

periskop

AUSGABE 48, JULI 2011

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



„GERADLINIGKEIT ALS ZIEL“

DR. REINHOLD MITTERLEHNER,
BUNDESMINISTER FÜR
WIRTSCHAFT, FAMILIE
UND JUGEND

FOKUS BUNDESLÄNDER VORARLBERG

„MACHT DOCH ENDLICH POLITIK“

DR. ERHARD BUSEK,
PRÄSIDENT DES EUROPÄISCHEN
FORUMS ALPBACH





SPITALSREFORM IN OBERÖSTERREICH

Gesundheitsexpertinnen und -experten aus dem ganzen Bundesgebiet haben in Oberösterreich eine Spitalsreform erarbeitet. Die Vorgaben waren durch die zu erwartende zukünftige Bevölkerungsentwicklung und die Steigerung der chronisch Erkrankten klar definiert, hat doch Oberösterreich die höchste Krankenhaushäufigkeit aller Bundesländer und liegt um 21 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Oberösterreich hat auf 1000 Einwohner 1792 Belegstage, Niederösterreich 1591 und Wien als Großstadt 1704. Der Österreichschnitt ohne Oberösterreich beträgt 1625. Hier

den Hebel anzusetzen halte ich für absolut notwendig – wenn wir auch in Zukunft ein qualitätsgesichertes Gesundheitssystem wollen.

Zusätzlich plagt Oberösterreich – wie andere Bundesländer auch – die demografische Veränderung seiner Einwohner: Die Anzahl älterer Leute zulasten der Jungen wird weiter zunehmen. Derzeit leben in unserem Bundesland 23 Prozent Menschen unter 20 Jahren. 2040 werden es nur mehr 18 Prozent sein. Der Anteil der über 65-Jährigen wird sich im gleichen Zeitraum von 16 auf 29 Prozent nahezu verdoppeln und die Anzahl chronischer Krankheiten deutlich zunehmen. Eine sozial- und gesundheitspolitische Herausforderung sondergleichen. Die Landespolitik hat darauf reagiert und eine Expertenkommission damit beauftragt, die derzeit hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung auch für die Zukunft sicherzustellen.

Dass bei diesem Ziel natürlich auch die zukünftigen Ressourcen – sprich Geld – zu beachten sind, ist nicht nur logisch, sondern auch unabdingbar. Durch den zu erwartenden Fortschritt in der Medizin und die demografische Entwicklung der Bevölkerung müssen die Spitalsleistungen im medizinischen und administrativen Bereich optimiert werden. So kann man alle unnötigen Kosten vermeiden, die den Patientinnen und Patienten keinen Nutzen bringen. Auch eine verbesserte Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich wird notwendig sein, um die heutigen und zukünftigen Kosten besser in den Griff zu bekommen. Dazu gehört natürlich die Initiierung von Modellprojekten zur verbesserten Planung und Steuerung zwischen dem intra- und extramuralen Bereich. Das zeigt auch das Nahtstellenmanagement in Oberösterreich. Nach vielen Wochen der intensiven Arbeit wurde das Vorschlagspapier der Experten mit zehn Stimmen und einer Gegenstimme beschlossen und in einer Pressekonferenz der Bevölkerung vorgestellt. Derzeit

wird es heftig diskutiert und – obwohl alle politischen Kräfte unseres Landes für eine Spitalsreform sind – auch kritisiert. Sachliche Kritik ist positiv und durchaus erwünscht, denn nur durch eine konstruktive Auseinandersetzung mit Problemen kann ein breiter Konsens gefunden werden, den alle mittragen können.

Ein geplanter Abbau von ungefähr 760 Akutbetten – das sind rund neun Prozent aller Betten – bedeutet für die betroffenen Spitäler verständlicherweise eine Herausforderung für die Zukunft. Durch Verschiebungen von medizinischen Leistungen von einem Spital in ein anderes ergeben sich Veränderungen – auch für die Bevölkerung durch andere Anfahrtswege. Das ändert aber nichts an der Tatsache, dass unser Leistungs- und Qualitätsstandard in Oberösterreich ohne Spitalsreform nicht zu halten sein wird.

Veränderungen rufen bei Betroffenen zumeist Ängste hervor. Diesen muss man durch Transparenz und in einem offenen Dialog begegnen. In dieser Phase befinden wir uns. Einige wesentliche Zusagen wurden bereits gemacht: Es wird kein Spital geschlossen und es wird keine Kündigungen beim vorhandenen Personal geben. Der zukünftige Bettenbedarf anhand der Kenngröße „Belegstage je 1000 Einwohner“ auf Basis der Durchschnittswerte Österreichs, umgelegt auf die Einwohner je Altersgruppe, wird berechnet. Die Auswirkungen der zu erwartenden demografischen Entwicklung auf die Krankenhaushäufigkeit unserer Bevölkerung wird berücksichtigt. Tagesklinische und ambulante Leistungen sollen stärker genutzt und eine optimierte und daher bessere Abstimmung zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich herbeigeführt werden. Notwendigkeiten, gegen die niemand sein kann, außer man möchte die Reform bereits im Ansatz verhindern. Grundsätzlich ist jenen zu danken, die den Anstoß zur Veränderung gegeben haben, und jenen, die an diesem Reformpapier mitgearbeitet haben. Sowie natürlich auch den Menschen, die die Reformen mittragen und sinnvoll umsetzen.

Verantwortung für die Zukunft unseres Landes und dessen Menschen zu übernehmen, bedeutet auch, sich in den Diskurs und auf den Dissens einzulassen, um am Ende des Tages die richtigen Weichen rechtzeitig gestellt zu haben, meint ihr Thomas Veitschegger.

*DER HL.VEIT (VITUS) IST EINER DER 14 NOTHELFER UND SCHUTZPATRON DER APOTHEKER.

Leserstimmen:

Dr. Josef Pühringer
Landesheuptmann

Herrn
Franz Bittner
Peri Human Relations GmbH
Lazarettgasse 19/OG 4
1090 Wien

4. Jänner 2011

Sehr geehrter Herr Bittner!

Ich komme zurück auf Ihr Schreiben betreffend die Hämodialyse versus Peritonealdialyse und kann dazu folgende Rückmeldung geben:

• Oberösterreich verfügt über eine gut ausgebaute, regional verteilte Struktur an stationären Hämodialysen in den Fondskrankenanstalten, die den Vorgaben des aktuellen ÖSG/RSG entsprechen. Was die Anzahl von Nierentransplantationen anbelangt, liegt Oberösterreich im österreichischen Spitzenfeld. Die Peritonealdialyse wurde bis vor einigen Jahren in Oberösterreich nicht angeboten, was mit den damals agierenden verantwortlichen Ärzten in den Krankenanstalten zusammenhängt.

Seit dem Jahr 2008 wird allerdings am Krankenhaus der Elisabethinen, auf Basis eines von der Abteilung Gesundheit und dem KH der Elisabethinen ausgearbeiteten Konzepts, die Peritonealdialyse mit jährlich steigenden Patientenzahlen eingesetzt.

Um internationale Versorgungswerte der Peritonealdialyse von 15 bis 20 Prozent der Patienten mit Niereninsuffizienz erreichen zu können, wollen wir diese Versorgungsschleife in den nächsten Jahren weiter ausbauen. Dazu sind wir auch bereits in Kontakt mit der COGKK, die bei dieser Versorgungsform die Medikamenten- und Gerätekosten übernehmen muss.

Wir hoffen in diesem Sinn eine weitere Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Niereninsuffizienz zu erreichen. Ich bedanke mich in diesem Zusammenhang für Ihre Bemühungen zur Bewusstseinsbildung und verbleibe mit besten Grüßen

Ihr
Dr. Josef Pühringer

4021 Linz, Landhausplatz 1, Tel. (+43 732) 77 20-11100, Fax (+43 732) 77 20-117 90, www.land-ooe.gv.at

BUNDESKANZLERAMT ÖSTERREICH

Herrn Mag. Thomas Kratzer
Lazarettgasse 19/OG 4
1090 Wien

Wien, am 8. April 2010

Sehr geehrter Herr Mag. Kratzer!

Im Namen von Herrn Bundeskanzler Werner Faymann darf ich mich für Ihr Schreiben vom März 2010 sowie die Übermittlung des beizulegenden „ULTIMA RATIO“ bedanken.

Wie bereits in meiner letzten Antwort möchte ich betonen, dass der Herr Bundeskanzler Ihren regelmäßigen Beitragen zur gesundheitspolitischen Diskussion große Wertschätzung entgegen bringt und die zur Verfügung gestellten Informationen auch weiterhin in seine Arbeit mit einfließen lassen wird.

In diesem Sinne verbleibe ich

Mit freundlichen Grüßen
Wolfgang Kerndl

SVA Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

Herrn
Franz Bittner
Peri Human Relations GmbH
Lazarettgasse 19/OG 4
1090 Wien

Wien, am 11. März 2011

Sehr geehrter Herr Geschäftsführer, lieber Franz!

Zunächst vielen Dank für Dein Schreiben und die darin vermittelten, sehr interessanten Informationen. Ich teile Deine Meinung, technologische Entwicklungen wie beispielsweise das von Euch initiierte Telemonitoring Projekt für Patienten mit Bluthochdruck werden in Zukunft einen entscheidenden Beitrag zur Behandlungsqualität leisten und sich somit auch positiv auf die Kosteneffizienz im Gesundheitswesen auswirken.

Somit ist dieses Thema natürlich auch für die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) von höchstem Interesse. Derzeit prüfen wir gerade verschiedene Anwendungsmöglichkeiten für telemedizinische Anwendungen in der SVA, insbesondere im Bereich der Rehabilitation. Sobald wir diese internen Analysen abgeschlossen haben, geben wir Dir Bescheid, um in eine verteilte Diskussion eintreten zu können.

Ich freue mich auf weitere Gespräche zum Thema, wünsche Dir einwillkommenes Gutes und verbleibe

Mit freundlichen Grüßen
Mag. Peter McDonald

Ein Plus für UnternehmensInnen

EDITORIAL



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Die EHEC-Infektionen in Deutschland haben uns zuletzt wieder eindrucksvoll vor Augen geführt, wie bedeutsam ein richtiges Krisenmanagement im Gesundheitswesen ist. „Transparenz schaffen, faktenbasiert aufklären, die Bevölkerung informieren“ – in diesem Sinne stand Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner den heimischen Medien in den letzten Wochen Rede und Antwort. Seit März ist Rendi-Wagner Leiterin der Sektion III, Öffentlicher Gesundheitsdienst und medizinische Angelegenheiten, im Gesundheitsministerium. Auch das Periskop bat die viel beschäftigte Epidemiologin zum Gespräch über Aufgaben im öffentlichen Gesundheitswesen.

Dr. Reinhold Mitterlehner, Bundesminister für Wirtschaft, Familie und Jugend, stand für das Coverstory-Interview dieser Ausgabe zur Verfügung. Im Periskop sprach er über den Stellenwert der Gesundheitsvorsorge für die österreichische Wirtschaft, zog Bilanz über seine bisherige Amtszeit und erzählte von seinen Vorbildern.

Er ist der „Elder Statesman“ schlechthin, seine Einschätzung wird gerne eingeholt, wenn mahnen- und richtungweisende Worte zur politischen Lage angebracht sind: Dr. Erhard Busek, Präsident des Europäischen Forums Alpbach, sprach im Periskop-Interview über seine Zeit in der österreichischen Politik, seine bisherige Amtszeit beim Forum Alpbach sowie über Herausforderungen, die aus seiner Sicht in den nächsten Jahren auf das Gesundheitswesen zukommen werden.

Während Frauen regelmäßig zum Gynäkologen gehen, finden Männer den Weg zum Urologen eher selten. Sie gehen nämlich erst zum Arzt, wenn's weh tut. Auf Initiative des Berufsverbandes der Österreichischen Urologen, der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und der Österreichischen Ärztekammer wurde eine österreichweite Awarenesskampagne initiiert, die der Männergesundheit einen höheren Stellenwert einräumen soll. Unter dem Motto „Schauen Sie auf ihn!“ entstand eine frische, originelle Kampagne, die Frauen dazu animiert, „ihre liebsten Männer über 40 zum Urologen zu schicken“. Dr. Karl Dorfinger, Präsident des Berufsverbandes der Urologen, und Univ.-Doz. Dr. Stephan Madersbacher schildern im Blattinneren die Anliegen dieser Informationskampagne.

Auf Initiative des Landes Oberösterreich fand am 7. Mai im Linzer Oberbank Donau Forum erstmals der „Aktionstag Diabetes Oberösterreich 2011“ statt. Die Veranstaltung richtete sich an Interessierte sowie Betroffene und deren Angehörige und wurde auf Anhieb zu einem Publikumserfolg. Im Blattinneren finden Sie einen ausführlichen Rückblick auf den Aktionstag.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre mit der zweiten Ausgabe des Jahres und gleichzeitig einen herrlichen Sommer!

Ihr

Hans Kratzer und Robert Riedl

Und das erwartet Sie im nächsten Periskop: Die Reihe „Focus Bundesländer“ betrachtet die Gesundheitslandschaft von Wien. Im Geschäftsführerinterview stellt sich Elisabeth Prchla der Merck GmbH vor. Weiters interviewen wir Rainer Henning, PhD, den neuen CEO von Biomay, berichten über das IMABE-Symposium „Lebensstil und persönliche Verantwortung“ und gewähren Ihnen Einblick in die Alpbacher Reformgespräche.

INHALT

Kommentar Mag. pharm. Thomas Veitschegger, Leserstimmen	2
Editorial, Zur Sache, Impressum	3
Coverstoryinterview mit Dr. Reinhold Mitterlehner, Bundesminister für Wirtschaft, Familie und Jugend	4
Rückblick Aktionstag Diabetes Oberösterreich 2011	6
Interview mit Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner	8
Informationsveranstaltung zum 3. Welt-Multiple-Sklerose-Tag	10
Interview mit MR Dr. Helga Azem, Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft	11
UPDATE Europe	12
Rückblick Symposium Forschung und Innovation	13
Focus Bundesländer Vorarlberg	14
Kolumne MR Dr. Walter Dörner	18
Vorstellung der Kampagne „Frauen, die auf Ihre Männer schauen.“	19
Interview mit Dr. Stephan Madersbacher	20
Interview mit Dr. Karl Dorfinger	21
Interview mit Dr. Otto Pjeta	22
Welldone Lounge	23
Interview mit Dr. Erhard Busek	26
Erster Österreichischer Patientenbericht COPD	28
Rückblick Diskussion: Forschung und Ethik	30
Interview mit Mag. Roman Gamerith, Geschäftsführer Sanofi Österreich	32
IGEPHA: 47. Jahrestreffen der AESGP	35
MEGRA-Konferenz	36
Communications Manager im Gespräch: Martha Bousek, GSK Pharma GmbH	38
Gesundheit in TV, Radio, Print und Internet: Niederösterreichische Nachrichten	39
Interview mit Univ.-Prof. Dr. Ibrahim Elmadfa	40
Bericht Verleihung E.T.Award 2011 und Leben mit Krebs	42
Kolumne Reinhard Riedl	43

Zur Sache Alkoholsucht, eine von der Gesellschaft akzeptierte Suchterkrankung



Alkohol ist in Österreich ein Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens. Kaum eine Veranstaltung – ob wissenschaftlicher Vortrag, ein Event oder Firmenfest – kommt beim Small Talk ohne alkoholische Getränke aus. Auch im privaten Bereich hat Alkohol eine akzeptierte Stellung, Österreich ist ein Land von Weinexperten. Wer von uns hat nicht zu fortgeschrittener Stunde, die Vorzüge so mancher Winzerprodukte gelobt und sich als Amateursommelier hervorgetan. Alkohol ist eben ein zentraler Bestandteil unserer Traditionen. In so manchem Wienerlied hat der Wein, so wie auch das Sterben – „es wird a Wein sein, und wir werden nimmer sein“ – seine musikalische Verewigung gefunden und dadurch werden die Gefahren des Alkohols für manche Menschen singend reduziert.

Durchschnittlich trinken die Österreicherinnen und Österreicher 108 Liter Bier und 32 Liter Wein im Jahr und nehmen dadurch pro Tag 23,6 Gramm reinen Alkohol zu sich. In den fünfziger Jahren war es ungefähr die halbe Menge. Ein untrügliches Zeichen, dass mit zunehmendem Wohlstand auch die Alkoholgefährdung steigt und die entstehenden sozialen Probleme, die durch Alkoholsucht hervorgerufen wird, in der Bevölkerung stark zunehmen. Noch deutlicher wird die Statistik im Detail. 2006 wurden bei Männern und Frauen 29.428 Alkoholabhängigkeitsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) in Krankenanstalten gestellt. Männer liegen mit 21.821 Fällen deutlich vor den Frauen, die 7.607 Fälle für sich verbuchen konnten. Die Tendenz zur Alkoholsucht bei Frauen ist steigend.

Alkohollräusche kennt eine knappe Mehrheit der erwachsenen österreichischen Bevölkerung aus eigener Erfahrung und nur ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung hat noch keinen Schwips erlebt. 52 Prozent der österreichischen Bevölkerung gaben zu, bereits einen Vollrausch (64 % der Männer und 42 % der Frauen) gehabt zu haben und 75 Prozent waren bereits einmal betrunken (84 % der Männer und 68 % der Frauen). Somit hat ungefähr zwei Drittel der Bevölkerung Erfahrungen mit Alkohol gemacht. Wenn man den Medien glauben schenken kann, nehmen Vollräusche bei Jugendlichen in den letzten Jahren deutlich zu. Wer kennt nicht die Meldungen über Jugendliche, die sich fast „Totgesoffen“ haben und mit schweren Alkoholvergiftungen in Spitäler eingeliefert worden sind. Solche „Mutproben“ werden von den Erwachsenen gesellschaftlich nicht toleriert und oft bei einem guten Glas Wein diskutiert. Dieses Verhalten der Erwachsenen führt zu einer negativen Vorbildwirkung und die „Jugenddräusche“ nehmen auch bewiesenermaßen zu. Die Statistik der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde in Graz zeigt, dass 1990 „nur“ sechs Jugendliche wegen Alkoholmissbrauch eingeliefert wurden. 2007 waren es bereits 189 Fälle. Jeden zweiten Tag einen Jugendlichen wegen Alkoholvergiftung zu reanimieren ist ein zweifelhafter Rekord, den die Ärztinnen und Ärzte der Uni-Klinik bewältigen müssen.

Wenn man den Verlauf des Alkoholkonsums bis ins hohe Alter analysiert, so muss man bedenken, dass AlkoholikerInnen, also Personen, die besonders oft und viel Alkohol trinken, erheblich früher sterben.

Jeder 10. Österreicher erkrankt im Laufe seines Lebens an Alkoholismus und Alkoholiker sterben durchschnittlich 17 Jahre und Alkoholikerinnen 20 Jahre früher als Nichtalkoholiker.

Österreich nimmt im Ranking „Tod durch Leberzirrhose auf hunderttausend Einwohner“ den zweifelhaften 9. Platz ein, Deutschland liegt knapp hinter uns auf dem 11. Platz. In Österreich sterben jährlich durchschnittlich 34,7 Menschen, gemessen an hunderttausend Einwohnern, an Leberzirrhose. Klar vor uns sind nur: Ungarn, Rumänien, Litauen, Slowakei, Kroatien, Estland, Slowenien und Finnland.

Die Probleme die Alkoholikerkrankungen hervorrufen sind vielfältig und betreffen alle gesellschaftlichen Schichten. In der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung wird zwar der Nutzen von Alkoholika (Produktion, Vertrieb und Verkauf) dargestellt, leider aber nicht der Schaden, der durch Alkoholmissbrauch entsteht.

Hohe Kosten durch Alkoholmissbrauch und Alkoholismus erwachsen dem österreichischen Staat und dem Sozialsystem einnahmenseitig durch den Wegfall von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen bei Personen, die alkoholbedingt nicht oder nur in verringertem Umfang am Arbeitsprozess teilnehmen können, und ausgabenseitig durch Behandlungskosten für alkoholverursachte Krankheiten und Unfälle.

Auch die unmittelbar und mittelbar betroffenen Personen leiden oft extrem unter ihrer Sucht. Alkoholsucht führt oft zu Arbeitsplatzverlust, Verkehrsunfällen, Scheidungen, Misshandlungen, Obdachlosigkeit, Kriminalität und in manchen Fällen zum Selbstmord. Ein Teufelskreis, aus dem es für viele Menschen schwer ein Entrinnen gibt. Umso wichtiger sind die Unterstützungen und Rehabilitationsmöglichkeiten, die für Alkoholiker in Österreich zur Verfügung stehen: dabei ist jede Maßnahme zur Reduktion des Alkoholkonsums sinnvoll! Derzeit stehen ungefähr 880 Betten für die Behandlung von Alkoholabhängigen in stationären Einrichtungen zur Verfügung. Diese Einrichtungen – wie zum Beispiel das Anton Proksch Institut in Wien, werden in der Form von Sonderkrankenanstalten geführt. Die Kosten für die Behandlung werden von den Sozialversicherungsträgern bzw. von den jeweiligen Sozialhilfeträgern übernommen. Angeboten werden ambulante- sowie auch stationäre Behandlungen.

Für die Zukunft wäre es wichtig, dass die Länder und die Sozialversicherung, stärker als bisher, sich der Alkoholsuchtproblematik annehmen, indem sie die Bevölkerung – vor allem die Jugendlichen – über die Risiken von Alkoholmissbrauch aufklären und ambulante Entzugsprogramme für Alkoholiker entwickeln, ähnlich wie sie es für die Nikotinabhängigen erfolgreich getan haben.

Herzlichst Ihr

Nestor

IMPRESSUM: Verleger und Eigentümer: Peri Consulting GmbH, Herausgeber: Mag. Hans Kratzer. Geschäftsführung: Mag. Hans Kratzer, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien; Redaktionsanschrift: Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Telefon: 01/4021341-0, Fax: DW 18, E-Mail: pr@welldone.at; Autoren: Nina Bennett, Walter Dörner, Elisabeth Kranawetvogel (Leitung), Kurt Moser, Sabine Sommer; Art Direktion: Dieter Lebesch; Grafik: Sonja Huber, Isabelle Lampaert, Natascha Windpassinger, Alexander Svec; Fotos: Ärztekammer (1), Brunnbauer (1), Care Company/ Schedl (3), Grabher (9), Haidinger (1), Hartl (39), IGEPHA (4), Kaser (1), Miletits (73), Pfluegl (55), Pichler (5), Preiss (3), Privat (3), Rigaud (1), Vorarlberger Landesregierung (1), Wiener Bezirkszeitung/Laubner (2). Lektorat: Ursula Sorz; Druck: Druckerei Odysseus. 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.

„Geradlinigkeit als Ziel“

Seit Dezember 2008 ist Dr. Reinhold Mitterlehner Bundesminister für Wirtschaft, Familie und Jugend. Im Periskop-Interview sprach er über den Stellenwert der Gesundheitsvorsorge für die österreichische Wirtschaft, zog Bilanz über seine bisherige Amtszeit und erzählte von seinen Vorbildern.

P: Sie sind seit Dezember 2008 Bundesminister für Wirtschaft, Familie und Jugend. Wie sehen Ihre Ziele und Pläne in dieser Position aus? Welche davon konnten Sie schon verwirklichen und wo gibt es noch Aufholbedarf?

Mitterlehner: Ende 2008, unmittelbar nach dem Beginn meiner Tätigkeit, hat die größte Wirtschaftskrise in der Zweiten Republik begonnen. Es ist uns gelungen, rasch die richtigen Gegenmaßnahmen zu setzen. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern hat Österreich die Krise ausgezeichnet überstanden. Maßnahmen wie die Förderaktion für die thermische Sanierung, die große Steuerreform und die Verschrottungsprämie haben die Inlandskonjunktur stimuliert. Gleichzeitig haben wir die Finanzierung der Unternehmen durch das Angebot zinsgünstiger Kredite und Haftungen gesichert sowie durch Instrumente wie die Kurzarbeit gute Rahmenbedingungen geschaffen. Jetzt geht es darum, die positiv eingeleitete Umstrukturierung der österreichischen Wirtschaft weiter zu unterstützen. Was die Produkte betrifft, müssen wir zum Beispiel noch stärker in Richtung Ökoinnovationen gehen. In Bezug auf die Exportmärkte geht der Trend stärker von Europa weg und hin zu neuen Zukunftsmärkten – um das Risiko zu diversifizieren. Wir setzen in diesem Zusammenhang auf eine neue „Triple-I“-Strategie, mit der wir Innovationspotenziale heben, Investitionen unterstützen und die Internationalisierung fördern. Ein besonderer Fokus liegt auf der Einbeziehung von Klein- u. Mittelbetrieben, dem starken Rückgrat der österreichischen Wirtschaft.

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

Mitterlehner: Bei der angesprochenen Unterstützung der Umstrukturierung der heimischen Wirtschaft sind uns vor allem die Tourismus- und die Energiestrategie sehr wichtig. Bei Ersterer geht es darum, dass wir im Tourismus nicht vorrangig und ausschließlich auf den deutschen Gast setzen, sondern auch neue Chancenmärkte wie Brasilien,

Indien oder China rechtzeitig bearbeiten. Zusätzlich fokussieren wir die Marketingstrategie in den Auslandsmärkten auf unsere drei Alleinstellungsmerkmale Alpen, Donau und Seen sowie Städte und Kultur. Ein zweites großes Projekt ist die Umsetzung einer zukunftsorientierten Energiepolitik. Wir haben daher schon im Vorjahr, also rund ein Jahr vor dem Atomunglück von Fukushima, eine neue Energiestrategie entwickelt, die auf das Jahr 2020 ausgerichtet ist. Wichtige Eckpunkte dabei sind die Steigerung der Energieeffizienz und ein neues Ökostromgesetz, mit dem wir den Anteil erneuerbarer Energien ausbauen und unabhängig von Atomstromimporten werden. Nur wenn wir die Relation zwischen Input und Output im Energiebereich auf allen Ebenen verbessern, können wir die Energie- und Klimaziele der Europäischen Union erreichen.

P: Wie sehen Sie die derzeitige politische Situation in Österreich in Bezug auf Reformen (Gesundheit, Verwaltung, Bildung und Pensionen)? Wo sehen Sie Verbesserungspotenzial? Was hat sich bisher als erfolgreich erwiesen?

Mitterlehner: Politisch und wirtschaftlich gesehen, liegen wir im internationalen Vergleich weit besser, als Medien und Opposition dies sehen wollen und darstellen. Natürlich gibt es auch Reformbedarf. Das Problematische ist allerdings, dass zwar jeder Verbesserungen und Veränderungen will, es aber unterschiedliche Zugänge zur Problemlösung gibt. Gesundheit soll weniger kosten, aber keine Leistungen einschränken. Verwaltung soll einfacher sein, aber niemand will Aufgaben abgeben. Viele Diskussionen enden auch in der Auseinandersetzung zwischen Zentralismus und Föderalismus. Das Pensionssystem soll reformiert werden, aber aktive Pensionisten wollen das Pensionsantrittsalter erhöhen, während arbeitende Bürger die Pensionsleistungen einbremsen möchten. Am erfolgreichsten sind wir jedoch immer dann, wenn Reformen Schritt für Schritt umgesetzt werden. Dazu kommt freilich, dass manches nur mit einem bestimmten Leidensdruck geht. Und auch wenn entsprechende EU-Vorgaben kommen. Ansonsten ist es in Österreich oft so, dass zwar Erfolge gerne verteilt, aber Sanierungsmaßnahmen nicht solidarisch gelöst werden.

P: Wann und warum haben Sie sich für eine politische Karriere entschieden? Und warum für das Ressort Wirtschaft, Familie und Jugend?

Mitterlehner: Eine politische Laufbahn ergibt sich in vielen Fällen einfach. Bei mir war es so, dass ich über die Tätigkeit im Wirtschaftsbund, in der Wirtschaftskammer sowie im Wirtschaftsausschuss des Nationalrats immer intensiv mit wirtschaftlichen Fragen beschäftigt war. Das hat schließlich zur entsprechenden Kompetenz und Verantwortung für das Ministeramt geführt.

P: Sie kombinieren in Ihrem Amt Wirtschaft und Jugend. Wie wichtig ist Ihnen die Förderung junger Nachwuchskräfte? Gibt es Bereiche, in denen spezielle Förderprogramme für junge Arbeitnehmer und Berufseinsteiger angeboten werden?

Mitterlehner: Ich halte die Kombination von Wirtschaft und Jugend für goldrichtig. Mir ist die Förderung junger Menschen ein großes Anliegen. Dabei schaffen wir nicht nur gute Rahmenbedingungen für die Berufsausbildung, sondern setzen auch darauf, dass sich die Jugendlichen im gesellschaftlichen und beruflichen Leben optimal einbringen können. Das gilt für Beratungsangebote, aber auch für Aktivitäten wie unsere Redewettbewerbe, bei denen ein junger Mensch lernt, sich mit anderen zu vergleichen und zu messen. Gleichzeitig bieten wir eine Reihe von Förder- und Beratungsprogrammen für Jugendliche an. Darüber hinaus unterstützen wir insbesondere Jungunternehmer. Unsere Förderbank Austria Wirtschaftsservice bietet zum Beispiel eine eigene Jungunternehmer-Aktion an, die Investitionszuschüsse und Haftungen für Kredite umfasst.

P: Welchen Stellenwert haben Gesundheitsvorsorge und Prävention für die österreichische Wirtschaft? Wie steht es Ihrer Meinung nach um die betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich? Gibt es hier bereits genug Initiativen oder noch Aufholbedarf?

Mitterlehner: Das Thema wird volkswirtschaftlich und auch für die einzelnen Betriebe immer wichtiger. Warum? Weil die demografische Entwicklung dazu führt, dass immer weniger junge Arbeitskräfte nachrücken. Das heißt, dass mit dem vorhandenen Potenzial im eigenen Interesse sorgfältiger umgegangen werden muss. Schon deswegen lancieren die Betriebe mehr Programme und Initiativen für Gesundheitsförderung. Wahrscheinlich wird es künftig so sein, dass jene Unternehmen, die entsprechende Anreize bieten können, auch am Markt attraktiver und somit wettbewerbsfähiger sein werden. Aus meiner Sicht gibt es hier schon jetzt eine Reihe von guten Programmen, die teilweise von den Sozialversicherungsträgern und Gebietskrankenkassen initiiert wurden, aber auch von den Interessenvertretungen. Prävention und Gesundheitsvorsorge ist gleichzeitig das wichtigste Mittel, um Berufsunfähigkeit und Invalidität entgegenzutreten. Wir haben im internationalen Vergleich auf allen Ebenen noch Aufholmöglichkeiten.

P: Als Ihr großes Vorbild nennen Sie Ernst Happel. Können Sie uns erläutern, warum?

Mitterlehner: Meine politischen Vorbilder sind schon seit längerer Zeit Franz Leitenbauer, ein besonders basisverbundener früherer Landtagsabgeordneter aus meinem Heimatbezirk, und auf der anderen Seite Ernst Happel. Warum? Weil er mir durch seine unorthodoxe Art, vor allem aber durch seine Geradlinigkeit und seine teilweise lakonischen Aussagen sehr imponiert hat. Ebenfalls bewundert habe ich seine große Selbstdisziplin. Auch mein Ziel ist es, eine gerade Linie beizubehalten und nicht einem bestimmten Opportunitätsdenken, das in der Politik nicht unüblich ist, zu unterliegen.

P: Was möchten Sie, dass man nach Ihrer Amtszeit über Ihr Wirken sagt? Was soll im Gedächtnis der Bevölkerung verankert werden?

Mitterlehner: Vielleicht etwa: „Er hat mitgeholfen, die größte Wirtschaftskrise der Zweiten Republik zu bekämpfen, und den Kontakt mit der Basis nie verloren.“

BioBox: Dr. Reinhold Mitterlehner wurde als erstes von sechs Kindern in Helfenberg im Mühlviertel als Sohn eines Polizeibeamten geboren. Er besuchte das Gymnasium in Rohrbach und studierte Jus an der Johannes-Kepler-Universität in Linz. Danach kam er über die Wirtschaftskammer, den Wirtschaftsbund und das Parlament zu seiner heutigen Funktion. Zu seinen Hobbys zählen Lesen, Mountainbiken und Tarockspielen.

„Ein besonderer Fokus liegt auf der Einbeziehung von Klein- u. Mittelbetrieben, dem starken Rückgrat der österreichischen Wirtschaft.“





Rückblick: Aktionstag Diabetes Oberösterreich 2011

Publikumstag in Linz war ein voller Erfolg!

AKTIONSTAG Diabetes OÖ 2011

Chronische Krankheiten wie Diabetes sind auf dem Vormarsch. Mehr als 500.000 Menschen in Österreich leiden an der Zuckerkrankheit. Auch in Oberösterreich gibt es bereits rund 70.000 Betroffene. Die Betreuung chronisch Kranker wird daher in Zukunft eine große Herausforderung in der Gesundheitsversorgung darstellen. Auf Initiative des Landes Oberösterreich fand am 7. Mai im Linzer Oberbank Donau Forum der Aktionstag Diabetes Oberösterreich 2011 statt. Die Veranstaltung richtete sich an Interessierte sowie Betroffene und deren Angehörige. Im Rahmen der Veranstaltung diskutierte zudem eine hochkarätig besetzte Expertenrunde über neue Wege, Möglichkeiten und Umsetzungsvorschläge in der Prävention und Behandlung von Diabetes sowie über Disease-Management-Programme.

Rund tausend Menschen folgten der Einladung zum Aktionstag Diabetes ins Linzer Oberbank Donau Forum. Allen Oberösterreichern und Oberösterreichern sollte es bei dieser Veranstaltung ermöglicht werden, sich über Vorsorge, Früherkennung, Therapie und therapiebegleitende Maßnahmen zu informieren. Auf einer eigenen Mess-Straße konnten die Besucher bei einzelnen Stationen eine Vielzahl von gesundheitsrelevanten Parametern feststellen lassen. Zahlreiche Expertinnen und Experten – sowohl Mitglieder der Ärzten und Apothekerschaft als auch Diätologen – standen vor Ort für die individuelle Beratung zur Verfügung. Renommierte Vertreter aller gesundheitsrelevanten Berufe referierten zu den Schwerpunkten Ernährung, Prävention und Früherkennung von Diabetes, Disease-Management-Programme (DMPs), Gesundheitsversicherung, medikamentöse Therapie sowie Gesundheitsrisiko bei Diabetes.

Oberösterreichs Wege in der Diabetesversorgung: „Gut in der Gegenwart. Besser in der Zukunft.“

Nach der Begrüßung des Publikums durch Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer folgte am Nachmittag mit einer prominent besetzten Podiumsdiskussion das Programmhilighlight des Aktionstags. Hier diskutierten Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer, Sozialversicherer Mag. Peter McDonald, Vertreter der Spitzenmedizin und der Apothekerschaft sowie der Dachverband der Selbsthilfegruppen Oberösterreichs mit Diabetikern über weitere Verbesserungen in der Betreuung. In seinem Einführungsstatement betonte Dr. Josef Pühringer, dass sich das Land Oberösterreich stets um die bestmögliche Betreuung von Diabetesbetroffenen bemüht habe: „Langfristiges Ziel muss es sein, Diabetesneuerkrankungen zu verringern. Derzeit gibt es rund 70.000 Diabetiker in Oberösterreich. Wir müssen uns aber auf einen deutlichen Anstieg einstellen. Zum einen weil es in Zukunft immer mehr ältere Menschen geben wird, zum anderen weil die Anzahl junger Übergewichtiger steigt. Daher setzen wir auf Prävention“, so Dr. Pühringer. Und weiter: „Ich halte aufklärende Maßnahmen für besonders wichtig und hoffe, dass die Besucher möglichst viel an Information vom Aktionstag Diabetes Oberösterreich 2011 mitnehmen konnten.“ Dr. Pühringer zitierte zudem eines der oberösterreichischen Gesundheitsziele von 2006, in dem es hieß, „dass bis zum Jahr 2010 die Häufigkeit von Diabetesfolgen wie Amputationen, Blindheit und Nierenversagen um 15 Prozent gegenüber dem Jahr 2000 reduziert“ werden solle. „Heute kann ich feststellen, dass wir dieses Ziel durch eine



gemeinsame Kraftanstrengung fast erreicht haben.“ Er betonte außerdem die Bedeutung des Programms „Therapie aktiv“ für Oberösterreich: „Damit wir zukünftig noch erfolgreicher sind, haben die oberösterreichischen Apotheker ein zusätzliches Konzept entwickelt. Es soll einerseits ermöglichen, die unerkannten Diabetiker rechtzeitig zu ‚finden‘, um sie einer Therapie beim Hausarzt zuzuführen, und andererseits die diagnostizierten dazu motivieren, an ‚Therapie aktiv‘ teilzunehmen – wie wir dies bereits im oberösterreichischen Reformpool beschlossen haben.“

Apotheker nehmen wichtige Rolle in der Diabetikerversorgung ein

Mag. pharm. Thomas Veitschegger, Präsident der oberösterreichischen Apothekerkammer, sprach sich für eine verstärkte Einbindung von Apotheken in die Versorgung chronisch Kranker aus, besonders aufgrund ihres niederschweligen Zugangs. „Rund um die Uhr stehen in Apotheken ausgebildete Arzneimittelfachkräfte bereit, um Patienten zu beraten. Eine Apotheke in Wohnortnähe ist jederzeit erreichbar, auch am Wochenende und an Feiertagen. Sowohl bei der Früherkennung als auch bei der Motivation zu einer Teilnahme an einem DMP können die Apotheker unterstützend wirken“, so Mag. pharm. Veitschegger. „Vor allem im Diabetesbereich wird seit Jahren mit speziellen – auf die Patientinnen und Patienten abgestimmten – Programmen gearbeitet. So wurde in Oberösterreich bereits vor Jahren von der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, der Ärztekammer und der Diabetologischen Gesellschaft das Konzept ‚Diala‘ – heute ‚Therapie aktiv‘ – entwickelt, das auf die besonderen Therapiebedürfnisse der Betroffenen eingeht. Auch das Land Oberösterreich hat im Spitalsbereich seine Diabetesambulanzen ausgebaut, dadurch die medizinische Qualität erhöht und eine deutliche Verbesserung für diese Patientengruppe erreicht“, erklärte Dr. Rebhandl. „Derzeit gibt es in Österreich etwa zehn Prozent Typ-2-Diabetiker – davon 70.000 bis 100.000 in Oberösterreich –, die medizinisch betreut werden, und geschätzte 180.000 nicht therapierte Menschen. Eines der wichtigsten Ziele der Gesundheitspolitik sollte es sein, diese unbekannt Diabetiker zu finden und sie einer angemessenen Therapie zuzuführen. Dabei sollte Oberösterreich wiederum einen neuen Weg beschreiten, indem die Apotheker – noch stärker als bisher – nach einem strukturierten Prozess in die Betreuung von Diabetikern miteinbezogen werden“, so Mag. pharm. Veitschegger weiter. Die Anwesenden

medizinischen Experten begrüßten unisono den Vorschlag von Präsident Veitschegger. Dr. Michael Hohl, Präsident des Dachverbands der oberösterreichischen Diabetikervereinigungen, erläuterte die Rolle der Selbsthilfebewegung bei chronisch Kranken: „Diabetiker benötigen ein strukturiertes Management ihrer chronischen Erkrankung, das viel Motivation und Disziplin erfordert. Selbsthilfegruppen können dazu durch ihren Netzwerkgedanken einen wesentlichen Beitrag leisten.“

Erfolgsstory „Therapie aktiv“

Dr. Erwin Rebhandl, Präsident der Initiative Allgemeinmedizin PLUS, wies darauf hin, dass Diabetes mellitus eine der häufigsten chronischen Krankheiten ist und viele Betroffene bereits bei der Diagnose von Diabetes Typ 2 an den typischen Folgeerkrankungen wie Schäden an den Nieren oder der Augennetzhaut leiden. Da diese Stoffwechselerkrankung schleichend beginne und im Anfangsstadium nur wenige Symptome verursache, werde sie oft jahrelang nicht erkannt. „Nur durch ein breites Informationsangebot für die Bevölkerung und eine enge Kooperation zwischen allen Gesundheitsberufen wird es gelingen, die Zahl der Neuerkrankungen einzudämmen und bereits Erkrankte bestmöglich zu betreuen“, erläuterte Dr. Rebhandl. Univ.-Doz. Dr. Raimund Weitgasser, Präsident der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG), beleuchtete das Thema aus internistischer Sicht und stellte klar, dass bei Diabetes eine frühzeitige Diagnostik und eine rechtzeitige Behandlung wesentlich seien. Zudem ist es Univ.-Doz. Dr. Weitgasser ein besonderes Anliegen, das Disease-Management-Programm für Diabetes, „Therapie aktiv“, weiterzuentwickeln. Dieses wurde vor über drei Jahren unter Mithilfe der Sozialversicherung gemeinsam mit der Österreichischen Diabetes Gesellschaft und dem Gesundheitsministerium konzipiert. Darüber hinaus sei laut Univ.-Doz. Dr. Weitgasser die Etablierung eines österreichweiten Diabetesregisters weiter voranzutreiben. Zum Diabetes-Disease-Management ergriff auch Hofrat Prim. Dr. Johann Ecker, ärztlicher Direktor des Landeskrankenhauses Gmunden, das Wort: „Oberösterreich nimmt eine Vorreiterrolle in der Diabetikerbetreuung ein. In das seit April 2006 laufende Projekt ‚strukturierte Diabetikerbetreuung‘ sind derzeit 370 Ärzte und rund 6500 Patienten eingeschrieben. Die Überführung ins Programm ‚Therapie aktiv‘ ist für Juli 2011 geplant.“ Bei der Betreuung von chronisch Kranken, im Speziellen von Diabetikern, haben Allgemeinmediziner eine besondere Funktion. „Praktische Ärzte in Oberösterreich werden seit Jahren im Rahmen der strukturierten Diabetikerbetreuung geschult, vor allem in der Betreuung von Typ-2-Diabetikern. Der Hausarzt übernimmt die Koordination, wobei für die Vernetzung der Versorgungsebenen eine abgestimmte Aufgabenteilung vorgesehen ist. Strukturierte Betreuung bedeutet, dass der Bindung an den Hausarzt als Arzt des Vertrauens und damit der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung große Bedeutung zukommen und der Patient einen aktiven Part im Behandlungsprozess übernehmen soll“, stellte Dr. Wolfgang Hockl, Präsident der oberösterreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (OBGAM), fest.





Die Vorgehensweise zur Umsetzung des Konzepts der Oberösterreichischen Apothekerkammer zum laufenden Disease-Management-Programm „Therapie aktiv“ ist folgendermaßen geplant:

- Mittels Fragebogen werden in der Apotheke bisher noch nicht diagnostizierte Personen mit hohem Risikopotenzial herausgefiltert und zum Arzt zur Diagnose geschickt.
- Diagnostizierte Diabetiker werden von der Apotheke zur Teilnahme an dem Programm „Therapie aktiv“ beim betreuenden Hausarzt motiviert.
- Wenn kein am Disease-Management-Programm Diabetes teilnehmender Arzt zur Verfügung steht, betreut die Apotheke – nach einem strukturierten Apothekenbetreuungsprogramm mit definierten Vorgaben – den Patienten in abgestimmter Ergänzung zur Diagnose und Therapie des behandelnden Arztes.

SVA belohnt Vorsorge

Vonseiten der Sozialversicherung bezog Dir. Mag. Peter McDonald, Obmann-Stellvertreter der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), dazu Stellung, wie die Herausforderung, chronische Erkrankungen zu vermeiden, bewältigt werden sollte:

„In der SVA soll künftig der Grundsatz gelten: Wer auf seine Gesundheit achtet, wird belohnt. In erster Linie mit mehr Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit und zudem mit dem finanziellen Anreiz eines halbierten Selbstbehalts, der bei der Teilnahme an bestimmten Vorsorgeprogrammen gewährt werden soll. Ich bin überzeugt davon, dass wir so eine dreifache Win-win-Situation erreichen: Der Versicherte fühlt sich wohler, der Arzt wird für die Gesunderhaltung entlohnt und die SVA spart sich auf Dauer Kosten für die Behandlung von Krankheiten. Aber auch mit dem Vertrauensarztmodell für chronisch Kranke soll dieser Grundsatz nach positiven Verhandlungen mit der Ärztekammer umgesetzt werden. Dieses Modell soll mit dem Disease-Management-Programm ‚Therapie aktiv‘ starten. Sowohl in der Lebensqualität der Versicherten als auch in der Kostenentwicklung wird dieses Pioniervorhaben wegweisend sein.“
 Weiters erklärte er: „Nach den schwierigen Verhandlungen und dem – von beiden Seiten akzeptierten – Verhandlungsergebnis zwischen meinem Versicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer wurde beschlossen, Zielvereinbarungen zwischen den behandelnden Ärzten und deren Patienten zuzulassen und bei Erreichung dieser den Selbstbehalt des Versicherten zu reduzieren. Dabei würde eine neue

und weiterreichende Betreuung unserer Versicherten durch die Apotheker unseren Intentionen entgegenkommen. Jede zusätzliche Anstrengung für eine rechtzeitige Prävention ist aus Sicht der Sozialversicherung und unserer Versicherten zu begrüßen.“

Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer zeigte sich nach dem Aktionstag Diabetes zufrieden: „Ziel der Veranstaltung war es, ein besseres Verständnis für die Erkrankung zu schaffen sowie Betroffenen und Interessierten Auskünfte und Tipps zum Umgang mit der Erkrankung zu bieten.“ Auch das Organisations-Team vom Verein AM PLUS war sehr erfreut – wie Univ.-Prof. Dr. Martin Clodi festhielt: „Wir freuen uns, dass die Veranstaltung so gelungen ist und dass rund 1000 Besucher das Informationsangebot wahrgenommen haben. Auch die Unterstützung der vielen unterschiedlichen Sponsoren war für uns von Bedeutung. Der Aktionstag Diabetes war somit ein gutes Signal dahingehend, dass alle Berufsgruppen, die an der Versorgung von Diabeteserkrankten beteiligt sind, an einem Strang ziehen und gezeigt haben, was sie für diese Patientengruppe leisten können und wie wichtig eine disziplinenübergreifende Versorgung für chronisch Kranke ist.“



„GESUNDHEIT FÜR ALLE“

„Nach den berühmten ersten hundert Tagen im Amt kann ich meine Erwartungen nur bestätigen, dass es sich hierbei um eine der spannendsten Gestaltungspositionen im öffentlichen Gesundheitsbereich in Österreich handelt.“

„Das Konzept der Gesundheitsförderung hat in den letzten Jahrzehnten auch in Österreich stark an Bedeutung gewonnen.“

„Die Rahmengesundheitsziele sollen den Fokus auf die Gesundheit und nicht auf einzelne Krankheiten richten.“



Seit rund hundert Tagen ist die neue Leiterin der Sektion III – Öffentlicher Gesundheitsdienst & Medizinische Angelegenheiten im Bundesministerium für Gesundheit im Amt. Im Periskop-Interview sprach Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner über ihren vielfältigen Aufgabenbereich in Zeiten von EHEC und Co.

P: Wie sehen Ihre Aufgaben in Ihrer neuen Position als Sektionsleiterin im Bundesministerium für Gesundheit aus? Welche Schwerpunkte erscheinen Ihnen besonders wichtig?

Rendi-Wagner: Meine Sektion umfasst den großen und wichtigen Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, kurz ÖGD, und weiters alle medizinischen Angelegenheiten. Verständlicherweise ein sehr breites Feld. Die Bedeutung des ÖGD sieht man besonders deutlich in Zeiten von Epidemien und anderen Krisen, wie zum Beispiel während des eben erlebten EHEC-Ausbruchs. Hier sind wir als Behörde geradezu angewiesen auf die exakten Meldedaten, die von den Amtsärztinnen und -ärzten in den Bundesländern beispiellos erhoben werden. Sie sind die Basis unserer Entscheidungen und Maßnahmen. Eine meiner großen Aufgaben für die nächste Zeit ist die Begleitung und Koordinierung der Erarbeitung einer neuen zeitgemäßen Profildefinition für den ÖGD. Die alte Definition geht nämlich noch auf das alte Reichssanitätsgesetz von vor rund 130 Jahren zurück. Dieser Prozess ist mit der Entwicklung eines neuen ÖGD-Ausbildungskonzepts gekoppelt. Generell ist mein Aufgabenbereich – von Oberster Amtsärztin Österreichs bis zur Krisenmanagerin – sehr mannigfaltig und breit. Dabei habe ich das Glück, hier im Gesundheitsministerium ein hervorragendes Expertenteam zur Verfügung zu haben, das mich bei der Bewältigung dieser Aufgaben professionell unterstützt.

P: Wie lautet Ihr Resümee nach den ersten hundert Tagen im Amt?

Rendi-Wagner: Nach den berühmten ersten hundert Tagen im Amt kann ich meine Erwartungen nur bestätigen, dass es sich hierbei um eine der spannendsten Gestaltungspositionen im öffentlichen Gesundheitsbereich in Österreich handelt.

P: Sie sind aufgrund Ihrer Ausbildung und Ihres beruflichen Werdegangs eine ausgewiesene Fachfrau in den Bereichen Tropenmedizin, Infektiologie, Impfungen und Public Health. Inwieweit können Sie Ihr Wissen in die neue Position einbringen?

Rendi-Wagner: Ich denke, meine Fachkenntnisse haben mir in meinen ersten vier Monaten sicherlich nicht geschadet – ich konnte mich persönlich fachlich sehr oft einbringen. Das spart Zeit und schafft Vertrauen. Aber natürlich gibt es bei diesem breiten Spektrum an Fachthemen auch Bereiche, in denen ich bisher weniger Erfahrung und Vorkenntnisse habe. Dafür habe ich die Fachexperten des Ministeriums.

P: In Ihre Zuständigkeit fällt auch das Impfwesen. Welche Ziele haben Sie sich im Bereich der Impfungen für die nächsten fünf Jahre gesetzt? Was möchten Sie erreichen?

Rendi-Wagner: Natürlich habe ich eine Vorstellung davon, was in diesem Bereich sinnvoll wäre. Schließlich habe ich über 15 Jahre im Bereich Impfprävention geforscht und gearbeitet. Hier gilt es, sachlich schlüssige Argumente und Fakten in Diskussionen einzubringen, und genau das mache ich auch.

P: Wird das Ministerium auch im Jahr 2012 einen Impfplan – auf der Grundlage einer Beratung durch den Impfausschuss des Obersten Sanitätsrats – herausgeben?

Rendi-Wagner: Ja, wir haben vor wenigen Wochen ein beratendes Expertengremium zum Thema Impfen konstituiert, und die erste Sitzung hat bereits stattgefunden. Der Unterschied zum vorherigen Ausschuss besteht lediglich darin, dass das neue Gremium personell verkleinert wurde und nur für die Dauer der Beantwortung eines definierten Fragenkatalogs – quasi ad hoc – einberufen wird. Ein Ziel dieses Gremiums ist neben anderen Fragen die Ausarbeitung des Impfplans 2012.

P: Welche Projekte werden Sie zunächst in Angriff nehmen?

Rendi-Wagner: Wie wir anlässlich des aktuellen EHEC-Ausbruchs gesehen haben, kann man nicht alle Projekte zeitlich exakt planen. Manches kommt unerwartet auf uns zu. Neben den schon erwähnten Punkten legen wir unseren Fokus zurzeit sehr stark auf das Großprojekt „Rahmengesundheitsziele“. Es soll zielgerichtetes Handeln – vor allem im Bereich Gesundheitsförderung – stärken, und zwar in allen relevanten Politik- und Gesellschaftsbereichen, auch jenen, die außerhalb des klassischen Gesundheitssystems liegen. Gemäß dem „Health in all Policies“-Ansatz. Hierzu braucht es eine klare Orientierung, welche Gesundheitsziele wir in Österreich erreichen wollen. Die nun über die nächsten zwölf Monate zu entwickelnden Zielvorstellungen werden diese Orientierung bieten. Wahrlich eine große Herausforderung!

A close-up portrait of Dr. Pamela Rendi-Wagner, a woman with shoulder-length brown hair, smiling warmly. She is wearing a light-colored blazer over a dark top and a necklace with dark beads. The background is a plain, light color.

P: In Ihr Aufgabengebiet fallen auch die Angelegenheiten der Gesundheitsförderung und Prävention. Wie wird Ihrer Meinung nach der Präventionsgedanke in Österreich gelebt? In welchen Bereichen bzw. Regionen wird er gut gelebt und wo weniger?

Rendi-Wagner: Das Konzept der Gesundheitsförderung hat in den letzten Jahrzehnten auch in Österreich stark an Bedeutung gewonnen. Einen Verbesserungsbedarf sehe ich unter anderem im Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Österreicherinnen und Österreicher. Die Umsetzung der Gesundheitsförderung erfolgt hierzulande primär nicht als zentraler Prozess, sondern vorwiegend auf lokaler Ebene. Die Abstimmung der verschiedenen Aktivitäten und Programme zwischen den unterschiedlichen Ebenen und Politikbereichen ist meiner Meinung nach noch nicht optimal gelöst. Nationale Aktionspläne für Ernährung und Bewegung sollen daher in Kooperation mit verschiedenen Bereichen der Politik dazu beitragen, den Lebensstil und die Lebensverhältnisse im Sinne der Prävention und Gesundheitsförderung positiv zu verändern. Mit der Entwicklung von Rahmengesundheitszielen für Österreich soll ein abgestimmtes Handeln ermöglicht werden. Die Rahmengesundheitsziele sollen den Fokus auf die Gesundheit und nicht auf einzelne Krankheiten richten. Sie sind ein wichtiger Meilenstein in Richtung „Gesundheit für alle“.

P: Von wem erwarten Sie zum Themenkreis Prävention besondere Beiträge und Unterstützung?

Rendi-Wagner: Als wichtige Partner im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sind neben der Gesundheit Österreich GmbH auf Bundesebene die Agentur für Gesundheits- und Ernährungssicherheit, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, die Ärzte- und Apothekerkammer, andere Ministerien – für Bildung, Arbeit und Soziales, Umwelt usw. –, das Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research, die Österreichische Gesellschaft für Public Health oder die GIVE Servicestelle für Gesundheitsbildung zu nennen. Selbstverständlich sind auch die Länder und Gemeinden wichtige Akteure in der Gesundheitsförderung und Prävention.

P: Wie gestaltet sich die internationale Zusammenarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit in Ihrem Zuständigkeitsbereich? Welche Themen und Organisationen sind hier besonders relevant?

Rendi-Wagner: Unsere Fachexperten sind auf EU-Ebene in allen relevanten Fachgremien und Ausschüssen vertreten. Hier erfolgt ein sehr effizienter Informationsaustausch, sowohl zwischen uns und der Europäischen Kommission als auch mit anderen EU-Mitgliedsstaaten. Dass diese europäischen Kommunikations-schienen mittlerweile sehr gut funktionieren, hat sich zuletzt sehr deutlich im Rahmen des deutschen EHEC-Ausbruchs gezeigt. Relevante Informationen wurden durch die EK-Informations-netzwerke EWRS und RASFF quasi in Echtzeit übermittelt. Das ist zweifellos die Basis für funktionierende europäische Kooperationsnetzwerke. Zum anderen arbeiten wir natürlich auch mit der WHO in Genf und dem Regionalbüro in Kopenhagen zusammen.

BioBox:

Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner legte nach ihrer Facharzt Ausbildung auf dem Gebiet spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin in London und Wien den Fokus ihrer wissenschaftlichen Arbeit an der Medizinischen Universität Wien auf die Bereiche Infektionsepidemiologie, Vakzinprävention und Reisemedizin. Als wissenschaftliche Projektleiterin etablierte sie dort unter anderem österreichweite Infektionssurveillance-Netzwerke zur epidemiologischen Überwachung wichtiger impfpräventabler Infektionskrankheiten und lieferte damit Daten und Analysen, die die wissenschaftliche Grundlage für zahlreiche impfpolitische Entscheidungen darstellen, wie zum Beispiel für die Keuchhusten- und Rotavirusimpfung. Nach ihrer Habilitation an der MUW arbeitete sie in den letzten Jahren als Gastprofessorin an der Tel-Aviv-Universität in Israel. Seit 1. März 2011 leitet sie die Sektion III im Gesundheitsministerium.

Bereits zum dritten Mal lud die Österreichische Multiple Sklerose Gesellschaft (ÖMSG) zu einer Informationsveranstaltung anlässlich des Welt-MS-Tages ein. Betroffene, Interessierte, MS-Selbsthilfegruppen und Landesgesellschaften reisten aus ganz Österreich an. Der „Welt-MS-Tag“ wurde ins Leben gerufen, um ganz deutlich ein starkes Zeichen zum Thema Multiple Sklerose zu setzen. Ein Zeichen der Aufklärung, der Information – und nicht zuletzt als Ausdruck eines wachsenden Bewusstseins: für die Belange und Bedürfnisse von MS-Patienten. Im Zentrum der Veranstaltung, die Ende Mai in Wien stattfand, standen die Ergebnisse und Konsequenzen der kurz zuvor präsentierten MS-Prävalenzstudie 2010/2011.

Verbindungsfunktion zwischen den Ländern, sondern auch die Förderung und Unterstützung der so überaus wichtigen MS-Selbsthilfegruppen. Ebenso werden Projekte gestärkt, die zur Verbesserung der Lebenssituation der MS-Betroffenen beitragen, und solche, die zum Beispiel die wissenschaftliche Erforschung der MS-Ursachen zum Ziel haben. Vor allem aber solche, die helfen, neue Therapiekonzepte zu entwickeln. Eines dieser Projekte ist die nun vorliegende Prävalenzstudie 2010/2011, die die ÖMSG mit GfK Austria, der Unterstützung einiger Sponsoren und unter der Mitarbeit zahlreicher MS-Zentren in Österreich umsetzen konnte. Wir sind zu Recht stolz, rechtzeitig zum fünfzigsten Jubiläum des Dachverbandes diese Studie vorlegen zu dür-



Dies hat auch mit der verbesserten Diagnostik und einer zunehmenden Lebenserwartung zu tun“, führte Prim. Dr. Baumhackl an. Ein Schwerpunkt der Erhebung lag auf der Versorgung und Betreuungsqualität. 22 Prozent der MS-Betroffenen leiden unter einer Verlaufsform, die sie nur leicht behindert, 33 Prozent haben subjektiv keine Beschwerden oder Behinderung und lediglich jeder zehnte Patient benötigt zeitweise oder dauernd einen Rollstuhl. MS-Patienten finden in Österreich eine hervorragende medizinische Infrastruktur vor und ein Großteil der Erkrankten fühlt sich subjektiv gut betreut – das geht aus der Prävalenzstudie 2010/2011 hervor. MS-Betroffene sind im Allgemeinen sehr gut über ihre Erkrankung informiert: „44 Prozent fühlen sich `sehr gut` informiert, 39 Prozent `gut`, 12 Prozent gaben an `mittel` informiert zu sein und nur ein Prozent `schlecht` und `sehr schlecht`, schilderte Prim. Dr. Baumhackl weiter.

Informationsveranstaltung zum 3. Welt-Multiple-Sklerose-Tag

VON MAG. SABINE SOMMER



fen“, leitete Mag. Regina Ovesny-Straka die Runde ein. Aus der Prävalenzstudie ist ersichtlich, dass für MS-Patienten Defizite in der Versorgung am ehesten bei den sozialen Belangen bestehen. Konkret äußert sich das etwa bei der Erstattung der beträchtlichen Kosten für Heilmittel und -behelfe, der finanziellen Unterstützung beim Verlust des Arbeitsplatzes sowie der Höhe des Pflegegeldes. Eine der größten Sorgen für Betroffene ist die Vereinbarkeit der MS-Erkrankung mit der Berufstätigkeit. „Dass Multiple Sklerose nicht zwangsläufig zu Arbeitsunfähigkeit führt, sondern Erkrankte entgegen der langläufigen Meinung sehr lange im Berufsleben bleiben können, ist noch zu wenig bekannt – auch bei den heimischen Arbeitgebern. Es ist besonders wichtig, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Multipler Sklerose der Arbeitswelt erhalten bleiben und als wertvolle und leistungsfähige Dienstnehmer anerkannt werden“, so Mag. Ovesny-Straka weiter.

Multiple Sklerose (MS), eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems, ist die häufigste Krankheit junger Erwachsener, die zu erheblichen Behinderungen führt. Der nicht vorhersehbare Verlauf und das individuell sehr unterschiedliche Fortschreiten der Erkrankung stellen für die Betroffenen eine große Belastung dar. MS hat einen ungünstigen Einfluss auf die Berufstätigkeit, die sozialen Kontakte und die Lebensqualität. Zugleich ist das Wissen darüber in der Bevölkerung nach wie vor relativ gering. Anlässlich des internationalen Multiple-Sklerose-Tages bot ein von der ÖMSG veranstalteter Event Informationen über die Erkrankung. Den Auftakt und darüber hinaus das Programmhilighlight der Informationsveranstaltung stellte die Podiumsdiskussion dar. Ihr Thema lautete: „Die Ergebnisse der ‚MS-Prävalenzstudie 2010/2011 – brennende Probleme: Menschen mit besonderen Bedürfnissen, Sozialleistungen“. Diese neue Studie zeigt auf, wie es aktuell um die Versorgung von MS-Patienten in Österreich steht.

Fünfzig Jahre Österreichische Multiple Sklerose Gesellschaft

Mag. Regina Ovesny-Straka, Präsidentin der ÖMSG, übernahm die Moderation der Podiumsdiskussion. In ihrer Begrüßungsrede wies sie auf das fünfzigjährige Jubiläum, das die ÖMSG heuer feiert, hin. „Fünfzig Jahre sind eine lange Tradition für die Österreichische MS-Gesellschaft, die als Dachverband wie ein zusammenhaltendes Band die Landesgesellschaften verbindet. Zu den Hauptaufgaben der ÖMSG gehört aber nicht nur diese unterstützende

MS-Erkrankung und Berufsausübung sind kein Widerspruch

Dr. Hansjörg Hofer, Leiter der Gruppe IV/A (Integration von Menschen mit Behinderung) im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, schilderte die Aufgabenfelder und zukünftigen Vorhaben der öffentlichen Hand zur Versorgung MS-Erkrankter in Österreich. Demnach sei derzeit ein Nationaler Aktionsplan für Menschen mit Behinderungen in Erstellung. Dieser soll die Leitlinien der österreichischen Behindertenpolitik für die nächsten zehn Jahre beinhalten (2011-2020). In Bezug auf die Berufsfähigkeit von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen sei es besonders wichtig, nicht immer nur von Defiziten zu sprechen, sondern die Stärken hervorzuheben, so Dr. Hofer abschließend.

Am Podium ergriff auch Marlene Schmid, selbst MS-Betroffene und Obmann-Stellvertreterin der ÖMSG-Landesgruppe Tirol, das Wort. Die Tirolerin schilderte die Schwierigkeiten im Berufs- und Sozialleben, die mit der Erkrankung einhergehen, aus ihrer Sicht. Die Diagnose MS sei ein massiver Einschnitt, der sich auch finanziell sehr stark auswirke und bis zum sozialen Abbau führen könne, so Schmid. Univ.-Prof. Dr. Karl Vass, Präsident der Multiple Sklerose Gesellschaft Wien, erklärte in seinem Impulsreferat, dass die Medizin heute in der Lage sei, eine mögliche körperliche Behinderung als Folge von MS sehr lange hinauszuzögern oder zu verhindern. Bei den heimischen Arbeitgebern sei daher Aufklärungsarbeit zu leisten, um klarzustellen, dass MS-Erkrankte sehr wohl aktiv im Berufsleben bleiben können.

Prim. Dr. Ulf Baumhackl, Vizepräsident und Vorsitzender des ärztlichen Beirats der ÖMSG, ging schließlich detailliert auf die Ergebnisse der Prävalenzstudie ein. „Das Ziel dieser Studie war es, einen repräsentativen Überblick über die aktuelle Situation der MS-Patienten in Österreich zu erhalten. Da es sich bei diesem Forschungsprojekt um die Wiederholung einer Studie handelt, die vor nunmehr zehn Jahren durchgeführt wurde, konnten im Zehnjahresvergleich eine Reihe von sehr relevanten und spannenden Fragestellungen analysiert werden.“

MS-Betroffene sind im Allgemeinen sehr gut über ihre Erkrankung informiert

„Die Aggregation und Hochrechnung der Ergebnisse zeigte auf, dass es eine deutlich höhere Anzahl von MS-Betroffenen (derzeit rund 12.500 MS-Patientinnen und -patienten österreichweit) gibt.



Im Zeitreihenvergleich (2010 gegenüber 1999) hat sich die Situation von Menschen mit MS in Bezug auf viele Parameter verbessert. Am deutlichsten zeigt sich dies in der subjektiven Beurteilung der derzeitigen Lebensqualität. „Fast jeder zweite Befragte (46 Prozent) bezeichnet diese als gut, weitere 37 Prozent als eher gut und nur 14 Prozent als (eher) schlecht. 1999 gaben noch 29 Prozent der MS-Patienten an, dass die eigene Lebensqualität schlecht sei. Allerdings zeigt sich auch deutlich, dass die subjektive Lebensqualität stark von der jeweiligen Verlaufsform der MS abhängt“, schloss Prim. Dr. Baumhackl ab. Im Anschluss an die Podiumsdiskussion hatten Betroffene, deren Angehörige und alle anderen Besucher die Möglichkeit, zusammen mit Experten wichtige Themenbereiche in Arbeitsgruppen und Workshops (etwa zum Einfluss psychischer Faktoren, zu Neuigkeiten über die Immuntherapie oder zur Mobilität) zu erarbeiten. Informationsstände der Industrie sowie von Selbsthilfegruppen boten den Besuchern eine Fülle an Material an.

Zur Studie „Prävalenz der Multiplen Sklerose 2010/2011“:

Das Forschungsprojekt wurde wie bereits 1999 mittels eines zweistufigen Verfahrens von Mai 2010 bis Oktober 2010 (Menschen mit Multipler Sklerose) und Oktober 2010 bis April 2011 (Neurologinnen und Neurologen in MS-Ambulanzen) erhoben. 1303 MS-Betroffene und 28 MS-Ambulanzen im gesamten Bundesgebiet haben sich an der Erhebung beteiligt. Die Studie ist hinsichtlich der soziodemografischen Variablen ähnlich verteilt wie 1999.



Seit Juni 2011 ist Obermedizinalrätin Dr. Helga Azem neue Präsidentin der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft (ÖOG). Im Periskop-Interview sprach die Medizinerin über ihre Aufgaben und Ziele während ihrer Amtsperiode und erläuterte anhand von Beispielen die zukünftigen Herausforderungen für die Ophthalmologie in Österreich sowie die Bedeutung der Prävention in der Augenheilkunde.

P: Es gibt gerade in der Augenheilkunde viele technische Geräte zur Untersuchung des Patienten – vermutlich sogar mehr als in anderen Disziplinen. Wie bewerten Sie den Fortschritt der Augenheilkunde in den letzten Jahrzehnten?

Azem: In den letzten Jahren kam es im Bereich der Augenheilkunde zu enorm innovativen Entwicklungen in der Diagnostik

P: Wie wichtig ist Prävention in der Augenheilkunde? Ist die Bevölkerung informiert über mögliche Gefährdungen und daraus resultierende Augenerkrankungen?

Azem: In der Augenheilkunde sind Vorsorge und Früherkennung extrem wichtig, denn die meisten Augenerkrankungen werden vom Patienten lange Zeit nicht bemerkt. Wenn eine Sehverschlechterung auffällt, ist es in vielen Fällen schon zu spät und der Schaden kann nicht wiedergutmacht werden. Durch die demografische Entwicklung ist es denkbar, dass die meisten von uns an einer altersbedingten Maculadegeneration oder einem Glaukom und dergleichen erkranken und einen schweren Sehverlust erleiden werden. Nur Früherkennung und rechtzeitige Therapie können uns da-

vor bewahren. Heute haben wir glücklicherweise viel mehr Möglichkeiten und ein größeres Wissen als vor zwanzig Jahren.

P: Ist das Medizinstudium für den Augenarzt notwendig?

Azem: Das Medizinstudium ist für einen Augenarzt eminent notwendig, und zwar deshalb, weil das Auge kein einzelnes optisches Organ darstellt, sondern in Zusammenhang mit dem menschlichen Körper betrachtet werden muss. Viele systemische Allgemeinerkrankungen spielen zum Beispiel in das Auge hinein oder umgekehrt vom Auge in den Körper. Wir brauchen das Wissen der allgemeinmedizinischen Ausbildung, um das Auge als Organ, das erkranken kann, zu erkennen und zu bewerten. Augenheilkunde ist eine Wissenschaft – man kann sie nicht rein handwerklich erlernen.

P: Wo sehen Sie die größten zukünftigen Herausforderungen für die Ophthalmologie in Österreich?

Azem: Die Entwicklung der vielen Spezialgebiete in der Ophthalmologie wird dazu führen, dass sich Zentren bilden, in welchen sich diverse Spezialisten – Retinologen, Glaukomspezialisten, Cataractchirurgen, Kinderophthalmologen, Neuroophthalmologen etc. – zusammenschließen, um ein möglichst großes Leistungsspektrum abzudecken. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind durch die Ärztesg.m.b.H. und Gruppenpraxisverträge mit diversen Sozialversicherungen geschaffen worden. Die Herausforderung für uns ist es, dass wir es schaffen, die Bedeutung der Ophthalmologie und die Notwendigkeit einer augenärztlichen Untersuchung in der gesamten Bevölkerung zu positionieren.

BioBox: Obermedizinalrätin Dr. Helga Azem ist seit Juni 2011 Präsidentin der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft (ÖOG), der Vereinigung der österreichischen Augenärzte. 1975 promovierte Dr. Azem sub auspiciis praesidentis zum Doktor der gesamten Heilkunde an der Universität Wien, war anschließend Turnusärztin in Oberpullendorf, Burgenland, und danach als Assistenzärztin an der Universitätskinderklinik Wien und an der II. Universitätsaugenklinik Wien tätig. Sie ist seit 1982 Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie. Im selben Jahr eröffnete sie eine Augenarztordination im zweiten Wiener Gemeindebezirk. Die gebürtige Burgenländerin ist seit 1989 Vorsitzende der Fachgruppe Augenheilkunde und Optometrie in der Wiener Ärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer, seit 1999 Vorsitzende der Sektion Fachärzte der Wiener Ärztekammer und zudem Vorstandsmitglied der Ärztekammer Wien.

„Der erste Augenblick gehört dem Arzt!“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

P: Sie sind seit Anfang Juni 2011 neue Präsidentin der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft. Was sind Ihre Aufgaben in dieser Funktion?

Azem: Mein Anliegen ist es, nicht nur die wissenschaftlichen Agenden der Gesellschaft wahrzunehmen, sondern auch den Teamgeist der gesamten Augenärzteschaft wie auch der jungen Kollegen in Ausbildung zu stärken. Es gilt, unsere Stärken und Interessen sowie auch die Positionierung für die kurz- und mittelfristige Zukunft zu definieren, zu diskutieren und nach außen zu kommunizieren.

P: Welche Ziele haben Sie sich für Ihre Amtsperiode gesetzt und welche Projekte und Themen möchten Sie in Zukunft forcieren?

Azem: Mein Ziel ist es, in erster Linie die Wertigkeit der Ophthalmologie bei der Bevölkerung, in der Politik und in der Ärzteschaft selbst zu stärken. Augengesundheit muss definitiv ins richtige Blickfeld gerückt werden. Die Menschen glauben, dass Fehlsichtigkeit durch einen Sehbehelf leicht ausgeglichen werden kann; Augengesundheit ist jedoch viel mehr als nur gut zu sehen. Ein weiteres Ziel ist die Zusammenarbeit der Augenärzte mit einzelnen Gesundheitsberufen. Die Augenärzte sind die erste, aber nicht einzige Kompetenz in Bezug auf das Auge. Auch andere Gesundheitsberufe, die sich etabliert haben, sind essenziell und haben einen hohen Stellenwert. Die Kooperation ist gefordert – mit Orthoptisten, Optikern, Psychologen etc. Es ist auch der Wille des Staates, dass die Gesundheitsberufe möglichst gut zusammenarbeiten – allerdings mit Respekt vor dem Wissen sowie der Kompetenz des Anderen. Und nicht durch Anmaßung von dessen Kompetenz bzw. durch ungerechtfertigte Kompetenzüberschreitung. Es ist dennoch wesentlich, dass der erste Ansprechpartner in Hinblick auf das Auge der Augenarzt ist: „Der erste Augenblick gehört dem Arzt!“

P: Gibt es eine internationale Zusammenarbeit zwischen Gesellschaften, die auf ähnliche Gebiete spezialisiert sind?

Azem: Die Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft ist weltweit mit den anderen ophthalmologisch wissenschaftlichen Gesellschaften vernetzt: Es finden Kongresse, ein reger Austausch von wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie die gemeinsame Teilnahme an international angelegten Studien statt. Auf Initiative der ÖOG kommen zahlreiche internationale Wissenschaftler zu Tagungen und Vorträgen nach Österreich. Auch österreichische Kollegen im Ausland sind gern gesehene Vortragende. Mein persönlicher Vorteil bei diesem Networking ist meine langjährige Tätigkeit als Vorsitzende der Bundesfachgruppe für Augenheilkunde und Optometrie in der Sektion Fachärzte in der Wiener Ärztekammer. Dadurch bringe ich standespolitische Erfahrung, engen Kontakt und persönlichen Bezug zu den Gremien der Ärztekammer und zu Kollegen anderer Fachrichtungen ein.

„Augengesundheit muss definitiv ins richtige Blickfeld gerückt werden.“


BLICK Eine Initiative der österreichischen Augenärzte
ÖSTERREICH SCHAUT AUF SEINE AUGEN.
ÖSTERREICH SCHAUT ZUM AUGENARZT.


ÖSTERREICHISCHE OPHTHALMOLOGISCHE GESELLSCHAFT

und Therapie. Wie auch in anderen Fächern ging dies mit einer Technisierung einher. Vermehrt werden technische Geräte für die Spezialdiagnostik und -therapie eingesetzt. Der Fortschritt verläuft rasant, wobei dies die Augenärzte vor enorme Herausforderungen stellt: ständige Weiterbildung, um mit diesen Innovationen Schritt halten zu können, und auch enormer finanzieller Einsatz, um up to date zu bleiben. Allerdings kann ein Gerät niemals eine Diagnose stellen. Es kann ein Bild, aber keine komplexe Analyse machen. Die Dia-



gnose und Auswertung der Daten, die von den Geräten erfasst werden, können nicht durch einen medizinischen Laien vorgenommen werden. Dies bedarf nach wie vor der Begutachtung und Erfahrung des Arztes – das Wissen und die Erfahrung des Ophthalmologen wird benötigt.

gnose und Auswertung der Daten, die von den Geräten erfasst werden, können nicht durch einen medizinischen Laien vorgenommen werden. Dies bedarf nach wie vor der Begutachtung und Erfahrung des Arztes – das Wissen und die Erfahrung des Ophthalmologen wird benötigt.

UPDATE EUROPE

– Gesellschaft für ärztliche Fortbildung:

an vorderster Front des Wissenstransfers zwischen pharmazeutischer Forschung, klinischer Wissenschaft und ärztlicher Praxis



Modernes Gesundheitsmanagement bedarf nicht nur eines besonders raschen, effizienten und praxisbezogenen Wissenstransfers, sondern generell eines verstärkten Austausches zwischen medizinischer Wissenschaft, klinischer Praxis und pharmazeutischer Forschung. In diesem Sinne widmet sich UPDATE EUROPE – Gesellschaft für ärztliche Fortbildung im Rahmen von zielgruppenspezifischen Veranstaltungen und Publikationen einer hochqualitativen medizinischen Kommunikation. Dabei hat UPDATE EUROPE seit nunmehr zwei Jahrzehnten ein vielfältiges Leistungsangebot etabliert, das angesichts der jeweils aktuellen Bedürfnisse im schnelllebigen Gesundheitsbereich kontinuierlich weiterentwickelt wurde (siehe auch www.update.europe.at). Die Publikationen von UPDATE EUROPE bieten das ideale Medium, um wissenschaftliche Erkenntnisse zu neuen und bewährten Arzneimitteln im Hinblick auf deren mögliche Einsatzgebiete und praktische Relevanz zu beleuchten, und stellen somit eine solide Grundlage für weiterführende produktspezifische Aktivitäten dar.

Advisory-Board-Meetings (ABMs)

UPDATE EUROPE übernimmt auch die Organisation und Protokollierung von Advisory-Board-Meetings, d. h. firmenspezifischen Veranstaltungen zur Präsentation und Diskussion von pharmazeutisch-wissenschaftlichen Innovationen und/oder aktuellen Studien mit einer ausgewählten Gruppe von Meinungsbildnern, die in zukünftige Aktivitäten eingebunden werden können. Zielsetzung ist die Etablierung eines (beratenden) Expertengremiums für die optimale Einführung bzw. Positionierung eines neuen Präparats.

Plattform für österreichische und internationale Kooperationen

Um eine qualitativ hochstehende und den Grundlagen der „Evidence Based Medicine“ (EBM) verpflichtete Fortbildung zu gewährleisten und eine hohe Akzeptanz seitens der Ärzte zu sichern, kooperiert UPDATE EUROPE kontinuierlich mit österreichischen und internationalen medizinischen Experten und Meinungsbildnern. Das umfasst im Wesentlichen:

Die Publikationen von UPDATE EUROPE spiegeln den „State of the Art“ und den Fortschritt in der medikamentösen Therapie unterschiedlicher Fachdisziplinen wider. Wissenschaftliche Debatten, wegweisende Studien, therapeutische Innovationen und Berichte aus der klinischen Praxis werden unter der Schirmherrschaft von führenden Experten und Meinungsbildnern in präziser und übersichtlicher Form zusammengefasst und praxisrelevant aufbereitet, um die Umsetzung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zu forcieren und den interdisziplinären Erfahrungsaustausch zu vertiefen. Die Leistungen von UPDATE EUROPE im Hinblick auf die Erstellung und Betreuung von Publikationen umfassen Literaturrecherche, Texterstellung, redaktionelle Bearbeitung, Konsentierungsarbeiten sowie Gestaltung, Produktion, Druck und gegebenenfalls Distribution via Mailings. Die Texterstellung erfolgt durch Medical Writer mit langjähriger Erfahrung, die sowohl medizinisch-wissenschaftlich als auch journalistisch versiert sind.

- eine Zusammenarbeit mit öffentlichen Institutionen und Fachgesellschaften wie z. B. der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM), der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH), der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG), der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN), der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft (ÖAG), der Österreichischen Gesellschaft für Urologie (ÖGU), der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), der Österreichischen Gesellschaft zur Erforschung des Knochens und Mineralstoffwechsels (ÖGEKM), der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie (ILAE), dem Ludwig Boltzmann Institut für Epilepsie, dem Interdisziplinären Forum für Psychopharmaka-Therapie im Alter (IFPA) etc.
- Projektarbeiten mit internationalen medizinisch-wissenschaftlichen Arbeitsgruppen wie z. B. „Mayo Alumni German Speaking Chapter“ e. V., CLEOX („Working Group of Experimental Oncology“), OMGE („Organisation Mondiale de Gastroenterologie“) etc.
- die Übernahme der Trägerschaft von UPDATE EUROPE-Veranstaltungen und assoziierten Publikationen durch die Mitglieder des Medical Boards
- die logistisch-finanzielle Abwicklung von österreichischen und internationalen Veranstaltungen, die von Mitgliedern des Medical Boards und/oder Mitgliedern medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften/Institutionen initiiert und veranstaltet werden, durch UPDATE EUROPE.

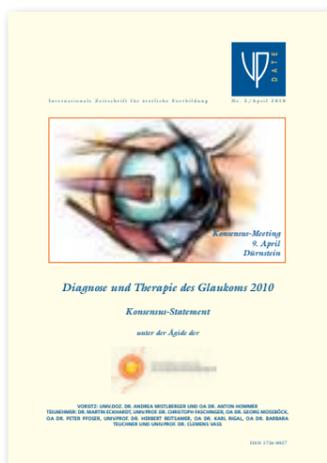
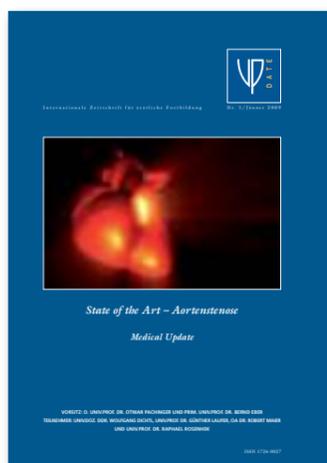
New-Drug-Meetings und -Statements

Dieses Publikationsmodul präsentiert Studien und Erfahrungen zu neuen Substanzen und vermittelt Empfehlungen zu deren Einsatzmöglichkeiten durch ein österreichisches oder internationales Expertengremium. Als Diskussionsbasis dient ein vom Meeting-Vorsitzenden und dem jeweiligen Sponsor ausgearbeiteter Themenkatalog. Die Ergebnisse des Meetings werden kurz zusammengefasst und übersichtlich als New-Drugs-Statement publiziert, das praxisnah aufbereitet den letztgültigen Stand des Wissens hinsichtlich eines Präparats vermittelt. Der Mehrfachkontakt zu den Meinungsbildnern im Hinblick auf eine bestimmte Therapie (bei der Vorbereitung auf das Meeting, in der Diskussion beim Meeting und bei der Konsentierung der schriftlichen Zusammenfassung nach dem Meeting) kann aus Sicht des Sponsors dazu dienen, die Meinungsbildner persönlich zu involvieren und einen geeigneten Expertenpool für zukünftige Aktivitäten zu etablieren.

Darüber hinaus begleitet UPDATE EUROPE dieses Jahr erneut den internationalen Kongress des „European College of Neuropsychopharmacology“ (ECNP) – die größte jährliche Veranstaltung zum Thema Psychopharmakologie, Psychiatrie und Neurologie, die im September 2011 in Paris stattfinden wird – durch groß angelegte Pressearbeit in Kooperation mit internationalen „Key-Opinion-Leaders“ sowie langfristige Öffentlichkeitsarbeit mit Fokus auf etablierte Medien in der Fach- und Laienpresse in ganz Europa.

Experten-/Konsensus-Meetings und -Statements

Während Konsensus-Meetings der Erarbeitung von Empfehlungen zur umfassenderen Klassifikation, Diagnostik, Klinik und/oder Therapie durch ärztliche „Opinion-Leader“ und Experten eines Fachgebiets dienen, sind Experten-Meetings spezifischer auf einzelne Fragestellungen und Therapeutika zugeschnitten. Diskussionsbasis ist jeweils ein vom Meeting-Vorsitzenden in Abstimmung mit dem Sponsor ausgearbeiteter Themenkatalog. Die Ergebnisse des Meetings werden zusammengefasst und in übersichtlicher Form als Konsensus- oder Experten-Statement publiziert, das über eine hohe Akzeptanz in der Ärzteschaft verfügt und praxisnah aufbereitet den letztgültigen Stand des Wissens zum jeweiligen Thema vermittelt. Für den Sponsor bedeutet die Organisation von Konsensus-Projekten einen Mehrwert hinsichtlich der Aufbereitung eines Themen-/Indikationsgebiets für zukünftige produktspezifische Aktivitäten, der Erarbeitung von Empfehlungen zu den weiteren Einsatzmöglichkeiten eines Präparats, der Repositionierung eines Präparats am Markt oder der Wiederbelebung bzw. Intensivierung der Kontakte zu Meinungsbildnern.



Update Europe – Gesellschaft für ärztliche Fortbildung GmbH

Ihre Ansprechpartner:
Mag. Sonja Mak
Dr. Monika Peretz

Tigergasse 3/Top 4 + 5, 1080 Wien
Tel.: +43/1/405 57 34 | Fax: +43/1/405 57 34-16
Web: <http://www.update.europe.at> | E-Mail: office@update.europe.at

„Wissenschaftliche Expertise ist ein Sprungbrett für eine fundierte Karriere“

Rückblick: Symposium „Forschung und Innovation in den Schwerpunktspitälern des Wiener Krankenanstaltenverbundes“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Das Symposium „Forschung und Innovation in den Schwerpunktspitälern Wien“, bei dem hochrangige Experten über medizinische Versorgungsqualität, Patientennutzen sowie Qualitätsoptimierung diskutierten, fand am 14. April 2011 im Wiener Rathaus statt. Die Diskutanten waren sich darüber einig, dass die Qualität der medizinischen Betreuung in einer hochtechnologisierten Gesellschaft deren allgemeines Leistungsniveau und soziale Dimension widerspiegeln müsse. Hohe medizinische Versorgungsqualität könne allerdings nur erreicht werden, wenn die in diesem Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte, das Pflegepersonal und Mitglieder anderer Gesundheitsberufe großes Interesse an Fort- und Weiterbildung, Qualitätsoptimierung sowie Innovation und Forschung mitbringen und idealerweise selbst am internationalen Prozess der Wissensgenerierung mitwirken. Mit den Schwerpunktspitälern des Krankenanstaltenverbundes (KAV) verfügt die Stadt Wien über Einrichtungen, in denen patientenorientierte wissenschaftliche Forschung betrieben und damit wesentlich zum medizinischen Fortschritt und zu optimaler Betreuung beigetragen wird.

Die Spitäler der Stadt Wien sind für ihre herausragenden Leistungen bei der Gesundheitsversorgung der Wiener Bevölkerung, aber auch für ihre kontinuierliche Forschungstätigkeit im Rahmen des Wiener Krankenanstaltenverbundes bekannt: „In den Wiener KAV-Spitälern findet hervorragende Forschungsarbeit statt, die einen wesentlichen Beitrag zur internationalen Wahrnehmung Österreichs leistet. Dadurch wird unser wissenschaftlicher Ruf im Ausland nachhaltig gestärkt. Und dies kommt letztlich dem übergeordneten Ziel – einem ‚verbesserten Patientennutzen‘ – zugute“, erklärte Prim. Univ.-Prof. Dr. Heinz Ludwig, 1. Medizinische Abteilung – Zentrum für Onkologie und Hämatologie, Wilhelminenspital, in seinem Eingangsstatement. Forschung führe zu einem früheren Zugang zu neuen Therapien, höherem Informationsstand und somit wiederum zu mehr Motivation und Engagement des Personals, erklärte der Symposiumsverantwortliche weiter. Im Rahmen der Veranstaltung sprach auch Bürgermeister Dr. Michael Häupl zum Thema „Forschung in Wien – eine Metropole im Wandel“. Anschließend referierte Stadträtin Mag.a Sonja Wehsely über die Gesundheitsversorgung in der Bundeshauptstadt und bekräftigte die Notwendigkeit einer Verbesserung der Effizienz und Transparenz des Gesundheitssystems, damit dieses für alle Menschen leistbar bleibe. Im Anschluss an die Vorträge diskutierten hochrangige Experten bei der Podiumsdiskussion anhand von konkreten Beispielen über Meilensteine in der wissenschaftlichen Forschung.

Zukunft der Stadt Wien: von den Bereichen Bildung, Wissenschaft und Forschung abhängig

Bürgermeister Dr. Michael Häupl betonte in seinem Vortrag die Wichtigkeit von Forschung und Innovation für die Stadt Wien: „Das ist ein enormes Zukunftsthema am Forschungs- und Wissenschaftsstandort Wien.“ Wien sei als Stadt des Wissens und der Kultur seit dem 19. Jahrhundert bekannt und sollte umso stärker als Stadt der Wissensvielfalt verstanden werden. Dr. Häupl führte aus, dass die Forschungsquote in Wien heute 3,25 Prozent betrage und somit über dem Barcelona-Ziel liege. Der österreichische Durchschnitt der Forschungsquote liege bei 2,5 Prozent. Zudem verfüge Wien über ein Budget von zwei Milliarden Euro für For-



schungsprojekte: davon vierzig Prozent aus dem öffentlichen Sektor, 36 Prozent aus betrieblichen Mitteln und 24 Prozent durch EU-Förderungen in Form von Zuschüssen. In Wien arbeiten 36.000 Menschen in der Forschung, inklusive aller wissenschaftlichen Mitarbeiter seien 120.000 Personen in der Forschung tätig. Aufgrund dieser Tatsache forderte Häupl, dass Wissenschaft und Forschung vermehrt an die Bevölkerung herangetragen werden sollen.

doch noch weiter ausgebaut werden. Die Gesundheitsstadträtin forderte beste medizinische Versorgung für alle Menschen – unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft und Status. Um im medizinischen Bereich derartige Mittel zur Verfügung stellen zu können, müsse die Stadt Wien strukturelle Veränderungen herbeiführen. Mag.a Wehsely sieht eine weitere Herausforderung im Thema Qualitätssicherung, das in den kommenden Jahren noch präsenter werden wird. Eine große Aufgabe der kommenden Jahre sei es zudem, einerseits den derzeitigen Standard der Gesundheitsversorgung zu garantieren, andererseits die Effizienz und Transparenz des Systems zu verbessern.

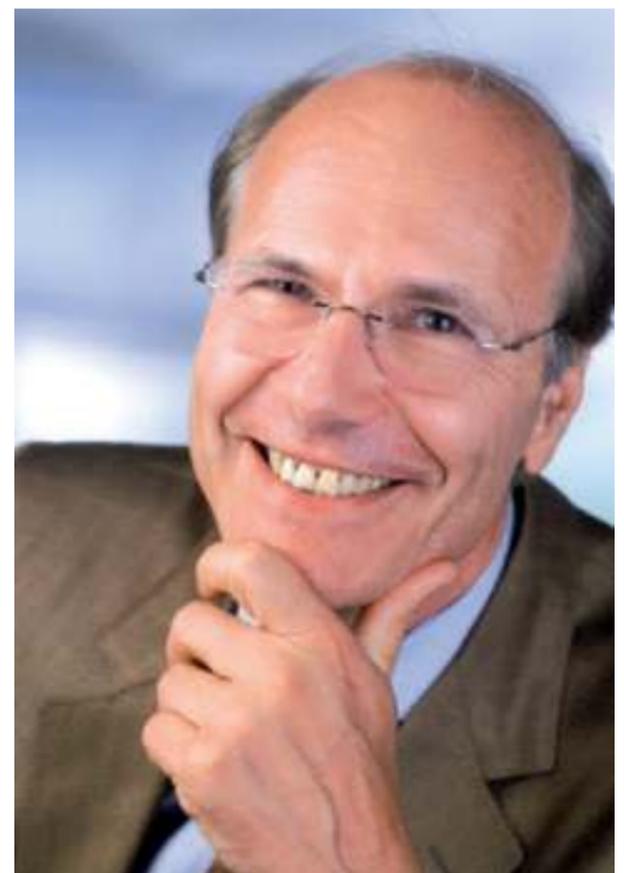
Wissenschaftliche Expertise als Sprungbrett für eine fundierte Karriere

Prim. Univ.-Prof. Dr. Heinz Ludwig betonte in seinem Vortrag „Klinische Forschung und Patientennutzen“ eine der wesentlichen Chancen von Forschung: „Besonders in dynamischen Fächern wie Onkologie und Hämatologie ist es möglich, durch Forschung optimale Patientenbetreuung, höhere Patientenzufriedenheit und größeren Patientennutzen herzustellen.“ Forschung und Innovation seien wie kommunizierende Gefäße untrennbar mit Patientennutzen verbunden. „Ich freue mich, dass so viele Gruppen innerhalb des KAV so engagiert und erfolgreich an Forschungsprojekten arbeiten und so zum Wissensgewinn und zur Verbesserung der Patientenbetreuung beitragen“, so Dr. Ludwig weiter. Der Gewinn von Anerkennung sowie die Reputation von Forschungsgruppen seien für den Erhalt von Fördermitteln von Bedeutung. Die Teilhabe an einem dynamischen Forschungsprozess führe für alle Beteiligten zu Sinnfindung und höherer Mitarbeiterzu-

friedenheit: „Für die Mitarbeiter ist es essenziell, an der Verbesserung eines Prozesses mitwirken zu können. Hohe Forschungsaktivität weist auf ein besonderes Bemühen der Gruppe hin und zeigt, dass viel geleistet wird. Damit ermöglicht Forschung die Erzeugung höherer Mitarbeiterzufriedenheit“, so Dr. Ludwig. Talentierte Mitarbeiter hätten die Möglichkeit, sich in der Forschung zu behaupten: „Wissenschaftliche Expertise ist ein Sprungbrett für eine fundierte Karriere“, so Dr. Ludwig abschließend.

Beste Gesundheitsversorgung in Wien soll weiterhin für alle möglich sein

Im Rahmen ihres Vortrags „Gesundheitsversorgung in Wien: aktuelle Herausforderungen und zukünftige Entwicklungen“ erläuterte Mag.a Sonja Wehsely den wichtigen Stellenwert von Forschung und Innovation in Wien. Wien sei in vielen wissenschaftlichen Bereichen führend, dieser Status solle je-



doch noch weiter ausgebaut werden. Die Gesundheitsstadträtin forderte beste medizinische Versorgung für alle Menschen – unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft und Status. Um im medizinischen Bereich derartige Mittel zur Verfügung stellen zu können, müsse die Stadt Wien strukturelle Veränderungen herbeiführen. Mag.a Wehsely sieht eine weitere Herausforderung im Thema Qualitätssicherung, das in den kommenden Jahren noch präsenter werden wird. Eine große Aufgabe der kommenden Jahre sei es zudem, einerseits den derzeitigen Standard der Gesundheitsversorgung zu garantieren, andererseits die Effizienz und Transparenz des Systems zu verbessern.

Aus der Praxis

Im Rahmen der den Vorträgen folgenden Podiumsdiskussion setzten sich hochrangige Experten mit Meilensteinen sowie Beispielen der wissenschaftlichen Forschung im KAV auseinander. Dr. Wilhelm Marhold, Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbundes, wies auf die erfreuliche Entwicklung Österreichs in der Forschung hin und stellte die Möglichkeit von Sonderurlaub zur Ermöglichung von Aus- und Fortbildung für Ärzte dar. Prof. Dr. Sylvia Schwarz vom Krankenhaus Hietzing bestätigte, dass auch dort großer Wert auf Weiterbildung gelegt wird – daher würden die Mitarbeiter an zahlreichen wissenschaftlichen Kongressen teilnehmen. Prof. Dr. Schwarz hält es für notwendig, den Patienten die bestmögliche Behandlung auf dem letzten Stand der

Forschung anbieten zu können. Ihr größtes Anliegen ist es, den Wissensstand durch die Forschung zu erweitern und auf hohem Niveau zu halten. Zudem wünsche sie sich eine intensivere Fortbildung in der Kommunikationskompetenz von Ärzten, um bessere Arzt-Patienten-Gespräche zu bewirken. Univ.-Doz. Dr. Walter Krugluger vom Donauespital erörterte den speziellen Einsatz neuer Möglichkeiten durch die Naturwissenschaften. Man bemerke im KAV sehr hohes Engagement sowie eine gute, intensive Zusammenarbeit der unterschiedlichen Kliniken. Der Diabetologe Univ.-Prof. Dr. Guntram Schernthaler stellte die Forschungsfreundlichkeit der Rudolfstiftung dar, verwies aber darauf, dass erhebliche Schwierigkeiten aufgrund des hohen Arbeitsaufwands bestehen. Junge, talentierte Mitarbeiter würden in dieser Hinsicht Abhilfe schaffen.

Univ.-Prof. Dr. Kurt Huber, Herzspezialist im Wilhelminenspital, erklärte die Vorzüge der Forschung folgendermaßen: Forschung begünstige den neuesten Stand von Wissen, eine höhere Ausbildungsqualität von Ärzten, klinische Forschung für den Patienten sowie die Vergleichbarkeit mit anderen Institutionen mit ähnlichen Spezialisierungen. Helga Thurnher von der Selbsthilfegruppe Darmkrebs erläuterte die Wichtigkeit der medizinischen Forschung unter dem Gesichtspunkt der Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

FOCUS

BUNDESLÄNDER vorarlberg



VON MAG. SABINE SOMMER

Das Gesundheitssystem in Vorarlberg wird im Bundesländer-Schwerpunkt dieser Ausgabe einer genauen Betrachtung unterzogen. Im April fand eine Diskussionsrunde in Dornbirn statt, bei der relevante Persönlichkeiten des Gesundheitswesens die derzeitige und zukünftige Situation im „Ländle“ analysierten.

Teilnehmer der Diskussionsrunde (in alphabetischer Reihenfolge):

MANFRED BRUNNER | Vorarlberger Gebietskrankenkasse

DR. GERALD FLEISCH | Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft.m.b.h.

DR. TILL HORNUNG | Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft.m.b.h.

MAG. PHARM. JÜRGEN REHAK | Österreichische Apothekerkammer, Landesgeschäftsstelle Vorarlberg

MAG. MARKUS WALLNER | Amt der Landesregierung Vorarlberg

MAG. ALEXANDER WOLF | Patientenanwaltschaft Vorarlberg

MR DR. PETER WÖSS | Ärztekammer Vorarlberg

Moderation: MAG. HANNS KRATZER

P: Wie würden Sie den aktuellen Status quo der Gesundheitsversorgung in Vorarlberg beschreiben?

Wallner: Wenn man, vom heutigen Status quo ausgehend, Bilanz zieht, können wir zu Recht stolz auf die Gesamtentwicklung des Gesundheits-, Spitals- und Sozialsystems im Lande sein. Wir haben auch im internationalen Vergleich eine gewisse Qualität und Versorgungsdichte erreicht. Diese positive Entwicklung hat verschiedene Ursachen und spannende Ansätze. Ein wichtiger Aspekt ist, dass es in der Vergangenheit immer eine gute Mischung aus staatlichen und privaten Initiativen gegeben hat. Dies ist für Vorarlberg besonders kennzeichnend. Zum Beispiel stehen wir in der Gesundheitsförderung und Prävention österreichweit an der Spitze. Das hängt damit zusammen, dass private ärztliche Initiativen bereits vor Jahren damit begonnen haben, sich für diese Themen einzusetzen, und dass sie staatliche Unterstützung erfahren haben. Diese Kombination aus ärztlichem Anstoß und staatlicher Stützung ist eines der Erfolgsgeheimnisse dafür, dass sich vieles im Land positiv entwickelt hat. Der zweite wesentliche Punkt ist die Frage der Versorgungsstruktur und -dichte. Ich kenne kaum eine andere Region, in der man von einer derartigen Versorgungsdichte ausgehen kann. Sowohl die Spitals- als auch die niedergelassene Betreuung ist durch einen hohen Qualitätsstandard gekennzeichnet. Es gelingt uns, Spitzenleistungen in allen Bereichen zu erbringen und einen Zugang für jeden – unabhängig von Alter, Geschlecht oder eigenen finanziellen Möglichkeiten – sicherzustellen. Diesen Grundsatz zu erhalten ist ein erklärtes Ziel. Wir sind bemüht, auch gemeinsame Projekte auf den Weg zu bringen. Möglich ist das, weil eine starke Partnerschaft, eine vernünftige Gesprächsbasis sowie der gemeinsame Wille, das System sinnvoll weiterzuentwickeln, bestehen.

Brunner: Für die VGKK stellt sich die Frage, wie man Qualität in der Versorgung, Versorgungsdichte und Versorgungsqualität mit ökonomischen Kriterien unter einen Hut bekommen kann. Das ist die zentrale Herausforderung, der wir uns zu stellen haben. Dabei kommt uns zugute, dass in der Vorarlberger Bevölkerung ein gewisses Grundverständnis für wirtschaftliches Denken vorhanden ist, dies haben wir auch im Konsolidierungsprozess erfahren dürfen. Ein weiteres Spezifikum für Vorarlberg ist, dass die Systemplayer gemeinsam gestalten. Das gibt es wahrscheinlich kaum anders-



wo so ausgeprägt wie bei uns, wir führen z. B. eine Stellenplanung im niedergelassenen Bereich gemeinsam mit der Ärzteschaft durch. Der regionale Strukturplan Gesundheit (RSG) wurde gemeinsam mit Land und Ärztekammer erarbeitet. Die Akteure im Gesundheitswesen „steuern“ in dieselbe Richtung und haben stets die Gesamtentwicklung des Gesundheitswesens, nicht nur den eigenen Finanzierungspfad, den jeder gleichzeitig zu verfolgen hat, im Hinterkopf.

P: Im Krankenhausbereich ergeben sich aufgrund der geografischen Lage in Grenznähe besondere Herausforderungen, was Patientenströme, Personalrekrutierung und dergleichen betrifft. Was ist das Besondere am Spitalswesen?

Fleisch: Vorarlberg liegt in einer geografischen und topografischen Randlage, dadurch ist der Föderalismusgedanke schon immer stark ausgeprägt. Bzgl. Personalrekrutierung stehen wir einerseits vor dem Problem, dass viele Vorarlberger im Ausland arbeiten, andererseits verschärft sich die Situation dadurch, dass wir keine eigene universitäre Ausbildung für den medizinischen Bereich haben. Das ist eine Herausforderung für die Zukunft, der wir uns gerne stellen und die mittel- und langfristig klare Maßnahmen erfordert. Unser Spitalswesen ist durch eine hohe Struktur- und Leistungsdichte und relativ viele Spitalsstandorte gekennzeichnet. In den letzten Jahren sind viele kommunale Spitäler zur Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft.m.b.h (KHBG) zusammengewachsen. Die KHBG hat 85 Prozent Marktanteil. Wir versuchen, durch kluge Nützung von historischen Fenstern zu restrukturieren und auf Basis der Grundsätze Zusammenarbeit und Transparenz Standorte zu schließen, Abteilungen zu zentralisieren und Schwerpunkte zu bilden. Das Leistungsangebot ist sehr hoch, die Kostenentwicklung ist im Vergleich mit anderen Bundesländern aber zufriedenstellend. In den vergangenen zwei Jahren hatten wir keine Kostensteigerung zu verzeichnen, was außergewöhnlich ist.

Hornung: Wir sind mit unserer topografischen Randlage ein relativ abgegrenztes, überschaubares System, in dem sich viel gestalten lässt. Gerade weil der Kontakt zu den Systempartnern sehr gut ist, weil die Wege auch kurz sind und das System überschaubar ist, gelingt es uns immer wieder, Reformen umzusetzen. Die Umsetzungskraft ist eine der großen Stärken in Vorarlberg. Gerade im Gesundheitssektor konnten wir viele verschiedene Themen in den letzten Jahren bearbeiten und umsetzen, über die in anderen Bundesländern heute noch diskutiert wird.

Wolf: Was ich aus Sicht der Patientenvertretung in den letzten Jahren in Vorarlberg beobachten konnte, gefällt nicht nur mir sehr gut, sondern auch den Patienten. Besonders positiv sind die Restrukturierung und Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft in Richtung Fachbereiche und Zentrenbildung hervorzuheben. Die Herausforderungen der Zukunft liegen meiner Ansicht nach

vor allem in der Altersstruktur der Bevölkerung. Da wird etwas auf uns zukommen, was wir heute noch gar nicht richtig abschätzen können. Vor allem was den Bedarf an Orthopädie und Kardiologie betrifft. Wir müssen gewappnet sein, damit wir diese Entwicklung auffangen können. Die Frage ist, ob wir das alleine bewältigen können oder ob wir mit einem benachbarten Bundesland Kooperationen eingehen müssen, etwa bei der Herzchirurgie oder interventionellen Kardiologie.

Brunner: Dazu ein paar aktuelle Zahlen: 1985 waren in Vorarlberg 36.469 Menschen im Pensionsverhältnis, 2010 68.952 Personen, also 89 Prozent mehr. Im Bundesschnitt aller Kassen beträgt diese Steigerung 40 Prozent. Die „Alterungsquote“ entwickelt sich in Vorarlberg mehr als doppelt so schnell wie im Bundesschnitt. Dies hat natürlich enorme Auswirkungen auf den zukünftigen Finanzierungsbedarf.

Wöß: Aus Sicht der Ärztekammer kann ich bestätigen, dass es eine offene und partnerschaftliche Kommunikation gibt. Das ist im Bereich der niedergelassenen Ärzte auch systemimmanent, weil wir die Gesamtvergütung haben, die uns an einen Tisch zwingt. Ohne Einvernehmen geht es nicht. Die Ärzteschaft ist in die Gestaltung des Gesundheitswesens in Vorarlberg also partnerschaftlich eingebunden. Auch im Krankenhausbereich hat es gerade in der letzten Zeit aufgrund offener Diskussionen und einer konstruktiven Zusammenarbeit sehr gute Erfolge gegeben. Probleme bestehen im Bereich der Bereitschaftsdienste und der Ambulanzen, die überlaufen sind. Sowohl die niedergelassenen als auch die angestellten Ärzte leiden unter dieser Situation. Den niedergelassenen Ärzten wird oft zum Vorwurf gemacht, dass sie bzw. ihre Ordinationszeiten schuld an der Überbeanspruchung der Ambulanzen seien. Das stimmt aber nicht. Viele Patienten rufen den Bereitschaftsdienst gar nicht, sondern suchen auf direktem Weg die Ambulanz auf. Ich sehe einen gewissen Mangel an Vertrauen in die Qualität der niedergelassenen Ärzte. Wir müssen daher an einer Aufwertung der niedergelassenen Kollegen arbeiten. Den „Hausarzt“ gibt es nur noch für die ältere Generation. Wir wollen der Bevölkerung einen hohen Standard bieten. Die Frage ist, ob wir das jederzeit und allorts in vollem Umfang gewährleisten



können. Eine gemeinsame Zukunftsaufgabe für die Politik und die Sozialversicherung ist es zu betonen, dass wir nicht mehr rund um die Uhr überall alle Leistungen bieten können. Gerade im Gesundheitswesen wird oft versprochen, eine optimale, maximale Versorgung zu garantieren. Das kommt zwar sehr gut an, aber man muss in der Kommunikation an die Bevölkerung ehrlich bleiben und verlaublichen, dass dies nicht möglich ist.

P: Stichwort Umstrukturierung und Zentrenbildung – wie nehmen die Vorarlberger Patienten die Einführung von Kompetenzzentren auf?

Wallner: Wir überlegen schon seit ein paar Jahren, wie wir die Struktur kostengünstiger aufstellen können. Eine Grundsatzentscheidung in dieser Hinsicht war es, die Spitäler nicht zu schließen, sondern in den Abteilungsstrukturen darauf zu achten, dass Schwerpunkte gebildet werden. Das hat zum Schließen von Abteilungen oder zum Fusionieren bzw. zur kompletten Umgestaltung von ganzen Häusern geführt. Die Umstrukturierungsmaßnahmen waren zwar nicht einfach, aber unter dem Titel einer Schwerpunktbildung letztlich auch der Bevölkerung verständlich zu vermitteln.

P: Zum Thema Nahtstellenmanagement, integrierte Versorgung und sektorenübergreifende Betreuung der Patienten: Gibt es dazu Strategien und Schwerpunktsetzungen? Wie gestalten sich die Nahtstellen zwischen intra- und extramuralem Bereich? Wie sehen Modelle integrierter Versorgung aus?

Hornung: Im Bereich der kardiologischen Versorgung sind alle inneren Abteilungen, die Kardiologie betreiben, vollständig mit dem Zentrum für interventionelle Kardiologie in Feldkirch vernetzt. Jeder Patient mit einem Verdacht auf Herzinfarkt wird im Rettungswagen mittels Tele-EKG untersucht. Dieses EKG wird an das Zentrum übermittelt und anschließend wird gemeinsam mit dem Krankenhaus vor Ort entschieden, wie man mit dem Patienten weiter verfährt. Das bedeutet, dass jeder Mensch die gleiche Chance und auch das gleiche Leistungsgesüst hat. Diese Strukturen hören nicht an der Krankenhausstür auf, sondern gehen auch über in den niedergelassenen Sektor. Dadurch entsteht eine abgestufte Betreuung. Das ist ein beispielhaftes Projekt für die integrierte Versorgung. Der Spitalsektor stellt hier genauso wie der niedergelassene Bereich in einer durchgängigen Struktur mit einem vernünftigen Prozess sicher, dass jeder Patient die gleiche Chance hat und die Behandlung in gleichbleibend hoher Qualität erfolgt.

Wöb: Wir haben das „Gesundheitsnetz Vorarlberg“ (GNV) etabliert. Das ist eine Kommunikationsplattform von Krankenanstalten, Arztpraxen und medizinischen Labors, im Rahmen derer Befunde und Arztbriefe elektronisch übertragen werden können. Im Projekt GNV hat die Vorarlberger Ärztekammer, die mit den Krankenanstalten, Labors und den Ärzten entsprechende Vereinbarungen abgeschlossen hat, die Trägerschaft. Diese Vernetzung zwischen niedergelassenem und Spitalbereich funktioniert mittlerweile sehr gut.



Hornung: Ein weiteres gutes Beispiel zur integrierten Versorgung ist das Entlassungsmanagement. Es ist in der Regel so, dass Patienten mit einer höheren Pflegebedürftigkeit nach dem akutstationären Aufenthalt noch in eine nachgelagerte Institution kommen oder im häuslichen Umfeld versorgt werden. Wir haben in Vorarlberg vor zwei Jahren ein Projekt aufgesetzt, im Rahmen dessen mit dem niedergelassenen Sektor die Entlassung gemeinsam geplant und durchgeführt wird. Im Krankenhaus wird eine sogenannte Defizitliste an den niedergelassenen Arzt und die Hauskrankenpflege übermittelt, die dann auf Basis dieser Defizite beginnen, das soziale Umfeld für den Patienten zu organisieren, und zwar bereits vor der Entlassung. Am Tag der Entlassung ist also schon alles vorbereitet. Dadurch werden „Drehtürpatienten“ vermieden und die Partner im Gesundheitssystem können letztendlich auch das leisten, was sie am besten können.

Fleisch: Wir sind das erste und einzige Bundesland, das flächendeckende Erhebungen in allen Spitalsambulanzen durchgeführt hat, um herauszufinden, welche Patienten zu welcher Tages- und Nachtzeit oder am Wochenende kommen, mit welcher Motivation, mit welchem Krankheitsbild, mit welcher Dringlichkeit und was mit diesen Patienten tatsächlich passiert. Ein Fokus wurde dabei auf die so genannten Selbstzuweiser gelegt. Festgestellt haben wir unter anderem, dass die Ambulanzfrequenz stark vom jeweiligen Lebensalter der Patienten abhängt. Selbstzuweiser sind zu einem großen Teil junge Patienten bis 35, die ältere Generation gehört nicht zu dieser Gruppe, sondern sucht noch eher zuerst den Hausarzt auf. Das ist eine interessante Entwicklung, auf die wir reagieren müssen. Denn wenn dieser „Trend“ voranschreitet, kann es sein, dass der Hausarzt zukünftig vielleicht nicht mehr die Rolle des „gatekeepers“ im Gesundheitssystem spielt. Wir versuchen, aus diesen interessanten und differenzierten Erkenntnissen Modelle zu entwickeln, wie wir mit der Ärztekammer, der Krankenkasse und dem Land gemeinsam Lösungen entwickeln und umsetzen können.

Rehak: Die Apothekerschaft ist in diese steuernden Strukturen nicht so stark eingebunden. Wir sind eine kleine Gruppe, die eher die Arzneimittelkompetenz in den Vordergrund stellt. Das heißt, wenn wir ein Anliegen haben bzw. etwas verändern möchten, ist es für uns ein wenig schwerer. Insgesamt betrachtet, besteht aber eine gute Zusammenarbeit und wir finden auch als kleiner Player Gehör und können uns einbringen. In puncto Arzneimittel ist unsere Kompetenz absolut anerkannt. Ich sehe einen wesentlichen Vorteil in der grundsätzlichen Haltung aller Stakeholder in Vorarlberg, die gegenseitige Wertschätzung, Sachlichkeit und Kompetenz in den Vordergrund stellt. Einen weiteren wichtigen Punkt sehe ich im relativ hohen Gesundheitsbewusstsein der Vorarlberger. Unsere Bevölkerung hat einen stärkeren Zugang zu diesem Bereich und grundsätzlich mehr Vertrauen zur Ärzteschaft bzw. zu anderen Gesundheitsanbietern. Auch die Bereitschaft, selbst etwas für die eigene Gesundheit zu tun, empfinde ich als stark ausgeprägt. Nicht zuletzt ist auch ein höheres Maß an Eigenverantwortung gegeben. Die Bevölkerung versucht im Sinne einer abgestuften Versorgung zuerst die niederschweligen Angebote wie die Apotheken in Anspruch zu nehmen, bevor sie ins System der ärztlichen Betreuung einsteigt. Eine verstärkte Einbindung der Apotheker in das Schnittstellenmanagement Krankenhaus – Entlassung wäre wünschenswert, konkret im Bereich der Bereitschaftsdienste. Die Schnittstelle zum Krankenhaus bedarf einiger Verbesserungen, auch hinsichtlich der Verordnungen, da diese nicht immer ganz durchschaubar sind. Im Nachhinein die Information zu bekommen ist oft schwierig. Der Zugang zum ärztlichen Angebot außerhalb der normalen Ordinationszeiten bereitet uns gewisse Schwierigkeiten, obwohl wir auf der lokalen Ebene sehr gut vernetzt sind.

P: Zur Rollenverteilung zwischen Bund und Land: Was wünschen Sie sich vom Bund? In welchen Bereichen ist Föderalismus und in welchen eine zentrale Steuerung sinnvoller?

Wallner: In Richtung Bund gibt es unsererseits die Hauptforderung, die Planung, Finanzierung und Steuerung in einen Topf zu bringen und von einer Zentralisierung der Spitalgesetzgebung abzusehen, da diese von den wirklich brennenden Fragen ablenkt. Im Sozialversicherungsbereich wäre es wünschenswert, mehr Innovationen zuzulassen. Zur Frage der Rollenverteilung ist zu sagen, dass die großen sozialen Herausforderungen besonders die Demografie betreffen und das, was auf uns im Bereich der Pflege und Medizin zukommen wird. Diese Probleme sind meiner Meinung nach nur im Nahraum lösbar und nicht zentral von Wien aus. Für die Pflege zu Hause braucht es ein verantwortungsvolles familiäres oder nachbarschaftliches Umfeld sowie einen Hausarzt, der in der Nähe ist. In schwereren Pflegefällen ist eine höherwertige Versorgung notwendig. Wenn dies nur zentral organisiert wird, gehen Qualität, Menschlichkeit und Nähe verloren.

Brunner: Die derzeitige Diskussion Bund vs. Land ist sehr stark von Kompetenzstreitigkeiten geprägt. Ob wir tatsächlich neun Krankenanstaltengesetze brauchen, ist sicher zu hinterfragen, deren Reduzierung auf ein einziges wird jedoch das eigentliche Problem nicht lösen. Im Wesentlichen geht es darum, die verschiedenen Sektoren miteinander abzustimmen, damit die Patienten die notwendigen Leistungen qualitativ hochwertig und ohne Schnittstellenverluste erhalten. Es werden vermehrt integrierte Versorgungsformen und Ansätze von „managed care“ benötigt. Die Krankenanstalten sollten sich in einem abgestuften Versorgungsmodell auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren, die Angebotsschwerpunkte abstimmen und so die Voraussetzung für

bestmögliche Qualität gewährleisten. Gerade in Vorarlberg, mit seinen infrastrukturell gut erschlossenen Räumen, bestehen hierfür gute Voraussetzungen. Effizienzpotential ist jedoch in Vorarlberg zu heben – dies kann nicht von Wien aus verordnet werden.

Wolf: Uns als Patientenanwaltschaft sind gewisse Uneinheitlichkeiten ein Dorn im Auge. So haben wir beispielsweise nicht mit allen Gesundheitsberufen Kooperationsverträge. Diesbezüglich wären einheitliche Strukturen bzw. gesetzliche Vorgaben notwendig, die sicherstellen, dass sich jeder durchgängig an uns wenden kann, egal um welchen Gesundheitsberuf es geht. Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten betreffend, ist das zum Beispiel nicht der Fall. Das müsste der Bund in den Berufsgesetzen regeln, dieser Wunsch wird von unserer Seite geäußert.

Rehak: Wir haben starke Reglementierungen vonseiten des Bundes. Diese sind durchaus akzeptiert. Aus unserer Sicht wäre es aber wünschenswert, dass der pekuniäre Teil transparenter dargestellt wird. Woher kommen die Kosten? Wer verursacht sie? Die enthaltenen Anteile wie Folgekosten aufgrund von Rezeptgebühren, Obergrenzen, Verordnungen und dergleichen sind zu veranschaulichen. Beispielsweise wäre klar darzustellen, dass die hochpreisigen Arzneien – und nicht die Basismedikamentenversorgung – zu den Kostentreibern zählen. Es sollte eine stärkere Transparenz hinsichtlich der Ursachen der Kosten geben.

FACTBOX VORARLBERG

Fläche in km² Vorarlberg 2.601,48 km² (Österreich: 83.871 km²)
Bevölkerung Vorarlberg 370.794 (Österreich: 8.404.252)
Bevölkerungsdichte 143 Einwohner pro km² (Österreich: 100)

Krankenanstalten im Bundesland Vorarlberg

Krankenanstalten insgesamt	12 ¹
Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht	7
Krankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht	5

Bettenanzahl Vorarlberg

2.094 tatsächlich aufgestellte Betten² (Österreich: 63.855)

Ärzte in Vorarlberger Krankenanstalten 2009 722³

Niedergelassene Ärzte in Vorarlberg 2009 631³

Apotheken in Vorarlberg 75³

davon 49 öffentliche Apotheken, eine Krankenhausapotheke und 25 Hausapotheken (Österreich: 2.271)

Vorarlberg ist das westlichste und hinsichtlich der Fläche und Bevölkerungszahl zweitkleinste Bundesland der Republik. Es ist in vier unterschiedlich große Verwaltungsbezirke aufgeteilt. Sie tragen jeweils den Namen ihrer Hauptstadt und sind der flächenmäßigen Größe der Bezirke nach abnehmend geordnet: Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Dornbirn.

Die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsges.m.b.h. ist der Rechtsträger der Vorarlberger Landeskrankenhäuser, LKH Bludenz, LKH Bregenz, LKH Feldkirch, LKH Hohenems, LKH Rankweil, und des Sanatoriums Mehrerau. Ergänzend zu diesen Spitälern stehen vier Sanatorien und 35 sonstige Krankenanstalten zur Verfügung.

Für die stationäre Alten- und Langzeitversorgung standen pflegebedürftigen Menschen im Bundesland Vorarlberg Mitte 2008 rund 2170 Plätze in 49 Pflegeheimen gemäß Pflegeheimgesetz zur Verfügung. In diesem Rahmen wird sowohl Langzeit- als auch Kurzzeitpflege angeboten.

Vorarlberg gilt als Pionier der ambulanten und tagesklinischen neurologischen Rehabilitation. Seit mehr als zwanzig Jahren bietet die Sozialmedizinische Organisation für neurologische Rehabilitation (SMO) in Vorarlberg Menschen mit neurologischen Erkrankungen eine integrierte ambulante Rehaversion an. Insgesamt verfügt die SMO über vier Ambulatorien: in Bregenz, Dornbirn, Feldkirch und Bludenz/Bürs. Alle Standorte werden in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien nach dem Vorarlberger Spitalgesetz geführt.⁴

Viele nützliche und ausführliche Informationen zum Thema Gesundheit in Vorarlberg sind auf http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/gesundheit_sport/gesundheit_sport.htm abrufbar.

Quellen: 1: BMG, Liste der Krankenanstalten in Österreich, Stand: 20.01.2009, 2: Statistik Austria, Stand: 09.09.2009, 3: Statistik Austria, Stand: 18.10.2010, 4: Landesgesundheitsbericht Vorarlberg 2009

Die Player:

Manfred Brunner ist Obmann der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK). Mit dem Periskop spricht er über die finanzielle Absicherung der heimischen Krankenkassen.



Manfred Brunner

P: Welche Maßnahmen sind notwendig, um unsere Krankenkassen längerfristig abzusichern?

Brunner: Die Kasse hat 2010 wieder „schwarze Zahlen“ geschrieben. Dies ist einerseits auf die zusätzlichen Mittel aus dem Kassenstrukturfonds zurückzuführen. Um diese Mittel aber zu erhalten, hat die Kasse einen harten Sanierungskurs eingeschlagen. Dieser Kurs wurde gemeinsam mit verschiedenen Leistungserbringergruppen abgestimmt und von diesen mitgetragen. Aber auch die Versicherten wurden in die Pflicht genommen und daran erinnert, dass sie für ihre Gesundheit (mit)verantwortlich sind und diese Verantwortung nicht zur Gänze auf Ärzte, Therapeuten und Medikamente abschieben können. Für eine längerfristige Absicherung muss der Gesetzgeber die Kassen von jenen Aufgaben befreien, die ihnen in den letzten Jahren übertragen wurden, ohne dass ihnen die für deren Erbringung notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt wurden. Es wird auch darauf zu achten sein, dass die Kassen nur mehr mit neuen Leistungen betraut werden, wenn die dafür erforderlichen Mittel bereitgestellt werden. Damit ist nicht gemeint, dass die Kassen nicht bereit sind, zusätzliche Aufgaben zu übernehmen. Aber Kostenwahrheit muss vorherrschen.

P: Wenn man die einzelnen Budgetpositionen (Ärztgehälter, Krankenanstaltenfinanzierung, Heilmittel) betrachtet, so sind naturgemäß wesentliche Einsparungen nur bei großen Posten möglich. Was planen Sie in diesem Bereich?

Brunner: Die Kasse hat mit ihrem Konsolidierungspfad 2010-2013 bereits begonnen, in den Bereichen Heilmittel und ärztliche Hilfe die in den letzten Jahren überproportional hohen Kostensteigerungen einzubremsen. Diesen Weg gilt es konsequent weiter zu verfolgen. Innerhalb der Kasse wurde beispielsweise bereits 2009 eine eigene Struktur für Behandlungsökonomie eingerichtet. Deren Aufgabe ist es, den Ärzten im Rahmen von Servicegesprächen Ökonomiepotenziale in ihrem täglichen Handeln aufzuzeigen. Die Erfolge können sich sehen lassen und haben unter anderem dabei geholfen, die prognostizierten Steigerungen bei den Medikamentenkosten 2010 deutlich zu unterschreiten. Im Bereich der Ärzthonorare gewährleistet das System der Gesamtvergütung bereits seit vielen Jahren eine einkommenorientierte Ausgabenpolitik. Im größten Budgetposten, den Krankenanstalten, haben wir keinen Einfluss. Hier gilt es, zukünftig verstärkt anzusetzen.

P: Ist die medizinische Qualitätssicherung – hinsichtlich Prozess- und Ergebnisqualität – in Vorarlberg auf internationalem Spitzenniveau?

Brunner: In der Vergangenheit wurde schwerpunktmäßig die Strukturqualität bearbeitet und verbessert – Stichwort ÖSG und RSG. Aber auch bei der Prozessqualität nimmt die soziale Krankenversicherung ihre Verantwortung wahr. Es werden zum Beispiel Disease-Management-Programme (DMP) für verschiedene Krankheitsbilder – wie Diabetes, Post-Myocard-Infarkt oder Demenz – entwickelt und umgesetzt. In Vorarlberg läuft bereits seit knapp zwei Jahren das DMP für Typ-2-Diabetiker. Dessen Ziel ist es, durch konsequente Betreuung der Patienten Spätfolgen der Krankheit zurückzudrängen bzw. sie am besten überhaupt zu vermeiden. Im Bereich der Vorsorge ist die Kasse bestrebt, die Versicherten durch Call- und Recall-Systeme systematisch und entsprechend EBM-basierter Intervalle zur Vorsorgeuntersuchung zu bringen. Die Kasse nimmt auch bei den Zahnambulatorien die Qualitätssicherung sehr ernst. Alle Zahnambulatorien sind ISO-zertifiziert. Die Ergebnisqualität steckt allerdings noch weitgehend in den Kinderschuhen. Hier gilt es, das Bewusstsein durch geeignete Projekte zu entwickeln und zu fördern. Neben den Krankenanstalten werden sich auch die extramuralen Leistungserbringer dieser Qualitätsdimension verstärkt widmen müssen.

Seit August 2007 steht Vorarlbergs größtes Gesundheitsunternehmen, die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsges.m.b.H., unter der Doppelführung von **Dr. Gerald Fleisch** und **Dr. Till Hornung**. Die beiden Geschäftsführer bezogen im Periskop-Interview zur intramuralen Situation Stellung.



Dr. Gerald Fleisch

Dr. Till Hornung

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

Fleisch/Hornung: Die langfristige Absicherung kann nur durch einen Maßnahmenmix gewährleistet werden: Sicherung der Finanzierung, Zusammenführen der Finanzierungsströme, Definition und Umsetzung von adäquater Medizin, Abbau von Spitalbetten und Stärkung tagesklinischer Strukturen, verstärkte intersektorale Zusammenarbeit sowie Zusammenführung von intramuralen und extramuralen Leistungsbereichen.

P: Wo steht Vorarlberg diesbezüglich und welche Forderungen haben Sie an die Politik?

Fleisch/Hornung: Erste wesentliche Restrukturierungsmaßnahmen wie gezielte Standortschließungen und Schwerpunktbildungen wurden bereits getroffen. Schon im Jahr 1979 wurden mit der Gründung der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsges.m.b.H. Managementnergien generiert und laufend ausgebaut. Kooperationsmodelle zwischen Spitalerhalter und Sozialversicherungsträger (z.B. gemeinsame Dialyse) konnten umgesetzt und der Grundstein für wegweisende neue Modelle – wie das pädiatrische Zentrum am LKH Bludenz – konnte gelegt werden.

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

Fleisch/Hornung: Einsparungen sind prinzipiell in allen Positionen möglich. Kostenbewusstsein ist in einem öffentlichen Unternehmen bei jedem Handeln gefordert – die Steuermittel müssen optimal eingesetzt werden. Die größten Einsparungs- bzw. Kostendämpfungspotenziale sind selbstredend in großen Strukturthemen zu finden – wie beispielsweise Standortzusammenlegungen und Schwerpunktbildungen. Besonders wichtige Einsparungspotenziale im Betrieb bieten betriebsorganisatorische Verbesserungen und der Einkaufsbereich.

P: Wie soll insgesamt die Nahtstelle zwischen den Spitälern und den niedergelassenen Ärzten gestaltet werden?

Fleisch/Hornung: Diese Schnittstelle muss erst einmal zur Nahtstelle und damit umfassend verbessert werden. Hauptaugenmerk sollte dabei auf Behandlungspfade bzw. -prozesse gelegt werden. Der Patient muss konzise und stringent durch das Gesundheitswesen geführt werden – das heißt beispielsweise keine Mehrfachdiagnosen und keine „Drehtüreffekte“. Entsprechende Steuerungsinstrumente zur Patientenleitung sind weiterhin auszubauen.

P: Ist die medizinische Qualitätssicherung in Vorarlberg auf internationalem Spitzenniveau? Oder was wäre andernfalls notwendig, um dorthin zu kommen?

Fleisch/Hornung: Das Qualitätsmanagement der Vorarlberger Landeskrankenhäuser setzt neben hohen Strukturqualitätskriterien auf vielfältige Module im Prozess- und Ergebnisqualitätsbereich. Neben langjährig etablierten CIRS- und Risikomanagementsystemen spielen hierbei auch die Etablierung von Prozessstandards und Zertifizierungen eine gewichtige Rolle. Zur Überwachung der Ergebnisqualität wird an einer Vielzahl von Qualitätsregistern teilgenommen.

P: Welche Rolle spielt die Gesundheitsplattform in Vorarlberg?

Fleisch/Hornung: Die Gesundheitsplattform ist eine wichtige Informations-, Kommunikations- und Entscheidungsplattform für schnittstellenübergreifende Gesundheitsthemen und nimmt in der Praxis auch eine wesentliche Katalysatorfunktion bei Kooperationsmodellen wahr.

Mag. pharm. Jürgen Rehak, Präsident der Landesgeschäftsstelle Vorarlberg der Österreichischen Apothekerkammer, über Profilierungsmöglichkeiten für Apotheker.



Mag. pharm. Jürgen Rehak

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

Rehak: Als Apotheker sind wir in die wesentlichen Steuerungsmaßnahmen kaum eingebunden. Dort, wo Arzneimittelfragen berührt werden, wird das Gespräch gesucht und eine Lösung erarbeitet. Besonders gut läuft die Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern, vor allem mit der Gebietskrankenkasse. Es besteht ein gegenseitiges Vertrauen aufgrund langjähriger guter Erfahrungen. Ebenfalls problemlos läuft die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern auf der lokalen Ebene. Auf politischer Ebene, sprich zwischen der Ärzte- und der Apothekerkammer, gibt es distanzierte Positionen. Hier besteht sicher Verbesserungspotenzial. Die Informationsebene zu den Krankenhäusern funktioniert nicht sehr gut. An der Diskussion zum Schnittstellenmanagement hätten sich die Apotheker gerne beteiligt, jedoch gab es meines Wissens keine Einladungen dazu. Es wäre auch sinnvoll, in die Gesundheitsplattform des Landes integriert zu sein. Dies ist aber nur auf unmittelbare Arzneimittelfragen beschränkt.

P: Welche Profilierungsmöglichkeiten gibt es für Apotheker in Vorarlberg?

Rehak: Am Beispiel des Disease-Management-Programms (DMP) Diabetes ist ersichtlich, dass die angestrebten Ziele kaum erreichbar sind. Es fehlt an Ansprache in Richtung möglicher und betroffener Patienten, an Zeit und offensichtlich auch an anderen Anreizen. Die Zahl der betreuten Patienten ist durchaus überschaubar. Hier könnte man konkrete Angebote machen. Dies ist auch erfolgt, wird aber derzeit nicht in Erwägung gezogen, obwohl Infrastruktur, Informationswege und Kompetenz vorhanden sind. Dass es hervorragend funktionieren kann, sieht man bei der Substitutionsbehandlung von Suchtkranken, bei der Versorgung von Patienten mit enteraler Ernährung, bei strategischen Entscheidungen wie Pandemieplanungen usw. Da gäbe es noch viele Möglichkeiten. Längerfristig werden wir nicht darum herumkommen, diese Netzwerkstrukturen zu nutzen und gemeinsam zu versuchen, die größer werdenden Probleme zu meistern.

P: Es wird gerne auf die Arzneimittelkosten hingewiesen. Diese machen einen relativ kleinen Teil der Gesamtkosten aus. Welche Maßnahmen sind für diesen Bereich sinnvoll?

Rehak: Die Arzneimittel sind der einzige Bereich im Gesundheitswesen, der finanziell eindeutig festgemacht werden kann, denn es gibt einen Preis und eine Anzahl von Verordnungen, aus denen die Kosten resultieren. Daher nimmt man sich das bei Spardiskussionen immer zuerst vor, weil es am einfachsten dargestellt werden kann. Die Kosten für die Medikamente belasten etwa ein Achtel des gesamten Gesundheitsbudgets. Einsparungen von ein bis zwei Prozent in diesem Bereich bringen dem Gesamtbudget sehr wenig, für die betroffene Berufsgruppe hat dies aber große Auswirkungen. Theoretisch gibt es immer Einsparungspotenziale. Die großen Möglichkeiten sind aber weitgehend ausgeschöpft. Durch den flächendeckenden Einsatz des Ökotools in Vorarlberg hat sich eine Aut-idem-Regelung erübrigt. Was zunächst aus ärztlicher Sicht undenkbar war, wird jetzt von den Ärzten selbst umgesetzt. Potenziale gibt es noch bei den Ambulanzverschreibungen, bei Doppelverordnungen und bei den Reichweiten. Überprüfen könnte man auch die Verordnungen für gebührenbefreite Patienten. In diesem Segment wird offensichtlich mehr verordnet als bei Nichtbefreiten. Ein wesentlicher Kostenfaktor sind die Hochpreispräparate. Hier sind die Handelsspannen von Großhandel und Apotheke gering, sodass Einsparungen nur am Verhandlungsweg mit der Industrie erreichbar sind. Die solitäre Marktposition dieser Arzneimittel verhindert aber meist deutliche Preisreduktionen.

Der Vorarlberger Landesstatthalter für Gesundheit, **Mag. Markus Wallner**, erläutert, welche österreichweiten Akzente für das Gesundheitswesen ihren Ursprung in Vorarlberg hatten.



Mag. Markus Wallner

P: Welche Besonderheiten gibt es in der Vorarlberger Gesundheitspolitik?

Wallner: Das Land Vorarlberg hat in den vergangenen Jahrzehnten im Bereich der Gesundheitspolitik österreichweit wichtige Akzente gesetzt. Zu erinnern ist dabei an die Gründung der ersten Krankenhaus-Betriebsgesellschaft Österreichs, die Modellversuche zur „leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ und zum „Gesundheitsfonds“ als gemeinsame Plattform der Systempartner, welche anschließend bundesweit umgesetzt wurden. Wegweisende, innovative Ansätze waren die Gründung des Instituts für soziale Dienste, des Arbeitskreises für Vorsorge-Sozialmedizin, der Lebenshilfe, der sozialmedizinischen Dienste und der Suchtkranken-Hilfe der Caritas und der psychosozialen Gesundheitsdienste. Die dynamische Entwicklung in der Prävention hatte ihren Ursprung in der hier entwickelten Schwangerenvorsorge und der Vorsorgeuntersuchungen, die in Form des Mutter-Kind-Passes und der Gesundenuntersuchungen bundesweit eingeführt wurden. Eine professionell organisierte Hauskrankenpflege wurde auf- und ausgebaut. Einzigartig dabei sind ihre Organisationsstruktur in Vereinen, die Finanzierung – die Vereine sind in der Lage, vierzig Prozent der notwendigen Mittel selbst zu erwirtschaften – und eine sehr gute Versorgungsdichte.

P: Wie sehen Ihre langfristigen Ziele und Pläne in Ihrer Position als Landesstatthalter für Gesundheit aus?

Wallner: Das wichtigste Ziel ist, dass der medizinische Fortschritt auch in Zukunft für alle zugänglich sein muss, unabhängig von Alter, Geschlecht und eigenen finanziellen Möglichkeiten. Wir werden allen Patienten auch weiterhin wohnortnahe, qualifizierte und zeitgemäße Behandlungen und Therapien anbieten: in modernen Spitälern und durch ein dichtes Netz an niedergelassenen Ärzten. Weiters setzen wir in Vorarlberg auf Gesundheitsförderung und Vorsorge, investieren kräftig in die Krankenhäuser und bilden medizinische Schwerpunkte in der Versorgung. Wirtschaftliche Fragen sind auch im Gesundheitswesen wichtig, aber noch bedeutender ist für uns der Mensch. Das Land Vorarlberg hat bei den Landesspitälern beispielsweise in den letzten Jahren wichtige Schwerpunkte gesetzt, etwa die Neupositionierung des Krankenhauses Maria Rast, die Verlagerung der Pulmologie ins LKH Hohenems und die damit einhergehende Schließung des Krankenhauses Gaisbühel u.v.a. Neben der damit verbundenen Qualitätsverbesserung der medizinischen Leistungen errechnete der Landesrechnungshof Einsparungen von jährlich drei Millionen Euro und langfristig von sechzig Millionen Euro. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Verbesserung der Schnittstellenproblematik zwischen intra- und extramuralem Bereich. Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern der Sozialversicherung, des Hauptverbands, der Ärztekammer und des Landes, beschäftigt sich seit etwa einem Jahr mit dem Thema Spitalsambulanzentlastung sowie Schaffung einer Modellregion Vorarlberg. Es handelt sich dabei um besonders ambitionierte, österreichweit einmalige Projekte. Erstmals würden – etwa in einem Fachbereich – die intra- und extramuralen Mittel in einem Topf zusammengelegt und die Leistungsstrukturen gemeinsam geplant, gesteuert und finanziert werden. Leider mangelt es auch hier bislang an der Unterstützung des Bundes. Und zwar insofern, als für die Schaffung einer Modellregion mit einem realen Topf der Finanzierungsmittel des intra- und extramuralen Bereichs und einem beschlussfähigen Steuerungsgremium die bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen fehlen.

P: Welche Einsparungsmöglichkeiten oder Kostendämpfungsmaßnahmen sehen Sie bei den drei großen Budgetpositionen Ärzthonorare, Krankenanstaltenfinanzierung und Heilmittel – zum Beispiel Peritoneal- versus Hämodialyse – als realistisch an?

Wallner: Meines Erachtens sollte der Blick primär auf die Optimierung von Effizienzpotenzialen gerichtet sein: Wie können wir mit den vorhandenen Mitteln den maximalen Nutzen für die Patienten erreichen? Die zuvor angesprochenen Maßnahmen zur

sektorenübergreifenden Steuerung und zur sukzessiven Schwerpunktbildung im Spitalsbereich sind wichtiger als die krampfhaftige Suche nach Einsparungsmöglichkeiten in der Leistungsversorgung. Im Bereich Peritonealdialyse (PD) läuft seit einem Jahr in Vorarlberg ein Reformpoolprojekt mit Gesamtkosten in der Höhe von knapp einer halben Million Euro. Ziel ist es, den Anteil der PD-Patienten, bezogen auf alle Vorarlberger Dialysepatienten, innerhalb von ein- einhalb Jahren – das heißt bis Jahresende 2011 –, auf zwanzig Prozent zu erhöhen. Im Jahr 2010 hat die Zahl der Dialysepatienten in Vorarlberg, und dabei insbesondere der Hämodialysepatienten, erstmals abgenommen.

Mag. Alexander Wolf ist Patientenanwalt in Vorarlberg und beleuchtet die Qualität der Patientenversorgung in seinem Bundesland.



Mag. Alexander Wolf

P: Wo sind aus Sicht der Patientenanwaltschaft die guten und wo die Schattenseiten in Vorarlberg?

Wolf: Der Vorteil liegt sicher in der Kleinräumigkeit unseres Bundeslandes. Die Strukturen, die zur Verfügung stehen, sind für alle Patienten rasch und mit wenig zeitlichem Aufwand erreichbar. Die Schattenseite sehe ich darin, dass in Teilbereichen längere Wartezeiten bei elektiven Eingriffen zu erkennen sind. Bestimmte Eingriffe sind auch nur außerhalb des Bundeslandes möglich. Das ist für die Patienten eine Belastung. Einerseits weil das organisiert werden muss, andererseits weil auch Aufenthalte außerhalb des Bundeslandes notwendig werden. In diesem Fall fällt die familiäre Unterstützung großteils weg. Gerade diese ist aber äußerst dienlich für den Heilungsprozess.

P: Ist die Patientenanwaltschaft in einschlägigen Gremien vertreten und hat sie Mitspracherechte?

Wolf: Die Patientenanwaltschaft Vorarlberg ist mit Sitz und Stimme in der Gesundheitsplattform vertreten. Wichtig erscheint mir, dass sie durch die Vertretung in diesem Gremium Kenntnis über Inhalte erlangt, die sich direkt auf die Patienten auswirken. Auch kann im Entscheidungsprozess zur Meinungsbildung beigetragen werden. Die Patientenanwaltschaft würde sich aber wünschen, als Mitglied der Gesundheitsplattform Aufschluss über Inhalte von vorbereitenden Sitzungen und Gesprächen zu bekommen. Weiters ist die Patientenanwaltschaft Mitglied in der Ethikkommission des Landes Vorarlberg (ex lege).

P: Welche Forderungen haben Sie an die Landes- bzw. Bundespolitik?

Wolf: Es wäre wünschenswert, wenn Patienten sich nicht nur dann (ex lege) an die Patientenanwaltschaft wenden könnten, wenn sie sich durch Behandlungen im engeren (Vorwurf eines Behandlungsfehlers) und weiteren (Unterbringung, Versorgung etc.) Sinne beschwert fühlen. Die meisten Menschen werden nicht isoliert nur in einem Bereich „behandelt“, sondern müssen mehrere Behandler aufsuchen. So kann es vorkommen, dass Patienten vom niedergelassenen Arzt ins Krankenhaus überwiesen werden, nachfolgend Physiotherapie verschrieben bekommen, in der Apotheke Medikamente erwerben und vielleicht im häuslichen Bereich durch die Hauskrankenpflege betreut werden. Es wäre daher sinnvoll, wenn eine generelle Zuständigkeit für alle Stufen des Gesundheitsbereichs gegeben wäre, um die Prüfung umfassend gestalten zu können.

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

Wolf: Das Wohl der Patienten muss immer im Vordergrund stehen. Erhebungen haben gezeigt, dass der Bekanntheitsgrad unserer Einrichtung, gerade in Talschaften, nicht so hoch ist. Ziel muss es sein, die Patientenanwaltschaft noch bekannter zu machen und den Menschen zu vermitteln, dass sie sich jederzeit im Falle einer Beschwerde an sie wenden können. Zum einen kann das die zweifellos bestehende Dunkelziffer und die damit in Zusammenhang stehende Unzufriedenheit abbauen, zum anderen kann nur so die Zufriedenheit bei dieser Patientengruppe hergestellt bzw. gesteigert werden. Zudem wird uns des Öfteren zuge- tragen, dass manche Patienten sich nicht trauen, ein Prüfungs-

verfahren in die Wege zu leiten. Sie fürchten sich vor Repressalien. Durch eine vertiefte Patienteninformation und eine gute Gesprächsbasis mit den Systempartnern sollen diese Ängste abgebaut werden.

MR Dr. Peter Wöb, Präsident der Ärztekammer für Vorarlberg, über die Rolle der Allgemeinmediziner in ländlichen Regionen sowie darüber, warum ein uneingeschränktes Bekenntnis zur weiteren Basisbetreuung durch die niedergelassene Medizin notwendig ist.



MR Dr. Peter Wöb

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

Wöb: Wenn es nicht gelingt, im Gesundheitssystem Regulative für die Versicherten einzuführen, wird das System zusammenbrechen. Wenn der Patient nicht vernünftig geführt wird, wenn man geradezu stolz darauf ist, ihm zu jeder Zeit und überall alles zu bieten, wenn akzeptiert, ja förmlich gefördert wird, dass der notleidende Patient, der sich hilflos an seinen Arzt wendet, ersetzt wird durch den begehrenden und fordernden Konsumenten, der nicht nach Hilfe sucht, sondern der als informierter Bürger und Versicherter seine Ansprüche einzulösen müssen glaubt, werden die Probleme noch größer werden. Besonders positiv sind hierzulande das Niveau und der Teamgeist, mit dem Patienten betreut werden. Es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, der Pflege und medizinischen Hilfsberufen.

P: Wie gut funktioniert die Nahtstelle zwischen intramuralem und extramuralem Bereich in Vorarlberg?

Wöb: Diesbezüglich wird bei uns seit Jahren mehrfach gearbeitet. Ein gut funktionierendes Pilotprojekt zum Entlassungsmanagement wurde zwar leider nicht eins zu eins umgesetzt, es gibt aber große Bemühungen, die Patienten gut vorbereitet und nach Kommunikation mit dem Hausarzt zu entlassen. Verbesserungsfähig ist sicher noch der Informationsfluss vom extra- in den intramuralen Bereich, der eventuell auch standardisiert erfolgen könnte. Da die Krankenhäuser bei uns jedoch nicht weit voneinander entfernt sind, besteht ein enger persönlicher Kontakt zwischen den Ärzten.

P: Stichwort Kooperation: Was wünschen Sie sich von Ihren (Vertrags-)Partnern konkret? Wie kann die Zusammenarbeit verbessert werden?

Wöb: Ich wünsche mir sowohl von der Sozialversicherung als auch vom Land ein klares und uneingeschränktes Bekenntnis zur weiteren Basisbetreuung durch die niedergelassene Medizin. Insgesamt wäre ein gesamt- bzw. volkswirtschaftliches, vom eigentlichen Zahler ausgehendes Denken absolut wünschenswert, weil damit die gegenseitigen Blockaden aufgrund des nur auf den eigenen Zahlen ruhenden Blicks ausbleiben könnten.

P: In den meisten ländlichen Regionen, so wahrscheinlich auch in Vorarlberg, nimmt der Hausarzt eine Schlüsselrolle in der Versorgung ein. Wie kann der Beruf des Allgemeinmediziners attraktiver gestaltet werden, so dass eine ausreichende Versorgung auch in ländlichen Regionen sichergestellt werden kann?

Wöb: Die Basis ist eine gute, strukturierte und qualitätsgesicherte Ausbildung und die Möglichkeit, durch eine entsprechende Honorarordnung – mit möglichst wenig Bürokratie und „Fußfesseln“ – den Beruf so attraktiv zu gestalten, dass sich junge Ärzte und Ärztinnen dafür entscheiden können. In ländlichen Gegenden heißt das natürlich auch, dass bestehende Hausapotheken weitergeführt werden müssen.

P: Stichwort Finanzierung aus einer Hand bzw. aus einem Topf. Ist das sinnvoll und wie sollte das aus Ihrer Sicht strukturiert werden?

Wöb: Der Ansatz ist grundsätzlich sicher richtig, aber unrealistisch, da zwischen den bisherigen „Zählern“ zu viel Misstrauen besteht. Leichter wäre hier die Umsetzung des Modells der ÖÄK, das eine Trennung in stationär und ambulant vorsieht. So könnte eine klare Trennung von Aufgaben und Finanzierung erfolgen.

VON ÄRZTEKAMMERPRÄSIDENT MR DR. WALTER DORNER



Achtung Armutsfalle: gefährliche Spirale nach unten

Der österreichische Armutsbericht zeigt auf, dass die Zahl der Menschen, die hierzulande an oder unter der Armutsschwelle leben, deutlich angestiegen ist. Vor allem bei der Kinderarmut ist der Zuwachs beängstigend hoch. Damit beginnt eine gefährliche Spirale nach unten: Arme Menschen werden signifikant häufiger krank, ernähren sich zwangsläufig ungesünder und leiden deutlich öfter an Depressionen.

„In Österreich ist vor allem die ältere Generation am stärksten armutsgefährdet, paradoxerweise auch wegen der steigenden Lebenserwartung. Untersuchungen belegen, dass arme Menschen weitaus krankheitsanfälliger sind als gut verdienende und sich im Gesundheitssystem wesentlich schlechter zurechtfinden“, warnt der Präsident der Wiener und der Österreichischen Ärztekammer Walter Dörner.

Auch Bernhard Schwarz, Präsident der Karl-Landsteiner-Gesellschaft und Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomie, bestätigt: „Der soziale Hintergrund hat von jeher einen hohen Risikofaktor für Krankheiten dargestellt und spielt heute angesichts der immer höher werdenden Armutszahlen eine besonders große Rolle.“

So sei die Zahl der Arztbesuche und Erkrankungen durch wachsende Langzeitarbeitslosigkeit deutlich gestiegen. Ebenso hätten sich die Burn-out-Raten erhöht, die häufig „verkappte“ Depressionen seien. Ein ausreichendes Angebot an Vorsorge- und Pflegeeinrichtungen fehle jedoch. Schwarz: „Auch chronischer Stress, der wiederum zu Folgeerkrankungen führen kann, tritt bei Menschen mit geringem Einkommen überdurchschnittlich häufig auf.“

Sozialpolitische Herausforderung

Martin Schenk, Sozialexperte der Diakonie und Mitbegründer der Armutskonferenz, erklärt: „Die so genannte Managerkrankheit mit Bluthochdruck und Infarktrisiko tritt bei Armutsbetroffenen dreimal so häufig auf als bei den Managern selbst – aber nicht, weil Manager weniger gestresst sind, sondern weil sie die Freiheit haben, den Stress mit Erholung in Form von schönen Abendessen oder Reisen zu unterbrechen. Diese Freiheit fehlt Armutsbetroffenen in den meisten Fällen.“

Schenk zufolge macht nicht die Tatsache allein, kein Geld zu haben, krank, sondern es sind vielmehr die Alltagssituationen, die mit dem sozialen Status und den damit einhergehenden Prozessen verbunden sind, die gesundheitlich nachteilige Auswirkungen haben. „Psychosomatische Beschwerden dürfen bei sozial Benachteiligten auf keinen Fall unterschätzt werden“, betont Schenk.

Ärztelkammerpräsident Dörner weist darauf hin, dass es eine signifikante Korrelation von Monatseinkommen, Ernährungsweise und chronischen Krankheiten wie Fettsucht, Diabetes, Augenerkrankungen oder Schädigungen des Bewegungsapparats gibt. „Wir stehen damit nicht nur vor gewaltigen medizinischen, sondern vor allem auch vor sozialpolitischen Herausforderungen. Wer Armut sinnvoll bekämpft, bekämpft auch Krankheiten. Der Schlüssel dazu liegt in einer durchlässigeren Bildungs- und Sozialpolitik“, so Dörner.

Diese Ungleichheiten dürften in einer Gesellschaft, die auf dem Grundsatz der sozialen Gerechtigkeit aufbaue, nicht vorkommen. Initiativen müssten gesetzt werden. Darüber hinaus dürfe nicht vergessen werden, dass auch der Zugang zu medizinischen Leistungen unter anderem von Faktoren abhängt, die mit sozialer Benachteiligung Hand in Hand gingen, argumentiert der Ärztekammerpräsident.

Jetzt in Vorsorge investieren

„Die Wiener Stadtregierung muss sparen. Mit Blick auf die hohe Korrelation zwischen Armut und Krankheit fordert die Ärztekammer die rasche Umsetzung der Ganztagschule an den AHS mit verpflichtender Gesundheits- und Ernährungslehre sowie eine Verdoppelung der Turnstunden bei verstärktem Mobilitätstraining. „Was wir in konsequente Vorsorge und Aufklärung investieren, ersparen wir uns in zwanzig oder dreißig Jahren an akuten Behandlungskosten oder an Kosten für chro-

nische Erkrankungen und Arbeitsausfälle“, betont Präsident Walter Dörner.

Dazu seien verschiedene Maßnahmen begleitend notwendig: „Wir brauchen eine Erhöhung der Mindestsicherung sowie den barrierefreien Zugang zu Bildung und Ausbildung.“ Obwohl Österreich eines der reichsten Länder der Welt sei, nehme die Anzahl der von Armut betroffenen und bedrohten Menschen stetig zu. Dörner: „Einmal in der Armutsfalle gelandet, scheint es schwer, den Teufelskreis zu durchbrechen.“

Die Ärztekammer plädiert daher dafür, so früh wie möglich anzusetzen und bereits ab dem Kindesalter in gesundheitliche Vorsorge zu investieren. Allerdings könne das Gesundheitssystem nicht alleine gesundheitliche Ungleichheiten ausgleichen. Dazu bedürfe es „ressortübergreifender Maßnahmen und Aufklärungskampagnen, von den Schulen bis hin zur Politik“, so Dörner.

Schlechter Gesundheitszustand bei Jugendlichen

Dass nicht nur Armut krank, sondern auch Krankheit arm machen kann, ist inzwischen durch zahlreiche Studien belegt. Auch hier gilt: Vorsorge ist besser als Nachsorge.

Mit zunehmendem Lebensalter sind Kinder und Jugendliche von heute viel krankheitsanfälliger und werden deswegen auch mehr und vor allem teurere medizinische Leistungen benötigen. Die Mehrkosten für das Gesundheitswesen werden, wenn die heutigen Kinder in das Pensionsalter kommen, auf 15,3 Milliarden Euro explodieren. Und diese Gefahr ist groß und realistisch, denn der Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in der EU, und vor allem in Österreich, ist alarmierend:

- 14 Prozent der Kinder in der EU sind übergewichtig oder fettleibig – Tendenz steigend. Die größten Zuwachsraten konnten laut OECD unter anderem in Österreich verzeichnet werden.
- 30 Prozent der Wiener Kinder können nicht mehr rückwärtsgehen, 60 Prozent sind nicht mehr in der Lage, auf einem Bein zu hüpfen.
- In Österreich rauchen 24 Prozent der Burschen und 30 Prozent der Mädchen (OECD-Durchschnitt: 16 beziehungsweise 17 Prozent).
- 41 Prozent der männlichen und 36 Prozent der weiblichen Jugendlichen über 15 Jahre trinken regelmäßig Alkohol (OECD-Schnitt: 33 beziehungsweise 29 Prozent).
- 19,6 Prozent der österreichischen Jugendlichen bewegen sich zu wenig.

Laut Dörner beginne die Armutsspirale oft bei einem Mangel an Bildung und Aufklärung von klein auf. Bildung führe zwar nicht automatisch zu weniger Armut – wie es auch die Volkshochschulen anlässlich einer Tagung formulierten –, jedoch sei „die Bildungsförderung und die Aufklärung in vielen Bereichen – wie beispielsweise Gesundheit, Ernährung oder Sexualkunde – essenziell für die weitere Entwicklung der jüngsten Mitglieder unserer Gesellschaft“. Eine gute Erstausbildung könne maßgeblich zur späteren sozialen Etablierung beitragen und vor Arbeitslosigkeit und deren Folgen schützen.

Neben einer guten Basisausbildung werde daher aus sozialpolitischer Sicht und aufgrund der Wissensgesellschaft das Thema lebenslanges Lernen und Weiterbildung immer wichtiger. Dörner: „Gefragt sind umfassende bildungspolitische Alternativen und neue Ansätze sowie interdisziplinäre Arbeitsgruppen, die sich einer effizienten Gesellschaftsgestaltung annehmen und entsprechende Finanzierungsmodelle dafür erarbeiten.“

DATEN & FAKTEN AUF EINEN BLICK

- Im Jahr 2009 waren **12 Prozent der österreichischen Bevölkerung armutsgefährdet**, 488.000 Menschen (6 Prozent der Wohnbevölkerung) tatsächlich von Armut und sozialer Ausgrenzung betroffen (Statistik Austria 2011).
- **Ein Viertel** der Armutsbetroffenen in Österreich sind **Kinder**.
- **Knapp 1.000.000 Menschen in Österreich haben ein Einkommen unter der Armutsgrenze**.
- 280.000 Wienerinnen und Wiener verfügen über ein Einkommen von weniger als 990 Euro (inklusive aller Transferleistungen) und leben damit unter der aktuellen Armutsgefährdungsschwelle (Statistik Austria).
- **Jede zehnte Wienerin bzw. jeder zehnte Wiener lebt in manifester Armut** (180.000 Personen) und hat finanzielle Probleme in zentralen Lebensbereichen wie Heizen der Wohnung, Bezahlen von Rechnungen oder beim Kauf neuer Kleidung.
- Ungefähr 6.000 Menschen in Österreich müssen mit weniger als **zwei Euro pro Tag** auskommen.
- 129.000 Menschen in Österreich können es sich nicht leisten, ihre Wohnungen angemessen warm zu halten.
- Seit dem Jahr 2000 hat sich die Anzahl der Sozialhilfebeziehenden in Wien auf 100.000 mehr als verdoppelt.
- Menschen, die in Armut leben, sind **doppelt so oft krank** wie Nichtarme. Gesundheitsrisiken und -probleme treten bei Arbeitslosen besonders häufig auf.
- Arme Kinder von heute sind die chronisch Kranken von morgen.
- Von Armut betroffene Menschen können sich in vielen Fällen nicht dieselbe medizinische Versorgung leisten wie Personen, die nicht in Armut leben.
- **Arme Menschen haben weniger Chancen im Leben**.



„Frauen, die auf ihre Männer schauen.“

Neue Kampagne zum Thema „Männergesundheit in Österreich“

Seit Jahren ist das Prostatakarzinom der häufigste bösartige Tumor und die zweithäufigste Krebstodesursache bei Männern. Jeder sechste bis achte Mann erkrankt im Laufe seines Lebens an diesem Tumor, jeder 30. stirbt daran. Pro Jahr wird bei etwa 6000 Männern in Österreich diese Diagnose gestellt. Das Prostatakarzinom ist nur ein Beispiel von vielen urologischen Erkrankungen, die durch Früherkennung besser behandelt werden können. Die urologische Vorsorgeuntersuchung für Männer ab vierzig Jahren, der „androcheck™“, wird jedoch nach wie vor zu wenig in Anspruch genommen. Der Berufsverband der Österreichischen Urologen schlägt Alarm und ruft mit einer neuen Informationskampagne zur Vorsorge auf.



Im Rahmen einer Pressekonferenz am 12. Mai dieses Jahres, veranstaltet vom Berufsverband der Österreichischen Urologen (bvU), wurde die neue Gesundheitskampagne „Frauen, die auf ihre Männer schauen“ der Öffentlichkeit präsentiert.

Männer und Frauen finden den Weg zum Arzt auf unterschiedliche Weise: Während der jährliche Besuch beim Gynäkologen für Frauen eine Selbstverständlichkeit ist, betrachten Männer Arztbesuche häufig als Schwäche. Manche haben Angst vor Untersuchungen oder deren Ergebnissen. Die meisten gehen erst zum Arzt, wenn sie Beschwerden haben. Männer werden besonders in Gesundheitsfragen von ihren Frauen (Ehefrauen, Partnerinnen, Müttern, Töchtern, Schwestern etc.) „gemaagt“. Daher konzentriert sich die Kampagne in erster Linie auf die Frauen. Sie werden aufgerufen, die Rolle der Informationsmittlerinnen zu ihren Männern zu übernehmen und diese dazu zu bringen, regelmäßig einen Urologen zu konsultieren. Auf Initiative des Berufsverbandes der Österreichischen Urologen, der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und der Österreichischen Ärztekammer wurde eine österreichweite Awarenesskampagne gestartet, die der Männergesundheit einen höheren Stellenwert einräumen soll. „Mit der Kampagne ‚Frauen, die auf ihre Männer schauen‘ wollen wir einen ersten Impuls setzen, um möglichst viele Männer für die urologische Vorsorgeuntersuchung zu gewinnen“, erläuterte Dr. Karl Dorfinger, Präsident des Berufsverbandes der Urologen und Landesfachgruppenobmann für Urologie der Ärztekammer für Wien, die Botschaften dieser Aktion. Der unkonventionelle Weg der Ansprache sei gewählt worden, um zu zeigen, dass die Vorsorge beim Mann ein Thema für die ganze Familie ist. Die meisten Frauen seien sich der Wichtigkeit von regelmäßigen Untersuchungen bewusst und können so die Männer, die ihnen nahestehen, am besten dazu motivieren.

Österreichweite Awarenesskampagne zum Thema Männergesundheit gestartet

Verglichen mit frauenspezifischen Themen ist das Bewusstsein für Männergesundheit in der Öffentlichkeit viel schwächer verankert. Nicht nur das allgemeine Interesse ist gering, auch die Männer selbst widmen sich diesem Thema nur ungern. „Diese Kampagne soll daher die entscheidende Bedeutung von Gesundheitsvorsorge, Früherkennung und rechtzeitiger Behandlung darstellen, mit dem Ziel, in Österreich möglichst viele Männer ab vierzig Jahren dazu zu bringen, die urologische Vorsorgeuntersuchung, den „androcheck™“ regelmäßig in Anspruch zu nehmen“, so Dr. Dorfinger weiter. Neben klassischen Werbe- und PR-Maßnahmen werden die Botschaften der Initiative auch online an die Zielgruppen kommuniziert: Eigene Websites, die seit 12. Mai unter www.ich-schau-auf-meinen-mann.com und unter www.ich-schau-auf-mich.com online sind, fassen kompakt und übersichtlich alle Informationen zur Kampagne zusammen.

Bewusstsein für Männergesundheit in der Öffentlichkeit wenig verankert

Das Thema Männergesundheit nimmt derzeit sowohl politisch als auch in der öffentlichen Wahrnehmung nur eine untergeordnete Rolle ein. Verglichen mit frauenspezifischen Themen, ist das Bewusstsein für Männergesundheit in der Öffentlichkeit weitaus schwächer verankert. Das ist umso erschreckender, als die Sterblichkeit bei einer der häufigsten Krebsarten bei Männern, nämlich Prostatakrebs, anders als bei den meisten anderen Krebsarten deutlich verringert werden könnte.

„Die 2009 erstmals veröffentlichte große europäische Prostatakarzinom-Screening-Studie (Schröder et al.; NEJM) mit über 160.000 Teilnehmern konnte zeigen, dass die Sterblichkeit an diesem Tumor durch Screening um zwanzig Prozent gesenkt werden konnte. Am diesjährigen europäischen Urologenkongress, der Mitte März 2011 in Wien stattfand, wurden weitere Analysen dieser wichtigen Studie vorgestellt. Dabei zeigte sich, dass der Überlebensvorteil mit längerer Studiendauer noch weiter zunimmt. Nach 14 Jahren betrug der Überlebensvorteil annähernd vierzig Prozent!“, erläuterte Univ.-Doz. Dr. Stephan Madersbacher von der Abteilung für Urologie und Andrologie am Wiener Donauespital.

„androcheck™“ – die Gesundheitsvorsorge für den Mann: Nur 17 Prozent der Österreicher gehen regelmäßig zum Urologen

Eine Vorsorgeuntersuchung kann die Entwicklung so mancher Krankheit verhindern. Leider nehmen nach wie vor zu wenige Männer die Vorsorgeuntersuchung beim Urologen regelmäßig in Anspruch. Beim „androcheck™“ wird die Männergesundheit hinsichtlich Funktion und Wohlbefinden der Harnorgane, Hormonhaushalt (insbesondere Testosteron), Prostata und Sexualität geprüft. „Ab dem 40. Lebensjahr sollte jeder Mann einmal im Jahr neben der allgemeinen Gesundheitsvorsorge auch zum „androcheck™“ beim Urologen gehen“, so Dr. Karl Dorfinger bei der Pressekonferenz. „Nur 17 Prozent der österreichischen Männer gehen regelmäßig zum Urologen“, bekräftigte auch Univ.-Doz. Dr. Madersbacher. Der „androcheck™“ wird in der Praxis eines niedergelassenen Urologen durchgeführt und ist kostenlos.

Eine funktionierende Sexualität bis ins hohe Alter, die mit guter Gesundheit einhergeht, ist für die meisten Männer wie Frauen erstrebenswert. Für viele Männer ist dieses Bild aufgrund von Krankheiten jedoch nicht existent. Ursachen dafür sind vor allem Erkrankungen des Stoffwechsels und des Herz-Kreislauf-Systems. Risikofaktoren sind neben höherem Alter vor allem ein ungesunder Lebensstil und erbliche Faktoren. Erektionsstörungen, Prostatakrebs, Schmerzen beim Harnlassen – über diese Beschwerden und Erkrankungen sprechen Männer äußerst ungern. Potenzstörungen beeinträchtigen nicht nur die Lebensqualität, sondern sind sehr oft Anzeichen für organische Erkrankungen. Im Rahmen des „androcheck™“ sollte daher auch die Sexualität ein Thema sein. „Die erektile Dysfunktion (ED), gelegentlich auch einfach als ‚Potenzstörung‘ bezeichnet, gehört zu den häufigsten Sexualektionsstörungen des Mannes. Seriösen Schätzungen zufolge dürften in Österreich etwa 730.000 Männer von ED betroffen sein. Mehr als die Hälfte der Männer mit ED leiden zusätzlich an kardiovaskulären Erkrankungen, von denen sie oft nichts wissen. Auch bei anderen ‚Wohlstandserkrankungen‘ wie Hypertonie, Fettstoffwechselerkrankungen oder Diabetes mellitus gibt es eindeutig Korrelationen zu ED“, führte Dr. Dorfinger an.

Prominente unterstützen die Initiative „Frauen, die auf ihre Männer schauen“

Die Kampagne zur Männergesundheit „Frauen, die auf ihre Männer schauen“ findet auch prominente Unterstützung. Dr. Vera Russwurm und Janet Kath, Geschäftsführerin der Interio Möbel- und Einrichtungs GmbH, fungierten als bekannte Botschafterinnen bei der Kick-off-Pressekonferenz. Dr. Russwurm ist von der Sinnhaftigkeit der Initiative überzeugt: „Männer gehen statistisch gesehen weniger oft zum Arzt oder in die Apotheke. Es gilt, einen Weg zu finden, um die Bedeutung von Gesundheits- und Vorsorgeuntersuchungen ins Bewusstsein der Männer zu bringen. Initiativen wie jene zur Männergesundheit leisten einen entscheidenden Beitrag dazu.“ Janet Kath bezog zur Rolle der Frauen Stellung: „Frauen fungieren oft als ‚Gesundheitsmanagerinnen‘ für die ganze Familie – für die Kinder, die Eltern und natürlich auch für die Ehemänner oder Lebensgefährten. Ich erachte daher die Ziele der Initiative ‚Frauen, die auf ihre Männer schauen‘ als unterstützenswert und werde die Anliegen gerne kommunizieren.“

ToiAds und Infolder



City Lights



Interaktive Website und Online Bewerbung



WEITER AUF IHN SCHAUEN – UND ONLINE WEITERSAGEN!



„Medizin soll dem Menschen dienen und nicht umgekehrt“



Seit 2008 ist Dr. Karl Dorfinger Präsident des Berufsverbands der Österreichischen Urologen (bvU), seit 1999 führt er eine Ordination in einer Wiener Praxisgemeinschaft. Im Periskop-Interview sprach der Facharzt für Urologie und Andrologie über den generellen Handlungsbedarf bei der Männergesundheit, seine Tätigkeit als Präsident des Berufsverbands sowie über die Erhaltung der Qualität im österreichischen Gesundheitssystem.

P: Sie sind Facharzt für Urologie und Andrologie, Präsident des Berufsverbands der Österreichischen Urologen und Landesfachgruppenobmann für Urologie der Ärztekammer für Österreich. Was bereitet Ihnen an dieser Tätigkeit am meisten Freude?

Dorfinger: Arzt zu sein war für mich immer eine Berufung, schon seit meiner Kindheit wollte ich diese Tätigkeit ausüben – vielleicht, weil ich in einem Ärztehaushalt aufgewachsen bin. Gerade bei Begegnungen mit kranken, älteren oder behinderten Menschen erfährt man oft große Dankbarkeit, und das erfüllt mich mit Freude. Obwohl ich ursprünglich Gastroenterologie erlernen wollte, brachte mich ein erfahrener Urologe, dem ich während meiner Turnusarztausbildung öfters assistieren konnte, zur Urologie. Seit 2008 fungiere ich zudem als Präsident des Berufsverbands der Österreichischen Urologen. Das Wichtigste dabei ist für mich, in der Fachgruppe einen guten Zusammenhalt zu bewahren. Zudem muss die bei österreichischen Urologen geradezu sprichwörtliche hohe fachliche Qualität gefördert werden. Die beiden Hauptvertretungen der Urologie in Österreich – einerseits die wissenschaftliche Gesellschaft für Urologie und Andrologie, andererseits der Berufsverband der Österreichischen Urologen mit 270 Mitgliedern – arbeiten sehr gut zusammen. Zu unseren Aufgaben gehört es auch, die Urologie in Österreich zu verteidigen: So war zum Beispiel in Oberösterreich geplant, die kinderurologische Abteilung der Barmherzigen Schwestern in Linz in ein anderes Krankenhaus zu verlegen. Durch die Unterordnung der Kinderurologie in einer anderen Fachabteilung wäre diese Abteilung wahrscheinlich aufgelöst worden. Zum Glück haben unsere Bestrebungen dazu geführt, dass diese Entscheidung revidiert wurde und die Kinderurologie, die zu den besten Abteilungen in ganz Europa zählt, unverändert geblieben ist. Des Weiteren wird im bvU sehr viel Wert auf die Förderung des Nachwuchses in der Urologie gelegt, daher setzen wir auch in diese Richtung Initiativen wie regelmäßige Treffen, laufenden Gedankenaustausch sowie Förderstipendien.

P: In Hinblick auf Männergesundheit allgemein: Wo gibt es Ihrer Meinung nach Handlungsbedarf?

Dorfinger: Handlungsbedarf existiert in unserem glücklicherweise noch solidarisch getragenen Gesundheitssystem auf zwei Ebenen: Die erste liegt in der Gesundheitspolitik und bei jenen, die diese beraten. Hier finden sich so genannte Experten, die wissenschaftliche Daten nur durch die finanzielle Brille betrachten. Natürlich kann man hinterfragen, ob diese oder jene Studie ökonomisch sinnvoll ist oder nicht. Letztlich stellt sich diese Frage aber immer zwischen meinem jeweiligen Patienten und mir, und gemeinsam versuchen wir sie dahingehend zu beantworten, welche Behandlung notwendig bzw. sinnvoll ist. Es muss also der Dialog zwischen Gesundheitspolitik auf der einen Seite und Ärzten auf der anderen Seite intensiviert werden. Die zweite Ebene liegt bei den Männern selbst. Das war auch der Grund dafür, dass wir die Männergesundheitskampagne ins Leben gerufen haben. Die Tatsache, dass Männer nicht oder nicht gerne zum Arzt gehen, liegt vor allem daran, dass sie oft unnötige Ängste haben oder mit ihrer Gesundheit nicht sorgfältig umgehen. Deshalb bin ich froh, dass die Männergesundheitskampagne „Ich schau auf ihn“ lanciert wurde. Ich habe dazu schon recht viele positive Rückmeldungen bekommen, das freut mich besonders.

P: Welche sind die häufigsten urologischen Erkrankungen – speziell in Österreich?

Dorfinger: Beim Mann sind es Sexualfunktionsstörungen und Prostataerkrankungen wie Entzündungen, gutartige Vergrößerungen oder Tumore der Prostata. Frauen leiden oft unter Harnwegsinfektionen, Problemen bei der Blasenentleerung und Harninkontinenz. Dazu kommen Steinerkrankungen und andere Tumore des Harntrakts wie der Nieren und der Blase.

P: Welche sind Ihre wissenschaftlichen und klinischen Schwerpunkte?

Dorfinger: Im AKH waren meine Schwerpunkte die Harnsteinerkrankung, uro-onkologische Krankheiten sowie das Nebennierenkarzinom. Auch heute beteilige ich mich regelmäßig an klinischen Studien. Das ist oft eine sehr aufwendige Angelegenheit, aber es sorgt für frischen Wind und bringt Abwechslung in die alltägliche Praxis. Außerdem ist Medizin ein akademischer Beruf, die Beteiligung an Studien hält einen neben den Fortbildungen auf dem Laufenden.

P: Wo sehen Sie die größten zukünftigen Herausforderungen für das Österreichische Gesundheitssystem aus der Sicht Ihrer Fachdisziplin? Wie kann die Qualität und Finanzierung im Gesundheitssystem Ihrer Meinung nach langfristig gesichert werden?

Dorfinger: Die größte Herausforderung für die Gesundheitspolitik wird wohl die Bewahrung des solidarischen Prinzips in unserer Gesellschaft sein. Ich glaube aber auch, dass es wichtig ist, den Sparzwang in den Griff zu bekommen. Deutschland ist für uns ein Beispiel, wie es nicht laufen sollte: Dort kam es zur finanziellen Ausdünnung der Gemeinden, die in der Folge gezwungen waren, von ihnen verwaltete Spitäler zu verkaufen. Private Investoren haben sie übernommen und daraus gewinnbringende Institutionen gemacht. Gleichzeitig wurde der ambulante Bereich durch die Organisation so genannter medizinischer Versorgungszentren ausgedünnt. In der Folge sind in Deutschland massive Versorgungsprobleme entstanden. Es gibt dort eine großflächige ärztliche Unterversorgung und vor allem einen enormen Fachärztemangel. Gleichzeitig sollte man aber die Qualität im Gesundheitswesen nicht aus den Augen verlieren. Eine wichtige Maßnahme zur Sicherung der Qualität ist die Aus- und Fortbildung der Jungärzte. In der österreichischen Urologie können wir auf ein sehr hohes Niveau der Ausbildung verweisen. Gerade die Urologie gehört zu den Fächern mit dem vermutlich fortschrittlichsten Fortbildungssystem. Das ist uns auch in Zukunft sehr wichtig!

P: Was ist Ihnen bei Ihrer Arbeit besonders wichtig?

Dorfinger: Für mich steht der Mensch im Mittelpunkt. Die Interaktion zwischen Patient und Arzt muss einen menschlichen Aspekt behalten. Ich bin der Meinung, dass die Medizin dem Menschen dienen soll und nicht umgekehrt. Mein Ziel ist es, dass Patienten, die mir ihr Vertrauen schenken, möglichst zufrieden nach Hause gehen.

BioBox: Nach dem Studium an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien absolvierte Dr. Dorfinger von 1992 bis 1998 seine Facharztausbildung an der Klinik für Urologie der Universität Wien. In den Jahren 1992 bis 2000 war er in der klinischen Forschung an der Universitätsklinik für Urologie der Universität Wien tätig. 1999 kam es zur Gründung der Praxisgemeinschaft Neuerlaa (Urologie und Labor) mit der Niederlassung als Facharzt für Urologie und Andrologie. Seine Freizeit verbringt der Familienvater am liebsten in der Natur: Wandern, Jagen und Reiten zählen zu seinen liebsten Hobbys.



„Ich wünsche mir eine ehrliche Diskussion mit allen Stakeholdern!“



Seit über acht Jahren ist Univ.-Doz. Dr. Stephan Madersbacher, stellvertretender Vorstand der Abteilung für Urologie und Andrologie im Sozialmedizinischen Zentrum Ost, Donauespital, wieder in Wien tätig. Im Periskop-Interview zog der Facharzt für Urologie und Andrologie Bilanz über seine bisherige Arbeit und seine Forschungsschwerpunkte. Zudem sprach er über Strategien, um die Sterblichkeit am Prostatakarzinom zu senken.

P: Sie sind Facharzt für Urologie und Andrologie im Wiener Donauespital. Was bereitet Ihnen an dieser Tätigkeit am meisten Freude? Welche Ziele haben Sie sich gesetzt und welche Projekte bzw. Themen möchten Sie in Zukunft forcieren?

Madersbacher: Das Interessante an unserem Fach ist, dass wir Urologen die Rundumbetreuung des Patienten selbst vornehmen. Wir machen die Diagnostik und letztlich auch die Therapie über weite Teile selbst. Die Urologie bereitet mir aufgrund ihres Abwechslungsreichtums und breiten Spektrums sehr große Freude. Die Schwerpunkte gehen von der konservativen Therapie bei Harnwegsinfekten oder der Behandlung einer gutartigen Vergrößerung der Prostata bis hin zu sehr kniffligen funktionellen Fragen – beispielsweise bei einem Patienten mit Querschnittslähmung und Blasenentleerungsstörungen – sowie zu großen uroonkologischen Eingriffen. In Bezug auf die Entwicklung des Fachs geht es mir in erster Linie um ein kontinuierliches Vorankommen, vor allem im Sinne einer Senkung der diagnostischen und therapeutischen Morbidität, einer individualisierten Therapie sowie eines besseren Verständnisses der Pathogenese und der Pathophysiologie.

P: Welche sind Ihre Forschungsschwerpunkte?

Madersbacher: Meine Forschungsschwerpunkte sind benigne Prostatohyperplasie (BPH), Epidemiologie und Risikofaktoren urologischer Erkrankungen, molekulare Epidemiologie des Prostatakarzinoms und der BPH. In Hinblick auf die Projekte interessieren mich derzeit urogerontologische Aspekte am meisten. Wir wissen, dass in Österreich heute 400.000 über 80-jährige Menschen leben, 2050 werden es schon 1,2 Millionen sein. Aufgrund der Demografie wird die Urologie immer mehr an Bedeutung gewinnen. Zu diesem so wichtigen Aspekt ist die derzeitige Studienlage noch sehr dürrig. Mein zweiter Forschungsschwerpunkt betrifft funktionelle Blasenentleerungsstörungen. Wir sind, was den wissenschaftlichen Output betrifft, gemessen an Publikationen in peer-reviewten Journalen, die wahrscheinlich effizienteste nichtuniversitäre Abteilung in Österreich.

P: Wie wichtig ist Prävention in der Urologie? Ist die Bevölkerung über mögliche Erkrankungen ausreichend aufgeklärt und informiert? Welche Rolle spielt die Aufklärung bei Kindern?

Madersbacher: Primäre Prävention – das ist die Vermeidung der Krankheitsentstehung – in der Urologie gibt es nur sehr wenig. Das Rauchen ist der wichtigste Faktor für das Blasenkarzinom und kardiovaskuläre Erkrankungen sind das für Potenzprobleme. Was das Prostatakarzinom betrifft, an dem jeder sechste bis achte Mann im Laufe seines Lebens erkrankt, so kann man mit der Früherkennung – also der sekundären Prävention – die Sterblichkeit an diesem Tumor verringern. Die Bevölkerung ist über mögliche Erkrankungen nicht ausreichend aufgeklärt, denn nur 15 Prozent der Männer suchen regelmäßig den Urologen auf. Ein Prostatakarzinom kann man im heilbaren Stadium nur bei der Vorsorge entdecken. Wenn der Tumor Symptome verursacht, ist dieser in aller Regel bereits fortgeschritten und nicht mehr heilbar. Allerdings rechtfertigt die Datenlage – zumindest momentan – noch kein generelles Prostatakarzinom-Screening. Zur Erhöhung der Aufmerksamkeit für die Vorsorge kann

zudem – wie etwa bei den Mädchen – nicht schon bei Kindern angesetzt werden, da die Häufigkeit dieser Erkrankung erst ab dem 40. Lebensjahr zunimmt. Die Früherkennung oder Prostatavorsorge sollte ab diesem Alter beginnen.

P: Welche sind die Hauptgründe dafür, dass Männer nach wie vor eher ungern einen Arzt, im Speziellen einen Urologen, aufsuchen?

Madersbacher: Männer gehen generell erst zum Arzt, wenn Schmerzen auftreten. Sie wollen keine Schwäche zeigen und haben eine völlig unbegründete Angst vor dem Urologenbesuch. Vielen ist einfach unbekannt, wie eine Ordination beim Urologen abläuft. Am Ende der Untersuchung hört man oft: „Was, das war es schon?“ Mit Projekten wie der Männergesundheitskampagne versuchen wir, diesbezüglich aufzuklären und Männern die Scheu vor der schmerzlosen und kurzen Untersuchung zu nehmen.

P: Vor zwei Jahren wurde eine große europäische Prostatakarzinom-Screening-Studie mit über 160.000 Teilnehmern veröffentlicht. Wie sahen die Ergebnisse aus?

Madersbacher: Die große europäische Prostatakarzinom-Screening-Studie verfolgt 160.000 Männer nunmehr schon 14 Jahre lang. Man konnte zeigen, dass es bei regelmäßigem Screening zu einem Rückgang der Sterblichkeit am Prostatakarzinom kommt: nach neun Jahren um zwanzig Prozent, mittlerweile sind es schon annähernd vierzig Prozent bei einem 14-jährigen Nachbeobachtungszeitraum. Kritische Stimmen gibt es dahingehend, dass man 1400 Männer screenen und davon 48 Männer operieren muss, um einen Todesfall zu verhindern. Rezente Analysen, basierend auf einem längeren Nachbeobachtungszeitraum, konnten jedoch eine deutliche Reduktion beider Parameter zeigen.

P: Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation im österreichischen Gesundheitswesen aus der Sicht der Urologie?

Madersbacher: Aus meiner Sicht haben wir zu viele, zu kleine und zu schlecht ausgestattete urologische Abteilungen. Wir haben, was die Fallzahlen, die Ausstattung und den wissenschaftlichen Output betrifft, den internationalen Anschluss verloren. Ich wünsche ich mir dringend eine ehrliche Diskussion mit allen Stakeholdern und in weiterer Folge die Herbeiführung von Veränderungen, um hier verlorenes Terrain wiederzugewinnen. Eine Zentralisierung von kritischen Eingriffen und Bündelung von Ressourcen wären meiner Meinung nach dringend erforderlich.

BioBox: Der Facharzt für Urologie und Andrologie ist seit acht Jahren Stellvertreter des Vorstandes der Abteilung für Urologie und Andrologie im Donauespital in Wien. Dr. Madersbacher studierte und dissertierte in Innsbruck. Nach dem Studium begann seine berufliche Laufbahn am AKH in Wien, wo er zehn Jahre lang tätig war. 2001 bis 2002 war er als Oberarzt an der Urologischen Universitätsklinik Bern tätig. 2003 verlagerte der gebürtige Tiroler seinen Lebensmittelpunkt von der Schweiz zurück nach Wien. Seit 2004 ist er hier in seiner heutigen Position tätig.

„Die Verantwortung der Berufsausübung nicht aus den Augen verlieren“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

Im Sommer 2010 hat die Ärztekammer – basierend auf dem Ärztegesetz – eine Hygieneverordnung veröffentlicht, die mit 1. Jänner 2011 in Kraft getreten ist. Die Periskop-Redaktion sprach mit dem Qualitätsbeauftragten der Österreichischen Ärztekammer, Dr. Otto Pjeta, über Herausforderungen bei der Umsetzung und Reaktionen auf die Verordnung. Weiters ließ die Österreichische Ärztekammer vor kurzem mit aufsehenerregenden Daten zur Burnout-Gefährdung bei Ärzten aufhorchen. Auch dazu nahm Dr. Pjeta Stellung.

P: Was ist die Hygieneverordnung und welche Auswirkungen hat sie für das Gesundheitssystem bzw. für die Arztpraxen? Wie war hier der Entstehungsprozess?

Pjeta: Die Tätigkeit in einer ärztlichen Praxis spielt sich auf verschiedenen Ebenen ab. Erstens auf der Ebene der Patientenkommunikation, zweitens auf der Organisationsebene und drittens auf jener der ärztlichen Behandlung. In diesem Bereich ist der Faktor Sicherheit von großer Bedeutung. Spezialthemen sind – vor dem Hintergrund einer Struktur- und Prozessqualität – ein entsprechendes Risikomanagement sowie Hygiene und Sicherheit im Rahmen der Medizinprodukte. Die Hygieneverordnung zum Medizinproduktegesetz resultiert aus der Qualitätssicherung, die bei über 21.000 Ordinationen durchgeführt wurde. Bei dieser sind wir mit detaillierten Fragen zur Umsetzung von einzelnen Hygienemaßnahmen konfrontiert worden. Diese sind jedoch nicht aus dem Handgelenk heraus zu beantworten. Daher haben wir begonnen, auf die tägliche Praxis ausgerichtete und dem Leistungsprofil entsprechende Richtlinien zu entwerfen. Die wesentlichen Punkte wurden in Form einer Information zusammengefasst. Dabei war es uns wichtig, diese auf keinen Fall wie eine

„In Zukunft werden wir dafür ein entsprechendes Informationssystem aber auch ärztliche Fortbildung benötigen.“

„Gebrauchsanweisung“ aussehen zu lassen. Es gab eine Reihe von Entwürfen, die zusammen mit Experten aus dem Umfeld betroffener Fachgruppen ausgearbeitet wurden. Anschließend folgten Begutachtungen quer durch die ganze Ordinationslandschaft. Das Ergebnis war, dass wir eine Hygieneverordnung beschlossen haben, die eine Richtschnur und Information für die verschiedenen Praxen ist. Jedoch unter der Prämisse, dass die Anforderungen an die Hygiene in einer Ordinationsstätte an die Art der erbrachten Leistungen, die Patientenfrequenz und das Gefährdungspotenzial besonderer Erkrankungen anzupassen sind. Es bleibt somit dem Praxisinhaber überlassen, die Hygieneverordnung entsprechend seinem Leistungsprofil in der Praxis anzupassen. Die Jagd nach Bakterien und Infektionserregern ist eine unendliche Geschichte. Sie soll optimal sein, denn das letzte überlebende Bakterium kann immer noch gefährlich sein. Man darf dabei aber nicht vergessen, dass es sich bei einer Arztpraxis um ein Stück Versorgung handelt und man diese mit überzogenen Vorgaben unmöglich machen kann. In einer Ordination gibt es verschiedene Aufgaben sowie ein differenziertes Gefahrenpotenzial. Hier ist auch die Ressourcenfrage zu klären. Die Ökonomie bzw. die Effizienz einer geforderten Maßnahme sind zu hinterfragen, besonders wenn es um die Ressourcen einer Arztpraxis im Vergleich zu der Abgangsdeckung einer öffentlichen Krankenanstalt geht. Wenn man, um ein konkretes Beispiel zu nennen, für den bloßen Verbandswechsel in einer Arztpraxis jene Kriterien ansetzt, die in einer Krankenanstalt nötig sind, wird das große Auswirkungen auf das Gesundheitssystem haben.

P: Wie ist die Hygieneverordnung gegliedert?

Pjeta: Wir haben die Hygieneverordnung so gegliedert, dass zuerst allgemeine und dann spezielle Erfordernisse beschrieben werden, die mit konkreten Situationen einhergehen. Als Beispiele seien hier die Behandlung von Wunden oder die Aufbereitung von Instrumenten, im Speziellen von Endoskopen und Textilien, genannt.



P: Wie waren die ersten Reaktionen auf die Verordnung?

Pjeta: Während der Beschlussfassung bekamen wir durchwegs positive Rückmeldungen. Sämtliche Beschlüsse wurden einstimmig angenommen. Kritische Stellungnahmen sind eher von berufsfernen Personen gekommen und haben sich auf Vergleiche mit Nachbarländern bezogen. So gibt es in Deutschland keine Verordnung, sondern nur Empfehlungen. An diese haben wir uns inhaltlich bei der Erarbeitung der Hygieneverordnung angelehnt und sie für Österreich entsprechend adaptiert.

P: Wie wird es weitergehen?

Pjeta: Hygiene ist kein statisches Gebilde, sondern etwas, das gelebt wird. Somit bedarf es hier regelmäßiger Anpassungen. In Zukunft werden wir dafür ein entsprechendes Informationssystem, aber auch ärztliche Fortbildung benötigen.

P: Was wünschen Sie sich in puncto Hygieneverordnung von Ihren Kollegen?

Pjeta: Ich wünsche mir, dass die positive Intention verstanden wird und dass wir diese Verordnung im Rahmen eines konstruktiven Feedbacks weiterentwickeln können.

P: Eine vor Kurzem bei einer Pressekonferenz der Österreichischen Ärztekammer präsentierte Studie zum Thema Burnout ließ aufhorchen: Mehr als die Hälfte der österreichischen Ärzte ist burnoutgefährdet. Wie viele sind tatsächlich betroffen und was sind die Gründe dafür? Was passiert, wenn dieser Trend sich fortsetzt?

Pjeta: Tatsache ist, dass sich 54 Prozent der Ärzte in unterschiedlichen Phasen eines Burnouts befinden. Die Gründe dafür sind lange Dienstzeiten, Personalmangel, Journaledienste sowie hohe Patientenfrequenzen. Es gibt zwei Wege, um einem Burnout



zu entkommen: erstens indem man die – eigenen – Strukturen verändert und zweitens indem man die Tätigkeit nicht mehr ausführt. Wenn sich die Ärzte für Letzteres entscheiden, sehe ich – besonders am Land – die Umsetzung des Hausarztmodells gefährdet. In der Folge kann es zu Versorgungsproblemen kommen.

P: Welche Ärzte sind besonders betroffen und warum?

Pjeta: Es ist sowohl der niedergelassene als auch der Spitalsbereich betroffen. Der Schwerpunkt liegt bei den Spitalsärzten. Dort sind mehr als die Hälfte der Betroffenen zu finden. Denn diese müssen mit einem Organisationsbereich leben, den sie nicht selbst gestalten können. Im niedergelassenen Bereich haben Ärzte die Möglichkeit, sich für belastende Arbeitszeiten wie Bereitschafts- oder Nachtdienste einen Vertreter zu suchen. Das ist im Spital nicht möglich. Wenn es ein gleichartiges Korsett im niedergelassenen Sektor geben würde, mit starren Organisationsstrukturen, dann hätte man das hier genauso.

P: Welche Maßnahmen müssen getroffen werden? Ist dadurch nicht langfristig gesehen die hohe Qualität des Gesundheitssystems gefährdet?

Pjeta: Wichtig wäre es, die Flexibilität des niedergelassenen Sektors auch im Spitalsbereich zu haben. In Krankenhäusern sind vor allem flexiblere Arbeitszeiten, Betreuungsplätze für Kinder sowie eine generelle Entlastung des stationären Bereichs durch eine bessere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten vonnöten. Eine Auslagerungsmöglichkeit und somit eine Verbesserung des Angebots im niedergelassenen Bereich könnten hier langfristig Abhilfe schaffen. Angestellte Ärzte klagten oft über die Art der Führungsstrukturen. Nämlich dass die Letztverantwortlichkeiten immer oder zumeist beim Arzt liegen. Ein weiterer belastender Punkt, sowohl im niedergelassenen als auch im Spitalsbereich, ist die Bürokratie. Dabei handelt es sich zum Teil um sehr ausufernde Dokumentationen. Darunter leiden wir alle. Sie sollten nicht unbedingt Angelegenheit der Ärzte sein, sondern von Administrationsassistenten gemacht werden. Dokumentation wird

immer mit Qualität und Rechtssicherheit verbunden. An dem geht in verschiedensten Bereichen kein Weg vorbei. Man sollte aber auch kritisch die dahinterstehenden Evidenzen überprüfen. Es steht außer Frage, dass ein hoher Standard wichtig ist. Aber wir benötigen nicht nur diesen, sondern auch die Verantwortung der Berufsausübung.

P: Gibt es Bestrebungen, die Dokumentation einzudämmen?

Pjeta: Es gibt hier Bestrebungen und auch Gespräche mit dem dafür zuständigen Justizministerium. In der Ärztekammer wurde dafür eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit ärztlichen Aufzeichnungspflichten beschäftigt.

BioBox:

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

ÜBERÖSTERREICH

Gedanken - aus Oberösterreich.

34. Welldone Lounge:

Überösterreich: Gedanken – aus Oberösterreich

UNTER DIESEM MOTTO BEGRÜSSTE DIE WELLDONE WERBUNG UND PR GMBH AM 30. APRIL MIT DER 34. WELLDONE LOUNGE IM FESTSAAL DER TECHNISCHEN UNIVERSITÄT WIEN DEN FRÜHLING. DIESE LOCATION WAR IDEAL, UM VERTRETERINNEN UND VERTRETER DER POLITIK UND WIRTSCHAFT SOWIE DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSWESENS ZUM MEINUNGSUSTAUSCH ZU VERSAMMELN. DR. JOSEF PÜHRINGER, LANDESHAUPTMANN VON OBERÖSTERREICH UND DERZEITIGER VORSITZENDER DER LANDESHAUPTLEUTEKONFERENZ, FUNGIERTE ALS KEYNOTE-SPEAKER.

Ganz im Zeichen des Mottos „Überösterreich: Gedanken – aus Oberösterreich“ stand die 34. Welldone Lounge, bei der die rund 400 geladenen Gäste dem Impulsreferat von Dr. Josef Pühringer folgten. Der Landeshauptmann von Oberösterreich führte damit die lange „Welldone Lounge“-Tradition hochrangiger Expertenvorträge fort.

Robert Riedl, Geschäftsführer der Welldone GmbH, Werbung und PR, eröffnete die Lounge und hieß die zahlreichen Gäste willkommen. Nach den einleitenden Worten von Mag. (FH) Birgit Bernhard, Head of Accounts, war es an Dr. Josef Pühringer, das Wort am Podium zu übernehmen. Der Vorsitzende der Landeshauptleutekonferenz ist in Oberösterreich auch für die Gesundheitsagenden verantwortlich. In seinem Impulsstatement referierte er unter anderem über zukünftige Herausforderungen im heimischen Gesundheitswesen: „Die steigenden Kosten und der medizinische Fortschritt, die demografische Entwicklung sowie die Zunahme chronischer Krankheiten erfordern eine nachhaltige Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Über allem steht ein gemeinsames Ziel: Hochwertige Spitzenmedizin muss weiterhin allen Bürgerinnen und Bürgern zugänglich sein und dauerhaft finanzierbar bleiben.“

Prävention und Gesundheitsförderung auf allen Ebenen

Planung und Vollziehung nahe an der Bevölkerung ergebe die besten und effizientesten Lösungen – alle Politikbereiche betreffend. „Die Bundesländer begrüßen, dass ein offener und konstruktiver Reformdialog über das Gesundheitswesen geführt wird. Wir haben bei der letzten Gesundheitsreferentenkonferenz bereits unsere Lösungsansätze vorgelegt“, so der Landeshauptmann weiter.

Prävention und Gesundheitsförderung auf allen Ebenen haben oberste Priorität. Daher müssen sie kontinuierlich verbessert werden und auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen basieren. Ziel müsse eine Bewusstseinsänderung in den Köpfen der Menschen sein, so Pühringer in seinem Vortrag. „Jede und jeder von uns in der Gesellschaft kann und muss für ihr bzw. sein Wohlbefinden auch selbst sehr viel beitragen. Es geht hier nicht nur darum, lange zu leben und alt zu werden. Es geht vor allem um Lebensqualität im Alter. Die Vermeidung von Krankheiten durch sinnvolle präventive Maßnahmen und ein gesundheitsbewusstes Verhalten muss in der Gesundheitspolitik höchste Priorität haben. Daher ist der Schwerpunkt Prävention und gezielte Gesundheitsförderung der einzig richtige Ansatz. Zusätzlich sollten Überlegungen zur Schaffung von Anreizsystemen für die Bevölkerung angestellt werden“, fügte Dr. Pühringer hinzu.

Programme zur besseren Behandlung von Zivilisationskrankheiten

Durch einheitliche Behandlungsprozesse und Strategien sollen vor allem bei den häufigsten „Zivilisationskrankheiten“ wie Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Adipositas und dergleichen die Behandlungserfolge für die Patientinnen und Patienten verbessert werden.

„Derzeit gibt es rund 400.000 Diabetes-mellitus-Typ-II-Patienten in Österreich. Wir müssen uns aber auf einen deutlichen Anstieg einstellen, zum einen weil die Menschen älter werden, zum anderen weil die Anzahl junger Übergewichtiger steigt. Europaweit wird geschätzt, dass die Anzahl der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen in sieben Jahren um vierzig Prozent gestiegen ist. In Österreich müssen wir feststellen, dass fünfzig Prozent der Kinder heute weniger als eine Stunde Bewegung am Tag haben. Elfjährige verbringen schon ähnlich viel Zeit im Sitzen wie berufstätige Erwachsene“, so der Landeshauptmann.





01| Josef Pühringer/Landeshauptmann von Oberösterreich. **02|** Robert Riedl/Welldone. **03|** Rudolf Hundstorfer/Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. **04|** Thomas Veitschegger/Oberösterreichische Apothekerkammer, Erwin Rebhandl/Am Plus. **05|** Walter Dorner/Ärztelkammer für Wien. **06|** Erwin Rebhandl/Am Plus, Wolfgang Hockl, OBGAM. **07|** Leopold Schmudermaier, Österreichische Apothekerkammer, Herbert Schipper/Österreichische Apothekerkammer, Andrea Ertl/Care Company, Thomas Schula/MedMedia. **08|** Josef Pühringer/Landeshauptmann, Rudolf Hundstorfer/Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, XXXXXX, Robert Riedl/Welldone, Wilhelm Molterer/Abgeordneter zum Nationalrat. **09|** Doris Augustin/Welldone, Natascha Windpassinger/Welldone. **10|** Alessandro de Rochi/die Presse, Martina König/Ages, Gerald Benesch/Ages. **11|** Manfred Maier/Meduni Wien, Meinhard Kneussl/Wilhelminenspital. **12|** Thomas Veitschegger/Oberösterreichische Apothekerkammer, Rebhandl/AmPlus. **13|** Brigitte Pakes/MSD Österreich, Markus Satory/Bristol-Myers-Squibb, Ulrich Lübke/Bristol-Myers-Squibb, Sonja Warter. **14|** Jakob Bieber/Allgemeinmediziner, Beatrix Thun-Hohenstein. **15|** Peter McDonald/Wirtschaftsbund Österreich, Gabriele Kos/MSD, Michael Heinisch/Vinzenz Gruppe, Sigrid Haslinger/MSD. **16|** Andreas Krauter/Vinzenz Gruppe, Katharina Proseke/T-Systems, Michael Heinisch/Vinzenz Gruppe. **17|** Alex Cadlet/Welldone, Stefan Breiner/Willi Breiner Möbeltischlerei. **18|** Elisabeth Kranawetvogel/Welldone, Claus Burger/Bristol Myers Squibb, Sabine Sommer/Welldone. **19|** Mag. Gottfried Koos/VAMED, Robert Riedl/Welldone. **20|** Kristin Posch/Ernst & Young, Kathrin McEwen/Ärztelkammer für Wien. **21|** Gertrude Schwetz/VAMED-KMB, Edeltraud Bieber/VAMED-KMB. **22|** Brigitte Pakes/MSD Österreich, Helga Thurnher/Selbsthilfegruppe Darmkrebs, Hanns Kratzer/PERI Consulting. **23|** Markus Satory/Bristol-Myers Squibb GesmbH, Claus Burger Bristol-Myers Squibb GesmbH. **24|** Ernst Wastler/Vamed, Sylvia Zehetner, Franz Zehetner. **25|** Stefan Vlasich/SVA, Michael Heinisch/Vinzenz Gruppe. **26|** Robert Riedl/Welldone, Josef Pühringer/Landeshauptmann von Oberösterreich. **27|** Gottfried Endel/Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Johann Mittheisz/Magistratsdirektion der Stadt Wien. **28|** Wilfried Teufel/Peri Marketing & Sales Excellence, Michael Elnekheli/Berufsverband der Gynäkologen. **29|** Christian Köck/CSC, Ursula Weismann, SV-Chipkarten Betriebs- und Einrichtungsg.m.b.H. **30|** Josef Probst/Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Martin Staudinger/BMASK. **31|** Omar Al-Rawi/SPÖ Rathausklub. **32|** Felizitas Bauer/Universimed, Barbara Vogler-Hemzal/Universimed. **33|** Helmut Kaisergruber/astro-pharma, Josef Probst/Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Ursula Griesser/WGKK. **34|** Josef Pühringer/Landeshauptmann von Oberösterreich, Volkmar Ellmauthaler/



medpsych.at. **35]** Erwin Rebhandl/AMplus, Robert Riedl/Welldone, Walter Dörner/Ärztchamber für Wien. **36]** Elfriede Kiraly/VAMED, Peter Gross, Gernot Mach/BDCG Group. **37]** Frédéric Bengold/Servier Austria. **38]** Franz Bittner/Peri Group, Bernhard Zinner/Baxter. **39]** Wolfgang Hockl/OBGAM, Erwin Rebhandl/AmPlus. **40]** Josef Pühringer/Landeshauptmann von Oberösterreich. **41]** Eva Schwarz. **42]** Brigitte Prose/MSD, Helmut Kaisergruber/astro-pharma, Thomas Schmutzmeier/Medical Tribune Österreich. **43]** Stephan Mildschuh/ÖBIG, Bernhard Zinner/Baxter, Wilfried Teufel/Peri Marketing & Sales Excellence. **44]** Engelbert Petrasch/Verein der Oberösterreicher in Wien. **45]** Theresa Philipp/Elektronische Gesundheitsakte GmbH, Gernot Eder, Barbara Dörner/GS1. **46]** Franz Bittner/Peri Human Relations, Leonhard Gregotsch/Arbeitsgemeinschaft der Ordensspitäler Österreich. **47]** Josef Pühringer/Landeshauptmann von Oberösterreich, Rudolf Hundstorfer/Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. **48]** Robert Riedl/Welldone, Martin Fuchs/Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft. **49]** Walter Dörner/Österreichische Ärztekammer, Martin Stickler/Österreichische Ärztekammer und Verlagshaus der Ärzte, Erwin Rebhandl/AMPlus, Wolfgang Lalouschek/The Tree Gesundheitszentrum. **50]** Klaus Bernhart/Pfizer, Beatrix Krawany/Peri Marketing & Sales Excellence. **51]** Emilie Pressler/sanofi-aventis, Soheyl Liwani/wientv.org. **52]** Johann Mittheisz/Magistratsdirektion der Stadt Wien, Volker Schörghofer/Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. **53]** Alexander Kröger/Selbsthilfegruppe Fibromyalgie, Christiane Schnaubelt/Ping Patienteninitiative. **54]** Josef Pühringer/Landeshauptmann von Oberösterreich, Robert Riedl/Welldone. **55]** Fritz Gamerith/Madaus, Leopold Schudermaier/Österreichische Apothekerkammer, Angelika Schwarzbach/Madaus. **56]** Ulf Baumhackl/MS-Gesellschaft, Hanns Kratzer/Peri Consulting. **57]** Leonhard Gregotsch/Arbeitsgemeinschaft der Ordensspitäler Österreichs, Michael Heinsch/Vinzenz Gruppe. **58]** Bernhard Zinner/Baxter, Uta Carstangen/Peri Consulting. **59]** Peter Salzmann/Eli Lilly, Sven Sauer/Eli Lilly. **60]** Stephan Mildschuh/ÖBIG, Ferdinand Felix/Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. **61]** Josef Pühringer/Landeshauptmann von Oberösterreich. **62]** Johann Mittheisz/Magistratsdirektion der Stadt Wien, Ilona Leitner/Apothekerkammer Wien. **63]** Michael Kunze/Institut für Sozialmedizin, Michael Elnekheli/Berufsverband der Gynäkologen. **64]** Veronika Häusler/Peri Marketing und Sales Excellence, Wilfried Teufel/Peri Marketing und Sales Excellence, Erwin Rebhandl/AmPlus. **65]** Leonhard Gregotsch/Arbeitsgemeinschaft der Ordensspitäler Österreichs, Andreas Krauter/Vinzenz Gruppe. **66]** Sonja Reichel/Universimed, Dietmar Pichler/Welldone.

Im Periskop-Interview spricht Dr. Erhard Busek, Präsident des Europäischen Forums Alpbach, über seine Zeit in der österreichischen Politik, seine bisherige Amtszeit beim Forum Alpbach sowie über Herausforderungen, die aus seiner Sicht in den nächsten Jahren auf das Gesundheitswesen zukommen werden. Der Vizekanzler a.D. deckte im Gespräch Missstände auf und gewährte Einblick in Aspekte seiner Lebenshaltung – von der Wertewelt seiner Jugendzeit bis hin zu seiner Sicht auf die heutige Jugend mit ihren neuen Vernetzungsmöglichkeiten durch die neuen Technologien.

„Macht doch endlich Politik!“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

P: Sie sind seit mehr als zehn Jahren Präsident des Europäischen Forums Alpbach und haben es in einer eher schwierigen Situation übernommen. Ihnen wird der Verdienst zugeschrieben, das Forum von einem elitären Image befreit zu haben, indem sie beispielsweise junge Stipendiaten hinzuholten. Das Forum blüht und gedeiht, zahlreiche Stakeholder aus Politik, Wirtschaft, Gesundheit und Wissenschaft geben sich jedes Jahr ein Stelldichein in Alpbach. Können Sie ein Resümee über Ihre bisherige Amtszeit ziehen?

Busek: Seit meiner Übernahme hat sich einiges verändert. Ich habe stets versucht der Gründungsidee des Forums Alpbach treu zu bleiben und an dieser festzuhalten. Das Europäische Forum Alpbach wurde 1945 unter der Bezeichnung „Internationale Hochschulwochen“ des Österreichischen College von Otto Molden – damals Student in Wien – und Simon Moser – damals Dozent der Philosophie in Innsbruck – gegründet. Die ersten Hochschulwochen fanden im Tiroler Dorf Alpbach statt und wurden 1949 in „Europäisches Forum Alpbach“ umbenannt. Zu jener Zeit ging es in erster Linie darum, dem zerstörten Europa des Zweiten Weltkrieges eine Vision zu bieten. Die junge Generation hatte seinerzeit schon von einem neuen, geistig-kulturellen Europa geträumt. In meiner Amtszeit seit 2000 habe ich versucht, das Forum Alpbach der aktuellen europäischen Situation anzupassen. Ich bin der Meinung, dass wir es seit 1999 noch nicht geschafft haben, genügend Menschen aus Mittel- und Osteuropa nach Österreich zu holen. Auf dieser Ebene engagieren sich glücklicherweise die jungen Leute – das hat auch das Europäische Forum Alpbach ganz entscheidend verändert. Aus diesem Grund hatten wir auch immer einige Stipendiaten. Auch heuer hat das Forum wieder etwa 600 Stipendien vergeben. Ich lege viel Wert darauf, dass auch Studenten aus allen europäischen Ländern am Forum teilnehmen. Diese so genannten Initiativgruppen (IGs) haben das Forum erheblich verjüngt. Das Internet hat sich zur Vernetzung der Studenten als eine äußerst positive Innovation erwiesen. Wir haben Initiativgruppen in Paris, der Schweiz und Italien, etc. In Mittel- und Osteuropa haben wir sogar 31 Gruppen. Dies sehe ich als eine positive Entwicklung. Die unterschiedlichen Initiativgruppen haben sich Themen und Schwerpunkte gesetzt und arbeiten thematisch – zu



Politik, Wirtschaft, Bildung, Kultur, etc. – mit einer Intensität und Elan, die mich begeistern. In meiner Funktion sehe ich mich als ein „Patron“, der den Jungen mit dem Forum eine Möglichkeit und die notwendige Infrastruktur für ihre Ideen und Projekte bietet. 1991 haben wir erstmalig einen Universitätskurs zu „Europäischer Integration“ angeboten. Dieser war der „Stein des Anstoßes“ für verstärkten Austausch und für stärkere Vernetzung junger Menschen aus unterschiedlichen europäischen Ländern. Es ist auffallend, dass gerade die Absolventen des Universitätskurses „Europäische Integration“ in ihrer Heimat häufig Karriere machen.

P: Welche sind Ihre weiteren Anliegen und Ziele für das Forum?

Busek: Ich wünsche mir, dass die jungen Menschen das Forum irgendwann einmal übernehmen. Wesentlich ist, dass wir unseren Gedanken in weiterer Folge vom europäischen auf einen globalen Gedanken ausweiten. Dieses Vorhaben macht sich auch schon beim diesjährigen Programm bemerkbar. Ich initiiere dies nicht aufgrund des offenkundigen Gedankens der Globalisierung, sondern weil ich die Gefahr sehe, dass sich Österreich – auf geistiger Ebene – zur Provinz entwickelt. Viele Menschen in unserem Land glauben, das wäre für uns nicht von Bedeutung. Ich halte dies für keine gute Einstellung. Für unser Land ist es ungeheuer wichtig, dass wir uns geistig weiter entwickeln können. Daher sind wir froh, dass wir Persönlichkeiten wie Ban Ki Moon oder den Generalsekretär der Afrikanischen Union beim Forum hatten, denn diese kommen aus Bereichen, die immer wichtiger werden.

P: Wie sehen Sie den Stellenwert des Forums Alpbach in der Politik?

Busek: Ich glaube, dass Alpbach generell auch in der österreichischen Politik einen guten Stellenwert hat. Für Politiker eignet sich das Forum besonders, da diese ihre Botschaften in diesem Rahmen sehr gut vermitteln können. Wir sind allerdings gegen eine Beschäftigung mit rein innerösterreichischen Themen und Problemen. Jene Politiker, die das Forum nutzen um sich zu positionieren, sollen mehr globale Themen ansprechen, denn genau dies ist für unser Publikum von Interesse.

P: 2011 steht das Europäische Forum Alpbach unter dem Motto „Gerechtigkeit – Verantwortung für die Zukunft“. Was dürfen sich die Teilnehmer generell und im Speziellen von den heurigen Gesundheitsgesprächen mit dem Titel „Gesundheit – ein Menschenrecht!“ erwarten?

Busek: Ich versuche die Themenwelt von Alpbach, die immer sehr abstrakt war, mehr in die Richtung von emotional besetzten Inhalten zu bringen: Vertrauen und Gerechtigkeit sind beispielsweise emotionale Materien. Die Sehnsucht nach Gerechtigkeit ist definitiv vorhanden. Diese Thematik spielt heute eine sehr große Rolle, auch dadurch, weil sie schwer zu beantworten ist. Das merken wir zum Beispiel an Fragen der Migration, des Bankensektors, etc. – genau dies versuchen wir verstärkt herauszuarbeiten.

P: Sie haben im März Ihren 70. Geburtstag gefeiert. Wenn Sie heute 18 wären, wofür würden Sie sich politisch und gesellschaftlich engagieren?

Busek: Natürlich hat sich seit meiner Jugend sehr viel geändert, weil sich die Welt gewandelt hat. Zu meiner Jugendzeit waren die Vorstellungen von einer Wertewelt klarer vorgegeben als heute. Damit meine ich die Positionierung diverser Ideologien, der Kirchen, Parteien usw. Diese Institutionen bringen heute eigentlich nur noch gelegentlich oder keine Botschaften mehr ein. Daher würde ich heute vermutlich das Hauptaugenmerk auf die Werte-

„Österreich muss die Konsequenzen aus seinen Möglichkeiten ziehen.“

suche und Wertepäsentation legen. Früher war das Kollektiv sehr mächtig, man gehörte zu einer Gruppe und hat auch die Werte dieser Gruppe transportiert. Das ist nicht mehr der Fall. Es geht um Individualisierung, die Sehnsucht nach Orientierung steigt zwar stetig, die Ich-AG ist jedoch dominierend. Diese Tatsache hat auch eine gewisse Symbolik. Ich würde mich heute speziell mit der Entwicklung und Herausbildung von Meinungsbildung beschäftigen und sehe diesen Aspekt als eine große Herausforderung. Beispielsweise hat das Entstehen des „Wutbürgers“, der sich vorwiegend im Internet auslebt, auf mich eine enorme Signalwirkung. Wie wäre es, die alten Werte wiederzubeleben? Ich bin zwar mit manchen Zuständen in der Kirche unzufrieden, fühle mich aber in meiner Lebenshaltung grundsätzlich christlichen Grundwerten verpflichtet.

P: Welches sind aus Ihrer Sicht die großen Herausforderungen, die in den nächsten Jahren auf das Gesundheitswesen zukommen und wie können diese gelöst werden?

Busek: Aufgrund der demografischen Entwicklung der Gesellschaft ist die Frage der Altersmedizin von ungeheurer Bedeutung. Wir haben es bei der Apparatemedizin nicht ganz geschafft, die entsprechende Schwerpunktbildung durchzuführen. Die Aufteilung der Allgemeinmedizin und der Spezialmedizin funktioniert nicht. Ich beobachte mit Sorge, dass die Notfallaufnahmen besonders am Wochenende überfüllt sind, weil die Allgemeinmediziner am Wochenende geschlossen haben. Obwohl zum Beispiel der Blinddarm nicht in die Spitzenmedizin fällt, wird dies oft so gehandhabt. Diese allgemeine Entwicklung ist mehr als problematisch. Auch die Tatsache, dass wir alle dreißig Kilometer ein Spital haben, ist nicht sehr sinnvoll. Wir werden ohne Verwaltungsreform definitiv nicht auskommen. Zudem benötigen wir eine Klärung der Zuständigkeiten. In diesem Punkt bin ich für die Verlagerung mehrerer Aspekte auf Europa. Es gibt aber auch durchaus Fragen, die auf regionaler Ebene gelöst werden sollten.

P: Sie waren immer schon ein „bunter Vogel“ in der Politik und hatten viele verschiedene Funktionen inne. Welche Funktion Aufgabengebiete haben Ihnen am meisten Freude bereitet? Und welche Positionen waren zäher, als Sie es sich erwartet hatten?

Busek: In allen Bereichen der Verantwortung sind mir bestimmte Dinge gelungen und andere nicht. Rückblickend war meine Wiener Zeit die schönste – weil die bunteste. Die Politik bereitete mir damals aus der Opposition heraus viel Freude, Spannung und Spaß. In meiner Regierungszeit waren mir zwei Bereiche besonders wichtig: einerseits der Beitritt zur Europäischen Union, zu dem ich wesentlich beigetragen habe, andererseits das Wissenschaftsressort. Wir haben mit den Universitätsreformen sowie mit der Besserung der Museen begonnen. Weniger erfolgreich war ich bei der Reform der Wiener Volkspartei – da gab es eine Koalition derer, die „am Sessel festgehalten“ haben – das habe ich unterschätzt. Vielleicht hatte ich auch nicht die richtige Technik, dieses Erlebnis war für mich persönlich am negativsten. Da unser Land aus meiner Sicht immer provinzieller wird, trifft es mich, dass es mir nicht gelungen ist, eine Art „Koalition“ aus jenen Menschen zustande zu bringen, die einen weitläufigeren Horizont haben. Dieses provinzielle Denken ist eine Art Schutzmechanismus, durch welchen die Menschen alles an sich vorüber ziehen lassen. Es gibt einen sehr schönen Satz, der das charakterisiert: „Jeder denkt an sich, nur ich denke an mich!“ Und genau diese Einstellung halte ich für unser Land für äußerst problematisch. Die Unzufriedenheit ist groß, aber es passiert zu wenig. Daher mein Appell an die Jungen: „Macht doch endlich Politik!“

P: Drei Wünsche für Österreich?

Busek: Für Österreich wünsche ich mir eine stärkere Öffnung, eine bessere Konfliktkultur und eine stärkere Ausschöpfung der Möglichkeiten des Landes auf geistig-kultureller Ebene. Österreich muss die Konsequenzen aus seinen Möglichkeiten ziehen. Das halte ich für enorm wichtig.

**Bio Box:**

Dr. Erhard Busek wurde am 25. März 1941 in Wien als Sohn eines Baumeisters und Ingenieurs geboren. In seiner Jugend war er Mitglied der katholischen Jung-schar und Ministrant. Nach dem Jus-Studium begann seine politische Laufbahn als zweiter Klubsekretär der ÖVP im Parlament. Von 1969 bis 1972 war er Stellvertretender Generalsekretär und von 1972 bis 1976 als Generalsekretär des Österreichischen Wirtschaftsbundes tätig. 1975 bis 1976 war Dr. Busek Generalsekretär der ÖVP, von 1976 bis 1978 und von 1987 bis 1989 Mitglied der Wiener Landesregierung sowie von 1978 bis 1983 Mitglied des Gemeinderates der Stadt Wien und Abgeordneter zum Wiener Landtag. Bis 1989 fungierte Busek als Landesparteiobmann der Wiener ÖVP und von 1978 bis 1987 als Vizebürgermeister und Landeshauptmann-Stellvertreter von Wien. Als Bundesparteiobmann gehörte Dr. Busek der Regierungsspitze an. Seinen politischen Höhepunkt hatte Busek von 1991 bis 1995 als Vizekanzler. Seit 2000 ist Dr. Busek Präsident des Europäischen Forums Alpbach. Zudem ist er Vorstand des Instituts für den Donauraum und Mitteleuropa, bis Herbst 2011 Rektor der Fachhochschule Salzburg und Kuratoriumsmitglied der Initiative „A Soul for Europe“.

„Durch die stark einschränkenden Auswirkungen der COPD auf das tägliche Leben ist das Informationsbedürfnis bei diesem Leiden sehr hoch.“

Erster Österreichischer Patientenbericht

COPD

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), umgangssprachlich auch als „Raucherlunge“ bekannt, ist eine weit verbreitete Erkrankung: Rund eine Million Menschen sind davon betroffen. Atemnot, Husten und Auswurf plagen sie oft über mehrere Jahre, ohne dass sie von ihrer COPD wissen. Nach aktuellem Stand der Wissenschaft geht man von einer höheren Anzahl Betroffener aus, als bekannt ist. Annähernd elf Prozent der Österreicher weisen eine behandlungsbedürftige COPD auf. Nur etwa fünf Prozent wissen jedoch, dass sie an dieser Krankheit leiden. Mehr als 90 Prozent aller Fälle in Österreich sind auf Tabakkonsum oder das passive Inhalieren von Zigarettenrauch zurückzuführen. Der Erste Österreichische Patientenbericht COPD 2010 hat die subjektiv empfundenen Wünsche und Bedürfnisse der Patienten erhoben und stellt die derzeitige Situation in unserem Land dar.

Der erste Österreichische Patientenbericht COPD 2010 hat in einer landesweiten anonymisierten Umfrage die subjektiven Bedürfnisse und Empfindungen von COPD-Betroffenen ermittelt. „Ziel war es, den Anliegen der Patienten Gehör zu verschaffen, Entwicklungen zu beobachten und in Kooperation mit den wesentlichen Akteuren des Gesundheitssystems Verbesserungen zu erreichen, die zur Steigerung des Wohlbefindens der Betroffenen führen“, so Otto Spranger,

Sprecher der Österreichischen Lungenunion (ÖLU). Mag. Hanns Kratzer, Geschäftsführer PERI Consulting GmbH, betont: „Die Ergebnisse des Österreichischen Patientenberichts COPD 2010 zeigen deutlich, dass es maßgeblicher Schritte zur Verbesserung der Patientensituation bedarf. PERI Consulting ist auf die Umsetzung dieses patientenorientierten Projekts besonders stolz.“ Laut Österreichischem Patientenbericht COPD 2010 geht es dem Großteil der Betroffenen (56 Prozent) mit ihrer COPD „eher gut“, 32 Prozent geht es „eher schlecht“. Im Vergleich dazu geht es nur acht Prozent damit „sehr gut“ und lediglich drei Prozent „sehr schlecht“. Diese Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Befragung.

Risikofaktor Rauchen

COPD betrifft Frauen und Männer in ähnlichem Maße. Dies bestätigt auch die Patientenumfrage: Von 528 Teilnehmern sind 42 Prozent weiblich und 58 Prozent männlich. 70 Prozent der Betroffenen sind über 61 Jahre alt. Meist zeigen sich die Symptome der COPD erst nach dem 40. Lebensjahr. Zu den häufigsten vermuteten Risikofaktoren zählen in erster Linie aktiver und passiver Tabakkonsum, aber auch Belastungen durch Feinstaub oder Gase sowie genetische Ursachen. 70 Prozent der Befragten geben an, dass ihre COPD durch das Rauchen begünstigt wurde.



Zu lange Zeitspanne vom ersten Symptom bis zum Beginn einer Therapie

Die Erkrankung COPD beginnt schleichend und wird meist erst wahrgenommen, wenn sie schon großen Schaden angerichtet hat. Den Symptomen Atemnot, Husten und Auswurf wird häufig keine große Bedeutung beigemessen, da sie beispielsweise von starken Rauchern als Begleiterscheinungen des Tabakkonsums abgetan werden. Ein Viertel der Befragten hat erst zwei Jahre nach Auftreten der ersten Symptome einen Arzt aufgesucht. Davon lässt sich ableiten, dass die notwendige Therapie oftmals zu spät einsetzt. Für eine zeitnahe Diagnose nach Auftreten der ersten Symptome und einen frühen Behandlungsbeginn ist die Kooperation zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Fachärzten essenziell.

Patientenschulungen zum Umgang mit COPD sind willkommen

Die Umfrage zeigt weiters, dass bei etwa der Hälfte der Befragten einmal im Jahr oder öfter akute Verschlechterungen der COPD, so genannte Exazerbationen, auftreten. Bei mehr als jedem zehnten Patienten machen sich diese sogar mindestens dreimal jährlich bemerkbar. Vermutlich ist das auch der Grund dafür, dass fast alle Befragten (95 Prozent) Interesse an Patientenschulungen bekunden. Ausreichend Information über die Erkrankung und regelmäßige Aufklärung über den richtigen Umgang mit COPD sind demnach wünschenswert. Neben den Grundzügen der Erkrankung interessieren sich Betroffene im Rahmen einer solchen Patientenschulung am meisten für Atem- und Inhalationstechniken sowie die Erstellung eines Trainingsplans. Rund zwei Drittel (67 Prozent) der Be-



fragten wünschen sich Informationen über Therapien und Medikamente sowie über den Krankheitsverlauf und mögliche Folgeerkrankungen von COPD.

Der Arzt als wichtigste Informationsquelle

Expertenmeinungen zufolge nehmen COPD-Patienten – wie auch andere chronisch erkrankte Menschen – ihr Leiden sehr ernst und haben ganz unterschiedliche Bedürfnisse in Hinblick auf ihre Erkrankung. Sie wünschen sich ausreichend Information und Aufklärung, um sich Wissen über die COPD und den Umgang mit ihr anzueignen. Der behandelnde Arzt nimmt dabei eine entscheidende Rolle ein. So bezieht laut Umfrageergebnis der Großteil der Befragten die Information zur Erkrankung überwiegend aus dem ärztlichen Umfeld: Der Arzt ist der erste Ansprechpartner, dem sich ein COPD-Patient in der Regel anvertraut und von dem er sich beraten und behandeln lässt. Zudem werden den Betroffenen Informationen zu ihrer Erkrankung sowie zu deren Auswirkungen auf ihren Alltag vermittelt.

Patienten fordern mehr Informationen über Therapien, ihre Wirkung und den Krankheitsverlauf

Laut den Ergebnissen des Österreichischen Patientenberichts ist Information – einerseits über Therapien und Medikamente, deren Wirkung und mögliche Nebenwirkungen, andererseits über den Krankheitsverlauf und allfällige Folgeerkrankungen – am wichtigsten für COPD-Betroffene. Beide Aspekte waren für 67 Prozent der Befragten von großer Bedeutung, augenscheinlich besteht hier der größte Bedarf. Für rund 64 Prozent sind Informationen

über neue Erkenntnisse zur Erkrankung wichtig. Durch die stark einschränkenden Auswirkungen der COPD auf das tägliche Leben ist das Informationsbedürfnis bei diesem Leiden sehr hoch.

Mehr Öffentlichkeitsarbeit und Zusatzinformationen erwünscht

Für viele COPD-Patienten sind die Informationsgewinnung durch den und der Austausch mit dem behandelnden Arzt eine Möglichkeit, ihre Erkrankung besser zu verstehen und Strategien für einen optimalen Umgang mit ihr zu finden. Umso wichtiger ist ihnen daher verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, damit ihrer Krankheit mehr soziale Akzeptanz entgegengebracht wird. Laut dem vorliegenden Bericht fordern 57 Prozent der Befragten mehr Öffentlichkeitsarbeit zu COPD, um Vorbeugung, das Bewusstsein in der Bevölkerung und Früherkennung zu unterstützen. Dementsprechend ist das Schaffen erhöhter Aufmerksamkeit in der Bevölkerung, bei Entscheidungsträgern sowie in der breiten Öffentlichkeit eine Notwendigkeit.

Enge Kooperation zwischen Facharzt und Allgemeinmediziner

Den heimischen COPD-Patienten ist es laut Österreichischem Patientenbericht außerordentlich wichtig, dass die behandelnden Fachärzte auf COPD spezialisiert sind und dass der betreuende Mediziner Kassenarzt ist. Dies haben drei Viertel aller Befragten angegeben. Daneben ist die Erweiterung von ambulanten und

stationären Rehabilitationsmöglichkeiten ein wesentliches Anliegen. 56 Prozent der Patienten finden eine höhere Anzahl an Lungenspezialisten wünschenswert. Wichtige Voraussetzung für eine optimale Therapie der COPD ist eine enge Kooperation zwischen Facharzt und praktischem Arzt – dies ist für fast drei Viertel der Befragten von großer Bedeutung. Zudem befürworten 61 Prozent eine gute Kooperation zwischen ihrem betreuenden Arzt und einer Fachambulanz.

Mehr Disease-Management-Programme und weitere Therapieoptionen

Beinahe die Hälfte aller COPD-Patienten hat angegeben, dass bei ihnen mindestens einmal im Jahr Verschlechterungen der COPD, so genannte Exazerbationen, auftreten. Gerade aufgrund derartiger Krankheitsschübe, die meist mit einer drastischen Verschlechterung des Allgemeinzustands einhergehen, erhoffen sich die Betroffenen vielfältige Therapieoptionen. Für den Krisenfall wünschen sie sich das Wissen über eine gute Notfallversorgung – diese Forderung ist für 82 Prozent wesentlich. Die Ergebnisse der Patientenumfrage zeigen, dass 70 Prozent der Befragten in erster Linie Unterstützung bei der Raucherentwöhnung als wichtig erachten. Nahezu gleich viele Patienten möchten mehr psychologische Beratungsangebote für Betroffene und Angehörige. Auch die richtige Einnahme von Medikamenten muss gelernt sein. So wünschen sich 52 Prozent der Befragten eine Schulung zur Art der Einnahme der Medikamente durch den behandelnden Arzt, die Krankenschwester, die Ordinationshilfe, den Apotheker oder die Selbsthilfegruppe. Die Ergebnisse der Umfrage belegen, dass mehr als 40 Prozent der Befragten Interesse an der Teilnahme an einem kostenlosen und standardisierten Disease-Management-Programm haben.

Spirometrie beim Hausarzt gewünscht

In Österreich ist COPD eine weit verbreitete Erkrankung. Allerdings wissen nur wenige Menschen, die eine behandlungsbedürftige COPD aufweisen, über ihre Krankheit Bescheid. Da diese häufig nicht als solche erkannt wird, plagen die Betroffenen Husten, Auswurf und Atemnot oft über mehrere Jahre. So ist es 77 Prozent der Befragten ein Anliegen, dass eine umfangreiche Lungenfunktionsdiagnostik künftig beim Hausarzt angeboten wird. Zudem wünschen sich 85 Prozent der Betroffenen zur Prävention und Kontrolle eine höhere Anzahl an Lungenambulanzen. Die Zeitspanne vom ersten Arztkontakt bis zur Diagnosestellung hat bei etwa einem Viertel aller Befragten länger als zwei Jahre gedauert. Die Betreuung der Erkrankung ist durch vielfältige Therapien mit modernen Medikamenten und Behandlungstechniken möglich und wirkungsvoll. Die entsprechende Awareness über die COPD soll in Zukunft innerhalb der Bevölkerung verstärkt werden. Auch die Information über den Einsatz von zur Verfügung stehenden Therapien und Medikamenten, deren Wirkung und mögliche Nebenwirkungen ist für die Patienten von Bedeutung. Das haben fast alle Befragten (98 Prozent) angegeben.

Finanzielle Einbußen: Rückvergütung der Medikamente wünschenswert

Viele Erkrankungen gehen mit wirtschaftlichen Belastungen einher. Diese spezielle Problematik wird auch durch die Ergebnisse des Österreichischen Patientenberichts COPD aufgezeigt: Rund die Hälfte der Betroffenen muss aufgrund der Erkrankung mit finanziellen Einbußen rechnen. So wünschen sich 97 Prozent der Patienten eine Rückvergütung aller verordneten Medikamente durch die Sozialversicherung. Weiters fordern 92 Prozent eine Rückvergütung für Leistungen von Kur- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen. Jeder Fünfte erfährt durch die Veränderung der Arbeitsfähigkeit und Ausgaben für die Hilfe für zu Hause sowie für Transportkosten finanzielle Abschlüsse. So muss etwa die Hälfte der Betroffenen aufgrund der Erkrankung mit wirtschaftlichen Nachteilen zurechtkommen. Es erleidet jedoch nicht nur der einzelne Patient finanzielle Einbußen, auch die österreichische Volkswirtschaft verliert durch das frühzeitige Ausscheiden von Betroffenen aus dem Berufsleben wertvolle Arbeitskräfte.

Keine Seltenheit: Invalidität und Berufsunfähigkeit

COPD hat gerade auf die Arbeitssituation von Betroffenen erheblichen Einfluss. Viele Patienten werden arbeitsunfähig und müssen Frühpensionierungen in Kauf nehmen. Aus den Ergebnissen der Umfrage geht hervor, dass 79 Prozent der Befragten nicht berufstätig sind. Auch der Bezug einer Invaliditätspension ist bei COPD-Betroffenen keine Seltenheit: 23 Prozent von ihnen haben angegeben, aufgrund ihrer Krankheit eine dauerhafte oder befristete Invaliditätspension zu beanspruchen. Von den Beziehern sind 39 Prozent der Umfrageteilnehmer unter 60 Jahre alt.

Rücksicht durch den Arbeitgeber wichtig

COPD verlangt den Betroffenen Selbstkontrolle, Selbstbehandlung und Selbstmanagement ab. Sie tragen für ihre Erkrankung Verantwortung und müssen, um sie managen zu können, gut informiert sein: über den generellen Umgang mit COPD, das Verhalten in kriti-

schen Situationen, bei Notfällen und beim Auftreten verstärkter Krankheitsschübe. Die Umfrage zeigt, dass es den Patienten ein Anliegen ist, dass der Arbeitgeber Rücksicht auf die COPD-Erkrankung seines Arbeitnehmers nimmt. Beinahe drei Viertel der Arbeitgeber sind laut Bericht über die COPD-Erkrankung ihrer Mitarbeiter informiert. Zudem ist es 61 Prozent der Patienten ein Anliegen, ihren Alltag so uneingeschränkt wie möglich leben zu können.

Mehr Respekt und Akzeptanz in der Öffentlichkeit

COPD wird in erster Linie eng mit dem Zigarettenrauchen und als Folge davon mit einer messbaren Verringerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert. Umso wichtiger sind den Betroffenen daher Verständnis, Respekt und Akzeptanz vonseiten der Öffentlichkeit – das wünschen sich 64 Prozent der Befragten. Hinsichtlich der gesellschaftlichen Beachtung für das tägliche Leben mit der Erkrankung besteht noch Handlungsbedarf, das bestätigen auch die Umfrageergebnisse.

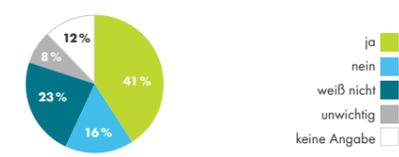
Über den Ersten Österreichischen Patientenbericht

Trotz der guten medizinischen Versorgung in Österreich fühlen sich viele Patienten mit chronischen Erkrankungen nicht ausreichend informiert. Dieser besorgniserregende Umstand war im Jahr 2005 Anlass, das Patientenprojekt „Österreichischer Patientenbericht“ ins Leben zu rufen. Dessen Ziel ist es, die subjektiven Bedürfnisse, Wünsche und Anliegen von Patienten mit einer chronischen Krankheit zu erheben. Diese sollen transparent artikuliert und allen bedeutenden Institutionen des österreichischen Gesundheitssystems zur Verfügung gestellt werden. Die Ergebnisse des qualitätsgesicherten Prozesses sollen zur Verbesserung der Patientensituation beitragen. Initiator des Projekts ist PERI Consulting. Kooperationspartner sind das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, die Österreichische Ärztekammer, die Österreichische Apothekerkammer, die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, die Pensionsversicherung, die Wiener Gebietskrankenkasse, die Ärztekammer für Wien, die Ärztekammer Steiermark sowie die Österreichische Lungenunion.

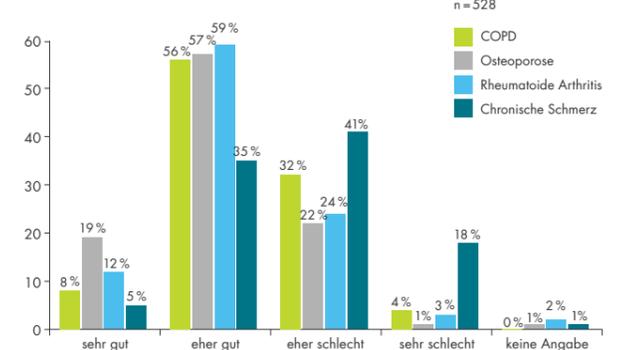
WIE WICHTIG SIND IHNEN VERSTÄNDNIS, RESPEKT UND AKZEPTANZ FÜR IHRE ERKRANKUNG?



HÄTTEN SIE INTERESSE AN EINEM „DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM“ TEILZUNEHMEN?



WIE GEHT ES IHNEN DERZEIT MIT IHRER ERKRANKUNG?*



*Gegenüberstellung mit bisher durchgeführten Projekten





Rückblick Diskussion: „Forschung und Ethik am Beispiel einer aktuellen NEJM-Studie“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Diskussionsteilnehmer (alphabetische Reihung):

- ▶ Dr. Christiane Druml, Vorsitzende der Bioethikkommission
- ▶ Univ. Prof. Dr. Gabriele Fischer, Leiterin der Drogenambulanz, Suchtforschung und Suchttherapie an der Medizinischen Universität Wien und Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie
- ▶ Dr. Jan Oliver Huber, Generalsekretär der Pharmig – Verband der pharmazeutischen Industrie
- ▶ o. Univ. Prof. Dr. Christian Marth, Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde, Leiter Klinische Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- ▶ Dr. med., Dr. h. c., o. Prof. Georg Stingl, o. Professor für Dermatologie mit besonderer Berücksichtigung der Immundefizienz und infektiösen Hauterkrankungen an der Universität Wien, Mitglied des Präsidiums der Österreichischen Akademie der Wissenschaften

Moderation: Mag. Hanns Kratzer, Geschäftsführer Peri Consulting

In einer aktuellen Studie der Medizinischen Universität Wien in Zusammenarbeit mit amerikanischen Zentren wurde die Medikation von suchtkranken schwangeren Frauen untersucht. Studien mit sensiblen Patientengruppen gelten in Hinblick auf rechtliche und ethische Belange seit jeher als besonders heikel. Im Rahmen einer Diskussionsrunde zum Thema „Forschung und Ethik am Beispiel einer aktuellen NEJM-Studie“, die am 17. Mai 2011 in Wien stattfand, wurde die Problematik solcher Studien ausgelotet. Chancen und Herausforderungen wurden auf den Punkt gebracht sowie Lösungsansätze diskutiert.

Moderiert von Mag. Hanns Kratzer, Geschäftsführer Peri Consulting GmbH, trugen renommierte Experten aus unterschiedlichen Disziplinen zur Debatte bei. „Ziel der Veranstaltung ist es, über das Verhältnis von Forschung und Ethik, insbesondere über die Teilnahme von sensiblen Patientengruppen an Studien zu diskutieren, bei Vertretern des Gesundheitswesens für ein derart heikles Thema Gehör zu schaffen und die Ergebnisse der Studie bei schwangeren Frauen – die im angesehensten wissenschaftlichen Fachmagazin ‚The New England Journal of Medicine‘ (NEJM) publiziert wurden – zu erörtern“, erklärte Mag. Kratzer zu Beginn. Die hohe Bedeutung dieser Arbeit liegt im erstmaligen Vorliegen einer evidenzbasierten prospektiven Medikamentenuntersuchung während der Schwangerschaft.

Sensible Patientengruppen als Studienteilnehmer

Im ersten Programmschwerpunkt, der Erläuterung der Studie, stand die Durchführung bei dieser speziell sensiblen Patientengruppe im Mittelpunkt der Diskussion. „Die Studie beschäftigte sich mit evidenzbasierten Untersuchungen bei opiatabhängigen Schwangeren und wurde neben der Medizinischen Universität Wien an sieben nordamerikanischen Zentren durchgeführt. Um sich für eine staatliche Förderung der USA durch das National Institute of Health (NIH/NIDA) zu qualifizieren, musste das Forschungsinstitut zeigen, dass Bedingungen zur reibungslosen Durchführung einer derart komplexen wissenschaftlichen Studie mit entsprechender Expertise gegeben waren. Diese Voraussetzung wurde durch die Ergebnisse einer vorgeschalteten Pilot-Studie, die bereits in einem Top-Journal publiziert worden war, unter Beweis gestellt. Das Gesamtfördervolumen für diese Forschung betrug 44 Millionen US-Dollar. Bei Heroinabhängigen existiert die Problematik, dass man diesen Patientinnen unter anderem nicht zutraut, verlässlich zu sein. Um an der Studie teilzunehmen, mussten die Frauen aufgrund der Verabreichung der Medikamente – hier sprechen wir von Narkotika – in einem „doppel blind doppel dummy-Design“ täglich über 26 Wochen in der Klinik erscheinen“, erklärte Prof. Fischer. Prof. Fischer betonte zusätzlich, dass die Forscher durch die Studie Aussagen über die Effektivität und Sicherheit der medikamentösen Behandlung opiatabhängiger Schwangerer treffen konnten. „Wir haben umfassende Sicherheitsüberprüfungen zum Zustand der Föten durchgeführt und die Auswirkungen der Medikation auf den Schwangerschaftsverlauf und schließlich auf das Neugeborene untersucht. Die Medizinische Universität Wien hat sich zudem als bestes Zentrum im Vergleich zu den US-amerikanischen Prestige-Universitätskliniken herauskristallisiert“, erklärte Prof. Fischer.

Bei ethischen Fragestellungen: Meinung des Fachmannes ist entscheidend

Mag. Kratzer stellte die entscheidende Frage in den Raum, wie der ethische Umgang mit klinischer Forschung aussehe. „Natürlich sind die Gesetze und Leitlinien zu beachten, doch bei der Entscheidung, ob eine Studie ethisch bedenklich ist oder nicht, braucht man in erster Linie die Meinung eines Fachmannes. Dieser muss feststellen, ob die Rechte und die Integrität der Patienten geschützt sind. Zudem muss hinterfragt werden, wie wissenschaftlich sinnvoll das jeweilige Projekt ist“, erklärte Dr. Druml. Auf die Frage, welche Schritte die Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien bei der Frage nach ethischer Vertretbarkeit setze, erläuterte Dr. Druml, dass die Kommission jedes Projekt zur Begutachtung an zumindest einen Fachgutachter schicke. Dieser habe seine Beurteilung anhand eines strukturierten Fragebogens abzugeben. „Schließlich werden zusätzlich Laienmitglieder, als auch fachspezifische Mitglieder befragt. Wenn sich die Nutzen-Risikoabwägung positiv darstellt, müssen zusätzlich noch Formalkriterien erfüllt werden“, betonte Dr. Druml.

Arzneimitteln an schwangeren Frauen durchführen zu können und die Situation dieser Frauen zu verbessern.“ Die Frage nach der Förderung von Forschung – ob genug geforscht werde und ob dafür ausreichend Geld zur Verfügung stehe – beantwortete Dr. Huber folgendermaßen: „Seitens der Politik sind keine besonderen Anstrengungen zu bemerken, die momentane Situation am Forschungssektor zu verändern. Bisher waren die Aussagen reine Lippenbekenntnisse. Zur Erreichung unserer Ziele benötigen wir aber eine offene und ehrliche Diskussion sowie ein gemeinsames Auftreten von Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft.“ Prof. Stingl stellte daraufhin dar: „Österreich hat einen nationalen Forschungsfonds, der den Vergleich mit anderen Ländern nicht zu scheuen braucht. Allerdings hat dieser in der Vergangenheit bis zu der hier besprochenen Studie noch nie Geld für klinische Forschung ausgeschüttet. Das ist in den meisten Ländern Westeuropas anders, wo eigene, getrennte Töpfe für diese Art von Forschung existieren. Daher ist in Österreich bei derartigen Vorhaben die Abhängigkeit von der Industrie noch viel größer als anderswo.“ Zu dieser Aussage erklärte Dr. Huber, dass es Aufgabe der Industrie sei, in Zusam-

Krankenträgern ordentliche Summen bezahle, die wiederum für akademische Studien eingesetzt werden sollten. Leider fehle hier jegliche Transparenz.

Wien als bestes Zentrum – Vergleich Europa und USA

Weiters wurde diskutiert, warum sich das Zentrum der Medizinischen Universität Wien als das, in der diskutierten Studie, Beste herausgestellt hat. Prof. Fischer erklärte, dass sich Europäer in Hinblick auf Forschungsergebnisse und Universitätenrankings gerne an den USA orientieren. Sie war allerdings der Meinung, dass sich Österreich – besonders unter guten finanziellen Rahmenbedingungen – zur Durchführung solcher Studien ideal eigne. „Gerade suchtkranke Schwangere sind eine marginalisierte Patientengruppe, die häufig einen erschwerten Behandlungszugang hat. Die Medizinische Universität Wien verpflichtet sich, gemeinsam mit dem AKH Wien, zur Zuständigkeit für solche Hoch-Risikogruppen und ist damit beispielhaft in ihrer interdisziplinären und multiprofessionellen Vernetzung. Das schafft nicht nur für die Therapie optimale Bedingungen, sondern stellt eine Basis dar, um derart komplexe Forschungsziele umzusetzen. Zudem wird mit den Betroffenen auf gleicher Augenhöhe und vorurteilsfrei kommuniziert. Was die flankierenden sozialen Rahmenbedingungen betrifft, ist die Kooperation mit der Gemeinde Wien hervorragend. Es besteht ein klares Commitment zum seit 15 Jahren etablierten Modell ‚Suchterkrankung und Schwangerschaft‘ am AKH. In US-amerikanischen Zentren sind solche Rahmenbedingungen häufig nicht vorzufinden. Ich denke, dass unser Zentrum nicht zuletzt dadurch am meisten zu diesen in der Medizin einzigartigen Ergebnissen beitragen konnte“, so Prof. Fischer. „Gerade bei einer Studie über drogenabhängige Schwangere kann ich mir vorstellen, dass ein Zentrum in Europa eine bessere Studienqualität liefert als das amerikanische. Obwohl das bestimmt nicht auf alle Bereiche in der Medizin zutrifft“, merkte Prof. Stingl dazu an. Dr. Huber war sich sicher, dass noch ein weiterer Punkt im Vergleich zwischen Europa und den USA zu beachten ist: „Die in den USA tätigen Top-Wissenschaftler haben einen enormen Effekt auf das gesamte Land. Sie sind ein Wirtschaftsfaktor und dienen parallel der Wissenschaftsstandortsentwicklung. Die Wissenschaft wird in unserem Land zu wenig gefördert, es geht um mehr Anerkennung durch die Politik, was Wirtschaft und Wissenschaft leisten!“ Dr. Druml schloss sich dieser Meinung an und fügte hinzu, dass Österreich im Rahmen der Bio-Eurobarometeruntersuchung in Hinblick auf das Vertrauen in und den Nutzen der Wissenschaft extrem schlecht abgeschnitten habe. „Wir sollten versuchen, mit Industrie und Politik gemeinsam eine Initiative für mehr Visibility der Forschung zu starten, da es letztlich um Arbeitsplätze geht“, so Prof. Fischer. Prof. Stingl sah Forschung als treibenden Wirtschaftsfaktor, auch weil der Mensch als Spezies nicht ohne die Suche nach Erkenntnis leben kann. „Die Amerikaner sind problemlösungsorientierter als wir Europäer. Wir Österreicher sprechen gerne zu lange darüber, warum man etwas nicht machen soll, anstatt die Sache aktiv anzugehen“, so Prof. Stingl.



Änderung der Gesetzeslage im Bereich Gynäkologie erwünscht

Univ. Prof. Dr. Marth hielt es für äußerst problematisch, dass Schwangere früher meist aus Studien exkludiert wurden. „Wenn keine Studien an Schwangeren durchgeführt werden, wird diese Patientengruppe auch nicht ‚State of the Art‘ behandelt. Werden Medikamente nicht ausreichend geprüft, kann es passieren, dass Frauen durch deren Einnahme Schäden zugefügt werden“, stellte Prof. Marth fest. Er führte des Weiteren aus, dass die Food and Drug Administration (FDA) vom Jahr 1980 bis 2000 470 Medikamente neu zugelassen hat. Davon waren nur sechs Prozent als unschädlich und drei bis vier Prozent als für Schwangere schädigend klassifiziert worden. Prof. Marth betonte: „Das bedeutet, bei 91 Prozent der neu zugelassenen Medikamente wusste man im Grunde nicht, ob sie schädigend sind oder nicht. Aufgrund dieser Tatsache bin ich der Meinung, dass wir Frauen auf diese Weise nicht adäquat therapieren können.“ Und weiter: „Es existiert von gynäkologischer Seite her der dringende Wunsch, dass es zu einer Änderung der Gesetzeslage kommt, um Prüfungen von

menarbeit mit Ärzten produktorientierte Innovationen zu entwickeln. Dies funktioniert durch klinische Studien im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität der Menschen. Dr. Huber monierte den bisher fehlenden gesellschaftlichen Grundkonsens, besonders Schwangere, verstärkt in klinische Studien einzubeziehen. Das Fehlen ausreichender Daten kann nicht der pharmazeutischen Industrie vorgeworfen werden, weil die Ein- und Ausschlusskriterien nicht von ihr alleine bestimmt werden. Prof. Marth war in diesem Fall der Meinung, dass die Industrie einen sehr großen Beitrag zur medizinischen Forschung leiste: „Aber das Problem der Abhängigkeit besteht natürlich, weil hinter dem Streben derselben naturgemäß ein ökonomisches Interesse besteht. Letztlich entwickelt die Pharmaindustrie neue Medikamente, dadurch wird dieser Teil der Forschung natürlich gut unterstützt.“ Dr. Druml fand es wichtig klarzustellen, dass akademische Studien, die europaweit oder weltweit durchgeführt werden, einen sehr hohen Innovationscharakter haben. Dr. Huber hielt hier fest, dass die pharmazeutische Industrie anlässlich der Durchführung klinischer Studien den

Bessere Positionierung der Wissenschaft in Österreich dringend erforderlich

Schließlich wurden die Teilnehmer nach konkreten Wünschen gefragt, um Forschung, Entwicklung und pharmazeutische Innovationen zu erleichtern. „Funding ist natürlich ein ganz ein großes Thema, da zu wenig finanzielle Mittel vorhanden sind“, war sich Prof. Marth sicher. Dr. Huber betonte, dass es zur Entwicklung der österreichischen Gesellschaft hin zu einer Wissensgesellschaft, eines höheren Stellenwertes von Wirtschaft und Forschung bedarf. Prof. Fischer war der Meinung, dass sich Wirtschaft und Forschung einander annähern und gemeinsame Projekte starten müssten, bei denen ein Nutzen für beide Bereiche gegeben sei und zudem in Ahnlehung an Social-Sponsoring auch Forschungs-sponsoring besonders öffentlich bewertet wird. Ich wünsche mir, dass die Wissenschaft in Österreich grundsätzlich besser positioniert und akzeptiert wird“, betonte Dr. Druml abschließend.



INTERVIEW MIT ROMAN GAMERITH
GESCHÄFTSFÜHRER SANOFI ÖSTERREICH

KONTINUITÄT UND PARTNERSCHAFTLICHKEIT ALS OBERSTE PRÄMISSEN

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

„Alle, die in der Pharmaindustrie
wirken, arbeiten für das Wohl
der Menschen.“



Seit April 2011 ist Dr. Roman Gamerith Geschäftsführer von Sanofi Österreich. Davor war er über drei Jahre lang im Baltikum als Geschäftsführer für das Unternehmen tätig. Mit der Periskop-Redaktion sprach der Veterinärmediziner über seine wichtigsten Ziele – Kontinuität zu schaffen und als relevanter Partner im Gesundheitssystem angesehen zu werden – sowie über seine berufliche Auslandserfahrung.

„Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass man als Einheimischer im eigenen Markt am besten agieren kann.“



„Es kann nicht sein, dass die Pharmaindustrie bei vielen Entscheidungen gar nicht oder nur selektiv miteingebunden wird.“



„Zukünftig wird sich dieses System allerdings nicht finanzieren lassen, wenn wir nicht jetzt die Weichen für die Zukunft stellen. Wir müssen umdenken: Von der Krankheitsversorgung hin zur Gesundheitserhaltung.“



BioBox:

Dr. Roman Gamerith ist ausgebildeter Tierarzt. Im Jahr 1997 folgte der Einstieg in die Pharmaindustrie. Seit 2000 ist er für Sanofi tätig. Sein berufliches Erfolgsrezept auf dem Weg zum Geschäftsführer gründet sich der Aussage des ehemals praktizierenden Tierarztes nach zum einen in der Tatsache, dass er auch die Kundenseite gut kennt. Einen weiteren Erfolgsfaktor sieht der Waldviertler darin, dass er das Glück hatte, in einer kleineren Firma anzufangen. Dort wurde er aufgrund seines Engagements und persönlichen Einsatzes entsprechend gut ausgebildet, gefördert und gefordert. Als dritten Erfolgsbaustein betrachtet er seine Flexibilität und Spontantät – Eigenschaften, die ihm zur Geschäftsführerrolle im Baltikum verholfen haben. Ausgleich zum Beruf findet der begeisterte Sportler vor allem beim Mountainbiken und Laufen.

P: Sie sind seit April neuer Geschäftsführer von Sanofi Österreich und waren davor über drei Jahre lang für das Unternehmen im Baltikum tätig. Wie sehen Ihre Aufgaben und Ziele in Ihrer neuen Position aus? Was möchten Sie in drei bis fünf Jahren erreicht haben?

Gamerith: Ich habe mir interne und externe Ziele gesetzt. Zuerst zu den externen Dingen: Ich sehe es als Erfolg, wenn wir unsere Firma Sanofi in drei bis fünf Jahren weiter als führendes Healthcare-Unternehmen am Markt – sowohl in Österreich als auch weltweit – positionieren können. Wir haben in den vergangenen Jahren an Image verloren. Das hat damit zu tun, dass viele Patente ausgelaufen sind. Es ist für die Zukunft mein erklärtes Ziel, einen höheren Stellenwert am Markt zu erreichen und unsere Position auszubauen. Eine weitere Aufgabe ist es, von allen Playern am Markt – Patienten, Ärzten, Apothekern und anderen Entscheidungsträgern – als gleichberechtigter Partner wahrgenommen zu werden. Die für mich ebenfalls sehr wichtigen internen Ziele bestehen vor allem darin, Kontinuität im Team zu schaffen. Nach meiner Rückkehr habe ich eine Mannschaft vorgefunden, die auf instabilen Beinen stand und deshalb nicht optimal motiviert war. Hier versuche ich, als positives Vorbild voranzugehen, um den Teamspirit in der Mannschaft zu stärken. Ich möchte das Team vereinen und ihm entsprechende Werte vermitteln, damit es sich vermehrt mit dem Unternehmen identifizieren kann. Die Mitarbeiter sollen stolz darauf sein, für Sanofi zu arbeiten, und mit Freude ihrer Tätigkeit nachgehen. Alle, die in der Pharmaindustrie wirken, arbeiten für das Wohl der Menschen. Meiner Meinung nach gibt es nichts Erfüllenderes, als für die Gesundheit und deren Erhaltung zu arbeiten. Dieses Gefühl und diesen Wert möchte ich mit meiner Arbeit vermitteln. Als weiteren internen Punkt habe ich mir zum Ziel gesetzt, ein Team aufzustellen, das eine noch bessere und effizientere Performance erbringt.

P: Inwieweit hilft es Ihnen bei Ihrer Zielsetzung, dass Sie Österreicher sind?

Gamerith: Vor rund zehn Jahren war es ein Trend, dass Geschäftsführer ihre Erfahrungen innerhalb der Unternehmensgruppe in verschiedenen Ländern gesammelt haben. Das wurde als das Nonplusultra angesehen. Mittlerweile hat sich diese Sichtweise geändert. Als nichteinheimischer Geschäftsführer hat man auf der einen Seite gewisse Vorteile und Freiheiten. Dies liegt möglicherweise daran, dass die emotionale Bindung nicht so stark ist und man daher objektiver agiert. Auf der anderen Seite habe ich persönlich gesehen, dass mir vieles nicht möglich war, da ich die entsprechenden Kontakte nicht hatte und mit dem System nicht im erforderlichen Maße vertraut war. Es dauert einige Zeit, bis man sich einarbeitet und Kontakte aufbaut. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass man als Einheimischer im eigenen Markt am besten agieren kann.

P: Sanofi hat seine Strukturen überarbeitet. Können Sie uns sagen, wie diese jetzt aussehen und welche Philosophie ihnen zugrunde liegt?

Gamerith: Die Strukturänderung wurde notwendig, weil wir in den vergangenen Jahren mit dem Ablauf von großen Blockbustern zu kämpfen hatten. Für ein börsennotiertes Unternehmen ist es wichtig, seine Profitabilität im Griff zu haben, und dementsprechend gab es hier mehrere Anpassungen. Wir sind der Meinung, dass wir in Europa aufgrund der neuen Strukturen besser und effektiver arbeiten können. Das Marktumfeld ist nicht nur in Österreich, sondern in ganz Europa sehr schnelllebig geworden. Wir haben großen Aufholbedarf, uns an die sich ständig ändernden Rahmenbedingungen anzupassen. So ist zum Beispiel eine Medical-Manager-Position kein reiner Bürojob mehr. Jemand, der diese Funktion innehat, muss am Markt die Bedürfnisse der Kunden erkennen und entsprechend agieren. Es wird von Kundenseite erwartet, dass die Ansprechpartner in speziellen Gebieten, zum Beispiel in der Onkologie, auf einem sehr hohen wissenschaftlichen Level kommunizieren können. Dementsprechend operieren wir heute. Wir haben unser Geschäft in vier Divisionen gegliedert. Eine Division Onkologie mit dem Headquarter in der Nähe von Boston, USA. Weiters gibt es eine Division Diabetes mit dem Firmensitz in Frankfurt, eine Division Kardiologie mit dem Headquarter in Paris und schließlich die Division Neurologie. Die Division Neurologie beschäftigt sich mit dem Launch von sehr vielversprechenden Medikamenten für Multiple Sklerose und hat ihr Zentrum ebenfalls in Paris. Zudem haben wir uns dazu entschlossen, Länder in Multi-Country-Organisationen zusammenzufassen. Hier werden jene Staaten vereint, die vergleichbare Rahmenbedingungen haben, dieselbe Sprache sprechen und ähnlich strukturiert sind. So arbeiten jetzt Deutschland, die Schweiz und Österreich zusammen. Die Supportfunktionen dienen als Plattformen für alle drei Länder. Wichtig ist es zu betonen, dass ein größeres Land keinen Anspruch auf mehr Support hat. In dieser neuen Struktur sehe ich sehr viele Synergien und Vorteile, speziell bei der Ausbietung von Produkten. Man muss nicht dreimal das Rad neu erfinden und nicht drei Kampagnen entwerfen. Meiner Meinung nach geht der Trend sehr stark in diese Richtung.

P: Sind diese vier Divisionen auch die vier Indikationsbereiche, in denen Sanofi in Zukunft tätig sein wird?

Gamerith: Es waren immer alle Plattformen wichtig, der besondere Fokus auf die oben beschriebenen vier Indikationsgebiete ist jedoch neu. Die Division Onkologie ist eine der größten kurzfristigen Wachstumsplattformen. Rückblickend gesehen, waren wir in der Onkologie in letzter Zeit eher schwach besetzt. Wir kommen aus einer Historie, in der wir zwei große Produkte anzubieten hatten, die jetzt beide generisch sind. Nun blicken wir wieder auf ein großes Portfolio an Launchprodukten und werden zukünftig ein stärkerer und ernstzunehmender Partner in der Onkologie sein. Diabetes war immer schon ein Kernthema von Sanofi. Wir haben uns hier stets bemüht, nicht nur als One-Product-Seller aufzutreten, sondern als Partner, der entsprechende Lösungen für Diabetespatienten anzubieten hat. In der Kardiologie waren wir auch immer sehr stark und verfügen nach wie vor über eine breite Produktpalette. Der Bereich der Neurologie wächst kontinuierlich.

P: Gibt es auch Bereiche, aus denen Sie sich bewusst zurückziehen?

Gamerith: In der Vergangenheit waren wir immer sehr auf einzelne Pharma-Blockbuster fokussiert. Mit dem Führungswechsel an der Konzernspitze haben wir unsere Strategie auf Diversifikation ausgerichtet. Das heißt, wir wollen in vielen Bereichen Lösungen anbieten. Hier reicht das Angebot von der Entwicklung von Impfstoffen (Sanofi Pasteur MSD) bis zum Ausbau der Tiermedizin. Die ist natürlich sehr länderspezifisch. In Österreich macht das klassische Pharmaportfolio an vielen bewährten und gut etablierten Produkten einen hohen Umsatzanteil aus. Trotz schwieriger Rahmenbedingungen am österreichischen Markt ist es unser Ziel, alle unsere Produkte am Markt zu halten. Aus meinem eigenen Umfeld kenne ich die Probleme, die eine Medikamentenumstellung mit sich bringt. Etwa wenn man auf ein Präparat gut eingestellt ist, gute Erfahrungen damit gemacht hat, und plötzlich gibt es das Medikament nicht mehr. Das kann für den Patienten sehr schwierig sein, und das wollen wir verhindern.

P: Wie möchten Sie Sanofi in Zukunft innerhalb der Pharmaindustrie positioniert sehen?

Gamerith: Derzeit sind wir die Nummer vier am Markt. Es geht mir darum, ein ernstzunehmender Player im System zu sein und es mitgestalten zu können. Ich würde mir wünschen, dass unsere Meinung und Expertise angenommen und miteinbezogen wird. Es kann nicht sein, dass die Pharmaindustrie bei vielen Entscheidungen gar nicht oder nur selektiv miteingebunden wird. Hier werde ich mich selbst bemühen, konstruktiv und engagiert mitzuarbeiten, um das zu erreichen. Ich möchte wieder mehr präsent sein und nicht nur als ein Anbieter von Ware, sondern als ernstzunehmender Mitspieler gesehen werden.

P: Sie waren einige Jahre im Ausland. Wie schätzen Sie die Positionierung der Pharmaindustrie im österreichischen Gesundheitssystem ein? War diese vor ein paar Jahren noch anders, als sie heute ist?

Gamerith: Ich glaube nicht, dass sie anders war. Es hat sich nicht viel getan. Österreich ist eher träge, wenn es darum geht, Veränderungen herbeizuführen. Die Industrie wird sehr spät oder gar nicht eingebunden. Leider wird sie nach wie vor noch immer nicht als gleichberechtigter Partner angesehen. Es ist mir aus keinem anderen Industriezweig bekannt, dass diejenigen, die forschen, produzieren und anbieten, hauptsächlich als Kostenverursacher gesehen werden und nicht als Anbieter von Lösungen. Das ist kein Fair Play. Ich bin jedoch grundsätzlich positiv eingestellt und der Meinung, dass man durch verstärkte Kommunikation und Aufeinanderzugehen schön langsam etwas bewegen kann. Natürlich müssen wir als Industrie auch vor unserer eigenen Tür kehren und entsprechende Maßnahmen setzen sowie Entgegenkommen signalisieren.

P: „Wir haben eines der besten Gesundheitssysteme der Welt“ ist eine Aussage, die von Politikern in Österreich immer wieder getätigt wird. Wie können wir es Ihrer Meinung nach langfristig finanzieren? Welche Schritte wären notwendig?

Gamerith: Ich bin auch überzeugt davon, dass wir eines der besten Gesundheitssysteme der Welt haben, vor allem weil bei uns jeder Zugang zu den Leistungen hat. Das ist nicht überall so. Zukünftig wird sich dieses System allerdings nicht finanzieren lassen, wenn wir nicht jetzt die Weichen stellen. Damit meine ich, dass wir vor allem in bestimmten Indikationsbereichen, wie etwa Diabetes, verstärkt in Prävention investieren müssen. Wir müssen umdenken, nämlich von der Krankheitsversorgung hin zur Gesundheitserhaltung. Das wurde bereits erkannt. Nun heißt es die Pläne in die Realität umzusetzen, denn bisher haben die Österreicher das Image der Planungsriesen und Umsetzungszwerge. Weitere wichtige Diskussionspunkte sind für mich die Struktur der Spitäler und die Transparenz der Finanzierung. Letztlich muss die Versorgung der Patienten im Vordergrund stehen und der Zugang zu Innovationen ermöglicht werden.

„A New Treaty for Self-Care“

– 47. Jahrestreffen der AESGP

Unter starker österreichischer Beteiligung fand von 8. bis 10. Juli die 47. Jahresversammlung der AESGP in Rom statt. Im Mittelpunkt der zahlreichen interessanten Vorträge und Diskussionen stand die Frage, wie die Selbstmedikationsindustrie den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Herausforderungen in einem sich ständig wandelnden Umfeld am besten begegnen soll. Aber auch abseits des umfangreichen Sitzungsprogramms, zum Beispiel beim Österreicher-Abend der IGEPHA, gab es spannende Gespräche.

Besonders rasant geht es mit dem Fortschritt im Marketingbereich voran. Diesem Umstand hat gleich der erste Tag des Meetings mit einem Schwerpunkt zum Thema Web 2.0 und Social Media Rechnung getragen. „68 Prozent der Konsumenten suchen im Internet nach Informationen über Medikamente, 47 Prozent nützen das Web, um Selbstdiagnosen zu stellen“, berichtete Paolo Tacconi, Executive Producer bei Microsoft.

Wie man Twitter und Co. aktiv nutzen kann, wurde während des AESGP-Meetings eindrucksvoll demonstriert: Twitter-Postings zur Konferenz konnte man auf einer Leinwand in „real-time“ mitlesen, auf Facebook wurde diskutiert und auch ein Blog diente dem Meinungsaustausch der Tagungsteilnehmer.

Neue Märkte, neue Chancen

Der zweite Tag bot einen spannenden Überblick über die neuesten Entwicklungen am OTC-Sektor in Europa und weltweit. Nenad Pacek, Präsident der Global Success Advisors, beleuchtete die Chancen, die sich durch wirtschaftliche Engagements in den Wachstumsmärkten der Schwellenländer ergeben können. Über

den engen Zusammenhang von eigenverantwortlicher Gesundheitsvorsorge und Selbstmedikation sowie die Verknüpfung mit dem öffentlichen Gesundheitssystem sprach Claudio Cricelli, Vorsitzender der italienischen Vereinigung der Hausärzte. „Bei geringfügigen Erkrankungen wird Selbstmedikation von den praktischen Ärzten akzeptiert und zunehmend empfohlen“, sagte Cricelli.

Kosten sparen mit Selbstmedikation

Jürgen Wasem von der Medizinischen Universität Duisburg-Essen schilderte die ökonomischen und sozialen Vorteile der Selbstmedikation und demonstrierte deren gesundheitsfördernden und kostensparenden Effekt anhand einer Studie zur Raucherentwöhnung, die in Deutschland mit Unterstützung des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller (BAH) durchgeführt worden war. Außerdem stellte Wasem das vom BAH entwickelte Konzept eines Selbstmedikationsbudgets vor. Über dieses wird in Deutschland bereits diskutiert.

John Dalli, Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission, erläuterte die Überlegungen der Kommission zur Beurteilung von pflanzlichen Nahrungsergänzungsmitteln und betonte, dass es für Verbraucher irritierend sei, wenn sich Produkte mit unterschiedlichem rechtlichen Status in gleicher Weise präsentieren würden.

Zentrale Rolle der Apotheken

Ein weiterer Themenbereich der AESGP-Konferenz betraf die zunehmende Selbstverantwortung der Menschen für ihre persönliche Gesundheit und ihr Wohlbefinden. Heinz-Günter Wolf von der

Pharmaceutical Group der Europäischen Union verwies in diesem Zusammenhang auf drei zentrale Prinzipien aus der Sicht der Apotheker: 1. Rezeptfreie Arzneimittel können ein gewisses Gesundheitsrisiko darstellen und auch zum Missbrauch einladen – diese Risiken gilt es im Auge zu behalten.

2. Selbstmedikation verläuft effizienter, wenn sie in Kooperation mit einem professionellen Gesundheitsexperten – speziell einem Apotheker – erfolgt.

3. Apotheker spielen eine zentrale Rolle, wenn es darum geht, die großen Vorteile der Selbstmedikation zur Geltung zu bringen. Dazu ist es erforderlich, rezeptfreie Arzneimittel und die Gesundheitsdienstleistungen generell nicht nur als reine Ware zu betrachten.

Selbstmedikation stelle, so Heinz-Günter Wolf, keineswegs eine Bedrohung für den Ärztestand dar, sondern vielmehr eine Chance für die wirkungsvolle Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern.

Smart Regulation schreitet voran

Über den Status quo der „Smart Regulation 2015“ berichtete Hubertus Cranz, General Director der AESGP. Es seien seit Beginn der Bestrebungen im Jahr 2008 bereits Fortschritte in Richtung eines vereinfachten Zugangs für neue Produkte am Selbstmedikationsmarkt gemacht worden. Dennoch gebe es noch genügend Herausforderungen zu bewältigen, vor allem hinsichtlich der unterschiedlichen nationalen Regelungen.

In den Pausen und im Rahmenprogramm zu der wie immer hochkarätig besetzten und hervorragend organisierten Veranstaltung bot sich den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ausreichend Gelegenheit zum informellen Erfahrungsaustausch und zum Networking mit Vertretern der europäischen Behörden, Pharmazeuten, Medizinern, Wissenschaftlern und Partnern aus der Industrie. Das Rahmenprogramm der AESGP ließ darüber hinaus nichts an Flair und Stimmung vermissen.

Mit einer Fülle an Informationen und dem Input aus anregenden Gesprächen im „Reisegepäck“ machten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wieder auf den Weg in ihre Heimatländer. Es gibt viel zu tun – bis zur 48. AESGP-Jahresversammlung, die im Juni 2012 in Nizza stattfinden wird.

IGEPHA
The Austrian Self-Medication Institute



MEGRA-KONFERENZ

„EFFICACY VERSUS EFFECTIVENESS – DIE ZUKUNFT DER NUTZENBEWERTUNG VON ARZNEIMITTELN“

Bei der Fortbildungskonferenz der MittelEuropäischen Gesellschaft für Regulatory Affairs (MEGRA) zum Thema „Efficacy versus Effectiveness – die Zukunft der Nutzenbewertung von Arzneimitteln“ sprachen namhafte Experten am 16. Mai dieses Jahres in Wien von einem Paradigmenwechsel in der Arzneimittelentwicklung. Darüber hinaus wurde intensiv über die mögliche Richtung debattiert, in welche die Nutzenbewertung von Arzneimitteln gehen solle und wohin sich die Wirksamkeitsdiskussion von Medikamenten bewege. Auch die wissenschaftliche Wahrheitsfindung als Grundlage der Durchführung von Studien war Thema der Diskussion.

DISKUSSIONSTEILNEHMER (nach alphabetischer Reihung)

Prof. Dr. Brigitte Blöchl-Daum, Stv. Vorstand der Universitätsklinik für Klinische Pharmakologie an der Medizinischen Universität Wien
Dr. Anna Bucsecs, Abteilungsleiterin der Abteilung „Vertragspartner Medikamente“ im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Thomas Cueni, lic.rer.pol., M.Sc., Generalsekretär und Geschäftsführer der INTERPHARMA, Board Member EFPIA
Prof. Dr. Andrea Laslop, Leiterin des Scientific Office der AGES PharmMed
Dr. Fabian Wächter, MSc., Senior Research Analyst bei LEAD Innovation Management GmbH
PD Dr. Claudia Wild, Leiterin des Ludwig Boltzmann Instituts für HTA
Moderation: Ao. Univ.-Prof. Dr. Marcus Müller, Bereichsleiter der AGES PharmMed

Zu Beginn der Diskussion wurde der Titel der Veranstaltung erläutert, nämlich dass zwischen der Wirksamkeit unter optimalen Konditionen – der Efficacy – und jener unter Alltagsbedingungen im jeweiligen Umfeld – der Effectiveness – unterschieden werde. Dr. Wächter erklärte, dass unter Efficacy, der Wirksamkeit unter besonderen Bedingungen, beispielsweise die Kontrolle in einem optimierten medizinischen Umfeld für definierte Zielgruppen verstanden werde. Bei Effectiveness hingegen stehe die Wirksamkeit im realen Umfeld im Vordergrund. Etwa bei erweiterten Indikationen, inhomogenen Zielgruppen oder in einem medizinischen Umfeld mit geringeren Ressourcen. Bezüglich der Frage nach der Kostenerstattung von Arzneimitteln waren sich alle Referenten einig: Die Zusammenarbeit in der Entscheidungsfindung müsse optimiert werden. Dabei seien größtmögliche Transparenz und Klarheit notwendig. Ärzte müssten zudem Maßnahmen für eine bessere Compliance der Patienten setzen. Dr. Anna Bucsecs ergriff in Hinblick auf die Kostenstruktur von Gesundheitssystemen das Wort und erläuterte, dass es sich kein Gesundheitssystem der Welt leisten könne, Kosten zu übernehmen, die es nicht zuvor prüfe. Demnach gelte es, an Systemen zu arbeiten, die den Zuständigen kluge Entscheidungen ermöglichen würden. Dies schaffe Planungssicherheit und fördere Effizienz.

WISSENSCHAFTLICHE WAHRHEITSFINDUNG ALS GRUNDLAGE FÜR STUDIEN

Zudem wurde darüber debattiert, inwiefern ein Arzneimittel als wirksam oder unwirksam gelten könne. Dr. Wächter hob hervor, dass eine getroffene Maßnahme nur dann als wirksam gelten könne, wenn es Verfahren gäbe, die ihre Unwirksamkeit nachweisen könnten, und wenn diese in der Folge ein negatives Ergebnis erbracht hätten. Thomas Cueni, lic.rer.pol., M.Sc. setzte dem entgegen, dass dieses Vorgehen in der Medizin durch diverse Umstände erschwert würde – beispielsweise durch die unterschiedliche Wirksamkeit eines Medikaments bei individuellen Patienten. Auch der Placeboeffekt sei ein gutes Beispiel, da dieser im Falle von Wirksamkeitsklärungen die Durchführung von Studien erforderlich mache. In Bezug auf die Arzneimittelsicherheit führte Prof. Dr. Andrea Laslop an, dass die EU – aufgrund der gesetzlichen Basis – derzeit darauf bestehe, ein Vergleichspräparat zu haben. Dies wäre auch in den USA der Normalfall. Laut Dr. Bucsecs gäbe es jedoch auch in der Pharmabranche keine konvergente Auswahl hinsichtlich der Vergleichspräparate. Zudem gäbe es weniger Disput, wenn die Präparate nur nach pharmakologischen Gesichtspunkten ausgewählt würden. Moderator Ao. Univ.-Prof. Dr. Marcus Müller äußerte im Anschluss seine persönliche Hoffnung, dass im Rahmen des Zulassungsverfahrens vermehrt auch Studien zur Effectiveness in die Bewertung einfließen würden. Prof. Dr. Brigitte Blöchl-Daum schloss sich der Meinung Dr. Müllners an, gab jedoch zu bedenken, dass versucht werden müsse, die Konditionen zu verbessern. Das Problem sei, dass die Medikamente nicht immer ordnungsgemäß zum Einsatz kommen würden. Das könne daran liegen, dass Ärzte die Medikamente nicht richtig verschreiben oder Patienten diese nicht korrekt einnehmen würden. Beispielsweise würde die Einnahme von Statinen nur auf lange Zeit Sinn machen, auf eine regelmäßige Einnahme dürfe daher keinesfalls vergessen werden.

EFFEKTIVITÄT VON ARZNEIMITTELN BEREITET MEDIZINERN KOPFZERBRECHEN

Warum erlangen nicht mehr Medikamente, die eine massive Innovation hinsichtlich der Wirksamkeit, des Wirkprinzips und des Patientennutzens darstellen, die Marktreife? Diese Frage bereitet Medizinern und Gesundheitsökonomern schon seit Langem Kopfzerbrechen. Thomas Cueni betonte diesbezüglich, dass das Wesen des medizinischen Fortschritts kleine Schritte in die richtige Richtung seien. Man könne nicht behaupten, dass unsere Medikamente keine Wirksamkeit aufweisen würden, sonst gäbe es beispielsweise bei der Nierentransplantation nicht 95 Prozent Wirksamkeit. Noch vor wenigen Jahren hätte diese nur 60 Prozent betragen. Prof. Dr. Brigitte Blöchl-Daum fand, dass der Einsatz eines Medikaments bereits gerechtfertigt wäre, wenn es bei 30 Prozent der Betroffenen wirke – und nicht erst bei einem höheren Wert. Thomas Cueni erklärte, dass er sich aufgrund der hohen Qualität der Referate und der konstruktiven Diskussion bei der Veranstaltung auch keine Sorgen um die Weiterentwicklung der Nutzenbewertung von Arzneimitteln mache. Die Zulassungskriterien Sicherheit und Wirksamkeit eines Medikaments sollten sich keineswegs ändern. Er erklärte weiters, dass auch der Patientennutzen immer bedacht werden müsse. Dr. Bucsecs fügte hinzu, dass man Medikamente aber auch immer mit anderen Präparaten vergleichen sollte, die auf Basis von Studien zugelassen seien. Prof. Dr. Laslop führte aus, dass diese Efficacy-Effectiveness-Diskussion auf europäischer Ebene stark von laufenden Evaluationen getrieben werde. Hier kommt Health Technology Assessment (HTA) ins Spiel.

NUTZEN VON HTA GRUNDSÄTZLICH UNBESTRITTEN

Health Technology Assessment ist laut PD Dr. Claudia Wild eine wichtige Methode, die es Behörden, Leistungserbringern und Versicherungen ermöglichen würde, den klinischen und ökonomischen Wert von Gesundheitstechnologien für die Patienten und die Gesellschaft zu evaluieren. Der Nutzen von HTA sei grundsätzlich unbestritten. Thomas Cueni gab in Hinblick auf HTA die Auskunft, dass der Fokus bisher oft auf kurzfristiger Kostenbetrachtung gelegen sei. Dieser müsse aber mehr auf der Ergebnisqualität liegen. Ziel solle eine bessere Gesundheitsversorgung und nicht eine Rationalisierung sein. Das Einbeziehen von Stakeholdern wie Patientenorganisationen, Ärzten, Krankenversicherungen, der Pharma- und Medtech-Industrie sei von größter Bedeutung.

STUDIEN FÜR DEN GRÖSSTMÖGLICHEN PATIENTENNUTZEN

Wild betonte, dass sie sich für die Zukunft wünsche, dass die Efficacy-Studien näher an der Realität geführt würden. Alle Diskutanten waren sich darüber einig, dass die Studien den größtmöglichen Patientennutzen erbringen müssten. Bucsecs sprach abschließend über ein spezielles Anliegen: Sie wünsche sich, dass in Europa ein großes Forschungsinstitut etabliert werde, das Grundlagenforschung und angewandte Forschung fördere. Laslop stimmte dem zu und folgerte, dass die Probleme, die die Teilnehmer der Diskussion erkannt hatten, gemeinsam einer Lösung zugeführt werden müssten. Durch die Zusammenkunft der Experten sei ein wichtiges Zeichen gesetzt und ein großer Schritt in die richtige Richtung getan worden.

FACTBOX

DIE ORGANISATION

Die MEGRA ist eine Vereinigung von Fachleuten aus vornehmlich deutschsprachigen Ländern, die beruflich im behördlich geregelten Bereich von Arzneimitteln, Medizinprodukten, Diagnostika und angrenzenden Fachgebieten tätig sind. Die Mitglieder der MEGRA sind in der pharmazeutischen Industrie sowie in Behörden, Verbänden oder anderen Organisationen situiert.

ZIELE DER MEGRA

- Kontakte zu Zulassungs- und Überwachungsbehörden
- Fort- und Weiterbildung der Mitglieder
- Nationaler und internationaler Erfahrungsaustausch
- Verbreitung von Informationen
- Verfestigung des Berufsbildes

WIE WILL MEGRA DIE ZIELE VERWIRKLICHEN?

Die MEGRA bietet in Deutschland, Österreich und der Schweiz eine Grundausbildung und Fortbildung in verschiedenen regulatorischen Gebieten wie Zulassung, Pharmakovigilanz oder im Bereich Sachkundige Person bzw. Fachtechnische Verantwortung (CH) durch Fachseminare und Workshops an. Zum Grundkonzept der MEGRA gehört es, Behörden- sowie Industrievertreter als Referenten gemeinsam auf das Podium zu bringen. Damit hat sich die MEGRA in mehr als zwanzig Jahren den guten Ruf als neutraler Brückenbauer zwischen Behörde und Industrie aufgebaut. Die Belange der Mitglieder können auf diese Weise optimal unterstützt werden. Die Planung und Organisation solcher Seminare übernimmt der Fortbildungsausschuss. Die MEGRA-Veranstaltungen sind auch für Nichtmitglieder zugänglich, für Mitglieder jedoch zu günstigeren Konditionen.



Fotos v.l.n.r.: Prof. Dr. Brigitte Blöchl-Daum, Dr. Anna Bucsecs, Thomas Cueni, lic.rer.pol., M.Sc., Prof. Dr. Andrea Laslop, Dr. Fabian Wächter, MSc., PD Dr. Claudia Wild, Ao. Univ.-Prof. Dr. Marcus Müller





INTERVIEW MIT MICHAEL OBEREIGNER UND MARKUS SATORY
VORSTANDSMITGLIEDER VON MEGRA

„UNSERE ERFOLGSGESCHICHTE KANN SICH SEHEN LASSEN!“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Im Mai 2011 fand in Wien eine Konferenz der MittelEuropäischen Gesellschaft für Regulatory Affairs (MEGRA), mit dem Titel „Efficacy vs. Effectiveness – die Zukunft der Nutzenbewertung von Arzneimitteln“ statt. Im Periskop-Interview sprachen Ing. Michael Obereigner, MAS, MBA und Mag. Markus Satory, beide Vorstandsmitglieder der MEGRA, über die Ziele und Schwerpunkte, Hauptaufgaben und zukünftige Projekte der Gesellschaft sowie über Trends, Entwicklungen und Herausforderungen, die sich hinsichtlich der Marktzulassung von Arzneimitteln abzeichnen.

P: Seit wann besteht die MEGRA und welche Ziele verfolgt sie?

Obereigner: Bereits 2008 hat die MEGRA ihr zwanzigjähriges Jubiläum gefeiert. Die MEGRA ist eine Vereinigung von Fachleuten aus den drei Ländern Deutschland, Österreich und Schweiz, die im behördlich geregelten Bereich von Arzneimitteln, Medizinprodukten, Diagnostika und angrenzenden Fachgebieten tätig sind. Unsere Ziele gemäß Satzung sind Kontakte zu Zulassungs- und Überwachungsbehörden, Fort- und Weiterbildung der Mitglieder, nationaler und internationaler Erfahrungsaustausch, Verbreitung von Informationen und die Verfestigung des Berufsbildes.

P: Sie gehören zum Vorstand der MEGRA. Wie sehen Ihre Aufgaben im Rahmen dieser Position aus und welche Schwerpunkte erscheinen Ihnen dabei besonders wichtig?

Obereigner: Die MEGRA als eingetragener Verein nach deutschem Vereinsrecht ist nicht gewinnorientiert. Etwas Überschüsse dürfen ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke verwendet werden. Ich bin als Schatzmeister – in Österreich „Kassier“ – für eine nachhaltig positive Finanzgebarung verantwortlich. Unsere Strategie ist es, die Gemeinnützigkeit des Vereins sicherzustellen und mit günstigen Seminargebühren, Newslettern sowie weiteren Servicemaßnahmen neue Mitglieder zu gewinnen. Mein persönliches Ziel ist eine Budgetplanung für vier Jahre – über zwei Wahlperioden hinweg – um meinem Nachfolger, und letztlich der MEGRA selbst, Planungssicherheit zu gewährleisten.

Satory: Eine der Hauptaufgaben der MEGRA ist die Aus- und Fortbildung der Mitglieder. Dies wird durch die vielfach unentgeltliche Arbeit der aktiven Mitglieder im Fortbildungsausschuss ermöglicht, dessen Leitung ich über habe. Der Vorteil und Garant für die Qualität unserer Veranstaltungen liegt darin, dass sie von MEGRA-Mitgliedern für MEGRA-Mitglieder organisiert werden – unsere aktiven Mitarbeiter arbeiten in der beruflichen Praxis mit diesen Themen, kennen alle Aspekte und wissen, wo ein Kommunikationsbedarf vorhanden ist. Dadurch, dass wir ohne Gewinnabsicht arbeiten, sind die Veranstaltungen konkurrenzlos günstig. Sie sind prinzipiell auch für Nichtmitglieder offen, aber für Mitglieder zu wesentlich günstigeren Konditionen verfügbar. Durch die Veranstaltungen wird auch das MEGRA-Netzwerk gefördert, denn diesen Vorteil – hohe Qualität und günstige Kosten – nützen auch Mitglieder aus Behörden und anderen Institutionen. Dadurch ergeben sich stets interessante Diskussionen. Die MEGRA ist durch die Vielzahl ihrer Mitglieder, deren unterschiedliche Interessen gewahrt bleiben, nicht bestimmten Partikulärmeinungen verpflichtet – Behördenvertreter neben Konsulenten, forschende Unternehmen neben Generikafirmen. Menschen mit verschiedenen Belangen und oft

gegensätzlicher Meinung zu verbinden, die Gemeinsamkeiten über das Trennende zu stellen, gegenseitiges Verständnis zu schaffen, das ist genau das, was die MEGRA ausmacht und mir persönlich Freude bereitet. Hinter all dem stehen Menschen mit unterschiedlichen Vorgaben und Bedürfnissen.

P: Welche Ziele oder Projekte wird der MEGRA-Vorstand 2011 noch in Angriff nehmen?

Obereigner: Durch die Tatsache, dass bereits das Jahr 2010 ein erfolgreiches Jahr für die MEGRA war, können wir auch heuer günstige Seminargebühren für die Mitglieder anbieten und unser internes und externes IT-Service weiter ausbauen. Ich möchte auf alle Fälle festhalten, dass sich unsere Erfolgsgeschichte sehen lassen kann!

Satory: Mein Fokus liegt weiterhin im Bereich der Veranstaltungen und des Dialogs. Bei den Themen, die uns interessieren, wird es immer wichtiger, Meinungsbildner und Entscheidungsträger aus verschiedenen Bereichen zusammenzubringen, über den Tellerrand zu blicken und gegenseitiges Verständnis zu schaffen. Das stärkt wiederum das Netzwerk und das Profil der MEGRA-Mitglieder.

P: Wie viele Mitglieder hat die MEGRA derzeit? Welche Vorteile bringt ihnen die Zugehörigkeit?

Obereigner: Laut dem Stand Mai 2011 haben wir 670 Mitglieder in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Die Tendenz ist stark steigend, unsere Mitgliederanzahl hat sich in den letzten fünf Jahren mehr als verdoppelt. Der österreichische Anteil beträgt immerhin etwa vierzig Prozent. Die Vorteile der Zugehörigkeit zur MEGRA sind in erster Linie interessanter Wissenserwerb, günstige Seminargebühren sowie unser sehr gutes, aktives Netzwerk.

P: Auf der MEGRA-Konferenz am 16. Mai 2011 wurde zum Thema „Paradigmenwechsel in der Arzneimittelenwicklung – Relative Efficacy versus Relative Effectiveness“ diskutiert. Wie lautet Ihre persönliche Meinung dazu?

Obereigner: Mag. Satory und sein Team im Fortbildungsausschuss der MEGRA Österreich haben hier mit viel Innovationskraft einen weiteren Meilenstein innerhalb der MEGRA gesetzt. Neben seiner neuen erfolgreichen Reihe der „MEGRA-Select-Veranstaltungen“ für Kleingruppen von Experten, hat auch die MEGRA-Konferenz im Mai 2011 in Wien unser gesteigertes Niveau unter seiner Führung gezeigt. Diese Veranstaltung bildete den würdigen Rahmen der jährlichen Mitgliederversammlung, welche diesmal die MEGRA-Österreich ausrichten durfte.

Satory: Es war tatsächlich eine spannende Veranstaltung mit einer sehr offenen Diskussion unter Einbezug aller Positionen. Hier hat sich einiges bewegt. Nur in einem konstruktiven Dialog kann es gelingen, eine Brücke zu schlagen zwischen den Anforderungen der Zulassungs- und der Erstattungssysteme, ohne damit die Hürden für die Entwickler von Arzneimitteln so hoch zu gestalten, dass sich Forschung und Entwicklung nicht mehr lohnen. Auch wenn vieles

davon im Rahmen von europäischen Projekten diskutiert wird, halte ich es für sinnvoll, einen nationalen Dialog zu diesem Thema voranzubringen. Ein Großteil unserer Vortragenden und Diskutanten wirkt an solchen europäischen Projekten mit. Der interdisziplinäre Austausch im nationalen Kontext kann einen breiteren und praxisnäheren Zugang ermöglichen. Die Teilnehmer an unseren Veranstaltungen bleiben dadurch am Ball und können ihre Meinung einbringen.

P: Wie lassen sich aus Ihrer Sicht zukünftig die Anforderungen von Zulassungs- und Erstattungssystemen vereinbaren?

Obereigner: Dazu wird es meiner Meinung nach noch vieler Gespräche über so mache Abteilungs-, Firmen-, Interessensgruppen- und Parteiengrenzen hinweg bedürfen, alleine schon um die „Schiere im Kopf“ zu vermeiden und dabei trotzdem unsere österreichische Wertegemeinschaft und in unterschiedlicher Ausprägung europäische Kulturleistung nach einem sozialem Gesundheitssystem inklusive Pharma-Wirtschaftstandort langfristig abzusichern.

Satory: Es gibt keine Patentlösung, verschiedene Zugänge wären hier vorstellbar. Wichtig ist und bleibt der konstruktive Dialog zwischen allen Beteiligten und Betroffenen – und dabei darf nicht auf die vergessen werden, die neue Therapien entwickeln und so den medizinischen Fortschritt vorantreiben.

P: Stichwort Regulatory Affairs: Welche Trends, Entwicklungen und Herausforderungen zeichnen sich in der Marktzulassung von Arzneimitteln ab?

Obereigner: Regulatory Affairs sind unternehmensintern legitimiert, aber brauchen nach außen stärkere Wahrnehmung – durch andere Abteilungen und externe Stakeholder unserer Dienstleistungen.

Satory: Da das Thema immer vielfältiger wird, ist es nicht mehr so isoliert betrachten, wie es vielleicht früher einmal war. Das ist auch gut fürs Berufsbild. Ich sehe immer mehr Regulatory Affairs Experten, die sich für andere Themen interessieren und ihre Meinung einbringen. Die Zentralisierung der Zulassungen hat keineswegs dazu geführt, dass dieser Beruf in den nationalen Niederlassungen verschwindet, die Komplexität und Vernetzung mit anderen Unternehmensbereichen sind im Gegenzug gestiegen und erfordert viel Wissen und strategisches Denken – und natürlich auch gute Kontakte zu den Behörden – auf einer wechselseitigen Vertrauensbasis.

BioBox:

Ing. Michael Obereigner, MAS, MBA ist aktuell als Head of Drug Regulatory Affairs & Quality Assurance bei ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH tätig und fungierte zuvor im selben Unternehmen auch als Informationsbeauftragter sowie Suchtmittelverantwortlicher. Bis Oktober 2005 war er als gewerberechtlicher Geschäftsführer und Regulatory Manager bei HEXAL Pharma, Vienna & 1A Pharma Vienna tätig. Von 1999-2003 studierte er Gesundheitsmanagement (Master of Business Administration) sowie Pharmamanagement (Master of Advanced Studies) an der Donauuniversität Krems.

Mag. Markus Satory ist Market Access & External Affairs Director bei Bristol-Myers-Squibb Österreich und somit für den Zugang zu Erstattung und Finanzierung im Rahmen des österreichischen Gesundheitssystems sowie für die Unternehmenskommunikation verantwortlich. Zuvor war er in leitender Position im Bereich Regulatory Affairs in den Unternehmen Bristol-Myers Squibb und AstraZeneca tätig. Seine berufliche Laufbahn begann Mag. Satory 1999 bei Centeon Pharma in Wien. Der studierte Biochemiker ist seit 2009 Vorstandsmitglied der MEGRA.

„Dazu wird es ... noch vieler Gespräche über so mache Abteilungs-, Firmen-, Interessensgruppen- und Parteiengrenzen hinweg bedürfen, ...“ Obereigner



„Wichtig ist und bleibt der konstruktive Dialog zwischen allen Beteiligten und Betroffenen – und dabei darf nicht auf die vergessen werden, die neue Therapien entwickeln und so den medizinischen Fortschritt vorantreiben.“ Satory

„KOMMUNIKATION IST EINE GRATWANDERUNG“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

Communications-Manager sind – meist neben den Geschäftsführern – das Gesicht und die Stimme eines Unternehmens nach außen. Auch intern kommt der Kommunikationsabteilung als Informationsdrehscheibe eine wesentliche Rolle zu. Die neue Periskop-Reihe „Communications-Manager im Gespräch“ beleuchtet den vielfältigen Aufgabenbereich von Kommunikationsverantwortlichen. Als Auftakt sprach die Periskop-Redaktion mit Martha Bousek von GlaxoSmithKline Pharma GmbH über den Stellenwert von Kommunikation im Unternehmen, soziale Verantwortung sowie die österreichische Medienlandschaft.

P: Wie gestaltet sich Ihr Aufgabenbereich als Managerin für Corporate Communications & Public Affairs?

Bousek: Ich bin seit knapp sechs Jahren bei GlaxoSmithKline für Kommunikation zuständig. Dabei werde ich von ein bis zwei Kollegen unterstützt. In mein Aufgabengebiet fällt die interne und externe Kommunikation, dazu zählt auch der Bereich Corporate Social Responsibility. Als Verantwortliche für Corporate Communications & Public Affairs bin ich außerdem Schnittstelle für die Betreuung von Patientengruppen und Pressesprecherin des Unternehmens.

P: Wie ist die Kommunikation bei GSK strukturiert?

Bousek: Wir sind an sich eine Matrixorganisation. Wenn ein Projekt gestartet wird, setzt sich ein Team zusammen, das aus Mitarbeitern verschiedener Abteilungen besteht. Die Kommunikation spielt im Unternehmen eine wichtige Rolle und daher bin ich in viele Projekte mit eingebunden. Das macht meine Arbeit sehr spannend und abwechslungsreich.

P: Welche Projekte sind das? Gibt es aktuelle Aktivitäten?

Bousek: Ein Projekt, mit dem wir vor einem Jahr in Österreich gestartet sind, befasst sich mit der GSK-Unternehmenskultur und dem Thema Branding. Wir haben beispielsweise die bestehenden Visionen und Missionen des Mitbewerbs analysiert und verglichen. Unser Fazit war, dass sich die Pharmaindustrie im Auftritt nach außen kaum unterscheidet. Natürlich steht der Patient im Mittelpunkt, das ist nicht zu diskutieren. Das ist die Daseinsberechtigung unserer Industrie: Gesundheit erhalten, verbessern oder wiederherstellen. Wir als GSK Österreich wollen uns darüber hinaus klarer positionieren und haben dazu Markenwerte definiert. Wir haben den Prozess intern gestartet und beispielsweise unsere Führungssätze an unsere neu formulierten Werte angepasst.

P: Welche Funktionen kommen Ihnen im Unternehmen zu? Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen?

Bousek: Im Unternehmen fungiere ich als Informationsschnittstelle, bei mir laufen viele Informationen zusammen und ich gebe sie weiter. Zumeist geht es darum, große Datenmengen in verdaubare Einzelstücke für intern und extern zu zerlegen. Im Bereich Kommunikation bin ich gerne auch „Coach“ für Kolleginnen. Meine Aufgabe sehe ich darin, die kritische Stimme von extern zu sein, immer wieder zu hinterfragen und zu versuchen, auf den Punkt zu kommen. Unser stark geregelter Freigabeprozess – wenn etwas nach außen kommuniziert wird, bin ich eingebunden – garantiert, dass ich gut über die Vorgänge im Unternehmen informiert bin. Das erleichtert meine Aufgabe.

P: Worauf kommt es bei einer guten Kommunikation – sowohl intern als auch extern – an?

Bousek: Wenn Sie jetzt unsere Mitarbeiter zur Kommunikation bei GSK befragen würden, würden diese wahrscheinlich antworten, dass sie besser oder anders informiert werden möchten. Die Anforderungen in diesem Bereich sind gestiegen. Kommunikation ist immer eine Gratwanderung zwischen dem durchaus unterschiedlichen Informationsbedürfnis und dem, was sinnvoll und auch machbar ist. Man sollte bei der Kommunikation vorab überlegen, an wen sie sich richtet, und den Inhalt entsprechend aufbereiten. Die Mitarbeiter wollen nicht lesen, sie wollen „nur“ die für sie relevante Information. In Vorlesungen bringe ich gerne das Beispiel mit dem Marmeladeeinkochen. Aus vielen Marillen entsteht (nur) ein Glas Marmelade. Die Marillen sind die Daten, die Marmelade ist die Information, die letztlich weitergegeben wird. Das interessiert den Esser, sprich Leser. Nicht den Aufwand, den der Koch hatte. Worauf ich hinaus will: Adressatenorientierung zählt. Sachen auf den Punkt bringen ist wesentlich. Wichtig sind zudem die aktive Nutzung unterschiedlicher Kanäle und die Abstimmung der Inhalte. Damit wären wir beim Thema integrierte Kommunikation angelangt: aus verschiedenen Informationsquellen eine einheitliche Kommunikation herstellen, um ein konsistentes Erscheinungsbild zu vermitteln.

Um zu GSK zurückzukommen: Wir haben eine sehr gute Kommunikationskultur. Ich hoffe, dass mir meine Kollegen beipflichten. Wir kommunizieren offen und transparent. Beispielsweise gibt es im Anschluss an unser Management-Meeting eine Information an die Mitarbeiter über das dort Besprochene. Es ist im Sinne des Unternehmens und natürlich auch der Mitarbeiter, dass jeder informiert ist und möglichst selbstständig arbeiten kann. Wir bemühen uns außerdem, dialogorientiert zu kommunizieren. Das gestaltet sich oft schwierig und zeitaufwändig, wie der interne Mitarbeiterblog des General Managers zeigt. Die dort gestellten Fragen und eingebrachten Ideen müssen beantwortet bzw. verfolgt werden. Wenn man einen Kanal öffnet, muss man diesen auch bedienen.

P: Wie sieht es mit weiteren Social-Media-Aktivitäten bei GSK aus?

Bousek: Wir haben sehr strikte Ethikrichtlinien und erst vor Kurzem wurde die Teilnahme an Facebook, Twitter & Co freigegeben. Das eröffnet neue Möglichkeiten. Aber wenn wir es machen, müssen wir es vorab auch von den Ressourcen her klären.

P: Was erwarten Sie sich von einer guten Zusammenarbeit mit den Medien?

Bousek: Mit den Journalisten pflegen wir einen sehr partnerschaftlichen Umgang, und so ist auch unser Verhältnis zueinander. Wir sind stets bemüht, passende Interviewpartner und entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen. Win-win-Ansätze sind Teil der GSK-Unternehmenskultur.

P: Sind Sie schon einmal von einem Medium enttäuscht worden?

Bousek: Ich habe grundsätzlich Vertrauen in die Medien, und das ist noch nie missbraucht worden. Wobei: Ich erinnere mich an eine Anfrage für ein Statement des General Managers zum Thema Gesundheit, das letztlich unter dem Titel „Kritik an der Regierung“ gebracht wurde. Das war das einzige Mal, wo ich sozusagen „enttäuscht“ wurde.

P: Sehen Sie bei der Gesundheitsmedienlandschaft einen Unterschied im Vergleich zu früher?

Bousek: Aus meiner Sicht hat sich einiges geändert. Es gibt heute viel mehr Fachmedien. Gleichzeitig sehe ich seitens der Pharmaindustrie den Trend, weniger in klassische Medien zu investieren. Wir denken verstärkt über alternative Maßnahmen und Kanäle nach, weil die althergebrachten Vorgangsweisen oft nicht den gewünschten Erfolg bringen. Früher ist sehr viel über Inserate gelaufen. Das ist aber auch das, was immer wieder in der Öffentlichkeit bekräftigt wird: dass auf der einen Seite die Anzeige steht und auf der anderen der „redaktionelle Beitrag“. Das ist für mich auch keine PR. Bei PR gibt es keine finanzielle Gegenleistung. Ich bin für eine strikte Kennzeichnung und Trennung.

P: Thema Corporate Social Responsibility: Was leistet und bewirkt sie? Warum lohnt es sich, in diesen Bereich zu investieren?

Bousek: Jedes Unternehmen, aber auch jeder einzelne Mensch trägt Verantwortung. Dessen sind wir uns bei GSK bewusst, da stimmen Mitarbeiter und Management vollständig überein. Wenn ich unseren CEO Andrew Witty zitieren darf: „It’s our licence to exist“, also eine echte Verpflichtung. Wir sind uns dessen bewusst, dass wir aufgrund unserer Größe etwas verändern können und einen entsprechenden Einfluss haben. Wir können einen Unterschied machen und wollen das auch tun. Deshalb investieren wir so viel in diesen Bereich und in langfristige Sozialprojekte wie hinsichtlich HIV, Malaria oder der Ausrottung von Elephantiasis. Seit es GSK gibt, also seit dem Merger im Jahr 2000, sind wir mit Abstand der größte Spender unter den an der Londoner Börse gelisteten Unternehmen. Und wir sind auch seit Jahren führend beim Index „Zugang zu Medizin“ in Entwicklungsländern.

P: Was interessiert Sie an der Kommunikation?

Bousek: Kommunikation hat mich immer schon interessiert, weil der Bereich sehr breit und abwechslungsreich ist. Man braucht Hintergrundwissen und Erfahrung, um knapp und gezielt kommunizieren zu können. Nach dem Motto: Wenn ich mehr Zeit gehabt hätte, hätte ich einen kürzeren Brief geschrieben.

P: Was begeistert Sie an der Pharmaindustrie?

Bousek: Ich bin ein Gesundheitsfreak, ernähre mich gesund und betreibe gerne Sport. Meinen beiden Töchtern habe ich schon von klein auf Vorträge über gute Ernährung und Bewegung gehalten. Für mich ist Pharma Gesundheit. Ich habe diesbezüglich immer eine sehr positive Assoziation gehabt. Als ich in die Pharmaindustrie eingestiegen bin, war ich überrascht, wie sehr diese Branche kritisiert und sogar mit der Waffen- oder Tabakindustrie verglichen wird. Das kann ich nicht nachvollziehen. In den letzten Jahren wurde auch einiges unternommen, um dieses Bild zu ändern.

BioBox:

Die gebürtige Niederösterreicherin Martha Bousek, Diplomkauffrau, arbeitet seit sechs Jahren als Communications-Managerin bei GlaxoSmithKline. Sie hat nebenberuflich Betriebswirtschaft an der Fernuniversität Hagen studiert und nebenbei an der Fachhochschule St. Pölten integrierte Kommunikation und Marketing unterrichtet.



„Die Mitarbeiter wollen nicht lesen, sie wollen ‚nur‘ die für sie relevante Information.“



„Wenn man einen Kanal öffnet, muss man diesen auch bedienen.“

„Wir bemühen uns außerdem, dialogorientiert zu kommunizieren.“

„Medizin braucht keine Tabus“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

NÖN Mit einer Druckauflage von 169.932 Stück im Jahr 2010 (laut ÖAK JS 2010) stellen die „Niederösterreichischen Nachrichten“ (NÖN) eines der wichtigsten Medien in ihrem Bundesland dar. Auch das Thema Gesundheit findet regelmäßig Platz in dem wöchentlich erscheinenden niederösterreichischen Nachrichtenmagazin. Die Gesundheitsredakteurin Christine Haiderer sprach im Periskop-Interview über die Vorteile eines Wochenmediums, den Umgang mit so genannten Tabuthemen sowie Präferenzen bei der Auswahl der Sujets.

Gesund in Niederösterreich

Gesundheit ist ein fixer Bestandteil der „Niederösterreichischen Nachrichten“ (NÖN) und in das fünfköpfige Ressort „Leben“ integriert. Jede Woche gibt es eine eigene Seite für Gesundheitsthemen, aber auch ressortübergreifend wird darüber berichtet. Die EHEC-Keime etwa wurden unter anderem im Wirtschaftsteil erörtert. Gesundheitspolitik kommt zudem im Politikressort, aber auch in der Chronik vor. Darüber hinaus gibt es viele Sonderbeilagen wie im Sommer das Familienextra „Kind, Jugend und Familie“ oder im Herbst das 55-plus-Extra „Für immer jung“. Darin sind auch Gesundheitsstrecken eingebettet. „Hier besteht für uns die Möglichkeit, über Themen zu berichten, die weniger aktuell, dafür aber breit gefächert und nicht auf eine bestimmte Zeit beschränkt sind“, betont die zuständige Redakteurin für Gesundheit, Christine Haiderer. Ihr Ressort arbeitet eng mit der Onlineredaktion zusammen. Die aus dieser Kooperation entstehenden Synergien werden zugunsten der Leser effektiv genutzt. „Dadurch, dass in der Zeitung nicht für alle Themenbereiche Platz ist, bringen wir manche Artikel auch in der Onlineausgabe. Wir nutzen deren in dieser Hinsicht größeren Möglichkeiten dafür, Gesundheitstermine und -tage, Expertenvorträge und Patientenveranstaltungen anzukündigen“, so Haiderer weiter.

Niederösterreich-Bezug ist entscheidend

Die Inhalte, die in den NÖN aufbereitet werden, sind vielfältig und reichen von Vorsorge, Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten bis hin zur Rehabilitation. „Ich versuche ständig, aktuelle Themen aufzugreifen, die entweder auf die Saison abgestimmt sind oder durch einen aktuellen Anlass gerade aufgeworfen werden“, so die Redakteurin. In den NÖN werden auch überregionale Themen besprochen, wie beispielsweise die Schweinegrippe. „Das sind Angelegenheiten, die alle Österreicher – und somit auch jeden Niederösterreicher – betreffen. Wir versuchen, bei überregionalen Themen immer einen Bezug zu unserem Bundesland herzustellen und beleuchten die Situation aus niederösterreichischer Sicht. So befragen wir Ärzte und andere Experten aus der Region“, erklärt Haiderer. Bei der Schweinegrippe etwa wurden verschiedene niederösterreichische Gesundheitsakteure dazu befragt, wie sie sich auf eine Epidemie vorbereiten, was für den Notfall geplant ist und wie die dafür vorgesehenen Krisenpläne aussehen.

Dem früheren Slogan der niederösterreichischen Tourismuswerbung „Das weite Land“ entsprechend, bieten die NÖN auch 28 Lokalausgaben. „Dadurch, dass das so viele sind, haben wir die Chance, sehr regionale Themen unterzubringen, die zum Teil nur für einen bestimmten Bezirk interessant sind. Vor Kurzem haben wir über das Mammografie-Screening berichtet. Im Waldviertel wurde hier die Angst geäußert, dass Frauen aus diesem Gebiet in Zukunft lange Strecken auf sich nehmen müssen, um zur nächsten Untersuchung zu gelangen. Das war ein Thema, das anfangs

für das Waldviertel, später aber auch für ganz Niederösterreich interessant war. Dementsprechend wurde es für das Bundesland aufbereitet“, erklärt die Redakteurin.

Betroffenheit und News-Wert sind die entscheidenden Faktoren

Die Frage, ob bei der Themenauswahl auch persönliche Interessen miteinfließen würden, konnte die Redakteurin mit einem vorsichtigen „Ja“ beantworten. Die eigenen Vorlieben stünden bei der Auswahl aber nicht im Vordergrund, sondern die Betroffenheit der Leser. „Sie können jedoch dazu anregen, ein Thema näher zu untersuchen. So ist mir vor rund zweieinhalb Jahren aufgefallen, dass mentale Gesundheit auf einmal von vielen Playern im Gesundheitsbereich sehr vorangetrieben wird. Ich greife Aspekte heraus, die fast jedem im Alltag begegnen können. Dauerbrenner beim Thema mentale Gesundheit sind beispielsweise Stress und Entspannung. Darüber werden Leser immer gerne informiert. Das liegt vermutlich daran, dass Dinge angesprochen werden, die den Alltag erleichtern können. Wenn mir etwas wichtig erscheint, habe ich das Gefühl, dass es für andere auch so sein könnte“, so Haiderer. Für die Auswahl ist neben der Betroffenheit der Leser auch immer ein ent-

nicht, von diesem Begriff distanziert sie sich bewusst: „Wenn man etwas medizinisch und gesundheitlich betrachtet, kann es kein Tabu geben. Ein Tabuthema wird es erst, wenn man es von einer anderen Seite sieht, etwa Klischees bedient. Dadurch, dass ein Bericht zum Gesundsein beitragen kann, sollte es gar kein Tabu geben. In dieser Hinsicht hat sich die Gesellschaft auch weiterentwickelt“, ist Haiderer überzeugt. Die Redakteurin ist sich über ihre Verantwortung im Klaren und versucht, diese auch zu leben. „Gute und erklärende Artikel können einen wichtigen Beitrag zur Meinungsbildung leisten. Ich finde, dass man Menschen damit helfen kann“, bekräftigt sie.

Massenmedien positiv nutzen

Auf die generelle Frage, welche Rolle Massenmedien für sie spielen, erklärt Haiderer, dass diese aus ihrer Sicht wichtig seien, um der Bevölkerung akute Problematiken sehr schnell nahezubringen, zum Beispiel im Fall einer atomaren Katastrophe. „Wenn es nur Spezialmedien geben würde, würde man keinen Überblick über alle wichtigen Themen bekommen, sondern sich nur auf solche einlassen, die einen selbst interessieren. Dann würde man von einem Fußballmatch, bei dem die Fans den Rasen stürmen,



„Wenn man medizinisch und gesundheitlich bleibt, kann es kein Tabu geben.“

sprechender Neuigkeitswert entscheidend: „Es darf kein Thema sein, das vor 15 Jahren schon interessant war, sondern es müssen immer neue Aspekte und Facetten aufgegriffen werden. Inhalte, die bis jetzt noch nicht so genau erklärt wurden, aktuelle Kontaktadressen und dergleichen“, erläutert die Redakteurin. Bei der Generierung von neuen Sujets holt sich Haiderer die Unterstützung von Gesundheitsorganisationen wie der Gebietskrankenkasse, den örtlichen Krankenhäusern oder der Ärztekammer. Direkte Kooperationen gibt es aber nicht. „Gebietskrankenkassen und Ärzte bekommen oft Rückmeldungen von ihren Patienten oder Kunden und daher wissen sie, was wesentlich ist“, so Haiderer.

Die NÖN wenden sich an alle sozialen Bevölkerungsschichten, von Jung bis Alt. Dem wird auch in der Berichterstattung Rechnung getragen: „Es ist mir wichtig, leicht verständlich zu schreiben, die Dinge, um die es geht, ausführlich zu erklären und mehrere Sichtweisen darzustellen. So haben die Menschen die Möglichkeit, den Hintergrund von Schlagzeilen, die sie im Radio oder Fernsehen mitbekommen, besser zu verstehen und sich eine eigene Meinung darüber zu bilden“, so Haiderer. In der längeren Recherchezeit sieht die Redakteurin einen Vorteil von Wochenzeitungen. Die Informationen holt sie sich am liebsten in persönlichen Gesprächen, aber auch aus Büchern und Broschüren.

Mit Wissenschaft gegen Tabus

Christine Haiderer hat die Gesundheit bei den NÖN vor sechs Jahren übernommen. Die Gesundheitsberichterstattung seit damals sieht sie sehr von ihrer Arbeit geprägt. „Ich bin der Meinung, dass Themen, die aktuell und für alle interessant sind, auch aufgegriffen werden sollen. Deren Auswahl, denke ich, war vor sechs Jahren ähnlich“, sagt Haiderer. So genannte Tabuthemen gibt es für sie

als Nichtfußballfan gar nichts mitbekommen“, betont Haiderer. Das Internet sieht sie als wesentliche Ergänzung, da jedes Medium nur einen bestimmten Teilbereich abdecken könne. „Das Netz bietet die Möglichkeit, sich schnell einen Überblick über etwas zu verschaffen, beispielsweise durch diverse Online-Nachschlagewerke“, erläutert die Redakteurin. Auch Bücher können ihrer Meinung nach in einzelnen Fällen eine gute Informationsquelle sein. Zum Beispiel wenn es um eine chronische Krankheit oder um Rezepte für Diabetiker geht. „Aber in der heutigen schnelllebigen Zeit, in der sich eine Krankheit in Windeseile von einem Kontinent zum nächsten ausbreiten kann, ist ein Buch, das erst geschrieben werden muss, für diese Entwicklung zu langsam. Das Internet hat das Potenzial, viele einzelne Informationen zu transportieren, die weder in einer Zeitung noch sonst wo Platz haben“, resümiert die Redakteurin.

BioBox:

Christine Haiderer ist seit über sechs Jahren bei den NÖN. Die Leidenschaft für das Schreiben hatte sie schon früh entdeckt, in jüngeren Jahren versuchte sie sich etwa darin, Märchen zu schreiben. Nach der Matura konnte sie ihrer Passion für das Schreiben beim Studium der Publizistik und Theaterwissenschaften in Wien weiter nachgehen. Die gebürtige Niederösterreicherin hat vor drei Jahren zu rauchen aufgehört und joggt zweimal in der Woche.



„DENN DU BIST, WAS DU ISST“

INTERVIEW MIT UNIV.-PROF. DR. IBRAHIM ELMADFA
PRÄSIDENT DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG
VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL



Dass die richtige Ernährung einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit leistet, wird nicht nur durch die Medien ein immer präsenteres Thema. Vom guten Vorsatz bis zur Umsetzung ist es jedoch ein breiter Weg. Univ.-Prof. Dr. Ibrahim Elmadfa, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung, Vorstand des Instituts für Ernährungswissenschaften der Universität Wien und Pionier auf dem Gebiet der Ernährungswissenschaften in Österreich, hat es sich zur Aufgabe gemacht, das Bewusstsein für gesunde Ernährung in den Köpfen der Bevölkerung zu verankern. Im Periskop-Interview sprach er über die Schwächen der heimischen Bevölkerung bei der Ernährung, den Einfluss des sozialen Umfelds darauf sowie Mangel- und Fehlernährung in der geriatrischen Versorgung.

P: Sie sind der Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung. Wie sehen Ihre Aufgaben und Ziele in dieser Position aus? Was ist Ihnen besonders wichtig?

Elmadfa: Zu meinen Aufgaben zählen die Anregung und Förderung der Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Lebensmittelqualität und Ernährung. Weiters gehört der Transfer von der Wissenschaft in die Praxis dazu. In meinen Verantwortungsbereich fallen auch die Anleitung zur richtigen Ernährung und die Unterstützung dabei. Dadurch leisten wir einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung. Wichtig dabei ist, dass wir integrierend wirken, wissenschaftliche Exzellenz zeigen, bei allen unseren Aktivitäten transparent arbeiten sowie unabhängig, dabei aber offen für Kooperationen sind. Öffentliche Anliegen und Interessen haben Vorrang. Die Kooperationen suchen und schließen wir sowohl auf nationaler, europäischer als auch internationaler Ebene ab.

„Wichtig ist, dass wir wissenschaftliche Exzellenz zeigen, ...“

P: Neben der Präsidentschaft der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung haben Sie auch den Vorsitz in der korrespondierenden internationalen Vereinigung (International Union of Nutritional Sciences) sowie die Leitung des Instituts für Ernährungswissenschaften der Universität Wien (IfEW) inne. In all Ihren Funktionen haben Sie die Ernährungswissenschaften in Österreich etabliert. Wie sehen Sie die Rolle der Ernährungswissenschaftler in der österreichischen Gesundheitslandschaft? Wo bestehen noch Verbesserungspotenziale und auf welche Errungenschaften sind Sie besonders stolz?

Elmadfa: Die größte Errungenschaft war die Etablierung der Ernährungswissenschaften in Österreich an der Universität Wien im Jahr 1990. Das IfEW erfährt mit seinen Aktivitäten auf europäischer und internationaler Ebene eine große Anerkennung. Die Arbeit des IfEW war auch die Basis für die Etablierung des Österreichischen Ernährungsberichts. In Abwesenheit eines umfassenden Food-and-Nutrition-Surveillance-Systems ist dieser seit 1998 ein wichtiges Instrumentarium der Ernährungsberichterstattung geworden, aus dem Entscheidungsträger an österreichischen öffentlichen Stellen und aus dem privaten Sektor Nutzen ziehen. Zu erwähnen sind auch der Europäische Ernährungs- und Gesundheitsbericht aus den Jahren 2004 und 2009, die von mir initiiert und koordiniert wurden.

P: Welchen Stellenwert nimmt die Ernährung bei der Gesundheit des Menschen, vor allem im Vergleich zu Medizin und Sport, ein?

Elmadfa: Die Ernährung hat insofern einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit, als sie bei allen Menschen regelmäßig zum Tragen kommt. Ernährung ist von Gesundheit keinesfalls isoliert zu sehen. Wenn Prävention ernst genommen werden soll, dann sind alle Disziplinen gefragt. Unsere Nahrung soll uns zum einen mit allen notwendigen Nährstoffen versorgen, zum anderen möglichst wenig ungünstige Inhaltsstoffe wie gesättigte Fettsäuren oder isolierten Zucker liefern. Großes Interesse herrscht zudem an bioaktiven Komponenten mit gesundheitsfördernden Wirkungen, die in Lebensmitteln enthalten sind. Körperliche Aktivität ist natürlich auch ein wichtiger Faktor, der in eine gesunde Lebensweise inkludiert werden sollte. Medizinische Aspekte kommen dagegen eher in bestimmten Situationen zum Tragen. Die Ernährung spielt bei vielen Krankheiten, von denen einige wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen große Bedeutung haben, sowohl in der Therapie als auch in der Prävention eine wesentliche Rolle. Ernährung und Bewegung mit entsprechender medizinischer Betreuung bilden die Basis erfolversprechender Krankheitsprävention.



„Ernährung und Bewegung mit entsprechender medizinischer Betreuung bilden die Basis erfolversprechender Krankheitsprävention.“

P: In zahlreichen Medienberichten werden Sie in Bezug auf den Österreichischen Ernährungsbericht mit der Aussage zitiert, die Österreicher seien zu übergewichtig und äßen zu fett. Welche sind die größten Problemfelder bei der Ernährung der Österreicher?

Elmadfa: Der Österreichische Ernährungsbericht zeigt tatsächlich, dass Übergewicht und Adipositas bei Männern und Frauen in allen Altersgruppen ein Problem darstellen. Unter den Erwachsenen weisen 42 Prozent ein zu hohes Körpergewicht auf, 31 Prozent der Frauen und 52 Prozent der Männer. Mit zunehmendem Alter werden es mehr (54 Prozent der 42- bis 65-Jährigen gegenüber 26 Prozent der 18- bis 41-Jährigen). Die höchste Prävalenz findet sich in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen. Auch Kinder sind betroffen. Ein großes Problem ist hier vor allem die anhaltend positive Energiebilanz. Die Fettaufnahme liegt in allen Gruppen über den empfohlenen dreißig Prozent der Gesamtenergie. Andererseits wurden die Referenzwerte für die Energieaufnahme im Allgemeinen nicht überschritten, was in Widerspruch zur hohen Übergewichtsprävalenz steht. Bei der Ermittlung der Referenzwerte wurde allerdings eine mittlere körperliche Aktivität berücksichtigt. Das ebenfalls im Rahmen des Österreichischen Ernährungsberichts untersuchte Bewegungsverhalten zeigt aber, dass dieses Niveau von vielen Gruppen, vor allem von jungen Frauen, nicht erreicht wird. In Hinblick auf einzelne Lebensmittelgruppen wäre eine Steigerung des Obst- und Gemüseverzehrs wünschenswert. Hier erreichen im Schnitt nur Frauen zwischen 19 und 65 Jahren die von der WHO empfohlenen 400 Gramm pro Tag, bei Kindern sind es dagegen nur knapp fünfzig Prozent. Auch Getreide- und Milchprodukte sollten vermehrt auf dem Speiseplan stehen. Vollkorn wäre hier besonders gesund. Fleisch und Wurst dagegen werden leider in zu großen Mengen verzehrt. Zusammenfassend ist zu sagen, dass das Kennzeichen an der österreichischen Ernährung vor allem ein „Zuviel“ ist.

„In Hinblick auf einzelne Lebensmittelgruppen wäre eine Steigerung des Obst- und Gemüseverzehrs wünschenswert.“

P: Welche notwendigen Maßnahmen sehen Sie, dem entgegenzuwirken?

Elmadfa: Um Übergewicht zu verringern, spielt neben einer geeigneten Ernährung ausreichende körperliche Aktivität eine wesentliche Rolle. Wichtig ist vor allem eine dauerhafte Umstellung des Lebensstils. Von Interesse sind hier auch vom Arbeitgeber ausgehende Gesundheitsangebote, die die Mitarbeiter zu mehr Bewegung und gesünderer Ernährung – beispielsweise bei der Betriebsverpflegung – motivieren.

P: Thema Mangelernährung im Alter: Studien zeigen, dass es besonders in Alters- und Pflegeheimen immer wieder zu Mangel- und Fehlernährung kommt. Welche Maßnahmen können hier getroffen werden?

Elmadfa: Wichtig ist es, Angehörige, Betreuende und Pflegekräfte nachdrücklich dazu aufzufordern, Hinweise auf Mangel- und Unterernährung ernst zu nehmen und Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungszustands zu ergreifen. In einer laufenden wissenschaftlichen Kooperation mit dem Haus der Barmherzigkeit arbeiten wir an Lösungsmöglichkeiten dieser Problematik. Zudem leiden gerade Pflegepatienten häufig auch unter Obstipation. Mithilfe von

entsprechender Ernährung – Erhöhung der Aufnahme an Ballaststoffen – wäre es jedoch möglich, der Obstipation entgegenzuwirken und den Patienten ein Stück mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zurückzugeben. Dies sollte unbedingt in den Ernährungsplänen und -empfehlungen berücksichtigt werden.

P: Sind Sie der Meinung, dass sich soziale Unterschiede beim gesunden Essen schon bei Kindern zeigen? Und wie können Eltern ihre Kinder zur gesunden Ernährung erziehen? Welche Beiträge könnten seitens des Schulwesens geleistet werden?

Elmadfa: Das Essverhalten – vor allem von kleinen Kindern – wird stark von den Eltern und vom sozialen Umfeld geprägt. Besondere Bedeutung hat dabei auch die Vorbildfunktion der Eltern und anderer Identifikationspersonen. Gerade dabei kommt auch der soziale Aspekt zum Tragen. Insofern muss hier bei den Eltern angesetzt werden. Bei der Vermittlung von Ernährungswissen kann auch die Schule eine wichtige Rolle einnehmen, vor allem im Rahmen einer praktischen Umsetzung, beispielsweise in Kochkursen. Darüber hinaus kann über die Schulverpflegung eingegriffen werden, etwa mithilfe eines Angebots an frischem Obst, Gemüse und Milch. Besonders im Schulbereich ist es wichtig, gesunde Lebensmittel zu bevorzugen. Die Schule ist hier eine wichtige Institution, um den Rahmen festzulegen.

„Das Essverhalten – vor allem von jungen Kindern – wird stark von den Eltern und dem sozialen Umfeld geprägt.“

P: Ist durch das steigende Gesundheitsbewusstsein in unserem Land auch gesunde Ernährung im Aufwärtstrend?

Elmadfa: Das Thema gesunde Ernährung hat im öffentlichen Gesundheitssektor deutlich an Bedeutung gewonnen. Dazu kommt ein Wellnesstrend, der von der Lebensmittelindustrie ausgeht. Funktionelle Lebensmittel und Produkte mit geringerem Energie-, Zucker- und Fettgehalt werden vermehrt angeboten. Selbst wenn nicht alle davon wirklich einen gesundheitlichen Mehrwert haben, können sie doch bei den Verbrauchern das allgemeine Bewusstsein für und das Interesse am Stellenwert der Ernährung vergrößern. Beim Obst- und Gemüseverzehr ist ein ansteigender Trend zu vermerken.

P: Was ist Ihnen bei Ihrer Arbeit wesentlich?

Elmadfa: Mir persönlich ist Transparenz auf allen Ebenen wichtig. Für eine gute Teamarbeit ist vor allem gegenseitiges Vertrauen von Bedeutung. Trotz guter Teamarbeit ist es mir immer wichtig gewesen, für die Erreichung abgesteckter Arbeitsziele erforderlichenfalls auch allein weiterzugehen.

BioBox:

Univ.-Prof. Dr. Ibrahim Elmadfa studierte Ernährungswissenschaften in Gießen, Deutschland, und Lebenswissenschaften in Assiut, Ägypten. Nach seiner Promotion 1970 nahm er im Jahr 1980 die Stelle als Universitätsprofessor für Humanernährung in Gießen an. Im Jahr 1990 folgte der Ruf an die Universität Wien als Professor und Vorstand des Instituts für Ernährungswissenschaften, das er dort aufbaute. Dr. Elmadfa fungiert als Präsident der International Union of Nutritional Sciences (IUNS) und der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung (ÖGE). Er ist wissenschaftlicher Berater in nationalen und internationalen Gremien wie dem Codex Alimentarius Austriacus und Herausgeber des Österreichischen Ernährungsberichts 1998, 2003 und 2008. Weiters ist er Herausgeber des European Nutrition and Health Reports 2004 und 2009. Der Experte ist zudem Verfasser der Lehrbücher „Ernährung des Menschen“, „Ernährungslehre“, „Lebensmittelchemie und Ernährung“ sowie weiterer Fachbücher und Nährwerttabellen.

Leben mit Krebs – ist unsere Gesellschaft auf chronisch Kranke vorbereitet?



Immer mehr Menschen überleben heute schwere Krankheiten. Speziell für fortgeschrittene Krebserkrankungen gibt es zunehmend gezieltere und schonendere Therapiemöglichkeiten. Aber anstatt ihr „altes“ Leben wieder aufzunehmen, sind die Patienten oft von Arbeitslosigkeit, finanzieller Not und sozialer Isolation betroffen. Überleben ohne Lebensqualität – so sieht für viele die Zeit nach der Krankheit aus. Im Rahmen einer – von Dr. Vera Russwurm moderierten – Podiumsdiskussion unter dem Vorsitz des renommierten Onkologen Univ.-Prof. Dr. Heinz Ludwig, die am 30. März 2011 in den Räumlichkeiten der Wirtschaftskammer Wien stattfand, versuchten Experten der unterschiedlichsten Bereiche, die Problematik auf den Punkt zu bringen sowie Lösungsansätze auszuloten.

Im Zuge ihrer Begrüßungsrede äußerte Helga Thurnher, Präsidentin der Selbsthilfe Darmkrebs und Initiatorin der Veranstaltung, die Hoffnung, dass dieser Abend einen Anstoß dazu geben könnte, den Stellenwert von Krebspatienten am Arbeitsmarkt zu stärken sowie die sozialen und finanziellen Bedingungen für die Betroffenen zu verbessern. Gastgeberin KommR Brigitte Jank, Präsidentin der Wirtschaftskammer Wien, bekräftigte das Vorliegen gleichgelagerter In-

teressen und machte den Verlust an wertvollem Potenzial deutlich, wenn es nicht gelingt, bewährte Mitarbeiter nach überstandener Erkrankung wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzuholen.

Medizinischer Fortschritt – steigende Zahl chronisch Kranker

Der medizinische Fortschritt in der Krebstherapie macht ein Überleben der – früher oft tödlich verlaufenden – Krankheit für immer mehr Patienten möglich. „So ist die Sterblichkeit bei Prostatakrebs in den vergangenen zehn Jahren um 22 Prozent und bei Brustkrebs um 23 Prozent zurückgegangen“, nannte Dr. Jan Oliver Huber, Generalsekretär der Pharmig, Beispiele für diese erfreuliche Entwicklung. Ein Trend, der jedoch auch eine Schattenseite hat.

Durch die modernen therapeutischen Möglichkeiten nehmen die Heilungs- bzw. Überlebenschancen und auch die Überlebenszeit betroffener Patienten stetig zu. „Dies gilt nicht nur für Krebs, sondern auch für zahlreiche andere schwere Erkrankungen. Daher steigt die Zahl der chronisch Kranken laufend. Ziel muss die Rückführung dieser Patienten in den Alltag und natürlich – soweit möglich – in den Arbeitsprozess sein“, führte Prim. Univ.-Prof. Dr. Heinz Ludwig, Vorstand der Abteilung für Innere Medizin I – Zentrum für Onkologie und Hämatologie am Wilhelminenspital in Wien, aus. Die Lebensrealität sieht leider ganz anders aus, denn oft verlieren – jüngere – Patienten aufgrund der Erkrankung ihre Arbeit und finden auch keinen neuen Job mehr. Sie sind auf soziale Unterstützung angewiesen.

Lösungsansätze für die Zukunft

Um dem sich nun abzeichnenden Trend sinnvolle Strategien ent-



gegenzusetzen, sollte im ersten Schritt ein verstärktes Bewusstsein für die Problematik geschaffen werden; unsere Gesellschaft hat sich auf die wachsende Zahl chronisch Kranker einzustellen; Lösungsansätze sind zu entwickeln. „Die Leistungsgesellschaft muss erkennen: Krebs kann jeden treffen. Behinderung ist keine Schande. Ausgrenzung ist keine Lösung“, betonte Elfi Jirsa von der Myelom- und Lymphomhilfe Österreich. Rudolf Hundstorfer, Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, wies darauf hin, dass in Österreich laufend daran gearbeitet werde, das – gut funktionierende – soziale Netz noch weiter auszubauen.

Bildung und Information als wichtiges Kriterium für Therapieerfolg und Lebensqualität

Als einen ganz wichtigen Ansatz für Lösungen der Problematik erläuterte der Gesundheitsökonom Univ.-Prof. DDr. Christian Köck, Geschäftsführer der Health Care Company, darüber hinaus die Tatsache, dass Bildung und Einkommen einen ganz wesentlichen Gesundheits- und Überlebensfaktor darstellen. Dieser Einfluss von Bildung und Einkommen auf den Therapieerfolg, das Überleben und auch das psychische Wohlbefinden von Krebspatienten konnte – laut Univ.-Prof. Dr. Alexander Gaiger (leitender Oberarzt an der Abteilung für Hämatologie, Programmdirektor Psychoonkologie Interne 1, Medizinische Universität Wien, Comprehensive Cancer Center) – in Studien mehrfach nachgewiesen werden. Standardisierte onkologische Schulungs- und Rehabilitationsprogramme unter Einsatz psychoonkologisch ausgebildeter Ärzte werden an den Abteilungen für Hämatologie und Onkologie der MedUni Wien/Comprehensive Cancer Center mit Erfolg eingesetzt. Ziel ist dabei nicht nur die Optimierung des Therapieerfolgs, sondern darüber hinaus auch soziale Beratung im Hinblick auf den Alltag und die Lebensqualität nach erfolgter Therapie.

E.T. Award 2011

an Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) vergeben

Im Rahmen der Veranstaltung eHealth 2011 übergab Bundesminister Alois Stöger diplömé am 26. Mai den E. T. Award 2011 an die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB).

Am 26. und 27. Mai dieses Jahres fand in Wien die wissenschaftliche Tagung eHealth 2011 statt. Sie wird vom Austrian Institute of Technology (AIT) gemeinsam mit der Österreichischen Computer Gesellschaft (OCG), der Österreichischen Gesellschaft für Biomedizinische Technik (ÖGBMT), der Austrian Scientific Society for Telemedicine & eHealth (AS-TeH) und der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) organisiert. Unter dem Motto „Grenzen überwinden – Continuity of Care“ liegen die Schwerpunkte auf Themen wie Ambient Assisted Living (AAL), Telemonitoring, elektronische Gesundheitsakten oder Prozessmanagement und klinische Pfade.

Die Veranstalter dieser Tagung wollen die Anwendung innovativer Methoden für E-Health respektive Telemedizin in der Kommunikation zwischen den Gesundheitsdiensteanbietern und den Patienten fördern. Zu diesem Zweck wurde heuer zum ersten Mal im Rahmen dieser Veranstaltung der E. T. Award an jenen Bewerber vergeben, der Informations- und Kommunikationstechnologie am innovativsten einsetzt, um neue Möglichkeiten in der Kommunikation zwischen den Partnern im Gesundheitswesen, insbesondere mit den Patienten, zu etablieren.

In genau dieser Hinsicht konnte sich die VAEB mit dem „Gesundheitsdialog Diabetes mellitus“ unter den sieben Bewerbern durchsetzen. Günther Schreier vom AIT – Austrian Institute of Technology GmbH – bescheinigte der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau den

wendigen Behandlung im Sinne einer virtuellen Ordination. Die Zuckerwerte der Diabetiker sollen so auch langfristig stabil gehalten werden, um Folgeschäden zu vermeiden oder deren Entstehung zu verzögern. Der „Gesundheitsdialog Diabetes mellitus“ setzt auf das Zusammenspiel von Technik (Telemedizin) und Maßnahmen zur Änderung des Lebensstils (Bewegung, Ernährung etc).

innovativsten Ansatz im Sinne der Auslobung des Awards.

Das Siegerprojekt unterstützt die telemedizinische Betreuung von Typ-1- und Typ-2-Diabetikern. Kernstück ist ein elektronisches Diabetikertagebuch namens „DiabMemory“, das die fortlaufende und konsequente elektronische Dokumentation der Messwerte und Therapiedaten ermöglicht. „DiabMemory“ basiert auf AIT-Technologie und gewährleistet den Ärzten eine nachhaltige Kontrolle und Abstimmung der nötigen



Den Ausschlag für die Zuerkennung des E. T. Awards an den „Gesundheitsdialog Diabetes mellitus“ der VAEB gaben folgende Faktoren:

- ▶ die damit geschaffene Möglichkeit eines Dialogs zwischen chronisch kranken Patienten und deren Betreuern (Ärzten, Therapeuten) durch die direkte Einbindung über mobilfunkbasierte Telemedizin,
- ▶ patientenzentrierte Versorgung und Unterstützung beim Selbstmanagement,
- ▶ die aus den Ergebnissen der ersten 150 in das Programm eingeschlossenen Personen abzulesende Akzeptanz bei Patienten und Therapeuten und
- ▶ das auf die Regelversorgung ausgerichtete Projektumfeld, insbesondere die Einbeziehung aller Partner der Versorgungsstruktur (Hausärzte).

Gemeinsam mit der Wiener Ärztekammer und den niedergelassenen Ärzten verfolgt die VAEB die Vision, dass durch das Zusammenspiel von Technik und

Präventionskonzept die Autonomie und Eigenverantwortung der Teilnehmer gestärkt wird. Auf diese Weise können sie ihre eigenen Gesundheitsentscheidungen kompetent treffen. In weiterer Folge soll sich dadurch ihr Gesundheitsverhalten positiv verändern und sich ihr Zustand nachhaltig verbessern.



Der Staat der Zukunft – vertrauensvoll und schnell!

KÜNSTLICHE ANSICHTEN EINES
WISSENSCHAFTERS: TEIL 36

EIN ARTIKEL VON REINHARD RIEDL

Lassen Sie uns ein halbes Jahrhundert zurück in die Vergangenheit blicken. Damals war noch vieles anders. Die Welt war viel klarer geordnet. Fußball zum Beispiel war ein übersichtliches Spiel mit dem Ball: ein Kampf von Mann gegen Mann. Es gab eine klare Zuordnung der Aufgaben. Positionen wurden starr gehalten. Das machte das Spiel einfach verstehbar. Stürmer stürmten, Verteidiger verteidigten. Man fragte nicht „Wer übernimmt Verantwortung?“, sondern „Wer ist zuständig!“ Die Idee eines Spiels abseits des Balls – mühsam für die Spieler zum Spielen und mühsam für die Zuschauer zum Überblicken – war noch nicht wirklich geboren. Die Fußballwelt war noch heil.

CORDOBA. In den 70er-Jahren löste sich der Fußball von den traditionellen, über Jahrzehnte erfolgreich angewandten Manndeckungskonzepten. So wie Politiker die Gesetze vom monarchistischen Erbe entrümpelten, trennten sich die Fußballvordenker von den proletarischen Werten. Raumdeckung hieß das neue Zauberwort. Diesem verdankte unter anderem die österreichische Nationalmannschaft ihr Zwischenhoch und ihren legendären Cordoba-Triumph. Seither hat sich der Fußball noch viel weiter von den klassischen Spielkonzepten entfernt. Heute ist die wichtigste Fähigkeit, das Spiel als Ganzes lesen und kurzfristige Veränderungen der dynamischen Spielerverteilung antizipieren zu können. Ein intuitives Zusammenarbeiten mit den Mannschaftskollegen ist ebenso notwendig wie das spontane, proaktive Übernehmen von Verantwortung.

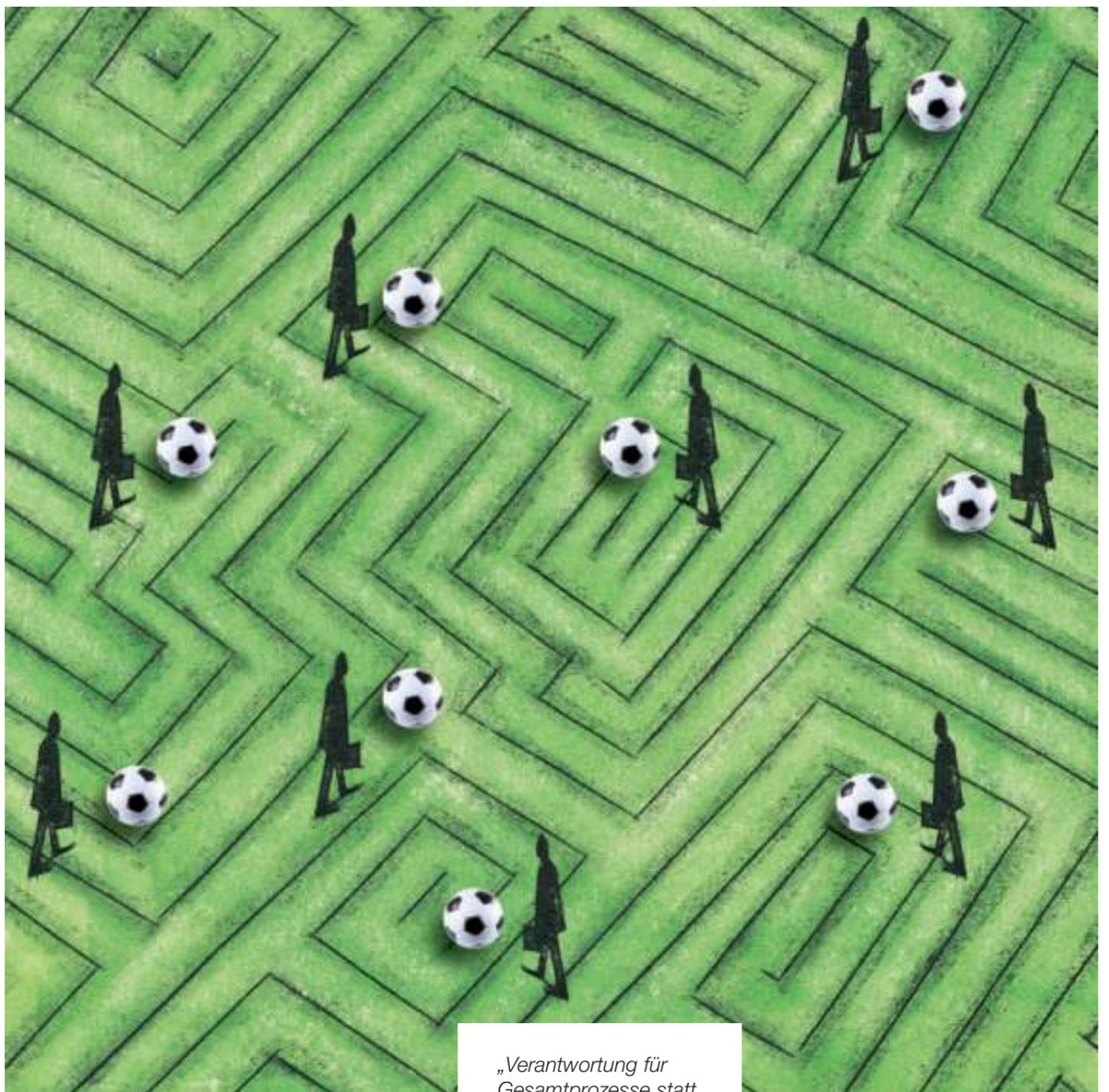
DEUTSCHLAND ODER AMERIKA. Das hat den Managementvordenker Reinhard K. Sprenger („Warum sollten nicht die Mitarbeiter den Chef wählen?“) zu einem halben U-Turn veranlasst. Er hat zwar schon immer die Eigenverantwortung ins Zentrum gestellt, aber in der Vergangenheit seine Thesen meist typisch deutsch begründet. Ausgehend von Negativbeispielen und vom generischen Sündenbock „Chef“, schrieb er u. a. gegen das Vorbildprinzip an. Mit seinem Buch „Gut aufgestellt“ hat er aber eine Kehrtwende gemacht – hin zur amerikanischen Denkkultur, die ihrer Natur nach sündenbockfrei und vorbildreich ist: Sprenger stellt den modernen Fußball als Leitbild für modernes Management dar. Das hat mich dazu angeregt, darüber nachzudenken, was die öffentliche Verwaltung vom modernen Fußball lernen könnte. Was vermutlich allgemein unbekannt ist: Es gibt in den Verwaltungswissenschaften ein paar Exoten, die sich mit Zukunftslösungen beschäftigen (statt mit der Vergangenheit, wie sich das gehört). Eine ihrer Visionen lautet „Verantwortung für Gesamtprozesse statt Zuständigkeitsreigen!“

ANGST. Die Forderung blieb bislang freilich unerhört. Denn die Angst geht um: davor, dass die Veränderungen Leidensdruck bei den Beamten erzeugen könnten. Spötter mögen auch hier Parallelen zum Fußball und zu manchen seiner eigenwilligen Stars sehen. Aber vergleichen Sie einmal die Fernsehbilder von Fußballspielen vor fünfzig Jahren und von heutigen Spielen. Man könnte meinen, es seien verschiedene Sportarten – oder zumindest die Regeln hätten sich dramatisch geändert. Die Geschwindigkeit ist heute viel höher. Ge-

genseitiges Vertrauen spielt ganz offensichtlich – auch unter Spielern, die sich privat nicht mögen – eine viel größere Rolle. Die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung ist selbstverständlich. Es sind flexible Teams, die antreten, nicht starre Organisationen. Wobei in den letzten Jahren auch die spätkommunistische deutsche Irrlehre überwunden wurde, dass im Fußball das Team über dem Individuum stehe. Am Ende handelt nicht das Team, sondern das Individuum, das in einem Team spielt. Die Angst davor, dass es solche Veränderungen auch in der öffentlichen Verwaltung geben könnte, ist nachvollziehbar, aber nicht begründet. Denn die Veränderungen finden in der Regel am stärksten an der Spitze statt. Sie werden in der öffentlichen Verwaltung vor allem die Topverwaltungsteams treffen, während sie in der Bezirksliga viel weniger spürbar sein werden. Es sind vor allem die Besten, die in der Verwaltung – wie auch anderswo – ihr Bestes geben müssen. Sie sind es, die ihre Arbeitsweise radikal ändern werden. In den nächsten fünfzig Jahren. Sie werden teamorientierter, vertrauensvoller, verantwortungsvoller und schneller arbeiten. Sie werden sich die Tugend der geduldrigen Dringlichkeit als Überlebensmittel für die dauernde Veränderung zu Eigen machen. Und sie werden Bürger, Unternehmen und NGOs als Partner begreifen statt als zu kontrollierende Objekte. Den weniger talentierten Beamten dagegen werden viel weniger radikale Veränderungen abverlangt werden.

geworden. Die eigentliche Herausforderung besteht heute darin, dafür zu sorgen, dass sich der Breitensport das Positive vom Spitzensport abschaut, statt Fehlverhalten wie Doping zu imitieren. Umso wichtiger wäre es, sich genau anzuschauen, wie im Spitzensport mit Experimentierfreude, Hingabe an das Spiel an sich und mit Arbeit an der eigenen Einstellung gewaltige Leistungssteigerungen möglich sind.

KOLLABORATION. Moderner Teamfußball zeigt uns eine Perspektive auf, wohin sich der Staat der Zukunft entwickeln wird. Er wird auf echter Teamarbeit und auf der Attraktivität der Arbeit für einzelne Spitzenleute aufbauen müssen. Aber das wird nicht reichen, um die Herausforderungen der Zukunft erfolgreich bewältigen zu können. Eine noch weitergehende – notwendige – Zukunftsperspektive ist deshalb die über Teamgrenzen hinausgehende Kollaboration. Sie macht viele Innovationen überhaupt erst möglich und wird durch moderne Formen der Informatiknutzung gefördert. Wer eine hierarchische Megazentralisierung des Staatswesens vermeiden will und wer an Föderalismus und Subsidiarität glaubt, der muss auch die Kollaboration über Behördengrenzen hinweg wollen. Lokale Autonomie und viel Intelligenz an der Peripherie sind Designkonzepte, die von der menschlichen Biologie



„Verantwortung für
Gesamtprozesse statt
Zuständigkeitsreigen!“

WANDEL. Der Wandel wird für alle relativ ähnlich dramatisch sein, aber absolut betrachtet wird er für die Spitzenbeamten wesentlich heftiger ausfallen als für die Sachbearbeiter in unteren Hierarchieebenen. So wie auch ein FC Barcelona anders agiert als ein LASK. Fußball zeichnet sich dadurch aus, dass sein Wandel sehr schön sichtbar ist. Aber der ist nicht außergewöhnlicher als der Wandel in anderen Sportarten. Vor allem der Spitzensport hat sich im letzten halben Jahrhundert stark verändert. Hinter den Kulissen ebenso wie beim Wettkampf. Ursachen des Wandels sind teils technischer und wissenschaftlicher Fortschritt, teils der Fortschritt in der Organisation des Sports (von der Nachwuchsarbeit über die Betreuung der Spitzensportler bis hin zur Eventorganisation) und teils auch Änderungen der ethischen Werthaltungen. Angesichts mannigfacher Skandale vergessen wir oft: Was uns heute empört, war vor einem halben Jahrhundert nicht einmal ein Achselzucken wert. Alles in allem ist die Politik der Sportverbände viel transparenter als früher und die Missbrauchskontrollen sind um vieles schärfer

über den Bau von Flugzeugsteuerungssystemen bis hin zur Organisation des Staatswesens erfolgreich eingesetzt werden. Aber sie funktionieren nur mit entsprechender Koordination und Kollaboration.

BURGLOS in die ZUKUNFT. Kollaboration kann den Behörden nicht verordnet werden. Sie verlangt die Bereitschaft der Mitarbeiter und eine Abkehr vom Prinzip „My agency is my castle“. Hin zu einer neuen Offenheit, hin zu Open Government. Kollaboration funktioniert am besten, wenn die gegenseitige Abhängigkeit akzeptiert und eine gemeinsame Vision formuliert wird. Sie lebt von Mitarbeitern, die Tiefe im eigenen Spezialgebiet mit Breite im Interesse verbinden. Und in ihr spielen die guten alten Netzwerke eine noch größere Rolle als früher. Lesen Sie Morton T. Hansens Buch „Collaboration“ (oder lassen Sie sich von uns an die BFH beraten :-)). Damit der Staat der Zukunft Wirklichkeit werden kann, müssen wir aber alle zuallererst die Erkenntnis akzeptieren, dass Veränderung im Staate Österreich not tut!



TÄGLICH.

DIE BESTE MEDIZIN.

Bei akuten und chronischen Erkrankungen ist es unumgänglich, die beste Medizin zu bekommen. Die medikamentöse Fürsorge erleichtert den Alltag. Mehr Info unter www.pharmig.at

DIE PHARMAZEUTISCHE INDUSTRIE ÖSTERREICHS

PHARMIG

Verband der pharmazeutischen
Industrie Österreichs