

periskop

AUSGABE 49, SEPT. 2011

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

■
**„WIR BRAUCHEN
EINE NEUE VISION
VON HOCHSCHULE“**

DR. KARLHEINZ TÖCHTERLE,
BUNDESMINISTER FÜR WISSEN-
SCHAFT UND FORSCHUNG

**ALPBACHER GESUNDHEITS-
GESPRÄCHE 2011**

DARM PLUS
CED-INITIATIVE ÖSTERREICH



JEDER KANN ONLINE!

KANN JEDER ONLINE?

wwelldone – online workshops für product manager

Werbeformen, Buchung, Erfolgsmessung, Wirkung u.v.m. Online-Kampagnen heute und morgen.

Diese und andere digitale Themen werden im Rahmen eines 2-stündigen Online-Workshops vorgestellt und diskutiert.

Der Vortrag richtet sich an Interessierte aus dem Produktmanagement, die Teilnahme ist kostenlos. Die Teilnehmeranzahl je Workshop liegt bei 3 bis maximal 8 Personen. Die Vortragenden sind Mag. (FH) Birgit Bernhard, Beatrix Kollmann und Dietmar Pichler, MA.

Termine zur Auswahl:

Mittwoch, 12. Oktober 2011
09.00–11.00 Uhr

Freitag, 14. Oktober 2011
09.00–11.00 Uhr

Freitag, 11. November 2011
09.00–11.00 Uhr

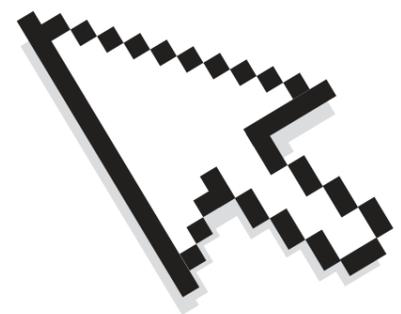
Mittwoch, 16. November 2011
09.00–11.00 Uhr

Ort der Veranstaltung: Welldone GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien

Nähere Infos und Anmeldung unter www.welldone-online.at

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an Welldone GmbH, Werbung und PR, Beatrix Kollmann, E-Mail: b.kollmann@welldone.at, Telefon: 01/402 13 41-13

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung!



Fußball gibt Pöndorfer Nachwuchs den richtigen Kick!

„Es geht nicht nur um die Aufstellung, sondern vor allem um die Einstellung“, lautet eine bekannte Fußballweisheit. Und bei den talentierten Nachwuchskickern aus der fußballbegeisterten Gemeinde Pöndorf im Herzen Oberösterreichs stimmt beides. So wussten die Pöndorfer U-10-, U-11- und U-13-Teams, die in einer Spielgemeinschaft mit Schneegattern aktiv sind, im Verlauf der Frühjahrssaison mit starken Leistungen zu überzeugen. Die erfolgreiche U-11-Equipe



schloss das Frühjahr mit nur zwei Punkten hinter dem Leader auf Rang drei ab. Das talentierte Team der U-13 erspielte sich den starken vierten Platz. Bei der ambitionierten U-10-Mannschaft ist noch Luft nach oben – aber auch hier wird sich das Spielglück wieder wenden. Denn wie sagt eine andere Fußballweisheit so schön: „Das wichtigste Spiel ist immer das nächste. Und aufgegeben wird nur ein Brief!“

Tabelle Nachwuchsgruppe Vöcklabruck Oberliga U-11 Frühjahr 2010/2011

Mannschaft	Sp.	S	U	N	Tore	+/-	Pkt.
1 Vöcklamarkt	10	9	0	1	34:16	18	27
2 Mondsee	10	8	1	1	62:10	52	25
3 SPG Pöndorf/Schneeg.	10	8	1	1	39:12	27	25
4 Vöcklabruck SC	10	7	1	2	52:29	23	22
5 SPG Traunkirch./Neuk-Alt.	10	6	0	4	38:25	13	18
6 Attnang	10	4	1	5	30:22	8	13
7 Frankenmarkt	10	4	1	5	34:35	-1	13
8 Bad Goisern	10	2	1	7	10:42	-32	7
9 Bad Ischl	10	1	2	7	12:41	-29	5
10 Gschwandt	10	1	2	7	6:39	-33	5
11 Pinsdorf	10	0	0	10	7:53	-46	0

Tabelle Nachwuchsgruppe Vöcklabruck Oberliga U-13 Frühjahr 2011

Mannschaft	Sp.	S	U	N	Tore	+/-	Pkt.
1 Vöcklamarkt	9	9	0	0	101:4	97	27
2 Bad Ischl	9	7	1	1	58:12	46	22
3 Frankenmarkt	9	6	2	1	75:17	58	20
4 SPG Pöndorf/Schneeg.	9	4	2	3	62:38	24	14
5 Gampern	9	4	2	3	38:35	3	14
6 St. Wolfgang	9	3	2	4	28:34	-6	11
7 Niederthalheim	9	3	1	5	32:58	26	10
8 Pinsdorf	9	3	0	6	32:60	-28	9
9 Bad Goisern	9	1	0	8	16:62	46	3
10 Aurach	9	0	0	9	7:129	122	0

Tabelle Nachwuchsgruppe Vöcklabruck Oberliga U-10 Frühjahr 2010/2011

Mannschaft	Sp.	S	U	N	Tore	+/-	Pkt.
1 Ebensee SV	11	11	0	0	95:19	76	33
2 Vöcklabruck SC	11	8	2	1	55:22	33	26
3 Neukirchen/A.	11	7	2	2	27:18	9	23
4 Altmünster	11	7	0	4	34:30	4	21
5 Regau	11	6	2	3	38:22	16	20
6 Timelkam TSV	11	5	3	3	43:40	3	18
7 Kammer	11	4	2	5	34:37	-3	14
8 Timelkam ATSV	11	4	1	6	45:41	4	13
9 Gschwandt	11	3	1	7	32:36	-4	10
10 Bad Goisern	11	3	0	8	39:42	-3	9
11 SPG Pöndorf/Schneeg.	11	1	1	9	23:42	19	4

EDITORIAL



Franz Bittner

„Alkoholsucht ist eine individuelle und gesellschaftliche Herausforderung – das Problembewusstsein der Österreicher in Hinblick auf Alkoholismus und dessen soziale Auswirkung ist zu gering.“



Hanns Kratzer

„Darm Plus, eine neue CED-Initiative, möchte die Awareness in Bezug auf die Darmgesundheit erhöhen.“



Robert Riedl

„Die Jobmesse der Ärztekammer bot Austausch zwischen deutschen Experten und österreichischen Jungärzten.“



Wilfried Teufel

„Die Petition ‚Schmerztherapie in Österreich‘ tritt für die Bereitstellung eines breiteren Angebots an Therapiemöglichkeiten ein.“

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Als Newcomer in der Politik wurde der bis dahin als Universitätsrektor fungierende Dr. Karlheinz Töchterle im Frühjahr dieses Jahres zum Bundesminister für Wissenschaft und Forschung bestellt. In dieser Funktion steht ihm ein „heißer Herbst“ bevor, stehen doch die Budgetverhandlungen an, im Rahmen derer sich Dr. Töchterle für eine Uni-Milliarde aussprechen will. Für das Periskop sprach der Minister im Coverstory-Interview über notwendige Strukturreformen im Hochschulsektor und warum bei der Studienzugangsregelung weiterer Handlungsbedarf besteht.

Wie in jeder Herbstausgabe berichten wir auch in dieser über unsere Aktivitäten beim diesjährigen Forum Alpbach, die erneut für Diskussion, ausreichend Gesprächsstoff unter den anwesenden hochkarätigen Experten und reges Medieninteresse sorgten. Beispielsweise diskutierten namhafte Vertreter aus Politik, Wirtschaft und Medizin im Rahmen eines Hintergrundgesprächs über das gesellschaftliche Problem des Alkoholismus. Eine ausführliche Nachberichterstattung zu den Gesundheitsgesprächen in Alpbach finden Sie im Blattinneren.

Die Österreichische Ärztekammer veranstaltete im Mai 2011 unter dem Motto „Neue Wege für junge Ärzte!“

erstmalig eine Jobmesse. Einen ausführlichen Rückblick über das bundesländerweite Event lesen Sie in dieser Ausgabe. Weiteres stellen wir die neue Initiative „Darm plus“ vor, deren Ziel es ist, die Awareness in Bezug auf Darmgesundheit zu erhöhen. Darüber hinaus setzen sich die Verantwortlichen dafür ein, dass Betroffene auf höchstmöglichem medizinischem Niveau in qualifizierten, interdisziplinären Zentren versorgt werden können.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre mit der dritten Ausgabe des Jahres und gleichzeitig einen goldenen Herbst!

Ihre
PERI Group

Und das erwartet Sie im nächsten Periskop:

Die Reihe „Focus Bundesländer“ betrachtet das Bundesland Wien und stellt die Persönlichkeiten im Gesundheitswesen der Bundeshauptstadt vor. Zudem präsentieren wir Ihnen die neue Serie „Focus Krankenhaus“. Im Zuge dieser Themenreihe möchten wir den intramuralen Bereich in Österreich vorstellen und die regionalen Besonderheiten beleuchten – der Auftakt erfolgt mit einer Gesprächsrunde in Tirol.

Impfmüdigkeit der österreichischen Bevölkerung erhöht das Krankheitsrisiko.

Eltern, die ihrer Verantwortung für die Kinder nachkommen – sie werden bereits in den Geburtsabteilungen und von den Kinderärzten auf die vom Gesundheitsministerium vorgeschlagenen notwendigen Impfungen hingewiesen – erinnern sich natürlich an ihre eigenen Impfungen, die ihnen meist in der Volksschule verabreicht worden sind. Sich als Erwachsener durch Impfungen vor Krankheiten zu schützen, tritt in Österreich immer mehr in den Hintergrund. Es ist seit Jahren eine gewisse Impfmüdigkeit in der Bevölkerung feststellbar.

Daher ist es auch erklärtes Ziel des Gesundheitsministeriums, die Grundimmunisierungen und Auffrischimpfungen für Kinder flächendeckend durchzuführen, um den Impfschutz in der Bevölkerung aufrechtzuerhalten. Denn Impfen stellt nach wie vor die wirksamste Prävention dar.

Durch bewusste Ablehnung oder Vernachlässigung der empfohlenen Schutzimpfungen treten heute leider manche Krankheiten wieder vermehrt auf. Eine weitere Ursache der Impfmüdigkeit ist in der großen Wirksamkeit der Impfungen selbst begründet. Zahlreiche Krankheiten, die vor einigen Generationen noch weit verbreitet und gefürchtet waren, haben heute ihren Schrecken verloren, sie kommen eben in unseren Breiten nicht mehr vor. Nach dem Motto: aus den Augen, aus dem Sinn. Auch werden die Nachimpfungen nur ungenügend wahrgenommen. Die Menschen vergessen den Termin oder finden einfach keine Zeit, nochmals zum Arzt zu gehen. Ein Zeichen dafür, dass erfolgreiche Impfprogramme einen niederschweligen Zugang benötigen würden. 2006 kam es in Deutschland zu einer lokalen Masern-Epidemie von über 2000 erkrankten Menschen, die dadurch entstanden ist, dass der „Herdenschutz“ (Grundimmunisierung großer Teile der Bevölkerung) in dieser Region nicht mehr ausreichend gegeben war.

Leider kam es in Österreich in der jüngeren Vergangenheit zu völlig unnötigen kontroversiellen Diskussionen über empfohlene Impfungen. Denken wir nur an die Warnung der WHO zur „Vogelgrippe“. Das Gesundheitsministerium nahm zu Recht die Warnung ernst und Österreich war gut vorbereitet. Die Epidemie kam nicht, und dies war Wasser auf die Mühlen der Impfgegner. Viele Menschen – die zu Impfungen grundsätzlich positiv eingestellt sind – meinten, dass die „mächtigen“ Pharmalobby die Ängste in der Bevölkerung und in den Medien geschürt hätte, um ihre Gewinnmargen zu erhöhen. Ebenso könnte man die oft leidenschaftlich geführte politische Diskussion für und wider die Schutzimpfung gegen Gebärmutterhalskrebs anführen. Diese in der Öffentlichkeit ausgetragenen Diskussionen haben eher geschadet als genützt.

Die Anzahl der Schutzimpfungen gegen FSME nimmt seit Jahren ab, trotz flächendeckender Bewerbung. Selbst bei Menschen, die in Gesundheitsberufen arbeiten – wie Ärztinnen, Ärzte, Krankenpflegepersonal –, nimmt die Bereitschaft, sich gegen Berufsrisikos impfen zu lassen, kontinuierlich ab. Und das obwohl sie als potenzielle Überträger eine große Gefahr für die Allgemeinheit darstellen.

Jährlich ruft das Gesundheitsministerium chronisch Kranke und ältere Menschen dazu auf, sich gegen Grippe impfen zu lassen. Krankenkassen sowie Apotheker- und Ärztekammern bieten oft Impfaktionen an, um es den gefährdeten Menschen so einfach und bequem wie möglich zu machen. Der Erfolg ist auch durch solche Aktionen nicht immer gegeben. Woran liegt es eigentlich, dass die Impfmüdigkeit der Bevölkerung stetig zunimmt, obwohl die zuständigen Stellen sich offensichtlich um eine höhere Impfquote bemühen?

Wahrscheinlich ist, dass die Erwachsenen sich nicht mehr erinnern können, wann und gegen welche Krankheiten sie im Kindesalter geimpft wurden. In den 50er Jahren wurden die Impfungen auf gelbe, rosa, grüne Karteikärtchen dokumentiert. Ab den 70ern in einem Impfpass festgehalten. Solche Dokumente sind längst bei diversen Wohnungsumzügen verschwunden bzw. im Lauf der Zeit verlegt worden. Würde es einen elektronischen Impfpass geben – solcher wäre technisch längst machbar –, würde zumindest die jüngere Generation wissen, wann und gegen welche Krankheiten sie geimpft wurde. Und ab wann die nächste Auffrischungsimpfung notwendig wäre.

Erst vor wenigen Tagen hat Österreich bei den Kinderimpfungen den internationalen Standard erreicht, indem Gesundheitsminister Stöger verkündete, dass alle Kleinkinder gegen Pneumokokken und Meningokokken ab 2012 durchgeimpft werden sollen. Was uns bei unseren Kindern wichtig ist, sollte uns auch bei uns selbst wichtig sein.

Um nur ein Beispiel zu erwähnen: Pneumokokkenkrankungen sind in Österreich leider sehr häufig, werden jedoch nur selten wirklich als solche erfasst. Man schätzt, dass pro Jahr ca. 18.000 Fälle von Lungenentzündung durch Pneumokokken auftreten, die Dunkelziffer wird von Experten deutlich höher eingeschätzt. Angesichts des dramatischen Verlaufs und der Häufigkeit der Erkrankungen zählen Pneumokokkenkrankungen zu den bedeutendsten Infektionserkrankungen in Europa. Hier wären die Verantwortlichen im Gesundheitssystem gut beraten, verstärkt Informationen und Hilfe anzubieten und dem Thema etwas mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

Zur Sache



Nestor

INHALT

Welldone Online Workshop, Fußball gibt Pöndorfer Nachwuchs den richtigen Kick!	2
Editorial, Zur Sache, Impressum	3
Coverstoryinterview mit Bundesminister Dr. Karlheinz Töchterle	4
Kolumne MR Dr. Walter Dorner	7
Rückblick Veranstaltung Alpbach: Alkoholsucht	8
Jobmesse der Österreichischen Ärztekammer	10
Kommentar Mag. pharm. Thomas Veitschegger, Buchrezensionen	12
PHARMIG ACADEMY	13
Kampf dem täglichen Schmerz	14
Darm PLUS: CED-Initiative Österreich	16
Im Blickpunkt: Kolumne der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft ...	18
Interview mit PHARMIG-Generalsekretär Dr. Jan Oliver Huber	19
Interview mit Oberarzt Dr. Michael Peintinger	20
Rückblick Welldone Lounge 35	21

Interview mit Prim. Univ.-Doz. Dr. Sibylle Kozek-Langenecker, MBA, Präsidentin der ÖGARI	25
Rückblick Veranstaltung Alpbach: Dialyse auf der Wohnzimmercouch	26
Interview mit Dr. Elisabeth Prchla, Geschäftsführerin Merck Österreich	28
UPDATE Europe	31
Rückblick Veranstaltung Alpbach: Psyche und Krebs	32
Gesundheit in TV, Radio, Print und Internet: Die Presse	36
Interview mit Rainer Henning, PhD, Vorstand Biomed	37
Interview mit Dr. Fabian Waechter, MSc., Director Access & Health Care Policy bei Pfizer Austria	38
IGEPHA: Bessere Gesundheit, weniger Kosten	40
Rückblick IMABE-Symposium: Lebensstil und persönliche Verantwortung	41
Communications Manager im Gespräch: Mag. Nicole Gorfer, MAS, Roche	42
Kolumne Reinhard Riedl	43

IMPRESSUM:

Verleger und Eigentümer: Peri Consulting GmbH, Herausgeber Mag. Hanns Kratzer **Geschäftsführung:** Mag. Hanns Kratzer, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien; **Redaktionsanschrift:** Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Tel.: 01/4021341-0, Fax: DW 18, E-Mail: pr@welldone.at; **Autoren:** Nina Bennett, Walter Dorner, Elisabeth Kranawetvogel (Leitung), Kurt Moser, Sabine Sommer; **Art Direktion:** Dieter Lebisch; **Grafik:** Sorja Huber, Isabella Lampaert, Natascha Windpassinger, Alexander Svec; **Fotos:** Ärztekammer (1), Hilzensauer (4), Jarrouj (3), Novartis Pharma GmbH (1), Pfluegl (24), Plattner (64), Puiu (3), Privat (12), Schiff (96), Stanger (10), Sticklerfotografie (7), Wiesner (10), Zinner (12); **Lektorat:** Ursula Sorz; **Druck:** 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.

„Wir brauchen eine neue Vision von Hochschule.“

Seit April 2011 ist Dr. Karlheinz Töchterle Bundesminister für Wissenschaft und Forschung. Mit dem Periskop sprach er über die bevorstehenden Budgetverhandlungen im Herbst, den Forschungsstandort Österreich sowie die medizinische Ausbildung an den heimischen Universitäten.

P: Sie sind promovierter klassischer Philologe und waren seit 2007 Rektor der Universität Innsbruck. Wie haben Sie den Wechsel in die Politik erlebt?

Töchterle: Ich habe mir den Wechsel in die Politik in etwa so vorgestellt, wie er sich bis jetzt auch darstellt. Entscheidungsprozesse verlaufen hier durchaus differenzierter und teils auch unvorhersehbarer. Für mich ist es wichtig, in einer Position tätig zu sein, in der ich verändern, verbessern und gestalten kann. Ich habe – nicht zuletzt auch dank meiner Erfahrungen als Rektor – ein sehr konkretes Bild von der Zukunft der österreichischen Hochschulen. Jetzt bin ich da, um diese Vision Wirklichkeit werden zu lassen.

P: Für die Budgetverhandlungen im Herbst haben Sie sich vorgenommen, möglichst viel Geld für die Universitäten herauszuholen. Die RektorInnenkonferenz etwa fordert zumindest 300 Millionen Euro mehr. Welche Schwierigkeiten oder Herausforderungen erwarten Sie diesbezüglich und mit welchem konkreten Ziel gehen Sie in die Verhandlungen?

Töchterle: Ich befinde mich mit Finanzministerin Maria Fekter in sehr aussichtsreichen Verhandlungen über eine Hochschulmilliarde für die Jahre 2013 bis 2015. Diese Hochschulmilliarde wird ganz klar leistungsorientiert und nach den Kriterien von Effizienz und Wirkung vergeben werden. Die weitere Vorgehensweise wird zwischen Wissenschafts- und Finanzministerium im Laufe des Herbstes fixiert. Damit wird den Universitäten der Weg gesichert und eine Brücke



zur Umsetzung des Hochschulplans und der Studienplatzfinanzierung beschritten. Mit dieser Hochschulmilliarde und den zu erzielenden Einnahmen durch sozial verträgliche Studienbeiträge könnte Österreich das Ziel erreichen, die Ausgaben für den tertiären Bereich, gemessen am BIP, auf zwei Prozent bis zum Jahr 2020 zu erhöhen. Dies wäre ein großer Schritt für den Bildungs- und Wissenschaftsstandort Österreich und somit vor allem für sehr viele junge Menschen in unserem Land.

P: Sie gelten als Verfechter von Studiengebühren und haben vorgeschlagen, dass die Unis diese selbst einheben sollen. Wie kann das konkret aussehen?

Töchterle: Nach dem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs besteht hier dringlicher Handlungsbedarf. Wenn wir diesbezüglich nichts tun, verlieren die Universitäten weitere 35 Millionen Euro pro Jahr. Das möchte ich verhindern und stattdessen die Chance nutzen, aus einem Flickwerk ein modernes, soziales und dynamisches Modell zu machen. Geht es nach meiner Vorstellung, bekommt Österreich eines der sozialsten Studienbeitragsmodelle Europas. Dessen Kern ist, dass alle Universitäten ermächtigt werden, Studienbeiträge einzuheben. Diese können von einem Euro bis zu maximal 500 Euro pro Semester betragen, wobei diese zusätzlichen Einnahmen an den Universitäten verbleiben. Besonders ausgeprägt wird die soziale Komponente sein: Neben einer Vielzahl an Befreiungen von der Beitragspflicht können die Universitäten selbst weitere Erlassgründe definieren und somit ihren Autonomiestatus auch in diesem Fall voll ausschöpfen. Zugleich soll es einen Sozialfonds im Umfang von zehn Prozent der eingehobenen Beiträge geben, der von den Universitäten gemeinsam mit der Österreichischen Hochschülerschaft verwaltet wird.

Zudem soll es die Möglichkeit geben, Beiträge zu stunden. Das bedeutet, dass Studierende erst dann für ihr Studium zinsfrei zahlen können, wenn sie Geld verdienen. Parallel zu diesen Maßnahmen möchte ich auch das Studienbeihilfesystem ausbauen: Zusätzliche acht Millionen Euro pro Jahr möchte ich der Erweiterung des Bezieherkreises widmen. Davon profitieren jungverheiratete Paare, Familien mit mehreren studierenden Kindern und der Mittelstand.

P: Können Sie bitte das Modell der

Studienplatzfinanzierung skizzieren? Bedeutet dieses grundsätzlich das Ende des freien Universitätszugangs?

Töchterle: Österreichs Universitäten sind heute mit dem Paradoxon konfrontiert, höchste Qualität und Leistungsfähigkeit zu bieten, ohne die dafür notwendigen Grenzen leben zu können. Die Grenze ist die Kapazität, diese wird stets einen Maximalwert aufweisen müssen. Es ist unehrlich, eine grenzenlose Aufnahmefähigkeit vorzutäuschen und jungen Menschen damit eine Lüge

aufzutischen. Wenn uns die beste Ausbildung unserer Jugend und das höchste Niveau unserer Universitäten ein echtes Anliegen ist, müssen wir die richtigen Weichen stellen. Zuerst müssen die Universitäten die Möglichkeit bekommen, ihre Kapazitätsgrenzen zu leben. Die Medizin-Unis haben bereits Zugangsregelungen. Nur so kann die Uni sicherstellen, dass sie vom Personal, von den Laborplätzen her eine anständige Ausbildung bieten kann. Und diese Zugangsregelungen sollen künftig für alle Unis gelten, vor allem in den Massenfächern. Das müssen wir auch in Hinblick auf die geplante Studienplatzfinanzierung angehen. In groben Zügen wird es dabei um eine kostenmäßige Unterteilung in sieben Studienfächergruppen gehen. Nach deren Einteilung werden Platzkontingente mit den Universitäten definiert und vom Bund finanziert.

P: Haben Sie vor, auch für die Forschung ein höheres Budget auszuverhandeln?

Töchterle: Universitäten und Grundlagenforschung kann man nicht trennen. Jeder Euro, der an die Universitäten fließt, ist zu knapp 46 Prozent forschungsrelevant. Allein mit meiner Ankündigung einer Hochschulmilliarde wird Forschung in den Jahren 2013 bis 2015 um mehr als 460 Millionen Euro nominell steigen. Dies wird uns einen weiteren Schritt in Richtung unseres ambitionierten Zielwerts von 3,76 Prozent im Jahr 2020 bringen.

P: Auf welche universitären Leistungen kann Österreich besonders stolz sein? Und umgekehrt gefragt, was sind Ihrer Meinung nach derzeit die größten Baustellen im Hochschulsektor?

Töchterle: Das ist eine gute Gelegenheit, einiges ins rechte Licht zu rücken, was in heute oft sehr reduzierten Darstellungen fälschlicherweise vermittelt wird. Österreich verfügt über viele international bekannte und höchst angesehene Stärkefelder. Wir haben hierzulande Universitäten, deren Studienplätze weltweit nachgefragt sind, und zahlreiche Exzellenzinststitute. Am auffälligsten ist diese Exzellenz wahrscheinlich im Bereich der Kunst, vor allem der Musik. Österreich ist ein weltberühmtes Musikland, junge Menschen aus der ganzen Welt möchten bei uns Musik studieren. Weiters kann ich stellvertretend für viele andere auch die Medizin, Quantenphysik, Bio- und Life-Sciences, die Metallurgie, aber auch einige Geisteswissenschaften nennen. Die größten Baustellen treten in den Bereichen Finanzierung und Strukturen zutage. Für beide habe ich konkrete Vorschläge zu bieten: zum einen die Hochschulmilliarde und die Einführung eines modernen Studienbeitragsystems und andererseits den Hochschulplan, der die Autonomie der Universitäten stärken, die Motivation zur Kooperation steigern und die internationale Positionierung des Wissenschaftsstandorts Österreich schärfen soll.

P: Zum Bereich Gesundheitswesen: Die Qualität der Leistungen steht und fällt mit der Ausbildung der Gesundheitsberufe. Wie schätzen Sie die Qualität der medizinischen Ausbildung in Österreich ein?

Töchterle: Die medizinische Ausbildung an den österreichischen Universitäten zählt ebenfalls zu den ausgewiesenen Stärkefeldern unseres Landes. Die österreichische medizinische Schule genießt weltweit einen hervorragenden Ruf. Deshalb möchten in diesem Bereich viele junge Menschen aus allen Teilen der Welt bei uns und nicht woanders studieren. Diese Qualität gilt es zu sichern und auszubauen, nicht nur im Sinne der Lehre und Forschung, sondern vor allem auch zur Wahrung der hohen medizinischen Versorgungsqualität für unsere Bevölkerung. Im Rahmen einer Ärztebedarfsstudie widmen wir uns auch aktiv dieser Thematik und beugen den sehr problematischen Auswirkungen eines allfälligen Ärztemangels vor. Entscheidend wird sein, dass wir junge Ärztinnen und Ärzte bei uns in Österreich halten können und dabei vor allem die Versorgung des ländlichen Raums sicherstellen. Dies ist aber weniger eine Frage der Ausbildung, sondern vielmehr eine Frage der Rahmenbedingungen und der Qualität des Lebensraums insgesamt.

„Ich befinde mich mit Finanzministerin Maria Fekter in sehr aussichtsreichen Verhandlungen über eine Hochschulmilliarde für die Jahre 2013 bis 2015.“



P: Sie haben jüngst die Aussage getätigt: „Forschung, Technologie und Innovation sind die treibenden Motoren für eine nachhaltige Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit am Standort Österreich.“ Ziel Österreichs müsse es sein, Investitionen in die Grundlagenforschung bis 2020 auf das Niveau führender Forschungsationen zu heben. Vorbilder seien die Schweiz und Israel. Wie könnte dies konkret funktionieren?

Töchterle: Österreich kann dieser Schritt auf Augenhöhe mit Israel und der Schweiz nur gelingen, wenn private und öffentliche Mittel im Verhältnis zwei zu eins konsequent steigen. Wirtschaft und Industrie haben uns gezeigt, dass sie auch in schwierigen Zeiten bereit sind, in F & E zu investieren, um nach der Krise gut aufgestellt zu sein. Der Bund hat ebenfalls gezielt in Forschung investiert und wird jährlich mehr als 180 Millionen Euro (Offensivmittel, 80 Millionen Euro für das BMWF, 80 Millionen Euro für die Erhöhung der Forschungsprämie von acht auf zehn Prozent und 20 Millionen Euro für die FFG) in diese Zukunftsbereiche investieren. Weitere 80 Millionen Euro werden in den Bereich Bildung investiert. Dadurch haben wir gemeinsam schwierige Zeiten überstanden und ein Einbrechen der F-&E-Quote verhindert.

P: Österreich, vor allem Wien, hat sich in den letzten Jahren zu einem sehr guten Biotechcluster entwickelt. Welche Pläne haben Sie, um dieses hohe Niveau zu erhalten?

Töchterle: Mir ist die konsequente Umsetzung der „Strategie 2020“ des Campus Vienna Biocenters in der Dr.-Bohr-Gasse ein wichtiges Anliegen. Bund und Gemeinde Wien werden in den nächsten Jahren mehr als 52 Millionen Euro in den Ausbau investieren. Eine Campus Support Facility GmbH zur stärkeren effizienten Nutzung der damit angeschafften Forschungsinfrastruktur wurde eingerichtet und garantiert den bestmöglichen Einsatz öffentlicher Steuergelder. Damit können wir den Hotspot Life Sciences weiterhin europaweit sichtbar halten.

„Wenn uns die beste Ausbildung unserer Jugend und das höchste Niveau unserer Universitäten ein echtes Anliegen ist, müssen wir die richtigen Weichen stellen.“

P: Wie wichtig ist Ihnen die Förderung junger Nachwuchsforscher?

Töchterle: Talente zu entdecken und zu fördern sind die zukünftigen Herausforderungen, um Österreich weiterhin als einen attraktiven Wissenschafts- und Forschungsstandort zu erhalten. Investitionen in die Förderung junger Menschen ist gut eingesetztes Steuergeld in die Zukunfts- und Innovationsfähigkeit unseres Landes. Für die Förderung der jungen Menschen und deren internationaler Mobilität sowie für die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses stehen im Jahr 2011 durch Programme meines Hauses ca. 80 Millionen Euro zur Verfügung, weitere 26 Millionen Euro sind durch EU-(Ko-)Finanzierung eingeworben worden. Somit stehen hier im Jahr 2011 mehr als 105 Millionen Euro zur Verfügung. Diese teilen sich in vier zentrale Förderschwerpunkte auf: Young Science, Mobilität, Talente fördern und Exzellenz. Eine Zahl noch zum Schluss: 2010 konnten erstmals mehr als 3400 Personen über den Wissenschaftsfonds FWF mit Mitteln gefördert werden, die effizient und wirkungsorientiert vergeben werden. Knapp 86 Prozent des Fördervolumens 2010, das sind ca. 172 Millionen Euro, konnte durch Universitäten eingeworben werden. Der FWF ist somit einer meiner wichtigsten Partner in der Förderung junger Menschen in Österreich.

P: Was möchten Sie, dass man nach Ihrer Amtszeit über Ihr Wirken sagt?

Töchterle: Dass meine Arbeit dazu beigetragen hat, Wissenschaft und Forschung bekannter, erstrebenswerter und öffentlich relevanter zu machen. Dass eine neue Vision von Hochschule entstanden ist, die sich von den ständigen Reparaturen des nicht zufriedenstellenden Ist-Standes befreit und sich in eine positive Bewegung von Leistungskraft, Motivation und Leidenschaft für das Lehren, Lernen und Forschen verwandelt hat. Dann habe ich das umgesetzt, was ich mir vorgenommen habe.

BioBox:

Dr. Karlheinz Töchterle hat klassische Philologie und Germanistik studiert und war ab 2007 Rektor der Universität Innsbruck. Am 21. April 2011 wurde er zum Bundesminister für Wissenschaft und Forschung ernannt.





VON ÄRZTEKAMMERPRÄSIDENT MR DR. WALTER DORNER,
INITIATOR DER ÖSTERREICHWEITEN BURN-OUT-STUDIE



Burn-out: Die Belastung der Wiener Ärztinnen und Ärzte steigt

Burn-out wird für Österreichs Ärztinnen und Ärzte ein immer wichtigeres Thema: 52,4 Prozent befinden sich in den Belastungsphasen 1 bis 3 und 10,7 Prozent sind konkret burn-out-gefährdet. In Wien ist die Situation noch dramatischer: 59,2 Prozent der Wiener Ärztinnen und Ärzte – also nahezu jeder sechste Mediziner – befinden sich in Phase 1, 2 oder 3, davon 12,8 Prozent in Phase 3. Das bedeutet: akute Burn-out-Gefahr.

Die österreichweit repräsentative Studie der ARGE Burn-out wurde auf Initiative von Ärztekammerpräsident Walter Dorner im Zeitraum vom 9. November 2010 bis 15. Februar 2011 online durchgeführt. 6249 Ärztinnen und Ärzte nahmen daran teil, in Wien waren es 1231, gleichmäßig verteilt nach Geschlecht, Selbstständigkeit oder Angestelltenstatus.

Höhere Gefährdung in Wien

„In Wien sind die Ärztinnen und Ärzte besonders stark burn-out-gefährdet“, so Thomas Szekeres, Vizepräsident und Obmann der Kurie angestellte Ärzte der Ärztekammer für Wien. „Die Werte sind generell um etwa 15 Prozent höher als im österreichischen Durchschnitt. Das liegt sicherlich am Großstadtfaktor und an der Tatsache, dass in Wien mit einer guten technischen Ausstattung besonders komplexe Fälle in überdurchschnittlich hoher Anzahl behandelt werden. Zudem absolvieren die Wiener häufiger Arztbesuche als Patienten in den Bundesländern.“ Für die Wiener Ärztekammer ist das ein bedrohliches Szenario.

Szekeres: „Wir brauchen eine umsichtige Spitalsreform, die das Hauptaugenmerk auf die dort tätigen Menschen legt anstatt auf die Ökonomie.“ Oberflächliche Maßnahmen allein seien dagegen „nichts als Kosmetik und damit unwirksam“. Darüber hinaus bedauert Szekeres, dass die seit Jahren vorliegenden Vorschläge der Ärztekammer zur Verbesserung dieser Zustände – auch im Licht der aktuellen Pläne zur Spitalsreform – „bisher ungehört verhallt“ seien.

„Um das Burn-out-Risiko der Spitalsärzte nachhaltig zu senken, muss ein Bündel an strukturellen Reformen umgesetzt werden“, so Szekeres. „Dazu zählen neben neuen und flexiblen Arbeitszeitmodellen für Ärztinnen und Ärzte zum Beispiel auch spitalseigene Betreuungsplätze für Kinder und nicht zuletzt der Ausbau des niedergelassenen Bereichs.“

So sehen die signifikanten Abweichungen in Wien vom österreichischen Durchschnitt aus:

- Frauen sind offensichtlich robuster als Männer: In der Burn-out-Phase 3 finden sich 11 Prozent der Frauen, aber 15,3 Prozent der Männer, während im Gesamtschnitt (Phasen 1 bis 3) das Verhältnis nahezu gleich ist.
- Je jünger Ärztinnen und Ärzte sind, umso stärker sind sie burn-out-gefährdet. Die Gruppe der bis 37-Jährigen – vorwiegend Turnusärzte oder Fachärzte mit geringer Praxis – ist am anfälligsten für einen Burn-out: 65,9 Prozent befinden sich in den Phasen 1 bis 3.
- Die Burn-out-Rate sinkt mit fortschreitendem Lebensalter sukzessive, allerdings gibt es auch hier einen „Ausreißer“: 15,4 Prozent beträgt der Anteil der 48- bis 54-Jährigen in Phase 3. Das ist ein absoluter Spitzenwert.
- In Standardkrankenhäusern ist die Burn-out-Gefährdung höher (Phasen 1 bis 3: 68,8 Prozent) als in Schwerpunktspitälern (Phasen 1 bis 3: 56 Prozent). Das liegt zum Teil an den schlechteren technischen Infrastrukturen der Standardkrankenhäuser, an der höheren Bandbreite von zu behandelnden Patienten und wahrscheinlich auch an einer quantitativ geringeren Personalausstattung. Das AKH liegt dabei im Wiener Durchschnitt: 60,3 Prozent der dort arbeitenden Ärztinnen und Ärzte befinden sich in Phase 1 bis 3.
- Bei privaten Trägern ist die Burn-out-Rate höher als in öffentlichen Spitälern (Phasen 1 bis 3: 62,7 Prozent versus 61,1 Prozent). Am geringsten ausgeprägt ist sie bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, wobei es Spezifizierungen nach Fachbereichen gibt.
- Angestellte Ärztinnen und Ärzte sind zu 63,6 Prozent gefährdet, bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sind es „nur“ 51,9 Prozent.
- Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sind Ärzte mit §-2-Kassenverträgen (Wiener Gebietskrankenkasse) deutlich stärker burn-out-gefährdet als Wahlärzte: Das Verhältnis beträgt hier 57,5 Prozent zu 52,3 Prozent. Das ist bereits signifikant.
- Technische Fächer belasten stärker als konservative Fächer: Ärztinnen und Ärzte, die in technischen Fächern tätig sind, neigen häufiger zu Burn-out (69,8 Prozent sind der höchste Wert, der gemessen wurde) als Ärztinnen und Ärzte in konservativen Fächern (59,4 Prozent). Entgegen der öffentlichen und oft veröffentlichten Meinung sind Chirurgen relativ resistent: Die Rate ist mit 56,3 Prozent sogar etwas niedriger als in den konservativen Fächern und deutlich niedriger als in den technischen Fächern.
- Verantwortung und Ausbildung belasten: Turnusärzte sind mit 66,7 Prozent deutlich stärker burn-out-gefährdet als Allgemeinmediziner (50,4 Prozent), die wesentlich häufiger Patientengespräche führen. Leitende Ärztinnen und Ärzte sind mit 61,9 Prozent deutlich stärker betroffen als Ärztinnen und Ärzte in niedrigerer Position. Die Verantwortung als Primararzt, der gleichzeitig auch Managementaufgaben zu erledigen hat, ist offensichtlich sehr hoch und führt zu Stress und in weiterer Folge zu Burn-out, zumindest bei 61,9 Prozent der Betroffenen.



Die Ursachen

Die Studie fasst einige Problemfelder zusammen, die besonders stark ins Gewicht fallen. An erster Stelle stehen dabei nicht die medizinischen, sondern die unternehmens- und abteilungsklimatischen Faktoren. Weitere Gründe für Burn-out: Nachtdienste und Überstunden, generelle Angst (Verantwortung für den Patienten) sowie existenzielle Ängste. Im Unterschied zu landläufigen Vorstellungen verdienen Ärztinnen und Ärzte deutlich weniger als Akademiker im öffentlichen Dienst – und das bei längerer Ausbildungszeit und hoher Belastung in Phasen, in denen die meisten Nichtärzte ihre Lebensplanung bereits zum Großteil bestimmt haben.

Das sieht auch der stellvertretende Obmann der Kurie angestellte Ärzte der Ärztekammer für Wien, Robert Hawliczek, so. Für ihn sind vor allem die aktuellen Personalreduktionen in zahlreichen Wiener Spitälern, die Abwanderung vieler Kolleginnen und Kollegen aufgrund zunehmend unattraktiver Arbeitsplätze und der dadurch drohende Ärztemangel, ein Übermaß an administrativen Tätigkeiten, Unsicherheiten bei jungen Ärztinnen und Ärzten durch eine mangelhafte Ausbildung sowie ein Missverhältnis zwischen Verantwortung und Entscheidungskompetenz bei leitenden Ärztinnen und Ärzten Gründe für die immer höheren Burn-out-Zahlen.

Hawliczek: „Die faktische Letztverantwortung der Ärztinnen und Ärzte im patientennahen Bereich muss sich in den Führungsaufgaben klar niederschlagen und dementsprechend exakt geregelt werden. Die Dienstzeiten sollten verringert werden, es sollten Arbeitszeitmodelle mit reduzierter Nachtdienstverpflichtung vor allem für ältere Kolleginnen und Kollegen geschaffen werden, und Dokumentationsassistenten müssen die Ärztinnen und Ärzte flächendeckend von den teils überbordenden administrativen Aufgaben im Spital entlasten.“ Die Umsetzung dieser Punkte würde laut Hawliczek zu einem „deutlichen Plus in der Patientenversorgung“ führen.

„Burn-out ist ein Problem einer übertechnisierten, überbürokratisierten und überkommunizierenden Gesellschaft, in der Entfremdung und Leistungsdruck immer größer werden“, resümieren Hawliczek und Szekeres: „Besonders gefährdet sind Ärztinnen und Ärzte auch deshalb, weil sie täglich höchste Verantwortung tragen sowie im Schnitt um zwei Drittel mehr als der Rest der Bevölkerung arbeiten, und das auch noch in einem unregelmäßigen Rhythmus.“

DIE BURN-OUT-GEFÄHRDUNG WURDE – WIE INTERNATIONAL ÜBLICH – NACH DEM 3-PHASEN-MODELL DER ARGE BURN-OUT UNTERTEILT

- **PHASE 1** ist der „tägliche Burn-out“, der sich durch emotionale Erschöpfung und Unfähigkeit zur Entspannung charakterisieren lässt.
- **PHASE 2** kennzeichnet einen fortschreitenden Prozess: Interessenabstumpfung, Kontrollverlust, teilweise semantische Beschwerden.
- **PHASE 3** entspricht dem klinischen Bild der Depression.

DIE FORDERUNGEN DER WIENER ÄRZTEKAMMER AUF EINEN BLICK

- Eine umsichtige Spitalsreform, die das Hauptaugenmerk auf die Menschen legt
- Neue, flexible Arbeitszeitmodelle für Spitalsmitarbeiter
- Spitalseigene Betreuungsplätze für Kinder
- Ausbau des niedergelassenen Bereichs zur Entlastung der Spitäler
- Anpassung der Führungsstrukturen im Spitalsbereich
- Flächendeckende Installation von Administrationsassistenten
- Umsetzung des Hausarztmodells der Österreichischen Ärztekammer
- Balance zwischen Ordinationen und Spitälern

Alkoholsucht: eine individuelle und gesellschaftliche Herausforderung

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Der Konsum von Wein und Bier gehört für viele Österreicher zu gesellschaftlichen Anlässen dazu, kaum eine Feierlichkeit kommt ohne Umtrunk aus. Wer also abstinent sein möchte oder muss, hat es nicht immer leicht. Im Rahmen der Alpbacher Gesundheitsgespräche fand am 21. August 2011 die PERI imPULS-Podiumsdiskussion zum Thema „Alkoholabhängigkeit in Österreich – ein individuelles und gesellschaftliches Problem“ statt. Hochrangige Vertreter des Gesundheitswesens waren im Hotel Böglerhof zu Gast. Diskutiert wurden aktuelle Entwicklungen, Zahlen zur Erkrankung, die Notwendigkeit von Therapien bei Alkoholsucht sowie Arbeit und Sozialleben von Betroffenen. Die Podiumsdiskussion wurde von PERI Consulting veranstaltet.

Diskussionsteilnehmer (alphabetische Reihung):

- PROF. DR. GÜNTER FLEMMICH Arbeiterkammer Wien
 - MAG. ANDREAS GATSCH Sozialmedizinischer Dienst des Amtes der Salzburger Landesregierung
 - MAG. PETER MCDONALD Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
 - UNIV.-PROF. DR. MICHAEL MUSALEK Anton Proksch Institut
 - KOMMR RENATE RÖMER Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
 - W.HOFFR. PROF. UNIV.-DOZ. DR. WERNER SCHÖNY pro mente Oberösterreich
 - MMAG. MARTIN H. STAUDINGER Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
 - UNIV.-PROF. DR. BERNHARD SCHWARZ Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien
 - DR. ARTUR WECHSELBERGER Ärztekammer für Tirol
- Moderation:** Mag. Hanns Kratzer, PERI Consulting

Experten fordern Einschränkung der Alkohol-Werbung

330.000 Menschen in Österreich sind alkoholkrank. Im Rahmen der Gesundheitsgespräche des Europäischen Forum Alpbach forderten Experten, dass Alkoholsucht als Erkrankung erkannt wird und entsprechende Maßnahmen gesetzt werden. Ein erster wichtiger Schritt wäre nach Meinung der Diskutanten eine eingeschränkte Verfügbarkeit von Alkohol: „Einfach nur Verbote auszusprechen ohne begleitende Maßnahmen zu setzen, bringt gar nichts“, so Univ.-Prof. Dr. Musalek vom Anton Proksch Institut in Wien (API). Zudem wurde der Verkauf von Alkohol in Kantinen und Tankstellen kritisiert. Univ.-Prof. Dr. Musalek sah bei der Alkoholwerbung einen Ansatzpunkt. Er meinte, dass durch Werbung eher ein verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol gefördert werden sollte: „Geringe Mengen und hohe Qualität, in Verbindung mit Essen – diesen Weg geht die Weinindustrie. Warum bewirbt man nicht auch beim Bier das Genustrinken zum Essen aus kleineren Flaschen?“ Eine andere Überlegung war, das Ausschneiden von Alkohol in Betriebskantinen einzuschränken. Dazu meinte Dr. Artur Wechselberger von der Ärztekammer für Tirol: „Es ist schon eigenartig, dass man bei einer Tankstelle, wo man mit dem Auto hinfährt, rund um die Uhr Bier, Wein und Schnaps bekommt.“

Alkoholismus wird in der Gesellschaft tabuisiert

Univ.-Prof. Dr. Musalek wies unter anderem darauf hin, dass Österreich in Bezug auf Alkoholkonsum und die Alkoholkrankenzahlen,

zu den führenden Nationen gehört. Trotzdem findet diese Erkrankung kaum Eingang in den öffentlichen Diskurs. Der Experte zeigt auf: „Das Verhältnis bei den Alkoholkranken ist ja ein 4:1-Verhältnis. Das bedeutet, auf vier alkoholkranken Männer kommt eine alkoholkranken Frau. Bei den unter 16-Jährigen, die einen problematischen Alkoholkonsum betreiben, haben wir schon ein 2:1-Verhältnis. In 20 bis 30 Jahren müssen wir damit rechnen, dass wir auch bei den Alkoholkranken ein 2:1-Verhältnis haben werden. Dies halte ich für ein ungeheuer großes Problem in unserem Land.“

Trinken ist zu besonderen Anlässen angesehen

Auf etwas „anzustoßen“, das gefeiert werden muss, ist längst praktizierte Realität. „Das Problembewusstsein der Österreicher in Hinblick auf Alkohol ist noch zu gering, denn es gehört offenbar dazu Zwölf- oder Dreizehnjährigen bei Geburtstagsfesten das Trinken beizubringen“, war sich Univ.-Prof. Dr. Musalek sicher. Obwohl die Erkrankung gut behandelbar sei, würden nur wenige Menschen eine Therapie in Anspruch nehmen. „In Behandlung hat ein Betroffener eine Chance von siebzig bis achtzig Prozent, dauerhaft abstinent zu bleiben. Ohne Behandlung beträgt dieser Prozentsatz nur zehn bis fünfzehn Prozent – der Großteil der Menschen bleibt so in der Sucht gefangen“, so der Experte weiter.

Problematischer Umgang mit Alkohol

Alkohol kann krank machen, aber nicht jeder der zu viel trinkt, ist alkoholkrank. So hätten in Österreich 700.000 Menschen einen „problematischen Umgang“ mit Alkohol, 330.000 seien tatsächlich alkoholkrank. Klar ist, dass die Verfügbarkeit von Sucht- und Genussmitteln eine große Rolle spielt. Laut Experten existiert auch eine Gruppe Suchtkranker mit exzessivem Alkoholkonsum, jene der so genannten „heavy user“. „Heavy user befinden sich besonders häufig in stationärer psychiatrischer Behandlung und verursachen einen Großteil der Kosten im psychiatrischen Bereich“,

klärte w.Hofr. Prof. Univ.-Doz. Dr. Schöny von pro mente Oberösterreich auf. MMag. Martin H. Staudinger vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz wies darauf hin, dass besonders der massive Konsum der Heavy User oft schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen wie zum Beispiel Lebererkrankungen, Organschäden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychische Krankheiten zur Folge hätte.

Sucht wird stigmatisiert

Während Alkohol für viele Österreicher zum Leben dazugehört, werde die Sucht stigmatisiert, betonten die Experten. Alkoholsucht sei eine Krankheit und solle auch als solche anerkannt werden – etwa hinsichtlich der Kostenübernahme und des Therapieangebots. Wer sich in Behandlung gebe und dabei bleibe, habe eine siebzig bis achtzigprozentige Chance, dauerhaft abstinent zu werden. „Unabhängig von der Menge ist Alkohol aber auch dann problematisch, wenn man ihn als Medikament zur Beruhigung einsetzt und sich nicht vorstellen kann, ein oder zwei Tage pro Woche auch ohne auskommen zu können“, klärte Univ.-Prof. Dr. Musalek auf. Univ.-Prof. Dr. Schwarz vom Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien stellte fest, dass Alkohol gerade in Österreich gesellschaftlich extrem verwurzelt und akzeptiert ist. „Ein Alkoholkranker ist üblicherweise erst dann auffällig, wenn er entweder Verwahrlosungstendenzen zeigt oder unzuverlässig wird und seine Arbeit nicht mehr richtig erledigt“, betonte Univ.-Prof. Dr. Schwarz.

Immer mehr Jugendliche alkoholabhängig

Besonders Jugendliche haben in Österreich viele Möglichkeiten Alkohol zu konsumieren, die Mindestaltersgrenzen sind im Vergleich zu anderen Ländern niedrig und die Ausweiskontrolle in Supermärkten, Kantinen und Tankstellen lückenhaft. Laut MMag. Staudinger werde der Alkoholkonsum in vielen anderen Ländern wesentlich strikter gehandhabt, als in Österreich. Gerade beim Jugendschutz sei es in Österreich sehr einfach, bei

Festen, an Tankstellen oder auch im Supermarkt Alkohol zu erwerben. In vielen anderen Staaten ist Alkoholkonsum bis zum Alter von 21 Jahren verboten und somit illegal. Mag. Andreas Gatsch vom

1255 Oberösterreicher schon im Ersatzprogramm: Internet- und Konsumsucht überholen Alkohol und Drogen

Die „neuen Süchte“ sind am Vormarsch! So sind 100.000 Oberösterreicher „konsumsüchtig“ – darunter fallen etwa exzessives Einkaufen oder Essen. 10.000 Landsleute sind dem Internet verfallen. Dagegen gibt es „nur“ 65.000 Alkoholiker und 5000 klassische Drogensüchtige in unserem Bundesland.

„Sucht ist eine der teuersten Erkrankungen, da sie psychische, physische und soziale Auswirkungen hat. Sie ist unheilbar, man kann sie nur zum Stillstand bringen“, weiß Primar Werner Schöny von pro mente OÖ. Während die Zahl der Alkohol- und Drogenabhängigen konstant bleibt, ex-

dieren die Zahlen der Kauf-, Spiel- und Online-Süchtigen.

„Warum jemand süchtig wird, ist sehr unterschiedlich. Oft ist es eine Flucht, um mit einer schwierigen Situation fertig zu werden. Etwa sexuellem Missbrauch, dem

seit 23 Jahren die Therapiestation „Erlenhof“ in Prambachkirchen leitet – siehe auch unser Interview.

In dieser Einrichtung, die seit 30 Jahren besteht, gibt es 25 Plätze: ausgebucht. Hier geht es darum, die Süchtigen abstinent zu halten und sie ins Berufsleben einzugliedern. 149 Euro kostet pro Patient ein Tag im Erlenhof – früher kamen Leute aus ganz Österreich, jetzt fast nur noch aus OÖ. Denn die Länder finanzieren vorwiegend



330.000 Österreicher sind alkoholkrank

Mehrheit beim Europäischen Forum Alpbach verließen im Kampf gegen den Alkoholkonsum weniger Werbung für Süßigkeiten, Kebab und auch der 24-Stunden-Verkauf von Alkohol an Tankstellen und in Kantinen.

Alkohol ist ein Suchtmittel und kann krank machen. In Österreich sind 330.000 Menschen alkoholkrank. Das ist ein Problem, das nicht nur die Betroffenen, sondern auch die Gesellschaft als Ganzes betrifft. Die Kosten für die Behandlung von Suchtkranken sind in den letzten Jahren stark gestiegen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Suchtkrankenzahlen in Österreich weiterhin hoch sind.





Sozialmedizinischen Dienst des Amtes der Salzburger Landesregierung führte aus, dass er und sein Team bereits seit einigen Jahrzehnten im Sinne einer ambulanten Betreuungseinrichtung für Suchtkranke tätig seien: „Wir suchen Menschen zu Hause auf, von denen angenommen wird, dass sie ein Alkoholproblem haben. Diese potenziellen Betroffenen melden sich in der Regel nicht selbst bei den Einrichtungen, sondern werden von Ärzten, Angehörigen oder Dienstgebern an uns weitervermittelt.“ Die Experten waren sich darüber einig, solche Projekte auch in Zukunft zu fördern, da durch diese Tätigkeit ein wichtiger Beitrag zur Betreuung von Betroffenen geleistet wird.

Höheres Risiko bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien

Ein weiterer gesamtgesellschaftlicher Aspekt ist die Problematik von Kindern und Jugendlichen in alkoholbelasteten Familien. „Kinder und Jugendliche, die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil suchtkrank ist, unterliegen einem signifikanten Risiko, selbst einen kritischen Umgang bis hin zur Sucht zu entwickeln. Sie haben auch ein erhöhtes Risiko, andere psychische Erkrankungen zu bekommen, insbesondere Persönlichkeits- und Angststörungen“, erläuterte Mag. Gatsch. Sekundärprävention an den Erwachsenen sei immer auch gleich Primärprävention an den Kindern und Jugendlichen. „Auch die Dauer, die Kinder am Alkoholismus ihrer Eltern leiden, ist entscheidend. Je früher man das Problem in den Griff bekommt, desto geringer der Schaden“, stellte Mag. Gatsch fest. Die Ursachen für unkontrollierten Alkoholkonsum können laut Univ.-Prof. Dr. Schwarz unterschiedlich sein: „In der Kindheit sind oft traumatische Erlebnisse die eigentliche Wurzel des Problems. In diesem Fall muss eine Behandlung durch entsprechende Therapien stattfinden.“

Auswirkungen von Alkohol auf Arbeit und Sozialleben

Alkoholismus greift massiv in das Sozialleben der betroffenen Person und in ihre Umwelt ein, erklärte w.Hofr. Prof. Univ.-Doz. Dr. Werner Schöny. „Soziale Folgen für Betroffene reichen von eingeschränkter Leistungsfähigkeit über Konzentrationsstörungen bis hin zu damit verbundenen Problemen im Berufsleben. Die Erkrankung kann aber in Beziehungsproblemen, sexuellen Problemen oder Schwierigkeiten am Arbeitsplatz resultieren“, erklärt MMag. Staudinger weiter: „Arbeitswelt und Alkoholismus vertragen sich nicht. Viele Straftaten werden durch Alkohol ausgelöst – teilweise entstehen auch Folgekosten durch Unfälle, die auch Menschenleben fordern. Das heißt, der Alkoholiker gefährdet nicht nur sich und seine Familie, sondern auch andere Menschen. Auch hier ist die Politik gefordert etwas zu verändern“, so der Fachmann. KommR. Renate Römer von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) bezog sich in ihrem Statement auf die wirtschaftlichen Auswirkungen des Alkoholismus: „Mehr als zwei Drittel der 330.000 Alkoholkranken sind arbeitslos. Der Großteil ist im arbeitsfähigen Alter zwischen 25 und 55 Jahren. Alkoholkranken sind zu einem viel höheren Prozentsatz wegen Berufsunfähigkeit in Pension als der

österreichische Durchschnitt. Bei dreißig Prozent aller Arbeitsunfälle ist Alkohol im Spiel oder sogar Ursache für die Unfälle. Alkoholranke verursachen 3,5-Mal mehr Arbeitsunfälle als nicht Alkoholisierte. Darüber hinaus weisen suchtkranke Personen 2,5-Mal häufiger und erheblich längere Krankenstände als nicht alkoholranke Menschen auf. Sie erbringen außerdem grundsätzlich 25 Prozent weniger Leistung und verschlechtern das Betriebsklima. Prof. Flemmich von der Arbeiterkammer Wien ging den erschreckend hohen Zahlen auf den Grund: „In Hinblick auf die Arbeitswelt sind wir von einem immer schnelleren System und einem stetig steigenden Leistungsdruck betroffen. Die verdichteten Ablauforganisationen sind ein großes Problem. Die Leute suchen nach Möglichkeiten, sich zu entspan-

ausreichen, um in diesem Punkt Abhilfe zu schaffen. Eine weitere Expertendiskussion zu diesem Thema sei wünschenswert. Hier sei starker Handlungsbedarf gegeben. Mag. Gatsch merkte dazu an, dass die Zusammenarbeit mit Dienstgebern oft sehr hilfreich sein kann, gerade wenn es darum geht, den Arbeitsplatz eines Betroffenen während seiner Therapie zu erhalten. „Unter der Voraussetzung des Erhalts des Arbeitsplatzes funktionieren Therapien meist sehr gut, da der Betroffene nicht nur den gesundheitlichen Benefit sieht, sondern weiß, dass er durch die Alkoholabstinenz seinen Arbeitsplatz behalten kann“, erläutert Mag. Gatsch den Sinn einer Kooperation mit Dienstgebern.

Prävention nach dem Motto „Gesund bleiben statt gesund werden“

Mag. McDonald von der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) betonte, dass es aus Sicht der Krankenversicherung in erster Linie nicht nur darum gehe, eine optimale Versorgung für Alkoholranke gemeinsam mit den Stakeholdern

des Gesundheitssystems sicherzustellen: „Es braucht ein Umdenken, wir müssen als Versicherungen den gesunden Menschen noch stärker in den Mittelpunkt rücken. Es sollte viel mehr an der Krankheitsvermeidung gearbeitet werden“, so Mag. McDonald. Zudem führte er aus, dass gerade an einer Umstrukturierung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft in eine Gesundheitsversicherung gearbeitet wird: „Wir wollen künftig nach dem Motto ‚Gesund bleiben statt gesund werden‘ arbeiten“. Dr. Wechselberger fokussierte in seinen Ausführungen auf den Kontakt des niedergelassenen Bereichs mit potenziellen Betroffenen: „Eine der wesentlichsten Aufgaben ist es, neben den hochspezialisierten stationären oder ambulanten Einrichtungen der Krankenanstalten möglichst niederschwellige Alternativen zu bieten. Die niedergelassenen Ärzte sind aufgerufen, jeden Kontakt mit Patienten dazu zu nutzen, einerseits präventiv tätig zu sein und andererseits auch intensiv auf Betroffene einzuwirken, sich einer Behandlung zu unterziehen“, erklärte der Mediziner und Präsident der Ärztekammer Tirol.



nen und zu erholen. Der Weg von einem alkoholischen Entspannungsgetränk bis zur Alkoholkrankheit ist zwar lang, das eine geht aber fließend in das andere über. Damit diese Erkrankungen verhindert oder zumindest minimiert werden können, müssen solche Arbeitsstrukturen hinterfragt werden“, so Prof. Flemmich. Seine Idee einer Arbeitsplatzqualitätsanalyse in Form eines Gütesiegels zur Zertifizierung könne möglicherweise eine Verbesserung im System bewirken. Renate Römer war in Hinblick auf das von Prof. Flemmich geschilderte Arbeitsleid anderer Meinung: „Wäre das von Ihnen geschilderte Arbeitsleid so hart, dann wären wir nicht das viertreichste Land der EU. Ich glaube eher, dass am Selbstwert der Menschen gearbeitet werden muss, um genau solche Fälle zu vermeiden“, entgegnete Römer. Prof. Flemmich argumentierte, dass der Schwerpunkt vielmehr auf der Arbeitsplatzqualität zu liegen habe. Immerhin gebe es 1,5 Millionen Österreicher, die burn-out-gefährdet seien. Zudem steige der Anteil psychischer Erkrankungen bei Invaliditätspensionen ständig. Präventionsmaßnahmen, wie der „gesunde Apfel“ würden nicht mehr

Öffentlicher Diskurs und Information über die Erkrankung

Univ.-Prof. Dr. Musalek sprach sich am Ende der Podiumsdiskussion für die Notwendigkeit der Entstigmatisierung der Krankheit sowie der Institutionen aus: „Eine öffentliche Diskussion sowie ein Ernstnehmen der Erkrankung sind dringend erforderlich. Keinesfalls benötigen wir eine Dramatisierung dieser Erkrankung, sondern müssen die Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen – sowohl medikamentös als auch psychotherapeutisch und vor allem im Bereich der Lebensneugestaltung. Dass wir einen Diskussionsprozess mit dieser Veranstaltung einleiten, ist mir eine besondere Freude.“



Rückblick Jobmesse 2011:

Erfolgreiche Initiative der Österreichischen Ärztekammer – die Messe „Berufen. Neue Wege für junge Ärzte!“

VON MAG. NINA BENNETT, MA



Für die praktische Ausbildung von Ärzten im Krankenhaus existieren hierzulande nach wie vor längere Wartezeiten und oftmals auch schlechtere Arbeitsbedingungen als im Ausland. Viele heimische Nachwuchsmediziner sehen sich daher gezwungen abzuwandern. Häufig nutzen sie Angebote aus dem Nachbarland Deutschland, das von einem akuten Fachärztemangel betroffen ist. 37 Aussteller aus Deutschland und Österreich folgten der Einladung der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) und nahmen an der Jobmesse 2011 für österreichische Ärzte teil. Der Austausch deutscher Aussteller mit angehenden Medizinern aus unserem Land war überaus rege. Sie zeigten sich vom Interesse der Besucher überwältigt.

Bereits mehr als 2000 österreichische Ärzte arbeiten derzeit in Deutschland – zum Großteil auszubildende Mediziner. Die Migration von Jungmedizinern ins Ausland ist vor allem darauf zurückzuführen, dass in Österreich bei der praktischen ärztlichen Weiterbildung oftmals schlechtere Arbeitsbedingungen sowie längere Wartezeiten existieren als beispielsweise in Deutschland. Kritik an der ärztlichen Weiterbildung in unserem Land wird bereits seit Monaten laut. Die Ärztekammer hat darauf mit einer Maßnahme reagiert: der Jobmesse „Berufen. Neue Wege für junge Ärzte!“, die im Mai dieses Jahres an drei aufeinanderfolgenden Tagen in Innsbruck, Graz und Wien stattfand. 37 Spitäler und Krankenhausgesellschaften aus sechs Bundesländern Deutschlands – die meisten aus Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Bayern – und aus Österreich nahmen als Aussteller an der Messe teil. Die insgesamt 120 deutschen Experten informierten Interessenten über Chancen und Möglichkeiten der Ausbildung in der Bundesrepublik. Die Jobmesse verlief für die Österreichische Ärztekammer äußerst erfolgreich. Sie bekam noch lange nach der Veranstaltung lobende Rückmeldungen der Aussteller über die hervorragende Organisation, die gute Verpflegung und den freundlichen Service. Es konnten sogar schon einige Vermittlungen junger Ärzte nach Deutschland abgewickelt werden.

Jobmesse bot Austausch zwischen deutschen Experten und österreichischen Jungärzten

Die drei Veranstaltungen dienten den Medizinern und Studenten zum Austausch über mögliche Weiterbildungsmaßnahmen im In- und EU-Ausland. Angehende Ärzte konnten sich über Ausbildungen und Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern informieren – und zwar vorwiegend an deutschen, aber auch an österreichischen Anstalten. Zahlreiche Vertreter der einzelnen Spitäler – sowohl Ärzte als auch Mitarbeiter aus den Bereichen Human Resources und Marketing – standen an den Messeständen für Fragen, Erfahrungsberichte und individuelle Beratung zur Verfügung. Zudem gab es Informationen zu vorhandenen Arbeitsplätzen sowie Aufgabenbereichen, Wohnmöglichkeiten, Infrastruktur und Freizeitaktivitäten. Vormittags referierten renommierte Vertreter

aus den ausstellenden Bundesländern im Rahmen von Vorträgen zu den Schwerpunkten ihrer Häuser und präsentierten deren Chancen, Möglichkeiten und Vorteile. Zusätzlich wurde für den intensiveren Austausch eine Networkingzone installiert, die wie ein Kaffeehaus mit einem Cateringbereich eingerichtet war.

Akuter Ärztemangel macht Werbung für Standort Deutschland erforderlich

Der Grund für die intensive Bewerbung deutscher Krankenhäuser bei Medizinern im Ausland – speziell in Österreich – ist der massive Ärztemangel des Landes. Bedingt durch den Numerus clausus, wird weniger Nachwuchs ausgebildet, als Deutschland zur Versorgung seiner Bewohner benötigt. Um die medizinische Betreuung aufrechterhalten zu können, müssen Ärzte aus allen Regionen Europas angeworben werden. Diese Problematik wurde auch an allen drei Vormittagen in den zahlreichen Vorträgen – moderiert von Dr. Melanie Viehhauser – erläutert. In Wien eröffnete Dr. Walter Dörner, Präsident der Österreichischen Ärztekammer, die Jobmesse mit einem Statement über die aktuelle Situation. Er zog einen Vergleich zwischen Deutschland und Österreich und erklärte im Rahmen seines Vortrags, dass während der letzten Jahre an den heimischen Medizinuniversitäten zu viele Studenten ausgebildet wurden. Dies sei die Ursache der langen Wartezeiten und mache es nötig, mehr Möglichkeiten für unterschiedliche Ausbildungswege zu schaffen.

Dauer des Turnus in Österreich als Grund für Migration

Neben dem Ärztemangel Deutschlands gibt es aber auch für österreichische Jungmediziner gute Gründe, sich über Weiterbildungsmöglichkeiten im Ausland zu informieren: längere Wartezeiten auf einen Ausbildungsplatz und oftmals schlechtere Arbeitsbedingungen. Wenn Ärzte, wie es hierzulande im Regelfall üblich ist, zuerst den Turnus und anschließend die Facharztausbildung absolvieren, kann das bis zu neun Jahre in Anspruch nehmen. Auf einen Ausbildungsplatz muss man oftmals an die drei Jahre warten. Vielen Ärzten ist es daher ein Anliegen, den Turnus zu umgehen und ins Ausland zu übersiedeln, um dort gleich mit der Facharztausbildung beginnen zu können.

Österreich – häufig schlechtere Bedingungen für Turnusärzte

Während in anderen Ländern diplomierte Krankenschwestern Arbeiten wie die Blutabnahme oder das Anlegen von Infusionen übernehmen, liegen diese in Österreich in der Hand der Turnusärzte. Genauso wie bürokratische Routinearbeit auf der Station. Nach dem Turnus haben viele Jungmediziner nicht das Gefühl, auf die eigenverantwortliche ärztliche Tätigkeit bestens vorbereitet zu sein. Schließlich wurden sie als angehende Ärzte in den Krankenhäusern nicht zu medizinischen Tätigkeiten herangezogen, obwohl sie sich in dieser Zeit eigentlich voll auf ihre Ausbildung konzentrieren hätten sollen.





BERUFEN?



AUSBLICK JOBMESSE 2011

Das äußerst positive Feedback nach der Veranstaltung zeigt, dass diese für die Österreichische Ärztekammer ein voller Erfolg war: zufriedene Aussteller, intensivierte Freundschaftsvereinbarungen mit Deutschland, Förderung des medizinischen Erfahrungsaustausches, hohe studentische Nachfrage. Man darf annehmen, dass die Jobmesse Zukunftspotenzial hat.





IMPFEN, EINE WICHTIGE PRIMÄRPRÄVENTION IN DER GESUNDHEITSVORSORGE

Gesundheitsminister Stöger hat bei den diesjährigen Alpbacher Gesundheitsgesprächen verkündet, dass er das bisherige Impfkonzept für Kinder um zwei Gratisimpfungen erweitern möchte. Damit sollen in Zukunft Gratisimpfungen gegen Pneumokokken und Meningokokken für alle Kinder in Österreich ermöglicht werden. Bundesminister Stöger kommt somit einer langjährigen Empfehlung des Obersten Sanitätsrats und auch einer alten Forderung von Ärzten und uns Apothekern nach. Österreich war in diesem Präventionsbereich bisher nämlich Schlusslicht in Europa.

Es ist dies eine kluge und notwendige gesundheits- und sozialpolitische Entscheidung des Ministers, die das Thema Impfen außerdem wieder etwas mehr in den Vordergrund rückt. Es ist zu hoffen, dass die anderen Zahler der Kinder-Gratisimpfungen – die Sozialversicherungen und Länder – ebenfalls ihren Beitrag dazu leisten werden. Denn die Gesamtkosten des Kinderimpfprogramms werden zu zwei Dritteln vom Bund und jeweils zu einem Sechstel von den Ländern und der Sozialversicherung finanziert.

Bereits 1997 wurde dieses System der Finanzierung von der damaligen Gesundheits- und Sozialministerin Hostasch ins Leben gerufen. Das Ziel: Alle in Österreich lebenden Kinder sollen Zugang zu den volksgesundheitlich wichtigen Impfungen haben, ohne dass den Erziehungsberechtigten Kosten dafür erwachsen. Als Prioritäten wurden einerseits häufig vorkommende und andererseits seltene, sehr schwer verlaufende Krankheiten definiert. Eine weitere Vorgabe war es, die Kinder mit einer Impfung gegen diese Infektionen zu schützen.

Unter Gesundheitsministerin Rauch-Kallat wurde die Pneumokokkenimpfung 2004 für Risikokinder kostenfrei zur Verfügung gestellt. Pro Jahr werden in Österreich mehr als 300 Pneumokokken-erkrankungen gemeldet. Sieben Prozent davon enden tödlich, häufig kommt es auch zu bleibenden Folgeschäden wie etwa Hörverlusten. Neben diesen sehr schweren Formen der Pneumokokkeninfektionen kommt es auch zu einer hohen Zahl von sonstigen pneumokokkenbedingten Erkrankungen, insbesondere Lungenentzündungen und akuten Mittelohrentzündungen.

Jährlich treten 100 schwere Meningokokkenkrankungen bei Kleinkindern und Jugendlichen auf. Bis zu 13 von 100 dieser Patienten versterben an den Folgen ihrer Infektion. Die Sterblichkeit ist leider in den letzten zehn Jahren steigend. Bei den Überlebenden bleiben oft schwere Gesundheitsschäden.

Die letzte Neueinführung im Kinderimpfkonzept gab es unter Ministerin Kdolsky, die 2007 die Impfung gegen Rotaviren durchsetzte. Bereits im ersten Jahr nach der Einführung sind die hierdurch bedingten Spitalsaufnahmen bei Kleinkindern um 75 Prozent gesunken.

Nicht von ungefähr haben wir Apotheker diese Ausweitung der Gratischutzimpfungen gefordert. Wissen wir doch durch unsere tägliche Arbeit mit unseren Kunden, dass es oft das fehlende Geld und leider auch die Unwissenheit vieler Eltern ist, die eine Impfung der Kleinkinder verhindern und damit zu folgenschweren Erkrankungen führen können. Umso erfreulicher ist es, dass Minister Stöger nun das Kinderimpfprogramm weiterentwickelt und damit den Eltern viel Leid und dem Gesundheitssystem hohe Kosten erspart.

Es bleibt zu hoffen, dass das Thema Impfen – nicht nur bei den Kleinkindern – wieder etwas mehr in den Fokus rückt, da in Österreich eine gewisse Impfmüdigkeit erkennbar ist. Wir leben in einer Zeit, in der Krankheiten wie Kinderlähmung, Masern, Diphtherie oder Keuchhusten vermeintlich keine Gefahr mehr darstellen und daher von der Bevölkerung unbeachtet bleiben. Dieses Verhalten birgt natürlich die Gefahr, dass längst bezwungene Erkrankungen wieder virulent werden. Um so wichtiger wäre es, dass die Verantwortlichen im Gesundheitswesen verstärkt auf dieses Risiko hinweisen und gegen die Impfmüdigkeit der Bevölkerung auftreten. Gesundheitsminister Stöger hat mit seinem Handeln den richtigen Schritt gesetzt, meint Ihr Thomas Veitschegger.

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



BUCHREZENSIONEN

DAS GROSSE FRAUENGESUNDHEITSBUCH

PERSÖNLICH – PRAKTISCH – ALLTAGSTAUGLICH, SABINE FISCH, LOEWENZAHN, ISBN: 978-3-7066-2458-9, 344 SEITEN, EUR 24,95



Von einer Frau für Frauen, aber auch für Männer, die ihre Frauen besser verstehen wollen, geschrieben: „DAS GROSSE FRAUENGESUNDHEITSBUCH“ vermittelt medizinisch fundierte Informationen, spannend und leicht lesbar aufbereitet. Sie erfahren darin alles über Ihren Körper und sein faszinierendes Zusammenspiel mit Geist und Seele. Wie können wir unseren Alltag gesund gestalten, ohne an allzu hohen Vorgaben zu scheitern? Die Medizinjournalistin Sabine Fisch gibt wertvolle Tipps und Anregungen für eine bewusster Wahrnehmung der eigenen Gesundheit. Sie zeigt auch auf, was Kranksein bedeutet und wie wir damit umgehen können. Ihr Wissen als Medizinjournalistin verbunden mit Erfahrungen anderer Frauen macht dieses Buch zu einem vielseitigen, aber auch sehr persönlichen

Ratgeber. Die Autorin zeigt Möglichkeiten auf, wie Frau mit Körper, Geist und Seele pfleglich umgehen und so den Alltag besser meistern kann – und das ohne erhobenen Zeigefinger und Anweisungen. Die Gesundheitsfibel bietet auf über 300 Seiten umfangreiche Informationen zu Anatomie, Sexualität und Fortpflanzung, Ernährung im Alltag, Übergewicht, Stress und Rauchen sowie Partnerschaft und Liebe. Weitere Schwerpunkte betreffen frauenspezifische Erkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen, Schönheitsideale aber auch alltagstaugliche Tipps zum Gesundbleiben sowie zahlreiche Kontakt- und Internetadressen. Das Buch hegt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Aber es bietet einen guten Überblick über all jene Aspekte, die für ein „gesundes Leben“ eine Rolle spielen.

GESUNDHEITSRECHT VON A BIS Z

LUKAS STÄRKER, MANZ, ISBN 978-3-214-06944-5, 518 SEITEN, EUR 68,00



Das Handbuch „Gesundheitsrecht von A bis Z“ gibt Antworten auf die wichtigsten Rechtsfragen des Gesundheitswesens. Der Autor wendet sich mit seinem Buch sowohl an Ärzte und Ärztinnen, Patienten und Patientinnen, sowie Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind. In übersichtlicher, alphabetischer Reihenfolge beantwortet das Buch Fragen aus den Bereichen Arbeitsrecht, Berufsrecht, Krankenversicherung, Medizinrecht etc. Von A wie „Anti-Dopingsgesetz“ bis Z wie „Zahnärztegesetz“ wird zuerst auf allgemeine Informationen zu dem jeweiligen Thema eingegangen und anschließend im Detail erörtert, welche Fragen für den Leser relevant sind. Fußnoten, Verweise und weiterführende Erklärungen unterstützen, um sich bei einem punktgenauen Einstieg rasch zu recht zu finden und ermöglichen eine einfache

Nachverfolgung der verwendeten Quellen. Dr. Lukas Stärker ist stv. Kammeramtsdirektor der Österreichischen Ärztekammer, Fachbuchautor, Seminarvortragender, fachkundiger Laienrichter am Obersten Gerichtshof, Lehrbeauftragter der Medizinischen Universität Wien, der FH-Wien sowie der Donau Universität Krems und Autor einschlägiger Fachartikel.

PHARMIG ACADEMY NACH VIER JAHREN WEITER AUF EXPANSIONSKURS

Mit dem Schul- und Semesterbeginn startet auch der Fortbildungsherbst. Da eine stetige Weiterentwicklung in der Gesundheits- und Pharmabranche unerlässlich ist, gibt es seit 2007 die Pharmig Academy. Im Zentrum steht das Training für die komplexen Anforderungen des beruflichen Alltags. „Als Schnittstelle zwischen Industrie und wissenschaftlichem Fortschritt ist die Pharmig Academy immer am Puls von Zeit, Markt und Themen. Gerade weil viele Referenten von Mitgliedsfirmen stammen, ist ein hoher Praxisbezug gewährleistet. Die Ausbildung in Kleingruppen auf höchstem Niveau bringt einen echten Wissensvorsprung“, so Dr. Dorothea Greif, Geschäftsverantwortliche der Pharmig Academy. Mag. Helga Tieben, Co-Geschäftsverantwortliche, erklärt: „Die steigenden Teilnehmerzahlen haben uns dazu veranlasst, personell und räumlich aufzustocken. Wir kennen nicht nur die relevanten Themen und Player, sondern verfügen über das ausreichende Insiderwissen, um Trends zu setzen. So bietet die Pharmig Academy etwa mit dem Lehrgang Pharmakovigilanz, der ganz gezielt auf die neuesten gesetzlichen Herausforderungen eingeht und einen direkten Praxisbezug liefert, topaktuelle Ausbildung.“



„Fundiertes und praxisorientiertes Wissen unserer Mitarbeiter ist „key“ für unseren Unternehmenserfolg. Wir investieren laufend in die Aus- und Weiterbildung unserer Mitarbeiter.“

Dr. Martina Schmidt, General Manager, Actelion Pharmaceuticals Austria GmbH



„Qualitätsvolle und praxisorientierte Weiterbildung ist ein „Muss“ für alle Mitarbeiter in der Pharmaindustrie und trägt wesentlich zum Unternehmenserfolg bei. Ich engagiere mich deshalb sehr gerne durch Referententätigkeit in der Pharmig Academy, weil diese die Fortbildungsanliegen der Pharmaindustrie bestmöglich umsetzt.“

Dr. Wolfgang Bonitz, Medical Director Novartis Austria GmbH



„Gerade die pharmazeutische Industrie unterliegt regulatorischen und legislativen Änderungen: Der Unternehmenserfolg hängt auch davon ab, wie informiert die Mitarbeiter sind. Laufende Weiterbildung ist daher unabdingbar.“

Christoph Gärtner, Training Manager Austria, MSD, Leiter des Schulungs- und Ausbildungszentrums

PHARMAKOVIGILANZ

Trendthema Pharmakovigilanz: Lehrgang in 7 Modulen

Das Thema Pharmakovigilanz wird für die Pharmaindustrie immer wichtiger. Obwohl die gesamte klinische Entwicklung eines Arzneimittels neben der Untersuchung auch die unerwünschten Wirkungen beinhaltet, ist die Überwachung nach der Marktzulassung von Bedeutung. Der 7-teilige Lehrgang in Modulform deckt alle wichtigen Aspekte der Pharmakovigilanz ab. Dabei wurde auf die Qualitätsfaktoren Gesamtkonzept – Praxisbezug – qualifizierte Referenten Wert gelegt. Spezialisten aus Industrie und Behörden konnten dafür gewonnen werden: MMMag. Bernd Unterkofler, MR Dr. Walter Phleps, Dr. Richard Nuber, Dr. Stefan Kähler, Dr. Regina Lauer, Prof. Dr. Barbara Sickmüller, Dr. Axel Thiele, Dr. Barbara Köth, Dr. Martina Friedl, Silvia Kranich, DI Dr. Harald Leiter und Dr. Eva Schnabl.

Termin: Start Modul 1 am 23.01.2012

QUALITY BY DESIGN

Quality by Design: New Concepts for Development & Manufacturing – A Hands-on Course for Pharma in Kooperation mit der DIA (Drug Information Association Europe)

In diesem Intensivseminar werden die wichtigsten Elemente von Quality by Design – Quality Risk Management (QRM), Process Characterisation, Design of Experiments (DoE), die Entwicklung eines Design Space und die Kontrollstrategien – aufgezeigt, zusätzlich werden die „Knowledge Management“ Werkzeuge vorgestellt.

Termin: 03. 11. 2011, 09.00–17.00 Uhr, und 04. 11. 2011, 09.00–17.00 Uhr

Referenten: Dr. Siegfried Adam; Dr. Fritz Erni; Prof. Dr. Johannes Khinast; DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche

SEMINARPROGRAMM

LEHRGANG

Fit im Pharmavertrieb – QM in Theorie und Praxis

Modul 4: Pharmatransporte – Prozesse und Qualifizierung in der Praxis

In diesem Workshop erhalten Sie relevante Informationen, die Sie bei der Qualifizierung der Transportprozesse in Ihrem Unternehmen berücksichtigen sollten. In kleinen Gruppen können Sie Lösungen für Ihre individuellen Problemstellungen erarbeiten, sodass ein optimaler Wissenstransfer in die Praxis gewährleistet ist.

Termin: 20. 10. 2011

Referenten: Ing. Walter Heider, MAS, Ing. Bernhard S. Zoidl

SEMINAR

ELGA – die elektronische Gesundheitsakte

Bei diesem Seminar erhalten Sie von vier Topexperten die wesentlichen Informationen über Umfang und Inhalt der elektronischen Gesundheitsakte. Themen wie Datenschutz, Zugriffsbestimmungen, Kosten und Nutzen, Patientenrechte und die Auswirkungen auf die Gesundheitsdienstleister werden kritisch erörtert.

Termin: 24.10.2011

Referenten: Dr. Susanne Herbek, Mag. Hubert Eisl, Dr. Martin Hurch, Dr. Christian Husek

INTENSIVSEMINAR

Datenschutzrecht in 2 Modulen

Datenschutz gewinnt im Wirtschaftsleben und im Besonderen im medizinischen, pharmazeutischen Bereich zunehmend an praktischer Bedeutung. Im Modul 1 wird Grundlagenwissen zum Datenschutz vermittelt, Modul 2 geht auf Datenschutz-Spezialthemen aus der Praxis von Pharmaunternehmen ein.

Termin: 14. 11. 2011 und 15. 11. 2011

Referenten: Dr. Gerhard Kunnert, Dr. Rainer Knyrim

INTENSIVSEMINAR

Die Auditkraftkammer – Audits erfolgreich meistern!

Sie erhalten alle relevanten Informationen für die Vorbereitung und Durchführung von Audits sowie Einblick in die Sichtweise und Vorgehensweise des Auditors. Mittels Fallbeispielen aus der Praxis und der Simulation in Form von Case Studies gewinnen Sie die notwendige Sicherheit für zukünftige Audits.

Termin: 16. 11. 2011 und 17. 11. 2011

Referenten: Mag. pharm. Doris Enickl, Ing. Bernhard S. Zoidl

INTENSIVSEMINAR

Statistik für Nicht-Statistiker

Sie lernen in nur einem Tag die wesentlichen Begriffe der Statistik und Analysemethoden kennen und verstehen.

Termin: 23. 11. 2011

Referent: Univ.-Prof. DI Dr. Peter Bauer

INTENSIVSEMINAR

Parallelhandel in Österreich

Sie erhalten Antworten auf die facettenreichen rechtlichen Fragestellungen und interessante Ein- und Ausblicke in den „Markt“ des Parallelhandels in Österreich und Europa.

Termin: 06. 12. 2011

Referenten: MMMag. Bernd Unterkofler, Frank Weissenfeldt, Dipl. Betriebswirt, MBA, Mag. Karl Liebenwein, Mag. Eva Rinnerthaler

SEMINAR

Nicht-interventionelle Studien (NIS)

Dieses Seminar vermittelt die wesentlichen Anforderungen für die Qualität und Transparenz bei der Planung und Durchführung von NIS. Zusätzlich werden die ersten Erfahrungen mit der Meldepflicht und dem NIS-Register eingebracht. Anhand von Fallbeispielen und Gruppenübungen ist ein optimaler Praxistransfer gewährleistet.

Termin: 07. 12. 2011

Referenten: Dr. Stefan Kähler, a.o. Univ.-Prof. Dr. Ernst Singer

www.pharmig-academy.at

Gründung: 20. November 2007, erste Seminare 2008 | Bisher ca. 72 Seminare / Workshops / Lehrgänge mit ca. 770 Teilnehmern und 30 Referenten | Die Pharmig Academy ist eine Tochter des Verbandes der pharmazeutischen Industrie Österreichs – der PHARMIG.



Dr. Dorothea Greif
Geschäfts- und Abwicklungsverantwortliche Pharmig Academy



Mag. Helga Tieben
Geschäfts- und Contentverantwortliche Pharmig Academy



Margit Kreutzwiesner
Mitarbeiterin Pharmig Academy
margit.kreutzwiesner@pharmig-academy.at

PHARMIG ACADEMY

Dr. Peter Placheta
Präsident Pharmig Academy

Dr. Robin Rumler
Vizepräsident Pharmig Academy

Dr. Jan Oliver Huber
Vizepräsident Pharmig Academy

► Jeder fünfte Österreicher leidet unter chronischen Schmerzen, drei Viertel von ihnen sind ständig auf der Suche nach neuen Behandlungsmethoden.

Kampf dem täglichen Schmerz

Jeder fünfte Österreicher leidet unter chronischen Schmerzen, drei Viertel von ihnen sind ständig auf der Suche nach neuen Behandlungsmethoden. Österreichischen Schmerzpatienten stehen nicht alle Präparate zur Verfügung, die in Europa zur Behandlung chronischer Schmerzen zugelassen sind. In den letzten Jahren wurden insgesamt sieben Medikamente zur Schmerzbehandlung nicht in den Erstattungskodex aufgenommen. Eine (Weiter-) Verordnung im niedergelassenen Bereich wird demnach nur in besonders begründetem Einzelfall genehmigt (Präparat in No-Box). Diese Medikamente werden jedoch in anderen, mit Österreich vergleichbaren EU-Ländern, erstattet. Ein wichtiges Anliegen österreichischer Fachgesellschaften ist daher die Bereitstellung eines breiten Angebots an Therapiemöglichkeiten für die Ärzteschaft und die Forderung, dass „zur Behandlung von starken Schmerzen“ zugelassene Präparate auch in die Erstattung der österreichischen Sozialversicherung aufgenommen werden. Um diesem Anliegen Gehör zu verschaffen und das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Vielfalt an Präparaten zur individuellen Behandlung von Schmerzpatienten bei politischen Entscheidungsträgern zu steigern, initiierten die Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG), die Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI), die Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) sowie die Österreichische Palliativgesellschaft (ÖPG) die PETITION „SCHMERZTHERAPIE IN ÖSTERREICH“. Anlässlich des Starts des Projekts diskutierte eine Expertenrunde bei einem Round-Table-Gespräch über die derzeitige Versorgung von Schmerzpatienten in Österreich und ging der Frage nach, ob die derzeitigen Rahmenbedingungen eine State-of-the-Art-Therapie zulassen. Die Veranstaltung fand in Kooperation mit dem Kurier in den Räumlichkeiten der Ärztekammer statt.

KURIER: Herr Dr. Schelling, in den vergangenen Jahren wurden in Deutschland zahlreiche neue Medikamente im Bereich der Schmerzbehandlung zugelassen, während Arzneimittel wie Lidocain-Pflaster im österreichischen Erstattungskodex nicht enthalten sind. Ist das Zufall – oder unterscheidet sich unser Weg von jenem anderer EU-Länder?

Schelling: Grundsätzlich gehen wir sicher einen anderen Weg, weil wir den Erstattungskodex genau evaluiert haben. Ich schließe nicht aus, dass es Firmen gibt, die keine Anträge stellen, um in den Kodex zu kommen – aber dazu kann ich ja niemanden zwingen. Zu den Zahlen: Wir haben derzeit zehn Millionen Verordnungen, die Wirkstoffgruppen zur Schmerzbehandlung beinhalten. Der Kostenfaktor beläuft sich auf mehr als 126 Millionen Euro pro Jahr. Bei undifferenzierten Krankheitsbildern müssen wir uns aber fragen, ob teurere Innovationen immer Fortschritte bringen. Das ist nicht zwingend so. Insgesamt ist die Schmerzbehandlung ausreichend, aber sicher verbesserungsfähig – vor allem was die Behandlungsart betrifft. Zum Beispiel müssen wir uns bei den psychischen Erkrankungen die Frage stellen, ob das für den Patienten immer klug ist, was mitunter verschrieben wird.

KURIER: Herr Prof. Bernatzky, ist Österreich ausreichend gut aufgestellt, was die medikamentöse Behandlung im Schmerzbereich betrifft? Wo gibt es hier Probleme und Herausforderungen?



Dr. Hans Jörg Schelling, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger



Dr. Reinhold Glehr, Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin



Dr. Walter Pöltner, Sozialministerium



Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke, Österreichische Palliativgesellschaft



Prim. Univ.-Prof. Dr. Wilfried Illias, Österreichische Ärztekammer



Mag. Hanns Kratzer, Peri Consulting



Mag. Peter McDonald, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft



Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Bach, Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie



Prim. Univ.-Prof. Dr. Sibylle Kozek-Langenecker, Österr. Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin



Dr. Christian Böhmer, Kurier



Univ.-Prof. Dr. Günther Bernatzky, Österreichische Ärztekammer



Prim. Univ.-Prof. Dr. Heinrich Resch, Österreichische Gesellschaft für Knochen und Mineralstoffwechsel

Bernatzky: Eine sehr große Herausforderung liegt meiner Meinung nach in der Anwendung der nichtmedikamentösen Therapien. Weiters sehe ich ein großes Problem in der Unzufriedenheit vieler Schmerzpatienten. Hier müssen wir klar analysieren, warum sie unzufrieden sind. Ich glaube nämlich nicht, dass es an den Medikamenten oder der ärztlichen Therapie liegt. Sehr viele sind unzufrieden, weil sie erstens zu spät zum Arzt gehen, meist erst nach drei Monaten und sich der Schmerz dann schon chronifiziert hat. Ein zweiter Grund für die Unzufriedenheit der Patienten liegt darin, dass diese starke Vorurteile gegenüber der Schmerztherapie und den gängigen Opiaten haben. Unsere Aufgabe muss es hier sein, diese abzubauen, um den Menschen die Angst vor den Nebenwirkungen zu nehmen. Denn damit wird dieser sogenannte Nocebo-Effekt nur gestärkt, die Wirkung eines noch so guten und teuren Medikaments wird dadurch geschwächt. Wir müssen also mehr Akzeptanz schaffen und es muss uns gelingen, die Patienten noch mehr über die Compliance zu gewinnen, damit diese zur Therapie animiert werden. Dadurch können wir auch dazu beitragen, die Patienten aus der Selbstmedikation wegzuführen, die oft schlimme Folgen haben kann. Hier liegt erhebliches Potenzial – auch was die Kosten anbelangt.

KURIER: Wie sehen Sie die medikamentöse Behandlung in Österreich? Fehlen Ihnen Medikamente in Ihrem Repertoire?

Illias: Ja, vor allem moderne Therapien. Moderne Medikamente haben ohne Zweifel ihre Vorteile. Es gibt zum Beispiel 24-Stunden-Präparate mit diesen lasergebohrten Öffnungen, die die absolute Sicherheit einer gleichmäßigen Freisetzung des Wirkstoffs bieten. Bei einem speziellen Medikament haben wir Ärzte nicht gewusst, dass das Präparat in Österreich bereits zugelassen ist, da die herstellende Firma die Information zurückgehalten hat. Aus dem Grund, da sie abwarten wollten, ob sie das Medikament in die Rückerstattung bekommen. Ich plädiere daher dafür, mit offenem Visier aufeinander zuzugehen. So wie hier und jetzt bei dieser Diskussion. Gegenseitige Unterstellungen, wer die Böseren sind – die Kassen, weil sie Medikamente nicht bezahlen, oder die Ärzte, weil sie teure Präparate verschreiben – sind wenig zielführend. Nur in dem wir eine offene Gesprächskultur und ein „Miteinander“ pflegen, können wir auch die Patienten besser betreuen und versorgen.

KURIER: Herr Mag. McDonald, wie sehen Sie als Vertreter der SVA und damit als Sprecher einer Krankenkasse die Problematik „Chronischer Schmerz“? Was kann langfristig unternommen werden, um Kosten zu senken?

McDonald: Es ist unbestritten, dass chronischer Schmerz ein bedeutendes, aber unzureichend gelöstes Thema ist. Aber ich glaube, wir müssen insgesamt umdenken und den Versuch wagen, das Problem an der Wurzel zu packen. Schmerz soll möglichst gar nicht entstehen und deshalb müssen wir im Bereich der Gesundheitsförderung, bei der Prävention mehr Anstrengungen unternehmen. Dazu braucht es auch ein Umdenken im Gesundheitswesen, eine Aufwertung und Zugang zur Medizin. Wir als SVA versuchen das jetzt gemeinsam mit der Ärztekammer. Konkret soll die Eigenverantwortung des Patienten gestärkt und der Hausarzt als Gesundheitscoach etabliert werden. Welchen Zugang hat die SVA dabei? Nach

unserem Plan soll das Gesundheitscoaching folgendermaßen aussehen: Am Anfang steht die medizinische Bestandsaufnahme des Patienten beim Arzt. Er erarbeitet mit seinem Hausarzt Gesundheitsziele anhand von fünf Parametern – etwa Bluthochdruck, Gewicht, Motivation zur Bewegung und Suchtprävention sowie Nikotinkonsum. Nach einer ersten Besprechung beurteilt der Arzt auch die Möglichkeiten zur Zielerreichung. Patienten, die ihr Ziel tatsächlich erreichen, werden mit einer Halbierung des Kostenanteils belohnt. Das ist der Anreiz für die Eigenverantwortung. Der Nutzen sowohl für den Patienten – weniger Leid und mehr Lebensqualität – und mittelfristig für das Gesundheitswesen – weniger Kosten – liegt auf der Hand.

KURIER: Herr Dr. Glehr, der Hausarzt als Gesundheitsmanager. Da waren Sie als Vertreter der Allgemeinmediziner angesprochen...

Glehr: Ein geeignetes Vertrauensarzt- bzw. Hausarztmodell wäre zweifelsohne eine Chance für eine gute Prävention. Aber wir müssen so realistisch sein zu sehen, dass es Schmerz trotzdem geben wird und wir uns trotzdem um die Optimierung der Schmerztherapie kümmern müssen. Irgendwann kommt der Zeitpunkt, ab dem man viel tun muss, damit man einigermaßen schmerzfrei bleibt. Wir in der Allgemeinmedizin haben ja unsere Orientierungspunkte – etwa die Schmerzgesellschaft, die Palliativgesellschaft etc. –, die uns zeigen, wie optimale Schmerzmedikation funktionieren kann. Allerdings stehen wir in einem mehrfachen Spannungsfeld: Wir wollen effektiv sein und gleichzeitig ökonomisch arbeiten – ohne dabei allzu viele bürokratische Hemmnisse zu haben, um zu einer optimalen Therapie zu gelangen. Und wir müssen akzeptieren, dass es einfach Volkskultur ist, dass wir viele nicht ärztliche Therapien haben und viel Naturheilerie. Das beginnt schon bei der Nachbarschaftshilfe. Wir bekommen deshalb viele chronische Schmerzpatienten erst relativ spät zu Gesicht. Wir Hausärzte sind oft nur die Überbrückung zu einer Schmerzambulanz. Das heißt, der Patient will zum Schmied und nicht zum Schmiedli. Die Konsequenz: Viele Kollegen sind deshalb demotiviert. Gut ausgebildete Hausärzte wären die beste Chance, frühzeitig in gute Therapien einzusteigen – und die Patienten dann durchs System zu leiten. Dafür muss man aber eine gemeinsame Fortbildung und auch die nötigen Mittel haben.

KURIER: Thema Schmerz und Psyche: Herr Dr. Bach, es gibt einen Konnex zwischen Schmerz und psychischen Erkrankungen. Wird das in Österreich zu wenig berücksichtigt?

Bach: Aus Sicht der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie ist es auffallend, dass der chronische Schmerz nach wie vor sehr somatisch gesehen wird. Obwohl ausreichend Evidenz besteht, dass das eher ein psychosoziales Krankheitsgeschehen ist, bei dem sowohl körperliche als auch seelische Aspekte eine Rolle spielen. Wir wissen, dass fünfzig Prozent aller chronischen Schmerzpatienten irgendwann eine Depression entwickeln. Umgekehrt haben fünfzig Prozent aller Depressiven irgendwann Schmerzen. Diese Henne-Ei-Diskussion ist bei chronischen Kranken, und um die geht es hier, eigentlich mühselig. Es muss uns außerdem leider klar sein, dass ein chronisches Krankheitsbild – auch nach der bestmöglichen Therapie – in vielen Fällen bestehen bleiben wird. Wir sollten uns von der Vorstellung lösen, den chronischen Schmerz in den meisten Fällen heilen zu können oder zu wollen. Und ich glaube auch, dass diese Botschaft noch nicht ganz angekommen ist. Viele Menschen gehen von einem zum anderen, weil sie hoffen: „Der nächste wird mich gesund machen.“ Für mich stellt sich noch

die Frage, wie man so abgestufte Versorgungsmodelle, vom Hausarzt bis zum multidisziplinären Schmerzzentrum umsetzen kann. In Österreich gibt es hier schon sehr ehrgeizige und erfolgversprechende Modelle. Ich würde mir wünschen, dass diese flächendeckend umgesetzt werden würden – unter Einbindung der niedergelassenen Allgemeinmediziner, Fachärzte und auch der speziellen Zentren, in denen schließlich alles „zusammenwirken“ wird.

KURIER: Herr Dr. Pöltner, angeblich ist ein nicht unerheblicher Teil der Frühpensionierungen auf chronische Schmerzen zurückzuführen. Ist das tatsächlich so bzw. welche sozialpolitische Dimension hat dieses Thema?

Pöltner: Wir beobachten, dass gerade im psychischen Bereich die Invaliditätspensionen sehr stark zunehmen. Schmerz und Psyche stehen ja im direkten Zusammenhang. Vergleicht man 1995 und jetzt, so hat sich die Zahl nahezu verdreifacht. Das Problem ist, dass

betrachtet werden. Wir im Ministerium haben daher im letzten Jahr hinsichtlich der Invaliditätspension umgedacht, wir sagen jetzt: Weg vom alten Sozialstaat – der wartet, bis das Risiko eintritt, und dann Geldleistungen bietet – und hin zum Bestreben, es durch rechtzeitig gesetzte Maßnahmen gar nicht erst oder zumindest möglichst spät zu einem solchen Risiko kommen zu lassen. Denn jede Pension kostet sehr viel Geld.

Ländervergleich Schmerztherapie

Präparat	Unternehmen	Österreich	Deutschland	Italien	Spanien	UK	Ungarn	Tschechien	Slowakei	Dänemark	Schweden	Finnland
Orale Kombination aus Oxycodon und Naloxon	Mundipharma	x	✓	✓	✓	✓	x	x	✓	✓	✓	✓
1 x tägliches Hydromorphon	Janssen Cijag	x	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	x	x	x
Fentanyl-Stick	Cephalon	x	✓	✓	✓	✓	x	x	x	✓	✓	x
Lidocain-Pflaster	Grünenthal	x	✓	x	✓	✓	x	x	✓	x	✓	x
Orale Kombination aus Paracetamol und Tramadol	Grünenthal	x	✓	x	✓	✓	x	✓	✓	x	x	x
Nasales Fentanyl	Nycomed	x	✓	x	x	✓	x	✓	✓	✓	✓	✓
Niedrig-dosiertes transdermales Buprenorphin	Mundipharma/Grünenthal	x	✓	x	x	✓	x	x	x	✓	✓	✓

Legende: x = nicht verfügbar (entweder nicht registriert bzw. nicht erstattet) ✓ = verfügbar und erstattet

Quelle: Mundipharma interne Erhebung, Stand 7. Juli 2011

haben wir Standards erarbeitet, Empfehlungen, wie wir therapeutisch mit chronischen Schmerzen umgehen sollen. Darin ist auch das biopsychosoziale Modell als auch die evidenzbasierte Medizin fest verankert. So hat auch eine Empfehlung der ÖGARI als Quelleitlinie in die Bundesverordnung zur präoperativen Patientenevaluierung Eingang gefunden. Das heißt, es ist schon Bedarf da und ich würde mir wünschen, dass das Repertoire noch breiter wird.

KURIER: Herr Dr. Watzke, welche Aspekte wurden aus Ihrer Sicht noch nicht besprochen, die Sie gerne einbringen würden?

Watzke: Mir liegt ein Aspekt sehr am Herzen, und der lautet: Wenn man ein Schmerzmedikament verschreibt, muss es ein „Verkaufsgespräch“ des Arztes geben. Jeder Arzt, der ein solches mit seinen Patienten nicht führt, vergibt die Wirkung des Medikaments. Natürlich braucht er dazu Zeit. Die Praktiker sagen, sie haben diese Zeit nicht. Aber Faktum ist: Wenn sie zur Verfügung stünde, würden die Medikamente viel besser wirken – und die Drop-outs wären sicher geringer. Voraussetzung dafür ist ein einfacherer Zugang der Patienten zum Medikament. Es ist entscheidend, die Verschreibungsmodalitäten zu vereinfachen. Ein Punkt, der vielleicht die Runde nicht so betrifft, den ich aber ansprechen möchte, sind die Schwierigkeiten, die die mobilen Palliativteams mit den intravenösen Opioiden haben. Es passiert immer wieder, dass ein mobiles Palliativteam am Wochenende zu einem Patienten kommt, der Schmerzen hat. Die Teams dürfen aber keine Opiode haben, weil sie keine Institutionen sind, die sich Derartiges zur Seite legen können. Das ist nur Krankenanstalten erlaubt. Die Konsequenz: Die Kollegen müssen illegal ein Depot anlegen bzw. im rechtlichen Graubereich operieren – und das müssen wir ändern.

KURIER: Das Schlusswort überlassen wir Dr. Resch...

Resch: Als Vertreter einer wissenschaftlichen Gesellschaft wünsche ich mir erstens Evidenz. Und dass der Nutzen von tolen Präparaten, die wir sonst nicht bekommen können, belegt wird. Damit wir sagen können: Das wirkt, und das muss uns unser Patient doch wert sein. Oder? Zweitens gilt es hier trotzdem auch stets den ökonomischen Ansatz nicht aus den Augen zu verlieren. Hier stehe ich auch selbst immer wieder in einem Interessenskonflikt, denn das Teuerste wäre mir für meine Patienten gerade gut genug. Drittens wünsche ich mir als praktizierender Internist und Vertreter einer Sparte, die sich für muskuloskeletale Erkrankungen besonders engagiert, Analgetika möglichst einfach und ohne Nebenwirkungen. Das ist mein Traum, der derzeit noch nicht erfüllt wird. Den vierten Punkt den ich ansprechen möchte ist die Volkskrankheit Osteoporose. Hier haben wir bereits vielfach kausale Therapieansätze. Das heißt es gibt Osteoporose Medikamente, die aufgrund einer Wirkung bereits schmerzlindernd sind. Das ist sehr erfreulich und ich hoffe, dass die Forschung auch bald in anderen Bereichen soweit sein wird.



KURIER: Frau Dr. Kozek-Langenecker, wie ist der Status quo in der ärztlichen Praxis?

Kozek-Langenecker: Als Schmerztherapeutin und aus Behandlersicht muss ich sagen: Die Medikamente, die jetzt High-End sind, gehen mir in der Diskussion und im klinischen Alltag ab. Es mag sein, dass wir viele neue Präparate gegen alte austauschen, aber bestimmte Substanzen oder neue Therapeutika können gar nicht durch Althergebrachtes ersetzt werden. Unser Hauptdiskussionsthema ist die state-of-the-art-Therapie. Übersetzt bedeutet das höchster Entwicklungsstand. Hier sollten wir entsprechend bei den Medikamenten nachziehen, dafür muss eine Diskussion in Gang kommen, um so eine Änderung herbeizuführen. Im Rahmen der Fachgesellschaft

DARM PLUS

CED-INITIATIVE ÖSTERREICH

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) sind alles andere als harmlos. Obwohl sie weit verbreitet sind, sind die auslösenden Faktoren nicht ausreichend bekannt. Die CED-Neudiagnosen steigen massiv – auch Kinder und Jugendliche sind vermehrt von CED betroffen. Von den ersten Symptomen bis zur Diagnose vergehen oftmals mehrere Jahre. Der neu gegründete Verein „Darm Plus – CED-Initiative Österreich“ möchte daher die Awareness in Bezug auf die Darmgesundheit erhöhen. Darüber hinaus setzt er sich dafür ein, dass Betroffene auf höchstmöglichem medizinischem Niveau in qualifizierten, interdisziplinären Zentren mit ausreichenden räumlichen und personellen Ressourcen versorgt werden können. Ursachenforschung muss laut der Initiative gefördert und die Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonal im Bereich CED forciert werden.

In Österreich sind schätzungsweise 80.000 Menschen von CED betroffen. Um diese Patientengruppe ausreichend zu versorgen, existieren jedoch zu wenige spezialisierte Einrichtungen. Daher sind nur 15 bis 20 Prozent der Betroffenen in spezialisierter Behandlung. Problematisch ist, dass CED nicht nur die Patienten, sondern auch den Staatshaushalt mit geschätzten 2,7 Milliarden Euro im Jahr belasten. Aufgrund der bisherigen Entwicklung rechnen Experten mit einer weiteren Zunahme von bis zu 3.000 CED-Patienten pro Jahr. „Eine flächendeckende spezifische Versorgung, die erhebliches Spezialwissen voraussetzt, ist in Österreich nicht gewährleistet. Es fehlt an Spezialisten, Ausbildungsangeboten sowie an medizinischem Nachwuchs“, erläutert Univ.-Prof. Dr. Walter Reinisch, Mitbegründer des Vereines „Darm Plus“ und Facharzt für Gastroenterologie und Hepatologie. Durch mangelndes Wissen, die Verharmlosung der Symptomatik oder experimentelle Erstdiagnosen komme es oft zu einer verzögerten Diagnosestellung, inadäquater medizinischer Versorgung und der Anwendung nebenwirkungsreicher und zugleich ineffizienter Medikamente – und das oft über Jahre hinweg.

LANGWIERIGE DIAGNOSE DURCH UNTERSCHIEDLICHE KRANKHEITSVERLÄUFE

Da von Patient zu Patient unterschiedliche Verläufe möglich sind, kann es zu erheblichen Verzögerungen in der Diagnosestellung und der anschließenden Behandlung kommen. Manche Patienten erhalten erst drei Jahre nach den ersten Symptomen die Diagnose CED. Durch den chronischen Verlauf der Erkrankung kann der Leidensweg für Patienten unter Umständen lebenslang sein. „Stetig auftretende Schübe mit plötzlichen Bauchkrämpfen, Durchfällen bis zu 20 Mal pro Tag und Darmblutungen schränken Betroffene in ihrem Alltag stark ein. Wenn jemand weiß, dass er unzählige Male pro Tag und zu unvorhersehbaren Zeiten die Toilette aufsuchen muss, bereitet ihm das Unbehagen. Unter Umständen werden dadurch alle sozialen Kontakte abrupt abgebrochen“, beschreibt Rudolf Breitenberger, Präsident der Österreichischen Morbus Crohn – Colitis Ulcerosa Vereinigung (ÖMCCV), die Erkrankung.

KINDER IMMER HÄUFIGER BETROFFEN

Nicht nur die Neudiagnosen bei Erwachsenen steigen massiv, in der klinischen Praxis beobachten Experten auch eine deutliche Zunahme von CED bei Kindern und Jugendlichen. „Eine kanadische Studie zeigt, dass in westlichen Industrieländern 11,4 Kinder pro 100.000 Bewohner an CED erkranken. Vor elf Jahren waren es 9,5 Kinder pro 100.000 Einwohner“, bestätigt Reinisch. Außerdem würden aktuelle Daten aus Österreich belegen, dass die Manifestation von CED bei Kindern seit zehn Jahren ständig wachse und die stationäre Aufnahme in diesem Zeitraum um 100 Prozent gestiegen sei.

FÖRDERUNGEN FÜR FORSCHUNG BENÖTIGT

Reinisch erläutert zur landesweiten CED-Versorgung, dass Österreich bei den finanziellen Förderungen der Grundlagenforschung weit hinter anderen Ländern zurückbleibe. „Die deutsche und die schweizerische Regierung stellen für ein CED-Netzwerk Millionenbeträge bereit. Da die österreichische wissenschaftliche Expertise weltweit hoch angesehen ist, hätte Österreich in diesem Bereich das Potenzial einen Spitzenrang einzunehmen“, ist sich der Experte sicher. Es würden allerdings adäquate Ressourcen für den personellen und räumlichen Ausbau der spezialisierten Einrichtungen sowie für eine bessere Vernetzung – beispielsweise im Rahmen einer österreichweiten CED-Datenbank – fehlen.

HÖHERE LEBENSQUALITÄT DURCH AUSSICHTSREICHE THERAPIEN

Für CED gibt es noch keine Heilung, allerdings existieren aussichtsreiche Therapieoptionen – als Resultat von jahrelanger Forschung. Je früher die Diagnose erfolgt und mit entsprechender Therapie begonnen wird, desto eher ist es möglich, den Krankheitsverlauf positiv zu steuern und unangenehme Begleitscheinungen zu verhindern. Zielgerichtete Therapien, welche auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen, können die Lebensqualität der Betroffenen deutlich verbessern, den Bedarf an Operationen – inklusive Entfernung des Dickdarms und Einsetzen eines künstlichen Darmausgangs – senken und die Lebenserwartung erheblich steigern.

GRÜNDUNG DER „DARM PLUS – CED-INITIATIVE ÖSTERREICH“

Angesichts der Hinweise auf Unter- und Fehlversorgung der heimischen Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, der Lücken im Ausbildungssystem und in der Forschung, als auch der mangelnden Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung, haben sich die Betroffeneninitiative Österreichische Morbus Crohn-Colitis Ulcerosa Vereinigung (ÖMCCV) sowie die Arbeitsgruppe Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen (CED) der Fachgesellschaft ÖGGH (Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie) zusammengeschlossen und die CED-Initiative „Darm Plus“ gegründet. Die dahinter stehenden Personen sind Univ.-Prof. Dr. Walter Reinisch und Rudolf Breitenberger. Damit arbeiten erstmals eine medizinische Fachgesellschaft und eine Patientenorganisation absolut gleichrangig in einer indikationsbezogenen Plattform zusammen. „Ein wesentliches Ziel dieser Vereinigung ist es, Maßnahmen zu erwirken, die es allen Patienten mit CED in Zukunft ermöglichen sollen, eine Versorgung auf höchstmöglichem medizinischem Niveau in qualifizierten, interdisziplinären Zentren, mit ausreichenden räumlichen und personellen Ressourcen in Anspruch zu nehmen“, erklärt Breitenberger die Zielsetzung des Vereins. Die Versorgungsqualität zum Nutzen für den Patienten sei zu verbessern und die Behandlung von CED nach dem aktuellsten Stand

der Wissenschaft anzustreben. Die Ursachenforschung zu CED in Österreich müsse gefördert werden, um vertiefende Kenntnis über die Erkrankung zu erlangen und das Auftreten in Zukunft verhindern zu können. Ein weiterer Schritt betrifft die Stärkung des Bewusstseins für CED-Betroffene in der Öffentlichkeit. Mithilfe von Trägern aus der Privatwirtschaft und Unterstützern aus dem öffentlichen Sektor soll die größtmögliche Breitenwirkung erzielt werden. CED bedarf einer gemeinsamen, interdisziplinären gesundheits- und sozialpolitischen Anstrengung, um österreichweit eine einheitliche Versorgungs- und Qualitätsstruktur sicherzustellen. „Darm Plus“ wird dazu einen entscheidenden Beitrag leisten.

SICHERSTELLUNG EINER EINHEITLICHEN VERSORGUNGS- UND QUALITÄTSSTRUKTUR DURCH „DARM PLUS“

Die wichtigsten Maßnahmen von „Darm Plus“ erstrecken sich von der Bestandsaufnahme bzw. einem gründlichen Benchmarking bis hin zu breiten Aufklärungs- und Informationsoffensiven bei den Zielgruppen. Die Aktivitäten sollen helfen, österreichweit eine einheitliche Versorgungs- und Qualitätsstruktur sicherzustellen. „Es handelt sich hier um die Bemühung, CED-Erkrankungen in Österreich zu erforschen, um vertiefende Kenntnis zu gewinnen und diese in Zukunft proaktiv zum Einsatz bringen zu können. Mit der CED-Initiative Österreich wird erstmals durch eine interdisziplinäre Vereinigung ein Bewusstseins- und Aufklärungsprozess bei unterschiedlichen Zielgruppen eingeleitet, die ein Interesse an CED bzw. an einer Entschärfung dieses gesundheitspolitischen Problems haben“, so Reinisch.

FLÄCHENDECKENDE VERSORGUNG DURCH CED-ZENTREN

Ein Manko besteht aus Sicht der Experten auch in einer unzureichenden Versorgung mit CED-Zentren. Folgende Schritte sind laut Reinisch dafür nötig: „Die Erarbeitung und Kommunikation von praxisnahen Leitlinien für Österreich sowie die Aufnahme entsprechender Qualitätsleitlinien in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit sind von oberster Priorität. Weiters soll die mittel- bis langfristige flächendeckende Versorgung durch CED-Zentren geregelt und ein Zusammenschluss der österreichischen CED-Zentren im Rahmen einer Clusterstrategie herbeigeführt werden. Außerdem sollen Referenzzentren geschaffen werden. Die Zentren müssen mit ausreichenden personellen und räumlichen Ressourcen ausgestattet sein und die Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonal im Bereich CED muss forciert werden. Ein CED-Check beim Allgemeinmediziner und Apotheker zur Sicherung einer raschen Diagnose und Therapie und die finanzielle Unterstützung für die Informationsarbeit durch Selbsthilfeorganisationen sind erforderlich. Es bedarf der Gründung eines Fonds für wissenschaftliche Tätigkeiten, um vertiefende Kenntnis über die Erkrankung zu gewinnen. Eine langfristige Sicherung der Forschung durch die öffentliche Hand sowie durch private Sponsoren soll erreicht werden“, erläutert Reinisch.

Zu den CED gehören unter anderem Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. Bei Menschen mit einer CED entzündet sich der Darm – dies führt zu starken Bauchschmerzen und Durchfall. Bei der Colitis ulcerosa betrifft die Entzündung kontinuierlich den ganzen Darm. Bei Morbus Crohn ist der Darm abschnittsweise mit abwechselnd entzündeten und gesunden Darmabschnitten betroffen.



MAG. MONIKA MAIER
 GESCHÄFTSFÜHRERIN DES
 DACHVERBANDS SELBSTHILFE
 KÄRNTEN UND MITGLIED DER
 BUNDESWEIT AGIERENDEN ARGE
 SELBSTHILFE ÖSTERREICH.

Selbsthilfegruppen haben einen hohen Stellenwert, wenn es um das Leben mit einer Erkrankung geht. Zudem haben sie eine Signalfunktion hinsichtlich des Aufzeigens von Versorgungslücken im Sozial- und Gesundheitssystem. Durch den Zusammenschluss einer medizinischen Fachgesellschaft und einer Patientenorganisation wie beim Verein „Darm Plus“ kann der Stellenwert der Selbsthilfe in Österreich insgesamt erhöht und gefestigt werden. Darüber hinaus entsteht eine Kooperation, von der beide Partner profitieren: Die Fachgesellschaft kann von der Erfahrungskompetenz der Betroffenen lernen und die Patientenorganisation von der Fachkompetenz der Experten.

**KOOPERATION IST EIN BEITRAG ZU EINER
 BEDARFSORIENTIERTEN VERSORGUNG**

Durch die enormen Fortschritte in der Medizin können zwar stets mehr Menschen behandelt, aber nicht immer geheilt werden. Das bedeutet, dass diese mit einer chronischen Erkrankung wie etwa CED über Jahre, oft Jahrzehnte hinweg leben müssen. Aber gerade wenn es um die Bewältigung der Krankheitsfolgen geht, weist die professionelle Gesundheitsversorgung Mängel und Lücken auf. Die Selbsthilfe in ihren unterschiedlichen Organisationsformen unterstützt Menschen bei der Bewältigung des Alltags mit der Erkrankung. Neben dem persönlichen Gespräch mit Leidensgenossen bieten Selbsthilfegruppen auch Informationen zu Unterstützungsleistungen, Pflegegeld, Sozialleistungen und dergleichen. Durch den regelmäßigen Erfahrungs- und Informationsaustausch können zusätzliche Krankheitsrisikofaktoren wie Resignation, Verleugnung oder gesellschaftliche Isolation vermieden werden. An deren Stelle treten Aktivität, Sprechen über Ängste und Belastungen, Enttabuisierung von Krankheiten und ein selbstbestimmter Umgang mit einer schwierigen Lebenssituation.

**„DARM PLUS“ – ZUSAMMENARBEIT AUF
 GLEICHER AUGENHÖHE**

Damit die Erfahrungskompetenz der Patienten für eine bedarfsorientierte Versorgung genutzt werden kann, ist vor allem im Bereich der chronischen Erkrankungen die Kooperation mit Ärzten sinnvoll. In diesem Zusammenhang ist die indikationsbezogene Plattform „Darm Plus“ als Zusammenschluss der Österreichischen Morbus Crohn – Colitis Ulcerosa Vereinigung (ÖMCCV) und der Arbeitsgruppe Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen (CED) der Fachgesellschaft ÖGGH sicherlich zu begrüßen.

Wie in vielen anderen Bereichen kann der Teufel jedoch oft im Detail stecken: Aus meiner Sicht wird es für die Plattform eine Herausforderung sein, die unterschiedlichen Interessen einer Fachgesellschaft, die durchaus als Anbieter von Leistungen zu sehen ist, und einer Patientenorganisation, die ausschließlich die Interessen der Mitglieder vertritt, zu bündeln und entsprechend zu vertreten. Voraussetzung für das Gelingen dieser Kooperation sind transparente Arbeitsbedingungen und Strukturen, etwa in der Hinsicht, wer die Aktivitäten finanziert oder wer für das Sekretariat zuständig ist. Ich wünsche der Plattform „Darm Plus“ für die Umsetzung ihrer Ziele gutes Gelingen!



„Eine flächendeckende spezifische Versorgung, die erhebliches Spezialwissen voraussetzt, ist in Österreich nicht gewährleistet.“ Reinisch

„Mit der CED-Initiative Österreich wird erstmals durch eine interdisziplinäre Vereinigung ein Bewusstseins- und Aufklärungsprozess bei unterschiedlichen Zielgruppen eingeleitet, ...“ Reinisch

„Ein wesentliches Ziel dieser Vereinigung ist es, Maßnahmen zu erwirken, welche es allen Patienten mit CED in Zukunft ermöglichen sollen, eine Versorgung auf höchstmöglichem medizinischem Niveau in qualifizierten, interdisziplinären Zentren, mit ausreichenden räumlichen und personellen Ressourcen in Anspruch zu nehmen.“ Breitenberger



Sinnvolle Aufgabenteilung und mehr Austausch zwischen Optikern und Augenärzten

Die österreichischen Ophthalmologen sind für die qualitativ hochwertige, medizinische Versorgung der Augengesundheit der Bürger verantwortlich. Dennoch sucht heute ein beachtlicher Teil der Bevölkerung, der unter einer Sehschwäche leidet, statt einem Augenarzt lieber einen Optiker bzw. Optometristen auf. In die Kompetenz des Optikers wird heute hohes – teilweise auch zu hohes – Vertrauen gesetzt. Diese problematische Entwicklung könnte sich zukünftig noch weiter zuspitzen, da Optiker und Optometristen vermehrt auch diagnostische und therapeutische Leistungen anbieten wollen und dazu bereits gezielte Maßnahmen setzen. Die Führungsrolle der heimischen Fachärzte für Augenheilkunde muss stärker beansprucht werden, da sie zweifellos die qualitativ beste und fundierteste medizinische Leistung bieten.

Diagnose und Therapie kann nur ein Augenarzt leisten, da er auch über die notwendige medizinische Ausbildung verfügt. Deshalb müssen diese Leistungen auch ausnahmslos dem Augenarzt vorbehalten sein. Aus diesen und anderen Gründen hat sich die Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft zum Ziel gesetzt, verstärkt Imagearbeit und Bewusstseinsbildung zu leisten, um eine Erhöhung der Wertigkeit der Ophthalmologie sowohl in der Politik, dem Gesundheitssystem als auch in der Bevölkerung zu erzielen. Wenn wir auch in Zukunft hochwertige medizinische Versorgung der Augen in unserem Gesundheitssystem sicherstellen wollen, gilt es hier anzusetzen und Veränderungen herbeizuführen.

Die persönliche Motivation sich für die ÖOG einzusetzen, ergibt sich erstens aus der Überzeugung, dass die Ophthalmologie ein spannendes, wenn auch im Gegensatz zur Chirurgie oder Inneren Medizin kleines Fach ist. In zweiter Linie bin ich fest davon überzeugt, dass augenärztliche Versorgung unersetzlich ist und die Wahrnehmung der Augenheilkunde immer mehr von ökonomischen Überlegungen in eine Ecke gedrängt wird. Eine Darlegung von hoch qualifizierter Versorgung durch die Augenärzte muss stattfinden, um diese Tatsache im Bewusstsein der Patienten zu verankern. Ärztliche Versorgung ist auch durch Berufsgruppen aus verwandten

Fächern unersetzbar. Zudem muss der Auslagerung medizinischer Leistungen an geringer qualifizierte Berufsgruppen entgegengetreten werden.

Die ÖOG benötigt Kommunikation gerade mit jenen Patienten, bei welchen sich der Vorsorgegedanke noch nicht ausreichend manifestiert hat. Derzeit befinden wir uns in der misslichen Situation, dass zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen weder Austausch, noch Kommunikation oder gar Verständnis zu finden sind. Zwischen Ärzten und Optikern bzw. Optometristen zeichnet sich vielmehr ein massives Gegeneinander ab. Die Versorgung mit Sehhilfen, die medizinische Versorgung der Augen sowie loyale Kommunikation zwischen allen Partnern sollte unter einem Dach stattfinden. Wir sind es dem Patienten schuldig, eine integrierte Versorgung und einen verbesserten Zugang zur Augenversorgung in der Augengesundheit zur Verfügung zu stellen.

In fünf Jahren würde ich gern rückblickend feststellen, dass sich die Überlastung der Augenärzte verringert hat und die Nachfragesituation der Patienten von der Gesundheitspolitik nicht mehr ignoriert wird. Ich wünsche mir zudem, dass Meinungsbildner und Politiker auf die Frage, wo sie bei einem akuten Augenproblem zuerst hingehen möchten, den Augenarzt und nicht den Optiker anführen. Ich habe gemeinsam mit der ÖOG das Bestreben in die Gesundheitspolitik einzugreifen und die Bewusstseinsbildung der Bevölkerung sowie der fachlichen Positionierung erfolgreich zu gestalten.



Ihr Dr. Peter Gorka

Vorsitzender des Fachgruppenbeirates der ÖOG;
Niedergelassener Augenfacharzt in St. Pölten

EINLADUNG & PROGRAMM

Freitag 7. Oktober 2011 · Wien
Wien ARCOTEL Kaiserwasser

Hürdenlauf Arzneimittelinnovationen

Wissenschaftliche Innovation als Antwort auf ökonomische Zwänge?



Symposiumübersicht

Symposium 1:

Anforderungen an neue Arzneimittel im Hinblick auf Kosten und Nutzen in der EU am Beispiel von Deutschland und Österreich

Symposium 2:

Praktische Erfahrungen mit Modellen zur Kostendämpfung

Symposium 3:

Methoden der Arzneimittelbewertung; Anforderungen an zukünftige Prüfpläne

Symposium 4:

Wirtschaftliche Zwänge und Entscheidungsfindung in der Sozialpolitik

Anmeldung

Gesellschaft für
Pharmazeutische Medizin (GPMed)
c/o Assign Clinical Research GmbH,
Frau Elisabeth Luntzer
Andromeda Tower,
Donau City Straße 6, A-1220 Wien

Tel.: + 43-1/4 03 38 05

Fax: +43-1/403 38 05 66

E-Mail:

elisabeth.luntzer@assigngroup.com

NEUAUFLAGE DES RAHMEN- PHARMAVERTRAGS: BESSERE PLANBARKEIT FÜR ALLE PARTNER

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

Im Jahr 2008 hatten die Pharmawirtschaft und der Hauptverband der Sozialversicherungsträger mit dem Abschluss des Rahmen-Pharmavertrags einen neuen, gemeinsamen Weg eingeschlagen. Ziel dieser Vereinbarung war und ist es, zur Leistungsfähigkeit der sozialen Krankenversicherungen – zum Wohl der Patienten – etwas beizutragen. Nun gehen die Pharmawirtschaft und die Sozialversicherung noch ein Stück weiter in diese gemeinsame Richtung: Der Vertrag wurde für den Zeitraum von 1. Juli 2011 bis 31. Dezember 2015 verlängert. Die bestehende Systematik und die wesentlichen Vertragsbestimmungen wurden beibehalten. Die Pharmawirtschaft leistet dazu einen Beitrag in Höhe von 82 Millionen Euro. So bringt die Neuauflage sowohl für die Pharmaindustrie als auch für den Hauptverband in Vertretung der Krankenversicherungsträger transparente Rahmenbedingungen – durch die verlängerte Laufzeit und damit bessere Planbarkeit – sowie weitere Solidarbeiträge für die Krankenversicherungsträger. Neu ist eine Zweckwidmung für Investitionen in gemeinsame Ziele in den Bereichen Kindergesundheit und Prävention. Im Periskop-Interview sprach der Pharmig-Generalsekretär Dr. Jan Oliver Huber über das bisherige Echo und die nötigen Voraussetzungen, um den Rahmen-Pharmavertrag erfolgreich umzusetzen.

P: Der Rahmen-Pharmavertrag ist ein Meilenstein für Österreich, da er ungewöhnlich lang angelegt ist. Was ist neu? Und was bringen diese Neuerungen? Wie wird der Vertrag in der Branche aufgenommen?

Huber: Der Rahmen-Pharmavertrag wurde der Öffentlichkeit am 3. August vorgestellt. Schon Ende 2009 hatten die Pharmawirtschaft und der Hauptverband Gespräche für die Zeit nach dem Auslaufen des ersten Rahmen-Pharmavertrags am 30. Juni des heurigen Jahres aufgenommen. Beide Seiten signalisierten frühzeitig die Fortsetzung des partnerschaftlichen Modells einer vertraglichen Regelung. Wie gut dieses nun tatsächlich in der Branche aufgenommen wurde, zeigt sich an den 114 unterfertigten Beitrittserklärungen (von 105 pharmazeutischen Firmen sowie neun pharmazeutischen Großhandelsunternehmen). Das heißt, es gibt hier volle Unterstützung, und wir konnten im Vergleich zu 2008 zulegen und neue Firmen gewinnen. Der Grund dafür liegt meiner Meinung nach am – in Europa einzigartigen – Konzept. Für die österreichische Pharmawirtschaft haben die Gesundheit und die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten absoluten Vorrang. Im Zentrum steht das gemeinsame Ziel der Erhöhung der gesunden Lebensjahre der Bevölkerung. Gerade bei chronischen Erkrankungen und bei der Kindergesundheit spielt Prävention eine besondere Rolle. Der Vertrag erfüllt diese Anforderungen in zweifacher Hinsicht: Erstens leistet die Pharmawirtschaft einen Solidarbeitrag und zweitens engagieren wir uns gemeinsam im Bereich der Kindergesundheit und Prävention. Neu ist nämlich, dass in der Summe von 82 Millionen Euro ein Betrag in Höhe von 6.750.000 Euro enthalten ist, der für Investitionen in gemeinsame Gesundheitsziele in den Bereichen Kindergesundheit und Prävention verwendet wird. Über die Mittelverwendung dieser zweckgebundenen Beträge entscheidet das weisungsunabhängige und paritätisch besetzte gemeinsame Gremium „Gesundheitsziele“.



„Im Zentrum steht das gemeinsame Ziel der Erhöhung der gesunden Lebensjahre der Bevölkerung.“

P: Welche Vorteile hat der neu aufgelegte Rahmen-Pharmavertrag?

Huber: Ein Vorteil für beide Seiten ist die bessere Planbarkeit, die in der heutigen Zeit ja oft nicht so leicht möglich ist. Gerade diese ist aber für die Unternehmen eine wichtige Komponente, um zu sehen und zu wissen, was sie an Solidarbeiträgen und Rabatten zu leisten haben. So können sie ihre Budgets und Strategien für die nächsten Jahre festlegen. Gleichzeitig ist es aber auch ein Bekenntnis gegenüber den Krankenkassen, denn sie sollen ebenso besser arbeiten können.

Darüber hinaus kann auch der im Jahr 2009 gestartete Kassensanierungskurs beibehalten werden. Somit ist der Rahmen-Pharmavertrag ein klares Commitment der pharmazeutischen Industrie zum solidarischen Krankenkassensystem. Primär wollen wir die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen – vor allem den Patienten

gegenüber – unterstützen. Dazu stehen wir. Die Neuauflage zeigt auch die Vertragstreue und -fähigkeit zwischen zwei Partnern im System, unabhängig von gesetzlichen Vorschriften. Man sieht: Wenn sie wollen, können so unterschiedliche Institutionen sehr gut miteinander arbeiten.



„Somit ist der Rahmen-Pharmavertrag ein klares Commitment der pharmazeutischen Industrie zum solidarischen Krankenkassensystem.“

P: Sind die Verhandlungen reibungslos verlaufen?

Huber: Die Verhandlungen und Gespräche sind schon über einen längeren Zeitraum gelaufen. Es gab zwischendurch einige Berg- und Talfahrten, so etwa die Salzburger Medikamentenliste, die zu einem größeren inhaltlichen und kommunikativen Tohuwabohu geführt hat. Das sind aber alles Dinge, die wir gemeinsam gelöst haben. Es geht nicht immer nur um den Vertrag und die Laufzeit. Man muss auch versuchen, die daneben bestehenden Rahmenbedingungen in einer vernünftigen Art und Weise zu gestalten. Es geht uns ja um den Patienten, also darum, diesem letztendlich mit medikamentösen Therapien, die von der Krankenkasse finanziert werden, zu einer Heilung oder Linderung zu verhelfen. Außerdem ist es mir ein Anliegen, dem Hauptverband ein Lob auszusprechen. Denn dieser hat sich sehr kooperativ verhalten und konstruktiv an einer Lösung gearbeitet.



„Es geht uns ja um den Patienten, also darum, diesem letztendlich mit medikamentösen Therapien, die von der Krankenkasse finanziert werden, zu einer Heilung oder Linderung zu verhelfen.“

P: Stellen Sie sich vor, es sind wieder viereinhalb Jahre vergangen und die Verhandlungen für den nächsten Rahmen-Pharmavertrag stehen ins Haus: Wie würde Ihre Eröffnungsrede lauten?

Huber: Mit der Neuauflage des Rahmen-Pharmavertrags 2011 hat sich ein in Europa wahrscheinlich einzigartiges Vertragsverhältnis wiederum bewährt. Und wenn sich etwas als gut erwiesen hat, sollte es auch beibehalten werden. Mit dem Teil des Geldes, das wir als Rabatt bezahlen, wollen wir weiterhin gemeinsame Gesundheitsziele erreichen. Wir – zwei unterschiedliche Partner im Gesundheitswesen – wollen der Politik, aber auch der Bevölkerung zeigen, dass Versichertengelder patienten- und versichertenfokussiert eingesetzt werden. Der Rahmen-Pharmavertrag hat in seiner ursprünglichen Erscheinungsform schon 2008 ein Unikum in Europa dargestellt. Mit der Zweckwidmung von 6.750.000 Euro für das Erreichen gemeinsamer Gesundheitsziele gab es hier 2011 wieder eine Neuerung. Dieser Betrag ist auf der einen Seite viel Geld, auf der anderen Seite wünschen wir uns aber alle immer mehr. Es ist also ein erster Schritt und Anfang, um es weiter zu versuchen.



„Der Rahmen-Pharmavertrag hat in seiner ursprünglichen Erscheinungsform schon 2008 ein Unikum in Europa dargestellt. Mit der Zweckwidmung von 6.750.000 Euro für das Erreichen gemeinsamer Gesundheitsziele gab es hier 2011 wieder eine Neuerung.“

P: Sie haben die europaweite Einzigartigkeit bereits angesprochen. Was würden Sie beispielsweise Ihrem dänischen, deutschen oder holländischen Pendant raten, um den Rahmen-Pharmavertrag ebenso erfolgreich umzusetzen? Welche Tipps würden Sie geben?

Huber: Es ist schwierig, ein Universalrezept für alle anzubieten, denn kein Land gleicht dem anderen. Das liegt vor allem an den nationalen Entscheidungs- und Versorgungsregelungen. Die österreichischen Strukturen der Selbstverwaltung sind ein Unikum und schaffen neben der Politik sehr viele Möglichkeiten. Das kann man einerseits kritisieren, aber andererseits: Wenn man sich seiner Rolle bewusst ist, kann man – wie man hier gesehen hat – sehr viel gestalten.

Die Selbstverwaltung ist nicht in jedem Land gleich stark ausgeprägt. Aber wenn nun beispielsweise ein Ministerium die Verantwortung hätte, könnte dieses mit der Pharmawirtschaft solche Verträge schließen. Die Voraussetzung dafür ist, dass sich die Pharmawirtschaft bzw. deren Vertreter mit den Entscheidungsträgern der anderen Seite in einem persönlichen, vertrauenswürdigem und respektvollen Gesprächsverhältnis befinden. Schließlich gibt es für beide Seiten ein Risiko. In Österreich musste der Hauptverband die Einverständniserklärung aller Kassen einholen und vonseiten der Pharmawirtschaft war die Einwilligung aller Pharmafirmen Voraussetzung. Das war nicht ganz einfach, da alle etwas unterschiedlich ticken und verschiedene Befindlichkeiten haben. Es waren sehr viel persönlicher Einsatz und auch eine laufend gute interne sowie externe Kommunikationskultur notwendig. Eine weitere Erfolgskomponente ist es, als „ein Team“ zu agieren und als solches ein professionelles Prozessmanagement sicherzustellen. Schließlich und endlich mussten auch die aktuellen politischen Gegebenheiten immer miteinbezogen werden. Wie man sieht, hat sich der Aufwand gelohnt.

„Die Kehrseite der Freiheit heißt Verantwortung“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

Patientenverfügung, Sterbehilfe, wunscherfüllende Medizin – diese Themen werden in der öffentlichen Debatte nach wie vor zu wenig aufgegriffen. Darauf wies Univ.-Lektor Oberarzt Dr. Michael Peintinger, Leiter des Referats für Ethik und Palliativmedizin der Ärztekammer für Wien, im Periskop-Interview hin. Darüber hinaus formulierte der Experte seine Wünsche an die Politik.

P: Sie sind in verschiedenen Funktionen tätig. Wie sieht zum Beispiel Ihr Aufgabengebiet als Vorsitzender der Ethikkommission aus?

Peintinger: Als Vorsitzender der Ethikkommission betreue ich verschiedene Projekte im medizinischen Forschungsbereich. Darüber hinaus besteht mein Aufgabengebiet – sowohl individuell als auch allgemein – in der klinischen Ethikberatung. Daneben habe ich mehrere medizinethische Lehraufträge inne – von der Medizinischen Universität, der Wirtschaftsuniversität Wien, der Donauuniversität Krems bis zur Paracelsus-Universität Salzburg.

P: Gibt es aktuelle Projekte, an denen Sie arbeiten, bzw. Themen, die Sie gerade beschäftigen?

Peintinger: Derzeit arbeiten wir besonders intensiv an Projekten zur Problematik von Therapiezieländerungen. Auch die Patientenverfügung und Stellvertreterentscheidungen sowie Entgrenzungstendenzen in der Medizin sind sehr aktuell. Ebenso ist die „Verantwortungsfrage“ ein immer wiederkehrendes Thema. In unserer Gesellschaft gibt es nur wenig Berufe, in denen die konkrete Verantwortung für eine Entscheidung so existenziell bedeutend ist wie bei den Ärzten. Wenn zum Beispiel ein Richter ein Fehlurteil spricht, hebt es die nächste Instanz wieder auf und es muss keine Folgen haben. Das tolerieren viele Menschen. Nachdem es in der Medizin um Leib und Leben geht, ist die Verantwortung sehr konkret fassbar. Weil das so bedeutsam ist, halte ich es für eine Stoßrichtung des 21. Jahrhunderts, dass wertorientierte Entscheidungen und das medizinethische System wieder vermehrt in den ärztlichen Bereich hineingehoben werden. Denn wir sind die Einzigen, die wissen, wie sich solche Entscheidungen und diese Verantwortung anfühlen. Wir haben sie ja zu tragen. Für die Ärzteschaft liegt die Herausforderung darin, sich dieser Verantwortung zu stellen, ohne sie nur juristisch zu interpretieren. Wird die moralische Verantwortung bejaht, ist die Gefahr geringer, dass ärztliche Maßnahmen vorrangig defensiv-medizinisch ausgerichtet werden und Handlungen zur eigenen juristischen Absicherung erfolgen.

Diese Konzepte brauchen aber einen breiten gesellschaftlichen Diskurs. Der fehlt in Österreich – im Gegensatz zu Deutschland oder den Niederlanden – weitgehend. Zumeist werden notwendige ethische Diskussionen mit dem Verweis auf rechtliche Normierungen gestoppt. Aber es ist erforderlich, sich den gesellschaftspolitischen Fragen immer wieder zu stellen, auch dann, wenn sie gesetzlich geregelt erscheinen.

P: Anlässlich des Welt-Alzheimer-Tages hat die Ärztekammer vor einer drohenden Kostenexplosion gewarnt und mehr Verständnis für die Belastung betroffener Familien eingemahnt. Was sind die möglichen Folgen und was könnte vonseiten der Patienten vorsorglich unternommen werden?

Peintinger: Derzeit leiden etwa 100.000 Österreicher an einer demenziellen Erkrankung. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird diese Zahl bis zum Jahr 2050 auf annähernd 230.000 Personen angestiegen sein. Bereits jetzt wird zirka eine Milliarde Euro für die Versorgung demenzkranker Patienten ausgegeben. Die prognostizierten Inzidenz- sowie Prävalenzzahlen lassen befürchten, dass die für die Behandlung und Betreuung dementer Menschen aufzuwendenden Kosten in den nächsten Jahren und Jahrzehnten geradezu

„explodieren“ könnten. Aber nicht nur die naturwissenschaftliche Diagnose kommt oft zu spät, auch die persönlichen Vorkehrungen – wenn man sich schon in das Unvermeidliche schicken muss – werden häufig hinausgezögert. Das Gesetz zur Patientenverfügung ist immer noch neu. Wie die Evaluierung der ersten drei Jahre zeigt, gibt es hier noch viel Angst und Unsicherheit. Nicht nur aus dem Gefühl einer vermeintlichen Rechtsunsicherheit heraus, sondern vor allem durch die Ungeübtheit im Umgang mit dem Thema. Das Ethikreferat bemüht sich,

diese Defizite in der Ärzteschaft und in der Bevölkerung zu verringern und eine rechtzeitige Beschäftigung mit der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht anzuregen. Zu betonen ist, dass nur eine vertrauensvolle und vor allem frühzeitige Kommunikation innerhalb der Familie – im Idealfall mit Begleitung durch den betreuenden Arzt – dazu führen kann, dass die Selbstbestimmung der Patienten besser berücksichtigt wird, insbesondere im Hinblick auf allfällige Behandlungsablehnungen im therapeutischen Prozess.

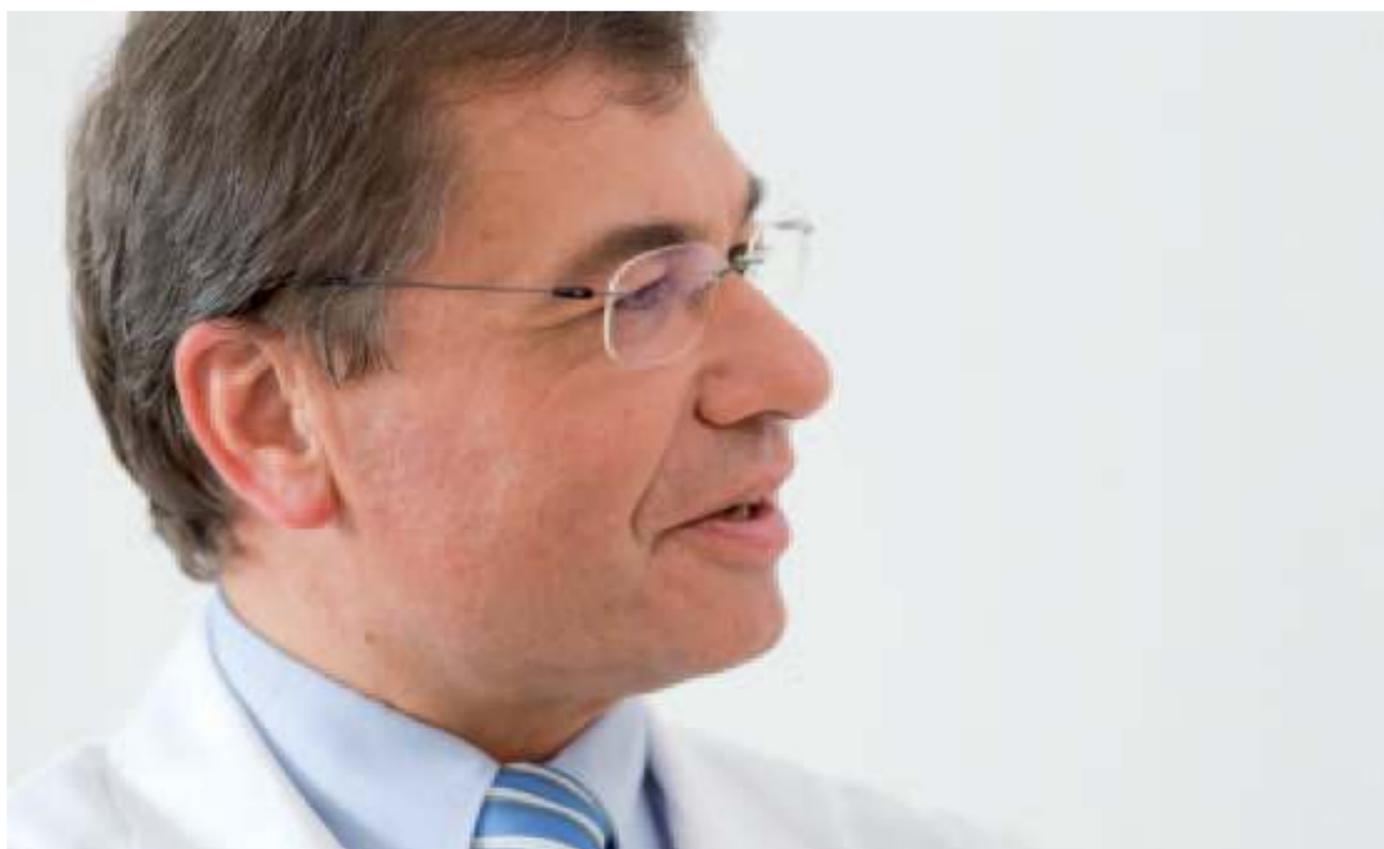
P: Am Welt-Alzheimer-Tag wurde auch die Initiative „Pflegerische Angehörige“ vorgestellt. Worum geht es dabei?

Peintinger: In Anlehnung an ein Vorbildprojekt deutscher Ärztinnen und Ärzte geht es auch bei der Initiative „Pflegerische Angehörige“ darum, dass in Wien pflegenden Familienmitgliedern von ihren begleitenden und betreuenden Ärzten eine so genannte Notfalls-

sind. Seit 15 Jahren gibt es – sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für Pflegepersonen – die Seminare „Ethische Grundfragen in der Medizin“. Mehr als 200 Ärztinnen und Ärzte haben sich hier ein Basiswissen angeeignet. Auch danach konnten sie sich im Alltag mit konkreten Rückfragen an mich wenden. Es gibt zudem vermehrt Symposien des Referats zu einschlägigen Themen bis hin zu länderübergreifenden Veranstaltungen wie das jährliche „Weissensee-Symposium“. Generell kann man sagen, dass die Sensibilisierung für ethische Fragen in der Ärzteschaft zunimmt. Es gibt allerdings noch viel zu tun, um allen Informationssuchenden kompetente Hilfe zu gewährleisten.

P: Welche Ziele haben Sie? Was möchten Sie in fünf Jahren erreicht haben?

Peintinger: Mein Ziel ist es, den Stellenwert des ethischen Denkens im gesamten therapeutischen Kontext zu erhöhen und die therapeutische Partnerschaft als Garant für heilsames Handeln zu etablieren. Arzt und Patient sollen kompetente Verbündete im therapeutischen Prozess sein, die sich als gemeinsam Wissende auch gegen zunehmende äußere Einflussnahmen positionieren können. Dies auch deshalb, weil eine qualitativ gute therapeutische Partnerschaft tatsächlich hilft, Kosten zu sparen. Außerdem muss man unumkehrbare Dialogstrukturen in Österreich schaffen, die einen kompetenten Austausch über medizinethische Fragen ermöglichen. Ferner ist es wichtig, die Qualität der Aus- und Weiterbildung beständig zu sichern. Auch die Etablierung eines begleitenden Coachings von Jungärzten in ethischen Belangen ist erforderlich. Diese stehen ja in besonderer Weise der großen Herausforderung einer älter werdenden Gesellschaft gegenüber. Für mich ist es auch wesentlich, einen Beitrag zur Förderung eines medizinethischen Grundwissens und Verständnisses in der Bevölkerung zu leisten.



karte ausgestellt wird. Diese weist darauf hin, dass sie Angehörige pflegen und daher möglichst vorrangig behandelt werden sollten. In einem ersten Schritt erhoffe ich mir, dass sich alle Wiener Ärzte und Ärztinnen bereit erklären, Menschen, die mit dieser Notfallkarte Ordinationen aufsuchen, bevorzugt zu behandeln, und ihnen gegebenenfalls über die konkrete Leistung hinaus Hilfe anbieten. Denn pflegende Angehörige sind einer Vielzahl von Belastungen ausge-

setzt. Neben ihrer keinesfalls hoch genug zu bewertenden Hilfeleistung für ihre kranken Familienmitglieder erweisen sie auch der Gesellschaft einen unschätzbaren Dienst. Diese wäre aufgrund mangelnder personeller und finanzieller Ressourcen nämlich niemals imstande, Vergleichbares zu leisten. Meiner Meinung nach mangelt es nach wie vor zum Teil an Wertschätzung für die Arbeit, die betreuende Familienmitglieder täglich erledigen. Wir Ärzte müssen künftig noch mehr Sensibilität für Schilderungen von Angehörigen aufbringen, insbesondere in der Anfangsphase der Erkrankung, wenn bloß „Auffälligkeiten“ angesprochen werden.

P: Inwieweit findet das Thema Ethik in der Medizin in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung Eingang? Wie ist hier der Status quo?

Peintinger: Bei der Ausbildung ist zu sagen, dass es nach jahrelangen Vorarbeiten gelungen ist, Ethik ins neue Medizincurriculum zu integrieren. Was an Fortbildung geboten wird, ist teilweise eine Ausbildung jener, die im Studium noch nicht mit Ethik konfrontiert worden

P: Was wünschen Sie sich für Ihren Bereich von der zuständigen Politik?

Peintinger: Von den Universitäten wünsche ich mir, dass diese den Stellenwert des ethischen Denkens ernst nehmen, da dieses auch eine weit über das konkrete Themenfeld hinausgehende interdisziplinäre und berufsübergreifende, sinnvolle Kommunikation ermöglicht. Vom Bildungsministerium wünsche ich mir eine größere Aufgeschlossenheit gegenüber der Etablierung von medizinethischen Themen in den obersten Schulklassen. Schließlich ist die Jugend die Zukunft des Landes. Mein Wunsch an das Gesundheitsministerium und das Justizministerium ist es, dass sie bei Projekten und Initiativen auch jeweils Medizinethiker mit Alltagserfahrung miteinbeziehen, da diese – konkreter als alle Theoretiker – Bedürfnisse, Erfordernisse, aber auch die Praktikabilität einschätzen können. Ganz allgemein wäre es wünschenswert, wenn in der Politik das Thema Gesundheit – abseits der unbestrittenen Notwendigkeit einer verantwortungsvollen Ressourcenvergabe – wieder umfassender und nicht vorwiegend unter ökonomischen Gesichtspunkten betrachtet würde.

BioBox:

Dr. Michael Peintinger ist erster Oberarzt für Anästhesie und Intensivmedizin im Krankenhaus Göttlicher Heiland. Seit 1994 ist er Vorsitzender der Ethikkommission und klinischen Ethikberatung. Im Jahr 1996 wurde er Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin in Göttingen und seit 2001 ist er Lehrbeauftragter für Medizinethik an der Universität Wien. 2008 hat er die Leitung des Referats für Ethik und Palliativmedizin der Wiener Ärztekammer übernommen.

Wirtschaftswunder?!

Gestern. Heute. Morgen.



Welldone
Lounge 35



UNTER DIESEM MOTTO BEGRÜSSTE DIE WELLDONE GMBH, WERBUNG UND PR AM 7. JULI MIT DER 35. WELLDONE LOUNGE IM PALMENHAUS IM BURGARTEN DEN SOMMER. WIRTSCHAFTSMINISTER REINHOLD MITTERLEHNER FUNGIERTE ALS KEY-NOTE-SPEAKER.

Ganz unter dem Motto „Wirtschaftswunder?! Gestern. Heute. Morgen“ stand die 35. Welldone Lounge, bei der die rund 450 geladenen Gäste dem Impulsreferat von Wirtschaftsminister Dr. Reinhold Mitterlehner folgten, der die lange „Welldone Lounge“-Tradition hochrangiger Gastvorträge fortführte. Das nostalgisch anmutende Flair des Palmenhauses im Burggarten erwies sich abermals als ideale Location, um VertreterInnen aus Politik und Wirtschaft sowie aus dem österreichischen Gesundheitswesen in einem sommerlichen Ambiente zum Meinungsaustausch zu versammeln. 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, sprach Wirtschaftsminister Dr. Reinhold Mitterlehner zum Motto des Abends.

Wirtschaftswunder?! Vom Wundern über die Wirtschaft zur Wirtschaft der Zukunft. Ein Rückblick auf die gute alte Zeit. Mit neuen Perspektiven.

In seinem Impulsreferat zog Mitterlehner einen Vergleich zwischen der wirtschaftlichen Situation in den Nachkriegsjahren, die zum „Wirtschaftswunder“ geführt hat, und der aktuellen Lage nach der Wirtschaftskrise. „Nach dem Krieg gab es eine andere Situation als heute. Strukturen mussten erst aufgebaut werden. Von einer Marktwirtschaft heutigen Zuschnitts waren wir weit entfernt“, so der Wirtschaftsminister. Danach skizzierte Mitterlehner die verschiedenen wirtschaftlichen Stationen bis zum Jahr 2011 und betonte dabei, dass Österreich schon viele Krisen erfolgreich bewältigt habe. „Solidarität und Optimismus haben uns dabei stets geholfen“, sagte Mitterlehner.

Positiv hervor hob der Wirtschaftsminister die Europareife Österreichs und die starke Orientierung Richtung Ost- und Südosteuropa: „Wir sind heute eine wichtige Drehscheibe zwischen Ost und West. Österreich war eines der ersten Länder, das erfolgreich in Richtung Osteuropa exportiert hat – auch wenn uns diese Exportorientierung in der Finanz- und Wirtschaftskrise 2009 fast auf den Kopf gefallen wäre“, so Mitterlehner. „Es ist uns allerdings gelungen, rasch die richtigen Gegenmaßnahmen zu setzen. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern hat Österreich die Krise ausgezeichnet überstanden“, sagte Mitterlehner. „Jetzt geht es darum, die positiv eingeleitete Umstrukturierung der österreichischen Wirtschaft weiter zu unterstützen. In Zukunft müssen wir unter anderem gezielt in die Bereiche Öko-Innovationen, Tourismus, Wellness und Gesundheit investieren. Vor allem hochwertige Dienstleistungen werden noch wichtiger werden“, so der Wirtschaftsminister abschließend.





01| Reinhold Mitterlehner/Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. 02| Birgit Bernhard/Welldone. 03| Robert Riedl/Welldone, Gottfried Bahr/Pharmazeutische Gehaltskasse. 04| Bettina Zadera, Bettina Kirchstorfer, Sabrina Raz/MSD Österreich. 05| Michaela Steinhart, Wilfried Teufel/Peri Marketing & Sales Excellence, Uta Carstanjen/Peri Consulting. 06| Robert Riedl/Welldone, Christiane Körner/Österreichische Apothekerkammer, Reinhold Mitterlehner/Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. 07| Franz Bittner/Peri Human Relations, Wilfried Teufel/Peri Marketing & Sales Excellence, Bernhard Zinner/Baxter. 08| Hans-Peter Petutschnig/Ärzttekammer für Wien, Anelia Mihova/Ärzttekammer für Wien, Michaela Röhle/Ärzttekammer für Wien, Heinrich Burggasser/Österreichische Apothekerkammer. 09| Uta Carstanjen/Peri Consulting, Max Carstanjen. 10| Andreas Krauter, Theresa Philippi/Elga. 11| Leopold Schmudermaier/Österreichische Apothekerkammer, Andreas Kronberger/Baxter, Ulrike Mursch-Edelmayer/Oberösterreichische Apothekerkammer. 12| Reinhold Mitterlehner/Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, Birgit Bernhard/Welldone, Robert Riedl/Welldone. 13| Reinhold Mitterlehner/Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, Heinrich Burggasser/Österreichische Apothekerkammer. 14| Hartmut Pelinka/AUVA, Alexander Maksimovic/Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Bernhard Zinner/Baxter. 15| Heinrich Burggasser/Österreichische Apothekerkammer, Robin Rumler/Pfizer Austria, Regina Preložnik, Martin Hagenlocher/Bayer Austria. 16| Anelia Mihova/Ärzttekammer für Wien, Michaela Röhle/Ärzttekammer für Wien. 17| Reinhold Mitterlehner/Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. 18| Hans-Heinz Kühnl-Brady/C. Brady, Sylvia Schwarz/Krankenhaus Hietzing. 19| Reinhold Mitterlehner/Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, Robert Riedl/Welldone, Rudolf Hundstorfer/Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. 20| Birgit Schmölder/Yakult Österreich, Percival Pachta-Rayhofen. 21| Robert Riedl/Welldone, Rudolf Hundstorfer/Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. 22| Birgit Bernhard/Welldone, Hartmut Pelinka/AUVA. 23| Claudia Tuchmann, Jean Michel Quintot. 24| Christiane Körner/Österreichische Apothekerkammer, Heinrich Burggasser/Österreichische Apothekerkammer, Franz Bittner/Peri Human Relations. 25| Andreas Krauter, Peter McDonald/SVA, Robert Riedl/Welldone. 26| Bernhard Zinner/Baxter, Alexander Maksimovic/Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. 27| Bernhard Schwarz/Karl Landsteiner Gesellschaft, Robert Fischer/Ärzttekammer für Wien.



28] Robert Riedl/Welldone, Franz Bittner/Peri Human Relations, Reinhold Mitterlehner/Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. 29] Frank Stolz/Biomay, Erwin Steiner/ÖPV. 30] Heinrich Burggasser/Österreichische Apothekerkammer, Thomas Holzgruber/Österreichische Ärztekammer. 31] Charlotte Staudinger/Wiener Krankenanstaltenverbund, Alexander Maksimovic/Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. 32] Robert Riedl/Welldone, Wilhelm Appel/Rudolfinerhaus. 33] Bernhard Zinner/Baxter, Brigitte Waggo. 34] Barbara Dorner/GS1, Josef Hradsky. 35] Hanns Kratzer/Peri Consulting, Walter Reinisch/Medizinische Universität Wien, Bartosz Chlap/Universimed. 36] Erich Laminger/Laminger GmbH. 37] Robert Riedl/Welldone, Franz Bittner/Peri Human Relations, Reinhold Mitterlehner/Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. 38] Hartmut Pelinka/AUVA, Robert Riedl/Welldone, Johannes Steinhart/Ärzttekammer für Wien. 39] Hanns Kratzer/Peri Consulting, Jean Michel Quinot. 40] Susanne Flo/Welldone. 41] Robert Riedl/Welldone, Martha Bousek/GSK, Hanns Kratzer/Peri Consulting, Walter Reinisch/Medizinische Universität Wien. 42] Bernhard Zinner/Baxter, Brigitte Waggo. 43] Wilhelm Appel/Rudolfinerhaus, Andreas Kronberger/Baxter. 44] Christiane Körner/Österreichische Apothekerkammer, Birgit Bernhard/Welldone. 45] Hans-Heinz Kühnl-Brady/C. Brady, Sylvia Schwarz/Krankenhaus Hietzing. 46] Larissa Horvath/Welldone, Birgit Bernhard/Welldone, Lisa Graham/Peri Consulting, Sabine Sommer/Welldone, Nina Bennett/Welldone, Judith Austaller/Peri Consulting. 47] Walter Reinisch/Medizinische Universität Wien, Petra Lanz/Abbott, Hanns Kratzer/Peri Consulting. 48] Erich Auringer, Christine Pleniger, Hannelore Auringer/Rheumahlilfe Wien. 49] Rudolf Schoberberger/MUW/ Zentrum für Public Health. 50] Elisabeth und Johann Mittheisz/Magistratsdirektion der Stadt Wien. 51] Kurt Moser/Welldone, Doris Augustin/Welldone, Elisabeth Kranawetvogel/Welldone. 52] Hartmut Pelinka/AUVA, Hans Peter Petutschnig/Ärzttekammer für Wien, Robert Riedl/Welldone. 53] Susanne Flo/Welldone, Birgit Bernhard/Welldone, Christiane Körner/Österreichische Apothekerkammer. 54] Benjamin Riedl/Welldone, Andrea Mikova, Johannes Steinhart/Ärzttekammer für Wien, Manuela Döhle, Robert Riedl/Welldone. 55] Heinrich Burggasser/Österreichische Apothekerkammer, Robin Rumler/Pfizer, Regina Preloznik. 56] Julia Hofstätter/GlaxoSmithKline Pharma, Karina Ludwig/GlaxoSmithKline Pharma. 57] Regina Pucher/Pfizer, Barbara Sturm/Eli Lilly. 58] Wilfried Teufel/Peri Marketing & Sales Excellence, Beatrix Krawany/Peri Marketing & Sales Excellence, Uta Carstanjen/Peri Consulting.



59] Franz Bittner/Peri Human Relations, Jan Oliver Huber/Pharmig. **60]** Robert Riedl/Welldone, Benjamin Riedl/Welldone. **61]** Alexander Schauflinger/Peri Consulting, Hanns Kratzer/Peri Consulting, Frédéric Bengold/Servier. **62]** Andras Oberhauser/Eli Lilly, Beatrix Kollmann/Welldone, Larissa Horvath/Welldone. **63]** Alexander Schauflinger/Peri Consulting, Roland Bindeus/Baxter. **64]** Peter McDonald/SVA, Franz Bittner/Peri Human Relations, Britta Blumencron/Novartis, Jan Oliver Huber/Pharmig. **65]** Robert Riedl/Welldone, Leopold Schmudermaier/Österreichische Apothekerkammer, Alexander Kronberger/Baxter, Ulrike Mursch-Edelmayr/Oberösterreichische Apothekerkammer, Rudolf Hundstorfer/Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. **66]** Christina Nageler/IGEPHA, Alex Jovanovics/Kwizda. **67]** Benjamin Riedl/Welldone, Alexander Cadlet/Welldone. **68]** Erich Laminger/Laminger GmbH, Heinrich Burggasser/Österreichische Apothekerkammer, Robert Riedl/Welldone, Rudolf Hundstorfer/Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. **69]** Robert Riedl/Welldone. **70]** Thomas Holzgruber/Österreichische Ärztekammer, Jan Oliver Huber/Pharmig. **71]** Miklos Pinter/Privatklinik Döbling, Sonja Fürsinn/Premia Med. **72]** Andreas Krauter, Reinhold Mitterlehner/Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. **73]** Michael Freissmuth/Aphar. **74]** Peter McDonald/SVA, Hartmut Pelinka, Franz Bittner/Peri Human Relations. **75]** Robert Riedl/Welldone, Hans Peter Petutschnig/Ärztchammer für Wien. **76]** Wilfried Teufel/Peri Marketing & Sales Excellence, Hanns Kratzer/Welldone, Renee Gallo-Daniel/GlaxoSmithKline Pharm, Peter McDonald/SVA. **77]** Hanns Kratzer/Peri Consulting, Bernhard Zinner/Baxter, Brigitte Waggo. **78]** Christian Operschall/Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. **79]** Reinhold Mitterlehner/Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, Heinrich Burggasser/Österreichische Apothekerkammer. **80]** Robert Riedl/Welldone, Rudolf Hundstorfer/Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Reinhold Mitterlehner/Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. **81]** Robin Rumler/Pfizer, Regina Preložnik. **82]** Robert Riedl/Welldone, Margarita Freissmuth/Verdino.com, Michael Freissmuth/Aphar.

Der Wunsch, Schmerzen zu lindern – ob bei Verletzungen, Krankheiten oder im Rahmen von operativen Eingriffen –, war von jeher eine bedeutende Triebfeder für heilerisches Handeln. Bereits in der Antike kannten etliche Völker die schmerzlindernde Wirkung von Mohn oder Alraunen. Von diesen ersten Anfängen hat sich die moderne Anästhesiologie heute natürlich schon weit entfernt. Im Periskop-Interview sprachen wir mit Prim. Univ.-Doz. Dr. Sibylle Kozek-Langenecker, MBA, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI), über die Aufgaben und Ziele der Gesellschaft sowie darüber, warum besonders viele Anästhesiologen burn-out- oder suchtgefährdet sind.

P: Was sind Ihre Aufgaben als Präsidentin und welche Ziele haben Sie sich in dieser Funktion gesetzt?

Kozek-Langenecker: Ich sehe es als meine Aufgabe an, Projekte mit Nachhaltigkeit für das Fach zu schaffen und das Image der Anästhesiologie ins rechte Licht zu rücken, um dadurch eine faire Anerkennung für unsere Arbeit zu bewirken. Bei uns gibt es unter den Kollegen eine sehr hohe Suizid- und Burn-out-Rate sowie Suchtgefährdung. Das Risiko für Anästhesiologinnen und Anästhesiologen ist wirklich bedenklich und hängt meiner Meinung nach mit den hohen Anforderungen und der tatsächlichen erbrachten Leistung in diesem Risikobereich der Medizin zusammen. Verschärft durch eine geringe Würdigung und Wertschätzung durch die Öffentlichkeit. Wenn ein schwerkranker alter Patient eine Operation gut übersteht, wird der Erfolg zumeist der chirurgischen Technik zugeschrieben, aber es steckt in Wirklichkeit auch eine perioperative Intensivtherapie – maßgeschneidert auf spezifische Bedürfnisse – dahinter, die den chirurgischen Erfolg erst möglich macht. Ich möchte daher erreichen, dass das Fach in seiner Breite und großen Verantwortung erkannt wird. Mit den vier Säulen ist es eines der umfassendsten Generalistenfächer. Ich glaube, dass es

anästhesie, Atemwegsmanagement, Herzanästhesie, Simulationsmedizin und Patientensicherheit. Als Vorstufe zu den Arbeitsgruppen gibt es Plattformen zu den Themen Neuroanästhesie, transfusionsmedizinische Aspekte, Ethik, Recht, Outcome und Kennzahlen. Weiters gibt es das Forum „Frauen in der Anästhesie“ und die junge Anästhesie. Die Arbeitsgruppen sind teilweise den einzelnen Säulen zugeordnet, es gibt aber auch welche, die sektorenübergreifend sind. Ein neuer Aspekt in der ÖGARI ist das Einbinden von Fachfremden in eine Arbeitsgruppe, zum Beispiel von Juristinnen

und Juristen in die Plattform Recht. Das Miteinbeziehen von Patientenvertretern als Kooperationspartner wird es uns ermöglichen, den Paradigmenwechsel in der präoperativen Diagnostik umzusetzen. Diese Leitlinie kann gelebt werden, wenn die Patienten erkennen, dass es ihr Recht ist zu wissen, ob zum Beispiel vor einer risikanten Operation eine Anämie besteht oder nicht. Und wenn sie es als ihr Recht oder ihre



Aufgabe ansehen, diese Anämie vorher korrigieren zu lassen. Diese informierte Aufklärung ist der Schlüssel.

P: Sie haben das Forum „Frauen in der Anästhesie“ angesprochen. Wie ist es zu dessen Gründung gekommen? Was waren die Überlegungen diesbezüglich?

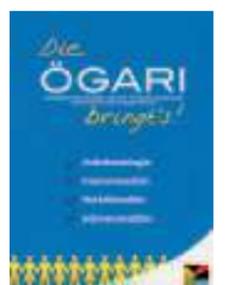
Kozek-Langenecker: Das Forum „Frauen in der Anästhesie“ wurde 2007 gegründet. Der Hintergrund war, dass wir Frauen gesagt haben, wir haben gemeinsam mit unseren männlichen Kollegen studiert und zusammen den Einstieg in den Beruf geschafft. Wenn man die Allgemeinmedizin ausnimmt, ist die Anästhesiologie mit 876 Ärztinnen österreichweit (Quelle ÖÄK, Juni 2007) das quantitativ größte Frauenfach mit einem Frauenanteil von 43,6 Prozent. Aber laut Statistik erfolgt ab dem 30. Lebensjahr ein Knick: Während Männer in der Unternehmens- und Einkommenshierarchie nach oben klettern sowie Vorträge und Vorträge bei Kongressen belegen, bleiben Frauen stecken oder springen von der Karriereleiter ab. Frauen besetzen nur zehn Prozent der Professuren an der Medizinischen Universität Wien. Das Forum „Frauen in der Anästhesie“ der ÖGARI möchte Anästhesistinnen positiv motivieren und den Anteil der Frauen im nationalen fachspezifischen Bereich anheben.

P: In welche Richtung soll sich das Fach in den nächsten zehn Jahren entwickeln? Wo sehen Sie Herausforderungen bzw. Probleme?

Kozek-Langenecker: Besonders im technischen, aber auch im pharmakologischen Bereich gibt es Quantensprünge, die uns bevorstehen. Hier reicht unsere Vorstellungskraft gar nicht aus, um zu erfassen, wo es uns hinführen wird. Dennoch ist eine Verknappung an Ressourcen und Geld zu befürchten. Was die fachpolitische Seite betrifft, sollten wir darauf achten, genug medizinischen Nachwuchs zu bekommen. Ein Mangel an Arbeitskräften an den neuralgischen Stellen – in den Notarztstützpunkten, auf den Intensivstationen, in der perioperativen Medizin und der Schmerzmedizin – könnte den Menschen in Österreich wirklich schaden. Ein Problem sehe ich in der Verrechtlichung der Medizin. Denn die Tatsache, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen die Patientenversorgung nicht mehr verbessern, sondern unser ärztliches Handeln wirklich verkomplizieren, kostspielig und unattraktiv machen, sehe ich als echtes Problem. Herausforderungen werden sich aber auch durch die demografische Entwicklung ergeben. Dieses absehbare Problem sollte von der Gesundheitspolitik vorausschauend – zum Beispiel durch ein Mehr an Intensivbetten und Schmerztherapieeinrichtungen – vermieden werden.

BioBox:

Prim. Univ.-Doz. Dr. Sibylle Kozek-Langenecker, MBA ist seit 2011 Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI). Schon als Kind hatte sie den Wunsch, Ärztin zu werden und im Dienste der Patienten zu arbeiten. Seit 2008 leitet sie die Anästhesie- und Intensivmedizin des Evangelischen Krankenhauses in Wien.



„Hohe Anforderungen bringen Qualität“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

P: Seit wann gibt es die Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin?

Kozek-Langenecker: Die Gesellschaft wurde vor sechzig Jahren gegründet, mit gerade einmal zwanzig Gründungsmitgliedern. Heute zählt sie 1411 ordentliche und 34 karezierte Mitglieder. Wenn man das in Bezug setzt zu allen österreichischen Fachärzten und -ärztinnen für Anästhesiologie und Intensivmedizin, dann sind rund 52 Prozent bei uns Mitglied. Es ist ein Ziel der ÖGARI, weiter zu wachsen.

P: Wie ist die Gesellschaft strukturiert?

Kozek-Langenecker: Die innere Struktur der ÖGARI ergibt sich aus den vier Säulen des Sonderfachs: Anästhesiologie, Reanimation, Intensiv- und Schmerzmedizin. Es ist zu betonen, dass alle Säulen gleichberechtigt und notwendig für das Gesamtkonzept der modernen Anästhesiologie sind. Es ist unsere Aufgabe, darauf zu achten, dass alle vier Pfeiler zusammengehalten und nicht durch einzelne Begehrlichkeiten getrennt werden.

P: Worin sehen Sie die Hauptaufgabe der ÖGARI?

Kozek-Langenecker: Laut den Statuten besteht die Hauptaufgabe in der Förderung und Weiterentwicklung von Anästhesiologie, Wiederbelebung, Intensivmedizin, Schmerztherapie sowie Notfall- und Katastrophenmedizin, um die bestmögliche Versorgung der Allgemeinheit auf diesen Gebieten in Österreich zu gewährleisten. Somit erfüllt die Anästhesiologie hierzulande wirklich einen sehr umfassenden gesellschaftlichen Auftrag. Zur Veranschaulichung einige Zahlen aus der Praxis: Zwei Drittel der Notarztstützpunkte und die Mehrzahl aller Intensivstationen sind rund um die Uhr mit Anästhesiologinnen und Anästhesiologen besetzt. Zudem ist die Aus- und Weiterbildung eine der Kernaufgaben. Die ÖGARI gibt der Ausbildung Qualität. Ein Ausbildungskonzept mit verpflichtenden Theoriekursen, freiwilligen Paukursen und E-Learning wurde ausgearbeitet. Wie die Piloten können wir im Simulator zum Beispiel schwierige Behandlungssituationen üben und analysieren sowie Teamwork als überlebenswichtiges Konzept unseres Fachs perfektionieren. Im Curriculum gibt es derzeit noch keine verpflichtenden Simulatortrainings. Das wollen wir aber in Zukunft erreichen, denn hohe Anforderungen bringen auch Qualität. Im Mittelpunkt der anästhesiologischen Betreuung stehen stets die Patientensicherheit und Risikominimierung. Darum arbeiten die Arbeitsgruppen der ÖGARI evidenzbasierte Empfehlungen aus, anhand derer Behandlungsprozesse skizziert und in die jeweiligen krankenhausinternen Abläufe eingegliedert werden können und mit denen für unsere Berufsgruppe auch juristische Sicherheit verknüpft ist. Die Forschungsförderung und Interessenvertretung zählen ebenfalls zu den Hauptaufgaben der ÖGARI. Darüber hinaus ist es uns ein Anliegen, Mitgliedern in kritischen Situationen zu helfen. So intervenieren wir beispielsweise gerade im Fall eines in Dubai zum Tode verurteilten österreichischen Anästhesiologen. Die Abhaltung des Jahreskongresses war seit der Gründung der ÖGARI ein Mittel zur Weiterbildung der Kollegenschaft. Mit einem neuen Patientenforum möchten wir jetzt auch Laien Informationen anbieten. Davon erhoffen wir uns eine wesentliche Verbesserung der Behandlungsqualität – und auch der Wahrnehmung der Anästhesiologie in der Öffentlichkeit.

wichtig ist, der Öffentlichkeit zu zeigen, dass es uns nicht ums „Schlummern“ während einer Operation geht, sondern um Sicherheitsmedizin. Darum, die Vitalfunktionen während einer Operation, eines Notfalls oder einer schmerzmedizinischen Intervention zu optimieren und anschließend ein langfristig gutes Outcome für den Patienten zu erreichen. Übrigens würde eine gesteigerte Wertschätzung wahrscheinlich auch die Forschungsförderung aus öffentlicher Hand hinsichtlich der Säulen der Anästhesiologie begünstigen. Aufgrund der hohen Zahl an Operationen, Intensivbehandlungen, Notfällen und schmerztherapeutischen Interventionen und deren Implikationen auf viele gesellschaftliche Aspekte sollte die Forschung in unserem Fach gleichwertig behandelt werden wie derzeit bevorzugte Schwerpunkte wie etwa in der Onkologie.

P: Welche Sektionen bzw. Arbeitsgruppen gibt es bisher und wie sollen sich diese zukünftig entwickeln?

Kozek-Langenecker: Aktuell gibt es die Arbeitsgruppen zu perioperativer Echokardiographie, perioperativer Gerinnung, präoperativem Patientenmanagement, Regionalanästhesie, Kinder-

KURIER

Dialyse auf der Wohnzimmercouch

Die Peritoneal- oder Heimdialyse ist in Österreich ein Stiefkind, obwohl sie möglicherweise günstiger und weitaus komfortabler ist.

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Stellen Sie sich vor, sie müssten mehrmals in der Woche in einem Krankenhaus übernachten – einfach nur, um am Leben zu bleiben. Für einen Teil der rund 420.000 Diabetiker in Österreich ist das der bittere Alltag. Sie müssen zur Blutwäsche, sprich Dialyse. Im Rahmen der Gesundheitsgespräche in Alpbach diskutierten Franz Bittner (ehemaliger Chef der Wiener Gebietskrankenkasse), Josef Probst (stellvertretender Generaldirektor des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger) und Wolfgang Sobotka (Landeshauptmann-Stellvertreter in Niederösterreich) für das Periskop über die Chancen und Risiken von neuen Dialyseformen – und darüber, warum sich das Gesundheitswesen noch immer zu wenig an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert.

Periskop: Herr Bittner, mit der Peritoneal- oder Heimdialyse gibt es eine interessante Alternative zur klassischen Häm- bzw. Spitals-

dialyse. Werden die Möglichkeiten in diesem Bereich derzeit ausreichend ausgeschöpft?

Franz Bittner: Erlauben Sie mir, zunächst einmal den Status quo zu beschreiben: Wir wissen, dass in Österreich chronische Erkrankungen zunehmen. Es ist bekannt, dass zu den 420.000 Menschen, die von ihrem Diabetes wissen, weitere 180.000 als „Dunkelziffer“ hinzugerechnet werden müssen. Diesen ist noch gar nicht bewusst, dass sie krank sind. Die Tendenz steigt, und das bedeutet gleichzeitig, dass auch bei der Dialyse die Zahlen zunehmen. Und wir wissen außerdem, dass sich von den rund 4200 Patienten, die derzeit in Österreich dialysiert werden, zirka 90 Prozent in der Hämodialyse und nur zehn Prozent in der Heimdialyse befinden. Bundesländer wie Niederösterreich liegen hier mit 13 Prozent zwar leicht über dem Schnitt – aber diese sind Ausnahmen, und das ist sehr schade. Denn mit der Heimdialyse haben wir pro Patient und Jahr um rund 10.000 bis 20.000 Euro weniger Kosten, und die Menschen können zu Hause behandelt werden. Um auf die Frage zurückzukommen: Nein, die Chancen werden meiner Ansicht nach überhaupt nicht ausgeschöpft – auch weil die Patienten zu wenig über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten wissen.

Wolfgang Sobotka: Ich bin da ganz bei Ihnen, Herr Bittner. Wir wissen, dass wir's besser bzw. effizienter machen können. Wir

könnten die Heimdialyse, die in anderen Ländern bereits 25 Prozent der Menschen beanspruchen, vermutlich noch breiter anbieten. Medizinisch spricht nichts dagegen, der Patient fühlt sich wohler, weil er zu Hause bleiben kann. Und wir ersparen uns die Transportkosten. Kurzum: Es gibt nur Gewinner.

Periskop: Herr Probst, die Heimdialyse ist offenbar günstiger und für Patienten angenehmer. Trotzdem wird sie in vielen Bundesländern nur von jedem zehnten Patienten in Anspruch genommen. Warum?

Josef Probst: Eines vorweg: Bei der Akutbehandlung sind wir in Österreich sehr gut aufgestellt. Wir sehen auch, dass wir die Lebenserwartung deutlich gesteigert haben. Aber im Unterschied zum restlichen Europa liegen wir bei den gesunden Jahren im Alter noch zurück. Was lernen wir daraus? Wir müssen uns um die chronischen Erkrankungen besonders kümmern und offenbar noch mehr in die Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Der Patient, nicht die Institution muss im Mittelpunkt stehen. Machtfragen dürfen bei der Planung der Gesundheitsversorgung keine Rolle spielen – es geht vorrangig um Behandlungsinhalte. Was heißt das für den angesprochenen Bereich der

„Medizinisch spricht nichts dagegen, der Patient fühlt sich wohler, weil er zu Hause bleiben kann.“





Heim- oder Peritonealdialyse? Wir müssen auf alle Fälle dafür sorgen, dass sich die Menschen dafür entscheiden können. Nun ist es zwar zweifelsohne eine verdienstvolle Arbeit, die Kosten für die unterschiedlichen Therapien zu kalkulieren. Ich bin mir aber nicht so sicher, ob die Peritonealdialyse tatsächlich die eindeutig günstigere Variante ist. Laut unseren Kalkulationen im Hauptverband gibt es hier nämlich enorme Spannbreiten. Eine Peritonealdialyse kann zwischen 30.000 und 60.000 Euro kosten, die Hämodialyse zwischen 40.000 und 62.000 Euro. Ob die Summen also bei der Peritonealdialyse tatsächlich um so vieles niedriger sind, das will ich vorerst offen lassen. Sicher ist: Wir sollten den Patienten die Wahlfreiheit ermöglichen und – wie der Hauptverband vorsieht – den Anteil der Peritonealdialyse bis 2015 auf 15 Prozent steigern. Außerdem sollten wir danach trachten, dass es eine gemeinsame Datenbank im Gesundheitswesen gibt, anhand derer überprüft werden kann, ob einzelne Bundesländer und Institutionen die angepeilten Gesundheitsziele auch erreichen – und zwar nicht nur bei der Dialyse.

Wolfgang Sobotka: Sie sprechen hier einen ganz zentralen Punkt an. Auch ich bin der Meinung, der Bund und die Fachinstitutionen wie die Weltgesundheitsorganisation müssen die Ziele vorgeben, und eine unabhängige Stelle soll deren Erreichen überprüfen. Nicht umsonst haben wir uns bemüht, das Cochrane-Institut nach Niederösterreich zu holen. Das ist das derzeit einzige Institut, das völlig unabhängig von der Industrie und Politik arbeitet und sehr fundierte Daten liefert. Wir müssen mit gesicherten, wissenschaftlich begleiteten Programmen die Richtung vorgeben. Dafür sind wir als Bundesländer sofort zu haben.

Periskop: Auch, wenn es in letzter Konsequenz bedeuten würde, dass ein Nichterreichen der bundeseinheitlichen Ziele Sanktionen bringt?

Wolfgang Sobotka: Das kann man nicht so einfach beantworten. Zunächst müssen wir uns ja darauf einigen, wie wir die Ziele festlegen und bis wann sie erreicht werden sollen. Aber am Ende des Tages bin ich selbstverständlich auch für Sanktionsmechanismen. Denn ohne Sanktionen würde ja jede Regel ad absurdum geführt ...

Josef Probst: ... und Österreich neigt in manchen Bereichen ohnehin ein wenig dazu, dass Zielerfüllung und -nichterfüllung de facto gleich sanktioniert werden. Sprich: Es ist eigentlich egal, ob man sich anstrengt.

Franz Bittner: Ich würde noch gerne einen anderen Aspekt in die Diskussion einbringen. Ich habe von Ärzten gehört, dass in ihren Dialysestationen zwar die Hälfte der älteren Patienten die Heimdialyse in Anspruch nehmen könnte, dabei aber Hilfe durch Pfleger und Ärzte benötige. Da haben wir das Problem, dass das einfach nicht organisiert und bezahlt wird.

Josef Probst: Keine Frage, hier müssen wir das System an die Bedürfnisse der Menschen anpassen – wobei die Prävention nicht aus dem Blick geraten darf. Österreich hat über 50 Prozent übergewichtige Menschen, 15 Prozent sind fettleibig, daraus ergeben sich 400.000 Diabetiker. Das sind in weiterer Folge 8000 bis 9000 Leute, die transplantiert werden oder zur Dialyse kommen müssen. Hier müssen wir ansetzen: bei der Vorsorge.

Wolfgang Sobotka: Volle Zustimmung von mir! Wir verwenden 95 Prozent des Geldes im Gesundheitssystem für Therapien und Behandlungen und nur fünf Prozent für die Prävention.

Franz Bittner: Da bin ich sogar noch kritischer. Von den angesprochenen fünf Prozent sind zwei Drittel tertiäre Prävention. Das heißt, das sind nur noch Stabilisierungsmaßnahmen für bereits vorhandene Erkrankungen.

Josef Probst: Leider haben Sie damit Recht: Im OECD-Vergleich sind wir unterdurchschnittlich unterwegs. Ein gutes Beispiel ist das Rauchen: 10.000 Menschen sterben in Österreich jedes Jahr am Tabakkonsum. Und das liegt daran, dass wir keine das Nichtrauchen stützende Politik haben. Die Briten lachen sich krumm, wenn sie die österreichischen Zigarettenpreise sehen. Hierzulande wird eifrig geworben, Österreich ist geradezu ein Tschick-Automaten-Wunderland.

Periskop: Wir kommen ein wenig vom Thema ab ...

Wolfgang Sobotka: Ganz und gar nicht, denn Vorsorge ist das zentrale Thema. Ein Jugendlicher, der im Alter zwischen 13 und 18 Jahren ordentlich Sport macht, der hat später nachweislich

geringere gesundheitliche Probleme. Wir müssen einfach sehen, dass die meisten unserer Initiativen Einmalerefolge darstellen. Nehmen Sie Kuren und Ähnliches. Wir brauchen endlich verlässliche epidemiologische Daten, um die Vorsorge nachhaltig zu gestalten. Hier muss das Gesundheitsministerium seine Hausaufgaben machen!

Josef Probst: Der Forschungsbereich um die Gesundheitsförderung ist tatsächlich zu dünn aufgestellt. Die Gesundheitsökonomie zum Beispiel muss an den Universitäten eine weitaus größere Rolle spielen. Es ist wirklich ein Wahnsinn, dass in einem Forschungsbereich, in den rund zehn Prozent des gesamten Bruttoinlandsprodukts fließen, keine ausreichenden Forschungs- und Lehrressourcen an den Universitäten vorhanden sind. Dafür sollten wir kein Verständnis mehr aufbringen.

Periskop: Kehren wir wieder zum Thema zurück: Was ist ad hoc zu tun?

Wolfgang Sobotka: In erster Linie müssen wir darauf achten, dass die Bereitschaft zur Transplantation steigt. Ich sage durchaus selbstkritisch, dass wir in Niederösterreich in größeren Häusern unterer sogar weniger Nieren zur Verfügung stellen können als in kleinen. Warum? Weil es am ärztlichen Personal liegt, ein gewisses Bewusstsein, eine gewisse Haltung zu erzeugen.

Franz Bittner: Transparenz, vor allem für die Patienten, ist das Thema. In Deutschland kann man beispielsweise im Internet nachschauen, wie gut einzelne Spitalsabteilungen arbeiten. Und zur Transparenz aus Sicht der Betroffenen gehört natürlich auch, dass man weiß, welche Therapieformen es gibt.

Die Unterschiede zwischen Hämodialyse und Peritonealdialyse

Bei der so genannten Hämodialyse wird das Blut aus dem Körper des Patienten gepumpt, dann in einem Dialysator (Filter) an einer Membran vorbeigeführt und anschließend dem Patienten gereinigt zurückgegeben. Die Hämodialyse ist in Österreich die häufigste Dialyseform und wird meist in Krankenhäusern durchgeführt. Eine Behandlung dauert bis zu acht Stunden und muss mindestens dreimal pro Woche erfolgen. Vielfach passiert dies auch über Nacht.

Im Unterschied dazu kann die Peritonealdialyse zu Hause durchgeführt werden. Bei dieser Art der Blutreinigung fungiert das Bauchfell (Peritoneum) als Filtermembran für die Blutwäsche. Nachdem die Patienten einen Katheter in die Bauchhöhle implantiert bekommen haben, können sie die Dialyse zu Hause ausführen. Der wesentliche Vorteil: Die Betroffenen sind weitgehend unabhängig von einem Dialysezentrum, sie können theoretisch sogar auf Urlaub fahren. Ein Nachteil bleibt die Gefahr, dass sich die Bauchhöhle infizieren und es zu einer Bauchfellentzündung kommen kann. Experten haben berechnet, dass die Peritonealdialyse um 10.000 bis 20.000 Euro weniger Kosten verursacht, da wesentliche Kostentreiber wie beispielsweise jene für den Transport in die Spitäler entfallen.





„GESUNDHEIT MUSS ZUR CHEFSACHE WERDEN!“

VON MAG. SABINE SOMMER

Dr. Elisabeth Prchla ist seit Mai 2011 die neue Geschäftsführerin von Merck Österreich. Die promovierte Biochemikerin ist seit fast 15 Jahren in der Pharmabranche tätig und hat sich für ihre neue Funktion ehrgeizige Ziele gesetzt. Im Periskop-Interview spricht sie darüber, welche Rolle der österreichische Standort für den Merck-Konzern spielt und welche Auswirkungen die Finanzkrise auf die pharmazeutische Industrie gehabt hat.

P: Sie sind seit Kurzem neue Geschäftsführerin von Merck Österreich. Wie sehen Ihre Aufgaben und Ziele in dieser Position aus? Was möchten Sie in fünf Jahren für das Unternehmen erreicht haben?

Prchla: Merck ist ein traditioneller Mischkonzern, bestehend aus Pharma- und Chemiesparten. In Österreich sind wir bis dato mit Merck Serono, der biopharmazeutischen Abteilung von Merck, und unserer Sparte für Selbstmedikation, Merck Consumer Healthcare, vertreten. Mit der Akquisition von Millipore und Teilen der Firma Biotest im letzten Jahr bekommen wir hier nun auch eine Chemiesparte. Mein Ziel ist es, all diese Bereiche optimal zu unterstützen. Dabei liegt mein Schwerpunkt auf dem Ausbau des Wachstums in unserem biopharmazeutischen Bereich. Hier können wir für unsere Patienten durch unsere wissenschaftliche Expertise und Innovationskraft einen echten Mehrwert schaffen. Als eines von wenigen Unternehmen investieren wir aber auch weiterhin in unsere etablierten, bereits patentfreien Produkte im Bereich Herz-Kreislauf

und Diabetes. Hier engagieren wir uns stark in der Unterstützung und Förderung der medizinischen Fortbildung. Durch diese breite Aufstellung können wir echte Partner im Gesundheitswesen sein. Meine Aufgabe ist es, dies in den nächsten Jahren zusammen mit meinem Team tatkräftig und verlässlich unter Beweis zu stellen.

P: Wie ist Merck weltweit strukturiert?

Prchla: Das globale pharmazeutische und chemische Unternehmen Merck KGaA mit Sitz in Darmstadt hatte 2010 einen Umsatz von 9,3 Milliarden Euro und ist mit 40.000 Angestellten in 67 Ländern aktiv. Merck ist das älteste pharmazeutisch-chemische Unternehmen der Welt – seine Wurzeln reichen bis in das Jahr 1668 zurück. Der Erfolg von Merck ist seit der Gründung durch Innovationen von unternehmerisch denkenden Mitarbeitern geprägt. Das Unternehmen ist zu 70 Prozent im Besitz der Familie Merck. Merck Serono ist die biopharmazeutische Division von Merck mit Sitz in Genf und beschäftigt weltweit 17.000 Mitarbeiter, die 2010 einen Umsatz von 5,8 Milliarden Euro erwirtschafteten. Als forschendes Pharmaunternehmen investiert Merck Serono mehr als 20 Prozent des Umsatzes in die Forschung. Schwerpunktfelder sind dabei Onkologie, neurodegenerative Erkrankungen und Rheumatologie.

P: In welchen Indikationen ist das Unternehmen tätig? Wo liegt die Kernkompetenz? Gibt es Indikationsbereiche, die Sie in Zukunft weiter forcieren möchten, und solche, die Sie eventuell zurückstufen?

Prchla: Das Motto von Merck Serono ist „living science, transforming lives“. Das bedeutet, dass wir bei unseren Bemühungen immer den Patientennutzen im Auge haben. So war Merck Serono zum Beispiel unter den Pionieren im Bereich der personalisierten Krebstherapie. Dieses Indikationsgebiet ist weiterhin im Fokus unseres Interesses. Ein großer Teil unserer Produkt-Pipeline ist auf onkologische Indikationen ausgerichtet. Weitere Schwerpunkte sind neurodegenerative Erkrankungen, hier vor allem Multiple Sklerose und in Zukunft Parkinson und Rheumatologie. Unser etabliertes Produktportfolio umfasst Präparate zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes, Wachstums- und metabolischen Störungen bei Kindern sowie Infertilität und gastrointestinalen Krankheiten. Weiters führen wir Medikamente zur Behandlung von Schilddrüsenfunktionsstörungen und Kortikoide. Im Bereich Consumer Healthcare haben wir starke Marken zur Behandlung von Erkältungskrankheiten, Vitamine für den täglichen Gesundheitsschutz und Produkte für die Gesundheit von Frauen und Kindern. Durch eine jüngst abgeschlossene Allianz mit einem Biotech-Unternehmen baut Merck KGaA den Bestand an Wirkstoffen für neue Medikamente aus. Zusammen mit der in Wien und im britischen Cambridge ansässigen Firma F-Star werden künftig biologische Wirkstoffe gegen Entzündungskrankheiten entwickelt.



„Ich glaube, dass unsere Stärke in der Balance zwischen Tradition und Innovation begründet liegt.“



„Das Motto von Merck Serono ist ‚living science, transforming lives‘.“



„Meiner Meinung nach gibt es drei Maßnahmen, die dazu beitragen können, die Finanzierung unseres Systems langfristig zu gewährleisten: die Erhöhung der Effizienz im Gesundheitswesen, die Verbesserung der Gesundheitsbildung und die Verstärkung der Prävention.“

P: Welche Position nimmt Merck im österreichischen sowie im internationalen Pharmaumfeld ein?

Prchla: Merck Serono ist ein mittelgroßes Pharmaunternehmen. Wir sind sehr stolz darauf, dass Merck in Österreich Rang 12 einnimmt, während der Konzern weltweit auf Rang 20 liegt. Das hängt mit dem unternehmerischen Denken unserer Mitarbeiter zusammen, die hierzulande nicht nur die Merck-Produkte optimal unterstützt haben, sondern auch zahlreiche lokale Kooperationen eingegangen sind. Ich glaube, dass unsere Stärke in der Balance zwischen Tradition und Innovation begründet liegt. Viele unserer Mitarbeiter im Außendienst sind schon seit vielen Jahren bei Merck und können unseren Kunden die Stabilität und Verlässlichkeit bieten, die diese erwarten.

P: Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit Ihres Unternehmens mit Patientenorganisationen?

Prchla: Patientenorganisationen leisten einen unschätzbaren wertvollen Beitrag im Gesundheitswesen, indem sie für die Unterstützung, Information und Schulung von erkrankten Menschen sorgen. Getreu unserem Motto, welches den Patienten in den Mittelpunkt stellt, ist uns natürlich die Unterstützung von Patientenorganisationen sehr wichtig. Das muss allerdings im gesetzlichen Rahmen und unter Beachtung der Transparenz geschehen. Auf unserer Website sind Details zu allen Beiträgen, mit denen wir Patientenorganisationen unterstützen, ersichtlich. Unsere Bemühungen, die Lebensqualität von Patienten zu steigern, gehen aber noch einen Schritt weiter. Die Entwicklung von elektronischen Injektionshilfen zur Verabreichung unserer Präparate für die Behandlung von Multipler Sklerose und Wachstumsstörungen ermöglicht den Betroffenen eine nahezu schmerzfreie Injektion und erlaubt Arzt und Patienten, die Therapietreue zu messen. Diese zu verbessern hilft, Folgeschäden, teure Behandlungskaskaden oder einfach auch pure Verschwendung von kostbaren Medikamenten zu vermeiden. Und somit begünstigt das eine kosteneffektive Therapie.

P: Wie beurteilen Sie die allgemeinen Entwicklungen in der pharmazeutischen Industrie im Hinblick auf das Gesundheitssystem?

Prchla: Das Gesundheitswesen wird sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten dramatisch verändern. In der EU wird es über Versicherungen durch öffentliche Mittel nach dem Solidaritätsprinzip finanziert. Die Wirtschaftskrise hat zu einer Finanzierungskrise im Gesundheitswesen geführt, die durch die steigenden Kosten für eine alternde Bevölkerung und innovative Therapien noch verstärkt wird. Für die pharmazeutische Industrie bedeutet das, dass es immer schwerer wird, Zulassungen für innovative Wirkstoffe zu bekommen. Das führt zur Reduktion der Umsätze und Margen mit der Konsequenz, dass weniger in die Forschung investiert wer-

den kann. Die Folge für die Patienten ist, dass wichtige innovative Therapien nicht verfügbar bzw. nicht finanzierbar sind. Diese Negativspirale kann nur durchbrochen werden, wenn alle Parteien im Gesundheitswesen an einem Strang ziehen und gemeinsame Konzepte für die Zukunft entwickeln. Dabei ist wichtig, die pharmazeutische Industrie nicht nur als Kostenverursacher, sondern vielmehr als wesentlichen wirtschaftlichen Partner zu sehen. Laut EFPIA ist die Pharmaindustrie der fünftgrößte Industriezweig in Europa. Im Jahr 2008 hat sie 27,2 Milliarden Euro in Forschung und Entwicklung investiert, das sind 19 Prozent des globalen Aufkommens von Industrieunternehmen in R & D. 635.000 hochqualifizierte Arbeitsplätze, davon 117.000 in Forschung und Entwicklung, entfallen auf die Pharmaindustrie (EU, 2008). Leider ziehen sich viele Unternehmen mit ihren Forschungsstandorten aufgrund der unattraktiven Bedingungen aus Europa zurück. In den letzten Jahren wurden zahlreiche Stätten geschlossen und in die USA oder nach Asien verschoben. Zusätzlich zum Kostendruck muss die Pharmaindustrie aber auch anderen Trends Rechnung tragen, die durchaus auch als Chancen zu sehen sind. Dazu zählen zum Beispiel die Zunahme an engagierten und informierten Patienten, technologischer Fortschritt, gesundheitsökonomische Innovation und integrierte Behandlung in vernetzten Praxen und Kliniken. Ich sehe dieser Entwicklung mit Spannung und Zuversicht entgegen.

P: „Wir haben eines der besten Gesundheitssysteme der Welt“ – das ist eine Aussage, die von österreichischen Politikern immer wieder getätigt wird. Wie können wir dieses Ihrer Meinung nach langfristig finanzieren? Welche Schritte sind aus Ihrer Sicht notwendig?

Prchla: Im Vergleich zu anderen EU-Ländern ist Österreich sicher Spitzenreiter, was den solidarisch finanzierten Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen betrifft. In manchen Fällen wird sogar von einer Überversorgung gesprochen, die aber in Ineffizienzen im Gesundheitssystem begründet liegt. Meiner Meinung nach gibt es drei Maßnahmen, die dazu beitragen können, die Finanzierung unseres Systems langfristig zu gewährleisten: die Erhöhung der Effizienz im Gesundheitswesen, die Verbesserung der Gesundheitsbildung und die Verstärkung der Prävention. Das sind natürlich keine Kleinigkeiten und es bedarf dazu eines gemeinsamen Vorgehens aller beteiligten politischen Kräfte aus dem Gesundheits-, Finanz-, Wirtschafts- und Sozialbereich über Partei- und Bundesländergrenzen hinweg und unter Einbindung von Experten aus Medizin und Industrie. Gesundheit muss zur Chefsache werden! Im Sinne der Patienten hoffe ich sehr, dass die Gesundheitsbehörden den Wert großer, aber auch kleinerer und schrittweiser therapeutischer Innovationen anerkennen und entsprechende Rahmenbedingungen dafür schaffen.

P: Was ist Ihnen bei Ihrer Arbeit wichtig?

Prchla: Für mich ist es wesentlich, als Individuum und als Unternehmen einen wertvollen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten. Ich glaube, dass das in der Pharmaindustrie besser als in vielen anderen Industriezweigen möglich ist, da es darin um das Wesentliche geht: die Erhaltung der Gesundheit bzw. Verbesserung der Lebensqualität von Patienten. Ich erwarte von meinen Mitarbeitern, dass sie mit viel Eigenverantwortung, Kreativität und Leidenschaft an der Umsetzung dieses Ziels arbeiten. Dabei ist nicht nur der Erfolg wichtig, sondern auch wie dieser erreicht wurde. Unsere Unternehmenswerte sollen stets die Basis unseres Handelns sein. Um dies meinen Mitarbeitern zu ermöglichen, bemühe ich mich, eine Kultur zu etablieren bzw. fortzuführen, in der unternehmerisches Denken und Handeln Raum haben. Das heißt eine Kultur der Offenheit, in der es möglich ist, Fehler zu machen und aus ihnen zu lernen. Außerdem können kurze Entscheidungswege, Flexibilität, das Hinterfragen von Dogmen und ein offenes Ohr des Managements dazu beitragen. Ich treffe gerne und schnell Entscheidungen und investiere sehr viel Zeit in Gespräche mit meinen Mitarbeitern und Kunden. Diese Kommunikation ist für mich das Wichtigste und Schönste an meinem Beruf.

BioBox:

Dr. Elisabeth Prchla, Jahrgang 1964, hat in Wien Biochemie studiert und am Wiener AKH am Institut für allgemeine und experimentelle Pathologie promoviert. Seit 1997 ist Dr. Prchla in der Pharmaindustrie tätig: zuerst als Produktmanagerin bei Servier, zuständig für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes, und ab 2002 bei Merck Österreich als Marketingleiterin. „Merck hat es mir ermöglicht, einen MBA-Abschluss zu machen, und mich daraufhin ins Mutterhaus nach Darmstadt geholt, wo ich als Regional Business Manager für zehn kleinere Länder in Westeuropa zuständig war“, so Dr. Prchla. Ende 2009 übernahm sie die Geschäftsführung bei Merck Slowakei, wo in den letzten elf Monaten eine Fülle von großen Projekten verwirklicht wurde. Im Mai 2011 wurde Dr. Prchla als Geschäftsführerin nach Wien berufen.

UPDATE EUROPE

Gesellschaft für ärztliche Fortbildung:

Aufklärung und Information im Dienste von Patienten und Angehörigen

Gemäß seinem Leitgedanken „Aus der Forschung für die Praxis“ widmet sich UPDATE EUROPE der kontinuierlichen Fortbildung, Aufklärung und Bewusstseinsbildung bei Ärzten, Patienten und in der breiten Öffentlichkeit. Dabei agiert UPDATE EUROPE als vernetzende Plattform für wissenschaftliche Institutionen, medizinische Fachgesellschaften sowie pharmazeutische Unternehmen und vermittelt mit einer Vielzahl von Publikationen und Veranstaltungen seit nunmehr zwanzig Jahren zielgruppenspezifische Information für Ärzte und Patienten. UPDATE EUROPE hat daher in Kooperation mit medizinischen Fachgesellschaften und durch Unterstützung seitens der pharmazeutischen Industrie in den letzten Jahren eine Reihe von Patientenbroschüren realisiert, in denen der Patient – ergänzend zum persönlichen Gespräch mit dem behandelnden Arzt – wesentliche Informationen über das jeweilige Krankheitsbild, die Diagnostik und die aktuell zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten erhält.

Die Aufklärung für Patienten und Angehörige ist UPDATE EUROPE ein besonderes Anliegen, denn kompetente und gut aufbereitete Informationen können den Patienten den Umgang mit ihrer Erkrankung wesentlich erleichtern und dabei auch zur (Sekundär-)Prävention und Förderung der Compliance beitragen.

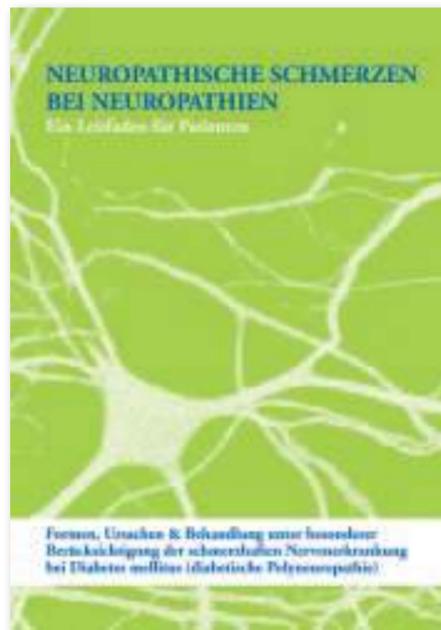
Die Patientenbroschüren bieten neben einer Übersicht über die Risikofaktoren, Krankheitsursachen, das diagnostische Prozedere, die Abgrenzung gegenüber ähnlichen Krankheitsbildern sowie die Begleit- und Folgeerkrankungen auch Informationen zu medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapiestrategien in allgemein verständlicher und patientengerechter Form.

Selbsttests, praktische Tipps für den Alltag und zur Medikamenteneinnahme, Kontaktadressen von medizinischen Anlaufstellen, Selbsthilfegruppen, Fachgesellschaften etc. sowie ein Glossar von medizinischen Fachbegriffen sollen den Patienten darüber hinaus Hilfestellungen im täglichen Leben bieten.

LEISTUNGSSPEKTRUM VON UPDATE EUROPE

Um qualitativ hochstehende Fort- und Weiterbildungsaktivitäten, die über eine hohe Akzeptanz in der Ärzteschaft verfügen, zu gewährleisten, widmet sich UPDATE EUROPE der kontinuierlichen Zusammenarbeit mit österreichischen und internationalen Experten und Meinungsbildnern. Das Leistungsspektrum von UPDATE EUROPE umfasst folgende Aufgabenbereiche:

- Ausarbeitung von Maßnahmen, die eine umfassende, rasche und effiziente Implementierung aktueller medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse in der täglichen ärztlichen Praxis fördern und unterstützen (umfassendes Publikations- und Veranstaltungsmanagement)
- Hochqualitative Information und Aufklärung für Patienten und Angehörige unter der Ägide von und in Kooperation mit medizinischen Fachgesellschaften
- Entwicklung zielgruppenspezifischer Kommunikationsprogramme sowie Etablierung von Kommunikationsplattformen, die den Erfahrungsaustausch sowohl innerhalb der Ärzteschaft als auch zwischen Ärzteschaft und pharmazeutischen Unternehmen fördern
- Entwicklung, Umsetzung und Optimierung von Lebenszyklus-Managementstrategien pharmazeutischer Produkte auf Basis der durch langjährige Kooperation mit pharmazeutischen Unternehmen erworbenen Expertise von UPDATE EUROPE



Kooperation mit österreichischen Fachgesellschaften

Rezente Beispiele für Patientenbroschüren, die UPDATE EUROPE in Zusammenarbeit mit österreichischen Experten und Fachgesellschaften erarbeitet hat, umfassen die Bereiche „**Neuropathische Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie**“ unter der Ägide der Österreichischen Diabetes Gesellschaft, der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie und der Österreichischen Schmerzgesellschaft, „**Epilepsie**“ in Kooperation mit der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie (ILAE) sowie „**Morbus Parkinson**“ in Kooperation mit der Österreichischen Parkinson Gesellschaft.



KURIER

Psyche und Krebs: Die Seele leidet mit



VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

Laut Statistik Austria wird bei rund 36.000 Österreichern pro Jahr eine Krebserkrankung festgestellt. Innovative Medikamente und neue Operationstechniken haben die Überlebenschancen von Krebspatienten in den letzten Jahren enorm erhöht. Dennoch bedeutet die Diagnose Krebs eine starke seelische Belastung, die ohne Hilfe nicht für alle zu bewältigen ist. Am Rande des Forums Alpbach diskutierte eine Expertenrunde über die onkologische Betreuung in Österreich sowie den Stellenwert der Psychoonkologie im medizinischen Gesamtkonzept. Die Veranstaltung fand in Kooperation mit dem „Kurier“ und mit freundlicher Unterstützung der Initiative „Ganz im Leben“ statt.

Mit drei bis fünf Prozent aller Krebsfälle in Europa und den Vereinigten Staaten ist Hautkrebs eine der häufigsten onkologischen Erkrankungen. Univ.-Prof. Dr. Hubert Pehamberger, Vorstand der Universitätsklinik für Dermatologie am AKH Wien, erläuterte zu Beginn der Podiumsdiskussion, dass – wie bei allen anderen Krebsformen – die psychische Belastung bei Hautkrebspatienten eine ganz enorme sei.

Hautkrebs habe gegenüber anderen Hauterkrankungen jedoch den „Vorteil“, dass sich der Tumor an der Oberfläche der Haut entwickle. Dies biete gute Chancen für die Früherkennung. Daher appellierte der Experte, diese Möglichkeit auch anzunehmen. Hautkrebs habe eine Fünf-Jahres-Überlebensrate von über 90 Prozent. Nur 20 Prozent aller Hautkrebs-Patienten sterben schließlich und endlich daran. Univ.-Prof. Dr. Alexander Gaiger, Österreichische Akademie für onkologische Rehabilitation und Psychoonkologie (ÖARP), ergänzte, dass Krebs letztlich ein kompliziertes Netzwerk genetischer Faktoren sei. Genetik, anatomische Strukturen, aber auch die seelische Befindlichkeit und die sozialen Möglichkeiten seien entscheidende und signifikante Einflussfaktoren für den Verlauf einer Krebserkrankung. Psychoonkologie habe die Aufgabe, Menschen in der akuten Krisensituation der Diagnose zu unterstützen, Ressourcen zu mobilisieren und die Patienten – aber vor allem auch die Angehörigen – im weiteren Verlauf zu begleiten.

Studie zeigt: Faktor soziale Zugehörigkeit spielt eine große Rolle

Eine über sechs Jahre laufende Studie am AKH mit 6000 Krebspatienten zeigte laut Gaiger, dass neben den körperlichen Faktoren auch seelische und soziale für das Überleben entscheidend seien. Die auf einem biopsychosozialen Modell aufgebaute Studie schloss sowohl

somatische Einflüsse wie Tumorart, Geschlecht, Alter, Blutarmut, Body-Mass-Index und Tumoraktivitäten als auch soziodemografische Gegebenheiten wie Bildung, Einkommen, Familienstand oder Arbeitslosigkeit sowie psychische Begleitumstände wie Depressivität, Distress oder bestehende psychiatrische Erkrankungen mit ein. Gaiger räumte ein, dass diese Größen bei der Routineanamnese oft nicht abgefragt würden. Es sei eine der Aufgaben der psychoonkologischen Forschung, diese Faktoren genau zu quantifizieren, konstatierte der Experte. Denn das würde die Stärke der jeweiligen Einflussfaktoren kenntlich machen und auf dieser Grundlage könne man anschließend entscheiden, mit welcher Intervention zu welchem Zeitpunkt am besten anzusetzen sei. Dabei hob Gaiger nochmals hervor, dass das soziale Gewicht einer Krebserkrankung unterschätzt würde. Das Tumormilieu sei nicht der einzige Selektionsfaktor, der zur Krebsentwicklung beitrage. Die psychische Befindlichkeit, aber auch das soziale Umfeld seien wichtige Einflüsse, die zwar nicht im Entstehen, aber im Verlauf der Krankheit eine entscheidende Rolle spielten. Folglich mache es einen Unterschied, wenn der Patient eine schwere Depression habe und es ihm schwerfalle, Termine einzuhalten und Medikamente einzunehmen, oder wenn er aufgrund einer schwierigen finanziellen Situation während der Chemotherapie – etwa als Lastwagenfahrer – weiterhin arbeiten müsse. All diese Einflussgrößen gelte es zu berücksichtigen.





Zusammenhang zwischen Armut und Depression

Eine Krebserkrankung erhöht auch die finanziellen Ausgaben. Gleichzeitig hat der Patient weniger Möglichkeiten, Geld zu verdienen. Ein Drittel der im AKH behandelten Menschen lebt in Armut oder an der Armutsgrenze. Ein schlechter sozialer Status wiederum habe ungünstige Auswirkungen auf die Erkrankung, wie aus der Studie ebenfalls hervorging. Denn diese wies auf einen klaren Zusammenhang zwischen Armut und Depression hin. Rund die Hälfte der Patienten, die in Armut leben, haben erhöhte Depressivitätswerte (als Basis wurde ein Familieneinkommen von 800 bis 1300 Euro herangezogen). Demgegenüber haben nur 18 Prozent jener mit einer bürgerlichen Existenz erhöhte Depressivitätswerte. Die Studie fasste alle Risikofaktoren in einem Prognosescore zusammen. Das Ergebnis zeigte, dass Patienten mit den niedrigsten Risikoeinflüssen – das sind zum Beispiel jene, die keine psychischen oder sozialen Risikofaktoren aufweisen – die am längsten Überlebenden sind. Menschen mit vielen sozialen Risikofaktoren weisen die kürzesten Überlebensraten auf.

Ziel aller Bemühungen müsse es sein, so Gaiger, den Mythos von Krebserkrankungen aufzulösen. Man solle nicht erstarren und dem Krebs – aufgrund von Neben- und Folgeerkrankungen wie Depression oder Blutarmut – eine so schlechte Konnotation zusprechen. Gaiger wies darauf hin, dass Krebs verständlich und begreifbar gemacht werden müsse, damit sich die Angst nicht dermaßen manifestiere. Es gelte Ressourcen zu mobilisieren und die Menschen zu informieren. Zudem forderte Gaiger ein interdisziplinär wirkendes Team aus psychosozialmedizinisch ausgebildeten Ärzten und Ärztinnen, klinischen Psychologen und Psychologinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Diese hätten die Qualifikationen für diese Tätigkeit. Schulungsprogramme im Spital könnten ebenfalls unterstützend wirken.

Biosoziales Modell in der Ausbildung der Ärzte verankern

Der Forderung nach mehr psychosozialmedizinisch ausgebildetem Personal schloss sich Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer, Oberärztin an der Universitätsklinik für Psychiatrie am AKH, an. Sie führte an, dass Kummer bekanntlich krank mache. Diese Tatsache treffe allerdings nicht nur auf Krebserkrankungen zu. Es gelte verstärkt dem biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsmodell zu folgen. Diesem müsse man auch begegnen, und das schon in der ärztlichen Ausbildung. Die neuen Curricula im medizinischen Bereich würden dem sehr wohl Rechnung tragen, vor allem hinsichtlich der Gesprächsführung. Die Ärztekammer habe ein Curriculum entwickelt, um die psychosoziale Komponente mit hineinzunehmen. Fischer betonte, dass es aber noch nicht genügend bekannt sei, dass sich Ärzte und Ärztinnen nicht ausschließlich auf die Organ Diagnostik berufen dürfen, sondern auch die sozialen und psychischen Komponenten mit berücksichtigen sollten. Dies erstens individuell für den Patienten, für die bessere Gesundung und zweitens für die Allgemeinheit, um Kosten zu reduzieren.

Erwin Rebhandl, Arzt für Allgemeinmedizin und Präsident von „AM Plus – Initiative für Allgemeinmedizin“, wies ebenfalls darauf hin, dass die alten Curricula unzureichend waren. Zugleich begrüßte er, dass im neuen Curriculum dem biopsychosozialen Modell Rechnung getragen werde. Rebhandl hob hervor, dass die Allgemeinmedizin grundsätzlich eine Disziplin sei, die schon seit jeher in diesem biosozialen Modell denke und arbeite. Die Allgemeinmediziner hätten diese Dinge in der Praxis autodidaktisch erlernen müssen. Hier gebe es, gerade bei der älteren Generation, sicherlich Defizite. Rebhandl bemängelte weiters die gängige Situation, dass die All-

gemeinmediziner zwar oft die ersten seien, die an Krebs denken und den Patienten zur Abklärung überweisen würden, ihn dann aber während der onkologischen Betreuung im Zentrum nur sporadisch zu sehen bekämen. Letztendlich komme der Patient im Endstadium der Erkrankung wieder zurück, wenn die Klinik sage, dass sie nichts mehr für ihn tun könne. Den Ausdruck „nichts mehr tun können“ höre man auch heute noch. Das stimme aber nicht, denn man könne immer etwas tun. Die Allgemeinmediziner seien in der Folge dazu aufgerufen, aktiv zu werden und die Angehörigen miteinzubeziehen. Denn Krebs gehe nicht nur den Betroffenen

Ausbildung ein entscheidender Nachholbedarf liege, da über 90 Prozent der Ärzte nicht über dieses Curriculum verfügen würden. Der Hauptverbandsvorsitzende hob weiters hervor, dass es nicht nur der Armutseffekt sei, der in der Gesundheit Probleme mache, sondern vor allem der Bildungseffekt. Das Verstehen sei ein entscheidender Punkt. Umweltfaktoren seien wesentlich für die Gesundheit und zum Teil auch Auslöser von Krankheiten. Dafür müsse verstärkt Bewusstsein geschaffen werden. Es gelte die Vorsorge zu propagieren. Die Chance auf eine Heilung sei so größer und die psychische Belastung damit geringer.

Dr. Pehamberger bestätigte, dass eine effiziente und kompetente Beratung das Wichtigste sei, und begrüßte in diesem Zusammenhang die neuen Curricula. Denn vor allem die „ältere Garde“ hätte sich den Inhalt der Curricula durch „learning by doing“ aneignen müssen.

Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwarz, Sprecher der Initiative „Ganz im Leben“, Professor am Institut für Sozialmedizin der Universität Wien, räumte ein, dass Österreich im Bereich der Onkologie zwar ein dichtes Versorgungsnetz habe, doch Krebs auch eine Erkrankung sei, die unglaubliche Betroffenheit auslöse. Da die Diagnose das gesamte soziale Umfeld betreffe, würden sich viele Fragen für die Angehörigen ergeben. Das System könne es sich aus Ressourcengründen nicht leisten, die Angehörigen zeitintensiv zu betreuen. Das wäre jedoch dringend notwendig. Schwarz sprach sich in seiner Funktion als Vorstand der Österreichischen Krebshilfe und Präsident der Niederösterreichischen Krebshilfe dafür aus, dieses Defizit auszugleichen, zum Teil auch zu kompensieren. Beispielsweise geschehe das in Beratungseinrichtungen in Niederösterreich, in welchen ca. 3500 Menschen betreut werden. Der Großteil seien Angehörige. Gerade bei diesen sei eine große psychische Belastung vorhanden. Es tauchen überwiegend psychologische Fragen auf. Es müsse laut Schwarz aber auch die Frage nach den Ressourcen gestellt werden. Es könne von einem Onkologen, der von morgens bis abends im Spital tätig sei, nicht verlangt werden, das gesamte Betreuungsszenario zu übernehmen. Es sei ein Team von vielen professionellen Dienstleistern wie Psychologen, Therapeuten und gut informierten Selbsthilfegruppen nötig.

Sicherung der Finanzierung

Dr. Hans Jörg Schelling erläuterte zum Abschluss zur Frage der Finanzierung, dass das österreichische Gesundheitssystem zwar ein gutes, aber auch sehr teures sei. Die Zahl der Krebserkrankungen steige, entsprechend der demografischen Entwicklung, kontinuierlich. Es sei nicht möglich, das System immer noch mehr zu belasten. Es sei ihm langsam auch unangenehm, dass die Sozialversicherung, die Großes leistet, immer aufs Zahlen reduziert werde. Denn natürlich gehe es auch ums Geld, aber in erster Linie doch um Versorgung. Schelling sprach auch den Aspekt „Akzeptanz der Krebserkrankung am Arbeitsplatz“ an. Die Schwachstellen sehe er darin, dass niemand wisse, wie er mit der Diagnose eines Arbeitskollegen umgehen solle. Eine Lösung sieht er in einem Reintegrationsprozess in Form eines spezifischen Managements in dieser Hinsicht: einer Art Teilkrankenstand, in dessen Rahmen die Betroffenen langsam, etwa ein paar Stunden pro Woche, im Unternehmen zu arbeiten beginnen, um sich zu integrieren. Dadurch würden sie Wertschätzung erfahren und ihr Selbstwertgefühl würde gesteigert werden. Schelling betonte abschließend, dass die Sozialversicherung durchaus bereit sei, konstruktiv mitzuarbeiten, es müsse jedoch ein Weg aus der antiquierten Handwerksmedizin gefunden werden. Hin zu einer Zuwendungsmedizin.



alleine an, sondern betreffe die ganze Familie – sowohl auf der wirtschaftlichen als auch der sozialen Ebene. Die Einbeziehung der Familie sei eine der wesentlichsten Aufgaben der Allgemeinmediziner. Die Kliniken, so Rebhandl, täten das viel zu wenig. Der Fachmann ergänzte, dass die Angehörigen gerade auf der psychosozialen Ebene einen Anker für den Patienten darstellen würden, der ihm bei der Krankheitsbewältigung sehr helfen könne. Allgemeinmediziner bedürfen eines Netzwerks an Spezialisten, das frühzeitig genutzt werden sollte. Denn es sei nicht sinnvoll, bei einem Krebspatienten zu warten, bis dieser Depressionen oder Angstzustände bekomme. Man müsse früher ansetzen und bei der Diagnosestellung beginnen, um psychische Belastungssituationen möglichst fernzuhalten. Allgemeinmediziner seien auch Ansprechpersonen für andere Erkrankungen des onkologischen Patienten. Es gelte dessen Therapie unter Berücksichtigung der onkologischen Erkrankung entsprechend zu steuern und umzusetzen. Auch Dr. Hans Jörg Schelling betonte, dass in der medizinischen

Welldone, über Pharma hinaus...

*Welldone Werbung überzeugt
2011 auch jenseits der Pharma-
und Gesundheitsbranche.*

Welldone Werbung und PR hat ihre starken Wurzeln in der Pharma- und Gesundheitsbranche. Seit Ihrer Gründung weiß die Werbeagentur in diesem Bereich immer wieder mit kreativen, innovativen Lösungen für ihre Kunden zu überzeugen. Seit einigen Jahren ist Welldone Werbung aber auch darüber hinaus erfolgreich tätig und zu einem festen Bestandteil der österreichischen Werbebranche geworden.

So entwickelte die Welldone auch 2011 wieder für die mehr als 70 SKRIBO-Händler in Österreich und Deutschland eine Kampagne mit Anzeigen, Plakaten und den beliebten SKRIBO-Journalen. Auch für die FruchtZwerge von Danone punkteten die Werber aus der Lazarettgasse mit originellen Umsetzungen, wie etwa einem Direct Mailing für Kinderärzte zum Thema 100% Natur. Für die oberösterreichische Bau- und Möbeltischlerei Breiner wurde basierend auf einem neuen Logo eine coole Gesamt-CI entwickelt.

Und da natürlich der Genuss im Leben keinesfalls zu kurz kommen darf, ist die Welldone sehr stolz darauf, nun auch ein Weingut auf ihrer Kundenliste führen zu dürfen. Für das traditionsreiche Weingut Müller-Grossmann gestaltete man neben einem neuen, frischen Logo, Werbemitteln und Werbeartikeln natürlich als kulinarisch-kreatives Highlight den „Auftritt“ der Weinflaschen – vom starken Etikett bis zur eleganten Kapsel.

Und so freut sich Welldone Werbung und PR schon auf viele neue, künftige Herausforderungen! Im Pharma- und Gesundheitsbereich – und darüber hinaus!



WILLI BREINER
bau- und möbeltischlerei





**WELLDONE
WIRKT!**

WEINGUT ^{MG}
MÜLLER-
GROSSMANN

Frühroter Veltliner ^{MG}

WEINGUT ^{MG}
MÜLLER-
GROSSMANN

Riesling ^{MG}
Steinbiegel
KREISTAL ^{MG} RESERVE

WEINGUT ^{MG}
MÜLLER-
GROSSMANN

Rosé vom Zweigelt ^{MG}
Freilern



„Wissenschaft ist kein Selbstzweck“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

Die Presse *Wissenschaft ist ein breites Feld: Sie erstreckt sich von der Geschichtswissenschaft über die theoretische Physik bis zur Medizin. Der Kreis der Wissenschaftsjournalisten in Österreich ist hingegen ein kleiner und ausgesuchter. Im Periskop-Interview sprachen wir mit Martin Kugler, der bei der Tageszeitung „Die Presse“ für das Ressort Forschung zuständig ist und seit drei Jahren die „Wissens“-Seiten in der „Presse am Sonntag“ sowie die Beilage „Forschung“ leitet.*

Die Wissenschaft ist bei der „Presse“ in das Feuilletonressort eingebettet. Es gibt zwei Arten von Wissenschaftsberichterstattung. Zum einen die aktuelle und zum anderen das Ressort „Wissen“ in der „Presse am Sonntag“. Darüber hinaus erscheint sechsmal im Jahr eine Forschungsbeilage. Die Wissenschaftsredaktion besteht insgesamt aus vier Mitarbeitern. Ressortleiter Martin Kugler hat sich das Ziel gesteckt, der interessierten Bevölkerung möglichst viel Basisinformation über Wissenschaft, Forschung und Technologie zu liefern. „Denn Wissenschaft ist ja nicht Selbstzweck, sondern es geht darum, in der Gesellschaft etwas zu verändern und zu bewirken. Gerade dieser Aspekt an der angewandten Forschung ist es auch, der mich besonders interessiert“, betont der Journalist. Kugler möchte außerdem mehr Transparenz schaffen. „Ich beschäftige mich sehr viel mit Forschungspolitik. Ein großes Thema sind hier die Forschungsförderungen und was mit diesen passiert. Welche Möglichkeiten gibt es? Wer bekommt die Förderungen? Diese Fragen versuche ich zu klären“, so Kugler. Auch nach über 13 Jahren im Wissenschaftsjournalismus findet der Experte immer wieder neue Seiten an seinem Fachgebiet. „Ich entdecke jede Woche etwas Neues, woran in Österreich geforscht wird. Es ist eine große Schatzkiste, aus der man die Perlen entnehmen und einer breiten Öffentlichkeit vorstellen kann“, berichtet Kugler.

Grenzenlose Forschung

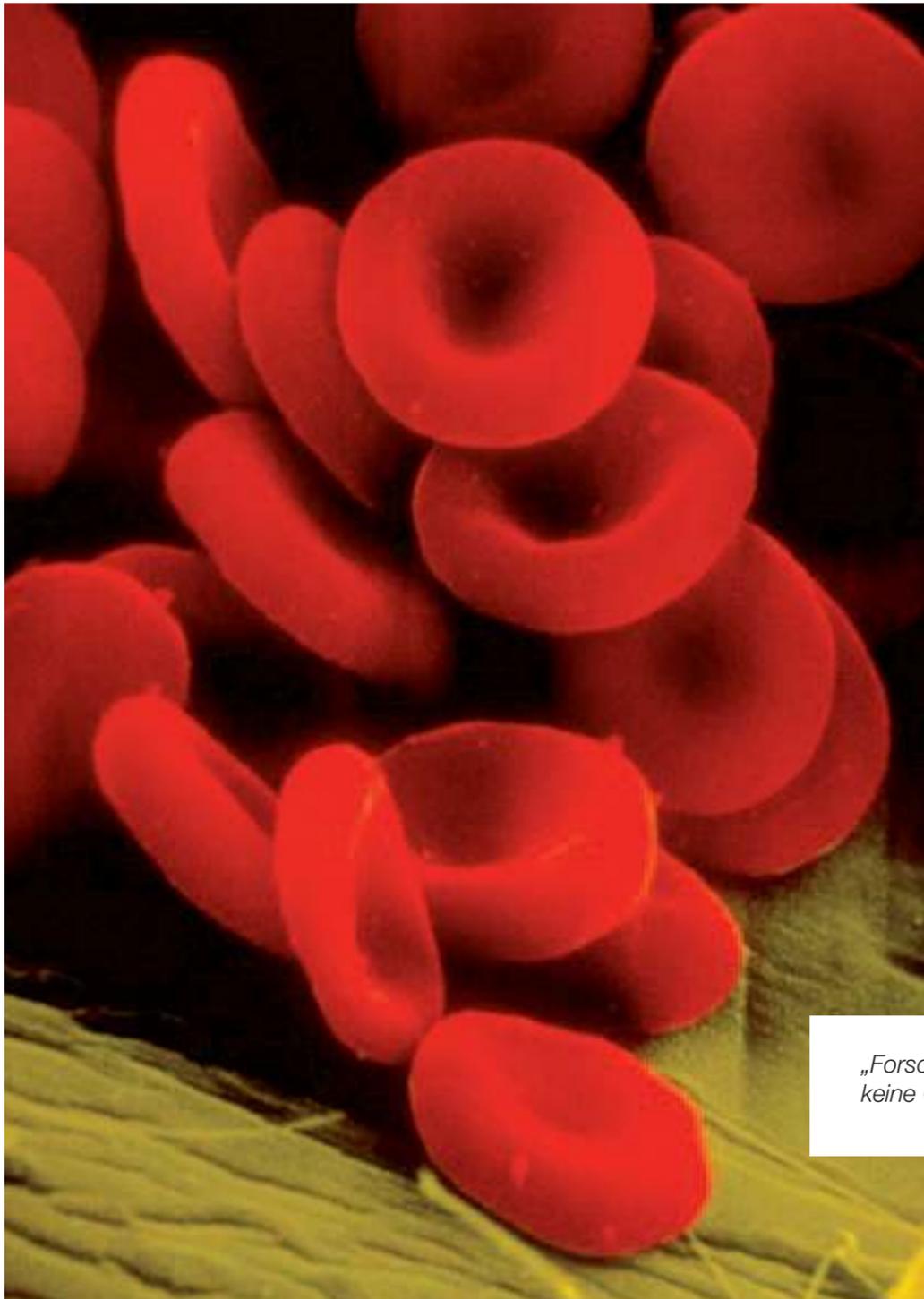
Eine besondere Vorliebe für ein bestimmtes Wissenschaftsgebiet hat Kugler nicht. Aufgrund seines Studiums der Lebensmittel- und Biotechnologie an der Universität für Bodenkultur in Wien hat der Journalist jedoch ein Naheverhältnis zu diesem Bereich. „Die Biotechnologie ist etwas sehr Spannendes, sowohl von der wissenschaftlichen als auch von der Start-up-Seite. Biotech ist ein florierendes Gebiet“, so Kugler. Besonders interessant findet er die Internationalität und die weltumspannende Zusammenarbeit. „Forschung kennt keine Grenzen. Wissenschaft kann nicht abgekoppelt gesehen werden. Gerade das ist ja so interessant bei der Biotechnologie und bei allen neuen Wissenschaftszweigen: die Tatsache, dass sie viel stärker mit anderen Forschungsdisziplinen kooperieren. Das ist ein ganz anderer Zugang zu Wissenschaft“, meint der Journalist. Wien habe sich laut Kugler in den letzten zehn Jahren zu einem wichtigen Biotech-Standort entwickelt. Diese Entwicklung konnte er miterleben und mit seiner Berichterstattung auch mitgestalten. Erreicht wurde dadurch unter anderem, dass sich das Verhältnis der Bevölkerung zur Biotechnologie geändert hat. „Besonders für die rote Biotechnologie

und den Life-Science-Bereich – also bei medizinischen Anwendungen – hat sich in diesen zehn Jahren eine hohe Akzeptanz herausgebildet. Themen aus der grünen Biotechnologie werden jedoch nach wie vor abgelehnt“, sagt Kugler.

Wissenschaftliche Aufklärungsarbeit

Die Qualität und Quantität der wissenschaftlichen Berichterstattung findet Kugler in vielen österreichischen Medien nicht schlecht, aber ausbaufähig. Erschreckend ist für den Journalisten jedoch nach wie vor der Umstand, dass die Menschen wenig über Wissenschaft wissen. „Es fehlt an Basics. Das ist auch in der jüngsten Eurobarometer-Umfrage zu sehen. Österreich ist jenes Land, in dem die Bevölkerung am wenigsten an Wissenschaft und Technik interessiert ist“, berichtet Kugler. Einen Ansatz, um das Problem zu lösen, sieht er unter anderem in der Schule. „In der Schule sollte begonnen werden, aber nicht nur dort. Es wäre falsch zu sagen, die Lehrer seien schuld. Denn Schule ist nur ein Ausfluss dessen, was gesellschaftlich passiert.“ Anliegen und Triebkraft seines Schaffens ist es, einen Beitrag zu mehr Aufklärung zu leisten. „Wissenschaft kann jeder verstehen und sollte auch jeden interessieren. Ich versuche, die Themen so aufzubereiten, dass sie jeder begreifen kann“, so Kugler.

zehn weitere Fragen aus. Ein soeben erschienen Paper bedeutet noch keine endgültige Antwort. Der Prozess muss weitergehen.“ Umso mehr appelliert Kugler an die Politik, weiter in die Forschung zu investieren. „Forschungsbudgets einzufrieren ist der falsche Weg. Das ist ein Rückschritt, so kann man ein hohes Niveau nicht bewahren“, betont der Journalist. Von der Politik wünscht er sich einen höheren Stellenwert der Wissenschaft und Forschung und mehr Geld, jedoch nicht nach dem Gießkannenprinzip. „Denn man kann jedes System überdüngen, sodass es nicht zu mehr Output führt. Förderung von Wissenschaft ist entscheidend für das Wirtschaftswachstum, das darf auch in Zeiten von Budgetkonsolidierungen nicht wegdiskutiert werden“, so Kugler. Auf die Frage, warum Wissenschaft und Forschung trotz der enormen Wichtigkeit für die Gesellschaft und Wirtschaft nach wie vor ein Schattendasein führen, hat Kugler eine mögliche Erklärung parat: „Forschungspolitik ist langfristig. Mit einer guten Forschungspolitik gewinnt man keine Wahlen. Die gewinnt man mit einer Steuerreform. Gerade Life-Sciences erfordern aber oft einen langen Entwicklungsprozess“, so Kugler.



Wissenschaftsjournalismus ist Übersetzungsarbeit

Wissenschaft eröffnet einerseits neue Themen, andererseits stellt sie Journalisten aber auch vor Herausforderungen. So besteht deren Hauptaufgabe darin, Forschungsergebnisse in Alltagssprache umzuwandeln. „Wissenschaftsjournalismus ist Übersetzungsarbeit. Zum einen eine buchstäbliche, da die meisten Forschungsergebnisse in englischer Sprache verfasst sind und zuerst ins Deutsche übersetzt werden müssen. Zum anderen betrifft es die allgemein verständliche Sprachebene“, so Kugler. Das Gelingen sei sowohl vom Forschungsgebiet als auch von den Forschern selbst abhängig. Besonders die jüngere Forschergeneration sei daran interessiert, dass ihre Ergebnisse von einer breiteren Öffentlichkeit wahrgenommen werden. „Die Übersetzung in eine gehobene Alltagssprache ist eine Gratwanderung. Die Gefahr dabei ist, dass entweder der Leser nichts versteht oder der Wissenschaftler böse auf mich ist, weil er sagt, das hat jetzt nichts mehr mit meiner Forschung zu tun“, erzählt Kugler. Zum Gelingen brauche es: „Geduld, Erfahrung und oft auch Glück.“ Anregungen und Informationen holt sich der Wissenschaftsjournalist aus Gesprächen mit Forschern oder beim Besuch von Konferenzen. Auch die Lektüre von Fachjournalen liefert neue Impulse. Dazu kooperiert er mit Universitäten und Fachhochschulen. Regelmäßige Studien mit Testlesern geben darüber Auskunft,

„Forschung kennt keine Grenzen.“

wie die einzelnen Themen aufgenommen werden. „Harte Technikthemen wie Brückenbau oder

Betontechnik werden nur von Subgruppen gelesen. Themen über Informationstechnik werden eher von Männern gelesen, Medizinthemen eher von älteren Frauen. Man hat auf jeden Fall keine homogene Leserschaft vor sich“, so Kugler. Diesem Umstand versucht der

Journalist gerecht zu werden. „Ich setze nichts über Maturaniveau voraus. Ich überlege mir bei jedem Artikel, für wen ich schreibe und für wen ich eine Information anbieten will. Natürlich schreibe ich so, dass es für alle verständlich und interessant ist, um die Leser dazu anzuregen, sich mit dem Thema weiter auseinanderzusetzen“, sagt Kugler abschließend.

BioBox:

Martin Kugler arbeitet seit 13 Jahren für „Die Presse“. Den Weg zur Tageszeitung fand er in Wien lebende Waldviertler über die Lehrredaktion. Er begann im Wirtschaftsressort und wechselte schließlich in das Wissenschaftsressort.



Das in der Wiener Lazarettgasse angesiedelte Unternehmen BIOMAY existiert bereits seit 1984. BIOMAY ist ein Pionier auf dem Gebiet von biotechnologisch hergestellten Allergenen. Im Periskop-Interview sprachen wir mit dem neuen Vorstand, Rainer Henning, PhD, über die österreichische Biotech-Landschaft, die Chancen und Risiken eines Start-ups sowie die Rahmenbedingungen für eine Unternehmensgründung.

„Das Projekt zu Ende denken!“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL



P: Sie sind seit Jänner 2011 Vorstand von BIOMAY. Was gab den Ausschlag für Ihren Wechsel zu BIOMAY?

Henning: Der wichtigste Grund für die Übernahme der CEO-Funktion war, dass ich mich von der weltführenden Technologie-Position des Unternehmens überzeugen konnte. Die mit BIOMAY kooperierenden Forschungsinstitute haben auf dem Gebiet der Immuntherapie für Allergien Pionierarbeit geleistet. Die Zusammenarbeit im österreichischen Allergiecluster ist weltweit einzigartig. Darüber hinaus bin ich sicher, dass die Eigentümer und das Managementteam mit mir in dem Ziel übereinstimmen, BIOMAY auch kommerziell zu einem führenden Partner in diesem bedeutenden Markt aufzubauen.

P: Welchen therapeutischen Ansatz verfolgt Ihr Unternehmen? Wo liegen Ihre Forschungsschwerpunkte?

Henning: BIOMAY entwickelt neuartige Vakzine für die spezifische Immuntherapie allergischer Erkrankungen. Als Wirkstoffe verwenden wir rekombinante Varianten der natürlich vorkommenden Allergene, die eine starke schützende Immunantwort gegen die Allergene im Patienten hervorrufen. Durch die Molekülveränderungen wurden den Wirkstoffen alle negativen Eigenschaften „abtrainiert“, die die breite Verwendung der Immuntherapie bisher erheblich einschränkten. Sie können beispielsweise nicht mehr selbst Allergien auslösen. Dadurch wird die Anwendung in der Praxis sehr vereinfacht und beschränkt sich auf drei bis vier subkutane Injektionen pro Jahr. Längerfristig arbeiten wir an der Entwicklung einer prophylaktischen Impfung gegen Allergien für Risikopatienten wie Kinder von Allergikern, bei denen das spätere Auftreten von Allergien besonders wahrscheinlich ist. Diese würden damit in den ersten Lebensmonaten behandelt werden.

P: Was sind die bisher größten Errungenschaften des Unternehmens? Und was möchten Sie in den nächsten Jahren erreichen?

Henning: BIOMAY ist seit 1984 existent und weltweit ein Pionier auf dem Gebiet der biotechnologisch hergestellten Allergene. Die größte Errungenschaft ist es, Impfstoffe zu finden, die weitgehend nebenwirkungsfrei sind. Dies ist aufgrund genauer Kenntnisse der immunologischen Prozesse, die zu einer Allergie führen, gelungen. Auf dieser Basis sind zielgenaue Behandlungen möglich geworden. Vor wenigen Wochen haben wir die erste eigene klinische Studie mit dem Gräserpollen-Vakzin BM32 begonnen. Das ist mit Sicherheit die bisher größte Errungenschaft. Darauf aufbauend, wollen wir unsere Produkt-Pipeline ausbauen. BIOMAY ist gegenwärtig in einer Umbruchphase hin zu einem Unternehmen, das eigene Produkte bis zum klinischen Proof of Concept entwickelt. Mein Ziel ist es, in den nächsten Jahren die Wirksamkeit und Sicherheit des Gräserpollen-Vakzins BM32 klinisch zu beweisen und mithilfe unserer Technologie-Plattformen eine Palette von Impfstoffen für die wesentlichsten Allergien – neben Gräsern auch Birke, Hausstaubmilbe, Ragweed und japanische Zeder – aufzubauen sowie die Grundlagen für die Entwicklung prophylaktischer

Vakzine zu legen. Auf der wirtschaftlichen Seite wollen wir unsere Produkte nach dem Nachweis der klinischen Wirksamkeit in Partnerschaften mit weltweit tätigen Pharmaunternehmen einbringen.

P: BIOMAY ist bereits ein etablierter Player in der Biotech-Landschaft. Welche Tipps würden Sie einem Gründer geben, der eine Firma auf dem Biotech-Sektor aufbauen möchte?

Henning: Zunächst sollte der Gründer sicherstellen, dass seine Technologie Alleinstellungsmerkmale aufweist, die sie patentfähig machen. Ohne Patente, die man auch durchsetzen kann, stehen die Chancen nicht gut. Der Gründer sollte sich bereits in einem sehr frühen Stadium mit dem angestrebten Marktsegment und mit möglichen Konkurrenzentwicklungen auseinandersetzen. Wichtig ist es, das Projekt bis zum Ende durchzudenken. Also einen Plan aufzustellen, wie aus den Technologien, die im Labor entwickelt wurden, marktfähige Produkte entstehen können und wie der medizinische Bedarf und der Marktbedarf daran weltweit aussehen. Das sind hohe Anforder-

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

Henning: Arzneimittelforschung und -entwicklung ist ein Hochrisikogeschäft. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine neu entdeckte Substanz den Markt erreicht, liegt bei zehn Prozent oder weniger. Der größtmögliche Rückschlag tritt ein, wenn das biochemische und physiologische Konzept, auf dem die Entwicklung basiert, nicht die Erwartungen erfüllt. Auch später können unerwartete toxikologische Effekte oder Nebenwirkungen in der klinischen Entwicklung ein Projekt stoppen. Aber auch auf wirtschaftlicher Ebene können natürlich schwere Hürden und Rückschläge eintreten. Die größte Schwierigkeit besteht darin, für das Unternehmen ausreichend Kapital aufzutreiben, um bis zum Proof of Concept zu gelangen. Da in den meisten Fällen für die Entwicklung bis zur Marktreife eine Partnerschaft mit Pharmafirmen nötig sein wird, ergeben sich auch in der Partnersuche Hürden, die überwunden werden müssen.



Stichwort Finanzierung: Wie hat sich Ihr Weg hier gestaltet und welchen Rat würden Sie einem Start-up-Unternehmen mit auf den Weg geben?

Henning: BIOMAY hat das Glück, über einen längeren Zeitraum von sehr engagierten Privatinvestoren gestützt zu werden, und ist damit ein Sonderfall. Da wir nun in die klinische Entwicklungsphase eintreten, werden wir zusätzliches Kapital benötigen und führen intensive Gespräche mit internationalen Investoren. Start-up-Unternehmer sollten sich über ihren Finanzbedarf von Anfang an im Klaren sein. In der Pre-Seed- und Seed-Phase sollten alle Möglichkeiten der Förderung evaluiert und genutzt werden. Es sollten auch frühzeitig Strategien entwickelt werden, wie das „Valley of Death“ zwischen der Präklinik und der Erarbeitung von klinischen Daten überbrückt werden kann.

P: Wie groß ist die Bedeutung der wissenschaftlichen Forschung von Biotech-Start-ups für „Big Pharma“?

Henning: Die Bedeutung der Biotech-Start-ups für die Pharmaindustrie kann man gar nicht überschätzen. Die meisten Pharmafirmen stehen in den nächsten Jahren vor einem „Patent Cliff“, bei dem der Umsatz wichtiger Blockbuster dramatisch zurückgehen wird. Da die großen Firmen aufgrund ihrer komplexen Strukturen seit Langem ein Innovationsdefizit haben, sind sie auf Biotech angewiesen, um ihre Pipeline zu füllen. Ähnlich wie in der Autoindustrie ist eine horizontale Arbeitsteilung zu beobachten, bei der die Biotech-Firmen die Innovationen zuliefern und die großen Firmen sich auf ihre Stärken, die späte klinische Entwicklung in großen Studien, die pharmazeutische Produktion und das Produktbranding, fokussieren.

P: Wie wird sich die Branche Ihrer Meinung nach in den nächsten Jahren entwickeln?

Henning: Ich bin der Meinung, dass die große Bedeutung der Biotech-Branche unvermindert zunehmen wird. Allerdings ist zu beobachten, dass insbesondere in Europa die Verfügbarkeit von Kapital immer schwieriger wird.

„Die größte Errungenschaft ist es, Impfstoffe zu finden, die weitgehend nebenwirkungsfrei sind.“



rungen an einen Start-up-Unternehmer, aber ohne diese Voraussetzungen bekommt man erstens keine Finanzierung und zweitens ist die Wahrscheinlichkeit dann hoch, dass man später beim Suchen von Pharmapartnern scheitert. Es ist wichtig, seinen eigenen Wert zu kennen und auf dieser Basis mit einem Managementteam zusammenzuarbeiten. Dieses sollte die Breite der notwendigen Erfahrungen abdecken, um einen erfolgversprechenden Businessplan zu erstellen und umzusetzen. Ein Aufbau von Netzwerken in den wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Bereichen ist auch dringend anzuraten, z. B. durch die Teilnahme an einschlägigen Konferenzen. Darüber hinaus sollte das breite Angebot an Unterstützungs- und Fördermaßnahmen von staatlicher Seite – z. B. das Austria Wirtschaftsservice – genutzt werden. Die Förderungsmöglichkeiten sind in Österreich vorbildlich, gerade in der frühen Phase.

P: Wie wird sich die Branche Ihrer Meinung nach in den nächsten Jahren entwickeln?

Henning: Ich bin der Meinung, dass die große Bedeutung der Biotech-Branche unvermindert zunehmen wird. Allerdings ist zu beobachten, dass insbesondere in Europa die Verfügbarkeit von Kapital immer schwieriger wird.

BioBox:

Rainer Henning, PhD, ist gelernter Chemiker und hat in Deutschland sowie den USA studiert. 1979 ist Henning als Forschungschemiker in die Pharmaforschung der damaligen Hoechst AG eingetreten. Nach seinem Ausscheiden im Jahr 1999 hat der gebürtige Deutsche Erfahrung im Venture-Kapital-Bereich als Investment-Manager und Partner bei Future Capital in Frankfurt und Brilleon Capital in der Schweiz gesammelt. Zuletzt war Henning Präsident und CEO von Fibrex Medical, einem US-basierten Biotechnologie-Unternehmen mit operativer Tätigkeit in Wien.

„KURZFRISTIGES HANDELN IST DER FEIND DER LANGFRISTIGEN VERNUNFT“

VON MAG. SABINE SOMMER



Dr. Fabian Waechter, MSc. hat mit 1. Juni 2011 die Funktion des Director Access & Health Care Policy bei Pfizer Austria übernommen. Künftig leitet er die Ressorts Gesundheitspolitik, Erstattung und Marktzugang für das gesamte Produktportfolio. Darüber hinaus ist er Mitglied der Geschäftsleitung. Im Gespräch mit dem Periskop geht der ausgebildete Mediziner und Gesundheitsökonom auf die Bedeutung des Accessbereichs ein und schildert, warum er seine Position als Plattformfunktion sieht.

P: Wie definieren Sie Ihre Rolle als Director Access & Health Care Policy bei Pfizer? Was gehört zu Ihrem Wirkungsbereich?

Waechter: Die Position deckt zwei Arbeitsgebiete ab. Erstens das, was wir als Access bezeichnen – ein sehr wichtiges Thema für Pfizer. Ein Pharmaunternehmen im verschreibungspflichtigen Bereich hat gewissermaßen einen „dreigeteilten“ Kunden: den Arzt, der das Medikament verschreibt, die Person, die es einnimmt, und einen dritten, der das Produkt bezahlt. In Österreich gibt es – im Gegensatz zu anderen Ländern – mehrere solcher Zahler. In erster Linie sind das die Sozialversicherungen. Weiters zählen die Krankenhäuser bzw. ihre Trägergesellschaften dazu. Nicht zuletzt gibt es auch Gelder direkt aus dem Gesundheitsministerium – etwa ganz aktuell für das Kinderimpfprogramm. Mit all diesen Partnern durchlaufen wir gesetzlich vorgeschriebene Verfahren oder führen Verhandlungen, um sicherzustellen, dass die Patienten Zugang zu den Medikamenten haben. Dieser ist nämlich nur sichergestellt, wenn das Präparat auch von öffentlicher Hand bezahlt wird. Im Accessbereich geht es sehr stark darum, Netzwerke zu verstehen und Teil von ihnen zu sein. Das Schöne an meiner Position ist, dass sie eine „Plattformfunktion“ ist. Das heißt, ich bin für alle vier Business-Units bzw. Therapiebereiche zuständig.

Mein zweites Aufgabengebiet umfasst alle gesundheitspolitischen Fragen, die das Unternehmen betreffen. Dazu gehören sowohl die Information der Kollegen über aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitspolitik als auch das aktive Mitgestalten der Politik im Rahmen unserer verschiedenen Interessenvertretungen. Unser Geschäftsführer Dr. Robin Rumler ist auch Präsident der Pharmig. Dadurch wird mein Job noch spannender, da ich als Ansprechpartner für Politik im Unternehmen immer wieder zum Einsatz komme. Meine Position verbindet die drei Bereiche Medizin, Wirtschaft und Politik – und bei jedem steht der Mensch im Vordergrund. Das macht meine Tätigkeit in gewisser Weise einzigartig.

P: Welche Ziele haben Sie sich in Ihrer Funktion gesetzt? Wo wird der Bereich Access bei Pfizer Österreich in den nächsten Jahren hinführen?

Waechter: Das Hauptziel besteht darin, einen Beitrag zu leisten, dass unser Gesundheitssystem noch besser wird. Konkret bedeutet das in meinem Bereich, dafür zu sorgen, dass die Menschen so schnell und effizient wie möglich Zugang zu den besten Medikamenten bekommen. Der Bereich Access ist verhältnismäßig jung und muss stetig ausgebaut werden. Ein wichtiges Ziel von mir ist es dabei, die Diskussion über die Frage der Erstattung von Arzneimitteln partnerschaftlich und auf einem fachlich hohen Niveau zu führen. Generell ist es mir wichtig, das Gesprächsklima mit unseren wesentlichsten Ansprechpartnern zu verbessern. Auch möchte ich versuchen, die Diskussionen, die doch oft sehr emotional verlaufen, zu versachlichen. Ein weiteres Bestreben ist es, unsere Leistungen in Österreich innerhalb des Konzerns aufzuzeigen und zu positionieren.

P: Sie waren für die AGES und für den Hauptverband der Sozialversicherungsträger als Gutachter tätig. Stellt der neue Job einen „Seitenwechsel“ dar?

Waechter: Ich erlebe diesen „Seitenwechsel“ – sofern man das so bezeichnen kann – als sehr positiv. Von außen wird er von beiden Seiten manchmal etwas argwöhnisch betrachtet. Ich sehe keinen Widerspruch, da ich sie nicht als Gegner betrachte. Gerne ziehe ich einen Vergleich zur Sozialpartnerschaft. Das Geheimnis ist relativ banal, nämlich die richtige Balance zwischen den Partnern zu finden. Genauso ist es bei der Erstattung von Arzneimitteln. Beide Seiten haben ein gemeinsames Ziel, nämlich dafür zu sorgen, dass die Menschen möglichst optimal mit Medikamenten versorgt werden. Dass es darüber im Einzelfall Meinungsverschiedenheiten gibt, liegt in der Natur der Sache. Es ist Einstellungssache, ob man einen Prozess mit negativen Emotionen behaftet vollzieht oder ob man versucht, so konstruktiv wie möglich zu arbeiten. Ich habe in den zwei Jahren bei der Zulassungsbehörde und beim Hauptverband mit tollen Kollegen zusammengearbeitet und sehr viel gelernt. In meiner neuen Aufgabe werde ich vermutlich nicht immer glücklich über jede ihrer Entscheidungen sein. Deswegen werde ich aber nicht aufhören, sie zu schätzen.

P: Welche Besonderheiten hat der österreichische pharmazeutische Markt aus Ihrer Sicht?

Waechter: Grundsätzlich haben wir ein funktionierendes Erstattungssystem. Das heißt, die Menschen haben einen vergleichsweise guten Zugang zu Arzneimitteln. Manchmal sind die Entscheidungen aus ökonomischen Gründen hart, aber dafür gibt es die Möglichkeit, als Arzt in dringend notwendigen medizinischen Fällen beim Chefarzt der Krankenkasse um eine Ausnahme anzusuchen.

Das löst nicht alle Probleme im Erstattungsbereich, ist aber ein wichtiger Teilaspekt.

Konkret habe ich für das Erstattungssystem im Moment drei Verbesserungsvorschläge: Erstens sollte der Entscheidungsprozess viel transparenter gestaltet werden. Dies hätte natürlich Vor- und Nachteile. Aber ich bin der festen Überzeugung, dass man es den Bürgern durchaus zumuten kann, dass diese Prozesse nicht hinter verschlossenen Türen entschieden werden. Denn es geht um zentrale Entscheidungen. Die Politik traut den Menschen in dieser Hinsicht manchmal zu wenig zu. Darüber hinaus gibt es zwei Aspekte, die ich – volkswirtschaftlich betrachtet – schlicht für falsch halte. Um in Österreich überhaupt erstattet zu werden, muss ein Produkt zwingend unter dem EU-Durchschnittspreis liegen. Das macht keinen Sinn. Wir sind das drittreichste EU-Land mit einem entsprechend hohen Lohnniveau. Warum sollen dann Medikamente bei uns weniger kosten als im Durchschnitt? Wenn jedes EU-Land diese Regel einführen würde, würden Medikamente nichts mehr kosten dürfen. Das ist ökonomischer Unfug. Der dritte Punkt ist ein ganz aktueller, nämlich die Preisgestaltung von Biosimilars. Biologicals sind moderne Medikamente, die im Gegensatz zu klassischen chemischen Arzneimitteln auf biologischem Weg hergestellt werden. Wenn bei einem Biological der Patentschutz abläuft, dürfen andere Firmen – wie auch bei chemischen Produkten die Generika – Nachbauprodukte herstellen, die so genannten Biosimilars. Dass man diese Erzeugnisse nicht auch einfach Generika nennt, hat einen guten Grund. Man kann sie nicht gleich behandeln wie Generika, weil die Produktion von Biosimilars um ein Vielfaches komplizierter ist als bei chemischen Arzneimitteln. Daher ist auch der Zulassungsprozess ein ganz anderer und die Kosten für das Pharmaunternehmen sind höher. Die Sozialversicherungen wollen von der Kostenseite aber Biosimilars gleich wie Generika behandeln. Das ist gesundheitsökonomisch nicht schlüssig. Hier wäre der Gesetzgeber gefragt, eine bessere Lösung vorzugeben. Denn es geht um einen bedeutenden Anteil der Versorgung in wichtigen Therapiebereichen.

P: Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation im österreichischen Gesundheitswesen?

Waechter: Wir haben ein tolles Gesundheitswesen. Schon die Tatsache, dass niemand im Krankheitsfall auf sich alleine gestellt bleibt, sondern alle unabhängig von ihren finanziellen Verhältnissen eine medizinische Versorgung bekommen bzw. ein gesetzlich verankertes Recht darauf haben, ist eine großartige Leistung unserer Gesellschaft und keine Selbstverständlichkeit. Natürlich gibt es immer etwas zu verbessern, aber es sollte uns allen bewusst

sein, dass hierzulande meist auf sehr hohem Niveau kritisiert wird. Das zentrale Thema für alle, die sich mit dem Gesundheitswesen beschäftigen, ist natürlich die Frage der Finanzierung. Damit untrennbar verbunden sind die aus dem Föderalismus resultierenden Komplikationen. Insbesondere die sich dadurch ergebenden Schwierigkeiten beim Übergang der Patienten vom stationären in den niedergelassenen Bereich. Meinen ersten Job nach dem Studium hatte ich bei einer Beratungsfirma, die sich mit diesem Thema beschäftigt hat. Das ist rund zehn Jahre her, aber die Probleme im Schnittstellenmanagement sind annähernd gleich geblieben. Was den Pharmamarkt betrifft, ist Österreich natürlich ein relativ kleiner Markt. Gerade wenn man uns mit Deutschland vergleicht.

P: Mit welchen Ständesvertretungen und anderen Parteien im Gesundheitswesen arbeiten Sie eng zusammen? Gibt es bei Pfizer institutionalisierte Kooperationen?

Waechter: Unser Unternehmen hat eine sehr ganzheitliche Sicht auf das Gesundheitswesen – in Kanada benutzt Pfizer den treffenden Slogan „more than medication“. Medikamente sind ein wichtiger Teil der Medizin, aber deren volles Potenzial kann man nur in Zusammenarbeit mit allen Akteuren im Gesundheitswesen ausschöpfen. Daher arbeiten wir nicht nur sehr intensiv mit unseren eigenen Interessenvertretungen – also Pharmig, FOPI und Wirtschaftskammer – zusammen, sondern auch mit der Apotheker-, der Ärzte- und der Arbeiterkammer. Auf der politischen Ebene im engeren Sinn ist das Gesundheitsministerium natürlich sehr wichtig, aber auch die für die Gesundheitspolitik zuständigen Vertreter der Länder sowie alle in Österreich vertretenen Parteien sind wesentliche Akteure.

Auch die politische Vertretung auf europäischer Ebene gewinnt an Bedeutung. Eine große Rolle spielen die mindestens 200 Patientenorganisationen. Es war und ist Pfizer sehr wichtig, diese einzubinden. Relevant sind auch universitäre Einrichtungen und sonstige Institute, die sich etwa mit dem Thema Health-Technology-Assessment beschäftigen. Und nicht zuletzt sind die Sozialversicherungen zu nennen, die den Großteil der Arzneimittel in Österreich finanzieren. Der beste Beweis für eine gute Kooperation ist der zwischen der Pharmig und dem Hauptverband der Sozialversicherungen abgeschlossene Rahmen-Pharmavertrag. Ein schönes Beispiel für die österreichische Konsenskultur.

P: Wie können Qualität und Finanzierung im Gesundheitssystem Ihrer Meinung nach langfristig gesichert werden?

Waechter: Nun, das etwas leidige Thema der Finanzierung aus einer Hand habe ich schon angesprochen. Ich denke, dass man nicht zuletzt am Rahmen-Pharmavertrag sieht, dass die Pharmawirtschaft bereit ist – in diesem Fall sogar freiwillig –, einen Beitrag

zur langfristigen Finanzierung des Gesundheitswesens zu leisten. Die Pharmaindustrie darf aber nicht der einzige Partner sein, der Einsparungsmaßnahmen trifft. Auch hier geht es nicht ohne eine ganzheitliche Betrachtung. Viele Menschen stehen auf dem Standpunkt, dass die Kostenzuwächse im Gesundheitswesen prinzipiell sinken müssen und der Gesundheitssektor nicht stärker wachsen darf als andere Bereiche. Wieso eigentlich? Wenn wir immer älter werden, wünschen wir uns im Alter doch, länger gesund zu bleiben. Diese Fragen hat auch der Keynote-Speaker der heurigen Gesundheitsgespräche in Alpbach, Erik Schokkaert, aufgeworfen. Seine Antwort ist einfach, es wird zwangsläufig eine Verschiebung hin zu mehr Ausgaben für Gesundheit geben. Die spannende Frage ist dann jene nach der Solidarität. Werden wir als Gesellschaft noch bereit sein, das Ganze solidarisch zu finanzieren, oder wird es eine Verschiebung hin zum Privatmarkt geben? Ich persönlich bin ein großer Fan des solidarischen Systems.

P: Was erwarten Sie sich vom Gesundheitssystem bzw. von den zuständigen Entscheidungsträgern in der Politik?

Waechter: Neben der bereits angesprochenen verstärkten Transparenz wünsche ich mir – in meiner Position ebenso wie als privater Bürger – mehr Weitsicht und weniger Fokus auf die unmittelbare Zukunft. Gerade der Bereich der Medikamente ist ein klassisches Beispiel dafür, dass die Kurzfristigkeit der Feind der langfristigen Vernunft ist. Bei der Erstattung von Arzneimitteln steht der kurzfristige Nutzen im Vordergrund. Folglich ist es verlockend, immer dem billigsten Arzneimittelanbieter den Vorzug zu geben und auf Generika umzustellen. Der Sinn von Kosteneinsparungsmaßnahmen ist natürlich nachvollziehbar, aber deren langfristiger Effekt wird oft übersehen. Wenn immer nur in die günstigen Produkte investiert wird und nicht in jene von forschenden Pharmaunternehmen, wenn also deren Mehraufwand nicht finanziell gewürdigt wird, bietet das kurzfristig vermutlich Vorteile. Aber langfristig entsteht das Problem, dass in zehn oder zwanzig Jahren weniger innovative Medikamente erhältlich sein werden, weil die Risikobereitschaft, die hinter innovativen Produkten steckt, nicht honoriert worden ist.

P: Wie setzt sich Ihr Team zusammen und worauf legen Sie bei Ihrer Arbeit besonderen Wert?

Waechter: Ich habe ein fantastisches Team. Dieter Hackl ist als Senior Access Manager für die Erstattungsverhandlungen mit den Sozialversicherungen zuständig. Er ist ein Vollprofi und „Pfizerveteran“, der unsere Produkte in- und auswendig kennt. Das Team wird ergänzt durch zwei Health Affairs Manager. Anny Barkhordarian betreut unsere aufwendigen Produkte in der Business-Unit Specialty Care, sie ist eine Topnetzwerkerin. Regina Pucher setzt ihr diplomatisches Feingefühl im Bereich der Impfungen ein – für Pfizer

ein Feld, das durch den Zusammenschluss mit Wyeth massiv an Bedeutung gewonnen hat. Hier ist eine hohe Spezialisierung notwendig.

Zum Thema Teamarbeit: Ich bin ein Verfechter von gemeinsamem Arbeiten. Erstens weil es mehr Spaß macht und zweitens – um einen ehemaligen Chef von mir zu zitieren: „Jeder kann etwas und niemand kann alles.“ Meine Teamphilosophie ist zweigeteilt. Einerseits glaube ich, dass es wichtig ist, Leuten Verantwortung zu geben und sie möglichst eigenständig arbeiten zu lassen. Andererseits mag ich es aber auch, wenn trotzdem ein reger Erfahrungsaustausch stattfindet. Trotz aller Eigenverantwortung ist es auch die Aufgabe jedes Managers, die Letztverantwortung zu übernehmen. Wer nicht hinter seinem Team steht, ist vielleicht ein Chef, aber kein guter Manager.

P: Sie haben in Harvard ein postgraduelles Studium in Epidemiologie und Gesundheitsökonomie absolviert und verfügen über vielseitige Berufserfahrung, auch auf internationaler Ebene. In welcher Weise differiert die Arbeitssituation in puncto Einstellung und Zusammenarbeit in den USA gegenüber Österreich?

Waechter: Gleich vorweg: Worauf ich besonders stolz bin, ist, dass ich der Einzige aus der Legasthenikergruppe der Volksschule Nonntal bin, der es nach Harvard geschafft hat. Dank eines Fulbright-Stipendiums konnte ich ein fantastisches Jahr dort verbringen. Was ich generell an den USA mag, ist der unendliche Optimismus der Amerikaner. Wenn man dort ankommt, empfindet man das als Europäer zuerst als ein bisschen naiv und aufgesetzt. Aber wenn man nach einiger Zeit nach Europa zurückkommt, fehlt einem das regelrecht. Warum nehmen wir hier vieles so schwer? Warum trauen wir uns nicht mehr zu? Ich vermisse diesen Optimismus und die „Pursuit of Happiness“-Mentalität – das Bestreben, aus allem das Beste zu machen und niemals aufzugeben.

BioBox:

Dr. Fabian Waechter, MSc., 35, schloss 2002 sein Medizinstudium in Wien ab. Aus Interesse an der Verbindung von Medizin und Wirtschaft absolvierte er ein postgraduelles Studium in Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der renommierten Harvard School of Public Health in den USA. Nach einem Turnusjahr im Wilhelminenspital war Dr. Waechter, MSc. als Gutachter und Projektmanager für die AGES PharmMed und beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger beschäftigt. Außerdem war er als Mitglied der „Working Group on Relative Effectiveness“ auf europäischer Ebene tätig. Er ist Autor wissenschaftlicher Publikationen und war Fachjournalist für die Österreichische Ärztezeitung und die BMJ Publishing Group in London. Neben seiner Tätigkeit als Lektor an der Fachhochschule IMC Krems am Lehrgang für Gesundheitsmanagement war Waechter zuletzt selbstständig.

„Natürlich gibt es immer etwas zu verbessern, aber es sollte uns allen bewusst sein, dass hierzulande meist auf sehr hohem Niveau kritisiert wird.“

„Wir sind das drittreichste EU-Land mit einem entsprechend hohen Lohnniveau. Warum sollen dann Medikamente bei uns weniger kosten als im Durchschnitt?“



„Ich persönlich bin ein großer Fan des solidarischen Systems.“



„Ich vermisse ... die ‘Pursuit of Happiness’-Mentalität – das Bestreben, aus allem das Beste zu machen und niemals aufzugeben.“

Bessere Gesundheit, weniger Kosten

Wir leben länger, müssen uns aber vermehrt mit chronischen Zivilisationskrankheiten auseinandersetzen. Die moderne Medizin ist dank des wissenschaftlichen Fortschritts in der Lage, immer mehr (schwere) Erkrankungen zu behandeln, das öffentliche Gesundheitssystem wird dabei allerdings an den Rand der Finanzierbarkeit gedrängt. Entlastung könnte unter anderem die zunehmende Bereitschaft zur Selbstmedikation bringen.

Ergänzend zu der ausgezeichneten ärztlichen Versorgung in unserem Land machen immer mehr Menschen – entweder für sich selbst oder für Familienangehörige – von der Möglichkeit Gebrauch, geringfügige Erkrankungen mittels Selbstmedikation zu kurieren. Das individuelle Gesundheitsmanagement stellt sowohl für den Sozialstaat als auch für den Gesundheitszustand der Bevölkerung eine große Chance dar. Wer sich aktiv und selbstbewusst mit seiner körperlichen Verfassung auseinandersetzt, entscheidet sich eher für einen gesunden Lebensstil und trägt damit zur Krankheitsvermeidung und Entlastung des öffentlichen Gesundheitssystems bei.

Eigenverantwortung übernehmen

Wesentliche Voraussetzungen für eine gute, sichere Selbstmedikation sind:

- ▶ Der verantwortungsvolle Umgang mit Medikamenten – und zwar sowohl rezeptpflichtigen Arzneimitteln als auch OTC-Produkten.
- ▶ Das Erkennen von Krankheitssymptomen sowie deren erste Analyse.
- ▶ Die Fähigkeit, einschätzen zu können, ob ein Arzt beigezogen werden sollte.
- ▶ Das Beobachten des eigenen Gesundheitszustands und aller Hinweise, die eine Verbesserung oder Verschlechterung von Beschwerden anzeigen.

Apotheker als kompetente Berater

Als kompetenter Ort der Beratung wird von heimischen Konsumenten bei leichten Beschwerden die Apotheke wahrgenommen. Eine von der IGEPHA in Auftrag gegebene Marktforschung hat ergeben, dass die Österreicher durchschnittlich einmal im Monat eine Apotheke aufsuchen. Arztbesuche finden zirka alle zwei Monate statt. Dadurch ergibt sich eine sehr engmaschige Versorgung, die einen sicheren Rahmen für Selbstmedikation bietet. Die Apotheke wird – so ein weiteres Ergebnis der Marktforschung der IGEPHA – vor allem bei einem klaren Produktwunsch, einer leichten Erkrankung und wegen des einfachen und schnellen Zugangs aufgesucht. Ärzte und Apotheker werden von den Österreichern in Arzneimittelfragen als ähnlich kompetent eingeschätzt.

„Als größter Risikofaktor gilt ein ungesunder Lebensstil.“

Compliance erfreulich hoch

Beachtung verdient auch ein weiteres Detail der Studie: Die befragten Konsumenten nehmen selbstgekauftete Medikamente mit derselben Therapietreue ein wie vom Arzt verordnete Arzneimittel. Bei 20 Prozent der Befragten war die Compliance bei rezeptfreien Medikamenten sogar noch höher. Das zeigt, dass die Patienten sowohl mit rezeptpflichtigen als auch rezeptfreien Medikamenten sorgsam und verantwortungsbewusst umgehen. Eine Gefahr des Missbrauchs besteht nicht. Eine Liberalisierung der Rezeptpflicht

bei jenen Indikationen, die einer geringfügigen Erkrankung zugeordnet werden können, wäre also durchaus wünschenswert und mit der Patientensicherheit vereinbar.

Gesundheit darf etwas kosten

Mehr als 60 Prozent der Befragten gaben unabhängig vom Einkommen an, das Gesundheitssystem in Zukunft durch vermehrte Selbstmedikation unterstützen zu wollen. Für viele Menschen ist es bereits selbstverständlich, in Gesundheitsprodukte zu investieren. Laut der IGEPHA-Umfrage geben die Österreicher durchschnittlich zwölf Euro pro Monat für OTC-Produkte aus. Mehr als

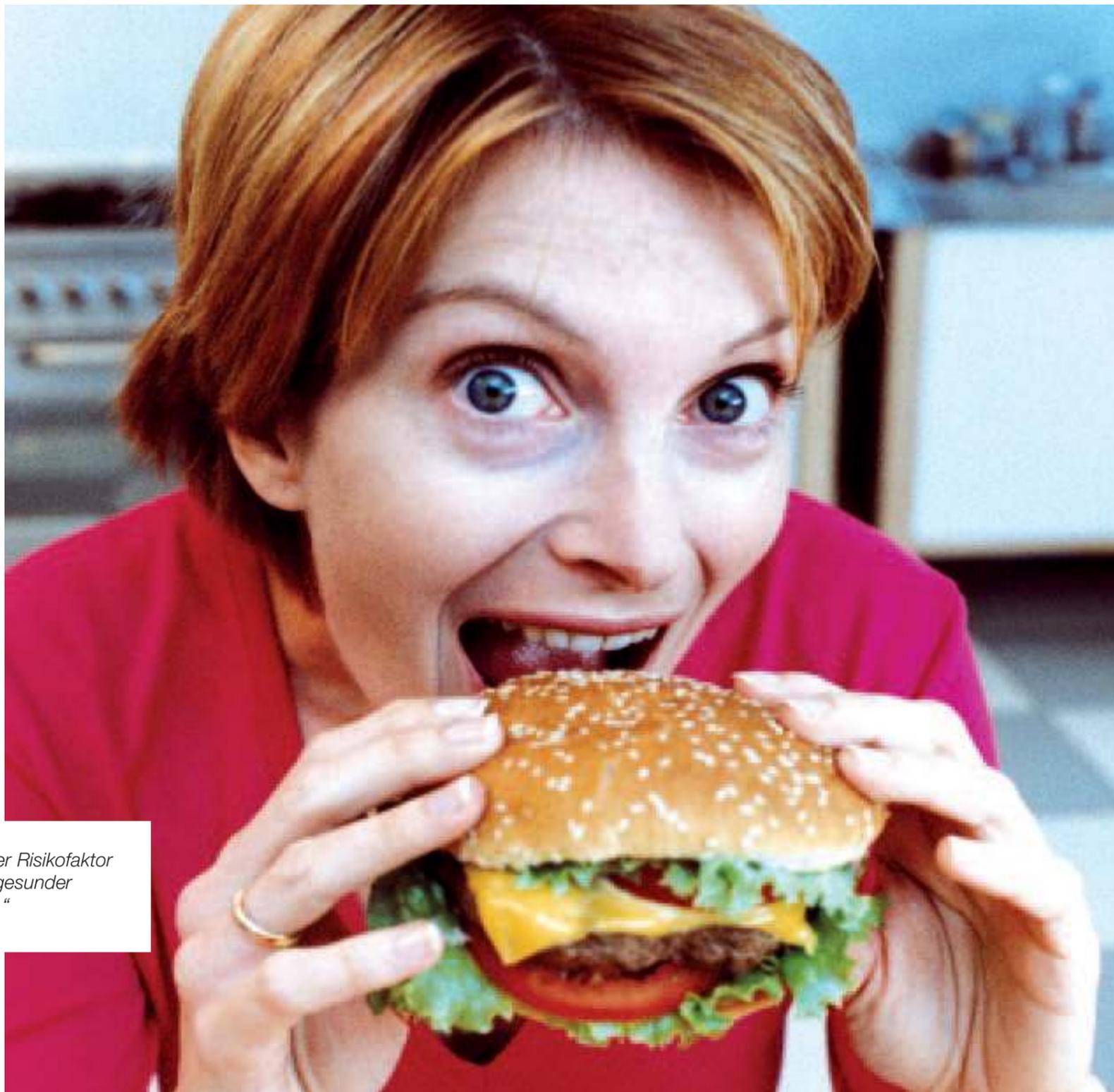
zur Verbesserung ihres Gesundheitszustands ergreifen zu können. So hat beispielsweise der Switch von Nikotinersatzprodukten in den USA dazu geführt, dass diese einer breiteren Öffentlichkeit zur Verfügung stehen und mehr Menschen ihre Raucherentwöhnung erfolgreich absolvieren können. Das wirkt sich sowohl gesundheitspolitisch als auch volkswirtschaftlich positiv aus.

Zivilisationskrankheiten vermeiden

Vor allem der massive Anstieg an Zivilisationskrankheiten belastet die Krankenkassen schwer. Als größter Risikofaktor gilt ein ungesunder Lebensstil. Rauchen, Ernährungsfehler, Bewegungsmangel und exzessiver Alkoholkonsum fördern das Entstehen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronischen Atemwegsleiden und Diabetes. Laut Statistik Austria haben in Österreich im Jahr 2009 Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs 68 Prozent aller Sterbefälle verursacht. Schätzungen der WHO zufolge könnten 80 Prozent der Herzerkrankungen und Schlaganfälle sowie von Typ-2-Diabetes durch einen selbstverantwortlichen Lebensstil vermieden werden. Verantwortungsvolle Selbstmedikation ist Teil dieses persönlichen Gesundheitsmanagements.

Der Mensch im Mittelpunkt

In ihrer Deklaration zu einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung stellte die „International Alliance of Patient's Organizations“ 2006 fest, dass ein Perspektivenwechsel in Richtung „weg von der Krankheit, hin zum Patienten“ erforderlich sei, um die unter Druck geratenen Gesundheitssysteme zu entlasten. Im Beziehungsdreieck zwischen dem mündigen Konsumenten, der Eigenverantwortung für seine Gesundheit übernimmt, dem Apotheker, der ihn mit



die Hälfte der Befragten setzen sich beim Kauf eines OTC-Produkts keine Preisobergrenze. Und rund 80 Prozent wären bereit, mehr als zehn Euro für ein OTC-Produkt auszugeben. Beispiele aus anderen Ländern zeigen, dass das Switchen bestimmter Arzneimittel vom verschreibungspflichtigen zum OTC-Status positive Effekte auf die Entlastung des öffentlichen Gesundheitssystems haben kann. Der erleichterte Zugang zum Medikament stärkt bei den Patienten das Bewusstsein dafür, selbstständig Maßnahmen

pharmazeutischer Fachkompetenz berät, und dem Arzt, den er aufsucht, wenn die Maßnahmen der Selbstmedikation nicht ausreichen, kann sich ein individuelles Gesundheitsmanagement auf hohem Niveau etablieren. Unser hervorragendes Gesundheitssystem hat das Potenzial, den eigenverantwortlichen Umgang mit der persönlichen Gesundheit zu fördern. Es liegt in der Hand der Vertreter aus Gesundheits-, Wirtschafts- und Sozialbereich, das Engagement der Bevölkerung „pro Gesundheit“ weiter zu stärken.

Experten forderten in Wien beim Symposium des Instituts für Medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE) zum Thema „Lebensstil und persönliche Verantwortung“ eine Neuausrichtung der Präventionspolitik: Sie solle positive Anreize für einen gesunden Lebensstil schaffen und Umfeldler stärken, die zur Eigenverantwortung motivieren würden. Menschen für ihre ungesunden Gewohnheiten zu „bestrafen“ lehnten die Fachleute allerdings einhellig ab. Dies käme einer Entsolidarisierung mit den Kranken gleich und wäre ein Rückschritt für die Solidargemeinschaft.

IMABE-Symposium: „Lebensstil und persönliche Verantwortung“

IMABE

Im Rahmen des vom Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik in Kooperation mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer veranstalteten Symposiums „Lebensstil und persönliche Verantwortung“ zeigten namhafte Experten Mitte Mai in Wien auf, in welche Richtung sich die Medizin, die Menschen und gesundheitsökonomische Systeme bewegen müssen, um aus der Falle der vermeidbaren Krankheiten herauszukommen. Wie kann man Menschen dazu bringen, ihren Lebensstil nachhaltig zu verändern und gesünder zu leben? Diese Frage bereitet Medizinern, Soziologen und Gesundheitsökonomern schon seit Langem Kopfzerbrechen. Die Liste der Faktoren für gesundheitsschädigendes Verhalten ist lang, die Kosten, die Betroffene, aber auch das solidargemeinschaftlich organisierte Gesundheitssystem dafür zu tragen haben, sind hoch. Zwar sind Schlagworte wie Gesundheitsförderung und Prävention in aller Munde und auch darüber, dass der Wandel des Krankheitspanoramas mit einer deutlichen Dominanz lebensstilbedingter Zivilisationskrankheiten einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik erforderlich macht, besteht kein Zweifel. Doch in welche Richtung soll es gehen? Welche Erfolgsaussichten haben Kampagnen, wenn inzwischen klar ist, dass Gesundheitsverhalten nicht nur durch Sachinformationen und Aufklärung beeinflusst wird, sondern vor allem durch das soziale Umfeld und die Einsicht, für sich selbst Verantwortung zu tragen? Die Referenten des Symposiums waren sich einig: Wer wirksam Prävention betreiben wolle, müsse eines klar vor Augen haben: Kampagnen mit Appellen wie „Bewegung macht fit!“ oder „Ernähre dich gesund!“ genügen nicht, um den Einzelnen zu einem gesunden Lebensstil zu motivieren. Denn die Lebenswirklichkeit der Menschen sei komplexer als einfache Slogans. Um ungesunde Lebensweisen abzulegen, brauche es vor allem persönliche Begleitung durch den Arzt und eine Erziehung zu Klugheit, Verzicht und zum rechten Maß. Auch aufseiten der Medizin sei ein Werteumdenken gefordert: Sie sollte sich wieder auf ihren Kernauftrag – die Heilkunst – besinnen, statt sich als „Heilsmarkt“ zu präsentieren.

„Solidarität ist keine Einbahnstraße“

Rund drei Viertel der Gesundheitsausgaben werden in Österreich öffentlich, d. h. aus Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern finanziert. Das Gesundheitssystem ist in den meisten Industrienationen solidarisch aufgebaut. Doch Solidarität dürfe „keine Einbahnstraße“ sein, betonte Dr. Josef Kandlhofer, Generaldirektor des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, anlässlich der interdisziplinären Tagung. Nicht nur Ärzte, auch Patienten hätten Pflichten und Verantwortung gegenüber der Solidargemeinschaft. Wie kann man Menschen dazu bringen, ihren Lebensstil nachhaltig zu verändern und gesünder zu leben? Wie viel Verantwortung trägt jeder für sich selbst – und wann soll die Solidargemeinschaft einspringen? Der Gedanke, dem Staat, der Versicherung Geld zu sparen oder zukünftige, möglicherweise eintretende Krankheiten zu verhindern, biete laut Sozialforschung dem Einzelnen keinen Anreiz, einen gesünderen Lebensstil zu wählen, erklärte Dr. Gottfried Endel, Public-Health-Experte beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Erziehung sei deshalb,

so der Grazer Soziologe Univ.-Prof. Mag. Dr. Manfred Prisching, der Schlüssel, um in einer rein konsumorientierten Gesellschaft den zu beobachtenden Mangel an Eigenverantwortung, Zufriedenheit, Bescheidenheit und Leidensfähigkeit zu überwinden. Wie lässt sich risikoreiches Gesundheitsverhalten reduzieren? Lebensstile würden nicht unbedingt rational gewählt, hielt der Ethiker Prof. Dr. Enrique Prat, IMABE Wien, fest. Aus tugendethischer Sicht sei klar, dass Lebensstile frei gewählt werden sollten: „Weder Gewalt, Zwang noch Druck von oben werden jemals effiziente Methoden zur Änderung des persönlichen Lebensstils sein“, betonte Prat. Warum sich freiwillig für Prävention entscheiden? „Weil diese Art zu leben die vernünftigste und sinnvollste ist und weil sie letztlich zum Ideal des Gelingens des Lebens, dem Ziel der Tugendethik, gehört.“ Eine effiziente Präventionspolitik müsse daher informieren, die Erziehung in all ihren möglichen Formen stützen und Training innovativ fördern.

Krankheit, Schicksal und Verantwortung

Fettsucht, mangelnde Bewegung, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum: Wäre es gerecht, dass jene, die ungesund leben, mehr ins Gesundheitssystem einzahlen? Diese Frage wird in manchen Ländern bereits offen diskutiert. Univ.-Prof. Dr. Giovanni Maio, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Freiburg, sieht im Androhen von Sanktionen den falschen Ansatz. Er warnte vor einer „Moralisierung von Krankheit“: „Es wäre ein enormer Rückschritt für das Humanum der Medizin, wenn das Krankwerden in unserer heutigen Zeit nur noch als Resultat der eigenen Versäumnisse gedeutet wird“, betonte Maio. Im Zeitalter der Prävention hätten dann Begriffe wie Schicksal keinen Platz mehr – Krankheit wäre ein rein kalkulierbarer Faktor, absolut berechenbar und der Kranke „selbst schuld“ an seinem Zustand. Damit drohe eine Entsolidarisierung mit den Kranken, eine „gnadenlose, unbarmherzige Gesellschaft“. In der Antike gab es nicht nur Gesundheit und Krankheit, sondern dazwischen einen neutralen Bereich, der sich zwischen absoluter Krankheit, also dem Tod, und absoluter Gesundheit, der Unsterblichkeit, aufspannt.

Gesundheit war damit kein Zustand, sondern ein Gleichgewicht, das täglich austariert werden muss, erklärte der Medizinhistoriker Univ.-Prof. Dr. Dietrich von Engelhardt von der Universität Lübeck. Er machte deutlich, dass der gängige Begriff von Gesundheit der Illusion einer Gesellschaft bzw. eines Lebens ohne Leiden

aufsitze. Zur Lebenskunst und Lebenszufriedenheit müsste nach von Engelhardt die WHO-Definition von Gesundheit als vollkommenes körperliches, psychisches, soziales und spirituelles Wohlergehen ergänzt werden: „Gesundheit des Menschen ist auch die Fähigkeit, mit Krankheit, Behinderung und Tod leben zu können.“ Hinzu komme, dass die Medizin – selbst ursprünglich als „Heilkunst“ konzipiert – inzwischen häufig privat- und marktwirtschaftlichen Interessen folge: Geld verdienen am Kranken, nicht am Gesunden. Es gäbe eine starke Sehnsucht, seinen Körper zu verändern, allerdings nicht durch Verhaltensänderung, sondern durch mechanisch-chirurgische Eingriffe. Diese parallelen Entwicklungen nahm die plastische Chirurgin Univ.-Prof. Dr. Hildegunde Piza kritisch ins Visier: „Es ist nicht Aufgabe des Arztes, Erfüllungsgehilfe für sinnlose und risikoreiche Wünsche eines gesunden Klienten zu sein.“ Ein „Klient“ könne sich „nicht alles vom Arzt wünschen, nur weil es bezahlt wird“, appellierte Piza sowohl an die Eigenverantwortung des Patienten als auch an das Berufsethos der Ärzte. Der Internist und Direktor des IMABE, Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli aus Wien, forderte eine „Entmedikalisierung zugunsten einer Lebensstiländerung.“ Es sei Zeit, dass gewissenhafte Schaden-Nutzen-Analysen bei der Einnahme bestimmter weitverbreiteter Medikamententherapien durchgeführt würden.

„Autofahren macht dick“ oder die unbewältigte Komplexität des Lebensstils

Warum ist es so schwer, einen gesunden Lebensstil zu wählen? Die Schäden eines falschen Lebenswandels werden erst nach Jahren sichtbar. Ein vorausschauendes Verhalten sei aber in unserer kurzlebigen Zeit nicht wirklich attraktiv. Das heute bestimmen

de lineare Kausaldenken sei völlig ungeeignet, um so etwas wie Lebensstil zu erfassen. Der Mensch sei ein komplexes System, das nur durch Multikausalität erfasst werden könne. Es gebe kaum etwas, das auf eine einzige Ursache zurückgeführt werden könne. Niemand bekomme einen Herzinfarkt bloß durch Stress, sondern es müsse noch einiges andere – und das über längere Zeit – hinzukommen. Sätze wie „Autofahren macht dick“ seien dann ein plumper Versuch, hochkomplexe Zusammenhänge zu simplifizieren, kritisierte die Sozialmedizinerin Univ.-Prof. Dr. Anita Rieder aus Wien. Sie beklagte, dass in Österreich kaum ausreichend epidemiologische Daten zur Verfügung stünden. „Wir investieren in Schulprogramme bezüglich der Ernährung und der Vermeidung von Adipositas. Aber wir haben nicht genügend Evidence dafür, dass sie wirken“, sagte Rieder. Sie forderte daher eine Freigabe der von Schulärzten erhobenen epidemiologischen Daten für Forschungszwecke.

Der Tagungsband zum Symposium erscheint Anfang Oktober, eine Bestellung ist via Email an postbox@imabe.org möglich.



„KOMMUNIKATION ALS FÜHRUNGSaufGABE“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

In Österreich ist die Roche-Gruppe mit drei eigenständigen Gesellschaften in Wien und Graz mit rund 800 Mitarbeitern vertreten. Roche hat in Wien zwei Vertriebsniederlassungen für Arzneimittel (Roche Austria GmbH) und Diagnostika (Roche Diagnostics GmbH). Für die Serie „Communications-Manager im Gespräch“ befragten wir die Kommunikationsverantwortliche von Roche Austria, Mag. Nicole Gorfer, MAS, zum Stellenwert und zur Positionierung der Kommunikation im Konzern sowie zu den Chancen und Herausforderungen des Webs 2.0. für die Unternehmenskommunikation.

P: Wie ist die Kommunikationsabteilung bei Roche strukturiert?

Gorfer: Die Kommunikationsabteilung bei Roche Pharma besteht aus drei Personen, wobei wir wiederum mit Roche Diagnostics und dem Headquarter in der Schweiz gut vernetzt sind. Dies ist in der externen Kommunikation und – ganz besonders – im Krisenfall relevant. Denn hier gilt es, sich genau abzustimmen. Letztlich geht es immer um die Marke „Roche“, und da spielt es keine Rolle, ob Roche Diagnostics oder Roche Pharma betroffen ist. Neben der Kommunikationsleitung liegt auch die Funktion des Unternehmenssprechers bei mir.

P: Wie sieht Ihr Aufgabenbereich aus?

Gorfer: Die Kommunikationsabteilung bei Roche Austria gliedert sich in mehrere Bereiche. Da gibt es zum einen Internal Communications mit Employee Communications. Hier arbeiten wir stark mit Human Resources zusammen, besonders bei globalen Konzernprojekten. „Kommunikation“ mit den eigenen Mitarbeitern ist allerdings in erster Linie Führungsaufgabe von Abteilungs- und Teamleitern, das darf man nicht aus den Augen verlieren. External Communications umfasst bei uns die vier Bereiche Media Relations, Public Relations, Public Interest Group Relations sowie Issues and Reputation Management. Das heißt, auch die Beziehungspflege mit Non-Profit-Organisationen ist hier angesiedelt. Auch E-Communications – darunter fallen Internet- und Intranetagenten sowie Social Media, ist bei uns angesiedelt. Auch Corporate Publishing, Krisenkommunikation und Corporate Social Responsibility gehören zu meinem Aufgabengebiet. Ein Projekt aus dem CSR-Bereich ist zum Beispiel der jährliche Krebsforschungslauf („Run for Cancer Research“) der MedUni Wien, bei dem wir uns seit Jahren intensiv engagieren. Hier nehmen traditionellerweise immer viele Roche-Mitarbeiter und deren Familien teil.

P: Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen – zum Beispiel dem Produktmanagement – bzw. auch zwischen Roche Pharma und Diagnostics?

Gorfer: Wir sehen uns – neben eigenen Kommunikationsprojekten – im Unternehmen als Businesspartner, die den verschiedenen Abteilungen und der Geschäftsleitung beratend und unterstützend zur Seite stehen. Als Stabsstelle, die direkt bei der Geschäftsführung angesiedelt ist, sind wir in viele wichtige Projekte und strategische Entscheidungen miteingebunden. Der Vorteil an dieser Struktur ist, dass Informationen früher verfügbar, Entwicklungen absehbarer und Entscheidungswege kürzer sind. Die Funktion der Kommunikation wird zudem ernst genommen: Wir arbeiten sozusagen auf gleicher Augenhöhe. Wenn eine Kommunikationsabteilung ihre Aufgabe darin sieht, Texte zu korrigieren und freizugeben, wird sie auch nicht als etwas anderes wahrgenommen werden.

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

Gorfer: Für eine gute Kommunikation, sowohl intern als auch extern, sind vor allem ein gutes Business- sowie eigenes Rollenverständnis von Bedeutung. Es gelten dabei dieselben Grundsätze, die auch für die gesamte PR-Arbeit relevant sind – an erster Stelle steht dabei für mich Professionalität. Professionalität in der Arbeitsweise bezieht neben Fachkenntnis auch Werte wie Verlässlichkeit und Glaubwürdigkeit mit ein. Ein Journalist muss sich auf das, was ich sage oder weitergebe, in vollem Umfang verlassen können, inhaltlich und zeitlich. Ich kann in der Kommunikation also nur so gut sein, wie es das Handeln meines Unternehmens zulässt. Gesagtes und Getanes müssen zusammenpassen, das gilt auch unternehmensintern.

P: Wie empfinden Sie die Gesundheitsmedienlandschaft in Österreich? Sehen Sie hier Veränderungen im Vergleich zu etwa vor fünf Jahren? Wie wirkt sich der Wandel auf die Medienarbeit aus?

Gorfer: Die Medienlandschaft wird zunehmend von der Digitalisierung und neuen Medien wie Facebook, Twitter und Blogs beeinflusst. Crossmedialität wird weiter an Bedeutung gewinnen. Das ändert natürlich auch unsere Arbeitszeiten, das müssen wir in unserer täglichen Arbeit entsprechend einplanen. Auch beschränken sich Web-Communities nicht auf einzelne Länder: Wir haben hier Sprach-, nicht Landesgrenzen. In Österreich ist die Blogger-Community sicher kleiner als in Deutschland. Wenn wir Social-Media-Kanäle bedienen wollen, gilt es, dies zu berücksichtigen. Dazu kommt die Erwartungshaltung einer Web-Community: Timing ist alles. Habe ich im Unternehmen die Möglichkeiten, zeitnah zu reagieren und mich an Onlinediskussionen zu beteiligen? Wenn ich Kanäle als Unternehmen öffne und monitore, kann ich sie auch inhaltlich bedienen? Sicherlich sind wir in der Konzernkommunikation gefordert, künftig stärker länderübergreifend zusammenzuarbeiten.

P: Wie ist diese Entwicklung im internationalen Vergleich zu sehen?

Gorfer: In Ländern wie Großbritannien oder den USA, in denen staatliche Gesundheitssysteme nicht für alles aufkommen, Selbsthilfegruppen stärker vertreten sind und mehr Einfluss haben, sind auch Onlineforen stärker vertreten. In Österreich ist das noch weniger der Fall. Ich glaube jedoch, dass der digitale Austausch in Zukunft zunehmen wird.

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

Gorfer: Das, was sich die Medien auch von mir erwarten: eine professionelle Arbeitsweise. Wir pflegen durchwegs ein gutes, partnerschaftliches Verhältnis.

P: Die Pharmabranche steht trotz angestrebter Bemühungen immer wieder im Kreuzfeuer der Medienkritik. Was tun Sie in der Kommunikation, um dem präventiv entgegenzuwirken? Was sind die häufigsten Kritikpunkte der Medien? Und warum, glauben Sie, werden diese so oft aufgegriffen?

Gorfer: Es hat meiner Meinung nach in den letzten Jahren an Transparenz gefehlt: Was tun wir warum und wie? Wir sind bemüht, das zu verbessern. Doch es ist ein langer Weg, darüber muss man sich im Klaren sein. Einen Imagewandel erreicht man nicht von heute auf morgen. Transparenz ohne entsprechend korrektes Handeln von Unternehmensseite, das ist schade um die Zeit. Die Dinge, zu denen man sich verpflichtet hat – Stichwort Verhaltenskodex –, muss man auch einhalten können. Sonst darf man sich nicht wundern, wenn man als Branche Coverstorylieferant ist. Für die Unternehmenskommunikation gilt immer: Sie ist so gut, wie das Unternehmen handelt.

Ein Beitrag zur Schaffung von Transparenz hinsichtlich unseres Tuns ist es zum Beispiel, dass wir industrieseitig die jährlichen Zuwendungen an Selbsthilfegruppen auf unseren Homepages veröffentlichen. Wir verpflichten uns auch beidseitig zu klaren Verhaltensregeln in der Zusammenarbeit.

P: Social Media werden auch in der Pharmabranche zunehmend ein Thema. Inwiefern können Social Media in der Konzernkommunikation genützt werden? Und ist das für Roche interessant?

Gorfer: Ich sehe in Social Media ein großes Potenzial. Das Wichtigste ist jedoch ein klares Ziel – und die Überlegung vorab, ob für den Kanal, den man öffnen will, auch genügend Ressourcen zur Verfügung stehen. Es bringt nichts, nur online zu sein, damit man sagen kann, „man ist auch dabei“. Roche ist deshalb nur in ausgewählten Gebieten aktiv. Das liegt daran, dass der Pharmabereich sensibel ist, vor allem was Patientendaten betrifft. Unsere Unternehmensrichtlinien stecken den Rahmen hier bewusst sehr eng. Wir haben uns auf wenige Kanäle spezialisiert, die wir für bestimmte Zwecke nützen. So arbeiten wir zum Beispiel im globalen Recruitingbereich mit Facebook oder twittern als Konzern.

P: Wie sehen Ihre Ziele in der Kommunikation aus?

Gorfer: Ein langfristiges Ziel ist es, durch transparente, gut gemachte Kommunikation ein Stück weit zu einer Imageverbesserung der Pharmaindustrie beizutragen. „The Business of Business is Business“ – aber wir haben klare Spielregeln.

BioBox:

Mag. Nicole Gorfer, MAS, hat Internationale Betriebswirtschaft studiert. Neben und nach dem Studium hat sie in diversen PR-Agenturen gearbeitet und im Anschluss an das Studium einen Master in Communications absolviert. Seit mehr als vier Jahren arbeitet sie bei Roche Austria als Head of Communications. Davor war sie in zwei Generikaunternehmen in der Kommunikationsleitung tätig.

„Wir sehen uns ... im Unternehmen als Businesspartner, die den verschiedenen Abteilungen und der Geschäftsleitung beratend und unterstützend zur Seite stehen.“



„Für gute Kommunikation ... sind vor allem ein gutes Business- sowie eigenes Rollenverständnis von Bedeutung.“



„Die Dinge, zu denen man sich verpflichtet hat – Stichwort Verhaltenskodex –, muss man auch einhalten können. Sonst darf man sich nicht wundern, wenn man als Branche Coverstory-Lieferant ist.“



„The Business of Business is Business“ – aber wir haben klare Spielregeln.“

Interdisziplinarität

KÜNSTLICHE ANSICHTEN EINES
WISSENSCHAFTERS: TEIL 37

EIN ARTIKEL VON REINHARD RIEDL

Viele aus der Praxis kommende Forschungsfragen lassen sich nicht monodisziplinär beantworten. Denn die Praxis hält sich nicht an die Zuständigkeitsgrenzen der Wissenschaften. Diese ergeben sich aus dem Begriffssystem und den etablierten Methoden einer Wissenschaft, die ihre natürlichen Anwendungsbereiche haben.

Beispiele von interdisziplinären Fragen aus meiner eigenen Forschungswerkstatt sind: Wie kann ich den Staat so organisieren, dass die Selbstorganisation gefördert wird? Wie kann ich eine neue Technologie benutzerfreundlich designen, die sich die zukünftigen Kunden noch gar nicht vorstellen können? Wie kann ich ein Produkt erfolgreich am Markt platzieren, das nur durch ein komplexes Zusammenspiel sehr unterschiedlicher Akteure Verbreitung findet? Oder aktuell und konkret: Wie kann ich eine Kommunikationsdrehscheibe bauen, die im Katastrophenfall ad hoc maßgeschneidert konfiguriert werden kann? Solche grundlegenden Fragen stellen sich in der Regel zum ersten Mal in einem konkreten Praxiskontext. Sie lassen sich irgendwie zuordnen – das letztgenannte Beispiel ist eine Version der Adaptive Structuring Theory –, aber sie lassen sich nur beantworten, wenn für sie eigene Denkmodelle und adäquate Forschungsmethoden erfunden werden. Dies führt meist dazu, dass sie entweder von der Forschung ignoriert oder so verändert werden, dass sie in eine etablierte Forschungsdisziplin passen. Die dafür entwickelten Lösungen lösen zwar dann das verwissenschaftlichte Problem, aber nicht das ursprüngliche. Aufgrund des großen Drucks auf Forschende, Drittmittel zu akquirieren, wird zunehmend der zweite Weg beschritten. Immer mehr Forscher lösen Probleme, die sie gar nicht verstehen. Manche, weil sie ihre Wissenschaft für universell kompetent halten, andere, weil ihnen Forschung in fremden Bereichen paradoxerweise einfacher erscheint.

Fünfzig Prozent der Besten forschen interdisziplinär (!?)

Es klingt unglaublich: Fünfzig Prozent der Dissertationen an amerikanischen Topuniversitäten werden in interdisziplinären Gebieten verfasst. Fragt sich nur: Wie viel Interdisziplinarität steckt wirklich drin? Oft genug ist zwar die Fachrichtung interdisziplinär, aber die eigentliche Arbeit ist monodisziplinär plus ein paar Zerquetschte, nämlich handgestrickte Diskussionen der fremddisziplinären Aspekte. Oder es werden Trivialitäten der eigenen Disziplin einer anderen als tiefe Erkenntnis verkauft. Es wäre aber falsch, die naive Selbstüberschätzung (oder die Billigselbstvermarktung) der Wissenschaft generell zu verurteilen. Naive Dummheit ist die Mutter des Genies und der Innovation. Es kommt nur darauf an, was daraus gemacht wird. Echten wissenschaftlichen Fortschritt gibt es häufig dann, wenn sich Wissenschaftler mit Dingen beschäftigen, die sie nicht verstehen und die aus dem aktuellen Rahmen ihrer Wissenschaft herausfallen. Anmaßende Grenzüberschreitung ist also gut – solange sie mit dem Willen geschieht, die eigenen Ergebnisse ständig und immer wieder kritisch zu hinterfragen. Wo hingegen ernsthafte Kritik an den eigenen Resultaten unterbleibt, wird aus naiver Dummheit schnell grober Unfug, bisweilen auch gemeingefährlicher Blödsinn. Berühmt berüchtigt sind technische Lösungen für nichttechnische oder eventuell sogar nichtexistente Probleme. Es gibt aber auch viele Beispiele, in denen organisatorische Lösungen für Probleme erfunden werden, die man am einfachsten mit ein bisschen teurerer Technik in den Griff bekommt.

„Der richtige Ort für interdisziplinäre Forschung wären Fachhochschulen.“

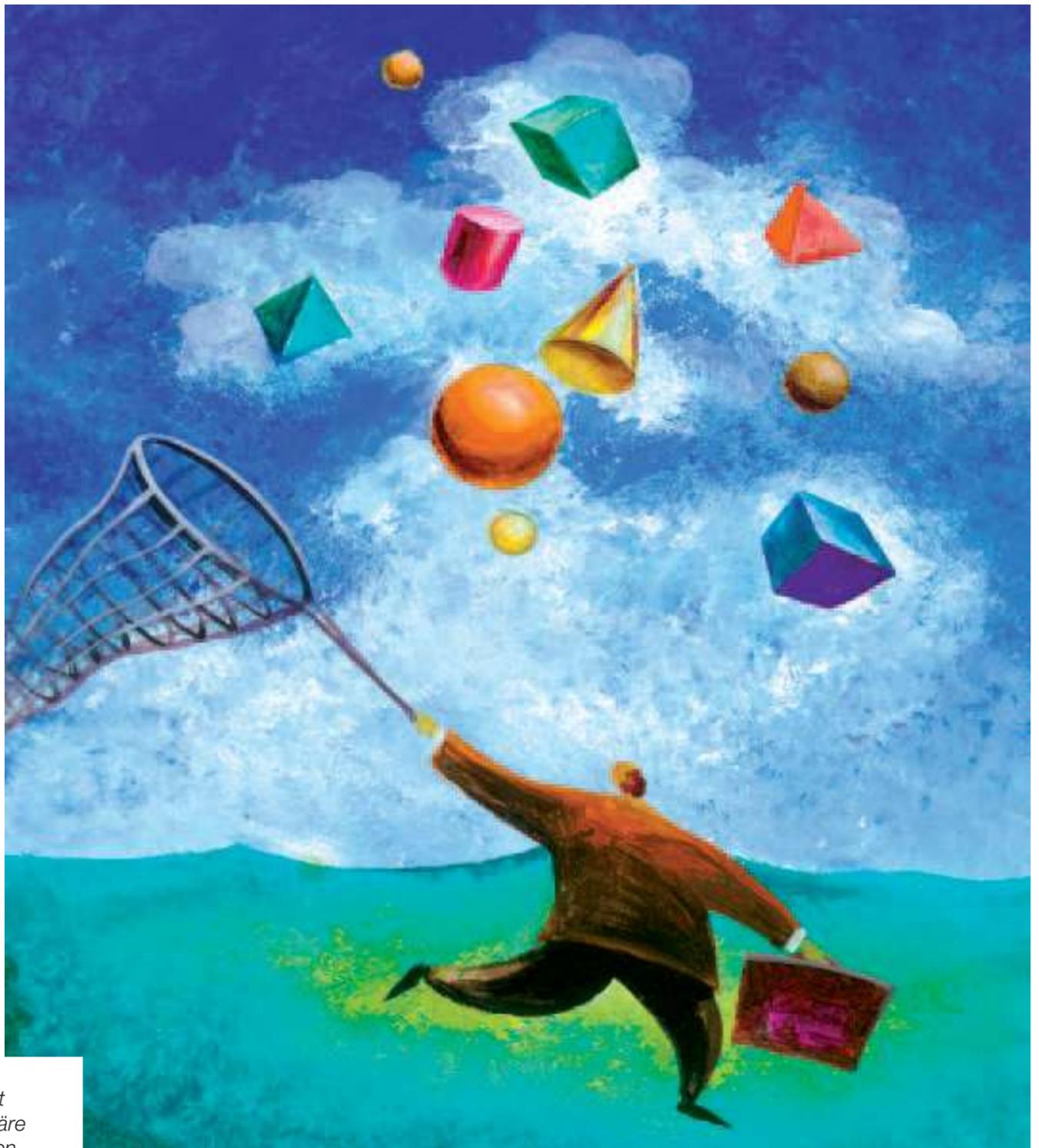
Drei Argumente gegen Interdisziplinarität

Der richtige Umgang mit disziplinär nicht einordenbaren Forschungsfragen wäre deren Bearbeitung in multidisziplinären Forscherteams, die Spezialkompetenz mit der Fähigkeit zur Kollaboration mit anderen Fachrichtungen verbinden. Diese Teams sollten gemeinsam nach einer transdisziplinären Problemlösung suchen. Dagegen spricht: Erstens gibt es für solche Projekte so gut wie kein Geld und die Resultate können kaum veröffentlicht werden. Zweitens benötigen interdisziplinäre Projekte eine erfahrene Führungsperson. Drittens lassen sich mit multidisziplinären Forschungsprojekten keine Karrieren machen. Die Schwierigkeiten bei der Finanzierung und Publikation kommen daher, dass beide wesentlich vom Urteil der Peer-Reviews abhängen, die vorgängig zu den Entscheidungen eingeholt werden. Für monodisziplinäre Themen gibt es zahlreiche qualifizierte Gutachter, für interdisziplinäre mit einem individuellen Disziplinenmix bedeutend weniger. Zudem gibt es für interdisziplinäre Beurteilungen viel weniger Referenzpunkte als für monodisziplinäre. Das führt dazu, dass meist für jede involvierte Disziplin ein Spezialist als Gutachter genommen wird und dass dieser im Zweifelsfall das Projekt am Maßstab seines Fachbereichs misst, während die transdisziplinäre Beurteilung kaum stattfindet. So kommen paradoxerweise interdisziplinäre Arbeiten frei von transdisziplinärem Denken zum Teil zu großen Ehren, während

genug und beachtet man dabei einige Grundsätze, sind die Erfolgschancen für interdisziplinäre Projekte erstaunlich hoch. Doch selbst erfolgreiche interdisziplinäre Projekte ermöglichen in der Regel keine Wissenschaftskarriere. Denn eine solche verlangt sichtbare Kontinuität und Geradlinigkeit – und genau das ist in der interdisziplinären Forschung unmöglich, weil die Projekte in ihrer Buntheit die zugrunde liegenden Ideen verdecken. Allerdings finden sich meist irgendwann interdisziplinäre Forscher, die an ähnlichen Themen arbeiten, zu Interessengruppen zusammen. Sie gründen ihre eigenen Organisationen, Konferenzen und Journals und bauen ihre eigene Wissenschaftsbürokratie auf, bis sie am Ende als eigenständig wahrgenommen und in der Fördergeldvergabe berücksichtigt werden.

Verwandtschaft mit der Kunst

Dabei zeigt sich dann: Die interdisziplinäre Forschung im Großen ist zwar schwergewichtig institutionalisiert möglich, flexible und freie interdisziplinäre Forschung funktioniert aber nur bei Solisten und kleinen Gruppen. Sie verlangt ganz spezifische Talente: integratives Denken und eine integrative Kreativität. Und sie produziert individuelle Stile mit einem spezifischen Zugang zu Transdisziplinarität. Jeder solche Stil hat sein eigenes Metabegriffssystem und seine eigene Metamethodik – und damit auch seine eigenen



wichtige transdisziplinäre Arbeiten untergebuttert werden. Kommt ein vielversprechendes interdisziplinäres Projekt trotzdem zustande, erweist sich die Zusammenarbeit als sehr schwierig, weil man sich gegenseitig nicht versteht. Das Konzept „Der Projektleiter organisiert die Kommunikation, die Spezialisten konzentrieren sich auf ihr Gebiet“ scheidet ebenso wie das Konzept „Zuerst wird eine gemeinsame Sprache definiert“. Ich habe versucht, mein erstes interdisziplinäres Vorhaben sehr ordentlich aufzusetzen, mit klaren Schnittstellen zwischen den einzelnen monodisziplinären Teams. Das Ergebnis: Keine einzige der Schnittstellen hat funktioniert. In der Folge haben wir ein Führungskonzept für interdisziplinäre Projekte entwickelt, das auf unsauberen Kompetenzgrauzonen basiert, die sich in Boundary Objects materialisieren. Boundary Objects dienen dazu, die Kommunikation zu ermöglichen, wenn eine Übersetzung zwischen den Beteiligten scheidet, weil ihre Begriffssysteme krass inkompatibel sind. Steigert man die Komplexität der verwendeten Boundary Objects langsam

Zuständigkeitsgrenzen. Wer die Qualität von interdisziplinärer Forschung seriös beurteilen will, muss sich – so wie bei der Beurteilung eines Kunstwerks – auf die Subjektivität des zugrunde liegenden Stils einlassen. Er muss neben den objektiven Kriterien die subjektiven noch stärker berücksichtigen als bei der Beurteilung von disziplinärer Forschung. Das verlangt viel Zeit und Offenheit von den Gutachtern.

Der richtige Ort für interdisziplinäre Forschung wären Fachhochschulen. Sie besitzen von ihrer Gründungsidee her jene pragmatische Praxisorientierung und Flexibilität, die interdisziplinäre Forschung überhaupt erst gegenüber der viel höher entwickelten monodisziplinären Forschung rechtfertigen. Sinnvoll wäre es darum, klare Anreize dafür zu setzen, dass FHs qualitativ hochwertige interdisziplinäre Forschung betreiben, dass sie substanzialle Forschungsdrittmittel anwerben und zugleich wissenschaftlich mehr publizieren. Denn interdisziplinäre Forschung ist notwendig.



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