

periskop

AUSGABE 50, DEZ. 2011

HINTERGRÜNDE. INTERVIEWS. INFORMATIONEN.
EIN RUNDBLICK DURCH DIE BEREICHE GESUNDHEIT, GESELLSCHAFT UND POLITIK.



„GESUNDHEIT SOLL KEINE SOZIALE FRAGE SEIN“

RUDOLF HUNDSTORFER, BUNDESMINISTER FÜR
ARBEIT, SOZIALES UND KONSUMENTENSCHUTZ

FOCUS BUNDESLÄNDER WIEN

BURN•AUT:

NEUER VEREIN ALS DISKUSSIONSPLATTFORM
UND INFORMATIONSDREHSCHIBE



VORWEIHNACHTLICHE FREUDE BEIM WELLDONE- UND PERI PUNSCHEVENT 2011!



AM 6. DEZ. 2011
IM SALETTL
IM ALTEN AKH

Auch wenn das Wetter eher einem trüben Herbsttag glich, so war doch die Stimmung beim alljährlichen Weihnachtspunsch im Alten AKH von Welldone und der PERI Group fröhlich und weihnachtlich. Das diesjährige Punschtrinken fand heuer wieder im stimmungsvollen Ambiente im Alten AKH statt. Kunden und Freunde wärmten sich mit Punsch- und Glühweinspezialitäten, im Hintergrund ertönten heitere Weihnachtslieder. Zwischen angeregten Unterhaltungen und aufgeweckten Diskussionen stärkten sich die vielen Besucher mit leckeren Schmankerln: Ofenkartoffeln, Bratwürsteln mit Sauerkraut, Hühnerstreifen und Käsnudeln. Bei „Kling Glöcklein, Klingelingeling“ und „Feliz Navidad“ konnten die Gäste den funkelnden Weihnachtsmarkt und urige Hütten bestaunen, wo es nach süßem Lebkuchen duftete. Fröhlich nahm der Abend mit den Mitarbeitern von Peri und Welldone sowie mit den vielen Gästen einen gemütlichen, feierlichen Ausklang, bei dem jeder dem Zauber von Weihnachten ein Stück näher rückte.

PERI UND WELLDONE BEDANKEN SICH BEI IHREN GÄSTEN FÜR DIE GUTE ZUSAMMENARBEIT IM JAHR 2011 UND FREUEN SICH AUF WEITERE GEMEINSAME ERFOLGE. WIR WÜNSCHEN IHNEN EINEN GUTEN RUTSCH INS JAHR 2012!

EDITORIAL



Franz Bittner

„197 Interviews, davon vier Bundeskanzler und sechs GesundheitsministerInnen – das Periskop hat stets die relevanten Persönlichkeiten des Gesundheitswesens zu Wort gebeten.“



Hanns Kratzer

„Der Österreichische Patientenbericht Multiple Sklerose 2011 liegt nach erstmaliger Durchführung im Jahr 2007 nun in seiner zweiten, erweiterten Fassung 2011 vor – lesen Sie die Ergebnisse im Blattinneren!“



Robert Riedl

„50 Ausgaben Periskop – wir haben uns zu einer wichtigen Informationsplattform im Gesundheitswesen entwickelt.“



Wilfried Teufel

„Der vor Kurzem gegründete Verein „BURN AUT“ wird sich als kompetente Diskussionsplattform und Informationsdrehscheibe zu den Themen Arbeitsqualität und Stresserkrankungen etablieren.“

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Sie halten die 50. Ausgabe des Periskops, das Ihnen bis 2007 unter dem Titel „Welldone forte“ vertraut war, in Händen. Was im Jahr 1999 als „Experiment“ der Blattmacher begann, hat sich in den mehr als zehn Jahren zu einem wichtigen Informationsmedium und Diskussionsforum für Vertreter aus den Bereichen Gesundheit, Gesellschaft und Politik entwickelt. Die Themen im Gesundheitswesen sind nahezu unerschöpflich und daher ist ein reger Gedankenaustausch unabdingbar. Wir werden weiterhin einen Beitrag hierzu leisten, bedanken uns in diesem Sinne für Ihr bisheriges Interesse und freuen uns auf die nächsten 50 Ausgaben!

Rudolf Hundstorfer, Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, stand für das Coverstory-Interview der Jubiläumsausgabe zur Verfügung und unterstrich die Notwendigkeit der durchgesetzten Pflegegeldreform. Warum Österreich trotz dieser Strukturreform nach wie vor zu den „Pflege-Weltmeistern“ zählt, lesen Sie auf den Seiten 4 bis 6.

Für die letzte Folge der Reihe „Focus Bundesländer Wien“ wurde das Wiener Gesundheitswesen einer genauen Analyse unterzogen – die wichtigsten Stakeholder standen uns Rede und Antwort. Der Österreichische Patientenbericht Multiple Sklerose 2011 liegt nach erstmaliger Durchführung im Jahr 2007 nun in seiner zweiten, erweiterten Fassung 2011 vor. Die Ergebnisse dieser österreichweiten Patientenumfrage stellen wir Ihnen ebenfalls in dieser Ausgabe vor.

Das Phänomen Burnout ist in aller Munde. „BURN AUT“, die vor Kurzem gegründete „Österreichische Gesellschaft für Arbeitsqualität und Burnout“, setzt sich für die Schaffung eines neuen Bewusstseins zu diesem Thema ein. Die Vereinsvorstände, Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek und Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Laluschek, MSc, schilderten für das Periskop ihre Ziele und Anliegen.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre mit der Jubiläumsausgabe und gleichzeitig einen erfolgreichen Start in das Jahr 2012!

Ihre
PERI Group

Und das erwartet Sie im nächsten Periskop: In der Frühjahrsausgabe 2012 starten wir mit der neuen 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. Außerdem steht uns ORF-Generaldirektor Dr. Alexander Wrabetz für ein Interview zur Verfügung. Weiters sprechen wir mit Dr. Erich Pohanka, dem neuen Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie und stellen den aktuellen Bericht von Joanneum Research zum Thema „Versorgungssituation bei Schmerz in Österreich“ vor.

INHALT

Welldone und PERI Weihnachtspunsch	2
Editorial, Zur Sache, Impressum	3
Coverstoryinterview mit Rudolf Hundstorfer, Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz	4
Rückblick auf das Symposium zur Migration	7
Vorstellung des Vereins BURN AUT	8
Focus Bundesländer Wien	10
Austrotransplant 2011: Status quo der Nierentransplantation in Österreich	13
Im Blickpunkt: Kolumne der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft	14
Jobmesse der Österreichischen Ärztekammer	14
2. Österreichischer Patientenbericht Multiple Sklerose	15
Ultima Ratio „excerpt 35/2011“: Mehrwert von Impfungen für Erwachsene	16
Interview mit Dr. Gert Wiegele, Obmann der Bundeskurie niedergelassener Ärzte	18
Rückblick: Empfang in der Dänischen Botschaft	19
Wegweiser für das bessere Verständnis von Menschen mit Migrationshintergrund	20
Rückblick Welldone Lounge 36	21

Kommentar Mag. pharm. Thomas Veitschegger, Buchrezensionen	24
Pionierland Oberösterreich	25
PHARMIG: Rückschau 2011 und Ausblick 2012	26
4. Wiener MS-Tag: ein Apfel fürs Leben	27
„DiabetesDialog“ 2011 in Salzburg: Rückblick und Ausblick	28
Interview mit Manuel Reiberg, Daiichi Sankyo Austria	30
3. Linzer Gesundheitspolitisches Gespräch: Zentral oder dezentral?	33
Viel Click! Welldone relaucht madaus.at	34
UPDATE Europe	36
Rückschau: „Leben mit Schuppenflechte“; 2. Landsteiner Tag	37
Interview mit Univ.-Prof. Dr. Alexander Gaiger: „Zurück ins Leben“	38
„Vom Überleben zum Leben“ Bericht über die ÖARP-Jahrestagung	39
Interview mit Dr. Alexander Zach, Roche Austria	40
Serie Communications Manager im Gespräch: Teil 3	41
IGEPHA; Stürmischer Herbst für Pöndorfs Nachwuchs-Messis	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 Dörner, Elisabeth Kranawetvogel (Leitung), Kurt Moser, Alexander Schauflinger, Sabine Sommer; **Art Direktion:** Dieter Lebesch; **Grafik:** Sonja Huber, Isabelle Lampaert, Natascha Windpassinger, Alexander Svec; **Fotos:** Ärztekammer für Oberösterreich (4), Ärztekammer für Wien (2), Fonds Soziales Wien (1), Hartl (1), Igepha (2), Kratzer (5), Miletits (26), Stammer (9), Österreichischer Apothekerverband (1), Pfluegl (49), Preiss (13), Privat (1), Riess (5), Schedl (2), Schiff (71), Spiola (1), Welldone (7), Wilke (1); **Lektorat:** Ursula Sorz; **Druck:** Paul Gerin GmbH & Co KG. **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.

Urlaub, Sonne, Strand, Meer – und persönliche Vorsorge

Zur Sache



Walter ist Anfang fünfzig, hat noch immer dichtes, helles Haar und betreibt gerne Sport in der freien Natur. Seine besondere Leidenschaft besteht darin, sich dabei der Sonne auszusetzen und während seiner Aktivitäten ein Sonnenbad zu genießen. Walter sieht daher sehr vital aus, fühlt sich gesund und ist den Anforderungen des Berufslebens durchaus gewachsen. Seine Gattin bewundert ihn seines Aussehens und seiner Vitalkraft wegen, obwohl sie die Sonne eher meidet und im gemeinsamen Urlaub das intensive Sonnenbaden ablehnt.

Jetzt, in den grauen November- und Dezembertagen, verblasen bei Walter und seiner Frau die Erinnerungen an den letzten Sommerurlaub, ebenso ist die „gesunde“ Gesichtsfarbe der beiden verschwunden. Wenn Walter sein Gesicht am Morgen im Spiegel betrachtet, ähnelt es immer mehr den kalten, grauen und nebelverhangenen Wintertagen, die manchmal an seinem Gemüt und dem seiner Gattin zehren. Schade um die schöne Gesichtsrötung – und der Weg ins Solarium ist durch die vielen wichtigen Geschäftstermine verbaut. Bei längerer Betrachtung seines Gesichts fällt Walter auf, dass sich beim Haaransatz eine kleine Erhebung gebildet hat, die sich auch durch Kratzen nicht entfernen lässt. Seine Gattin rät ihm, einen Dermatologen aufzusuchen. Walter stimmt zu, bekommt rasch einen Termin und nach einigen Tagen den histologischen Befund mit der Diagnose aktinische Keratose. Die Hautveränderung sei eine Lichtkeratose, die durch langjährige intensive Einwirkung der UV-Strahlung des Sonnenlichts verursacht wurde. Leider hat sie bereits zu einer chronischen Schädigung der verhornten Oberhaut geführt. Walter ist kein Einzelfall, in Österreich werden an die 60.000 Fälle behandelt.

Die Bedeutung dieser Hauterkrankung wurde sehr lange unterschätzt, wurde sie doch bereits in den 30er-Jahren als frühe Form eines Hautkrebses bezeichnet. Durch die moderne Molekularbiologie konnte nachgewiesen werden, dass hohe Dosen von UV-B-Strahlung für die aktinische Keratose verantwortlich sind. Heute sieht man die aktinische Keratose, medizinisch betrachtet, nicht als frühe Form des Hautkrebses, sondern bereits als Karzinom, das entsprechend behandelt werden muss.

Regionen mit größerer UV-Belastung weisen naturgemäß eine höhere Häufigkeit an aktinischen Keratosen auf. In Europa betrifft diese Hauterkrankung bereits 15 Prozent der Männer und sieben Prozent der Frauen. Ab dem 70. Lebensjahr sind bereits 34 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen davon betroffen.

In Österreich werden an die 60.000 Menschen gegen aktinische Keratose behandelt und 70.000 Patientinnen und Patienten leiden – weil sie nicht rechtzeitig therapiert wurden – bereits an einem ausgeprägten Karzinom.

Grundsätzlich sollten Hautveränderungen nur von einem Hautarzt entfernt werden. In jedem Fall sind diese oftmals harmlos erscheinenden Hautveränderungen regelmäßig durch den Dermatologen zu kontrollieren und zu behandeln. Sie können in örtlicher Betäubung operativ entfernt oder oberflächlich mit Stickstoff, Cremes und speziellen Lösungen erfolgreich behandelt werden.

Behandlungsmethoden wie die photodynamische Therapie werden bei bösartigen Hautveränderungen sehr erfolgreich eingesetzt. Dabei werden die entartenden Hautstellen mittels spezieller Creme vorbehandelt und anschließend mit rotem Kaltlicht bestrahlt.

Natürlich sind von aktinischen Keratosen nicht nur Sonnenanbeterinnen und Bräunungsfanatiker betroffen, sondern auch Menschen, die berufsbedingt im Freien arbeiten müssen und dadurch hoher UV-Strahlung ausgesetzt sind. Häufig sind es Bau- und Straßenarbeiter, die im Sommer – ungenügend geschützt – schwere körperliche Arbeit verrichten. Aber auch andere Berufsgruppen gelten als gefährdet, etwa Bauern, Forstarbeiter, Skilehrer usw.

Obwohl in Österreich 53 anerkannte Berufskrankheiten definiert sind, werden als Ursachen für Hautkrebs Stoffe wie Ruß, Rohparaffin, Dunkelöle, Teer, Anthrazen, Pech, Mineralöle, Erdpech und Ähnliches angeführt, aber nicht hohe Dosen von UV-Strahlung, die über Jahrzehnte die Haut berufsbedingt geschädigt haben. Hauterkrankungen gelten nur als Berufskrankheiten, wenn sie die Betroffenen zwingen, ihre Erwerbstätigkeit aufzugeben.

Daher wäre es wünschenswert, dass das Gesundheitssystem der Prävention von aktinischer Keratose dieselbe Bedeutung beimisst wie zum Beispiel der Unfallverhütung. Breit gestreute Informationen der Unfallversicherungen und der Krankenkassen an Menschen, die sich berufsbedingt viele Jahre hoher UV-Strahlung aussetzen müssen, und an alle Sonnenanbeterinnen und Bräunungsfanatiker wären ein erster wirksamer Schritt.

Für bereits hautgeschädigte Patienten gilt: regelmäßige Untersuchungen beim Haut-

arzt und Schutz der geschädigten Haut durch geeignete Kleidung. Den Aufenthalt in der prallen Sonne meiden und die Verwendung einer Sonnencreme mit einem Lichtschutzfaktor ab 30.

Nestor

RUDOLF HUNDSTORFER
BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT,
SOZIALES UND KONSUMENTENSCHUTZ





„Gesundheit soll keine soziale Frage sein“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

„Das Sozialministerium ist überall dort, wo Menschen sind“ – mit diesen Worten fasste Rudolf Hundstorfer, Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, seinen Tätigkeitsbereich zusammen. Im Periskop-Interview gewährte er Einblicke in seine Arbeit und sprach über die Herausforderung der Pflege in Zeiten knapper Budgets. Weiters führte der Sozialminister triftige Gründe dafür an, den Zugang zur Gesundheit keinesfalls zur sozialen Frage werden zu lassen, und erläuterte die Chancen und Herausforderungen der Migration in Österreich.

P: Sie bekleiden seit Jänner 2009 das Amt des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Bitte ziehen Sie Bilanz?

Hundstorfer: Ich habe ein sehr breites und interessantes Ressort übernommen. Das Sozialministerium ist überall dort, wo Menschen sind. Es berührt viele Lebenslagen – von der Pflege bis zu den Pensionen. Die Breite des Spektrums stellt eine große Herausforderung dar. Vor allem in Zeiten, in denen es darum geht, mit einem bestimmten Budgetvolumen auszukommen. Denn auch dazu leistet das Sozialministerium seinen Beitrag.

P: Was sind Ihre Ziele für die verbleibende Amtszeit? Was läuft gut und wo gibt es Optimierungsbedarf?

Hundstorfer: Bis zum Ende der Legislaturperiode ist es mein Ziel, das faktische Pensionsantrittsalter anzuheben. Das ist einer der schwierigsten Punkte. Ein zweiter Punkt ist die Absicherung der Pflegefinanzierung.

P: Sie haben vor Kurzem eine Enquete zum Thema „Psychische Erkrankungen – Hauptursachen für Invalidität?“ veranstaltet. Wie kommt es zu dem hohen Anstieg von Invaliditätspensionen? Mit welchen Maßnahmen probieren Sie gegenzusteuern? Wie sieht hier Ihr Ziel aus?

Hundstorfer: Die Enquete hat am 25. Oktober 2011 stattgefunden. Die Analyse des jährlichen Neuzugangs in der Pension zeigt, dass der Anteil des Zustroms in eine Invaliditätspension im letzten Jahrzehnt mit rund einem Drittel – gemessen am gesamten Neuzugang – unverändert hoch liegt. Dies ist die Hauptursache des relativ geringen tatsächlichen Pensionsantrittsalters in Österreich. In den letzten Jahren wurde bereits eine Reihe von Maßnahmen auf Basis des Grundsatzes „Prävention und Rehabilitation vor Pension“ gesetzt. Dennoch ist die Zahl der Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen stark ange-

stiegen. Eine Maßnahme, um hier gegenzusteuern, ist die Initiative „fit2work“ für eine gesunde Arbeitswelt.

P: Bitte beschreiben Sie uns die Initiative. Wann ist mit einer österreichweiten Umsetzung des Projekts zu rechnen?

Hundstorfer: Mit dem Start von „fit2work“ am 1. September 2011 in der Steiermark wurde ein wichtiger Schritt gesetzt, um Menschen gesund in Beschäftigungsverhältnissen zu halten und dadurch den Zugang zur Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension zu verringern. „fit2work“ soll dazu beitragen, dass bei drohender, absehbarer Invalidität und/oder Berufs-/Erwerbsunfähigkeit frühzeitig interveniert wird und damit die Gefahr eines gesundheitsbedingten Verlustes der Arbeitsfähigkeit und die damit verbundenen persönlichen Belastungen für die Betroffenen verringert werden können. Mit „fit2work“ werden keine neuen Angebotsstrukturen aufgebaut. Vielmehr sollen die bestehenden Angebote verschiedener Einrichtungen transparent gemacht, optimal vernetzt und genutzt werden. Den Betroffenen werden damit Information und Beratung über die gesamte Palette an Unterstützungsmöglichkeiten aus einer Hand geboten. Beratung und präventive Maßnahmen gibt es nun in kompetenter Form als Info-Drehseife. Dem Kunden wird somit eine zentrale Informations-, Ansprech- und Beratungsstelle präsentiert. Die Initiative ist eine der wichtigsten sozialpolitischen Innovationen der letzten Jahre und ein Beispiel für einen proaktiven Sozialstaat. Einerseits wird die sekundäre Prävention besser koordiniert, andererseits wird der sozialpolitisch dringend notwendige Lückenschluss durch eine an den Bedürfnissen gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ausgerichtete Koordination umgesetzt und durch das Case-Management begleitet. „fit2work“ wird seit Anfang Oktober auch in Wien und Niederösterreich angeboten. Der Vollausbau in ganz Österreich ist im Jahr 2013 geplant.

P: Thema Migration: Welche Chancen und Risiken sehen Sie hier auf uns zukommen?

Hundstorfer: Integration ist ein wechselseitiger Prozess, der von gegenseitiger Wertschätzung und Respekt geprägt ist. Dabei sichern klare Regeln den gesellschaftlichen Zusammenhalt und den sozialen Frieden. Integration ist Aufgabe und Verantwortung

jedes Einzelnen. Nur wenn alle Beteiligten eine entsprechende Bereitschaft zeigen, kann sie erfolgreich sein. Derzeit leben mehr als 640.000 Menschen mit Migrationshintergrund in Wien. Das entspricht 38,2 Prozent der Wiener Bevölkerung. Im internationalen Vergleich hat Österreich mit 17,5 Prozent in der EU den dritthöchsten Anteil an Migranten nach Luxemburg und Zypern. Von den 640.000 Personen sind 63,8 Prozent erwerbstätig. Knapp über 14 Prozent der Zuwanderer in Wien sind derzeit arbeitslos. Es ist daher nicht jeder zweite Zuwanderer in Wien ohne Arbeit, sondern jeder siebente. Die Arbeitslosenquote bei Personen mit Migrationshintergrund ist österreichweit ungefähr doppelt so hoch wie bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Gründe für diese höhere Arbeitslosigkeit liegen einerseits in der Beschäftigungsstruktur, da viele Migranten in Branchen mit geringen Qualifikationen arbeiten, in denen eine hohe Fluktuation herrscht. Migranten können daher schneller ihre Arbeit verlieren als Österreicher ohne Migrationshintergrund. Sie werden in der Regel aber auch rascher wieder an einen Arbeitsplatz vermittelt. Zu betonen ist, dass Zuwanderer eine verletzte Gruppe auf dem Arbeitsmarkt sind. Mir ist es ein besonderes Anliegen, unseren Migranten die gleichen Rechte zu sichern. Es ist hier schon viel geschehen, aber wir dürfen nicht nachlassen. Denn Zuwanderer haben noch immer mit vielen Schwierigkeiten zu kämpfen.

P: Worin liegen diese Schwierigkeiten?

Hundstorfer: Diese liegen zum einen in der sprachlichen Barriere. Je früher begonnen wird, eine Sprache zu lernen, umso leichter ist es. Mit dem verpflichtenden Kindergartenjahr ist viel geschehen, der nächste Schritt ist die gemeinsame Ganztagschule. Sie ist nicht nur ein bildungs-, sondern auch ein integrationspolitisches Muss.

P: Wirkt sich die sprachliche Barriere auch auf den Zugang zum Gesundheitsbereich aus?

Hundstorfer: Hier spielt die sprachliche Barriere ebenfalls eine große Rolle. Migranten haben immer wieder mit Nachteilen zu kämpfen, auch was mangelnde Kenntnisse über das Funktionieren und das Angebot des Gesundheitssystems betrifft. So nutzen sie seltener Vorsorgeuntersuchungen und liegen auch in puncto Impfungen hinten. Migranten haben weniger häufig einen ausreichenden Impfschutz als die Mehrheit der Bevölkerung. Generell beurteilen Zuwanderer ihren Gesundheitszustand als schlechter als andere Bevölkerungsgruppen. Personen mit Migrationshintergrund haben ein höheres Risiko für verschiedene ernährungsabhängige chronische Erkrankungen. Beispielsweise haben Frauen mit Migrationshintergrund ein 3,4-fach höheres Risiko, an Diabetes zu erkranken, und ein 2,6-fach höheres Risiko, Bluthochdruck zu bekommen, als Frauen ohne Migrationshintergrund. So ergibt sich die Tatsache, dass Migranten eine niedrige Lebenserwartung – sowohl im Vergleich mit ihren Eltern als auch mit der Mehrheitsbevölkerung – haben. Die Gruppe der „Gastarbeiter“, die insbesondere in den 1960er- und 1970er-Jahren nach Österreich eingewandert ist, befindet sich zunehmend im Übergang vom Arbeitsleben in die Pension. Der generell wachsende Begleitungs-, Betreuungs- und Pflegebedarf älterer Menschen wird aufgrund der demografischen Entwicklung auch bei Migranten in den nächsten Jahren deutlich zunehmen. Aber alle diese Herausforderungen der Zukunft bieten auch Chancen.

P: Worin bestehen die größten Chancen und Herausforderungen?

Hundstorfer: Der Gesundheitssektor als Wirtschaftsfaktor bietet eine Vielfalt an Arbeitsplätzen. Das ist nicht nur beim Pflegepersonal sowie im unmittelbaren niedergelassenen und stationären Bereich so, sondern es betrifft auch die ganze Kette aus Arztpraxen, Krankenhäusern, Pharmaindustrie und Verwaltung. Es gibt nicht nur Arbeitsplätze im medizinischen und kurativen

Bereich, sondern auch in der Forschung, Entwicklung und Wissenschaft. Der Gesundheitssektor ist ein krisensicherer Wachstumsbereich. Denn er ist nicht von der Weltkonjunktur abhängig, sondern von der stetigen Nachfrage nach Gesundheit. Aufgrund des steigenden Pflegebedarfs werden in diesem Bereich in

Zukunft 17.000 neue Arbeitsplätze geschaffen werden. Dazu kommen noch jene Stellen, die durch Pensionierungen nachbesetzt werden müssen.

P: Seit Anfang des Jahres ist die Pflegegeldnovelle in Kraft. Sie hat zum Ziel, langfristig Pflegegeld zu sichern. Wie sieht hier der Status quo aus? Was wird sie bringen?

Hundstorfer: Die Anfang des Jahres in Kraft getretene Pflegegeldnovelle wirkt wie erwartet. Die nötigen Dämpfungen im Anstieg als Beitrag zur Konsolidierung des Gesamtbudgets und damit zur langfristigen Sicherung des Pflegegeldes werden erreicht. In Summe werden im Jahr 2011 knapp über 9000 Neuzugänge weniger in den ersten beiden Pflegestufen sein. Trotzdem werden

„Es gibt kein anderes Land der Welt, in dem so viele Menschen in Relation zur Bevölkerungszahl Pflegegeld bekommen.“

in den ersten beiden Pflegestufen insgesamt knapp 34.000 Neuzugänge bis Jahresende zu verzeichnen sein. Personen, die ab 1. Jänner 2011 einen Antrag auf Gewährung oder Erhöhung des Pflegegeldes stellen, bekommen Pflegegeld in der Höhe der Stufe eins bei einem durchschnittlichen monatlichen Pflegebedarf von mehr als 60 Stunden (statt 50) und ein Pflegegeld in Höhe der Stufe zwei bei einem durchschnittlichen monatlichen Pflegebedarf von mehr als 85 Stunden (statt 75) gewährt. Der Dämpfungsbetrag liegt bei 22 Millionen Euro bei einem Gesamtaufwand von über 2400 Millionen Euro. Insgesamt gibt es in Österreich 442.000 Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher. Die gute Zugänglichkeit wird unserem Land im internationalen Vergleich auch von der OECD bescheinigt: Mit 5,2 Prozent der Menschen in Pflege liegt Österreich auf Platz eins, sogar mit Abstand zu Ländern wie Schweden oder die Niederlande.

P: *Wir sind und bleiben also trotzdem „Weltmeister“ bei der Pflege?*

Hundstorfer: Ja. Die Reform beim Pflegegeld ist wegen des Sparbudgets notwendig gewesen. So sind die Verschärfungen beim Zugang zum Pflegegeld bei den Stufen eins und zwei verträglich und vertretbar. Diese Änderungen betreffen nur die Stufen eins und zwei und nicht die höheren Pflegegeldstufen. Die Kritikpunkte seitens karitativer Organisationen, dass nun auch andere Vergünstigungen für die Betroffenen wegfallen, sehe ich nicht. Derzeit werden für alle Pflegegeldbezieher insgesamt 12,3 Milliarden Euro ausgegeben. Es gibt kein anderes Land der Welt, in dem so viele Menschen in Relation zur Bevölkerungszahl Pflegegeld bekommen. Die Änderungen beim Pflegegeld sind wegen des Spardrucks notwendig gewesen. Eine Rücknahme der Maßnahme ist daher nicht geplant, aber auch keine weiteren Verschärfungen.

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

Hundstorfer: An das Ende denke ich noch lange nicht. Aber man soll auch Jahre nach meiner Amtszeit noch sagen können, dass wir ein gutes Sozialsystem haben. Mein Ziel ist es, dass die Menschen erkennen, welchen Stellenwert unser Sozialstaat für die Gesellschaft im weitesten Sinne hat.

BioBox:

Rudolf Hundstorfer, geboren am 19. September 1951 in Wien, hat seine gewerkschaftliche Tätigkeit als Jugendvertrauensperson beim Magistrat der Stadt Wien begonnen. Hundstorfer wurde 1975 zum Jugendreferenten in der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten (GdG) berufen. Nach Jahrzehnten der beruflichen Erfahrung in der GdG wurde er im Jahr 2007 zum Vorsitzenden ernannt. Hundstorfer war von 1990 bis 2007 Mitglied des Wiener Landtags und Gemeinderats und von 1995 bis 2007 erster Vorsitzender des Wiener Gemeinderats. 2003 wurde er Vizepräsident des ÖGB, 2006 folgte er als geschäftsführender Präsident des ÖGB Fritz Verzetnitsch nach. 2007 wurde Hundstorfer Präsident des ÖGB und Mitglied im ÖGB-Vorstand, Arbeitsschwerpunkt „Soziales“. Seit 2. Dezember 2008 bekleidet Rudolf Hundstorfer das Amt des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz der Republik Österreich. Rudolf Hundstorfer ist verheiratet und hat drei Kinder.

Forderung nach verbesserter Gesundheitsversorgung für Migranten

VON MAG. NINA BENNETT, MA

Als Auftakt der Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie (ÖGTP) hatten die Medizinische Universität Wien (MUW), das Center für Geographic Medicine (CGM) der MUW gemeinsam mit der ÖGTP am 16. November dieses Jahres zum Symposium „Migration – epidemiologische und medizinische Aspekte“ geladen. Ziel der Veranstaltung war es, die gegenwärtige Betreuungssituation von Migranten genauer zu betrachten und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie dieser Bevölkerungsgruppe eine bessere Gesundheitsversorgung ermöglicht werden könnte.



Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt

Statistisch gesehen haben sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen ein erhöhtes Krankheitsrisiko. Migranten etwa haben oftmals einen erschwerten Zugang zu medizinischer Versorgung. Zu wenig Wissen, geringere zur Verfügung stehende Möglichkeiten und fehlende Sprachkenntnisse können zum Beispiel die Gründe dafür sein. Migration birgt also ein Gesundheitsrisiko und dementsprechend stellt die Betreuung von Migranten für alle in der Gesundheitsversorgung Tätigen eine Herausforderung dar.

Im Rahmen des Symposiums diskutierten Experten über Chancen, Potenziale und Verbesserungsmaßnahmen in der Gesundheitsversorgung für Zuwanderer. Bei der Eröffnung des Symposiums durch Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt vom Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin (ISPTM) der Medizinischen Universität Wien und Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Schütz, Rektor der Medizinischen Universität Wien, wurde die Bedeutung der Migration für das österreichische Gesundheitswesen hervorgehoben: „Österreich ist als Einwanderungsland dazu aufgefordert, der Migrationsmedizin stärkere Beachtung zu schenken“, so Rektor Univ.-Prof. Dr. Schütz einleitend.



Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Schütz

Podiumsdiskussion: Medizin und Politik im Dialog

Bei der Podiumsdiskussion im Rahmen des Symposiums diskutierten Experten aus Politik und Institutionen über die Herausforderungen für das Gesundheitswesen durch die Zuwanderung. Moderatorin Annette Scheiner stellte zu Beginn der Diskussion die Frage, welche Rolle Migration im Gesundheitswesen spiele und welche Verbesserungsvorschläge vonseiten der Politik und der Institutionen existieren würden. Rudolf Hundstorfer, Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, wies auf die Notwendigkeit von Migration aufgrund der demografischen Entwicklung Österreichs hin. Die Zugänge zu unserem Gesundheitswesen seien für Zuwanderer zu öffnen und zu erklären. Zudem seien entsprechende Sprachkenntnisse rasch zu vermitteln. Mag.^a Sonja Wehsely, Stadträtin für Gesundheit und Soziales, zeigte auf, dass jene Wiener Bezirke mit dem höchsten MigrantInnenanteil auch jene mit dem schlechtesten Gesundheitsstatus seien. In allen Bereichen der Gesundheitsvorsorge seien Migranten und Migrantinnen zu wenig repräsentiert. Daher sei in jenen Lebenswelten anzusetzen, in welchen diese sich vermehrt bewegten. In Österreich existiere eine deutliche Schiefelage in Bezug auf kurative Medizin versus Prävention. So seien laut Mag.^a Wehsely gerade Kinder aus sozial



Rudolf Hundstorfer

schwachen Familien durch Projekte zu den Themen Ernährung und Bewegung besonders stark zu fördern und frühzeitig auf ein besseres Gesundheitsverständnis hin zu schulen.

Forderung: aktive Teilnahme von Migranten an Gesundheitsprogrammen

Priv.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, Sektionsleiterin im Bundesministerium für Gesundheit, zeigte auf, dass das subjektive Wohl- und Gesundheitsbefinden von Zuwanderern eindeutig schlechter sei als das der Österreicher. Eines der größten Probleme sei die Erreichbarkeit von Migranten – deren aktive Teilnahme an Programmen werde dringend gefordert. Allerdings würden vorbildliche Pilotprogramme zu Präventionsmaßnahmen für Migranten und Österreicher existieren, wie zum Beispiel Gesundheitsaktionen in Schulen. Ein Problem



Mag.^a Sonja Wehsely

im Bereich der Gesundheitsprogramme stelle momentan die Durchführung der Schulimpfungen dar. Durch die derzeit nicht definierte Beauftragung der Schulärzte und die damit verbundene Haftungsfrage würden sich die Experten mit sinkenden Durchimpfungsraten konfrontiert sehen. Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt gab ihre Bedenken hinsichtlich einer adäquaten Impfversorgung von Migranten an die Politik weiter: „Migranten – sowohl Kinder als auch Erwachsene – haben, basierend auf den wenigen epidemiologischen Daten, zu niedrige Durchimpfungsraten. Spezielle Impfprogramme für diese Bevölkerungsgruppe sind in Zukunft als wichtiger Pfeiler in der Präventionsmedizin besser zu implementieren“, äußerte sie sich. Aufgrund der sozialen Benachteiligung von Zuwanderern erscheine ihr die Förderung von finanziell gestützten Impfprogrammen besonders für diese Gruppierung als eine wichtige Forderung an die Politik. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres, Vizepräsident der Ärztekammer Wien, sprach über die Ideen der Ärztekammer, um die aktuelle Situation der Migranten im Gesundheitssystem zu verbessern. Man



Dr. Christiane Druml, Priv.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner

solle in Österreich noch mehr gezielte Informationen für diese Bevölkerungsschicht in unterschiedlichen Sprachen zur Verfügung stellen. Schon in der Kindheit solle angesetzt werden, denn die übergewichtigen, rauchenden Jugendlichen seien die Kranken von morgen. Laut Univ.-Prof. Dr. Szekeres würden vorbildliche Projekte von der Ärztekammer unterstützt und gefördert.

Psychische Erkrankungen bei Migranten häufig

Chefarzt Prim. Dr. Georg Psota vom Psychosozialen Dienst in Wien erklärte, dass die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen und damit auch die fachärztliche psychiatrische Versorgung gerade bei Türkinnen sehr hoch sei. Der Experte war sich sicher, dass Betreuungspersonen oft mangelndes Interesse an Kulturunterschieden zeigen würden. Für eine erfolgreiche Behandlung müssten sprachliche Barrieren weitestgehend überwunden werden. Des Weiteren forderte Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwarz vom Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien, die massiven Defizite in der präventiven Medizin im österreichischen Gesundheitssystem – die bisher größtenteils vernachlässigt wurden – zu identifizieren und hier Verbesserun-



OA Dr. Milen Minkov, Ass. Prof. OA Dr. Daniela Dörfler, Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres

gen herbeizuführen. Dr. Christiane Druml, Vizerektorin für klinische Angelegenheiten der Medizinischen Universität Wien, appellierte an die Vertreter des österreichischen Gesundheitssystems, folgende Aspekte rasch umzusetzen: ein Bewusstsein über zur Verfügung stehende Möglichkeiten der Versorgung zu schaffen, das Angebot von mehrsprachigen Informationen zu verbessern, Zutritts-, kulturelle und Sprachbarrieren zu beseitigen und die Förderung der Selbstbestimmung von Migranten sowie die Aufnahme dieses Themenbereichs in die Curricula des Medizinstudiums und die Pflegeausbildung zu gewährleisten.



Chefarzt Prim. Dr. Georg Psota

Conclusio: Impfversorgung, Sprachkenntnisse, Erreichbarkeit und Zugang wichtig

Zusammenfassend lassen sich Bereiche festmachen, die zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Migranten beitragen. Zunächst ist dies die Impfversorgung in der Migrationsmedizin. Hier lauten die wesentlichen Fragen: Wie können die Betroffenen erreicht werden und wie erhält ein Migrant kostenfreie Impfungen? Weiters relevant sind die Verbesserung der Sprachkenntnisse, die Erreichbarkeit von und der Zugang zu Migranten, eine klare Verteilung von Kompetenzen und schließlich die Entlastung der Spitäler, indem der niedergelassene Bereich hier ein größeres Aufgabengebiet übernimmt.



BURN•AUT

NEUER VEREIN ALS DISKUSSIONSPLATTFORM UND INFORMATIONSDREHSCHLEIBE

VON MAG. SABINE SOMMER

„Burnout zu negieren heißt, die beobachtbare Natur zu ignorieren.“

Musalek

„Das Fehlen der Zahlen liegt vermutlich auch daran, dass nach wie vor kontrovers diskutiert wird, an welchen Schwellenwerten von Testergebnissen man von Burnout sprechen und dieses Leiden diagnostizieren kann.“

Lalouschek

„BURN AUT“, eine vor Kurzem gegründete „Österreichische Gesellschaft für Arbeitsqualität und Burnout“, setzt sich für die Schaffung eines neuen Bewusstseins zum Thema Arbeitsqualität, Stresserkrankungen und Burnout in der breiten Öffentlichkeit sowie auch unter Experten aus dem Gesundheitssystem ein. Aufgabe und Ziel ist es, in Österreich ein Kompetenzzentrum für diese Themen zu werden und verstärkt die mediale Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der Erkrankung und den seriösen Umgang mit ihr zu lenken. Im Interview mit dem Periskop erläutern die Vereinsvorstände, Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek und Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Lalouschek, Msc, ihre Beweggründe.

P: „BURN AUT – Österreichische Gesellschaft für Arbeitsqualität und Burnout“ – was ist die Intention dieser Vereinsgründung?

Musalek: Im Zusammenwirken mit Wissenschaft, Fachgesellschaften, Patientenorganisationen, Sozialversicherung, Interessenvertretungen und Politik möchte BURN AUT den Dialog zwischen den Verantwortungsträgern fördern und aktiv an der Formulierung und Umsetzung konkreter Lösungen arbeiten. Diese Zielsetzungen sollen durch Unterstützung des Austausches zwischen den Mitgliedern und allen relevanten Entscheidungsträgern im österreichischen Gesundheitswesen sowie durch Darstellung und Betonung der von der medizinischen Wissenschaft, Lehre und Praxis erbrachten Leistungen verfolgt werden. Zu diesem Zweck beabsichtigt BURN AUT die Durchführung verschiedener Projekte – wie etwa Veranstaltungen, Tagungen oder Publikationen – und sonstiger Maßnahmen. Die Vereinsgründung ergab sich aus der zunehmenden Wichtigkeit des Themas. Das Krankheitsbild Burnout hat in ganz verschiedene Gesellschaftsbereiche ausstrahlende Konsequenzen, die weiter gehen, als man auf den ersten Blick denkt. Eine Analyse der Sozialversicherung hat gezeigt, dass im Jahr 2009 rund 900.000 Menschen das Gesundheitssystem aufgrund von psychischen Erkrankungen in Anspruch genommen haben. Auf der gesellschaftspolitischen und volkswirtschaftlichen Ebene sind demnach Krankenstände und Frühpensionierungen die Folgen. Burnout wird auch medizinisch ein immer relevanteres und viel diskutiertes Thema. Als eigenständige Krankheit ist Burnout im ICD-10 derzeit noch nicht erfasst, sondern gilt nur als Faktor, der den Gesundheitszustand beeinflusst. Auch in der Psychiatrie bekommt das Phänomen noch nicht die Aufmerksamkeit, die ihm eigentlich zusteht. Der wichtigste Aspekt ist aber: Wir müssen Burnout endlich ernst nehmen und nicht als „Modeerkrankung“ herunterspielen, denn für die Betroffenen bedeutet die Krankheit einen massiven Leidensdruck, der unbedingt professionelle, multimodale und interdisziplinäre Therapieansätze erfordert.

P: Einige Ihrer Kollegen vertreten die Ansicht, dass Burnout keine eigene Klassifizierung „verdient“, sondern im Grunde meist eine klassische Depression dahintersteckt. Wie lautet Ihre Meinung dazu?

Musalek: Burnout zu negieren heißt, die beobachtbare Natur zu ignorieren. Es gibt diese Patienten, wir kennen und behandeln sie – nämlich jene, die bei Überlastung mit der klassischen Trias Erschöpfung, Entfremdung und Leistungsverfall reagieren. In den Spätstadien des Burnouts ist eine relativ hohe Überschneidung mit Depression gegeben, allerdings sind diese beiden Erkrankungen nicht zwangsläufig miteinander assoziiert. Auch wenn es eine erhebliche Überschneidungsfläche gibt, bedarf es einer entsprechenden differentialdiagnostischen Abklärung. Komorbiditäten bestehen in einem hohen Ausmaß auch zu Suchterkrankungen, und zwar am häufigsten zur Arbeitssucht.

Lalouschek: Die Zahlen des Hauptverbands zeigen eine Zunahme von psychischen Erkrankungen als Ursache von Frühpensionierungen und Krankenständen, und zwar um 180 Prozent in den letzten 15 Jahren. Ich bin nicht der Meinung, dass man Burnout und Depression gleichsetzen kann, aber die beiden Erkrankungen sind miteinander „vergesellschaftet“. Die Entstehungsgeschichte eines Burnouts entspricht nicht jener einer depressiven Erkrankung. Bestimmte Unterscheidungskriterien machen Burnout von reinen Depressionen abgrenzbar. Natürlich bedarf es einer entsprechenden Differentialdiagnostik zur Depression oder zur manisch-depressiven Erkrankung. Das ist sehr wichtig, auch weil es unterschiedliche Behandlungsmaßnahmen impliziert.

P: Gibt es Vereinigungen, die eine vergleichbare Zielsetzung haben und mit denen eine Zusammenarbeit angestrebt wird?

Musalek: Burnout ist keine Erkrankung oder Leidensform, die auf den Betroffenen beschränkt bleibt. Die meisten Erkrankten haben auch große Schwierigkeiten in bzw. mit ihrem jeweiligen sozialen Umfeld. Daher müssen wir auch Angehörigen- und Selbsthilfeorganisationen einbinden. Um breite Bevölkerungsschichten für das Thema zu sensibilisieren bzw. auf die Notwendigkeit entsprechender Behandlungsmöglichkeiten und Maßnahmen zur Früherkennung aufmerksam zu machen, brauchen wir die Unterstützung vonseiten der zuständigen Politik. Kooperationen sind grundsätzlich mit allen Organisationen, Institutionen oder Vereinen denkbar, die sich mit diesem Thema beschäftigen. Das sind primär jene im therapeutischen Bereich, also Psychologen, Psychotherapeuten, Mediziner und Psychiater. Aber auch mit Wirtschaftskammer, Industriellenvereinigung, Arbeiterkammer, Gewerkschaften, Betriebsräten usw. möchten wir in eine enge Kooperation treten, denn die heimischen Unternehmen sind letztlich mit diesem Problem konfrontiert. In der Therapie von Burnout ist eine Lebensneugestaltung wesentlich. Eine Burnout-Behandlung ohne dieses Element ist nicht denkbar und macht auch keinen Sinn. Daher werden wir uns überlegen müssen, wie wir beispielsweise Ansprechpartner aus Kultur und Sport einbeziehen. Zusammenfassend: Burnout ist nicht nur ein rein medizinisches, sondern auch ein gesellschaftliches, soziales und wirtschaftliches Problem. Deshalb möchten wir unseren Verein breiter aufstellen und sinnvollerweise mehrere Stakeholder involvieren. Es wäre wünschenswert, dass „BURN AUT“ als Diskussionsplattform fungiert und sich als Informationsdrehscheibe und kompetenter Ansprechpartner für dieses Thema positionieren kann.

P: Wie viele Menschen sind in Österreich betroffen? Wie hoch wird die Dunkelziffer eingeschätzt? Gibt es überhaupt valide Zahlen?

Musalek: Es gibt keine validen Zahlen zur Häufigkeit von Burnout in Österreich. Das ist aber generell ein Problem der psychischen Krankheiten. Es gibt keine österreichweite repräsentative Studie

zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen, daher auch nicht zu Burnout. Die einzigen Bereiche, die wir relativ gut überschauen können, sind Suizide bzw. Suizidversuche und Suchterkrankungen. Die Forderung nach einer repräsentativen Erhebung gibt es vonseiten der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie schon seit Langem. Auch „BURN AUT“ wird sich dafür verstärkt aussprechen. Wenn nicht bekannt ist, wie viele psychisch Kranke wir tatsächlich haben, kann auch keine der Notwendigkeit entsprechende Versorgungsstruktur aufgebaut werden. Wir haben lediglich Daten des Hauptverbands zur Anzahl verschriebener Psychopharmaka sowie zu Spitalsdiagnosen und Pensionsdaten zur Verfügung.

Lalouschek: Es wurden viele Umfragen gemacht. Aber die meisten davon kranken daran, dass sie im wissenschaftlichen Sinn nicht als repräsentativ zu bezeichnen sind, sondern in der Regel aus bestimmten Interessen durchgeführt worden sind. Sei es von der Arbeitnehmer- oder Arbeitgeberseite oder dergleichen. Einige EU-Länder sind uns in puncto Forschung voraus, etwa Holland. Hier gehen die führenden Experten von einer Zahl von sechs bis sieben Prozent der Arbeitnehmer aus. Eine Dunkelziffer kann man daher derzeit auch nicht seriös nennen. Objektive Zahlen liefert nur der Hauptverband. Aus dessen Erhebungen geht ganz klar hervor, dass psychische Erkrankungen mittlerweile weit führend bei vorzeitigen Berufsunfähigkeiten und Krankenständen sind. Insofern muss man davon ausgehen, dass Burnout und die damit einhergehenden psychischen (Folge-)Erkrankungen den häufigsten Faktor für Arbeitsausfall darstellen. Das Fehlen der Zahlen liegt vermutlich auch daran, dass nach wie vor kontrovers diskutiert wird, an welchen Schwellenwerten von Testergebnissen man von Burnout sprechen und dieses Leiden diagnostizieren kann.

P: Gibt es Berufsgruppen, die besonders gefährdet sind? Und wenn ja, warum?

Lalouschek: Ursprünglich ist man davon ausgegangen, dass primär Menschen, die in sozialen und medizinischen Berufen arbeiten, burnoutgefährdet sind. Mittlerweile hat man aber erkannt, dass Burnout in fast allen Berufsgruppen auftreten kann. Es gibt einige Faktoren bzw. Arbeitsbedingungen, die mit einem erhöhten Risiko, an Burnout zu erkranken, behaftet sind. Dazu gehören generell Bedingungen bzw. Konstellationen, die als „high demand – low influence“ bezeichnet werden, also die hohe Anforderungen stellen, aber subjektiv wenig Gestaltungsspielraum erlauben. Man kann sich leicht vorstellen, dass das nicht nur auf soziale Berufe zutrifft. Konkret gehören Arbeits- und Zeitdruck zu den wesentlichen Risikofaktoren. Weiters zählen mangelnde Anerkennung, schlechte Teamkultur, Konflikte zwischen den eigenen Werten und jenen des Unternehmens, unklare Ziele und zu wenig Gestaltungsmöglichkeiten zu den Umständen, die zur Entstehung eines Burnouts beitragen können. Die Arbeitssucht trifft für einen Teil der Betroffenen



„Burnout ist nicht nur ein rein medizinisches, sondern auch ein gesellschaftliches, soziales und wirtschaftliches Problem.“ *Musalek*

„... die Erhebung epidemiologischer Daten wäre wichtig, weil es an seriösen Studien mangelt und es einer unabhängigen Institution bedarf, die weder an einer Verniedlichung noch an einer Vergrößerung des Problems Interesse hat.“ *Lalouschek*

sicher zu, es ist aber wichtig festzustellen, dass es auch viele Betroffene gibt, die unter massivem externen Druck stehen.

Es ist zwar kaum möglich, ein Standardmaß dafür festzulegen, wie viel Arbeit gesund ist. Tatsache ist aber, dass es Menschen gibt, die ein hohes Maß an Belastung gut und mit Freude tolerieren. In diesen Fällen spielen die Sinngabe auf der einen Seite und die Gestaltungsmöglichkeiten auf der anderen Seite eine Rolle. Die psychische und physische Konstitution ist natürlich ebenso von Bedeutung. Das heißt aber nicht, dass Menschen mit Burnout zu „schwach“ für das heutige Arbeitsleben sind – im Gegenteil, viele Betroffene entsprechen dem „normalen“ Maß der Bevölkerung.

P: Was sind die ersten Anzeichen eines Burnouts? Gibt es Selbsttests oder einfache Untersuchungen, anhand derer man relativ früh erkennen kann, ob ein Patient gefährdet ist?

Lalouschek: Die frühen Anzeichen sind keine Ausfallssymptome, sondern Erscheinungen wie vermehrte Aktivität bis hin zur Hyperaktivität, freiwillige unbezahlte Mehrarbeit oder besonders hohe, übermäßige Identifikation mit der Arbeit. Erst später treten die ersten Negativsymptome wie Schlafstörungen oder eine schwankende Stimmungslage auf. Reduziertes Engagement und verminderte Leistungsfähigkeit kommen im fortgeschrittenen Stadium dazu. Angstzustände kommen bei Burnout-Betroffenen oft vor und sind auch ein häufiger Grund dafür, dass erstmals Hilfe gesucht wird. Der einfachste „Selbsttest“ besteht darin, den Partner oder gute Freunde zu fragen, ob Veränderungen erkennbar sind. Selbsttests sind aber mit Skepsis zu betrachten, denn auch auf medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage gibt es nach wie vor keine validen Tests, die eine Burnout-Diagnose zulassen würden. Wenn man aber selbst reflektiert und Faktoren wie die Stimmungslage, die Schlafqualität oder das soziale Netzwerk untersucht und es in diesem Bereich in der letzten Zeit gehäuft Störungen gab, so kann man sicher von Warnsymptomen sprechen.

P: Als Vereinszweck führen Sie die Umsetzung konkreter Lösungen und Präventionsmaßnahmen hinsichtlich Burnout an. Bitte skizzieren Sie uns kurz, mit welchen Schritten der Verein Stresserkrankungen und Burnout konkret vorbeugen möchte.

Lalouschek: Die wichtigste Frage dabei lautet: Wie können wir Bedingungen schaffen, die der Arbeit ihre eigentliche Rolle als gesundheitserhaltender Faktor wieder zukommen lässt? Das ist ein nachhaltiger Ansatz, denn Arbeit und die Möglichkeit, etwas zu gestalten und innerhalb der Gesellschaft etwas Sinnvolles zu bewirken, ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, gesund zu bleiben. Ich behaupte, dass fast alle Menschen ein Grundbedürfnis haben, etwas Sinnvolles zu leisten. Daher kann der Lösungsansatz nur sein, dies unter menschenwürdigen Bedingungen zu ermöglichen. Wenn man Mitarbeitern signalisiert, dass sie von den Führungskräften gehört werden und ihnen auch ein gewisser Spielraum zur Gestaltung der eigenen Arbeitsbedingungen ermöglicht wird, so zeigen diese in der Folge ein hohes Engagement und legen einen großen Ideenreichtum an den Tag. Ich bin kein Freund von rein allgemeinen Maßnahmen wie zum Beispiel in allen Betrieben Stress- oder Konfliktmanagementkurse zu etablieren. Das halte ich

für zu theoretisch. Echte, nachhaltige Verbesserungen können nur unter direkter Einbindung der vor Ort, im Team tätigen Menschen stattfinden. Es gibt positive Beispiele von Projekten, die einen stark coachingorientierten Ansatz verfolgt haben und im Rahmen derer das Know-how der Betroffenen aktiv eingebunden worden ist. Die Förderung solcher Aktivitäten wäre wichtig.

P: Wenn ein Burnout nicht erkannt und in der Folge nicht behandelt wird, welche Auswirkungen kann das haben? Ist Chronifizierung ein Thema? Und gibt es da auch wieder einen Weg heraus?

Musalek: Wenn Burnout entsprechend behandelt wird, bestehen gute Heilungschancen. Falsch therapiert oder unbehandelt kann Burnout zur Depression bis hin zum Suizid führen. Allgemein gilt: Je später die Diagnose erfolgt und die Therapie einsetzt, desto schlechter ist auch die Prognose. Im günstigsten Fall wird Burnout so früh erkannt, dass noch gar keine Behandlung nötig ist, sondern einfache Maßnahmen im Umgang mit der Arbeit bzw. in puncto Erholungsverhalten noch greifen können. Der Psychiater Herbert Freudenberger hat Burnout in zwölf Phasen eingeteilt. In den Stadien eins bis drei kann man mit sehr einfachen Maßnahmen relativ viel bewirken, während ab dem Stadium zehn komplexe Behandlungsnotwendigkeiten bestehen. Die massiven Zuwachsraten bei Burnout sind sicher nicht darauf zurückzuführen, dass die Erkrankung verstärkt auftritt, sondern sie wird öfter diagnostiziert. Viele Patienten wurden früher wegen Verdacht auf Herzinfarkt oder wegen anderen kardiovaskulären Problemen behandelt. Körperliche Symptome zu beachten ist sehr wichtig, daher sind in der Burnout-Behandlung und -Prophylaxe unbedingt Internisten und Allgemeinmediziner einzubeziehen. Hauptaufgabe in der Begutachtung ist eine entsprechende Differentialdiagnose, die den Krankheitslevel bzw. Krankheitsausprägungsgrad genau festmacht und eine anschließende multimodale Therapie einleitet.

Lalouschek: Ich bin der Überzeugung, dass grundsätzlich in allen Stadien die Chance zur Reversibilität bzw. zum Ausstieg aus der Burnout-Spirale besteht – wenn nicht andere Faktoren vorliegen, die dies unmöglich machen. Das könnten externe Gegebenheiten sein, etwa wenn jemand unter so massivem Druck steht, dass keine Änderungsmöglichkeit in Sicht ist. Andere Umstände, die eine Behandlung erschweren, sind eine bereits zuvor bestehende schwerere psychische Erkrankung oder ein mögliches Rentenbegehren – was auch mitunter vorkommt. Im letzteren Fall ist eine nachhaltige Verbesserung sehr schwierig. Letzten Endes führt ein Burnout unbehandelt de facto immer auch in eine Depression mit all den möglichen Konsequenzen. Andere gravierende Folgen sind stressbedingte somatische Leiden, zum Beispiel Herz-Kreislauf- oder Magen-Darm-Erkrankungen und dergleichen.

P: Wo möchten Sie mit BURN AUT in fünf Jahren stehen? Was möchten Sie erreicht haben, was sind realistische Ziele?

Lalouschek: Wünschenswert ist es, in der Frage, wie man der steigenden Zahl berufsassoziierter psychischer Erkrankungen entgegenwirken und die psychische Gesundheit fördern kann, ein anerkannter Diskussionspartner für maßgebliche Institutionen wie Ministerien oder andere Organisationen, Krankenkassen,

Pensionsversicherungen und dergleichen zu sein. Außerdem wäre es auch ein Ziel, gemeinsam mit einer oder mehreren dieser Institutionen Referenzprojekte durchzuführen, auf deren Basis man sowohl den gesundheitlichen als auch den wirtschaftlichen Nutzen solcher Maßnahmen belegen kann. Auch die Erhebung epidemiologischer Daten wäre wichtig, weil es an seriösen Studien mangelt und es einer unabhängigen Institution bedarf, die weder an einer Verniedlichung noch an einer Vergrößerung des Problems Interesse hat.

BioBox Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek studierte Medizin an der Universität Wien, wo er 1979 promovierte. 1986 beendete er die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, 1993 erlangte er die Qualifikation zum Psychotherapeuten. Von 1989 bis 2001 war er an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Wien als stationsführende Oberarzt tätig. 1990 Erteilung der venia docendi für das gesamte Gebiet der Psychiatrie. Seit 1997 Tätigkeit als außerordentlicher Universitätsprofessor für Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien. Im November 2001 wurde er als Primarius am Anton-Proksch-Institut mit der Leitung der Abteilung 2 betraut. Seit 2004 ist Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek Ärztlicher Direktor des Anton-Proksch-Instituts Wien.

BioBox Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Lalouschek, MSc:

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Lalouschek, MSc, hat in Wien Medizin und Biologie studiert und ist Facharzt für Neurologie und systemischer Coach (MSc). Von 2001 bis 2007 war er stationsführende Oberarzt an der Universitätsklinik für Neurologie in Wien. Seit 2007 hat Dr. Lalouschek die Leitung und Koordination des wienweiten Projekts „Burnout-Prävention auf Intensivstationen“ inne und seit 2008 ist er Geschäftsführer des Beratungsinstituts „Medical Coaching“ und medizinischer Leiter des Gesundheitszentrums „The Tree“ in Wien.

Kontakt:

BURN AUT
Österreichische Gesellschaft für Arbeitsqualität und Burnout
E-Mail: office@burnaut.com



FOCUS

BUNDESLÄNDER wien



VON MAG. SABINE SOMMER

Das Gesundheitswesen der Bundeshauptstadt wird im Bundesländer-Schwerpunkt dieser Ausgabe einer genauen Betrachtung unterzogen. Dazu wurden alle relevanten Persönlichkeiten bzw. Sprecher der maßgeblichen Institutionen gebeten, die derzeitige und zukünftige Situation der medizinischen Versorgung sowie der sozialen Sicherheit zu analysieren und zu diskutieren, wie es um den Ruf Wiens als „Weltstadt der Medizin“ steht.

Mag.^a Sonja Wehsely bekleidet seit 2007 das Amt der Wiener Stadträtin für Gesundheit und Soziales. Im Gespräch mit dem Periskop für die Serie „Focus Bundesländer Wien“ erläuterte sie den aktuellen Umsetzungsstand des Wiener Spitals- und Geriatriekonzepts.



Mag.^a Sonja Wehsely

P: Welche Besonderheiten gibt es in der Wiener Gesundheitspolitik und wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit dem Bund?

Wehsely: Aus meiner Sicht sind drei Aspekte der Wiener Gesundheitspolitik hervorzuheben: Wir haben erstens eine besonders starke Ausstattung mit städtischen Spitälern und Ambulanzen in städtischen Spitälern – und einen niedergelassenen Bereich, der in puncto Öffnungszeiten deutlichen Nachholbedarf hat. Wir haben zweitens eine ausgezeichnete Zusammenarbeit mit Ärztekammer und Gebietskrankenkasse – das hat sich etwa bei der Gestaltung des aktuell gültigen Regionalen Strukturplans Gesundheit bewährt. Und wir sehen drittens in Wien – im Unterschied zu anderen Bundesländern – im Bund nicht prinzipiell einen Gegner in der Gesundheitspolitik. Das ist wichtig, um österreichweit die dringend notwendige Gesundheitsreform vom Kopf auf die Füße zu stellen.

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

Wehsely: Der große Plan ist natürlich das Wiener Spitalskonzept 2030 – Stichwort Konzentration der städtischen Spitäler in sieben zentralen Spitalsorganisationen und Stichwort MitarbeiterInnen-zufriedenheit und -gesundheit. An der Modernisierung durch das Wiener Spitalskonzept 2030 wird in meinem Auftrag seit dem Frühjahr durch den Wiener Krankenanstaltenverbund stetig gearbeitet. Von großer Bedeutung ist auch die weitere Umsetzung des Wiener Geriatriekonzepts bis 2015. Die ersten beiden Häuser wurden bereits besiedelt, 2012 steht die Besiedelung der Pflegewohnhäuser Innerfavoriten, Simmering und Liesing an. Mittelfristig ist auch die Gesundheitsreform auf Bundesebene ein wichtiges Ziel.

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

Wehsely: Spitals- und Geriatriekonzept lassen sich für mich in das Generalthema „Sicherheit“ einordnen: Sicherheit für die PatientInnen, BewohnerInnen und MitarbeiterInnen – und Sicherheit für die Eigentümerin Stadt Wien in der Steuerung und damit für die SteuerzahlerInnen. Für all das braucht es die notwendige Infrastruktur und damit Bauinvestitionen. 2012 startet der Rohbau für das Krankenhaus Nord. Der Teilneubau 1 des Kaiser-Franz-Josef-Spitals, der so genannte Wirtschaftshof, wird im kommenden Winter fertiggestellt. Künftig vereint er sämtliche Ver- und Versorgungsbereiche, das Abfallmanagement, das neue Sterilisations-Aufbereitungszentrum Süd sowie die Apothekenpartnerschaft Süd unter einem Dach. Der Spatenstich für den Teilneubau 2, das Mutter-Kind- und OP-Zentrum, ist Ende Oktober erfolgt und ermöglicht die endgültige Übersiedlung des Preyer'schen Kinderspitals. Massive Bauinvestitionen erfordern auch die geplanten Maßnahmen in der Juchgasse zur Verlegung der Psychiatrie 3/11 aus dem Otto-Wagner-Spital.

P: Wie gestaltet sich das Schnittstellenmanagement zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Spitälern?

Wehsely: Es gibt drei wesentliche Schnittstellen: Beim Entlassungsmanagement wird ordentliche Arbeit in den Spitälern geleistet. Zur präoperativen Diagnostik, also dem Anspruch, im Spital bereits auf solide Gesundheitsdaten zurückgreifen zu können und möglichst Tests nicht unnötig oft zu machen, läuft aktuell ein

Pilotprojekt. Die dritte Schnittstelle ist ELGA – Ihre LeserInnen kennen die Situation.

P: Finanzierung aus einer Hand bzw. aus einem Topf, ist das sinnvoll? Wenn ja, wie soll das strukturiert werden? Wer steuert, wer plant, wer kontrolliert?

Wehsely: Die Finanzierung aus einer Hand ist ein ebenso beliebtes wie altes Schlagwort – an der Frage, wer die Hand ist, scheiden sich die Geister. Eine solide Gesundheitsreform mit Blick über den Tellerrand setzt auf deutlich mehr Kooperation im Gesundheitswesen. Daran arbeiten wir aktuell – und ich verhandle gemeinsam mit Landeshauptmann Pühringer als Länderteam. Geben Sie uns Zeit – und wir werden ein gutes Produkt liefern.

MR Dr. Walter Dörner, Präsident der Ärztekammer für Wien, nahm für die Reihe „Focus Bundesländer Wien“ zur Versorgungsdichte in der Bundeshauptstadt Stellung und verteidigte diese als „Medizin-Weltstadt“.



MR Dr. Walter Dörner

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

Dörner: Grundlage für die Gesundheitsversorgung der Wiener Bevölkerung ist der Regionale Strukturplan Gesundheit (RSG). Der RSG Wien wurde im Herbst 2009 beschlossen, im Jahr 2010 wurde er erstmals umgesetzt. Im Spitalssektor wurden vor allem die Arbeiten rund um das neue Krankenhaus Wien-Nord vorangetrieben, damit die Fertigstellung 2015 auch eingehalten werden kann. Im ambulanten Bereich hat die Ärztekammer gemeinsam mit der WGKK darauf geachtet, dass eine bessere Verteilung von Einzel- und Gruppenpraxen im Stadtgebiet erfolgt. So wurde vermehrt darauf Bedacht genommen, Kassenplanstellen besonders in die Bezirke 21 und 22 zu verlagern. Darüber hinaus wurden viele Stellen, die nachbesetzt wurden, zur Gründung von Gruppenpraxen verwendet. Positiv finde ich, dass es mit der Etablierung des Krankenhauses Wien-Nord zu einer Verschiebung der Leistungsangebote hin zu den „boomenden“ Bezirken jenseits der Donau gekommen ist. Auch die Forcierung der Gruppenpraxen ist sehr zu begrüßen. Für uns entscheidend war auch, dass mit dem RSG festgelegt wurde, die Kassenplanstellen in den nächsten Jahren nicht zu reduzieren. Probleme haben wir aber nach wie vor in einzelnen Fächern: Hier ist vor allem die Mangelversorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie im niedergelassenen Bereich hervorzuheben.

P: Wo sehen Sie – je nach den Bereichen Krankenanstalten, niedergelassener Bereich und Arzneimittelinsatz – Besonderheiten in Wien?

Dörner: Wien als absoluter „Wasserkopf“ von Österreich versorgt mit seinen Krankenanstalten, Ordinationen und weiteren Betreuungseinrichtungen auch sein Umland sehr stark. Für mich steht daher außer Frage, dass die stationären Kapazitäten so, wie wir sie derzeit in Wien haben, beibehalten werden müssen. Auch die hohe Arztdichte pro Einwohner ist verständlich und nachvollziehbar. Die Wiener Ärztekammer hat schon vor Jahren den Slogan „Medizin-Weltstadt Wien“ ins Leben gerufen. Es ist Weltstädten eigen, eine hohe ärztliche Versorgungsdichte zu haben. Dies

hängt vor allem mit den unterschiedlichen Umweltfaktoren zusammen, aber auch bestimmte Krankheitsbilder wie Aids, Sucht und psychische Störungen finden sich in Großstädten häufiger als in ländlichen Gebieten.

P: Ist die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich auf internationalem Spitzenniveau? Oder was wäre erforderlich, um dahin zu gelangen?

Dörner: Ich bin überzeugt davon, dass Österreich bei der ärztlichen Versorgung seiner Bürger international gesehen eine Spitzenposition einnimmt. Dies gilt selbstverständlich auch für den niedergelassenen Bereich. Gerade in den letzten Jahren hat die Österreichische Gesellschaft für Qualität in der Medizin (ÖQMed) eine Reihe von Initiativen gesetzt, um die – vorhandene – hohe Qualität in den Ordinationen auch nach außen sichtbar zu machen. So finden seit Jahren regelmäßige Evaluierungen in den Praxen statt. Letzte Errungenschaft ist die Etablierung des so genannten „Österreichischen Qualitätsmanagement-Systems“ – kurz ÖQM. Es ist dies ein ganzheitliches Führungskonzept, welches der Ordinationsleitung ermöglicht, das Unternehmen langfristig und nachhaltig erfolgreich zu positionieren. Eine klare Strukturierung in acht Module garantiert, dass sämtliche Bereiche einer Ordination integriert sind und somit auch alle ihre Mitarbeiter in den Evaluierungsprozess mitaufgenommen werden.

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

Dörner: Die Finanzierung der ärztlichen Leistungen sollte aus zwei Töpfen erfolgen. Aus dem ausschließlich aus Steuermitteln finanzierten Topf sollten stationäre Behandlungen bezahlt werden. Über das ärztliche Gesamtvertragssystem (Kassen) sollte der gesamte ambulante Bereich finanziert werden (niedergelassene Ärzte sowie Spitalsambulanzen). Die öffentlichen Mittel, also Sozialversicherungsbeiträge und Steuermittel, die bisher zur Finanzierung der Spitalsambulanzen verwendet wurden, sollten den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Im Rahmen eines Finanzausgleichs zwischen Kassen und Ländern sollten dann zusätzliche Mittel im Tausch gegen die Übernahme stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich vom Land zu den Krankenkassen fließen. Eine Finanzierung aus zwei Händen ist überschaubar und stellt sicher, dass das ambulante System weiterhin leistungsfähig bleibt. Eine ausschließlich staatliche Finanzierung, zum Beispiel durch die Länder, käme einer Verstaatlichung der Medizin gleich.

Mit dem Spitalskonzept 2030 und der Neuausrichtung des Geriatriebereichs reagiert der Wiener Krankenanstaltenverbund auf den gesellschaftlichen Wandel. Über die Realisierung sprach das Periskop mit **Dr. Wilhelm Marhold**, Generaldirektor des Krankenanstaltenverbunds (KAV).



Dr. Wilhelm Marhold

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

Marhold: Aus Sicht des KAV gibt es zwei Hauptziele. Das eine ist die Umsetzung des Geriatriekonzepts, das andere die Realisierung des Spitalskonzepts. Im Rahmen dieser Strukturierungsmaßnahmen erfolgen Zusammenführungen und medizinische Schwerpunktsetzungen. Das AKH und das Donauspital decken

dann nahezu alle Fächer ab und die Schwerpunktkrankenhäuser setzen – wie ihr Name schon sagt – Schwerpunkte. Es bietet also nicht mehr jedes Haus alle Disziplinen an. Das können wir in Wien umsetzen, da die Entfernungen zumutbar sind. Ein Beispiel: Im Krankenhaus Nord entsteht eine große Herzchirurgie mit angeschlossener Kardiologie. Am AKH werden wir weiterhin eine Herzchirurgie und Kardiologie haben. Es geht also um Ausgewogenheit. Für die Menschen sollen die Spitäler gut erreichbar sein, aber zugleich soll eine Standortzusammenführung erfolgen. Das wäre auch österreichweit eine gute Sache. Das Spitalskonzept 2030 ist in einigen Bereichen schon erkennbar. Baumaßnahmen erfolgen zum Beispiel bereits im Kaiser-Franz-Josef-Spital, denn dort wird das Preyer'sche Kinderspital integriert. Auch bei Wien Nord wurde der Aushub schon durchgeführt.

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

Marhold: Wir sprechen schon lange davon, aber es geht eher zäh voran. Die Finanzierung aus einer Hand hat natürlich viele Vorteile. Sie vereinfacht die Finanzströme, die jetzt noch sehr „aufgesplittet“ sind. Ich denke, dass die ersten Weichenstellungen im Wiener Gesundheitsfonds gesetzt werden, um zu einer stärkeren Steuerung aller fondsgebundenen Krankenanstalten zu kommen. Im Wiener Gesundheitsfonds sind der KAV, die Ordensspitäler und das Hanusch-Krankenhaus vereint. Stadträtin Mag.^a Wehsely treibt hier den Gedanken einer Vereinheitlichung der Finanzierungsströme sehr engagiert voran und ist auf einem guten Weg.

P: Wie funktioniert dabei die Schnittstelle mit dem niedergelassenen Bereich und der Sozialversicherung?

Marhold: Wir haben derzeit eine schiefe Ebene, und zwar in die Spitäler hinein. Wir müssen zwischen Routine- und Fachambulanzen – die wir für den Spitalsbetrieb benötigen – und den Notaufnahmen unterscheiden. Bei den Fach- und allgemeinen Ambulanzen können wir eine recht gute Entwicklung beobachten: Es wird ein Erstbesuch in den Spitälern empfohlen, die Nachsorge soll im niedergelassenen Bereich passieren. Diesbezüglich sind wir auf einem guten Weg. Probleme haben wir in den Notfallaufnahmen, den Erstversorgungen, die vor allem täglich ab 16 Uhr und an den Wochenenden – von Freitagnachmittag bis Montagfrüh – frequentiert werden. Die Patienten und Patientinnen wissen genau, dass es dort eine kompetente Behandlung gibt und der niedergelassene Bereich in dieser Zeit nicht präsent ist. Diese Ambulanzleistungen sind mit 16 bis 18 Prozent bei den Einnahmen „gedeckt“, also finanziell nicht entsprechend dotiert. Gleichzeitig steigen die Frequenzen. Wir haben weiters eine enorme Zunahme an Rettungseinsätzen. Die Hausbesuche an Wochenenden oder in den Abendstunden finden in Wien derzeit über die Rettung in den Spitälern statt. Darüber hinaus sind fünfzig Prozent unserer Patienten und Patientinnen in den Erstversorgungen Selbsteinweiser und Selbsteinweiserinnen: Das heißt, sie kommen selbstständig in die Ambulanzen und nehmen auch Wartezeiten in Kauf. Finanzierte Erstversorgungszentren sollen möglichst vor den Spitälern eingerichtet werden. Sie sollten vor allem in den Nachtstunden, an Wochenenden und Feiertagen finanziert werden, denn es handelt sich ja um keine Spitalsleistungen. Sechzig Prozent der Fälle könnten in jeder Ordination behandelt werden. Das hängt auch sehr stark mit dem System der Honorierung und Leistungserbringung im niedergelassenen Bereich zusammen. Es müsste für Praxismgemeinschaften mehr Anreize geben, am Wochenende geöffnet zu haben. Aus Spitalsicht ist es daher wünschenswert, mit der GKK gemeinsam Erstversorgungszentren vor den Spitälern zu finanzieren.

Mag.^a Ingrid Reischl, Obfrau der WGKK, stand der Periskop-Redaktion für die Reihe „Focus Bundesländer Wien“ zur Kassensituation in der Bundeshauptstadt Rede und Antwort.



Mag.^a Ingrid Reischl

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

Reischl: Die Krankenkassen sind alle auf einem guten Weg der Konsolidierung. Einige Hausaufgaben müssen wir sicher noch er-

ledigen, aber da sind wir ohnehin gerade dabei. Darüber hinaus gibt es einen großen Ausgabenbrocken, den wir Krankenkassen nicht beeinflussen können, nämlich die Spitäler. Hier schreibt der Gesetzgeber vor, dass rund ein Drittel von jedem Euro, den wir einnehmen, direkt an die Spitäler geht. Und das, obwohl wir bei den Spitälern – zum Beispiel hinsichtlich Bettenanzahl, Ambulanzverteilung oder -öffnungszeiten – nicht mitreden können. Die beiden anderen großen Ausgabenbrocken sind Medikamente und medizinische Behandlungen im niedergelassenen Bereich. Somit ist eine Gesundheitsreform, die bezweckt, dass die Therapie dort erfolgt, wo sie volkswirtschaftlich am sinnvollsten ist, auch für die Absicherung der Krankenkassen wesentlich. Natürlich kann das nur funktionieren, wenn alle fair miteinander umgehen. Eine Gesundheitsreform, wie sie manche in diesem Land wollen und bei der sich im System nichts ändert, außer dass das Geld der Krankenkassen von den Ländern verwaltet wird, kann nicht funktionieren. Das wird von uns auch nicht mitgetragen. Zwei Punkte sind für die langfristige Absicherung der Krankenkassen ebenfalls wichtig: Dem Staat sollte jeder Versicherte, ob Landwirt oder Fabrikarbeiter, gleich viel wert sein. Das ist heute nicht immer der Fall. Und ein Übertragen von Aufgaben, die nicht zu den klassischen Pflichten der Krankenversicherung gehören, ohne die Kosten zur Gänze zu ersetzen, trägt nicht zur nachhaltigen Absicherung der Krankenkassen bei.

P: Wenn man einzelne Budgetpositionen wie *Ärztgehonorare, Krankenanstaltenfinanzierung oder Heilmittelkosten betrachtet, so sind naturgemäß wesentliche Einsparungen nur bei großen Brocken möglich. Was planen Sie in diesem Bereich?*

Reischl: Die eine große Einsparung wird es nicht geben. Wir müssen an allen Schrauben im System drehen und die Kosteneffizienz verbessern. Das beginnt damit, dass wir noch stärker als bisher auf kostengünstige Medikamente wie zum Beispiel Generika setzen müssen. Und dazu müssen wir bereits im Spital ansetzen. Wenn beispielsweise ein Arzt im Spital ein teures Originalpräparat verschreibt, tut sich der Hausarzt sehr schwer, dem Patienten zu erklären, dass das Generikum nichts anderes ist. Aber natürlich ist das nicht nur ein Thema für die Spitäler. In der WGKK sind wir gerade dabei, unsere Heilmittelökonomie zu evaluieren und uns bewusst Inputs anderer Krankenkassen zu holen. Am Ende steht hoffentlich ein Best-Practice-Modell. Aber wir sollten auch auf die Menge der verschriebenen und eingenommenen Präparate ein stärkeres Augenmerk legen. Wenn ich mir anschau, dass es gar nicht so wenige Patienten gibt, die im Quartal mehr als 15 Medikamente einnehmen, ist es fraglich, ob das alles immer notwendig und gesund ist.

P: Auch auf Arzneimittelkosten wird hingewiesen. Wie verhält es sich damit in Ihrem Verantwortungsbereich? Wie funktioniert hier die Schnittstelle mit den Spitälern?

Reischl: Wir haben ein sehr gutes Schnittstellenmanagement zu einigen Wiener Spitälern. In acht Krankenhäusern sitzen Ärzte der WGKK, die sich als Profis vor Ort regelmäßig mit den Fachärzten austauschen und gemeinsam mit ihnen erarbeiten, welche Generika statt teurer Originalpräparate verschrieben werden können. Von den Spitalsärzten wird das zum Großteil sehr gut angenommen. Oft sind sie auch froh, dass sie eine direkte Ansprechperson der WGKK vor Ort haben, mit der sie unterschiedliche Einschätzungen diskutieren können. Darüber hinaus bieten unsere Spitalsärzte aktiv spezielle Schulungen für Turnusärzte zur Heilmittelökonomie in den Kliniken an. Vielfach ist das für die Jungärzte der erste Kontakt mit diesem wichtigen Thema. Bei der Nahtstelle zwischen Spitälern und niedergelassenen Ärzten wäre es wichtig, wenn die Systempartner – also Sozialversicherung und Länder – im ersten Schritt ein gemeinsames Verständnis dafür entwickeln würden, wann ein Patient zum niedergelassenen Arzt und wann er ins Spital gehen soll. Aus unserer Sicht ist das zwar klar, aber für die Patienten und teilweise für die Länder ist das nicht immer so. Der niedergelassene Arzt – sowohl Praktiker als auch Facharzt – ist unter der Woche für „Bagatellfälle“ die richtige Anlaufstelle. Am Wochenende und in der Nacht sind in der Stadt die Spitalsambulanzen für die Versorgung essenziell. Dort ist die Infrastruktur vorhanden und sie sind in Betrieb. Der Rechnungshof hat allerdings festgestellt, dass die Spitalsambulanzen die Patientenströme nicht optimal steuern. Eine der vordringlichen Aufgaben – und zwar nicht erst nach der Gesundheitsreform – ist es also, die Spitalsambulanzen so aufzustellen, dass die stationären Bereiche ohne Qualitätsverlust für die Patienten entlastet werden.

Prof. Dr. Konrad Brustbauer hat die Funktion des Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwalts (WPPA) inne. Im Interview mit „Focus Bundesländer Wien“ spricht er über die Sicherstellung des freien Zugangs zu allen Behandlungsmöglichkeiten.



Prof. Dr. Konrad Brustbauer

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

Brustbauer: Am wichtigsten ist die komplette und schonungslose Erfassung des gegenwärtigen finanziellen Zustands. Für die Zukunft ist eine Finanzierung aus einem Topf anzustreben, um den gesamtwirtschaftlichen Hintergrund ausreichend berücksichtigen und einer Zersplitterung durch individuelle, unkoordinierte Ideen entgegenwirken zu können. Darüber hinaus wären die Zusammenlegung der Pflichtkrankenkassen und die Aufhebung der Ungleichstellung von Versicherten hinsichtlich Leistungszugang und Selbstbehalten überlegenswert. Genauso die Einführung von Selbstbehalten – vor allem bei hohem Einkommen – und eine kostenpflichtige Mitversicherung bei allen Kassen. Weitere Forderungen der WPPA sind die Etablierung von verpflichtenden Qualitätsstandards zur Vermeidung von Doppelbefundungen, besonders vor geplanten Spitalsaufnahmen, und die Umsetzung der Empfehlungen des Entlassungsmanagements. Zudem ist für die Patienten die Schaffung qualitätsgesicherter Informationen über die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen essenziell. Nicht zuletzt sind eine verstärkte gesundheitliche Aufklärung und eine Stärkung der Präventionsmaßnahmen – allenfalls mit finanziellen Anreizen – anzustreben.

P: Wo sind aus Sicht der Patienten- und Pflegeanwaltschaft die guten und wo die Schattenseiten in Wien?

Brustbauer: In Wien kommt sicherlich der „Großstadtbonus“ zum Tragen. Dieser zeichnet sich durch eine sehr gute Versorgung – sowohl durch Spitäler als auch im niedergelassenen Bereich – und die rasche Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe aus. Dazu sind eine flächendeckende extramurale Versorgung in allen Fachgebieten und eine breite Palette an Pflegeangeboten sichergestellt. Zu den negativen Seiten zählt, dass es zu wenig Kassenplanstellen für Kinderpsychiater und zu wenig Kassenvertragspsychotherapeuten gibt. Das führt zu langen Wartezeiten, bis ein Therapiebeginn möglich ist. Wünschenswert wäre außerdem ein weiterer Ausbau der Akutgeriatrie als Kassenleistung und der Hospiz- sowie der Pflegeeinrichtungen für Wachkomapatienten. Die nicht ausreichend langen Öffnungszeiten im niedergelassenen Bereich führen zu einer überproportionalen Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen.

P: Welche Forderungen haben Sie an die Politik bzw. was sind Ihre Ziele für die nächsten Jahre?

Brustbauer: Gesundheit und Genesung sind das höchste Gut, dies sollte allen Verantwortlichen immer präsent sein. Daher sollte das Budget des Landes Österreich darauf abgestimmt sein. Genauso wie jeder Einzelne dazu bereit sein sollte, den entsprechenden Beitrag zu leisten, damit der freie Zugang zu allen Behandlungsmöglichkeiten für alle Menschen bestehen bleibt. Den Anliegen der Patienten ist stets Gehör zu schenken! Alle anzustrebenden Verbesserungen sollten grundsätzlich nicht zeitlich begrenzt sein. Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sollte auf dem aktuellen hohen Niveau gehalten werden. Konkret ist dennoch ein noch höherer Bekanntheitsgrad der WPPA vonnöten, um mehr Menschen beim Wahrnehmen ihrer Patienten- und Heimbewohnerrechte behilflich sein zu können. Und natürlich auch um ihnen bei der Inanspruchnahme des Wiener Gesundheitswesens zu helfen und sie vermehrt über Themen wie Sonderklasse, Operationswartezeiten und dergleichen aufzuklären und zu informieren. Weitere Ziele sind der Ausbau der Sozialberatung und die Etablierung von Casemanagern in ausreichender Zahl. Auch im niedergelassenen Bereich sowie in nichtöffentlichen Spitälern sollte eine dem Patientenentschädigungsfonds ähnliche Einrichtung geschaffen werden, um das gegenseitige Verständnis von Arzt und Patient zu fördern und zu vertiefen.

Mag.^a pharm. Ilona Leitner ist seit fünf Jahren Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer – Landesgeschäftsstelle Wien und selbstständige Apothekerin im 14. Bezirk. Im Interview beleuchtete die Pharmazeutin Profilierungsmöglichkeiten für ihren Berufsstand.



Mag.ª pharm. Ilona Leitner

P: Was sind aus Apothekersicht die wesentlichsten Maßnahmen zur Absicherung und Steuerung des Gesundheitsbereichs in Wien?
Leitner: Wir haben in Wien 313 öffentliche Apotheken, die leicht erreichbar sind und eine flächendeckende Versorgung inklusive Bereitschaftsdiensten sichern. Besonders in den neu bebauten Teilen der Stadt werden immer wieder neue Apotheken gegründet. Das ist eine wesentliche Maßnahme zur Gewährleistung des niederschweligen Zugangs und zur Absicherung des Gesundheitsbereichs in Wien. Wichtige Voraussetzung für die ausführliche Beratung der Patienten ist eine kontinuierliche Fortbildung. Das Wissen muss ständig auf den neuesten Stand gebracht werden, daher muss es auch immer eine Fortbildung zu Aktuellem, Bewährtem und Neuem in der Therapie geben. Das ist in Wien sehr gut organisiert.

P: Wo sehen Sie in den Bereichen Krankenanstalten, niedergelassener Bereich und Arzneimittel Einsatz Besonderheiten in Wien?

Leitner: Wien ist eine Großstadt und somit ist man mit vielen unterschiedlichen Gesundheitsproblematiken konfrontiert. Es gibt hier eine hohe Konzentration an Gesundheitsberufen, die aber derzeit noch nicht überall lückenlos vernetzt sind. Eine bessere Vernetzung wäre für die Zukunft also sicherlich sinnvoll. Viele Ratsuchende kommen mit ganz speziellen Anliegen in die Apotheke, und das impliziert, dass unser Personal gut geschult sein und ein fundiertes Wissen mitbringen muss. Es gehört zu den Aufgaben unseres Berufsstands, Menschen ihre vielen Fragen zu beantworten und ihnen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Wir haben daher viele spezialisierte Pharmazeuten, die unsere Kunden sowohl in schul- als auch alternativmedizinischen Belangen beraten und auf die Bedürfnisse spezifischer Gruppen – etwa von Diabetikern oder COPD-Patienten – ausführlich eingehen und fachkundige Gespräche mit ihnen führen können. Wie in allen anderen Bundesländern gibt es auch in Wien eine Rundum-die-Uhr-Erreichbarkeit – die Hotline bzw. Apothekennotrufnummer 1455 wird sehr oft in Anspruch genommen. Dieses Service ermöglicht 24 Stunden am Tag eine flächendeckende Versorgung. Zusätzlich gibt es eine Kooperation mit Taxidiensten – den Arzneimittelzustellendienst –, der von vielen Betroffenen, die den Weg in die Apotheke oder zum Arzt nicht mehr alleine schaffen, wahrgenommen wird.

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

Leitner: Ganz klar in der Therapiebegleitung. Wir haben einen äußerst frequenten Zugang zu Patienten, d. h., bei uns kommt es zu einer hohen Anzahl an Kontakten. Im Extremfall sogar täglich, etwa in der Substitution. Somit sieht der Apotheker den Patienten sehr oft, nicht selten sogar häufiger als der niedergelassene Arzt. Asthmapatienten zum Beispiel, die eine Frage zum Inhalationsgerät haben oder damit nicht zurechtkommen, schauen in der Apotheke vorbei und wollen wissen, wie sie damit umgehen sollen. Wir stellen umfangreiche Beratungs- und Serviceleistungen zur Verfügung. Weitere Beispiele sind die Beratung zur Reisemedizin oder hinsichtlich der Handhabung von neuen Technologien in der Medikamentenanwendung sowie zu sicherer Arzneimittelaufnahme und Diät- und Lebensstilfragen. Menschen erkundigen sich bei uns, ob es in der Umgebung Selbsthilfegruppen gibt, und wir recherchieren solche Dinge für sie. Das alles sind Service- und Auskunftsleistungen, die wir täglich erbringen.

P: Welche Profilierungsmöglichkeiten gibt es für Apotheker in Wien?

Leitner: In Wien legen wir den Fokus auf Jugendliche und Kinder. Wir setzen auf Prävention und wollen dazu beitragen, dass sich unsere Jugend einen gesunden Lebensstil aneignet. Es ist uns wichtig, bei Kindern ein Bewusstsein für eine gesunde Lebensweise zu schaffen und ihr Wissen über eine sinnvolle Ernährung und Bewegung zu erweitern. In diesen Bereichen könnten wir uns sicherlich noch stärker einbringen. Ich kann mir in diesem Zusammenhang auch Beratungstätigkeiten in Schulen vorstellen. Es ist

wesentlich, den Kindern eine Anleitung zu einer gesunden Lebensweise zu geben, frühzeitig präventiv gegen chronische Erkrankungen vorzugehen sowie der Bewegungsarmut und den Folgen der Fast-Food-Ernährung entgegenzuwirken.

Peter Hacker, Geschäftsführer des Fonds Soziales Wien, über die Zusammenarbeit mit den Schnittstellenpartnern und gemeinsam zu erreichende Ziele.



Peter Hacker

P: Welche Rolle spielt der Fonds Soziales Wien im Gesundheitswesen der Bundeshauptstadt? Welche Forderungen haben Sie an die Politik?

Hacker: Der Fonds Soziales Wien ist nicht Teil des Gesundheitswesens, arbeitet aber in vielen Bereichen als Schnittstellenpartner. Wir haben in Wien etwa das Entlassungsmanagement aus den Spitälern organisiert. Die gegenseitige Information funktioniert vorbildlich, also wenn Menschen aus der Pflege im Spital aufgenommen oder aus dem Spital entlassen werden und beispielsweise durch medizinische Hauskrankenpflege nachbetreut werden. Ich wünsche mir daher, dass sich eine Gesundheitsreform nicht nur mit den Gesundheitseinrichtungen selbst beschäftigt, sondern auch mit den Ressourcen und Potenzialen der Schnittstellenpartner – und in der einen oder anderen Frage auch mit den Konsequenzen und Auswirkungen von Systemveränderungen. Mir ist das ein besonderes Anliegen, weil die Bürger den Erfolg von Maßnahmen immer an den Gesamtauswirkungen spüren. Wir brauchen also nicht nur einen Fokus auf die Prozessqualität, sondern vor allem auf die Ergebnisqualität.

P: Wie soll das Budget generiert werden? Von Bund oder Land? Stichwort Finanzierung aus einer Hand – wer steuert, wer kontrolliert?

Hacker: Wörtlich genommen ist die „Finanzierung aus einer Hand“ nicht realistisch, solange das Gesundheitssystem aus lohnabhängigen Beiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber und zusätzlich aus Steuergeldern von Bund, Ländern und Gemeinden finanziert wird. Richtiger wäre wahrscheinlich die Formulierung „Finanzierung in eine Hand“. Abgesehen von dieser semantischen Betrachtung stellt sich aus meiner Sicht tatsächlich die Frage nach „Verantwortung in einer Hand“. Ob die „Hand“ dann von einem oder mehreren geführt wird, ist nebensächlich – solange diejenigen, die „die Hand führen“ gemeinsame Ziele verfolgen. Aus meiner Sicht haben zu viele Hände zu lange in unterschiedliche Richtungen geführt. Ich habe aber das Gefühl, dass die augenblickliche Gesundheitsdebatte diesen Problembereich bereits hinter sich lässt. Im europäischen Vergleich ist die Effizienz der Gesundheitssysteme – also die Relation von Input zu Output – ganz offenbar dort am besten, wo die Verantwortung für ambulante und stationäre Behandlung, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation in einer Hand liegt. Eindeutiges Ziel muss also sein, bestehende Strukturen, Institutionen und Organisationen im österreichischen Gesundheitswesen dem Konzept der Verantwortung gemäß aus einer Hand weiterzuentwickeln. Ausgehend von nationalen Zielsetzungen, die auf Bundesebene einvernehmlich von allen Finanziers erarbeitet werden und vor allem die Frage klären sollen, wie viel wir in Österreich in den nächsten Jahren für Gesundheit ausgeben wollen, sollten aufgewertete und weiterentwickelte Landesgesundheitsplattformen den organisatorischen Rahmen dafür bilden, wie von Land und Sozialversicherung diese Zielsetzungen in gemeinsamer Verantwortung umgesetzt werden. Ein bundesweit einheitliches Controlling und ein Sanktionssystem, auf das sich alle Beteiligten zu einigen hätten, hätten das Gebot der Kooperation zwischen Land und Sozialversicherung und würden damit die Zielerreichung unterstützen.

P: Welche Rolle spielt die Gesundheitsplattform in Wien?

Hacker: Im Rahmen der Landesgesundheitsfonds haben die Gesundheitsplattformen vor allem die Aufgabe, in allen Sektoren des Gesundheitswesens an der Umsetzung und Kontrolle von Planungs- und Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen mitzuwirken. Kurz: Kassen und Länder sollen gemeinsam das gesamte Gesundheitswesen planen und die

Trennung in einen ambulanten Bereich (Kassen) und einen stationären Bereich (Länder) überwinden. In der Plattform konnten die relevanten Partner auf Landesebene tatsächlich zusammengebracht werden und sind sich dadurch auch näher gekommen. Ein gemeinsamer Strukturplan wurde – wie in den anderen Bundesländern – geschaffen. Dieser verfolgt durchaus ganzheitliche sektorenübergreifende Zielsetzungen und Planungen. Ich habe das Gefühl, dass der derzeitige Diskussionsprozess zur Gesundheitsreform bereits extrem weit vorangekommen ist, und blicke daher sehr positiv den zukünftigen Entwicklungen entgegen.

FACTBOX WIEN

Flächenverteilung Wien 414,87 km² (Österreich: 83.871 km²)
Bevölkerung Wien 1.714.142 (Österreich: 8.405.500)
Bevölkerungsdichte 4.132 Einwohner je km² (Österreich: 99,5)

Krankenanstalten im Bundesland Wien

Krankenanstalten insgesamt	41 ¹
Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht	14
Krankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht	27

Bettenanzahl Wien

tatsächlich aufgestellte Betten 13.434¹ (Österreich: 64.008)

Ärzte in den Wiener Krankenanstalten 2010 6.260¹

Niedergelassene Ärzte in Wien 2010 4.776²

Apotheken in Wien 326¹ (Österreich: 2.275)

Mit zwölf Spitälern, elf Geriatriezentren, zwei Pflegewohnhäusern und mehr als 30.000 Mitarbeitern zählt der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) zu den größten Gesundheitseinrichtungen in Europa. Das Budget des Wiener Krankenanstaltenverbunds stieg zwischen 2004 und 2009 jährlich um 5,7 Prozent, während das Bruttoinlandsprodukt um durchschnittlich 2,1 Prozent wuchs.

Die MedUni Wien ist nicht nur die größte medizinische Einrichtung in Österreich, sie zählt auch zu den bedeutendsten Spitzforschungsinstitutionen Europas und stellt außerdem das gesamte ärztliche Personal für Europas größtes Krankenhaus, das Wiener AKH. In 31 Universitätskliniken werden jährlich rund 100.000 Patienten stationär behandelt, 48.000 Operationen durchgeführt und 605.000 Menschen in den Ambulanzen erstversorgt.³

Der Wiener Gesundheitsfonds (WGF) ist einer der neun Landesgesundheitsfonds in Österreich. Er wurde 2006 etabliert. Die Wiener Gesundheitsplattform ist das Organ des Wiener Gesundheitsfonds. Derzeit werden insgesamt 22 Wiener Krankenanstalten über den Wiener Gesundheitsfonds (WGF) teilfinanziert. Von diesen Krankenanstalten werden elf von der Stadt Wien, acht von Ordensgemeinschaften beziehungsweise Betriebsgesellschaften sowie je eine von der St. Anna Kinderspital GmbH, der Wiener Gebietskrankenkasse und der Evangelisches Krankenhaus Wien gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH geführt. Das St.-Anna-Kinderspital ist an das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien angeschlossen.

Die amtsführende Wiener Gesundheitsstadträtin Mag.^a Sonja Wehsely stellte im März 2011 die neu entwickelte Gesundheitsstrategie für die nächsten zwanzig Jahre vor. Das Wiener Spitalskonzept 2030 sieht demnach eine Standortkonzentration vor. Künftig werden sieben zentrale Spitalsorganisationen des Wiener Krankenanstaltenverbunds die Versorgung der Wiener, aufeinander abgestimmt und einander ergänzend, übernehmen. 2030 soll es in Wien sieben zentrale Spitalsorganisationen geben: AKH Wien, Krankenhaus Hietzing, Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wilhelminenspital und Otto-Wagner-Spital, Rudolfstiftung, Donauespital – SMZ Ost und Krankenhaus Nord.

Die Zahl der Pflegeplätze in Wien wird bis zum Jahr 2015 von rund 9.100 auf über 10.000 ansteigen. Im Rahmen des Wiener Geriatriekonzepts errichtet die Stadt bis 2015 neun neue Pflegewohnhäuser in Wien. Zusätzlich wird das Geriatriezentrum Donaustadt generalisiert. Die Pflegewohnhäuser Leopoldstadt und Meidling sind bereits fertiggestellt.

Viele hilfreiche und ausführliche Informationen zum Thema Gesundheit in Wien sind auf www.wien.gv.at/gesundheits-soziales abrufbar.

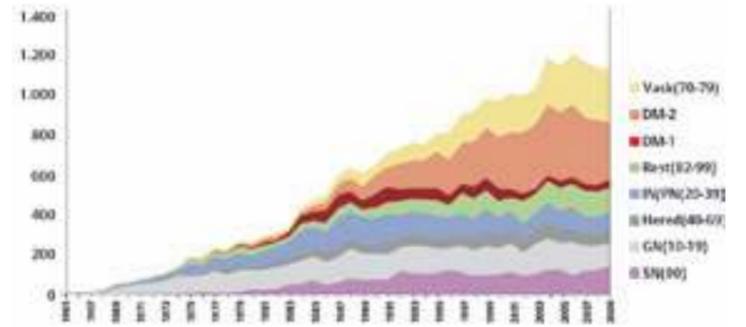
Quellen: 1 Statistik Austria, Stand: 31.12.2010. 2 Österreichische Ärztekammer, Stand: 04.01.2011. 3 www.meduniwien.ac.at

Die Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Transplantation, Transfusion und Genetik fand heuer zum 25. Mal statt: „Austrotransplant“ ist somit längst ein traditionsreicher Fixtermin der Branche. Auch heuer kamen wieder mehr als 400 Spezialisten aus den unterschiedlichsten Fächern zusammen und ergriffen die Gelegenheit, Erfahrungen rund um Organ- und Stammzelltransplantation auszutauschen und neueste Erkenntnisse auf diesem Gebiet zu diskutieren. Darüber hinaus wurde am Rande von „Austrotransplant“ bei einem Expertengespräch zum Thema Nierentransplantation in Österreich erörtert, wie und ob die Wartezeiten auf ein passendes Organ verkürzt werden können und die Lebensqualität der Patienten verbessert werden kann sowie welche Rolle neue Therapieformen dabei spielen.

als 95 Prozent aller Transplantate funktionieren nach einem Jahr, so Prim. Univ.-Prof. Dr. Rainer Oberbauer.

Abwehrreaktionen medikamentös verhindern

Die bisher verfügbaren immunsuppressiven Therapien hätten dazu geführt, dass transplantierte Nieren langsam ihre Funktionsfähigkeit verlieren, so die Experten. Erneute Dialyse und Retransplantation seien die Folgen. Gerade bei den häufigsten Organverpflanzungen, den Nierentransplantationen, könne es jetzt zu einer Änderung bei der medikamentösen Behandlung der Organempfänger zur Verhinderung der Abwehrreaktion kommen. Anlässlich von „Austrotransplant 2011“ wurde Belatacept, eine innovative immunsuppressive Therapie, die nach einer Nierentransplantation zum Einsatz kommt, diskutiert: Belatacept sei ein Fusionsprotein und halte die Nierenfunktion auf konstant hohem Niveau. Das First-in-Class-Biological sei seit Kurzem in Europa zugelassen (Zulassungsinhaber: Bristol-Myers Squibb). Auch Mühlbacher und weitere Wissenschaftler der MedUni Wien haben an dessen klinischer Entwicklung mitgearbeitet. In Vergleichsstudien habe sich herausgestellt, dass die neue Biotech-Substanz kaum eine toxische Wirkung auf die Spenderniere habe. Die „Halbwertszeit“ einer Spenderniere erhöhe sich damit von derzeit rund zehn Jahren auf 12,5 Jahre. Das sei aber sehr konservativ geschätzt, auch 15 bis 17 Jahre seien möglich. Die Experten bekräftigten demnach, dass Nierentransplantierte zukünftig länger mit einem gut funktionierenden Organ ohne zusätzliche operative Ein-

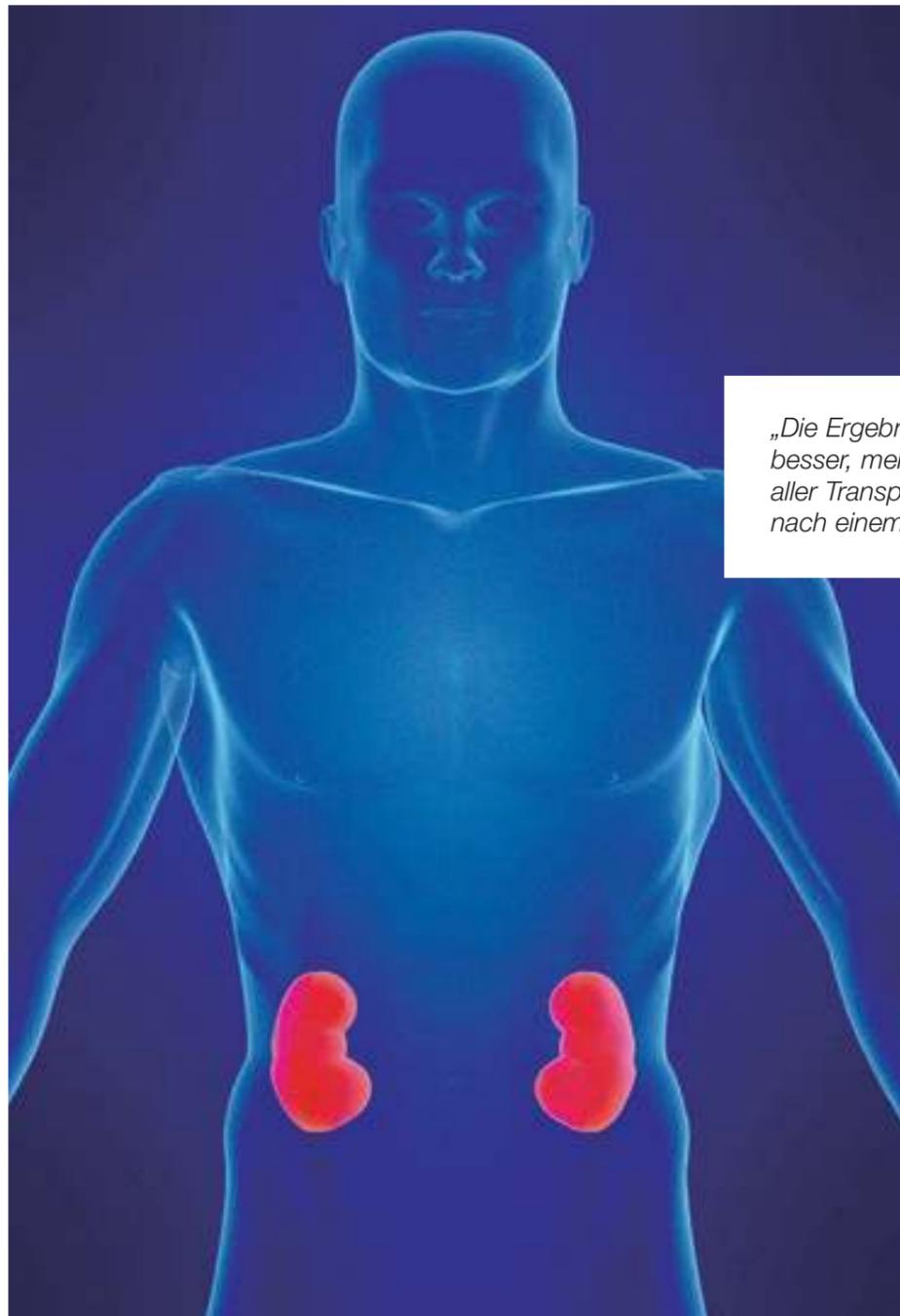


Renales Grundleiden, neue Patienten an chronischer Nierenersatztherapie von 1995-2009 (primäre renale Diagnose), Einteilung nach ERA-EDTA Codes; Quelle: Jahresbericht 2009 der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie in Zusammenarbeit mit Austrotransplant

Austrotransplant 2011: Status quo der Nierentransplantation in Österreich

VON MAG. SABINE SOMMER

Bei der 25. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Transplantation, Transfusion und Genetik, „Austrotransplant“, vom 19. bis 22. Oktober in Graz waren sich die Experten beim fächerübergreifenden Austausch darüber einig, dass Österreich im Bereich der Transplantationsmedizin auch in Zukunft im Spitzenfeld vertreten sein wird. Die kontinuierlich wachsende Zahl der Nierentransplantationen sei einerseits mit der zunehmenden Lebenserwartung der Bevölkerung und andererseits mit dem Steigen der nierenschädigenden Wohlstandskrankheiten wie z. B. Diabetes mellitus – der häufigsten Ursache für eine Nierentransplantation – gekoppelt, hielt der Nephrologe Prim. Univ.-Prof. Dr. Rainer Oberbauer vom A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen Linz anlässlich von „Austrotransplant 2011“ fest und stellte damit klar, dass der Bedarf an Spendernieren künftig noch weiter steigen werde. Univ.-Prof. Dr. Ferdinand Mühlbacher, Vorstand der Wiener Universitätsklinik für Chirurgie und Leiter der Abteilung Transplantation der Medizinischen Universität Wien, und Ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Wekerle, ebenfalls von der Abteilung für Transplantation am AKH Wien, sowie Prim. Univ.-Prof. Dr. Rainer Oberbauer vom A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen Linz stellten sich im Rahmen eines Expertengesprächs den Fragen der anwesenden Journalisten zum Status quo der Nierentransplantation in Österreich: Die Zahl der Nierentransplantationen sei im Steigen begriffen. 2003 wären es 381 gewesen, 2009 schließlich 432, um vergangenes Jahr auf 407 zu sinken. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor sind die lokalen Transplantationskoordinatoren in den österreichischen Spitälern. Univ.-Prof. Dr. Ferdinand Mühlbacher stellte klar, dass bis 2013 österreichweit 25 solcher Koordinatoren zur Verfügung stehen sollten. Diese speziell ausgebildeten Ärzte würden sich um den gesamten Bereich der Transplantationsmedizin kümmern und versuchen, ihre Kollegen dafür zu sensibilisieren. Die Organverpflanzungen seien von der Meldung potenzieller Spender, also der verfügbaren Organe abhängig. Bei den Organspendern – Personen, bei denen der Hirntod eingetreten ist – habe sich in den vergangenen zwanzig Jahren eine wesentliche Veränderung ergeben. Früher seien sie zu rund sechzig Prozent Patienten mit Hirntraumen gewesen, etwa die Hälfte aus dem Straßenverkehr. Heute hätten rund sechzig Prozent der Organspender eine spontane Gehirnbildung erlitten, etwa dreißig Prozent seien Opfer des Straßenverkehrs. Vor allem auf den allgemeinen Intensivstationen, in denen die meisten Fälle von Hirntod eintreten würden, sei die Sensibilisierung der Ärzte notwendig, um im Fall des Falles an eine Organspende zu denken. Generell sei zu sagen, dass die Ergebnisse immer besser werden, mehr



„Die Ergebnisse werden immer besser, mehr als 95 Prozent aller Transplantate funktionieren nach einem Jahr.“

griffe leben könnten. Rund 8000 Personen würden derzeit eine Nierenersatztherapie erhalten, wovon rund die Hälfte ein funktionierendes Transplantat besitze. Die andere Hälfte ersetze die Nierenfunktion durch die Dialyse, erläuterte Prim. Univ.-Prof. Dr. Oberbauer. Man könne davon ausgehen, dass mit Belatacept die Funktionsfähigkeit und somit auch die „Lebensdauer“ des transplantierten Organs um einige Jahre verlängert werden könne. Dies habe natürlich enormen

Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen, berichtete Univ.-Prof. Dr. Ferdinand Mühlbacher von seiner Erfahrung mit seinen Langzeitpatienten, die bereits im Rahmen einer Studie seit mehr als zehn Jahren Belatacept erhalten würden. Der einzigartige Wirkmechanismus setze sehr spezifisch im Immunsystem an und sei wahrscheinlich für die nierenschonende Wirkung verantwortlich. Zusätzlich Sorge die intravenöse Verabreichung für die notwendige Compliance, welche bisher – besonders bei jungen Patienten – schwierig zu gewährleisten gewesen sei, erklärte Immunologe Ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Wekerle von der Abteilung für Transplantation im Wiener AKH. Im Rahmen dieses Arztkontakts könnten andere medizinische Parameter und der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten ständig kontrolliert werden. Das Ziel müsse es sein, der steigenden Nachfrage an Spenderorganen, im Speziellen Nieren, verstärkt Rechnung zu tragen, so die Experten.

Organtransplantationen: wieder mehr Spender in Österreich

Österreich war hinsichtlich des Spenderaufkommens in den letzten 15 Jahren abwechselnd mit Belgien an der zweiten Stelle (durchschnittlich 23 Spender pro Million Einwohner und Jahr) hinter Spanien (durchschnittlich 33 Spender pro Million Einwohner und Jahr). Inzwischen haben Portugal und Frankreich, aber auch Kroatien stark aufgeholt und sind in das Spitzenfeld vorgerückt. Im Hinblick auf die Zahl der Transplantationen pro Million Einwohner und Jahr über alle Organe hinweg sei Österreich nach wie vor Nummer eins, da hierzulande von den vorhandenen Spendern sehr viele Organe akzeptiert und auch erfolgreich transplantiert würden. Darüber hinaus stünden Lungen aus dem benachbarten Ausland (Ungarn) zur Verfügung, die die hohe Frequenz zusätzlich unterstützen würden. Diese Zahlen würden eindrucksvoll belegen, dass die Organtransplantation als Standardthera-

pie von Organversagen im Endstadium akzeptiert sei. Was die Qualität betreffe, so befänden sich die Patienten- und Organtransplantat-Überlebensdaten immer im Spitzenfeld der jeweiligen Registerdaten. Man könne also mit Recht behaupten, dass Österreich eine gute Platzierung einnehme, sowohl qualitativ als auch quantitativ, so Univ.-Prof. Dr. Ferdinand Mühlbacher.

Im Jahr 2009 wurden in der Europäischen Union rund 18.000 Nierentransplantationen durchgeführt. Laut ÖBIG-Transplant-Jahresbericht 2010 standen Ende 2010 in Österreich 810 Patienten auf der Warteliste für eine Nierentransplantation. Dabei seien 452 Personen 2010 zusätzlich auf die Nierenspenderwarteliste gekommen, von denen am Ende des Jahres noch immer 280 auf eine Niere gewartet hätten. Es würden nach wie vor Menschen auf den Organwartelisten versterben, die nicht die Chance auf eine Organtransplantation erhalten hätten. Das müsste nicht so sein, zumal das Potenzial an postmortalen Organspendern vermutlich höher sei. Zurzeit würden sich etwa 1100 Personen auf den Wartelisten für eine Organtransplantation befinden. Die Aufrechterhaltung der Nierenfunktion nach einer Transplantation könne helfen, eine wiederkehrende Dialysepflichtigkeit oder eine erneute Transplantation zu vermeiden. Eine Verbesserung der Nierenfunktion zu erreichen, die auch über einen langen Zeitraum erhalten bleibe, sei nach wie vor eine der größten Herausforderungen bei Nierentransplantationen, so die Experten im Rahmen von „Austrotransplant“ abschließend.



Diabetes, Gefäßverengungen und Schlaganfallrisiko können vom Augenarzt erkannt werden

Die Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft (ÖOG) hat eine Awareness-Kampagne gestartet, um die wichtige Rolle des Augenarztes stärker ins Bewusstsein der österreichischen Bevölkerung zu rücken. Warum unterstützen im Krankenhaus angestellte Augenärzte diese Kampagne? Patienten werden nicht nur vom niedergelassenen Augenfacharzt zu spezieller Diagnostik oder operativer Therapie an eine Augenabteilung eines Krankenhauses zugewiesen, sondern kommen bei Vorliegen von Beschwerden auch häufig als sogenannte „Selbstzuweiser“ in die Spitalsambulanzen. Neben jenen Patienten, die sehr gut auch in der Facharztordination versorgt werden hätten können, finden sich unter den Selbstzuweisern immer wieder solche mit eigentlich vermeidbaren Spätstadien chronischer Augenerkrankungen.

Als Beispiel sei das Glaukom, eine irreversible Schädigung der Nervenfasern der Netzhaut und des Sehnervs, angeführt. Die rechtzeitige Erkennung und Therapie des Glaukoms – meist durch Applikation von Augentropfen – verhindert Sehverlust und mögliche Erblindung. Studien zeigen, dass derzeit zirka ein Prozent der Bevölkerung bzw. sechs Prozent der über 60-Jährigen an Glaukom erkrankt sind, wobei leider noch einmal so viele Betroffene unentdeckt bleiben. Das entspricht einer absoluten Zahl von 160.000 Menschen in Österreich. Die Prävention wäre allerdings sehr einfach. Mittels schmerzloser Augendruckkontrollen in Kombination mit einer Untersuchung des vorderen und hinteren Augenabschnitts – der Netzhaut und des Sehnervs – durch einen Augenarzt können Veränderungen rechtzeitig erkannt werden. Spätestens ab dem 40. Lebensjahr sollte allein deshalb einmal jährlich eine augenfachärztliche Untersuchung durchgeführt werden.

Eine im Alter noch häufigere Erkrankung, bei der die Früherkennung einen wesentlichen prognostischen Vorteil bringt, ist die Makuladegeneration (AMD). Da die feuchte Form der AMD rasch fortschreitet, ist ein frühzeitiger Therapiebeginn entscheidend. Dazu ist eine rechtzeitige Diagnosestellung durch den Augenarzt unerlässlich. Leider wird eine Sehverschlechterung an nur einem Auge vom Patienten oft nicht rechtzeitig wahrgenommen.

Aber auch Systemerkrankungen wie Diabetes mellitus, Gefäßverengungen und damit ein erhöhtes Schlaganfallrisiko oder entzündliche bzw. infektiöse Krankheiten können oft bei einer Untersuchung des Augenhintergrunds erkannt und dann in Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Fach-

richtungen wie innere Medizin, Rheumatologie, Dermatologie oder Neurologie erfolgreich behandelt werden.

Nur der Augenarzt ist aufgrund seiner umfassenden medizinischen Ausbildung in der Lage, Untersuchungen durchzuführen und Diagnosen zu stellen. Da jedoch die Beschaffung neuer Sehhelfer wie Brillen und Kontaktlinsen nicht mehr an eine augenärztliche Verschreibung gekoppelt ist, bleiben chronische Augen- und Allgemeinerkrankungen häufig unentdeckt. Dies führt neben vermeidbaren Sehverlusten zu weiteren Folgen wie vermehrter Unfallgefahr und Stürzen, gefolgt von Arbeitsunfähigkeit und Depression bis hin zur Pflegebedürftigkeit. Das alles ist mit hohen Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem verbunden. Im Krankenhaus arbeitende Augenärzte sind besonders häufig mit den negativen Ergebnissen fehlender Prävention konfrontiert.

Prävention in der Augenheilkunde beginnt aber bereits beim Kleinkind. Bei rechtzeitiger Diagnosestellung ist zum Beispiel eine Verhinderung von Amblyopie (Schwachsichtigkeit) fast immer möglich, indem auslösende Ursachen wie Fehlsichtigkeit oder Schielstellung rechtzeitig erkannt und behoben werden. Dazu sind eine genaue Einhaltung der vom Mutter-Kind-Pass vorgegebenen Untersuchungstermine und regelmäßige augenärztliche Kontrollen im Vorschul- und Schulalter unerlässlich. Unterstützende Sehhilfen bei Kindern mit Lernschwierigkeiten können ebenfalls indiziert sein.

Die Kampagne der ÖOG soll der Bevölkerung bewusst machen, dass eine Brillenanpassung nicht mit einer kompletten Augenuntersuchung beim Augenfacharzt gleichzusetzen ist. Zudem soll sie die Prävention auch auf den Bereich der Augenheilkunde ausweiten. Regelmäßige Augenarztbesuche können Sehverlust und Spätfolgen schwerer Erkrankungen verhindern.



Ihr Dr. Lukas Kellner

Facharzt für Augenheilkunde, Krankenhaus Rudolfstiftung,
Leiter der Kataraktambulanz und Referent für Öffentlichkeitsarbeit (ÖOG)

ÖSTERREICHS JUNGE ÄRZTE GEHEN 2012 NEUE WEGE!

Berufen! Die internationale Berufs- und Karriereplattform.

Die **Österreichische Ärztekammer** veranstaltet **2012** in Zusammenarbeit mit Deutschland und der Hochschülerschaft der Medizinischen Universitäten **zwei Job- und Karrieremessen** für angehende Mediziner. Diese finden an drei aufeinanderfolgenden Tagen in **Innsbruck, Graz und Wien** statt. Ideale Gelegenheiten, um sich über Ausbildungen und Arbeitsbedingungen vorwie-

gend an deutschen aber auch an österreichischen Spitälern zu informieren. Nach Vorträgen und Erfahrungsberichten am Vormittag stehen Vertreter dieser Krankenhäuser persönlich für Gespräche und Fragen an den Messeständen den ganzen Tag zur Verfügung.

Der Termin der ersten Veranstaltungsreihe mit Ausstellern der **neuen deutschen Bundesländer** ist für den Zeitraum von **23. 04. 2012 – 25. 04. 2012** geplant.

Der Termin der zweiten Veranstaltungsreihe mit Ausstellern der **alten deutschen Bundesländer** ist von **22. 05. 2012 – 24. 05. 2012** angesetzt.

„WIR ÜBERSCHREITEN GRENZEN“

Für nähere Informationen: Österreichische Ärztekammer | Internationales Büro | Weihburggasse 10–12 | 1010 Wien | Tel.: 01-514 06-DW 931 | Fax: 01-514 06-DW 933 | E-Mail: international@aerztekammer.at



INTERNATIONALE BERUFS- UND KARRIEREPLATTFORM
DER ÖSTERREICHISCHEN ÄRZTEKAMMER



Zweiter Österreichischer Patientenbericht

Multiple Sklerose 2011: Wünsche und Anforderungen von MS-Betroffenen in den Bereichen Information, Gesellschaft & Soziales sowie Medizin, Diagnose und Therapie

VON MAG. SABINE SOMMER

Multiple Sklerose (MS) ist in Mitteleuropa eine der häufigsten chronisch-entzündlichen Erkrankungen des zentralen Nervensystems unter jungen Erwachsenen. In Österreich sind laut der im Mai 2011 veröffentlichten Studie „Prävalenz der Multiplen Sklerose 2011“ (ÖMSG) rund 12.500 Menschen an MS erkrankt. Um eine Verbesserung der Versorgungssituation von MS-Patienten zu schaffen, wurden im Rahmen der Projektreihe „Österreichischer Patientenbericht“ im Jahr 2007 erstmals heimische Betroffene befragt. Der Österreichische Patientenbericht Multiple Sklerose 2011 liegt nach erstmaliger Durchführung im Jahr 2007 nun in seiner zweiten, erweiterten Fassung 2011 vor. Die Ergebnisse der erneuten Befragung wurden bei einer prominent besetzten Pressekonferenz präsentiert.

Die Umfrage zum Zweiten Österreichischen Patientenbericht Multiple Sklerose wurde im Zeitraum zwischen August 2010 und September 2011 durchgeführt. Österreichweit haben 338 MS-Patienten teilgenommen, davon waren 73 Prozent weiblich und 27 Prozent männlich. 39 Prozent der Teilnehmer waren zwischen 41 und 50 Jahre alt, 22 Prozent zwischen 51 und 60 Jahre. Ein Großteil der Befragten, nämlich 64 Prozent, leidet unter der schubförmig remittierenden MS (SRMS). Bei Patienten mit SRMS kommt es zu zeitlich unvorhersehbaren Schüben von Symptomen. 73 Prozent der Umfrageteilnehmer werden im Rahmen einer medikamentösen Langzeittherapie behandelt. Die Wünsche und Interessen der befragten Patienten wurden in vier Bereiche aufgeteilt: Information, Gesellschaft und Soziales, Medizin und Gesundheit sowie Symptome, Diagnose und Therapie. Die Ergebnisse aus dem Österreichischen Patientenbericht MS 2011 zeigen ganz klar, dass einerseits Fortschritte im Vergleich zu 2007 zu verzeichnen, andererseits aber weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensituation notwendig sind. So sollte, wenn es nach den Wünschen der Betroffenen geht, auch künftig der Informationsbedarf als wichtiges Element starke Berücksichtigung finden, speziell wenn es um die Nachfrage nach therapiebegleitenden und erstattungsfähigen Leistungen und innovativen Therapien geht.

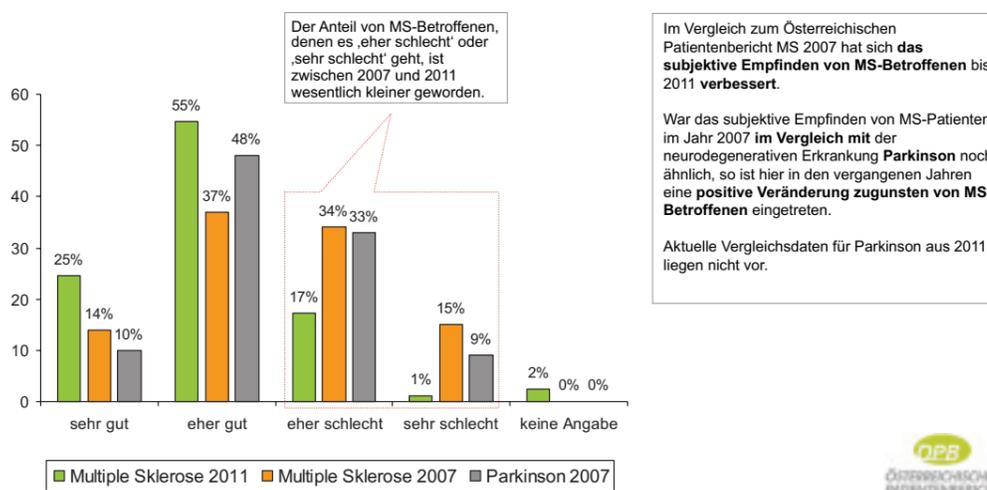
Diagnose MS wird rund sieben Monate nach den ersten Symptomen gestellt

Von der zentralen Frage ausgehend, wie es den Patienten mit ihrer Erkrankung geht, zeigte sich folgendes Bild: Im Vergleich zum Österreichischen Patientenbericht MS 2007 hat sich das subjektive Empfinden von MS-Betroffenen bis 2011 verbessert. War dieses im Jahr 2007 noch ähnlich wie bei der neurodegenerativen Erkrankung Parkinson, so ist hier in den vergangenen Jahren eine positive Veränderung zugunsten von MS-Betroffenen eingetreten. 55 Prozent der Befragten gaben an, dass es ihnen derzeit mit ihrer Erkrankung „eher gut“ gehe, 25 Prozent sogar „sehr gut“. Der Anteil von MS-Betroffenen, denen es „eher schlecht“ oder „sehr schlecht“ geht, ist zwischen 2007 und 2011 wesentlich kleiner geworden. Auch die Zeitspanne zwischen den ersten Symptomen und der Diagnose hat sich im Vergleich zur Befragung 2007 wesentlich verkürzt. Der Großteil (78 Prozent) der nun befragten MS-Patienten erhielt innerhalb der ersten zwei Jahre nach den ersten Symptomen eine gesicherte Diagnose, im Durchschnitt nach rund sieben Monaten. Im Jahr 2007 lag die durchschnittliche Zeitspanne zwischen Erstauftreten der Symptome und Diagnose noch bei 13,63 Monaten. „Eine gesicherte Diagnose wird jetzt früher gestellt, das kann durch die in den vergangenen zehn Jahren laufend verbesserten diagnostischen Kriterien erklärt werden. Der Patienten-



v.l.n.r.: Mag. Hanns Kratzer (Peri Consulting), Prof. Dr. Rudolf Müller (Chefarzt der PVA), Marlene Schmid (MS-Betroffene und Patientenbeirätin in Tirol), Prim. Dr. Ulf Baumhackl (Vizepräsident der Österreichischen MS-Gesellschaft), OA Dr. Michael Lang (Österreichische Ärztekammer), MR Dr. Gustav Kamenski (Präsident NÖGAM)

WIE GEHT ES IHNEN DERZEIT MIT IHRER ERKRANKUNG? (ZEITLICHER VERGLEICH MS UND GEGENÜBERSTELLUNG PARKINSON)



Quelle: Zweiter Österreichischer Patientenbericht Multiple Sklerose 2011, n=338

bericht zeigt dies auch sehr deutlich. Die MS ist allgemein bekannter geworden und der Weg zum Neurologen erfolgt jetzt rascher“, so Prim. Dr. Ulf Baumhackl, Vizepräsident und Vorsitzender des ärztlichen Beirats der Österreichischen MS-Gesellschaft, anlässlich der Präsentation der Ergebnisse des Patientenberichts. Das „Versorgungsnetzwerk“ von MS-Patienten ist gewissermaßen dreigeteilt. 67 Prozent der Befragten gaben an, derzeit in einer MS-Ambulanz behandelt zu werden, 34 Prozent von einem Facharzt für Neurologie und 23 Prozent vom Allgemeinmediziner. 65 Prozent erachten es als wichtig, immer vom selben behandelnden Arzt betreut zu werden. Zur optimalen Versorgung der Patienten trägt die Kooperation von Allgemeinmedizinern und Fachärzten im Sinne einer Langzeitbetreuung wesentlich bei. Dies bestätigte auch MR Dr. Gustav Kamenski, Präsident der Niederösterreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (NÖGAM): „Der Allgemeinmediziner wünscht sich vom behandelnden Zentrum eine Information über das Therapieziel, die zu erwartenden Nebenwirkungen der Behandlung und über die Begleittherapie, sei sie medikamentös, psychotherapeutischer oder physiko- und ergotherapeutischer Natur. Wünschenswert wäre auch ein fachärztlicher Ansprechpartner im Krankenhaus für den Fall unerwarteter Komplikationen oder Nebenwirkungen der Therapie.“

Berufsunfähigkeit führt zu finanziellen Einbußen

MS zählt zu jenen chronischen Erkrankungen, die mit erheblichen Auswirkungen auf das Sozial- und Berufsleben verbunden sind. MS-Betroffene müssen immer wieder soziale und finanzielle Einbußen durch Einschränkungen ihrer Arbeitsfähigkeit hinnehmen. So sind 50 Prozent der Befragten unter 60 arbeitsunfähig und 85 Prozent dieser Patientengruppe erhalten eine Invaliditätspension. Auch Ausgaben für

ergänzende Behandlungen sowie für Kurz- und Rehabilitationsaufenthalte belasten die Patienten in verstärktem Ausmaß. „Den Arbeitsplatz zu verlieren oder nach einem Schub den Wiedereinstieg ins Berufsleben nicht mehr zu schaffen, stellt eine der größten Belastungen für MS-Patienten dar. Der ungewisse Krankheitsverlauf verunsichert die Betroffenen zusätzlich, sodass viele die Erkrankung zunächst verheimlichen“, stellte Marlene Schmid, MS-Patientin und Patientenbeirätin in Tirol, bei der Pressekonferenz zur Präsentation des Patientenberichts dar.

„Die Ergebnisse des Zweiten Österreichischen Patientenberichts Multiple Sklerose 2011 zeigen, dass gerade bei dieser Krankheit soziale und physische Einschränkungen bis hin zur Arbeitsunfähigkeit und Invaliditätspension relevante Themen für die Betroffenen sind. Insgesamt werden die Hälfte der neurologischen Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspensionen für das Krankheitsbild Multiple Sklerose gewährt“, so Prof. Dr. Rudolf Müller, Chefarzt der Pensionsversicherungsanstalt.

Rasche und wirksame Behandlung von Begleiterscheinungen der MS erwünscht

In der Kategorie Medizin und Gesundheit wurden die Anliegen der Patienten, die sie hinsichtlich Allgemeinmedizinern, Fachärzten, Therapiemöglichkeiten und Diagnosestellung haben, abgefragt. An die Medikation stellen die Patienten naturgemäß bestimmte Anforderungen. So erachten 92 Prozent der Betroffenen eine rasche und wirksame Behandlung von Begleiterscheinungen der MS wie Störungen der Bewegungs- und Gehfähigkeit als sehr wichtig. Weiters erwarten 59 Prozent der Umfrageteilnehmer, dass ein MS-Medikament zu „keiner Verschlechterung des derzeitigen Gesundheitszustandes“ führt. Ebenso viele (59 Prozent) wünschen sich eine „gute Wirkung“ bzw. „kaum Nebenwirkungen“ (54 Prozent). Für knapp ein Viertel der Patienten ist es wichtig, dass die medikamentöse Therapie eine Verbesserung

der physischen Mobilität mit sich bringt.

„Nach wie vor hat diese Erkrankung ein negatives Image, obwohl die Mehrzahl der MS-Betroffenen ein ‚normales Leben‘ führen kann. Durch Informationen kann hier eine Verbesserung erreicht werden“, betonte Prim. Dr. Baumhackl. Um das subjektive Sicherheitsgefühl zu unterstützen und künftig die bestmögliche Begleitung für MS-Patienten sicherzustellen, sei die Kombination aus relevanter und verfügbarer Information, hochwertigen medizinischen Leistungen mit innovativen Therapien und der guten Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Arzt und der MS-Ambulanz essenziell, waren sich die Diskutanten einig.

Über die Initiative Österreichischer Patientenbericht

PERI Consulting initiierte das Projekt „Österreichischer Patientenbericht“ erstmals im Jahr 2005. Durch anonymisierte Patientenumfragen zu verschiedenen chronischen Erkrankungen sollen die Anliegen von Patienten eruiert, Optimierungspotenziale im österreichischen Gesundheitssystem erhoben und die Ergebnisse den zentralen Akteuren und Entscheidungsträgern des Gesundheitswesens übermittelt werden. Der Patientenbericht resultiert aus einem qualitätsgesicherten Prozess und arbeitet mit Umfragen bei Betroffenen und deren Angehörigen. Die Fragebögen wurden österreichweit über Ambulanzen, Krankenhäuser, Ordinationen und Selbsthilfegruppen verteilt. Weitere Informationen zu den Zielen und Ergebnissen des Patientenprojekts sind auf www.patientenbericht.at ersichtlich.



ÖSTERREICHISCHER PATIENTENBERICHT

Mehrwert von Impfungen für Erwachsene

Status quo und Ausblick am Beispiel der Pneumokokken-Impfung

VON MAG. SABINE SOMMER

Die Altersverteilung der Personen, die in Österreich an Pneumokokken erkranken, zeigt das international bekannte Bild: Besonders gefährdet sind Kinder bis zu einem Alter von fünf Jahren und Menschen ab fünfzig. Die Einführung von nationalen Impfprogrammen hat in vielen europäischen Ländern die Zahl der Pneumokokken-Erkrankungen verringert. Da es in Österreich bis Ende 2011 kein solches nationales Kinderimpfprogramm gab, ist die Durchimpfungsrate in Österreich derzeit noch zu niedrig, um einen Rückgang der invasiven Pneumokokken-Erkrankungen insgesamt zu sehen. So zählen Pneumonien zu den häufigsten Todesursachen bei älteren Menschen, wobei vierzig Prozent aller bakteriellen Pneumonien durch Pneumokokken verursacht werden. Bei älteren Menschen kann die durch Pneumokokken verursachte Lungentzündung lebensbedrohlich sein.

Eine mögliche Herdenimmunität – die in Österreich nicht gegeben ist – ersetzt jedoch nicht den direkten Schutz des Individuums. Ab November 2011 steht ein 13-valenter Konjugatimpfstoff gegen Pneumokokken auch für Erwachsene zur Verfügung. Im Rahmen einer „Ultima Ratio“-Diskussionsrunde waren namhafte Experten eingeladen, um über medizinische, gesundheitspolitische und ökonomische Implikationen von Impfempfehlungen und deren Umsetzung am Beispiel der Pneumokokken-Impfung zu diskutieren.

Diskussionsteilnehmer (alphabetische Reihung):

- ▶ DR. KARL BLECHA, Pensionistenverband Österreichs
- ▶ PRIM. UNIV.-PROF. DR. MARCUS KÖLLER, SMZ Sophienspital, Wien
- ▶ HOFFRAT DR. CHRISTOPH KÖNIG, Landessanitätsdirektion Salzburg
- ▶ DR. CHRISTIANE KÖRNER, Österreichische Apothekerkammer
- ▶ UNIV.-PROF. DR. MICHAEL KUNZE, Medizinische Universität Wien, Institut für Sozialmedizin
- ▶ DR. RUDOLF SCHMITZBERGER, Ärztekammer Wien
- ▶ UNIV.-PROF. DR. URSULA WIEDERMANN-SCHMIDT, Medizinische Universität Wien, Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin
- ▶ DR. EVELYN WALTER, Institut für pharmaökonomische Forschung

Moderation: WILFRIED TEUFEL, PERI Marketing & Sales Excellence

PERI GROUP: In der Einleitungsrunde bitte ich Sie um Ihre Einschätzung zum Thema Prävention durch Schutzimpfungen: Warum ist es wichtig, dass sich Erwachsene impfen lassen? Welche Auswirkungen haben niedrige oder hohe Durchimpfungsraten auf die Gesundheitsziele eines Landes?

Wiedermann-Schmidt: Primär ist das Impfwesen auf zwei Pfeilern aufgebaut. Das eine ist der Individualschutz, welcher den Schutz des Einzelnen in den Vordergrund stellt. Das andere ist der Kollektivschutz: Bei Erkrankungen, die von Mensch zu Mensch übertragbar sind, muss eine entsprechend große Anzahl von Menschen geimpft werden, damit für jene, die nicht geimpft werden können, die Wahrscheinlichkeit einer Infektion reduziert wird. Es gibt abhängig davon, um welche Erkrankungen es sich handelt, unterschiedliche Anforderungen (u. a. in Abhängigkeit von der Kontagiosität der Erreger) an die Durchimpfungsrate. Bei Masern beispielsweise muss die Durchimpfungsrate in der Bevölkerung rund 95 Prozent betragen, damit eine entsprechende Herdenimmunität erreicht wird. Das Problem der sinkenden Durchimpfungsraten beginnt bei den Kinderimpfungen. Die Gründe dafür sind unterschiedlich. Eine gewisse Impfmüdigkeit der Bevölkerung ist sicherlich gegeben. Bei den Pneumokokken kommt hinzu, dass diese Bakterien generell unterschätzt werden und weiten Teilen der Bevölkerung nicht bekannt ist, welche Infektionen sie hervorrufen können. Bei manchen Impfungen spielt auch die Kostenfrage eine Rolle, z. B. bei der HPV-Impfung. Am Beispiel der Masern ist ersichtlich, welche Folgen niedrige Durchimpfungsraten haben: Es kommt wieder zu schweren Masernausbrüchen in Europa. In Österreich ist dies derzeit noch nicht der Fall, aber wir sind umgeben von

Ländern, in denen eine erschreckend hohe Zahl von Fällen aufgetreten ist. 25.000 Masern-Fälle im heurigen Jahr (!) in Europa sind die drastische Folge reduzierter Durchimpfungsraten.

PERI GROUP: Sehen Sie die Verantwortung für das Thema Prävention beim Individuum oder sollte auch der Staat eine Rolle spielen?

Blecha: Die zentrale Verantwortung sehe ich nicht beim Staat, sondern zunächst beim Individuum. Aber die gesellschaftlichen Institutionen, die Krankenkassen, die Ärztekammer, die Apothekerkammer, und wir, die Interessenvertretung der älteren Generation, müssen dazu etwas beitragen. Die öffentliche Hand soll als Aufklärer fungieren, aber aus langjähriger Erfahrung wissen wir, dass Aufklärung ohne Maßnahmen der erwähnten Institutionen, die über eine hohe Reputation verfügen, nicht zum gewünschten Ziel führen. Über das Thema Pneumokokken bzw. Pneumonien hat sich auf unserer Seite erstmals Diskussionsbedarf ergeben in Bezug auf die Erwerbsfähigkeit. Die Gefahr des älteren Arbeitnehmers, an einer Pneumonie zu erkranken, ist im Vergleich zu jüngeren Arbeitnehmern stark erhöht. Prävention bzw. Gesundheitsförderung ist in der Generation 50plus ein zentrales Thema, um die Menschen so lange und so gesund wie möglich im Erwerbsleben behalten zu können. Wir können unseren Wohlfahrtsstaat nur dann lebendig erhalten, wenn wir das faktische Pensionsantrittsalter und die Arbeitsfähigkeit nach oben verschieben. Nun wissen wir alle, dass es in Österreich, im Gegensatz zu Skandinavien, sehr hohe Prozentsätze nicht mehr erwerbsfähiger 60- bis 64-Jähriger gibt. Das hängt unter anderem damit zusammen, dass in Skandinavien andere Präventionsmöglichkeiten existieren und angenommen werden als hierzulande. Außerdem gibt es einen Kündigungsschutz älterer Arbeitnehmer.

König: Die wichtigsten Schlagwörter sind meines Erachtens Verantwortung und Verantwortlichkeit. Das aktuelle Regierungsprogramm enthält bezüglich Gesundheit als ersten Punkt Prävention einschließlich Gesundheitsförderung unter besonderer Erwähnung der Impfung. Das heißt, das Bewusstsein dafür ist vorhanden. Die Verantwortung liegt auch bei den Ärzten, die bezüglich Impfungen aus verschiedensten Gründen nachlässig geworden sind. Wir haben im Bereich der Impfungen sehr viel an Vertrauen verloren, das wir wieder zurückgewinnen müssen. Auch die Verantwortlichkeit der Medien ist einzufordern, weil den wirklichen Experten nicht der Raum gegeben wird, den sie verdienen. Es ist unverantwortlich, irrational agierenden Impfgegnern den gleichen Platz einzuräumen wie z. B. wissenschaftlich abgesicherten Studien.

Kunze: Österreich ist sicher kein Land voller Impfmuffel – FSME ist das beste Beispiel, dass es nicht so ist. Auf internationalen Kongressen werden wir für unsere FSME-Impfraten regelrecht beneidet, für jene von Influenza hingegen belächelt. Also ist das sehr differenziert zu sehen, auch bei der Ärzteschaft. Die Herausforderung der Pneumokokken-Impfung beginnt schon beim Begriff, der für Laien kaum verständlich ist. Wenn wir diese in Zusammenhang mit der Lungentzündung kommunizieren, ist das hingegen allgemein verständlich.

PERI GROUP: Das Kinderimpfkonzept funktioniert in Österreich prinzipiell gut, ab 2012 werden auch die Pneumokokken- und die Meningokokken-Impfungen bezahlt. Wer ist aber für die Generation 50plus verantwortlich? Wie ist das aus Ihrer Sicht auf Länderebene?

König: Die Sicht ist meiner Ansicht nach „trüb“, denn das Impfkonzept ist in der Entwicklung stecken geblieben. Das hat sich in den letzten Monaten etwas verändert. Für die Erwachsenenimpfungen war immer der Impfplan mitverantwortlich. Die Verantwortung des Einzelnen kann nicht eingefordert werden, weil wir keinen unmittelbaren Zugang haben. Es gibt praktisch keine Informationskampagne, die sich ausschließlich an die Erwachsenen richtet. Das ist eine völlig unzureichende Situation.

PERI GROUP: Wieso ist es sinnvoll, die Bevölkerung ab einem Alter von fünfzig Jahren mit einer Impfung zu schützen?

Köller: Wir haben in Österreich zwischen 9000 und 12.000 Pneumokokken-Infektionen pro Jahr, zehn bis zwanzig Prozent der Erkrankten sterben daran, also rund 1000 bis 1500 Menschen. Achtzig Prozent dieser Todesfälle sind der Bevölkerungsgruppe 60plus zuzurechnen. Ein logischer Schluss daraus ist, bei den älteren Menschen auf eine



höhere Durchimpfungsrate hinarbeiten. Für den geriatrischen Bereich gibt es Zahlen, denen zufolge nur zehn Prozent der zu Impfinden gegen Pneumokokken geimpft sind. Warum diese Zahl so niedrig ist, liegt zu einem hohen Anteil an der mangelnden Information und Aufklärung. Auch die Frage der Kosten ist nicht unbedeutend. Zu guter Letzt spielt noch die Zugangsschwelle eine Rolle, also Faktoren wie die Organisation des Impfstoffes oder die Wartezeit beim Arzt etc. Dieses Problem kann wahrscheinlich durch niederschwellige Aktionen verbessert werden. Damit meine ich nicht, dass Impfungen von nichtärztlichem Personal durchgeführt werden sollen, aber wir sind aufgerufen, uns Dinge zu überlegen, wie wir diese Schwelle überwinden.

Wiedermann-Schmidt: Viele Erwachsene der Generation 50plus lassen sich nicht mehr impfen, weil sie einerseits denken, schon zu alt dafür zu sein, andererseits weil sie glauben, von früheren Impfungen noch geschützt zu sein, und nicht bedenken, dass das Immunsystem mit dem Alter generell schwächer wird. In dieser Hinsicht ist viel Aufklärungsarbeit zu leisten, um das Bewusstsein dafür sowie die Eigenverantwortung zu schärfen. Impfen ist nicht nur Kindersache. Was meiner Ansicht nach die Impfbereitschaft wieder wesentlich steigern würde, wäre ein unbürokratischer Zugang. Jemand, der sich impfen lassen möchte, wird sich zunächst von seinem Arzt des Vertrauens beraten lassen, muss den Impfstoff aber dann aus der Apotheke beziehen und wieder zum Arzt. Das ist nicht nur zeitraubend, sondern beschwerlich – abgesehen davon, dass die Gefahr besteht, dass die Kühlkette unterbrochen wird und der Impfstoff möglicherweise



wegen falscher Lagerung an Wirksamkeit verliert. Eine Möglichkeit wäre, dass sich jeder Impfarzt ein Depot zurechtlegen kann. Je leichter der Zugang ist, desto eher wird das Angebot auch angenommen.

Kunze: Die niedrige Pneumokokken-Durchimpfungsrate bei Erwachsenen in Österreich lässt sich meines Erachtens auch durch die falsche Wahrnehmung dieser Impfung – sowohl aufseiten der Ärzte als auch bei den Patienten – erklären. Die Pneumokokken-Impfung läuft Gefahr, wie die Influenza-Vakzine als saisonale Impfung eingeschätzt zu werden, was sie de facto nicht ist, denn für Pneumokokken gibt es keine

einem alten Menschen hilft, demnach nicht kosteneffektiv? Dann sind wir bei der Debatte, ob 85-Jährige noch gegen Influenza geimpft werden sollen – das ist ethisch mehr als bedenklich.

PERI GROUP: In den USA ist beim Eintritt in den Kindergarten und Schule klar, dass ein Impfstatus gegeben sein muss. Die Impfungen sind zum Teil also Voraussetzung für den Eintritt in gewisse Institutionen. Wäre es vorstellbar, dass hierzulande z. B. nur eine Aufnahme in ein Altenpflegeheim nach erfolgter Pneumokokken-Impfung möglich ist?

lich besseres Image hätte und Impfungen grundsätzlich als etwas Sinnvolles wahrgenommen würden. Nehmen wir als Beispiel die Gelbfieberimpfung, die für die Einreise in manche Länder verpflichtend ist. Die Sinnhaftigkeit einer verpflichtenden Impfung würde in diesem Kontext niemals in Frage gestellt werden. Bei medizinischem Personal sehe ich ebenfalls eine Ausnahme.

Blecha: Eine gesetzlich verordnete Impfpflicht ist eine Illusion. Ausnahmen könnte ich mir nur in Einzelfällen vorstellen.

PERI GROUP: Untersuchungen zufolge gibt es in Österreich rund fünf Prozent aktive Impfgegner, die aber fünfzig Prozent der medialen Aufmerksamkeit bekommen. Welche Rolle spielen die Medien in der Berichterstattung zum Thema Impfen?

Wiedermann-Schmidt: Gerade beim Thema Impfen bekommt man rasch den Eindruck, dass Medien tendenziell eher negativ berichten, Stichwort „bad news are good news“. Die HPV-Impfung war das beste Beispiel dafür, wie mediale (falsche) Berichterstattung eine sinnvolle und gute Impfung so in Misskredit gebracht hat, dass die Impfbereitschaft dramatisch eingebrochen ist. Dazu kommt die Tatsache, dass die so genannten fundamentalistischen Impfgegner hervorragend organisiert sind, vor allem was deren Vernetzung via neue Medien anbelangt.

Kunze: Wir müssen lernen, wie die Medien ticken, und uns diese Mechanismen besser zunutze machen. Weiters ist es ganz wichtig, dass wir davon wegkommen, uns nur anlassbezogen zu Wort zu melden. Wesentlich effektiver wäre es, eine permanente Informationspolitik zu betreiben, sodass negative Einzelmeldungen schneller in Vergessenheit geraten. Diese Aufgabe sehe ich aufseiten des Gesundheitsministeriums und aller Stakeholder des Impfwesens. Kontinuierliche, unabhängige, ausgewogene Berichterstattung – darin bestünde eine Chance zur Imageverbesserung.

König: Ich möchte noch einen Aspekt erwähnen, der in dieser Diskussion ebenfalls berücksichtigt werden muss: Wir leben in einer Zeit der totalen Entsolidarisierung. Das heißt, keine Gruppe fühlt sich für eine andere verantwortlich. Das ist ein enormer gesellschaftlicher Schaden. Um dies auf den Bereich Impfungen umzumünzen: Personen zwischen zwanzig und sechzig sind dafür verantwortlich, weder alte Menschen noch junge Menschen anzustecken. Berufstätige, die im Arbeitsleben stehen, sind dafür verantwortlich, nicht ihre Kollegenschaft zu infizieren etc. Es gibt demnach viele Zusammenhänge, sodass man kommunizieren müsste, dass jeder nicht nur für sich verantwortlich ist, sondern vielmehr für sein soziales Umfeld. Das muss ins kollektive Bewusstsein, dann werden die Impfungen auch eine andere Wertschätzung bekommen.

Schmitzberger: Sie sprechen mir aus der Seele. Vielleicht können wir dies analog dem Slogan „Große schützen Kleine“ kommunizieren. Die Aussage bringt

es genau auf den Punkt, die Verantwortlichkeit des Individuums ist gefordert.

König: Neben der Verantwortlichkeit ist natürlich die Kostenfrage wesentlich. In Salzburg hat ein Zuschuss zur Pneumokokken-Impfung bei den Kindern dieser zum Durchbruch verholfen. Wir haben die Durchimpfung in den letzten zehn Monaten um 800 Prozent gesteigert. Ursprünglich waren es 320 Kinder, jetzt sind es 2647 Kinder, die eine Pneumokokken-Impfung erhalten haben, und zwar durch einen Zuschuss von zwanzig Euro pro Impfung, unabhängig vom Impfstoff. Ich denke auch, dass man Erwachsenenimpfungen als Bezuschussungsmodelle besser durchsetzen kann, und sehe darin die Politik gefordert. Wenn die Menschen das Gefühl haben, dass sich die zuständige Politik um Zuschüsse bemüht und die Impfung tatsächlich erkennbar günstiger ist – in dem Fall ging es um die Grenze von fünfzig Euro –, dann wird das Angebot auch eher angenommen.

Blecha: Die Geldfrage ist für die ältere Generation von großer Bedeutung. Es ist zu überlegen, diese Zuschüsse sozial zu staffeln.

In der Reihe „Ultima Ratio“ werden regelmäßig aktuelle Themen aus dem österreichischen Gesundheitssystem von Experten aus unterschiedlichen Institutionen debattiert. „Ultima Ratio Excerpt“ ist eine Zusammenfassung dieser Diskussionsrunden. Die Diskussionsrunde „Mehrwert von Impfungen für Erwachsene“ fand mit freundlicher Unterstützung von Pfizer Corporation Austria Gesellschaft m.b.H. statt.

„Saison“. Die „Koppelung“ an die Grippeimpfung ist zudem von Nachteil, da diese ebenso mit einer niedrigen Impfquote und einer gewissen ablehnenden Haltung vonseiten der Bevölkerung zu kämpfen hat.

PERI GROUP: Sind Impfungen das effektivste Mittel der Primärprävention? Oder muss man das von Impfstoff zu Impfstoff untersuchen?

Walter: Ich glaube, dass man das von Impfstoff zu Impfstoff analysieren muss. Bezüglich Pneumokokken gibt es Studien, im Rahmen derer die Kosten-Nutzen-Rechnung einer Impfung analysiert und ab der Altersgruppe 65plus untersucht wurde. Das war eine Vier-Länder-Studie (Belgien, Frankreich, Schottland und Spanien), die die Pneumonie und die invasive Pneumokokken-Infektion auch separat analysiert hat. Man ist zu dem Ergebnis gekommen, dass es kosteneffektiv ist, im Bereich der Pneumokokken sogar zu Kosteneinsparungen geführt hat. Eine ähnliche Untersuchung aus Deutschland aus dem Jahr 2008 kam zum selben Resultat, nämlich dass es für ältere Personen zu Kosteneinsparungen kommt bzw. dass jeder ausgegebene Impfeuro zusätzlich 0,77 Euro an Kosten im klinischen Setting sparen würde und zusätzlich zu einer Reduktion von 1,13 Euro bei den indirekten Kosten führt. Diese Kostenstudien haben sich im Outcome auch auf die Lebensqualität bezogen.

Kunze: Bei der Diskussion um Kosteneffektivität bzw. Kosteneinsparungspotenzial ist der Grat zur ethischen Frage sehr schmal. Ist beispielsweise eine Leistung, die zwar nicht kostengünstig ist, aber

Köller: Aus medizinischer Sicht wäre das sinnvoll. Aus ethischer Sicht werden dabei aber Grenzen der Selbstverantwortung und Autonomie überschritten. Damit bewegen wir uns in einem Bereich, der sehr sensibel zu diskutieren ist und einen gesellschaftlichen Konsens erfordert. Losgelöst vom medizinischen Hintergrund spreche ich mich daher dagegen aus.

Schmitzberger: Ich bin generell gegen Zwangsimpfungen, weil ich denke, dass Herr und Frau Österreicher sich per se relativ wenig vorschreiben lassen möchten. Bei einer zu strikten Reglementierung sehe ich außerdem die Gefahr, dass man genau das Gegenteil erreicht. Diese Erfahrung mache ich auch in meiner eigenen Praxis.

Wiedermann-Schmidt: Alle, die im Gesundheitsbereich tätig sind, haben eine andere Stellung und auch eine größere Verantwortung – und zwar nicht nur sich selbst gegenüber, sondern vor allem gegenüber den Patienten, die unter Umständen selbst nicht geimpft werden können. In diesem Fall trete ich für eine verpflichtende Impfung ein, besonders an Stationen mit sehr vulnerablen Patienten (Immunsupprimierte, Tumorkranke, gynäkologische Abteilungen, Kinderstationen, geriatrische Abteilungen etc.). Ich sehe eine ausreichende Impfersorgung des gesamten Gesundheitspersonals als ethische Verpflichtung an und möchte in diesem Zusammenhang nicht von „Zwangsimpfungen“ sprechen.

Körner: Impfungen, die für die ganze Bevölkerung verpflichtend sind, funktionieren erst dann, wenn das Impfwesen ein wesent-





„Es gibt immer mehr ältere Menschen und für diese ist die Betreuung besonders aufwendig.“

„Steuerung auf Basis guter Motivation“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

Dr. Gert Wiegele ist stellvertretender Obmann der Bundeskurie niedergelassener Ärzte. Mit der Periskop-Redaktion spricht er über das Haus- bzw. Vertrauensarzt-papier sowie über das Landärztesterben. Eingehend schildert er dessen Konsequenzen und seine Forderungen an die Gesundheitspolitik, um es aufzuhalten.

Dr. Gert Wiegele ist in seiner Funktion als stellvertretender Obmann der Bundeskurie niedergelassener Ärzte besonders an einer Verbesserung der medizinischen Versorgung im niedergelassenen Bereich interessiert. Einen Beitrag dazu soll auch das „Hausarzt- bzw. Vertrauensarzt-papier“ leisten, welches er innerhalb der österreichischen Ärztekammer zur Diskussion gebracht hat und das anschließend von der Bundeskurie niedergelassener ÄrztInnen der ÖÄK beschlossen worden ist. Mit dem Hausarzt- bzw. Vertrauensarzt-papier soll der niedergelassene Bereich nachhaltig gestärkt werden. Das sei nötig, um erste Folgen der Überbelastung des niedergelassenen Bereichs wie



das Hausärztesterben am Land aufzuhalten. „Wir bemühen uns schon lange, auf die Probleme der Hausärzte am Land aufmerksam zu machen. Diese verstärken sich nämlich zunehmend. In Zukunft wird es schwieriger sein, die primärmedizinische Versorgung in ländlichen Regionen sicherzustellen, weil das Berufsbild für Ärzte am Land heute nicht mehr so attraktiv ist, wie es einmal war“, erklärt Wiegele. Einen der Gründe dafür sieht er in der zeitlichen Arbeitsbelastung durch Bereitschafts- und Nachtdienste. „Die Betreuungspflichten nehmen ständig zu. Es gibt immer mehr ältere Menschen, und für diese ist die Versorgung besonders aufwendig“, so Wiegele. Weitere Ursachen sieht der Mediziner im größeren administrativen Aufwand sowie in den kürzeren Krankenhausaufenthalten und der daraus folgenden Verlagerung der Betreuung in den niedergelassenen Bereich. „Operationsaufenthalte dauern heute oft nur mehr sechs, sieben Tage, früher waren es bis zu zwei Wochen. Es sind viele Leistungen vom Krankenhaus in den niedergelassenen Bereich verlagert worden.“ Aber auch beim Verdienst erkennt Wiegele Gründe für die Unattraktivität dieser Stellen. „Was die Bezahlung betrifft, wird es immer schwieriger. Bei den Allgemeinmedizinern gibt es im Vergleich mit anderen Fachgebieten deutliche Einkommensunterschiede.“ Diese würden von der Hausapothekenproblematik noch verstärkt. Die Hausapotheke sei für viele Ärzte am Land ein wesentlicher Teil ihres Einkommens. Ohne sie wären viele Mediziner hier wirtschaftlich nicht lebensfähig. „Wenn man mir meine Hausapotheke jetzt wegnähme, weil eine öffentliche Apotheke aufmachen würde, dann wäre diese Stelle nicht mehr nachzubesetzen.“

Denn keiner tut sich das unter diesen Voraussetzungen heute noch an. Ich führe mit meinen drei Mitarbeitern ja auch einen Wirtschaftsbetrieb, den ich erhalten muss. Ich muss mir mein Einkommen mit den Kassenverträgen erarbeiten, und wenn das nicht mehr funktioniert, wird diese Stelle keiner mehr annehmen“, betont Wiegele.

Work-Life-Balance auch am Land wichtig

Mit zunehmendem Betreuungsaufwand und Bereitschaftsdiensten häufen sich Überstunden an, die der medizinische Nachwuchs laut Wiegele nicht mehr bereit ist zu erbringen. „Junge Kollegen haben heute andere Vorstellungen, als wir sie noch hatten. In einem Tal, in dem es nur zwei Ärzte gibt, in einem Zweierad zu arbeiten, mit Bereitschaftsdiensten am Wochenende – dafür sind viele nicht mehr zu haben. Beruf und Familie lassen sich nicht immer reibungslos unter einen Hut bringen. Deswegen werden diese Stellen am Land nicht mehr so leicht nachbesetzt“, erklärt Wiegele. Darüber hinaus gebe es auch zu wenig medizinischen Nachwuchs. Eine kommende Pensionierungswelle werde den Ärztemangel zusätzlich begünstigen. „An der Grazer Universität werden lediglich 300 Studenten aufgenommen, und auch wenn es nur eine geringe Drop-out-Quote gibt, werden etwa 280 fertig. Diese können den Nachholbedarf, den es in diesem Bereich gibt, nicht decken.“

Die Ärzte haben auch einen Generationenbruch in ihrer Alterspyramide. In den nächsten acht bis zehn Jahren werden ca. dreißig Prozent der niedergelassenen und der Spitalsärzte in Pension gehen, da sie heute alle um die 55 bis sechzig Jahre alt sind. Es wird eine sehr hohe Nachfrage nach niedergelassenen und Spitalsärzten geben. Dann können Praxen in Tirol, Salzburg und Vorarlberg nicht mehr nachbesetzt werden“, erläutert Wiegele.

Beruf muss attraktiver gemacht werden

Um den Beruf attraktiver zu gestalten, sieht der Mediziner vor allem die Politik gefordert zu handeln. „Die Verantwortlichen in der Politik sollten das Problem erkennen und nicht nur sagen, da jammern Ärzte ums Einkommen. Sie sollen sich das wirklich anschauen und Maßnahmen ergreifen“, so Wiegele. Es gelte hier Ressourcen aufzubauen. „Wir brauchen in verschiedenen Bereichen mehr niedergelassene Mediziner, mehr Augen- und Kinderärzte sowie jugendpsychiatrische Betreuung im Kassenbereich. Niederösterreich hat unter großem Druck fünf kinderpsychiatrische Kassenstellen bekommen, aber im Rest Österreichs gibt es das nicht. Wir haben nicht einmal das Instrumentarium in der Hand, die Betreuung sicherzustellen. Es passiert das Gegenteil: Im neuen ASVG gibt es eine Regelung, dass die Sozialversicherung bei jeder nachzubesetzenden Stelle die Wirtschaftlichkeit prüfen kann. Sie kann damit die Nachbesetzung der Kassenstelle bis zu einem Jahr hinauszögern. Der niedergelassene Bereich wird nicht gestärkt, sondern ausgedünnt. Er wird immer weniger leistungsfähig gemacht“, erklärt Wiegele betroffen.

Motivation als Basis

Das Hausarzt- bzw. Vertrauensarzt-papier soll den niedergelassenen Bereich stärken. „Wir wollen die Bevölkerung und den Patienten unter Bewahrung seiner Rechte freiwillig oder mit Belohnung dazu bringen, dass er ‚unten‘ ins System einsteigt. Das kann neben dem Allgemeinmediziner auch beim Facharzt sein. Der Gynäkologe für die Frau, der Kinderarzt fürs Kind. Eine Steuerung auf Basis von guter Motivation und Freiwilligkeit. Es geht uns darum, dass die Patienten unten ins System einsteigen und die Versorgungspyramide dort benützen, wo es notwendig ist. Nur so können langfristig Kosten gespart werden“, so Wiegele. Denkbar wäre es für den Experten, den Vertrauensarzt auf der E-Card zu registrieren. „Wenn man sich einen Vertrauensarzt ausgesucht hat, erscheint dieser auf der E-Card. Somit weiß jeder Mediziner, der den Patienten im Krankenhaus betreut, wer sein Vertrauensarzt ist, und schickt automatisch die Befunde dorthin.“ Wichtig ist für Wiegele die Freiwilligkeit. „Wenn man jemanden dazu bekommt, freiwillig unten einzusteigen, gibt es für ihn ein Bonusssystem. Beispielsweise eine Rezeptgebührenbefreiung oder eine Bonifizierung des Sozialversicherungsbeitrags für das nächste Jahr und dergleichen. Man könnte sehr kreativ darin sein, Menschen dazu zu bringen, sorgsam mit den ‚allgemeinen‘ Ressourcen umzugehen. Dadurch könnte auch ein Ärztehopping, wie es durch die E-Card begünstigt wird, eingeschränkt werden“, erklärt Wiegele.

Biobox:

Dr. Gert Wiegele hat in Graz Medizin studiert und seinen Turnus ebenfalls dort absolviert. Seit 1985 ist er praktischer Arzt in Weißenstein und seit 1991 standespolitisch tätig. Dr. Gert Wiegele ist verheiratet, hat drei Kinder und widmet seine Freizeit Skitouren und dem Fliegenfischen.



Wie im Vorjahr empfing der dänische Botschafter Seine Exzellenz Torben Brylle auch heuer wieder hochrangige Vertreter und Vertreterinnen des österreichischen Gesundheitswesens in seiner Residenz. Auf Initiative des dänischen Unternehmens Coloplast und aus dem aktuellen Anlass der dänischen EU-Präsidentschaft fanden sich die Gäste ein, um unter dem Motto „Herausforderungen für Gesundheitssysteme im europäischen Kontext“ einen gemütlichen Abend zu verbringen und dabei den Dialog zu pflegen. Gastredner Prof. Mickael Bech, PhD, Gesundheitsökonom an der Syddansk Universität, begeisterte mit einem ebenso interessanten wie amüsanten Festvortrag über Gesundheitssysteme der Zukunft, aktuelle Erfolgsmodelle und internationale Veränderungstendenzen im Gesundheitswesen.

duktnutzen für den Endverbraucher tief in der DNA des Unternehmens verankert. „Jede neue Produktentwicklung passiert unter dem Credo ‚Listening and Responding‘ und geht mit der langfristigen und engen Einbindung von End-Usern einher, da diese die wirklichen Experten sind“, so Simon Ravnbak, Geschäftsführer von Coloplast Österreich in seinen Begrüßungsworten. Darüber hinaus sei der Meinungs-austausch mit allen weiteren Beteiligten – etwa Angehörigen, Krankenpflegepersonal, Ärzten oder der Politik – stets eine wesentliche Säule, um Produkte weiterzuentwickeln und Endverbraucherbedürfnisse bestmöglich zu befriedigen.

Angesichts der anhaltenden wirtschaftlichen Krisenstimmung, welche allorts Einschränkungen nach sich zieht, sind zur Wei-

Aufbrechen alter Paradigmen entgegen der Erwartungen oft auch mehrheitsfähig sei. Die Unantastbarkeit gewisser Themen aus Furcht vor Interessenkonflikten oder politischen Negativkonsequenzen sollte man in einer offenen Gesellschaft vor allem dann ablegen, wenn der Nutzen für System und Individuum weitgehend aufgezeigt werden kann. Als Succus seiner Ausführungen prophezeite Prof. Bech den Systemen eine Abkehr des vielfach unhinterfragten Prinzips „Geld folgt Leistung“, da es schlichtweg unleistbar sein werde, qualitätsferne Leistungen nach Kriterien der Quantität zu honorieren. Daraus werden bedeutende Anpassungen von Reimbursement-Schemata, insbesondere mit besseren Qualitätskontrollen, hervorgehen. Auch werden Organisations- und Strukturanpassungen – welche

speziell an Healthcare-Professionals neue Herausforderungen stellen werden – notwendig sein, um für die Zukunft gerüstet zu sein.

Diskussion als Lösungsansatz

Bei der lebhaften Diskussion im Anschluss an den beeindruckenden Vortrag von Prof. Bech meldeten sich Vertreter der unterschiedlichen Bereiche des österreichischen Gesundheitssystems zu Wort. Aus politischer Sicht war man sich einig, dass neue Lösungsansätze nicht nur der demografischen Entwicklung, sondern auch der sozialen Ungleichheit Rechnung tragen müssten. Chronische Krankheiten betreffen Randgruppen in einem vergleichsweise höheren Maß. Darüber hinaus wurde die Problematik des „Silo-Denkens“ debattiert, welches oftmals die falschen Anreize setzt und verhindert, effiziente Versorgungsstrukturen im Sinne des Patienten auf die Beine zu stellen. Die dafür notwendige stärkere Transparenz und Vernetzung seitens der Gesundheitsinstitutionen war in diesem Zusammenhang eine wünschenswerte Forderung. Der Empfang in der Residenz des dänischen Botschafters möchte den Dialog zwischen allen Beteiligten des Gesundheitssystems etablieren und auch weiterhin aufrechterhalten. Dem in Herrn Ravnbaks Ausführungen



Festlich reception den 16.11.2011 i den danske ambassadørs private residens i Wien

MAG. (FH) ALEXANDER SCHAUFLINGER, MA



terentwicklung vor allem nachhaltige Modelle gefragt. Coloplast ist überzeugt, dass Qualität als einer der wichtigsten Parameter für Patienten auch in Zukunft vorrangig sein wird. „Das alleinige Drehen an der Preisschraube wird einer positiven Entwicklung der Versorgungseffizienz und -qualität im Gesundheitswesen keinen guten Dienst erweisen“, konstatierte auch Prof. Mickael Bech in seinem Impulsstatement.

Gesundheitssysteme im Wandel – aber wohin?

Gesundheitsökonom und Reimbursement-Spezialist Prof. Mickael Bech schilderte als Einstieg in sein Impulsreferat die größten Herausforderungen, vor denen die Gesundheitssysteme aktuell stehen: Aufgrund der demografischen Entwicklung,

sondern auch der sozialen Ungleichheit Rechnung tragen müssten. Chronische Krankheiten betreffen Randgruppen in einem vergleichsweise höheren Maß. Darüber hinaus wurde die Problematik des „Silo-Denkens“ debattiert, welches oftmals die falschen Anreize setzt und verhindert, effiziente Versorgungsstrukturen im Sinne des Patienten auf die Beine zu stellen. Die dafür notwendige stärkere Transparenz und Vernetzung seitens der Gesundheitsinstitutionen war in diesem Zusammenhang eine wünschenswerte Forderung. Der Empfang in der Residenz des dänischen Botschafters möchte den Dialog zwischen allen Beteiligten des Gesundheitssystems etablieren und auch weiterhin aufrechterhalten. Dem in Herrn Ravnbaks Ausführungen



Offener Dialog im Mittelpunkt

Im Königlich Dänischen Ambiente standen auch dieses Jahr der Dialog zwischen Dänemark und Österreich sowie der konstruktive Austausch der Entscheider des heimischen Gesundheitswesens im Vordergrund. Wie der Botschafter in seiner Begrüßung betonte, war es ihm „ein besonderes Anliegen, eine Möglichkeit des Austausches über zeitgemäße und oftmals auch gegensätzliche Ansprüche in der Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens zu bieten. Coloplast wird als traditionsreiches dänisches Medizinprodukte-Unternehmen mit österreichischer Niederlassung seiner partnerschaftlichen, dem Dialog verpflichteten Rolle bestens gerecht.“

Qualität und Innovation für den Patienten

Die Wurzeln von Coloplast reichen bis in das Jahr 1957 zurück, in dem die Krankenschwester Elise Sørensen beschloss, die Lebensqualität von Patienten, welche tagtäglich auf Kontinenz- und Stomaversorgung angewiesen sind, zu verbessern. Seit diesem Tag sind Qualität, Innovation und der bestmögliche Pro-

durch welche die aktiv Erwerbstätigen kontinuierlich weniger werden, werde künftig nicht nur das Pflgethema stärker ins Zentrum rücken, sondern vor allem die weitgehende Gesunderhaltung bis ins hohe Alter (Stichwort „healthy ageing“) eine wesentliche Rolle spielen. Auch laufend steigende Erwartungen an eine immer stärker personalisierte Gesundheitsversorgung wie auch der Qualitätsanspruch bei Produkten würden maßgeblich an Bedeutung gewinnen. Um diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen, bedürfe es laut Prof. Bech neben einer Anpassung von Prozessen in den Gesundheitssystemen auch einer stärkeren Orientierung in Richtung integrierte Versorgung und Prävention. Dass damit auch viele politische Herausforderungen verbunden seien, sei eine logische Folge.

Quality-Healthcare

Basierend auf Best-Practice-Beispielen aus ganz Europa, welche als nachhaltige Modelle für die Zukunftsfähigkeit von Gesundheitssystemen herangezogen werden können, schilderte Prof. Bech auf sehr nachvollziehbare Weise, dass speziell das



geäußerten Anliegen, alle Perspektiven – seien es jene der politischen Repräsentanten, der Gesundheitsinstitutionen, der medizinischen Stakeholder oder der anwesenden Patientenvertreter – gleichwertig in die Diskussion einzubinden, wurde beim Festempfang voll und ganz entsprochen.

Neuer Wegweiser für das bessere Verständnis von Menschen mit Migrationshintergrund

Ein neues Handbuch und ein Leitfaden dieses Titels vermittelt Medizinern nun jenes Wissen über behandlungsrelevante Werthaltungen anderer Kulturen und Religionen, das ihnen an österreichischen Universitäten noch immer vorenthalten wird.

„Was Menschen von ihrem behandelnden Arzt oder ihrer behandelnden Ärztin erhoffen, ist nicht nur fachliche Kompetenz – die dürften sie bei jedem österreichischen Mediziner voraussetzen –, sondern darüber hinaus eine menschliche Beziehung, in der sie in ihren Sorgen, Nöten und Ängsten ernst genommen und verstanden werden“, so Walter Dorner, Präsident der Wiener und der Österreichischen Ärztekammer, bei einem Hintergrundgespräch mit Journalisten. Präsentiert wurden das Handbuch und der Leitfaden „Interkulturell kompetent“, ein neues Basiswerk für den Umgang von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten aus anderen Kulturkreisen oder mit anderen Religionen.

Dorner: „Im Kontakt mit der Vielzahl an Menschen mit Migrationshintergrund stehen Ärztinnen und Ärzte immer wieder vor Herausforderungen, auf die sie in ihrem Studium nicht vorbereitet wurden.“ Kulturell, sozial und spirituell bedingte Unterschiede in der Sicht auf die Welt und das Menschsein, unterschiedliche Kommunikationsmuster, Darstellungsweisen und Entscheidungsmodalitäten, aber auch kulturspezifische Strategien im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, Schmerz und Tod können zu folgenschweren Missverständnissen und Störungen in der Beziehung zwischen Ärztinnen oder Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten führen.

„Um Menschlichkeit nicht nur zu beabsichtigen, sondern auch effektiv leben und vermitteln zu können, benötigen Ärztinnen und Ärzte daher einen grundlegenden Wissensstand über das Spektrum und die Implikationen der vielfältigen kulturellen Hintergründe, aus denen heraus sich Patientinnen und Patienten an sie wenden können“, so Dorner. „Der Leitfaden und das Handbuch ‚Interkulturell kompetent‘, die von der Wiener Ärztekammer mitfinanziert wurden, sind die dringend nötige Antwort auf dieses Bedürfnis, gerade in Wien mit seiner jahrhundertelangen interkulturellen Tradition. Wir hoffen aber sehr, dass auch andere Landeskammern darauf zurückgreifen werden.“



DAS BUCH ZUM THEMA:

„Interkulturell kompetent – ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte“

von Michael Peintinger,
Wien (Hrsg.) 2011.
463 Seiten.
ISBN 978-3-7089-0719-2.
Facultas Verlag, Wien.

Ein ständiger Begleiter

Das Handbuch „Interkulturell kompetent“ erläutert in mehr als 25 Beiträgen namhafter Experten die Vielzahl an Werthaltungen, denen Ärztinnen und Ärzte heute in den diversen Aspekten ihrer Kommunikation mit Patientinnen und Patienten unterschiedlicher kultureller, sozialer und spiritueller Herkunft begegnen. Beispiele dafür sind der Umgang mit Schmerz und Tod, verschiedene Konzepte von Selbstbestimmung, gesundheitliche Auswirkungen religiöser Ernährungsvorschriften, sich aus der Sprachlosigkeit vor allem weiblicher Migranten ergebende Probleme und ganz allgemein der Umgang mit Sprach- und Übersetzungsschwierigkeiten.

Der Leitfaden gleichen Titels und Inhaltsverzeichnis ist als Kurznachschlagewerk in geraffter Form angelegt.

„Der Leitfaden versteht sich als ständiger Begleiter, der zum raschen Nachschlagen auf jedem Ordinationstisch bereitliegen sollte. Er wird zunächst allen Wiener Ärztinnen und Ärzten mit Kassenvertrag zur Verfügung gestellt“, so Michael Peintinger, Herausgeber von Handbuch und Leitfaden, Facharzt für Anäs-

thesiologie und Intensivmedizin, Referent für Ethik und Palliativmedizin der Ärztekammer für Wien und Lehrbeauftragter für Medizinethik an sechs österreichischen Universitäten und Fachhochschulen. „Das Handbuch enthält vertiefende Information für die Lektüre zu Hause, abseits der gedrängten Ordinationszeiten, wobei die im Leitfaden angegebenen Seitenangaben direkt zu den entsprechenden Stellen im Handbuch führen.“

Vorgestellt wurde das Werk auch den Wiener Krankenanstalten sowie den Ärztekammern der anderen Bundesländer. Ärztekammerpräsident Dorner: „Wir hoffen sehr, dass viele Kolleginnen und Kollegen auf diesen großartigen Beitrag zu einer menschlicheren Medizin zurückkommen werden.“

„Die Grundabsicht des Werks ist es, das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten und die fachliche medizinische Kompetenz ihrer Ärztinnen und Ärzte miteinander in Einklang zu bringen“, so Peintinger. „Das ist heute die wesentlichste Herausforderung der Arzt-Patienten-Beziehung – im Übrigen nicht nur im Umgang mit Migrantinnen und Migranten. Dafür braucht es zweierlei: erstens die Information der Patientinnen und Patienten durch die Ärztinnen und Ärzte in einer verständlichen Weise; zweitens die Information der Ärztinnen und Ärzte über die Werthaltungen der Patientinnen und Patienten, auf deren Basis diese ihre Lebensentscheidungen treffen. Denn nur so können Ärztinnen und Ärzte diese in ihre Beratung überhaupt einbeziehen. Und nur so kann eine einseitig symptomorientierte ‚Reparaturmentalität‘ vermieden und können die Patientinnen und Patienten in ihrer Gesamtheit als Menschen gesehen und gewürdigt werden.“

Kommunikationsprobleme

Kommunikation ist das tragende Element jeder Arzt-Patienten-Beziehung. „Dass dieses Thema im Medizinstudium nicht den Stellenwert einnimmt, der ihm zukommt, ist ein offenes Geheimnis“, so Dorner. Schon in den 1970er-Jahren, am Höhepunkt der „Gastarbeiterwelle“, die aus dem damaligen Jugoslawien nach Österreich strömte, hatte die Wiener Ärztekammer deshalb die lange Tradition Wiens im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen wieder aufgenommen und eine Informationsbroschüre mit den im medizinischen Alltag wichtigsten serbokroatischen Ausdrücken herausgegeben.

Die heutige Situation ist jedoch wesentlich komplexer. „War diese Gruppe fremdsprachiger Patienten weitgehend homogen, so geht es heute darum, einem wesentlich größeren und vielschichtigeren Personenkreis verschiedener ethnischer Herkunft, unterschiedlichen kulturellen Hintergrunds und mannigfacher religiöser Orientierung gerecht zu werden“, so Peintinger. „Wer die gelebte Praxis kennt, weiß, wie oft beiderseitiges Unverständnis dieser Verschiedenheiten zu einer unbefriedigenden und keineswegs heilsamen Arzt-Patienten-Beziehung sowie zu suboptimalen Therapieverläufen führt.“

Peintinger weiter: „Wir müssen die Vielzahl möglicher und von uns abweichender Werthaltungen kennen und verstehen lernen, denn gerade in der Situation von Krankheit und Leiden offenbaren sich kulturelle Eigenheiten ganz besonders. Deshalb gibt es nun den Leitfaden und das Handbuch, um unseren Kolleginnen und Kollegen jenes essenzielle Wissen nachzureichen, das

„Interkulturell kompetent“: Diesen Anspruch sollten Ärztinnen und Ärzte auch in Österreich erfüllen, um mit Patienten mit Migrationshintergrund eine heilsame, auf beiderseitiger Selbstbestimmung begründete Beziehung aufbauen zu können.

Dr. Michael Peintinger



ihnen an Universitäten und in postpromotionellen Fortbildungen teilweise immer noch vorenthalten wird.“

Wertorientierte Selbstbestimmung

Das ethische Fundament jeder Behandlungsentscheidung muss die Selbstbestimmung beider Partner – des Arztes und des Patienten – sein. Zu jedem Schritt, den Ärztinnen und Ärzte aufgrund ihres medizinischen Wissens vorschlagen, müssen Patientinnen und Patienten ihr informiertes Einverständnis geben. „Diese Entscheidung erfolgt jedoch nicht zufällig, sondern aufgrund einer Wertorientierung und/oder des Glaubens eines Menschen, auf deren Basis er seine Lebensentscheidungen trifft“, erläuterte Peintinger. „Diese Wertorientierung zu verstehen und miteinzubeziehen ist Teil der Fürsorgepflicht von Medizinern. Dazu bedarf es einer hochwertigen Kommunikation, die eben nicht nur an Symptomen, sondern auch an diesen Werten orientiert ist. Vielleicht hat Schmerzfreiheit für einen Patienten nicht die gleich hohe Priorität wie für den Arzt, vielleicht sogar eine höhere. Vielleicht ist die Natürlichkeit des Geburtsvorgangs für eine werdende Mutter wichtiger als die zusätzliche Sicherheit des Kaiserschnitts. Vielleicht bedeutet das Sprechen über quälende Symptome für einen Patienten einen Tabubruch. Vielleicht bedeuten Ausdrücke und Metaphern, die der Patient verwendet, in seiner Kultur etwas ganz anderes als bei uns.“

Das alles gilt es herauszufinden und zu berücksichtigen, soll die Kommunikation zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient zielführend und möglichst frei von Missverständnissen verlaufen.

Fürsorge und Selbstbestimmung gehören zusammen

Für viele – noch im althergebrachten „paternalistischen“ Medizinsystem ausgebildeten – Ärztinnen und Ärzte kann die Vorstellung eines selbstbestimmten Patienten Ängste auslösen. „Dem liegt allerdings ein Missverständnis zugrunde, mit dem wir in dem Handbuch hoffentlich wirkungsvoll aufräumen“, so Peintinger. „Zwar verlieren Arzt oder Ärztin ihren Nimbus als ‚Götter in Weiß‘, ihre Fürsorge für ihre Patientinnen oder Patienten geben sie damit aber nicht ab. Ganz im Gegenteil: Denn wer auf die individuelle Welt- und Selbstsicht seiner Patientin oder seines Patienten eingeht, sie oder ihn in ihrer bzw. seiner Ganzheit und damit auch ihren respektive seinen sozialen, psychischseelischen und spirituellen Bezügen sieht, sorgt erst wirklich für sie oder ihn. So schafft man eine Beziehung, die, weil sie auf echter Begegnung beruht, für beide Seiten tief befriedigend sein kann.“

Und auch ein zweites häufiges Missverständnis wird in dem neuen Handbuch aufgeklärt: Toleranz bedeutet nicht Beliebigkeit und auch nicht, den eigenen Standpunkt aufzugeben. Peintinger: „Auch im interkulturellen Dialog ist von Ärztinnen und Ärzten nicht gefordert, einfach zu tun, was Patientinnen oder Patienten von ihnen wünschen, oder lediglich zuzuhören. Tolerant kann man nur sein, wenn man auf Basis seiner eigenen Werte, die einem bewusst sein müssen, akzeptiert, dass ein anderer Mensch eine andere Überzeugung vertritt. Erst dann entsteht wertorientierter Austausch. Auch Patientinnen und Patienten haben das Recht zu erfahren, welche Werte dem Arzt oder der Ärztin wichtig sind und warum.“

36. Welldone Lounge:

VÖLKERBALL!

Die Lounge der Völker und Kulturen. Global. Sozial. Völkerball!



UNTER DIESEM MOTTO LÄUTETE DIE WELLDONE GMBH, WERBUNG UND PR AM 8. NOVEMBER MIT DER 36. WELLDONE LOUNGE IM MUSEUM FÜR VÖLKERKUNDE DIE BALLSAISON EIN. RUDOLF HUNDSTORFER, BUNDES-MINISTER FÜR ARBEIT, SOZIALES UND KONSUMENTENSCHUTZ, FUNGIERTE ALS KEYNOTE-SPEAKER.

Ganz unter dem Motto „Völkerball: Die Lounge der Völker und Kulturen. Global. Sozial.“ stand die 36. Welldone Lounge, bei der die rund 350 geladenen Gäste dem Impulsreferat von Sozialminister Rudolf Hundstorfer folgten, der die lange „Welldone Lounge“-Tradition hochrangiger Gastvorträge fortführte. Das Museum für Völkerkunde – mit vielen bunten Designs aus aller Welt dekoriert – erwies sich als ideale Location, um VertreterInnen aus Politik und Wirtschaft sowie aus dem österreichischen Gesundheitswesen zum Meinungs austausch 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 Rudolf Hundstorfer zum Motto des Abends.

Zuwanderung als Herausforderung und Chance

In seinem Impuls Vortrag referierte Sozialminister Rudolf Hundstorfer über Herausforderungen und Chancen der Migration. Österreich sei ein Land der Zuwanderung. Die Migration habe für den heutigen Wohlstand in Österreich gesorgt. Rund 18,6 Prozent der Bevölkerung Österreichs haben einen Migrationshintergrund. In Punkto Zuwanderung sei vor allem das Thema Arbeitsmarkt ein großes. Bemerkenswert sei, dass einerseits die Zuwanderung von höher Qualifizierten aber auch jener, die nur einen Pflichtschulabschluss haben, zugenommen habe.

Aufgrund der demografischen Entwicklung werde es unter anderem in den nächsten 10 Jahren an mehr als 17.000 Arbeitsplätzen im Pflegebereich mangeln. „Wir brauchen Zuwanderer. Nicht zuletzt deswegen, da ein Mindestmaß an Beschäftigten notwendig ist, um das System aufrechtzuerhalten“, so der Minister. Gleichzeitig verwies Hundstorfer darauf, dass Migranten eine verletzte Gruppe seien und diese mit vielen Nachteilen zu kämpfen hätten. Das betreffe auch den Zugang zum Gesundheitssystem. So würden Migranten das Angebot an Vorsorgemedizin zu wenig nutzen. Die sprachliche Barriere sei hier oft ein Grund dafür. Daraus resultiere, dass chronische Krankheiten ansteigen würden. Migranten hätten beispielsweise ein 3,4-fach höheres Risiko an Diabetes zu erkranken. Es sei wichtig, Zuwanderern gleiche Chancen einzuräumen, in allen Lebenslagen. „Menschen die zu uns kommen, haben Akzeptanz verdient!“, appellierte Sozialminister Rudolf Hundstorfer abschließend.



www.welldone.at

powered by **PERI GROUP**
Einfach umfassend.



01 Rudolf Hundstorfer/Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Robert Riedl/Welldone, Birgit Bernhard/Welldone. **02** Erwin Rebhandl/Am Plus, Rudolf Eisenhuber/AM Plus, Robert Riedl/Welldone, Wilfried Teufel/PERI Marketing & Sales Excellence. **03** Hanns Kratzer/PERI Consulting, Alexander Müller-Vonderlind/AMGEN GmbH. **04** Gerald Radner/Ärztelkammer für Wien, Alfred Radner/Sozial- und Gesundheitspolitisches Forum Universität Linz, Jan Oliver Huber/Verband der Pharmazeutischen Industrie Österreich. **05** Thomas Haslinger/Pharmig, Christiane Körner/Österreichische Apothekerkammer, Heinrich Burggasser/Österreichische Apothekerkammer. **06** Franz Bittner/PERI Human Relations, Thomas Holzgruber/Ärztelkammer für Wien. **07** Robert Körbler/Philips Austria GmbH, Julia Zechberger/Cegetim. **08** Barbara Fritsche/Servier Austria GmbH, Wolfgang Gerold/Pharmazeutische Gehaltsskasse. **09** Karin Risser/Verband der Privatkrankeanstalten Österreichs, Luise Däger-Gregori/Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft, Gabriele Payer-Neundlinger/Betriebsärztin OMV. **10** Günther Saukel, Angelika Rosenberger-Spitz/Fonds Soziales Wien. **11** Rudolf Eisenhuber/AM Plus, Christiane Körner/Österreichische Apothekerkammer, Erwin Rebhandl/Am Plus. **12** Helene Pleniger/Selbsthilfe Rheuma Wien und WU, Friederike Gross/Selbsthilfe Rheuma Wien und WU, Heinrich Gross/Selbsthilfe Rheuma Wien und WU, Hannelore Auringer/Selbsthilfe Rheuma Wien und WU, Christine Pleniger/Selbsthilfe Rheuma Wien und WU. **13** Doris Augustin/Welldone, Susanne Flo/Welldone, Nina Bennett/Welldone, Larissa Horvath/Welldone, Elisabeth Kranawetvogel/Welldone. **14** Markus Zirps/Herba Chemosan Apotheke-AG, Thomas Haslinger/Pharmig. **15** Theresia Phillipi/ELGA GmbH, Susanne Herbek/ELGA GmbH, Hartmut Pelinka/Facharzt für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie. **16** Ursula Haimberger/SMG, Sreen Media GmbH, Wilfried Teufel/PERI Marketing & Sales Excellence. **17** Heinrich Burggasser, Österreichische Apothekerkammer, Christiane Körner/Österreichische Apothekerkammer, Robert Riedl/Welldone. **18** Robert Riedl/Welldone, Rudolf Hundstorfer/Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. **19** Uta Carstanjen/PERI Consulting, Claus Burger/Bristol Myers Squibb GesmbH, Brigitte Pakes/Bristol Myers Squibb GesmbH, Ulrich Lübke/Bristol Myers Squibb GesmbH, Sabine Sauerstingl/Bristol-Myers-Squibb GesmbH. **20** Elke Willimek/Coloplast, Hanns Kratzer/PERI Consulting, Alexander Schauflinger/PERI Consulting, Simon Ravnbak/Coloplast. **21** Peter Pichler/ÖGAM, Ingrid Pichler. **22** Hartmut Pelinka/Facharzt für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie, Jan Oliver Huber/Verband der Pharmazeutischen Industrie Österreich, Franz Bittner/PERI Human Relations, Claudia Wilfing/Biomedizinische Analytikerin, Christiane Körner/Österreichische Apothekerkammer, Heinrich Burggasser, Österreichische Apothekerkammer, Helga Ziech, Gottfried Bahr/Pharmazeutische Gehaltsskasse für Österreich. **23** Helga Thurnher/Selbsthilfegruppe Darmkrebs, Nikolaus Pedarnig/Unidata Geodesign GesmbH, Andrea Ertl/Care Company, Birgit Schmözler/Yakult Österreich GmbH, Bernhard Ludvik/Universitätsklinik für Innere Medizin. **24** Reingard Sand/Servier Austria GmbH, Frédéric Bengold/Servier Austria,



Barbara Fritsche/Servier Austria GmbH. **25** Birgit Bernhard/Welldone, Peter Gorka/Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft. **26** Rüdiger Mohnberg/Gynocom GbmH, Markus Satory, Bristol Myers Squibb GesmbH. **27** Heinz Kühnl-Brady, Sylvia Schwarz, Wiener Krankenanstaltenverbund. **28** Jürgen Rehak/Apothekerkammer Vorarlberg, Brigitte Engin-Deniz/Fachärztin für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Thomas Veitschegger/Oberösterreichische Apothekerkammer. **29** Dominik Niederecker/Pfizer, Christoph Resch/Pfizer, Georg Brandl/Pfizer. **30** David Nalbant/Cegedim. **31** Eva Eder/VAMED-KMB, Martina Lutterschmid/VAMED-KMB, Veronika Fialka-Moser/Medicinische Universität Wien. **32** Peter McDonald/Wirtschaftsbund Österreich, Veronika Häusler/PERI Marketing & Sales Excellence, Stefanie Pingitzer/Lilo Ventures, Robert Riedl/Welldone, Hanns Kratzer/PERI Consulting. **33** Wilfried Teufel/PERI Marketing & Sales Excellence, Stefanie Pingitzer/Lilo Ventures, Robert Riedl/Welldone. **34** Birgit Bernhard/Welldone. **35** Rudolf Hundstorfer/Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. **36** Robert Riedl/Welldone. **37** Jutta Pint, Hans-Peter Petutschnig/Ärztelkammer für Wien. **38** Beatrix Krawany/PERI Marketing & Sales Excellence, Herwig Mühlhans/Eli Lilly GmbH. **39** Andreas Hart/NewMedX GmbH, Benjamin Riedl/Welldone. **40** Birgit Bernhard/Welldone, Thomas Rothbauer/VAMED, Eva Eder/VAMED-KMB. **41** Elfriede Kiraly/Vamed - KMB Krankenhausmanagement und BetriebsführungsgesmbH, Peter Gross. **42** Bernhard Poszvek/Sandoz, Andreas Hart/NewMedX GmbH. **43** Stefan Viasich/SVA der gewerblichen Wirtschaft, Martin Zartl/Bayer Austria GmbH. **44** Claudia Habi/Gesundheit Österreich GmbH, Florian Bachner/Gesundheit Österreich GmbH. **45** Beatrix Krawany/PERI Marketing & Sales Excellence, Regina Pucher/Pfizer. **46** Ernst Kubista/Allgemeines Krankenhaus Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde. **47** Alexandra Ristic/Merck GmbH Österreich, Peter Gorka/Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft, Claudia Werners/Medupha. **48** Emanuel Munkhambwa/Prometheus Verlag, Nina Bennett/Welldone, Sabine Sommer/Welldone, Dietmar Pichler/Welldone. **49** Christoph Saueremann/Joule GmbH, Martin Gleitsmann/Wirtschaftskammer Österreich. **50** Renee Gallo-Daniel/GlaxoSmithKline Pharma GmbH, Jürgen Rehak/Apothekerkammer Vorarlberg. **51** Jan Oliver Huber/Pharmig, Martina Steindl/Kwizda Pharma GmbH. **52** Norbert Haimberger/SMG Screen Media GmbH, Martin Staudinger/BMASK. **53** Rudolf Hundstorfer/Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Karin Risser/Verband der Privatkrankeanstalten Österreichs. **54** Gunnar Grebe/Sanofi-Aventis GmbH, Ines Windisch/Sanofi-Aventis GmbH, Martin Staudinger/BMASK. **55** Heinrich Burggasser/Österreichische Apothekerkammer, Johannes Steinhart/Ärztelkammer für Wien. **56** Herbert Schipper/Österreichische Apothekerkammer, Ulrike Mursch-Edlmayr/Apothekerkammer Oberösterreich. **57** Sonja Reichel/Universimed, Bartosz Chlap/Universimed, Stefanie Pingitzer/Lilo Ventures. **58** Herbert Schipper/Österreichische Apothekerkammer, Thomas Haslinger/Pharmig. **59** Helga Thurnher/Selbsthilfegruppe Darmkrebs, Andrea Ertl/Care Company. **60** Ernst Kubista/Allgemeines Krankenhaus Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde, Wilfried Teufel/PERI Marketing & Sales Excellence, Gunnar Grebe/Sanofi-Aventis GmbH.



AM BEGINN STAND DIE IDEE

Wir Apotheker haben bei unserer täglichen Arbeit immer mit Menschen zu tun. Meist sind es ältere Personen, die sich ihre Medikamente aus ihrer Apotheke holen, und sehr oft sind chronisch Erkrankte darunter. Da wir unsere Beratungsleistung ernst nehmen, sind viele persönliche Beziehungen zu unseren Kunden entstanden und diese danken es uns mit ihrem Vertrauen.

Aufgrund dieser Vertrauensposition werden immer wieder Fragen an uns gerichtet, die mit den Erkrankungen der Menschen zu tun haben. Da geht es nicht um therapeutische Vorschläge, denn diesbezüglich sind unsere Kunden bei ihren Hausärzten gut betreut. Vielmehr geht es häufig darum,

wie ein Blutdruck- oder ein Blutzuckermessgerät funktioniert, zu welcher Tageszeit die verschiedenen Heilmittel am besten eingenommen werden und dergleichen.

Speziell von Diabetikern kommen regelmäßig Fragen, die ihre Krankheit betreffen. Da Diabetes in unserer Gesellschaft eine Geißel geworden ist – es gibt bereits über 600.000 daran erkrankte Menschen in Österreich, davon über 150.000 noch nicht erkannte –, reifte bei uns oberösterreichischen Apothekern der Wunsch, uns stärker als bisher in die Diabetesprogramme der Krankenkassen einzubringen. Damit war die Idee geboren.

Wir haben ein Programm entwickelt, das die bereits vorhandenen Bemühungen der Kassen und der Ärztekammer unterstützt und die Situation von an Diabetes erkrankten Oberösterreicherinnen und Oberösterreichern verbessern könnte. Dieses stellten wir zuerst der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und der Oberösterreichischen Ärztekammer vor. Beide lehnten unseren Vorschlag nicht ab, sondern begannen mit uns einen Dialog und brachten dabei ihre wertvollen Erfahrungen zu diesem Thema ein. Auch das Land – in der Person unseres Landeshauptmanns Dr. Josef Pühringer – und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger machten uns Mut, diesen Weg weiter zu gehen, und sicherten uns ihre Unterstützung zu. Gesundheitsminister Alois Stöger war ebenfalls von unserem Projekt angetan, als wir es ihm vorstellten, und gab uns wertvolle Ratschläge. Wenn man bedenkt, wie oft es in Österreich bei gesundheitspolitischen Fragen Konflikte zwischen Bund, Ländern, Sozialversicherungen sowie Ärzte- und Apothekerkammern gibt, dann freut es mich ganz besonders, dass es uns Oberösterreichern mit vereinten Kräften gelungen ist, für die Zukunft eine noch umfassendere Betreuung von Diabetikerinnen und Diabetikern zu implementieren.

Am Beginn gab es eine Idee, dann kam die Phase der Erarbeitung und in weiterer Folge die Vorstellung unseres Konzepts. Es bedurfte vieler Gespräche mit den Verantwortlichen in unserem Gesundheitssystem. Einiges stellten wir uns leichter vor, als es tatsächlich ist. Doch dank der guten Zusammenarbeit mit allen Verantwortlichen, besonders mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und dem Land Oberösterreich, können wir in unserem Bundesland für unsere Kunden künftig ein wichtiger Baustein im Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv“ werden.

So werden unsere zukünftigen Leistungen für unsere an Diabetes erkrankten Kunden konkret aussehen:

- Es wird die Möglichkeit geben, einen Fragebogen („Find Risk“) auszufüllen, um ein eventuelles Risiko, an Diabetes zu erkranken, aufzuzeigen.
- Nach der Auswertung des Fragebogens und bei erhöhtem Risiko werden die betreffenden Personen zur Abklärung an ihre Hausärzte weitergeleitet.
- Es wird Beratungstage zur Veränderung des persönlichen Lebensstils (Ernährung, Bewegung usw.) geben.
- Die Fragebögen werden – wenn der Kunde zustimmt – anonym ausgewertet.
- Neu diagnostizierte Diabetikerinnen und Diabetiker werden von der Apotheke zur Teilnahme am Programm „Therapie Aktiv“ beim betreuenden Hausarzt motiviert.
- Wenn kein am Disease-Management-Programm Diabetes teilnehmender Arzt in der Region zur Verfügung steht, betreut die Apotheke nach unserem strukturierten Apothekenbetreuungsprogramm und natürlich in abgestimmter Ergänzung zur Diagnose und Therapie des behandelnden Arztes den Betroffenen.

Unsere Erwartungen sind vielfältig. Einerseits wollen wir, dass „Therapie Aktiv“ von mehr Diabetikern angenommen wird und diese Patientengruppe ohne wesentliche multiple Erkrankungen solange wie möglich ein lebenswertes Leben führen kann. Andererseits ist es uns Apothekern ein Bestreben, dass Diabetes gar nicht erst entsteht, meint Ihr Thomas Veitschegger.

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



BUCHREZENSIONEN

HANS W. BOUSSKA: „VIVAT, FLOREAT, CRESCAT“

150 JAHRE ÖSTERREICHISCHER APOTHEKERVERBAND
HERAUSGEBER: ÖSTERREICHISCHER APOTHEKERVERBAND 2011



Die Geschichte des Österreichischen Apothekerverbands kann nicht isoliert betrachtet werden. Politische, wirtschaftliche und soziale Faktoren nahmen und nehmen Einfluss auf dessen Entwicklung und sind von der Geschichte des Vereins nicht zu trennen. Der Band spiegelt ein Stück der Geschichte der Apotheken, des Apothekerwesens und des Apothekerstandes der letzten 150 Jahre wider. Am 16. und 17. September 1861 fand im Grünen Saal der Akademie der Wissenschaften die konstituierende Versammlung des damals neu gegründeten Allgemeinen österreichischen Apothekerverbands statt. Seine Gründung fiel in eine Zeit der großen Umwälzungen. Die ersten Statuten machten die Intention der neuen Berufsvertretung deutlich: „Die Verteidigung und

Förderung der Interessen des Apothekerstandes, die Unterstützung zeitgemäßer Reformen und die Pflege der Pharmazie in wissenschaftlicher und praktischer Richtung.“ Die Ziele haben sich bis heute nicht verändert, im Gegensatz zu den Anforderungen an die öffentlichen Apotheken und die Leistungen in einem sich laufend wandelnden Gesundheitssystem. „Vivat, Floreat, Crescat“ gibt die Geschichte des Apothekerverbands im Kontext zu den gesellschaftlichen Gegebenheiten auf dem Weg ins dritte Jahrtausend wieder. „150 Jahre Österreichischer Apothekerverband“ schildert den Weg zur Gründung, die ersten fünfzig Jahre, den Apothekerverband in der Zeit von 1911 bis zum Ende des Ersten Weltkriegs sowie von 1938 bis 1945, den Neubeginn nach dem Zweiten Weltkrieg sowie den Weg ins dritte Jahrtausend. Weiters legt die Nachlese, die zu den Feierlichkeiten anlässlich des 150-jährigen Bestehens erschienen ist, dar, was der Apothekerverband heute für seine Mitglieder unternimmt. Ein Schwerpunkt wird dabei auf die Dokumentation von Fortbildungen und Kongressen gelegt.

MARGOT SCHMITZ: GEDÄCHTNIS OHNE LÜCKEN

192 SEITEN; FORMAT 13,5 X 21,5 CM; € (A, D) 22,-; 2011
ISBN: 978-3-7015-05395; VERLAG ORAC



Wie können Sie Ihr Gehirn vor dem Einrostern schützen? Angst vor Demenz hat fast jeder. Doch wer sich rechtzeitig darum kümmert, dass seine Interessen nicht erlahmen, Glücksgefühle nicht zu kurz kommen und der Körper gesund und fit bleibt, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch mit neunzig noch hellwach im Kopf sein. Margot Schmitz, Autorin des Bestsellers „Seelenfraß“ und Leiterin des renommierten Brainlive-Instituts für präventiven Gehirnservice weist in diesem Buch den Weg dazu. Mit fünfzig bleiben mindestens 15 Jahre für eine Kehrtwende und dafür, einen Abstieg zu verhindern. Und es ist nie zu spät, Schadensbegrenzung zu betreiben. Tests zur Selbsteinschätzung, ein Essenstraining für genussreiche Nahrungsaufnahme, die gesund und glücklich macht, mit köstlichen Tipps von Starköchin Lisl Wagner-Bacher, dazu die besten Nachdenktrainings als Futter fürs Gehirn, Biofeedback, Musikmedizin und Selbsthypnose als Entspannungsmethoden sowie ein Achtsamkeitstraining für Körpersignale finden sich in diesem Band. Des Weiteren körperliche Bewegung, die die Muskeln ebenso stärkt wie den Geist, und vor allem: Glücksgefühle fürs Gehirn! Alles in allem ein wertvoller Ratgeber, der Mut macht und zeigt, dass niemand der Alzheimer-Bedrohung hilflos ausgeliefert ist.

Biografische Anmerkung zur Verfasserin

Univ.-Doz. Dr. Margot Schmitz ist Psychiaterin, Neurologin und Unternehmensberaterin. Sie habilitierte über Lichttherapie und Depression, ihre Arbeitsschwerpunkte sind Angst, Burnout-Prävention und Alzheimervorsorge. Nach jahrelangen Aufenthalten in Washington und Chicago ist sie heute Vorstand des Instituts für Psychosomatik und des Brainlive-Instituts für präventiven Gehirnservice in Wien. Sie ist auch National Coordinator und Principal Investigator neuer Medikamente der führenden Pharmaunternehmen.

PIONIERLAND OBERÖSTERREICH

Oberösterreich – bundesweit bereits führend in der strukturierten Diabetikerbetreuung – beschreitet zusätzlich einen neuen Weg in der Beratung und Versorgung von Diabetespatienten

VON MAG. SABINE SOMMER

Die Anzahl der diagnostizierten Patienten mit Diabetes wird auf 420.000 für Österreich und ca. 60.000 bis 70.000 für Oberösterreich geschätzt. Den Angaben der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) zufolge sind ca. 180.000 betroffene Österreicher noch nicht diagnostiziert. Ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik hinsichtlich einer optimalen Versorgung dieser Patientengruppe ist es, „unbekannte“ Patienten mit Diabetes zu finden und sie in angemessene Betreuungsstrukturen einzugliedern. Dabei wird in Oberösterreich ein neuer Weg beschritten: Apotheker werden nach einem strukturierten Prozess in die Beratung und Betreuung von Patienten mit Diabetes miteinbezogen und unterstützen so das bestehende Disease-Management-Programm (DMP) „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“.

Ein prominent besetztes Podium stellte kürzlich anlässlich einer Pressekonferenz ein oberösterreichisches Pilotprojekt vor und diskutierte, wie die strukturierte Beratung und Betreuung von Patienten mit Diabetes Typ 2 künftig weiter optimiert werden kann. Schon 2004 startete in Oberösterreich das sehr erfolgreiche Programm „DIALA“ – die strukturierte Diabetikerbetreuung im ländlichen Raum –, das als Reformpoolprojekt von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK), der Ärztekammer für Oberösterreich und der Diabetologischen Gesellschaft entwickelt worden war. Es stellt eine Referenz für das österreichweite „Therapie Aktiv“-Programm dar. Seit 2006 läuft das gemeinsame Programm „Strukturierte Diabetesbetreuung in Oberösterreich“. „Im Juli 2011 wurde auf das bundesweite Disease-Management-Programm (DMP) „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ umgestellt. Oberösterreich hat bundesweit mit 7300 eingebundenen Patienten die meisten Teilnehmer, die strukturiert betreut und deren Behandlungsverläufe dokumentiert werden. Damit sind wir absoluter Spitzenreiter in der strukturierten Diabetikerbetreuung“, eröffnete Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer die Pressekonferenz.

„THERAPIE AKTIV – DIABETES IM GRIFF“: ERFOLGSSTORY IN OBERÖSTERREICH

Die strukturierte Betreuung von Diabetespatienten ist eine Win-win-Situation: „Der Gesundheitszustand der Betroffenen bessert sich, Spätfolgen wie Fußamputationen und Augenkomplikationen treten weniger häufig auf. Jede Investition in dieses Programm zahlt sich also aus. Ökonomisch betrachtet, gehen Experten davon aus, dass sich die Gesamtkosten der Diabetikerbetreuung trotz Investitionen reduzieren werden. Regelmäßige Evaluierungen des Programms „Therapie Aktiv“ zeigten bisher bei allen wichtigen medizinisch relevanten Parametern wie Blutdruck, Blutfetten und HbA1 einen positiven Trend und damit erhebliche Verbesserungen. Das Programm wird bei speziell dafür ausgebildeten Allgemeinmedizinern und Internisten angeboten. Die Liste der aktuell rund 370 teilnehmenden Mediziner liegt bei der OÖGKK auf“, erklärte Mag. Dr. Andrea Wesenauer, Direktorin der OÖGKK.

Die Weiterführung der strukturierten Diabetikerbetreuung ist ebenfalls gesichert: „Die Landesgesundheitsplattform hat die 50:50-Finanzierung des Programms bis 2013 beschlossen, dann werden weitere Evaluationsergebnisse darüber vorliegen. Wir rechnen mit über 8000 eingeschriebenen Patienten im Jahr 2013“, zeigte sich die OÖGKK-Direktorin Wesenauer optimistisch.

UNTERSTÜTZUNG VON „THERAPIE AKTIV“ – AUFGABENSPEKTRUM DER APOTHEKER MIT ALLEN PARTNERN DES GESUNDHEITSWESENS ABGESTIMMT

Die Österreichische Apothekerkammer – Landesgeschäftsstelle Oberösterreich hat in Zusammenarbeit mit dem Verein „AM PLUS – Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit“ ein Konzept für ein entsprechendes Pilotprojekt erarbeitet, welches jene Leistungen definiert, die von den Apothekern in diesem Rahmen vorgenommen und statistisch erfasst werden. „Das Gesamtprojekt und das definierte Aufgabenspektrum wurden mit allen relevanten Partnern des oberösterreichischen Gesundheitswesens – dem Land Oberösterreich, der OÖGKK, dem Hauptverband, der Ärztekammer, der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG), der Oberösterreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (OBGAM), der Selbsthilfe Diabetes und anderen – abgestimmt, sodass das Pilotprojekt 2012 umgesetzt werden kann. Damit können wir gemeinsam mit den Ärzten und allen an der Betreuung von Diabetikern beteiligten Berufsgruppen – im Sinne einer lückenlosen Versorgung – die Lebensqualität der Betroffenen verbessern, manche Folgeerkrankungen, die durch Diabetes herbeigeführt werden, verhindern und dem oberösterreichischen Gesundheitssystem Einsparungspotenziale liefern“, zeigte sich Mag. pharm. Thomas Veitschegger, Präsident der Apothekerkammer Österreich – Landesgeschäftsstelle Oberösterreich, anlässlich der Präsentation des Pilotprojekts zuversichtlich.

DIE HANDLUNGSFELDER: PERSONEN MIT HOHEM DIABETES-RISIKOPOTENZIAL ZUR ABKLÄRUNG AN DEN ARZT VERWEISEN UND DIABETIKER ZUR TEILNAHME AM DMP „THERAPIE AKTIV“ MOTIVIEREN

Das Pilotprojekt sieht drei Handlungsfelder für Apotheken vor: *Zum Ersten* geht es um die Unterstützung bei der „Suche“ nach noch nicht diagnostizierten Diabetikern. Dazu werden in der Apotheke mittels so genannter FINDRISK-Fragebögen bisher noch nicht diagnostizierte Personen mit hohem Diabetes-Risikopotenzial herausgefiltert. Diabetes-Risikopatienten werden anhand FINDRISK nach klar definierten Kriterien befragt und bei entsprechendem Ergebnis zur weiteren Abklärung an den Arzt verwiesen. *Zum Zweiten* sieht das Pilotprojekt die Unterstützung bei der Motivation und Betreuung von Personen mit diagnostiziertem Diabetes in enger Abstimmung mit dem laufenden DMP „Therapie Aktiv“ vor. Dabei geht es vor allem um die Stimulierung zur Teilnahme an diesem Programm.

Drittens werden auch die Apotheken selbst Beratungsleistungen anbieten – und zwar dort, wo kein an „Therapie Aktiv“ teilnehmender Hausarzt zur Verfügung steht. Hier werden die Apotheken mit dem Hausarzt des Patienten zusammenarbeiten und – nichtärztliche – Beratungsleistungen aus dem „Therapie Aktiv“-Programm übernehmen. Vor allem bei Personen mit einem noch nicht hochgradig ausgeprägten Risiko geht es zusätzlich um die Motivation zu einer positiven Lebensstiländerung.

„Unter Berücksichtigung der strategischen Zielsetzung ist ein eigenes Schulungsprogramm für Apotheker erarbeitet worden. Ziel ist deren Vorbereitung und Schulung, um definierte Teilbereiche der Diabetesbetreuung in Oberösterreich gemeinsam und unterstützend mit den bisher eingebundenen Berufsgruppen vornehmen zu können“, so Allgemeinmediziner Dr. Erwin Rebhandl, der als Präsident des Vereins „AM PLUS – Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit“ in die Erarbeitung des Pilotprojekts eingebunden war.

ZIELE: WIRKSAMKEIT WEITER VERBESSERN, MEHR DIABETESPATIENTEN ERREICHEN

„Der Pilotbetrieb mit den Apotheken wird – klarerweise – noch eine Reihe von Fragen aufwerfen, bietet aber die Chance, dass noch deutlich mehr Diabetespatienten für das wirksame Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv“ gewonnen werden können“, betonte OÖGKK-Direktorin Mag. Dr. Andrea Wesenauer. Um die Wirksamkeit des Projekts beurteilen zu können, wird das Zusatzmodul gemeinsam mit dem Kernprogramm „Therapie Aktiv“ von der OÖGKK in Zusammenarbeit mit dem österreichweiten Competence-Center und dem oberösterreichischen Institut für Gesundheitsplanung evaluiert.



v.l.n.r.: Mag. pharm. Thomas Veitschegger, Mag. Dr. Andrea Wesenauer, Dr. Josef Pühringer, Dr. Erwin Rebhandl

FACTBOX:

- Im Bundesländervergleich ist Oberösterreich in der strukturierten Diabetikerbetreuung absoluter Spitzenreiter: Der erste große Regelbetrieb eines Disease-Management-Programms in Österreich, nämlich „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“, wird von Land und Sozialversicherung gemeinsam finanziert.
- Die Evaluierungsergebnisse der betreuten Patienten bei allen medizinisch relevanten Parametern bestätigen die hohe Wirksamkeit des „Therapie Aktiv“-Programms.
- Neu in Oberösterreich ist die Unterstützung des Diabetesprogramms „Therapie Aktiv“ durch die Apotheken.
- Ein Pilotprojekt für die strukturierte Beratung und Betreuung von Diabetes-Typ-2-Patienten, unterstützt von Land Oberösterreich, der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, der Ärztekammer für Oberösterreich und der Apothekerkammer Oberösterreich, wurde im November präsentiert.



Die pharmazeutische Industrie durchläuft derzeit Veränderungen, die einerseits in der notwendigen Veränderung des eigenen Geschäftsmodells begründet sind, andererseits spielt der steigende Druck auf die öffentlichen Gesundheitsbudgets eine sehr deutliche Rolle. Die Aufnahme von innovativen Medikamenten in den Erstattungskodex wird leider sehr restriktiv gehandhabt, und verhindert einen optimalen Zugang zu neuen medikamentösen Therapien für Patientinnen und Patienten in Österreich. Durch ablaufende Patente kommt es zu erheblichen Preissenkungen, die in den letzten Jahren massiv die Kostendämpfungen der Krankenkassen ermöglicht haben. Für die einzelnen Unternehmen bedeutet dies rückläufige Umsätze und Margen und somit Stagnation. Stillstand ist jedoch keine Option und daher ist es notwendig, gerade in einer Phase der Veränderung, die richtigen Weichenstellungen vorzunehmen. Eine Möglichkeit liegt darin, das Gesundheitswesen mit anderen Partnern von innen heraus weiter zu entwickeln. Hier gab es heuer entscheidende Fortschritte.

Neuaufgabe des Rahmen-Pharmavertrages

Die pharmazeutische Wirtschaft trägt wesentlich dazu bei, das österreichische Gesundheitswesen gemeinsam mit den anderen Partnern für die Herausforderungen der Zukunft zu stärken: Wir wollen, dass die höhere Lebenserwartung auch ein Mehr an gesunden Lebensjahren bringt. Den Anfang haben wir 2011 mit dem im Zuge des Rahmen-Pharmavertrages initiierten Gremium Gesundheitsziele gemacht. Wir wollen zeigen, wie gute Zusammenarbeit im österreichischen Gesundheitswesen funktioniert, damit wir auch in Zukunft über ein leistungsfähiges System verfügen können. Dass der Druck auf die Gesundheitskosten in Österreich weiter steigen wird ist ein Faktum und macht die Umgestaltung der Rahmenbedingungen des österreichischen Gesundheitssystems immer vordringlicher.

Entscheidender Beitrag für Prävention und Kindergesundheit

Oberste Priorität haben für die Pharmawirtschaft die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und die Erhöhung der gesunden Lebensjahre der Menschen. Und gerade in Prävention und Kindergesundheit wird mehr investiert: So ist in der im Rahmen-Pharmavertrag vereinbarten Summe von 82 Millionen Euro ein Betrag in der Höhe von 6.750.000 Euro enthalten, der für Investitionen in gemeinsame Gesundheitsziele in den Bereichen Prävention und Kindergesundheit verwendet wird. Dies soll auch als ein Beitrag für mehr gesunde Lebensjahre der Menschen in Österreich dienen. Um dem Gesundheitswesen in den Bereichen Prävention und Kindergesundheit Impulse zu geben, werden der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit den Krankenkassen gemeinsam mit den pharmazeutischen Unternehmen konkrete Projekte auswählen. Diese Pilotprojekte werden gemeinsam umgesetzt und evaluiert werden, um der Gesundheitspolitik und den anderen Partnern im Gesundheitswesen

Beispiele zu liefern, wie Verbesserungen bzw. Veränderungen erreicht werden können. Zusätzlich ist die Neuauflage des Rahmen-Pharmavertrages ein klares Bekenntnis der pharmazeutischen Unternehmen zu einem leistungsfähigen und solidarischen Gesundheitswesen, das sich vor allem am Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten zu orientieren hat.

Initiativen für Kindergesundheit

Kindergesundheit wurde im Laufe der letzten Jahre vor veränderte Herausforderungen gestellt. An Stelle von Infektions- und Mangelkrankungen sind neue Beschwerden und Risiken aufgetreten. International ist eine stete Zunahme von Lebensstil-erkrankungen, Entwicklungsstörungen, psychosozialen Integrations- und Regulationsstörungen, sowie nach wie vor eine Benachteiligung ländlicher Regionen und bestimmter sozialer Gruppen zu beobachten. Für die Verbesserung der Kindergesundheit braucht es Initiativen, die die Bedürfnisse der Kinder in den Vordergrund stellen und notwendige Veränderungen herbeiführen. Kinder und Jugendliche müssen durch geeignete Initiativen zu einem gesünderen, rauchfreien und alkoholarmen Lebensstil mit mehr Bewegung und bewusster Ernährung motiviert werden. Auch die geistige Gesundheit muss vermehrt beachtet werden, damit unsere Kinder mit guten Voraussetzungen in ein längeres, gesünderes Leben starten können.

Gremium Gesundheitsziele entscheidet über Maßnahmen

Das Gremium Gesundheitsziele sowie die unterstützende Arbeitsgruppe, deren paritätische Besetzung durch die Pharmawirtschaft und den Hauptverband samt Krankenkassen im Herbst 2011 erfolgte, entscheidet über die Auswahl und Abwicklung von Maßnahmen im Rahmen der gemeinsamen Gesundheitsziele und die damit verbundenen finanziellen Mittel. In seiner ersten Sitzung widmete sich das Gremium schwerpunktmäßig dem Thema Kindergesundheit.

Gesetzliche Bestimmung anpassen

Für eine gesündere Generation von Kindern ist unser Einsatz gefragt: durch individuelle Vorbildwirkung und Schaffung von Lebensumständen, die eine gesunde Entwicklung der Jugend ermöglichen. Auch die eine oder andere gesetzliche Bestimmung sollte abgeändert werden, ich meine hier vor allem die Bestimmungen des österreichischen Tabakgesetzes. Seit geraumer Zeit fordert die Pharmaindustrie einen deutlich stärkeren Nichtraucherschutz, der den Ansprüchen einer modernen Volkswirtschaft in Europa entspricht.

Engagement der Pharmig im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit

Die Pharmig engagiert sich aber auch abseits des Rahmen-Pharmavertrages immer wieder als Partner von Präventionsprojekten im Jugendbereich, so z.B. bei der Anti-Raucher-Kampagne „Sag nein!“, die gemeinsam mit der Sporthilfe, dem BMG und dem BMUKK durchgeführt wurde (www.sagnein.at). Diese verfolgt das Ziel, dass Österreich den zweifelhaften Weltmeistertitel als Land mit den meisten jungen Rauchern wieder abgeben kann. Außerdem unterstützt die Pharmig das Projekt „Mega in – Mega out!“, das seit 16 Jahren mit individuellen, interaktiven Vorträgen und einer Broschüre über die Gefahren von Drogenmissbrauch aufklärt und dabei bis zu 150.000 Jugendliche und Erwachsene erreicht (www.klub-der-exekutive.at). Im Rahmen der Alpbacher Gesundheitsgespräche erwarbten die Teilnehmer des Gipfeltreffens über 1.100 Euro für die Schulsporthilfe. Damit wurde an zwei ausgewählten Schulen das Bewegungsangebot weiter ausgebaut.

Ausblick 2012

Ich wünsche mir für das kommende Jahr mehr Verantwortung und Ehrlichkeit in den Themen, die uns als Gesellschaft beschäftigen werden. Die derzeitige Verwaltung des Stillstandes in unserem Land kommt einer Kapitulation gleich, nämlich sich den wesentlichen Fragen (im Gesundheitswesen) zu widmen. Wir als Pharmawirtschaft werden auch weiterhin unserer Verantwortung gerecht werden und unseren Teil zur Weiterentwicklung beitragen. Wir werden der Öffentlichkeit, aber auch der Politik zeigen, dass Krankenkassen gemeinsam mit den pharmazeutischen Unternehmen, als wesentliche Partner im Gesundheitswesen, Fortschritt ermöglichen.

Ihr

 Dr. Jan Oliver Huber

SEMINARPROGRAMM



Pharmakovigilanz in 7 Modulen

Dieser Lehrgang vermittelt in sieben Modulen und kompakter Form alle wichtigen Elemente der Pharmakovigilanz.

Termine:

Modul 1: 23.01.2012 | **Modul 2:** 20.–21.02.2012 |
Modul 3: 05.–06.03.2012 | **Modul 4:** 28.–29.03.2012 |
Modul 5: 23.–24.04.2012 | **Modul 6:** 14.–15.05.2012 |
Modul 7: 13.06.2012

Alle Module dieses Lehrgangs sind entweder einzeln oder als Gesamtlehrgang buchbar!

Selbstmotivation & Sinn – Eigene Kräfte mobilisieren!

- in Kooperation mit dem Malik Management Zentrum St. Gallen
- speziell für Führungskräfte der pharmazeutischen Industrie

In diesem Seminar werden zentrale Fragen der Selbstmotivation und Selbstführung als Bedingung für das wirksame Führen von Menschen in herausfordernden Situationen beantwortet.

Termin: 31.01.2012

Referenten: Mag. Heinz Palasser, MBA, MSC

Der Pharmamarkt in Zahlen: Zahlen, Daten, Fakten und Analysen kennen, lesen, verstehen, anwenden

Dieses Intensivseminar widmet sich den Pharmamarktdaten. Anhand von Praxisbeispielen lernen Sie diese lesen, verstehen und effizient für sich nutzen zu können.

Termin: 28.02.2012

Referenten: Dipl.-Ing. Martin Luschin; Mag. Erika Sander

Grenzen der Arzneimittelwerbung

Der erste Teil des Seminars informiert über die rechtlichen Grundlagen im AMG, UWG und Pharmig-Verhaltenscodex. Dabei werden die wesentlichen Leitentscheidungen auf österreichischer und EU-Ebene berücksichtigt und aus Sicht der Praxis beleuchtet. Der zweite Teil widmet sich der Implementierung und praktischen Umsetzung von Compliance-Prozessen in Pharmaunternehmen.

Termine:

01.03.2012 – **Arzneimittelwerbung:** Rechtliche Grundlagen und Leitentscheidungen
 02.03.2012 – **Compliance:** praktische Umsetzung in Pharmaunternehmen

Referenten: Mag. Karl Liebenwein; Mag. Stefanie Dörfler-Langsteger; Mag. Roland Hoberstorfer

Pharma Intensiv – Alles was Sie über die österreichische Pharmaindustrie wissen müssen

Dieses Seminar bietet sowohl Neu- und Quereinsteigern, als auch langjährigen Mitarbeitern der Pharmabranche einen Einblick in den komplexen Pharmamarkt. Von Klinischer Forschung, Zulassung und Vertrieb über rechtliche Rahmenbedingungen und Marketingstrategien für Arzneimittel – das Seminar vermittelt Ihnen anschaulich und praxisnah aktuelles Branchenwissen.

Termine:

Modul 1: 20.03.2012
Modul 2: 21.03.2012

Referenten: Univ.-Doz. Dr. Ernst Agneter, MBA; Ing. Walter Heider, MAS; Dr. Wolfgang Bonitz; Dr. Robin Rumler; Mag. Helga Tieben, MLS; Dr. Georg Vana

GxP – Audits und Inspektionen erfolgreich meistern: Die Auditkraftkammer

In diesem Intensivseminar erhalten Sie alle relevanten Informationen für die Vorbereitung und Durchführung von Audits sowie Einblick in die Sichtweise und Vorgehensweise des Auditors. Durch die Simulation in Form von Case Studies gewinnen Sie die notwendige Sicherheit für zukünftige Audits.

Termin: 14./15.03.2012

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

4. Wiener MS-Tag: **ein Apfel fürs Leben**

Die MS-Gesellschaft Wien lud am 23. September 2011 zur Informations- und Spendenaktion am Michaelerplatz ein.



Bereits zum vierten Mal lud die Multiple-Sklerose-Gesellschaft Wien am 23. September 2011 zur Informations- und Spendenaktion „MS-Apfeltag“ am Wiener Michaelerplatz ein. Die gut etablierte Veranstaltung zielte darauf ab, für mehr Bewusstsein zu sorgen und

Vorurteile gegenüber Menschen mit MS aus dem Weg zu räumen. Der Apfel als Sinnbild für eine bessere Lebensqualität trotz der Erkrankung war auch heuer wieder das Symbol der Aktion. Gemeinsam mit dem gesamten Team der Firma Biogen Idec, die auf MS-Therapien spezialisiert ist, verteilte die Wiener MS-Gesellschaft Äpfel als Symbol für Gesundheit und Vitalität sowie Informationen über MS an Passanten. Der Erlös aus der Apfelwurfaktion wurde der MS-Gesellschaft Wien für verschiedene Projekte übergeben.

Vorurteile bestehen nach wie vor – Aufklärung vonnöten

Der 4. Wiener MS-Tag war ein weiterer Schritt, um der Bevölkerung mehr Wissen über MS zu vermitteln und Vorurteilen entgegenzuwirken. Frau Mag. Ursula Hensel, Geschäftsführerin der MS-Gesellschaft Wien: „Multiple Sklerose ist nach wie vor mit Tabus besetzt. Die Menschen haben aus Unkenntnis oft Angst vor dieser Krankheit und deshalb leider auch wenig Verständnis für die Betroffenen. Mit dieser Aktion möchten wir bestehende Berührungängste vermindern und gleichzeitig

Spenden für unsere Projekte sammeln.“ Gemeinsam mit dem Team der Firma Biogen Idec gingen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der MS-Gesellschaft Wien an diesem Tag auf die Straße, klärten Passanten über MS auf und verteilten auf dem Michaelerplatz Äpfel als Symbol für Gesundheit und Vitalität.

„Apfelwurfaktion“ für guten Zweck

Höhepunkt der Veranstaltung war die „Apfelwurfaktion“: Dabei wurde die Multiple-Sklerose-Gesellschaft Wien mit freiwilligen Spenden unterstützt. Auf diese Weise trug jeder Treffer beim „Riesenapfel“ dazu bei, MS-Betroffenen mehr Lebensqualität zu verschaffen und ihnen ein erfülltes Leben zu ermöglichen. Das Motto: „Ein Apfel für ein lebenswertes Leben!“

Am Infostand konnten alle Interessierten Wissenswertes über Multiple Sklerose, deren Auswirkungen auf den Alltag und aufs Berufsleben sowie über die Tätigkeit der MS-Gesellschaft Wien erfahren. Univ.-Prof. Dr. Karl Vass, Präsident der MS-Gesellschaft Wien, gab fachkundige medizinische Informationen zur Erkrankung. Prof. Vass betonte: „Wiederkehrende schubförmige MS ist eine schwere Krankheit, die vor allem junge Erwachsene trifft und die langfristig zu schweren Behinderungen und zum Verlust der Selbstständigkeit führen kann. Richtig und rechtzeitig behandelt, ist ein Leben mit hoher Lebensqualität dennoch möglich.“



„Optimale Versorgung durch Erweiterung bestehender Programme und Strukturen notwendig“

VON MAG. NINA BENNETT, MA



v.l.n.r. Prim. Dr. Gert Klima/Gesundheitsplattform Steiermark, Dr. Joachim Buttgereit/Geschäftsführer des dänischen Unternehmens Novo Nordisk Österreich, Univ.-Doz. Dr. Weitgasser/Diakonissen-Krankenhaus Salzburg und Präsident der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG), Christian Böhmer/KURIER/Diskussionsleiter, Franz Bittner/PERI Human Relations.

Diabetes mellitus ist eine chronisch verlaufende Stoffwechselerkrankung, die zu erhöhten Blutzuckerwerten führt. Mit der Anzahl der Neudiagnosen steigt auch die Häufigkeit der Folgeerkrankungen stetig. Entsprechende Disease-Management-Programme (DMPs) wurden in Österreich bereits vor rund zehn Jahren etabliert, um durch strukturierte Betreuung eine Optimierung der Versorgungssituation von Diabetepatienten zu schaffen. Im Mittelpunkt dieser Bemühungen steht eine optimale Behandlung der Patienten. Die unterschiedlichen Erfahrungen mit DMPs wurden am 28. Oktober 2011 bei einer Podiumsdiskussion im Rahmen des „DiabetesDialogs“ in Salzburg präsentiert.

„Die häufigsten Ursachen für Diabetes sind zu wenig Bewegung und ungesunde Ernährung.“

Anlässlich des „DiabetesDialogs 2011“ trafen sich Vertreter des österreichischen Gesundheitswesens und der Ärzteschaft, um über die unterschiedlichen Erfahrungen mit Disease-Management-Programmen (DMPs) zu diskutieren. Im Rahmen dieser Veranstaltung wurden bisherige Ergebnisse aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Es wurde debattiert, wie eine flächendeckende strukturierte Diabetikerbetreuung mittels DMPs künftig optimiert werden könnte. Trotz unterschiedlicher Sichtweisen teilten die Diskutanten die Auffassung, dass DMPs die Versorgung der Diabetiker in Österreich wesentlich verbessern könnten. Das Potenzial dieser Versorgungsstrukturen sei aber bisher nicht vollends ausgeschöpft worden.

Immer jüngere Diabetepatienten

Dr. Joachim Buttgerit, Geschäftsführer des dänischen Unternehmens Novo Nordisk Österreich, erklärte bei seiner Begrüßung, dass Novo Nordisk alles daran setze, auch zukünftig einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung zu leisten. Letztlich möchte das Unternehmen den Patienten zu einem möglichst beschwerdefreien Leben verhelfen. Novo Nordisk stellt sich der Herausforderung, dass Diabetes zu den häufigsten chronischen Erkrankungen zähle. Des Weiteren erörterten die Experten die Tatsache, dass die Diagnose Diabetes – vor allem Typ 2 – immer öfter bei jüngeren Patienten gestellt wird. Waren vor 25 Jahren drei bis dreieinhalb Prozent der Österreicher an Diabetes erkrankt, so sind es mittlerweile rund sechs Prozent. Es wurde prognostiziert, dass sich der Anteil in den kommenden zwanzig bis 25 Jahren erneut verdoppeln werde. Die häufigsten Ursachen für Diabetes sind zu wenig Bewegung und ungesunde Ernährung.

Folgeerkrankungen von Diabetes: Kosten für das Gesundheitssystem enorm

Die Experten waren sich darüber einig, dass die Folgeerkrankungen durch die steigende Anzahl der neuen Diabetesfälle nicht nur die Patienten, sondern auch das Gesundheitsbudget enorm belasten. Obwohl die medizinischen Möglichkeiten der Diabetesbehandlung sehr gut seien, müsse laut Franz Bittner von PERI Human Relations die tatsächliche Umsetzung bzw. die Versorgung der Patienten forciert werden. Univ.-Doz. Dr. Raimund Weitgasser, Präsident der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) und am Diakonissen-Krankenhaus in Salzburg tätig, erläuterte, dass DMP-Patienten laut ersten Studien zwar unmittelbar keine günstigeren Einstellungen aufweisen, die große Chance allerdings in der Verhinderung von Komplikationen und Konsequenzen wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Augenproblemen und Fußamputationen liegen, die auf Diabetes zurückzuführen sind.

Noch zu geringe Beteiligung an DMPs

Prim. Dr. Gert Klima von der Gesundheitsplattform Steiermark stellte fest, dass DMPs durch einfache Hilfestellungen – wie Checklisten, Kontaktadressen, weiterführende Informationen – eine effiziente Unterstützung zur leitlinienkonformen Behandlung von Diabetes bieten: Obwohl DMPs laut Prim. Dr. Klima gute Angebote vorwiesen, würden sie noch immer von einer zu geringen Anzahl von Ärzten und Patienten in Anspruch genommen. Es fehle beiden Zielgruppen oft an Motivation für entsprechende Programme – durch die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Scheu vor Dokumentationsnotwendigkeiten. Franz Bittner zielte auf die heute bestehenden Zahlen in DMPs ab, indem er erklärte, dass am DMP-Programm ‚Therapie Aktiv‘ in Wien 148 Ärzte und 6642 Patienten teilnehmen würden, österreichweit wären es 888 Ärzte und 26.705 Patienten – bei insgesamt 420.000 Diabetikern im ganzen Land. Bittner gab zu bedenken, dass diese Quote von 6,4 Prozent noch weitaus zu gering sei.



Optimale Versorgung durch Erweiterung bestehender Strukturen

In der Versorgung von Diabetikern lassen sich Probleme erkennen: Gründe dafür seien laut Klima beispielsweise Doppelkonsultationen, versäumte Augenkontrollen, Fachärztemangel in einigen Regionen sowie der oft falsche Überweisungszusatz zwischen niedergelassenem Bereich und Spital. Er wies darauf hin, dass durch diese Tatsache mitunter wesentliche Betreuungsschritte nicht bzw. doppelt gesetzt würden. Um eine optimale Versorgung für Diabetiker gewährleisten zu können, sollten vor allem bereits bestehende Strukturen genutzt werden. Das im Rahmen der Diskussion dafür vorgeschlagene Prozedere sollte sich laut Dr. Klima folgendermaßen gestalten: Den Allgemeinmedizinern falle die Diagnose von Diabetes sowie die Betreuung von klaren Patientenfällen zu. Weiters führe der Arzt des Vertrauens Diabetiker durch das System und stelle konkrete Informationen und Kontakte zur Verfügung. Beim Auftreten von Problemen oder bei der Nichterreichung von Zielwerten sei der Patient vom Allgemeinmediziner an den Facharzt zu überweisen. Die Ambulanz diene Spezialfällen wie Patienten mit Komorbiditäten oder in besonderen Lebensumständen wie beispielsweise während der Schwangerschaft.



Bisherige Erfahrungen müssen in der Weiterentwicklung von DMPs berücksichtigt werden

Univ.-Doz. Dr. Weitgasser erläuterte, dass die Schaffung von noch mehr Aufmerksamkeit für DMPs in der Öffentlichkeit ein dringendes Erfordernis darstelle, um mehr Patienten und Ärzte zu einer Teilnahme am Programm zu bewegen. Bittner stellte zusammenfassend fest, dass es sowohl bei „Therapie Aktiv“ als auch bei „Diala“ – dem Vorgänger-DMP aus Oberösterreich – noch zu wenige teilnehmende Patienten gebe. Das Potenzial von DMPs konnte bis heute nicht annähernd ausgeschöpft werden, daher gelten die beiden Programme bislang als die ersten Schritte hin zu einer flächendeckenden strukturierten Versorgung von chronisch Kranken. Dr. Weitgasser schlussfolgerte, dass alle an einem Strang ziehen müssen, sodass bisherige Erfahrungen in der Weiterentwicklung berücksichtigt werden und zukünftig einer erfolgreichen Umsetzung von DMPs nichts mehr im Wege stehe. Letztlich kann Patienten so ein hohes Maß an Gesundheit und Lebensqualität ermöglicht werden.

Factbox Novo Nordisk:

Der DiabetesDialog findet seit Jahren sowohl auf internationaler als auch nationaler Ebene statt und ist eine etablierte Plattform, wo aktuelle Themen und Herausforderungen von Diabetes auf politischer und wissenschaftlicher Ebene diskutiert werden.

Novo Nordisk ist ein pharmazeutisches Unternehmen und Weltmarktführer im Bereich Diabetes. Darüber hinaus ist Novo Nordisk auch Spezialist in anderen Bereichen wie der Behandlung des Kleinwuchses, der Hämophilie und der Hormonersatztherapie. Der Name steht für hohe fachliche und persönliche Qualifikation in allen Unternehmensbereichen sowie für hohe Produktqualität und Kundennähe. Mit der Zentrale in Kopenhagen, Dänemark, beschäftigt Novo Nordisk mehr als 31.000 Personen in 74 Ländern. Die Produkte werden in 179 Ländern zur Verfügung gestellt.



„Der große Beitrag japanischer Forscher an der weltweiten Verbesserung der medizinischen Versorgung ist ... außerhalb Japans oft unbekannt“

INTERVIEW MIT MANUEL REIBERG

MANAGER COUNTRY OPERATIONS DAIICHI SANKYO ÖSTERREICH

VON MAG. NINA BENNETT, MA

„MIT LEIDENSCHAFT UND PRÄZISION“

Dipl.-Kfm. Manuel Reiberg hat im August 2010 die Funktion des Manager Country Operations bei Daiichi Sankyo Austria GmbH übernommen. Im Periskop-Interview geht der Betriebswirt auf die Struktur und den Stellenwert von Daiichi Sankyo in Europa und Österreich ein und erläutert Kernkompetenzen und künftige Forschungsschwerpunkte des Unternehmens. Zudem schildert er, welche Aspekte ihm bei seiner Arbeit wesentlich sind und welche mittelfristigen Ziele er sich im Unternehmen gesetzt hat.

P: Sie sind seit August 2010 Manager Country Operations von Daiichi Sankyo Österreich. Wie sehen Ihre Aufgaben und Ziele aus?

Reiberg: Daiichi Sankyo ist ein weltweit agierendes forschendes Pharmaunternehmen, dessen Konzernzentrale sich in Tokio befindet. Gegründet im Jahr 1899, arbeitet Daiichi Sankyo seit den Anfängen der industriellen Arzneimittelherstellung an der Erforschung, Entwicklung und Produktion innovativer Medikamente. Dabei hat sich das Unternehmen zum Ziel gesetzt, den Patienten neue Arzneimittel zur Therapie und Prävention verschiedener Erkrankungen zur Verfügung zu stellen. Als Manager Country Operations bin ich nun seit mehr als einem Jahr an der Spitze der Österreich-Tochter und möchte die Organisation so aufstellen, dass man die Produkte, die derzeit in der Pipeline sind, in den kommenden Jahren auch selbstständig auf den Markt bringen kann. Hierzu planen wir, unsere Organisationsstrukturen kontinuierlich auszubauen.

P: Wie ist Daiichi Sankyo weltweit strukturiert? Wie viele Mitarbeiter hat das Unternehmen?

Reiberg: Wie viele andere japanische Unternehmen haben sich Daiichi und Sankyo im 20. Jahrhundert überwiegend auf ihren Heimatmarkt konzentriert. Eigene Produktentwicklungen wurden daher häufig an europäische oder US-amerikanische Pharmaunternehmen auslizensiert. Der große Beitrag japanischer Forscher an der weltweiten Verbesserung der medizinischen Versorgung ist daher außerhalb Japans oft unbekannt. Nach der Gründung erster Niederlassungen in den USA und Europa in den frühen 60er-Jahren haben die beiden Vorgängerfirmen Daiichi und Sankyo ab den 1980er-Jahren damit begonnen, sich stärker global zu positionieren und ihre internationale Präsenz deutlich zu erhöhen. Im Jahr 2005 haben die zwei traditionsreichen Unternehmen Sankyo und Daiichi fusioniert, um die Herausforderungen der globalen Pharmamärkte besser zu bewältigen. Im Jahr 2008 hat der Konzern zudem einen Mehrheitsanteil des größten indischen Pharmaunternehmens und eines der zehn größten Generikahersteller weltweit, Ranbaxy Laboratories, übernommen. Darüber hinaus investiert er stark in neue Technologien wie zum Beispiel die biotechnologische Erforschung von monoklonalen Antikörpern für unterschiedliche Indikationen. 2008 hat das Unternehmen U3 Pharma aus Martinsried bei München erworben. Inzwischen gehört Daiichi Sankyo zu den zwanzig größten Pharmaunternehmen der Welt und hat eigene Niederlassungen in 54 Ländern. Derzeit beschäftigt Daiichi Sankyo weltweit über 30.000 Mitarbeiter, 2500 davon in Europa. In der österreichischen Niederlassung sind derzeit 32 Personen tätig.

P: Welchen Stellenwert hat Daiichi Sankyo in Europa bzw. in Österreich?

Reiberg: Auch in Europa ist Daiichi Sankyo ein gut positioniertes Unternehmen: Bereits 1963 gründete Sankyo seine erste europäische Tochtergesellschaft in Basel und 1985 eine in Düsseldorf, um klinische Studien in Europa durchzuführen, welche für die internationale Zulassung von neu entwickelten Medikamenten erforderlich sind. Im Jahr 1990 übernahm Sankyo das Münchner Luitpold-Werk. Luitpold verfügte zu diesem Zeitpunkt bereits über mehrere Niederlassungen in Europa – so auch in Österreich – und anderen Regionen der Welt. Mit zwölf Niederlassungen ist Europa, gemessen am Umsatz, inzwischen die drittgrößte Region für Daiichi Sankyo – nach Japan und den Vereinigten Staaten. Im Geschäftsjahr 2010 hat das Unternehmen in Europa Net-Sales von 587 Millionen Euro erwirtschaftet. Diesen Anteil plant der Konzern in Zukunft weiter auszubauen. Um die Zusammenarbeit noch weiter zu stärken, wurden Deutschland, Österreich und die Schweiz 2009 zur DACH-Organisation zusammengefasst. DACH bildet heute die größte Region innerhalb Europas und spielt eine zentrale Rolle im Unternehmen. Dabei ist Daiichi Sankyo in München, Thalwil bei Zürich und Wien jeweils mit eigenen Niederlassungen vertreten. So kann sichergestellt werden, dass die Patienten überall optimal von den innovativen Präparaten des Konzerns profitieren können.

P: Wo liegt die Kernkompetenz des Unternehmens?

Reiberg: Daiichi Sankyo kann – seit der Gründung im Jahr 1899 in Tokio – auf eine lange und erfolgreiche Forschungsgeschichte zurückblicken. Zu den Hauptprodukten in den Anfangsjahren gehörten Verdauungsenzyme und Hormone wie Adrenalin. Beide Produkte wurden erstmalig von Dr. Jokichi Takamine isoliert, der später der erste Präsident von Sankyo Co. wurde. Adrenalin war das erste Blockbuster-Medikament des 20. Jahrhunderts – noch heute findet es vielfältige Anwendung in der Notfallmedizin. Parallel zur Entwicklung verschiedener Arzneimittel für den japanischen Markt erzielte Daiichi Sankyo mehrere bahnbrechende Forschungserfolge, die entweder vollständig neue Wirkstoffklassen begründeten oder zu den besten existierenden Wirkstoffklassen gehören. So markierte die Entwicklung von Mevastatin im Jahr 1973 den Ursprung der Statine – Cholesterinsenker, die täglich von Millionen Patienten weltweit eingenommen werden. Dazu zählt Pravastatin, welches nach wie vor einen hohen Stellenwert in der Therapie der koronaren Herzkrankheit einnimmt. Weitere Forschungserfolge von Daiichi Sankyo sind die Entdeckung des ersten Chinolons der dritten Generation (Levofloxacin) – das unter anderem zur Therapie lebensbedrohlicher bakterieller Infektionen eingesetzt wird – sowie die Entwicklung von Irinotecan, einer Standardtherapie in der Behandlung von Darmkrebs. Zu den Höhepunkten der Arzneimittelforschung von Daiichi Sankyo der letzten Jahre gehört die Entwicklung des Blutdrucksenkers Olmesartan.

P: Wo liegen die zukünftigen Forschungsschwerpunkte des Unternehmens Daiichi Sankyo?

Reiberg: Daiichi Sankyo verfügt über langjährige Forschungserfahrung auf dem Gebiet der Antikoagulantien. Das Unternehmen entwickelte beispielsweise den oralen Faktor-Xa-Hemmer Edoxaban, welcher derzeit in Europa klinisch geprüft wird. Edoxaban wird im Rahmen eines umfangreichen weltweiten Studienprogramms in möglichen Indikationen untersucht – einschließlich Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern und Therapie und Prävention rezidivierender venöser Thromboembolie. So werden in der Studie ENGAGE AF-TIMI 48, einer multinationalen, randomisierten, doppelblinden Phase-III-Studie, die Wirksamkeit und Sicherheit von Edoxaban zur Prävention von Schlaganfällen und systemischen embolischen Ereignissen bei über 21.000 Patienten in 46 Ländern untersucht. Die Studie ENGAGE AF-TIMI 48 ist damit die bislang größte in dieser Indikation. Darüber hinaus wird sich Daiichi Sankyo in Zukunft stark in der Krebstherapie engagieren und prüft zurzeit verschiedene Wirkstoffe in Phase-II- und Phase-III-Studien. Bei den neuen Wirkstoffen handelt es sich um so genannte gezielte Therapien auf Basis monoklonaler Antikörper oder „Small Molecules“. Im Bereich der Forschung und Entwicklung engagiert sich das Unternehmen außerordentlich stark. Es hat im Geschäftsjahr 2010 etwa 1,71 Milliarden Euro in seine Zukunft investiert. Dieser Wert entspricht 20,1 Prozent des globalen Nettoumsatzes. Die Forschungs- und Entwicklungsaufwendungen liegen damit weit über dem üblichen Branchendurchschnitt von etwa 15 bis 17 Prozent.

P: Welche konkreten Forschungsaktivitäten setzt Daiichi Sankyo in Österreich?

Reiberg: Der in Entwicklung stehende Faktor-Xa-Hemmer Edoxaban wird auch unter österreichischer Beteiligung im Rahmen der Studie HOKUSAI VTE untersucht: Diese doppelblinde, randomisierte, multinationale Phase-III-Studie prüft die Wirksamkeit und Sicherheit von Edoxaban in der Therapie und Prävention rezidivierender VTE (venöser Thromboembolie) bei etwa 7500 Patienten an 450 klinischen Zentren in etwa 40 Ländern, zu denen

auch Österreich zählt. Ebenfalls unter österreichischer Beteiligung startete dieses Jahr die weltweit durchgeführte MARQUEE-Studie zur Untersuchung von Tivantinib, einem selektiven c-MET-Inhibitor bei fortgeschrittenem, nicht plattenepithelalem, nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom. Das Bronchialkarzinom ist eine sehr aggressive Erkrankung, daher besteht erheblicher Bedarf an effektiven Therapien. Die Überlebensraten sind im Vergleich zu anderen häufig vorkommenden Krebsarten noch immer äußerst gering. Wir sind sehr froh, diese Studie auch in Österreich platzieren zu können, und hoffen, dass sich Tivantinib als effektive Therapiemöglichkeit für Patienten mit dieser Erkrankung herausstellen wird. In einer weiteren Phase-II-Studie in derselben Indikation wird ein HER-3-Antikörper untersucht.



„Wir konzentrieren uns ... als Unternehmen vor allem auf Bereiche, von denen wir wissen, dass medizinische Notwendigkeiten für innovative Therapien bestehen.“

P: Welche mittelfristigen Ziele hat sich Daiichi Sankyo in Österreich gesetzt?

Reiberg: Als Manager Country Operations verfolge ich in erster Linie Ziele hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung des Unternehmens. Ziel ist es, unsere europäische Wachstumsstrategie auch in Österreich erfolgreich umzusetzen. Dazu planen wir unsere Organisation so aufzustellen, dass man die Produkte, die derzeit in der Pipeline sind, in den kommenden Jahren auch selbstständig auf den Markt bringen kann. Daiichi Sankyo zählt zu den wenigen Pharmaunternehmen, die ihre Organisationsstrukturen kontinuierlich ausbauen. Bekanntlich ist die Preissituation hierzulande für die forschende Industrie oft nur schwer zu akzeptieren. Behaupten können wir uns vor allem durch unser Bestreben, einen Mehrwert für die Patienten zu generieren und den Nutzen darzustellen. Wir konzentrieren uns deshalb als Unternehmen vor allem auf Bereiche, von denen wir wissen, dass medizinische Notwendigkeiten für innovative Therapien bestehen.



„Die derzeitigen pharmapolitischen Rahmenbedingungen ... sind ... durchaus kritisch zu sehen: Trotz diverser Systemreformen gibt es nach wie vor keinen ausreichend raschen Zugang innovativer Medikamente zum Markt.“

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

Reiberg: Das österreichische Gesundheitssystem ist ein sehr leistungsfähiges und zählt mit einem Versichertenanteil von 99 Prozent zu einem der besten in Europa. In Österreich hat jeder Mensch Zugang zum Gesundheitssystem, zu Ärzten und Arzneimitteln. Trotzdem wird sich das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren deutlich verändern. Die Wirtschaftskrise hat zu Finanzierungsproblemen im Gesundheitswesen geführt, die durch die steigenden Kosten für eine alternde Bevölkerung und durch die höhere Lebenserwartung noch verstärkt werden. Für die pharmazeutische Industrie bedeutet das, dass es immer herausfordernder sein wird, die Forschungsstandorte in Europa zu erhalten bzw. auszubauen, um die Entwicklung innovativer Wirkstoffe vorantreiben zu können. Die derzeitigen pharmapolitischen Rahmenbedingungen in Österreich sind in diesem Zusammenhang durchaus kritisch zu sehen: Trotz diverser Systemreformen gibt es nach wie vor keinen ausreichend raschen Zugang innovativer Medikamente zum Markt. Das Preisniveau lag 2010 mit 17,2 Prozent unter dem Mittelwert der EU-15. Um weiterhin wichtige innovative Therapien für die Patienten zur Verfügung zu stellen, muss die pharmazeutische Industrie nicht nur als Kostenverursacher, sondern vielmehr als wesentlicher wirtschaftlicher Partner gesehen und verstanden werden.



„Um unserem Versorgungsauftrag gerecht zu werden, wünschen wir uns eine Forschungs- und bildungsfreundliche Politik, eine faire Preisgestaltung für Arzneimittel und die Einbindung der Pharmaindustrie als Partner und Experte in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse.“

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

Reiberg: An oberster Stelle steht die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit optimalen Therapien. Alle Patienten bedürfen eines raschen Zugangs zu innovativen Medikamenten, zudem darf die Therapiefreiheit der Ärzte nicht willkürlich eingeschränkt werden. Wettbewerbsfähigkeit durch vernünftige und verlässliche Rahmenbedingungen, welche zu einem wirtschaftsfreundlichen Klima und damit zur nachhaltigen Wertschöpfung beitragen, hat oberste Priorität. Gerade in der Pharmabranche sind die Entwicklungszeiten von neuen Arzneimitteln oft außerordentlich lang und mit hohen Kosten verbunden. Um unserem Versorgungsauftrag gerecht zu werden, wünschen wir uns eine Forschungs- und bildungsfreundliche Politik, eine faire Preisgestaltung für Arzneimittel und die Einbindung der Pharmaindustrie als Partner und Experte in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse.



„Mir persönlich ist eine offene und ehrliche Kommunikation überaus wichtig.“

P: Was ist Ihnen bei Ihrer Arbeit wesentlich?

Reiberg: Mir persönlich ist eine offene und ehrliche Kommunikation überaus wichtig. Meinen Job mache ich mit Leidenschaft und Präzision. Essenziell ist zudem die konsequente Auseinandersetzung mit den sich verändernden regularischen Bedingungen. Das bedeutet, wir müssen uns stärker mit der Politik und der Rolle der Payer auseinandersetzen. Mit diesen gilt es in einen konstruktiven Dialog zu treten und Daiichi Sankyo als verlässlichen und kompetenten Partner im Gesundheitswesen zu positionieren. Daiichi Sankyo ist ein global agierender Pharmakonzern und beeinflusst das tägliche Leben von vielen Patienten. Als Teil dieses Unternehmens sind sich meine Mitarbeiter und ich der daraus resultierenden gesellschaftlichen Verantwortung bewusst und betrachten neben Innovation auch Integrität und Verantwortung als zentrale Werte unserer Unternehmenskultur. Sie sind die grundlegende Voraussetzung für die erfolgreiche Entwicklung und Vermarktung innovativer Medikamente in einem herausfordernden Umfeld. In Hinblick auf die Organisationsentwicklung setze ich mich für eine kontinuierliche Professionalisierung ein. Wir können den österreichischen Markt sicher noch besser und effizienter bedienen, wenn wir unsere Kundengruppen klarer definieren und unsere Aktivitäten noch stärker an deren Bedürfnissen ausrichten. Unser Ziel ist es, in Österreich unsere Position als Anbieter hochinnovativer Medikamente weiter auszubauen.

BioBox:

Dipl.-Kfm. Manuel Reiberg (37) ist Manager Country Operations der Daiichi Sankyo Austria GmbH mit Sitz in Wien. In dieser Funktion trägt er seit dem 1. August 2010 die Verantwortung für das operative Geschäft in Österreich und berichtet an Ralf Göddertz, handelsrechtlicher Geschäftsführer Deutschland, Österreich, Schweiz (DACH). Nach dem Studium der Betriebswirtschaft an der Universität Köln startete Manuel Reiberg 2004 seine Karriere als Business Analyst bei Sankyo Pharma UK in London – später war er als Brand Manager im Bereich Herz-Kreislauf tätig. Im November 2006 wechselte er in die Abteilung Commercial Operations (Operatives Marketing) in die Europazentrale des Unternehmens nach München. Ab 2008 war er verantwortlich für die Ein- und Auslizenzierung von Produkten auf europäischer Ebene und in dieser Funktion auch für die Integration der indischen Konzern-tochter Ranbaxy zuständig. Manuel Reiberg ist verheiratet und hat zwei Kinder. Mit Beginn der neuen Aufgabe verlegte der gebürtige Kölner seinen Wohnsitz nach Wien.

Ist regionale Steuerung im Gesundheitswesen leistungsfähiger als Zentralismus? Prinzipiell ja – doch ganz ohne Zentralismus geht es auch nicht. Und wenn reformiert wird, dann sollen auch die Ärzte eingebunden werden – das war das Fazit des 3. Linzer Gesundheitspolitischen Gesprächs am 15. September im Ars Electronica Center.

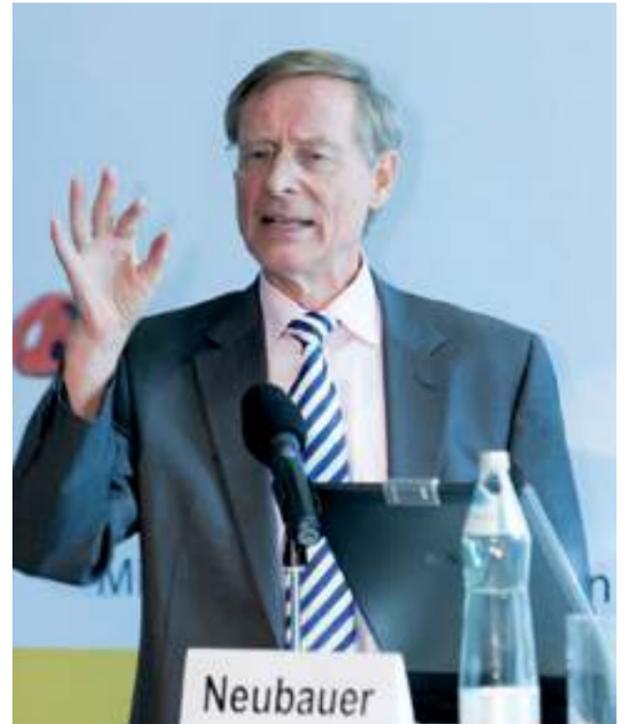
3. Linzer Gesundheitspolitisches Gespräch:

Zentral oder dezentral?



Ob wahr oder gut erfunden – die Anekdote, mit der der St. Galler Unternehmensberater Dr. Walter Gratzer seinen Vortrag beim 3. Linzer Gesundheitspolitischen Gespräch einleitete, bringt die Problematik auf den Punkt. Vor- und Nachteile gibt es hier und dort – entsprechend empfiehlt Gratzer die Kombination von zentralen und dezentralen Strukturen. Zentral dort, wo sich etwa Kosteneinsparungen erzielen oder das Wissensmanagement optimieren lassen (z.B. im Bereich der IT oder im Einkauf) – dezentral dort, wo Marktkenntnis, Kundennähe und Freiräume wichtig sind. Für die österreichische Krankenversicherung empfiehlt er eine kundennahe, dezentrale Ausrichtung bei gleichzeitiger Einbindung in Netzwerke.

Reguliert werden könne auf der Finanzierungsseite und auf der Leistungsseite, wobei eine Vereinheitlichung zwangsläufig zur Zentralisierung, eine individuelle Regelung zur Dezentralisierung führe, so der Münchner Gesundheitsökonom Prof. Dr. Günther Neubauer. Je dezentraler die Gesundheitsversorgung organisiert sei, desto effizienter und treffsicherer sei sie, so Neubauer. Seine Vision: In der medizinischen Versorgung der Zukunft bewege sich nicht der Arzt zum Patienten, sondern umgekehrt. Vorgeschaltet würde dem Arzt eine „Krankenschwester Agnes“, der die Entscheidung obliege, ob der Patient zu einem Arzt überwiesen werde.



Systempartner geht es nicht!“ Dem ö. Ärztekammerpräsident Dr. Peter Niedermoser war diese späte Einsicht zu wenig – vor allem im Hinblick darauf, dass die Ärzteschaft auch in die Steuerungsgruppe zum Masterplan Gesundheit nicht eingebunden sei: „Wenn man glaubt, die Vertreter von 38.000 Ärzten nicht einbinden zu müssen, darf man sich nicht wundern, wenn die Ärzte dann nicht dahinterstehen!“ Gesundheitsminister Alois Stöger versicherte, die Ärztekammer in die Umsetzung des Masterplans einzubinden – bis dato sei es um Finanzierungsfragen gegangen, Gesundheitsdienstleister seien deshalb noch nicht eingebunden worden.

Reizwort GDA

Das Reizwort „Gesundheitsdienstleister“ – kurz „GDA“ – zog sich wie ein roter Faden durch das Symposium: Es begann mit der Begrüßung durch Ärztekammerpräsident Dr. Peter Niedermoser, der die Entscheider – „die Vertreter der Politik und der Krankenkassen“ – begrüßte im Unterschied zu „uns GDAs, die ja leider nicht mitentscheiden sollen“ und endete mit einer Wortmeldung der ö. FP-Gesundheitssprecherin LAbg. Prim. Dr. Brigitte Povysil, die den Terminus und seine Konnotation vehement ablehnte: „Denn ich bin Ärztin!“

Am 31. Dezember 2013 ...

... soll es neue Rahmenbedingungen für das Spitalswesen geben, kündigte Gesundheitsminister Alois Stöger an. Denselben Zeithorizont stellte der stv. SVA-Obmann Peter McDonald in Aussicht: „Wir brauchen eine starke, bundeseinheitliche Koordination, und die muss bis Ende 2013 greifen!“ Realistisch sei jegliche Reform nur dann, wenn man sich die fünf bis sieben wichtigsten Projekte herausnehme – „denn wenn man sich zu viel vornimmt, hat man am Ende nur Baustellen!“, merkte dazu Unternehmensberater Walter Gratzer an. Mit ihm einer Meinung war Gemeindevorstand Helmut Mödlhammer: „Ich kann das Wort Verwaltungsreform nicht mehr hören! Wir sollten uns ein paar Punkte vornehmen und die dann erledigen!“ Der ö. Ärztekammerpräsident Peter Niedermoser betonte, dass die Voraussetzung für ein weiterhin funktionierendes System das Vorhandensein von Ärzten sei – und es hier angesichts des bereits akuten Ärztemangels dringender Handlungsbedarf gebe: „Es wird nötig sein, generell auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter im Spital besser einzugehen. Außerdem muss man speziell jungen Medizinern Anreize bieten und sie motivieren!“

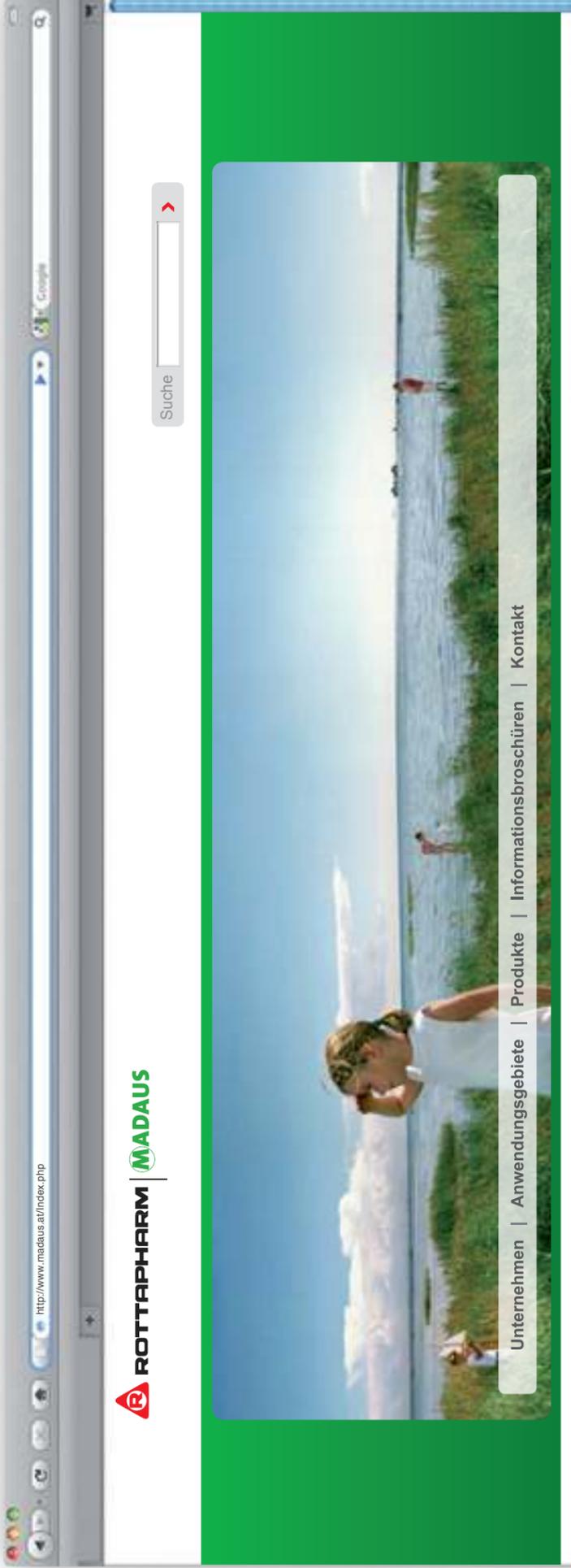


Dieses Szenario erntete bei der anschließenden Podiumsdiskussion heftige Kritik seitens Gemeindevorstand Helmut Mödlhammer: Dies sei eine Schreckensvision, denn: „Ich bin überzeugt vom Hausarzt als ersten Ansprechpartner. Die Hausärzte muss man stärken, das bringt allen etwas – auch den Zentralisten!“ In dieselbe Kerbe schlug der GKK-Obmann Felix Hinterwirth, der darauf hinwies, dass „in Oberösterreich viele der diskutierten Reformen bereits am Laufen sind – von den Zielvereinbarungen bis zur Gruppenpraxis. Wir haben mit der ÖÖ-Ärztekammer sogar gemeinsame Zielvereinbarungen in einer BSC festgelegt – und das schon seit Jahren! Das ist nur dank der dezentralen Strukturen möglich!“ Der stv. Obmann der Sozialversicherung der Gewerblichen Wirtschaft, Mag. Peter McDonald, kraft seines Amtes eher Zentralist, wollte sich nicht festnageln lassen: „Es geht weniger um die Frage, ob zentral oder dezentral, sondern mehr darum, ob wir miteinander arbeiten oder gegeneinander“, so der Oberösterreicher, der bereits während der Reformpläne 2008 zu dem Schluss gekommen war: „Ohne

Bereits zum dritten Mal veranstaltete die Ärztekammer für Oberösterreich ihr „Linzer Gesundheitspolitisches Gespräch“, bei dem sich rund 80 Interessierte, darunter viele Entscheidungsträger aus der Politik und dem Gesundheitswesen einfanden. Ziel der „Linzer Gesundheitspolitischen Gespräche“, die 2009 ins Leben gerufen wurden, ist es, fernab der Tagespolitik eine Plattform für Diskussionen bereitzustellen und einen Austausch zu fördern.

Ein Vorstandsvorsitzender erhält von seinem Vorgänger bei der Amtsübernahme drei Kuverts mit dem Hinweis, sie bei besonderen Krisenfällen zu öffnen. Bei der ersten Krise öffnet er das erste Kuvert und findet darin den Hinweis: „Zentralisieren!“, was er umgehend in die Tat umsetzt. Einige Jahre später ist er mit der nächsten Krise konfrontiert und öffnet das zweite Kuvert: „Dezentralisieren!“ heißt es da. Als er wieder einige Jahre später das dritte Kuvert öffnet, findet er dort die Empfehlung: „Suchen Sie sich einen neuen Job und bereiten Sie für Ihren Nachfolger drei Kuverts vor ...“.





ROTTAPHARM | **MADAUS**

Suche

[Unternehmen](#) | [Anwendungsgebiete](#) | [Produkte](#) | [Informationsbroschüren](#) | [Kontakt](#)

Sie befinden sich hier: [Startseite](#)

MADAUS Österreich!

"Natur und Wissenschaft!" An diesem Leitbild orientiert sich unsere Philosophie. Wir entwickeln Produkte für Ihr Wohlbefinden und Ihre Gesundheit.

Seit 2007 ist Madaus Österreich ein Teil der internationalen Rottapharm|Madaus-Gruppe. Unser Schwerpunkt liegt im Bereich hochwirksamer pflanzlicher Arzneimittel und gesundheitsfördernder Produkte.

Herzlich Willkommen bei Madaus Österreich!



Anwendungsgebiet wählen:

- Blase und Harntrakt
- Leber und Entgiftung
- Erkältung und Immunsystem
- Venen und Schwellungen
- Magen und Darm
- Frauengesundheit
- Fieberblasen und Mundhygiene
- Gelenke und Bewegungsapparat
- Nerven und Gedächtnis
- Schnarchen
- Cholesterinsenkung



ROTTAPHARM | **MADAUS**

Suche

[Unternehmen](#) | [Anwendungsgebiete](#) | [Produkte](#) | [Informationsbroschüren](#) | [Kontakt](#)

Spasmolyt® Dragées

Sie befinden sich hier: [Startseite](#) > [Produkte](#) > [Spasmolyt](#)

Produkte

- Acinetibin
- Aglicur
- Aglax
- Agnofem
- Alkaloides
- Amolpid Plus
- Bärlauch Trunk
- Beta-Reu-Rella
- Dona
- Echinacin
- Echinacin
- Estromineral
- Go-On
- Heilmoor
- Schwefelstoffbad
- Iberogast
- Korander Trunk
- Legalon
- Laktinol
- Lomaherpan
- Lurasidol
- Lucovif



Kategorie

[Anwendungsgebiete](#) | [Trospermaheide](#) | [Gebrauchsinfomation](#)

Downloads

Arzneimittelwarhinweis
Über Wirkung und mögliche unerwünschte Wirkungen informieren Gebrauchsinfomation, Arzt oder Apotheker.
Alle Angaben vorbehaltlich Änderung, Irrtum, Satz- und Druckfehler.

- Cholestein
- Iberogast
- Echinacin
- Lomaherpan
- Blase
- Agnofem
- Nosweat



Echinacin®
Istark für Abwehrkräfte

GUTSCHEIN
für 1 Echinacin-Produkt
für € 1,50

> [TV-Spot Echinacin ansehen](#)
> [TV-Spot Iberogast ansehen](#)
> [Seite weiterempfehlen](#)

© Madaus Gesellschaft m.b.H. 2011 Home Impressum Links Sitemap



Viel Click! Welldone relaucht madaus.at

*Welldone Werbung und PR
konzipiert und gestaltet neuen
Online-Auftritt für Madaus.*

Die Welldone wurde Mitte 2011 von Madaus mit dem Relaunch der bestehenden Webseite beauftragt. Madaus ist spezialisiert auf die Entwicklung, Herstellung und Vermarktung von Naturarzneimitteln. Es galt daher beim Relaunch der Webseite diese Kompetenzen zu transportieren und Madaus als Experten in diesem Bereich zu positionieren. Der Web-Auftritt sollte generell jünger, frischer und moderner werden.

Neben einer eindeutigen Positionierung und einer neuen optischen Linie, sollte die Seite vor allem auch benutzerfreundlich strukturiert werden und dem User unterschiedliche, einfache Zugänge zu den verschiedenen Bereichen bieten. So findet man etwa „Produkte“ über den gleichnamigen Navigationspunkt, aber auch über den Punkt „Anwendungsgebiete“. Gerade bei medizinischen Themen ist dieser erleichterte Zugang für den User von größter Relevanz im Indikationsbereich.

Die neue Webseite, die sich an Endverbraucher und Interessierte aus dem medizinischen Bereich richtet, bietet auch die Möglichkeit mit Madaus direkt in Kontakt zu treten und Broschüren zu unterschiedlichen Themen downloaden. Fachinformationen können über ein eigenes Kontaktformular angefordert werden. Ebenso wurde ein eigener Bereich für Promotions integriert. Dort können Gutscheine für Aktionen heruntergeladen, ausgedruckt und in Apotheken eingelöst werden.

Nach der Konzeptions- und Umsetzungsphase, in der die Projekt-Verantwortlichen der Welldone, Beatrix Kollmann und Larissa Horvath, eng mit ihren Partnern, den Screenesignern und Programmierern von artworx zusammenarbeiteten, ging die neue Webseite am 31. Oktober 2011 online.



Seit 21 Jahren Kompetenz in der medizinischen Kommunikation in Österreich und der EU

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

Frischen Wind in die österreichische Ärztefortbildung bringt seit 1990 Update Europe - Gesellschaft für ärztliche Fortbildung. 1994 begann Update Europe mit einem für Österreich völlig neuartigem postgraduellen Fortbildungs-Konzept aus den USA, das von der weltbekanntesten Mayo-Klinik in Kooperation mit Update Europe für Österreichs Ärzte erarbeitet wurde.

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

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

Unsere langjährigen Kontakte zu Universitäten, Kliniken und Praxen auf allen möglichen Fachgebieten ermöglichen eine rasche und effiziente Umsetzung von Projekten. Die Kooperation mit namhaften nationalen und internationalen Experten und Meinungsbildnern gewährleistet darüber hinaus einen qualitativ hoch stehenden Fortbildungsstandard mit einer hohen Akzeptanz seitens der Ärzte.

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

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

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

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

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

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

„MEDICAL UPDATE-KASUISTIKEN“ UND KASUISTIKFOLDER ZUM EINSATZ EINES PRÄPARATES

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

„FRAGEN AUS DER PRAXIS-REPORT“ ZU EINEM PRÄPARAT ODER THEMENGEBIET

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

„Leben mit Schuppenflechte“

7. Patienteninformationstag

Etwa 250.000 Menschen in Österreich leiden an Schuppenflechte (Psoriasis). Zu den Folgen der chronischen Hauterkrankung zählen starke Beeinträchtigungen der Lebensqualität der Betroffenen, oft begleitet von sozialer Ausgrenzung. Anlässlich des „World Psoriasis Day“ organisiert der Verein bzw. die Selbsthilfegruppe der PsoriatikerInnen in Österreich jedes Jahr eine Aufklärungs- und Informationsveranstaltung für Betroffene und Interessierte. Der Gesundheitstag soll in erster Linie die Vorurteile gegenüber Personen mit Psoriasis abbauen und das Verständnis für den Leidensdruck der Patienten fördern. Der Patienteninformationstag fand am 15. Oktober 2011 im forum moztartplatz im vierten Wiener Gemeindebezirk statt. Bei freiem Eintritt wurde ein umfassendes Informations- und Beratungsprogramm zur chronischen Hauterkrankung geboten. Neben Fachvorträgen hatten Patienten und Interessierte die Möglichkeit, ihre individuellen Fragen und Anliegen im persönlichen Gespräch an die Experten heranzutragen. Eröffnet wurde dieser Tag durch Gemeinderätin Mag. Sonja Ramskogler, unter deren Schirmherrschaft der Tag auch stand. „Die Stadt Wien unterstützt diese Initiative, um gegen die Ausgrenzung von Psoriatikern zu arbeiten. Die optimalen Rahmenbedingungen für die Arbeit der Selbsthilfegruppen sind uns ein wichtiges Anliegen und wir versuchen von politischer Seite möglichst viel beizutragen“, unterstreicht Mag. Sonja Ramskogler, Gemeinderätin für Gesundheit und Soziales und seit Jahren Ehrenschutz des Patienteninformationstages. Durch das Programm führte Friederike Schönauer, Obfrau von PSO Austria. „Die meisten Menschen fühlen sich durch uns abgestoßen und fürchten, dass

Psoriasis ansteckend ist. Dabei ist aber medizinisch bewiesen, dass die chronische Hautkrankheit Psoriasis in keinem Fall ansteckend ist. Menschen mit Hauterkrankungen – insbesondere Psoriatiker – erfahren meist einen sehr hohen Leidensdruck aufgrund ihrer Erkrankung. Es ist uns ein großes Anliegen, diesen Menschen einen Weg aus der Isolation zu zeigen, indem wir sie bestmöglich mit Informationen versorgen und ihnen eine Plattform des Austauschs bieten. Aus diesem Grund ist eine Veranstaltung wie der internationale Psoriasisstag nicht nur weltweit, sondern speziell auch in Österreich sehr wichtig, um Betroffene zusammen zu führen und Informationen gezielt an diesen Personenkreis und dessen Angehörige zu bringen“, so Friederike Schönauer.

Der weltweite Psoriasisstag wurde im Jahre 2004 von internationalen Organisationen der Schuppenflechte Selbsthilfe ins Leben gerufen mit dem Ziel, das Bewusstsein über Psoriasis zu steigern und Vorurteile der Krankheit gegenüber abzubauen. Weltweit beteiligen sich 48 Länder an der Initiative.



Rückblick auf den 2. Landsteiner-Tag

Am 10. November 2011 veranstaltete die Karl-Landsteiner-Gesellschaft im Palais Strudlhof in Wien den 2. Landsteiner-Tag. Aufgrund der großen Herausforderung für die Medizin des 21. Jahrhunderts wurde das Thema des Vorjahres, Adipositas, weitergeführt. Das überdurchschnittlich gut besuchte Symposium zeichnete sich nicht nur durch neun exzellente Kurzreferate, sondern auch durch sehr fundierte Diskussionsbeiträge aus.

Nach den Begrüßungsworten von Präsident Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwarz führte die Vizepräsidentin, Frau Univ.-Prof. Dr. Hildegunde Piza-Katzer, in das Thema ein. Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Ardelet-Gattinger, Psychologin und Adipositas-Expertin von der Universität Salzburg, beleuchtete eine entscheidende Frage, nämlich: „Warum es so schwer ist abzunehmen“. Sie wies darauf hin, dass die Last der Verhaltensänderung vom Makrosystem Gesellschaft auf das Mikrosystem Familie verschoben worden sei. Dort sei es aber nicht alleine lösbar. Mit „kalorischer Restriktion und Langlebigkeit“ befasste sich Univ.-Doz. Dr. Werner Zworschke, Universität Innsbruck, Institute for Biomedical Aging Research. Seine Forschungsgruppe hat festgestellt, dass kalorische Restriktion ohne Mangelernährung (Fastenkuren) den allgemeinen Gesundheitszustand vormalig adipöser Personen und sehr wahrscheinlich auch normalgewichtiger Menschen ver-

bessern kann. Möglicherweise kann diese Intervention auch den Alterungsprozess im Menschen verlangsamen und so gesundes Altern fördern. Über Untersuchungen der Mitochondrienfunktion und Insulinsensitivität von gesunden Menschen und Patienten unter Anwendung neuer nichtinvasiver Methoden berichteten Dr. Julia Szendrödi Phd, Karl-Landsteiner-Institut für Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, und Univ.-Prof. Dr. Roden, Wien und Düsseldorf, in ihrem Beitrag über „Adipositas und Diabetes“. Adipositas und abnorme Mitochondrienfunktion können die Ursache der nichtalkoholischen Fettleber sein. Bis zu 70 Prozent aller adipösen Patienten leiden an einer nichtalkoholischen Fettleber (NAFLD), informierte Doz. Dr. Bernhard Angermayr, Karl-Landsteiner-Institut für Gastroenterologie und Hepatologie, St. Pölten, im Rahmen seines Themas „Adipositas und Leber“. Trotz neuer Therapien seien Gewichtsreduktion, Ausdauersport und optimales Diabetesmanagement immer noch wesentliche Eckpfeiler der Behandlung. In seinem Referat „Gesundheitsdialog Diabetes – modernes Therapiemanagement für Diabetespatienten“ gab Direktor Werner Bogendorfer, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Wien, Einblick in ein Telediabetesprojekt, das einen neuen Standard in der Behandlung chronischer Krankheiten setzen möchte. Während Übergewicht früher oft als Verhaltensstörung abgetan wurde, hat die Entdeckung des Hormons Leptin 1994 der Adipositasforschung große Impulse gegeben. Das Hormon Ghrelin, erst seit wenigen Jahren bekannt, stammt aus dem Magen und Dünndarm und erhöht den Appetit, weihte Univ.-

Prof. Dr. Guenter Krejs, Universität Graz, die interessierten Zuhörer in neue Erkenntnisse zu „Adipositas und Hormone“ ein. Der alters- und/oder krankheitsbedingte Verlust an Muskelmasse und -kraft, einhergehend mit einer verringerten körperlichen Belastbarkeit, wird als Sarkopenie bezeichnet. Univ.-Prof. Dr. Michael Quittan, Karl-Landsteiner-Institut für Remobilisation und funktionale Gesundheit, Wien, machte in seinem Statement „Adipositas und Sarkopenie“ auf erste Hinweise dafür aufmerksam, dass die Kombination von Muskelbeeinträchtigungen und Adipositas einen synergistischen Effekt auf die Entwicklung von gesundheitlichen Problemen habe. Mit dem „Beratungsproblem Gewichtszunahme/Adipositas in der Allgemeinmedizin“ beschäftigte sich Frau Dr. Waltraud Fink, Karl-Landsteiner-Institut für Systematik in der Allgemeinmedizin. Die Möglichkeiten der ärztlichen Einflussnahme seien bescheiden. Die Versuche, Patienten zu einer notwendigen Gewichtsabnahme zu motivieren und sie dabei zu unterstützen, seien selten von Erfolg gekrönt, musste sie konstatieren. „Ist Übergewicht ein Risikofaktor für herz- und gefäßchirurgische Operationen?“ Dieser Frage stellte sich Univ.-Doz. DDr. F. Rudolf Waldenberger, Karl-Landsteiner-Institut für herz- und gefäßchirurgische Forschung, Wien. Er wies darauf hin, dass die Beurteilung der Adipositas als Gesundheitsrisiko differenzierter als bisher zu betrachten sei. Es habe sich gezeigt, dass übergewichtige Patienten bei schweren Erkrankungen, verglichen mit sehr schlanken Personen, eine reduzierte Mortalität haben. Auch in der Herzchirurgie mehrten sich Publikationen, die zeigen, dass Adipositas kein Risikofaktor für eine Herzoperation sei. So gesehen gebe es keinen Grund, übergewichtige Patienten deswegen abzulehnen.



Rund 36.000 Österreicher erhalten jährlich die Diagnose Krebs. Früherkennung und innovative Therapien haben die Überlebenschancen von Krebspatienten in den letzten Jahren deutlich verbessert. Dennoch bedeutet die Diagnose eine starke psychische Belastung, die meist ohne Vorwarnung wie ein Blitz einschlägt und einen Zustand der Hilflosigkeit und Angst auslöst. Im Periskop-Interview erläutert Univ.-Prof. Dr. Alexander Gaiger, Präsident der Österreichischen Akademie für Onkologische Rehabilitation und Psychoonkologie (ÖARP), die Anliegen und Ziele dieser Vereinigung, die Herausforderungen für die Zukunft und warum gerade psychologische Betreuung für Krebspatienten enorm wichtig ist.

Dadurch gelingt es, alte Aufgaben in der Partnerschaft und den vielfältigen privaten und beruflichen Funktionen wieder aufzunehmen sowie neue Rollen einzunehmen. Durch dieses Wiedererlangen von Autonomie und „Alltag“ setzt sich eine positive Spirale in Gang, die es den Betroffenen erleichtert, Wege vom „Überleben zum Leben“ zu finden.

P: Je höher die Lebenserwartung ist, desto wahrscheinlicher ist es, an Krebs zu erkranken. Ist das richtig?

Gaiger: Ja, je höher die Lebenserwartung ist, desto höher ist auch das Risiko, Krebs zu bekommen. Er ist eher eine Krankheit der zweiten Lebenshälfte. Je älter wir werden, desto wahrscheinlicher ist es, daran zu erkranken. Heute können wir viel mehr Menschen heilen oder diese Erkrankung wie bei chronischen Krebserkrankungen über Jahre und sogar Jahrzehnte stabilisieren.

Forschung, um eine Basisdiagnostik zu etablieren. Wir müssen schauen, welche Messgrößen zur Verfügung stehen, die wir beeinflussen können. Zudem wünsche ich mir, dass wieder mehr Humanismus in der Medizin gelebt wird. Wir sollten Medizin nicht nur von wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen gestalten lassen, denn sie ist getragen von Begegnungen und Extremsituationen. Auch die Burnout- und Depressionsrate bei Ärzten und Pflegenden ist vergleichsweise hoch. Das sind Themen der Zukunft.

P: Was wünschen Sie sich vom Gesundheitssystem?

Gaiger: Ich wünsche mir einen Dialog. Und ich wünsche mir, Pilotprojekte in Gang zu setzen, etwa Patientenschulungsprogramme in Krankenanstalten. Oder Wartezonen in Orte der Begegnung umzustrukturieren, um den Menschen die oft lange Wartezeit wert-

„Zurück ins Leben“



„Die Krebserkrankung beeinflusst unser Leben dreifach – körperlich, psychisch und sozial.“

VON MAG. NINA BENNETT, MA

P: Welche Anliegen und Ziele haben Sie als Präsident der Österreichischen Akademie für Onkologische Rehabilitation und Psychoonkologie (ÖARP) in den nächsten Jahren? Welche Intention verfolgt die Akademie?

Gaiger: Die Krebserkrankung beeinflusst das Leben gleich dreifach – körperlich, psychisch und sozial. Sie führt zu einer Veränderung des Körperbilds und der Lebensentwurf der erkrankten Person wird infrage gestellt. Das Leben wiederaufzubauen ist eine harte Arbeit, bei der die Patienten Hilfestellungen benötigen. Eine essenzielle Frage für die ÖARP ist: Wie können wir den Betroffenen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich Unterstützung anbieten, um wieder zurück in einen durch die Erfahrung der Krankheit geänderten Alltag zu finden. Die Hauptanliegen der ÖARP sind die Etablierung evidenzbasierter Diagnose- und Therapierichtlinien der onkologischen Rehabilitation und Psychoonkologie. Menschen, die an Krebs erkrankt sind oder eine Krebserkrankung überstanden haben, sollen – unabhängig von ihrem Geschlecht oder sozioökonomischen Status – die eigene Lebensweise so gestalten können, dass sie der Gesundheit und der Krankheitsbewältigung förderlich ist und daraus die bestmögliche Lebensqualität resultiert.

P: Wie lässt sich Psychoonkologie beschreiben? Welcher Prozess wird durch diese in Gang gesetzt?

Gaiger: Psychoonkologie ist eine hochspezialisierte Subdisziplin der Onkologie. Sie ist multidisziplinär und umfasst seelische, körperliche und soziale Aspekte. Bei den körperlichen Faktoren stehen die physikalische Medizin durch die medizinische Trainings- und Bewegungstherapie, die supportiven Maßnahmen und die Chemotherapie im Vordergrund. Zur psychosozialen Behandlung sind wiederum Ärzte für Psychosomatik, klinische Psychologen, Psychotherapeuten sowie Fachleute für Pflegeberatung und -mediation oder Sozialarbeiter nötig. Das Zusammenwirken von alledem unterstützt eine Reintegration des Patienten in seinen Alltag und die verschiedenen Impulse verstärken sich außerdem wechselseitig. Es geht darum, wie z.B. durch die medizinische Trainingstherapie das körperliche und seelische Wohlbefinden der Patienten gestärkt werden kann.

P: Wie sind Sie mit onkologischer Rehabilitation und Psychoonkologie in Berührung gekommen? Warum ist gerade die psychologische Betreuung von Krebspatienten so wichtig?

Gaiger: Ich habe nach meiner Matura Philosophie und Medizin studiert und eine Ausbildung zum Psychotherapeuten gemacht. Medizin bedeutet ja immer auch, Menschen in Krisensituationen zu begegnen. Zur Onkologie kam ich durch eine Reihe von Zufällen. Von meinem damaligen Professor wurde mir eine Assistenzarztstelle angeboten und so konnte ich meine Facharzt Ausbildung absolvieren. Ich merkte schließlich, dass ich gerade in der Onkologie jene Dinge, die mir Freude machen, gut umsetzen konnte: den naturwissenschaftlichen, den geisteswissenschaftlichen und den kommunikativen Aspekt.

Wenn ich Grundregeln der zwischenmenschlichen Kommunikation berücksichtige, ermögliche ich Begegnung und Beziehung und erleichtere dadurch das Begreifen von Krankheit und Therapie. Wenn nicht führt das in der Folge zum Einholen von Zweitmeinungen, zu Mehrkosten für das Gesundheitssystem, schlechter Compliance und Adhärenz und zu einer Mehrbelastung der Patienten. Gute Kommunikation dauert nicht länger, sie ist kürzer und spart unserem Gesundheitssystem viele Folgekosten. Die Psychotherapieausbildung – insbesondere die Gestalttherapie – zusammen mit den eigenen Krisen durch schwere Unfälle und der nunmehr 23-jährigen Erfahrung in der Onkologie – zeigten mir erstens wie wichtig Kommunikation für die Begegnung in Krisen, dem Begreifen von Krankheit und Therapie sind und zweitens was die „gelungene Kommunikation“ auslöst und ermöglicht und was in dieser Begegnung zwischen zwei Menschen an Ressourcen erkennbar und mobilisierbar wird.

P: Worin sehen Sie die größten Herausforderungen für die ÖARP?

Gaiger: Einerseits geht es um eine Frage der Machbarkeit: Ökonomische Auswirkungen und finanzielle Möglichkeiten. Mit bestehenden Ressourcen müssen wir sorgsam umgehen. Zudem müssen wir darauf achten, dass die Zuweisungen klar und kompetent erfolgen. Wir brauchen in der onkologischen Rehabilitation hochspezialisiertes Personal – zum einen in der Lehre, in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten, Pflegenden, Psychotherapeuten und Psychologen, zum anderen in der

voller zu gestalten – durch Informationen, Schulungen und Gespräche. Kommunikation und psychosoziale Kompetenz sind für mich ein Teil der ärztlichen Tätigkeit, der in den Vordergrund gerückt werden sollte. An der Medizinischen Universität Wien wurde „Gesprächsführung“ im Curriculum bereits integriert, um den Studierenden die Begegnung mit Patienten erlebbar und begreifbar zu machen.

P: Wie lautet Ihr Resümee zur ersten Jahrestagung der ÖARP am 1. und 2. Dezember 2011 in Baden?

Gaiger: Die erste Jahrestagung der ÖARP war ein voller Erfolg! Wir hatten 120 Anmeldungen, die Teilnehmeranzahl bei den Workshops war doppelt so hoch wie erwartet. Das Engagement der Referenten, der Organisatoren und der Teilnehmer hat mich sehr beeindruckt. Ich möchte mich hiermit auch ganz herzlich bei der PVA für die Möglichkeit, onkologische Rehabilitation anzubieten, bedanken. Ich möchte allen Menschen danken, die uns unterstützt haben: den Sponsoren, der Pensionsversicherungsanstalt und dem Comprehensive Cancer Center. Das Schönste am Kongress war für mich die stark spürbare Aufbruchstimmung und die Zusammenführung unterschiedlicher Disziplinen mit dem Ziel „Wege zurück ins Leben für Menschen zu finden“.

BioBox:

Univ.-Prof. Dr. Alexander Gaiger ist leitender Oberarzt der Klinik 1 für Innere Medizin am AKH Wien. Nach der Matura absolvierte er sein Studium der Medizin, der Philosophie sowie seine Ausbildung zum Psychotherapeuten in Wien. Danach folgte seine Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie. An der Universität Washington/Fred Hutchinson Cancer Center (Seattle, USA) spezialisierte sich der zweifache Familienvater auf Immunologie und verbrachte sechs Jahre in den USA, wo er unter anderem bei der Corixa Corporation in Seattle als Leiter der hämatologischen Forschungsabteilung fungierte. Im September 2009 wurde er zum neuen Präsidenten der Österreichischen Akademie für Onkologische Rehabilitation und Psychoonkologie (ÖARP) gewählt.



Erste ÖARP-Jahrestagung zum Thema Onkologische Rehabilitation und Psychoonkologie:

„Vom Überleben zum Leben“

VON MAG. NINA BENNETT, MA



Österreichische Akademie für onkologische Rehabilitation und Psychoonkologie (ÖARP)

der ersten Jahrestagung der Österreichischen Akademie für Onkologische Rehabilitation und Psychoonkologie (ÖARP) Anfang Dezember 2011 im Kongress Casino Baden wurden die Themen onkologische Rehabilitation, Psychosoziale Aspekte und Supportivtherapie der Krebserkrankung diskutiert.

Bereits bei der Eröffnung der Jahrestagung der ÖARP durch Univ.-Prof. Dr. Alexander Gaiger von der Universitätsklinik für Innere Medizin I in Wien und Präsident der ÖARP sowie Univ.-Prof. Dr. Rudolf Müller, Chefarzt der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) wurde die Bedeutung onkologischer Rehabilitation und Psychoonkologie hervorgehoben. „Da die Diagnose Krebs in den meisten Fällen eine akute existenzielle Krise, tiefe Verunsicherung und oft auch einen Vertrauensverlust in den eigenen Körper bedeutet und der Patient dadurch häufig Angst, Traurigkeit, Erschöpfung ausgesetzt ist, werden psychosoziale Angebote und onkologische Rehabilitation immer wichtiger“, so Prof. Gaiger einleitend. Er fügte hinzu: „Mit onkologischer Rehabilitation lässt sich die Reintegration eines Patienten in die Gesellschaft, in den Beruf und in das Umfeld ermöglichen. Bei der PVA möchte ich mich für ihr Engagement für unsere Krebspatienten herzlich bedanken.“

Bewegungstherapie zur Behandlung von Krebs

Ein Schwerpunkt des ersten Kongresstages war onkologische Rehabilitation. Zur Erhaltung der Gesundheit ist körperliche Aktivität förderlich. Auch in der Krebstherapie gewinnt diese immer mehr an Bedeutung. Das erklärte Dipl. Sportwiss. Philipp Zimmer von der Deutschen Sporthochschule in Köln. Vorrangiges Ziel der Bewegungstherapie sei laut Zimmer die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten. Nach der Diagnose Krebs sei das Aktivitätsniveau des Betroffenen auf 20 bis 30 Prozent reduziert. In der Reha-Phase sei es oberste Priorität, den Verlust der Leistungsfähigkeit wieder herzustellen.

Training und Sport in der onkologischen Rehabilitation

Auch Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna von der Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation in Wien wies auf die Behandlung mit Sport in der Krebstherapie hin. Rehabilitation müsse immer multiprofessionell und interdisziplinär verlaufen und Kraft, Ausdauer, Koordination, Muskelstärke und sensomotorische Fähigkeiten verbessern. Dabei empfiehlt Prof. Crevenna insbesondere Ausdauertraining, das die Nebenwirkungen einer onkologischen Erkrankung erheblich verringern könne. Wesentlich ist, dass die Trainer über die Herz- und Lungenfunktion, Metastasen sowie Komorbidität informiert sind. Eine regelmäßige Rücksprache mit dem behandelnden Onkologen ist unabdinglich. Patienten die nicht

Die Diagnose Krebs ist für die meisten Betroffenen ein Sturz aus dem Alltag. Es entwickeln sich Ängste im Zusammenhang mit einer lebensbedrohlichen Krankheit: Angst, Wut, Trauer, Schuldgefühle und Hilflosigkeit. So führt Krebs und seine Behandlung neben einer Beeinträchtigung der Körperfunktionen, zu einer Minderung des psychischen Wohlbefindens und des sozialen Lebens. Die Nachricht von der Erkrankung betrifft auch Partner, Eltern, Kinder und Freunde des Patienten. Eine Reihe von Experten weisen anhand von Studiendaten auf den Einfluss von körperlichem Training als auch psychosozialen Faktoren wie Bildung, Einkommen, soziale Unterstützung und Depressivität auf das Überleben hin. Im Rahmen

verbessern und traumatische Lebenserfahrungen aufarbeiten. Prim. Schratte-Sehn besprach außerdem die während einer Krebserkrankung oft ausbleibende Sexualität. Zwischen Sexualität und Selbstwert bestehe ein Konnex – die Patienten können daraufhin trainiert werden, sich während der Erkrankung auf Alternativstrategien zu konzentrieren, um daraus Lebensfreude schöpfen zu können.

Armut, Depression und Krebs

Ein Schwerpunktthema des zweiten Kongresstages war Psychoonkologie: Die demografische Entwicklung und damit die höhere Lebenserwartung sei laut Univ.-Prof. Dr. Alexander Gaiger für eine erhöhte Anzahl von Krebspatienten verantwortlich. „Auch ein Zusammenhang zwischen Armut und Depression lässt sich bestätigen“, so Prof. Gaiger und weiter: „Studien belegen, dass Menschen, die sich in Armut befinden, geringere Überlebenschancen haben, während Einkommen und Bildung mit höheren Überlebenschancen assoziiert werden können“. Onkologische Erkrankungen führen in einem Viertel der Fälle zu einer posttraumatischen Belastungssituation; auch zu Suizid gebe es deutliche Bezüge. „Risikofaktoren sind dabei etwa unerträgliche Schmerzen, eine schlechte Prognose, höheres Alter, keine Partnerschaft, geringe Unterstützung und schwere Depressionen“, beschreibt Prof. Gaiger. Der Experte erläuterte, dass Distress am häufigsten in ärmeren bzw. bildungsfernen Bevölkerungsgruppen auftritt und bei höherem Einkommen abnimmt. Besonders auffällig ist der Zusammenhang zwischen Bildung, Einkommen und psychosozialer Unterstützung. Gebildete und vermögendere Patienten erhalten mehr psychologische Begleitung als Menschen in Armut. Dies könnte laut Prof. Gaiger mit dem Kommunikationsstil der Betreuer zu tun haben. Dringend erforderlich ist eine standardisierte psychoonkologische Basisdiagnostik, die soziale Faktoren integriert, und darauf aufbauend ein multidisziplinäres „Onko-Schulungsprogramm“, das angepasst an Ausgangslage und Bedürfnisse der Patienten Ressourcen mobilisiert und die Krebserkrankung und ihre Behandlung begreifbar macht. „Wir müssen mehr auf Menschen in Krisensituationen zugehen“, so Prof. Gaiger und zitierte damit Martin Buber: „Alles Leben ist Begegnung“.

„Der Feind in meinem Körper“ – Trauma bei Krebs

Dr. Ursula Klocker-Kaiser von der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie am LKH Klagenfurt erklärte den Zusammenhang zwischen Depression, Trauma und onkologischer Rehabilitation. Der Gedanke an einen „Feind im eigenen Körper“ sei äußerst belastend. Viele Patienten würden diese Zeit zwar überstehen, während sie nach der Entlassung – in Remission – schwerwiegende psychische Probleme bekommen, sozusagen in ein „tiefes Loch“ fielen. Gerade in der onkologischen Rehabilitation gibt es eine hohe Anzahl an depressiv erkrankten Patienten: 21,7 Prozent der Betroffenen leiden an einer leichten, 18,3 Prozent an einer mittelschweren und 2,6 Prozent an einer schweren Depression; auch eine erhöhte Ängstlichkeit sei feststellbar. Krankheiten, die mit der Erwartung eines lebensbedrohlichen oder mit einem nicht heilbaren Ausgang verbunden sind, stellen eine potenziell traumatische Situation dar, die zu posttraumatischen Symptomen führen kann. Dabei plagen Betroffenen oft belastende Träume, Bilder oder Flash-backs. Laut Klocker-Kaiser sind folgende Aspekte für die Patienten wichtig: Gesunde Ernährung, kreatives Tun, Beratung bzw. Psychotherapie, soziale Kontakte, Religion/Philosophie/Spiritualität, Entspannung und körperliche Aktivität.

Mama/Papa hat Krebs

Die Frage, wie mit Kindern krebserkrankter Eltern umgegangen werden soll und ob diese Kinder von der Erkrankung ihrer Eltern erfahren sollten, versuchte Dr. Christine Koska, Fachärztin für Psychiatrie, Neurologie und Kinderneuropsychiatrie zu beantworten. Kinder von krebserkrankten Eltern zeigen in der Regel deutliche Symptome wie Depression und Angst. Die Kommunikation zwischen Kind und Eltern, Ärzten und auch Psychotherapeuten sei wichtig, um dem Kind das Verantwortungs- und Schuldgefühl für die Erkrankung zu nehmen. Laut Koska fragen ca. drei Viertel der Kinder ihre Eltern, ob diese wieder gesund werden, etwa ein Drittel der Kinder möchten wissen, ob der Elternteil sterben wird. Die Expertin empfahl, bereits relativ jungen Kindern – zum Beispiel im Alter von fünf Jahren – zu erklären, dass ein Elternteil an Krebs erkrankt ist. Je mehr ein Kind von der Erkrankung der Eltern weiß, desto bessere Coping-Strategien kann es für die Verarbeitung seiner Ängste für sich entwerfen.

gut trainierbar sind, wird Elektrostimulation angeboten – etwa Patienten, die auch an einer Herzerkrankung leiden. Laut Prof. Crevenna ist jeder Mensch in der Lage seine Lebensqualität bei einer Krebserkrankung durch Ausdauertraining zu verbessern.

Ausbleibende Sexualität bei Krebs: Psychoedukation schafft Abhilfe

Die Diagnose Krebs trifft den Betroffenen meist wie ein Blitz und löst eine Art Schockzustand aus, erklärte Prim. Univ.-Doz. Dr. Annemarie Schratte-Sehn von Institut für Radioonkologie vom SMZ Süd in Wien. Krebs sei eine Bedrohung des eigenen Selbst, der Betroffene sei nach der Diagnose einer existenzbedrohenden Situation ausgesetzt. Hier setzt die Psychoedukation an und will die Angst vor der Behandlung der Krebserkrankung nehmen, die Beeinträchtigung durch Therapien

„Von Medikamenten im Einheitsformat zur maßgeschneiderten Therapie!“

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

Dr. Alexander Zach leitet seit zwei Jahren den Bereich Health and Customer Affairs bei Roche Austria, seit elf Jahren ist er für das Unternehmen in unterschiedlichen Funktionen tätig. Im Periskop-Interview spricht er über aktuelle Herausforderungen, notwendige Maßnahmen und das Konzept der „personalisierten Medizin“.

P: Market Access ist eine Funktion, die immer wichtiger wird. Bitte beschreiben Sie uns kurz Ihren Aufgabenbereich.

Zach: Die Funktion „Market Access“ organisiert und integriert vermutlich jedes Pharmaunternehmen anders – bei Roche ist sie Teil meiner Abteilung Health and Customer Affairs. Wörtlich genommen sind wir für Gesundheits- und Kundenangelegenheiten verantwortlich und damit vom Aufgabenspektrum her breit gefächert. Konkret gibt es drei Hauptbereiche: Die Kernaufgabe ist es, den Patienten unsere Produkte möglichst rasch nach der Zulassung zugänglich zu machen. Dazu gehören natürlich Erstattung bzw. Verfügbarkeit im Krankenhaus. Der zweite Bereich umfasst den Warenfluss, also Logistik, Auftragsannahme und Marktbelieferung. Der dritte Bereich kümmert sich um Marktinformationen und Customer Relationship. In der Branche nimmt diese Kombination sicher eine Sonderstellung ein, liegen doch Erstattung – und damit die Sicherung des Markteintritts –, die physische Warenverfügbarkeit und die Information über Markt und Marktentwicklung bei uns in einer Hand.

P: Zum Punkt Logistik: Bei der Überquerung des Platzes zum Roche-Büro habe ich eine riesige LKW-Flotte bemerkt. So einen großen Campus und eine derart große LKW-Flotte sieht man nicht alle Tage. Bedeutet die Logistik eine besondere Herausforderung?

Zach: Die Organisation und Optimierung der Lieferkette ist bei uns ein extrem wichtiges Aufgabengebiet. Für mich ist dabei eine bedarfsgerechte

„Interne Kommunikation und Informationsaustausch spielen dabei eine zentrale Rolle, denn nur gemeinsam können komplexe Fragestellungen gelöst werden.“

Marktversorgung in höchster Qualität ausschlaggebend. Wir haben sehr viele hochsensible Kühlprodukte wie etwa Antikörper, und diese müssen in einer einwandfreien Qualität – lückenlos gekühlt – beim Kunden ankommen.

P: Hat sich das System „alles aus einer Hand“ bewährt?

Zach: Es ist ein Spagat: Wir sind mit sehr unterschiedlichen Themen befasst, entsprechend viele interne und externe Schnittstellen gibt es auch. Meine Hauptberührungspunkte sind jene zu den Entscheidungsträgern im Gesundheitsbereich. Aber es gibt auch die Schnittstelle zu Großhändlern und Krankenhausapotheken, die Mitarbeiter im Commercial-Service-Bereich und im Key-Account-Management wahrnehmen. Nicht zu vergessen die internen Schnittstellen zum Marketing- und Salesbereich, die mit Information über den Markt versorgt werden müssen. Und letztlich auch die Schnittstelle zum Headquarter. Im Bereich Market Access wird für uns der Kontakt zum Krankenhausmanagement immer wichtiger, vor allem wenn es um Einkaufsentscheidungen geht.

P: Welche Ziele haben Sie sich in Ihrer Funktion gesetzt? Was möchten Sie in fünf Jahren erreicht haben? Wo wird der Bereich Market Access bei Roche Österreich in den nächsten Jahren hinführen?

Zach: Wir wollen den Zugang zu unseren Medikamenten auch zukünftig und nachhaltig gesichert wissen. Wichtig ist mir dabei, bei unseren Stakeholdern als „Partner auf Augenhöhe“ gesehen zu werden. Das setzt ein gewisses Maß an gegenseitigem Vertrauen und die Bereitschaft, miteinander zu sprechen und einander zu verstehen, voraus. Das Spannende an meiner Funktion ist, die unterschiedlichen Berührungspunkte zu managen. Wichtig ist mir in diesem Zusammenhang auch, das Konzept der „personalisierten Medizin“ stärker bei unseren Partnern zu verankern. Der Weg geht weg von Medikamenten im Einheitsformat, hin zu maßgeschneiderten Therapien. Ziel ist es, Medikamente auf bestimmte Patientengruppen bestmöglich abzustimmen und dadurch Ansprechraten zu erhöhen und Nebenwirkungen zu verringern. Das ist die Stärke von Roche, denn durch unsere eigene Pharma- und Diagnostics-Division entwickeln wir Medikamente und Diagnostika gemeinsam, wo immer es möglich ist. Wir verfolgen also konsequent den Ansatz der personalisierten Medizin. Darin steckt großes Potenzial: Die Gesundheitsversorgung kann besser, sicherer und kosteneffizienter gestaltet werden.



P: Welche Besonderheiten hat aus Ihrer Sicht der österreichische pharmazeutische Markt im Vergleich zu anderen Ländern?

Zach: Am österreichischen System ist die ausgeprägte Dualität von intramuralem und extramuralem Sektor auffällig. Ich bin der Meinung, dass Patienten in beiden Bereichen einen guten Zugang zu innovativen Medikamenten haben, einen tendenziell besseren im

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

Zach: Die Struktur im Gesundheitswesen bedarf einer Reform. Dazu wäre es wichtig, Partikularinteressen zurückzustellen und mit einer unabhängigen Bedarfsplanung zu beginnen. Die Folge wäre, dass bestehende Infrastruktur hinterfragt, letztlich aber effizienter – oder anders – genutzt wird. Um das Thema Akutbetten oder Spitalsaufnahmen wird man hier beispielsweise nicht herumkommen. Oder die Schnittstelle zum niedergelassenen Bereich: Diese gilt es zu optimieren und besser zu vernetzen. Wünschenswert für alle Seiten, vor allem auch für die Patienten, wäre zudem die Schaffung von mehr Qualitäts- und Leistungstransparenz.

P: Welche Kooperationen gibt es? Mit wem arbeiten Sie zusammen, um die Market-Access-Arbeit zu machen und andererseits die Fortentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems zu unterstützen?

Zach: Wir arbeiten eng mit der Pharmaindustrievertretung zusammen, speziell im FOPI, aber auch mit Pharmig und WKO. Als forschungsintensives Pharmaunternehmen haben wir vor allem Kooperationen mit Universitäten, Fach- und Forschungsgesellschaften. In Österreichs Krankenhäusern laufen in der angewandten Forschung aktuell über siebzig klinische Studien mit Roche-Medikamenten und mehr als 3000 eingebundenen Patienten.

P: Das Image der Pharmaindustrie wird in der Öffentlichkeit oft in ein schlechtes Licht gerückt. Wirkt sich das auf Ihre Arbeit als Market-Access-Manager aus? Mit welchen Schwierigkeiten sehen Sie sich konfrontiert? Was kann man als Unternehmen, aber auch als Interessenvertretung tun, um hier aufklärend zu wirken?

Zach: Die Pharmaindustrie ist eine der am stärksten reglementierten Industrien – von der Forschung bis zur Herstellung und Vermarktung von Produkten. Wir regulieren uns selbst mit Ethikcodizes. Wir entwickeln mit enormem Risiko innovative Medikamente, die Patienten heilen oder ihnen zu einer besseren Lebensqualität verhelfen. Dennoch ist unser Image nach wie vor schlecht – irgendwie paradox! Für uns heißt das, noch transparenter zu arbeiten, das Gespräch mit den Partnern im Gesundheitssystem zu suchen und uns verstärkt in die gesundheitspolitische Debatte einzubringen. Wobei das als einzelnes Pharmaunternehmen zunehmend schwieriger wird. So sehe ich im Krankenkassen-, aber auch im Krankenhausbereich punktuell eine Tendenz zur Gesprächsverweigerung. Das halte ich für bedenklich, schließlich arbeiten alle Systempartner zum Wohle des Patienten – und Patient könnten wir alle einmal sein.

P: Worauf legen Sie bei Ihrer Arbeit besonderen Wert?

Zach: Unternehmen verändern sich kontinuierlich, um innovativ und damit wettbewerbsfähig zu bleiben. Auch wir sind in einer Transitionsphase, einzelne Abteilungen müssen näher zusammenrücken. Den klassischen Businessbereichen sind Partnerfunktionen wie Market Access, Kommunikation oder Medical Affairs zur Seite gestellt. Damit wird der Bedarf, sich intern abzustimmen und zu vernetzen, größer. Interne Kommunikation und Informationsaustausch spielen dabei eine zentrale Rolle, denn nur gemeinsam können komplexe Fragestellungen gelöst werden.

P: Sie haben Lebensmittel- und Biotechnologie an der Universität für Bodenkultur in Wien

studiert und waren dann in der Forschung, in der biotechnologischen Abfallbehandlung, tätig. Wie sind Sie zu Roche gekommen?

Zach: Eine meiner Triebfedern damals war, dass ich nicht mehr in der Forschung, aber doch gerne in einem forschenden Unternehmen arbeiten wollte, das im Bereich der Biotechnologie tätig ist. Das hat sich mit Roche sehr gut getroffen.

BioBox: Dr. Alexander Zach hat vor elf Jahren bei Roche in Wien begonnen und war zunächst in unterschiedlichen Positionen im Bereich Sales und Marketing tätig. Danach übernahm er die Leitung des Controllings, ehe er 2009 zum Leiter der neu gegründeten Abteilung Health and Customer Affairs bestellt wurde. Nebenher hat er eine postgraduelle MBA-Ausbildung sowie eine Controlling-Ausbildung an der WU Wien absolviert.

TRANSPARENT, EHRLICH, ZEITNAH UND VERNETZT

VON MAG. ELISABETH KRANAWETVOGEL

Bei Sanofi sind Market Access, Public Affairs und Communication in einer Abteilung vereint. Ines Windisch, MBA, leitet diesen Bereich und spricht gemeinsam mit Alexandra Kunsch, MSc, in der Serie „Communications-Manager im Gespräch“ mit der Periskop-Redaktion über die neu geschaffenen Strukturen der Abteilung sowie das Image der Pharmaindustrie.

P: Director Public Affairs & Market Access & Communication Austria. Director Communication Germany-Switzerland-Austria, Global Operations. Das ist eine lange Bezeichnung, die auf Ihrer Visitenkarte zu lesen ist. Bitte erklären Sie uns Ihren Tätigkeitsbereich und wie die Kommunikation bei Sanofi strukturiert ist.

Windisch: Bei Sanofi sind die Bereiche Market Access, Public Affairs sowie Communication in einer Abteilung vereint. Die Abteilung besteht insgesamt aus fünf Personen, die alle diese Bereiche abdecken. Obwohl einige Experten der Meinung sind, dass diese Konstellation nicht gut funktioniert, kann ich erfreulicherweise das Gegenteil beweisen. Innerhalb der Abteilung sind wir nicht nach Themenbereichen gegliedert, sondern nach Kundengruppen. Dieser Ansatz ist neu. Vorher waren wir klassisch in interne und externe Kommunikation sowie Produkt-PR aufgeteilt. Die neue Struktur ermöglicht es, dass wir uns noch mehr an den Bedürfnissen der Kunden orientieren. Zu diesen zählen wir Ärzte, Apotheker, Medien, Patientenorganisationen, aber auch regionale Krankenkassen, politische und wirtschaftliche Entscheidungsträger sowie den Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Mein Schwerpunkt liegt auf den letzten drei genannten Kundengruppen. Weiters nehme ich auch die Position der Unternehmenssprecherin ein. Zusätzlich zu diesem Aufgabenbereich habe ich im Zuge der neuen Organisation von Sanofi in der Multicountry-Organisation Deutschland, Schweiz und Österreich den Lead in der Kommunikation dieser Vertriebsorganisation übernommen. Sie können sich also vorstellen, dass kein Arbeitstag dem anderen gleicht. Dieses komplexe Aufgabengebiet kann nur durch ein gut eingespieltes professionelles Team gemeistert werden.

Kunsch: In mein Aufgabengebiet fällt die Betreuung der Kundengruppen österreichische Medien, Patientenorganisationen und -anwaltschaften sowie Mitarbeiter.

P: Was bringt Ihnen die neue Struktur intern?

Windisch: Die integrierte Kommunikation hat den Vorteil, dass wir besser im Business verankert sind. Unsere Abteilung funktioniert wie eine Business-Unit im Unternehmen. Wir sind in einer Matrixorganisation strukturiert und dadurch gut vernetzt. Da Market Access bei uns integriert ist, sind wir bei jedem neuen Projekt von Anfang an dabei. Dadurch ergeben sich stets neue Chancen für die Kommunikation. Wir sind im gleichen Meeting wie das Marketing, hören, was gerade aktuell ist, und können mit unserer Kommunikationsarbeit unterstützend wirken. Das Marketing ist sehr auf die einzelnen Indikationen fokussiert, wir haben im Gegenzug den Gesamtüberblick über das Portfolio und dadurch oft einen anderen Zugang, neue Ideen und Herangehensweisen.

P: Worauf kommt es bei einer guten Kommunikation an?

Windisch: Wir verstehen unter Kommunikation nicht mehr nur den PR-Artikel oder die Presseaussendung, für uns bedeutet sie jegliche Interaktion zwischen Unternehmen und Kunden. Dabei ist es wichtig, transparent, offen, ehrlich und zeitnah zu kommunizieren.

Kunsch: Die Art der Kommunikation ist wichtig. Wir sind bestrebt, die richtige Information der richtigen Zielgruppe zur Verfügung zu stellen. Das heißt, wir gehen weg vom Gießkannenprinzip. Ein Beispiel ist unsere Mitarbeiterzeitschrift, die wir personalisiert haben. Sie enthält Informationen, die für alle wichtig sind, und darüber hinaus gibt es spezifische Mitteilungen, die nur bestimmte Abteilungen interessieren. Die Mitarbeiter erhalten ihr persönliches Exemplar mit der Information, die sie benötigen. Das bedeutet für uns viel Arbeit und Aufwand, ist jedoch dialogorientiert und auf die Bedürfnisse der einzelnen Abteilungen zugeschnitten. In Zukunft werden wir dies auch bei den anderen Kundengruppen so handhaben. Dabei arbeiten wir verstärkt crossmedial, um die Zielgruppen auf möglichst vielen Kanälen anzusprechen und zu erreichen. Crossmedialität ist schon seit Längerem sehr wichtig, und das wird sich meiner Meinung nach noch verstärken. Diesen Wandel in der Kommunikation hat die Pharmabranche in Österreich jedoch noch nicht wirklich mitvollzogen.

P: Wie empfinden Sie die Gesundheitsmedienlandschaft in Österreich? Sehen Sie hier Veränderungen im Vergleich zu etwa vor fünf Jahren? Wie wirkt sich die Veränderung auf die Medienarbeit aus? Was erwarten Sie sich von einer guten Zusammenarbeit mit den Medien?

Kunsch: Die Medienlandschaft hat sich aufgrund des Webs 2.0 in den vergangenen Jahren sehr stark verändert, vor allem was die Geschwindigkeit des Informationsflusses betrifft. Das bedeutet für uns, dass wir generell schneller agieren und reagieren müssen, und das auf verschiedenen Kanälen. Um diesem Trend zu begegnen, arbeiten wir länderübergreifend. Wir haben innerhalb des Konzerns Cluster gebildet. Die daraus entstehenden Synergien sind sehr hilfreich, vor allem in der digitalen Kommunikation. Hier ist es sinnvoll, Synergien zu nützen. Leider sind wir aufgrund der gesetzlichen Vorschriften noch immer sehr eingeschränkt in der Kommunikation mit Laien. Es ist auch nicht möglich, das Web 2.0 zu kontrollieren, aber man kann beobachten und analysieren, was in den Plattformen zu bestimmten Therapiegebieten geäußert wird, und daraus entsprechende Schlüsse ziehen. Man muss akzeptieren, dass über unsere Produkte im Web diskutiert wird. Natürlich hätten wir als Hersteller hier gerne mehr Möglichkeiten, vor allem um Falschinformationen richtigzustellen.

P: Worauf kommt es im Web 2.0 an?

Kunsch: Es ist wichtig, die Sprache zu verstehen und anzuwenden. Ich kann keinen PR-Text nehmen und diesen in einen Blog stellen. Durch Web 2.0 steigen die Anforderungen an die Kommunikation. Man muss ständig up to date sein und wissen, wie man auf diesem oder jenem Kanal kommuniziert. Wenn keine personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung stehen und das Wissen um die spezifische Kommunikation nicht vorhanden ist, ist es besser, die Hände davon zu lassen.

P: Die Pharmabranche steht trotz großer Mühen immer wieder im Kreuzfeuer der Medienkritik. Was tun Sie, um dem präventiv entgegenzuwirken? Was sind die häufigsten Kritikpunkte der Medien?

Kunsch: Meiner Meinung nach ist das historisch bedingt. Die Pharmabranche ist generell eine zurückhaltende. Es wurde früher wenig kommuniziert und die Branche hat sich eher introvertiert gegeben. Wenn Unternehmen nicht kommunizieren, dann fragt man sich, was machen die, da muss es etwas zu verheimlichen geben. Es entstehen Gerüchte. In den vergangenen Jahren hat sich die Pharmabranche verändert und ist aktiver mit der Kommunikation umgegangen. Früher wurde reagiert, heute wird viel mehr agiert. Über die Kommunikation lösen sich Mysterien auf. Durch glaubwürdige, aktive sowie transparente Kommunikation kann man Vertrauen schaffen.

Windisch: Hinzu kommt, dass die Pharmabranche lange Zeit kein Gesicht hatte. Ich habe in der Schulklasse meiner Tochter gefragt, woher die Medikamente kommen. Eine Hälfte der Klasse sagte, Medikamente kommen vom Doktor, die andere meinte, sie kommen aus der Apotheke. Patienten kennen einige Unternehmen, doch solange man nicht krank ist, interessiert man sich nicht für unsere Branche. Künftig müssen wir versuchen, mehr von der Krankheit weg in Richtung Gesundheitsförderung zu denken und zu handeln.

BioBox Ines Windisch (rechts):

Ines Windisch, MBA, verfügt über insgesamt 15 Jahre Erfahrung in verschiedenen Bereichen der Pharmaindustrie. Sie begann ihre berufliche Laufbahn im Marketing von Generikunternehmen, bevor sie vor elf Jahren bei sanofi-aventis anfang. Sie fungiert seit 2011 auch als neue Präsidentin des Pharmamarketing-Clubs.

BioBox Alexandra Kunsch (links):

Alexandra Kunsch, MSc, ist Communications-Manager bei Sanofi Österreich. Bevor die Kommunikationsexpertin vor zehn Jahren in die Pharmaindustrie wechselte, war sie in der Turiner Niederlassung der Europäischen Kommission im „Information and Publication“-Department und als freiberufliche Dolmetscherin in Italien tätig.



„Die neue Struktur ermöglicht es, dass wir uns noch mehr an den Bedürfnissen der Kunden orientieren.“ Windisch

„Künftig müssen wir versuchen, mehr von der Krankheit weg in Richtung Gesundheitsförderung zu denken und zu handeln.“ Windisch

„Crossmedialität ist schon seit Längerem sehr wichtig, und das wird sich meiner Meinung nach noch verstärken.“ Kunsch

„Durch glaubwürdige, aktive sowie transparente Kommunikation kann man Vertrauen schaffen.“ Kunsch



Die Apotheke als Fachgeschäft für Gesundheit



Wandel geschieht – diese Tatsache und ihre Folgen standen im Mittelpunkt der IGEPHA Jahrestagung 2011. Die Wachstumspotenziale im Zukunftsmarkt Gesundheit eröffnen große Chancen für Apotheken – wenn es ihnen gelingt, sich attraktiv zu positionieren. Das Interesse der Menschen an Angeboten für Vitalität, Schönheit, Wohlbefinden und Gesundheit in allen Lebensphasen steigt. Die Apotheke ist der ideale Ort, um engagierten und gut informierten Konsumenten eine Vielzahl hochwertiger Produkte mit kompetenter Beratung zu präsentieren.



Apotheken genießen – das bestätigen Studien und Umfragen immer wieder – bei der Bevölkerung ein sehr hohes Ansehen. „Die Perspektiven der Apotheken sind hervorragend“, bestätigt Diplom-Ökonom Carsten Aehlen, Leiter der Innovations-Akademie deutscher Apotheken in Köln. Er empfiehlt, die hohe Kompetenz der Beratung in den freiverkäuflichen Bereich zu übertragen. Dadurch kann sich die Apotheke im dichter werdenden Wettbewerbsumfeld für Arzneimittel und Gesundheitsprodukte hervorheben. „Der Apotheker von heute ist Leiter eines Gesundheitsberatungs- und Arzneimitteldistributionsunternehmens mit völlig anderen Rahmenbedingungen als noch vor zwanzig Jahren“, ist der Vorarlberger Apotheker Mag. pharm.

Klaus Michler (Martin-Apotheke, Lochau) überzeugt. Die Apotheke ist vielerorts zur Gesundheitsdrehscheibe geworden, zur ersten Anlaufstelle bei Gesundheitsproblemen und Fragen zur Prävention.

Wohlfühlambiente ist wichtig

Jenen Kunden, die sich aktiv für ihre persönliche Gesundheit und die ihrer Familien engagieren, sollte – so die Empfehlung von Carsten Aehlen – ein Ambiente geboten werden, in dem sie sich wohlfühlen. „Das gelingt durch bauliche Maßnahmen, Licht, ein Zusammenspiel von Farben“, erklärt er. Übersichtliche, klar strukturierte Verkaufsräume sind wichtig, um den Kunden sensorisch nicht zu überfordern. Kunden verhalten sich, das haben Studien ergeben, in Apotheken gleich wie in anderen Geschäften oder Supermärkten. Daher sei es sinnvoll, auch für Apotheken das bereits vorhandene Wissen über das Kaufverhalten zu nutzen. Eyetracking-Studien zeigen beispielsweise, dass dem Schaufenster einer Apotheke durchschnittlich 1,4 Sekunden lang Aufmerksamkeit gewidmet wird, einem Plakat gar nur 0,5 Sekunden. In dieser kurzen Zeitspanne sollte es daher gelingen, die wesentliche Botschaft zu vermitteln. Immerhin fühlen sich zwanzig bis 25 Prozent der Passanten durch ein einladend gestaltetes Schaufenster animiert, eine Apotheke zu betreten.



Impulse am Weg zur Tara

Es zählt sich aus, sich mit der Frage zu befassen, wie ein Kunde am Weg zur Tara durch das Geschäft geführt wird und welche Impulse auf diesem Weg wahrgenommen werden. „Ohne Impuls kein Kauf!“, erinnert Carsten Aehlen. Die Tara sollte am Einkaufsweg die letzte Station sein. Ist der Kaufakt abgeschlossen, wendet sich kaum ein Kunde mehr den Regalen zu. „Wir müssen unsere Strategien verändern“, steht auch für Mag. pharm. Paul Hauser, Präsident der Kärntner Apothekerkammer, fest. „Die meisten unserer Apotheken sind derzeit noch Verkaufsstellen, bei denen man Medikamente einkauft, wenn einem etwas weh tut. Wir sind aber keine Erlebniseinkaufsmärkte.“

Beratung ist das beste Argument

Das wichtigste Verkaufsargument in der Apotheke sind erstklassig ausgebildete und sozial kompetente Mitarbeiter. Forschungen der Innovations-Akademie deutscher Apotheken zeigen, dass das geschickte Platzieren von Waren in der Apotheke alleine zu einem Umsatzplus von bis zu 300 Prozent führen kann. Bietet dazu zusätzlich ein Mitarbeiter ein persönliches Beratungsgespräch an, so steigt das Umsatzplus auf bis zu 750 Prozent. Um kompetente Empfehlungen aussprechen zu können, ist allerdings eine enge Kooperation mit der Industrie erforderlich. Zu den hochwertigen Produkten müssen fundierte Informationen bereitgestellt werden, die den Nutzen für den Kunden erläutern. Dadurch wird Beratung auf hohem Niveau möglich. Diese trägt ganz entscheidend dazu bei, dass die Apotheke als Fachgeschäft für Gesundheit wahrgenommen wird.

Stürmischer Herbst für Pöndorfs Nachwuchs-Messis.

Insgesamt 61-mal klingelte es diesen Herbst im gegnerischen Kasten. Der talentierte kickende U-15-, U-12- und U-11-Nachwuchs aus dem schönen Pöndorf in Oberösterreich hatte sein Treffverisier offensichtlich gut eingestellt. Einen gewissen Aufholbedarf könnte es womöglich noch im Defensivverhalten geben. Denn anders ist es nicht zu erklären, dass die Pöndorfer Nachwuschkicker, die in einer Spielgemeinschaft mit Schneegattern antreten, diesen Fußballherbst nicht uneingeschränkt bejubeln konnten. An Leidenschaft, Einsatz und Engagement mangelte es den Youngsters ja mit Sicherheit nicht. Ein bisschen Luft nach oben und ausreichend Perspektiven zur Spitze sind gerade für den vielversprechenden Nachwuchs sicher auch motivationsfördernd. Und so ergab die Herbstsaison für die vergleichsweise sehr junge U-15-Truppe, bei der Stefan Oberndorfer mit sieben Treffern der beste Scorer war, den siebten Platz. Für die U-11-Mannschaft mit Topscorer Thomas Klampfer (sechs Tore) schaute unter dem Strich Platz sechs heraus. Und die U-12 der SPG Schneegattern/Pöndorf sorgte diesen Herbst für das tabellarische Highlight – man bejubelte einen hervorragenden dritten

Platz, zu dem Goalgetter Abdul Simsek gleich elf Tore beisteuern konnte. Alles in allem Ergebnisse, auf die sich aufbauen lässt. Wie sagt der Fußballexperte so schön: „Auch Barcelona ist nicht an einem Tag erbaut worden.“ Und so können die Nachwuchs-Messis, Jung-Iniestas und Klein-Xavis aus Pöndorf ganz sicher auch weiterhin mit viel Zuversicht der Zukunft entgegenstürmen.



Tabelle Vöcklabruck Gebietsliga U-11

Rang	Mannschaft	Spiele	S	U	N	Torverhältnis	Punkte
1	Gschwandt	10	8	1	1	38:11	25
2	Steyermühl	10	5	2	3	24:22	17
3	Eberstallzell	10	5	0	5	26:26	15
4	Altmünster	10	3	4	3	27:22	13
5	Kammer	10	3	2	5	16:18	11
6	SPG Schneegattern/Pöndorf	10	1	1	8	12:44	4

Tabelle Braunau Oberliga U-12

Rang	Mannschaft	Spiele	S	U	N	Torverhältnis	Punkte
1	SPG Palting/Seeham/Mattsee	9	8	1	0	64:4	25
2	Altheim	9	8	0	1	60:6	24
3	SPG Schneegattern/Pöndorf	9	7	0	2	37:8	21
4	SPG Eggelsberg/Feldkirch	9	4	2	3	25:20	14
5	SPG Mining-Mühlh./Weng	9	3	3	3	37:17	12
6	Friedburg	9	3	1	5	36:31	10
7	Mattighofen	9	3	0	6	33:38	9
8	Traubach/Roßb.	9	2	1	6	8:52	7
9	SPG Geretsberg/Gilgenberg	9	2	0	7	8:63	6
10	Handenberg	9	1	0	8	11:80	3

Tabelle Vöcklabruck Oberliga U-15 Herbst 2011

Rang	Mannschaft	Spiele	S	U	N	Torverhältnis	Punkte
1	Vöcklamarkt	8	8	0	0	57:7	24
2	SPG Neukirch.-Altm./Traunk.	8	7	0	1	54:12	21
3	Bruckmühl	8	5	1	2	25:17	16
4	Kammer	8	4	1	3	17:17	13
5	Altmünster	8	3	0	5	19:22	9
6	SPG Mondsee/Zell am Moos	8	2	2	4	20:30	8
7	SPG Schneegattern/Pöndorf	8	2	1	5	12:31	7
8	SPG Holzleit./Thomasroith	8	1	1	6	6:50	4
9	Attersee	8	1	0	7	9:33	3

Veränderungspolitik in Zeiten der Kontinuitätserwartung

KÜNSTLICHE ANSICHTEN EINES
WISSENSCHAFTERS: TEIL 38

EIN ARTIKEL VON REINHARD RIEDL

Die Politik hat es schwer. Die Menschen in Österreich erwarten, dass alles gleich bleibt, und gleichzeitig glauben viele nicht mehr daran (wie man am Beispiel „Pension“ beobachten kann). In Österreich ist es seit je Tradition, dass viel darüber diskutiert wird, was man tun soll (wobei meist der Staat oder andere gemeint sind), gleichzeitig fehlt aber fast jedes Dringlichkeitsbewusstsein für Veränderungen. Betrachten wir deshalb die ökonomische Sach- und Befindlichkeitslage etwas näher. Wir haben seit Jahrzehnten ein stetiges – letztlich exponentielles – Wachstumswachstum. Das zeigt der Vergleich mit der Vergangenheit. Zugleich ist die Welt voll von Studien, die nachweisen, dass große Teile der Bevölkerung immer mehr verarmen. Die Verarmung beweisen die Zahlen der Wissenschaft. Gründe für die Divergenz von Wirklichkeit und Wissenschaft sind vor allem eine tief verwurzelte politische Zahlenästhetik in der Wissenschaft und die objektive Schwierigkeit, mit dem Phänomen Inflation vernünftig umzugehen.

Insel oder Floß?

Inflation ist die Basis vieler Motivationsmechanismen. Beispielsweise kann man Online-Kollektivspiele attraktiv machen, indem man eine Inflation des virtuellen Besitzes einbaut. Wer mitspielt, bekommt immer mehr, und deshalb werden viele fast süchtig nach solchen Spielen. Diese Art von Inflation lebt von der Vermehrung der (fiktiven) Güter. Die Inflation in der Geldwirtschaft dagegen besteht in der Vermehrung des Geldes ohne Vermehrung der Güter, was auf einen Wertverlust des Geldes hinausläuft. Das allein ist schon so verwirrend, dass schnell mal das Gegenteil der Logik argumentiert wird. In der heutigen Welt passiert aber zugleich mit der Geldvermehrung eine Vermehrung und Veränderung der Güter. Es gibt also keine stabilen Referenzen, auf die man die Geldwerte beziehen kann. Alles ist im Fluss, und wir wissen nicht, ob wir auf einer Insel oder auf einem Floß sitzen. Um es ein wenig brachial hinterwäldlerisch zu formulieren: Heutzutage gehen nicht wenige Ökonomen vom Totalcrash der Wirtschaft aus, aber sie wissen nicht, ob er durch galoppierende Inflation oder durch Deflation (Wertzuwachs des Geldes) passieren wird. Da fragt man sich, ob sie wirklich wissen, wovon sie sprechen.

Die Probleme mit Identifikation, Interpretation und Bewertung von Inflationsphänomenen begleiten die Ökonomen schon lange. Bei allen Zahlenspielen über Reichtum, Armut oder auch Produktivität ist die Inflation ein entscheidender Faktor. Früher galt es zum Beispiel als ausgemachte Tatsache, dass der Einsatz von Informatik keine

Produktivitätszuwächse liefert. Das impliziert, dass durch Verzicht auf Informatik wirtschaftlicher Fortschritt erzielt werden könnte. Unser Wohlstand würde also durch Computerverzicht noch schneller wachsen – ein völliger Unfug!

Der Hokuspokus der Vereinfachung

Es gibt aber wenig Grund zu spotten: Hinter den oft bizarren ökonomischen Analysen der Veränderung der Welt stehen große Hoffnungen und eine kleine, feine Mathematik. Nehmen wir zum Beispiel die philosophische These, dass der Wert des Handwerks in seiner Langsamkeit liegt. Sie ist ein Beispiel für eine paradoxe, aber das Leben stark vereinfachende Theorie. Statt sich mühselig den Herausforderungen der Veränderung zu stellen, setzt man hoffnungsvoll auf angenehme Langsamkeit als Lösung der Fortschrittsprobleme. Der Einsatz der Mathematik funktioniert oft nach dem gleichem Grundbedürfnis: Schöne Modelle dienen als Ersatz für die komplexe Analyse der Wirklichkeit. Damit lässt sich eine politische Zahlenästhetik ebenso begründen, wie sich schlaue Wetten entwickeln lassen, die Reichtum versprechen. Hokuspokus, bemitleidenswertes Opfer bist du. Hokuspokus, Milliardär bist du. Hokuspokus, beides bist du. Betrachtet man die Welt ohne Hokuspokus, ist alles weniger lustig:

breiterer Schichten der Bevölkerung führte zu höherer individueller Leistung bei vielen. Und die Liberalisierung der Gesellschaft ermöglichte viele Innovationen. Trotz wachsenden Wohlstands schrumpfte die Arbeitsbelastung für große Teile der männlichen Bevölkerung, während sie für Frauen und für Spitzenarbeitskräfte beiderlei Geschlechts eher anstieg. Doch dieser Anstieg ging mit Prestigeerfolg einher.

Heute sind wir an einem Punkt angekommen, an dem der Managementfortschritt und der Fortschritt in der Erstausbildung zum großen Teil ausgeschöpft sind. Weitergehende Liberalisierung produziert vermehrt Wettbewerbsverluste oder kommt mit effizienter Kollaboration in Konflikt. Bleiben nur zwei Optionen: Erhöhung der Zahl der berufstätigen Frauen und technischer Fortschritt. Letzterer krankt freilich daran, dass es zu wenig MINT-Studenten gibt. Unter dem Strich bedeutet dies, dass die Aufrechterhaltung der Kontinuität in Zukunft unwahrscheinlich ist. Die Überalterung der Bevölkerung verstärkt zudem das Problem. Auch wenn die Überalterung durch Einwanderung kompensiert wird, gilt: Will man das Wohlstandswachstum aufrecht halten, muss die individuelle Leistung steigen. Menschen müssen entweder quantitativ mehr arbeiten oder sie müssen sich während des Arbeitslebens verstärkt weiterbilden. Auf Dauer wird uns eine Verlangsamung des Wohlstandswachstums

nicht erspart bleiben. Aber wenn dies nicht zu Frust und finsternen politischen Zeiten führen soll, wird es notwendig sein, dass wir kollektiv als Gesellschaft lernen, Veränderungen zu akzeptieren und anders zu leben. Anders heißt hier NICHT „zurück zur guten alten Zeit“, denn man kann auf Erkenntnisse nicht verzichten (wie schon Dürrenmatt in „Die Physiker“ gezeigt hat). Anders heißt arbeits- und leistungsorientierter, freier, wandlungsfähiger, kommunikativer, vernetzter und seriöser leben und arbeiten.

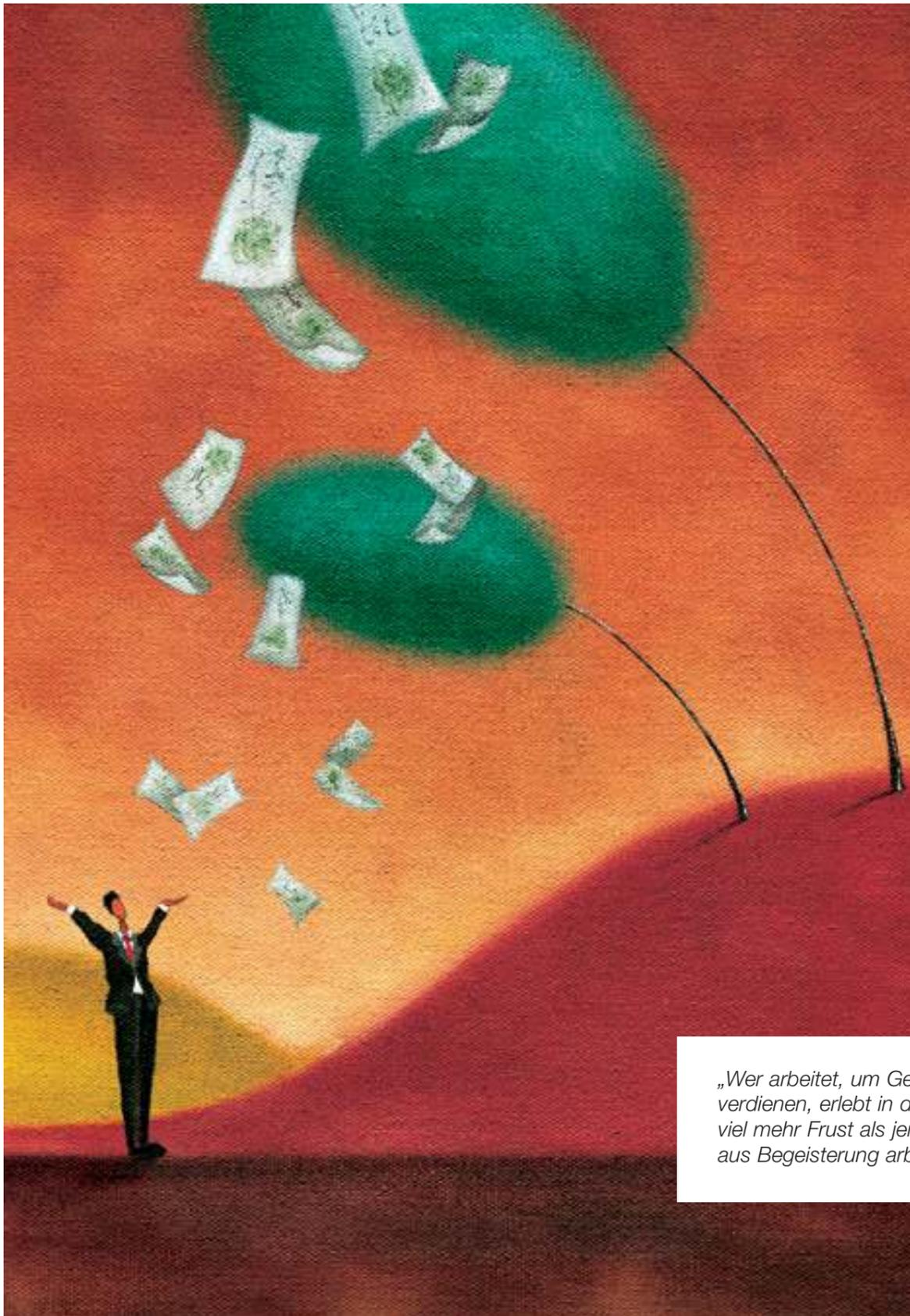
Das andere Anderssein

Wer arbeitet, um Geld zu verdienen, erlebt in der Regel viel mehr Frust als jene, die aus Begeisterung arbeiten. Wer subjektiv andere für sein Unglück verantwortlich macht, wird meist unglücklicher als jene, die sich für ihr Schicksal selber verantwortlich fühlen. Wer sich unfrei fühlt in seiner beruflichen Arbeit, wird durch Wirtschaftskrisen mehr gestresst als jene mit genügend Handlungsspielraum. Wer sich in solchen Krisen auf Familiäre zurückzieht, kommt damit schlechter zurande als jene, die im beruflichen Umfeld aktiv kommunizieren und mit Fachkollegen gut vernetzt sind. Wer immer die gleiche Arbeit macht, altert schneller als jene, die ihren Tätigkeitsbereich regelmäßig verändern. Wer nur flexibel opportunistisch handelt, wird von Veränderungen viel brutaler getroffen als jene, die ein Handwerk wirklich beherrschen und sich darin stets weiterentwickeln. Seriöses Handwerk, regelmäßige berufliche

„Wer arbeitet, um Geld zu verdienen, erlebt in der Regel viel mehr Frust als jene, die aus Begeisterung arbeiten.“

Veränderungen, aktive Kommunikation und fachliche Vernetzung, Selbstverantwortung im Beruf wie im Leben und Begeisterung für die eigene Erwerbsarbeit lösen nicht alle Probleme, sie sind aber die Grundlage für viele Problemlösungen. Mag sich die Welt so inflationär oder deflationär entwickeln, wie sie will: Wir selber und

unsere eigene Veränderung sind der Schlüssel zur Überwindung von Schwierigkeiten. Und dort, wo wirklich die Politik gefragt ist, haben auch wir es in der Hand, Verbesserungen zu fördern. Wir müssten dafür aufhören, von Politikern eine schlechte Meinung zu haben und sie respektlos zu behandeln. Dann könnten wir auch von ihnen echte Veränderungen einfordern. Höchste Zeit, aktuelle Zukunftsprobleme zu lösen, wäre es: Regulierung der Finanzwirtschaft, Gestaltung der Migrationspolitik, Bekämpfung des Missbrauchs staatlicher Leistungen, Teamorientierung der öffentlichen Verwaltung ... Die Liste ist lang!





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