktiv“, hält die Vizepräsidentin der Apothekerkammer Oberösterreich, Mag. pharm. Monika Aichberger, fest.

## Podiumsdiskussion „Optimierungspotenzial bei der Versorgung von Diabetikern“ – Apotheken und Disease-Management

TEILNEHMER AN DER PODIUMSDISKUSSION

### Impulsreferent

Prim. Dr. Gert KLIMA / Ärztlicher Leiter  
Steiermärkische Gebietskrankenkasse

### Podiumsdiskussion

Felix HINTERWIRTH / Obmann OÖ Gebietskrankenkasse  
Dr. Peter NIEDERMOSER / Präsident Ärztekammer Oberösterreich  
Dr. Josef PÜHRINGER / Landeshauptmann Land Oberösterreich  
Mag. Dr. Hans-Jörg SCHELLING / Verbandsvorsitzender des HVB  
Mag. pharm. Thomas VEITSCHEGGER / Präsident AK OÖ  
DI Kurt VÖLKL / GD VA Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)

In seinem Impulsreferat zeichnete Prim. Dr. Klima ein umfassendes Bild der Diabetikerversorgung in Österreich und strich dabei die positiven Entwicklungen für alle am DMP „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ Beteiligten hervor. Ausgehend von der Steiermark, wurde das Programm in den letzten Jahren auf weitere Bundesländer ausgeweitet – aktuell wird es in Niederösterreich, Salzburg, der Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien angeboten. Aber trotz nachgewiesener höherer Patientenzufriedenheit und besserem Selbstmanagement, verbesserten Krankheitsparametern und auch ökonomischen Vorteilen für das System nehmen heute von den über 420.000 diagnostizierten Diabetikern in Österreich keine fünf Prozent am Programm teil. „Es ist im Sinne eines zukunftsfähigen Versorgungssystems und der Abfederung immenser intramuraler Kosten absolut notwendig, die Apotheker mit ins Boot zu holen, um Patienten zu mobilisieren und auch die Qualität des Programms weiter zu erhöhen“, so Klima in seinem Fazit. Diese Sicht teilte auch Mag. Dr. Schelling, Verbandsvorsitzender des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, der betonte, „dass eine effiziente integrierte Versorgung nur durch vernetzte Leistungen aller Beteiligten möglich sein wird. Der ökonomische Druck wird in Zukunft noch steigen, aus Sicht des Systems können die Ergebnisse daher nur Synergien und keine Doppelgleisigkeiten sein. Das bedeutet

aber auch ganz klar, künftig dem verfassungsmäßigen Prinzip ‚Geld folgt Leistung‘ noch besser zu entsprechen.“

OÖGKK-Obmann Hinterwirth äußerte ein klares Bekenntnis zum Vorhaben der Apothekerschaft. „Ich glaube, dass es das Vertrauensverhältnis zwischen Apothekern und ihren Kunden und Patienten besonders gut ermöglicht, effiziente Präventions- und Screeningmaßnahmen umzusetzen. Wenn wesentliche Gesundheitswerte wie Body-Mass-Index (BMI), Bauchumfang oder Blutdruck regelmäßig dokumentiert werden und Risikopatienten einer frühen Diagnose zugeführt werden können, ist das ein wesentlicher Schritt in der integrierten Versorgung. Auch die Rekrutierung von Diabetikern für das DMP kann durch die Apothekerschaft maßgeblich unterstützt werden.“

Landeshauptmann Dr. Pühringer stellte ob der Vorreiterrolle des Landes Oberösterreich die Präventionsmaßnahmen in den Gemeinden in den Vordergrund. „Wenn es die Apotheker auf lokaler Ebene schaffen, die Menschen einerseits zu einem gesunden Lebensstil zu motivieren und jene, die bereits an Diabetes erkrankt sind, in einen strukturierten Versorgungsprozess zu lenken, dann können sie mit der vollen Unterstützung des Landes rechnen.“ Klar ist, um Mag. Dr. Schellings Worte noch einmal zu bekräftigen, dass die Potenziale in der vernetzten Zusammenarbeit aller Gesundheitsdienstleister – vom Arzt bis zur Pflegekraft – liegen. Dr. Niedermoser lobte die Initiative der Apotheker. Er sieht Nachholbedarf in der breiteren Etablierung des DMP Diabetes bei den Ärzten selbst, auch wenn die Zahl der beteiligten Ärzte in Oberösterreich im Vergleich zu anderen Bundesländern am höchsten ist. Die Apotheke sieht er einerseits als wichtige Informationsplattform, um auf der Seite der Patienten die Möglichkeit eines strukturierten Betreuungsprogramms bekannt zu machen. Andererseits könnten jene Risikopersonen, welche erst einer Diagnose zugeführt werden müssen, bei den Apothekern ein Screening durchlaufen, genauso wie bestimmte regelmäßige Messwerte von Diabetepatienten dokumentiert und Diabetikerschulungen sowie spezielle Beratungsangebote angeboten werden könnten.

Als Generaldirektor der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB), eines Trägers, der Sozial-, Unfall- und Pensionsversicherung unter einem Dach vereint, brachte DI Völkl den Gedanken der „Next Practice“ in die Diskussion ein. Konkret meinte er, dass man sich nicht nur Gedanken über bestehende horizontale Prozesse machen dürfe, sondern – wie der Terminus „integrierte Versorgung“ schon sage – das System mit allen Abhängigkeiten in seiner Gesamtheit betrachten müsse. Gerade auch weil es sich bei Diabetes um eine so langfristige Erkrankung handle. „Ein gutes DMP kann den Menschen vor allem dadurch nahe gebracht werden, dass es Politik, Ärzteschaft und auch Sozialversicherung bzw. Sozialversicherungsträger voll und ganz unterstützen. Wenn dabei zusätzlich kluge Instrumente wie Erinnerungs-SMS zur Verbesserung der Compliance oder die elektronisch unterstützte Dokumentation von Gesundheitswerten zur Anwendung kommen, können kleine Schritte in ihrer Gesamtheit oft einen massiven Mehrwert generieren. Die Apotheker haben durch ihre Kontaktfrequenz und Möglichkeit der direkten Einflussnahme hier beste Voraussetzungen. Die VAEB kann sich als bundesweiter Träger eine Kooperation im Rahmen eines Pilotprojekts jederzeit vorstellen.“

## Erste Schritte zum Pilotprojekt

Aufgrund der breiten Zustimmung aller Beteiligten soll durch ein klares Leistungsportfolio und eines entsprechenden Schulungskonzeptes der Grundstein für eine Verbesserung der Diabetesbetreuung gelegt werden. Präsident Veitschegger kündigte an, dass in Oberösterreich Anfang 2011 ein Pilotprojekt gestartet werden soll, um den konsensualen Dialog auch in die Praxis umzusetzen. Landeshauptmann Pühringer stellt klar: „Wichtig ist es, an dieser Stelle noch einmal zu betonen, dass es unser primäres Ziel sein sollte, trotz bestmöglicher kurativer Medizinleistungen in die Gesundheitsprävention zu investieren. Hier können die Apotheker aufgrund ihrer hervorragenden Ausbildung, lokalen Verankerung und Niederschwelligkeit massiv zu einer Verbesserung beitragen.“



# „Ein Erfolg ist letztlich ein programmierter Zufall“

**DR. ANDREAS GRASSAUER**  
GESCHÄFTSFÜHRER  
MARINOMED GMBH

VON DI (FH) ELENA BERTOLINI



*Dr. Andreas Grassauer ist Geschäftsführer des Wiener Biotech-Unternehmens Marinomed GmbH. Im Periskop-Interview gibt der gebürtige Oberösterreicher Einblick in die Welt der Biotech-Start-ups und erklärt, welche Eigenschaften marine Organismen zu attraktiven Forschungsobjekten für die Entwicklung innovativer Medikamente machen.*

**P:** Marinomed wurde im März 2006 als Spin-off der veterinärmedizinischen Universität gegründet. Wie kommt man auf die Idee, mit marinen Organismen zu forschen? Was macht diese zu potenziellen Arzneimitteln gegen Krankheiten und Allergien?

**Grassauer:** Bei Marinomed hat sich die Idee, mit marinen Organismen zu forschen, aus dem Gründungsteam, bestehend aus einem Veterinärmediziner, einer Immunologin, einem Meeresbiologen und einem Biotechnologen, ergeben. Die ursprüngliche Gründungsidee war, neue Substanzen aus der Ressource Meer in den Bereichen Immunologie und Virologie auf ihre Wirksamkeit zu testen. Es gab auf diesem Gebiet bereits Bemühungen von Forschergruppen auf der ganzen Welt. Der marine Bereich ist aber aufgrund seiner großen Vielfalt bei Weitem noch nicht so gut erforscht wie andere Bereiche. Wir haben daher ganz bewusst unser Unternehmen auf dieser Idee gegründet. Der marine Bereich bietet nicht nur eine Unmenge an verschiedenen Organismen, sondern auch oftmals eine Wirkstoffidee, die man auf chemischem oder synthetischem Weg nachahmen und verarbeiten kann.

**P:** Welche Eigenschaften machen marine Lebensformen zu potenziellen Forschungsobjekten für neue Therapien oder Medikamente? Wie gewinnen Sie diese Organismen?

**Grassauer:** Es ist grundsätzlich so, dass es in der Natur diverse sessile (Anm.: lat. festsitzend, Lebewesen, die ihren Aufenthaltsort nicht verändern können) Lebensformen gibt, deren Vielfalt im Meer ungleich höher ist als an Land. Diese sessilen Lebensformen, seien es Algen oder andere Organismen, haben kein Immunsystem und schützen sich gegen äußerliche Angriffe und Infektionskrankheiten meist mithilfe chemischer Wirkstoffe. Diese Substanzen und deren Wirkmechanismen machen marine Lebensformen für die Forschung interessant. Wir züchten die Organismen, mit denen wir forschen, nicht selbst. Wir greifen im Wesentlichen auf bekannte Ressourcen aus der Natur zurück. Entscheidend ist für uns, dass die verwendeten Ressourcen nachhaltig sind. Dies ist sowohl in unserem Interesse als auch im Interesse der Natur.

**P:** Was sind die bisher größten Errungenschaften des Unternehmens?

**Grassauer:** Unsere bisher größte Errungenschaft ist die Entwicklung eines Nasensprays gegen Schnupfen. Das Spray hat in mehreren klinischen Studien eine antivirale Wirksamkeit gegen zahlreiche respiratorische Viren – wie Rhino-, Influenza- oder Coronaviren – gezeigt. Das Nasenspray basiert auf

einer chemischen Verbindung, die aus einer Rotalge stammt. Wir sind im Zuge eines Screenings auf diese Substanz gestoßen. Rotalgen deswegen, weil ein Erfolg bei einem breit angelegten Screening letztlich ein programmierter Zufall ist. Wir haben also nicht bewusst an Rotalgen geforscht. In Österreich, Israel und der Türkei ist unser Produkt bereits rezeptfrei in den Apotheken erhältlich. In Kürze werden 54 weitere Länder hinzukommen. Das Spray wird dann in Europa und unter anderem auch in Russland, Südamerika und Australien erhältlich sein.

**P:** Erst kürzlich haben Sie einen Deal mit Böhlinger Ingelheim abgeschlossen. Wie wichtig sind Kooperationen mit internationalen Pharmafirmen für kleinere Biotechnologieunternehmen?

**Grassauer:** Diese Art von Zusammenarbeit ist ganz entscheidend für den Erfolg kleinerer Biotech-Unternehmen. Große internationale Pharmafirmen wie Böhlinger Ingelheim haben Verständnis für den Markt und viel Erfahrung im Bereich der patientennahen Entwicklung. Wir als Biotech-Unternehmen haben nicht vor, ein voll integrierter Pharmabetrieb zu werden. Wir



planen, ein Forschungs- und Entwicklungsunternehmen zu bleiben und die finale Produktentwicklung sowie das Marketing weiterhin mit Partnern durchzuführen.

*„Man kann definitiv behaupten, dass die Branche die Kindergartenjahre nun hinter sich lässt und sich stark zu einem ernstzunehmenden Partner entwickelt.“*

**P:** Welche Tipps würden Sie einem Gründer geben, der eine Firma auf dem Biotech-Sektor aufbauen möchte? Können Sie Wien als Standort weiterempfehlen?

**Grassauer:** Zuerst braucht ein Gründer ein hervorragendes wissenschaftliches Konzept, welches einer fundierten Prüfung durch Kollegen und Experten standhält. Darüber hinaus würde

ich empfehlen, eine Firma im Team zu gründen. Die breitgefächerte Expertise, die es braucht, um ein derartiges Unternehmen aufzubauen, kann eine einzelne Person nicht abdecken. Bei einer Teamgründung ist es wichtig, dass man zu Beginn Leute hat, die

bereit sind, auf Risiko zu arbeiten. Weiters würde ich einem Gründer raten, sich rechtzeitig Gedanken über die Finanzierung zu machen und sich nicht zu scheuen, Beratung seitens der Förderstellen anzunehmen. Der Standardplanungszeitraum beträgt drei bis fünf Jahre, wobei die Genauigkeit der Planung Richtung Gegenwart zunehmen sollte. Aus meiner Sicht kann ich Wien als Standort für eine derartige Unternehmensgründung nur empfehlen. Der Standort profitiert von einem guten wissenschaftlichen Umfeld, guten Förderprogrammen und politischem Rückenwind.

**P:** Marinomed wurde in der ersten Phase vom universitären Gründerservice INiTS unterstützt. Welche Rolle spielt das Gründerservice für ein Start-up? Worin bestehen die wesentlichsten Hilfestellungen?

**Grassauer:** Der Beistand durch ein Gründerservice ist breit gefächert. In unserem Fall kann man behaupten, dass sich die Geschwindigkeit der Prozesse mithilfe von INiTS verdoppelt hat. Im Oktober 2005 haben wir erste Unterstützung durch INiTS erhalten. Ein Jahr später war das Unternehmen durchfinanziert. Die wesentlichsten Hilfestellungen bestanden in der Unterstützung der Business- und Finanzplanung sowie in einer kleinen finanziellen Förderung, mit der wir die ersten Patentanmeldungen bezahlt haben. Bis heute sind wir mit INiTS in Kontakt. Manchmal holen sich nachfolgende Gründer bei uns Tipps oder man trifft sich zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch. Die Biotech-Szene in Wien ist sehr gut vernetzt.

**P:** Mit welchen Hürden oder Rückschlägen muss man rechnen, wenn man ein Biotech-Start-up gründen möchte?

**Grassauer:** Zunächst muss man mit Schwierigkeiten bei der Finanzierung und mit vielen unangenehmen Fragen von Kollegen, Förderstellen und Investoren rechnen. Man sollte alle Fragen und jede Kritik ernst nehmen. Dennoch kann trotz bester Planung ein Konzept auch einmal nicht funktionieren. In diesem Fall sollte man einen Plan B haben. In späteren Phasen kann es passieren, dass eine klinische Studie nicht die gewünschten Ergebnisse zeigt, es kann zu Zeitverzögerungen oder Schwierigkeiten in der Produktzulassung kommen. Generell kann gesagt werden, dass die Erfolgsquote der Start-ups in Österreich dennoch sehr gut ist.

**P:** Wie wird sich die Branche Ihrer Meinung nach in den nächsten Jahren entwickeln? Gibt es ausreichend qualifizierte Nachwuchsforscherinnen und -forscher?

**Grassauer:** Ich rechne mit einem moderat konstanten Wachstum in den nächsten Jahren. Ich denke, dass sich die kleineren Biotech-Unternehmen als Innovations- und Ideenlieferanten etablieren werden. Wir sind in Österreich sehr gut mit Life Sciences versorgt. Die Nachwuchsforscher haben eine exzellente Ausbildung. Das Bewusstsein für Life Sciences wird von Absolventen, die nicht unmittelbar in der Branche tätig sind,

mitgenommen. So können neue Geschäftsideen entstehen und neue Forschungsfelder entwickelt werden. Dadurch wird man auch für internationale Partner attraktiv. Man kann definitiv behaupten, dass die Branche die Kindergartenjahre nun hinter sich lässt und sich stark zu einem ernstzunehmenden Partner entwickelt.

## BioBox:

Dr. Andreas Grassauer absolvierte die HTL für chemische Betriebstechnik in Wels und studierte anschließend Lebensmittel- und Biotechnologie an der Universität für Bodenkultur in Wien. Dr. Grassauer ist verheiratet und hat drei Kinder. Im Jahr 2006 gründete er gemeinsam mit seiner Frau Marinomed Biotechnologie.





VON ÄRZTEKAMMERPRÄSIDENT MR DR. WALTER DORNER

# Schlechte Gesundheit der Jugend kostet bald Milliarden

Der schlechte Gesundheitszustand österreichischer Kinder und Jugendlicher kann sich in zwanzig Jahren dramatisch auf das Gesundheitssystem auswirken. Das Schreckensszenario: 2030 entstehen durch die heutigen Teenager Mehrkosten in Höhe von 1,6 Milliarden Euro, 2050 folgt dann eine weitere Steigerung auf 3,7 Milliarden Euro – falls es zu keiner Verbesserung kommt. So lauten die Berechnungen der Ärztekammer, die sich dabei auf Zahlen einer Studie aus dem Jahr 2007 stützt.



Laut Walter Dorner, dem Präsidenten der Wiener und der Österreichischen Ärztekammer, ist die Situation bereits heute besorgniserregend: Gemäß Untersuchungen würden 60 Prozent der Wiener Schüler nicht mehr auf einem Bein hüpfen und 30 Prozent nicht rückwärtsgehen können, erklärte er. „Das sind bedrohliche Zahlen, die alle in dieses Schema hineinpassen.“

Um der von der Ärztekammer skizzierten negativen Entwicklung entgegenzuwirken, sei Prävention in Form von Bewusstseinsbildung wichtig. Dabei sollte man auf Bildungseinrichtungen setzen und beispielsweise eine Einführung der Ganztagschule als Chance nutzen: „Es gibt keine bessere Gelegenheit, als zu sagen, jeden Tag muss eine Turnstunde stattfinden“, betont Dorner, der zusätzlich eine Stunde Gesundheitserziehung pro Woche fordert. Er plädiert dabei für „unübliche und einfallsreiche“ Wege, etwa für Pokale für Schüler, die es schaffen, ihr Gewicht oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Streitbar mutet auch sein Vorschlag an, die gesundheitliche Entwicklung im Zeugnis zu bewerten. Vorstellen kann sich Dorner weiters ein Schulbuffet, das Einkäufe gemäß Body-Mass-Index (BMI) erlaubt, sowie ein BMI-Controlling durch die Schulärzte.

*„Unsere Gesellschaft würde gut daran tun, viel, viel mehr Wert darauf zu legen, dass jede Schule einen Arzt hat.“*

## Zu wenig Schulärzte

Genau hier beginnen aber bereits die ersten Probleme: Dorner ortet nämlich in Österreich einen „eklatanten Mangel“ bei der Versorgung mit Schulärzten. Derzeit kümmern sich ungefähr 2500 Mediziner an den 6500 heimischen Schulen um zirka 1,2 Millionen Kinder. „Unsere Gesellschaft würde gut daran tun, viel, viel mehr Wert darauf zu legen, dass jede Schule einen Arzt hat.“ Notwendig wäre eine Aufstockung des Personals auf mindestens 4000 Personen.

Schulärzte seien in den vergangenen Jahren als erste Anlaufstelle für die Kinder und Jugendlichen immer wichtiger geworden, betont Dorner. Neben den vorgesehenen Untersuchungen seien sie der Ansprechpartner für alle sexuellen Fragen und verschiedene Probleme hinsichtlich Ernährung oder Sport sowie auch bei Mobbing. Gemäß einer aktuellen Umfrage unter Schulärzten hätten 70 Prozent in den letzten Jahren einen gestiegenen Bedarf an psychosozialer Betreuung festgestellt.

Nur bei Schulärzten könnten sich Kinder „unbürokratisch, ohne E-Card und ohne das Wissen ihrer Eltern“ Hilfe holen, so Dorner. Besonders wichtig sei die medizinische Versorgung für Kinder aus ärmeren oder Migrantenfamilien, die sonst manchmal abseits von Bildungseinrichtungen gar keine ärztliche Betreuung bekommen würden.

Schulärzte würden als generelle Gesundheitsinteressenvertreter agieren und dabei auch für arbeitsmedizinische Aspekte sowie die

Vermittlung zwischen Schülern, Lehrern und Eltern zur Verfügung stehen. Laut Dorner ist angesichts der neuen Anforderungen und der Wichtigkeit der Schulmedizin eine Aufstockung notwendig. Im Moment stünde an einer Pflichtschule für hundert Kinder nur eine Schularztstunde pro Woche zur Verfügung. Vielerorts gebe es neben der vorgeschriebenen jährlichen Schularztuntersuchung keinerlei Sprechstunden. Aus Kostengründen würden dabei nach wie vor Regelungen wie Sieben-Minuten-Begrenzungen pro Person existieren, lautet die Kritik des Ärztekammerpräsidenten.

## Zersplitterte Zuständigkeiten

Ein Problem seien auch die zersplitterte Zuständigkeit und Finanzierung, da Länder und Gemeinden bei Pflichtschulen individuell entscheiden würden, wie viel Geld in Schulärzte investiert werde, meint Dorner. Am besten versorgt seien derzeit höhere Schulen, für die der Bund zuständig sei. Dort bekämen die Mediziner eine Anstellung und pro sechzig Schüler eine wöchentliche Betreuungsstunde bezahlt.

Alle Schüler sollten von der Volksschule an auf diese Weise versorgt werden, fordert der Ärztekammerpräsident. Beim Schuleintritt sollte eine Untersuchung außerdem obligatorisch sein. Wichtig seien diese Maßnahmen auch im Hinblick auf Österreichs schlechtes Abschneiden bei der jüngsten internationalen Jugend-Gesundheitsstudie. Aus diesem Grund wäre auch eine bessere Einbindung der Mediziner in den Schulalltag sowie in den Unterricht bei Ernährungs- und Bewegungsfragen notwendig.

Weitere Forderungen der Ärztekammer betreffen eine modernisierte anonyme Dokumentation für gesundheitspolitische Maßnahmen sowie eine Einbindung der Schulärzte bei Themen wie Hygiene, Schulbuffet und Gestaltung der Klassenräume und Sitzplätze. „Wenn es nicht gelingt, in Gesellschaftsschichten mit niedrigem Bildungsgrad ein Gesundheitsbewusstsein zu schaffen, dürfen wir uns nicht wundern, wenn in zehn bis 15 Jahren die Zahl moderner Zivilisationskrankheiten wie Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes noch weiter in die Höhe schnellen werden“, so Dorner.

Der Ärztekammerpräsident bezeichnet es als Schande, dass die Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche bis jetzt „offenbar nur ein Lippenbekenntnis“ sei. Die Gesundheits-, Familien- und Schulpolitik sei aufgefordert, diesem „existenziellen Manko mit einer gemeinsamen Kraftanstrengung auf den Leib zu rücken“. Schon vom Kindergartenalter weg sollte der Nachwuchs sensibilisiert werden. „Während der gesamten Schulkarriere muss Gesundheit ein fächerübergreifendes Lehr- und Lernprinzip darstellen, das Kinder und Jugendliche je nach Unterrichtsfach über Themen wie Bewegung, Ernährung sowie Krankheitsrisiken und -folgen aufklärt.“

Dorner kann sich dabei mittelfristig sogar ein eigenes Unterrichtsfach – „Gesundheitserziehung“ – in der Unterstufe vorstellen. Dabei sollten auch die Eltern miteinbezogen werden, denn: „Was nützt es, wenn die Lehrer gemeinsam mit den Schulärzten Aufklärungsarbeit leisten

*„Nur durch eine entsprechende Bewusstseinsänderung hinsichtlich eines gesunden Lebensstils bei der Jugend könne es gelingen, die drohende Kostenlawine in den nächsten Jahrzehnten hintanzuhalten.“*

und die Kinder dann in ihr häusliches Umfeld zurückkehren, wo sie wieder in den alten und oft ungesunden Lebensstil zurückfallen?“ Hier sei eine Kontinuität gefragt, die alle be-

einflussenden Faktoren für das Kind erreichen sollte.

## Verluste für die Volkswirtschaft

Jeder in die Aufklärung und Vorbeugung investierte Euro sei eine „sinnvolle Investition in die Zukunft“, betont Dorner. Denn nur durch eine entsprechende Bewusstseinsänderung hinsichtlich eines gesunden Lebensstils bei der Jugend könne es gelingen, die drohende Kostenlawine in den nächsten Jahrzehnten hintanzuhalten.

Der Ärztekammerpräsident fordert in diesem Zusammenhang auch eine Verlagerung von Krankheits- hin zu Präventionskosten bei den Krankenkassen. Eine Möglichkeit wären laut Dorner zusätzliche Rabatte von Pharmaunternehmen für die Kassen. Dorner: „Greift die Prävention, kann auch ein Anstieg der Gesundheitskosten im Jahr 2030 in der Gruppe der über 65-Jährigen verhindert werden.“

Neben der drohenden Erhöhung der Gesundheitskosten schwebt aber auch noch ein zweiter finanzieller Faktor im Raum, mahnt der Ärztekammerpräsident. Denn bleibe die Situation so wie jetzt, würden der Volkswirtschaft durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder den frühzeitigen Tod der heutigen Jugend in zwanzig beziehungsweise vierzig Jahren zusätzlich 20.000 beziehungsweise 40.000 Beschäftigungsjahre entgehen. Diese hätten einen „nicht unbeachtlichen Wert“ von 400 beziehungsweise 800 Millionen Euro.

Gemeinsam mit der fortschreitenden Überalterung der Gesellschaft würden sich diese Effekte noch verdoppeln, erklärt Dorner. Bisherige Prognosen für Krankheitskosten durch die demografische Entwicklung würden von zusätzlich 7,3 Milliarden Euro bis 2030 und 11,6 Milliarden Euro bis 2050 ausgehen. Eine gleichzeitige Zunahme an Senioren und kranken Erwerbstätigen würde zudem den Arbeitsmarkt beeinflussen: Verglichen mit 2008 würden 2030 durch Pensionierungen 230.000 Arbeitsplätze frei, für die man gesunde Erwachsene benötige.

Dorner: „Die Zahlen und Prognosen liegen klar auf dem Tisch. Nun ist die Politik gefragt, entsprechende Maßnahmen zu setzen, damit diese Szenarien nicht Realität werden.“

**Am Rande des Europäischen Forums Alpbach** diskutierten die Gesundheitssprecher von SPÖ und ÖVP, Sabine Oberhauser und Erwin Rasinger, mit Franz Bittner von PERI Human Relations GmbH über die fehlende Transparenz im Gesundheitssystem.

MODERATION: CHRISTIAN BÖHMER, KURIER

# Alpbacher Sommergespräche



Franz Bittner im Gespräch mit den Gesundheitssprechern von SPÖ und ÖVP, Sabine Oberhauser und Erwin Rasinger sowie Kurier-Redakteur Christian Böhmer.

**KURIER:** Herr Bittner, Sie waren jahrelang Chef der Wiener Gebietskrankenkasse und Chef der Trägerkonferenz, daher die erste Frage an Sie: 2010 melden die Krankenkassen ein Plus – sind diese damit endgültig saniert?

**Franz Bittner:** 2010 haben wir ein kleines Plus von 106 Millionen Euro, aber an der grundsätzlichen Problematik ändert das vorerst gar nichts. Wir haben in den Gebietskrankenkassen kumulierte zwei Milliarden Euro minus, der Reformbedarf ist genauso hoch wie vor zwei oder drei Jahren. Jubel wäre jetzt völlig fehl am Platz!

**Sabine Oberhauser:** Wobei eines bemerkenswert ist: Wir haben jetzt zum ersten Mal zusätzliches Steuergeld im Gesundheitssystem, nämlich jene 100 Millionen Euro aus dem Sanierungsfonds. Die Kassen sind nicht saniert – aber wir sind auf einem guten Weg. Und ich sage auch dazu: Der Fonds muss bleiben, es kann nicht sein, dass er in Zeiten von angespannten Budgets gestrichen wird.

**Erwin Rasinger:** Die 100 Millionen Euro waren seit Langem der erste taugliche Versuch, die Kassen an die Leine des Gesundheitsministeriums zu bringen. Das ist gut so, denn wenn die drei Player – Kassen, Bund und Länder – nur auf ihren Besitzständen beharren, geht gar nichts weiter, weil jeder nichts anderes tut, als dem anderen die entstehenden Kosten zuzuschieben. Allerdings wehre ich mich gegen das permanente Strapazieren des Begriffs „Defizit“: Krankenkassen sind per Definition keine Sparkassen. Meiner Meinung nach müssen wir drei Punkte in den Fokus rücken, nämlich: die Prävention – da sind wir in Österreich sehr schwach. Zweitens muss die Medizin zurück zur Basis, sprich zu den Hausärzten – auch da rührt sich nichts. Und drittens haben

wir erschreckende Zunahmen bei den psychischen Erkrankungen, sprich Burn-outs – und auch hier passiert wenig.

**Die SVA will Patienten bzw. Versicherte finanziell belohnen, wenn sie gesundheitsbewusst leben. Ein kluger Vorstoß?**

**Oberhauser:** Und was ist mit den chronisch Kranken? Menschen, die oft zum Arzt gehen müssen, werden schon jetzt mit Selbstbehalten bestraft. Ich halte die ganze Bonus-Malus-Debatte für unklug. Es gibt viele, die weit größere Probleme haben, als sich um den Fettgehalt der Nahrung zu kümmern – weil sie arbeitslos sind, weil sie schlecht bezahlt werden etc.

**Bittner:** Damit sind wir mitten in der Frage: Wie soll das System in Zukunft finanziert werden? Bleiben wir bei den chronisch Kranken: Rasinger hat das Problemfeld der Burn-outs erwähnt, ich möchte das um die Diabetiker erweitern: 420.000 Personen sind derzeit in Behandlung, 180.000 sind noch nicht erkannt und jedes Jahr erkranken weitere 10.000 Menschen neu. Wenn man sich die „klassische Karriere“ von Diabetikern ansieht, haben wir zwar einen riesigen Bedarf an Leistungen, der bis hin zur Dialyse reicht, trotzdem sind von den 420.000 behandelten Diabetikern derzeit gerade einmal 20.000 in Disease-Management-Programmen.

**Warum ist das wichtig?**

**Bittner:** Weil diese Programme Kosten und unnötiges Leid ersparen. In Disease-Management-Programmen sind die Kosten pro Jahr und Patient um 500 bis 700 Euro niedriger und die teilnehmenden Patienten haben darüber hinaus eine bessere medizinische Betreuung. Amputationen, Erblindungen und Dialysen können den

Menschen durch solche Programme erspart werden. Trotzdem passiert zu wenig, weil die Ärzte, aber vor allem die Apotheker und auch die Patienten zu wenig miteinbezogen werden.

**Ärztevertreter fordern seit Jahr und Tag eine Aufwertung des Hausarztes. Warum?**

**Rasinger:** Weil wir derzeit sehr darunter leiden, dass der Faktor Zeit nicht bezahlt wird. Ärzte werden dafür bezahlt, Leistungen zu erbringen, sprich, ein Handgriff – Blut abnehmen, Injektionen setzen, Blutdruck messen etc. – wird vergütet. Wenn man Patienten Zuwendung oder Zeit widmet, wird das nicht im selben Ausmaß honoriert. Im Gegenteil: Der finanzielle Druck steigt und zusätzlich müssen sich Ärzte für die Kosten, die ihre Therapien verursachen, zunehmend rechtfertigen, wobei es mittlerweile null Toleranz für Behandlungsfehler gibt.

**Die Toleranz für Fehler war früher wohl kaum größer als heute, oder?**

**Rasinger:** Behandlungsfehler sollen nach Möglichkeit nicht passieren, da sind sich ja alle einig. Mittlerweile beeinflussen Verrechtlichung und Klagsfreude aber die Therapien. Das Dilemma der Ärzte wird an konkreten Beispielen sichtbar. Tumore im Knie sind beispielsweise sehr selten. Verzichteten Ärzte aber auf die Kernspintomografie, gehen sie bei jedem Kniepatienten – und sei es bei ihm auch noch so unwahrscheinlich, dass er einen Tumor hat – theoretisch das Risiko ein, durch Sonne und Mond geklagt zu werden. Gleichzeitig sagt die Krankenkasse: „Warum schickst du so viele zur Kernspintomografie? Du verursachst ja enorme Kosten!“ Der Arzt ist einfach in einer Doppelmühle.



Christian Böhmer



Sabine Oberhauser



Erwin Rasinger



Franz Bittner

Oberhauser: Volle Zustimmung! Den Ärzten fehlt die Zeit für die Patienten. Und man vergisst, dass ein intensives Gespräch mitunter anfallende Kosten bei Medikamenten erspart. Wir müssen beim Honorarsystem dringend etwas tun, das kleinteilige Sammeln von Leistungen muss sich ändern, und zwar hin zu einer ganzheitlichen Betreuung.

Mit Pauschalzahlungen?

Rasinger: Das Wie ist noch zu diskutieren. Fest steht: So lange der Hausbesuch beim Pudel mehr Geld bringt als der beim Frauerl, darf man sich nicht wundern, wenn uns in Großstädten bald die jungen Ärzte fehlen.

Apropos fehlen: Herr Bittner, Sie attestieren dem Gesundheitssystem einen Mangel an Transparenz.

Bittner: Und zwar insbesondere bei den Spitalern. In Dänemark kann ich sehen, wie viele Operationen ein Spital macht und welche Erfolgsquote es dabei hat – eine wichtige Entscheidungsgrundlage. Wenn die Patienten wissen, dass in einem Krankenhaus nur hundert Geburten im Jahr stattfinden, dann werden sie dort nicht mehr entbinden. Das Spital schließt die Abteilung und spezialisiert sich auf andere Bereiche. Transparenz schafft Qualität.

Aber wie soll diese Transparenz konkret aussehen?

Bittner: Die Leistungsbilanz eines Krankenhauses sollte online abrufbar sein. Das könnten die Spitalsbetreiber oder auch das Ministerium machen. Ein wenig mehr Marktmacht täte dem System gut.

Rasinger: Da bin ich skeptisch.

Warum?

Rasinger: Der 80-Jährige schaut nicht ins Internet.

Oberhauser: Dann erledigt das eben der Hausarzt.

Rasinger: Aber ein guter Arzt weiß doch jetzt schon, wo er seine Patienten unterbringt. Außerdem werden Qualitätsberichte oft überbewertet. In den USA werden Komplikationszahlen bei Bypassoperationen veröffentlicht. Was passiert? Manche Spitäler in New York nehmen schwierige Patienten einfach nicht mehr, weil diese ihre Statistik drücken. Pittsburgh hat vergleichsweise schlechte Zahlen – weil sie kompliziertere Eingriffe erledigen und die Erfolgsquote ein wenig schlechter ist.

Bittner: Das ist ein gefährlicher Reflex: Probieren wir's erst gar nicht aus, denn es könnte ja schlechter werden ... Ich würde lieber die Transparenz ausprobieren. Gehen wir doch von einem mündigen Patienten aus, der den Rat des Arztes ernst nimmt, aber selbst mitentscheiden möchte.

Die Ärztekammer hat eine höhere Besteuerung des Rauchens zugunsten der Gesundheitspolitik eingefordert. Ein kluger Vorstoß?

Rasinger: Die Verdoppelung erscheint mir überzogen, aber 30 Millionen Euro sollten aus der Tabaksteuer für Prävention zweckgewidmet werden. In anderen Bereichen geht das: Österreichs Sportler bekommen aus den Lotto-Toto-Erträgen 80 Millionen Euro im Jahr, Anfang 2000 waren es 30 Millionen. Im Fonds Gesundes Österreich, der sich um Vorsorge kümmern soll, haben wir demgegenüber seit 1996 unverändert sieben Millionen Euro. Das ist für nachhaltige und sinnvolle Prävention zu wenig. Was wir beim Sport können, müssen wir auch bei der Gesundheit schaffen.

Bittner: Als Kassenchef habe ich die Zweckwidmung eines Teils der Tabaksteuer immer wieder gefordert, nur hat sich kein Finanzminister je getraut, das umzusetzen. Das Problem ist: Alle Beteiligten halten diese Maßnahme zwar für klug, nur passiert nichts.

Oberhauser: Was vielleicht auch daran liegt, dass die Anhebung der Tabaksteuer für mich nur die zweitbeste Lösung ist. Steigt die Steuer, nehmen Schmuggel und Schwarzhandel zu, entsprechend geringer sind die zusätzlichen Einnahmen. Hinzu kommt: Sobald die Menschen gesünder leben, sprich, weniger oder gar nicht rauchen, fehlen wieder Millionen für das Gesundheitssystem. Die beste Lösung wäre, mehr Geld aus dem allgemeinen Steuertopf in das System zu geben.

Herr Rasinger, gäb's das Geld, was sollte mit zweckgebundenen Mitteln passieren?

Rasinger: Da mangelt es nicht an Ideen. Wir könnten die Sportförderung für übergewichtige Kinder ausbauen. Derzeit werden Projekte nach wenigen Jahren wieder eingestellt, weil die Finanzierung fehlt.

Oberhauser: Ein Vorbild sind die Finnen. Sie haben etwa evaluiert, wie dick die Butter am Brot ist. Am Ende stand die Ansage: Wir wollen runter von drei auf einen Millimeter! Und bei Schweinen wurde die Fettschicht am Rücken gemessen. Weniger fettes Fleisch im Regal bedeutet weniger Versuchungen beim Einkaufen – und gesündere Konsumenten.

Bittner: Ich würde eine finanzielle Stützung hochwertiger Nahrungsmittel dringend befürworten.

Abschlussfrage: Was sind die dringendsten Reformen, die anstehen?

Rasinger: Wir müssen den Hausarzt stärken, die Prävention erster nehmen und uns um die psychischen Erkrankungen kümmern, indem wir einen nationalen Plan für psychische Gesundheit erstellen.

Oberhauser: Bei der Prävention finden wir uns. Wichtig ist auch, den Sanierungskurs der Kassen weiterzugehen und gleichzeitig die psychische Betreuung auszubauen.

Bittner: Ich sage nur: Mögen die Wünsche meiner Vorredner in Erfüllung gehen.





# AMPLUS

## Neue Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit

**INTERVIEW MIT DR. ERWIN REBHANDL UND UNIV.-PROF. DR. MANFRED MAIER**  
GRÜNDER VON AM PLUS – INITIATIVE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND GESUNDHEIT  
VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL



### BIOBOX:

Dr. Erwin Rebhandl absolvierte an der Universität Wien sein Medizinstudium. 1981 übernahm er die Gemeindearztpraxis in Haslach an der Mühl in Oberösterreich. Seit 1988 ist er Inhaber einer Lehrpraxis. Sein Engagement für Allgemeinmedizin brachte er von Anfang an in die ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin) ein,

in der er 1994 zum Präsidenten gewählt wurde und diese Funktion über 16 Jahre – bis März 2010 – innehatte. Seit 2001 engagiert sich Dr. Rebhandl auch aktiv für den medizinischen Nachwuchs und ist Lehrbeauftragter der Abteilung für Allgemeinmedizin am Zentrum für Public Health an der Medizinischen Universität Wien.

*AM PLUS ist eine neue Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit, deren Ziel es ist, die wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu verbessern und zu stärken. Im Periskop-Interview sprachen wir mit den Gründungsmitgliedern des Vereins Dr. Erwin Rebhandl und Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier darüber, warum der Schritt zur Gründung nötig war und in welchen Handlungsfeldern sie aktiv werden wollen.*

**P:** Was ist AM PLUS und wofür steht dieser Begriff?

**Rebhandl:** AM PLUS ist eine Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit. Sie ist auf Vereinsbasis angelegt und setzt sich für die Stärkung und Verbesserung der wohnortnahen und niederschweligen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ein. Kernelement dabei ist die verantwortungsvolle Rolle der Allgemeinmedizin als zentrale Drehscheibe zwischen der Bevölkerung und anderen Anbietern von Gesundheitsleistungen im Sinne einer integrierten Versorgung. Im Zusammenwirken mit Wissenschaft, Fachgesellschaften, Patientenorganisationen, Sozialversicherung, Interessenvertretungen und Politik fördert AM PLUS den Dialog unter den Verantwortungsträgern und arbeitet aktiv an der Formulierung und Umsetzung konkreter Lösungen.

**P:** Was sind die Ziele von AM PLUS?

**Maier:** Die Ziele sind der Ausbau, die Sicherstellung und die ständige Weiterentwicklung von Diensten und Systemen der Gesundheitsversorgung, die eine umfassende, effiziente und für je-

den leicht zugängliche Betreuung und Behandlung ermöglichen. Das wollen wir durch die systematische Erfassung und sachliche Darstellung der von der medizinischen Wissenschaft, Lehre und Praxis erbrachten Leistungen und auf der Grundlage von wissenschaftlicher Evidenz sowie durch Unterstützung des Austausches unter den Mitgliedern und allen relevanten Entscheidungsträgern im österreichischen Gesundheitswesen erreichen.

**P:** Können Sie uns hier einige Beispiele nennen?

**Rebhandl:** Hauptziel ist die Umsetzung eines Primary-Health-Care-(PHC-)Konzepts in Österreich im Sinne der WHO-Deklaration von Alma Ata 1978. Darunter fallen etwa die Definition und Verwirklichung eines an die Bedürfnisse der Bevölkerung angepassten Leistungsspektrums der einzelnen Ebenen des Gesundheitssystems, das für alle Beteiligten transparent ist. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Optimierung und die Anpassung der verschiedenen Ausbildungswege an dieses Primary-Health-Care-Konzept. Das heißt, unser Ziel ist eine Verbesserung der Ausbildung der Ärzte für Allgemeinmedizin und verschiedener Fachärzte, des diplomierten Pflegepersonals (Stichwort „Practice Nurse“), der Ordinationsassistentinnen und anderer Gesundheitsberufe.

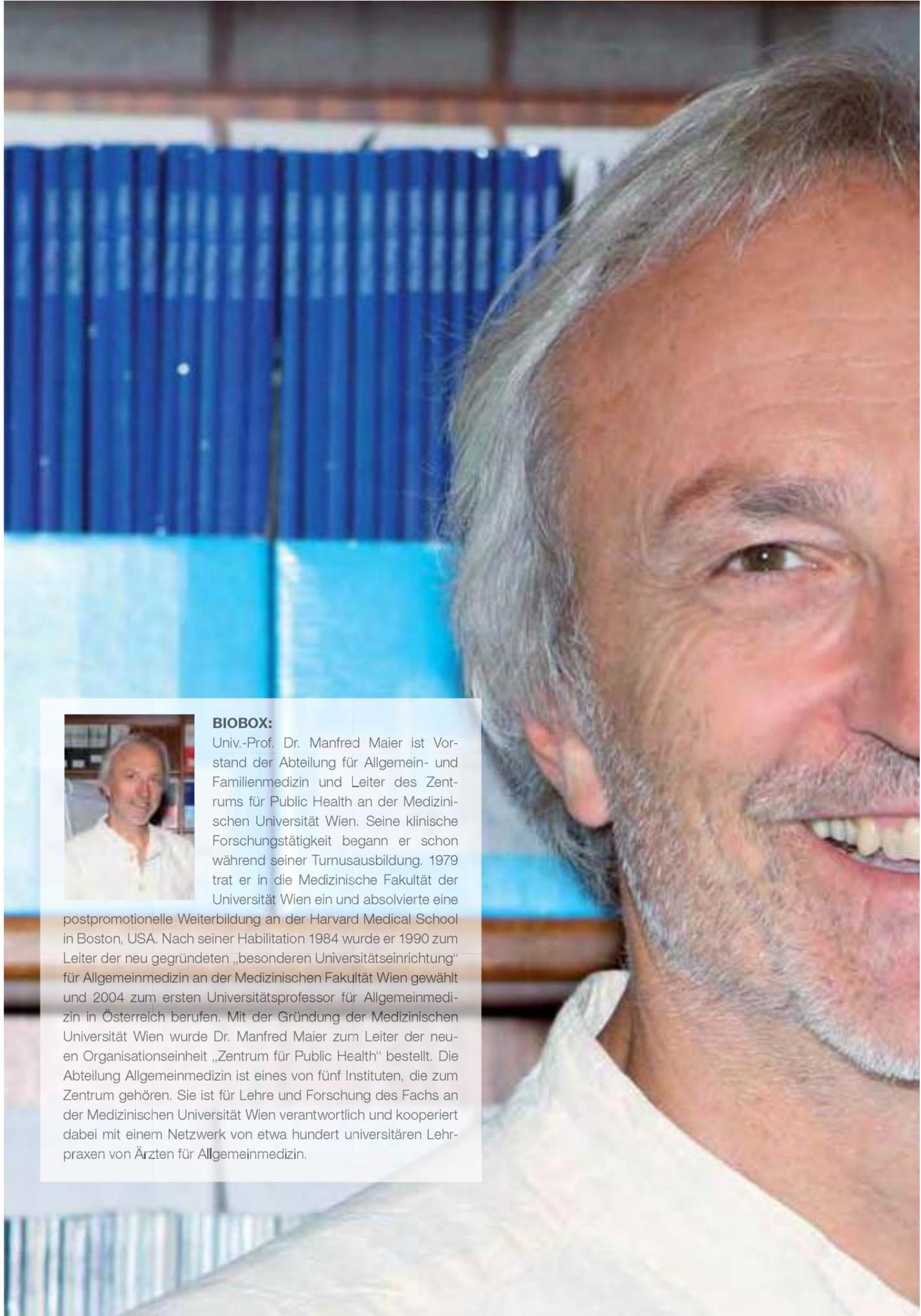
**P:** Stichwort Ausbildung: Wie kann man diese verbessern?

**Maier:** Unser Anliegen für die Zukunft ist es, Initiativen zu unterstützen, die zur Schaffung und Umsetzung von Aus- und Wei-

terbildungsmöglichkeiten mit relevantem Praxisbezug beitragen. Ein Schwerpunkt liegt beispielsweise auf allgemeinmedizinischen Lehrpraxen. Die uneingeschränkte Etablierung der Lehrpraxis ist nötig, um die Qualität der allgemeinmedizinischen Weiterbildung langfristig zu sichern. Dadurch wird die Allgemeinmedizin in Österreich an internationales Niveau herangeführt und die Qualität sowie Effizienz der medizinischen Gesamtversorgung werden optimiert. Das Resultat wird langfristig eine Reduktion der hohen Folgekosten im Gesundheitssystem sein. Ein weiterer Schwerpunkt unserer Arbeit liegt im Bereich der strukturierten Aus- und Weiterbildung. Dies reicht vom Medizinstudium über die postpromotionelle Weiterbildung bis hin zur laufenden berufsbegleitenden Fortbildung, bei der das Primary-Health-Care-Konzept als zentrales Element des Gesundheitssystems in Österreich auf allen Ausbildungsebenen anerkannt werden soll.

**P:** In welchen Themenfeldern orten Sie noch Handlungsbedarf und werden Sie daher aktiv sein?

**Rebhandl:** Handlungsbedarf orten wir unter anderem in der strukturierten Betreuung chronisch Kranker (Themenbereich Disease-Management-Programme – DMPs) und in der Unterstützung von Maßnahmen zu deren flächendeckenden Umsetzung. Als Ärzte für Allgemeinmedizin sind wir natürlich sehr daran interessiert, das Selbstmanagement von chronisch Kranken zu fördern. Wir stehen aber dazu, dass Patienten auch eine kontinuierliche und kompetente Betreuung brauchen. Dabei ist natürlich die

**BIOBOX:**

Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier ist Vorstand der Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin und Leiter des Zentrums für Public Health an der Medizinischen Universität Wien. Seine klinische Forschungstätigkeit begann er schon während seiner Turnusausbildung. 1979 trat er in die Medizinische Fakultät der Universität Wien ein und absolvierte eine postpromotionelle Weiterbildung an der Harvard Medical School in Boston, USA. Nach seiner Habilitation 1984 wurde er 1990 zum Leiter der neu gegründeten „besonderen Universitätseinrichtung“ für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät Wien gewählt und 2004 zum ersten Universitätsprofessor für Allgemeinmedizin in Österreich berufen. Mit der Gründung der Medizinischen Universität Wien wurde Dr. Manfred Maier zum Leiter der neuen Organisationseinheit „Zentrum für Public Health“ bestellt. Die Abteilung Allgemeinmedizin ist eines von fünf Instituten, die zum Zentrum gehören. Sie ist für Lehre und Forschung des Fachs an der Medizinischen Universität Wien verantwortlich und kooperiert dabei mit einem Netzwerk von etwa hundert universitären Lehrpraxen von Ärzten für Allgemeinmedizin.

Früherkennung von chronischen Leiden in der Primärversorgung eine ganz wesentliche Aufgabe, um den Betroffenen möglichst rasch eine strukturierte Betreuung zukommen zu lassen und um Folgeschäden möglichst zu vermeiden. Dieses Ziel wollen wir mit AM PLUS verfolgen und neue Lösungswege aufzeigen. Dazu gehören etwa eine Verbesserung des Praxismanagements im Sinne des Primary-Health-Care-Konzepts und des Durchführens von DMPs im Praxisalltag sowie die Teamarbeit, die Wartezeitenorganisation oder bedarfsorientierte Praxisstrukturen wie zum Beispiel Gruppenpraxen. Ein weiteres Handlungsfeld, in dem wir aktiv werden wollen, ist jenes des evidenzbasierten Wissenstransfers im Zusammenwirken mit Universitäten, Fachgesellschaften, Patientenorganisationen, Interessenvertretungen, Politik und Industrie, speziell auch in puncto Aus- und Weiterbildung.

**P:** Wie sieht es mit dem ÖGAM-Modell „Arzt des Vertrauens“ und dem Hausarztmodell aus?

**Rebhandl:** Die ÖGAM und die ÖÄK haben hier hervorragende, in die Zukunft weisende Projekte entwickelt, die wir uneingeschränkt unterstützen und deren praktische Umsetzung wir fördern wollen.

**P:** Worin liegt der Unterschied zwischen der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) und AM PLUS?

**Rebhandl:** Die ÖGAM ist die wissenschaftliche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, sie fungiert als Dachorganisation der einzelnen

Landesgesellschaften für Allgemeinmedizin.

Ihr Schwerpunkt ist die Entwicklung von Konzepten zur Aus-, Weiter- und Fortbildung und zur Tätigkeit und Positionierung der Allgemeinmedizin im Gesundheitssystem. Die ÖGAM organisiert zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen, unter anderem auch WONCA 2012, den europäischen Kongress für Allgemeinmedizin, übernächstes Jahr in Wien. AM PLUS hingegen ist eine Plattform für alle relevanten Entscheidungsträger, Organisationen und Gesellschaften des österreichischen Gesundheitswesens.

AM PLUS ist ein originärer Verein, der sich vorrangig um Maßnahmen zur praktischen Verwirklichung verschiedener Konzepte zur Verbesserung der medizinischen Grundversorgung bemüht. In Bezug auf die Zielsetzungen, insbesondere die Positionierung der Allgemeinmedizin betreffend, bestehen hohe Übereinstimmungen mit der ÖGAM und vielen anderen. AM PLUS wird sich mit der ÖGAM permanent austauschen und abstimmen. Dabei wird AM PLUS die Umsetzung der von der ÖGAM erarbeiteten Konzepte („Arzt des Vertrauens“, Hausarztmodell, Verbesserung der Aus- und Weiterbildung sowie Lehrpraxisausbildung) unterstützen und vorantreiben. Auch die praktische Umsetzung der von der ÖGAM erarbeiteten wissenschaftlichen Erkenntnisse möchte AM PLUS fördern.

**P:** Was war die Intention bei der Vereinsgründung?

**Maier:** Die Intention bei der Vereinsgründung war es, dass wir hohes Verbesserungspotenzial für das österreichische Gesund-

heitswesen sehen. Der Sektor „Primary-Care“ muss besser verankert und seine Positionierung ernsthaft aufgewertet werden. Dadurch könnte eine Verbesserung der medizinischen Versorgung bei gleichzeitiger Nutzung von Sparpotenzialen realisiert werden. AM PLUS setzt sich dafür ein, die dazu notwendigen evidenzbasierten Strukturen und Maßnahmen auch in die Realität umzusetzen.

**P:** Welche Personen stehen neben den Vereinsgründern noch hinter dem Verein und warum gerade diese?

**Maier:** Die weiteren Mitglieder des Vereinsvorstands kommen aus verschiedenen Bereichen und werden die Tätigkeit des Vereins mit ihrer Sachkompetenz und ihren Netzwerken unterstützen. Ihnen gemeinsam ist das hohe Engagement zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Österreich.



Initiative  
für Allgemeinmedizin  
und Gesundheit



## Österreichische Diabetes Gesellschaft: steter Kampf gegen die Volkskrankheit

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

Der Salzburger Internist Univ.-Doz. Dr. Raimund Weitgasser ist seit Jänner 2010 Präsident der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG). Mit einer stetig steigenden Betroffenenanzahl von derzeit etwa 400.000 Personen stellt die ÖDG eine der wichtigsten medizinischen Gesellschaften dar. Weitgasser ist es für seine zweijährige Amtszeit ein besonderes Anliegen, das Disease-Management-Programm für Diabetes, „Therapie aktiv“, weiterzuentwickeln. Zudem ist es dem neuen Präsidenten wichtig, den Ausbau medizinischer Versorgungsstrukturen für diabetische Kinder und Jugendliche voranzutreiben.

Das Diabetesproblem ist mittlerweile hinlänglich bekannt. Mehr noch: Die meisten Menschen sehen es bereits als selbstverständlich an, dass Wohlstandserkrankungen zunehmen. Die ÖDG betrachtet es als ihre Aufgabe, dieses Selbstverständnis zu hinterfragen. Im Rahmen seiner Präsidentschaft wird Univ.-Doz. Dr. Raimund Weitgasser den Ausbau des Disease-Management-Programms (DMP) für Typ-2-Diabetes weiter fördern. Ein Defizit besteht aber nach wie vor in der Versorgung von Typ-1-Diabetikern, und hier vor allem bei Kindern. „Mir ist es besonders wichtig, einen stärkeren Fokus auf Diabetes mellitus Typ 1, speziell bei Kindern und Jugendlichen, zu setzen. Dabei handelt es sich zwar ‚nur‘ um zehn Prozent der Gesamt-Diabetesbevölkerung. Aber auch dieser Diabetestyp nimmt deutlich zu. Wobei hier die Betroffenzahlen in Mitteleuropa aus nicht ganz so klarer Ursache gestiegen sind wie jene des Typ-2-Diabetes. Letzterer entsteht ja vorwiegend lebensstilbedingt“, erklärt Weitgasser.

„Wir wünschen uns in Österreich eine bessere Diabetesversorgung für Kinder und Jugendliche.“

### DMP ermöglicht bessere Versorgung plus Kostenreduktion

Vor über drei Jahren wurde mit der Umsetzung des Disease-Management-Programms für Diabetes mellitus Typ 2 begonnen, das unter Mithilfe vieler Gruppierungen von der Sozialversicherung gemeinsam mit der Österreichischen Diabetes Gesellschaft und dem Gesundheitsministerium konzipiert wurde. Von zirka 400.000 mit Diabetes diagnostizierten Patienten in Österreich sind derzeit etwa 17.000 im DMP eingeschrieben. „Innerhalb von einem halben Jahr sind jeweils etwa 1000 Patienten in Österreich hinzugekommen, das sind gar nicht so wenig. Auf die Gesamtzahl der Diabetiker umgewälzt, ist in dieser Hinsicht allerdings noch viel zu tun. Wichtig ist es, die Ärzte und Patienten regelmäßig über das DMP zu informieren und nicht nur Einzelaktionen zu starten“, hebt Weitgasser hervor. Um hier weiter zu motivieren, wurde in das Programm der ÖDG-Jahrestagung, die von 18. bis 20. November 2010 in Salzburg stattfinden wird, erstmals eine DMP-Fortbildung aufgenommen. Diese wird es künftig regelmäßig für jene Ärzte geben, die im DMP eingeschrieben sind. Einen Grund, warum die Aufnahme von Patienten in das DMP noch eher schleppend vorangeht, sieht Weitgasser im Administrationsaufwand, der in den Arztpraxen dadurch entstehen kann. „Diesen Aufwand scheuen einige Ärzte. Am besten funktioniert das DMP bei jenen, die bereits eine Logistik aufgebaut haben. Bei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Internisten, die beispielsweise Patienten zur Vorsorgeuntersuchung oder zur Diabeteskontrolle einmal pro Woche oder alle 14 Tage an einem bestimmten Wochentag bestellen. Von dieser Gruppe beklagt sich kaum jemand über einen erhöhten Administrationsaufwand. Unter je-

nen aber, die nie eine Ablauforganisation betrieben haben, werden eher Rufe über einen größeren Aufwand laut“, so Weitgasser. Den erhöhten Aufwand sieht der Internist in der Relation zum Nutzen auf alle Fälle gerechtfertigt: „Wir befinden uns damit eindeutig auf dem Weg zu einer besseren Versorgung der österreichischen Patienten mit Typ-2-Diabetes. Auf lange Sicht ist auf diese Weise eine hohe Lebensqualität mit einer Reduktion diabetischer Folgeerkrankungen zu erreichen“, bekräftigt Weitgasser. Vom Erfolg des DMP ist er überzeugt. „Eine in Salzburg durchgeführte Studie zeigt eine deutliche Zunahme der diabetesspezifischen Vorsorgeuntersuchungen – wie Augen- und Fußuntersuchungen – nach nur einem Jahr. Weiters bewirkte das Programm bereits nach dieser kurzen Zeit eine signifikante Senkung von HbA1c und Blutdruck sowie eine Verbesserung des Fettstoffwechsels“, so der Experte.

### Kinder-Diabeteserkrankungen: neue Betreuungsstrukturen sind erforderlich

Laut den jüngst veröffentlichten Zahlen der ÖDG leiden rund 3500 Kinder in Österreich an Diabetes mellitus Typ 1. Im Beobachtungszeitraum von 1999 bis 2008 hat sich die Zahl der Neuerkrankungen von Diabetes mellitus Typ 1



bei Kindern und Jugendlichen verdoppelt, wobei vor allem die unter Fünfjährigen betroffen sind. Die Ursachen sind weitgehend unklar. Diabetes mellitus Typ 1 kann zu lebensbedrohlichen akuten Komplikationen wie zu einer schweren Hypoglykämie oder einer diabetischen Ketoazidose führen. Eine gute ständige Betreuung ist deshalb besonders wichtig. „Diabetes ist eine vom Betreuungsaufwand her aufwändige chronische Erkrankung. Umso bedauerlicher ist es, dass die Versorgungsstruktur vor allem für Kinder sehr schlecht ist. Es gibt nur wenige Zentren, die sich damit befassen. Das sind die Universitätskliniken und ein paar größere Krankenhäuser. Diese sind jedoch in personeller Hinsicht nur minimal ausgestattet. Es gibt zu wenig Kinderärzte, zu wenig Diabetesberater mit Kinderausbildung und auch zu wenig Psychologen, die in diesem Bereich spezialisiert sind.“ Die von der ÖDG geforderten Strukturen sollen an diabetologisch spezialisierten pädiatrischen Zentren eingerichtet werden. „Gefordert wird ein multidisziplinäres Team“, so Weitgasser. Als weitere Maßnahme für eine bessere Diabetesversorgung bei Kindern ist die aktuelle Plakatkampagne der ÖDG zu sehen. Sie hat das Ziel, die gefährliche diabetische Ketoazidose zu verhindern. In der Plakatoffensive wird auf die wichtigsten Krankheitssymptome dieser Stoffwechsellentgleisung hingewiesen. „Wir wünschen uns in Österreich eine bessere Diabetesversorgung für Kinder und Jugendliche. Die Kosten dafür sind im Vergleich zu den Einsparungen, die sie bringen, marginal. Ganz zu schweigen vom Leid, das wir den Kindern damit ersparen. Die Plakataktion ist ein erster Schritt in diese Richtung“, betont Weitgasser abschließend.

### Die geforderten bzw. empfohlenen Teamkapazitäten pro 100 Kindern/Jugendlichen mit Diabetes:

1,0 Kinderarzt/ Diabetologe
1,0 Diabetesberater
0,3 Psychologe
0,3 Kinderkrankenpfleger
0,2 Diätologe
0,2 Sozialarbeiter
0,25 Schreibkraft (mit Dateneingabe im Rahmen der Qualitätssicherung oder Briefe)

### Spendenaufwurf für Kinder-Diabetes-Camps

Gerade Diabetes in der Kindheit kann durch die lange Diabetesdauer negative Auswirkungen im Erwachsenenalter haben. Umso wichtiger sind eine ausgezeichnete Betreuung sowie eine gute kindgerechte Schulung mit Diabeteswerkzeugen. Hierfür gibt es in Österreich neben den Kliniken und spezialisierten Kinderärzten Diabetes-Camps. Die Ziele der Camps sind der spielerische Umgang mit der Erkrankung und besonders der Austausch mit anderen Betroffenen. Dazu kommen auf Kinder und Jugendliche ausgerichtete Diabetes-schulungen wie zum Beispiel hinsichtlich gesunder Ernährung, Kohlenhydratberechnung oder Insulinanpassung beim Sport. „Für viele Betroffene sind diese Camps oft die einzige Gelegenheit, eine



kindgerechte Schulung zu erhalten, welche abseits einer stationären Versorgung stattfinden kann“, so Weitgasser. Kur- oder Rehamöglichkeiten gibt es in Österreich für Kinder überhaupt nicht. Für die Camp-Organisatoren und teilnehmenden Kinder gibt es keine oder nur eine sehr geringe finanzielle Unterstützung. „Zahlreiche Ärzte und Diabetesberater opfern dafür ehrenamtlich ihre Urlaubstage und

können diese dienstrechtlich nicht geltend machen. Schwerwiegender ist jedoch die Tatsache, dass sich viele Eltern die Teilnahme ihrer Kinder nicht leisten können“, betont der neue Präsident. Die ÖDG startet daher mit einem Spendenaufruf, um betroffenen Kindern eine Campteilnahme zu ermöglichen.

### Auch Städtebau spielt in der Prävention eine Rolle

Der Altersanstieg der Bevölkerung bedingt auch eine Zunahme von Personen mit Typ-2-Diabetes. Dessen Ursachen sind genetisch bedingt bzw. von Lebensstilfaktoren wie Ernährung, Übergewicht etc. abhängig. „Umso wichtiger ist es, den gesundheitspolitischen Ansatz der Prävention zu betonen. Etwa durch Aufklärung und Vorsorge- und Nachsorgeuntersuchungen von gefährdeten Personen wie Frauen nach Gestationsdiabetes, Männern mit viszeraler Adipositas und allgemein Menschen mit positiver Anamnese für Gefäßerkrankungen“, betont Weitgasser. Angesetzt werden müsse nach Meinung des Experten auch bei der Ernährungsindustrie: „Europaweit gibt es schon Schritte zur Reduktion des Zuckergehalts in Getränken. Ich hoffe, dass es hier bald spezielle gesetzliche Vorgaben geben wird“, fährt er fort. Ein weiterer Ansatzpunkt liegt in der Bewegung. „Das fängt bei Bewegungsmöglichkeiten in der Schule an und setzt sich fort bis zur städtischen Architektur, die bewegungsfreundlich gestaltet werden sollte. Ich möchte daher am Ende des Jahres mit Vertretern des Gesundheitsministeriums, des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger sowie mit Städteplanern, medizinischen Fachgesellschaften und Patientenvertretern dazu einen Round Table einberufen“, fügt Weitgasser hinzu. Der ÖDG-Präsident betont in diesem Zusammenhang auch die Rolle der Apotheker: „Sowohl bei der Früherkennung als auch bei der Motivation für ein DMP können die Apotheker gut mithelfen.“



### BioBox:

Im Juli 2010 wechselte der Internist Univ.-Doz. Dr. Raimund Weitgasser nach 29 Jahren vom Salzburger Landeskrankenhaus in die Leitung der Abteilung für Innere Medizin am Diakonissen-Krankenhaus in Salzburg. Sein erster Kontakt mit der Medizin – beim Präsenzdienst als Sanitätsfahrer – hatte sein Interesse für die Arbeit mit den Patienten geweckt. Den Weg in den Diabetesbereich beschritt er zufällig: Noch bevor er den Turnus in Salzburg be-

enden konnte, kam die Anfrage, ob der junge Arzt nicht in die Innere Medizin wechseln wolle. Im Laufe der ersten Ausbildungsjahre eröffnete sich ihm die Möglichkeit, die Diabetesambulanz im LKH Salzburg zu übernehmen. Anschließend ging Weitgasser für einen Forschungsaufenthalt nach London, 1994 folgte ein weiterer am Joslin Diabetes Center der Harvard University in Boston. Diese Forschungsaufenthalte haben den Internisten auf dem Weg zur Habilitation in seinem Fach begleitet. Im Laufe der Jahre hat Weitgasser den Diabetesbereich am LKH Salzburg ausgebaut und erweitert, um dann den Schwerpunkt Diabetologie am Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg zu gestalten. Der neue ÖDG-Präsident ist dort weiterhin als Forscher und Lehrender tätig.

### Spendenkonto Kinder-Diabetes-Camps:

Kto.-Nr. 280602 242 00, BLZ 20111, Erste Bank.

# „Making Medicine Work“:

## medizinisch-wissenschaftliche Kommunikation mit Treffsicherheit und Breitenwirkung

Primäres Anliegen von UPDATE EUROPE – Gesellschaft für ärztliche Fortbildung ist die praxisrelevante Aufbereitung der neuesten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse und aktueller Debatten gemäß dem Leitgedanken „Aus der Forschung für die Praxis“. In diesem Sinne hat sich UPDATE EUROPE die kontinuierliche Fortbildung und Bewusstseinsbildung bei Ärzten, Patienten und in der breiten Öffentlichkeit sowie die Förderung der Kommunikation zwischen wissenschaftlichen Institutionen und pharmazeutischen Unternehmen zur Aufgabe gemacht. Als wesentliche Instrumente hierfür bietet UPDATE EUROPE eine eigene Publikationsreihe („Internationale Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“) sowie ein vielfältiges Angebot an „Medical Writing“ bzw. Support beim Erstellen von maßgeschneiderten Publikationen im Gesundheitsbereich.

Seit nunmehr zwanzig Jahren hat sich UPDATE EUROPE mit einem qualitativ hochstehenden Leistungsangebot im Bereich Veranstaltungsmanagement, Wissenschaftskommunikation und „Medical Marketing“ etabliert. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Entwicklung maßgeschneiderter Kommunikationsprogramme mit entsprechenden Publikationen, die den Erfahrungsaustausch sowohl innerhalb der Ärzteschaft als auch zwischen Ärzteschaft und pharmazeutischen Unternehmen fördern.

Die Leistungen von UPDATE EUROPE im Hinblick auf die Erstellung und Betreuung von Publikationen umfassen Literaturrecherche, schriftliche Aufbereitung von wissenschaftlichen Studien, statistischen Rohdaten (z. B. Anwendungsbeobachtungen etc.), Dokumentationen (z. B. Protokolle von Meetings und Vorträgen) für den firmeninternen Gebrauch von Sponsoren sowie die schriftliche Aufbereitung von Meeting-Inhalten bzw. Erarbeitung von Therapieleitlinien mit österreichischen oder internationalen Experten (zur externen Verwendung für Marketing-/PR-Aktivitäten durch Sponsoren). Im Folgenden stellen wir Ihnen weitere Publikationsfelder von UPDATE EUROPE vor.

### Experten-, Konsensus- und New-Drugs-Statements

Experten- und Konsensus-Statements befassen sich mit der Positionierung, dem Stellenwert bzw. neuen Einsatzmöglichkeiten von etablierten Substanzen in verschiedenen Fachgebieten. New-Drugs-Statements zielen darauf ab, Empfehlungen zu den Einsatzmöglichkeiten eines neuen Präparats durch ein österreichisches oder internationales Expertengremium zu erarbeiten. Als Diskussionsbasis dient jeweils ein vom Meeting-Vorsitzenden und dem Sponsor ausgearbeiteter Themenkatalog. Die Ergebnisse des Meetings werden zusammengefasst und in übersichtlicher Form als UPDATE-Publikation herausgegeben, welche den aktuellen Stand des Wissens hinsichtlich eines Präparats praxisnah zu vermitteln versteht. Darüber hinaus wird die Etablierung eines Experten-Pools für weiterführende Aktivitäten im Zusammenhang mit einem Präparat ermöglicht.

### Advisory-Board-Meetings (ABMs) mit Protokollierung

UPDATE EUROPE übernimmt die logistische Abwicklung und schriftliche Protokollierung von firmenspezifischen Veranstaltungen zur Präsentation und Diskussion von therapeutischen Innovationen und aktuellen Studien mit einer ausgewählten Gruppe von Meinungsbildnern mit potenzieller Einbindung in zukünftige Aktivitäten. Auf diese Weise wird die Beratung durch ein Expertengremium für die optimale Einführung eines neuen Präparats oder die Bewertung von veränderten Behandlungssituationen in strukturierter Form schriftlich dokumentiert.

### Studienaufbereitung in Form von Sonderdrucken

Basierend auf aktuellen Daten, übernimmt UPDATE EUROPE die praxisrelevante Aufbereitung rezenter Studien zu einem Themengebiet bzw. Präparat in kurzer, prägnanter Form für den Arzt in der Praxis einschließlich der Kommentierung der Studien durch einen Experten oder ein Expertengremium. Die zielgruppenspezifische schriftliche Aufbereitung aktueller Studien bietet für den Außendienst ein ideales Instrument zum Gespräch mit dem Arzt in der Praxis.

### „Expert-Hearings“

Auch Informationsveranstaltungen auf höchstem wissenschaftlichem Niveau werden von UPDATE EUROPE für Meinungsbildner in Bezug auf aktuelle medizinische Neuentwicklungen (z. B. neue Therapieschemata, Substanzen) organisiert. Dabei präsentieren ein oder mehrere österreichische und/oder internationale Experten mit entsprechender Expertise die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse eines Fachgebiets bzw. einer Substanz und stehen den Meinungsbildnern anschließend für Fragen und Diskussionen zur Verfügung. Zielsetzung ist die Etablierung eines Experten-Pools für weiterführende Aktivitäten.

### „Early User“-Reports

„Early User“-Reports dienen der Erhebung der ersten Erfahrungen ausgewählter Ärzte mit einem neuen Präparat anhand einer schriftlichen und/oder telefonischen Befragung. Die ausgewerteten Ergebnisse der Befragung werden zusammengefasst und mit persönlichen Statements einzelner Experten ergänzt. Zielsetzung ist die Dokumentation der ersten praktischen Erfahrungen mit einem Präparat sowie die Motivierung potenzieller Verschreiber durch die Erfahrungen der Kollegenschaft.

### Patientenbroschüren

Insbesondere in den letzten Jahren hat UPDATE EUROPE auch verstärkt Projekte im Sinne der Patientenaufklärung realisiert und in Zusammenarbeit mit führenden österreichischen Experten verschiedener Fachgebiete Patientenbroschüren erstellt. Dabei wird das Wissen über die Erkrankung,



über deren Diagnostik und aktuell zur Verfügung stehende bzw. verbesserte Behandlungsmöglichkeiten übersichtlich und allgemein verständlich aufbereitet.

### Wissenschaftsredaktion & Medical Writing

UPDATE EUROPE bietet mit seiner interdisziplinären medizinischen Ausrichtung individuell abgestimmte Dienstleistungen für das Erstellen von wissenschaftlichen Dokumenten sowie von Publikationen und Aussendungen mit wissenschaftlich fundierter Argumentation. Dabei hat sich UPDATE EUROPE als kompetenter und verlässlicher Partner für Unternehmen, Universitäten, Forschungseinrichtungen sowie medizinische Fachgesellschaften auf österreichischer und internationaler Ebene bewährt. Beispiele für rezente Kooperationen mit wissenschaftlichen Institutionen bieten etwa Publikationen mit der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG), der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie (ILAE), dem Interdisziplinären Forum für Psychopharmaka-Therapie im Alter (IFPA) oder die langjährige Zusammenarbeit mit dem „European College of Neuropsychopharmacology“ (ECNP).

### Im Rahmen des Publikationsmanagements bietet UPDATE EUROPE somit folgende Leistungen:

- Texterstellung/Medical Writing in deutscher oder englischer Sprache – je nach Bedarf – durch medizinisch-wissenschaftlich und journalistisch versierte „Medical Writer“ (z. B. auch für Publikationen in Peer-Reviewed Journals und wissenschaftlichen Zeitschriften)
- Literaturrecherche
- redaktionelle Bearbeitung von wissenschaftlichen Texten und Abstracts
- Konsentierungsarbeiten von Manuskripten, Konsensus-Richtlinien etc. mit lokalen und/oder internationalen Experten
- schriftliche Dokumentationen (z. B. Protokolle von Meetings/Vorträgen)
- Planung und Gestaltung von Präsentationen
- kreative Gestaltung, Produktion & Druck von Publikationen
- gezielte bzw. flächendeckende Distribution von Publikationen via Mailings

# Erstes HTA-Symposium: Mehr Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

*Vor dem Hintergrund der steigenden Ausgaben für die Gesundheitsversorgung nimmt die Evaluierung von Gesundheitsleistungen – bekannt unter dem Oberbegriff Health Technology Assessment (HTA) – an Bedeutung zu. Mit der von der Gesundheit Österreich GmbH/Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (GÖG/BIQG) in Zusammenarbeit mit Bund, Ländern und Sozialversicherung entwickelten nationalen HTA-Strategie wurde eine Basis für die Verankerung von HTA im österreichischen Gesundheitswesen geschaffen. HTA hat in Österreich schon eine gewisse Tradition, bedarf aber auch einer strukturellen und kulturellen Grundlage. Um diese zu festigen, veranstaltete die Gesundheit Österreich GmbH Anfang Mai das erste österreichische HTA-Symposium.*

Neben Entscheidungsträgern aus dem Gesundheitswesen – aus den Bereichen Politik, Verwaltung, Sozialversicherung und Interessenvertretungen – waren Experten aus Gesundheitsberufen und Wissenschaft sowie die interessierte Öffentlichkeit eingeladen, die Vorträge der Referenten zu hören und mit den Entscheidungsträgern über deren Vorstellungen zu diskutieren. Bundesminister Stöger eröffnete das Symposium mit einem klaren Bekenntnis zu HTA als Instrument der Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. Daran schlossen Dr. Arno Melitopoulos und Eva-Maria Baumer, MPH, von der Gesundheit Österreich GmbH mit einer Bestandsaufnahme des Status quo von HTA in Österreich an. Die folgenden Vorträge stellten dar, wo und wie evidenzbasierte Medizin (EBM) und HTA zur Anwendung kommen sollen und zum Teil bereits erfolgreich eingesetzt werden. Der Bogen reichte dabei von der Bedeutung verschiedener Studiendesigns (Interpretation von Studien – von Kohorten bis Metaanalysen, Univ.-Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Institut für Allgemeinmedizin, J.-W.-Goethe-Universität Frankfurt & EBM Review Center der Medizinischen Universität Graz) über das Anwendungsspektrum von HTA in Österreich bei Horizon-Scanning, Refundierungsunterstützung und Versorgungssteuerung (Priv.-Doz. Dr. Claudia Wild, Ludwig Boltzmann Institut) bis zum Vergleich der Situation mit Deutschland. Dort ist HTA bereits seit zehn Jahren strukturell verankert.

## Entwicklung von HTA in Österreich

Health Technology Assessment stellt eine Methodik zur systematischen Synthese und zur transparenten und politikrelevanten Aufbereitung von Wissen über neue, aber auch etablierte medizinische Technologien dar. Da gerade die rasche, unkontrollierte Verbreitung und unzweckmäßig häufige Anwendung von medizinischen Interventionen wesentlich zur Kostenexplosion beitragen, ist es das Ziel einer wissenschaftlichen Bewertung, medizinische Interventionen auf ihre tatsächliche Wirksamkeit, ihre angemessene und effiziente Anwendung und auf klinische, organisatorische und gesellschaftliche

Auswirkungen hin zu untersuchen. In diesem Sinne dient HTA als Analyse- sowie Politikinstrument. Dezentrale Entscheidungs- und Finanzierungsstrukturen, wenig abgestimmtes und kaum sektorübergreifendes Vorgehen sind aber dem systematischen Einsatz von HTA nicht förderlich. Daher wurde eine HTA-Arbeitsgruppe aus Vertretern von Bund, Ländern und Sozialversicherung eingerichtet, die eine nationale HTA-Strategie entwickelt hat und deren Umsetzung steuern soll. Als erster Schritt sollen der Bekanntheitsgrad und die Akzeptanz der Methodik verbessert werden. In der nächsten Phase werden organisatorische und rechtliche Regelungen für HTA im österreichischen Gesundheitswesen angestrebt.

## „EBM und HTA als Wege zu einer besseren Medizin“

Die Vorträge der Experten führten vom Allgemeinen zu Beispielen für gute Praxis. Wie sind die Konzepte EBM und HTA nutzbar? Welche Chancen eröffnet die nationale HTA-Strategie für Österreich? Wie werden EBM und HTA hierzulande und international derzeit eingesetzt? Univ.-Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki vom deutschen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) referierte in seinem Vortrag darüber, wie EBM und HTA eine bessere Medizin ermöglichen. „Beide Herangehensweisen ergänzen sich, obwohl allgemein verbindliche Definitionen von EBM und HTA nach wie vor nicht existieren. Unter EBM wird ein vernünftiger praktischer Einsatz des auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden theoretischen Wissens zum Wohl einzelner Patienten verstanden. HTA bezeichnet eine multidisziplinäre Strategie zur Bewertung der medizinischen, ökonomischen, sozialen und ethischen Auswirkungen der im Gesundheitswesen einsetzbaren Interventionen“, definierte Sawicki. HTA werde meist eingesetzt, um Entscheidungsträgern Grundlagen für eine wissenschaftsbasierte Steuerung des Gesund-

eller subjektiver Erfahrung und abstrakten Studienergebnissen, zwischen Hoffnung und Enttäuschung sowie zwischen Mystik und Wissenschaft in der Medizin besteht“, führte der Experte aus.

## Einsatzgebiet Prävention

Prof. Dr. Gerald Gartlehner, MPH, Department für EBM und klinische Epidemiologie an der Donau Universität Krems, sprach über die Erfahrungen mit EBM in der Prävention am Beispiel von „Nutzen und Schaden von Krebscreening“. Unter dem Begriff Screening versteht man einen Ablauf von Untersuchungen an gesunden, symptomfreien Menschen, um Krankheiten oder Risikofaktoren in einem frühen Zustand zu erkennen und zu behandeln. Der Nutzen von Krebscreening besteht darin, Krebserkrankungen im Frühstadium vor einer Metastasierung zu therapieren, um Heilungschancen und Überlebensraten zu erhöhen. „Wie alle medizinischen Interventionen hat Screening aber auch das Potenzial, Schaden zu verursachen. Das Schadenspotenzial liegt in falsch positiven Befunden, Nachuntersuchungen, überflüssigen Operationen, Nebenwirkungen von unnötigen Therapien und psychischen Belastungen. Eine sorgfältige Abwägung der Vor- und Nachteile von Screening mithilfe von evidenzbasierten Methoden ist daher vor der Implementierung oder Empfehlung von Screeningprogrammen unumgänglich“, so der Fachmann. Anhand des Neuroblastom-Screenings bei Kindern erläuterte der Experte, wie die Einführung eines Screeningprogramms ohne evidenzbasierte Grundlagen zu einer Fehlentscheidung werden kann und folgte daraus: „Entscheidungen über die Durchführung von Krebscreening an Einzelpersonen sollen immer von Arzt und Patient gemeinsam getroffen werden. Dies setzt jedoch eine ausgewogene und objektive Information jener Personen voraus, die Krebscreening in Erwägung ziehen.“ Das Problem sieht der Experte darin, dass es in Österreich derzeit weder eine unabhängige Instanz gibt, welche die vorhandene wissenschaftliche Evidenz von Krebscreening analysiert und Empfehlungen abgibt, noch Institutionen, die der Bevölkerung leicht verständliche und ausgewogene Informationen über die Vor- und Nachteile darüber bieten.

## HTA ist in Deutschland eine feste Größe im Gesundheitswesen

Medizinischer Fortschritt, demografischer Wandel, zunehmende Ressourcenknappheit, aber auch die gestiegenen Bedürfnisse der Patienten tragen auch in Deutschland maßgeblich zum Kostenanstieg im Gesundheitssystem bei. Gesundheitspolitische Entscheidungsfindung und das Setzen von Prioritäten gewinnen daher immer mehr an Bedeutung. Im Gegensatz zu Österreich hat man aber auf diese Herausforderung schon früher reagiert. Von 1995 bis 2001 wurden in Deutschland rund sechs Millionen Euro in die Förderung von Einzelprojekten investiert, eine systematische Betrachtung unter Wirksamkeits- und Kostengesichtspunkten fehlte jedoch. Erst mit dem seit 1. Jänner 2000 in Kraft getretenen GKV-Gesundheitsreformgesetz wurde HTA gesetzlich verankert und in der Folge die Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) gegründet. Diese und das seit 2004 bestehende Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) befassen sich mit HTA. Beide Einrichtungen arbeiten komplementär zueinander und dienen primär der Unterstützung gesundheitspolitischer Entscheidungen. „HTA hat sich als Werkzeug international etabliert und wird standardisiert eingesetzt. Es muss aber ständig angepasst und optimiert werden. Daher ist es wichtig, dass Deutschland mit anderen Ländern Hand in Hand arbeitet“, so Dr. Britta Gröhlen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln. Nachholbedarf bestehe laut Experten hinsichtlich des wissenschaftlichen Beitrags zur politischen Entscheidungsfindung. Die Wichtigkeit dieses Themas sei beim DIMDI vorhanden, jedoch nicht beim Gemeinsamen Bundesausschuss, so die Expertin.



**32. Welldone Lounge im Fußballfieber:**

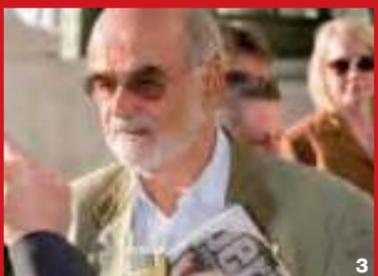
# Am Ball bleiben in der aktuellen Gesundheitspolitik!

UNTER DEM MOTTO „SOMMERBALL“ BEGRÜSSTE DIE WELLDONE WERBUNG UND PR GMBH AM 23. JUNI 2010 MIT DER 32. WELLDONE LOUNGE IM PALMENHAUS DEN SOMMER. DAS NOSTALGISCH ANMUTENDE FLAIR DES PALMENHAUSES IM BURGGARTEN WAR DIE IDEALE LOCATION, UM VERTRETERINNEN AUS POLITIK UND WIRTSCHAFT SOWIE AUS DEM ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSWESEN IN EINEM SOMMERLICHEN AMBIENTE ZUM MEINUNGSUSTAUSCH ZU VERSAMMELN. MAG.<sup>A</sup> SONJA WEHSELY, WIENER STADTRÄTIN FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES, FUNGIERTE ALS KEYNOTE-SPEAKER.

Ganz im Zeichen des runden Leders stand die 32. Welldone Lounge, bei der die rund 400 geladenen Gäste die Möglichkeit hatten, ihre Spielerqualitäten bei ausgelassenen Tischfußball-Turnieren unter Beweis zu stellen. Motiviert durch jubelnde Fans und die besondere Atmosphäre des lauen Sommerabends wuchs so mancher Besucher über sich hinaus. Aber nicht nur mit ihrer körperlichen Fitness konnten die Gäste überzeugen, auch der Denksport kam bei der 32. Welldone Lounge nicht zu kurz. So konnten die Anwesenden ihr Fußballwissen bei amüsanten und kniffligen Fragen zum Thema Fußball unter Beweis stellen. Dem Sieger des Fußball-Quiz wurde zwar kein WM-Pokal überreicht, dafür wurde der Gewinner aber mit einem trendigen Mini-Tischfußball-Tisch belohnt.

Robert Riedl, Geschäftsführer der Welldone Werbung und PR GmbH, eröffnete die Lounge und hieß die zahlreichen Gäste willkommen. Nach den einleitenden Worten von Mag. (FH) Birgit Bernhard, Head of Accounts, war es an Mag.<sup>a</sup> Sonja Wehsely, das Wort am Podium zu übernehmen. Die Wiener Stadträtin für Gesundheit und Soziales referierte unter anderem über Ziele und Erfolge im Gesundheitswesen. „Erklärtes Ziel aller AkteurInnen muss sein, das Gesundheitssystem künftig verstärkt an den PatientInnen zu orientieren anstatt an der Struktur. Dazu brauchen wir einerseits ein Bekenntnis zur Messung von Ergebnisqualität im niedergelassenen Bereich wie im Spital. Und wir brauchen ein Bekenntnis dazu, dass die Aufrechterhaltung der besten medizinischen Versorgung nicht ohne zusätzliches Geld funktioniert. Der Faktor Arbeit kann nicht weiter belastet werden. Das heißt für mich: Reden wir auch über vermögensbezogene Steuern zur Finanzierung des Gesundheitswesens“, so Wehsely. Mit diesem Statement leitete Mag.<sup>a</sup> Sonja Wehsely wunderbar zum Motto des Abends über: „Am Ball bleiben. Auch im Sommer. Am Ball bleiben in der aktuellen Gesundheitspolitik. Am Ball bleiben bei der schönsten Nebensache der Welt.“





01| Alexander Krögner/ Selbsthilfegruppe Fibromyalgie, Christiane Schnaubelt/ Ping Patienteninitiative, 02| Michael Elnekheli/ Berufsverband der Gynäkologen, Wilfried Teufel/ PERI Marketing and Sales Excellence, 03| Robert Fischer/ Donau-Universität Krems, 04| Eva Eder/ VAMED, Robert Riedl/ Welldone, 05| Sonja Wehsely/ Stadträtin für Gesundheit und Soziales, Sylvia Schwarz/ KH Hietzing, 06| Robert Riedl/Welldone, Franz Bittner/PERI Human Relations, Bernhard Zinner/ Baxter Healthcare, Brigitte Wanggo/ Donauespital, 07| Franz Bittner/ PERI Human Relations, Heinz Khünl-Brady/ C. Brady, 08| Brigitte Wanggo/ Donauespital, Bernhard Zinner/ Baxter Healthcare, 09| Dagmar Tschöp/ Pfizer, Maria Häuslmayer/ Pfizer, Veronika Häusler/ PERI Consulting, 10| Franz Bittner/ PERI Human Relations, Sonja Wehsely/ Stadträtin für Gesundheit und Soziales, Robert Riedl/Welldone, 11| Hanns Kratzer/ PERI Consulting, Michael Eipeldauer/ Mediensprecher Sonja Wehsely, 12| Heinz Khünl-Brady/ C. Brady, Wolfgang Gerold/ Wiener Krankenanstaltenverbund, 13| Andrea Ertl/ Selbsthilfegruppe Darmkrebs, Helga Thurnher/ Selbsthilfegruppe Darmkrebs, 14| Bercin Harman, Martina Ganzera/ Speltenbacher, 15| Andreas Kronberger/ Baxter Healthcare, Marion Kronberger, 16| Yvonne Gaspar/ Bundesministerium für Gesundheit, Andreas Hart/ NewMedX, 17| Karin Risser/ Evangelisches KH, Robert Riedl/ Welldone, 18| Susanne Flo/ Welldone, Benjamin Riedl/ Welldone, 19| Alexander Schauflinger/ PERI Consulting, Thomas Haslinger/ Pharmig, 20| Dietmar Leitner/ Mundipharma, Martin Glier/ mg\*pr Kommunikationsberatung, 21| Claudia Paal/ Abbot, Susanne Flo/ Welldone, 22| Herbert Schipper/ Österreichische Apothekerkammer, Susanne Pelzer/ Wiener Gebietskrankenkasse, Helga Zich/ Schutzengel-Apotheke, 23| Sonja Haslinger, Helga Rozanits/ Versicherungsanstalt für Eisenbahner und Bergbau, 24| Thomas Stefenelli/ Wiener Krankenanstaltenverbund, Robert Riedl/ Welldone, Hannes Schoberwalter/ Pensionsversicherungsanstalt, 25| Nina Preischl/ VAMED, Birgit Bernhard/ Welldone, Gertrude Schwetz/ VAMED-KMB, 26| Rudolf Hundstorfer/ Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Robert Riedl/ Welldone, 27| Robert Riedl/ Welldone, 28| Birgit Bernhard/ Welldone, 29| Sonja Wehsely/ Stadträtin für Gesundheit und Soziales



30| Sonja Wehsely/ Stadträtin für Gesundheit und Soziales, Franz Bittner/ PERI Human Relations, 31| Marlies Müller/ Weingut Müller Grossmann, Ingrid Bauer, Thomas Rothbauer/ VAMED-KMB, Sandra Kitlitschka/ VAMED-KMB, 32| Christoph Grasl/ Facharzt für HNO, Sabine Grasl/ IGEPHA, 33| Gernot Mach/ VAMED-KMB, Elfriede Kiraly/ VAMED-KMB, 34| Frau Schoberberger, Rudolf Schoberberger/ MUW Zentrum für Public Health, 35| Thomas Stefanelli/ Wiener Krankenanstaltenverband, Gertrude Schwetz/ VAMED-KMB, 36| Gottfried Bahr/ Pharmazeutische Gehaltskasse Österreich, Helga Zich/ Schutzengel-Apotheke, Susanne Pelzer/ Wiener Gebietskrankenkasse, 37| Jakob Bieber/ Arzt für Allgemeinmedizin, Gertrude Schwetz/ VAMED-KMB, 38| Wolfgang Gerold/ Wiener Krankenanstaltenverband, Ulrike Mursch-Edelmayer/ Apothekerverband Oberösterreich, 39| Peter Pichler/ Arzt für Allgemeinmedizin, Ingrid Pichler/ Arzt für Allgemeinmedizin, 40| Christiane Körner/ Österreichische Apothekerkammer, Franz Bittner/ PERI Human Relations, 41| Ani Barkhordarian/ Pfizer, Regina Pucher/ Pfizer, 42| Leopold Schmudermaier/ Österreichische Apothekerkammer, Sylvia Füzsl/ Bundesministerium für Gesundheit, 43| Verena Bettschein/ Clinique, Christina Poulsen/ Clinique, Mehmet Gürol/ Cegecim, 44| Sonja Hasslinger, Helga Rozanits/ Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, 45| Robert Winkelmayr/ VAMED-KMB, Paul Stuart Wacharowicz/ Wojnar's Wiener Leckerbissen, 46| Birgit Bernhard/ Welldone, Dagmar Tschöp/ Pfizer, 47| Günther Wokac/ Actavis, Mike McFadden/ Novartis, Thomas Soukop/ Apocon, 48| Karin Kucera/ MSD, Tamara Meixner/ MSD, 49| Hanns Kratzer/ PERI Consulting, Sophie Hönigsmann/ Böhlinger-Ingelheim, Mirjana Zirvanovic/ AMGEN, 50| Robert Riedl/ Welldone, Anna Parr/Barmherzige Schwestern Alten- und Pflegeheime, 51| Manuela Messmer-Wullen/ Schlaganfallhilfe Österreich, Wolfgang Lalouschek/ AKH Wien, Wilfried Teufel/ PERI Marketing and Sales Excellence, 52| Dieter Volc/ Parkinson Selbsthilfe, Georg-Eberhard Pakesch/ Facharzt für Neurologie, 53| Martin Staudinger/ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Renee Gallo-Daniel/ GSK, 54| Helmut Marchl/ Fachausschuss für Gesundheit der AK Wien, Gertraud Eckart/ PERI Consulting, 55| Markus Satory/ Bristol-Myers Squibb, Ilja Fiser/ PERI Consulting, Ana Rogovic/ Bristol-Myers Squibb, 56| Elisabeth Schall/ Pfizer, Michaela Erben/ Torrex Chiesi Pharma, 57| Heinrich Resch/ KH der Barmherzigen Schwestern Wien, Robert Riedl/ Welldone

# VAN SWIETEN GESELLSCHAFT: „VON DER WISSENSCHAFT FÜR DAS LEBEN“

*Die Van Swieten Gesellschaft wurde vor 68 Jahren gegründet und zählt zu einer der ältesten medizinischen Gesellschaften Österreichs. Das Gründungsziel des Vereins war es, nach den Zerstörungen des Zweiten Weltkriegs neue Erkenntnisse für die österreichische Heilkunde zu fördern und zu verbreiten. Mit einer Neuausrichtung der Gesellschaft soll diese Intention weiter ausgebaut werden, um den Bedürfnissen der modernen Medizin adäquat Rechnung zu tragen. Vorrangiges Ziel ist es, die Funktion als Bindeglied zwischen Ärztinnen und Ärzten, der forschenden pharmazeutischen Industrie sowie den Medizinprodukteherstellern zu erweitern, um Innovationen schneller in den Alltag niedergelassener Ärzte integrieren zu können. Ein „Van Swieten Innovationstag“ am 5. November 2010 soll dieses Vorhaben zusätzlich unterstützen.*

Auf Initiative des renommierten Chirurgen Erwin Domanig wurde im Jahr 1947 erstmals eine „Österreichische Ärztetagung“ in Salzburg abgehalten. 1948 wurde mit der Gründung der Van Swieten Gesellschaft eine Institution geschaffen, die seither jährlich eine der größten medizinischen Tagungen in Österreich abhält. Auf dieser können einerseits neue medizinische Erkenntnisse möglichst rasch der Fachwelt präsentiert werden, andererseits erhält auch die pharmazeutische und medizinisch-technische Industrie die Gelegenheit, neue und innovative Produkte vorzustellen. Die Welt der Medizin erlebt einen ständigen Wandel. Um Patienten stets neueste Therapiemöglichkeiten und innovative Medikamente anbieten zu können, ist es wichtig, aktuelle medizinische Erkenntnisse und Errungenschaften umgehend zu kommunizieren sowie schnell umzusetzen. „Die Van Swieten Gesellschaft nimmt hier eine bedeutende Rolle ein. Wir sehen uns als Vermittler neuer Ideen und sind stets bemüht, den wachsenden Umfang an Informationen aus Wissenschaft und Forschung an die Ärzte in Österreich weiterzugeben. Mehr noch als bisher sehen wir es als unsere Aufgabe an, die Erkenntnisse der Wissenschaft, kombiniert mit Innovationen für Allgemeinmediziner und Fachärzte, zu ‚übersetzen‘, damit diese möglichst schnell realisiert und dem Patienten zugeführt werden können“, beschreibt der aktuelle Präsident Prim. Univ.-Prof. Dr. Alexander Rokitsky die Hauptaufgabe der Gesellschaft. Deren Fokus liegt auf dem extramuralen Bereich. „Allgemeinmediziner und niedergelassene Fachärzte arbeiten direkt am Patienten. Erkenntnisse der Wissenschaft müssen daher für Ärzte im Praxisalltag rasch implementiert werden. Dem extramuralen Bereich – unter Berücksichtigung des Aspekts der integrierten Versorgung – gilt daher unser Augenmerk“, so der Präsident weiter.

Der Vorstand der Van Swieten Gesellschaft setzt sich aus Vertretern unterschiedlicher medizinischer Disziplinen zusammen. Um den Stellenwert der Gesellschaft neu zu definieren und weiter

auszubauen wird am 5. November 2010 der erste „Van Swieten Innovationstag“ stattfinden. „Ziel dieser Veranstaltung ist es, innovativen medizinischen und wissenschaftlichen Konzepten einen Raum zu geben. Weiters soll durch eine Vernetzung von Allgemeinmedizin und medizinischer Fachwelt ein intensiver Meinungs- und Erfahrungsaustausch erfolgen. Dazu haben wir uns auch die ÖGAM und das FOPI als ideale Kooperationspartner geholt, um das Thema Innovation schnellstmöglich an den Patienten heranzubringen“, erklärt Prof. Rokitsky.

## **GERARD VAN SWIETEN – REFORMER DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSWESENS**

Namenspatron der Gesellschaft ist der österreichische Mediziner niederländischer Herkunft Gerard van Swieten (1700–1772). Der Schüler Herman Boerhaaves wurde im Jahr 1745 Leibarzt von Kaiserin Maria Theresia. Im Zuge dieser Position setzte van Swieten die Umgestaltung des österreichischen Gesundheitswesens und der medizinischen Hochschulausbildung durch. Weiters wurde die Einführung des klinischen Unterrichts am Krankenbett sowie die Einrichtung eines chemischen Labors und eines botanischen Gartens durch van Swieten realisiert. Diese Initiativen machten ihn zum Gründer der „Älteren Wiener Medizinischen Schule“. Zudem erhöhte er den medizinischen Standard der Wiener Spitäler und Heilanstalten, gründete Hebammenschulen, Findelhäuser und eine Schule für Tierärzte. Darüber hinaus setzte er sich für die Errichtung eines neuen Universitätsgebäudes in Wien ein. „Mit van Swieten trägt die Gesellschaft einen bedeutenden Namen. Durch die hohe Qualität unserer Veranstaltungen sowie namhafte Mitglieder aus allen Teilbereichen der Medizin versuchen wir, diesem stets gerecht zu werden“, so Prim. Univ.-Prof. Dr. Sylvia Schwarz, 1. Sekretärin der Van Swieten Gesellschaft.

## **FORTBILDUNG UND DIE SICHERUNG DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG STEHEN IM VORDERGRUND**

Forschung und Wissenschaft gewinnen stetig neue Erkenntnisse über Krankheitsverläufe, Medikamente oder Therapien. Ziel der Van Swieten Gesellschaft ist es, zur Förderung und Verbreitung dieser Erkenntnisse in der Heilkunde beizutragen. Die Kommunikation neuer Ideen wird so erleichtert, Meinungen und Erfahrungen können unter den Mitgliedern ausgetauscht werden. Eine qualitätsvolle ärztliche und medizinisch-wissenschaftliche Fortbildung garantiert eine Behandlung auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und mit modernsten Methoden. Dadurch kann letztendlich eine medizinische Versorgung der Bevölkerung auf höchstem Niveau gewährleistet werden.

## **AUFGABEN UND AKTIVITÄTEN DER VAN SWIETEN GESELLSCHAFT**

Die Gesellschaft fungiert als verstärkendes Bindeglied zwischen der Medizin und der forschenden pharmazeutischen Industrie. „Durch die Unterschiedlichkeit dieser beiden Bereiche werden eine barrierefreie Kommunikation und somit eine Zusammenarbeit oft erschwert. Wir als Gesellschaft möchten diese Situation verbessern und den Informationsfluss zwischen beiden Seiten kontinuierlich fördern und ausbauen. Denn nur eine optimale Kooperation dieser Fächer gewährleistet eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau“, meint Vorstandsmitglied Univ.-Prof. Dr. Krejs.

Das Engagement der Van Swieten Gesellschaft für die Forschung zeigt sich auch in der Vergabe von Preisen für herausragende wissenschaftliche Publikationen und Stipendien für Ärzte. Seit 1961 vergibt die Gesellschaft den Anton-von-Eiselberg-Preis. Dieser dient der Förderung der wissenschaftlichen Forschung. Er wird jedes Jahr im Rahmen der „Van Swieten Tagung“ vergeben. Voraussetzung dafür ist die Freigabe durch die Redaktion einer wissenschaftlichen Zeitschrift, die die Wertigkeit der Publikation vorab evaluiert. Alle Mitglieder der Gesellschaft haben die Möglichkeit, sich durch die Einreichung einer wissenschaftlichen Arbeit um den Preis zu bewerben. Der Anton-von-Eiselberg-Preis kann sowohl an Einzelautoren als auch an ein Autorenteam verliehen werden.

Das Hofrat-Erwin-Domanig-Stipendium dient der Förderung eines Fortbildungsaufenthalts für Ärzte der Van Swieten Gesellschaft. Mitgliedern der Gesellschaft wird damit die Möglichkeit eines Auslandsaufenthalts geboten, um neue Arbeitstechniken und -methoden nach Österreich zu bringen und die internationale Zusammenarbeit zu fördern. Über die Auswahl zur Vergabe der Stipendien entscheidet der Präsident gemeinsam mit zwei Vorstandsmitgliedern.

## **„VAN SWIETEN INNOVATIONSTAG“ – INNOVATION IM FOKUS**

Die Ausrichtung des Innovationstags zielt darauf ab, möglichst viele mit der Thematik befasste Spezialisten zu Wort kommen zu lassen. Basis der Symposien ist Wissenschaft kombiniert mit Innovation. Im Fokus stehen tatsächliche Innovationen, aber auch Neuheiten und aktuelle Erkenntnisse unter Berücksichtigung des Aspekts der integrierten Versorgung. „Die Ausrichtung der Tagung unter dem Motto ‚Von der Wissenschaft für das Leben‘ zeigt eine sehr wichtige Grundhaltung, die einen wesentlichen Beitrag dazu leisten kann, innovative Medikamente nach Zulassung früher zu implementieren und den Patienten zuzuführen. Davon profitieren diese schlussendlich“, so Simone Thomsen, Präsidentin des Forums der forschenden Industrie.



**PRIM. UNIV.-PROF. DR. ALEXANDER ROKITANSKY, PRÄSIDENT DER VAN SWIETEN GESELLSCHAFT**

„Medizin und Forschung unterliegen einem stetigen Wandel. Nahezu jeden Tag entstehen innovative Wege, den Krankheiten medizinisch effektiver zu begegnen. Mit der

erneuerten – wenn man so will, moderneren – Ausrichtung der Van Swieten Gesellschaft möchten wir diesem kontinuierlichen Wandel gerecht werden. Es gilt, Innovationen der multimodal gewordenen Patientenversorgung möglichst schnell der Kollegenschaft im Sinne einer gemeinsamen Weiterentwicklung vorzustellen und mit ihr zu diskutieren. Im Dialog der Ärzteschaft mit der Industrie liegt das große Potenzial einer effektiven Heilkunst. Die Van Swieten Gesellschaft will hier die Rolle eines zusätzlichen informativ gewichtigen Bindeglieds zwischen den Medizinprodukteherstellern und der Ärzteschaft wahrnehmen, damit relevante Innovationen auch möglichst schnell den Patientinnen und Patienten zugutekommen.“



**PRIM. UNIV.-PROF. DR. SYLVIA SCHWARZ, 1. SEKRETÄRIN DER VAN SWIETEN GESELLSCHAFT**

„Die Van Swieten Gesellschaft strebt eine Vernetzung aller Versorgungsebenen im medizinischen Bereich an. Durch integrierte Versorgungsnetze soll Patienten ein bedarfsorientierter und barrierefreier Zugang zu umfassender medizinischer Versorgung gewährleistet werden. Wichtig ist es, dass die Erkenntnisse der Wissenschaft möglichst schnell für Ärzte implementiert werden, damit sie den Patienten zugutekommen.“



**UNIV.-PROF. DR. GÜNTER KREJS, VORSTANDSMITGLIED DER VAN SWIETEN GESELLSCHAFT**

„Interdisziplinarität und Vernetzung stehen für die Van Swieten Gesellschaft seit jeher im Vordergrund. Mit interdisziplinären Kooperationen sollen Effizienzmängel des

Versorgungssystems ausgeglichen werden. Krankheiten betreffen nicht nur eine Fachdisziplin, sondern zumeist viele verschiedene. Ein ganzheitlicher Ansatz und eine damit verbundene optimale Gesundheitsversorgung erfordern die Zusammenarbeit aller Teilbereiche der Medizin. Ebenso sollen Innovationen stets in die Medizin einfließen und umgehend Anwendung finden. Wichtig ist es daher, diese verstärkt in die tägliche Arbeit der Ärzte einzubinden. Dies erfordert einen optimalen Informationsfluss, der es erlaubt, neue Erkenntnisse sofort der medizinischen Fachwelt mitzuteilen.“



**DR. REINHOLD GLEHR, PRÄSIDENT DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR ALLGEMEIN- UND FAMILIENMEDIZIN (ÖGAM)**

Die Rolle der Allgemeinmedizin hat sich im österreichischen Gesundheitssystem in den letzten Jahrzehnten wesentlich gewandelt. Den oft zitierten „guten alten Hausarzt“ gibt es nicht mehr.

Die neuen Möglichkeiten der Informationstechnologie, die für eine bessere Vernetzung, raschere Kommunikation und reibungslosere Koordination sorgen, haben nicht nur die Strukturen des Gesundheitssystems allgemein, sondern auch den hausärztlichen Bereich in Bewegung gebracht. Mit dem demografischen Wandel der Gesellschaft, den Veränderungen des Krankheitsspektrums, der verstärkten Bemühung, um Gesundheitsrisiken einzudämmen, sowie der Neuorganisation des stationären Bereichs sind neue Herausforderungen auf den Allgemeinmediziner zugekommen. Sein weiter, integrativer Blick auf die oft in verschiedenen Spezialdisziplinen gleichzeitig ablaufenden Diagnose- und Behandlungsprozesse und seine Rolle als Kommunikator haben seine Funktion als lebenslanger Begleiter der Patienten jedoch bestärkt.

In diesem Sinne ist es auch notwendig, Informationen über Innovationen in der pharmazeutischen Industrie möglichst schnell und transparent an die Allgemeinmediziner weiterzugeben, damit sie diese in ihren Praxisalltag integrieren können. Ein Engagement der Van Swieten Gesellschaft in diese Richtung begrüßen wir daher sehr.“



**SIMONE THOMSEN, PRÄSIDENTIN DES FORUMS DER FORSCHENDEN INDUSTRIE**

„Mit dem Altersanstieg der Bevölkerung geht auch eine Zunahme von chronischen Krankheiten einher. Gleichzeitig steigt die Anzahl von neuen Krankheitsbildern wie

zum Beispiel im Bereich der Autoimmunerkrankungen oder der Demenz. Innovative Medikamente werden daher in Zukunft noch bedeutender werden, da sie uns helfen (müssen), diese Herausforderungen zu meistern. Bis ein Medikament allerdings auf den Markt kommt – von der Forschung bis zur Entwicklung – vergehen oft Jahre. Umso wichtiger ist es, innovative Medikamente nach Zulassung möglichst zeitnah den Ärzten zur Verfügung zu stellen und sie darüber ausreichend zu informieren. So können sie die Patienten, die ihrer bedürfen, umso schneller erfolgreich behandeln.“

# PSYCHOLOGIE ALS ZUKUNFTS- POTENZIAL

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

Die Diskussion um die alarmierenden Zahlen psychischer Erkrankungen in der Arbeitswelt macht deutlich, wie wichtig eine klinisch-psychologische Behandlung und die gesundheitspsychologische Prävention für die Volksgesundheit sind. Psychologinnen und Psychologen haben sich aber auch in vielen anderen Bereichen spezialisiert wie beispielsweise in der Arbeitspsychologie auf Probleme der Arbeitswelt, in der pädagogischen Psychologie auf den Bildungsbereich oder in der Gerontopsychologie auf den zunehmend wichtiger werdenden Bereich des Alters. Im Periskop-Interview sprachen wir mit Mag. Ulla Konrad, der Präsidentin des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen (BÖP), über die derzeitige Rolle, Bedeutung und Entwicklung der Psychologie in Österreich sowie über die Ziele, die sie sich für ihre neue Zeit als Präsidentin gesetzt hat.

**P:** Der Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP) wurde vor über 50 Jahren gegründet. Hat sich der Stellenwert dieses Berufsstandes seither verändert? Sind neue Bereiche der Psychologie hinzugekommen?

**Konrad:** Der BÖP wurde 1953 in Wien gegründet und war von Anfang an eine bundesweite Interessenvertretung. Er hat sich sukzessive in Landesgruppen sowie in Fachsektionen entwickelt. Anfangs gab es einen starken Schwerpunkt im Hinblick auf die berufliche Eignungsuntersuchung, aber auch in der Erziehungshilfe im Rahmen des Jugendamts. In den Kliniken wurden Psychologen vor allem im Kinder- und Jugendbereich sowie in der Gynäkologie eingesetzt. Im niedergelassenen Bereich gab es den Themenschwerpunkt Erziehungs- und Lebensberatung. Die psychischen Erkrankungen und damit deren klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung haben damals aber auch schon eine Rolle gespielt. Im Unterschied zu den Gründungsjahren des BÖP ist die Psychologie heute wesentlich breiter.

**P:** Wo sehen Sie das größte Wachstum?

**Konrad:** Das größte Wachstum sehe ich sowohl im Gesundheitswesen als auch im Bereich des gesamten Arbeitsumfelds, der betrieblichen Gesundheitsförderung. Dazu kommt noch die Aufgabe der Psychologie in den Fachgebieten Erziehung, Schule, Kinder und Jugendliche.

**P:** Was sind Ihre Aufgaben und Ziele im BÖP?

**Konrad:** Meine Aufgabe ist es, die Interessen der Psychologinnen und Psychologen bei Entscheidungsträgern, in der Politik sowie bei relevanten Institutionen zu vertreten. Wir sind eine freiwillige Interessenvertretung und haben keine Pflichtmitgliedschaft.

Das bedingt auch, dass wir besonders serviceorientiert arbeiten müssen. Wir bieten zum Beispiel ein Service für Psychologen bei Rechtsauskünften. Weiters betreiben wir sehr stark Öffentlichkeitsarbeit, um die Leistungen der Psychologen für die Bevölkerung aufzuzeigen. Dabei ist es mir besonders wichtig, den gesellschaftspolitischen Stellenwert der Psychologie nach außen zu bringen. Wo ist überall Psychologie drinnen? In welchen Bereichen wird Psychologie benötigt? Das sind zentrale Fragen, denen wir nachgehen.

**P:** Stichwort Qualität: Wodurch wird diese in der Arbeit der österreichischen Psychologen sichergestellt und evaluiert?

**Konrad:** Erstens wird im Psychologengesetz festgehalten, dass Fortbildung zu erbringen ist. Die Qualität wird stichprobenartig vom Gesundheitsministerium überprüft. Zweitens haben wir eine Akademie für Psychologie, an der wir für Psychologen hochwertige Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote bereitstellen. Sowohl ein nationaler als auch ein internationaler Ethikkodex regeln die Sicherstellung und Evaluierung der Qualität. Zudem wird gerade das so genannte Europsy-Diplom, ein europaweites Übereinkommen über bestimmte Ausbildungsstandards, umgesetzt.

Andererseits gibt es auch eine Änderung in der Studienordnung. Es gibt jetzt aufgrund der Bologna-Architektur der Universitätsstudien das Bakkalaureat in der Psychologie mit einer nur dreijährigen Studiendauer. Durch das Psychologengesetz wird aber gewährleistet, dass nur jemand, der einen Abschluss als Master hat (mit einer fünfjährigen Studiendauer), sich auch Psychologe nennen darf und diesen Beruf ausüben kann.

Einen weiteren Beitrag zur Qualitätssicherung leistet die Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie, der Vertretung der Universitätsprofessoren für Psychologie. Wir arbeiten gut in ausbildungsbezogenen Fragen zusammen und sehen unsere Aufgabe vor allem in der Beachtung der Praxisrelevanz. Diese Arbeit ist uns besonders wichtig, denn die Psychologiestudenten sind unser Nachwuchs und unsere Zukunft. Sie haben im Verband mit der „Plattform StudentInnen“ auch eine eigene aktive Gruppierung.

**P:** Wie lautet das Resümee Ihrer letzten Amtszeit? Was ist gut gelungen und wo sehen Sie Verbesserungspotenzial?

**Konrad:** In meiner letzten Amtsperiode wurden die Verbandsstrukturen geändert. Ein Generationswechsel fand statt. Wir haben es im Verband geschafft, junge Psychologen zu etablieren

und somit unseren Nachwuchs zu sichern, aber auch die Position von Kollegen, die schon lange mitarbeiten, zu festigen. Zudem haben wir es erreicht, neue Fachsektionen wie etwa die Trauma-psychologie oder die Gerontopsychologie zu gründen, und konnten dadurch den aktuellen Bedürfnissen der Gesellschaft und dem gegenwärtigen Forschungsstand Rechnung tragen. Weiters ist es uns gelungen, stärker sichtbar zu werden. Dies ist ein erster großer Schritt, unserem Anliegen näher zu kommen, bei relevanten gesellschaftspolitischen Fragestellungen als wichtiger Partner gesehen zu werden. Es gibt so viele Lebensbereiche, in denen Psychologie benötigt wird und Lösungen anbieten kann. Unsere Aufgabe ist es, das Bewusstsein dafür in der Bevölkerung zu erhöhen.

**P:** Sie sind als Präsidentin wiedergewählt worden. Was haben Sie sich für Ihre neue Amtszeit vorgenommen?

**Konrad:** Für die kommende Amtsperiode habe ich mir vorgenommen, die einzelnen Landesgruppen und Fachsektionen noch stärker zu vernetzen. Ich möchte, dass die verschiedenen Fachbereiche klarer hervortreten und auch die Bundesländer deutlicher sichtbar werden. Ein zweites großes Projekt ist es, ein Haus der Psychologie zu gründen. In diesem soll auch die Österreichische Akademie für Psychologie untergebracht werden. Das ist ein Projekt, das sehr viel Vorbereitung benötigt. Der Startschuss dafür soll im Herbst 2010 fallen. Mein drittes großes Ziel ist es, die gesellschaftspolitische Bedeutung der Psychologie weiter zu stärken. Der Wert und das Know-how der Psychologie sollen den Menschen besser zugänglich und nutzbar gemacht werden. Das ist uns sehr wichtig und wir wollen das auch weiter ausbauen. Derzeit ist es leider im Gesundheitsbereich so, dass die klinischen Psychologen, die auf diesem Gebiet tätig sind, erst aufgesucht werden, wenn jemand bereits in eine Krise geraten oder erkrankt ist.

**P:** Heißt das, die Psychologie hat derzeit noch eher „Reparaturcharakter“?

**Konrad:** Ja, diesen Eindruck habe ich manchmal. Unser Ziel ist es daher, die Psychologie verstärkt im Bereich der Prävention einzusetzen. Wichtig ist mir, dass zwischen klinischen Psychologen, die sich mit der klinisch-psychologischen Diagnostik und Behandlung von Krankheiten befassen und in diesem Bereich eine umfassende Kompetenz haben, und Gesundheitspsychologen, die vorwiegend mit präventiven Maßnahmen betraut sind, unterschieden wird. Darüber hinaus befassen sich viele Psychologen mit Fragen anderer Lebensbereiche wie Erziehung, Bildung,

„Es sollte in der betrieblichen Gesundheitsförderung ... auch auf Stressfaktoren, die einen wesentlichen Grund für eine Burn-out-Symptomatik ... darstellen, geachtet werden.“



„Ich wünsche mir, dass Psychologie kein Luxus, sondern Bestandteil einer State-of-the-Art-gerechten Behandlung ist.“

„Unser Ziel ist es daher, die Psychologie verstärkt im Bereich der Prävention einzusetzen.“

„Europaweit sind depressive Leiden und Angsterkrankungen am stärksten vertreten, ...“

„Ich sehe für die Zukunft eine dramatische Entwicklung.“



„... Psychologen helfen, dass die Patienten bei psychischen Erkrankungen nicht chronifizieren und rasch wieder in den Arbeitsprozess zurückkehren können.“

#### BioBox:

Mag. Ulla Konrad ist seit fünf Jahren Präsidentin des BÖP. Ursprünglich gelernte Pädagogin, studierte sie in der Folge Psychologie und absolvierte anschließend die klinische Ausbildung bei den Barmherzigen Brüdern in Eisenstadt. Danach arbeitete sie über acht Jahre lang im Krankenhaus und war dort sowohl für die Patientenbetreuung als auch für die Personalfortbildung und -beratung verantwortlich. Der Krankenhausarbeit folgte ein zweijähriger Aufenthalt in Rumänien, um dort in einem Straßenkinderprojekt den Bereich Personalentwicklung und ein Therapiezentrum aufzubauen. Neben ihrer Tätigkeit als Präsidentin des BÖP hat Konrad einen Lehrauftrag an der Universität Wien für Psychosomatik und Verhaltensmedizin und wechselnde Lehraufträge und Seminaraktivitäten im Gesundheits- und Sozialbereich. Außerdem führt sie in Wien eine Praxis im 19. Bezirk.

„Unsere Aufgabe ist es, das Bewusstsein ... in der Bevölkerung zu erhöhen.“

Freizeit und Sport oder mit dem Verkehrsverhalten, um nur einige Beispiele zu nennen.

**P:** Wie viele Mitglieder zählt der Verband? Gibt es eine Zusammenarbeit mit anderen Verbänden und Gesellschaften?

**Konrad:** Der BÖP zählt derzeit genau 4100 Mitglieder. Kooperationen gibt es unter anderem mit der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie. Weiters sind wir Gründungsmitglied der European Federation of Psychologists Associations (EFPA). Diese vertritt europaweit etwa 250.000 Psychologen. Dort haben wir mehrere Stimmen in der Generalversammlung. Gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie sind wir auch Mitglied der weltweiten Gesellschaft der Psychologen, der International Union of Psychological Science (IUPsyS). Obwohl Österreich ein kleines Land ist, haben wir im Ländervergleich mit der Einführung des Psychologengesetzes und einigen Vertragslösungen schon viel erreicht.

**P:** Wie sieht die gesetzliche Regelung bei den Psychologen aus?

**Konrad:** Als relativ junge Berufsgruppe – das Psychologengesetz existiert seit 1991 – sorgen die Psychologen für die Entlastung der Allgemeinmediziner und Psychiater. Im Psychologengesetz wird jedoch ausschließlich die Psychologie im Gesundheitswesen reglementiert. Dieser Bereich, das Arbeiten mit psychischen Erkrankungen, aber auch die präventiven Aufgaben der Gesundheitspsychologie haben sich durch dieses Gesetz wesentlich weiterentwickelt.

Weitere psychologische Tätigkeiten sind in eigenen Gesetzen geregelt, zum Beispiel die Arbeitspsychologie im Arbeitnehmerschutz, die Verkehrspsychologie, unter anderem in der Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung, die psychologische Sachverständigentätigkeit oder die Mediation. Dadurch ist die psychologische Arbeit in vielen Bereichen bereits qualitätsgesichert. Weitere Regelungen streben wir an. Aufgrund einiger Veränderungen, unter anderem in der Studienarchitektur, ist eine erstmalige Novellierung des Psychologengesetzes dringend notwendig.

**P:** Was bietet der BÖP für seine Mitglieder? Gibt es spezielle Programme für Nachwuchspsychologen und Studenten?

**Konrad:** Studenten ab dem dritten Semester haben die Möglichkeit, sehr günstig im BÖP Mitglied zu werden. Für sie gibt es bei uns die „Plattform StudentInnen – PLAST“. Diese ist auf die speziellen Bedürfnisse von Studierenden ausgerichtet. Sie erhalten dort ein Service wie zum Beispiel Statistikberatungen, Diplomarbeitbetreuung oder die Vermittlung von Praktikumsplätzen. Neben kostenlosen Fachvorträgen, Rechtsberatung oder Unterstützung bei beruflichen Fragen erhalten Mitglieder viermal jährlich kostenlos „Psychologie in Österreich“, das offizielle Organ des Berufsverbandes. Die Zeitschrift hat 2010 ihr 30-jähriges Bestehen gefeiert. Wir arbeiten hier multidisziplinär und lassen auch Psychiater oder Experten aus der Wirtschaft zu Wort kommen. Weiters führen wir eine psychologische Helpline, die wochentags besetzt ist und österreichweit bei der Suche nach den richtigen Psychologen berät.

**P:** Haben die Schwere und das Spektrum psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren zugenommen? Welche psychischen Krankheiten sind die häufigsten?

**Konrad:** Psychische Leiden haben sehr stark zugenommen, vor allem die arbeitsbedingten psychischen Erkrankungen. Arbeitslose haben ein doppelt so hohes Risiko, psychisch krank zu werden. Die Krankenstandstage sind in den letzten Jahren fast explodiert, es gibt Steigerungen von bis zu 100 Prozent aufgrund psychischer Erkrankungen. Ebenso sind dadurch bedingte Frühpensionierungen um mehr als 150 Prozent in die Höhe geschwollen. Alle anderen Krankheiten gehen zurück, nur die Zahl der psychischen Erkrankungen steigt sprunghaft an. Europaweit sind depressive Leiden und Angsterkrankungen am stärksten vertreten, aber auch Suchterkrankungen sind auf dem Vormarsch.

**P:** Wieso sind gerade die psychischen Erkrankungen betroffen?

**Konrad:** Hier gibt es natürlich eine Veranlagung, aber auch äußere Umstände – wie z. B. eine Wirtschaftskrise – und Life-Events, die dazu führen können. Insgesamt geht man heute von einem biopsychosozialen Krankheitsbild aus. Ich sehe für die Zukunft eine dramatische Entwicklung. Faktoren wie die veränderten Arbeitsbedingungen – beispielsweise die Schnelligkeit und der Druck im Arbeitsprozess –, die ständige Erreichbarkeit sowie die mögliche Bedrohung durch Arbeitslosigkeit können auslösend wirken. Einen weiteren Beitrag leisten veränderte Lebensbedingungen wie etwa häufigere Trennungen, Wechsel der Lebenspartner und als Folge davon Patchworkfamilien oder Singlehaushalte. Gesellschaftliche Umwälzungsprozesse können große Risikofaktoren darstellen. Ein anderer wichtiger Punkt ist, dass wir einfach älter werden. Das begünstigt so genannte Altersdepressionen sowie demenzielle Erkrankungen. Aber auch Menschen, die an chronischen Krankheiten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs leiden, haben ein höheres Risiko, zusätzlich psychisch zu erkranken. Das wird häufig auch im Sinne des Kostenfaktors unterschätzt. Hier gibt es etwa in Deutschland Berechnungen, welcher ökonomische Schaden entstehen kann, wenn die psychischen Leiden und Folgeerkrankungen der Menschen nicht behandelt werden.

**P:** Wie kann man in der Arbeitspsychologie dagegensteuern? Was kann man unternehmen?

**Konrad:** Zu den Aufgaben der Arbeitspsychologen zählt es, in Unternehmen präventiv tätig zu sein und spezielle Programme und Einzelberatungen anzubieten, um Menschen mit Risikofaktoren zu identifizieren bzw. um die psychische Gesundheit – neben der körperlichen – als Thema zu etablieren. Im Arbeitnehmerschutzgesetz ist vorgeschrieben, dass bis zu zwanzig Prozent Arbeitspsychologen in Betrieben anwesend sein sollten. Das ist eine „Kann“-Bestimmung, keine „Muss“-Bestimmung. Für mich steht jedoch fest, dass das eine „Muss“-Bestimmung werden sollte, denn nur so wird sie in den Betrieben umgesetzt. Mithilfe einer „Muss“-Bestimmung könnte die Aufmerksamkeit für dieses Thema stärker forciert werden und es wäre möglich, mehr Maßnahmen zu setzen. Es sollte in der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht nur auf Bewegung und Ernährung geachtet werden, sondern auch auf Stressfaktoren, die einen wesentlichen Grund für eine Burn-out-Symptomatik bei

den Mitarbeitern darstellen. Besteht eine Burn-out-Gefahr, ist es wichtig zu analysieren, ob es strukturelle Bedingungen im Betrieb gibt, die daran schuld sind, oder ob individuelle Faktoren dafür verantwortlich sind. Anhand der Analyse sind weitere Schritte zu setzen. In jedem Unternehmen sollte es eine fixe Ansprechperson geben, an die sich die Mitarbeiter wenden können. Wichtig ist es, dass diese im Unternehmen gut sichtbar ist.

**P:** Wenn Sie Wünsche an die Politik, Ärzte oder das Gesundheitssystem frei hätten, wie würden diese aussehen?

**Konrad:** An die Politik im Allgemeinen: Es sollte in vielen Bereichen der Gesellschaft mehr psychologisches Know-how herangezogen werden. Es gibt psychologisches Wissen in Bezug darauf, wie Menschen Entscheidungen treffen, etwa bei den Finanzen, oder in Hinblick darauf, wie man das Bildungs- oder Erziehungswesen optimal gestalten kann. Die Psychologie deckt alle Bereiche des menschlichen Lebens ab und diese Kenntnisse sollten von der Politik stärker genutzt werden.

Speziell im Gesundheitsbereich wünsche ich mir, dass die klinische Psychologie und die Gesundheitspsychologie mit ihrer Kompetenz noch besser wahrgenommen und miteinbezogen werden. Laut Definition der WHO ist Gesundheit ja nicht nur das Fehlen von Krankheit, sondern der Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens. Und dazu kann die Psychologie Wesentliches beitragen.

Ich wünsche mir, dass Psychologie kein Luxus, sondern Bestandteil einer State-of-the-Art-gerechten Behandlung ist. Ein zentrales Anliegen ist es, dass im niedergelassenen Bereich nicht nur die klinisch-psychologische Diagnostik abgerechnet werden kann, sondern auch die klinisch-psychologische Behandlung. Das ist eine Leistung, die der Patient derzeit privat zu bezahlen hat. Hier gibt es sozusagen eine Zwei-Klassen-Behandlung. Jene, die es sich leisten können, können beim Psychologen bleiben und die anderen müssen schauen, ob sie eventuell eine Behandlung bei anderen Gesundheitsberufen erhalten. Diese kann zwar hilfreich sein, muss aber nicht immer das Mittel der richtigen Wahl sein.

**P:** Gibt es hier Gespräche mit den Entscheidungsträgern?

**Konrad:** Hier gibt es laufend Gespräche. Sowohl auf politischer Ebene als auch mit dem Hauptverband und den Krankenkassen. Einerseits wird gesehen, dass Psychologen wirklich gute Partner sind, die Handschlagqualität haben, und gleichzeitig gibt es immer wieder eine Zurückhaltung aufgrund der Kostensituation. Was aus meiner Sicht sehr kurzfristig gedacht ist, da wir Psychologen dabei helfen, dass die Patienten bei psychischen Erkrankungen nicht chronifizieren und rasch wieder in den Arbeitsprozess zurückkehren können.

www.boep.or.at



# Burden of Illness Osteoporose

Verstärkte Aufklärung und neue Therapieoptionen sollen Osteoporosezahlen senken

VON DI (FH) ELENA BERTOLINI

Chronische Krankheiten sind in der EU für 86 Prozent der Todesfälle und 77 Prozent der Krankheitslast verantwortlich. Die wirtschaftlichen und sozialen Folgen reichen weit über die Kosten der Gesundheitsversorgung hinaus. Indirekte Kosten wie Arbeitsausfälle oder Produktivitätseinbußen übersteigen meist die unmittelbaren Kosten der Erkrankung. Anlässlich eines Hintergrundgesprächs am 24. August 2010 in Alpbach diskutierten namhafte Vertreter aus Politik, Wirtschaft und Medizin über Folgen und Auswirkungen von chronischen Krankheiten am Beispiel der Osteoporose. Die Teilnehmer sprachen sich unisono für eine verstärkte Aufklärung und nachhaltige Bewusstseinsbildung von Ärzteschaft und Patienten aus und forderten außerdem eine engere Verknüpfung von Forschung und Gesundheitspolitik, sowie einen möglichst raschen und uneingeschränkten Zugang zu innovativen Medikamenten und neuen Behandlungsoptionen.

## Teilnehmer

Patientenrechtsrat, Dr. Konrad Brustbauer  
Medizinische Universität Graz, Univ. Prof. Dr. Hans Peter Dimai  
Wirtschaftskammer Österreich, Dr. Martin Gleitsmann  
Wirtschaftskammer Österreich, Dr. Jörg Mahlich  
AMGEN GmbH, Dr. Barbara Möller  
Pensionsversicherungsanstalt, Prof. Dr. Rudolf Müller  
Österreichischer Gewerkschaftsbund, SPÖ, Dr. Sabine Oberhauser  
GlaxoSmithKline GmbH, Dr. Ronald Pichler  
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Konsumentenschutz,  
MMag. Martin Staudinger

## Mortalität von Osteoporose unterschätzt

Insgesamt wird für Österreich, basierend auf der Übertragung von Prävalenzzahlen für Deutschland, von 740.000 Osteoporosefällen in der Altersgruppe über 50 Jahren ausgegangen. Die Krankheit verläuft oft schleichend und wird vielfach erst wahrgenommen, wenn es zu einem Knochenbruch kommt. „Das Problem liegt in der Erkennung der Erkrankung. Die Mortalität bei Osteoporose ist vergleichbar mit jener bei Schlaganfall oder Herzinfarkt, wird aber nicht so dramatisch wahrgenommen“, zeigt Univ. Prof. Dr. Hans Peter Dimai auf. Seit Jänner 2010 wird mit einem interdisziplinären Board von Ökonomen und Medizinern eine Studie zu den volkswirtschaftlichen Kosten der Osteoporose in Österreich erarbeitet. „Als interessante Erkenntnis stellte sich im Laufe des Projektes heraus, dass die indirekten Kosten beachtliche Ausmaße annehmen. Nicht die Kosten für Frühpension und Arbeitsausfall, sondern die der familiären Pflege, so genannte Opportunitätskosten sind für die hohe Gesamtkostenzahl verantwortlich. Ein „Burden of Illness“ von 731,5 Millionen Euro pro Jahr wurde errechnet. 29 Prozent davon entfallen auf die familiäre Pflege. Weitere 10 Prozent entfallen auf Pflegedienstleistungen, die über den Markt eingekauft werden. In einer Prognose haben wir die Kostenentwicklung für die nächsten 20 Jahre geschätzt und kommen auf einen Barwert von rund 14 Milliarden Euro“, erläutert Dr. Jörg Mahlich. Die Pflege erweise sich durch diese Zahlen als ein bedeutender Kostenfaktor und solle deshalb auch für die Politik relevant sein, so Mahlich weiter. „Die Situation für Politiker ist hinsichtlich chronischer Erkrankungen sehr schwierig, weil alle bedeutsam sind. Wertvoll für gesundheitspolitische Entscheidungen ist aber wissenschaftliches Material. Besonders wenn Entscheidungen hinsichtlich Therapieoptionen zu treffen sind, muss über Akutkosten hinausgerechnet und müssen auch die volkswirtschaftlichen Auswirkungen wie Arbeitsausfälle, Frühpension oder Pflegeaufwand berücksichtigt werden“, pflichtet Dr. Sabine Oberhauser bei. Dr. Martin Gleitsmann wagt einen Blick in die Zukunft und plädiert für mehr Eigenverantwortung seitens der Bevölkerung: „Strategien für die Zukunft sind notwendig. Diese müssen sich aus mehreren Bestandteilen zusammensetzen. Man braucht gutes Basis-Datenmaterial zur Erkrankung, verfügbare innovative Behandlungsoptionen für Österreich, aber auch präventive Maßnahmen.“

## Prävention und frühe Diagnostik verhindern hohe Folgekosten

Da Osteoporose meist symptomfrei verläuft, wird die Krankheit oftmals übersehen. Selbst Brüche in Folge des Knochenabbaus werden oft nicht unmittelbar mit der Erkrankung in Verbindung gebracht

oder dementsprechend behandelt. „Eine richtige und vor allem rechtzeitige Diagnose und auch die Mitteilung an den Betroffenen müssen forciert werden. Osteoporose ist dem Österreicher nicht fremd, kaum einer sieht sich aber selbst als potentiell Betroffener. Grundsätzlich ist Kenntnis über die Erkrankung da, sie ist aber nicht ganz richtig und vollständig. Dies gilt es zu beheben, sowohl bei Patienten als auch bei den behandelnden Ärzten“, kommentiert Prof. Dr. Konrad Brustbauer die vorherrschenden Informationsdefizite. „Aus der Sicht des BMASK ist eine Investition in Präventionsmaßnahmen und frühe Diagnostik sinnvoll, da die Pflegekosten im Vergleich zu den Kosten zur Erhaltung der Gesundheit hoch sind“, meint MMag. Martin Staudinger.



## Verstärkte Aufklärung und Disease Management Programme sollen ein weiteres Ansteigen der Osteoporosezahlen verhindern

Osteoporose gilt weltweit als unterdiagnostiziert. Trotz Verfügbarkeit wirksamer und kosteneffektiver Therapien werden diese oft nicht angewandt. Abgesehen von einem demografisch bedingten Anstieg an Osteoporosefällen führen fehlende bzw. zu spät einsetzende Präventionsmaßnahmen, Defizite in der Früherkennung und eine geringe Therapie-Compliance zu einer Verschlechterung des gesundheitsökonomischen Outcomes. „Meiner Meinung nach ist hierfür auch die Ärzteschaft verantwortlich. Diese muss verstärkt aufklären. Es ist wissenschaftlich belegt, dass je besser die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist, desto besser ist auch die Compliance“, erklärt Univ. Prof. Dr. Hans Peter Dimai. Dr. Sabine Oberhauser spricht sich ebenfalls für mehr Information über die Krankheit aus und führt außerdem

Disease Management Programme (DMP) als weitere Möglichkeit an: „Osteoporose wird oft unterdiagnostiziert oder als Nebendiagnose gestellt. Ein Mehr an Information bei Ärzten wäre hilfreich, um der Erkrankung im Sinne einer Früherkennung mehr Aufmerksamkeit zu verleihen. Darüber hinaus ist ein Disease Management Programm bei Osteoporose anzudenken, vor allem um die Diagnostik und die frühe Behandlung zu verbessern.“

Dr. Jörg Mahlich fordert eine engere Verknüpfung von Forschung und Entwicklung mit der Gesundheitspolitik: „In Österreich muss mehr in die Forschung investiert werden. Man muss der pharmazeutischen Industrie einen Rahmen bieten, der es ermöglicht, Forschungskosten wieder hereinzuspielen. Weiters hat man mit Disease Management Programmen im Ausland gute Erfahrungen gemacht. Der Ansatz ist, Ressourcen von Krankenhäusern, den teuersten Playern im System, zu Ärzten, Assistenzärzten oder Krankenschwestern zu verlagern.“ Mahlich hält weiters fest, dass dies sicherlich schwierig sei, da hier die Partikularinteressen von vielen Gruppierungen aufeinandertreffen. Diese Tabus müssen aber angesprochen werden. „Von der Sozialversicherung sind bereits Indikationen für Disease Management Programme definiert worden. Darüber hinaus ist es wichtig, die zukünftige Versorgung mit innovativen Arzneimitteln und neuen Behandlungsmöglichkeiten in Österreich sicherzustellen“, bestätigt Dr. Gleitsmann.

## Klar definierte Ansprechpartner für Betroffene festlegen

Defizite zeigen sich nicht nur in der Diagnosestellung, sondern auch in der zuständigen Verantwortlichkeit seitens der Ärzte. Um der Krankheit entgegenzuwirken, bedarf es einer adäquaten Aufklärung über Krankheitsverlauf und Behandlungsoptionen. „Bei der Osteoporose ist für die Patienten die Zuordnung zu einem Facharzt ein Problem. Es gibt keinen eindeutigen Ansprechpartner. Wichtig wäre eine klare Kommunikation, damit Patienten wissen wohin sie sich wenden und wo sie sich informieren können“, macht Prof. Dr. Konrad Brustbauer auf die derzeitige Situation aufmerksam. Für den Aspekt der Primärprävention spricht sich Prof. Dr. Müller aus: „Ab dem 20. Lebensjahr beginnt der Knochen wieder abzubauen. Auf der anderen Seite werden in der Schule Turnstunden und Schulumilchaktionen gestrichen. Eine für mich unverständliche Situation und gleichzeitig ein wesentlicher Punkt, hier anzusetzen. Aber nicht nur Schulkinder, sondern auch die Familie und das soziale Umfeld müssen mitintegriert werden. Dauerhafte und nachhaltige Primärprävention ist enorm wichtig und verhindert teure Spätfolgen.“

## Forschung und Interdisziplinarität sind wesentlich für die Zukunft

Osteoporose ist für Betroffene stets mit großen Einschränkungen verbunden. Der Verlust der Beweglichkeit und somit auch der Selbstständigkeit haben immer eine Verminderung der Lebensqualität zur Folge. „Die pharmazeutische Industrie forscht und investiert laufend, um solche Schicksale zu verhindern. Wir sind besonders stolz, dass in Kürze in Österreich eine neue Behandlungsoption gegen Osteoporose verfügbar sein wird. Offen ist noch die Situation der Zugänglichkeit für alle Betroffenen. Uns ist wichtig, dass in der Gesundheitspolitik bei Erstattungsfragen nicht nur die Akutkosten einer Erkrankung sondern auch die der volkswirtschaftlichen Auswirkungen in Betracht gezogen werden. Gerade chronische Krankheiten verlangen nach innovativen neuen Medikamenten und die pharmazeutische Industrie versteht es als ihre Aufgabe, durch Forschung und Entwicklung ihren Beitrag zu leisten“, macht Dr. Ronald Pichler deutlich. Um dies zu gewährleisten, sei es wichtig, Forschung und Entwicklung in Österreich zu fördern und die Rahmenbedingungen für die Erstattung zu sichern, so Pichler abschließend.

## Die forschende pharmazeutische Industrie als aktiver Partner im Gesundheitswesen

Osteoporose betrifft nicht nur medizinische Fachbereiche, sondern auch Wirtschaft, Politik und Forschung. Interdisziplinarität ist im Umgang mit chronischen Krankheiten ein wesentlicher Faktor. Auch Patienteninteressen müssen berücksichtigt werden, um gemeinsam an der Versorgungsstruktur und an Therapieoptionen für chronisch Kranke zu arbeiten. „Gerade am Beispiel der Osteoporose konnten wir in den letzten Monaten und Jahren unser Engagement und Aufgabenverständnis als Partner im Gesundheitswesen zeigen. Wir sind sehr froh, die Kooperation zwischen wirtschaftlichen und medizinischen Experten im Rahmen des interdisziplinären Studienprojekts zu unterstützen und so erstmals gesundheitsökonomische Daten für Osteoporose in Österreich zur Verfügung zu stellen. Wesentlich ist uns aber auch der Support von Patientenorganisationen und Betroffenen. Aus diesem Grund haben wir auch das Projekt „Österreichischer Patientenbericht Osteoporose“ in Zusammenarbeit mit zahlreichen Institutionen des österreichischen Gesundheitswesens unterstützt. Die Erhebung der Wünsche, Bedürfnisse und Anliegen von Betroffenen im gesamten Bundesgebiet soll ein weiterer Baustein für Entscheidungsträger sein“, verdeutlicht Dr. Barbara Möller die Rolle der forschenden pharmazeutischen Industrie als aktiver Partner im Gesundheitswesen.

# Chronische Prognoseschwäche

DR. JAN OLIVER HUBER, PHARMIG



Wenn der Hauptverband rechnet, bleibt einem meistens nur das Staunen. Vor allem bei den Prognosen zeigt sich immer wieder, wie kreativ der Hauptverband mit Zahlen umgeht. Es ist zwar sonderbar, aber üblich, dass zwischen Prognosen und tatsächlichem Gebarungsergebnis Welten liegen. Schön sehen kann man das am Beispiel des Jahres 2009: Das im Mai 2009 prognostizierte Gebarungsmalus von rund 98,6 Millionen Euro entwickelte sich dann doch noch zu einem Überschuss in der Höhe von rund 168 Millionen Euro. Ich weiß schon, was Sie jetzt denken. 2009 war das Jahr des Kassensanierungspapiers, das hat eine treffsichere Prognose wirklich nahezu unmöglich gemacht. Stimmt schon, nur waren die Prognosen des Hauptverbands auch in den anderen Jahren um keinen Deut realistischer.

## Politische Gründe

Was steckt also hinter der chronischen Prognoseschwäche des Hauptverbands? Es wäre möglich, dass das zugrundeliegende Zahlenmaterial mangelhaft ist. Es könnte aber auch politisches Kalkül dahinterstecken. Wahrscheinlich ist es eine Mischung aus beiden Faktoren. Die Antwort darauf kann nur der Hauptverband selbst geben. Uns bleibt auf jeden Fall die Erkenntnis, dass den Zahlen des Hauptverbands besser nicht zu viel Vertrauen zu schenken ist.

## Pharmaindustrie hilft den Kassen

Für das Jahr 2010 sagt der Hauptverband jetzt ein Plus von rund 106 Millionen Euro voraus. Hauptgründe für diese positive Entwicklung seien höhere Beitragseinnahmen als erwartet und sinkende Medikamentenausgaben. Beides Faktoren, zu denen die Krankenkassen nicht aktiv beigetragen haben, die Pharmaindustrie hingegen viel. Einerseits gehören pharmazeutische Unternehmen als Arbeitgeber von

rund 10.000 Personen zu zahlungskräftigen Einzahlern von Sozialversicherungsbeiträgen. Andererseits führt das Geschäftsmodell von Pharmaunternehmen mit einem Mix aus Originalpräparaten und Generika dazu, dass die Medikamentenpreise nach Patentablauf sinken. Aktuell weiß man, dass bis 2015 Patente für mehr als 50 Medikamente ablaufen werden. Das entspricht, wie eine Studie der Managementberatung Accenture bestätigt, einem geschätzten Wert von insgesamt 130 Milliarden Dollar. Für Österreich bedeutet das für die Jahre 2009 bis 2015 eine Reduktion der Medikamentenausgaben von in Summe mehr als einer Milliarde Euro.

„Hauptgründe für diese positive Entwicklung seien höhere Beitragseinnahmen als erwartet und sinkende Medikamentenausgaben. Beides Faktoren, zu denen die Krankenkassen nicht aktiv beigetragen haben, die Pharmaindustrie hingegen viel.“

Unternehmen als Arbeitgeber von rund 10.000 Personen zu zahlungskräftigen Einzahlern von Sozialversicherungsbeiträgen. Andererseits führt das Geschäftsmodell von Pharmaunternehmen mit einem Mix aus Originalpräparaten und Generika dazu, dass die Medikamentenpreise nach Patentablauf sinken. Aktuell weiß man, dass bis 2015 Patente für mehr als 50 Medikamente ablaufen werden. Das entspricht, wie eine Studie der Managementberatung Accenture bestätigt, einem geschätzten Wert von insgesamt 130 Milliarden Dollar. Für Österreich bedeutet das für die Jahre 2009 bis 2015 eine Reduktion der Medikamentenausgaben von in Summe mehr als einer Milliarde Euro.

## Krankenkassen ruhen sich aus

Es läuft momentan wirklich gut für die Krankenkassen. Die von der Bundesregierung verlangten Kostendämpfungen können sogar übererfüllt werden. Und das Beste aus Sicht der Kassen ist, dass sie dafür selbst keinen Finger rühren müssen. Die Verwaltungsausgaben steigen ungenügend weiter, während an der unzeitgemäßen Struktur mit 19 Krankenversicherungsträgern festgehalten wird. Es genügt, die Öffentlichkeit geschickt zu blenden und davon zu überzeugen, dass die aktuellen Einsparungen auf ein angeblich wirkungsvolles Kostendämpfungspaket im Medikamentenbereich zurückzuführen sind. In Wirklichkeit sind es vor allem die Patentabläufe, die sparen helfen. Es ist also höchste Zeit, dass die Krankenkassen beginnen, auch in den eigenen Häusern zu sparen.

**PHARMIG**  
Verband der pharmazeutischen  
Industrie Österreichs

## PHARMIG AKTUELL

### ARZNEIMITTEL FÜR SELTENE ERKRANKUNGEN

Von den ca. 30.000 bekannten Krankheiten zählen rund 8.000 zu den seltenen Erkrankungen. Rund 4.000 dieser seltenen Erkrankungen betreffen Kinder. Oft handelt es sich um schwere Krankheiten, die eine aufwändige Behandlung und Betreuung erfordern. Seltene Erkrankungen sind für Patienten und ihre Familien sehr belastend und führen manchmal schon im Kindes- oder Jugendalter zum Tod.

Ein neuer Folder informiert über:

- Was sind seltene Erkrankungen?
- Welche Arzneimittel für seltene Erkrankung gibt es?
- Ausblick über Aktivitäten in Österreich für betroffene Patienten und auf EU-Ebene
- Liste an Links zu Ansprechpartnern, Patientenorganisationen, Datenbanken, Fach-Journalen etc.

Die elektronische Version des Folders steht Ihnen unter [www.pharmig.at](http://www.pharmig.at) kostenlos zum Download zur Verfügung. Für Fragen zum Folder wenden Sie sich bitte per E-Mail an Herrn Helmut Kantz ([helmut.kantz@pharmig.at](mailto:helmut.kantz@pharmig.at)).



### DATEN & FAKTEN KOMPAKT, Ausgabe 2010

Jährlich lassen wir uns unsere Gesundheit in Österreich rund 29 Milliarden Euro kosten – eine stattliche Summe. Um Zahlen wie diese transparent zu machen, benötigen wir verlässliche Daten, die im Umgang mit den Partnern im Gesundheitswesen und den Medien von größter Bedeutung sind, denn sie bilden die Grundlage, um gemeinsam gesundheitspolitische Ziele zu formulieren und umzusetzen.

In gewohnter Qualität bietet die Publikation einen Überblick über folgende Themenbereiche:

- Ziele der österreichischen Pharmaindustrie
- Gesundheitsausgaben – Finanzierung
- Gesundheit und Wirtschaft
- Forschung & Entwicklung in der Pharmaindustrie
- Das Erstattungssystem in Österreich

Wenn Sie „Daten & Fakten kompakt“ zugeschickt bekommen möchten, senden Sie bitte eine E-Mail an Herrn Helmut Kantz ([helmut.kantz@pharmig.at](mailto:helmut.kantz@pharmig.at)) mit der gewünschten Stückanzahl und Ihrer Anschrift. Die elektronische Version finden Sie unter [www.pharmig.at](http://www.pharmig.at)



ACADEMY

### LEHRGANG: „PHARMAKOVIGILANZ IN 7 MODULEN“

Dieser Lehrgang in sieben Modulen vermittelt in kompakter Form alle wichtigen Elemente der Pharmakovigilanz. Dabei wurde auf folgende Qualitätsfaktoren Wert gelegt: Gesamtkonzept – Praxisbezug – qualifizierte Referenten.

**Termine:** Modul 1: MI, 29.09.2010 | Modul 2: DO, 28.10.2010 und FR, 29.10.2010 | Modul 3: MO, 29.11.2010 und DI, 30.11.2010 | Modul 4: MI, 26.01.2011 und DO, 27.01.2011 | Modul 5: MO, 14.02.2011 und DI, 15.02.2011 | Modul 6: MO, 28.03.2011 und DI, 29.03.2011 | Modul 7: MO, 19.04.2011

### SEMINAR: „PHARMA BASICS IN 2 MODULEN“

Mit Fachexperten aus der Praxis lernen Sie im 1. Modul die Fachsprache der Pharmaindustrie kennen. Sie bekommen einen Überblick des Pharmamarkts, erfahren wer wofür zuständig ist und wen man kennen muss. Im 2. Modul wird auf die speziellen Rahmenbedingungen im Pharma-Markt eingegangen.

**Termine:** Dienstag und Mittwoch, 05. und 06.10.2010

### INTENSIVSEMINAR: „DATENSCHUTZRECHT“

Dieses halbtägige Seminar führt in die Grundlagen des materiellen Datenschutzes im Pharmaunternehmen ein, erklärt die von diesem zu erledigenden datenschutzrechtlichen Formalitäten und gibt einen kurzen Überblick über die wesentlichen Datenschutzaspekte typischer Datenschutz-Spezialthemen von Pharmaunternehmen.

**Termin:** Mittwoch, 07.12.2010

### ORT: PHARMIG ACADEMY, GARNISONGASSE 4/4, 1090 WIEN

Die detaillierten Informationen entnehmen Sie bitte der Pharmig Academy Homepage: [www.pharmig-academy.at](http://www.pharmig-academy.at) Bei ev. Fragen wenden Sie sich bitte an Frau Sandra Pratter ([sandra.pratter@pharmig-academy.at](mailto:sandra.pratter@pharmig-academy.at) oder Tel Nr. (01) 40 60 290-22).

# „Die Vorsorge für die Erhaltung der Gesundheit muss eine größere Bedeutung erlangen!“

VON MAG. SABINE SOMMER

Das Österreichische Grüne Kreuz für Gesundheit – die Österreichische Liga für Präventivmedizin (ÖGK) wurde 1995 mit dem Ziel gegründet, Gesundheitsaufklärung und -vorsorge zu betreiben. Angesichts der Zunahme von lebensstilbedingten Erkrankungen ist Vorsorgemedizin heute wichtiger denn je. Vereinspräsident Prim. i. R. Univ.-Prof. Dr. Ingomar Mutz hat es sich daher zum Ziel gesetzt, die Arbeitsschwerpunkte des ÖGK kontinuierlich zu erweitern und die Organisation als Kompetenzzentrum für primäre und sekundäre Prävention zu positionieren.

„Das Österreichische Grüne Kreuz für Gesundheit – die Österreichische Liga für Präventivmedizin verbreitet Vorsorgeempfehlungen auf wissenschaftlicher Basis, unabhängig und gemeinnützig“

Das Österreichische Grüne Kreuz für Gesundheit ist ein gemeinnütziger Verein und eine Vereinigung österreichischer Mediziner, Wissenschaftler und Gesundheitsexperten, deren vorrangiges Ziel die Gesundheitsaufklärung und -vorsorge ist. „Schon der Vereinsname spricht für sich, heißt es doch ‚Österreichisches Grünes Kreuz für Gesundheit‘. Wir sind eine Institution, die sich der Erhaltung der Gesundheit und der Vorbeugung von Krankheiten verpflichtet fühlt“, so Vereinspräsident Dr. Ingomar Mutz. Ein wesentlicher Aspekt dabei ist es, die



Eigenverantwortung des Einzelnen zu steigern. Die Bevölkerung soll durch die Maßnahmen des ÖGK dazu motiviert werden, die Verantwortung für die eigene Gesundheit wahrzunehmen. Durch fundierte Information und Kampagnen zielt der Verein darauf ab, eine gesunde Lebensweise zu vermitteln. „Hierzulande ist die Medizin zu sehr krankheitsorientiert, auch was das öffentliche Gesundheitswesen betrifft. Krankheit ist nicht nur ein Schicksal, sondern teilweise auch in der persönlichen Verantwortung steuerbar. Gesundheitsprophylaxe ist besser, wirksamer und ökonomischer als kurative Medizin“, erläutert Dr. Mutz weiter.

Das Grüne Kreuz für Gesundheit hat seinen Sitz in Salzburg und ist eine Vereinigung von derzeit rund 70 Fachexperten. Zur Mitgliedschaft wird man üblicherweise eingeladen. Die Mitglieder sollen eine möglichst gute fachliche Mischung an Expertise darstellen, damit das ÖGK für Gesundheit seinen Aufgaben optimal nachkommen kann. Die Organisation gibt es seit 1995, heuer wird also das 15-jährige Bestehen gefeiert. „Die Intention des Gründers, Prof. Dr. Ernst Gottfried Huber, war es, Vorsorgeempfehlungen auf wissenschaftlicher Basis, unabhängig und gemeinnützig zu verbreiten – und zwar sowohl unter medizinischen Fachleuten als auch unter Laien“, erinnert sich Dr. Mutz an die Anfänge des ÖGK für Gesundheit. Sehr wichtig ist dem heutigen Vereinspräsidenten die Zusammenarbeit mit seinen Vorstandskollegen und anderen Vereinsfunktionären. „Mir ist es ein besonderes Anliegen, dass die



**DR. INGOMAR MUTZ**  
PRÄSIDENT ÖSTERREICHISCHES  
GRÜNES KREUZ FÜR GESUNDHEIT

Ziele und Vorhaben des ÖGK für Gesundheit in Teamarbeit umgesetzt werden. Ich bin nominell der Vereinspräsident, habe aber ein starkes Team hinter mir. Dieser Zusammenhalt ist mir sehr wichtig", betont Dr. Mutz.

### Qualifizierte Aufklärung und Information statt Verunsicherung

Heute ist das Österreichische Grüne Kreuz für Gesundheit auf allen Gebieten der präventiven Medizin tätig. Gemäß dem Leitspruch „Nur wer informiert ist, kann vorsorgen!“ ist nach Ansicht von Dr. Mutz qualifizierte Aufklärung die Basis für eine bewusste Gesundheitsvorsorge jedes Einzelnen. Um dieses Ziel zu erreichen, setzt der Verein auf ein Bündel an Maßnahmen. Neben der selbstständigen wissenschaftlichen Arbeit und Forschung steht die Unterstützung von wissenschaftlichen Arbeiten und die Erstellung von Forschungsaufträgen sowie deren Publikation auf dem Gebiet der Vorsorge im Mittelpunkt der Bemühungen des ÖGK für Gesundheit. Darüber hinaus ist das ÖGK bestrebt, wissenschaftliche Institute oder Forschungsstellen zur Gesundheitsvorsorge und Unfallverhütung zu errichten. An die Bevölkerung richtet sich der Verein außer mit Informationen über die Website durch die Herausgabe von Broschüren und anderen Publikationen zur Gesundheitsvorsorge sowie über Aufklärungsaktionen. Auch die Förderung des wissenschaftlichen und persönlichen Kontaktes mit gleichartigen Gesellschaften im Ausland ist dem Vorstand ein Anliegen. So gibt

es beispielsweise eine fachliche Zusammenarbeit mit dem Deutschen Grünen Kreuz für Gesundheit (DGK). „Die Organisation in Deutschland war die Erste dieser Art und diente dem ÖGK auch als Vorbild“, berichtet Dr. Mutz. Einige Mitglieder des Österreichischen Grünen Kreuzes für Gesundheit sind in Arbeitsgruppen organisiert, die schwerpunktmäßig zukunftsrelevante Themen bearbeiten und veröffentlichen, beispielsweise in den Bereichen präventive Geriatrie, präventive Sportmedizin oder Ethik.

Die Gesundheitsthemen, die das ÖGK für Gesundheit – sowohl für die Fachwelt als auch für die Bevölkerung – aufbereitet, sind sehr breit gefächert und reichen von Bewegung über Ernährung bis hin zu Krebsvorsorge und Impfempfehlungen. Angesichts der Flut an Informationen und Empfehlungen, die tagtäglich auf jeden Einzelnen durch die Medien einprasseln, sei die Qualitätssicherung der Inhalte wichtiger und notwendiger denn je. Empfehlungen zur Aufrechterhaltung der Gesundheit bzw. zur Vorbeugung von Krankheiten gebe es heutzutage zuhauf, den meisten fehle aber die wissenschaftliche Grundlage,

so Dr. Ingomar Mutz. Und weiter: „Ein Großteil der Gesundheitsratschläge, die wir aus irgendeinem Anlass bekommen, sind nicht wissenschaftlich fundiert. Es ist auch ein Problem für medizinische Laien, bei den vielen Tipps und Empfehlungen die Übersicht zu behalten und die wertvollen von den unnützen zu unterscheiden. Ratschläge, die die Menschen verwirren oder verunsichern, sind kontraproduktiv. Es ist zum Beispiel nicht immer einfach nachzuvollziehen, welche Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen werden sollten und zu welchem Zeitpunkt sie sinnvoll sind. Die Menschen sollen sich darauf verlassen können, dass unsere Empfehlungen, Informationen und sonstigen Services qualitätsgesichert, wissenschaftlich fundiert und unabhängig sind.“

### Fokus auf Präventivmedizin

Das ÖGK für Gesundheit legt dabei den Fokus auf die primäre und sekundäre Prävention. Darunter fallen die Förderung der Gesundheit und die Verhütung von Krankheit durch Beseitigung ursächlicher Faktoren sowie die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands. Dazu zählt auch die Verhinderung von Infektionskrankheiten durch Impfungen. „Wir möchten die Bevölkerung verstärkt über Risikofaktoren aufklären und darauf hinweisen, dass Krankheiten nicht nur Schicksal sind, sondern vieles über den Lebensstil beeinflussbar ist. Durch entsprechende Änderungen des Lebensstils, vor allem was Ernährung, Bewegung oder Rauchen betrifft, kann das Risiko für bestimmte Erkrankungen nachweislich signifikant reduziert werden“, unterstreicht Dr. Mutz die Bedeutung der Vorsorgemedizin.

### Gesundheitsvorsorge beginnt im Kindesalter

Ein wichtiges Vorhaben von Präsident Dr. Mutz ist es, die Tätigkeiten des ÖGK für Gesundheit auf möglichst viele Gebiete der Vorsorgemedizin auszuweiten und jene Bereiche mit an Bord zu holen, für die bis dato zu wenig Aufklärungsarbeit betrieben worden ist. „Idealerweise beginnt die Gesundheitsvorsorge

im Kindesalter. Der Lebensstil wird von den Eltern geprägt und kann durch entsprechende Vorbildwirkung in Sachen Ernährung oder Bewegung zum Positiven verbessert werden“, so Dr. Mutz, der auch Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde ist. Gesundheitsvorsorge sollte nicht erst im Erwachsenenalter ein Thema werden, sondern bereits in der Kindheit und Jugend relevant und selbstverständlich sein.

Für Vorsorgemaßnahmen gibt es kein Alterslimit. Das ÖGK für Gesundheit hat auch schon zahlreiche Projekte und Initiativen für Erwachsene bzw.



im Bereich der Geriatrie umgesetzt. Ein erfolgreiches Beispiel dafür war das Projekt zum Thema Osteoporose. Das ÖGK hat ein Institut für Osteoporose-Prävention ins Leben gerufen, mit dem Ziel, in Österreich Empfehlungen im interdisziplinären Dialog gemeinsam mit bereits bestehenden nationalen Organisationen und Selbsthilfegruppen umzusetzen, um ein verstärktes Bewusstsein für die Volkskrankheit Osteoporose zu schaffen. Auch Aufklärungsmaßnahmen zu Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen, die die häufigsten Todesursachen in den Industrienationen darstellen, gehören zu den bedeutendsten Aufgabenschwerpunkten des ÖGK für Gesundheit.

### Herausforderungen der Zukunft

Die Herausforderungen und Probleme, die künftig auf das Gesundheitswesen zukommen werden, zeichnen sich bereits heute ab. Angesichts der demografischen Entwicklung der Bevölkerung gewinnt die präventive Geriatrie immer mehr an Bedeutung, denn mit zunehmendem Alter steigt auch die Multimorbidität. Weiters ist ein Anstieg chronischer Leiden wie Diabetes sowie bei psychischen Erkrankungen zu verzeichnen. Auch ändern sich die einzelnen Empfehlungen aufgrund von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen im Laufe der Zeit, manchmal sogar in kurzen Abständen. Neue Erkenntnisse der Präventivmedizin müssen angemessen kommuniziert werden – dementsprechend sollte die Rolle der Vorsorgemedizin generell gestärkt werden. „Die Vorsorge für die Erhaltung der Gesundheit sollte eine größere Bedeutung im Gesundheitswesen haben, was natürlich auch bedeutet, dass finanzielle Mittel dafür eingesetzt werden müssen. Ich führe dazu gern als Beispiel an, dass für Maßnahmen, die der gesamten Bevölkerung zugute kommen können, im Verhältnis relativ wenig finanzielle Mittel von der öffentlichen Hand zur Verfügung gestellt werden. Das ist beispielsweise bei der Influenzaimpfung der Fall. Solche Missverhältnisse gilt es gegeneinander abzuwägen, um eventuell ein Umdenken herbeizuführen“, schließt Dr. Ingomar Mutz ab.

### BioBox:

Prim. i. R. Univ.-Prof. Dr. Ingomar Diethelm Mutz, Jahrgang 1941, promovierte 1965 zum Doktor der gesamten Heilkunde in Graz und begann im selben Jahr seine ärztliche Tätigkeit und die Facharztausbildung, ebenfalls in Graz an der Medizinischen Universitätsklinik. Nach Aufhalten in den USA wurde er 1979 Primarius der Kinderabteilung des LKH Leoben und 1994 zusätzlich Ärztlicher Direktor des LKH Leoben, beide Positionen behielt er bis 2006. Von 2000 bis 2002 bekleidete er das Amt des Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde. Seit 1999 ist Dr. Ingomar Mutz Mitglied des Obersten Sanitätsrates und Vorsitzender des Impfausschusses. Derzeit ist Dr. Mutz Präsident des Österreichischen Grünen Kreuz für Gesundheit.



„Empfehlungen zur Aufrechterhaltung von Gesundheit bzw. zur Vorbeugung von Krankheiten gibt es heutzutage zuhauf, den meisten fehlt aber die wissenschaftliche Grundlage.“

# Selbstmedikation: Patienten mündiger als gedacht

## MAG. ALFRED GRÜN

PRÄSIDENT DER IGEPHA, INTERESSENGEMEINSCHAFT  
ÖSTERREICHISCHER HEILMITTELHERSTELLER UND DEPOSITEURE



„Die Menschen übernehmen bereits Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit und sind durchaus bereit, dies in Zukunft noch stärker zu tun!“

Unser Gesundheitssystem gilt als zu teuer, Einsparungsmöglichkeiten werden gesucht. Der Bereich der Selbstmedikation, so die Meinung, bietet hier durchaus Potenzial. Die IGEPHA, die Interessengemeinschaft österreichischer Heilmittelhersteller und Depositeure, hat die spezifische Bedeutung des OTC-Markts hinsichtlich Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen im Rahmen einer Marktforschung genauer analysiert. Periskop sprach mit Mag. Alfred Grün, Präsident der IGEPHA, über die Ziele der Interessengemeinschaft, die Entwicklung des Selbstmedikationsmarkts und die teilweise überraschenden Ergebnisse der aktuellen Konsumentenbefragung.

**P:** Herr Mag. Grün, was sind die Aufgaben und Ziele der IGEPHA?

**Grün:** Die IGEPHA ist die Interessenvertretung jener Unternehmen, die rezeptfreie Arzneimittel und Gesundheitsprodukte herstellen, vertreiben und bewerben. Ziel der IGEPHA ist es, einen modernen und verantwortungsvollen Selbstmedikationsmarkt zu verwirklichen. Dabei setzen wir auf die enge Zusammenarbeit mit den heimischen Apothekern, denn diese spielen für unser Gesundheitssystem eine entscheidende Rolle. Wir sehen es als unsere Aufgabe, die Selbstmedikation in Österreich im Interesse des modernen Menschen zu fördern und eine breite Auswahl an hochqualitativen Behandlungsoptionen und präventiven Maßnahmen zur Verfügung zu stellen. Daher ist es unser Anliegen, OTC-Themen zur Sprache zu bringen.

**P:** Welche Rolle spielt die Selbstmedikation bei der zukünftigen Entwicklung des Gesundheitsbereichs?

**Grün:** Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen muss einen immer größeren Stellenwert bekommen. Das passiert bereits mit steigender Tendenz. Es vollzieht sich ein sichtbarer Wandel des Einzelnen bei der Einstellung zu seiner Gesundheit. Das hat auch unsere aktuelle

Marktforschung sehr deutlich gezeigt. Der Trend geht immer stärker in Richtung eines individuellen Gesundheitsmanagements, was natürlich auch eine Entlastung

für das Gesundheitswesen darstellt: Würden alle so genannten „leichten“ Erkrankungen mit dem Apotheker als Berater behandelt werden, könnte viel Geld eingespart werden. Dafür ist die Zusammenarbeit aller Beteiligten – im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor – erforderlich. Diese Gruppen müssen die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gemeinsam vermitteln.

**P:** Sie erwähnten die aktuell von der IGEPHA durchgeführte Befragung. Was war das Ziel dieser Marktforschung?

**Grün:** Ziel war es, die spezifische Bedeutung des OTC-Markts im Gesundheitswesen zu untersuchen. Diese unabhängige Bestandsaufnahme soll dazu dienen, allen Beteiligten die realistischen Möglichkeiten aufzuzeigen, welche Rolle Selbstmedikation in einem modernen Gesundheitswesen spielen kann, darf und soll.

**P:** Wie waren die Ergebnisse der Studie?

**Grün:** Unsere Befragung hat – neben vielen anderen wichtigen Aspekten – eines ganz klar gezeigt: Der viel geforderte „mündige Patient“ ist längst nicht mehr nur ein Ideal, sondern bereits Realität! Wir haben 664 Personen – Männer und Frauen zwischen 16 und 89 Jahren – österreichweit befragt. 93,4 Prozent davon gaben an, beim Auftreten einer leichten Erkrankung selbst über erste Maßnahmen zu entscheiden. Nur 6,6 Prozent gehen zum Arzt und übergeben diesem die Verantwortung. Der Rest übernimmt die Verantwortung für seine Gesundheit selbst. Entweder greift der Betroffene zu Medikamenten aus der Hausapotheke oder er wartet erst einmal ab, wie sich die Beschwerden entwickeln, oder er geht in die Apotheke. Allerdings: Bei den über 40-Jährigen steigt die Tendenz zum Arztbesuch an. Das heißt, unsere Bemühungen, die Menschen zu

mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu motivieren, haben bei den Jüngeren bereits Früchte getragen!

**P:** Was versteht der Patient unter „leichten“ Erkrankungen?

**Grün:** An erster Stelle steht da ganz klar die Erkältung. Dann folgen Bereiche wie Schmerzen, HNO-Beschwerden, grippaler Infekt und Fieber sowie Verdauungsprobleme. Diese von der Bevölkerung als „leichte“ Erkrankungen wahrgenommenen Beschwerden spiegeln sich in den größten OTC-Segmenten wider.

**P:** Wie behandeln Herr und Frau Österreicher ihre „leichten“ Erkrankungen?

**Grün:** Nur 23 Prozent der Befragten greifen zu Hausmitteln oder warten ab. Der überwiegende Teil von 77 Prozent behandelt „leichte“ Erkrankungen mit Arzneimitteln. Ungefähr die Hälfte davon erfolgt über Selbstmedikation, bei fünf Prozent der Befragten wurde ein Arzneimittel vom Arzt empfohlen, aber nicht verschrieben, der Rest geht über ein Rezept vom Arzt. Ebenfalls ein wichtiges Ergebnis: Bei leichten Beschwerden wird die Apotheke als kompetenter „Ort der Beratung“ eingestuft.

**P:** Wie sieht die Relevanz der Selbstmedikation im Spannungsbogen zwischen Arzt und Apotheker aus?

**Grün:** Während die Österreicher durchschnittlich monatlich in die Apotheke gehen, erfolgt ein Arztbesuch nur jedes zweite Monat. Die doppelt so hohe Besuchsfrequenz in der Apotheke ergibt sich aus folgenden Gründen: klarer Produktwunsch, leichte Erkrankung, leichterer Zugang sowie Zeitersparnis. Ein überraschendes Ergebnis der Umfrage: Dem Arzt und dem Apotheker werden in Arzneimittelfragen ähnliche Kompetenzen zugestanden.

**P:** Hat der Patient Vertrauen in die OTC-Produkte und damit in die Selbstmedikation?

**Grün:** Ja, die Österreicher wissen über die Qualität der OTC-Arzneimittel Bescheid. In Sachen Nebenwirkungen stufen 75 Prozent der Befragten rezeptfreie und rezeptpflichtige Arzneimittel gleich ein. Konsumenten nehmen selbst gekaufte Medikation mit der gleichen Therapietreue ein wie verordnete Medikamente, bei 20 Prozent ist die Compliance bei rezeptfreien Medikamenten sogar noch höher. Die bewusste persönliche Entscheidung für ein Medikament scheint einen positiven Einfluss auf die Compliance zu haben. Generell hat unsere Marktforschung gezeigt, dass Konsumenten sowohl mit rezeptpflichtigen als auch mit rezeptfreien Arzneimitteln sorgsam und verantwortungsbewusst umgehen. Eine Gefahr des Missbrauchs besteht nicht – damit ist ein Argument, welches immer gegen die Lockerung der Rezeptpflicht angeführt wird, widerlegt.

**P:** Es wird immer wieder gesagt, die Österreicher seien nicht bereit, für ihre Gesundheit Geld auszugeben. Was ist dran an dieser Behauptung?

**Grün:** Diese Behauptung wird durch unsere Studie eindeutig widerlegt: Laut eigener Einschätzung gibt der Österreicher pro Monat durchschnittlich zwölf Euro für OTC-Produkte aus. 80 Prozent der Befragten sind bereit, mehr als zehn Euro für ein OTC-Produkt auszugeben – das liegt deutlich oberhalb der Rezeptgebühr. Und 55 Prozent haben überhaupt keine preisliche Obergrenze! Zusätzlich ist es für mehr als 60 Prozent der Befragten durchaus vorstellbar, das Gesundheitssystem in Zukunft durch vermehrte Selbstmedikation zu unterstützen. Diese Angaben waren unabhängig vom Einkommen. Das Ergebnis zeigt also eine tendenzielle Bereitschaft der Österreicher, zur Entlastung des Gesundheitswesens beizutragen. Die Zeit ist reif, auf den zuständigen Ebenen die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen. Die IGEPHA wird dazu gerne ihren Beitrag leisten.

# Lunch Forum Alpbach: Stoma und ableitende Inkontinenz

VON MAG. (FH) ALEXANDER SCHAUFLINGER

Im Rahmen der Alpbacher Reformgespräche fand am 24. August 2010 das diesjährige LUNCH FORUM statt, ein Mittagessen, bei dem der Erfahrungsaustausch und das Netzwerken unter Meinungsbildnern im Vordergrund stehen. Heuer wurden aktuelle Entwicklungen im Bereich der Stoma- und Inkontinenzversorgung in Österreich thematisiert. Hochrangige Vertreter der Wirtschaftskammer, Gesundheitspolitik und Medizinprodukte-Industrie waren im Böglerhof zu Gast. „Wir forcieren seit einiger Zeit bewusst eine konstruktive Diskussion mit Entscheidungsträgern des österreichischen Gesundheitswesens über künftige Entwicklungen in unserem Segment. Alpbach war ein weiterer positiver Schritt zur klaren Positionierung unserer Zielsetzungen“, so Mag. Thomas Neuwirth, Geschäftsführer von Coloplast in Österreich und Sprecher der Projektgruppe „Stoma und ableitende Inkontinenz“.

## LUNCH FORUM Alpbach 2010

24. August 2010, Böglerhof, Alpbach

### BEGRÜSSUNG

Franz Bittner – Geschäftsführer PERI Human Relations

### LEAD-IN

Mag. Thomas Neuwirth – Sprecher der Projektgruppe „Stoma und ableitende Inkontinenz“

### IMPULSSTATEMENT

Dr. Martin Gleitsmann – Leiter der sozialpolitischen Abteilung der Wirtschaftskammer Österreich

## Projektgruppe Stoma und ableitende Inkontinenz

Die Projektgruppe „Stoma und ableitende Inkontinenz“, ein fachspezifischer Zusammenschluss internationaler Unternehmen, welche innovative und patientenorientierte Lösungen im Bereich der Inkontinenzversorgung vorantreiben, lud bei den diesjährigen Alpbacher Reformgesprächen zum gemeinsamen VIP-Lunch. Die Projektgruppe setzt sich aus den Unternehmen Astra Tech, Coloplast, ConvaTec, Covidien und Hollister zusammen, die den größten Teil der Versorgung mit Stoma- und Inkontinenzprodukten in Österreich abdecken. Alle Firmen dieser Gruppe sind Mitglieder der österreichischen Interessenvertretung für Medizinprodukte-Unternehmen AUSTROMED. Neben dem Mitwirken in wichtigen Gremien auf nationaler wie auch internationaler Ebene unterstützt AUSTROMED Institutionen im österreichischen Gesundheitswesen bei der Ausarbeitung von Gesetzen, Verordnungen oder Qualitätsstandards. In der Wirtschaftskammer selbst werden deren

Interessen derzeit in einer Branchenvertretung gemeinsam mit den Orthopädietechnikern und Bandagisten wahrgenommen.

## Medizinprodukte als ständiger Begleiter im Gesundheitswesen

Medizintechnik und -produkte spielen eine wichtige Rolle in allen Bereichen des österreichischen Gesundheitswesens: in der Prävention, der Diagnostik, der Behandlung und der Rehabilitation. Vom Schwangerschaftstest bis zum hochentwickelten Laborsystem, vom einfachen Heftpflaster bis zum modernen Inkontinenzprodukt – Medizinprodukte sind unverzichtbar für eine gute Gesundheitsversorgung. „Eine immer älter werdende Bevölkerung, die steigende Anspruchshaltung in allen

Lebensaltern an das Niveau der eigenen Gesundheit und eine rasante technologische Entwicklung sorgen für schnelle Innovationsraten in unserer Branche“, erklärt Klaus Grunau, Director Healthcare Policy and Development von Hollister. „Mehr als in vielen anderen technologischen Gebieten rückt hier der Mensch in den Mittelpunkt. Erstattungssysteme sollten sich diesen Entwicklungen stellen und Lösungen für Produktverbesserungen gemeinsam mit allen Beteiligten erarbeiten.“ EU-weit sind rund eine halbe Million unterschiedlicher Medizinprodukte auf dem Markt. Damit Medizinprodukte auf dem europäischen Markt in den Verkehr gebracht oder in Betrieb genommen werden können, werden sie nach Prüfung mit einer CE-Kennzeichnung versehen. Geregelt wird diese durch europäisches Recht. Die Projektgruppe möchte den Dialog zwischen den im Bereich der Stoma- und Inkontinenzversorgung tätigen Medizinprodukte-Herstellern und den Vertretern des Gesundheitssystems stärken. „Es ist uns ein wichtiges Anliegen, über neue Möglichkeiten der konstruktiven Zusammenarbeit und Weiterentwicklung im System zu diskutieren“, unterstreicht Thomas Neuwirth, Geschäftsführer von Coloplast Österreich.

## Konstruktiver Dialog

Der ökonomische Druck auf das österreichische Sozialversicherungssystem übertrug sich in den vergangenen Jahren zunehmend auf die Hersteller innovativer Medizinprodukte. Medizinprodukte-Unternehmen sind stark von der öffentlichen Hand und dem Gesundheitssystem abhängig – bisher existiert für Medizinprodukte aber noch kein ausreichend formalisiertes Erstattungsprozedere. Laut einer Studie des Industriewissenschaftlichen Instituts stellt die Kostenerstattungspolitik für Medizinprodukte einen der größten Einflussfaktoren auf die Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit für Medizinprodukte-Hersteller dar. Dies erhöht – speziell für Klein- und Mittelbetriebe – das wirtschaftliche Risiko maßgeblich.

„Um künftig transparente Entscheidungsstrukturen zu etablieren, erscheint es der Projektgruppe ‚Stoma und ableitende Inkontinenz‘ als essenziell, über die Implementierung von Medizinprodukten und den damit verbundenen medizinischen Leistungen in österreichweite Entscheidungs- und Erstattungsprozesse der gesetzlichen Krankenversicherung zu diskutieren“, hält Thomas Stolz, Geschäftsführer von ConvaTec Österreich, fest. Die konstruktive Gesprächsbasis mit beteiligten Stakeholdern erscheint hier als einer der wichtigsten Faktoren, um auch in Zukunft Erfahrungsaustausch, gegenseitiges Abstimmen und ein Vertrauensverhältnis zu pflegen.

## Innovation zum Wohle der Patienten

Die individuelle Notwendigkeit einer Stoma- oder Inkontinenzversorgung, bedingt durch eine chronische Erkrankung oder einen Unfall, geht für betroffene Patienten in den meisten Fällen mit einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität, mit sozialer Isolation und finanziellen Problemen einher. Aus mehreren Gründen – beispielsweise einer verbesserten Convenience für den Patienten, einer damit einhergehenden höheren Compliance und auch, um den stetig steigenden Ansprüchen Betroffener gerecht zu werden – ist ein kurzer Innovationszyklus Teil jeder strategischen Überlegung von Medizinprodukte-Herstellern. Das hohe Innovationspotenzial der Branche zeigt sich daran, dass die Medizinprodukte-Unternehmen in ihrer Gesamtheit mehr als fünfzig Prozent ihres Umsatzes mit Erzeugnissen erzielen, die weniger als drei Jahre alt sind. Dabei finden zahlreiche Schlüsseltechnologien wie etwa die Mikrosystemtechnik, die Nanotechnologie, optische Technologien sowie die Biotechnologie und das Tissue-Engineering breite Anwendung. „Die Zufriedenheit des Patienten ist ein wichtiger Treiber für

uns, wenn wir die Produkte weiterentwickeln. Hier müssen wir sicherstellen, immer auf dem letzten Stand zu sein. Um die Innovationen aber im Gesundheitswesen etablieren zu können, benötigen wir einen offenen Dialog und klare Regeln im Gesundheitssystem“, erläutert Mag. Herrmann Breiteneder, Geschäftsführer von Astra Tech. Die Projektgruppe möchte vor allem dazu beitragen, dass Wert und Nutzen medizintechnischer Errungenschaften in der Öffentlichkeit und der Politik erkannt werden. Damit sollen die nötigen Voraussetzungen zur Sicherung zukünftiger Innovationen und Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Österreich geschaffen werden.

## Die Systemperspektive

Franz Bittner, Geschäftsführer von PERI Human Relations brachte seine Erfahrungen als langjähriger Obmann der Wiener Gebietskrankenkasse in die Debatte ein. Obwohl Medizinprodukte in fast allen diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Leistungen involviert sind, werden sie in erster Linie nur in Fachkreisen wahrgenommen. Sie sind dennoch von hoher Bedeutung, da sehr oft die intimsten Bereiche der Menschen betroffen sind. „Für die Kassen stellen spezielle Einzelfälle oft eine Herausforderung dar – ich würde mir durch eine soziale Rechtsanwendung der Selbstverwaltung der Kassen Entscheidungen im Sinne der Patienten und der Menschlichkeit wünschen“, so Bittner. Noch besser wäre es natürlich, wenn der Gesetzgeber flexibel anwendbare Ausnahmeregelungen im ASVG definiert und den Kassen damit den notwendigen Spielraum lässt, nicht nur ökonomisch, sondern auch menschlich agieren zu können.

## Bedeutender Wirtschaftsfaktor und effiziente Gesundheitsverordnung

In seinem Impulsstatement hob Dr. Martin Gleitsmann, Leiter der sozialpolitischen Abteilung der Wirtschaftskammer Österreich, die Bedeutung der heimischen Medizinprodukte-Unternehmen hervor. „Nicht nur der Umstand, dass mehr als 20.000 Menschen in diesem Segment beschäftigt sind, sondern auch die Sicherstellung einer einzigartigen Gesundheitsversorgung muss an dieser Stelle betrachtet werden“, erläutert Gleitsmann. Damit diese Faktoren – sowohl aus der Perspektive einer wachsenden Branche als auch aus Sicht zufriedener Patienten – weiterhin stabil bleiben, fühlt sich auch die Wirtschaftskammer als Interessenvertretung einer konstruktiven Diskussion über die Zukunft verpflichtet. „Speziell eine stärkere Einbindung der Medizinprodukte-Unternehmen und deren Fachkompetenz in relevante, die Branche betreffende (gesundheits)politische Entscheidungsprozesse halte ich dabei für wünschenswert“, so Gleitsmann abschließend.

„Innovation bedeutet vor allem eine verbesserte Lebensqualität für Betroffene.“



# FOCUS

## BUNDESLÄNDER tirol



VON MAG. SABINE SOMMER



**Das Gesundheitswesen in Tirol wird im Bundesländer-Schwerpunkt dieser Ausgabe einer genauen Betrachtung unterzogen. Am 24. August fand in Alpbach eine Diskussionsrunde statt, bei der relevante Persönlichkeiten des Tiroler Gesundheitswesens die derzeitige und zukünftige Situation des Bundeslandes analysierten.**

### Teilnehmer der Diskussionsrunde (in alphabetischer Reihenfolge):

MAG. PHARM. DR. MARTIN HOCHSTÖGER  
Apothekerkammer Tirol

MICHAEL HUBER  
Tiroler Gebietskrankenkasse

MAG. BIRGER RUDISCH  
Tiroler Patientenvertretung

DR. DIETMAR SCHENNACH  
Amt der Landesregierung Tirol

MAG. ANDREAS STEINER  
Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK)

DR. ARTUR WECHSELBERGER  
Ärztchamber Tirol

Moderation: FRANZ BITTNER UND ROBERT RIEDL

**P:** Wie sieht der Status quo der Gesundheitsversorgung in Tirol aus? Worin bestehen – je nach intra- und extramuralen Bereichen – die Ziele und die Optimierungspotenziale? Wo gibt es gemeinsame Steuerungsmöglichkeiten?

**Wechselberger:** Wir haben in Tirol ein sehr hohes Versorgungsniveau, sowohl im Krankenhaus- als auch im niedergelassenen Bereich. Die Universitätsklinik Innsbruck ist ein besonders wichtiger Impulsgeber für medizinische Leistungserbringung, aber auch für universitäre Forschung und Ausbildung sowie für die Weiter- und Fortbildung der Ärzte im Land. Die Versorgung in den peripheren Bezirkshäusern ist ebenfalls als gut zu bezeichnen. In Tirol haben wir auch die Möglichkeit, in Sanatorien unsere ärztlichen Leistungen anzubieten, was sehr wichtig für den niedergelassenen Bereich ist und den Fachärzten ermöglicht, mit ihrem Wissen aus dem Vollen zu schöpfen. Bei den praktischen Ärzten sehe ich keine Versorgungslücke, bei Fachärzten sehr wohl. In den Bereichen Psychiatrie und gerontopsychiatrische Versorgung, Augenheilkunde und Orthopädie gibt es einen signifikanten Facharztmangel, diese Fächer werden durch die demo-

grafische Entwicklung aber immer wichtiger. Bestimmte Fachressourcen im niedergelassenen Bereich sind also unterbesetzt. Bei einzelnen Sonderfächern wie zum Beispiel Kinder- und Jugendpsychiatrie haben wir in ganz Tirol keine einzige extramurale Stelle. Solche Entwicklungsprobleme haben wir auch im Leistungskatalog, bei bestehenden Fächern hinken die Leistungen hinterher. In dieser Hinsicht sehe ich ein großes Verbesserungspotenzial, um die Versorgung weiter voranzutreiben.

**P:** In bestimmten Facharztbereichen gibt es also eine Unterversorgung. Kann das von den ambulanten Einrichtungen der Spitäler kompensiert werden?

**Steiner:** Wir haben keine andere Wahl, als diese Mängel zu kompensieren. Die Patienten, die im extramuralen Bereich keinen Facharzt finden, kommen ins Spital, denn unsere Ambulanzen sind rund um die Uhr geöffnet. Wir müssen die Ambulanzen offen halten, weil wir einen Versorgungsauftrag haben, und erbringen in einer relativ teuren Struktur Leistungen, die man vielleicht besser in größerer Wohnortnähe erbringen könnte. Positiv daran ist, dass wir alles gut abdecken. Wir bieten in Tirol ein umfassendes Spektrum an, speziell mit der Universitätsklinik in Innsbruck. Wir haben dort ein ganz breites Angebot von einfacher medizinischer Basisversorgung bis hin zur international anerkannten Spitzenmedizin, was für die Patienten, aber auch für die auszubildenden Ärzte von Vorteil ist. Ein Arzt, der bei uns ausgebildet wird, sammelt Erfahrungen in der ganzen medizinischen Bandbreite.

**Schennach:** Wir haben 11 öffentliche Spitäler, die im Wesentlichen in der Inntalfurche und in den einzelnen Bezirken angesiedelt sind. Wir haben zwei „extrem disloziert gelegene Spitäler“ in Reutte und in Lienz. Beim BKH Reutte stellt sich immer wieder die Diskussion, wie man ein Spital mit ca. 145 Betten weiterführen kann. Aber man muss auch die besonderen topografischen Verhältnisse von Tirol berücksichtigen. Für einen Patienten aus dem Oberen Lechtal ist das nächste Spital in Innsbruck oder in Zams, da ist er zwei Stunden unterwegs. Wir sind unserer Bevölkerung schuldig, dass wir das vorhalten – und das kostet auch einen ent-

„Die Kassen haben ökonomisch nichts davon, wenn ein Krankenhaus geschlossen wird.“

sprechenden Anteil. Es wurden aber auch Spitäler bereits geschlossen: Wörgl und Kitzbühel. Neben dem intramuralen Bereich verfügen wir über ein engmaschiges Netz im Bereich der extramuralen Versorgung bzw. im Sozialbereich, wodurch die Versorgung auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus gesichert ist. Was uns eine gewisse Sorge bereitet, ist die Versorgung im öffentlichen Gesundheitsdienst mit den Sprengelärzten. Die Sprengelärzte haben Probleme, den 24-Stunden-Dienst an sieben Tagen der Woche in der Peripherie sicherzustellen. Da sind wir gerade dabei, ein neues System zu finden, um die Sprengelärztaufgaben neu zu definieren, und um zusammen mit der Ärztekammer, mit der Sozialversicherung und mit dem Gemeindeverband, eine nachärztliche Bereitschaft während der Woche von Montag bis Freitag sicherzustellen.

**Huber:** Das österreichische Gesundheitssystem ist generell „spitalslastig“. Das ist nicht von vornherein negativ, nur sind Spitalsbetten teuer. Daher müssen vermehrt Leistungen in Facharztpraxen angeboten werden. Hier gilt, dass uns nur durch eine gemeinsame Finanzierung, sowohl für den niedergelassenen als auch den stationären Bereich, Steuerungsmechanismen in die Hand gegeben werden, um diese Situation verbessern zu können. Die Kassen haben ökonomisch nichts davon, wenn ein Krankenhaus geschlossen wird. Nach der Schließung der Spitäler von Wörgl und Kitzbühel bezahlen wir noch immer gleich viel in den Krankenanstaltenfonds, da dies ein jährlich angepasster Fixbetrag ist.

**P:** Welche Rolle spielt in Tirol die Patientenvertretung?

**Rudisch:** Die Tiroler Patientenvertretung ist eine sehr junge Einrichtung. Es ist erst im Jahr 2005 gelungen, in Tirol eine unabhängige Patientenvertretung einzurichten. Wir haben aber leider noch einen recht eingeschränkten Tätigkeitskreis, weil wir nur für Krankenanstalten, Kuranstalten und Rettungsdienste und nicht für den niedergelassenen Bereich zuständig sind. Das ist kritisch zu hinterfragen, weil ein guter Teil der Probleme, die wir wahrnehmen, die Naht- oder Schnittstellen zwischen den externen Dienstleistern und den Krankenanstalten betreffen. Was wir sehr stark vermittelt bekommen, ist die Sorge der Bevölkerung um die Versorgungssicherheit in den dislozierten Bezirken wie Lienz. Die Entfernungen aus den Talschaften bis zum nächsten Krankenhaus sind sehr weit. Nicht jeder Krankentransport kann mit dem Hubschrauber erfolgen.

**P:** Im österreichischen Gesundheitswesen legen wir das Augenmerk häufig auf die Kosten der Heilmittel, an zweiter Stelle werden die Kosten der niedergelassenen Ärzte genannt. Wir richten aber wenig Aufmerksamkeit auf den Bereich der Apotheken und sehen oft nur die Dienst- und weniger die Informationsleistung in diesem Bereich. Wie sehen Sie das in Tirol?

**Hochstöger:** Beim Einsparungspotenzial liegen zum Leidwesen der Apotheker immer die Heilmittel an erster Stelle. Tirol nimmt in den verschiedensten Bereichen eine Ausnahmesituation ein, etwa in puncto Topografie und Tourismus. Dazu kommt, dass der Tiroler im Schnitt der gesundeste Österreicher ist. Da spielen sicher die Möglichkeiten der Sport- und Freizeitgestaltung eine große Rolle. Wenn wir die heranwachsende Generation ansehen, so kämpfen wir in Tirol mit den gleichen Problemen wie andere Bundesländer, nämlich Bewegungsmangel, Fettleibigkeit, Diabetes. Ich sehe für die Apotheker insofern eine Möglichkeit – und zwar fernab jeder standespolitischen Diskussion –, als dass man erhebt, wer in welchem Bereich, in welcher Gegebenheit welche Aufgabe übernehmen kann. Solange wir diesen Mut nicht auf-

bringen, sondern immer nur bedarfsorientiert „reparieren“, werden wir für die Zukunft keine Lösungen entwickeln können. Und der Patient bleibt auf der Strecke.

**P:** Der Hauptverband hat bekannt gegeben, dass 2011 ein prognostiziertes Minus von 244 Millionen Euro in der Krankenversicherung entstehen wird. Auch von den Ländern wird ein Kostendämpfungsprogramm erwartet. Wäre es da nicht an der Zeit, verstärkt auf Länderebene zu arbeiten? Über die Landesgesundheitsplattform könnte man ein Projekt starten, bei dem eine Zusammenarbeit aller Dienstleistungserbringer auf intra- und extramuraler Ebene forciert wird. Gibt es diesbezüglich Überlegungen in Tirol, solche Projekte aus einem Topf zu finanzieren?

**Wechselberger:** Meines Erachtens funktioniert der Reformpool überhaupt nicht, weil beide Partner – Land wie Sozialversicherung – akribisch darauf achten, dass keiner mehr in den Topf hineingibt, als er selbst wieder herausbekommt.

**Schennach:** Das Problem ist, dass wir eine sehr heterogene Eigentümerstruktur bei den öffentlichen Krankenanstalten in Tirol haben. Tirol zeichnet sich traditionell dadurch aus, dass sehr viele Krankenhäuser im Eigentum eines Gemeindeverbandes stehen. Das Psychiatrische Krankenhaus Hall wird mit dem Bezirkskrankenhaus Hall mit 1. Jänner 2011 zum Landeskrankenhaus Hall. Durch den Umstand, dass dann alle öffentlichen Krankenanstalten im Großraum Innsbruck unter einer einheitlichen Trägerschaft stehen, wird es möglich, die Leistungen besser zu steuern. Die Gemeinden des Bezirkes Innsbruck Land bringen sich ein, indem sie weiterhin gedeckelte Beiträge leisten. Wir haben also zwischen Land und Gemeinden einen wirklichen Konsens erzielen können und ziehen auch an einem Strang.

**Hochstöger:** Das Gesundheitswesen ist sehr stark bundespolitisch geregelt. Der Handlungsspielraum der Länder ist, abgesehen vom Spitalsbereich, also relativ gering. In der angesprochenen Gesundheitsplattform sind die Apotheker nicht vertreten. Ich habe schon vor längerer Zeit bei der Landespolitik den Wunsch vorgebracht, dass wir Apotheker in der Gesundheitsplattform vertreten sein möchten. Zur Umsetzung auf Länderebene ist zu sagen, dass sich jeder in seinem Bereich überlegen muss, wie wir die Situation verbessern können. Solange es nicht funktioniert, die eingefahrenen Grenzen zu überwinden, werden wir es auch nicht schaffen, konkrete Projekte abzuwickeln. Ich sehe diesbezüglich vor allem die Politik gefordert. Jahrzehntlang wurde kommuniziert, dass Gesundheit nichts kosten darf. Dass dieses Prinzip nicht mehr zeitgemäß und nicht mehr zu finanzieren ist, muss mittlerweile jedem klar sein.

*„Der Handlungsspielraum der Länder ist, abgesehen vom Spitalsbereich, relativ gering.“*

Früherkennung und der richtigen Behandlung von Diabetes mellitus überzeugen, die wissen das schon. Sie behandeln die Patienten, die compliant sind, seit vielen Jahren hervorragend. Ich sehe das Disease-Management-Programm Diabetes als Projekt zum Empowerment des Patienten. Nicht umsonst macht man solche Programme bei chronischen Erkrankungen, bei denen die Mitarbeit und die Motivation des Patienten essenziell sind. Diese Programme geben dem betroffenen Patienten eine Richtschnur: Welche Krankheit habe ich? Wie gehe ich damit um? Wer ist mein Ansprechpartner? Wie wird sie sich im schlechtesten Fall entwickeln? Was kann ich dazu beitragen, dass sie sich gut entwickelt? Darin sehe ich die Aufgabe eines Disease-Management-Programms. Die Ärzte muss ich nur über dessen Inhalt informieren, damit wir alle dieselbe Sprache sprechen. Der Arzt muss für die Mehrarbeit, die die Umsetzung des Programms bringt, entsprechend honoriert werden. Aber genauso wichtig ist es, an die Patienten heranzutreten und ihnen klarzumachen: „Du hast es in der Hand, dass du rechtzeitig diagnostiziert wirst und dass du deinen Diabetes in den Griff bekommst.“ Das ist das Entscheidende an Disease-Management-Programmen. Wir werden vorschlagen, diese Vorgangsweise einheitlich zu wählen. Idealerweise sollte es bei entsprechender Bewerbung einen Run vonseiten der Patientinnen und Patienten auf diese Programme geben!

**Hochstöger:** Obwohl wir von Überversorgung sprechen, ist der Zugang zum Gesundheitssystem für manche Patienten zu kompliziert. Wir müssen die Patienten von mehreren Seiten konfrontieren, und zwar solange, bis sie aus eigenem Interesse etwas für ihre Gesundheit tun. In dieser Hinsicht kann der Apotheker mit seinem niederschweligen Zugang in vielen Bereichen der Aufklärung vorsorglich, aber auch therapiebegleitend einen Beitrag leisten.

Das sollte man den Patienten verstärkt anbieten. Je informierter ein Patient über seine Medikation ist, desto eher nimmt er sie auch wirklich ein. Dies trifft besonders für chronisch Kranke wie Diabetiker zu, die durch adäquate Versorgung von einer höheren Lebensqualität profitieren und dem System auch geringere Kosten verursachen.

**P:** Wir haben in Österreich eine relativ geringe Dichte an Peritonealdialysen (PD). Vorbildlich in dieser Hinsicht ist Vorarlberg, das derzeit knapp zwanzig Prozent PD-Leistung erreicht. Durch die Peritonealdialyse, die extramural durchgeführt werden kann und für bestimmte Patienten wesentlich angenehmer ist, besteht Kostendämpfungspotenzial. Wäre es vorstellbar, dass Tirol ein

vorsorge zu betreiben. Wir erwarten daher von den Systempartnern mehr Informationsleistung an die Patienten. In der Gesundheitsplattform sind die Diskussionen manchmal sehr detailorientiert, aber die Zusammenarbeit in der Plattform funktioniert grundsätzlich sehr gut und sollte im Sinne der Patienten noch intensiviert werden.

**Steiner:** Mir geht es im Gesundheitssystem prinzipiell um richtige Anreizsysteme. In verschiedensten Bereichen haben wir es nicht geschafft, solche zu etablieren, und müssen daher noch viel mehr Energie hineinstecken. Das gilt auch für den intramuralen Bereich. Es geht dabei nicht darum, die Patienten mit Druck und Zwang durch das System zu leiten, sondern wir müssen uns überlegen, wie wir besser mit Anreizen und Zielsystemen arbeiten. Die Gesundheitsplattform ist dahingehend schon ein guter Ansatz, weil sich dort die Partner treffen. Ich habe den Eindruck, dass gut organisierte und umgesetzte Pilotprojekte sehr erfolgreich sein können und Bewegung ins System bringen. Ein positives Beispiel ist der so genannte „Schlaganfallpfad“.

**Rudisch:** Ich trete ebenfalls dafür ein, den Patienten mehr Verantwortung zu geben. Wenig Eigeninitiative auf Seiten der Patienten ist nicht nur auf krankheitsbezogene Gründe zurück zu führen, sondern da spielen mehrere Faktoren mit wie etwa der Bildungsgrad. Als Patientenvertreter denke ich natürlich auch an die Rechte der Patienten und ich möchte diese dazu bringen, ihre Rechte auch wahrzunehmen. Es reicht nicht, wenn wir Compliance einfordern, sondern wir müssen den Patienten verstärkte Information und Aufklärung, die im besten Fall schon in der Schule einsetzt, zur Verfügung stellen.

**Wechselberger:** Wenn ich an das Land und an die Gesundheitsplattform denke, dann wünsche ich mir mehr Verständnis für die Probleme des niedergelassenen Bereichs. In der Plattform sind höchste Kompetenz und Gestaltungswillen für den Spitalsbereich vorhanden. Aber sobald der niedergelassene Bereich mit einem Problem kommt, hat man das Gefühl, das stößt auf wenig Interesse. Es werden in einer Sitzung 80 Millionen Euro an Ausgaben für die Spitäler beschlossen und bei 200.000 Euro für den niedergelassenen Bereich spießt es sich. Das zeigt ganz deutlich, wo die Wertigkeiten liegen. Auf der anderen Seite wird dadurch wahrscheinlich auch die Sozialversicherung nicht motiviert, ein wenig expansiver im Versorgungsdenken zu sein, neue Stellen zu schaffen und neue Leistungen aufzunehmen. Beispiele für Forderungen des niedergelassenen Bereichs sind die Frage des Sprengelärztegesetzes, die Umsetzung des Nachtbereitschaftsdiensts oder auch die Diskussion über eine Neugestaltung des Notarztsystems.



**P:** Wir haben 420.000 Diabetiker in Österreich, davon sind rund 180.000 nicht therapiert. Pro Jahr kommen 10.000 Diabetiker neu hinzu. Es gibt so genannte Disease-Management-Programme (DMPs), etwa „Therapie aktiv“ oder in Oberösterreich das „Diala“-Konzept. Ein Patient wird im Rahmen eines solchen Programms nachweislich besser medizinisch betreut und die Ersparnis pro Patient und Jahr liegt zwischen 500 und 700 Euro. Von den 420.000 Diabetikern österreichweit sind nur 20.000 bei einem DMP eingeschrieben. Warum werden solche Programme nur schwer angenommen?

**Wechselberger:** Das Grundkonzept von „Therapie aktiv“ stimmt schon. Aber zur Umsetzung wendet man sich an den falschen Partner. Die Ärzte brauche ich nicht von der Notwendigkeit der

Länderprojekt aufstellt, damit mehr Patienten diese Dialyseform in Anspruch nehmen können?

**Wechselberger:** Diese Frage ist sicher überlegenswert. Die Methode ist leicht zu erlernen, kann von den Patienten zu Hause mit relativ wenig Risiko durchgeführt werden und ist in Relation zur Maschinendialyse kostengünstig.

**P:** Welche Wünsche und Forderungen haben Sie an die jeweiligen Systempartner?

**Schennach:** Unsere Wünsche an die Partner gehen in Richtung Patienten-Empowerment. Die Patienten müssen aufgefordert werden, mehr Selbstverantwortung zu übernehmen und Selbst-

Das sind Agenden des niedergelassenen Bereichs, die für das Land zugegebenermaßen bis zu einem gewissen Grad neu sind.

**Huber:** Ich möchte zum Schluss festhalten, dass wir in Tirol im Gesundheitsbereich sehr gut aufgestellt sind und die Kooperation der einzelnen Gesundheitsanbieter gut funktioniert. Gemeinsam mit dem Land und den anderen Sozialversicherungsträgern arbeiten wir in der Tiroler Gesundheitsplattform sehr gut zusammen. Wir haben erfolgreich mehrere Projekte gestartet, wie zum Beispiel das Mammographie-Screening, den Behandlungspfad Schlaganfall, das Diabetesprogramm oder die Palliativ- und Hospizversorgung.

# Die Player:

Apothekerkammer-Präsident **Mag.pharm. Dr. Martin Hochstöger** erläutert das Optimierungspotenzial des Tiroler Gesundheitswesens aus pharmazeutischer Sicht.



Mag.pharm. Dr. Martin Hochstöger

**P:** Was sind die wesentlichsten Maßnahmen zur Absicherung und Steuerung des Gesundheitsbereichs in Tirol? Was läuft besonders gut und wo sehen Sie noch Verbesserungspotenzial?

**Hochstöger:** Ich kann dieses Thema nur aus der Sicht der öffentlichen Apotheke beurteilen. Wir haben in Tirol trotz unserer schwierigen topografischen Gegebenheiten eine gute und flächendeckende Arzneimittelversorgung. Es wäre wünschenswert, dass die Apothekendichte in Tirol durch weitere Apotheken- und Filialapothekengründungen noch ausgeprägter würde.

**P:** Stichwort *Vorsorge und Versorgung*: Wo sehen Sie die Aufgabenschwerpunkte der Apotheker in den nächsten Jahren?

**Hochstöger:** Die Apotheker haben eine hohe Arzneimittelkompetenz, weil sie die einzigen universitär ausgebildeten Arzneimittelfachleute sind. Daher ist eine hochwertige Arzneimittelversorgung nur durch den Apotheker gewährleistet. Die von manchen forcierten Bestrebungen, der Bevölkerung Arzneimittel auch an anderen Stellen zugänglich zu machen, können daher nur zu Lasten der Arzneimittelsicherheit gehen. Daneben haben die Apotheker auch wichtige Aufgaben in der Gesundheitsversorgung. Das haben wir gerade in Tirol im Zusammenspiel mit der Gesundheitspolitik mehrfach eindrucksvoll unter Beweis gestellt. Die öffentliche Apotheke ermöglicht heute der Bevölkerung den niederschwelligsten professionellen und jederzeit erreichbaren Zugang zu Gesundheits- und Vorsorgeinformationen. In dieser Hinsicht gibt es noch viel Potenzial für die Zukunft.

**P:** Welche Profilierungsmöglichkeiten gibt es für Apotheker in Tirol, beispielsweise in Bezug auf Disease-Management-Programme (DMP) oder Compliance?

**Hochstöger:** Es ist leider eine Tatsache, dass in Tirol das DMP-Programm Diabetes als gescheitert angesehen werden muss. Grundsätzlich bin ich der Überzeugung, dass man an DMP-Programmen arbeiten muss. Das sind wir der Bevölkerung sowohl aus fachlichen als auch ökonomischen Gründen schuldig. Das kann aber nur funktionieren, wenn alle Player in der Gesundheitsversorgung gemeinsam und ohne standespolitische Diskussionen daran teilnehmen – wir Apotheker sind dazu bereit. Solange ein Berufsstand glaubt, allein für die Gesundheit der Menschen zuständig zu sein, werden alle gut gemeinten Überlegungen scheitern.

Der Obmann der Tiroler Gebietskrankenkasse, **Michael Huber**, tritt für die Finanzierung aus einem Topf ein und schildert, warum er von Zentralismus im Gesundheitswesen wenig hält.



Michael Huber

**P:** Welche Maßnahmen sind notwendig, um das österreichische Gesundheitssystem bzw. das Gesundheitssystem in Tirol längerfristig abzusichern?

**Huber:** Die TGKK hat heuer beinahe ein ausgeglichenes Budget, einen Abgang von 0,1 Prozent des Gesamtbudgets. Eine Situa-

tion, von welcher der Bund nur träumen kann. Für das laufende Jahr können wir mit einem mehr oder weniger ausgeglichenen Budget rechnen. Die Finanzkrise – man darf nicht vergessen, dass wir im vergangenen Jahr erstmals seit Kriegsende einen Rückgang bei den Beitragszahlern verzeichnet haben – haben wir bis dato relativ gut gemeistert. Die TGKK hat als eine der ersten Kassen bereits 1996 ein großes Kostendämpfungsprogramm erstellt und im Jahr 2002 erneut. Das hatte auf längere Sicht große Auswirkungen auf die Finanzen und wir profitieren davon noch immer. Was uns Sorge bereitet, ist die massive Schuldenlast – uns drückt noch immer ein Minus von 34 Millionen Euro. Diese sind zustande gekommen, weil wir vom Bund Aufgaben übertragen bekommen haben, die mit unserem „Kerngeschäft“ wenig zu tun haben. Es ist ein besonderes Problem für die Kasse, dass die Versichertengemeinschaft Leistungen zu erbringen hat, die nicht in den Bereich „Krankenbehandlung“ gehören. Beispielsweise das Wochengeld, die Studentenversicherung oder die Versicherung für Asylwerber. Diese Bereiche haben einen sozialpolitischen Hintergrund und sie sind auch wichtig, aber es dürfen dafür nicht die Gelder der Versichertengemeinschaft verwendet werden. Wenn die Kassen Leistungen zu erbringen haben, die der Gesetzgeber von ihnen verlangt, müssen dafür auch finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden. Es geht nicht, dass wir Fremdleistungen finanzieren, die auf unsere Kosten, also auf Kosten der Beitragszahler, gehen.

**P:** Welcher Einfluss soll dem Bund/Land zustehen? Stichwort *Standort von Krankenhäusern, Krankenanstaltenplan etc.*

**Huber:** Grundsätzlich bin ich ein Gegner des Zentralismus, vor allem im Gesundheitsbereich. Dass zum Beispiel in Wien bestimmt wird und wir nur die Ausführenden sind, ist nicht optimal. Was die Krankenkassen betrifft, trete ich für eine „Länderlösung“ ein, wobei ich mir eine Zusammenlegung der Träger in einem Bundesland vorstellen kann. Bei Verwaltungskosten von zwei bis drei Prozent bringt das finanziell zwar wenig, jedoch soll eine gleiche Leistungs- und Beitragssituation für alle Versicherten angestrebt werden. Ein großes Plus unseres Gesundheitssystems ist die Nähe zu den Kunden. Diese muss erhalten bleiben.

**P:** Wie soll das Gesundheitsbudget generiert werden? Stichwort *Finanzierung aus einem Topf.*

**Huber:** Das Grundprinzip „Geld folgt Leistung“ muss vor allem im ambulanten und niedergelassenen Bereich gelten. Die Finanzierung aus einem Topf ist anzustreben. Vernünftig wäre die Organisation durch die Kassen, weil sie das größtenteils schon jetzt machen und darum über die notwendige Infrastruktur verfügen.

**Präsident Hon.-Prof. Dr. Peter Kufner** von der Tiroler Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (TGAM) spricht im Periskop-Interview über die Spezifika des niedergelassenen Bereichs.



Präsident Hon.-Prof.  
Dr. Peter Kufner

**P:** Wo sehen Sie je nach den Bereichen Krankenanstalten, niedergelassener Bereich und Arzneimitteleinsatz Besonderheiten in Tirol?

**Kufner:** Besonderheiten in Tirol ergeben sich aus geografischen Gegebenheiten. Die regionale stationäre Versorgung muss erhalten bleiben, das Sparpotenzial in den Krankenanstalten soll aber gesteigert werden. Die Aufwertung der Allgemeinmedizin auch als Schnittstelle ist sehr wichtig. Ebenso wichtig ist die Aufwertung des Landarztes. Dazu ist die Erhaltung der Hausapotheken im gesamten ländlichen Bereich essenziell.

**P:** Wie gut funktioniert die Nahtstelle zwischen intramuralem und extramuralem Bereich in Tirol? Was wünschen Sie sich von Ihren Partnern und wie kann die Zusammenarbeit verbessert werden?

**Kufner:** Von meinen Partnern wünsche ich mir Anerkennung für das Fach Allgemeinmedizin und damit gleichwertige Kooperation und Akzeptanz – letztendlich auch Akzeptanz unserer Befunde. Das würde auch zu einer enormen Kostenersparnis führen. Die Nahtstelle Allgemeinmedizin könnte besser funktionieren, wenn auf beiden Seiten konkrete Ansprechpartner vorhanden wären.

**P:** Wie können das Leistungs- und Honorierungsspektrum der Ärzte im Bereich der Altenversorgung neu strukturiert werden?

**Kufner:** Die Honorierung der Leistungen der Allgemeinmedizin basieren auf Verhandlungen, die vor Jahrzehnten honorargestaltend waren und nicht mehr zeitgemäß sind. Die Honorarerhöhungen decken nicht einmal die Inflation ab. Ärzte sind aber Unternehmer mit Personal und Risiken. Das Durchschnittsalter unserer Patienten steigt ständig, die Lebenserwartung nimmt jährlich zu. Probleme im Alter sind Polymorbidität, viele Medikamente, Demenz, cerebrale Probleme mit allen Folgeerscheinungen. Auch die Pflege nimmt massiv zu – unsere Honorierung ist aber nicht darauf ausgerichtet. Neue Positionen im Honorarkatalog müssten geschaffen werden. Die Dokumentation in der Praxis kostet viel Zeit.

**P:** Geben Sie uns bitte einen kurzen Ausblick auf die nähere Zukunft Ihres Bundeslandes aus Sicht der Ärztekammer Tirol.

**Kufner:** Der nähere Ausblick für die Situation in Tirol ist eher verschleierte. Es bestehen keine Anzeichen einer Institutionalisierung der Allgemeinmedizin, wiewohl sie im Curriculum gerne gesehen und sehr gut evaluiert ist. Gefahrenpotenzial sehe ich darin, dass die Patientenversorgung zunehmend zentralisiert wird. Weiters wird die Landmedizin in Zukunft ohne Unterstützung und Verbesserung einen schweren Stand haben. Einige Stellen am Land werden nicht mehr besetzt werden können, die Rund-um-die-Uhr-Versorgung und Wochenenddienste werden nicht mehr flächendeckend möglich sein. Diese Schwierigkeiten werden sich langsam entwickeln, aber nachhaltige Folgen haben.

**Mag. Birger Rudisch** ist Leiter der Patientenvertretung Tirol. Diese Position verschafft ihm einen guten Überblick über die Anliegen und Bedürfnisse der Patienten.



Mag. Birger Rudisch

**P:** Was ist aus Sicht der Tiroler Patientenvertretung erforderlich, um die Finanzierung unseres Gesundheitssystems längerfristig abzusichern und die Qualität für die Patienten zu verbessern?

**Rudisch:** Unser Gesundheitssystem ist organisch gewachsen. Es erhält daher – vor allem auch angesichts der gesamtwirtschaftlichen Situation – zunehmend die Frage Berechtigung, ob die aktuelle Verteilung der Mittel noch zeitgemäß und gerecht ist. Zu diesen Stichworten zählt auch die Forderung, dass in ganz Österreich eine gleichmäßig hohe Qualität und Dichte der Gesundheitsdienstleistungen angeboten werden müssen. Wir benötigen für alle Bundesländer einheitliche Parameter, an denen diese Qualität und Dichte gemessen werden können. Diese müssen meiner Meinung nach zentral verhandelt und vorgegeben werden. Ein Schwerpunkt muss die Kommunikation im Krankenhaus sein, sowohl im Behandlungs- und Pflegeverhältnis als auch unter den Mitarbeitern, das ist der Schlüssel zur Patientensicherheit.

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

**Rudisch:** Sach- und steuerungspolitisch wäre die Finanzierung aus einer Hand zu favorisieren. Realpolitisch fordern Financiers derzeit zu Recht Beteiligung und Mitsprache. Es gibt Bereiche wie jene der Qualitätskriterien, die unbedingt zentral vorgegeben werden müssen.

**P:** Ist die Tiroler Patientenvertretung in einschlägigen Gremien vertreten und hat sie Mitspracherechte?

**Rudisch:** Die Tiroler Patientenvertretung ist mit Sitz und Stimme in der Tiroler Gesundheitsplattform vertreten. Diese Stimme ist bei realistischer Betrachtung in Zweifelsfällen nicht ausschlaggebend, dennoch wird sie als relevanter Beitrag gehört.

**P:** Was sind Ihre Hauptziele in den nächsten drei Jahren?

**Rudisch:** Die Tiroler Patientenvertretung ist eine sehr junge Einrichtung, sie wurde erst 2005 geschaffen und muss entsprechend ihrer gesetzlich vorgegebenen Rolle einen größeren Bekanntheitsgrad erreichen. Diese Rolle sollte in der Bevölkerung zunehmend als jene einer Ombudsstelle wahrgenommen werden, die allgemein für Patientenrechte und -interessen eintritt und zudem

auch Beschwerdeanliegen konsequent verfolgt. Wir streben weiters einen höheren „Marktanteil“ bei der Regulierung von Schadensfällen in Kranken- und Kuranstalten sowie bei Rettungsdiensten an. Wir bemühen uns dabei insbesondere um jene Patienten, die ansonsten keine rechtsfreundliche Vertretung haben und häufig berechnete Anliegen bei sich behalten.

**Mag. Andreas Steiner** ist Vorstandsdirektor der Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK) und beleuchtet für das Periskop das Schnittstellenmanagement zwischen extra- und intramuralen Bereich in Tirol.



Mag. Andreas Steiner

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

**Steiner:** In Hinblick auf die längerfristige Absicherung der hohen Qualität des österreichischen Gesundheitssystems sind Strategien und Maßnahmen gefragt, die der zunehmenden Mittelknappheit begegnen. Eine Forderung nach mehr Finanzmitteln oder eine Rationierung von bestimmten Leistungen kann nicht die Antwort sein. Vielmehr sind fortlaufende Qualitätsverbesserungen und damit verbundene Effizienzsteigerungen in den Behandlungsprozessen unbedingt notwendig. Und das ist sektorenübergreifend zu verwirklichen. Die Schnittstellen zwischen den Spitälern und dem niedergelassenen Bereich sind heute häufig nicht eindeutig definiert und werden nicht professionell gemanagt. Das bedeutet, dass die jeweilige Behandlung nicht immer auf jener Versorgungsebene erfolgt, auf der sie hinsichtlich der Heilungschancen bzw. der entstehenden Kosten optimal wäre.

**P:** Wenn man die einzelnen Budgetpositionen betrachtet, so sind naturgemäß höhere Einsparungen nur bei großen Brocken möglich. Dazu gehören Personal- und Spitalsbetriebskosten. Was planen Sie in diesem Bereich?

**Steiner:** Die Defizite der TILAK betragen in den letzten Jahren zirka ein Prozent der Budgetsumme (ohne Investitionen). Es ist uns also bis dato gelungen, gute Medizin und Versorgung zu adäquaten Kosten anzubieten. Eine Herausforderung für die Zukunft wird es sein, unsere Prozesse weiterhin zu verbessern, Effizienzen zu suchen, die Vernetzung – sowohl im Hause als auch über die sektoralen Grenzen hinweg – voranzutreiben und damit auch Doppelgleisigkeiten abzubauen. Der Fokus liegt auf einer konsequenten Umsetzung der Qualitätsstrategie. Bessere Qualität bedeutet oft auch weniger Kosten!

**P:** Welche Rolle spielt die Gesundheitsplattform in Tirol?

**Steiner:** Die Gesundheitsplattform stärkt die sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Diese ist vor allem für die zukünftige Entwicklung im Gesundheitswesen von großer Bedeutung. Eine weitere Intensivierung und Ausweitung von Reformpoolprojekten wäre sehr wünschenswert. Als gelungenes Beispiel ist etwa der „integrierte Patientenpfad – Behandlungspfad Schlaganfall“ zu nennen, ein ganzheitliches Versorgungskonzept, das auch die umfassende Aufklärung der Bevölkerung zum Ziel hat.

**DI Dr. Bernhard Tilg**, Landesrat für Gesundheit in Tirol, erläutert die medizinische Qualität im seinem Bundesland und legt offen, wo Verbesserungspotenziale bestehen.



DI Dr. Bernhard Tilg

**P:** Welche Besonderheiten gibt es in der Tiroler Gesundheitspolitik?

**Tilg:** Was die öffentliche Krankenhausversorgung betrifft, sticht im Vergleich mit den anderen Bundesländern in Tirol die historisch geprägte differenzierte Trägerstruktur ins Auge. Während in den anderen Bundesländern größtenteils jeweils eine landesweite Trägerorganisation für die öffentlichen Krankenanstalten tätig ist, spielen in Tirol traditionellerweise die Gemeindeverbände eine starke Rolle. Man muss das Engagement sowie die große organisatorische und finanzielle Verantwortung der Gemeinden in besonderer Weise würdigen. Im Rahmen der Umsetzung des Regionalen Strukturplans Gesundheit ergeben sich jedoch wegen der differenzierten Trägerstruktur besondere Anforderungen in der Abstimmung der Leistungsangebote zwischen den einzelnen Anbietern.

**P:** Wie sehen Ihre langfristigen Ziele und Pläne in Ihrer Position als Tiroler Landesrat für Gesundheit, Wissenschaft und Verkehr aus?

**Tilg:** Im Gesundheitswesen sehe ich in der Zukunft durchaus noch größere Chancen auf Basis der regional beziehungsweise föderal organisierten Strukturen. Dies gilt in besonderer Weise für die Gesundheitsfonds bzw. die Arbeit der Gesundheitsplattformen. Es wird im Hinblick auf die nächste Gesundheitsreformvereinbarung notwendig sein, die Kompetenzen der Gesundheitsplattformen weiterzuentwickeln, um in den wesentlichen Bereichen der Zukunft, insbesondere bei der integrierten Versorgung, entsprechende Weichenstellungen rascher und wirksamer treffen zu können. In besonderer Weise geht es um eine Abstimmung der Planungsmaßnahmen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich. In Tirol steht mit dem Regionalen Strukturplan Gesundheit neben dem Abschluss des stationären Moduls nun das ambulante Modul als große Herausforderung an. Es ist ein Gebot der Stunde, den spitalsambulanten Bereich, jenen der privaten Ambulatorien, den gesamten niedergelassenen allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Bereich, den MTD-Sektor bis hin zum psychologischen bzw. psychotherapeutischen Fachgebiet sowie auch den Bereich der ambulanten Rehabilitation gemeinsam zu betrachten und zu analysieren.

**P:** Welche laufenden Projekte sind Ihnen besonders wichtig und welche neuen Projekte möchten Sie in Angriff nehmen?

**Tilg:** Eine besondere Herausforderung der nächsten Zeit wird das ambulante Modul des Regionalen Strukturplans Gesundheit darstellen. Weiters sind wir derzeit mit der Neuordnung des Rettungswesens in Tirol befasst. Neben dem bodengebundenen Rettungswesen und der notärztlichen Versorgung steht nunmehr auch die Neuordnung der Flugrettung an. Auch hier erwarte ich mir wesentliche Qualitätsverbesserungen durch Optimierungsmaßnahmen bei der Organisation und den Abläufen. Schließlich steht auch eine Neuordnung des Sprengelarztwesens an. Es bestehen aktuell Probleme, bestehende Sprengel nachzubesetzen. Ein wesentlicher Baustein dabei ist die Einführung des allgemeinmedizinischen Nachtbereitschaftsdiensts. Im Rahmen eines befristeten Pilotmodells soll der Nachtbereitschaftsdienst in den Sprengeln in Tirol etabliert werden. Mit einer begleitenden medizinischen Evaluierung sollen dessen Auswirkungen nach folgenden Parametern analysiert werden: Verbesserung der niedergelassenen Versorgung, Vermeidung von notärztlichen Fehleinsätzen sowie Reduktion der Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen.

**Dr. Artur Wechselberger**, Präsident der Ärztekammer Tirol, über Herausforderungen im Tiroler Gesundheitswesen aus Sicht der Ärzteschaft.



Dr. Artur Wechselberger

**P:** Was sind die wesentlichsten Maßnahmen zur Absicherung und Steuerung des Gesundheitsbereichs in Tirol?

**Wechselberger:** Wesentlich zur Absicherung und Steuerung des Tiroler Gesundheitssystems sind die Verträge der Ärzte mit den Krankenkassen, besonders der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK), beziehungsweise das Kostenrückerstattungssystem in der wahlärztlichen Patientenversorgung. Weiters sind die beamteten Dienstverhältnisse der Sprengelärzte mit den Sanitäts-

sprengeln beziehungsweise die Werkverträge mit den Sprengelgemeinden in vorübergehend unbesetzten Sanitätssprengeln wichtig sowie das Notarztsystem und das Rettungswesen, die öffentlichen Apotheken, die ärztlichen Hausapotheken und die öffentlichen und privaten Krankenanstalten. Grundsätzlich funktionieren die ambulante und die stationäre Krankenversorgung gut. Allerdings besteht dringender Handlungsbedarf in der Aufnahme neuer Leistungen in den Honorarkatalog der TGKK sowie in der zeitgemäßen Anpassung der Honorare. Große Mängel bestehen in der sprengelärztlichen Versorgung sowie im organisierten und honorierten Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte.

**P:** Geben Sie uns bitte einen kurzen Ausblick auf die nähere Zukunft Ihres Landes aus Sicht der Ärztekammer Tirol.

**Wechselberger:** Es ist zu hoffen, dass die drei bestehenden Projekte „Sprengelarzt neu“, Nachtbereitschaftsdienst der Allgemeinmediziner und „Notarztsystem neu“ bald beschlossen und umsetzungsbereit sein werden. Im nächsten Jahr soll in den drei westlichen Tiroler Bezirken Imst, Landeck und Reutte des Pilotprojekt zur E-Medikation laufen. Leider hat sich der Pilotversuch zur elektronischen Zuweisung und Einweisung, der in Reutte lief, als noch nicht umsetzungsreif erwiesen. Generell gilt für alle E-Health-Projekte, dass die Ärzteschaft genau prüfen muss, ob deren Einführung wirklich eine Verbesserung der Arbeitssituation in den Praxen und Vorteile in der Patientenversorgung bringt. Sind keine Vorteile zu erwarten, ist es besser, beim Altbewährten zu bleiben und die Finanzmittel sinnvoller zu nützen. Dasselbe trifft auch in den Krankenhäusern zu.

## FACTBOX TIROL

<b>Fläche in km<sup>2</sup> Tirol</b>	12.647,71 km <sup>2</sup> (15% von Österreich)
<b>Bevölkerung Tirol</b>	707.209 (8,5% von Österreich)
<b>Bevölkerungsdichte</b>	Einwohner je km <sup>2</sup> : 56 (Österreich: 99,5)

### Krankenanstalten im Bundesland Tirol

Krankenanstalten insgesamt	19 <sup>1</sup>
Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht	12
Krankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht	7

### Bettenanzahl Tirol (2008)

4743 tatsächlich aufgestellte Betten<sup>2</sup> (7,3% von Österreich)

<b>Ärzte in den Tiroler Krankenanstalten 2008</b>	1931 <sup>2</sup>
<b>Niedergelassene Ärzte in Tirol 2008</b>	1379 <sup>2</sup>
<b>Ärztedichte in Tirol 2008*</b>	477,2 <sup>2</sup> (Österreich: 459,6)
<b>Apotheken in Tirol</b>	186 <sup>2</sup> (8,2% von Österreich: 2259)

Tirol ist flächenmäßig das drittgrößte Bundesland Österreichs. Mit rund 119.584 Einwohnern ist die Landeshauptstadt Innsbruck fünftgrößte Stadt Österreichs. Insgesamt ist das Bundesland in acht politische Bezirke, eine Statutarstadt sowie 279 Gemeinden gegliedert.

Der Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) wurde als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet (bis 2005 Tiroler Krankenanstaltenfinanzierungsfonds). Das wichtigste Organ des Tiroler Gesundheitsfonds ist die Gesundheitsplattform.

Mit der Gründung der TILAK (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH) im Jahr 1990 wurden alle die Landeskrankenanstalten betreffenden Bereiche zusammengefasst und 1991 aus der öffentlichen Verwaltung ausgegliedert.<sup>3</sup> Die TILAK führt das Landeskrankenhaus Innsbruck – Universitätskliniken (LKI), das LKH Hochzirl, das Öffentliche Landeskrankenhaus Natters, das Psychiatrische Krankenhaus Hall, die Landes-Pflegeklinik Tirol sowie das BKH Schwaz. Das LKI bildet zusammen mit den Bezirks- und Landeskrankenanstalten das Rückgrat der Krankenversorgung Tirols und bietet Zentrums- und Spitzenversorgung. Das Landeskrankenhaus Hochzirl ist eine Sonderkrankenanstalt für Innere Medizin und Neurologische Akutnachbehandlung. In Natters befindet sich eine Sonderkrankenanstalt für Pneumologie sowie eine Abteilung für Innere Medizin. Die Landes-Pflegeklinik Tirol in Hall bietet qualitativ hochwertige Pflege in Verbindung mit einer medizinischen Basisversorgung und einem umfassenden Therapieangebot.

Viele hilfreiche und ausführliche Informationen zum Thema Gesundheit in Tirol sind auf [www.tirol.gv.at](http://www.tirol.gv.at) abrufbar.

### Quellen

- 1: BMG, Liste der Krankenanstalten in Österreich, Stand: 20.01.2009
  - 2: Statistik Austria, Stand: 09.09.2009
  - 3: [www.tilak.at](http://www.tilak.at) (Stand 30.08.2010)
- \* Ärztedichte: berufsausübende Ärzte auf 100.000 der Bevölkerung

## „Wir brauchen langfristige Investitions- sicherheit anstatt kurzfristiger Sparpakete“

VON MAG. SABINE SOMMER



*Dr. Sven Sauer ist Generalsekretär des Forums der Forschenden Pharmazeutischen Industrie (FOPI). Im Periskop-Interview spricht der Arzt und Rechtsanwalt über den Forschungsstandort Österreich und schildert, welche Rahmenbedingungen für die forschende pharmazeutische Industrie notwendig sind, um Spitzenforschung betreiben zu können.*

**P:** Welche Zielsetzungen verfolgt das FOPI?

**Sauer:** Das FOPI ist ein Zusammenschluss von forschungsorientierten internationalen Unternehmen der Pharmabranche in Österreich. Die grundlegenden Ziele des FOPI sind die Förderung des Forschungsstandorts Österreich und die Schaffung eines innovationsfreundlichen Umfelds. Wir wollen als forschende pharmazeutische Industrie unsere Verantwortung im öffentlichen Gesundheitswesen gegenüber den Patienten, den Verschreibern und den Kostenträgern wahrnehmen. Dazu ist es nötig, dass wir uns aktiv

und konstruktiv in den Dialog um die Gesundheitsreform einbringen sowie zu den Herausforderungen, vor denen Österreich steht und zu denen die pharmazeutische Industrie beitragen kann, Stellung beziehen. Ein aktuelles Thema ist zum Beispiel die Implementierung von Health Technology Assessments (HTA), bei der die pharmazeutische Industrie bisher nicht ausreichend vertreten ist. Der Nutzen innovativer Arzneimittel soll für das gesamte Gesundheitswesen, aber letztlich auch für jeden betroffenen Patienten transparent gemacht werden. Die pharmazeutische Industrie kämpft gegen das Vorurteil, sie brächte seit Jahren keine tatsächlich innovativen Produkte mehr auf den Markt. Das FOPI hat sich daher auf die Fahnen geschrieben, auch in dieser Hinsicht verstärkt Aufklärung zu betreiben.

**P:** Sie haben sich also zum Ziel gesetzt, die Themen Innovation sowie Forschung und Entwicklung zu kommunizieren. Herrscht bei diesen Anliegen Übereinstimmung mit der PHARMIG?

**Sauer:** Ja, wir agieren gemeinsam mit der PHARMIG, auf diesem Gebiet findet eine enge Abstimmung statt. So ist zum Beispiel Simone Thomsen, unsere FOPI-Präsidentin, gleichzeitig auch Vorstandsmitglied der PHARMIG, so dass ein direkter Austausch sichergestellt ist.

**P:** Wie sieht Ihr Aufgabenportfolio als FOPI-Generalsekretär aus?

**Sauer:** Zu meinen Aufgaben als FOPI-Generalsekretär gehört in erster Linie die strategische Unterstützung des Präsidiums. Das FOPI versteht sich dabei als eine lösungsorientierte Organisation, die für einen offenen Dialog eintritt. Meine Aufgabe ist es, konkrete Lösungsvorschläge zu erarbeiten und diese bei den Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen zu etablieren. Das geschieht in enger Zusammenarbeit mit meinen Kolleginnen und Kollegen der Mitgliedsfirmen. In diesem Zusammenhang freuen wir uns besonders über die Möglichkeit, beim von Bundesminister Stöger initiierten „Kindergesundheitsdialog“ in der Arbeitsgruppe „Arzneimittel“ unter Leitung von Prof. Müllner von der AGES PharmMed mitzuarbeiten. Zu meinen weiteren Aufgaben zählt es, unsere regelmäßigen FOPI-Meetings vorzubereiten und zusammen mit Simone Thomsen zu moderieren. Diese Meetings dienen dazu, mit den Mitgliedern in Dialog zu treten, Arbeitsgruppen aufzustellen und aktuell notwendige Lösungen zu erarbeiten. Weiters gehören die Medien- und Kommunikationsstrategie sowie die Finanzen zu den Agenden des Generalsekretariats. Dies alles geschieht neben meiner Tätigkeit als Leiter der Corporate-Affairs-Abteilung von Eli Lilly. Das FOPI hat keine hauptamtlichen Mitarbeiter, alle Kolleginnen und Kollegen der Mitgliedsfirmen arbeiten mit.



Personal und die geografische Lage. Geografisch betrachtet, liegt Österreich mit der Anbindung an Süd- und Osteuropa gut. Qualifiziertes Personal ist ebenso vorhanden, allerdings sind die Personalkosten vergleichsweise hoch. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, Österreich für internationale Forscher als Arbeitsort attraktiver zu gestalten. Wir konkurrieren mit den USA sowie Kanada und auch der riesige asiatische Markt bietet mittlerweile gute Rahmenbedingungen. Um es bildlich zu formulieren: Es reicht nicht, dass Wien eine schöne Stadt ist. Daher brauchen wir eine Forschungskultur, die insbesondere die Etablierung von Forschungsclustern för-



dert. Dies würde zum Beispiel die Ansiedlung biomedizinischer Start-up-Unternehmen erleichtern. In Wien gibt es mit St. Marx sehr interessante Ansätze, die wir weiter ausbauen sollten. In puncto politische Rahmenbedingungen würde ich mir mehr Innovationsfreundlichkeit wünschen. Das österreichische Erstattungssystem gruppiert 75 Prozent der innovativen Produkte in der gelben Box oder der No-Box ein. Dadurch werden diese Medikamente den Patienten unterdurchschnittlich häufig verschrieben. So entfielen 2007 in Österreich nur 8,2 Prozent der Arzneimittelausgaben auf Innovationen, die in den letzten fünf Jahren auf den Markt gekommen waren. Das ist weit weniger als in anderen europäischen Ländern und für Österreich als vierthöchstes Land der OECD ein sehr geringer Anteil. Insgesamt liegt der Arzneimittelverbrauch 14 Prozent unter dem EU-Durchschnitt, die Preise liegen knapp 19 Prozent darunter. Also alles in allem Rahmenbedingungen, die es nicht einfach machen.

**P:** Das heißt also, die forschende pharmazeutische Industrie hat in Österreich nicht den Stellenwert, der ihr zusteht?

**Sauer:** Ich befürchte, nein. Ein wesentlicher Punkt in diesem Zusammenhang ist der Patentschutz. Gerade in den letzten zwei Jahren beobachten wir, dass in Österreich Generika „at risk“ – also vor Ablauf des Originalpatentschutzes – auf den Markt gebracht werden. Für uns als forschende pharmazeutische Industrie ist das nur durch genaues Monitoring der EMA-Zulassungen, der nationalen Registrierungen und des Warenverzeichnisses zu erkennen. Hier können wir uns bessere Lösungen vorstellen, die wir mit konkreten Vorschlägen in die Diskussion einbringen wollen. Derzeit fühlen wir uns als forschende Industrie diesbezüglich benachteiligt.

*„Innovationsfördernde Rahmenbedingungen benötigen drei Säulen: einen stabilen Markt, einen fairen Marktzugang mit angemessener Honorierung sowie nachhaltige Forschungsinvestitionen.“*

einen fairen Marktzugang mit angemessener Honorierung sowie nachhaltige Forschungsinvestitionen. Wir brauchen langfristige Investitionssicherheit statt kurzfristiger Sparpakete. Derzeit liegen die Gesamtinvestitionen in Forschung und Entwicklung in Österreich bei jährlich 6,8 Milliarden Euro, 70 Prozent davon, also rund 4,8 Mil-

liarden Euro, kommen von der Industrie. Hiervon wiederum leistet die forschende pharmazeutische Industrie einen signifikanten Forschungsbeitrag von rund 450 Millionen Euro, überwiegend in angewandter Forschung. Dies sollte entsprechend honoriert werden.

**P:** Bitte werfen Sie für uns einen kurzen Blick in die Zukunft innovativer Pharmaunternehmen!

**Sauer:** Die Zukunft wird für die forschende pharmazeutische Industrie sicherlich schwieriger. Es gibt keine einfachen Antworten in wichtigen therapeutischen Bereichen wie Onkologie oder Demenz. Einen vielversprechenden Ansatz für die Zukunft sehe ich in der personalisierten Medizin, die kleineren, genau definierten Patientengruppen deutliche Vorteile bringen wird, beispielsweise in der Onkologie. Leider ist Forschung nicht so steuerbar, wie man sich das manchmal gerne wünscht. Es werden inzwischen bis zu 1,5 Milliarden US-Dollar für die Entwicklung eines einzigen Medikaments ausgegeben, Tendenz steigend. Die Auflagen für die Zulassung werden immer strenger, der Aufwand, ein neues Produkt auf den Markt zu bringen, ist aus regulatorischer Sicht heute wesentlich höher. Dabei wird es immer schwieriger, große Innovationssprünge zu liefern. Der Trend geht eindeutig zu Schrittinnovationen, dies sollte auch das Erstattungssystem anerkennen und stärker, als es bis dato der Fall ist, honorieren. Am Beispiel von Krebs und HIV/Aids möchte ich das gerne verdeutlichen. Bei praktisch allen Krebsarten haben wir es schrittweise geschafft, die Überlebenszeiten deutlich zu verlängern. Auch bei HIV erreichten wir über viele Zwischenschritte insgesamt enorme Fortschritte. Zwar ist HIV/Aids noch immer nicht heilbar, aber von einer tödlichen Erkrankung zu einer chronischen geworden. Das war vor einigen Jahren noch unvorstellbar. Diese Erfolge haben natürlich ihren Preis. Es ist auch eine ethische Frage, die sich die Gesellschaft stellen muss: Wie viel möchten wir in den medizinischen Fortschritt investieren und können wir es uns leisten? Meine persönliche Meinung ist, dass Österreich es sich leisten kann. In den letzten 15 Jahren lagen die Gesundheitsausgaben relativ zum BIP recht konstant bei ungefähr zehn Prozent. Der Anteil der

Arzneimittelkosten am Gesamtbudget lag ebenfalls annähernd konstant bei knapp 13 Prozent der Gesamtausgaben. Wenn man sich diese Zahlen anschaut, kann man durchaus zu dem Schluss kommen, dass es eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen zumindest im Bereich der Arzneimittel nicht gibt. Für heuer erwarten wir sogar einen Rückgang der Arzneimittelkosten.

**P:** Welches sind aus Sicht des FOPI die Herausforderungen, die künftig auf das österreichische Gesundheitssystem zukommen?

**Sauer:** Alle Gesundheitssysteme weltweit werden früher oder später mit der demografischen Entwicklung kämpfen. Je älter wir werden, umso anfälliger werden wir für Krankheiten. Volkswirtschaftlich betrachtet, kann man Ausgaben im Gesundheitssystem aber nicht nur als Kosten, sondern auch als Investitionen verstehen. Wenn moderne Medizin und Pharmazie es schaffen, Menschen mit chronischen Erkrankungen durch moderne Behandlungsverfahren länger im Arbeitsleben zu halten, leisten wir einen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsproduktivität. Gleichzeitig wird ein Gesundheitsmarkt entstehen, der weitere Arbeitsplätze in Österreich schafft und zu einem positiven Gesamtsaldo für die Gesellschaft führen kann. Das schaffen wir aber nur, wenn wir das „Silodenken“ im Gesundheitswesen aufgeben und zu einer systemübergreifenden Betrachtungsweise kommen. Moderne Arzneimittel können dabei helfen, Kosten einzusparen. Dazu ein Beispiel: Ein Herzinfarkt „kostet“ in Österreich im Durchschnitt 13.800 Euro, wobei dies nur den Spitalsaufenthalt ohne Arbeitsausfall und Rehabilitation beinhaltet. Für diesen Betrag könnte ein Patient 25 Jahre lang mit modernen Cholesterinsenkern versorgt werden, die die Herzinfarktrate senken. Die zukünftigen Herausforderungen können wir nur gemeinsam lösen. Für mich als FOPI-Generalsekretär sehe ich hier die Möglichkeit, den Dialog mit Entscheidungsträgern zu führen und konstruktiv an Lösungen mitzuarbeiten.

#### BioBox:

Nach dem Abitur in Frankfurt 1986 begann RA Dr. Sven Sauer zunächst Medizin zu studieren, später kam auch Rechtswissenschaften als Zweitstudium dazu. Es folgten erste berufliche Erfahrungen auf der Aidsstation der Frankfurter Uniklinik, später in der Neurologie und Neuroradiologie. Parallel dazu spezialisierte sich Dr. Sauer im Rahmen seines Jusstudiums in Arztrecht und Arzthafungsrecht. Nach Beendigung der zwei Diplomstudien folgte eine dreijährige Beratertätigkeit bei McKinsey & Company im Pharma- und Healthcare-Sektor. 2004 folgte der Eintritt bei Eli Lilly and Company im Bereich strategische Planung Deutschland, dann als Verkaufsleiter Onkologie. Zuletzt war Dr. Sven Sauer bei Eli Lilly and Company in einer internationalen Position tätig und für europäische Gesundheitspolitik verantwortlich. Seit April 2010 leitet Dr. Sven Sauer die Corporate-Affairs-Abteilung von Eli Lilly Österreich und bekleidet gleichzeitig das Amt des FOPI-Generalsekretärs.

**P:** Das FOPI hat also eine sehr schlanke, effiziente und auch flexible Struktur. Wie viele Mitglieder hat die Organisation zurzeit und wie sieht das Aufnahmeverfahren aus?

**Sauer:** Kürzlich haben wir unser 19. Mitglied begrüßt. Generell nehmen wir Unternehmen auf, die in Österreich einen Standort haben und forschend tätig sind. Die Forschungsinvestitionsquote muss mindestens zehn Prozent des Gesamtumsatzes betragen, der mit Generika erzielte Umsatz darf zehn Prozent nicht übersteigen. Daher ist auch kein FOPI-Unternehmen Mitglied im Generikaverband. Von unseren Mitgliedsfirmen ist aktive Mitarbeit gefordert. Deshalb freuen wir uns auch über weitere Neuzugänge, denn Arbeit gibt es genug.

**P:** Wie präsentiert sich Österreich als Standort für die forschende pharmazeutische Industrie?

**Sauer:** Für die Pharmaindustrie sind fünf Standortkriterien relevant: die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und, damit verbunden, Planungssicherheit, die Innovationsfreundlichkeit der politischen Rahmenbedingungen, der Patentschutz, qualifiziertes



INTERVIEW MIT MARTIN GRUBINGER  
GESCHÄFTSFÜHRER CEGEDIM DENDRITE

# „BEI UNS TICKT DIENSTLEISTUNG IN ALLEN ZELLEN“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

*Für Unternehmen aus dem Life-Science-Bereich ist die direkte Ansprache von Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern unerlässlich geworden. CRM-Systeme sowie die Bereitstellung, Wartung und Betreuung von Datenbanken sind dafür die Grundlage. Im Periskop-Interview sprachen wir mit Martin Grubinger, Geschäftsführer von Cegedim Dendrite, dem weltgrößten Anbieter von CRM-Systemen und Health-Care-Professional-Datenbanken im Gesundheitsbereich über Market-Access sowie über die Kooperation mit der PERI-Gruppe und darüber, was diese Unternehmen verbindet und welcher Kundennutzen aus dieser Partnerschaft entsteht.*

**P:** Bitte erzählen Sie uns kurz etwas über die Entwicklung des Unternehmens.

**Grubinger:** Cegedim Dendrite ist der weltweit größte Anbieter für CRM-Systeme und Health-Care-Professional-Datenbanken im Gesundheitsbereich. Das an der Pariser Börse notierte Familienunternehmen beruht auf einer Idee des Begründers Jean-Claude Labrune. Dieser hatte 1969, also vor über vierzig Jahren, einen kleinen „Computerladen“ in Paris eröffnet und aus diesem heraus die Idee eines Reporting-Systems für Pariser Pharmaaußendienstmitarbeiter entwickelt. So wurde die erste Ärzte-Adressendatenbank, zunächst jedoch nur für den Pariser Raum, geschaffen. Die Gründungsgeschichte zeigt auch die zwei Eckpfeiler des Unternehmens, die dieses in seinem täglichen Handeln prägen: Der Schwerpunkt liegt erstens auf Life-Science-Industries und zweitens ist zu betonen, dass Cegedim Dendrite ein Familienunternehmen mit einem Gründer und einer Gründerfamilie ist. Diese sind auch heute Mehrheitseigentümer und aktiv als CEOs in das Firmengeschehen eingebunden. Die Business-Unit Cegedim Dendrite ergibt sich aus dem Zusammenschluss der Firmen Cegedim und Dendrite. Dendrite war bis vor drei Jahren der größte Mitbewerber von Cegedim. Durch Kauf von Dendrite wurde ein Anbieter geschaffen, mit dem es möglich gemacht wurde, global zu agieren und anzubieten.

**P:** Welche Schwerpunkte setzt Cegedim Dendrite?

**Grubinger:** Die Schwerpunkte des Unternehmens liegen in der Bereitstellung von Health-Care-Professional-Datenbanken sowie Systemen und Services rund um diese herum. Ziel unserer Arbeit ist es, möglichst alle Personen aus dem Gesundheitswesen zu erfassen und diese Daten entsprechend formatiert wieder zur Verfügung zu stellen. Im Zentrum stehen die One-Key-Datenbank, eine Pool-Ärztendatenbank, und entsprechende Sales- und Marketing-Lösungen. Heute verwenden etwa 700 Anwender in Österreich diese One-Key-Datenbank. Das ist wohl etwas mehr als ein Viertel des Marktes. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der CRM-Software, um diese Daten bearbeiten und visualisieren zu können. Hinzu kommt der große Bereich der Professional Services wie die Implementierung, das Projektmanagement und die Analyse. Cegedim Dendrite ist ein klassisches Dienstleistungsunternehmen und kein Software-Provider. Als Grundsätze unserer Arbeit gelten Kontinuität, Verlässlichkeit, Vertrauen sowie Partnerschaft. Unsere gesetzten Ziele sind langfristige und langjährige. Das gilt auch für unsere Kunden.

**P:** Welche Rolle spielen solche Systeme in einem sich stark verändernden Marktumfeld und angesichts der Herausforderungen in der Gesundheitsbranche? Wie wichtig sind diese heute? Ist hier ein Trend festzustellen, werden diese Systeme in Zukunft wichtiger werden? Wie notwendig sind sie, um letztlich auch mit Veränderungen Schritt halten zu können?

**Grubinger:** Das Umfeld ist viel komplexer geworden. Das bedeutet, die Anforderungen an den Anbieter sind ebenfalls vielschichtiger geworden. Aber das Bedürfnis ist natürlich das gleiche geblieben, nämlich als Unternehmen erfolgreich zu sein und die Kunden besser betreuen zu können. Ich behaupte auch, die Fehler, die gemacht werden, sind die gleichen geblieben. Etwa der Glaube, dass man mit Systemen oder Tools erfolgreicher sein oder seine Kunden besser betreuen kann. So funktioniert das in der Regel nicht. Es kommt am Ende immer auf das Unternehmen an, auf die Kultur, auf die Menschen, die dort arbeiten, und nicht auf die Systeme. Diese können allerdings unterstützen. Wir sind Experten darin, sie optimal zu nutzen. Also hier hat sich relativ wenig geändert. Was sich sehr stark zu unseren Gunsten gewandelt hat, ist, dass das komplexe Umfeld eine Konzentration auf nur einen Bereich bevorzugt. Das heißt, dass sich diese absolute Spezialisierung von Cegedim Dendrite auf den Life-Science-Bereich bezahlt macht.

**P:** Wie schwierig ist es, ein System gut zum Laufen zu bringen?

**Grubinger:** Das bleibt das große Thema im CRM-Bereich. Denn letztlich wissen die wenigsten Menschen, welchen Aufwand es bedeutet, ein CRM-System im eigenen Unternehmen zu implementieren. Es ist wichtig, einfach zu bleiben und die Leute nicht mit technischen Details zu überfordern. Grundlegend ist aber, dass sich die Kunden bei der Systemauswahl ihrer tatsächlichen Anforderungen bewusst werden und nicht einfach nur eine Wunschliste aufstellen. Die meisten CRM-Lösungen bieten viele Funktionen, für die man im eigenen Unternehmen oft gar keine Verwendung hat. Dann entsteht leicht eine falsche Erwartungshaltung, weil man glaubt, das System macht das. Unsere Aufgabe als Berater ist es daher, die Kunden entsprechend aufzuklären und die Systeme an den Möglichkeiten des Unternehmens sowie der Mitarbeiter auszurichten. Denn „das System“ ist nur ein Werkzeug zur Unterstützung, nicht die Lösung des Problems.

„Als Grundsätze unserer Arbeit gelten Kontinuität, Verlässlichkeit, Vertrauen sowie Partnerschaft.“

**P:** *Ihr Konzern ist ja nach wie vor in der Expansionsphase. Welche Bereiche decken Sie noch nicht ab und wo möchten Sie wachsen?*

**Grubinger:** Allgemein ist zu sagen, dass uns das Thema Daten am meisten beschäftigt. In den letzten zwei bis drei Jahren wurde im Unternehmen und in der Wirtschaft die Entwicklung spürbar, weg von der Technik und wieder verstärkt in Richtung Datenbusiness zu gehen. Die Datenbank, unser Kerngeschäft, hat sich zur wichtigsten Stelle im Unternehmen entwickelt. Das bedeutet, dass Firmen vermehrt erkannt haben, dass es viele verschiedene Möglichkeiten gibt, ein System zu bauen oder einen Anbieter für solche Systeme zu finden. Aber dass es am Ende sehr schwierig ist, Daten zu haben, mit denen man wirklich arbeiten kann. Denn auch der tollste Ferrari ist ohne Motor nichts wert.

„Kommunikation, Zuhören, Verstehen sowie ein ausgeprägter Dienstleistungsgedanke sind Parameter, die beide Unternehmen gleichermaßen in den Mittelpunkt stellen.“



Was Expansion anbelangt, lautet das Motto: „Zurück zu den Wurzeln.“ Wir arbeiten sehr stark daran, die One-Key-Datenbank und die Services um diese herum weiter auszubauen. Das bedeutet einerseits, neue Produkte weiterzuentwickeln, wie zum Beispiel Market-Access. Das bedeutet aber auch, die Breite und Tiefe der Datenbank zu erweitern und sich geografisch stärker auszubreiten. Im Augenblick steht die One-Key-Datenbank in über achtzig Ländern zur Verfügung. Herausforderungen sind Länder wie China, Indien oder Pakistan, wo wir im Augenblick dabei sind, entsprechende Datenbanken aufzubauen.

Im Bereich CRM geht es darum, den technischen Neuerungen zu folgen. Beispielsweise Mobile Intelligence, unser Flagship-CRM, als iPad-Lösung anzubieten oder das System auf iPhone zu installieren und gleichzeitig aber auch neue Industrien besser zu versorgen. Wie etwa Medical-Devices-Industries. Hier gibt es eine Initiative, um bessere Lösungen anzubieten, die diesen speziellen Anforderungen gerecht werden.

**P:** *Thema geografische Expansion: Wie sind Sie in Österreich strukturiert?*

**Grubinger:** Der österreichische Markt wird derzeit von einem gemeinsamen Team für die Schweiz und Österreich betreut, mit einer Vertriebs- und Serviceniederlassung in Wien. In dieser sind im Augenblick vier Kollegen beschäftigt. Das Ziel ist es, im Frühjahr 2011 die Niederlassung in Österreich und das Team zu vergrößern. Derzeit betreuen von der Schweiz aus – zusätzlich zu den Kollegen in Wien – zirka 54 Mitarbeiter die Kunden der Märkte Österreich und Schweiz. Ein wesentlicher Grundsatz unserer Arbeit lautet, keine Kundenservices auszulagern. Das bedeutet auch, dass wir, wenn wir neue Bereiche erschließen, die Mitarbeiter immer bei uns behalten. Das heißt, dass wir beispielsweise unser Wissen auch entsprechend im Bereich Telefonie einbringen und hier die eigenen Telefon-Operatoren arbeiten lassen. Im Gegensatz zu anderen Anbietern arbeiten wir nicht mit so genannten Systemintegratoren zusammen. Wir entwickeln für jedes Land ein Team, um hier lokal alle Services mit eigenem Personal anbieten zu können. Getreu unserer Devise „Thinking globally – acting locally“.

**P:** *Was sind Ihre Ziele für Österreich?*

**Grubinger:** Für Österreich steht fest, dass wir am Markt mehr Präsenz zeigen wollen. Unser Ziel ist es, in den nächsten ein bis zwei Jahren einen Marktanteil von vierzig Prozent zu erreichen. Im Augenblick beträgt dieser knapp unter dreißig Prozent. Das heißt, wir wollen kräftig wachsen.

**P:** *Warum glauben Sie, dass Market-Access ein immer wichtigeres Thema wird? Was können Sie hier einbringen?*

**Grubinger:** Market-Access ist ein sehr wichtiges Thema für unsere Kunden. Viele von ihnen stehen diesem Bereich allerdings mit einem Fragezeichen gegenüber. Und zwar nicht nur wenn es darum geht, sich intern zu organisieren und zu strukturieren, um an die Sache herangehen zu können. Sondern auch wenn es heißt, die ersten Schritte zu setzen und in einem wünschenswerten bzw. akzeptablen Zeitraum mit Market-Access Erfolg zu haben. Hier verspüren wir von Kundenseite großen Bedarf an Beratung und Unterstützung. Besonders wenn es um das Thema Daten und den Umgang damit geht. Die Datenpflege und der Datenschutz sind sehr wesentliche sowie sensible Themenbereiche und stellen gerade in diesem Segment eine große Herausforderung dar. Hier suchen die Firmen nach verlässlichen Partnern, denen sie vertrauen können. Denn wenn es um so sensitive Angelegenheiten geht, muss man sicher sein, mit einem zuverlässigen Partner, der langjährige Erfahrung damit hat, arbeiten zu können. Der Umgang mit Daten sowie das Thema Datenschutz haben für uns höchste Priorität.

„Handschlagqualität und eine gute Vertrauensbasis sind in diesem Geschäftsbereich ausschlaggebend.“

„Es kommt am Ende immer auf das Unternehmen an, auf die Kultur, auf die Menschen, die dort arbeiten, und nicht auf die Systeme.“

„Unsere Aufgabe als Berater ist es ..., die Kunden entsprechend aufzuklären und die Systeme an den Möglichkeiten des Unternehmens sowie der Mitarbeiter auszurichten.“

**P:** *Es wird künftig eine Kooperation zwischen Cegedim Dendrite und der PERI-Gruppe geben. Wie sieht diese aus und wer wird davon profitieren? Was lässt sich über das Produkt sagen?*

**Grubinger:** Profitieren soll natürlich der Kunde, das ist ganz klar. Die Voraussetzungen dafür sind gegeben. Aus ganz einfachen Gründen: Ich bin der Meinung, dass die PERI-Gruppe ähnliche Schwerpunkte im Umgang mit dem Kunden setzt wie Cegedim Dendrite: nämlich Kommunikation, Zuhören, Verstehen sowie einen ausgeprägten Dienstleistungsgedanken. Das sind Parameter, die beide Unternehmen gleichermaßen in den Mittelpunkt stellen. Basierend auf diesen Gemeinsamkeiten, werden wir ein Produktpaket kreieren, das es in dieser Weise auf dem Markt bisher noch nicht gegeben hat.

**P:** *Warum gerade mit der PERI-Gruppe?*

**Grubinger:** Handschlagqualität und eine gute Vertrauensbasis sind in diesem Geschäftsbereich ausschlaggebend, darin sind sich Cegedim Dendrite und die PERI-Gruppe einig. Außerdem ist die PERI-Gruppe mit ihrem langjährigen Know-how im Life-Science-Bereich der kompetente Ansprechpartner für diese Fragen am österreichischen Markt. Dementsprechend ist es für Cegedim Dendrite äußerst interessant, die PERI-Gruppe als Partner zu haben. Wenn man dann auch noch so gut zusammenpasst, ist es perfekt.

**P:** *Wie werden die ersten Schritte der Partnerschaft aussehen?*

**Grubinger:** Der erste Schritt ist es, gemeinsam eine Datenbank mit Ansprechpartnern aus dem Bereich Market-Access zu entwickeln. Als Nächstes ist es unsere Aufgabe, diese Daten in ein Format zu bringen, das es den Endverbrauchern ermöglicht, auf sie zuzugreifen, sie zu verwenden und zu pflegen. Also die Daten auf eine technische Plattform zu stellen, für die wir die Experten sind. Anschließend wird die Plattform entsprechend angepasst zur Verfügung gestellt. Der wichtigste Faktor ist die Beratung, um mit diesen Daten umgehen zu können. Dass die einzelnen Komponenten vernetzt werden und somit ein Ganzes entsteht, darum kümmern sich jene, die miteinander reden können und denen der Erfolg ihrer Kunden am Herzen liegt, nämlich die PERI-Gruppe und Cegedim Dendrite.

**P:** *Wie wird der Kunde das gemeinsame Produkt von Cegedim Dendrite und der PERI-Gruppe erleben?*

**Grubinger:** Unser Wunsch ist es, dem Kunden das Gefühl zu vermitteln, dass er sich bei uns gut aufgehoben und sicher fühlen kann. Er soll spüren, dass Partner, die ihre Profession, das Wissen sowie ihre Kernkompetenz genau in diesem Bereich haben, sich um seine Angelegenheiten kümmern. Und dass er sich darauf verlassen kann, dass diese abschließend ein Produkt zu einem vereinbarten Preis und Termin abliefern und ihm darüber hinaus laufende Betreuung anbieten.

Die kontinuierliche Betreuung ist in einem solchen Umfeld nicht selbstverständlich, denn oftmals gibt es Anbieter, die einmal liefern und kein weiteres Service offerieren. Unser Ziel ist es, dem Prinzip von Cegedim Dendrite weiter treu zu bleiben und mit dem Kunden etwas auf die Beine zu stellen. Dazu gehört es, diesen zu beraten und in der Folge langfristig mit ihm zusammenzuarbeiten, um das Produkt über die Jahre gemeinsam weiterzuentwickeln. Die Kooperation mit der PERI-Gruppe verfolgt genau diesen Weg. Der Kunde wird dadurch eine vollkommen neue Art von Market-Access-Servicedienstleistung erhalten.



„Ein wesentlicher Grundsatz unserer Arbeit lautet, keine Kundenservices auszulagern.“

#### BioBox:

Martin Grubinger ist seit 2008 Geschäftsführer von Cegedim Dendrite für Österreich und die Schweiz. Bei Cegedim Dendrite ist er seit 2001 beschäftigt, wo er zunächst die österreichische Filiale aufgebaut und ab 2004 für Österreich und die Schweiz gemeinsam die Kundenbetreuung geleitet hat. Ab 2006 war Grubinger als Operations Director für Cegedim Dendrite in Deutschland tätig. Privat pendelt Grubinger zwischen Zürich und Tirol sowie beruflich zwischen Zürich und Wien.

**P:** *Das heißt Dienstleistung in allen Facetten? Wie ist hier Ihr persönlicher Zugang?*

**Grubinger:** Es ist wichtig, Leidenschaft für etwas zu haben. Eine Erklärung ist vielleicht, dass ich ein sehr sportlicher Mensch bin. Der sportliche Ansatz treibt mich auch in meinem Berufsleben an. Meine Einstellung in puncto Dienstleistung ist sehr von meinem persönlichen Umfeld geprägt. Bei mir war es so, dass meine Eltern in einem sehr speziellen Gewerbe tätig waren: Sie haben ein Bestattungsunternehmen geführt. Was man dort lernt, ist Kundenservice auf besondere Art und Weise. Denn der Umgang mit trauernden Menschen, also trauernden Kunden, ist etwas sehr Eigenes und erfordert viel Fingerspitzengefühl. Es handelt sich dabei um eine unaufdringliche Dienstleistung, in der es zur Selbstverständlichkeit wird, dass man versucht, dem anderen das Ganze abzunehmen und gleichzeitig nicht alles in Geld umzuwandeln. Diese Selbstverständlichkeit des Dienens wurde mir in die Wiege gelegt. Dieser Ansatz gilt auch für unsere Mitarbeiter. Es geht nicht nur um Systeme und Tools. Bei uns tickt wirklich Dienstleistung in allen Zellen. So verstehe ich auch meinen persönlichen Umgang mit Menschen. Und das sind genau die Punkte, in denen sich Cegedim Dendrite mit der PERI-Gruppe als Partner trifft. Das war schließlich auch ausschlaggebend für die Kooperation.

**P:** *Ab wann wird das angesprochene Produkt zur Verfügung stehen?*

**Grubinger:** Das Ziel ist es, noch Ende 2010 erste Schritte zu setzen. Die PERI-Gruppe und Cegedim Dendrite stehen aber schon jetzt jederzeit für ein Gespräch zur Verfügung, damit der Kunde am Ende von dem neuen Produkt profitieren, es sogar noch individuell mitgestalten kann.

„Cegedim Dendrite ist ein klassisches Dienstleistungsunternehmen und kein Software-Provider.“



# Was hat sich im dritten Quartal 2010 im Pharmamarketing verändert?

MARKETINGMIX  
BAROMETER



2010

VON DI (FH) ELENA BERTOLINI

Auch im dritten Quartal 2010 gibt das Marketingmix-Barometer wieder Einblick in die beliebtesten und weniger beliebten Instrumente im Pharmamarketing und zeigt, dass selbst innerhalb weniger Wochen deutliche Veränderungen im Ranking möglich sind.

Erneut haben wir erfahrene Experten aus der Pharmabranche befragt, welche Marketinginstrumente sich derzeit der größten Beliebtheit erfreuen und welche Methoden sich auf den hinteren Plätzen des Rankings wiederfinden. Sind „All-Time-Favourites“ wie Außendienst und Kontakte zu Meinungsführern auch im dritten Quartal wieder ungeschlagen oder hat der rasante Wandel im Pharmamarketing bereits neue Methoden hervorgebracht, die den traditionellen Marketinginstrumenten den Rang ablaufen?

## Dos and Don'ts im Pharmamarketing

Bereits zum dritten Mal in diesem Jahr gibt eine Auswertung der beliebtesten und weniger beliebten Marketinginstrumente Aufschluss über Trends und Neuerungen im Pharmamarketing. Regelmäßige Evaluierungen zeigen, dass sich Tendenzen innerhalb weniger Monate verändern und neue Instrumente schnell Fuß fassen können. Der rasante Wandel im Pharmamarketing kann beliebte Instrumente und erfolgreiche Methoden sprichwörtlich über Nacht zu Fall bringen. Was heute „top“ ist, kann morgen „flop“ sein und umgekehrt. Seit einiger Zeit konstant bleibt allerdings die Spitze der

Top-Marketinginstrumente: Ungeschlagen auf Platz eins und zwei sind auch im dritten Quartal Außendienstmitarbeiter und Kontakte mit Meinungsführern. Ähnlich beständig sieht es auch am anderen Ende des Marketingmix-Barometers aus. Einzige Ausnahme: Das Instrument Guerilla-Marketing arbeitet sich – nach einem schwachen Einstieg auf dem drittletzten Platz – kontinuierlich einen Platz nach oben und scheint sich langsam, aber sicher eine Position im Mittelfeld zu erkämpfen.

## Es tut sich etwas in den Top-drei

Bei der Evaluierung im dritten Quartal 2010 zeigt sich an vorderster Front des Pharmabarometers eine deutliche Veränderung. Den dritten Platz des Rankings belegt dieses Mal PR für Ärzte und Entscheidungsträger. Das Instrument konnte also, im Vergleich zum zweiten Quartal, einen Platz gut machen und unter die Top-drei der erfolgreichsten Marketinginstrumente gelangen. Sponsoring von Kongressen und Fachveranstaltungen ist von Platz neun auf Platz vier nach oben gerutscht. Diese Veränderung kann jahreszeitlich bedingt und auf die erhöhte Anzahl an Kongressen während der Sommermonate zurückzuführen sein. Im Gegensatz dazu ist das Sponsoring von Instituten, Sozial- und Forschungsprojekten von Platz drei auf Platz 16 abgerutscht und macht somit den deutlichsten Sprung nach unten. Die letzten Plätze teilen sich nach wie vor Kunst- und Kultursponsoring sowie Videofilme und Tonbandkassetten. Bei der Fülle an neuen Technologien wird es allerdings nur eine Frage der Zeit sein, bis diese veralteten Instrumente ganz aus dem Ranking verschwunden sind.

## Zwischenstand Q3 2010

MARKETINGINSTRUMENTE	RANG				
	1990*	2000**	(Q1)***	(Q2)***	(Q3)***
Außendienst (Pharmaberater)	1	1	1	1	1
Kontakte mit Meinungsführern	2	2	2	2	2
PR für Ärzte, Entscheidungsträger im med. Bereich	8	6	3	4	3
Sponsoring von Kongressen, Fachveranstaltungen etc.	9	11	8	3	4
Klassische Werbung in TV/Hörfunk/Plakat	3	5	6	5	5
PR für die Bevölkerung in Massenmedien, z.B. Zeitschriften, Magazine	11	3	11	15	6
Direct Marketing – laufender schriftlicher Dialog mit dem Arzt	6	4	10	10	7
Klassische Werbung in Fachzeitschriften	3	5	6	5	8
Lobbying	–	–	4	6	9
Direct Mailings – Informationen an den Arzt, Musteranforderung, Werbebriefe	7	7	5	7	10
Eventmarketing für Ärzte	–	–	13	13	11
Feldstudien/Marketingstudien	4	8	9	8	12
Internet	–	10	12	12	13
E-Mail	–	12	15	21	14
Digitale Medien CD-ROM/DVD	–	14	16	17	15
Sponsoring von Instituten, Sozialprojekten, Forschungsprojekten	9	11	8	3	16
E-Detailing (Produktschulungen etc.)	–	–	14	11	17
Guerilla Marketing (SMS, Blogs, YouTube,...)	–	–	20	19	18
Telefon-Marketing	14	16	18	14	19
PR/Berichte über das Unternehmen, die wirtschaftliche Aspekte darstellen	12	15	19	18	20
Kunst- und Kultur-Sponsoring	15	18	22	20	21
Videofilme/Tonbandkassetten	10	17	21	22	22

\* 1990: Rang 1 bis 15

\*\* 2000: Rang 1 bis 18

\*\*\* 2010: Rang 1 bis 22 (Zwischenstände Q1, Q2 und Q3 2010)

– in dem Jahr nicht erfasst



„Kongresse und Fachveranstaltungen sind ein Sammelpunkt für die Zielgruppen unserer Kommunikation. Es ist hier relativ einfach, zu einem Anlass viele Meinungsführer zu erreichen, indem man Präsenz beweist und im wahrsten Sinne des Wortes auch Flagge zeigt. So wird oder bleibt der eigene Brand in den Köpfen der angestrebten Marketing-Zielschicht permanent präsent.“

**Mag. Johanna Gugler**, Dr. Peithner KG nunmehr GmbH & Co und Austroplant-Arzneimittel GmbH, Unternehmen der Schwabe-Gruppe

„Face-to-Face Kommunikation ist nach wie vor unschlagbar. Die Bedeutung des Außendienstes in der direktesten Art der Vermittlung von Botschaften und auch komplexen Zusammenhängen besticht ungebrochen. Ungeachtet anderer Maßnahmen ist er deshalb nach wie vor zentraler Bestandteil im erfolgreichen Marketingmix.“



**Mag. Verence Veith-Pichler**, Sanova Pharma GesmbH

## ES GEHT WEITER!

Das Marketingmix-Barometer wird in den kommenden Periskop-Ausgaben weiter fortgesetzt – wir freuen uns auf Ihre Rückmeldung:

Welldone GmbH, Werbung und 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

# 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](http://www.pharmig.at)

**PHARMIG**  
Klare Antworten.